

# CIGNA Medicare Select Plus Rx® (HMO)

A Medicare Advantage HMO Medical Plan with Part D Prescription Drug Coverage

## CIGNA Medicare Select Plus Rx® (HMO)

# Formulario 2012

(Lista de medicamentos cubiertos)

### **LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

**Nota para los miembros actuales:** Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que sigue incluyendo los medicamentos que usted toma.

Este documento incluye el formulario parcial de CIGNA Medicare Select Plus Rx que entrará en vigencia a partir del 1 de enero de 2012. Para obtener un formulario completo y actualizado, visite nuestro sitio web en:

**www.cignamedicare.com o llame al 1-800-627-7534, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los siete días de la semana. Los horarios de atención son de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre (un sistema de correo de voz está disponible los fines de semana y feriados). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-987-8816.**

Los beneficiarios deben utilizar las farmacias de la red para tener acceso a su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima y/o los copagos/el coseguro pueden modificarse el 1 de enero de 2013.

CIGNA HealthCare of Arizona, Inc. es una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare que ofrece varios planes individuales (incluido el plan CIGNA Medicare Select Plus Rx – Dual [HMO SNP], el cual es un plan de atención integrada ofrecido sin un contrato con el programa Medicaid de Arizona).

Esta información está disponible en un formato diferente, incluso en inglés y braille. Si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma, llame al Servicio de atención al cliente al número antes mencionado.



CIGNA

800497 g SP 08/11

Última actualización 08/2011

H0354\_972009c\_SP Archivo y uso 08212011  
ID de presentación del archivo del formulario  
aprobado de HPMS, número de versión 00012347.v5



## ¿Qué es el formulario de CIGNA Medicare Select Plus Rx?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos y seleccionados por CIGNA Medicare Select Plus Rx basándose en el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica. Esta lista representa las terapias recetadas que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Generalmente, CIGNA Medicare Select Plus Rx cubrirá los medicamentos que se incluyen en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se adquiera en una farmacia de la red de CIGNA Medicare Select Plus Rx y se sigan otras normas del plan. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información sobre cómo comprar sus medicamentos recetados.

Este documento es un formulario parcial e incluye solamente algunos de los medicamentos cubiertos por CIGNA Medicare Select Plus Rx. Para obtener una lista completa de todos los medicamentos con receta cubiertos por CIGNA Medicare Select Plus Rx, visite nuestro sitio web en [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com) o llame al 1-800-627-7534, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-987-8816.

## ¿Puede cambiar el formulario?

Por lo general, si está tomando un medicamento que se encuentra en nuestro formulario 2012 y que estaba cubierto al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año 2012, excepto si un nuevo medicamento genérico y menos costoso está disponible o si se divulga nueva información adversa sobre la seguridad o eficacia de un medicamento. Otros tipos de cambios en el formulario, como la eliminación de un medicamento del formulario, no afectarán a los miembros que tomen actualmente el medicamento. El medicamento seguirá estando disponible con la misma participación en los costos para los miembros que lo tomen durante el resto del año de cobertura. Consideramos que es importante que tenga acceso continuo, durante el resto del año de cobertura, a los medicamentos del formulario que

estaban disponibles cuando seleccionó nuestro plan, excepto en los casos en que usted pueda ahorrar dinero adicional o que podamos garantizar su seguridad.

Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario o agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapias escalonadas para un medicamento, o ponemos un medicamento en un nivel superior de participación en los costos, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia o cuando el miembro vuelva a comprar el medicamento. En este último caso, el miembro recibirá un suministro para 60 días del medicamento. Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante retira el medicamento del mercado, inmediatamente eliminaremos el medicamento de nuestro formulario y se lo notificaremos a los miembros que lo toman. El formulario adjunto entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2012. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por CIGNA Medicare Select Plus Rx, visite nuestro sitio web en [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com) o llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-987-8816.

Para cualquier cambio que no sea de mantenimiento y que se realice a mitad de año, el documento impreso del formulario de nuestro plan será actualizado a través de fe de erratas en caso de que 1) eliminemos un medicamento de nuestro formulario, 2) aumentemos la participación en los costos de un medicamento del formulario o 3) agreguemos revisiones de administración de uso para un medicamento del formulario y nuestro plan no ofrezca un nuevo medicamento alternativo como posible reemplazo para ninguno de los cambios del formulario descritos anteriormente. Todos los miembros afectados que actualmente tomen un medicamento del formulario al que se le realicen uno o más de los cambios descritos anteriormente, quedarán exentos de los cambios durante el resto del año de cobertura.

## ¿Cómo utilizo el formulario?

Existen dos formas de buscar su medicamento en el formulario:

### **Afección médica**

El formulario comienza en la página 6. En este formulario, los medicamentos se agrupan en categorías según el tipo de afecciones médicas para las que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar afecciones cardíacas se enumeran en la categoría Agentes cardiovasculares – Medicamentos para la presión arterial/colesterol/corazón. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 6. Luego, busque el nombre del medicamento dentro de esa categoría.

### **Listado alfabético**

Si no está seguro en qué categoría se encuentra, debe buscar el medicamento en el Índice que comienza en la página 22. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos que se incluyen en este documento. En el Índice, se enumeran tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Al lado del medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Consulte la página enumerada en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

CIGNA Medicare Select Plus Rx cubre medicamentos de marca y genéricos. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) aprueba un medicamento genérico si tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos tienen un costo menor que los de marca.

## ¿Existen restricciones para mi cobertura?

Existen algunos requisitos o límites adicionales en la cobertura de algunos medicamentos cubiertos. Estos requisitos y límites pueden incluir lo siguiente:

- **Autorización previa:** CIGNA Medicare Select Plus Rx exige que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que

necesitará obtener aprobación de CIGNA Medicare Select Plus Rx antes de comprar sus recetas. Si no obtiene la autorización, CIGNA Medicare Select Plus Rx podría no cubrir el medicamento.

- **Límites de cantidad:** para ciertos medicamentos, CIGNA Medicare Select Plus Rx limita la cantidad del medicamento que CIGNA Medicare Select Plus Rx cubrirá. Por ejemplo, CIGNA Medicare Select Plus Rx proporciona cobertura para un máximo de 1 comprimido por día por receta de comprimidos Crestor 10 mg. Esto puede ser además de un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** en algunos casos, CIGNA Medicare Select Plus Rx exige que usted pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si los medicamentos A y B se usan para tratar su afección médica, es posible que CIGNA Medicare Select Plus Rx no cubra el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para tratar su afección, entonces CIGNA Medicare Select Plus Rx cubrirá el medicamento B.

En el formulario que empieza en la página 6, puede averiguar si existen requisitos o límites adicionales para su medicamento. Además, visite nuestro sitio web en [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com) para obtener más información sobre las restricciones que se aplican a ciertos medicamentos cubiertos.

Puede solicitar a CIGNA Medicare Select Plus Rx una excepción para estas restricciones o límites. Consulte la sección, “¿Cómo solicito una excepción del formulario de CIGNA Medicare Select Plus Rx?” en la página 3 para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Qué sucede si mi medicamento no se encuentra en el formulario?

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos cubiertos, debe comunicarse primero con el Servicio de atención al cliente para preguntar si su medicamento está cubierto. Este documento solamente incluye una lista parcial de los medicamentos cubiertos; por lo tanto, es posible que

CIGNA Medicare Select Plus Rx cubra su medicamento. Puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-987-8816.

Si descubre que CIGNA Medicare Select Plus Rx no cubre su medicamento, usted tiene dos opciones:

- Puede solicitar al Servicio de atención al cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por CIGNA Medicare Select Plus Rx. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y solicítele que le recete un medicamento similar que esté cubierto por CIGNA Medicare Select Plus Rx.
- Puede solicitarle a CIGNA Medicare Select Plus Rx que haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo solicito una excepción del Formulario de CIGNA Medicare Select Plus Rx?

Puede solicitarle a CIGNA Medicare Select Plus Rx que haga una excepción sobre nuestras normas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones diferentes que puede solicitar.

- Puede solicitarnos que cubramos su medicamento aunque no se encuentre en nuestro formulario.
- Puede solicitarnos que no apliquemos las restricciones o límites de la cobertura a su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, CIGNA Medicare Select Plus Rx limita la cantidad que cubrirá. Si se aplica un límite de cantidad a su medicamento, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos más.
- Puede solicitarnos que proporcionemos un mayor nivel de cobertura para su medicamento. Si su medicamento se encuentra en el Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos), puede solicitarnos que lo cubramos por una cantidad de participación en los costos que se aplique a los medicamentos de Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos). De este modo, se reduce el monto que debe pagar por su medicamento. Tenga en cuenta

que si le concedemos su solicitud para cubrir un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario, no puede solicitarnos que proporcionemos un mayor nivel de cobertura para el medicamento. Además, no puede solicitarnos que proporcionemos un mayor nivel de cobertura para medicamentos que se encuentran en el Nivel 4 de especialidad.

Por lo general, CIGNA Medicare Select Plus Rx solamente aprobará su solicitud para una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento del nivel más bajo o las restricciones de uso adicionales no fueran lo suficientemente eficaces para tratar su afección o le provocaran efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura inicial para obtener una excepción del formulario, la nivelación o las restricciones de uso. **Al solicitar una excepción del formulario, la nivelación o las restricciones de uso, debe enviar una declaración realizada por su médico o persona que recete que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico que receta el medicamento. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar una decisión durante 72 horas podría poner en grave peligro su salud. Si le conceden su solicitud para obtener una excepción acelerada, debemos otorgarle una decisión en no más de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico que receta el medicamento.

