



# LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE 5 NIVELES DE CIGNA PLUS KANSAS PARA 2022

**Cobertura a partir del 1 de enero de 2022**

**Contigo paso a paso.®**





## ¿Qué encontrará adentro?

Acerca de esta Lista de medicamentos	3
Cómo leer esta Lista de medicamentos	3
Cómo encontrar su medicamento	5
Preguntas frecuentes sobre la Lista de medicamentos con receta	36
Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre	39

### Cómo ver la Lista de medicamentos en línea



**Aplicación myCigna® o myCigna.com.** Haga clic en la pestaña *Find Care & Costs* (Dónde atenderse y cuánto cuesta) y seleccione *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos). Luego escriba el nombre de su medicamento para ver cómo está cubierto.



**Cigna.com/ifp-drug-list.** Seleccione **Kansas** del menú desplegable y elija su método de búsqueda. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.

**¿Tiene preguntas? Estamos para servirle.** Llame al **866.494.2111** o al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna. Estamos para servirle a toda hora, los 365 días del año.

## Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos con receta cubiertos por la Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas, que entrará en vigor el 1 de enero de 2022. Todos estos medicamentos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés). **Si no encuentra un medicamento específico en esta Lista, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para ver todos los medicamentos que cubre su plan.**

## Cómo leer esta Lista de medicamentos

Use la tabla incluida abajo para leer esta Lista de medicamentos. **Este cuadro es solo un ejemplo.** Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022 realmente cubre estos medicamentos.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ABACAVIR	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1	
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ACYCLOVIR 400 MG TABLET	2	
ACYCLOVIR 800 MG TABLET	2	
ADACEL TDAP	3	
ADAPALENE 0.1% CREAM	2	AGE
ALINIA	4	
ALISKIREN	4	QL
ALLOPURINOL 100 MG TABLET	1	
ALLOPURINOL 300 MG TABLET	1	
AMCINONIDE	2	
AMETHIA	1	
AMETHIA LO	1	
AMETHYST	1	
AMILORIDE	2	
AMILORIDE-HCTZ	2	
AMINOCAPROIC ACID 0.25 GRAM/ML	4	
AMINOCAPROIC ACID 1,000 MG TABLET	4	SRX
AMIODARONE 100 MG TABLET	2	
AMIODARONE 200 MG TABLET	2	
AMIODARONE 400 MG TABLET	2	
AMITIZA	4	
AMITRIPTYLINE	1	

Los medicamentos están ordenados **alfabéticamente** según el inglés

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

Los medicamentos que tienen requisitos de cobertura adicionales tienen una **abreviatura** en la sección Notas

Los **medicamentos de especialidad** tienen SRX escrito junto al nombre en la sección Notas

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022 realmente cubre estos medicamentos.

## Niveles

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

<b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos.</b> Este nivel generalmente incluye medicamentos genéricos preferidos. Estos medicamentos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. Los medicamentos genéricos preferidos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.	Medicamento con el costo más bajo	\$
<b>Nivel 2: Medicamentos genéricos.</b> Este nivel generalmente incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y algunos medicamentos de marca de bajo costo. Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos.	Medicamento de menor costo	\$\$
<b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida.</b> Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.	Medicamento de costo medio	\$\$\$
<b>Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida.</b> Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca no preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.	Medicamento de mayor costo	\$\$\$\$
<b>Nivel 5: Medicamentos de especialidad y otros medicamentos de alto costo.</b> Este nivel generalmente incluye medicamentos de especialidad y medicamentos genéricos y de marca de alto costo.	Medicamento con el costo más alto	\$\$\$\$\$

## Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

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

<b>PA</b>	<b>Autorización previa:</b> Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>PA</b> junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna.
<b>ST</b>	<b>Tratamiento escalonado:</b> Es un programa de autorización previa. Su plan no cubre ciertos medicamentos de alto costo hasta que usted haya probado primero una o más alternativas de menor costo.* Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>ST</b> junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.
<b>QL</b>	<b>Límites a la cantidad:</b> Algunos medicamentos tienen un límite de cantidad. Esto significa que su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y a lo largo de un plazo determinado. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>QL</b> junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.
<b>AGE</b>	<b>Requisitos de edad:</b> Su plan solo cubrirá ciertos medicamentos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>AGE</b> junto al nombre. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido, su plan solo cubrirá el medicamento si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.
<b>SRX</b>	<b>Medicamentos de especialidad:</b> Estos medicamentos se usan para tratar condiciones médicas complejas. Generalmente se administran por inyección o infusión y es posible que requieran refrigeración. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>SRX</b> junto al nombre.
<b>LDD</b>	<b>Medicamentos de distribución limitada:</b> Estos medicamentos solo están disponibles en farmacias específicas de los Estados Unidos. Se usan para tratar condiciones que son sumamente difíciles de controlar, y requieren un manejo especial, asistencia al paciente y monitoreo. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>LDD</b> junto al nombre.

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

## Medicamentos de especialidad

Los medicamentos de especialidad se usan para tratar condiciones médicas complejas. Generalmente se administran por inyección o infusión y es posible que requieran refrigeración. En esta lista de medicamentos, los medicamentos de especialidad tienen SRX escrito junto al nombre en la sección Notas. **Su plan limita los medicamentos de especialidad a un suministro para 30 días.** Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales o su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan estos medicamentos.

## Exclusiones del plan

Su plan no cubre ciertos medicamentos y productos porque son considerados exclusiones del plan o de beneficios. Esto significa que no existe la opción de recibir cobertura a través del proceso de revisión de Cigna demostrando que usted necesita el medicamento para su tratamiento. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver qué medicamentos están excluidos de su plan.

## Cómo encontrar su medicamento

Use la tabla incluida abajo para encontrar la página en la que aparece su medicamento.

Letra con la que empieza su medicamento	Página
A-B	6-10
C-D	10-15
E-G	15-18
H-J	18-20
K-L	20-22
M-N	22-26
O-P	26-29
Q-S	29-31
T-U	31-34
V-Z	34-35

