

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA DE CIGNA RX PLUS 2017



La Lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna Rx Plus se aplica a los planes vendidos en 2017 en Florida, vigentes a partir del 1/1/2017.

**Esta portada es únicamente para los corredores.
Deséchela si entregará la lista a los afiliados.**

Tenga en cuenta que: Los medicamentos cubiertos por el plan médico de IFP pueden ser diferentes de los cubiertos por planes colectivos. Para ver una lista completa de los medicamentos cubiertos por IFP, use la lista de medicamentos específica de IFP disponible en **Cigna.com/ifp-drug-list**.

Contigo paso a paso.®



LISTA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA DE CIGNA RX PLUS 2017



5 niveles

La elección del medicamento adecuado para usted depende de usted y su médico. Esta lista de medicamentos que requieren receta médica le ofrece una lista completa de medicamentos genéricos y de marca que están cubiertos por su plan de farmacia.

La elección del lugar donde desea comprar sus medicamentos también debería ser sencilla. Al tener acceso a una amplia red de farmacias minoristas nacionales, regionales y locales, además de Cigna Home Delivery PharmacySM, usted tiene un cómodo acceso a sus medicamentos, ya sea que los retire o los reciba en la puerta de su casa.

En este documento, encontrará una lista de los medicamentos cubiertos por su plan, en un formato fácil de leer. Verá:

1. Medicamentos divididos en cinco categorías (genéricos preferidos, genéricos no preferidos, marcas preferidas, marcas no preferidas y de especialidad)
2. Medicamentos enumerados en orden alfabético
3. Símbolos que le avisarán si hay algún detalle importante relacionado con la cobertura

Su lista de medicamentos que requieren receta médica de cinco niveles

Una lista de medicamentos que requieren receta médica de cinco niveles divide los medicamentos en cinco categorías (o niveles):

Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos. Los medicamentos genéricos preferidos tienen la misma calidad, concentración, pureza y estabilidad que sus equivalentes de marca. Los medicamentos genéricos preferidos están disponibles con el menor costo compartido para usted.

Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferidos. Este nivel generalmente incluye medicamentos genéricos no preferidos y algunos medicamentos de marca de bajo costo. Este nivel también incluye medicamentos de especialidad genéricos. Los medicamentos genéricos no preferidos tienen la misma calidad, concentración, pureza y estabilidad que sus equivalentes de marca. Estos medicamentos están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1.

Nivel 3: Medicamentos de marca preferida. Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo. En un plan de cinco niveles, estos medicamentos suelen costarle más que un genérico preferido, pero menos que un medicamento del Nivel 4.

Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida. Este nivel incluye una combinación de medicamentos de marcas no preferidas y genéricos de alto costo. Estos medicamentos están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos del Nivel 3.

Nivel 5: Medicamentos de marca de especialidad. Los “Medicamentos de especialidad” son medicamentos que se usan para tratar una enfermedad subyacente que se considera poco frecuente y crónica, e incluye, a modo de ejemplo, la esclerosis múltiple, la hepatitis C o la artritis reumatoide. Los medicamentos de especialidad pueden incluir medicamentos de alto costo, además de medicamentos que pueden requerir una manipulación especial y una minuciosa supervisión durante su administración.

Cómo leer la lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna

Todos los medicamentos que figuran en la lista de medicamentos que requieren receta médica de Cigna han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. Esta lista representa los medicamentos que cubre su plan. Si no encuentra un medicamento específico en esta lista, consulte myCigna.com para ver un listado actualizado de todos los medicamentos que cubre su plan.

Los símbolos de la lista significan

Si algún medicamento de la lista está marcado con alguno de los siguientes símbolos, es posible que su médico deba obtener una autorización (aprobación) de cobertura para ese medicamento.

- PA:** Es posible que se requiera **Autorización previa** por diferentes motivos. Para conocer los requisitos necesarios para obtener cobertura para algún medicamento en particular, no dude en llamarnos.
- QL:** **Límite de cantidad** significa que es posible que obtenga cobertura por una cantidad limitada de un medicamento en particular.
- EDAD:** **Requisito de edad** significa que una persona debe pertenecer a un grupo de edad específico para que un medicamento en particular esté cubierto.
- ST:** **Tratamiento escalonado** es un programa de autorización previa que le exige que pruebe con otros medicamentos disponibles para tratar la misma afección antes de otorgar cobertura para el medicamento identificado con el símbolo “ST”.
- LDD:** Los **Medicamentos de distribución limitada** son medicamentos que solo están disponibles en farmacias específicas de los Estados Unidos debido a restricciones del fabricante.

myCigna.com

Nuestro sitio web para asociados que puede ayudarle a administrar su cobertura de medicamentos que requieren receta médica:

Cuando visite **myCigna.com**, podrá:

- Buscar los detalles de su plan de farmacia específico
- Investigar sobre miles de medicamentos disponibles
- Comparar los precios de los medicamentos con la herramienta Prescription Drug Price Quote (Cotización de precios de medicamentos que requieren receta médica)
- Hacerle preguntas a un farmacéutico
- ¡Y mucho más!

Entrega de medicamentos en la puerta de su casa

Cigna Home Delivery Pharmacy está diseñado para las personas que toman con regularidad medicamentos que requieren receta médica, incluidos los medicamentos de especialidad. Los beneficios de Cigna Home Delivery Pharmacy incluyen:

- **QuickFill**, nuestro servicio automático de recordatorio de renovaciones, le facilita el despacho de recetas por correo electrónico o por teléfono
- Un suministro de medicamentos que no sean de especialidad para un máximo de 90 días con una sola receta
- Medicamentos de especialidad para afecciones más complejas, incluso los que requieren refrigeración y entrega en 24 horas (limitados a un suministro para un máximo de 30 días con una sola receta, salvo los medicamentos incluidos en el nivel de Especialidad relacionados con el VIH/SIDA que están limitados a un suministro para 60 días)
- Envío de medicamentos a domicilio sin cargo adicional
- Farmacéuticos con licencia disponibles para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- CoachRx: una herramienta gratuita que puede ayudarle con recordatorios, asesoramiento e información. Visite **Cigna.com/coachrx** para obtener más información
- ¡Cambiar es fácil! Simplemente llame al **1.800.285.4812**

Ahorre tiempo y dinero con la comodidad de Cigna Home Delivery Pharmacy

Para obtener más información, visite la página de Cigna Home Delivery Pharmacy en **myCigna.com**.

Si tiene preguntas

Llame al número gratuito que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de Cigna. Estamos para servirle.

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
8-MOP	4	
ABACAVIR	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
ABSORICA	4	QL
ACAMPROSATE CALC DR 333 MG, COMP.	2	
ACARBOSE	2	
ACEBUTOLOL HCL	2	
ACETAMINOPHEN-CODEINE	2	
ACETASOL HC	2	
ACETAZOLAMIDE	2	
ACETIC ACID 0.25%, SOL. DE IRRIG.	2	
ACETIC ACID 2%, SOLUCIÓN ÓTICA	2	
ACETIC ACID-ALUMINUM	2	
ACETYLCYSTEINE 10%, VIAL	2	
ACETYLCYSTEINE 20%, VIAL	2	
ACITRETIN	2	
ACYCLOVIR 200 MG, CÁPSULAS	1	
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML, SUSP.	2	
ACYCLOVIR 400 MG, COMPRIMIDOS	2	
ACYCLOVIR 5%, POMADA	2	
ACYCLOVIR 800 MG, COMPRIMIDOS	2	
ADAPALENE	2	EDAD
ADDERALL XR	4	
ADEFOVIR DIPIVOXIL	2	
ADRENALIN 1 MG/ML, SOL. NASAL	4	
ADVAIR DISKUS	3	
ADVAIR HFA	3	
AFEDITAB CR	2	
AFTERA	4	
ALA-QUIN	4	
ALBENZA	4	
ALBUTEROL 2.5 MG/0.5 ML, SOL.	2	
ALBUTEROL 5 MG/5 ML, SOLUCIÓN	2	
ALBUTEROL SUL 0.63 MG/3 ML, SOL.	2	
ALBUTEROL SUL 1.25 MG/3 ML, SOL.	2	
ALBUTEROL SUL 2.5 MG/3 ML, SOL.	1	
ALBUTEROL SUL 2 MG/5 ML, JARABE	2	
ALBUTEROL SULFATE 2 MG, COMP.	2	
ALBUTEROL SULFATE 4 MG, COMP.	2	
ALBUTEROL SULFATE ER 4 MG, COMP.	2	
ALBUTEROL SULFATE ER 8 MG, COMP.	2	
ALCLOMETASONE DIPROPIONATE	2	
ALCOHOL, PAÑOS CON	3	
ALCOHOL, PAÑOS CON PREP. DE	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
ALCOHOL, GASAS CON PREP. DE	3	
ALCOHOL, GASA CON	3	
ALCOHOL, GASAS CON	3	
ALCOHOL, TOALLITAS CON	3	
ALDACTAZIDE 50-50, COMPRIMIDOS	4	
ALENDRONATE SOD 70 MG/75 ML	2	
ALENDRONATE SODIUM 10 MG, COMP.	1	
ALENDRONATE SODIUM 35 MG, COMP.	1	
ALENDRONATE SODIUM 40 MG, COMP.	1	
ALENDRONATE SODIUM 5 MG, COMPRIMIDOS	1	
ALENDRONATE SODIUM 70 MG, COMP.	2	
ALFUZOSIN HCL ER	2	
ALINIA	4	
ALLOPURINOL	1	
ALMOTRIPTAN MALATE	2	QL
ALOCRIIL	4	
ALOMIDE	4	
ALOSETRON HCL	2	
ALPRAZOLAM 0.25 MG, COMPRIMIDOS	2	
ALPRAZOLAM 0.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
ALPRAZOLAM 1 MG, COMPRIMIDOS	2	
ALPRAZOLAM 2 MG, COMPRIMIDOS	2	
ALPRAZOLAM ER 0.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
ALPRAZOLAM ER 1 MG, COMPRIMIDOS	2	
ALPRAZOLAM ER 2 MG, COMPRIMIDOS	2	
ALPRAZOLAM ER 3 MG, COMPRIMIDOS	2	
ALPRAZOLAM INTENSOL	2	
ALPRAZOLAM ODT	2	
ALPRAZOLAM XR	2	
ALTABAX	4	
ALTACAINE	2	
ALTAVERA	1	
ALYACEN	1	
AMANTADINE 100 MG, CÁPSULAS	2	
AMANTADINE 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
AMANTADINE 100 MG/10 ML, SOL.	2	
AMANTADINE 50 MG/5 ML, SOLUCIÓN	2	
AMCINONIDE	2	
AMETHIA	1	
AMETHIA LO	1	
AMETHYST	1	
AMILORIDE HCL	2	
AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE	2	
AMIODARONE HCL 100 MG, COMPRIMIDOS	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
AMIODARONE HCL 200 MG, COMPRIMIDOS	2		AMPICILLIN TRIHYDRATE	2	
AMIODARONE HCL 400 MG, COMPRIMIDOS	2		ANADROL-50	4	PA
AMITIZA	4		ANAGRELIDE HCL	2	
AMITRIPTYLINE HCL	1		ANALPRAM HC 2.5%-1%, LOCIÓN	4	
AMLODIPINE BESYLATE 10 MG, COMP.	2		ANASTROZOLE	2	
AMLODIPINE BESYLATE 2.5 MG, COMP.	2		ANDROXY	2	
AMLODIPINE BESYLATE 5 MG, COMP.	2		ANORO ELLIPTA	3	
AMLODIPINE BESYLATE-BENAZEPRIL	2		ANUCORT-HC	2	
AMLODIPINE-ATORVAST 10-10 MG	2		APEXICON E	2	
AMLODIPINE-ATORVAST 10-20 MG	2		APIDRA	4	ST
AMLODIPINE-ATORVAST 10-40 MG	2		APIDRA SOLOSTAR	4	ST
AMLODIPINE-ATORVAST 10-80 MG	2		APRACLONIDINE HCL	2	
AMLODIPINE-ATORVAST 2.5-10 MG	2		APRI	1	
AMLODIPINE-ATORVAST 2.5-20 MG	2		APRISO	3	
AMLODIPINE-ATORVAST 2.5-40 MG	2		APTIOM	4	
AMLODIPINE-ATORVAST 5-10 MG	2		APTIVUS	3	
AMLODIPINE-ATORVAST 5-20 MG	2		ARANELLE	1	
AMLODIPINE-ATORVAST 5-40 MG	2		ARBINOXA	2	
AMLODIPINE-ATORVAST 5-80 MG	2		ARCAPTA NEOHALER	4	ST
AMLODIPINE-VALSARTAN	2		ARIPIRAZOLE	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ	2		ARIPIRAZOLE, COMP. ORODISP.	2	
AMMONIUM LACTATE 12%, CREMA	2		ARMODAFINIL	2	PA
AMMONIUM LACTATE 12%, LOCIÓN	2		ARMOUR THYROID	2	
AMOXAPINE	2		ARNUITY ELLIPTA	3	
AMOX-CLAV 200-28.5 MG, COMP. MASTIC.	2		ASA-BUTALB-CAFFEINE-CODEINE	2	
AMOX-CLAV 200-28.5 MG/5 ML, SUSP.	2		ASCOMP WITH CODEINE	2	
AMOX-CLAV 250-125 MG, COMP.	2		ASHLYNA	1	
AMOX-CLAV 250-62.5 MG/5 ML, SUSP.	2		ASMANEX	4	ST
AMOX-CLAV 400-57 MG, COMP. MASTIC.	2		ASMANEX HFA	4	ST
AMOX-CLAV 400-57 MG/5 ML, SUSP.	2		ASPIRIN-CAFFEINE-DIHYDROCODEIN	2	
AMOX-CLAV 500-125 MG, COMP.	2		ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER	2	
AMOX-CLAV 600-42.9 MG/5 ML, SUSP.	2		ATENOLOL 100 MG, COMPRIMIDOS	1	
AMOX-CLAV 875-125 MG, COMP.	2		ATENOLOL 25 MG, COMPRIMIDOS	1	
AMOXICILLIN 125 MG, COMP. MASTIC.	1		ATENOLOL 50 MG, COMPRIMIDOS	1	
AMOXICILLIN 125 MG/5 ML, SUSP.	1		ATENOLOL-CHLORTHALIDONE	1	
AMOXICILLIN 200 MG/5 ML, SUSP.	1		ATORVASTATIN 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
AMOXICILLIN 250 MG, CÁPSULAS	1		ATORVASTATIN 20 MG, COMPRIMIDOS	2	
AMOXICILLIN 250 MG, COMP. MASTIC.	1		ATORVASTATIN 40 MG, COMPRIMIDOS	2	
AMOXICILLIN 250 MG/5 ML, SUSP.	1		ATORVASTATIN 80 MG, COMPRIMIDOS	2	
AMOXICILLIN 400 MG/5 ML, SUSP.	1		ATOVAQUONE	2	
AMOXICILLIN 500 MG, CÁPSULAS	1		ATOVAQUONE-PROGUANIL HCL	2	
AMOXICILLIN 500 MG, COMPRIMIDOS	1		ATRIPLA	3	
AMOXICILLIN 875 MG, COMPRIMIDOS	1		ATROPINE 1%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE POT ER	2		ATROPINE 1%, POMADA PARA LOS OJOS	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
AUBRA	1	
AVANDIA 2 MG, COMPRIMIDOS	4	
AVANDIA 4 MG, COMPRIMIDOS	4	
AVAR CLEANSER	2	
AVAR-E	2	
AVAR-E GREEN	2	
AVIANE	1	
AZASITE 1%, GOTAS PARA LOS OJOS	4	
AZATHIOPRINE	2	
AZELASTINE 0.1% (137 MCG), SPRAY	2	
AZELASTINE 0.15%, SPRAY NASAL	2	
AZELASTINE HCL 0.05%, GOTAS	2	
AZILECT	4	
AZITHROMYCIN 1 GM, POLVO EN PAQUETE	2	
AZITHROMYCIN 100 MG/5 ML, SUSP.	2	
AZITHROMYCIN 200 MG/5 ML, SUSP.	2	
AZITHROMYCIN 250 MG, COMPRIMIDOS	2	
AZITHROMYCIN 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
AZITHROMYCIN 600 MG, COMPRIMIDOS	2	
AZOPT	3	
AZUPHEN MB	2	
AZURETTE	1	
BACITRACIN 500 UNIT/GM OPHTH	2	
BACITRACIN-POLYMYXIN, POMADA PARA LOS OJOS	2	
BACLOFEN	1	
BAL-CARE DHA	1	
BALSALAZIDE DISODIUM	2	
BALZIVA	1	
BANZEL	4	
BD 3 ML SYRINGE 18G X 1-1/2"	3	
BD 3 ML SYRINGE 20G X 1-1/2"	3	
BD 3 ML SYRINGE 25G X 1"	3	
BD 3 ML SYRINGE 25G X 1-1/2"	3	
BD 3 ML SYRINGE WITH NEEDLE	3	
BD AUTO INJECTOR	3	
BD AUTOSHIELD DUO ND 5 MM X 30G	3	
BD AUTOSHIELD NEEDLE 5 MM X 29G	3	
BD AUTOSHIELD NEEDLE 8 MM X 29G	3	
BD BLUNT NEEDLE 18G X 1-1/2"	3	
BD ECLIPSE 30G X 1/2" SYRINGE	3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 3 ML	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G X 1 1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 21G X 1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 22G X 1"	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
BD ECLIPSE NEEDLE 23G X 1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G X 1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G X 1.5"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G X 5/8"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 27G X 1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 30G X 1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLES 21G X 1.5"	3	
BD FILTER NEEDLE	3	
BD INSUL SYR 0.3 ML 31G X 15/64"	3	
BD INSUL SYR 0.5 ML 31G X 15/64"	3	
BD INSULIN SYR 0.3 ML 28G X 1/2"	3	
BD INSULIN SYR 0.3 ML 29G X 1/2"	3	
BD INSULIN SYR 0.3 ML 30G X 1/2"	3	
BD INSULIN SYR 0.3 ML 31G X 5/16	3	
BD INSULIN SYR 0.3 ML 6 MM X 31G	3	
D INSULIN SYR 0.3 ML 8 MM X 31G	3	
BD INSULIN SYR 0.3ML 31G X 5/16"	3	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 28G X 1/2"	3	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 29G X 1/2"	3	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 30G X 1/2"	3	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 6 MM X 31G	3	
D INSULIN SYR 0.5 ML 8 MM X 31G	3	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 31G X 5/16"	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 12.7 MM X 30G	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 25G X 1"	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 25G X 5/8"	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 26G X 1/2"	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 27G X 5/8"	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 28G X 1/2"	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 29G X 1/2"	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 30G X 1/2"	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 31G X 15/64"	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 31G X 5/16"	3	
BD INSULIN SYR 1 ML 6 MM X 31G	3	
D INSULIN SYR 1 ML 8 MM X 31G	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
BD INSULIN U100-3/10 ML SYR	3	
BD INTEGRA RETRA NEEDLE 23G X 1"	3	
BD INTEGRA SYR 1 ML 29G X 1/2"	3	
BD INTEGRA SYR 3 ML 21G X 1 1/2"	3	
BD LUER-LOK SYR 3 ML 25G X 5/8"	3	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	3	
BD MAGNI-GUIDE MAGNIFIER	3	
BD MEDSAVER SYRINGE	3	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
BD NEEDLE 18G X 1 1/2"	3		BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25G	3	
BD NEEDLE 19G X 1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	3	
BD NEEDLE 20G X 1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE	3	
BD NEEDLE 21G X 1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18G X 1.5"	3	
BD NEEDLE 21G X 1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21G X 1"	3	
BD NEEDLE 22G X 1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21G X 1.5"	3	
BD NEEDLE 22G X 1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22G X 1.5"	3	
BD NEEDLE 22G X 3/4"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25G X 1"	3	
BD NEEDLE 23G X 1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27G X 5/8"	3	
BD NEEDLE 23G X 1"	3		BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	3	
BD NEEDLE 24G X 1"	3		BD SAFTGLD INS 0.3 ML 31G X 5/16	3	
BD NEEDLE 25G X 1"	3		BD SAFTGLD INS SYR 0.3 ML 29G	3	
BD NEEDLE 25G X 5/8"	3		BD SAFTGLD INS SYR 0.5 ML 30G	3	
BD NEEDLE 26G X 0.625"	3		BD SYR 0.3 ML 6 MM X 31G (1/2)	3	
BD NEEDLES 16G X 1"	3		BD SYR 0.3 ML 8 MM X 31G (1/2)	3	
BD NEEDLES 16G X 1.5"	3		BD SYRINGE 0.3 ML 12.7 MM X 30G	3	
BD NEEDLES 18G X 1"	3		BD SYRINGE 0.5 ML 12.7 MM X 30G	3	
BD NEEDLES 18G X 1.5"	3		BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	3	
BD NEEDLES 19G X 1"	3		BD ULTRA-FINE NDL 12.7 MM X 29G	3	
BD NEEDLES 19G X 1.5"	3		BD ULTRA-FINE PEN NDL 4MM X 32G	3	
BD NEEDLES 20G X 1"	3		BD ULTRA-FINE PEN NDL 5 MM X 31G	3	
BD NEEDLES 20G X 1.5"	3		BD ULTRA-FINE PEN NDL 8 MM X 31G	3	
BD NEEDLES 21G X 1"	3		BECONASE AQ	4	ST
BD NEEDLES 21G X 1.5"	3		BEKYREE	1	
BD NEEDLES 21G X 2"	3		BELLADONNA-OPIUM	2	
BD NEEDLES 22G X 1"	3		BENAZEPRIL HCL 10 MG, COMPRIMIDOS	1	
BD NEEDLES 22G X 1.5"	3		BENAZEPRIL HCL 20 MG, COMPRIMIDOS	1	
BD NEEDLES 23G X 0.75"	3		BENAZEPRIL HCL 40 MG, COMPRIMIDOS	1	
BD NEEDLES 23G X 1.25"	3		BENAZEPRIL HCL 5 MG, COMPRIMIDOS	1	
BD NEEDLES 25G X 0.625"	3		BENAZEPRIL-HCTZ 10-12.5 MG, COMP.	2	
BD NEEDLES 25GX0.875"	3		BENAZEPRIL-HCTZ 20-12.5 MG, COMP.	2	
BD NEEDLES 25G X 1.5"	3		BENAZEPRIL-HCTZ 20-25 MG, COMP.	2	
BD NEEDLES 26GX0.375"	3		BENAZEPRIL-HCTZ 5-6.25 MG, COMP.	2	
BD NEEDLES 26G X 0.5"	3		BENICAR	4	ST
BD NEEDLES 27G X 0.5"	3		BENICAR HCT	4	ST
BD NEEDLES 27G X 1 X 1.25"	3		BENZEPRO 6%, PAÑOS CON ESPUMA	2	
BD NEEDLES 30G X 0.5"	3		BENZEPRO 7%, ENJUAGUE CREMOSO	2	
BD NEEDLES 30G X 1"	3		BENZONATATE 100 MG, CÁPSULAS	2	
BD NOKOR ADMIX NEEDLE 18G X 1.5"	3		BENZONATATE 150 MG, CÁPSULAS	2	
BD NOKOR NEEDLE 16G X 1"	3		BENZONATATE 200 MG, CÁPSULAS	2	
BD NOKOR NEEDLE 18G X 1"	3		BENZTROPINE MES 0.5 MG, COMP.	2	
BD PEN NEEDLE 29G X 1/2"	3		BENZTROPINE MES 1 MG, COMPRIMIDOS	2	
BD PRECISIONGLI 27G X 1-1/2" NDL	3		BENZTROPINE MES 2 MG, COMPRIMIDOS	2	
BD PRECISIONGLIDE 3 ML 22G X 3/4	3		BEPREVE	4	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
BESIVANCE	4	
BETADINE 5%, SOLUCIÓN PARA LOS OJOS	4	
BETAMETHASONE DP 0.05%, CREMA	2	
BETAMETHASONE DP 0.05%, LOC.	2	
BETAMETHASONE DP 0.05%, POM.	2	
BETAMETHASONE DP AUG 0.05%, CREMA	2	
BETAMETHASONE DP AUG 0.05%, GEL	2	
BETAMETHASONE DP AUG 0.05%, LOC.	2	
BETAMETHASONE DP AUG 0.05%, POM.	2	
BETAMETHASONE VALERATE	2	
BETAXOLOL HCL	2	
BETHANECHOL 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
BETHANECHOL 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
BETHANECHOL 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
BETHANECHOL 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
BEXAROTENE	2	
BEYAZ	3	
BICALUTAMIDE 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
BILTRICIDE	4	
BIMATOPROST	2	
BINOSTO	4	
BISOPROLOL FUMARATE 10 MG, COMP.	2	
BISOPROLOL FUMARATE 5 MG, COMP.	2	
BISOPROLOL-HCTZ 10-6.25 MG, COMP.	1	
BISOPROLOL-HCTZ 2.5-6.25 MG, COMP.	1	
BISOPROLOL-HCTZ 5-6.25 MG, COMP.	1	
BLISOVI 24 FE	1	
BLISOVI FE	1	
BP 10-1	2	
BP, ENJUAGUE DE LIMPIEZA	2	
BP WASH 7%, LÍQUIDO	2	
BP WASH ACNE 4%, PAQUETE DE TRATAMIENTO	2	
BPM-DM-PHEN	2	
BPO 4%, ENJUAGUE CREMOSO EN PAQUETE	2	
BPO 4%, GEL	2	
BPO 6%, PAÑOS CON ESPUMA	2	
BPO 8%, GEL	2	
BREO ELLIPTA	3	
BREVICON	4	
BRIELLYN	1	
BRILINTA 90 MG, COMPRIMIDOS	4	
BRIMONIDINE 0.2%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
BRIMONIDINE TARTRATE 0.15%, GOTAS	2	
BRINTELLIX	4	ST