## ¿Qué debo hacer antes de consultar con mi médico la posibilidad de que me cambie los medicamentos o de que solicite una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, usted puede estar tomando medicamentos que no se encuentran en nuestro formulario. O usted puede estar tomando un medicamento que se encuentra en nuestro formulario pero su capacidad para adquirirlo es limitada. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa para poder comprar su medicamento recetado. Debe consultar con su médico para determinar si necesita cambiar a un medicamento

## Formulario 2012 resumido

adecuado que se encuentre dentro de nuestra cobertura o si debe solicitar una excepción del formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted consulta con su médico para determinar el plan de acción adecuado para usted, nosotros podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no se encuentre en nuestro formulario o en el caso de que su capacidad para adquirir los medicamentos sea limitada, cubriremos un suministro temporal para 31 días (a menos que tenga una receta emitida para menos días) cuando los adquiera en una farmacia de la red. Después de su primer suministro para 31 días, no pagaremos estos medicamentos, incluso si usted ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si es residente de un centro de atención de cuidados a largo plazo, le permitiremos reponer su receta hasta que le hayamos proporcionado un suministro de transición de 102 días, conforme al incremento de despacho (a menos que tenga una receta por escrito para menos días). Cubriremos más de una reposición de estos medicamentos para los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan. Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o si su capacidad para adquirir los medicamentos es limitada, pero hace más de 90 días que inició su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta para menos días) mientras solicita una excepción del formulario.

Se permite un proceso de transición extendido en circunstancias relacionadas con cambios en el nivel de atención en el que un beneficiario se está cambiando de un tipo de tratamiento a otro. Se otorgará una anulación de la revisión para reponer el medicamento antes del vencimiento de la entrega anterior, de manera que reciba una cobertura adecuada. A pesar de que puede haber un período de tiempo en el que los beneficiarios con cambios en el nivel de atención se encuentren temporalmente sin cobertura durante un proceso, nuestra política de transición permitiría proporcionar cobertura para un medicamento recetado con un suministro para 31 días como máximo.

### **Para obtener más información**

Para obtener más información detallada sobre la cobertura de medicamentos con receta de CIGNA Medicare Select Plus Rx, consulte la Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre CIGNA Medicare Select Plus Rx, comuníquese con el Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-987-8816. O bien, visite [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com).

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O visite [medicare.gov](http://medicare.gov).

### **Formulario de CIGNA Medicare Select Plus Rx**

El formulario resumido que comienza en la página 6 proporciona la información de cobertura para algunos de los medicamentos cubiertos por CIGNA Medicare Select Plus Rx. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 22. Recuerde: Este documento es solamente una lista parcial de los medicamentos cubiertos por CIGNA Medicare Select Plus Rx. Si su receta no se encuentra en este formulario parcial, visite nuestro sitio web en [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com) o comuníquese con el Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-987-8816 para obtener ayuda adicional.

En la primera columna del cuadro se encuentra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se encuentran en letra mayúscula (por ejemplo, NEXIUM) y los medicamentos genéricos se encuentran en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *omeprazole*).

La información de la columna Requisitos/Límites le explica si CIGNA Medicare Select Plus Rx establece algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

## Formulario 2012 resumido Tablas de copago/coseguro

### CIGNA Medicare Select Plus Rx® – Estándar (HMO) CIGNA Medicare Select Plus Rx® – Premium (HMO)

Estado	Copagos/coseguro del nivel de cobertura inicial						
	Niveles	30 días en farmacia de venta al público	90 días en farmacia de venta al público	30 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	90 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	30 días en farmacia fuera de la red	31 días en farmacia de atención de cuidados a largo plazo
AZ	1*	\$5.00	\$15.00	\$5.00	\$12.50	\$5.00	\$5.00
	2	\$45.00	\$135.00	\$45.00	\$112.50	\$45.00	\$45.00
	3	\$75.00	\$225.00	\$75.00	\$187.50	\$75.00	\$75.00
	4	25%	25%	25%	25%	25%	25%

\*Ofrecemos cobertura de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

### CIGNA Medicare Select Plus Rx® – Dual (HMO SNP)

Estado	Copagos del nivel de cobertura inicial						
	Niveles	30 días en farmacia de venta al público	90 días en farmacia de venta al público	30 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	90 días en farmacia con servicio de orden por correo preferida	30 días en farmacia fuera de la red	31 días en farmacia de atención de cuidados a largo plazo
AZ	1	\$0 – \$2.60	\$0 – \$2.60	\$0 – \$2.60	\$0 – \$2.60	\$0 – \$2.60	\$0 – \$2.60
	2	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50
	3	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50
	4	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50	\$0 – \$6.50

La participación en los costos se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

# Formulario 2012 resumido

## Descripción del nivel de participación en los costos. Consulte la página 5 para obtener las cantidades de participación en los costos/copago.

**Nivel 1:** Medicamentos genéricos. Este grupo representa la participación en los costos más baja.

**Nivel 2:** Medicamentos preferidos de marca.

**Nivel 3:** Medicamentos no preferidos de marca.

**Nivel 4:** Medicamentos de nivel de especialidad. Este grupo representa la participación en los costos más alta.

## Explicación de los símbolos - Requisitos/límites de administración de uso

**B vs D:** Se requiere determinación de cobertura para la Parte B o D. Nota: Las soluciones para inhalación que se usan en un nebulizador solamente se cubren en la Parte D cuando el miembro se encuentra en un centro de atención de cuidados a largo plazo (LTC).

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana, (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-987-8816.

**PA:** Se requiere autorización previa.

**QL:** Se aplican límites de cantidad.

**RA:** Acceso restringido. Es posible que este medicamento se encuentre disponible solamente en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-987-8816.

**ST:** Se requiere terapia escalonada.

Por lo general, todos los medicamentos del formulario se encuentran disponibles a través de las farmacias con servicio de orden por correo, excepto en circunstancias o situaciones especiales en las que no se pueda enviar por correo un medicamento particular a su casa.

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Analgésicos - Medicamentos para el dolor</b>		
<i>acetaminophen/codeine</i>	1	GC
CAPITAL/CODEINE	2	
EMBEDA	3	QL (60 por 30 días)
<i>endocet</i>	1	GC
<i>fentanyl patch</i>	1	QL (20 por 30 días) GC
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	1	GC
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	1	GC
<i>hydromorphone hcl</i>	1	GC
KADIAN	2	QL (60 por 30 días)
<i>methadone hcl en comprimidos</i>	1	GC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate er en comprimidos 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (180 por 30 días) GC
<i>morphine sulfate er 60 mg, 100 mg, 200 mg</i>	1	QL (120 por 30 días) GC
<i>morphine sulfate en comprimidos</i>	1	GC
ONSOLIS	4	QL (120 por 30 días) PA
OPANA ER 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	2	QL (60 por 30 días)
OPANA ER 40 MG	2	QL (120 por 30 días)
<i>oxycodone hcl</i>	1	GC
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i>	1	GC

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
OXYCONTIN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	2	QL (90 por 30 días)
OXYCONTIN 80 MG	2	QL (120 por 30 días)
<i>roxicet en comprimidos</i>	1	GC
<i>tramadol hcl</i>	1	GC
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i>	1	GC
<b>Anestesia - Medicamentos tópicos para el dolor</b>		
<i>lidocaine hcl jalea</i>	1	GC
<i>lidocaine hcl viscous</i>	1	GC
<i>lidocaine/prilocaine</i>	1	B vs D GC
LIDODERM	2	QL (90 por 30 días)
<b>Antibacterianos - Antibiótico/Infección</b>		
<i>amoxicillin</i>	1	GC
<i>amoxicillin/potassium clavulanate</i>	1	GC
AVELOX EN COMPRIMIDOS	2	QL (30 por 30 días)
<i>azithromycin en comprimidos 250 mg</i>	1	QL (12 por 30 días) GC
<i>azithromycin en comprimidos 500 mg, 600 mg</i>	1	GC
<i>cefdinir</i>	1	GC
<i>cefuroxime axetil</i>	1	GC
<i>cephalexin</i>	1	GC
<i>ciprofloxacin hcl</i>	1	GC
<i>clarithromycin</i>	1	GC
<i>clindamycin hcl</i>	1	GC
<i>doxycycline hyclate</i>	1	GC
<i>erythromycin base</i>	1	GC
FACTIVE	3	QL (30 por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>levofloxacin en comprimidos</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>metronidazole</i>	1	GC
<i>neomycin sulfate</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin macrocrystalline</i>	1	GC
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	1	GC
<i>penicillin v potassium</i>	1	GC
<i>polycin b</i>	1	GC
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	1	GC
<i>tetracycline hcl</i>	1	GC
ZYVOX	4	PA
<b>Anticonvulsivos - Epilepsia/Ataques</b>		
<i>carbamazepine</i>	1	GC
<i>divalproex sodium</i>	1	GC
<i>gabapentin en cápsula, en comprimidos</i>	1	GC
LAMICTAL EN COMPRIMIDOS, ODT & XR	2	
<i>lamotrigine</i>	1	GC
<i>levetiracetam</i>	1	GC
LYRICA	2	QL (60 por 30 días)
<i>oxcarbazepine</i>	1	GC
PHENYTEK	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	1	GC
<i>primidone</i>	1	GC
<i>topiramate</i>	1	GC
<i>valproic acid</i>	1	GC
VIMPAT	3	