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ABACAVIR	2		ALCLOMETASONE	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE	2		ALCOHOL PREP PADS	3	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2		ALDACTAZIDE 50-50 TABLET	4	
ABIRATERONE 500 MG TABLET	5	SRX, PA, LDD	ALECSA	5	PA, LDD, SRX
ABIRATERONE 250 MG TABLET	5	SRX, PA, LDD	ALENDRONATE 70 MG/75 ML	2	
ACAMPROSATE DR 333 MG TABLET	3		ALENDRONATE 10 MG TABLET	1	
ACARBOSE	2		ALENDRONATE 35 MG TABLET	1	
ACEBUTOLOL	2		ALENDRONATE 40 MG TABLET	1	
ACETAMINOPHEN-CODEINE 300-30 MG/12.5	2		ALENDRONATE 5 MG TABLET	1	
ACETAMINOPHEN-CODEINE 120-12 MG/5	2		ALENDRONATE 70 MG TABLET	2	
ACETAMINOPHEN-COD #2 TABLET	2		ALFUZOSIN ER	2	
ACETAMINOPHEN-COD #3 TABLET	2		ALINIA	4	
ACETAMINOPHEN-COD #4 TABLET	2		ALISKIREN	4	QL
ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-DIHYDRCODEINE 320.5	2		ALLOPURINOL	1	
ACETAZOLAMIDE TABLET	2		ALMOTRIPTAN	2	QL
ACETAZOLAMIDE ER	2		ALOCRIL	4	
ACETIC ACID	2		ALOMIDE	4	
ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	2		ALOSETRON	4	
ACETYLCYSTEINE 20% VIAL	2		ALPRAZOLAM	2	
ACITRETIN	4		ALPRAZOLAM ER	2	
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	5	SRX, PA, ST, QL	ALPRAZOLAM INTENSOL	2	
ACTEMRA ACTPEN	5	SRX, PA, ST, QL	ALPRAZOLAM ODT	2	
ACTHIB	3		ALPRAZOLAM XR	2	
ACTIMMUNE	5	SRX, PA, LDD	ALTABAX	4	
ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1		ALTACAINE	2	
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION	2		ALTAVERA	1	
ACYCLOVIR 400 MG TABLET	1		ALYACEN	1	
ACYCLOVIR 800 MG TABLET	1		ALYQ	5	SRX, PA
ADACEL TDAP	3		AMABELZ	2	
ADAPALENE 0.1% CREAM	2	AGE	AMANTADINE	2	
ADAPALENE 0.1% GEL	2	AGE	AMBRISENTAN	5	SRX, PA, LDD
ADAPALENE 0.1% LOTION	2	AGE	AMCINONIDE	2	
ADAPALENE 0.1% SOLUTION	2	AGE	AMETHIA	1	
ADAPALENE 0.3% GEL	2	AGE	AMETHIA LO	1	
ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	2	AGE	AMETHYST	1	
ADEFOVIR DIPVOXIL	4		AMILORIDE 5 MG TABLET	2	
ADEMPAS	5	SRX, PA, LDD	AMILORIDE-HCTZ	2	
AFINITOR DISPERZ	5	SRX, PA	AMINOCAPROIC ACID	4	
AFIRMELLE	1		AMIODARONE 100 MG TABLET	2	
AFLURIA QUAD	3		AMIODARONE 200 MG TABLET	2	
AFTERA	4		AMIODARONE 400 MG TABLET	2	
AK-POLY-BAC	2		AMITRIPTYLINE 10 MG TABLET	1	
AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	AMITRIPTYLINE 100 MG TABLET	2	
ALBENDAZOLE	4		AMITRIPTYLINE 150 MG TABLET	2	
ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER	2	QL	AMITRIPTYLINE 25 MG TABLET	1	
ALBUTEROL	2		AMITRIPTYLINE 50 MG TABLET	1	
ALCAINE	2		AMITRIPTYLINE 75 MG TABLET	1	
			AMLODIPINE	2	
			AMLODIPINE-BENAZEPRIL	2	
			AMLODIPINE-ATORVASTATIN	2	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
AMLODIPINE-OLMESARTAN	2		APIDRA SOLOSTAR	4	ST, QL
AMLODIPINE-VALSARTAN	2		APOKYN	5	SRX, PA, LDD
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ	2		APRACLONIDINE	2	
AMMONIUM LACTATE 12% CREAM	2		APREPITANT 125 MG CAPSULE	2	QL
AMMONIUM LACTATE 12% LOTION	2		APREPITANT 125-80-80 MG PACK	2	QL
AMNESTEEM	4		APREPITANT 40 MG CAPSULE	2	QL
AMOXAPINE	2		APREPITANT 80 MG CAPSULE	2	QL
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG TABLET CHEWABLE	2		APRI	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG SUSPENSION	2		APTIOM	4	PA, QL
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-125 MG TABLET	1		APTIVUS	3	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-62.5 MG/5 ML SUSPENSION	2		AQUA CARE 0.9% NACL IRRIGATION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG TABLET CHEWABLE	2		AQUA CARE STERILE WATER IRRIGATION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG/5 ML SUSPENSION	2		ARANELLE	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 500-125 MG TABLET	1		ARANESP	5	SRX, PA
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 600-42.9 MG/5 ML SUSPENSION	2		ARCALYST	5	PA, LDD, SRX
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 875-125 MG TABLET	1		ARCAPTA NEOHALER	4	ST
AMOXICILLIN 125 MG TABLET CHEWABLE	1		ARIPIRAZOLE 1 MG/ML SOLUTION	3	
AMOXICILLIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		ARIPIRAZOLE 10 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	1		ARIPIRAZOLE 15 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 250 MG CAPSULE	1		ARIPIRAZOLE 2 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 250 MG TABLET CHEWABLE	2		ARIPIRAZOLE 20 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		ARIPIRAZOLE 30 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 400 MG/5 ML SUSPENSION	1		ARIPIRAZOLE 5 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 500 MG CAPSULE	1		ARIPIRAZOLE ODT	4	
AMOXICILLIN 500 MG TABLET	1		ARMODAFINIL	2	PA
AMOXICILLIN 875 MG TABLET	1		ARMOUR THYROID	3	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE ER	2		ARNUITY ELLIPTA	3	
AMPHETAMINE	2		ASPIRIN-BUTALBITAL-CAFFEINE-CODEINE #3 CAPSULE	2	
AMPICILLIN CAPSULE	2		ASCOMP WITH CODEINE	2	
ANADROL-50	4	PA	ASENAPINE	4	QL
ANAGRELIDE	4		ASHLYNA	1	
ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION	4		ASMANEX TWISTHALER	4	ST
ANASTROZOLE	2		ASMANEX HFA	4	ST
ANORO ELLIPTA	3		ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER	2	
ANUCORT-HC	2		ASTAGRAF XL	5	SRX
APEXICON E	4		ATAZANAVIR	2	
APIDRA	4	ST, QL	ATENOLOL	1	
			ATENOLOL-CHLORTHALIDONE	2	
			ATOMOXETINE	2	
			ATORVASTATIN	2	
			ATOVAQUONE	4	
			ATOVAQUONE-PROGUANIL	2	
			ATROPINE 1% EYE DROPS	2	
			ATROPINE 1% EYE OINTMENT	2	
			AUBRA	1	
			AUBRA EQ	1	
			AUROVELA	1	
			AUROVELA 24 FE	1	
			AUROVELA FE	1	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
AVANDIA	4		BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1.5"	3	
AVIANE	1		BD ECLIPSE NEEDLE 25GX5/8"	3	
AVONEX	5	PA, SRX	BD ECLIPSE NEEDLE 27GX1/2"	3	
AVONEX PEN	5	PA, SRX	BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2"	3	
AYUNA	1		BD ECLIPSE NEEDLES 21GX1.5"	3	
AZASITE	4		BD FILTER NEEDLE	3	
AZATHIOPRINE	2		BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	3	
AZELAIC ACID	2		BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 6MMX31G	3	
AZELASTINE	2		BD INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 12.7MMX30G	3	
AZELASTINE-FLUTICASONE	3		BD INSULIN SYRINGE UF 0.5 ML 12.7MMX30G	3	
AZITHROMYCIN 1 GM POWDER PACKET	2	QL	BD INSULIN SYRINGE UF 1 ML 12.7MMX30G	3	
AZITHROMYCIN 100 MG/5 ML SUSPENSION	2	QL	BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29GX12.7MM	3	
AZITHROMYCIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	2	QL	BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29GX12.7MM	3	
AZITHROMYCIN 250 MG TABLET	1	QL	BD INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 8MMX31G	3	
AZITHROMYCIN 500 MG TABLET	1	QL	BD INSULIN SYRINGE UF 0.5 ML 8MMX31G	3	
AZITHROMYCIN 600 MG TABLET	2	QL	BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28GX1/2"	3	
AZOPT	3		BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29GX1/2"	3	
AZURETTE	1		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25GX1"	3	
BACITRACIN 500 UNIT/GM OPHTHALMIC	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25GX5/8"	3	
BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 26GX1/2"	3	
BACLOFEN 10 MG TABLET	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27GX12.7MM	3	
BACLOFEN 20 MG TABLET	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27GX5/8"	3	
BACLOFEN 5 MG TABLET	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2"	3	
BAL-CARE DHA COMBO PACK	1		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29GX1/2"	3	
BALCOLTRA	4		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29GX12.7MM	3	
BALSALAZIDE	2		BD INSULIN SYRINGE UF 1 ML 8MMX31G	3	
BALZIVA	1		BD INSULIN SYRINGE 1 ML BD INTEGRA NEEDLE 25G X 5/8"	3	
BANZEL 200 MG TABLET	4	QL	BD INTEGRA RETRACTING NEEDLE 23GX1"	3	
BANZEL 400 MG TABLET	4	QL	BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 21GX1 1/2"	3	
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	5	SRX	BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25GX5/8"	3	
BASAGLAR 100 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL	BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	3	
BD 3 ML SYRINGE 18GX1-1/2"	3		BD MAGNI-GUIDE MAGNIFIER	3	
BD 3 ML SYRINGE 20GX1-1/2"	3		BD NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32GX4MM	3	
BD 3 ML SYRINGE 25GX1"	3				
BD 3 ML SYRINGE 25GX1-1/2"	3				
BD 3 ML SYRINGE WITH NEEDLE	3				
BD AUTOSHIELD DUO NEEDLE 5MMX30G	3				
BD BLUNT NEEDLE 18GX1-1/2"	3				
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE	3				
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML	3				
BD ECLIPSE NEEDLE 18GX1 1/2"	3				
BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1"	3				
BD ECLIPSE NEEDLE 22GX1"	3				
BD ECLIPSE NEEDLE 23GX1"	3				
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1"	3				

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista completa de los medicamentos que cubre su plan.