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
BROMFED DM	2	
BROMFENAC SODIUM 0.09%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
BROMOCRIPTINE MESYLATE	2	
BROMPHENIRAMINE-PSEUDOEPHED-DM	2	
BROVANA	4	
BUDESONIDE 0.25 MG/2 ML, SUSP.	2	
BUDESONIDE 0.5 MG/2 ML, SUSP.	2	
BUDESONIDE 1 MG/2 ML INH, SUSP.	2	
BUDESONIDE 32 MCG, SPRAY NASAL	2	
BUDESONIDE EC	2	
BUMETANIDE 0.5 MG, COMPRIMIDOS	1	
BUMETANIDE 1 MG, COMPRIMIDOS	1	
BUMETANIDE 2 MG, COMPRIMIDOS	1	
BUPHENYL 500 MG, COMPRIMIDOS	4	
BUPRENORPHINE 2 MG, COMPRIMIDOS SL	2	
BUPRENORPHINE 8 MG, COMPRIMIDOS SL	2	
BUPRENORPHINE-NALOXONE	2	PA
BUPROPION HCL 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
BUPROPION HCL 75 MG, COMPRIMIDOS	2	
BUPROPION HCL SR 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
BUPROPION HCL SR 150 MG, COMPRIMIDOS	2	
BUPROPION HCL SR 200 MG, COMP.	2	
BUPROPION HCL XL 150 MG, COMPRIMIDOS	2	
BUPROPION HCL XL 300 MG, COMPRIMIDOS	2	
BUSPIRONE HCL 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
BUSPIRONE HCL 15 MG, COMPRIMIDOS	2	
BUSPIRONE HCL 30 MG, COMPRIMIDOS	2	
BUSPIRONE HCL 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
BUSPIRONE HCL 7.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
BUTALB-ACETAMINOPH-CAFF-CODEIN	2	
BUTALB-CAFF-ACETAMINOPH-CODEIN	2	
BUTALBITAL COMPOUND-CODEINE	2	
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFE	2	
BUTALBITAL-ACETAMINOPHN 50-325	2	
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	2	
BUTISOL SODIUM 30 MG, COMPRIMIDOS	4	
BUTORPHANOL 10 MG/ML, SPRAY	2	QL
BUTRANS	4	QL
BYDUREON 2 MG, VIAL	3	QL
BYDUREON PEN	3	QL
BYETTA 10 MCG DOSE PEN INJ	3	
BYETTA 5 MCG DOSE PEN INJ	3	
BYSTOLIC	4	
CABERGOLINE	2	QL

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
CAFFEINE CIT 60 MG/3 ML, ORAL	2	
CALCIPOTRIENE	2	
CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE DP	2	
CALCITONIN-SALMON	2	
CALCITRENE	2	
CALCITRIOL 0.25 MCG, CÁPSULAS	2	
CALCITRIOL 0.5 MCG, CÁPSULAS	2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML, SOLUCIÓN	2	
CALCITRIOL 3 MCG/G, POMADA	2	
CALCIUM ACETATE 667 MG, CÁPSULAS	2	
CALCIUM ACETATE 667 MG, CÁPSULAS DE GEL	2	
CALCIUM ACETATE 667 MG, COMPRIMIDOS	2	
CAMBIA 50 MG, POLVO EN PAQUETE	4	
CAMILA	1	
CAMRESE	1	
CAMRESE LO	1	
CANDESARTAN CILEXETIL	2	
CANDESARTAN-HYDROCHLOROTHIAZID	2	
CAPACET	2	
CAPCOF	4	
CAPECITABINE	2	
CAPTOPRIL 100 MG, COMPRIMIDOS	1	
CAPTOPRIL 12.5 MG, COMPRIMIDOS	1	
CAPTOPRIL 25 MG, COMPRIMIDOS	1	
CAPTOPRIL 50 MG, COMPRIMIDOS	1	
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	2	
CARBAGLU	4	PA
CARBAMAZEPINE 100 MG, COMP. MASTIC.	1	
CARBAMAZEPINE 100 MG/5 ML, SUSP.	2	
CARBAMAZEPINE 200 MG, COMPRIMIDOS	1	
CARBAMAZEPINE ER	2	
CARBIDOPA	2	
CARBIDOPA-LEVO 10-100 MG, COMP. ORODISP.	2	
CARBIDOPA-LEVO 25-100 MG, COMP. ORODISP.	2	
CARBIDOPA-LEVO 25-250 MG, COMP. ORODISP.	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100, COMP.	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100, COMP.	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250, COMP.	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA ER	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE	2	
CARBINOXAMINE MALEATE	2	
CARISOPRODOL 250 MG, COMPRIMIDOS	2	
CARISOPRODOL 350 MG, COMPRIMIDOS	2	
CARISOPRODOL COMPOUND	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
CARISOPRODOL COMPOUND-CODEINE	2	
CARISOPRODOL-ASPIRIN	2	
CARISOPRODOL-ASPIRIN-CODEINE	2	
CARNITOR SF	4	
CARTEOLOL HCL	2	
CARTIA XT	2	
CARVEDILOL 12.5 MG, COMPRIMIDOS	1	
CARVEDILOL 25 MG, COMPRIMIDOS	1	
CARVEDILOL 3.125 MG, COMPRIMIDOS	1	
CARVEDILOL 6.25 MG, COMPRIMIDOS	1	
CAZIAN	1	
CEFACTOR 125 MG/5 ML, SUSP.	2	
CEFACTOR 250 MG, CÁPSULAS	2	
CEFACTOR 250 MG/5 ML, SUSP.	2	
CEFACTOR 375 MG/5 ML, SUSP.	2	
CEFACTOR 500 MG, CÁPSULAS	2	
CEFACTOR ER	2	
CEFADROXIL	2	
CEFDINIR	2	
CEFDITOREN PIVOXIL	2	
CEFIXIME	2	
CEFPODOXIME PROXETIL	2	
CEFPROZIL	2	
CEFTIBUTEN	2	
CEFUROXIME AXETIL 250 MG, COMP.	2	
CEFUROXIME AXETIL 500 MG, COMP.	2	
CELECOXIB 100 MG, CÁPSULAS	2	QL
CELECOXIB 200 MG, CÁPSULAS	2	QL
CELECOXIB 400 MG, CÁPSULAS	2	QL
CELECOXIB 50 MG, CÁPSULAS	2	QL
CELONTIN	4	
CENTERGY	2	
CENTERGY DM	2	
CEPHALEXIN 125 MG/5 ML, SUSP.	1	
CEPHALEXIN 250 MG, CÁPSULAS	1	
CEPHALEXIN 250 MG, COMPRIMIDOS	1	
CEPHALEXIN 250 MG/5 ML, SUSP.	1	
CEPHALEXIN 500 MG, CÁPSULAS	1	
CEPHALEXIN 500 MG, COMPRIMIDOS	1	
CEPHALEXIN 750 MG, CÁPSULAS	2	
CESAMET	4	
CETIRIZINE HCL 1 MG/ML, SOL.	2	
CETIRIZINE HCL 1 MG/ML, JARABE	2	
CEVIMELINE HCL	2	

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver una lista completa.

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
CHANTIX	4	
CHATEAL	1	
CHEMET 100 MG, CÁPSULAS	4	
CHENODAL	4	LDD
CHERATUSSIN AC	2	
CHERATUSSIN DAC	2	
CHLORDIAZEPOXIDE HCL	2	
CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE	2	
CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM, CÁP.	2	
CHLORHEXIDINE 0.12%, ENJUAGUE	2	
CHLOROQUINE PHOSPHATE	2	
CHLOROTHIAZIDE	2	
CHLORPROMAZINE 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
CHLORPROMAZINE 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
CHLORPROMAZINE 200 MG, COMPRIMIDOS	2	
CHLORPROMAZINE 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
CHLORPROMAZINE 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
CHLORPROPAMIDE	1	
CHLORTHALIDONE	2	
CHLORZOXAZONE	2	
CHOLESTYRAMINE	2	
CHOLESTYRAMINE LIGHT	2	
CHOLINE MAG TRISALICYLATE	2	
CIALIS 2.5 MG, COMPRIMIDOS	4	PA, QL
CIALIS 5 MG, COMPRIMIDOS	4	PA, QL
CICLODAN 0.77%, CREMA	2	
CICLODAN 8%, SOLUCIÓN	2	
CICLOPIROX 0.77%, CREMA	2	
CICLOPIROX 0.77%, GEL	2	
CICLOPIROX 0.77%, SUSP. TÓPICA	2	
CICLOPIROX 1%, CHAMPÚ	2	
CICLOPIROX 8%, SOLUCIÓN	2	
CICLOPIROX 8%, TREATMENT KIT	2	
CILOSTAZOL	2	
CILOXAN 0.3%, POMADA	4	
CIMETIDINE 200 MG, COMPRIMIDOS	1	
CIMETIDINE 300 MG, COMPRIMIDOS	1	
CIMETIDINE 300 MG/5 ML, SOL.	2	
CIMETIDINE 400 MG, COMPRIMIDOS	1	
CIMETIDINE 800 MG, COMPRIMIDOS	1	
CIPRO HC	4	
CIPRODEX	4	
CIPROFLOXACIN 0.2%, SOL. ÓTICA	2	
CIPROFLOXACIN 0.3%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
CIPROFLOXACIN 250 MG/5 ML, SUSP.	2	
CIPROFLOXACIN 500 MG/5 ML, SUSP.	2	
CIPROFLOXACIN ER	2	
CIPROFLOXACIN HCL 100 MG, COMP.	1	
CIPROFLOXACIN HCL 250 MG, COMP.	1	
CIPROFLOXACIN HCL 500 MG, COMP.	1	
CIPROFLOXACIN HCL 750 MG, COMP.	1	
CITALOPRAM HBR 10 MG, COMPRIMIDOS	1	
CITALOPRAM HBR 10 MG/5 ML, SOL.	2	
CITALOPRAM HBR 20 MG, COMPRIMIDOS	1	
CITALOPRAM HBR 40 MG, COMPRIMIDOS	1	
CLARAVIS	2	QL
CLARITHROMYCIN	2	
CLARITHROMYCIN ER 500 MG, COMP.	2	
CLEMASTINE FUM 2.68 MG, COMP.	2	
CLINDACIN ETZ 1%, TORUNDAS	2	
CLINDACIN P	2	
CLINDAMYCIN 2%, CREMA VAGINAL	2	
CLINDAMYCIN HCL 150 MG, CÁPSULAS	2	
CLINDAMYCIN HCL 300 MG, CÁPSULAS	2	
CLINDAMYCIN HCL 75 MG, CÁPSULAS	2	
CLINDAMYCIN PALMITATE HCL	2	
CLINDAMYCIN PEDIATRIC	2	
CLINDAMYCIN PH 1%, GEL	2	
CLINDAMYCIN PH 1%, SOLUCIÓN	2	
CLINDAMYCIN PHOS 1%, TORUNDAS	2	
CLINDAMYCIN PHOS-BENZOYL PEROX	2	
CLINDAMYCIN PHOSP 1%, LOCIÓN	2	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1%, ESPUMA	2	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE	2	
CLINDESSE 2%, CREMA VAGINAL	4	
CLOBETASOL 0.05%, CREMA	2	
CLOBETASOL 0.05%, GEL	2	
CLOBETASOL 0.05%, POMADA	2	
CLOBETASOL 0.05%, CHAMPÚ	2	
CLOBETASOL 0.05%, SOLUCIÓN	2	
CLOBETASOL 0.05%, LOCIÓN TÓPICA	2	
CLOBETASOL, EMOLIENTE	2	
CLOBETASOL EMULSION 0.05%, ESPUMA	2	
CLOBETASOL PROP 0.05%, ESPUMA	2	
CLOBETASOL PROP 0.05%, SPRAY	2	
CLOCORTOLONE PIVALATE	2	
CLODAN 0.05%, CHAMPÚ	2	
CLOMIPRAMINE HCL	2	

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver una lista completa.

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
CLONAZEPAM	2	
CLONIDINE	2	
CLONIDINE HCL 0.1 MG, COMPRIMIDOS	2	
CLONIDINE HCL 0.2 MG, COMPRIMIDOS	2	
CLONIDINE HCL 0.3 MG, COMPRIMIDOS	2	
CLONIDINE HCL ER	2	
CLOPIDOGREL	2	
CLORAZEPATE 15 MG, COMPRIMIDOS	2	
CLORAZEPATE 3.75 MG, COMPRIMIDOS	2	
CLORAZEPATE 7.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
CLORPRES	2	
CLOTRIMAZOLE 1%, CREMA	2	
CLOTRIMAZOLE 1%, SOLUCIÓN	2	
CLOTRIMAZOLE 10 MG, TROCISCOS	2	
CLOTRIMAZOLE-BETAMETHASONE	2	
CLOZAPINE	2	
CLOZAPINE ODT	2	
C-NATE DHA	1	
COARTEM	4	QL
CODEINE SULFATE 15 MG, COMPRIMIDOS	2	
CODEINE SULFATE 30 MG, COMPRIMIDOS	2	
CODEINE SULFATE 60 MG, COMPRIMIDOS	2	
CODEINE-GUAIFENESIN	2	
COLCRYS	4	
COLESTIPOL HCL	2	
COLOCORT	2	
COLY-MYCIN S, SUSP. ÓTICA, GOTAS	4	
COMBIGAN	4	
COMBIVIR	3	
COMPLERA	3	
COMPLETE FORMULATION D3000	2	
COMPLETE FORMULATION MULTIVIT	2	
COMPLETE FORMULATION PEDIATRIC	2	
COMPLETE NATAL DHA	1	
COMPLETENATE	1	
COMPRO	2	
CONSTULOSE	2	
CORDRAN 0.05%, LOCIÓN	4	
CORDRAN 0.05%, POMADA	4	
CORDRAN 4 MCG/SQ CM CINTA GRANDE	4	
CORDRAN 4 MCG/SQ CM CINTA PEQUEÑA	4	
CORMAX	2	
CORTISONE 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
CORTISPORIN	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
COVARYX	2	
COVARYX H.S.	2	
CREON	4	
CRIXIVAN	3	
CROMOLYN 100 MG/5 ML, CONC. ORAL	2	
CROMOLYN 20 MG/2 ML., SOL. PARA NEB.	2	
CROMOLYN 4%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
CRYSELLE	1	
CUPRIMINE	4	
CURITY ALCOHOL PREPS	3	
CYANOCOBALAMIN, INYECCIÓN	2	
CYCLAFEM	1	
CYCLESSA	1	
CYCLOBENZAPRINE 10 MG, COMPRIMIDOS	1	
CYCLOBENZAPRINE 5 MG, COMPRIMIDOS	1	
CYCLOBENZAPRINE 7.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
CYCLOMYDRIL	4	
CYCLOPENTOLATE HCL	2	
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG, CÁPSULAS	2	
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG, CÁPSULAS	2	
CYCLOSERINE	2	
CYCLOSET	4	
CYCLOSPORINE 100 MG, CÁPSULAS	2	
CYCLOSPORINE 100 MG/ML, SOL.	2	
CYCLOSPORINE 25 MG, CÁPSULAS	2	
CYCLOSPORINE MODIFIED	2	
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML, JARABE	2	
CYPROHEPTADINE 4 MG, COMPRIMIDOS	2	
CYRED	1	
CYSTARAN	4	LDD
CYTRA-2	2	
CYTRA-3	2	
CYTRA-K	2	
DANAZOL	2	
DANTROLENE SODIUM 100 MG, CÁP.	2	
DANTROLENE SODIUM 25 MG, CÁP.	2	
DANTROLENE SODIUM 50 MG, CÁP.	2	
DAPSONE	4	
DARAPRIM	4	PA
DARIFENACIN ER	2	
DASETTE	1	
DAYSEE	1	
DEBLITANE	1	
DECARA	4	QL