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes antedemencia - Alzheimer</b>		
ARICEPT EN COMPRIMIDOS 23 MG	2	QL (30 por 30 días)
<i>donepezil hcl</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
EXELON PARCHÉ	2	QL (30 por 30 días)
NAMENDA SOLUCIÓN	2	QL (300 por 30 días)
NAMENDA EN COMPRIMIDOS	2	QL (60 por 30 días)
<b>Antidepresivos - Depresión</b>		
<i>amitriptyline hcl</i>	1	GC
<i>budeprion sr</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
<i>budeprion xl</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>bupropion hcl</i>	1	GC
<i>bupropion hcl sr</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
<i>citalopram hydrobromide solución</i>	1	QL (900 por 30 días) GC
<i>citalopram hydrobromide en comprimidos 10 mg, 40 mg</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>citalopram hydrobromide en comprimidos 20 mg</i>	1	QL (90 por 30 días) GC
CYMBALTA	2	QL (60 por 30 días)
<i>doxepin hcl</i>	1	GC
<i>fluoxetine hcl</i>	1	GC
LEXAPRO EN COMPRIMIDOS	3	QL (60 por 30 días)
MARPLAN	3	
<i>mirtazapine</i>	1	GC
<i>nortriptyline hcl</i>	1	GC
<i>paroxetine hcl en comprimidos</i>	1	QL (30 por 30 días) GC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PRISTIQ	2	QL (30 por 30 días)
SAVELLA	2	QL (60 por 30 días)
<i>sertraline hcl 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>sertraline hcl 100mg</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
<i>trazodone hcl</i>	1	GC
<i>venlafaxine hcl</i>	1	GC
<i>venlafaxine hcl er en cápsulas 37.5 mg, 75 mg</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>venlafaxine hcl er en cápsulas 150 mg</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
<b>Antídotos, agentes toxicológicos y para el tratamiento de adicciones - Dejar de fumar/ adicciones</b>		
<i>buproban</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
CHANTIX STARTING MONTH PAK	3	QL (106 por 365 días) ST
CHANTIX 0.5 MG, 1 MG	3	QL (336 por 365 días) ST
SUBOXONE	2	
<b>Antieméticos - Náuseas/Vómitos</b>		
EMEND 40 MG	2	QL (2 por 30 días) B vs D
EMEND 80 MG	2	QL (8 por 30 días) B vs D
EMEND 125 MG	2	QL (4 por 30 días) B vs D
EMEND ENVASE EN TRÍPTICO	2	QL (12 por 30 días) B vs D
<i>ondansetron hcl en comprimidos &amp; odt 4 mg</i>	1	QL (60 por 30 días) B vs D GC

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>ondansetron hcl en comprimidos &amp; odt 8 mg</i>	1	QL (90 por 30 días) B vs D GC
<i>phenadoz</i>	1	GC
<i>prochlorperazine maleate</i>	1	GC
<i>promethazine hcl</i>	1	GC
SANCUSO	3	QL (4 por 30 días) PA
TRANSDERM-SCOP	2	
<b>Antifúngicos - Infección micótica</b>		
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	1	GC
<i>clotrimazole troche</i>	1	GC
<i>econazole nitrate</i>	1	GC
EXELDERM	2	
<i>fluconazole en comprimidos</i>	1	GC
GRIFULVIN V	2	
<i>itraconazole</i>	1	GC
<i>ketoconazole</i>	1	GC
<i>nystatin</i>	1	GC
<i>nystatin/triamcinolone</i>	1	GC
<i>nystop</i>	1	GC
OXISTAT	2	
<i>terbinafine hcl en comprimidos</i>	1	QL (90 por 270 días) GC
<b>Agentes antigota - Gota</b>		
<i>allopurinol</i>	1	GC
COLCRYST	2	
ULORIC	2	QL (30 por 30 días) ST

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes antiinflamatorios - Dolor/Inflamación (los AINE)</b>		
CELEBREX	2	QL (60 por 30 días)
<i>diclofenac potassium</i>	1	GC
<i>diclofenac sodium</i>	1	GC
<i>diflunisal</i>	1	GC
<i>etodolac</i>	1	GC
FLECTOR	3	
<i>ibuprofen</i>	1	GC
<i>indomethacin</i>	1	GC
<i>ketorolac tromethamine en comprimidos</i>	1	QL (20 por 30 días) GC
<i>meloxicam</i>	1	GC
<i>nabumetone</i>	1	GC
<i>naproxen</i>	1	GC
<i>piroxicam</i>	1	GC
<i>salsalate</i>	1	GC
<i>sulindac</i>	1	GC
VIMOVO	2	QL (60 por 30 días)
<b>Agentes antimigraña - Migraña</b>		
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	1	GC
MAXALT & MAXALT-MLT 5 MG	2	QL (27 por 30 días)
MAXALT & MAXALT-MLT 10 MG	2	QL (18 por 30 días)
MIGRANAL	3	QL (8 por 30 días)
<i>naratriptan hcl 1mg</i>	1	QL (18 por 30 días) ST GC
<i>naratriptan hcl 2.5 mg</i>	1	QL (9 por 30 días) ST GC

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
RELPAZ 20 MG	3	QL (12 por 30 días) ST
RELPAZ 40 MG	3	QL (6 por 30 días) ST
<i>sumatriptan succinate 25 mg</i>	1	QL (36 por 30 días) GC
<i>sumatriptan succinate 50 mg</i>	1	QL (18 por 30 días) GC
<i>sumatriptan succinate 100 mg</i>	1	QL (9 por 30 días) GC
TREXIMET	2	QL (9 por 30 días)
ZOMIG & ZOMIG ZMT 2.5 MG	3	QL (12 por 30 días)
ZOMIG & ZOMIG ZMT 5 MG	3	QL (6 por 30 días)
ZOMIG SOLUCIÓN	3	QL (6 por 30 días)
<b>Agentes antimiastrénicos - Miastenia Gravis</b>		
<i>guanidine hcl</i>	1	GC
MESTINON TIMESPAN	2	
<i>pyridostigmine bromide</i>	1	GC
<b>Antimicobacterianos - Tuberculosis</b>		
<i>ethambutol hcl</i>	1	GC
<i>isoniazid en comprimidos</i>	1	GC
<i>rifampin en cápsulas</i>	1	GC
<b>Antineoplásicos - Cáncer</b>		
<i>anastrozole</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
FEMARA	3	
<i>tamoxifen citrate</i>	1	GC
<b>Antiparasitarios - Infección parasitaria</b>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	1	GC
<i>mebendazole</i>	1	GC
<i>mefloquine hcl</i>	1	GC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes antiparkinson - Parkinson</b>		
<i>amantadine hcl</i>	1	GC
APOKYN	4	
AZILECT	2	QL (30 por 30 días)
<i>benztropine mesylate</i>	1	GC
<i>carbidopa/levodopa</i>	1	GC
<i>carbidopa/levodopa sr</i>	1	GC
LODOSYN	2	
MIRAPEX ER	2	
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	GC
REQUIP XL	2	
<i>ropinirole hcl</i>	1	GC
STALEVO	2	
TASMAR	2	
ZELAPAR	3	
<b>Antipsicóticos - Esquizofrenia/Trastornos mentales</b>		
ABILIFY DISCMELT 10 MG	3	QL (60 por 30 días)
ABILIFY DISCMELT 15 MG	4	QL (60 por 30 días)
ABILIFY EN COMPRIMIDOS 2 MG, 5 MG, 10 MG, 15 MG	3	QL (30 por 30 días)
ABILIFY EN COMPRIMIDOS 20 MG, 30 MG	4	QL (30 por 30 días)
FANAPT	3	QL (60 por 30 días)
GEODON EN CÁPSULAS	2	QL (60 por 30 días)
LATUDA	3	QL (30 por 30 días)
<i>risperidone en comprimidos 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
<i>risperidone en comprimidos 4 mg</i>	1	QL (120 por 30 días) GC

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
SAPHRIS	3	
SEROQUEL 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG	3	QL (120 por 30 días)
SEROQUEL 300 MG, 400 MG	3	QL (60 por 30 días)
SEROQUEL XR 50 MG, 300 MG, 400 MG	2	QL (60 por 30 días)
SEROQUEL XR 150 MG, 200 MG	2	QL (30 por 30 días)
ZYPREXA INJECTION	2	
ZYPREXA EN COMPRIMIDOS 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG, 10 MG	2	QL (30 por 30 días)
ZYPREXA EN COMPRIMIDOS 15 MG, 20 MG	4	QL (30 por 30 días)
ZYPREXA ZYDIS EN COMPRIMIDOS 5 MG, 10 MG	2	QL (30 por 30 días)
ZYPREXA ZYDIS EN COMPRIMIDOS 15 MG, 20 MG	4	QL (30 por 30 días)
<b>Agentes antiespásticos - Espasticidad</b>		
<i>baclofen</i>	1	GC
<i>tizanidine hcl</i>	1	GC
<b>Antivirales - Infecciones virales/Hepatitis/VIH</b>		
<i>acyclovir en cápsula, en comprimidos</i>	1	GC
CRIXIVAN	2	
EPIVIR	2	
EPIVIR HBV	2	
<i>famciclovir</i>	1	GC
NORVIR	3	
RESCRIPTOR	2	
SELZENTRY	2	

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
TAMIFLU EN CÁPSULA 75 MG	2	QL (56 por 365 días)
TRUVADA	4	
<i>valacyclovir hcl</i>	1	GC
VIRACEPT	2	
ZIAGEN	2	
ZOVIRAX UNGÜENTO	3	
<b>Ansiolíticos - Ansiedad/Nervios</b>		
<i>bupirone hcl</i>	1	GC
LEXAPRO EN COMPRIMIDOS	3	QL (60 por 30 días)
<b>Agentes bipolares - Trastorno maníaco depresivo</b>		
<i>divalproex sodium er</i>	1	GC
EQUETRO	3	
<i>lithium carbonate</i>	1	GC
<b>Reguladores de glucosa en la sangre - Diabetes</b>		
<i>acarbose</i>	1	GC
ACTOPLUS MET	2	QL (90 por 30 días)
ACTOS	2	QL (30 por 30 días)
ALCOHOL PREP PADS	2	
APIDRA	2	
AVANDIA 2 MG, 4 MG	3	QL (60 por 30 días)
AVANDIA 8 MG	3	QL (30 por 30 días)
BYETTA	2	QL (3 por 30 días)
DUETACT	2	QL (30 por 30 días)
<i>glimepiride</i>	1	GC
<i>glipizide</i>	1	GC
<i>glipizide er</i>	1	GC
<i>glipizide/metformin hcl</i>	1	GC
GLUCAGEN HYPOKIT	2	QL (2 por 1 día)