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
BD NEEDLE 18GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5ML 13MMX29G	3	
BD NEEDLE 19GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 1 ML 13MMX29G	3	
BD NEEDLE 20GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 1 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLE 21GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	3	
BD NEEDLE 21GX1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE	3	
BD NEEDLE 22GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18GX1.5"	3	
BD NEEDLE 22GX3/4"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1"	3	
BD NEEDLE 23GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1.5"	3	
BD NEEDLE 23GX1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22GX1.5"	3	
BD NEEDLE 25GX1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25GX1"	3	
BD NEEDLE 25GX5/8"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27GX5/8"	3	
BD NEEDLE 26GX0.625"	3		BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	3	
BD NEEDLES 16GX1"	3		BD SAFETYGLIDE INS 0.3 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 16GX1.5"	3		BD SAFETYGLIDE INS 0.5 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 18GX1"	3		BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	3	
BD NEEDLES 18GX1.5"	3		BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G	3	
BD NEEDLES 19GX1"	3		BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G	3	
BD NEEDLES 19GX1.5"	3		BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G	3	
BD NEEDLES 20GX1"	3		BD UF ORIGINAL PEN NEEDLE 12.7MMX29G	3	
BD NEEDLES 20GX1.5"	3		BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G	3	
BD NEEDLES 21GX1"	3		BD VEO INSULIN 0.3ML 6MMX31G (1/2)	3	
BD NEEDLES 21GX1.5"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 1 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 21GX2"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 22GX1"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 22GX1.5"	3		BECONASE AQ	4	ST
BD NEEDLES 23GX0.75"	3		BEKYREE	1	
BD NEEDLES 23GX1.25"	3		BELLADONNA-OPIUM	2	
BD NEEDLES 25GX0.625"	3		BENAZEPRIL	1	
BD NEEDLES 25GX0.875"	3		BENAZEPRIL-HCTZ	2	
BD NEEDLES 25GX1.5"	3		BENZONATATE 100 MG CAPSULE	2	
BD NEEDLES 26GX0.375"	3		BENZONATATE 200 MG CAPSULE	2	
BD NEEDLES 26GX0.5"	3		BENZONATATE PERLE 100 MG CAPSULE	2	
BD NEEDLES 27GX0.5"	3		BENZTROPINE 0.5 MG TABLET	2	
BD NEEDLES 27GX1X1.25"	3		BENZTROPINE 1 MG TABLET	2	
BD NEEDLES 30GX0.5"	3		BENZTROPINE 2 MG TABLET	2	
BD NEEDLES 30GX1"	3		BEPREVE	4	
BD NOKOR ADMIX NEEDLE 18GX1.5"	3		BESER	2	
BD NOKOR NEEDLE 16GX1"	3		BESIVANCE	4	
BD NOKOR NEEDLE 18GX1"	3		BETADINE	4	
BD PEN NEEDLE 29GX1/2"	3		BETAMETHASONE DP AUGMENTED	2	
BD PRECISIONGLIDE 27GX1-1/2" NEEDLE	3		BETAMETHASONE DP	2	
BD PRECISIONGLIDE 3 ML 22GX3/4	3				
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25G	3				
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML 8MMX31G	3				
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3ML 13MMX29G	3				
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML 8MMX30G	3				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
BETAMETHASONE	2		BUSPIRONE 15MG TABLET	2	
BETAXOLOL	2		BUSPIRONE 30MG TABLET	2	
BETHANECHOL	2		BUSPIRONE 5MG TABLET	1	
BEXAROTENE	4	PA	BUSPIRONE 7.5MG TABLET	2	
BEXSERO	3		BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN- CAFFEINE-CODEINE	2	
BICALUTAMIDE	2		BUTALBITAL COMPOUND-CODEINE	2	
BIKTARVY	3		BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN- CAFFEINE	2	QL
BIMATOPROST	2	QL	BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN 50-325	2	
BINOSTO	4		BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	2	QL
BISOPROLOL	2		BUTORPHANOL 10 MG/ML SPRAY	2	QL
BISOPROLOL-HCTZ	1		BYDUREON BCISE	3	QL
BLISOVI 24 FE	1		BYDUREON PEN	3	QL
BLISOVI FE	1		BYETTA	3	QL
BOOSTRIX TDAP	3		BYSTOLIC	4	QL
BOSENTAN	5	SRX, PA, LDD	CABERGOLINE	2	QL
BOSULIF	5	PA, LDD, SRX	CABOMETYX	5	SRX, PA, LDD
BREO ELLIPTA	3		CAFFEINE 60 MG/3 ML ORAL	2	
BRIELLYN	1		CALCIPOTRIENE 0.005% CREAM	2	
BRILINTA	4		CALCIPOTRIENE 0.005% OINTMENT	2	
BRIMONIDINE	2		CALCIPOTRIENE 0.005% SOLUTION	2	
BRINZOLAMIDE	3		CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE DP	4	
BRIVIACT 10 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITONIN-SALMON	2	
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, QL	CALCITRENE	2	
BRIVIACT 100 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULE	2	
BRIVIACT 25 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRIOL 0.5 MCG CAPSULE	2	
BRIVIACT 50 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	2	
BRIVIACT 75 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRIOL 3 MCG/G OINTMENT	2	QL
BROMFED DM	2		CALCIUM ACETATE 667 MG CAPSULE	2	
BROMFENAC	2		CALCIUM ACETATE 667 MG GELCAP	2	
BROMOCRIPTINE	2		CALCIUM ACETATE 667 MG TABLET	2	
BROMPHENIRAMINE- PSEUDOEPHEDRINE-DM	2		CAMBIA	4	
BROVANA	4		CAMILA	1	
BUDESONIDE	4		CAMRESE	1	
BUDESONIDE EC	4		CAMRESE LO	1	
BUDESONIDE ER	5	PA, QL, SRX	CANDESARTAN	2	
BUMETANIDE 0.5 MG TABLET	2		CANDESARTAN-HCTZ	2	
BUMETANIDE 1 MG TABLET	2		CAPECITABINE	4	PA
BUMETANIDE 2 MG TABLET	2		CAPRELSA	5	PA, LDD, SRX
BUPRENORPHINE 2 MG TABLET SL	2		CAPTOPRIL	2	
BUPRENORPHINE 8 MG TABLET SL	2		CAPTOPRIL-HCTZ	2	QL
BUPRENORPHINE PATCH	2	QL	CARBAGLU	4	PA, LDD
BUPRENORPHINE-NALOXONE	2		CARBAMAZEPINE 100 MG TABLET CHEWABLE	2	
BUPROPION	2	QL	CARBAMAZEPINE 100 MG/5 ML SUSPENSION	2	
BUPROPION SR 100 MG TABLET	2	QL	CARBAMAZEPINE 200 MG TABLET	2	
BUPROPION SR 150 MG TABLET	2	QL			
BUPROPION SR 200 MG TABLET	2	QL			
BUPROPION XL 150 MG TABLET	2	QL			
BUPROPION XL 300 MG TABLET	2	QL			
BUSPIRONE 10MG TABLET	1				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
CARBAMAZEPINE ER 100 MG CAPSULE	2		CETIRIZINE 1 MG/ML SOLUTION	2	
CARBAMAZEPINE ER 100 MG TABLET	2		CETIRIZINE 1 MG/ML SYRUP	2	
CARBAMAZEPINE ER 200 MG CAPSULE	2		CEVIMELINE	2	
CARBAMAZEPINE ER 200 MG TABLET	2		CHARLOTTE 24 FE	1	
CARBAMAZEPINE ER 300 MG CAPSULE	2		CHATEAL	1	
CARBAMAZEPINE ER 400 MG TABLET	2		CHATEAL EQ	1	
CARBIDOPA	4		CHEMET	4	
CARBIDOPA-LEVODOPA	2		CHENODAL	4	
CARBIDOPA-LEVODOPA ER	2		CHLORDIAZEPOXIDE	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE	2		CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE	2	
CARBINOXAMINE 4 MG/5 ML LIQUID	2		CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM	2	
CARBINOXAMINE MALEATE 4 MG TABLET	2		CHLORHEXIDINE 0.12% RINSE	2	
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	3		CHLOROQUINE	2	
CARISOPRODOL	2		CHLORPROMAZINE 10 MG TABLET	2	
CARISOPRODOL COMPOUND	2		CHLORPROMAZINE 100 MG TABLET	2	
CARISOPRODOL-ASPIRIN	2		CHLORPROMAZINE 200 MG TABLET	2	
CARISOPRODOL-ASPIRIN-CODEINE	2		CHLORPROMAZINE 25 MG TABLET	2	
CARTEOLOL	2		CHLORPROMAZINE 50 MG TABLET	2	
CARTIA XT	2		CHLORPROPAMIDE	1	
CARVEDILOL	1		CHLORTHALIDONE	1	
CAYSTON	5	SRX, PA, QL, LDD	CHLORZOAZONE 500 MG TABLET	2	
CAZIAN	1		CHOLBAM	5	SRX, PA, LDD
CEFACLOR	2		CHOLESTYRAMINE	2	
CEFACLOR ER	2		CHOLESTYRAMINE LIGHT	2	
CEFADROXIL	2		CHOLINE TRISALICYLATE	2	
CEFDINIR	2		CHORIONIC GONADOTROPIN 10,000 UNIT VIAL	2	PA
CEFDITOREN PIVOXIL	2		CICLODAN 0.77% CREAM	2	
CEFIXIME 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		CICLODAN 8% SOLUTION	2	
CEFIXIME 200 MG/5 ML SUSPENSION	2		CICLOPIROX 0.77% CREAM	2	
CEFIXIME 400 MG CAPSULE	3		CICLOPIROX 0.77% GEL	2	
CEFPODOXIME	2		CICLOPIROX 0.77% TOPICAL SUSPENSION	2	
CEFPROZIL	2		CICLOPIROX 1% SHAMPOO	2	
CEFUROXIME	2		CICLOPIROX 8% SOLUTION	2	
CELECOXIB	2	QL	CILOSTAZOL	2	
CELONTIN	4		CILOXAN	4	
CENTERGY	2		CIMETIDINE 200 MG TABLET	2	
CENTERGY DM	2		CIMETIDINE 300 MG TABLET	2	
CEPHALEXIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	2		CIMETIDINE 300 MG/5 ML SOLUTION	2	
CEPHALEXIN 250 MG CAPSULE	1		CIMETIDINE 400 MG TABLET	2	
CEPHALEXIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	2		CIMETIDINE 800 MG TABLET	2	
CEPHALEXIN 500 MG CAPSULE	1		CINACALCET	5	SRX
CEPHALEXIN 750 MG CAPSULE	2		CIPRO HC	4	
CESAMET	4		CIPROFLOXACIN	2	
			CIPROFLOXACIN 0.2% OTIC SOLUTION	2	
			CIPROFLOXACIN 0.3% EYE DROP	2	
			CIPROFLOXACIN ER	2	
			CIPROFLOXACIN 100 MG TABLET	2	