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
DELYLA	1	
DEMECLOCYCLINE 150 MG, COMPRIMIDOS	2	
DEMECLOCYCLINE 300 MG, COMPRIMIDOS	2	
DEMSER	4	
DENAVIR	4	
DENTA 5000 PLUS	2	
DENTAGEL	2	
DEPADE	2	
DEPEN	4	
DERMACINRX PRIZOPAK	2	
DERMAZENE	2	
DESCOVY	3	
DESIPRAMINE 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
DESIPRAMINE 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
DESIPRAMINE 150 MG, COMPRIMIDOS	2	
DESIPRAMINE 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
DESIPRAMINE 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
DESIPRAMINE 75 MG, COMPRIMIDOS	2	
DESLORATADINE	2	
DESMOPRESSIN 0.01%, SOLUCIÓN	2	
DESMOPRESSIN 0.01%, SPRAY	2	
DESMOPRESSIN 0.1 MG/ML, SOL.	2	
DESMOPRESSIN 10 MCG/0.1 ML, SPR.	2	
DESMOPRESSIN ACETATE 0.1 MG, COMP.	2	
DESMOPRESSIN ACETATE 0.2 MG, COMP.	2	
DESOGEN	4	
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1	
DESOGESTR-ETH ESTRAD ETH ESTRA	1	
DESONIDE	2	
DESOXIMETASONE	2	
DEXAMETHASONE	1	
DEXAMETHASONE 0.1%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
DEXAMETHASONE INTENSOL	1	
DEXILANT	3	ST
DEXMETHYLPHENIDATE HCL	2	
DEXMETHYLPHENIDATE HCL ER	2	
DEXTROAMP-AMPHETAM 12.5 MG, COMP.	2	
DEXTROAMP-AMPHETAM 7.5 MG, COMP.	2	
DEXTROAMP-AMPHETAMIN 10 MG, COMP.	2	
DEXTROAMP-AMPHETAMIN 15 MG, COMP.	2	
DEXTROAMP-AMPHETAMIN 20 MG, COMP.	2	
DEXTROAMP-AMPHETAMIN 30 MG, COMP.	2	
DEXTROAMP-AMPHETAMINE 5 MG, COMP.	2	
DEXTROAMPHETAMINE SULFATE	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
DEXTROAMPHETAMINE SULFATE ER	2	
DIAZEPAM 10 MG, SIST. DE GEL RECTAL	2	
DIAZEPAM 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
DIAZEPAM 2 MG, COMPRIMIDOS	2	
DIAZEPAM 2.5 MG, SIST. DE GEL RECTAL	2	
DIAZEPAM 20 MG, SIST. DE GEL RECTAL	2	
DIAZEPAM 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
DIAZEPAM 5 MG/5 ML, SOL. ORAL	2	
DIAZEPAM 5 MG/5 ML, SOLUCIÓN	2	
DIAZEPAM 5 MG/ML, CONC. ORAL	2	
DICLOFENAC 0.1%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
DICLOFENAC 1.5%, SOL. TÓPICA	2	
DICLOFENAC POTASSIUM	2	
DICLOFENAC SOD DR 25 MG, COMP.	2	
DICLOFENAC SOD DR 50 MG, COMP.	2	
DICLOFENAC SOD DR 75 MG, COMP.	2	
DICLOFENAC SOD EC 25 MG, COMP.	2	
DICLOFENAC SOD EC 50 MG, COMP.	2	
DICLOFENAC SOD EC 75 MG, COMP.	2	
DICLOFENAC SOD ER 100 MG, COMP.	2	
DICLOFENAC SODIUM 1%, GEL	2	
DICLOFENAC SODIUM 3%, GEL	2	
DICLOFENAC SODIUM-MISOPROSTOL	2	
DICLOXACILLIN SODIUM	2	
DICYCLOMINE 10 MG, CÁPSULAS	1	
DICYCLOMINE 10 MG/5 ML, SOL.	2	
DICYCLOMINE 20 MG, COMPRIMIDOS	1	
DIDANOSINE DR 125 MG, CÁPSULAS	2	
DIDANOSINE DR 200 MG, CÁPSULAS	2	
DIDANOSINE DR 250 MG, CÁPSULAS	2	
DIDANOSINE DR 400 MG, CÁPSULAS	2	
DIFICID	4	PA
DIFLORASONE DIACETATE	2	
DIFLUNISAL	2	
DIGITEK	1	
DIGOX	1	
DIGOXIN 0.05 MG/ML, SOLUCIÓN	2	
DIGOXIN 0.125 MG, COMPRIMIDOS	1	
DIGOXIN 0.25 MG, COMPRIMIDOS	1	
DIGOXIN 125 MC, COMPRIMIDOS	1	
DIGOXIN 250 MC, COMPRIMIDOS	1	
DIHYDROCODEIN-ACETAMINOPH-CAFF	2	
DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE	2	QL
DILATRATE-SR	4	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
DILTIAZEM 120 MG, COMPRIMIDOS	1	
DILTIAZEM 12HR ER	2	
DILTIAZEM 24HR CD 120 MG, CÁP.	2	
DILTIAZEM 24HR CD 180 MG, CÁP.	2	
DILTIAZEM 24HR CD 240 MG, CÁP.	2	
DILTIAZEM 24HR CD 300 MG, CÁP.	2	
DILTIAZEM 24HR ER	2	
DILTIAZEM 30 MG, COMPRIMIDOS	1	
DILTIAZEM 60 MG, COMPRIMIDOS	1	
DILTIAZEM 90 MG, COMPRIMIDOS	1	
DILTIAZEM ER 120 MG, CÁPSULAS	2	
DILTIAZEM ER 180 MG, CÁPSULAS	2	
DILTIAZEM ER 180 MG, COMPRIMIDOS	2	
DILTIAZEM ER 240 MG, CÁPSULAS	2	
DILTIAZEM ER 240 MG, COMPRIMIDOS	2	
DILTIAZEM ER 300 MG, COMPRIMIDOS	2	
DILTIAZEM ER 360 MG, COMPRIMIDOS	2	
DILTIAZEM ER 420 MG, COMPRIMIDOS	2	
DILTIAZEM HCL ER 120 MG, CÁP.	2	
DILTIAZEM HCL ER 180 MG, CÁP.	2	
DILTIAZEM HCL ER 240 MG, CÁP.	2	
DILTIAZEM HCL ER 300 MG, CÁP.	2	
DILTIAZEM HCL ER 360 MG, CÁP.	2	
DILTIAZEM HCL ER 420 MG, CÁP.	2	
DILT-XR	2	
DIPENTUM 250 MG, CÁPSULAS	4	
DIPHENHYDRAMINE 12.5 MG/5 ML	2	
DIPHENHYDRAMINE 25 MG/10 ML	2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE	2	
DIPYRIDAMOLE 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
DIPYRIDAMOLE 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
DIPYRIDAMOLE 75 MG, COMPRIMIDOS	2	
DISKETS	2	
DISOPYRAMIDE PHOSPHATE	2	
DISULFIRAM 250 MG, COMPRIMIDOS	2	
DISULFIRAM 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
DIVALPROEX SOD DR 125 MG, COMP.	2	
DIVALPROEX SOD DR 250 MG, COMP.	2	
DIVALPROEX SOD DR 500 MG, COMP.	2	
DIVALPROEX SOD ER 250 MG, COMP.	2	
DIVALPROEX SOD ER 500 MG, COMP.	2	
DIVALPROEX SODIUM 125 MG, CÁP.	2	
DOFETILIDE	2	
DONEPEZIL HCL 10 MG, COMPRIMIDOS	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
DONEPEZIL HCL 23 MG, COMPRIMIDOS	2	
DONEPEZIL HCL 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
DONEPEZIL HCL ODT 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
DONEPEZIL HCL ODT 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
DORAL 15 MG, COMPRIMIDOS	4	
DORZOLAMIDE HCL	2	
DORZOLAMIDE-TIMOLOL	2	
DOTHELLE DHA	1	
DOXAZOSIN MESYLATE 1 MG, COMP.	1	
DOXAZOSIN MESYLATE 2 MG, COMP.	1	
DOXAZOSIN MESYLATE 4 MG, COMP.	1	
DOXAZOSIN MESYLATE 8 MG, COMP.	1	
DOXEPIN HCL	2	
DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG, CÁP.	2	
DOXERCALCIFEROL 1 MCG, CÁPSULAS	2	
DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG, CÁP.	2	
DOXYCYCLINE 25 MG/5 ML, SUSP.	2	
DOXYCYCLINE HCL DR 100 MG, COMP.	2	
DOXYCYCLINE HCL DR 150 MG, COMP.	2	
DOXYCYCLINE HCL DR 200 MG, COMP.	2	
DOXYCYCLINE HCL DR 50 MG, COMP.	2	
DOXYCYCLINE HCL DR 75 MG, COMP.	2	
DOXYCYCLINE HYCLATE 100 MG, CÁP.	2	
DOXYCYCLINE HYCLATE 100 MG, COMP.	2	
DOXYCYCLINE HYCLATE 20 MG, COMP.	2	
DOXYCYCLINE HYCLATE 50 MG, CÁP.	2	
DOXYCYCLINE MONO 100 MG, CÁP.	2	
DOXYCYCLINE MONO 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
DOXYCYCLINE MONO 150 MG, CÁP.	2	
DOXYCYCLINE MONO 150 MG, COMPRIMIDOS	2	
DOXYCYCLINE MONO 50 MG, CÁP.	2	
DOXYCYCLINE MONO 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
DOXYCYCLINE MONO 75 MG, CÁPSULAS	2	
DOXYCYCLINE MONO 75 MG, COMPRIMIDOS	2	
DRONABINOL 10 MG, CÁPSULAS	2	
DRONABINOL 2.5 MG, CÁPSULAS	2	
DRONABINOL 5 MG, CÁPSULAS	2	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL	1	
DUAVEE	4	
DUEXIS	4	
DULOXETINE HCL DR 20 MG, CÁP.	2	
DULOXETINE HCL DR 30 MG, CÁP.	2	
DULOXETINE HCL DR 40 MG, CÁP.	2	
DULOXETINE HCL DR 60 MG, CÁP.	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
DUREZOL	4	
DUTASTERIDE	2	
DUTASTERIDE-TAMSULOSIN	2	
DYMISTA	4	
DYRENIUM 100 MG, CÁPSULAS	4	
DYRENIUM 50 MG, CÁPSULAS	4	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	3	
ECONAZOLE NITRATE 1%, CREMA	2	
ECONTRA EZ	4	
EDARBI 40 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
EDARBI 80 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
EDARBYCLOR 40-12.5 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
EDARBYCLOR 40-25 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
EDECIN	4	
ED-SPAZ	1	
EDURANT	3	
EEMT	2	
EEMT H.S.	2	
EFFER-K 10 MEQ, COMPRIMIDOS EF.	4	
EFFER-K 20 MEQ, COMPRIMIDOS EF.	4	
EFFER-K 25 MEQ, COMPRIMIDOS EF.	2	
EFFIENT	4	
ELIDEL	4	
ELINEST	1	
ELIPHOS	2	
ELITE OB DHA	1	
ELITE-OB	1	
ELITE-OB 400	1	
ELLA	4	
ELMIRON	4	
EMADINE	4	
EMOQUETTE	1	
EMSAM	4	
EMTRIVA	3	
EMVERM	2	
ENALAPRIL MALEATE 10 MG, COMP.	1	
ENALAPRIL MALEATE 2.5 MG, COMP.	1	
ENALAPRIL MALEATE 20 MG, COMP.	1	
ENALAPRIL MALEATE 5 MG, COMPRIMIDOS	1	
ENALAPRIL-HCTZ 10-25 MG, COMPRIMIDOS	2	
ENALAPRIL-HCTZ 5-12.5 MG, COMP.	2	
ENDOCET	2	
ENDODAN	2	
ENJUVIA	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
ENLYTE	4	
ENOXAPARIN SODIUM	2	QL
ENPRESSE	1	
ENSKYCE	1	
ENTACAPONE 200 MG, COMPRIMIDOS	2	
ENTECAVIR 0.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
ENTECAVIR 1 MG, COMPRIMIDOS	2	
ENTRESTO	3	PA
ENULOSE	2	
EPIFOAM	4	
EPINASTINE HCL	2	
EPINEPHRINE 0.15 MG AUTOINYECT.	2	QL
EPINEPHRINE 0.3 MG AUTOINYECT.	2	
EPIPEN 2-PAK	3	
EPIPEN JR 2-PAK	3	
EPITOL	1	
EPIVIR	3	
EPIVIR HBV	3	
EPLERENONE	2	
EPROSARTAN MESYLATE	2	
EPZICOM	3	
ERGOLOID MESYLATES	1	
ERGOMAR	4	
ERRIN	1	
ERTACZO	4	
ERY	2	
ERYTHROCIN STEARATE	2	
ERYTHROMYCIN 0.5%, POMADA PARA LOS OJOS	2	
ERYTHROMYCIN 2%, GEL	2	
ERYTHROMYCIN 2%, TORUNDAS	2	
ERYTHROMYCIN 2%, SOLUCIÓN	2	
ERYTHROMYCIN 250 MG FILMTAB	2	
ERYTHROMYCIN 500 MG FILMTAB	2	
ERYTHROMYCIN DR 250 MG, CÁP.	2	
ERYTHROMYCIN EC 250 MG, CÁP.	2	
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE	2	
ERYTHROMYCIN-BENZOYL PEROXIDE	2	
ESCITALOPRAM OXALATE	2	
ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM	2	
ESTARYLLA	1	
ESTAZOLAM	2	
ESTRADIOL 0.025 MG, PARCHE	2	
ESTRADIOL 0.0375 MG, PARCHE	2	
ESTRADIOL 0.0375 MG/DAY, PARCHE	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
ESTRADIOL 0.05 MG, PARCHE	2	
ESTRADIOL 0.05 MG/DAY, PARCHE	2	
ESTRADIOL 0.06 MG/DAY, PARCHE	2	
ESTRADIOL 0.075 MG, PARCHE	2	
ESTRADIOL 0.075 MG/DAY, PARCHE	2	
ESTRADIOL 0.1 MG, PARCHE	2	
ESTRADIOL 0.1 MG/DAY, PARCHE	2	
ESTRADIOL 0.5 MG, COMPRIMIDOS	1	
ESTRADIOL 1 MG, COMPRIMIDOS	1	
ESTRADIOL 2 MG, COMPRIMIDOS	1	
ESTRADIOL TDS 0.025 MG/DAY	2	
ESTRADIOL TDS 0.0375 MG/DAY	2	
ESTRADIOL TDS 0.05 MG/DAY	2	
ESTRADIOL TDS 0.06 MG/DAY	2	
ESTRADIOL TDS 0.075 MG/DAY	2	
ESTRADIOL TDS 0.1 MG/DAY	2	
ESTRADIOL-NORETHINDRONE ACETAT	2	
ESTROGEN-METHYLTESTOS F.S. COMP.	2	
ESTROGEN-METHYLTESTOS H.S. COMP.	2	
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE, COMP.	2	
ESTROPIPATE	2	
ESTROSTEP FE-28, COMPRIMIDOS	4	
ESZOPICLONE	2	
ETHAMBUTOL HCL	2	
ETHOSUXIMIDE 250 MG, CÁPSULAS	2	
ETHOSUXIMIDE 250 MG/5 ML, SOL.	2	
ETHYL CHLORIDE	2	
ETIDRONATE DISODIUM	2	
ETODOLAC 200 MG, CÁPSULAS	2	
ETODOLAC 300 MG, CÁPSULAS	2	
ETODOLAC 400 MG, COMPRIMIDOS	2	
ETODOLAC 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
ETODOLAC ER	2	
ETOPOSIDE 50 MG, CÁPSULAS	2	
EURAX	4	
EVOTAZ	3	
EXELDERM	4	
EXEMESTANE	2	
EXTRA-VIRT PLUS DHA	1	
FACTIVE	4	
FALLBACK SOLO	4	
FALMINA	1	
FAMCICLOVIR	2	
FAMOTIDINE 20 MG, COMPRIMIDOS	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
FAMOTIDINE 40 MG, COMPRIMIDOS	1	
FAMOTIDINE 40 MG/5 ML, SUSP.	2	
FANAPT 1 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
FANAPT 10 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
FANAPT 12 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
FANAPT 2 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
FANAPT 4 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
FANAPT 6 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
FANAPT 8 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
FANAPT, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	4	ST
FARESTON	4	
FARXIGA 10 MG, COMPRIMIDOS	3	
FARXIGA 5 MG, COMPRIMIDOS	3	
FELBAMATE	2	
FELODIPINE ER 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
FELODIPINE ER 2.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
FELODIPINE ER 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
FEM PH	2	
FEMCON FE, COMPRIMIDOS MASTICABLES	4	
FENOFIBRATE 130 MG, CÁPSULAS	2	
FENOFIBRATE 134 MG, CÁPSULAS	2	
FENOFIBRATE 145 MG, COMPRIMIDOS	2	
FENOFIBRATE 150 MG, CÁPSULAS	2	
FENOFIBRATE 160 MG, COMPRIMIDOS	2	
FENOFIBRATE 200 MG, CÁPSULAS	2	
FENOFIBRATE 43 MG, CÁPSULAS	2	
FENOFIBRATE 48 MG, COMPRIMIDOS	2	
FENOFIBRATE 50 MG, CÁPSULAS	2	
FENOFIBRATE 54 MG, COMPRIMIDOS	2	
FENOFIBRATE 67 MG, CÁPSULAS	2	
FENOFIBRIC ACID 105 MG, COMPRIMIDOS	2	
FENOFIBRIC ACID 35 MG, COMPRIMIDOS	2	
FENOFIBRIC ACID DR 135 MG, CÁP.	2	
FENOFIBRIC ACID DR 45 MG, CÁP.	2	
FENOPROFEN 600 MG, COMPRIMIDOS	2	
FENTANYL 100 MCG/HR, PARCHE	2	QL
FENTANYL 12 MCG/HR, PARCHE	2	QL
FENTANYL 25 MCG/HR, PARCHE	2	QL
FENTANYL 37.5 MCG/HR, PARCHE	2	QL
FENTANYL 50 MCG/HR, PARCHE	2	QL
FENTANYL 62.5 MCG/HR, PARCHE	2	QL
FENTANYL 75 MCG/HR, PARCHE	2	QL
FENTANYL 87.5 MCG/HR, PARCHE	2	QL
FENTANYL CIT OTFC 1,200 MCG	2	PA