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>glyburide</i>	1	GC
<i>glyburide/metformin hcl</i>	1	GC
HUMALOG	3	ST
JERINGAS Y AGUJAS PARA INSULINA	2	
JANUMET	2	QL (60 por 30 días)
JANUVIA	2	QL (30 por 30 días)
KOMBIGLYZE XR 500 MG/5 MG, 1000 MG/5 MG	2	QL (30 por 30 días)
KOMBIGLYZE XR 1000 MG/2.5 MG	2	QL (60 por 30 días)
LANTUS	2	
LEVEMIR	2	
<i>metformin hcl</i>	1	GC
<i>metformin hcl er</i>	1	GC
NOVOLIN	2	
NOVOLOG	2	
ONGLYZA	2	QL (30 por 30 días)
VICTOZA	2	QL (9 por 30 días)
<b>Hemoderivados/Modificadores/Expansores de volumen/Anticoagulantes/Medicamentos antiplaquetarios/Otros</b>		
AGGRENOX	2	QL (60 por 30 días)
ARANESP 25 MCG/0.42 ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/0.4 ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/0.3 ML, 60 MCG/ML	2	PA
ARANESP 100 MCG/0.5 ML, 100 MCG/ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 200 MCG/ML, 300 MCG/0.6 ML, 300 MCG/ML, 500 MCG/ML	4	PA
ARIXTRA 2.5 MG/0.5 ML	2	QL (32 por 3 65 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
ARIXTRA 5 MG/0.4 ML	4	QL (12 por 365 días)
ARIXTRA 7.5 MG/0.6 ML	4	QL (18 por 365 días)
ARIXTRA 10 MG/0.8 ML	4	QL (24 por 365 días)
<i>cilostazol</i>	1	GC
EFFIENT 5MG	2	QL (42 por 30 días)
EFFIENT 10MG	2	QL (36 por 30 días)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3 ml</i>	1	QL (18 por 365 días) GC
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4 ml</i>	1	QL (24 por 365 días) GC
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6 ml</i>	1	QL (36 por 365 días) GC
<i>enoxaparin sodium 80 mg/0.8 ml</i>	1	QL (48 por 365 días) GC
<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	4	QL (60 por 365 días)
<i>enoxaparin sodium 120 mg/0.8 ml</i>	4	QL (48 por 365 días)
<i>jantoven</i>	1	GC
<i>pentoxifylline er</i>	1	GC
PLAVIX 75 MG	2	
PRADAXA	2	QL (60 por 30 días)
PROCRIT 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	2	QL (12 por 28 días) PA
PROCRIT 10000 UNIT/ML	2	PA
PROCRIT 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	4	PA
<i>warfarin sodium</i>	1	GC
<b>Agentes cardiovasculares - Medicamentos para la presión arterial/colesterol/corazón</b>		
<i>afeditab cr</i>	1	GC

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>amiodarone hcl</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>amlodipine besylate/ benazepril hydrochloride</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
AMTURNIDE	3	QL (30 por 30 días)
<i>atenolol</i>	1	GC
<i>benazepril hcl</i>	1	GC
BENICAR/BENICAR HCT	3	QL (30 por 30 días)
<i>bumetanide</i>	1	GC
BYSTOLIC EN COMPRIMIDOS 2.5 MG, 5 MG	2	QL (90 por 30 días)
BYSTOLIC EN COMPRIMIDOS 10 MG	2	QL (120 por 30 días)
BYSTOLIC EN COMPRIMIDOS 20 MG	2	QL (60 por 30 días)
<i>captopril</i>	1	GC
<i>cartia xt</i>	1	GC
<i>carvedilol</i>	1	GC
<i>chlorthalidone</i>	1	GC
<i>clonidine hcl en comprimidos</i>	1	GC
COREG CR	2	QL (30 por 30 días)
CRESTOR	2	QL (30 por 30 días)
<i>digoxin</i>	1	GC
<i>dilt-cd</i>	1	GC
<i>dilt-xr</i>	1	GC
<i>diltiazem cd</i>	1	GC
<i>diltiazem hcl er</i>	1	GC
<i>diltzac</i>	1	GC
DIOVAN/DIOVAN HCT	2	QL (30 por 30 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>enalapril maleate</i>	1	GC
<i>enalapril maleate/ hydrochlorothiazide</i>	1	GC
EXFORGE/EXFORGE HCT	2	QL (30 por 30 días)
<i>felodipine er</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>fenofibrate micronized</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>fenofibrate en comprimidos 54 mg</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
<i>fenofibrate en comprimidos 160 mg</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>flecainide acetate</i>	1	GC
<i>furosemide</i>	1	GC
<i>gemfibrozil</i>	1	GC
<i>hydralazine hcl</i>	1	GC
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	GC
<i>indapamide</i>	1	GC
<i>isosorbide dinitrate</i>	1	GC
<i>isosorbide dinitrate er</i>	1	GC
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1	GC
<i>labetalol hcl</i>	1	GC
LANOXIN	2	
LESCOL 20 MG	2	QL (30 por 30 días)
LESCOL 40 MG	2	QL (60 por 30 días)
LESCOL XL 80 MG	2	QL (30 por 30 días)
LIPITOR	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>lisinopril</i>	1	GC
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	1	GC

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>losartan potassium</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>lovastatin 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>lovastatin 40 mg</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
LOVAZA	2	
<i>metolazone</i>	1	GC
<i>metoprolol succinate er 25 mg, 50 mg, 100 mg</i>	1	QL (90 por 30 días) GC
<i>metoprolol succinate er 200 mg</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
<i>metoprolol tartrate en comprimidos</i>	1	GC
MICARDIS/MICARDIS HCT	2	QL (30 por 30 días)
MULTAQ	2	QL (60 por 30 días)
<i>nadolol</i>	1	GC
NIASPAN 500 MG	2	QL (30 por 30 días)
NIASPAN 750 MG, 1000 MG	2	QL (60 por 30 días)
<i>nifediac cc</i>	1	GC
<i>nifedical xl</i>	1	GC
<i>nifedipine er</i>	1	GC
<i>parche de nitroglicerina</i>	1	GC
NITROLINGUAL PUMPSPRAY	2	
NITROSTAT	2	
<i>pravastatin sodium</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>propranolol hcl</i>	1	GC
<i>propranolol hcl er</i>	1	GC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>quinapril hcl</i>	1	GC
<i>ramipril</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
RANEXA	2	
SIMCOR 500 MG/20 MG, 500 MG/40 MG, 1000 MG/40 MG	2	QL (30 por 30 días)
SIMCOR 750 MG/20 MG, 1000 MG/20 MG	2	QL (60 por 30 días)
<i>simvastatin 5 mg, 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (90 por 30 días) GC
<i>simvastatin 40 mg</i>	1	QL (45 por 30 días) GC
<i>simvastatin 80 mg</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>sotalol hcl</i>	1	GC
<i>spironolactone</i>	1	GC
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	1	GC
<i>taztia xt</i>	1	GC
TEKAMLO	3	QL (30 por 30 días)
TEKTURNA/TEKTURNA HCT	3	QL (30 por 30 días)
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	1	GC
TRICOR 48 MG	3	QL (60 por 30 días)
TRICOR 145 MG	3	QL (30 por 30 días)
TRILIPIX 45 MG	2	QL (60 por 30 días)
TRILIPIX 135 MG	2	QL (30 por 30 días)
TWYNSTA	2	QL (30 por 30 días)
VALTURNA	3	QL (30 por 30 días)
<i>verapamil hcl er</i>	1	GC
VYTORIN	2	QL (30 por 30 días)
WELCHOL EN PAQUETE	2	QL (30 por 30 días)

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
WELCHOL EN COMPRIMIDOS	2	
ZETIA	2	QL (30 por 30 días)
<b>Agentes del sistema nervioso central - TDA/TDAH</b>		
<i>amphetamine/dextroamphetamine en comprimidos</i>	1	GC
<i>methylphenidate hcl</i>	1	GC
<i>methylphenidate hcl sr</i>	1	GC
STRATTERA 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG	2	QL (60 por 30 días)
STRATTERA 60 MG, 80 MG, 100 MG	2	QL (30 por 30 días)
<b>Agentes dentales y orales - Afecciones de la boca</b>		
<i>chlorhexidine gluconate</i>	1	GC
<i>pilocarpine hcl</i>	1	GC
<i>triamcinolone in orabase</i>	1	GC
<b>Agentes dermatológicos - Afecciones de la piel</b>		
<i>augmented betamethasone dipropionate</i>	1	GC
<i>betamethasone dipropionate</i>	1	GC
<i>betamethasone valerate</i>	1	GC
CARAC	3	
<i>clobetasol propionate</i>	1	GC
CLODERM	2	
CUTIVATE LOCIÓN	3	
<i>desonide</i>	1	GC
DIFFERIN	2	
DOVONEX CREMA	3	
EFUDEX	3	
<i>fluocinonide</i>	1	GC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fluorouracil crema</i>	1	GC
<i>hydrocortisone crema, loción, ungüento</i>	1	GC
<i>hydrocortisone valerate</i>	1	GC
<i>imiquimod</i>	1	GC
METROGEL	2	
<i>mometasone furoate</i>	1	GC
<i>mupirocin</i>	1	GC
OXSORALEN ULTRA	2	
PANDEL	2	
<i>proctosol hc</i>	1	GC
SANTYL	2	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	GC
SOLARAZE	2	
<i>triamcinolone acetonide</i>	1	GC
<i>triderm</i>	1	GC
ZONALON	2	
ZYCLARA	3	
<b>Reemplazos/Modificadores enzimáticos - Enzimas</b>		
CREON	2	
CYSTAGON	2	
ZENPEP	2	
<b>Agentes gastrointestinales - Medicamentos para úlceras/el estómago</b>		
ACIPHEX	3	QL (60 por 30 días)
AMITIZA	2	QL (60 por 30 días)
CARAFATE SUSPENSION	3	
<i>cimetidine</i>	1	GC
DEXILANT	3	QL (60 por 30 días)