			CIPROFLOXACIN 250 MG TABLET	1	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
CIPROFLOXACIN 500 MG TABLET	1		CLOTRIMAZOLE-BETAMETHASONE	2	
CIPROFLOXACIN 750 MG TABLET	1		CLOVIQUE	4	PA
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE	3		CLOZAPINE	2	
CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE	3		CLOZAPINE ODT	4	
CITALOPRAM 10 MG TABLET	1	QL	C-NATE DHA	1	
CITALOPRAM 10 MG/5ML SOLUTION	2	QL	COARTEM	4	QL
CITALOPRAM 20 MG TABLET	1	QL	CODEINE	2	
CITALOPRAM 40 MG TABLET	1	QL	COLCHICINE	2	
CLARAVIS	4		COLESEVELAM	2	
CLARITHROMYCIN	2		COLESTIPOL	2	
CLARITHROMYCIN ER	2		COLOCORT	2	
CLEMASTINE	2		COLY-MYCIN S	4	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1.2-5%	2		COMBIGAN	4	
CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET	2		COMETRIQ	5	PA, LDD, SRX
CLINDACIN P 1% PLEDGETS	2		COMPLERA	3	
CLINDAMYCIN (PEDIATRIC)	2		COMPLETE NATAL DHA	1	
CLINDAMYCIN 2% VAGINAL CREAM	2		COMPLETENATE	1	
CLINDAMYCIN HCL	2		COMPRO	2	
CLINDAMYCIN 1% GEL	2		CONSTULOSE	2	
CLINDAMYCIN 1% SOLUTION	2		CORMAX	2	
CLINDAMYCIN 1% PLEDGET	2		CORTISONE 25 MG TABLET	2	
CLINDAMYCIN 1% LOTION	2		CORTISPORIN	4	
CLINDAMYCIN 1% FOAM	2		CORTISPORIN-TC	4	
CLINDAMYCIN-TRETINOIN	2		COTELLIC	5	SRX, PA, LDD
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5%	2		COVARYX	2	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% PUMP	2		COVARYX H.S.	2	
CLINDESSE	4		CRIXIVAN	3	
CLOBAZAM	4	PA	CROMOLYN 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	4	
CLOBETASOL EMOLLIENT	2		CROMOLYN 20 MG/2 ML NEBULIZER SOLUTION	4	QL
CLOBETASOL EMULSION	2		CROMOLYN 4% EYE DROPS	2	
CLOBETASOL	2		CROTAN	3	
CLOCORTOLONE	2		CRYSELLE	1	
CLODAN 0.05% SHAMPOO	2		CURITY ALCOHOL PREPS	3	
CLOMIPRAMINE	4		CYANOCOBALAMIN	2	
CLONAZEPAM	2		CYCLAFEM	1	
CLONIDINE 0.1 MG TABLET	1		CYCLOBENZAPRINE 10 MG TABLET	1	
CLONIDINE 0.2 MG TABLET	1		CYCLOBENZAPRINE 5 MG TABLET	1	
CLONIDINE 0.3 MG TABLET	1		CYCLOBENZAPRINE 7.5 MG TABLET	3	
CLONIDINE ER	2		CYCLOMYDRIL	4	
CLONIDINE PATCH	2		CYCLOPENTOLATE	2	
CLOPIDOGREL 300 MG TABLET	2		CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAPSULE	3	
CLOPIDOGREL 75 MG TABLET	1		CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET	3	
CLORAZEPATE	2		CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAPSULE	3	
CLORPRES	2		CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	3	
CLOTRIMAZOLE 1% SOLUTION	2		CYCLOSERINE	2	
CLOTRIMAZOLE 1% TOPICAL CREAM	2		CYCLOSET	4	
CLOTRIMAZOLE 10 MG TROCHE	2				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
CYCLOSPORINE 100 MG CAPSULE	2		DESOXIMETASONE 0.25% OINTMENT	2	
CYCLOSPORINE 25 MG CAPSULE	2		DESVENLAFAXINE ER	2	QL
CYCLOSPORINE MODIFIED	2		DEXAMETHASONE 0.1% EYE DROP	2	
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SOLUTION	2		DEXAMETHASONE 0.5 MG TABLET	2	
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SYRUP	2		DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
CYPROHEPTADINE 4 MG TABLET	2		DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML LIQUID	2	
CYRED	1		DEXAMETHASONE 0.75 MG TABLET	2	
CYRED EQ	1		DEXAMETHASONE 1 MG TABLET	2	
CYSTADANE	5	LDD, SRX	DEXAMETHASONE 1.5 MG TABLET	2	
CYSTAGON	5	LDD, SRX	DEXAMETHASONE 2 MG TABLET	2	
CYSTARAN	4	PA, QL, LDD	DEXAMETHASONE 4 MG TABLET	2	
CYTRA-K CRYSTALS PACKET	2		DEXAMETHASONE 6 MG TABLET	2	
DALFAMPRIDINE ER	5	PA, LDD, SRX	DEXAMETHASONE INTENSOL	2	
DALIRESP	4	QL	DEXCOM G6 READER, SENSOR & TRANSMITTER	3	PA, QL
DANAZOL	2		DEXILANT	4	ST, QL
DANTROLENE 100 MG CAPSULE	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 10 MG CAPSULE	2	QL
DANTROLENE 25 MG CAPSULE	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 15 MG CAPSULE	2	QL
DANTROLENE 50 MG CAPSULE	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 20 MG CAPSULE	2	QL
DAPSONE	4		DEXMETHYLPHENIDATE ER 25 MG CAPSULE	2	QL
DAPTACEL DTAP	3		DEXMETHYLPHENIDATE ER 30 MG CAPSULE	2	QL
DARIFENACIN ER	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 35 MG CAPSULE	2	QL
DASETTA	1		DEXMETHYLPHENIDATE ER 40 MG CAPSULE	2	QL
DAYSEE	1		DEXMETHYLPHENIDATE ER 5 MG CAPSULE	2	QL
DEBLITANE	1		DEXMETHYLPHENIDATE	2	
DECADRON 0.5 MG/5 ML ELIXIR	2		DEXTROAMPHETAMINE	2	
DEFERASIROX	5	PA, LDD, SRX	DEXTROAMPHETAMINE ER	2	QL
DEFERIPRONE	4	PA	DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER	2	QL
DEMECLOXYCLINE	2		DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE	2	
DENTA 5000 PLUS	2		DIAZEPAM 10 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DENTAGEL	2		DIAZEPAM 10 MG TABLET	2	
DESCOVY	4	PA	DIAZEPAM 2 MG TABLET	2	
DESIPRAMINE	2		DIAZEPAM 2.5 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DESORATADINE	2	QL	DIAZEPAM 20 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DESMOPRESSIN 0.01% SOLUTION	2		DIAZEPAM 5 MG TABLET	2	
DESMOPRESSIN 0.01% SPRAY	2		DIAZEPAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DESMOPRESSIN 10 MCG/0.1 ML SPRAY	2				
DESMOPRESSIN 0.1 MG TABLET	2				
DESMOPRESSIN 0.2 MG TABLET	2				
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1				
DESOGESTR-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL	1				
DESONIDE 0.05% CREAM	2				
DESONIDE 0.05% LOTION	2				
DESONIDE 0.05% OINTMENT	2				
DESOXIMETASONE 0.05% CREAM	2				
DESOXIMETASONE 0.05% GEL	2				
DESOXIMETASONE 0.05% OINTMENT	2				
DESOXIMETASONE 0.25% CREAM	2				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
DIAZEPAM 5 MG/5 ML SOLUTION	2		DIPENTUM	4	
DIAZEPAM 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		DIPHEN	4	
DIAZOXIDE	4		DIPHENHYDRAMINE 12.5 MG/5 ML	2	
DICLOFENAC 0.1% EYE DROPS	2		DIPHENHYDRAMINE 25 MG/10 ML	2	
DICLOFENAC 1.5% TOPICAL SOLUTION	2		DIPHENOXYLATE-ATROPINE	2	
DICLOFENAC	2		DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PEDIATRIC	3	
DICLOFENAC DR 25 MG TABLET	2		DIPYRIDAMOLE 25 MG TABLET	2	
DICLOFENAC DR 50 MG TABLET	2		DIPYRIDAMOLE 50 MG TABLET	2	
DICLOFENAC DR 75 MG TABLET	2		DIPYRIDAMOLE 75 MG TABLET	2	
DICLOFENAC EC 25 MG TABLET	2		DISOPYRAMIDE	2	
DICLOFENAC EC 50 MG TABLET	2		DISULFIRAM	2	
DICLOFENAC EC 75 MG TABLET	2		DIVALPROEX	2	
DICLOFENAC 1% GEL	2	QL	DIVALPROEX ER	2	
DICLOFENAC ER	2		DOFETILIDE	4	QL
DICLOFENAC-MISOPROSTOL	2		DONEPEZIL	2	
DICLOXACILLIN	2		DONEPEZIL ODT	2	
DICYCLOMINE 10 MG CAPSULE	2		DORZOLAMIDE	2	
DICYCLOMINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2		DORZOLAMIDE-TIMOLOL EYE DROPS	2	
DICYCLOMINE 20 MG TABLET	2		DOTTI	2	QL
DIDANOSINE	2		DOVATO	3	
DIFICID 200 MG TABLET	4	PA, QL	DOXAZOSIN	2	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	4	QL	DOXEPIN 10 MG CAPSULE	2	
DIFLORASONE	4		DOXEPIN 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
DIFLUNISAL	2		DOXEPIN 100 MG CAPSULE	2	
DIGITEK	2		DOXEPIN 150 MG CAPSULE	2	
DIGOX	2		DOXEPIN 25 MG CAPSULE	2	
DIGOXIN 0.05 MG/ML SOLUTION	2		DOXEPIN 5% CREAM	4	
DIGOXIN 0.125 MG TABLET	2		DOXEPIN 50 MG CAPSULE	2	
DIGOXIN 0.25 MG TABLET	2		DOXEPIN 75 MG CAPSULE	2	
DIGOXIN 125 MCG TABLET	2		DOXEPIN 3 MG TABLET	3	QL
DIGOXIN 250 MCG TABLET	2		DOXEPIN 6 MG TABLET	3	QL
DIHYDROERGOTAMINE	4	QL	DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAPSULE	2	
DILATRATE-SR	4		DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 120 MG TABLET	1		DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 12HR ER 120 MG CAPSULE	2		DOXYCYCLINE 25 MG/5 ML SUSPENSION	2	
DILTIAZEM 12HR ER 60 MG CAPSULE	2		DOXYCYCLINE 100 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 12HR ER 90 MG CAPSULE	2		DOXYCYCLINE 100 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 24HR ER	2		DOXYCYCLINE 20 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24HR ER (CD)	2		DOXYCYCLINE 50 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24HR ER (LA)	2		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24HR ER (XR)	2		DOXYCYCLINE MONONHYDRATE 100 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 30 MG TABLET	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 60 MG TABLET	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 90 MG TABLET	1				
DILT-XR	2				
DIMETHYL 30 DAY STARTER PACK	5	PA, LDD, SRX			
DIMETHYL DR 120 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX			
DIMETHYL DR 240 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX			