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
FENTANYL CIT OTFC 1,600 MCG	2	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 200 MCG	2	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 400 MCG	2	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 600 MCG	2	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 800 MCG	2	PA
FERRIPROX	4	LDD
FETZIMA	4	ST
FEXOFENADINE HCL 180 MG, COMPRIMIDOS	2	
FEXOFENADINE HCL 30 MG, COMPRIMIDOS	2	
FEXOFENADINE HCL 60 MG, COMPRIMIDOS	2	
FINACEA	4	
FINASTERIDE 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
FIORICET	2	
FLAVOXATE HCL	2	
FLECAINIDE ACETATE	2	
FLECTOR	4	QL
FLOVENT DISKUS	3	
FLOVENT HFA	3	
FLUCONAZOLE 10 MG/ML, SUSP.	2	
FLUCONAZOLE 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
FLUCONAZOLE 150 MG, COMPRIMIDOS	1	
FLUCONAZOLE 200 MG, COMPRIMIDOS	2	
FLUCONAZOLE 40 MG/ML, SUSP.	2	
FLUCONAZOLE 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
FLUCYTOSINE	2	
FLUDROCORTISONE ACETATE	2	
FLUNISOLIDE 0.025%, SPRAY	2	
FLUOCINOLONE ACETONIDE	2	
FLUOCINOLONE ACETONIDE, ACEITE	2	
FLUOCINONIDE 0.05%, CREMA	2	
FLUOCINONIDE 0.05%, GEL	2	
FLUOCINONIDE 0.05%, POMADA	2	
FLUOCINONIDE 0.05%, SOLUCIÓN	2	
FLUOCINONIDE 0.1%, CREMA	2	
FLUOCINONIDE-E	2	
FLUORABON	2	
FLUOR-A-DAY	4	
FLUORIDE 0.25 MG, COMPRIMIDOS MASTIC.	2	
FLUORIDE 0.5 MG, COMPRIMIDOS MASTIC.	2	
FLUORIDE 1 MG, COMPRIMIDOS MASTICABLES	2	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE	2	
FLUORITAB	2	
FLUOROMETHOLONE	2	
FLUOROURACIL 0.5%, CREMA	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
FLUOROURACIL 2%. SOL. TÓPICA	2	
FLUOROURACIL 5%, CREMA	2	
FLUOROURACIL 5%, SOLUCIÓN TÓP.	2	
FLUOXETINE 20 MG/5 ML, SOLUCIÓN	2	
FLUOXETINE DR	2	
FLUOXETINE HCL 10 MG, CÁPSULAS	1	
FLUOXETINE HCL 10 MG, COMPRIMIDOS	1	
FLUOXETINE HCL 20 MG, CÁPSULAS	1	
FLUOXETINE HCL 20 MG, COMPRIMIDOS	1	
FLUOXETINE HCL 40 MG, CÁPSULAS	1	
FLUOXETINE HCL 60 MG, COMPRIMIDOS	1	
FLUPHENAZINE 1 MG, COMPRIMIDOS	2	
FLUPHENAZINE 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
FLUPHENAZINE 2.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
FLUPHENAZINE 2.5 MG/5 ML, ELIX.	2	
FLUPHENAZINE 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
FLUPHENAZINE 5 MG/ML, CONC.	2	
FLURA-DROPS	2	
FLURANDRENOLIDE	2	
FLURAZEPAM 15 MG, CÁPSULAS	2	
FLURAZEPAM 30 MG, CÁPSULAS	2	
FLURBIPROFEN	2	
FLURBIPROFEN SODIUM	2	
FLUTAMIDE	2	
FLUTICASONE PROP 0.005%, POM.	2	
FLUTICASONE PROP 0.05%, CREMA	2	
FLUTICASONE PROP 0.05%, LOCIÓN	2	
FLUTICASONE PROP 50 MCG, SPRAY	2	
FLUVASTATIN ER	2	
FLUVASTATIN SODIUM	2	
FLUVOXAMINE MALEATE	2	
FLUVOXAMINE MALEATE ER	2	
FOCALGIN 90 DHA	1	
FOCALGIN CA	1	
FOLBECAL	1	
FOLIC ACID 1 MG, COMPRIMIDOS	2	
FOLIVANE-OB	1	
FONDAPARINUX SODIUM	2	QL
FORADIL	4	ST
FORMADON	2	
FORMALDEHYDE	2	
FORMA-RAY	4	
FORTICAL	2	
FOSINOPRIL SODIUM 10 MG, COMP.	1	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
FOSINOPRIL SODIUM 20 MG, COMP.	1		GENTAMICIN 0.3%, POMADA PARA LOS OJOS	2	
FOSINOPRIL SODIUM 40 MG, COMP.	1		GENTAMICIN 3 MG/ML, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
FOSINOPRIL-HCTZ 10-12.5 MG, COMP.	2		GENVOYA	3	
FOSINOPRIL-HCTZ 20-12.5 MG, COMP.	2		GIANVI	1	
FOSRENOL	4		GILDAGIA	1	
FROVATRIPTAN SUCCINATE	2	QL	GILDESS	1	
FUROSEMIDE 10 MG/ML, SOLUCIÓN	1		GILDESS 24 FE	1	
FUROSEMIDE 20 MG, COMPRIMIDOS	1		GILDESS FE	1	
FUROSEMIDE 40 MG, COMPRIMIDOS	1		GLATOPA	2	PA
FUROSEMIDE 40 MG/5 ML, SOL.	1		GLEOSTINE	4	
FUROSEMIDE 80 MG, COMPRIMIDOS	1		GLIMEPIRIDE 1 MG, COMPRIMIDOS	1	
FYAVOLV	2		GLIMEPIRIDE 2 MG, COMPRIMIDOS	1	
FYCOMPA 10 MG, COMPRIMIDOS	4		GLIMEPIRIDE 4 MG, COMPRIMIDOS	1	
FYCOMPA 12 MG, COMPRIMIDOS	4		GLIPIZIDE 10 MG, COMPRIMIDOS	1	
FYCOMPA 2 MG, COMPRIMIDOS	4		GLIPIZIDE 5 MG, COMPRIMIDOS	1	
FYCOMPA 2 MG-4 MG, KIT DE COMPRIMIDOS	4		GLIPIZIDE ER 10 MG, COMPRIMIDOS	1	
FYCOMPA 4 MG, COMPRIMIDOS	4		GLIPIZIDE ER 2.5 MG, COMPRIMIDOS	1	
FYCOMPA 6 MG, COMPRIMIDOS	4		GLIPIZIDE ER 5 MG, COMPRIMIDOS	1	
FYCOMPA 8 MG, COMPRIMIDOS	4		GLIPIZIDE XL	1	
GABAPENTIN 100 MG, CÁPSULAS	2		GLIPIZIDE-METFORMIN	2	
GABAPENTIN 250 MG/5 ML, SOL.	2		GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT	3	
GABAPENTIN 300 MG, CÁPSULAS	2		GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT 2-PACK	3	
GABAPENTIN 300 MG/6 ML, SOL.	2		GLUCAGON EMERGENCY KIT	3	
GABAPENTIN 400 MG, CÁPSULAS	2		GLYBURIDE 1.25 MG, COMPRIMIDOS	1	
GABAPENTIN 600 MG, COMPRIMIDOS	2		GLYBURIDE 2.5 MG, COMPRIMIDOS	1	
GABAPENTIN 800 MG, COMPRIMIDOS	2		GLYBURIDE 5 MG, COMPRIMIDOS	1	
GALANTAMINE HBR	2		GLYBURIDE MICRONIZED	1	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE	2		GLYBURIDE-METFORMIN HCL	2	
GALZIN	4		GLYCINE 1.5%, IRRIGACIÓN	2	
GATIFLOXACIN	2		GLYCOPYRROLATE 1 MG, COMPRIMIDOS	2	
GAVILYTE-C	2		GLYCOPYRROLATE 2 MG, COMPRIMIDOS	2	
GAVILYTE-G	2		GLYDO	2	
GAVILYTE-H AND BISACODYL	2		GRANISETRON HCL	2	
GAVILYTE-N	2		GRISEOFULVIN 125 MG/5 ML, SUSP.	2	
GEMFIBROZIL 600 MG, COMPRIMIDOS	2		GRISEOFULVIN MICRO 500 MG, COMP.	2	
GENERESS FE	4		GRISEOFULVIN ULTRA 125 MG, COMP.	2	
GENERLAC	2		GRISEOFULVIN ULTRA 250 MG, COMP.	2	
GENGRAF 100 MG, CÁPSULAS	2		GUAIFENESIN AC	2	
GENGRAF 100 MG/ML, SOLUCIÓN	2		GUAIFENESIN DAC	2	
GENGRAF 25 MG, CÁPSULAS	2		GUAIFENESIN-CODEINE	2	
GENTAK	2		GUANFACINE HCL	1	
GENTAMICIN 0.1%, CREMA	2		GUANFACINE HCL ER	2	
GENTAMICIN 0.1%, POMADA	2		GUANIDINE HCL	2	
GENTAMICIN 0.3%, GOTAS PARA LOS OJOS	2		GYNAZOLE 1 2%, CREMA	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
HALOBETASOL PROP 0.05%, CREMA	2		HYDROCODON-ACETAMINOPH 2.5-325	2	
HALOBETASOL PROP 0.05%, POMADA	2		HYDROCODON-ACETAMINOPH 7.5-300	2	
HALOG	4		HYDROCODON-ACETAMINOPH 7.5-325	2	
HALOPERIDOL 0.5 MG, COMPRIMIDOS	2		HYDROCODON-ACETAMINOPHEN 5-300	2	
HALOPERIDOL 1 MG, COMPRIMIDOS	2		HYDROCODON-ACETAMINOPHEN 5-325	2	
HALOPERIDOL 10 MG, COMPRIMIDOS	2		HYDROCODON-ACETAMINOPHN 10-300	2	
HALOPERIDOL 2 MG, COMPRIMIDOS	2		HYDROCODON-ACETAMINOPHN 10-325	2	
HALOPERIDOL 20 MG, COMPRIMIDOS	2		HYDROCODONE-ACETAMIN 2.5-108/5	2	
HALOPERIDOL 5 MG, COMPRIMIDOS	2		HYDROCODONE-ACETAMIN 2.5-167/5	2	
HALOPERIDOL LAC 2 MG/ML, CONC.	2		HYDROCODONE-ACETAMIN 5-217/10	2	
HEATHER	1		HYDROCODONE-CHLORPHEN ER, SUSP.	2	
HEMENATAL OB	1		HYDROCODONE-HOMATROPINE MBR	2	
HEMENATAL OB + DHA	1		HYDROCODONE-IBUPROFEN 10-200	2	
HEMMOREX-HC	2		HYDROCODONE-IBUPROFEN 5-200 MG	2	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/ 0.5 ML	2		HYDROCODONE-IBUPROFEN 7.5-200	2	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	2		HYDROCORT BUTY 0.1%, CREMA LIPÍD.	2	
HOMATROPAIRE	2		HYDROCORT BUTY 0.1%, CREMA LIPÍD.	2	
HOMATROPINE HYDROBROMIDE	2		HYDROCORTISONE 0.1%, SOL.	2	
HORIZANT	4		HYDROCORTISONE 1% ABSORBASE	2	
HUMALOG	3		HYDROCORTISONE 1%, CREMA	2	
HUMALOG KWIKPEN U-100	3		HYDROCORTISONE 1%, POMADA	2	
HUMALOG KWIKPEN U-200	3		HYDROCORTISONE 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
HUMALOG MIX 50-50	3		HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML	2	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3		HYDROCORTISONE 2.5%, CREMA	2	
HUMALOG MIX 75-25	3		HYDROCORTISONE 2.5%, LOCIÓN	2	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3		HYDROCORTISONE 2.5%, POMADA	2	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3		HYDROCORTISONE 20 MG, COMPRIMIDOS	2	
HUMULIN 70-30	3		HYDROCORTISONE 30 MG, SUP.	2	
HUMULIN N	3		HYDROCORTISONE 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
HUMULIN N KWIKPEN	3		HYDROCORTISONE AC 25 MG, SUP.	2	
HUMULIN R	3		HYDROCORTISONE BUTY 0.1%, CREMA	2	
HUMULIN R U-500	3		HYDROCORTISONE BUTYR 0.1%, POM.	2	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3		HYDROCORTISONE VALERATE	2	
HYDRALAZINE 10 MG, COMPRIMIDOS	2		HYDROCORTISONE-ACETIC ACID	2	
HYDRALAZINE 100 MG, COMPRIMIDOS	2		HYDROCORTISONE-IODOQUINOL	2	
HYDRALAZINE 25 MG, COMPRIMIDOS	2		HYDROCORTISONE-PRAMOXINE HCL	2	
HYDRALAZINE 50 MG, COMPRIMIDOS	2		HYDROCORT-PRAMOXINE 1%-1%, CREMA	2	
HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG, CÁPS.	1		HYDROCORT-PRAMOXINE 2.5%-1%, CREMA	2	
HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG, COMP.	1		HYDROCORT-PRAMOXINE 2.5-1%, CREMA	2	
HYDROCHLOROTHIAZIDE 25 MG, COMP.	1		HYDROMET	2	
HYDROCHLOROTHIAZIDE 50 MG, COMP.	1		HYDROMORPHONE 1 MG/ML, SOLUCIÓN	2	
HYDROCOD-CPM-PSEUDOEPHEDRINE	2		HYDROMORPHONE 2 MG, COMPRIMIDOS	2	
HYDROCOD-HOMATROP 5-1.5 MG, COMP.	2		HYDROMORPHONE 3 MG, SUP.	2	
HYDROCODON-ACETAMIN 7.5-325/15	2		HYDROMORPHONE 4 MG, COMPRIMIDOS	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
HYDROMORPHONE 5 MG/5 ML, SOL.	2	
HYDROMORPHONE 8 MG, COMPRIMIDOS	2	
HYDROMORPHONE ER	2	QL
HYDROXYCHLOROQUINE 200 MG, COMP.	2	
HYDROXYUREA	2	
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML, SOL.	2	
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML, JARABE	2	
HYDROXYZINE HCL 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
HYDROXYZINE HCL 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
HYDROXYZINE HCL 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
HYDROXYZINE PAM 100 MG, CÁP.	2	
HYDROXYZINE PAM 25 MG, CÁP.	2	
HYDROXYZINE PAM 50 MG, CÁP.	2	
HYOPHEN	2	
HYOSCYAMINE 0.125 MG, COMP. ORODISP.	1	
HYOSCYAMINE 0.125 MG, COMP. SL	1	
HYOSCYAMINE 0.125 MG/5 ML, ELIX.	2	
HYOSCYAMINE 0.125 MG/ML, GOTAS	2	
HYOSCYAMINE ER 0.375 MG, COMP.	1	
HYOSCYAMINE SULF 0.125 MG, COMP.	1	
HYOSCYAMINE SULFATE SR	1	
HYOSYNE	2	
IBANDRONATE SODIUM 150 MG, COMP.	2	
IBUDONE	2	
IBUPROFEN 100 MG/5 ML, SUSP.	1	
IBUPROFEN 400 MG, COMPRIMIDOS	1	
IBUPROFEN 600 MG, COMPRIMIDOS	1	
IBUPROFEN 800 MG, COMPRIMIDOS	1	
ILEVRO	4	
IMATINIB MESYLATE	2	PA
IMIPRAMINE HCL 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
IMIPRAMINE HCL 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
IMIPRAMINE HCL 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
IMIPRAMINE PAMOATE	2	
IMIQUIMOD 5%, CREMA EN PAQUETE	2	
INATAL ADVANCE	1	
INATAL ULTRA	1	
INCRUSE ELLIPTA	3	
INDAPAMIDE	1	
INDOMETHACIN 25 MG, CÁPSULAS	2	
INDOMETHACIN 50 MG, CÁPSULAS	2	
INDOMETHACIN ER 75 MG, CÁPSULAS	2	
INTELENCE	3	
INTROVALE	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
INVIRASE	3	
INVOKANA	4	ST
IODOFLEX	2	
IODOSORB	2	
IOPHEN-C NR	2	
IPRAT-ALBUT 0.5-3(2.5) MG/3 ML	2	
IPRATROPIUM 0.03%, SPRAY	2	
IPRATROPIUM 0.06%, SPRAY	2	
IPRATROPIUM BR 0.02%, SOL.	1	
IRBESARTAN 150 MG, COMPRIMIDOS	2	
IRBESARTAN 300 MG, COMPRIMIDOS	2	
IRBESARTAN 75 MG, COMPRIMIDOS	2	
IRBESARTAN-HCTZ 150-12.5 MG, COMP.	2	
IRBESARTAN-HCTZ 300-12.5 MG, COMP.	2	
ISENTRESS	3	
ISOCHRON	2	
ISOMETHEPT-CAFF-ACETAMINOPHEN	2	
ISOMETHEPT-DICHLORALP-ACETAMIN	2	
ISONIAZID 100 MG, COMPRIMIDOS	1	
ISONIAZID 300 MG, COMPRIMIDOS	1	
ISONIAZID 50 MG/5 ML, SOLUCIÓN	2	
ISOSORBIDE DN 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
ISOSORBIDE DN 20 MG, COMPRIMIDOS	2	
ISOSORBIDE DN 30 MG, COMPRIMIDOS	2	
ISOSORBIDE DN 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
ISOSORBIDE DN ER 40 MG, COMPRIMIDOS	2	
ISOSORBIDE MONONITRATE	1	
ISOSORBIDE MONONITRATE ER	1	
ISOXSUPRINE HCL	2	
ISRADIPINE	2	
ITRACONAZOLE	2	
IV ANTISEPTIC WIPES	3	
IV PREP WIPES	3	
IVERMECTIN	2	
JANTOVEN	1	
JARDIANCE	4	ST
JENCYCLA	1	
JENTADUETO	4	ST
JEVANTIQUE LO	2	
JINTELI	2	
JOLESSA	1	
JOLIVETTE	1	
JULEBER	1	
JUNEL	1	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
JUNEL FE	1	
JUNEL FE 24	1	
K EFFERVESCENT	2	
KAITLIB FE	1	
KALETRA	3	
KARIVA	1	
KELNOR 1-35	1	
KETEK	4	
KETOCONAZOLE	2	
KETOPROFEN	2	
KETOROLAC 0.4%, SOLUCIÓN OFT.	2	
KETOROLAC 0.5%, SOLUCIÓN OFT.	2	
KETOROLAC 10 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
KETOROLAC 15 MG/ML CARPUJECT	2	QL
KETOROLAC 15 MG/ML ISECURE SYR	2	QL
KETOROLAC 15 MG/ML, VIAL	2	QL
KETOROLAC 30 MG/ML CARPUJECT	2	QL
KETOROLAC 30 MG/ML ISECURE SYR	2	QL
KETOROLAC 30 MG/ML, JERINGA	2	QL
KETOROLAC 30 MG/ML, VIAL	2	QL
KETOROLAC 300 MG/10 ML, VIAL	2	QL
KETOROLAC 60 MG/2 ML, JERINGA	2	QL
KETOROLAC 60 MG/2 ML, VIAL	2	QL
KIMIDESS	1	
KIONEX	2	
KLOR-CON 10 MEQ, COMPRIMIDOS	2	
KLOR-CON 20 MEQ, PAQUETE	2	
KLOR-CON 25 MEQ, PAQUETE	4	
KLOR-CON 8 MEQ, COMPRIMIDOS	2	
KLOR-CON M10, COMPRIMIDOS	2	
KLOR-CON M15, COMPRIMIDOS	4	
KLOR-CON M20, COMPRIMIDOS	2	
KLOR-CON SPRINKLE	2	
KLOR-CON-EF 25 MEQ, COMP. EF.	2	
KOMBIGLYZE XR 2.5-1,000 MG, COMP.	3	
KOMBIGLYZE XR 5-1,000 MG, COMP.	3	
KOMBIGLYZE XR 5-500 MG, COMPRIMIDOS	3	
K-PHOS NO.2	4	
K-PHOS ORIGINAL	4	
KRISTALOSE	4	
K-SOL	2	
K-TAB ER 8 MEQ, COMPRIMIDOS	2	
KURVELO	1	
LABETALOL HCL 100 MG, COMPRIMIDOS	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
LABETALOL HCL 200 MG, COMPRIMIDOS	2	
LABETALOL HCL 300 MG, COMPRIMIDOS	2	
LACRISERT 5 MG EYE INSERT	4	
LACTATED RINGERS, IRRIGACIÓN	2	
LACTULOSE	2	
LAMICTAL (VERDE)	4	
LAMICTAL (NARANJA)	4	
LAMICTAL XR (AZUL)	4	
LAMICTAL XR (VERDE)	4	
LAMICTAL XR (NARANJA)	4	
LAMIVUDINE	2	
LAMIVUDINE HBV	2	
LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
LAMOTRIGINE 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
LAMOTRIGINE 150 MG, COMPRIMIDOS	2	
LAMOTRIGINE 200 MG, COMPRIMIDOS	2	
LAMOTRIGINE 25 MG, COMP. DISPERS.	2	
LAMOTRIGINE 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
LAMOTRIGINE 25 MG, COMP., START KIT	2	
LAMOTRIGINE 5 MG, COMPRIMIDOS DISPERS.	2	
LAMOTRIGINE ER	2	
LAMOTRIGINE, COMP. ORODISP.	2	
LAMOTRIGINE ODT (AZUL)	2	
LAMOTRIGINE ODT (VERDE)	2	
LAMOTRIGINE ODT (NARANJA)	2	
LANSOPRAZOL-AMOXICIL-CLARITHRO	2	
LANSOPRAZOLE DR 15 MG, CÁPSULAS	2	
LANSOPRAZOLE DR 30 MG, CÁPSULAS	2	
LANTUS	3	
LANTUS SOLOSTAR	3	
LARIN	1	
LARIN 24 FE	1	
LARIN FE	1	
LASTACFT	4	
LATANOPROST	2	
LATUDA	4	ST
LAYOLIS FE	4	
LEENA	1	
LEFLUNOMIDE 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEFLUNOMIDE 20 MG, COMPRIMIDOS	2	
LESSINA	1	
LETROZOLE 2.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEUCOVORIN CALCIUM 10 MG, COMP.	2	
LEUCOVORIN CALCIUM 15 MG, COMP.	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
LEUCOVORIN CALCIUM 25 MG, COMP.	2	
LEUCOVORIN CALCIUM 5 MG, COMP.	2	
LEUKERAN	4	
LEUPROLIDE 2WK 1 MG/0.2 ML, KIT	2	PA
LEVALBUTEROL 0.31 MG/3 ML, SOL.	2	
LEVALBUTEROL 0.63 MG/3 ML, SOL.	2	
LEVALBUTEROL 1.25 MG/3 ML, SOL.	2	
LEVALBUTEROL, CONCENTRADO	2	
LEVATOL	4	
LEVEMIR	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
LEVETIRACETAM 1,000 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEVETIRACETAM 100 MG/ML, SOL.	2	
LEVETIRACETAM 250 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEVETIRACETAM 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEVETIRACETAM 500 MG/5 ML, SOL.	2	
LEVETIRACETAM 750 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEVETIRACETAM ER 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEVETIRACETAM ER 750 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEVLEN 28	1	
LEVOBUNOLOL HCL	2	
LEVOCARNITINE 100 MG/ML, SOL.	2	
LEVOCARNITINE 200 MG/ML, VIAL	2	
LEVOCARNITINE 330 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEVOCETIRIZINE 2.5 MG/5 ML, SOL.	2	
LEVOCETIRIZINE 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEVOFLOXACIN 0.5%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
LEVOFLOXACIN 25 MG/ML, SOLUCIÓN	2	
LEVOFLOXACIN 250 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEVOFLOXACIN 250 MG/10 ML, SOL.	2	
LEVOFLOXACIN 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEVOFLOXACIN 500 MG/20 ML, SOL.	2	
LEVOFLOXACIN 750 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEVOMEFOLATE DHA	1	
LEVOMEFOLATE-ALGAL 15 MG, CÁP.	2	
LEVOMEFOLATE-ALGAL 7.5 MG, CÁP.	2	
LEVONEST	1	
LEVONORGESTREL-ETH ESTRADIOL	1	
LEVONORG-ETH ESTRAD ETH ESTRAD	1	
LEVORA-28	1	
LEVORPHANOL 2 MG, COMPRIMIDOS	2	
LEVOTHYROXINE 100 MCG, COMPRIMIDOS	1	
LEVOTHYROXINE 112 MCG, COMPRIMIDOS	1	
LEVOTHYROXINE 125 MCG, COMPRIMIDOS	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
LEVOTHYROXINE 137 MCG, COMPRIMIDOS	1	
LEVOTHYROXINE 150 MCG, COMPRIMIDOS	1	
LEVOTHYROXINE 175 MCG, COMPRIMIDOS	1	
LEVOTHYROXINE 200 MCG, COMPRIMIDOS	1	
LEVOTHYROXINE 25 MCG, COMPRIMIDOS	1	
LEVOTHYROXINE 300 MCG, COMPRIMIDOS	1	
LEVOTHYROXINE 50 MCG, COMPRIMIDOS	1	
LEVOTHYROXINE 75 MCG, COMPRIMIDOS	1	
LEVOTHYROXINE 88 MCG, COMPRIMIDOS	1	
LEVOXYL	1	
LEVULAN	4	LDD
LEXIVA	3	
LIDOCAINE 2%, SOL. VISCOSA	1	
LIDOCAINE 3%, CREMA	2	
LIDOCAINE 5%, POMADA	2	
LIDOCAINE 5%, PARCHE	2	
LIDOCAINE HCL 2%, GELATINA	2	
LIDOCAINE HCL 3%, LOCIÓN	2	
LIDOCAINE HCL 4%, SOLUCIÓN	2	
LIDOCAINE-HYDROCORTISONE	2	
LIDOCAINE-PRILOCAINE, CREMA	2	
LIDO-K	2	
LIDOPIN	2	
LINDANE 1%, CHAMPÚ	2	
LINEZOLID 100 MG/5 ML, SUSP.	2	PA
LINEZOLID 600 MG, COMPRIMIDOS	2	PA
LINZESS	4	
LIOTHYRONINE SOD 25 MCG, COMP.	2	
LIOTHYRONINE SOD 5 MCG, COMP.	2	
LIOTHYRONINE SOD 50 MCG, COMP.	2	
LISINAPRIL 10 MG, COMPRIMIDOS	1	
LISINAPRIL 2.5 MG, COMPRIMIDOS	1	
LISINAPRIL 20 MG, COMPRIMIDOS	1	
LISINAPRIL 30 MG, COMPRIMIDOS	1	
LISINAPRIL 40 MG, COMPRIMIDOS	1	
LISINAPRIL 5 MG, COMPRIMIDOS	1	
LISINAPRIL-HCTZ 10-12.5 MG, COMP.	1	
LISINAPRIL-HCTZ 20-12.5 MG, COMP.	1	
LISINAPRIL-HCTZ 20-25 MG, COMP.	1	
LITHIUM	2	
LITHIUM CARBONATE 150 MG, CÁP.	1	
LITHIUM CARBONATE 300 MG, CÁP.	1	
LITHIUM CARBONATE 300 MG, COMP.	1	
LITHIUM CARBONATE 600 MG, CÁP.	1	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
LITHIUM CARBONATE ER	2		LUTERA	1	
LITHIUM ER 450 MG, COMPRIMIDOS	2		LYRICA	4	
LITHOSTAT	4		LYSODREN	4	
LIVALO	4	ST	LYZA	1	
L-METHYLFOLATE	2		MACNATAL CN DHA	1	
L-METHYLFOLATE CALCIUM 15 MG	2		MALATHION 0.5%, LOCIÓN	2	
L-METHYLFOLATE CALCIUM 7.5 MG	2		MAPROTILINE HCL	2	
L-METHYLFOLATE FORTE	2		MARGESIC	2	
LO LOESTRIN FE	3		MARLISSA	1	
LOESTRIN 21 1.5-30, COMPRIMIDOS	4		MARPLAN	4	
LOESTRIN 21 1-20, COMPRIMIDOS	4		MARTEN-TAB	2	
LOESTRIN FE 1.5-30, COMPRIMIDOS	4		MATERNITY	1	
LOESTRIN FE 1-20, COMPRIMIDOS	4		MATZIM LA	2	
LOHIST-DM	2		MAXITROL, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
LOMEDIA 24 FE	1		M-CLEAR WC	2	
LOPERAMIDE 2 MG, CÁPSULAS	2		MECLIZINE 12.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
LOPREEZA	2		MECLIZINE 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
LORAZEPAM 0.5 MG, COMPRIMIDOS	2		MECLOFENAMATE SODIUM	2	
LORAZEPAM 1 MG, COMPRIMIDOS	2		MEDROL 2 MG, COMPRIMIDOS	4	
LORAZEPAM 2 MG, COMPRIMIDOS	2		MEDROXYPROGESTERONE 10 MG, COMP.	1	
LORAZEPAM 2 MG/ML, CONCENT. ORAL	2		MEDROXYPROGESTERONE 150 MG/ML	1	
LORAZEPAM INTENSOL	2		MEDROXYPROGESTERONE 2.5 MG, COMP.	1	
LORCET 5-325 MG, COMPRIMIDOS	2		MEDROXYPROGESTERONE 5 MG, COMP.	1	
LORCET HD 10-325 MG, COMPRIMIDOS	2		MEFENAMIC ACID 250 MG, CÁPSULAS	2	
LORCET PLUS 7.5-325 MG, COMPRIMIDOS	2		MEFLOQUINE HCL 250 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
LORTAB 10 MG-300 MG/15 ML, ELIXIR	2		MEGESTROL 20 MG, COMPRIMIDOS	2	
LORTUSS EX	2		MEGESTROL 40 MG, COMPRIMIDOS	2	
LORYNA	1		MEGESTROL 625 MG/5 ML, SUSP.	2	
LOSARTAN POTASSIUM 100 MG, COMPRIMIDOS	1		MEGESTROL ACET 40 MG/ML, SUSP.	2	
LOSARTAN POTASSIUM 25 MG, COMPRIMIDOS	1		MEGESTROL ACET 400 MG/10 ML	2	
LOSARTAN POTASSIUM 50 MG, COMPRIMIDOS	1		MELOXICAM 15 MG, COMPRIMIDOS	1	
LOSARTAN-HCTZ 100-12.5 MG, COMPRIMIDOS	1		MELOXICAM 7.5 MG, COMPRIMIDOS	1	
LOSARTAN-HCTZ 100-25 MG, COMPRIMIDOS	1		MELOXICAM 7.5 MG/5 ML, SUSP.	2	
LOSARTAN-HCTZ 50-12.5 MG, COMPRIMIDOS	1		MEMANTINE HCL	2	
LOSEASONIQUE	4		MENEST	4	
LOTEMAX	4		MENTAX	4	
LOVASTATIN 10 MG, COMPRIMIDOS	1		MEPERIDINE 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
LOVASTATIN 20 MG, COMPRIMIDOS	1		MEPERIDINE 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
LOVASTATIN 40 MG, COMPRIMIDOS	1		MEPERIDINE 50 MG/5 ML, SOLUCIÓN	2	
LOW-OGESTREL	1		MEPHYTON	4	
LOXAPINE	2		MEPROBAMATE 200 MG, COMPRIMIDOS	2	
LUDENT FLUORIDE	2		MEPROBAMATE 400 MG, COMPRIMIDOS	2	
LUGOL'S, SOLUCIÓN	2		MERCAPTOPYRINE 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
LUMIGAN	4		MESALAMINE	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
METADATE ER 20 MG, COMPRIMIDOS	2	
METAPROTERENOL SULFATE	2	
METAXALL	2	
METAXALONE	2	
METFORMIN ER 1,000 MG, COMP. OSM.	2	
METFORMIN HCL 1,000 MG, COMPRIMIDOS	1	
METFORMIN HCL 500 MG, COMPRIMIDOS	1	
METFORMIN HCL 850 MG, COMPRIMIDOS	1	
METFORMIN HCL ER 500 MG, COMP. OSM.	2	
METFORMIN HCL ER 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
METFORMIN HCL ER 750 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHADONE 10 MG/5 ML, SOLUCIÓN	2	
METHADONE 10 MG/ML, CONC. ORAL	2	
METHADONE 40 MG, COMP. DISPERS.	2	
METHADONE 5 MG/5 ML, SOLUCIÓN	2	
METHADONE HCL 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHADONE HCL 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHADONE INTENSOL	2	
METHADOSE 40 MG, COMP. DISPERS.	2	
METHAMPHETAMINE HCL	2	
METHAZOLAMIDE 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHAZOLAMIDE 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHENAMINE HIPP 1 GM, COMPRIMIDOS	2	
METHENAMINE MANDELATE	2	
METHERGINE	2	
METHIMAZOLE 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHIMAZOLE 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHITEST	2	
METHOCARBAMOL 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHOCARBAMOL 750 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHOTREXATE 2.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHOXSALEN	2	
METHSCOPOLAMINE BROM 2.5 MG, COMP.	2	
METHSCOPOLAMINE BROM 5 MG, COMP.	2	
METHYLCLOTHIAZIDE	2	
METHYLDOPA	1	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE	2	
METHYLERGONOVINE 0.2 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHYLPHENIDATE 10 MG, COMP. MASTIC.	2	
METHYLPHENIDATE 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHYLPHENIDATE 10 MG/5 ML, SOL.	2	
METHYLPHENIDATE 2.5 MG, COMP. MASTIC.	2	
METHYLPHENIDATE 20 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHYLPHENIDATE 5 MG, COMP. MASTIC.	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
METHYLPHENIDATE 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
METHYLPHENIDATE 5 MG/5 ML, SOL.	2	
METHYLPHENIDATE ER	2	
METHYLPHENIDATE HCL CD	2	
METHYLPHENIDATE LA 20 MG, CÁP.	2	
METHYLPHENIDATE LA 30 MG, CÁP.	2	
METHYLPHENIDATE LA 40 MG, CÁP.	2	
METHYLPREDNISOLONE	2	
METHYLTESTOSTERONE	2	
METIPRANOLOL	2	
METOCLOPRAMIDE 10 MG, COMPRIMIDOS	1	
METOCLOPRAMIDE 10 MG/10 ML, SOL.	1	
METOCLOPRAMIDE 5 MG, COMPRIMIDOS	1	
METOCLOPRAMIDE 5 MG/5 ML, SOL.	1	
METOCLOPRAMIDE HCL, COMP. ORODISP.	2	
METOLAZONE	2	
METOPROLOL SUCC ER 100 MG, COMP.	2	
METOPROLOL SUCC ER 200 MG, COMP.	2	
METOPROLOL SUCC ER 25 MG, COMP.	2	
METOPROLOL SUCC ER 50 MG, COMP.	2	
METOPROLOL TARTRATE 100 MG, COMP.	1	
METOPROLOL TARTRATE 25 MG, COMP.	1	
METOPROLOL TARTRATE 37.5 MG, COMP.	2	
METOPROLOL TARTRATE 50 MG, COMP.	1	
METOPROLOL TARTRATE 75 MG, COMP.	2	
METOPROLOL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	2	
METRONIDAZOLE 0.75%, CREMA	2	
METRONIDAZOLE 0.75%, LOCIÓN	2	
METRONIDAZOLE 250 MG, COMPRIMIDOS	2	
METRONIDAZOLE 375 MG, CÁPSULAS	2	
METRONIDAZOLE 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75%, GEL	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1%, GEL	2	
METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75%, GEL	2	
MEXILETINE HCL	2	
MICONAZOLE 3 200 MG, SUP. VAG.	1	
MICROGESTIN 21 1.5-30, COMPRIMIDOS	1	
MICROGESTIN 21 1-20, COMPRIMIDOS	1	
MICROGESTIN 24 FE	3	
MICROGESTIN FE 1.5-30, COMP.	1	
MICROGESTIN FE 1-20, COMPRIMIDOS	1	
MIDAZOLAM HCL 2 MG/ML, JARABE	2	
MIDODRINE HCL	2	
MIGERGOT, SUPOSITORIOS	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
MIGLITOL	2	
MILLIPRED 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
MILLIPRED DP 5 MG, PAQUETE PARA 12 DÍAS	2	
MILLIPRED DP 5 MG, PAQUETE PARA 6 DÍAS	2	
MIMVEY	2	
MIMVEY LO	2	
MINASTRIN 24 FE	3	
MINITRAN	2	
MINOCYCLINE HCL	2	
MINOCYCLINE HCL ER	2	
MINOXIDIL	2	
MIRCETTE, COMPRIMIDOS PARA 28 DÍAS	4	
MIRTAZAPINE	2	
MISOPROSTOL	2	
MODAFINIL 100 MG, COMPRIMIDOS	2	PA
MODAFINIL 200 MG, COMPRIMIDOS	2	PA
MODERIBA	2	
MODICON	4	
MOEXIPRIL HCL	2	
MOEXIPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	2	
MOLINDONE HCL	2	
MOMETASONE FUROATE 0.1%, CREMA	2	
MOMETASONE FUROATE 0.1%, POM.	2	
MOMETASONE FUROATE 0.1%, SOL.	2	
MOMETASONE FUROATE 50 MCG, SPRAY	2	
MONDOXYNE NL	2	
MONO-LINYAH	1	
MONONESSA	1	
MONTELUKAST SOD 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
MONTELUKAST SOD 4 MG, GRÁNULOS	2	
MONTELUKAST SOD 4 MG, COMP. MASTIC.	2	
MONTELUKAST SOD 5 MG, COMP. MASTIC.	2	
MONUROL	4	
MORGIDOX 100 MG, CÁPSULAS	2	
MORPHINE SULF 10 MG, SUP.	2	
MORPHINE SULF 10 MG/5 ML, SOL.	2	
MORPHINE SULF 100 MG/5 ML, SOL.	2	
MORPHINE SULF 20 MG, SUP.	2	
MORPHINE SULF 20 MG/5 ML, SOL.	2	
MORPHINE SULF 30 MG, SUP.	2	
MORPHINE SULF 5 MG, SUP.	2	
MORPHINE SULF ER 100 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
MORPHINE SULF ER 15 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
MORPHINE SULF ER 200 MG, COMPRIMIDOS	2	QL