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>dicyclomine hcl</i>	1	GC
<i>diphenoxylate/atropine</i>	1	GC
<i>famotidine en comprimidos</i>	1	GC
<i>gavilyte-c</i>	1	GC
<i>gavilyte-g</i>	1	GC
<i>gavilyte-n</i>	1	GC
<i>generlac</i>	1	GC
GOLYTELY	2	
HALFLYTELY	2	
<i>lactulose</i>	1	GC
<i>lansoprazole</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
<i>loperamide hcl rx</i>	1	GC
<i>metoclopramide hcl</i>	1	GC
<i>misoprostol</i>	1	GC
MOTOFEN	2	
MOVIPREP	3	
NEXIUM	2	QL (60 por 30 días)
NULYTELY	2	
<i>omeprazole</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
<i>pantoprazole sodium</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
<i>polyethylene glycol 3350</i>	1	GC
<i>ranitidine hcl</i>	1	GC
<i>sucralfate</i>	1	GC
<i>trilyte</i>	1	GC
<i>ursodiol en cápsula</i>	1	GC

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes genitourinarios - Medicamentos para la vejiga/ contra la HPB</b>		
<i>alfuzosin hcl er</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
AVODART	2	QL (30 por 30 días)
DETROL	2	QL (60 por 30 días)
DETROL LA	2	QL (30 por 30 días)
<i>doxazosin mesylate</i>	1	GC
ENABLEX	3	QL (30 por 30 días)
<i>finasteride</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
FOSRENOL	2	
GELNIQUE	2	QL (30 por 30 días)
JALYN	2	QL (30 por 30 días)
<i>oxybutynin chloride</i>	1	GC
<i>oxybutynin chloride er 5 mg</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>oxybutynin chloride er 10 mg, 15 mg</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
PHOSLO	2	
RAPAFLO	2	QL (30 por 30 días) ST
RENVELA	2	
<i>tamsulosin hcl</i>	1	QL (60 por 30 días) GC
<i>terazosin hcl</i>	1	GC
TOVIAZ	2	QL (30 por 30 días)
VESICARE	3	QL (30 por 30 días)
<b>Agentes hormonales - Medicamentos reguladores suprarrenales</b>		
<i>dexamethasone en comprimidos</i>	1	GC

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>fludrocortisone acetate</i>	1	GC
LYSODREN	2	
<i>methylprednisolone en comprimidos 4 mg</i>	1	GC
<i>methylprednisolone en comprimidos 8 mg, 16 mg, 32 mg</i>	1	B vs D GC
<i>prednisone en comprimidos</i>	1	B vs D GC
<b>Agentes hormonales - Andrógenos/Estrógenos/Antiandrógenos/Otros</b>		
ALORA	2	QL (8 por 28 días)
ANDRODERM	2	
ANDROGEL	2	
<i>bicalutamide</i>	1	GC
ENJUVA	2	
ESTRACE CREMA	3	
<i>estradiol</i>	1	GC
EVISTA	2	QL (30 por 30 días)
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	1	GC
MEGACE ES	2	
<i>megestrol acetate</i>	1	GC
OXANDRIN	4	
PREMARIN CREMA	2	
PREMARIN EN COMPRIMIDOS	3	QL (30 por 30 días)
TESTIM	2	
<i>testosterone cypionate</i>	1	PA GC
VAGIFEM	3	
VIVELLE-DOT	2	QL (8 por 28 días)

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes hormonales - Medicamento supresor paratiroideo</b>		
SENSIPAR 30 MG	2	QL (60 por 30 días)
SENSIPAR 60MG	4	QL (60 por 30 días)
SENSIPAR 90 MG	4	QL (120 por 30 días)
<b>Agentes hormonales - Medicamentos para la hipófisis</b>		
HUMATROPE	4	PA
SAIZEN	4	PA
SOMATULINE DEPOT	4	
TRELSTAR	2	PA
<b>Agentes hormonales - Medicamentos tiroideos</b>		
ARMOUR THYROID	2	
<i>levothyroxine sodium</i>	1	GC
LEVOXYL	2	
<i>methimazole</i>	1	GC
<i>propylthiouracil</i>	1	GC
SYNTHROID	3	
UNITHROID	2	
<b>Agentes inmunológicos - Medicamentos para inmunología/Vacunas</b>		
ADACEL	2	
AVONEX	4	PA
<i>azathioprine</i>	1	B vs D GC
BETASERON	4	PA
COPAXONE	4	PA
DECAVAC	2	
ENBREL	4	PA
HUMIRA	4	PA

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>leflunomide</i>	1	GC
<i>methotrexate</i>	1	B vs D GC
MYFORTIC	2	B vs D
PEG-INTRON	4	PA
REBIF	4	PA
SANDIMMUNE	2	B vs D
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	1	GC
ZOSTAVAX	2	
<b>Agentes para la enfermedad inflamatoria del intestino - Colitis ulcerativa/Proctitis</b>		
APRISO	3	
<i>balsalazide disodium</i>	1	GC
CANASA	2	
DIPENTUM	2	
LIALDA	2	
PENTASA	2	
<i>sulfasalazine</i>	1	GC
<b>Agentes para la osteopatía metabólica - Osteoporosis/Otros</b>		
ACTONEL 5 MG, 30 MG	3	QL (30 por 30 días) ST
ACTONEL 35 MG	3	QL (4 por 28 días) ST
ACTONEL 150 MG	3	QL (1 por 30 días) ST
<i>alendronate sodium en comprimidos 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4 por 28 días) GC
BONIVA EN COMPRIMIDOS	2	QL (1 por 30 días)
<i>calcitriol</i>	1	B vs D GC
FORTEO	4	
FORTICAL	1	GC
ZEMPLAR	2	B vs D

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<b>Agentes oftálmicos - Afecciones de los ojos</b>		
<i>acetazolamide</i>	1	GC
ALPHAGAN P	2	
AZASITE	2	
<i>azelastine hcl</i>	1	GC
AZOPT	2	
BETIMOL	2	
BETOPTIC-S	2	
<i>brimonidine tartrate</i>	1	GC
COMBIGAN	2	
<i>diclofenac sodium</i>	1	GC
<i>dorzolamide hcl</i>	1	GC
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	1	GC
DUREZOL	3	
<i>erythromycin unguento</i>	1	GC
<i>fluorometholone</i>	1	GC
<i>gentamicin sulfate</i>	1	GC
IQUIX	2	
<i>ketorolac tromethamine</i>	1	GC
<i>latanoprost</i>	1	GC
<i>levobunolol hcl</i>	1	GC
LOTEMAX	3	
LUMIGAN	2	QL (2.5 por 30 días)
MOXEZA	2	
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	1	GC
NEVANAC	2	
<i>ofloxacin</i>	1	GC
PATADAY	2	

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
PATANOL	2	
<i>prednisolone acetate</i>	1	GC
RESTASIS	2	
<i>timolol maleate</i>	1	GC
TOBRADEX UNGÜENTO	3	
TOBRADEX ST	3	
<i>tobramycin sulfate</i>	1	GC
<i>tobramycin sulfate/ dexamethasone</i>	1	GC
TRAVATAN Z	2	QL (2.5 por 30 días)
<i>trimethoprim sulfate/ polymyxin b sulfate</i>	1	GC
VIGAMOX	2	
<b>Agentes óticos - Afecciones de los oídos</b>		
CIPRO HC	2	
CIPRODEX	2	
<i>cortomycin</i>	1	GC
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	1	GC
<i>neomycin/polymyxin/ hydrocortisone</i>	1	GC
<i>ofloxacin</i>	1	GC
<b>Agentes del tracto respiratorio - Alergias/Asma/ EPOC</b>		
<i>acetylcysteine</i>	1	B vs D GC
ADVAIR DISKUS/HFA	2	
<i>albuterol sulfate inhalation solución</i>	1	B vs D GC
ALVESCO	3	
ASMANEX	2	
ASTEPRO	2	
ATROVENT HFA	3	ST

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>azelastine hcl</i>	1	GC
BROVANA	3	B vs D
<i>budesonide</i>	1	B vs D GC
<i>cyproheptadine hcl</i>	1	GC
EPIPEN	2	QL (2 por 1 día)
FLOVENT DISKUS/HFA	2	
<i>flunisolide</i>	1	GC
<i>fluticasone propionate</i>	1	GC
FORADIL	2	
<i>hydroxyzine hcl</i>	1	GC
<i>hydroxyzine pamoate</i>	1	GC
<i>ipratropium bromide/ albuterol sulfate</i>	1	B vs D GC
<i>ipratropium bromide inhalation solución</i>	1	B vs D GC
<i>ipratropium bromide nasal solución</i>	1	GC
LETAIRIS	4	
MAXAIR	3	QL (14 por 30 días)
NASACORT AQ	3	ST
NASONEX	3	ST
OMNARIS	3	
PERFOROMIST	3	B vs D
PROAIR HFA	2	
QVAR	2	
SEREVENT DISKUS	2	
SINGULAIR	2	
SPIRIVA	2	
SYMBICORT	2	
<i>theochron</i>	1	GC

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.