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG CAPSULE	1		EMEND 125 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, SRX
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG TABLET	1		EMOQUETTE	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG CAPSULE	2		EMSAM	4	QL
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG TABLET	2		EMTRICITABINE	2	
DRONABINOL	4		EMTRICITABINE-TENOFOVIR 100-150 MG	2	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE	1		EMTRICITABINE-TENOFOVIR 133-200 MG	2	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL	1		EMTRICITABINE-TENOFOVIR 167-250 MG	2	
DROXIA	4		EMTRICITABINE-TENOFOVIR 200-300 MG	2	
DUAVEE	4		EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	3	
DULOXETINE DR 20 MG CAPSULE	2	QL	EMVERM	4	
DULOXETINE DR 30 MG CAPSULE	2	QL	ENALAPRIL	1	
DULOXETINE DR 60 MG CAPSULE	2	QL	ENALAPRIL-HCTZ	1	
DUPIXENT PEN	5	PA, SRX	ENBREL 25 MG KIT	5	PA, QL, SRX
DUPIXENT SYRINGE	5	PA, SRX	ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
DUREZOL	4		ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
DUTASTERIDE	2		ENBREL MINI	5	PA, QL, SRX
DUTASTERIDE-TAMSULOSIN	2		ENBREL SURECLICK	5	PA, QL, SRX
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	3		ENDOCET	2	
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS	3		ENDOMETRIN	4	PA
EC-NAPROXEN DR	2		ENGERIX-B ADULT	3	
ECONAZOLE	2		ENGERIX-B PEDIATRIC	3	
ECONTRA EZ	4		ENLYTE	4	
EDARBI	4	ST, QL	ENOXAPARIN	4	QL
EDARBYCLOR	4	ST, QL	ENPRESSE	1	
ED-SPAZ	2		ENSKYCE	1	
EDURANT	3		ENTACAPONE	2	
EEMT D.S.	2		ENTECAVIR	4	
EEMT H.S.	2		ENTRESTO	3	
EFAVIRENZ	2		ENULOSE	2	
EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR	2		EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR	2		EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	5	PA, SRX
EFFER-K	4		EPIDIOLEX	4	PA, LDD
EGRIFTA	5	PA, LDD, SRX	EPIFOAM	4	
EGRIFTA SV	5	PA, LDD, SRX	EPINASTINE	2	
ELETRIPTAN	2	QL	EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECTOR	2	QL
ELINEST	1		EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECTOR	2	QL
ELIQUIS	3	PA, QL	EPITOL	2	
ELITE OB DHA	1		EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLUTION	5	SRX
ELITE-OB	1		EPLERENONE	2	
ELITE-OB 400	1		EPROSARTAN	2	
ELLA	4		ERGOLOID	1	
ELMIRON	4		ERIVEDGE	5	PA, LDD, SRX
ELURYNG	2		ERLOTINIB	5	PA, LDD, SRX
EMADINE	4		ERRIN	1	
EMCYT	5	SRX			

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista completa de los medicamentos que cubre su plan.

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ERTACZO	4		EVEROLIMUS 7.5 MG TABLET	5	PA, SRX
ERY 2% PADS	2		EVOTAZ	3	
ERYTHROCIN	4		EXEMESTANE	2	
ERYTHROMYCIN 0.5% EYE OINTMENT	2		EXTRA-VIRT PLUS DHA	1	
ERYTHROMYCIN 2% GEL	2		EZETIMIBE	2	
ERYTHROMYCIN 2% PLEDGETS	2		EZETIMIBE-SIMVASTATIN	2	
ERYTHROMYCIN 2% SOLUTION	2		FACTIVE	4	
ERYTHROMYCIN 250 MG FILMTAB	2		FALMINA	1	
ERYTHROMYCIN 500 MG FILMTAB	2		FAMCICLOVIR	2	
ERYTHROMYCIN DR 250 MG CAPSULE	2		FAMOTIDINE 20 MG TABLET	1	
ERYTHROMYCIN ES 400 MG TABLET	2		FAMOTIDINE 40 MG TABLET	1	
ERYTHROMYCIN-BENZOYL PEROXIDE	2		FAMOTIDINE 40 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ESBRIET	5	PA, LDD, SRX	FANAPT	4	ST, QL
ESCITALOPRAM	2	QL	FARXIGA	3	QL
ESOMEPRAZOLE DR 10 MG PACKET	3	QL	FARYDAK	5	PA, SRX
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG PACKET	3	QL	FAYOSIM	1	
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG PACKET	3	QL	FEBUXOSTAT	4	QL
ESOMEPRAZOLE MAG DR 20 MG CAPSULE	2	QL	FELBAMATE	4	
ESOMEPRAZOLE MAG DR 40 MG CAPSULE	2	QL	FELODIPINE ER	2	
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAPSULE	2	QL	FEM PH	2	
ESTARYLLA	1		FEMYNOR	1	
ESTAZOLAM	2		FENOFIBRATE 120 MG TABLET	2	
ESTRADIOL PATCH (ONCE WEEKLY)	2		FENOFIBRATE 130 MG CAPSULE	2	
ESTRADIOL PATCH (TWICE WEEKLY)	2	QL	FENOFIBRATE 134 MG CAPSULE	2	
ESTRADIOL 0.5 MG TABLET	1		FENOFIBRATE 145 MG TABLET	2	
ESTRADIOL 1 MG TABLET	1		FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	2	
ESTRADIOL 10 MCG VAGINAL INSERT	2	QL	FENOFIBRATE 160 MG TABLET	2	
ESTRADIOL 2 MG TABLET	1		FENOFIBRATE 200 MG CAPSULE	2	
ESTRADIOL-NORETHINDRONE	2		FENOFIBRATE 40 MG TABLET	2	
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE	2		FENOFIBRATE 43 MG CAPSULE	2	
ESZOPICLONE	2		FENOFIBRATE 48 MG TABLET	2	
ETHAMBUTOL	2		FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	2	
ETHOSUXIMIDE	2		FENOFIBRATE 54 MG TABLET	2	
ETHYL CHLORIDE	2		FENOFIBRATE 67 MG CAPSULE	2	
ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL	1		FENOFIBRIC ACID	2	
ETIDRONATE	2		FENOPROFEN 600 MG TABLET	2	
ETODOLAC	2		FENTANYL CITRATE OTFC 1,200 MCG	4	PA
ETODOLAC ER	2		FENTANYL CITRATE OTFC 1,600 MCG	4	PA
ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	2		FENTANYL CITRATE OTFC 200 MCG	4	PA
ETOPOSIDE 50 MG CAPSULE	4		FENTANYL CITRATE OTFC 400 MCG	4	PA
EURAX 10% CREAM	4		FENTANYL CITRATE OTFC 600 MCG	4	PA
EUTHYROX	1		FENTANYL CITRATE OTFC 800 MCG	4	PA
EVEROLIMUS 0.25 MG TABLET	5	SRX	FENTANYL PATCH	2	PA
EVEROLIMUS 0.5 MG TABLET	5	SRX	FETZIMA	4	ST, QL
EVEROLIMUS 0.75 MG TABLET	5	SRX	FEXOFENADINE 180 MG TABLET	2	
EVEROLIMUS 2.5 MG TABLET	5	PA, SRX	FEXOFENADINE 30 MG TABLET	2	
EVEROLIMUS 5 MG TABLET	5	PA, SRX	FEXOFENADINE 60 MG TABLET	2	
			FINASTERIDE 5 MG TABLET	2	
			FIORICET 50-300-40 MG CAPSULE	2	QL

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista completa de los medicamentos que cubre su plan.