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
MORPHINE SULF ER 30 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
MORPHINE SULF ER 60 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
MORPHINE SULFATE ER 10 MG, CÁP.	2	QL
MORPHINE SULFATE ER 100 MG, CÁP.	2	QL
MORPHINE SULFATE ER 120 MG, CÁP.	2	QL
MORPHINE SULFATE ER 20 MG, CÁP.	2	QL
MORPHINE SULFATE ER 30 MG, CÁP.	2	QL
MORPHINE SULFATE ER 45 MG, CÁP.	2	QL
MORPHINE SULFATE ER 50 MG, CÁP.	2	QL
MORPHINE SULFATE ER 60 MG, CÁP.	2	QL
MORPHINE SULFATE ER 75 MG, CÁP.	2	QL
MORPHINE SULFATE ER 80 MG, CÁP.	2	QL
MORPHINE SULFATE ER 90 MG, CÁP.	2	QL
MORPHINE SULFATE IR 15 MG, COMP.	2	
MORPHINE SULFATE IR 30 MG, COMP.	2	
MOVIPREP	4	
MOXEZA	3	
MOXIFLOXACIN HCL	2	
MULTAQ	4	
MULTI-VIT W-FLUOR 0.25 MG/ML	2	
MULTI-VIT W-FLUOR 0.5 MG/ML	2	
MULTIVITAMIN AND FLUORIDE	2	
MULTI-VITAMIN W-FLUORIDE-IRON	2	
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE	2	
MULTI-VITAMIN WITH FLUORIDE	2	
MULTIVITAMINS, COMPRIMIDOS MASTICABLES	2	
MULTIVITAMINS W-FLUORIDE-IRON	2	
MULTIVITAMINS WITH FLUORIDE	2	
MULTIVIT-FLUOR-IRON 0.25 MG/ML	2	
MUPIROCIN 2%, CREMA	2	
MUPIROCIN 2%, POMADA	2	
MY WAY	4	
MYCOPHENOLATE 200 MG/ML, SUSP.	2	
MYCOPHENOLATE 250 MG, CÁPSULAS	2	
MYCOPHENOLATE 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
MYCOPHENOLIC ACID	2	
MYLERAN	4	
MYNATAL	1	
MYNATAL ADVANCE	1	
MYNATAL PLUS	1	
MYNATAL-Z	1	
MYNATE 90 PLUS	1	
MYORISAN	2	QL
MYRBETRIQ	4	ST

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
MYZILRA	1	
NABUMETONE	2	
NADOLOL	1	
NADOLOL-BENDROFLUMETHIAZIDE	2	
NAFTIFINE HCL	2	
NAFTIN 1%, GEL	4	
NAFTIN 2%, CREMA	4	
NAFTIN 2%, GEL	4	
NALOXONE 0.4 MG/ML, JERINGA	2	
NALOXONE 2 MG/2 ML, JERINGA	2	
NALTREXONE HCL	2	
NAPHAZOLINE HCL	2	
NAPROXEN 125 MG/5 ML, SUSP.	2	
NAPROXEN 250 MG, COMPRIMIDOS	1	
NAPROXEN 375 MG, COMPRIMIDOS	1	
NAPROXEN 500 MG, KIT	1	
NAPROXEN 500 MG, COMPRIMIDOS	1	
NAPROXEN DR 375 MG, COMPRIMIDOS	1	
NAPROXEN DR 500 MG, COMPRIMIDOS	1	
NAPROXEN EC 375 MG, COMPRIMIDOS	1	
NAPROXEN EC 500 MG, COMPRIMIDOS	1	
NAPROXEN SOD ER 375 MG, COMPRIMIDOS	2	
NAPROXEN SODIUM 275 MG, COMPRIMIDOS	1	
NAPROXEN SODIUM 550 MG, COMPRIMIDOS	1	
NARATRIPTAN	2	QL
NARATRIPTAN HCL 1 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
NARATRIPTAN HCL 2.5 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
NARCAN	4	QL
NASCOBAL	4	
NATACYN	4	
NATALVIT	4	
NATAZIA	4	
NATEGLINIDE	2	
NATROBA	2	
NATURE-THROID	1	
NEBUPENT	4	
NECON 0.5-35-28, COMPRIMIDOS	1	
NECON 10-11-28, COMPRIMIDOS	1	
NECON 1-35-28, COMPRIMIDOS	1	
NECON 1-50-28, COMPRIMIDOS	1	
NECON 7-7-7-28, COMPRIMIDOS	1	
NEFAZODONE HCL	2	
NEOMYC-BACIT-POLYMIX, POM. PARA LOS OJOS	2	
NEOMYCIN SULFATE	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLY-HC	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN B	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HYDROCORT	2	
NEOMYC-POLYM-DEXAMET, POM. PARA LOS OJOS	2	
NEOMYC-POLYM-DEXAMETH, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
NEO-POLYCIN, POMADA PARA LOS OJOS	2	
NEO-POLYCIN HC, POMADA PARA LOS OJOS	2	
NESINA	4	ST
NEUAC GEL	2	
NEUPRO	4	
NEUTRAL SODIUM FLUORIDE	2	
NEVANAC	4	
NEVIRAPINE 200 MG, COMPRIMIDOS	2	
NEVIRAPINE 50 MG/5 ML, SUSP.	2	
NEVIRAPINE ER	2	
NEWGEN	1	
NEXT CHOICE ONE DOSE 1.5 MG, COMP.	4	
NIACIN ER	2	
NICARDIPINE 20 MG, CÁPSULAS	2	
NICARDIPINE 30 MG, CÁPSULAS	2	
NICOTROL	4	
NICOTROL NS	4	
NIFEDICAL XL	2	
NIFEDIPINE	2	
NIFEDIPINE ER 30 MG, COMPRIMIDOS	2	
NIFEDIPINE ER 60 MG, COMPRIMIDOS	2	
NIFEDIPINE ER 90 MG, COMPRIMIDOS	2	
NIKKI	1	
NILANDRON	4	
NIMODIPINE	2	
NISOLDIPINE	2	
NITRO-BID	2	
NITRO-DUR 0.3 MG/HR, PARCHE	4	
NITRO-DUR 0.8 MG/HR, PARCHE	4	
NITROFURANTOIN	2	
NITROFURANTOIN MONO-MACRO	2	
NITROGLYCERIN 400 MCG, SPRAY	2	
NITROGLYCERIN ER 2.5 MG, CÁP.	2	
NITROGLYCERIN ER 6.5 MG, CÁP.	2	
NITROGLYCERIN ER 9 MG, CÁPSULAS	2	
NITROGLYCERIN LINGUAL 0.4 MG	2	
NITROGLYCERIN, PARCHE	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
NITROSTAT	3	
NITRO-TIME	2	
NIVA-PLUS	1	
NIZATIDINE 15 MG/ML, SOLUCIÓN	2	
NIZATIDINE 150 MG, CÁPSULAS	1	
NIZATIDINE 300 MG, CÁPSULAS	1	
NODOLOR	2	
NORA-BE	1	
NORETHIND-ETH ESTRAD 0.5-2.5	2	
NORETHIND-ETH ESTRAD 1-0.02 MG	1	
NORETHINDRONE	1	
NORETHINDRONE ACETATE	2	
NORETHIN-ETH ESTRAD 1 MG-5 MCG	2	
NORETHIN-ETH ESTRA-FERROUS FUM	1	
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL	1	
NORINYL 1+35	4	
NORINYL 1+50	4	
NORITATE	4	
NORLYROC	1	
NORPACE CR	4	
NOR-Q-D	4	
NORTREL	1	
NORTRIPTYLINE 10 MG/5 ML, SOL.	2	
NORTRIPTYLINE HCL 10 MG, CÁP.	1	
NORTRIPTYLINE HCL 25 MG, CÁP.	1	
NORTRIPTYLINE HCL 50 MG, CÁP.	1	
NORTRIPTYLINE HCL 75 MG, CÁP.	1	
NORVIR	3	
NOVACORT	4	
NOVOFINE 30G X 1/3" NEEDLES	3	
NOVOFINE 32G NEEDLES	3	
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE	3	
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6"	3	
NOVOLOG	4	ST
NOVOLOG FLEXPEN	4	ST
NOVOLOG MIX 70-30	4	ST
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	4	ST
NOVOTWIST NEEDLE 30G 8MM	3	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM	3	
NOXAFIL 40 MG/ML, SUSPENSIÓN	4	
NOXAFIL DR 100 MG, COMPRIMIDOS	4	
NP THYROID	1	
NUCYNTA	4	QL
NUCYNTA ER	4	ST, QL