## Formulario 2012 resumido

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Requisitos/Límites
<i>theochron</i>	1	GC
<i>theophylline er</i>	1	GC
TRACLEER	4	RA
VENTOLIN HFA	2	
VERAMYST	2	
XOPENEX INHALATION SOLUCIÓN	3	B vs D
XOPENEX HFA	3	
ZYFLO CR	2	
<b>Sedantes/Hipnóticos - Somníferos</b>		
LUNESTA	3	QL (30 por 30 días)
<i>zaleplon</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<i>zolpidem tartrate</i>	1	QL (30 por 30 días) GC
<b>Relajantes músculoesqueléticos - Espasmos musculares</b>		
<i>carisoprodol 350mg</i>	1	GC
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	1	GC
<i>metaxalone</i>	1	ST GC
<i>methocarbamol</i>	1	GC
<b>Nutrientes terapéuticos/Minerales/Electrolitos - Minerales/Electrolitos</b>		
K-TABS	1	GC
<i>klor-con &amp; klor-con m</i>	1	GC
<i>potassium chloride er</i>	1	GC
<i>potassium citrate er</i>	1	GC

**GC:** Período sin cobertura. Ofrecemos cobertura adicional de este medicamento con receta durante el período sin cobertura. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

**HI:** Este medicamento recetado puede estar cubierto dentro de nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-627-7534, los siete días de la semana (horario de lunes a viernes, desde el 15 de febrero hasta el 14 de octubre). Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-800-987-8816.



# Formulario 2012 resumido

## Índice

Medicamento	Página	Medicamento	Página	Medicamento	Página
ABILIFY DISCMELT 10 MG.....	10	<i>amoxicillin/potassium clavulanate</i> ...	7	<i>azithromycin en comprimidos</i>	
ABILIFY DISCMELT 15 MG.....	10	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>		<i>250 mg</i> .....	7
ABILIFY EN COMPRIMIDOS 2 MG, 5 MG, 10 MG, 15 MG.....	10	<i>en comprimidos</i> .....	15	<i>azithromycin en comprimidos</i>	
ABILIFY EN COMPRIMIDOS 20 MG, 30 MG .....	10	AMTURNIDE.....	13	<i>500 mg, 600 mg</i> .....	7
<i>acarbose</i> .....	11	<i>anastrozole</i> .....	10	AZOPT.....	18
<i>acetaminophen/codeine</i> .....	6	ANDRODERM.....	17	<i>baclofen</i> .....	11
<i>acetazolamide</i> .....	18	ANDROGEL.....	17	<i>balsalazide disodium</i> .....	18
<i>acetylcysteine</i> .....	19	APIDRA .....	11	<i>benazepril hcl</i> .....	13
ACIPHEX.....	15	APOKYN.....	10	BENICAR/BENICAR HCT.....	13
ACTONEL 5 MG, 30 MG.....	18	APRISO.....	18	<i>benztropine mesylate</i> .....	10
ACTONEL 35 MG .....	18	ARANESP 25 MCG/0.42 ML, 25 MCG/ ML, 40 MCG/0.4 ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/0.3 ML, 60 MCG/ML.....	12	<i>betamethasone dipropionate</i> .....	15
ACTONEL 150 MG.....	18	ARANESP 100 MCG/0.5 ML, 100 MCG/ ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 200 MCG/ML, 300 MCG/0.6 ML, 300 MCG/ML, 500 MCG/ML.....	12	<i>betamethasone valerate</i> .....	15
ACTOPLUS MET .....	11	ARICEPT EN COMPRIMIDOS 23 MG .	8	BETASERON .....	17
ACTOS.....	11	ARIXTRA 2.5 MG/0.5 ML .....	12	BETIMOL.....	18
<i>acyclovir en cápsula, en comprimidos</i> .....	11	ARIXTRA 5 MG/0.4 ML .....	12	BETOPTIC-S.....	18
ADACEL.....	17	ARIXTRA 7.5 MG/0.6 ML .....	12	<i>bicalutamide</i> .....	17
ADVAIR DISKUS/HFA .....	19	ARIXTRA 10 MG/0.8 ML .....	12	BONIVA EN COMPRIMIDOS.....	18
<i>afeditab cr</i> .....	12	ARMOUR THYROID .....	17	<i>brimonidine tartrate</i> .....	18
AGGRENOX.....	12	ASMANEX.....	19	BROVANA.....	19
<i>albuterol sulfate inhalation solución</i> .....	19	ASTEPRO.....	19	<i>budeprion sr</i> .....	8
ALCOHOL PREP PADS .....	11	<i>atenolol</i> .....	13	<i>budeprion xl</i> .....	8
<i>alendronate sodium en comprimidos</i> <i>35 mg, 70 mg</i> .....	18	ATROVENT HFA .....	19	<i>budesonide</i> .....	19
<i>alfuzosin hcl er</i> .....	16	<i>augmented betamethasone</i> <i>dipropionate</i> .....	15	<i>bumetanide</i> .....	13
<i>allopurinol</i> .....	9	AVANDIA 2 MG, 4 MG .....	11	<i>buproban</i> .....	8
ALORA .....	17	AVANDIA 8 MG.....	11	<i>bupropion hcl</i> .....	8
ALPHAGAN P.....	18	AVELOX EN COMPRIMIDOS.....	7	<i>bupropion hcl sr</i> .....	8
ALVESCO.....	19	AVODART.....	16	<i>buspirone hcl</i> .....	11
<i>amantadine hcl</i> .....	10	AVONEX.....	17	BYETTA.....	11
<i>amiodarone hcl</i> .....	13	AZASITE.....	18	BYSTOLIC EN COMPRIMIDOS 2.5 MG, 5 MG.....	13
AMITIZA .....	15	<i>azathioprine</i> .....	17	BYSTOLIC EN COMPRIMIDOS 10 MG .....	13
<i>amitriptyline hcl</i> .....	8	<i>azelastine hcl</i> .....	18	BYSTOLIC EN COMPRIMIDOS 20 MG .....	13
<i>amlodipine besylate</i> .....	13	<i>azelastine hcl</i> .....	19	<i>calcitriol</i> .....	18
<i>amlodipine besylate/benazepril</i> <i>hydrochloride</i> .....	13	AZILECT.....	10	CANASA.....	18
<i>amoxicillin</i> .....	7			CAPITAL/CODEINE.....	6
				<i>captopril</i> .....	13
				CARAC .....	15

# Formulario 2012 resumido

## Índice

Medicamento	Página	Medicamento	Página	Medicamento	Página
CARAFATE SUSPENSION	15	CRESTOR	13	DUREZOL	18
<i>carbamazepine</i>	7	CRIXIVAN	11	<i>econazole nitrate</i>	9
<i>carbidopa/levodopa</i>	10	CUTIVATE LOCIÓN	15	EFFIENT 5MG	12
<i>carbidopa/levodopa sr</i>	10	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	20	EFFIENT 10MG	12
<i>carisoprodol 350mg</i>	20	CYMBALTA	8	EFUDEX	15
<i>cartia xt</i>	13	<i>cyproheptadine hcl</i>	19	EMBEDA	6
<i>carvedilol</i>	13	CYSTAGON	15	EMEND 40 MG	8
<i>cefdinir</i>	7	DECAVAC	17	EMEND 80 MG	8
<i>cefuroxime axetil</i>	7	<i>desonide</i>	15	EMEND 125 MG	8
CELEBREX	9	DETROL	16	EMEND ENVASE EN TRÍPTICO	8
<i>cephalexin</i>	7	DETROL LA	16	ENABLEX	16
CHANTIX 0.5 MG, 1 MG	8	<i>dexamethasone en comprimidos</i>	16	<i>enalapril maleate</i>	13
CHANTIX STARTING MONTH PAK	8	DEXILANT	15	<i>enalapril maleate/ hydrochlorothiazide</i>	13
<i>chlorhexidine gluconate</i>	15	<i>diclofenac potassium</i>	9	ENBREL	17
<i>chlorthalidone</i>	13	<i>diclofenac sodium</i>	9	<i>endocet</i>	6
<i>cilostazol</i>	12	<i>diclofenac sodium</i>	18	ENJUUIA	17
<i>cimetidine</i>	15	<i>dicyclomine hcl</i>	16	<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3 ml</i>	12
CIPRODEX	19	DIFFERIN	15	<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4 ml</i>	12
<i>ciprofloxacin hcl</i>	7	<i>diflunisal</i>	9	<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6 ml</i>	12
CIPRO HC	19	<i>digoxin</i>	13	<i>enoxaparin sodium mg/0.8 ml</i>	12
<i>citalopram hydrobromide en comprimidos 10 mg, 40 mg</i>	8	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	9	<i>enoxaparin sodium 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	12
<i>citalopram hydrobromide en comprimidos 20 mg</i>	8	<i>dilt-cd</i>	13	<i>enoxaparin sodium 120 mg/0.8 ml</i>	12
<i>citalopram hydrobromide solución</i>	8	<i>diltiazem cd</i>	13	EIPEN	19
<i>clarithromycin</i>	7	<i>diltiazem hcl er</i>	13	EPIVIR	11
<i>clindamycin hcl</i>	7	<i>dilt-xr</i>	13	EPIVIR HBV	11
<i>clobetasol propionate</i>	15	<i>diltzac</i>	13	EQUETRO	11
CLODERM	15	DIOVAN/DIOVAN HCT	13	<i>erythromycin base</i>	7
<i>clonidine hcl en comprimidos</i>	13	DIPENTUM	18	<i>erythromycin ungüento</i>	18
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	9	<i>diphenoxylate/atropine</i>	16	ESTRACE CREMA	17
<i>clotrimazole troche</i>	9	<i>divalproex sodium</i>	7	<i>estradiol</i>	17
COLCRYS	9	<i>divalproex sodium er</i>	11	<i>ethambutol hcl</i>	10
COMBIGAN	18	<i>donepezil hcl</i>	8	<i>etodolac</i>	9
COPAXONE	17	<i>dorzolamide hcl</i>	18	EVISTA	17
COREG CR	13	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	18		
<i>cortomycin</i>	19	DOVONEX CREMA	15		
CREON	15	<i>doxazosin mesylate</i>	16		
		<i>doxepin hcl</i>	8		
		<i>doxycycline hyclate</i>	7		
		DUETACT	11		