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
FIRVANQ	3		FLUTAMIDE	2	
FLAC OTIC OIL	2		FLUTICASONE 0.005% OINTMENT	2	
FLAVOXATE	2		FLUTICASONE 0.05% CREAM	2	
FLECAINIDE	2		FLUTICASONE 0.05% LOTION	2	
FLOVENT DISKUS	3		FLUTICASONE 50 MCG SPRAY	2	
FLOVENT HFA	3		FLUTICASONE-SALMETEROL 100-50	2	
FLUAD	3		FLUTICASONE-SALMETEROL 113-14	2	
FLUAD QUAD	3		FLUTICASONE-SALMETEROL 232-14	2	
FLUARIX QUAD	3		FLUTICASONE-SALMETEROL 250-50	2	
FLUBLOK QUAD	3		FLUTICASONE-SALMETEROL 55-14	2	
FLUCELVAX QUAD	3		FLUVASTATIN ER	2	
FLUCONAZOLE	2		FLUVASTATIN	2	
FLUCYTOSINE	4		FLUVOXAMINE	2	QL
FLUDROCORTISONE	2		FLUVOXAMINE ER	2	QL
FLULAVAL QUAD	3		FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	3	
FLUMIST QUAD	3		FLUZONE QUAD	3	
FLUNISOLIDE 0.025% SPRAY	2		FOLIC ACID 1 MG TABLET	1	
FLUOCINOLONE	2		FOLIVANE-OB	1	
FLUOCINOLONE OIL	2		FONDAPARINUX	4	QL
FLUOCINONIDE	2		FORMADON	2	
FLUOCINONIDE-E	2		FORMA-RAY	4	
FLUORABON	2		FOSAMPRENAVIR	2	
FLUORIDE	2		FOSFOMYCIN	3	
FLUORIDEX	2		FOSINOPRIL	1	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	2		FOSINOPRIL-HCTZ	2	
FLUORITAB	2		FOSRENOL	4	
FLUOROMETHOLONE	2		FRAGMIN	5	QL, SRX
FLUOROURACIL 0.5% CREAM	4		FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER & SENSOR	3	PA, QL
FLUOROURACIL 2% TOPICAL SOLUTION	2		FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER & SENSOR	3	PA, QL
FLUOROURACIL 5% CREAM	2		FREESTYLE LIBRE 2 READER & SENSOR	3	PA, QL
FLUOROURACIL 5% TOPICAL SOLUTION	2		FROVATRIPTAN	2	QL
FLUOXETINE 20 MG/5 ML SOLUTION	2	QL	FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION	1	
FLUOXETINE DR	2	QL	FUROSEMIDE 20 MG TABLET	1	
FLUOXETINE 10 MG CAPSULE	1	QL	FUROSEMIDE 40 MG TABLET	1	
FLUOXETINE 20 MG CAPSULE	1	QL	FUROSEMIDE 40 MG/5 ML SOLUTION	1	
FLUOXETINE 40 MG CAPSULE	1	QL	FUROSEMIDE 80 MG TABLET	1	
FLUPHENAZINE 1 MG TABLET	2		FUZEON	5	LDD, SRX
FLUPHENAZINE 10 MG TABLET	2		FYAVOLV	2	
FLUPHENAZINE 2.5 MG TABLET	2		FYCOMPA 10 MG TABLET	4	PA, QL
FLUPHENAZINE 2.5 MG/5 ML ELIXIR	2		FYCOMPA 12 MG TABLET	4	PA, QL
FLUPHENAZINE 5 MG TABLET	2		FYCOMPA 2 MG TABLET	4	PA, QL
FLUPHENAZINE 5 MG/ML CONCENTRATE	2		FYCOMPA 4 MG TABLET	4	PA, QL
FLURA-DROPS	2		FYCOMPA 6 MG TABLET	4	PA, QL
FLURANDRENOLIDE	4		FYCOMPA 8 MG TABLET	4	PA, QL
FLURAZEPAM	2		GABAPENTIN	2	
FLURBIPROFEN 0.03% EYE DROPS	2		GALANTAMINE ER	2	QL
FLURBIPROFEN 100 MG TABLET	2		GALANTAMINE	2	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
GALZIN	4		HALCINONIDE	4	
GARDASIL 9	3		HALOBETASOL 0.05% CREAM	2	
GATIFLOXACIN	2		HALOBETASOL 0.05% OINTMENT	2	
GATTEX	5	PA, LDD, SRX	HALOG OINTMENT	4	
GAVILYTE-C	2		HALOPERIDOL	2	
GAVILYTE-G	2		HALOPERIDOL 2 MG/ML CONCENTRATE	2	
GAVILYTE-N	2		HARVONI 33.75-150 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
GEMFIBROZIL	2		HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
GEMMILY	1		HARVONI 45-200 MG TABLET	5	PA, SRX
GENERLAC	2		HARVONI 90-400 MG TABLET	5	PA, SRX
GENGRAF	2		HAVRIX	3	
GENOTROPIN	5	PA, ST, SRX	HEATHER	1	
GENTAK	2		HEMENATAL OB + DHA	1	
GENTAMICIN 0.1% CREAM	2		HEMMOREX-HC	2	
GENTAMICIN 0.1% OINTMENT	2		HEPARIN 5,000 UNIT/0.5 ML	2	
GENTAMICIN 0.3% EYE DROP	2		HEPARIN 5,000 UNIT/ML SYRINGE	2	
GENTAMICIN 3 MG/ML EYE DROP	2		HEPLISAV-B	3	
GENVOYA TABLET	3		HETLIOZ	5	PA, LDD, SRX
GIANVI	1		HETLIOZ LQ	5	PA, LDD, SRX
GILOTRIF	5	PA, LDD, SRX	HIBERIX VACCINE WITH DILUENT	3	
GLATIRAMER	5	PA, SRX	HOMATROPAIRE	2	
GLATOPA	5	PA, SRX	HOMATROPINE	2	
GLEOSTINE	4		HUMALOG	3	QL
GLIMEPIRIDE	1		HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	QL
GLIPIZIDE	1		HUMALOG KWIKPEN U-100	3	QL
GLIPIZIDE ER	1		HUMALOG KWIKPEN U-200	3	QL
GLIPIZIDE XL	1		HUMALOG MIX 50-50	3	QL
GLIPIZIDE-METFORMIN	2		HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	QL
GLYBURIDE	1		HUMALOG MIX 75-25	3	QL
GLYBURIDE MICRONIZED	1		HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	QL
GLYBURIDE-METFORMIN	2		HUMATROPE	5	PA, SRX
GLYCINE 1.5% IRRIGATION	2		HUMIRA	5	PA, QL, LDD, SRX
GLYCOPYRROLATE 1 MG TABLET	2		HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S	5	PA, QL, SRX
GLYCOPYRROLATE 2 MG TABLET	2		HUMIRA PEN	5	PA, QL, LDD, SRX
GLYDO	2		HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA, QL, LDD, SRX
GRANISETRON	4		HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOLESCENT HS	5	PA, QL, LDD, SRX
GRISEOFULVIN	2		HUMIRA(CF)	5	PA, QL, SRX
GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZE	2		HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	5	PA, QL, LDD, SRX
GUANFACINE	2		HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	5	PA, QL, LDD, SRX
GUANFACINE ER	2		HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	5	PA, QL, LDD, SRX
GUANIDINE	2		HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA, QL, LDD, SRX
GVOKE HYOPEN 1-PACK	3	QL	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA, QL, LDD, SRX
GVOKE HYOPEN 2-PACK	3	QL	HUMIRA(CF) PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOLESCENT HS	5	PA, QL, LDD, SRX
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	3	QL	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	QL
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	3	QL	HUMULIN 70-30	3	QL
GYNAZOLE 1	2		HUMULIN N	3	QL
HAILEY	1				
HAILEY 24 FE	1				
HAILEY FE	1				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
HUMULIN N KWIKPEN	3	QL	HYDROMORPHONE 3 MG SUPPOSITORY	2	
HUMULIN R	3	QL	HYDROMORPHONE 4 MG TABLET	2	
HUMULIN R U-500	3	QL	HYDROMORPHONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	QL	HYDROMORPHONE 8 MG TABLET	2	
HYCANTIN 0.25 MG CAPSULE	5	PA, SRX	HYDROMORPHONE ER	2	
HYCANTIN 1 MG CAPSULE	5	PA, SRX	HYDROXYCHLOROQUINE	2	
HYDRALAZINE 10 MG TABLET	1		HYDROXYUREA	2	
HYDRALAZINE 100 MG TABLET	2		HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	
HYDRALAZINE 25 MG TABLET	1		HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SYRUP	2	
HYDRALAZINE 50 MG TABLET	1		HYDROXYZINE 10 MG TABLET	2	
HYDROCHLOROTHIAZIDE	1		HYDROXYZINE 25 MG TABLET	2	
HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE	2		HYDROXYZINE 50 MG TABLET	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	2		HYDROXYZINE PAMOATE	2	
HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE ER	2		HYOPHEN	2	
HYDROCODONE-HOMATROPINE	2	QL	HYOSCYAMINE 0.125 MG ODT	2	
HYDROCODONE-IBUPROFEN	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG TAB SL	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LIPID CREAM	3		HYOSCYAMINE 0.125 MG/5 ML ELIXIR	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LIPO CREAM	3		HYOSCYAMINE 0.125 MG/ML DROPS	2	
HYDROCORTISONE 1% CREAM	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 1% OINTMENT	2		HYOSCYAMINE ER	2	
HYDROCORTISONE 10 MG TABLET	2		HYOSCYAMINE SR	2	
HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML	2		HYOSYNE	2	
HYDROCORTISONE 2.5% CREAM	2		IBANDRONATE 150 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 2.5% LOTION	2		IBRANCE	5	PA, LDD, SRX
HYDROCORTISONE 2.5% OINTMENT	2		IBU	1	
HYDROCORTISONE 20 MG TABLET	2		IBUDONE	2	
HYDROCORTISONE 5 MG TABLET	2		IBUPROFEN 100 MG/5 ML SUSPENSION	2	
HYDROCORTISONE 25 MG SUPPOSITORY	2		IBUPROFEN 400 MG TABLET	1	
HYDROCORTISONE MG SUPPOSITORY	2		IBUPROFEN 600 MG TABLET	1	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% CREAM	2		IBUPROFEN 800 MG TABLET	1	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LOTION	3		ICATIBANT	5	PA, LDD, SRX
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% OINTMENT	2		ICLEVIA	1	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% SOLUTION	2		ICLUSIG	5	PA, LDD, SRX
HYDROCORTISONE VALERATE	2		ICOSAPENT	4	PA
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID	2		ILARIS	5	PA, LDD, SRX
HYDROCORTISONE-PRAMOXINE 1%-1% CREAM	2		ILEVRO	4	
HYDROMET	2	QL	IMATINIB	4	PA
HYDROMORPHONE 1 MG/ML SOLUTION	2		IMBRUVICA	5	PA, LDD, SRX
HYDROMORPHONE 2 MG TABLET	2		IMIPRAMINE	2	
			IMIPRAMINE PAMOATE	2	
			IMIQUIMOD 5% CREAM PACKET	2	
			INCASSIA	1	
			HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	3	
			INCRELEX	5	PA, LDD, SRX
			INCRUSE ELLIPTA	3	
			INDAPAMIDE	1	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
INDOMETHACIN 25 MG CAPSULE	2		JAIMIESS	1	
INDOMETHACIN 50 MG CAPSULE	2		JAKAFI	5	PA, LDD, SRX
INDOMETHACIN ER	2		JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	3	
INFANRIX DTAP	3		JANTOVEN	1	
INLYTA	5	PA, LDD, SRX	JASMIEL	1	
INSULIN ASPART	4	ST, QL	JENCYCLA	1	
INSULIN ASPART FLEXPEN	4	ST, QL	JINTELI	2	
INSULIN ASPART PENFILL	4	ST, QL	JOLESSA	1	
INSULIN ASPART PROTAMINE- INSULIN ASPART	4	ST, QL	JOLIVETTE	1	
INTELENCE	3		JULEBER	1	
INTRON A	5	PA, SRX	JULUCA	3	
INTROVALE	1		JUNEL	1	
IPOL	3		JUNEL FE	1	
IPRATROPIUM	2		JUNEL FE 24	1	
IPRATROPIUM-ALBUTEROL	2		KAITLIB FE	1	
IRBESARTAN	1		KALETRA 100-25 MG TABLET	3	
IRBESARTAN-HCTZ	1		KALETRA 200-50 MG TABLET	3	
IRESSA	5	PA, LDD, SRX	KALLIGA	1	
ISENTRESS	3		KALYDECO	5	PA, QL, LDD, SRX
ISENTRESS HD	3		KARIVA	1	
ISIBLOOM	1		KELNOR 1-35	1	
ISOCHRON	2		KELNOR 1-50	1	
ISONIAZID 100 MG TABLET	1		KETOCONAZOLE 2% CREAM	2	
ISONIAZID 300 MG TABLET	1		KETOCONAZOLE 2% FOAM	3	
ISONIAZID 50 MG/5 ML SOLUTION	2		KETOCONAZOLE 2% SHAMPOO	2	
ISOSORBIDE DINITRATE 10 MG TABLET	2		KETOCONAZOLE 200 MG TABLET	2	
ISOSORBIDE DINITRATE 20 MG TABLET	2		KETODAN 2% FOAM	3	
ISOSORBIDE DINITRATE 30 MG TABLET	2		KETOPROFEN 50 MG CAPSULE	2	
ISOSORBIDE DINITRATE 5 MG TABLET	2		KETOPROFEN 75 MG CAPSULE	2	
ISOSORBIDE DINITRATE ER	2		KETOPROFEN ER 200 MG CAPSULE	2	
ISOSORBIDE DINITRATE ER 40 MG TABLET	2		KETOROLAC 0.4% OPHTHALMIC SOLUTION	2	
ISOSORBIDE MONONITRATE ER 120 MG TABLET	2		KETOROLAC 0.5% OPHTHALMIC SOLUTION	2	
ISOSORBIDE MONONITRATE ER 30 MG TABLET	1		KETOROLAC 10 MG TABLET	2	QL
ISOSORBIDE MONONITRATE ER 60 MG TABLET	1		KETOROLAC 15 MG/ML CARPUJECT	2	QL
ISOSORBIDE MONONITRATE	1		KETOROLAC 15 MG/ML ISECURE SYRINGE	2	QL
ISOTRETINOIN	4		KETOROLAC 15 MG/ML SYRINGE	2	QL
ISOXSUPRINE	2		KETOROLAC 15 MG/ML VIAL	2	QL
ISRADIPINE	2		KETOROLAC 30 MG/ML CARPUJECT	2	QL
ITRACONAZOLE	3		KETOROLAC 30 MG/ML ISECURE SYRINGE	2	QL
IV ANTISEPTIC WIPES	3		KETOROLAC 30 MG/ML SYRINGE	2	QL
IV PREP WIPES	3		KETOROLAC 30 MG/ML VIAL	2	QL
IVERMECTIN 0.5% LOTION	4		KETOROLAC 300 MG/10 ML VIAL	2	QL
IVERMECTIN 3 MG TABLET	2		KETOROLAC 60 MG/2 ML CARPUJECT	2	QL
			KETOROLAC 60 MG/2 ML SYRINGE	2	QL
			KETOROLAC 60 MG/2 ML VIAL	2	QL
			KINERET	5	PA, ST, QL, LDD, SRX