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
NUEDEXTA	4	
NULEV	1	
NUVARING	3	
NYAMYC	2	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM, CREMA	1	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM, POLVO	2	
NYSTATIN 100,000 UNITS/GM, POM.	1	
NYSTATIN 100,000 UNITS/ML, SUSP.	2	
NYSTATIN 150,000,000 UNITS, POLVO	2	
NYSTATIN 50,000,000 UNITS, POLVO	2	
NYSTATIN 500,000 UNIT, COMP. ORALES	2	
NYSTATIN 500,000 UNITS/5 ML	2	
NYSTATIN 500,000,000 UNITS, POLVO	2	
NYSTATIN-TRIAMCINOLONE	1	
NYSTOP	2	
OBSTETRIX DHA	1	
O-CAL FA	4	
O-CAL PRENATAL	4	
OCELLA	1	
OCTREOTIDE 1,000 MCG/5 ML, VIAL	2	PA
OCTREOTIDE 1,000 MCG/ML, VIAL	2	PA
OCTREOTIDE 5,000 MCG/5 ML, VIAL	2	PA
OCTREOTIDE ACET 0.05 MG/ML, VIAL	2	PA
OCTREOTIDE ACET 100 MG/ML, AMP.	2	PA
OCTREOTIDE ACET 100 MCG/ML, JAR.	2	PA
OCTREOTIDE ACET 100 MCG/ML, VIAL	2	PA
OCTREOTIDE ACET 200 MCG/ML, VIAL	2	PA
OCTREOTIDE ACET 50 MG/ML, AMP.	2	PA
OCTREOTIDE ACET 50 MCG/ML, JAR.	2	PA
OCTREOTIDE ACET 50 MCG/ML, VIAL	2	PA
OCTREOTIDE ACET 500 MG/ML, AMP.	2	PA
OCTREOTIDE ACET 500 MCG/ML, JAR.	2	PA
OCTREOTIDE ACET 500 MCG/ML, VIAL	2	PA
ODEFSEY	3	
OFLOXACIN 0.3%, GOTAS ÓTICAS	2	
OFLOXACIN 0.3%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
OFLOXACIN 400 MG, COMPRIMIDOS	2	
OGESTREL	1	
OLANZAPINE 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
OLANZAPINE 15 MG, COMPRIMIDOS	2	
OLANZAPINE 2.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
OLANZAPINE 20 MG, COMPRIMIDOS	2	
OLANZAPINE 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
OLANZAPINE 7.5 MG, COMPRIMIDOS	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
OLANZAPINE ODT 10 MG, COMPRIMIDOS	2		ORTHO TRI-CYCLEN	4	
OLANZAPINE ODT 15 MG, COMPRIMIDOS	2		ORTHO TRI-CYCLEN LO	4	
OLANZAPINE ODT 20 MG, COMPRIMIDOS	2		ORTHO-CYCLEN	4	
OLANZAPINE ODT 5 MG, COMPRIMIDOS	2		ORTHO-NOVUM	4	
OLANZAPINE-FLUOXETINE HCL	2		OSCIMIN 0.125 MG, COMP. ORODISP.	1	
OLOPATADINE HCL	2		OSCIMIN 0.125 MG, COMPRIMIDOS	2	
OMEGA-3 ACID ETHYL ESTERS	2		OSCIMIN SL	1	
OMEPRAZOLE DR 10 MG, CÁPSULAS	2		OSCIMIN SR	2	
OMEPRAZOLE DR 20 MG, CÁPSULAS	2		OSMOPREP	4	
OMEPRAZOLE DR 40 MG, CÁPSULAS	2		OVCON-35	1	
ONDANSETRON 4 MG/2 ML, AMPOLLAS	2		OXANDROLONE	2	PA
ONDANSETRON 4 MG/2 ML ISECURE	2		OXAPROZIN	2	
ONDANSETRON 4 MG/5 ML, SOLUCIÓN	2		OXAZEPAM	2	
ONDANSETRON 40 MG/20 ML, VIAL	2		OXCARBAZEPINE 150 MG, COMPRIMIDOS	2	
ONDANSETRON HCL 24 MG, COMPRIMIDOS	2		OXCARBAZEPINE 300 MG, COMPRIMIDOS	2	
ONDANSETRON HCL 4 MG, COMPRIMIDOS	2		OXCARBAZEPINE 300 MG/5 ML, SUSP.	2	
ONDANSETRON HCL 4 MG/2 ML, JAR.	2		OXCARBAZEPINE 600 MG, COMPRIMIDOS	2	
ONDANSETRON HCL 4 MG/2 ML, VIAL	2		OXICONAZOLE NITRATE	2	
ONDANSETRON HCL 8 MG, COMPRIMIDOS	2		OXISTAT 1%, LOCIÓN	4	
ONDANSETRON, COMP. ORODISP.	2		OXTELLAR XR	4	
ONETOUCH DELICA 30G LANCETS	3		OXYBUTYNIN 5 MG, COMPRIMIDOS	1	
ONETOUCH DELICA 33G LANCETS	3		OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML, JARABE	2	
ONETOUCH DELICA LANCING DEV	3		OXYBUTYNIN CL ER 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
ONETOUCH FINEPOINT 25G LANCETS	3		OXYBUTYNIN CL ER 15 MG, COMPRIMIDOS	2	
ONETOUCH SURESOFT LANCING DEV	3		OXYBUTYNIN CL ER 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIPS	3		OXYCODON-ACETAMINOPHEN 2.5-325	2	
ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYST	1		OXYCODON-ACETAMINOPHEN 7.5-325	2	
ONETOUCH ULTRAMINI METER	1		OXYCODONE HCL	2	
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	3		OXYCODONE HCL-ASPIRIN	2	
ONETOUCH VERIO FLEX	1		OXYCODONE HCL-IBUPROFEN	2	
ONETOUCH VERIO IQ	1		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325	2	
ONETOUCH VERIO METER SYSTEM	1		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325	2	
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	3		OXYCONTIN	4	ST, QL
ONGLYZA 2.5 MG, COMPRIMIDOS	3		OXYMORPHONE HCL	2	
ONGLYZA 5 MG, COMPRIMIDOS	3		OXYMORPHONE HCL ER	2	QL
ONMEL	4	QL	PACERONE 200 MG, COMPRIMIDOS	2	
OPANA ER	4	ST, QL	PAIRE OB PLUS DHA	1	
OPCICON ONE-STEP	1		PALIPERIDONE ER	2	
OPIUM TINCTURE 10 MG/ML	2		PANCREAZE	4	
ORACIT	4		PANTOPRAZOLE SOD DR 20 MG, COMP.	2	
ORALONE	2		PANTOPRAZOLE SOD DR 40 MG, COMP.	2	
ORPHENADRINE ER 100 MG, COMPRIMIDOS	2		PAREGORIC	2	
ORSYTHIA	1		PARICALCITOL 1 MCG, CÁPSULAS	2	
ORTHO MICRONOR	4		PARICALCITOL 2 MCG, CÁPSULAS	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
PARICALCITOL 4 MCG, CÁPSULAS	2	
PAROEX	2	
PAROMOMYCIN SULFATE	2	
PAROXETINE CR 12.5 MG, COMPRIMIDOS	1	
PAROXETINE CR 25 MG, COMPRIMIDOS	1	
PAROXETINE CR 37.5 MG, COMPRIMIDOS	1	
PAROXETINE ER 37.5 MG, COMPRIMIDOS	1	
PAROXETINE HCL 10 MG, COMPRIMIDOS	1	
PAROXETINE HCL 20 MG, COMPRIMIDOS	1	
PAROXETINE HCL 30 MG, COMPRIMIDOS	1	
PAROXETINE HCL 40 MG, COMPRIMIDOS	1	
PASER	4	
PATADAY	3	
PCE	4	
PEG 3350-ELECTROLYTE	2	
PEG-3350 AND ELECTROLYTES, SOL.	2	
PEG-3350 WITH FLAVOR PACKS	2	
PEGANONE	4	
PEG-PREP	2	
PENICILLIN V POTASSIUM	1	
PENLET PLUS, BLOOD SAMPLER KIT	3	
PENNSAID 2% PUMP	4	
PENTAZOCINE-NALOXONE HCL	2	
PENTOXIFYLLINE	2	
PERFOROMIST	4	
PERINDOPRIL ERBUMINE	2	
PERMETHRIN 5%, CREMA	2	
PERPHENAZINE	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	2	
PERTZYE	4	LDD
PEXEVA	4	ST
PHENADOZ 12.5 MG, SUPOSITORIOS	2	
PHENADOZ 25 MG, SUPOSITORIOS	2	
PHENAZOPYRIDINE 100 MG, COMP.	1	
PHENAZOPYRIDINE 200 MG, COMP.	1	
PHENELZINE SULFATE	2	
PHENOBARBITAL	2	
PHENOHYTRO	1	
PHENOXYBENZAMINE HCL	2	
PHENYLEPHRINE 10%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
PHENYLEPHRINE 2.5%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
PHENYTOIN	2	
PHENYTOIN SOD EXT 100 MG, CÁP.	2	
PHENYTOIN SOD EXT 200 MG, CÁP.	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
PHENYTOIN SOD EXT 300 MG, CÁP.	2	
PHILITH	1	
PHOSLYRA	4	
PHOSPHA 250 NEUTRAL	2	
PHOSPHASAL	2	
PHOSPHOLINE IODIDE	4	
PICATO	4	
PILOCARPINE HCL	2	
PIMOZIDE	2	
PIMTREA	1	
PINDOLOL	2	
PIOGLITAZONE HCL 15 MG, COMPRIMIDOS	2	
PIOGLITAZONE HCL 30 MG, COMPRIMIDOS	2	
PIOGLITAZONE HCL 45 MG, COMPRIMIDOS	2	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE	2	
PIOGLITAZONE-METFORMIN	2	
PIRMELLA	1	
PIROXICAM	2	
PLAN B ONE-STEP	4	
PNV 29-1	1	
PNV OB+DHA	1	
PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT, COMP.	1	
PNV-DHA	1	
PNV-DHA + DOCUSATE	1	
PNV-FERROUS FUMARATE-DOCU-FA	1	
PNV-OMEGA	1	
PNV-SELECT	1	
PNV-VP-U	1	
PODOFILOX 0.5%, SOL. TÓPICA	2	
POLYICIN, POMADA PARA LOS OJOS	2	
POLYETHYLENE GLYCOL 3350, POLVO	2	
POLYMYXIN B SUL-TRIMETHOPRIM	2	
PORTIA	1	
POTASS CIT-SOD CIT-CITRIC ACID	2	
POTASSIUM BICARBONATE	2	
POTASSIUM CITRATE ER	2	
POTASSIUM CITRATE-CITRIC ACID	2	
POTASSIUM CL 10% (20 MEQ/15 ML	2	
POTASSIUM CL 10% (40 MEQ/30 ML	2	
POTASSIUM CL 20 MEQ, PAQUETE	2	
POTASSIUM CL 20% (40 MEQ/15 ML	2	
POTASSIUM CL 25 MEQ, COMP. EF.	2	
POTASSIUM CL ER 10 MEQ, CÁPSULAS	2	
POTASSIUM CL ER 10 MEQ, COMPRIMIDOS	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
POTASSIUM CL ER 20 MEQ, COMPRIMIDOS	2	
POTASSIUM CL ER 8 MEQ, CÁPSULAS	2	
POTASSIUM CL ER 8 MEQ, COMPRIMIDOS	2	
POTIGA	4	
PR BENZOYL PEROXIDE	2	
PR BENZOYL PEROXIDE 7%, ENJUAGUE	2	
PR NATAL 400	1	
PR NATAL 400 EC	1	
PR NATAL 430	1	
PR NATAL 430 EC	1	
PRADAXA	4	ST
PRAMCORT	2	
PRAMIPEXOLE DIHYDROCHLORIDE	2	
PRAMIPEXOLE ER	2	
PRAMOSONE 1%, LOCIÓN	4	
PRAMOSONE 1%-1%, CREMA	4	
PRAMOSONE 1%-1%, POMADA	4	
PRAMOSONE 2.5%-1%, LOCIÓN	4	
PRAMOSONE 2.5%-1%, POMADA	4	
PRAMOSONE 2.5%-1%, CREMA	4	
PRAVASTATIN SODIUM	1	
PRAZOSIN HCL	2	
PRED-G	4	
PREDNICARBATE	2	
PREDNISOLONE	2	
PREDNISOLONE ACETATE	2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOS, COMP. ORODISP.	2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	2	
PREDNISON 1 MG, COMPRIMIDOS	2	
PREDNISON 10 MG, COMP., PAQUETE DOSIFICADO	2	
PREDNISON 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
PREDNISON 2.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
PREDNISON 20 MG, COMPRIMIDOS	2	
PREDNISON 5 MG, COMP., PAQUETE DOSIFICADO	2	
PREDNISON 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
PREDNISON 5 MG/5 ML, SOLUCIÓN	2	
PREDNISON 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
PREDNISON INTENSOL	2	
PREFEST	2	
PREMARIN 0.3 MG, COMPRIMIDOS	4	
PREMARIN 0.45 MG, COMPRIMIDOS	4	
PREMARIN 0.625 MG, COMPRIMIDOS	4	
PREMARIN 0.9 MG, COMPRIMIDOS	4	
PREMARIN 1.25 MG, COMPRIMIDOS	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
PRENAT TRUE	1	
PRENAISSANCE	1	
PRENAISSANCE NEXT	1	
PRENAISSANCE PLUS	1	
PRENATAL 19	1	
PRENATAL LOW IRON	1	
PRENATAL PLUS IRON, COMPRIMIDOS	1	
PRENATAL PLUS, COMPRIMIDOS	1	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	1	
PRENATAL-U	1	
PREPLUS	1	
PREPOPIK	4	
PRETAB	1	
PREVALITE	2	
PREVIFEM	1	
PREZCOBIX	3	
PREZISTA	3	
PRIFTIN	4	
PRIMAQUINE	2	
PRIMIDONE 250 MG, COMPRIMIDOS	2	
PRIMIDONE 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
PRIMLEV	2	
PRIMSOL 50 MG/5 ML, SOL. ORAL	4	
PRISTIQ ER	4	ST
PROBENECID	2	
PROBENECID-COLCHICINE	2	
PROCENTRA 5 MG/5 ML, SOLUCIÓN	2	
PROCHLORPERAZINE	2	
PROCHLORPERAZINE 10 MG, COMP.	2	
PROCHLORPERAZINE 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
PROCTO-MED HC	2	
PROCTO-PAK	2	
PROCTOSOL-HC	2	
PROCTOZONE-HC	2	
PROGESTERONE 100 MG, CÁPSULAS	2	
PROGESTERONE 200 MG, CÁPSULAS	2	
PROGLYCEM	4	
PROMETHAZINE 12.5 MG, SUP.	2	
PROMETHAZINE 12.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
PROMETHAZINE 25 MG, SUPOSITORIOS	2	
PROMETHAZINE 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
PROMETHAZINE 50 MG, SUPOSITORIOS	2	
PROMETHAZINE 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML, JAR.	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
PROMETHAZINE VC	2		QUININE SULFATE	2	
PROMETHAZINE VC-CODEINE	2		QUTENZA	4	
PROMETHAZINE-CODEINE	2		RABEPRAZOLE SODIUM	2	
PROMETHAZINE-DM, JARABE	2		RALOXIFENE HCL	2	
PROMETHAZINE-PHENYLEPH-CODEINE	2		RAMIPRIL 1.25 MG, CÁPSULAS	2	
PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE	2		RAMIPRIL 10 MG, CÁPSULAS	2	
PROMETHEGAN	2		RAMIPRIL 2.5 MG, CÁPSULAS	2	
PROPAFENONE HCL 150 MG, COMPRIMIDOS	2		RAMIPRIL 5 MG, CÁPSULAS	2	
PROPAFENONE HCL 225 MG, COMP.	2		RANEXA	4	ST
PROPAFENONE HCL 300 MG, COMP.	2		RANITIDINE 15 MG/ML, JARABE	2	
PROPAFENONE HCL ER	2		RANITIDINE 150 MG, CÁPSULAS	1	
PROPANTHELINE BROMIDE	2		RANITIDINE 150 MG, COMPRIMIDOS	1	
PROPARACAINE HCL	2		RANITIDINE 150 MG/10 ML, JARABE	2	
PROPRANOLOL 10 MG, COMPRIMIDOS	2		RANITIDINE 300 MG, CÁPSULAS	1	
PROPRANOLOL 20 MG, COMPRIMIDOS	2		RANITIDINE 300 MG, COMPRIMIDOS	1	
PROPRANOLOL 20 MG/5 ML, SOL.	2		RAPAFLO	4	
PROPRANOLOL 40 MG, COMPRIMIDOS	2		RAYOS	4	
PROPRANOLOL 40 MG/5 ML, SOL.	2		RECLIPSEN	1	
PROPRANOLOL 60 MG, COMPRIMIDOS	2		RECTIV	4	
PROPRANOLOL 80 MG, COMPRIMIDOS	2		REGRANEX 0.01%, GEL	4	PA
PROPRANOLOL HCL ER	2		RELADOR PAK	2	
PROPRANOLOL-HYDROCHLOROTHIAZID	2		RELADOR PAK PLUS	2	
PROPYLTHIOURACIL	2		RELCOF C	2	
PROTRIPTYLINE HCL 10 MG, COMPRIMIDOS	2		RELENZA	4	QL
PROTRIPTYLINE HCL 5 MG, COMPRIMIDOS	2		RELISTOR 12 MG/0.6 ML, JERINGA	4	PA
PRUDOXIN 5%, CREMA	2		RELISTOR 12 MG/0.6 ML, VIAL	4	PA
PSORCON	2		RELISTOR 8 MG/0.4 ML, JERINGA	4	PA
PULMOSAL	2		RELNATE DHA	1	
PYRAZINAMIDE	2		RELPAX	4	QL
PYRIDOSTIGMINE BROMIDE	2		RENACIDIN IRRIGATION, SOLUCIÓN	4	
PYRIDOSTIGMINE BROMIDE ER	2		RENAGEL	4	
QUARTETTE	4		REPAGLINIDE	2	
QUASENSE	1		REPAGLINIDE-METFORMIN HCL	2	
QUAZEPAM 15 MG, COMPRIMIDOS	2		REPREXAIN	2	
QUETIAPINE FUMARATE	2		RESCRIPTOR	3	
QUILLIVANT XR	4	ST	RESERPINE	2	
QUINAPRIL 10 MG, COMPRIMIDOS	2		RESPA A.R.	4	
QUINAPRIL 20 MG, COMPRIMIDOS	2		RESTASIS	4	
QUINAPRIL 40 MG, COMPRIMIDOS	2		RETROVIR 10 MG/ML, JARABE	3	
QUINAPRIL 5 MG, COMPRIMIDOS	2		RETROVIR 100 MG, CÁPSULAS	3	
QUINAPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	2		REYATAZ	3	
QUINIDINE GLUC ER 324 MG, COMP.	2		RIBASPHERE	2	
QUINIDINE SULFATE 200 MG, COMP.	2		RIBAVIRIN 200 MG, CÁPSULAS	2	
QUINIDINE SULFATE 300 MG, COMP.	2		RIBAVIRIN 200 MG, COMPRIMIDOS	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
RIDAURA	4		ROSADAN 0.75%, GEL	2	
RIFABUTIN	2		ROSANIL	2	
RIFAMATE	4		ROSULA	2	
RIFAMPIN 150 MG, CÁPSULAS	2		ROSUVASTATIN CALCIUM	2	
RIFAMPIN 300 MG, CÁPSULAS	2		ROWEEPRA	2	
RIFATER	4		ROZEREM	4	ST
RILUZOLE	2		RULAVITE DHA	1	
RIMANTADINE HCL	2		SAFYRAL	4	
RISEDRONATE SODIUM	2		SALICYLIC ACID 27.5%, LÍQUIDO	2	
RISEDRONATE SODIUM DR	2		SALSALATE 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
RISPERIDONE 0.25 MG, COMP. ORODISP.	2		SALSALATE 750 MG, COMPRIMIDOS	2	
RISPERIDONE 0.25 MG, COMPRIMIDOS	2		SAMSCA	4	
RISPERIDONE 0.5 MG, COMP. ORODISP.	2		SANTYL, POMADA	4	
RISPERIDONE 0.5 MG, COMPRIMIDOS	2		SAPHRIS 10 MG, COMP. SL, CEREZA NEGRA	4	ST
RISPERIDONE 1 MG, COMP. ORODISP.	2		SAPHRIS 2.5 MG, COMP. SL, CEREZA NEGRA	4	ST
RISPERIDONE 1 MG, COMPRIMIDOS	2		SAPHRIS 5 MG, COMP. SL, CEREZA NEGRA	4	ST
RISPERIDONE 1 MG/ML, SOLUCIÓN	2		SAVELLA	4	
RISPERIDONE 2 MG, COMP. ORODISP.	2		SEASONIQUE	4	
RISPERIDONE 2 MG, COMPRIMIDOS	2		SEB-PREV	2	
RISPERIDONE 3 MG, COMP. ORODISP.	2		SECONAL SODIUM 100 MG, CÁPSULAS	2	
RISPERIDONE 3 MG, COMPRIMIDOS	2		SELEGILINE HCL	2	
RISPERIDONE 4 MG, COMP. ORODISP.	2		SELENIUM SULFIDE	2	
RISPERIDONE 4 MG, COMPRIMIDOS	2		SELZENTRY	3	
RIVASTIGMINE 1.5 MG, CÁPSULAS	2		SE-NATAL 19	1	
RIVASTIGMINE 13.3 MG/24HR, PARCHE	2		SEREVENT DISKUS	3	
RIVASTIGMINE 3 MG, CÁPSULAS	2		SEROQUEL XR 150 MG, COMPRIMIDOS	4	
RIVASTIGMINE 4.5 MG, CÁPSULAS	2		SEROQUEL XR 200 MG, COMPRIMIDOS	4	
RIVASTIGMINE 4.6 MG/24HR, PARCHE	2		SEROQUEL XR 300 MG, COMPRIMIDOS	4	
RIVASTIGMINE 6 MG, CÁPSULAS	2		SEROQUEL XR 400 MG, COMPRIMIDOS	4	
RIVASTIGMINE 9.5 MG/24HR, PARCHE	2		SEROQUEL XR 50 MG, COMPRIMIDOS	4	
RIZATRIPTAN 10 MG, COMP. ORODISP.	2	QL	SERTRALINE 20 MG/ML, CONC. ORAL	2	
RIZATRIPTAN 10 MG, COMPRIMIDOS	2	QL	SERTRALINE HCL 100 MG, COMPRIMIDOS	1	
RIZATRIPTAN 5 MG, COMP. ORODISP.	2	QL	SERTRALINE HCL 25 MG, COMPRIMIDOS	1	
RIZATRIPTAN 5 MG, COMPRIMIDOS	2	QL	SERTRALINE HCL 50 MG, COMPRIMIDOS	1	
R-NATAL OB	1		SE-TAN DHA	1	
ROPINIROLE ER	2		SETLAKIN	1	
ROPINIROLE HCL 0.25 MG, COMPRIMIDOS	2		SF	2	
ROPINIROLE HCL 0.5 MG, COMPRIMIDOS	2		SF 5000 PLUS	2	
ROPINIROLE HCL 1 MG, COMPRIMIDOS	2		SHAROBEL	1	
ROPINIROLE HCL 2 MG, COMPRIMIDOS	2		SILDENAFIL 20 MG, COMPRIMIDOS	2	PA
ROPINIROLE HCL 3 MG, COMPRIMIDOS	2		SILENOR	4	ST
ROPINIROLE HCL 4 MG, COMPRIMIDOS	2		SILVER NITRATE	2	
ROPINIROLE HCL 5 MG, COMPRIMIDOS	2		SILVER SULFADIAZINE	2	
ROSADAN 0.75%, CREMA	2		SIMVASTATIN 10 MG, COMPRIMIDOS	1	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
SIMVASTATIN 20 MG, COMPRIMIDOS	1	
SIMVASTATIN 40 MG, COMPRIMIDOS	1	
SIMVASTATIN 5 MG, COMPRIMIDOS	1	
SIMVASTATIN 80 MG, COMPRIMIDOS	1	
SINGLE USE SWAB	3	
SIROLIMUS	2	
SIRTURO	4	PA
SKLICE	4	
SOD SULFACE-SULFUR 9-4.5%, ENJUAGUE	2	
SOD SULFACETAM 10%, GEL LIMPIADOR	2	
SOD SULFACETAMIDE 10%, CHAMPÚ	2	
SOD SULFACETAMIDE-SULFUR, ESPUMA	2	
SOD SULFACETAMIDE-SULFUR, LOCIÓN	2	
SOD SULFACETAMIDE-SULFUR, SUSP.	2	
SOD SULFACET-SULFUR 10-2%, LIMPIADOR	2	
SOD SULFACET-SULFUR 10-4%, PAÑO	2	
SOD SULFACET-SULFUR 10-5%, LIMPIADOR	2	
SOD SULFACET-SULFUR 10-5%, LOCIÓN	2	
SODIUM CHLORIDE 0.9%, VIAL PARA INHAL.	2	
SODIUM CHLORIDE 0.9%, IRRIG.	2	
SODIUM CHLORIDE 10%, VIAL	2	
SODIUM CHLORIDE 3%, VIAL	2	
SODIUM CHLORIDE 7%, VIAL	2	
SODIUM CITRATE & CITRIC ACID	2	
SODIUM FLUORIDE 0.5 MG (1.1 MG)	2	
SODIUM FLUORIDE 0.5 MG/ML, GOTAS	2	
SODIUM FLUORIDE 1 MG (2.2 MG)	2	
SODIUM PHENYL BUTYRATE	2	
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE	2	
SODIUM SULFACETAMIDE 10%, LOCIÓN	2	
SODIUM SULFACETAMIDE 10%, ENJUAGUE	2	
SODIUM SULFACET-SULFUR, ENJUAGUE	2	
SODIUM SULF-SULFUR, LIMPIADOR	2	
SOLTAMOX	4	
SOTALOL	1	
SOTALOL AF	1	
SPINOSAD 0.9%, SUSP. TÓPICA	2	
SPIRIVA	4	ST
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG, INH.	4	ST
SPIRONOLACTONE	2	
SPIRONOLACTONE-HCTZ	2	
SPRINTEC	1	
SPRIX	4	QL, LDD
SPS	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
SRONYX	1	
SS 10-2	2	
SSS 10-5	2	
STAVUDINE 1 MG/ML, SOLUCIÓN	2	
STAVUDINE 15 MG, CÁPSULAS	2	
STAVUDINE 20 MG, CÁPSULAS	2	
STAVUDINE 30 MG, CÁPSULAS	2	
STAVUDINE 40 MG, CÁPSULAS	2	
STERILE WATER FOR IRRIGATION	2	
STRATTERA	4	
STRIBILD	3	
STRONG IODINE	2	
SUCRALFATE 1 GM, COMPRIMIDOS	2	
SULFACETAMIDE 10%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
SULFACETAMIDE 10%, POMADA PARA LOS OJOS	2	
SULFACETAMIDE SOD 10%, SUSP. TÓP.	2	
SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR	2	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	2	
SULFACETAMIDE-SULFUR 10-2%, CREMA	2	
SULFACETAMIDE-SULFUR 10-5%, CREMA	2	
SULFACETAMIDE-SULFUR 8-4%, SUSP.	2	
SULFACLEANSE 8-4	2	
SULFADIAZINE	2	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP DS, COMPRIMIDOS	2	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP SS, COMPRIMIDOS	2	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP, SUSP.	2	
SULFAMYLON 8.5%, CREMA	4	
SULFASALAZINE	2	
SULFASALAZINE DR	2	
SULINDAC 150 MG, COMPRIMIDOS	2	
SULINDAC 200 MG, COMPRIMIDOS	2	
SUMATRIPTAN	2	QL
SUMATRIPTAN 4 MG/0.5 ML, CART.	2	QL
SUMATRIPTAN 4 MG/0.5 ML, INYECT.	2	QL
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML, INYECT.	2	QL
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML, RELLENO	2	QL
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML, JERINGA	2	QL
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML, VIAL	2	QL
SUMATRIPTAN SUCC 100 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
SUMATRIPTAN SUCC 25 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
SUMATRIPTAN SUCC 50 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
SUMAXIN CP	4	
SUPRAX 100 MG, COMPRIMIDOS MASTICABLES	4	
SUPRAX 200 MG, COMPRIMIDOS MASTICABLES	4	

Visite Cigna.com/ifp-drug-list para ver una lista completa.