# Formulario 2012 resumido

## Índice

Medicamento	Página	Medicamento	Página	Medicamento	Página
EXELDERM.....	9	<i>gentamicin sulfate</i> .....	18	<i>isoniazid en comprimidos</i> .....	10
EXELON PARCHE.....	8	GEODON EN CÁPSULAS.....	10	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	13
EXFORGE/EXFORGE HCT.....	13	<i>glimepiride</i> .....	11	<i>isosorbide dinitrate er</i> .....	13
FACTIVE.....	7	<i>glipizide</i> .....	11	<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	13
<i>famciclovir</i> .....	11	<i>glipizide er</i> .....	11	<i>itraconazole</i> .....	9
<i>famotidine en comprimidos</i> .....	16	<i>glipizide/metformin hcl</i> .....	11	JALYN.....	16
FANAPT.....	10	GLUCAGEN HYPOKIT.....	11	<i>jantoven</i> .....	12
<i>felodipine er</i> .....	13	<i>glyburide</i> .....	12	JANUMET.....	12
FEMARA.....	10	<i>glyburide/metformin hcl</i> .....	12	JANUVIA.....	12
<i>fenofibrate en comprimidos 54 mg</i> .....	13	GOLYTELY.....	16	JERINGAS Y AGUJAS PARA	
<i>fenofibrate en comprimidos 160 mg</i> .....	13	GRIFULVIN V.....	9	INSULINA.....	12
<i>fenofibrate micronized</i> .....	13	<i>guanidine hcl</i> .....	10	KADIAN.....	6
<i>fentanyl patch</i> .....	6	HALFLYTELY.....	16	<i>ketoconazole</i> .....	9
<i>finasteride</i> .....	16	HUMALOG.....	12	<i>ketorolac tromethamine</i> .....	18
<i>flecainide acetate</i> .....	13	HUMATROPE.....	17	<i>ketorolac tromethamine en</i>	
FLECTOR.....	9	HUMIRA.....	17	<i>comprimidos</i> .....	9
FLOVENT DISKUS/HFA.....	19	<i>hydralazine hcl</i> .....	13	<i>klor-con &amp; klor-con m</i> .....	20
<i>fluconazole en comprimidos</i> .....	9	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	13	KOMBIGLYZE XR 500 MG/5 MG,	
<i>fludrocortisone acetate</i> .....	17	<i>hydrocodone/acetaminophen</i> .....	6	1000 MG/5 MG.....	12
<i>flunisolide</i> .....	19	<i>hydrocodone/ibuprofen</i> .....	6	KOMBIGLYZE XR 1000 MG/2.5 MG.....	12
<i>fluocinonide</i> .....	15	<i>hydrocortisone/acetic acid</i> .....	19	K-TABS.....	20
<i>fluorometholone</i> .....	18	<i>hydrocortisone crema, loción,</i>		<i>labetalol hcl</i> .....	13
<i>fluorouracil crema</i> .....	15	<i>ungüento</i> .....	15	<i>lactulose</i> .....	16
<i>fluoxetine hcl</i> .....	8	<i>hydrocortisone valerate</i> .....	15	LAMICTAL EN COMPRIMIDOS,	
<i>fluticasone propionate</i> .....	19	<i>hydromorphone hcl</i> .....	6	ODT & XR.....	7
FORADIL.....	19	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	10	<i>lamotrigine</i> .....	7
FORTEO.....	18	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	19	LANOXIN.....	13
FORTICAL.....	18	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	19	<i>lansoprazole</i> .....	16
FOSRENOL.....	16	<i>ibuprofen</i> .....	9	LANTUS.....	12
<i>furosemide</i> .....	13	<i>imiquimod</i> .....	15	<i>latanoprost</i> .....	18
<i>gabapentin en cápsula, en</i>		<i>indapamide</i> .....	13	LATUDA.....	10
<i>comprimidos</i> .....	7	<i>indomethacin</i> .....	9	<i>leflunomide</i> .....	18
<i>gavilyte-c</i> .....	16	<i>ipratropium bromide/albuterol</i>		LESCOL 20 MG.....	13
<i>gavilyte-g</i> .....	16	<i>sulfate</i> .....	19	LESCOL 40 MG.....	13
<i>gavilyte-n</i> .....	16	<i>ipratropium bromide inhalation</i>		LESCOL XL 80 MG.....	13
GELNIQUE.....	16	<i>solución</i> .....	19	LETAIRIS.....	19
<i>gemfibrozil</i> .....	13	<i>ipratropium bromide nasal solución</i> .....	19	LEVEMIR.....	12
<i>generlac</i> .....	16	IQUIX.....	18	<i>levetiracetam</i> .....	7
				<i>levobunolol hcl</i> .....	18

# Formulario 2012 resumido

## Índice

Medicamento	Página	Medicamento	Página	Medicamento	Página
<i>levofloxacin en comprimidos</i> .....	7	<i>metformin hcl</i> .....	12	NAMENDA SOLUCIÓN.....	8
<i>levothyroxine sodium</i> .....	17	<i>metformin hcl er</i> .....	12	<i>naproxen</i> .....	9
LEVOXYL.....	17	<i>methadone hcl en comprimidos</i> .....	6	<i>naratriptan hcl 1mg</i> .....	9
LEXAPRO EN COMPRIMIDOS.....	8	<i>methimazole</i> .....	17	<i>naratriptan hcl 2.5 mg</i> .....	9
LEXAPRO EN COMPRIMIDOS.....	11	<i>methocarbamol</i> .....	20	NASACORT AQ.....	19
LIALDA.....	18	<i>methotrexate</i> .....	18	NASONEX.....	19
<i>lidocaine hcl jalea</i> .....	7	<i>methylphenidate hcl</i> .....	15	<i>neomycin/polymyxin/ dexamethasone</i> .....	18
<i>lidocaine hcl viscous</i> .....	7	<i>methylphenidate hcl sr</i> .....	15	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i> .....	19
<i>lidocaine/prilocaine</i> .....	7	<i>methylprednisolone en comprimidos 4 mg</i> .....	17	<i>neomycin sulfate</i> .....	7
LIDODERM.....	7	<i>methylprednisolone en comprimidos 8 mg, 16 mg, 32 mg</i> .....	17	NEVANAC.....	18
LIPITOR.....	13	<i>metoclopramide hcl</i> .....	16	NEXIUM.....	16
<i>lisinopril</i> .....	13	<i>metolazone</i> .....	14	NIASPAN 500 MG.....	14
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> .....	13	<i>metoprolol succinate er 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg</i> .....	14	NIASPAN 750 MG, 1000 MG.....	14
<i>lithium carbonate</i> .....	11	<i>metoprolol tartrate en comprimidos</i> .....	14	<i>nifediac cc</i> .....	14
LODOSYN.....	10	METROGEL.....	15	<i>nifedical xl</i> .....	14
<i>loperamide hcl rx</i> .....	16	<i>metronidazole</i> .....	7	<i>nifedipine er</i> .....	14
<i>losartan potassium</i> .....	14	MICARDIS/MICARDIS HCT.....	14	<i>nitrofurantoin macrocrystalline</i> .....	7
<i>losartan potassium/ hydrochlorothiazide</i> .....	14	MIGRANAL.....	9	<i>nitrofurantoin monohydrate</i> .....	7
LOTEMAX.....	18	MIRAPEX ER.....	10	NITROLINGUAL PUMPSPRAY.....	14
<i>lovastatin 10 mg, 20 mg</i> .....	14	<i>mirtazapine</i> .....	8	NITROSTAT.....	14
<i>lovastatin 40 mg</i> .....	14	<i>misoprostol</i> .....	16	<i>nortriptyline hcl</i> .....	8
LOVAZA.....	14	<i>mometasone furoate</i> .....	15	NORVIR.....	11
LUMIGAN.....	18	<i>morphine sulfate en comprimidos</i> .....	6	NOVOLIN.....	12
LUNESTA.....	20	<i>morphine sulfate er 60 mg, 100 mg, 200 mg</i> .....	6	NOVOLOG.....	12
LYRICA.....	7	<i>morphine sulfate er en comprimidos 15 mg, 30 mg</i> .....	6	NULYTELY.....	16
LYSODREN.....	17	MOTOFEN.....	16	<i>nystatin</i> .....	9
MARPLAN.....	8	MOVIPREP.....	16	<i>nystatin/triamcinolone</i> .....	9
MAXAIR.....	19	MOXEZA.....	18	<i>nystop</i> .....	9
MAXALT & MAXALT-MLT 5 MG.....	9	MULTAQ.....	14	<i>ofloxacin</i> .....	18
MAXALT & MAXALT-MLT 10 MG.....	9	<i>mupirocin</i> .....	15	<i>ofloxacin</i> .....	19
<i>mebendazole</i> .....	10	MYFORTIC.....	18	<i>omeprazole</i> .....	16
<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	17	<i>nabumetone</i> .....	9	OMNARIS.....	19
<i>mefloquine hcl</i> .....	10	<i>nadolol</i> .....	14	<i>ondansetron hcl en comprimidos &amp; odt 4 mg</i> .....	8
MEGACE ES.....	17	NAMENDA EN COMPRIMIDOS.....	8	<i>ondansetron hcl en comprimidos &amp; odt 8 mg</i> .....	9
<i>megestrol acetate</i> .....	17			ONGLYZA.....	12
<i>meloxicam</i> .....	9			ONSOLIS.....	6
MESTINON TIMESPAN.....	10				
<i>metaxalone</i> .....	20				