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista completa de los medicamentos que cubre su plan.

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
KINRIX	3		LATANOPROST 0.005% EYE DROPS	2	
KIONEX	2		LATUDA	4	ST, QL
KLOR-CON	2		LAYOLIS FE	4	
KLOR-CON 10	2		LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	5	PA, SRX
KLOR-CON 8	2		LEENA	1	
KLOR-CON M10	2		LEFLUNOMIDE	2	
KLOR-CON M15	4		LENVIMA	5	PA, LDD, SRX
KLOR-CON M20	2		LESSINA	1	
KOMBIGLYZE XR	3	QL	LETROZOLE	2	
K-PHOS #2	4		LEUCOVORIN 10 MG TABLET	2	
K-PHOS ORIGINAL	4		LEUCOVORIN 15 MG TABLET	2	
KRISTALOSE 20 GM PACKET	4		LEUCOVORIN 25 MG TABLET	2	
KURVELO	1		LEUCOVORIN 5 MG TABLET	2	
LABETALOL 100 MG TABLET	2		LEUKERAN	4	
LABETALOL 200 MG TABLET	2		LEUKINE	5	SRX
LABETALOL 300 MG TABLET	2		LEUPROLIDE 2WK 1 MG/0.2 ML KIT	4	PA
LACRISERT	4		LEUPROLIDE 2WK 14 MG/2.8 ML KT	4	PA
LACTATED RINGERS IRRIGATION	2		LEVALBUTEROL CONCENTRATE	2	
LACTULOSE 10 GM PACKET	4		LEVALBUTEROL	2	
LACTULOSE 10 GM/15 ML SOLUTION	2		LEVALBUTEROL HFA	2	QL
LACTULOSE 20 GM/30 ML SOLUTION	2		LEVATOL	4	
LAMICTAL XR START KIT (BLUE)	4		LEVEMIR	4	ST, QL
LAMICTAL XR START KIT (GREEN)	4		LEVEMIR FLEXTOUCH	4	ST, QL
LAMICTAL XR START KIT (ORANGE)	4		LEVETIRACETAM 1,000 MG TABLET	2	
LAMIVUDINE	2		LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUTION	2	
LAMIVUDINE HBV	2		LEVETIRACETAM 1000 MG/10 ML	2	
LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2		LEVETIRACETAM 250 MG TABLET	2	
LAMOTRIGINE	2		LEVETIRACETAM 500 MG TABLET	2	
LAMOTRIGINE TABLET START KIT-BLUE	2		LEVETIRACETAM 500 MG/5 ML SOLUTION	2	
LAMOTRIGINE TABLET START KIT-GREEN	2		LEVETIRACETAM 750 MG TABLET	2	
LAMOTRIGINE TABLET START KIT-ORANGE	2		LEVETIRACETAM ER	2	
LAMOTRIGINE ER	2		LEVOBUNOLOL	2	
LAMOTRIGINE ODT	2		LEVOCARNITINE 1 G/10 ML SOLUTION	2	
LAMOTRIGINE ODT (BLUE)	2		LEVOCARNITINE 330 MG TABLET	2	
LAMOTRIGINE ODT (GREEN)	2		LEVOCARNITINE SF	2	
LAMOTRIGINE ODT (ORANGE)	2		LEVOCETIRIZINE 2.5 MG/5 ML SOLUTION	2	
LANSOPRAZOLE-AMOXICILLIN-CLARITHROMYCIN	2		LEVOCETIRIZINE 5 MG TABLET	2	
LANSOPRAZOLE DR 15 MG CAPSULE	2	QL	LEVOFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2	
LANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	2	QL	LEVOFLOXACIN 25 MG/ML SOLUTION	2	
LANTHANUM	4		LEVOFLOXACIN 250 MG TABLET	2	
LAPATINIB	5	PA, SRX	LEVOFLOXACIN 500 MG TABLET	2	
LARIN	1		LEVOFLOXACIN 750 MG TABLET	2	
LARIN 24 FE	1		LEVONEST	1	
LARIN FE	1		LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1	
LARISSIA	1		LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL	1	
LASTACAPT	4				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
LEVORA-28	1		LOPREEZA	2	
LEVORPHANOL	5	SRX	LORAZEPAM 0.5 MG TABLET	2	
LEVO-T	1		LORAZEPAM 1 MG TABLET	2	
LEVOTHYROXINE 100 MCG TABLET	1		LORAZEPAM 2 MG TABLET	2	
LEVOTHYROXINE 112 MCG TABLET	1		LORAZEPAM 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
LEVOTHYROXINE 125 MCG TABLET	1		LORAZEPAM INTENSOL	2	
LEVOTHYROXINE 137 MCG TABLET	1		LORCET	2	
LEVOTHYROXINE 150 MCG TABLET	1		LORCET HD	2	
LEVOTHYROXINE 175 MCG TABLET	1		LORCET PLUS	2	
LEVOTHYROXINE 200 MCG TABLET	1		LORTAB	2	
LEVOTHYROXINE 25 MCG TABLET	1		LORYNA	1	
LEVOTHYROXINE 300 MCG TABLET	1		LOSARTAN	1	
LEVOTHYROXINE 50 MCG TABLET	1		LOSARTAN-HCTZ	1	
LEVOTHYROXINE 75 MCG TABLET	1		LOTEMAX GEL & OINTMENT	4	
LEVOTHYROXINE 88 MCG TABLET	1		LOTEMAX SM	4	
LEVOXYL	1		LOTEPREDNOL	3	
LEVULAN	4	LDD	LOVASTATIN	1	
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	3		LOW-OGESTREL	1	
LIDOCAINE 5% OINTMENT	2	QL	LOXAPINE	2	
LIDOCAINE 5% PATCH	2		LO-ZUMANDIMINE	1	
LIDOCAINE 2% JEL URO-JET AC	2		LUBIPROSTONE	4	
LIDOCAINE 2% JELLY	2		LUDENT FLUORIDE	2	
LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET	2		LUTERA	1	
LIDOCAINE 4% SOLUTION	2		LYLLANA	2	QL
LIDOCAINE 2% VISCOUS SOLUTION	2		LYNPARZA	5	PA, LDD, SRX
LIDOCAINE-PRILOCAINE	2		LYSODREN	4	LDD
LILLOW	1		LYZA	1	
LINDANE	2		MALATHION	2	
LINEZOLID 100 MG/5 ML SUSPENSION	4	PA	MAPROTILINE	2	
LINEZOLID 600 MG TABLET	2	PA	MARLISSA	1	
LINZESS	4		MARPLAN	4	
LIOthyRONINE 25 MCG TABLET	2		MATERNITY	1	
LIOthyRONINE 5 MCG TABLET	2		MATULANE	5	LDD, SRX
LIOthyRONINE 50 MCG TABLET	2		MATZIM LA	2	
LISINOPRIL	1		MECLIZINE 12.5 MG TABLET	2	
LISINOPRIL-HCTZ	1		MECLIZINE 25 MG TABLET	2	
LITHIUM 150 MG CAPSULE	1		MECLOFENAMATE	2	
LITHIUM 300 MG CAPSULE	1		MEDROL 2 MG TABLET	4	
LITHIUM 300 MG TABLET	1		MEDROXYPROGESTERONE	1	
LITHIUM 600 MG CAPSULE	1		MEFENAMIC ACID	2	
LITHIUM ER	2		MEFLOQUINE	2	QL
LITHIUM ER 450 MG TABLET	2		MEGESTROL 20 MG TABLET	2	
LITHIUM SOLUTION	2		MEGESTROL 40 MG TABLET	2	
LITHOSTAT	4		MEGESTROL 625 MG/5 ML SUSPENSION	4	
LO LOESTRIN FE	3		MEGESTROL 40 MG/ML SUSPENSION	2	
LOJAIMIESS	1		MEGESTROL 400 MG/10 ML	2	
LONSURF	5	PA, LDD, SRX	MEKINIST	5	PA, SRX
LOPERAMIDE 2 MG CAPSULE	2		MELODETTA 24 FE	1	
LOPINAVIR-RITONAVIR	2				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
MELOXICAM 15 MG TABLET	1		METHYLERGONOVINE	4	
MELOXICAM 7.5 MG TABLET	1		METHYLPHENIDATE ER (LA)	2	QL
MELOXICAM 7.5 MG/5 ML SUSPENSION	2		METHYLPHENIDATE ER 10 MG TABLET	2	QL
MELPHALAN	2		METHYLPHENIDATE ER 18 MG TABLET	2	QL
MEMANTINE	2		METHYLPHENIDATE ER 20 MG TABLET	2	QL
MENACTRA	3		METHYLPHENIDATE ER 27 MG TABLET	2	QL
MENEST	4		METHYLPHENIDATE ER 36 MG TABLET	2	QL
MENQUADFI	3		METHYLPHENIDATE ER 54 MG TABLET	2	QL
MENTAX	4		METHYLPHENIDATE	2	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP VIAL KIT	3		METHYLPHENIDATE CD	2	QL
MEPERIDINE 100 MG TABLET	2		METHYLPHENIDATE ER(CD)	2	QL
MEPERIDINE 50 MG TABLET	2		METHYLPHENIDATE LA	2	QL
MEPERIDINE 50 MG/5 ML SOLUTION	2		METHYLPREDNISOLONE	2	
MEPROBAMATE	2		METHYLTESTOSTERONE	5	SRX
MERCAPTOPYRINE	2		METIPRANOLOL	2	
MERZEE	1		METOCLOPRAMIDE 10 MG TABLET	1	
MESALAMINE	4		METOCLOPRAMIDE 10 MG/10 ML SOLUTION	2	
MESALAMINE ER	3		METOCLOPRAMIDE 5 MG TABLET	1	
MESNEX 400 MG TABLET	5	SRX	METOCLOPRAMIDE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	
METADATE ER	2	QL	METOCLOPRAMIDE ODT	2	
METAPROTERENOL	2		METOLAZONE	2	
METAXALL	4		METOPROLOL SUCCINATE ER	2	
METAXALONE	4		METOPROLOL 100 MG TABLET	1	
METFORMIN 1,000 MG TABLET	1		METOPROLOL 25 MG TABLET	1	
METFORMIN 500 MG TABLET	1		METOPROLOL 37.5 MG TABLET	2	
METFORMIN 850 MG TABLET	1		METOPROLOL 50 MG TABLET	1	
METFORMIN ER	2		METOPROLOL 75 MG TABLET	2	
METHADONE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	PA	METOPROLOL-HCTZ	2	
METHADONE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	PA	METRONIDAZOLE 0.75% CREAM	2	
METHADONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	PA	METRONIDAZOLE 0.75% LOTION	2	
METHADONE 10 MG TABLET	2	PA	METRONIDAZOLE 250 MG TABLET	2	
METHADONE 5 MG TABLET	2	PA	METRONIDAZOLE 375 MG CAPSULE	2	
METHADONE INTENSOL	2	PA	METRONIDAZOLE 500 MG TABLET	2	
METHAMPHETAMINE	4		METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL PUMP	2	
METHAZOLAMIDE	2		METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75% GEL	2	
METHENAMINE HIPPURATE	2		METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL	2	
METHENAMINE MANDELATE	2		METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2	
METHERGINE	4		METYROSINE	4	
METHIMAZOLE	2		MEXILETINE	2	
METHITEST	5	SRX	MIBELAS 24 FE	1	
METHOCARBAMOL 500 MG TABLET	2				
METHOCARBAMOL 750 MG TABLET	2				
METHOTREXATE 2.5 MG TABLET	2				
METHOXSALEN	4				
METHSCOPOLAMINE	2				
METHYLCLOTHIAZIDE	2				
METHYLDOPA	2				
METHYLDOPA-HCTZ	2				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
MICONAZOLE 3 200 MG VAGINAL SUPPOSITORY	2		MOXIFLOXACIN 400 MG TABLET	2	
MICORT-HC	2		MULTAQ	4	
MICROGESTIN	1		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG CHEWABLE TABLET	2	
MICROGESTIN 24 FE	1		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG/ML DROP	2	
MICROGESTIN FE	1		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG CHEWABLE TABLET	2	
MIDAZOLAM 2 MG/ML SYRUP	2		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG/ML DROP	2	
MIDODRINE	2		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 1 MG CHEWABLE TABLET	2	
MIGERGOT	4		MUPIROCIN	2	
MIGLITOL	2		MVW COMPLETE FORMULATON PEDIATRIC DROPS	2	
MIGLUSTAT	5	PA, SRX	MVW COMPLETE FORMULATION PROBIOTIC	2	
MILI	1		MVW COMPLETE FORMULATION D3000	2	
MIMVEY	2		MVW COMPLETE FORMULATION D5000	2	
MIMVEY LO	2		MVW COMPLETE FORMULATION MULTIVITAMIN	2	
MINITRAN	2		MYALEPT	5	PA, LDD, SRX
MINOCYCLINE	1		MYCOPHENOLATE 200 MG/ML SUSPENSION	2	
MINOXIDIL 10 MG TABLET	2		MYCOPHENOLATE 250 MG CAPSULE	2	
MINOXIDIL 2.5 MG TABLET	2		MYCOPHENOLATE 500 MG TABLET	2	
MIRTAZAPINE	2		MYCOPHENOLIC ACID	2	
MISOPROSTOL	2		MYLERAN	4	
M-M-R II VACCINE	3		MYNATAL	1	
M-NATAL PLUS	1		MYNATAL ADVANCE	1	
MODAFINIL	4	PA	MYNATAL PLUS	1	
MODERIBA	4		MYNATAL-Z	1	
MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	3		MYNATE 90 PLUS SA	1	
MOEXIPRIL	2		MYORISAN	4	
MOLINDONE	2		MYRBETRIQ	4	ST, QL
MOMETASONE 0.1% CREAM	2		MYTESI	4	
MOMETASONE 0.1% OINTMENT	2		MYZILRA	1	
MOMETASONE 0.1% SOLUTION	2		NABUMETONE	2	
MOMETASONE 50 MCG SPRAY	2	QL	NADOLOL	2	
MONDOXYNE NL 100 MG CAPSULE	1		NADOLOL-BENDROFLUMETHIAZIDE	2	
MONDOXYNE NL 75 MG CAPSULE	2		NAFTIFINE	2	
MONO-LINYAH	1		NAFTIN 2% GEL	4	
MONONESSA	1		NALOXONE 0.4 MG/ML CARPUJECT	2	
MONTELUKAST	2		NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE	2	
MORGIDOX 100 MG CAPSULE	1		NALTREXONE 50 MG TABLET	2	QL
MORGIDOX 50 MG CAPSULE	1		NAPROXEN 125 MG/5 ML SUSPENSION	4	
MORPHINE 10 MG SUPPOSITORY	2		NAPROXEN 250 MG TABLET	1	
MORPHINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2		NAPROXEN 375 MG TABLET	1	
MORPHINE 100 MG/5 ML CONCENTRATE	2				
MORPHINE 20 MG SUPPOSITORY	2				
MORPHINE 20 MG/5 ML SOLUTION	2				
MORPHINE 30 MG SUPPOSITORY	2				
MORPHINE 5 MG SUPPOSITORY	2				
MORPHINE ER	2				
MORPHINE IR 15 MG TABLET	2				
MORPHINE IR 30 MG TABLET	2				
MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2				