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
SUPRAX 400 MG, CÁPSULAS	4		TEMOZOLOMIDE 180 MG, CÁPSULAS	2	PA
SUPRAX 500 MG/ML, SUSPENSIÓN	4		TEMOZOLOMIDE 20 MG, CÁPSULAS	2	PA
SUPREP	4		TEMOZOLOMIDE 250 MG, CÁPSULAS	2	PA
SURE COMFORT ALCOHOL	3		TEMOZOLOMIDE 5 MG, CÁPSULAS	2	PA
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	3		TENCON	2	
SUSTIVA	3		TERAZOSIN HCL	1	
SYEDA	1		TERBINAFINE HCL 250 MG, COMPRIMIDOS	1	
SYMAX	1		TERBUTALINE SULFATE 2.5 MG, COMP.	2	
SYMAX-SL	1		TERBUTALINE SULFATE 5 MG, COMP.	2	
SYMAX-SR	2		TERCONAZOLE	2	
SYMLINPEN 120, INYECTOR DE LAPICERA	4		TESTOSTERON CYP 1,000 MG/10 ML	2	
SYMLINPEN 60, INYECTOR DE LAPICERA	4		TESTOSTERON CYP 2,000 MG/10 ML	2	
SYNERA	4		TESTOSTERONE	2	QL
SYNTHROID	4		TESTOSTERONE CYP 100 MG/ML	2	
SYPRINE 250 MG, CÁPSULAS	4		TESTOSTERONE CYP 200 MG/ML	2	
TABLOID	4		TESTOSTERONE ENANTHATE	2	
TACROLIMUS 0.03%, POMADA	2		TETCAINE	2	
TACROLIMUS 0.1%, POMADA	2		TETRABENAZINE	2	PA
TACROLIMUS 0.5 MG, CÁPSULAS	2		TETRACAINE 0.5%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
TACROLIMUS 1 MG, CÁPSULAS	2		TETRACYCLINE HCL	1	
TACROLIMUS 5 MG, CÁPSULAS	2		TETRAVISC	4	
TAKE ACTION	4		TEXACORT	4	
TAMIFLU 30 MG, CÁPSULAS	3	QL	THEOCHRON	2	
TAMIFLU 45 MG, CÁPSULAS	3	QL	THEOPHYLLINE 80 MG/15 ML, SOL.	2	
TAMIFLU 6 MG/ML, SUSPENSIÓN	3	QL	THEOPHYLLINE ER 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
TAMIFLU 75 MG, CÁPSULAS	3	QL	THEOPHYLLINE ER 200 MG, COMPRIMIDOS	2	
TAMOXIFEN CITRATE	2		THEOPHYLLINE ER 300 MG, COMP.	2	
TAMSULOSIN HCL 0.4 MG, CÁPSULAS	2		THEOPHYLLINE ER 400 MG, COMPRIMIDOS	2	
TARINA FE	1		THEOPHYLLINE ER 450 MG, COMP.	2	
TARON-C DHA	1		THEOPHYLLINE ER 600 MG, COMPRIMIDOS	2	
TARON-PREX PRENATAL	1		THIOLA	4	LDD
TAZORAC	4		THIORIDAZINE HCL	2	
TAZTIA XT	2		THIOTHIXENE	2	
TEKTRUNA	4		THRIVITE 19	1	
TELMISARTAN 20 MG, COMPRIMIDOS	2		THYROLAR-1	4	
TELMISARTAN 40 MG, COMPRIMIDOS	2		THYROLAR-1/2	4	
TELMISARTAN 80 MG, COMPRIMIDOS	2		THYROLAR-1/4	4	
TELMISARTAN-AMLODIPINE	2		THYROLAR-2	4	
TELMISARTAN-HCTZ 40-12.5 MG, COMP.	2		THYROLAR-3	4	
TELMISARTAN-HCTZ 80-12.5 MG, COMP.	2		TIAGABINE HCL	2	
TELMISARTAN-HCTZ 80-25 MG, COMP.	2		TICLOPIDINE 250 MG, COMPRIMIDOS	2	
TEMAZEPAM	2		TIKOSYN	4	
TEMOZOLOMIDE 100 MG, CÁPSULAS	2	PA	TILIA FE 28, COMPRIMIDOS	1	
TEMOZOLOMIDE 140 MG, CÁPSULAS	2	PA	TIMOLOL 0.25%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
TIMOLOL 0.25%, GEL-SOLUCIÓN	2	
TIMOLOL 0.25%, GFS GEL-SOLUCIÓN	2	
TIMOLOL 0.5%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
TIMOLOL 0.5%, GEL-SOLUCIÓN	2	
TIMOLOL 0.5%, GFS GEL-SOLUCIÓN	2	
TIMOLOL MALEATE 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
TIMOLOL MALEATE 20 MG, COMPRIMIDOS	2	
TIMOLOL MALEATE 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
TINIDAZOLE	2	
TIVICAY	3	
TIZANIDINE HCL 2 MG, CÁPSULAS	2	
TIZANIDINE HCL 2 MG, COMPRIMIDOS	2	
TIZANIDINE HCL 4 MG, CÁPSULAS	2	
TIZANIDINE HCL 4 MG, COMPRIMIDOS	2	
TIZANIDINE HCL 6 MG, CÁPSULAS	2	
TL-SELECT	1	
TOBRADEX, POMADA PARA LOS OJOS	4	
TOBRADEX ST	4	
TOMBRAMYCIN 0.3%, GOTAS PARA LOS OJOS	2	
TOBRAMYCIN 300 MG/5 ML, AMPOLLA	2	
TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE	2	
TOBREX 0.3%, POMADA PARA LOS OJOS	4	
TOLAZAMIDE 250 MG, COMPRIMIDOS	2	
TOLAZAMIDE 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
TOLBUTAMIDE	2	
TOLCAPONE	2	
TOLMETIN SODIUM	2	
TOLTERODINE TARTRATE	2	
TOLTERODINE TARTRATE ER	2	
TOPIRAMATE 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
TOPIRAMATE 15 MG, CÁP. PARA ESPOLVOREAR	2	
TOPIRAMATE 200 MG, COMPRIMIDOS	2	
TOPIRAMATE 25 MG, CÁP. PARA ESPOLVOREAR	2	
TOPIRAMATE 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
TOPIRAMATE 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
TOPIRAMATE ER	2	
TORSEMIDE 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
TORSEMIDE 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
TORSEMIDE 20 MG, COMPRIMIDOS	2	
TORSEMIDE 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
TOVIAZ	4	ST
TRADJENTA	4	ST
TRAMADOL ER 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
TRAMADOL ER 200 MG, COMPRIMIDOS	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
TRAMADOL ER 300 MG, COMPRIMIDOS	2	
TRAMADOL HCL 50 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
TRAMADOL HCL ER 100 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
TRAMADOL HCL ER 150 MG, CÁPSULAS	2	
TRAMADOL HCL ER 200 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
TRAMADOL HCL ER 300 MG, COMPRIMIDOS	2	QL
TRAMADOL-ACETAMINOPHN 37.5-325	2	QL
TRANDOLAPRIL 1 MG, COMPRIMIDOS	2	
TRANDOLAPRIL 2 MG, COMPRIMIDOS	2	
TRANDOLAPRIL 4 MG, COMPRIMIDOS	2	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER	2	
TRANEXAMIC ACID 650 MG, COMPRIMIDOS	2	
TRANSDERM-SCOP	4	
TRANLYCYPROMINE SULFATE	2	
TRAVATAN Z	3	
TRAZODONE 100 MG, COMPRIMIDOS	1	
TRAZODONE 150 MG, COMPRIMIDOS	1	
TRAZODONE 300 MG, COMPRIMIDOS	1	
TRAZODONE 50 MG, COMPRIMIDOS	1	
TRECTOR	4	
TRETINOIN 0.01%, GEL	2	
TRETINOIN 0.025%, CREMA	2	EDAD
TRETINOIN 0.025%, GEL	2	
TRETINOIN 0.05%, CREMA	2	EDAD
TRETINOIN 0.05%, GEL	2	EDAD
TRETINOIN 0.1%, CREMA	2	EDAD
TRETINOIN 10 MG, CÁPSULAS	2	
TRETINOIN MICROSPHERE	2	EDAD
TRETIN-X 0.025%, CREMA, PAQ. COMB.	4	EDAD
TRETIN-X 0.0375%, CREMA	4	EDAD
TRETIN-X 0.05%, PAQ. COMB.	4	EDAD
TRETIN-X 0.075%, CREMA	4	
TRETIN-X 0.1%, PAQ. COMB.	4	EDAD
TRIADVANCE	1	
TRIAMCINOLONE 0.025%, CREMA	2	
TRIAMCINOLONE 0.025%, LOCIÓN	2	
TRIAMCINOLONE 0.025%, POM.	2	
TRIAMCINOLONE 0.1%, CREMA	2	
TRIAMCINOLONE 0.1%, LOCIÓN	2	
TRIAMCINOLONE 0.1%, POMADA	2	
TRIAMCINOLONE 0.1%, PASTA	2	
TRIAMCINOLONE 0.147 MG/G, SPRAY	2	
TRIAMCINOLONE 0.5%, CREMA	2	
TRIAMCINOLONE 0.5%, POMADA	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
TRIAMTERENE-HYDROCHLOROTHIAZID	2	
TRIANEX 0.05%, POMADA	2	
TRIAZOLAM	2	
TRICITRATES	2	
TRIDERM	2	
TRI-ESTARYLLA	1	
TRIFLUOPERAZINE HCL	2	
TRIFLURIDINE	2	
TRIHXYPHENIDYL 2 MG, COMPRIMIDOS	2	
TRIHXYPHENIDYL 2 MG/5 ML, ELIX.	2	
TRIHXYPHENIDYL 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
TRI-LEGEST FE	1	
TRI-LINYAH	1	
TRI-LO-ESTARYLLA	1	
TRI-LO-MARZIA	1	
TRI-LO-SPRINTEC	1	
TRILYTE WITH FLAVOR PACKETS	2	
TRIMETHOBENZAMIDE 300 MG, CÁP.	2	
TRIMETHOPRIM	2	
TRIMIPRAMINE MALEATE	2	
TRINATAL GT	1	
TRINATAL RX 1	1	
TRINESSA	1	
TRINESSA LO	1	
TRI-NORINYL	4	
TRINTELLIX	4	ST
TRIPLE-VIT W-FLUOR 0.25 MG/ML	2	
TRI-PREVIFEM	1	
TRI-SPRINTEC	1	
TRI-TABS DHA	1	
TRIUMEQ	3	
TRIVEEN-DUO DHA	1	
TRIVEEN-ONE	1	
TRIVEEN-PRX RNF	1	
TRIVEEN-U	1	
TRI-VIT WITH FLUORIDE-IRON	2	
TRI-VITAMIN WITH FLUORIDE	2	
TRIVORA-28	1	
TRIZIVIR	3	
TROPICAMIDE	2	
TROSPIUM CHLORIDE	2	
TROSPIUM CHLORIDE ER	2	
TRULICITY	3	QL
TRUST NATAL DHA	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
TRUVADA	3	
TUSNEL C	2	
TUSSIGON 5-1.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
TYBOST	3	
TYZINE	4	
UCERIS 9 MG ER, COMPRIMIDOS	4	
ULESFIA 5%, LOCIÓN	4	
ULORIC	4	
ULTILET ALCOHOL SWAB	3	
ULTIMATECARE ONE	1	
ULTIMATECARE ONE NF	1	
UNITHROID 100 MCG, COMPRIMIDOS	1	
UNITHROID 112 MCG, COMPRIMIDOS	1	
UNITHROID 125 MCG, COMPRIMIDOS	1	
UNITHROID 137 MCG, COMPRIMIDOS	1	
UNITHROID 150 MCG, COMPRIMIDOS	1	
UNITHROID 175 MCG, COMPRIMIDOS	1	
UNITHROID 200 MCG, COMPRIMIDOS	1	
UNITHROID 25 MCG, COMPRIMIDOS	1	
UNITHROID 300 MCG, COMPRIMIDOS	1	
UNITHROID 50 MCG, COMPRIMIDOS	1	
UNITHROID 75 MCG, COMPRIMIDOS	1	
UNITHROID 88 MCG, COMPRIMIDOS	1	
UR N-C	2	
URIN D.S.	2	
UROPHEN MB	2	
UROQID-ACID NO.2	4	
URSODIOL 250 MG, COMPRIMIDOS	2	
URSODIOL 300 MG, CÁPSULAS	2	
URSODIOL 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
USTELL	2	
UTIRA-C	2	
VAGIFEM	4	
VALACYCLOVIR HCL 1 GRAMO, COMPRIMIDOS	2	
VALACYCLOVIR HCL 500 MG, COMPRIMIDOS	2	
VALCYTE 50 MG/ML, SOLUCIÓN	4	
VALGANCICLOVIR HCL	2	
VALPROIC ACID 250 MG, CÁPSULAS	2	
VALPROIC ACID 250 MG/5 ML, SOL.	2	
VALPROIC ACID 500 MG/10 ML, SOL.	2	
VALSARTAN 160 MG, COMPRIMIDOS	2	
VALSARTAN 320 MG, COMPRIMIDOS	2	
VALSARTAN 40 MG, COMPRIMIDOS	2	
VALSARTAN 80 MG, COMPRIMIDOS	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
VALSARTAN-HCTZ 160-12.5 MG, COMP.	2	
VALSARTAN-HCTZ 160-25 MG, COMP.	2	
VALSARTAN-HCTZ 320-12.5 MG, COMP.	2	
VALSARTAN-HCTZ 320-25 MG, COMP.	2	
VALSARTAN-HCTZ 80-12.5 MG, COMP.	2	
VANATOL LQ	2	
VANCOMYCIN HCL 125 MG, CÁPSULAS	2	
VANCOMYCIN HCL 250 MG, CÁPSULAS	2	
VANAZOLE	2	
VASCAZEN	4	
VASCEPA	4	
VECAMYL 2.5 MG, COMPRIMIDOS	2	LDD
VELIVET	1	
VELPHORO	4	
VEMAVITE-PRX 2	1	
VENA-BAL DHA	1	
VENATAL COMPLETE DHA	1	
VENLAFAXINE HCL 100 MG, COMPRIMIDOS	2	
VENLAFAXINE HCL 25 MG, COMPRIMIDOS	2	
VENLAFAXINE HCL 37.5 MG, COMPRIMIDOS	2	
VENLAFAXINE HCL 50 MG, COMPRIMIDOS	2	
VENLAFAXINE HCL 75 MG, COMPRIMIDOS	2	
VENLAFAXINE HCL ER 150 MG, CÁP.	2	
VENLAFAXINE HCL ER 150 MG EN COMPRIMIDOS	2	
VENLAFAXINE HCL ER 225 MG EN COMPRIMIDOS	2	
VENLAFAXINE HCL ER 37.5 MG, CÁP.	2	
VENLAFAXINE HCL ER 37.5 MG EN COMPRIMIDOS	2	
VENLAFAXINE HCL ER 75 MG, CÁP.	2	
VENLAFAXINE HCL ER 75 MG EN COMPRIMIDOS	2	
VENTOLIN HFA	3	
VERAPAMIL 120 MG, COMPRIMIDOS	2	
VERAPAMIL 360 MG, CÁP. CON PELLETS	2	
VERAPAMIL 40 MG, COMPRIMIDOS	2	
VERAPAMIL 80 MG, COMPRIMIDOS	2	
VERAPAMIL ER 120 MG, CÁPSULAS	2	
VERAPAMIL ER 120 MG, COMPRIMIDOS	2	
VERAPAMIL ER 180 MG, CÁPSULAS	2	
VERAPAMIL ER 180 MG, COMPRIMIDOS	2	
VERAPAMIL ER 240 MG, CÁPSULAS	2	
VERAPAMIL ER 240 MG, COMPRIMIDOS	2	
VERAPAMIL ER PM	2	
VERAPAMIL SR	2	
VERDROCET	2	
VEREGEN	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
VESICARE	4	ST
VESTURA	1	
VEXOL	4	
VICTOZA 2-PAK	4	ST, QL
VICTOZA 3-PAK	4	ST, QL
VIDEX	3	
VIDEX EC	3	
VIENVA	1	
VIGAMOX	3	
VIIBRYD 10 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
VIIBRYD 10-20 MG STARTER PACK	4	ST
VIIBRYD 20 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
VIIBRYD 40 MG, COMPRIMIDOS	4	ST
VIMPAT 10 MG/ML, SOLUCIÓN	4	
VIMPAT 100 MG, COMPRIMIDOS	4	
VIMPAT 150 MG, COMPRIMIDOS	4	
VIMPAT 200 MG, COMPRIMIDOS	4	
VIMPAT 50 MG, COMPRIMIDOS	4	
VINACAL	1	
VINATE GT	1	
VINATE II	1	
VINATE ONE	1	
VINATE PN CARE	1	
VINATE ULTRA	1	
VINATE-M	1	
VIOKACE	4	
VIORELE	1	
VIRACEPT	3	
VIRAMUNE	3	
VIRAMUNE XR	3	
VIREAD	3	
VIRT NATE	1	
VIRT-ADVANCE	1	
VIRT-C DHA, GELATINA BLANDA	1	
VIRT-CARE ONE	1	
VIRT-NATE	1	
VIRT-NATE DHA	1	
VIRT-PHOS 250 NEUTRAL	2	
VIRT-PN	1	
VIRT-PN DHA	1	
VIRT-PN PLUS	1	
VIRTPREX	1	
VIRTRATE-2	2	
VIRTRATE-3	2	
VIRTRATE-K	2	

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.Cigna.com/ifp-drug-list) para ver una lista completa.

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
VIRT-SELECT	1		XIGDUO XR	3	
VIRTUSSIN AC, LÍQUIDO	2		XULANE	1	
VIRT-VITE GT	1		XYLON 10	2	
VIT D2 1.25 MG (50,000 UNIT)	2		YASMIN 28	4	
VITAFOL-OB	1		YAZ	4	
VITAMINS A,C,D & FLUORIDE	2		ZAFIRLUKAST 10 MG, COMPRIMIDOS	2	
VITASPIRE	1		ZAFIRLUKAST 20 MG, COMPRIMIDOS	2	
VITEKTA	3		ZALEPLON	2	
VOL-NATE	1		ZARAH	1	
VOL-PLUS	1		ZATEAN-CH	1	
VOL-TAB RX	1		ZATEAN-PN DHA	1	
VORICONAZOLE 200 MG, COMPRIMIDOS	2	PA	ZATEAN-PN PLUS	1	
VORICONAZOLE 40 MG/ML, SUSP.	2	PA	ZAZOLE	2	
VORICONAZOLE 50 MG, COMPRIMIDOS	2	PA	ZEBUTAL	2	
VP-CH PLUS	1		ZELAPAR	4	
VP-CH-PNV	1		ZENATANE	2	QL
VP-GGR-B6	1		ZENCHENT	1	
VP-HEME OB	1		ZENCHENT FE	1	
VP-HEME OB + DHA	1		ZENCIA	2	
VP-HEME ONE	1		ZENPEP DR 10,000 UNITS, CÁPSULAS	3	
VRAYLAR	4	ST	ZENPEP DR 15,000 UNITS, CÁPSULAS	3	
VYFEMLA	1		ZENPEP DR 20,000 UNITS, CÁPSULAS	3	
VYNATAL-FA	1		ZENPEP DR 25,000 UNITS, CÁPSULAS	3	
VYTORIN	3	ST	ZENPEP DR 3,000 UNITS, CÁPSULAS	3	
VYVANSE	4	ST	ZENPEP DR 40,000 UNITS, CÁPSULAS	3	
WARFARIN SODIUM 1 MG, COMPRIMIDOS	1		ZENPEP DR 5,000 UNITS, CÁPSULAS	3	
WARFARIN SODIUM 10 MG, COMPRIMIDOS	1		ZERIT	3	
WARFARIN SODIUM 2 MG, COMPRIMIDOS	1		ZETIA	4	
WARFARIN SODIUM 2.5 MG, COMPRIMIDOS	1		ZETONNA	4	ST
WARFARIN SODIUM 3 MG, COMPRIMIDOS	1		ZIAGEN	3	
WARFARIN SODIUM 4 MG, COMPRIMIDOS	1		ZIDOVUDINE	2	
WARFARIN SODIUM 5 MG, COMPRIMIDOS	1		ZIOPATAN 0.0015%, GOTAS PARA LOS OJOS	4	
WARFARIN SODIUM 6 MG, COMPRIMIDOS	1		ZIPRASIDONE HCL 20 MG, CÁPSULAS	2	
WARFARIN SODIUM 7.5 MG, COMPRIMIDOS	1		ZIPRASIDONE HCL 40 MG, CÁPSULAS	2	
WEBCOL	3		ZIPRASIDONE HCL 60 MG, CÁPSULAS	2	
WELCHOL	4		ZIPRASIDONE HCL 80 MG, CÁPSULAS	2	
WERA	1		ZIRGAN	4	
WESTHROID	1		ZITHRANOL	4	
WP THYROID	1		ZITHRANOL-RR	4	
WYMZYA FE, COMPRIMIDOS MASTICABLES	1		ZOLMITRIPTAN	2	QL
XARELTO	3		ZOLMITRIPTAN, COMP. ORODISP.	2	QL
XERAC AC	4		ZOLPIDEM TART 1.75 MG, COMP. SL	2	
XERESE	4		ZOLPIDEM TART 3.5 MG, COMPRIMIDOS SL	2	
XIFAXAN	4		ZOLPIDEM TARTRATE 10 MG, COMPRIMIDOS	2	

Lista de medicamentos que requieren receta médica de planes individuales y familiares de Cigna

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, EDAD)
ZOLPIDEM TARTRATE 5 MG, COMPRIMIDOS	2	
ZOLPIDEM TARTRATE ER	2	
ZONISAMIDE 100 MG, CÁPSULAS	2	
ZONISAMIDE 25 MG, CÁPSULAS	2	
ZONISAMIDE 50 MG, CÁPSULAS	2	
ZOVIA 1-35E	1	
ZOVIA 1-50E	1	
ZOVIRAX 5%, CREMA	4	
ZUPLENZ 4 MG, PELÍCULA SOLUBLE	4	QL
ZUPLENZ 8 MG, PELÍCULA SOLUBLE	4	QL
ZYFLO	4	
ZYFLO CR	4	
ZYLET	4	

Medicamentos de especialidad

Los siguientes medicamentos de especialidad generalmente están cubiertos en el Nivel 5

A

ACTIMMUNE (PA)
ADCIRCA (PA)
ADEMPAS (PA, LDD)
AFINITOR (PA)
AFINITOR DISPERZ (PA)
AKYNZEO (QL)
ALECENSA (PA, LDD)
ALKERAN 2 MG, COMPRIMIDOS
AMPYRA (PA)
ANZEMET 100 MG, COMPRIMIDOS (QL)
ANZEMET 20 MG/ML, VIAL (PA)
ANZEMET 50 MG, COMPRIMIDOS (QL)
APOKYN (PA)
ARANESP (PA)
ARCALYST (PA, LDD)
ASTAGRAF XL
AUBAGIO (PA, ST)
AVONEX (PA)
AVONEX ADMINISTRATION PACK (PA)
AVONEX PEN (PA)

B

BARACLUDE 0.05 MG/ML, SOLUCIÓN
BOSULIF (PA)

C

CAPRELSA (PA, LDD)
CAYSTON (PA, ST, LDD)
CHOLBAM (PA, LDD)
CIMZIA (PA, ST)
COMETRIQ (PA, LDD)
COPAXONE (PA)
COTELLIC (PA)
CYSTADANE (LDD)
CYSTAGON (LDD)

D

DAKLINZA (PA)

E

EGRIFTA 1 MG, VIAL (PA)
EGRIFTA 2 MG, VIAL (PA)
EMCYT
EMEND 125 MG, CÁPSULAS (QL)
EMEND 150 MG, VIAL
EMEND 40 MG, CÁPSULAS (QL)
EMEND 80 MG, CÁPSULAS (QL)
EMEND TRIPACK (QL)
ENBREL (PA)
EPOGEN (PA)
ERIVEDGE (PA)
EXJADE
EXTAVIA (PA, ST)

F

FARYDAK (PA, LDD)
FIRAZYR (PA)
FIRMAGON 2 X 120 MG, KIT (PA)
FIRMAGON 80 MG, KIT (PA)
FORTEO
FRAGMIN 10,000 UNITS/ML, JERINGA (QL)
FRAGMIN 12,500 UNITS/0.5 ML (QL)
FRAGMIN 15,000 UNITS/0.6 ML (QL)
FRAGMIN 18,000 UNITS/0.72 ML (QL)
FRAGMIN 2,500 UNITS/0.2 ML, JER. (QL)
FRAGMIN 5,000 UNITS/0.2 ML, JER. (QL)
FRAGMIN 7,500 UNITS/0.3 ML, JER. (QL)
FRAGMIN 95,000 UNIDADES/3.8 ML,
VIAL (QL)
FUZEON

G

GATTEX (PA, LDD)
GENOTROPIN (PA, ST)
GILENYA (PA, ST)
GILOTTRIF (PA, LDD)
GLEEVEC (PA)
GRANIX (PA, ST)

H

HARVONI (PA)
HETLIOZ (PA)
HEXALEN
HUMATROPE (PA)
HUMIRA (PA)
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S (PA)
HUMIRA PEN (PA)
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS (PA)
HUMIRA PEN PSORIASIS (PA)
HYCANTIN 0.25 MG, CÁPSULAS
HYCANTIN 1 MG, CÁPSULAS

I

IBRANCE (PA)
ICLUSIG (PA, LDD)
ILARIS (PA)
IMBRUVICA (PA, LDD)
INCRELEX (PA)
INLYTA (PA)
INTRON A 10 MILLION UNITS, VIAL (PA)
INTRON A 18 MILLION UNIT/3 ML (PA)
INTRON A 18 MILLION UNITS, VIAL (PA)
INTRON A 25 MILLION UNIT/2.5ML (PA)
INTRON A 50 MILLION UNITS, VIAL (PA)
IRESSA (PA, LDD)

J

JADENU
JAKAFI (PA, LDD)

K

KALYDECO (PA, LDD)
KINERET (PA, ST, LDD)
KUVAN (PA)

L

LENVIMA (PA, LDD)
LETAIRIS (PA)

LEUKINE

LONSURF (PA, LDD)
LUPRON DEPOT (PA)
LUPRON DEPOT-PED (PA)
LYNPARZA (PA, LDD)

M

MATULANE (LDD)
MEKINIST (PA)
MESNEX 400 MG, COMPRIMIDOS

N

NATPARA (PA, LDD)
NEULASTA (PA)
NEUPOGEN (PA, ST)
NEXAVAR (PA)
NORDITROPIN FLEXPRO (PA, ST)
NORDITROPIN NORDIFLEX (PA, ST)
NUTROPIN AQ (PA, ST)
NUTROPIN AQ NUSPIN (PA, ST)

O

ODOMZO (PA)
OMNITROPE (PA, ST)
OPSUMIT (PA)
ORENCIA 125 MG/ML, JERINGA (PA, ST)
ORENCIA CLICKJECT (PA, ST)
ORENITRAM ER (PA, LDD)
ORFADIN (LDD)
ORKAMBI (PA, LDD)

P

PANRETIN
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML, JERINGA (PA)
PEGASYS 180 MCG/ML, VIAL (PA)
PEGASYS PROCLICK (PA)
PEGINTRON 120 MCG KIT (PA)
PEGINTRON 150 MCG KIT (PA)
PEGINTRON 50 MCG KIT (PA)
PEGINTRON 80 MCG KIT (PA)

Medicamentos de especialidad

PEGINTRON REDIPEN (PA)
POMALYST (PA)
PRALUENT, LAPICERA (PA, ST)
PRALUENT, JERINGA (PA, ST)
PROMACTA 12.5 MG, COMPRIMIDOS (PA)
PROMACTA 25 MG, COMPRIMIDOS (PA)
PROMACTA 50 MG, COMPRIMIDOS (PA)
PROMACTA 75 MG, COMPRIMIDOS (PA)
PULMOZYME (PA)

R

RAPAMUNE 1 MG/ML, SOL. ORAL
REBETOL 40 MG/ML, SOLUCIÓN
REBIF (PA)
REBIF REBIDOSE (PA)
REPATHA SURECLICK (PA, ST)
REPATHA, JERINGA (PA, ST)
REVLIMID (PA)