# Formulario 2012 resumido

## Índice

Medicamento	Página	Medicamento	Página	Medicamento	Página
OPANA ER 5 MG, 10 MG, 20 MG, 30 MG	6	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	10	<i>ropinirole hcl</i>	10
OPANA ER 40 MG	6	<i>pravastatin sodium</i>	14	<i>roxiket en comprimidos</i>	7
OXANDRIN	17	<i>prednisolone acetate</i>	19	SAIZEN	17
<i>oxcarbazepine</i>	7	<i>prednisone en comprimidos</i>	17	<i>salsalate</i>	9
OXISTAT	9	PREMARIN CREMA	17	SANCUSO	9
OXSORALEN ULTRA	15	PREMARIN EN COMPRIMIDOS	17	SANDIMMUNE	18
<i>oxybutynin chloride</i>	16	<i>primidone</i>	7	SANTYL	15
<i>oxybutynin chloride er 5 mg</i>	16	PRISTIQ	8	SAPHRIS	11
<i>oxybutynin chloride er 10 mg, 15 mg</i>	16	PROAIR HFA	19	SAVELLA	8
<i>oxycodone hcl</i>	6	<i>prochlorperazine maleate</i>	9	SELZENTRY	11
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i>	6	PROCRIT 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	12	SENSIPAR 30 MG	17
OXYCONTIN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	7	PROCRIT 10000 UNIT/ML	12	SENSIPAR 60MG	17
OXYCONTIN 80 MG	7	PROCRIT 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	12	SENSIPAR 90 MG	17
PANDEL	15	<i>proctosol hc</i>	15	SEREVENT DISKUS	19
<i>pantoprazole sodium</i>	16	<i>promethazine hcl</i>	9	SEROQUEL 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG	11
<i>parche de nitroglicerina</i>	14	<i>propranolol hcl</i>	14	SEROQUEL 300 MG, 400 MG	11
<i>paroxetine hcl en comprimidos</i>	8	<i>propranolol hcl er</i>	14	SEROQUEL XR 50 MG, 300 MG, 400 MG	11
PATADAY	18	<i>propylthiouracil</i>	17	SEROQUEL XR 150 MG, 200 MG	11
PATANOL	19	<i>pyridostigmine bromide</i>	10	<i>sertraline hcl 25 mg, 50 mg</i>	8
PEG-INTRON	18	<i>quinapril hcl</i>	14	<i>sertraline hcl 100mg</i>	8
<i>penicillin v potassium</i>	7	QVAR	19	<i>silver sulfadiazine</i>	15
PENTASA	18	<i>ramipril</i>	14	SIMCOR 500 MG/20 MG, 500 MG/40 MG, 1000 MG/40 MG	14
<i>pentoxifylline er</i>	12	RANEXA	14	SIMCOR 750 MG/20 MG, 1000 MG/20 MG	14
PERFOROMIST	19	<i>ranitidine hcl</i>	16	<i>simvastatin 5 mg, 10 mg, 20 mg</i>	14
<i>phenadoz</i>	9	RAPAFLO	16	<i>simvastatin 40 mg</i>	14
PHENYTEK	7	REBIF	18	<i>simvastatin 80 mg</i>	14
<i>phenytoin sodium extended</i>	7	RELPAZ 20 MG	10	SINGULAIR	19
PHOSLO	16	RELPAZ 40 MG	10	SOLARAZE	15
<i>pilocarpine hcl</i>	15	REVELA	16	SOMATULINE DEPOT	17
<i>piroxicam</i>	9	REQUIP XL	10	<i>sotalol hcl</i>	14
PLAVIX 75 MG	12	RESCRIPTOR	11	SPIRIVA	19
<i>polycin b</i>	7	RESTASIS	19	<i>spironolactone</i>	14
<i>polyethylene glycol 3350</i>	16	<i>rifampin en cápsulas</i>	10	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	14
<i>potassium chloride er</i>	20	<i>risperidone en comprimidos 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	10	STALEVO	10
<i>potassium citrate er</i>	20	<i>risperidone en comprimidos 4 mg</i>	10		
PRADAXA	12				

# Formulario 2012 resumido

## Índice

Medicamento	Página	Medicamento	Página	Medicamento	Página
STRATTERA 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG	15	TOVIAZ	16	VIGAMOX	19
STRATTERA 60 MG, 80 MG, 100 MG	15	TRACLEER	20	VIMOVO	9
SUBOXONE	8	<i>tramadol hcl</i>	7	VIMPAT	7
<i>sucralfate</i>	16	<i>tramadol hcl/acetaminophen</i>	7	VIRACEPT	11
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	7	TRANSDERM-SCOP	9	VIVELLE-DOT	17
<i>sulfasalazine</i>	18	TRAVATAN Z	19	VYTORIN	14
<i>sulindac</i>	9	<i>trazodone hcl</i>	8	<i>warfarin sodium</i>	12
<i>sumatriptan succinate 25 mg</i>	10	TRELSTAR	17	WELCHOL EN COMPRIMIDOS	15
<i>sumatriptan succinate 50 mg</i>	10	TREXIMET	10	WELCHOL EN PAQUETE	14
<i>sumatriptan succinate 100 mg</i>	10	<i>triamcinolone acetonide</i>	15	XOPENEX HFA	20
SYMBICORT	19	<i>triamcinolone in orabase</i>	15	XOPENEX INHALATION SOLUCIÓN	20
SYNTHROID	17	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	14	<i>zaleplon</i>	20
TAMIFLU EN CÁPSULA 75 MG	11	TRICOR 48 MG	14	ZELAPAR	10
<i>tamoxifen citrate</i>	10	TRICOR 145 MG	14	ZEMPLAR	18
<i>tamsulosin hcl</i>	16	<i>triderm</i>	15	ZENPEP	15
TASMAR	10	TRILIPIX 45 MG	14	ZETIA	15
<i>taztia xt</i>	14	TRILIPIX 135 MG	14	ZIAGEN	11
TEKAMLO	14	<i>trilyte</i>	16	<i>zolpidem tartrate</i>	20
TEKTURNA/TEKTURNA HCT	14	<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	19	ZOMIG SOLUCIÓN	10
<i>terazosin hcl</i>	16	TRUVADA	11	ZOMIG & ZOMIG ZMT 2.5 MG	10
<i>terbinafine hcl en comprimidos</i>	9	TWYNSTA	14	ZOMIG & ZOMIG ZMT 5 MG	10
TESTIM	17	ULORIC	9	ZONALON	15
<i>testosterone cypionate</i>	17	UNITHROID	17	ZOSTAVAX	18
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	18	<i>ursodiol en cápsula</i>	16	ZOVIRAX UNGÜENTO	11
<i>tetracycline hcl</i>	7	VAGIFEM	17	ZYCLARA	15
<i>theochron</i>	19	<i>valacyclovir hcl</i>	11	ZYFLO CR	20
<i>theochron</i>	20	<i>valproic acid</i>	7	ZYPREXA EN COMPRIMIDOS 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG, 10 MG	11
<i>theophylline er</i>	20	VALTURNA	14	ZYPREXA EN COMPRIMIDOS 15 MG, 20 MG	11
<i>timolol maleate</i>	19	<i>venlafaxine hcl</i>	8	ZYPREXA INJECTION	11
<i>tizanidine hcl</i>	11	<i>venlafaxine hcl er en cápsulas 37.5 mg, 75 mg</i>	8	ZYPREXA ZYDIS EN COMPRIMIDOS 5 MG, 10 MG	11
TOBRADEX ST	19	<i>venlafaxine hcl er en cápsulas 150 mg</i>	8	ZYPREXA ZYDIS EN COMPRIMIDOS 15 MG, 20 MG	11
TOBRADEX UNGÜENTO	19	VENTOLIN HFA	20	ZYVOX	7
<i>tobramycin sulfate</i>	19	VERAMYST	20		
<i>tobramycin sulfate/ dexamethasone</i>	19	<i>verapamil hcl er</i>	14		
<i>topiramate</i>	7	VESICARE	16		
		VICTOZA	12		





"CIGNA Medicare Services", "CIGNA Medicare Select Plus Rx" (HMO), "CIGNA Medicare Select Plus Rx – Dual (HMO SNP)", "CIGNA Medicare Select" (HMO) y el logotipo "Tree of Life" son marcas de servicio registradas de CIGNA Intellectual Property, Inc., otorgadas bajo licencia para su uso por parte de CIGNA Corporation y sus subsidiarias operativas. Los planes CIGNA Medicare Select y CIGNA Medicare Select Plus Rx no son ofrecidos por CIGNA Corporation, sino por la subsidiaria operativa CIGNA HealthCare of Arizona, Inc. CIGNA HealthCare of Arizona, Inc. es una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare que ofrece varios planes individuales (incluido el plan CIGNA Medicare Select Plus Rx – Dual, el cual es un plan de atención integrada ofrecido sin un contrato con el programa Medicaid de Arizona). A partir de la fecha de publicación, los planes CIGNA Medicare Select y CIGNA Medicare Select Plus Rx son ofrecidos a empleadores y personas únicamente en el Condado de Maricopa y en ciertos códigos postales dentro de la región de Apache Junction y Queen Creek, Arizona.

800497 g SP 08/11 © 2011 CIGNA