S

SABRIL (LDD)
SAIZEN (PA)
SENSIPAR

SEROSTIM (PA)
SIGNIFOR (PA)
SIMPONI (PA, ST)
SIMPONI ARIA (PA, ST)
SOMATULINE DEPOT (PA)
SOMAVERT (PA, LDD)
SOVALDI (PA)
SPRYCEL (PA)
STELARA (PA, ST)
STIVARGA (PA)
SUCRAID (LDD)
SUTENT (PA)
SYLATRON 200 MCG KIT (PA)
SYLATRON 300 MCG KIT (PA)
SYLATRON 600 MCG KIT (PA)
SYNAREL

T

TAFINLAR (PA)
TAGRISSO (PA)
TARCEVA (PA)
TARGRETIN 1%, GEL
TASIGNA (PA)

TECFIDERA (PA)
THALOMID (PA)
TRACLEER (PA)
TYKERB (PA)
TYVASO (PA, LDD)
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT (PA, LDD)
TYVASO REFILL KIT (PA, LDD)
TYVASO STARTER KIT (PA, LDD)
TYZEKA

V

VALCHLOR (LDD)
VARUBI (QL)
VENTAVIS (PA)
VIRAZOLE
VISTOGARD (LDD)
VOTRIENT (PA)

X

XALKORI (PA)
XELJANZ (PA, ST)
XELJANZ XR (PA, ST)

XOLAIR (PA)
XTANDI (PA, ST)
XURIDEN (PA)
XYREM (PA, LDD)

Z

ZAVESCA (PA, LDD)
ZELBORAF (PA)
ZOLADEX (PA)
ZOLINZA (PA)
ZORTRESS
ZYDELIG (PA)
ZYKADIA (PA, LDD)
ZYTIGA (PA)

Exclusiones y limitaciones

- Servicios obtenidos de un Proveedor fuera de la red (No participante), salvo los Servicios de emergencia (incluidos los brindados por instalaciones de Atención de urgencia), no se aplica a los planes PPO.
- **Cantidades que superen las cantidades máximas de los Gastos cubiertos** especificados en esta Póliza.
- Servicios **no incluidos específicamente** en esta Póliza como Servicios cubiertos.
- Servicios para **el tratamiento de complicaciones de procedimientos o servicios no cubiertos**.
- Servicios o suministros que **no son Medicamente necesarios**.
- Servicios o suministros que Cigna considere que son para **Procedimientos experimentales o Procedimientos en investigación**.
- Servicios que se reciban **antes de la Fecha de entrada en vigor** de la cobertura.
- Servicios recibidos **después de finalizada la cobertura en virtud de esta Póliza**.
- Servicios que Usted **no tiene la obligación legal de pagar** o por los cuales no se cobraría si Usted no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.
- Cualquier afección por la cual se recuperen o puedan recuperarse los beneficios, ya sea mediante una sentencia o laudo, un acuerdo o de otro modo, en virtud de cualquier **seguro de accidentes de trabajo**, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedades laborales, incluso si la Persona asegurada no reclama esos beneficios.
- Afecciones causadas por: (a) un **acto bélico** (como consecuencia de una guerra declarada o no declarada); (b) la liberación involuntaria de energía nuclear cuando haya fondos del gobierno disponibles para tratar las Enfermedades o Lesiones producidas por dicha liberación de energía nuclear; (c) la participación de una Persona asegurada en el **servicio militar** de cualquier país; (d) la participación de una Persona asegurada en una **insurrección, una rebelión o un motín**; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un **delito grave** por parte de una Persona asegurada (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) **o como resultado directo de que la Persona asegurada participe en una actividad ilícita**; (f) el hecho de que una Persona asegurada se encuentre **en estado de embriaguez** —según se defina en las leyes aplicables del estado en el cual se produzca la enfermedad— o bajo el efecto de narcóticos ilícitos o sustancias controladas sin receta médica, salvo en los casos en que sean administradas o recetadas por un Médico.
- Cualquier servicio proporcionado por una **agencia gubernamental** local, estatal o federal, salvo cuando la ley federal o estatal exijan expresamente el pago en virtud de esta Póliza.
- Servicios que deben ser **brindados por un distrito escolar o un sistema escolar público** según lo exigido por la ley estatal o federal.
- Cualquier servicio por el cual pueda obtenerse el pago de cualquier **agencia gubernamental** local, estatal o federal (a excepción de Medicaid). Los Hospitales de la Administración de Veteranos y las Instalaciones militares de tratamiento serán considerados para el pago de acuerdo con la legislación vigente.
- **Servicios profesionales o suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre a cualquiera de las siguientes personas:**
 - Usted o Su empleador;
 - una persona que viva en el hogar de la Persona asegurada, o el empleador de dicha persona;
 - una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con la Persona asegurada; o el empleador de dicha persona.
- **Si la Persona asegurada cumple con los requisitos para recibir cobertura en virtud de la parte A, B o D de Medicare**, Cigna proporcionará el pago del reclamo de acuerdo con esta Póliza menos cualquier cantidad pagada por Medicare. El pago efectuado por Cigna no podrá exceder la cantidad que habría pagado si hubiese sido la única aseguradora.
- **Tratamiento u hospitalización ordenados por un tribunal**, a menos que el tratamiento sea indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por este plan.
- **Atención de custodia.**
- Cargos de cuarto y comida de pacientes internados en relación con una **estadía en un Hospital, principalmente por un cambio de ambiente o fisioterapia**; Atención de custodia o curas de reposo; servicios proporcionados por un hogar o residencia de ancianos, un asilo de convalecencia o cualquier otro servicio brindado en instalaciones similares.
- Servicios recibidos durante **una estadía como paciente internado cuando la estadía esté relacionada principalmente con** la inadaptación social del comportamiento, la falta de disciplina u otras acciones antisociales que no sean específicamente el resultado de la salud mental.
- **Servicios de medicina complementaria y alternativa**, entre los que se incluyen: terapia de masajes; terapia con animales, inclusive a modo de ejemplo, equinoterapia o terapia con perros; arteterapia; meditación; visualización; acupuntura; acupresión; reflexología; rolfing (masaje de tejido conectivo); fototerapia; aromaterapia; musicoterapia o terapia del sonido; danzaterapia; terapia del sueño; hipnosis; balanceo de energía; ejercicios de respiración; terapia del movimiento y/o ejercicio, incluidos a modo de ejemplo, yoga, pilates, tai-chi, caminata, senderismo, natación, golf y cualquier otro tratamiento alternativo según lo definido por el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios incluidos específicamente como cubiertos bajo “Terapia de rehabilitación a corto plazo” y “Terapia de habilitación” no están sujetos a esta exclusión.

Exclusiones y limitaciones

- ▶ **Los servicios o suministros brindados por o en un hogar de ancianos, un asilo de convalecencia** o cualquier instalación en la que una parte significativa de las actividades incluyan el descanso, la recreación, el tiempo libre o cualquier otro servicio que no consista exclusivamente en los Servicios cubiertos.
- ▶ **Asistencia con las actividades cotidianas**, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, bañarse, comer, vestirse u otras actividades de Atención de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
- ▶ **Servicios brindados por profesionales sin licencia o servicios cuya realización no requiere una licencia**, por ejemplo, ejercicios de respiración, visualización guiada.
- ▶ **Enfermería privada**, salvo cuando se brinde como parte de los Servicios de atención médica en el hogar o los beneficios de Servicios para enfermos terminales de esta Póliza.
- ▶ Cargos de cuarto y comida de pacientes internados **en relación con una estadía en un Hospital, principalmente para pruebas de diagnóstico** que podrían haberse realizado en forma segura como paciente en consulta externa.
- ▶ **Servicios que son autodirigidos a instalaciones de diagnóstico independientes u Hospitalarias.**
- ▶ **Servicios ordenados por un Médico u otro proveedor que es un empleado o representante de instalaciones de diagnóstico independientes u Hospitalarias**, cuando ese Médico u otro proveedor:
 - No ha participado activamente en su atención médica antes de ordenar el servicio, o
 - No participa activamente en su atención médica después de la recepción del servicio.Esta exclusión no se aplica a las mamografías.
- ▶ **Servicios dentales**, dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de dientes o encías, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
- ▶ **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
- ▶ **Implantes dentales:** Materiales dentales implantados dentro del hueso o tejido blando o sobre ellos, o cualquier procedimiento relacionado como parte del implante o la extracción de implantes dentales.
- ▶ **Aparatos auditivos**, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, aparatos auditivos de implante óseo u aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza, limitados al dispositivo profesionalmente adecuado que sea menos costoso. A los fines de esta exclusión, un aparato auditivo es cualquier dispositivo que amplifica el sonido.
- ▶ **Pruebas de audición de rutina**, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza en “Beneficios integrales: cobertura del Plan”.
- ▶ **Exámenes genéticos** o exámenes genéticos de preimplantación: el diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética. **Servicios de optometría**, ejercicios de los ojos, que incluyen ortóptica, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de rutina de la vista, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza en Atención de la vista pediátrica.
- ▶ **Cirugía ocular** únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.
- ▶ **Terapia del habla** para pacientes en consulta externa, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
- ▶ **Cirugía estética** u otros servicios de belleza para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar quejas psicológicas o psicosociales relacionadas con la apariencia de una persona. Esta exclusión no se aplica a la Cirugía reconstructiva para restaurar una función del cuerpo o para corregir una malformación provocada por una Lesión o defecto congénito de un niño Recién nacido, ni a la Cirugía reconstructiva médicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía.
- ▶ **Ayudas o dispositivos** que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos tableros de comunicación, dispositivos para hablar pre-grabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en Braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
- ▶ **Asesoría no médica o servicios auxiliares**, que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo, seguridad vial, y servicios, capacitación, terapia educativa u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y los retrasos en el desarrollo, a excepción de lo dispuesto en este plan.

Exclusiones y limitaciones

- ▶ **Servicios de medicina complementaria y alternativa**, entre los que se incluyen: terapia de masajes; terapia con animales, inclusive a modo de ejemplo, equinoterapia o terapia con perros; arteterapia; musicoterapia; meditación; visualización; acupuntura; acupresión; reflexología; fototerapia; aromaterapia; balanceo de energía; ejercicios de respiración; terapia del movimiento y/o ejercicio, incluidos a modo de ejemplo, yoga, pilates, tai-chi, caminata, senderismo, natación y golf.
- ▶ Los servicios brindados por o en un hogar de ancianos, un asilo de convalecencia o cualquier instalación en la que una parte significativa de las **actividades incluyan el descanso, la recreación, el tiempo libre** o cualquier otro servicio que no consista exclusivamente en los Servicios cubiertos.
- ▶ **Servicios y procedimientos para cirugía para retirar piel sobrante**, incluidos cirugía de la pared abdominal/paniclectomía, extirpación de papilomas cutáneos, terapia cráneo-sacral/craneal, kinesiología aplicada, rolfing (masaje del tejido conectivo), proloterapia y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas, macromastía o ginecomastía, várices, rinoplastia, blefaroplastia y cirugías ortognáticas, sin importar las indicaciones clínicas.
- ▶ Procedimientos, cirugía o tratamientos para cambiar las características del cuerpo por las del sexo opuesto, incluida la asesoría médica o psicológica y la terapia hormonal como preparación antes de dicha cirugía o después de ella. Esto también incluye cualquier tratamiento o estudio médico, quirúrgico o psiquiátrico relacionado con el **cambio de sexo**.
- ▶ Cualquier tratamiento, medicamento que requiere receta médica, servicio o suministro para **tratar la disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
- ▶ Todos los servicios relacionados con la evaluación o el tratamiento de la **fertilidad y/o infertilidad**, que incluyen, a modo de ejemplo, todas las pruebas, consultas, exámenes, medicamentos y procedimientos invasivos, médicos, de laboratorio o quirúrgicos, entre los cuales se incluyen la reversión de la ligadura de trompas, la fertilización in vitro, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) y la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en este Plan.
- ▶ Todos los Medicamentos, dispositivos y/o suministros **que no requieren receta médica**, salvo los medicamentos designados como preventivos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), que se pueden adquirir sin receta, los **Medicamentos inyectables** (medicamentos autoinyectables) **que no necesitan la supervisión de un Médico; todos los medicamentos no inyectables que requieren receta médica, los medicamentos inyectables que requieren receta médica pero no necesitan la supervisión de un Médico** y se consideran comúnmente medicamentos autoadministrados, los medicamentos que no requieren receta médica, y los medicamentos de carácter experimental o en investigación, y los **Medicamentos inyectables autoadministrados**, a excepción de lo que se especifica en el Programa de beneficios y en la sección Beneficios para Medicamentos que requieren receta médica de esta Póliza.
- ▶ Los **Medicamentos de especialidad para infusión o inyectables que requieren receta médica que deben ser supervisados por un Médico**, a menos que esta Póliza establezca lo contrario, si no fueran proporcionados por un Proveedor participante aprobado designado específicamente para suministrar ese medicamento de especialidad que requiere receta médica]. Los Medicamentos de especialidad para infusión e inyectables incluyen, a modo de ejemplo, factor y suministros para hemofilia, reemplazo de enzimas e inmunoglobulina intravenosa.
- ▶ La **criopreservación** de espermatozoides u óvulos, o el almacenamiento de espermatozoides para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
- ▶ Pagos relacionados con la **obtención o donación de sangre o derivados hematológicos**, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del Médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- ▶ Administración de sangre **con el propósito de mejorar el estado físico general**.
- ▶ **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a soportes), agregados al calzado y dispositivos ortopédicos.
- ▶ Servicios destinados principalmente a **bajar de peso** o al tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad patológica, o cualquier cuidado que incluya la pérdida de peso como principal método de tratamiento. Esto incluye cualquier cirugía para la obesidad patológica, aunque la Persona asegurada tenga otras afecciones médicas que pudieran beneficiarse con una reducción de la obesidad o la pérdida de peso, o cualquier programa, producto o tratamiento médico para bajar de peso, o cualquier gasto de cualquier tipo para tratar la obesidad, controlar el peso o bajar de peso.
- ▶ **Exámenes físicos o pruebas de rutina** cuya finalidad no sea el tratamiento directo de una Enfermedad, Lesión o afección real, incluidos aquellos exigidos por las autoridades gubernamentales o laborales, los exámenes físicos requeridos para un empleo o por un empleador, por una institución educativa o para actividades deportivas, a menos que en este Plan se establezca específicamente lo contrario.

Exclusiones y limitaciones

- ▶ Terapia o tratamiento **destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general** o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, la atención de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
- ▶ Artículos proporcionados principalmente para **comodidad o conveniencia personal** (purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores, equipos para realizar ejercicios, cintas para correr, equipos de spa, elevadores y suministros de higiene o belleza, entre los que se incluyen las pelucas, etc.).
- ▶ **Servicios educativos**, salvo el Programa de capacitación para el autocontrol de la diabetes, y según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna.
- ▶ **Asesoría en materia de nutrición** o suplementos alimenticios, salvo según lo indicado en esta Póliza.
- ▶ **Equipos médicos duraderos** no incluidos específicamente como Servicios cubiertos en la sección Servicios cubiertos de esta Póliza. Los equipos médicos duraderos excluidos incluyen, a modo de ejemplo: calzado ortopédico o agregados al calzado; purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores; equipos para realizar ejercicios, cintas para correr; equipos de spa; elevadores; suministros para comodidad, higiene o belleza; fundas y suministros desechables; aparatos de corrección o de apoyo y suministros como medias, y suministros médicos de consumo que no sean materiales de ostomía o catéteres urinarios, incluidos, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
- ▶ **Fisioterapia, fisiatría y/o terapia/medicina ocupacional**, salvo cuando se suministre durante una internación hospitalaria o según lo dispuesto específicamente en el Programa de beneficios y en 'Fisioterapia, fisiatría y/o terapia/medicina ocupacional' en la sección de la Póliza titulada "Beneficios integrales: cobertura del Plan".
- ▶ Los **Medicamentos** u otras sustancias que se administren en cualquier entorno para pacientes en consulta externa, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza. Esto incluye, a modo de ejemplo, los artículos administrados por un Médico.
- ▶ Todos los cargos de los **Proveedores en país extranjero** están excluidos en virtud de esta Póliza, salvo según lo indicado específicamente en Tratamiento recibido de Proveedores en país extranjero en la sección de esta Póliza titulada "Beneficios integrales: cobertura de la Póliza". Si una Persona asegurada muere fuera de los Estados Unidos, los cargos de evacuación médica y repatriación de sus restos a los Estados Unidos no están cubiertos.
- ▶ **Tratamiento con hormona del crecimiento**, salvo cuando se haya comprobado médicamente su eficacia para el tratamiento del retraso de crecimiento verificado debido a una deficiencia de la hormona del crecimiento, el retraso de crecimiento secundario de una insuficiencia renal crónica antes o durante la diálisis, o para pacientes con síndrome consuntivo a causa del SIDA. También se debe haber comprobado clínicamente la eficacia de los servicios para dicho uso, y dicho tratamiento debe tener probabilidades de producir una mejora significativa de la afección de la Persona asegurada. El tratamiento con hormona del crecimiento para la talla baja idiopática o para mejorar el desempeño atlético no está cubierto en ninguna circunstancia.
- ▶ **Atención de rutina de los pies**, que incluye el emparejamiento y la eliminación de callos o el recorte de uñas, a menos que esta Póliza establezca lo contrario. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser Médicamente necesarios.
- ▶ **Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad** debido a que la Persona asegurada no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 90 días o tan pronto como fuera razonablemente posible: (a) autorizarnos a recibir todos los registros médicos y la información que solicitamos; o (b) suministrarnos la información que solicitamos con respecto a las circunstancias del reclamo u otra cobertura de seguro.
- ▶ Cargos por los servicios de un **Médico de guardia**.
- ▶ Cargos por **trasplantes de órganos de animales a humanos**.
- ▶ **Reclamos recibidos por Cigna después de transcurridos 15 meses desde que se prestó el servicio**, salvo en caso de incapacidad legal.

Exclusiones y limitaciones de farmacia

Los siguientes conceptos no están cubiertos por los Beneficios de medicamentos que requieren receta médica. No se pagarán los siguientes gastos:

- Medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Cualquier medicamento no incluido en la Lista de medicamentos que requieren receta médica y no aprobado de otro modo como Medicamento necesario.
- Los medicamentos que no requieren receta médica en virtud de la ley federal o estatal, a menos que esta Póliza establezca lo contrario, o se exija específicamente en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA).
- Los medicamentos que no requieren una leyenda federal (una designación federal para los medicamentos que requieren la supervisión de un Médico), a excepción de la insulina.
- Cualquier medicamento que sea una alternativa farmacéutica a un medicamento que no requiere receta médica, a excepción de la insulina.
- Una clase de medicamento en la que por lo menos uno de los medicamentos no requiere receta médica, y los medicamentos de la clase se consideran equivalentes desde el punto de vista terapéutico, según lo determinado por el Comité de P&T.
- Los medicamentos para la infertilidad inyectables y cualquier medicamento inyectable que requiera supervisión de un Médico y que no sea considerado normalmente como un medicamento autoadministrado están cubiertos en virtud de los beneficios médicos del Plan y requieren Autorización previa. A continuación se incluyen ejemplos de medicamentos supervisados por un Médico: medicamentos inyectables usados para tratar la hemofilia y el virus respiratorio sincitial (RSV, por sus siglas en inglés), medicamentos inyectables para quimioterapia, y medicamentos para trastornos endocrinos y metabólicos.
- Medicamentos relacionados con la infertilidad, salvo los exigidos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA).
- Medicamentos usados para el tratamiento de una disfunción sexual, que incluye, a modo de ejemplo, disfunción eréctil, eyaculación tardía, anorgasmia y disminución de la libido y/o el deseo sexual.
- Medicamentos usados para bajar de peso, controlar el peso y para el síndrome metabólico, y agentes antiobesidad;
- Medicamentos Experimentales o en Investigación según lo descrito en la sección “Exclusiones” de la Póliza[salvo según lo indicado específicamente en las secciones de esta Póliza tituladas “Estudios clínicos”, “Costos de estudios clínicos” y “Medicamentos no aprobados”.
- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (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 en uno de los compendios de referencia estándar (la base de datos American Hospital Formulary Service-Drug Information, AHFS) o en literatura médica. Literatura médica significa estudios científicos publicados en revistas biomédicas revisadas por colegas médicos escritas en inglés.
- Los productos anticonceptivos implantables colocados por el Médico están cubiertos por los beneficios médicos del Plan.
- Suministros, dispositivos y aparatos que requieren y que no requieren receta médica (como materiales para estoma), a excepción de los Suministros relacionados; excepto los vinculados con Suministros y equipos para diabéticos.
- Vitaminas que requieran receta médica (que no sean vitaminas prenatales), suplementos a base de hierbas, suplementos alimenticios y flúor, a excepción de los suplementos diseñados específicamente como preventivos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA).
- Medicamentos que se utilicen con fines estéticos que no tengan un uso médicamente aceptable, como medicamentos para reducir las arrugas, para estimular el crecimiento del cabello, medicamentos para controlar la transpiración y cremas para reducir las manchas de la piel.
- Los agentes inmunizantes inyectables o para infusión, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas están cubiertos por los beneficios médicos de la Póliza.
- Medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje, salvo los medicamentos contra la malaria.
- Tratamiento con hormona del crecimiento, salvo cuando se haya comprobado médicamente su eficacia para el tratamiento del retraso de crecimiento verificado debido a una deficiencia de la hormona del crecimiento, el retraso de crecimiento secundario de una insuficiencia renal crónica antes o durante la diálisis, o para pacientes con síndrome consuntivo a causa del SIDA. También se debe haber comprobado clínicamente la eficacia de los servicios para dicho uso, y dicho tratamiento debe tener probabilidades de producir una mejora significativa de la afección de la Persona asegurada; el tratamiento con hormona del crecimiento para la talla baja idiopática o para mejorar el desempeño atlético no está cubierto en ninguna circunstancia.
- Medicamentos obtenidos fuera de los Estados Unidos.
- Cualquier despacho o renovación de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados para reemplazar los perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados antes de la siguiente fecha de renovación.

Exclusiones y limitaciones de farmacia

- Reemplazo de Medicamentos que requieren receta médica y Suministros relacionados debido a pérdida o robo.
- Medicamentos usados para mejorar el desempeño atlético.
- Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a la Persona asegurada mientras sea paciente en un Hospital con licencia, Instalaciones 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;
- Kits de medicamentos para comodidad.
- Recetas que tengan más de un año desde la fecha de emisión original.
- Los costos relacionados con el envío por correo, el envío o la entrega de Medicamentos que requieren receta médica.
- Cualquier uso indebido intencional de este beneficio, lo que incluye la compra de medicamentos que requieren receta médica para el consumo por parte de una persona distinta de la Persona asegurada.

Cigna se reserva el derecho de efectuar cambios a esta lista de medicamentos sin notificación. Consulte Cigna.com/ifp-drug-list para ver una lista actualizada. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte su póliza para conocer más detalles. Cigna no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico. Es posible que Cigna 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. 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.



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, Tel-Drug, Inc. y Tel-Drug of Pennsylvania, L.L.C. "Cigna Home Delivery Pharmacy" se refiere a Tel-Drug, Inc. y Tel-Drug of Pennsylvania, L.L.C. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.