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
NAPROXEN 500 MG KIT	1		NITRO-BID	2	
NAPROXEN 500 MG TABLET	1		NITRO-DUR 0.8 MG/HR PATCH	4	
NAPROXEN CR 375 MG TABLET	2		NITROFURANTOIN 25 MG/5 ML SUSPENSION	4	
NAPROXEN ER 375 MG TABLET	2		NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS 100 MG CAPSULE	1	
NAPROXEN 275 MG TABLET	2		NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS 25 MG CAPSULE	2	
NAPROXEN 550 MG TABLET	2		NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS 50 MG CAPSULE	1	
NARATRIPTAN	2	QL	NITROFURANTOIN MONO-MACRO	1	
NARCAN	3	QL	NITROGLYCERIN 0.3 MG TABLET SL	2	
NATACYN	4		NITROGLYCERIN 0.4 MG TABLET SL	2	
NATAZIA	4		NITROGLYCERIN 0.6 MG TABLET SL	2	
NATEGLINIDE	2		NITROGLYCERIN 400 MCG SPRAY	2	
NATPARA	5	PA, LDD, SRX	NITROGLYCERIN ER 2.5 MG CAPSULE	2	
NATURE-THROID	1		NITROGLYCERIN ER 6.5 MG CAPSULE	2	
NAYZILAM	5	PA, QL, SRX	NITROGLYCERIN ER 9 MG CAPSULE	2	
NEBUSAL 3% VIAL	2		NITROGLYCERIN PATCH	2	
NECON	1		NITRO-TIME	2	
NEFAZODONE	2		NIVA-PLUS	1	
NEOMYCIN	2		NIVESTYM	5	SRX
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2		NIZATIDINE	2	
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN	2		NOLIX	4	
NEOMYCIN-POLYMYXIN B	2		NORA-BE	1	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE	2		NORDITROPIN FLEXPRO	5	PA, ST, SRX
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	2		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 0.5-2.5 MG	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1-0.02 MG	1	
NEOMYCIN-POLYMYXIN	2		NORETHINDRONE 0.35 MG TABLET	1	
NEUAC GEL	2		NORETHINDRONE 5 MG TABLET	2	
NEULASTA	5	PA, SRX	NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FERROUS FUMARATE	1	
NEULASTA ONPRO	5	PA, SRX	NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1.5-0.03 MG(21) TABLET	1	
NEUPRO	4		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-5 MCG	2	
NEVANAC	4		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FERROUS	1	
NEVIRAPINE	2		NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL	1	
NEVIRAPINE ER	2		NORITATE	4	
NEWGEN	1		NORLYDA	1	
NEXAVAR	5	PA, LDD, SRX	NORPACE CR	4	
NIACIN ER	2		NORTREL	1	
NICARDIPINE 20 MG CAPSULE	2		NORTRIPTYLINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	
NICARDIPINE 30 MG CAPSULE	2		NORTRIPTYLINE 10 MG CAPSULE	1	
NICOTROL	4		NORTRIPTYLINE 25 MG CAPSULE	1	
NICOTROL NS	4		NORTRIPTYLINE 50 MG CAPSULE	1	
NIFEDIPINE	2		NORTRIPTYLINE 75 MG CAPSULE	1	
NIFEDIPINE ER	2				
NIKKI	1				
NILUTAMIDE	5	SRX			
NIMODIPINE	4				
NINLARO	5	PA, LDD, SRX			
NISOLDIPINE	2	QL			
NITAZOXANIDE	4				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	3		OLOPATADINE 0.1% EYE DROPS	2	
NORVIR 100 MG SOFTGEL CAPSULE	3		OLOPATADINE 0.2% EYE DROPS	2	
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	3		OMEGA-3 ETHYL ESTERS 1 GM CAPSULE	2	
NOVOFINE 32G NEEDLES	3		OMEPRAZOLE DR 10 MG CAPSULE	2	QL
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE	3		OMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32GX1/6"	3		OMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL
NOVOLOG	4	ST, QL	OMNITROPE	5	PA, ST, SRX
NOVOLOG FLEXPEN	4	ST, QL	ONDANSETRON	2	
NOVOLOG MIX 70-30 VIAL	4	ST, QL	ONDANSETRON ODT	2	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	4	ST, QL	ONETOUCH DELICA 30G LANCETS	3	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM	3		ONETOUCH DELICA 33G LANCETS	3	
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	4		ONETOUCH DELICA LANCING DEVICE	3	
NP THYROID	1		ONETOUCH DELICA PLUS 30G LANCETS	3	
NUCYNTA	4		ONETOUCH DELICA PLUS 33G LANCETS	3	
NUCYNTA ER	4	ST	ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	3	
NUEDEXTA	4	PA	ONETOUCH SURESOFT 18G LANCET DEVICE	3	
NULEV	2		ONETOUCH SURESOFT 21G LANCET DEVICE	3	
NUTROPIN AQ NUSPIN	5	PA, ST, SRX	ONETOUCH SURESOFT 28G LANCET DEVICE	3	
NYAMYC	2		ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRIP	3	
NYLIA	1		ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	1	
NYMYO	1		ONETOUCH ULTRAMINI METER	1	
NYSTATIN	2		ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	3	
NYSTATIN-TRIAMCINOLONE	2		ONETOUCH VERIO FLEX METER	1	
NYSTOP	2		ONETOUCH VERIO FLEX STARTER KIT	1	
NYVEPRIA	5	PA, SRX	ONETOUCH VERIO IQ METER	1	
OBSTETRIX DHA	1		ONETOUCH VERIO IQ SYSTEM KIT	1	
OBSTETRIX ONE	1		ONETOUCH VERIO METER	1	
O-CAL FA	4		ONETOUCH VERIO REFLECT METER	1	
O-CAL PRENATAL	4		ONETOUCH VERIO TEST STRIPS	3	
OCELLA	1		ONGLYZA	3	QL
OCTREOTIDE	2	PA	ONMEL	4	QL
ODEFSEY	3		OPCICON ONE-STEP	1	
ODOMZO	5	PA, LDD, SRX	OPIUM TINCTURE	2	
OFLOXACIN	2		OPSUMIT	5	PA, LDD, SRX
OGESTREL	1		ORACIT	4	
OKEBO	2		ORALONE	2	
OLANZAPINE 10 MG TABLET	2		ORENITRAM ER	5	PA, LDD, SRX
OLANZAPINE 15 MG TABLET	2		ORKAMBI	5	PA, QL, LDD, SRX
OLANZAPINE 2.5 MG TABLET	2		ORPHENADRINE ER	2	
OLANZAPINE 20 MG TABLET	2		ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE	2	
OLANZAPINE 5 MG TABLET	2		ORPHENGESIC FORTE	2	
OLANZAPINE 7.5 MG TABLET	2		ORSYTHIA	1	
OLANZAPINE ODT	2		ORTHO MICRONOR	4	
OLANZAPINE-FLUOXETINE	2				
OLMESARTAN	2				
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ	2				
OLMESARTAN-HCTZ	2				
OLOPATADINE 665 MCG NASAL SPRAY	2				

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista completa de los medicamentos que cubre su plan.

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ORTHO TRI-CYCLEN	4		PASER	4	
ORTHO TRI-CYCLEN LO	4		PEDIARIX	3	
ORTHO-CYCLEN	4		PEDVAXHIB	3	
ORTHO-NOVUM	4		PEG 3350-ELECTROLYTE	2	
OSCIMIN	2		PEG-3350 WITH FLAVOR PACKS	2	
OSCIMIN SL	2		PEGANONE	4	
OSCIMIN SR	2		PEGASYS	5	PA, SRX
OSELTAMIVIR	2	QL	PEGASYS PROCLICK	5	PA, SRX
OSMOPREP	4		PEGINTRON	5	PA, SRX
OTEZLA	5	PA, QL, SRX	PEG-PREP	2	
OXANDROLONE	4	PA	PENICILLAMINE	4	PA
OXAPROZIN	2		PENICILLIN VK	2	
OXAZEPAM	2		PENTACEL	3	
OXCARBAZEPINE	2		PENTACEL ACTHIB COMPONENT VIAL	3	
OXICONAZOLE	3		PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT VIAL	3	
OXISTAT 1% LOTION	4		PENTAMIDINE 300 MG INHALATION POWDER	3	
OXYBUTYNIN 5 MG TABLET	1		PENTASA	4	
OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SYRUP	2		PENTAZOCINE-NALOXONE	2	
OXYBUTYNIN ER	2		PENTOXIFYLLINE ER	2	
OXYCODONE	2		PERFORMIST	4	QL
OXYCODONE-ASPIRIN	2		PERINDOPRIL ERBUMINE	2	
OXYCODONE-IBUPROFEN	2		PERIOGARD 0.12% ORAL RINSE	2	
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325	2		PERMETHRIN	2	
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325	2		PERPHENAZINE	2	
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325	2		PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	2	
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325	2		PEXEVA	4	ST, QL
OXYMORPHONE	2		PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	3	
OXYMORPHONE ER 10 MG TABLET	2		PHENADOZ	2	
OXYMORPHONE ER 15 MG TABLET	2		PHENAZOPYRIDINE	2	
OXYMORPHONE ER 20 MG TABLET	2		PHENELZINE	2	
OXYMORPHONE ER 30 MG TABLET	2		PHENOBARBITAL	2	
OXYMORPHONE ER 40 MG TABLET	2		PHENOXYBENZAMINE	5	SRX
OXYMORPHONE ER 5 MG TABLET	2		PHENYLEPHRINE 10% EYE DROPS	2	
OXYMORPHONE ER 7.5 MG TABLET	2		PHENYLEPHRINE 2.5% EYE DROPS	2	
PACERONE 200 MG TABLET	2		PHENYTOIN	2	
PALIPERIDONE ER	4		PHENYTOIN EXTENDED	2	
PANCREAZE	3		PHILITH	1	
PANRETIN	5	SRX	PHOSLYRA	4	
PANTOPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL	PHOSPHASAL	2	
PANTOPRAZOLE DR 40 MG TABLET	2	QL	PHOSPHOLINE	4	
PAREGORIC	2		PHRENILIN FORTE	2	QL
PARICALCITOL 1 MCG CAPSULE	2		PHYSIOSOL	4	
PARICALCITOL 2 MCG CAPSULE	2		PHYTONADIONE	4	
PARICALCITOL 4 MCG CAPSULE	2		PICATO	4	
PAROEX	2		PILOCARPINE	2	
PAROMOMYCIN	2		PIMECROLIMUS	4	
PAROXETINE	1	QL	PIMOZIDE	2	
			PIMTREA	1	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
PINDOLOL	2		PRAMOSONE	4	
PIOGLITAZONE 15 MG TABLET	2		PRASUGREL	2	
PIOGLITAZONE 30 MG TABLET	2		PRAVASTATIN	2	
PIOGLITAZONE 45 MG TABLET	2		PRAZIQUANTEL 600 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE	2		PRAZOSIN	2	
PIOGLITAZONE-METFORMIN	2		PRED-G	4	
PIRMELLA	1		PREDNICARBATE	2	
PIROXICAM	2		PREDNISOLONE	2	
PLAN B ONE-STEP	4		PREDNISOLONE 15 MG/5 ML SOLUTION	2	
PNEUMOVAX 23	3		PREDNISOLONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	
PNV 29-1	1		PREDNISOLONE AC 1% EYE DROPS	2	
PNV OB+DHA	1		PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	2	
PNV-DHA	1		PREDNISOLONE 25 MG/5 ML	2	
PNV-DHA + DOCUSATE	1		PREDNISOLONE ODT	2	
PNV-FERROUS-DOCU-FA	1		PREDNISONE	2	
PNV-OMEGA	1		PREDNISONE INTENSOL	2	
PNV-SELECT	1		PREFEST	2	
PNV-VP-U	1		PREGABALIN	2	QL
PODOFILOX	2		PREMARIN	4	
POLYCIN	2		PRENA1 TRUE	1	
POLYMYXIN B-TRIMETHOPRIM EYE DROPS	2		PRENAISSANCE	1	
POMALYST	5	PA, SRX	PRENAISSANCE PLUS	1	
PORTIA	1		PRENATAL 19	1	
POSACONAZOLE	4		PRENATAL LOW IRON	1	
POTASSIUM CITRATE ER	2		PRENATAL PLUS	1	
POTASSIUM CHLORIDE 10% (20 MEQ/15ML)	2		PRENATAL PLUS-DHA COMBO PACK	1	
POTASSIUM CHLORIDE 10% (40 MEQ/30ML)	2		PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	1	
POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ PACKET	2		PRENATAL-U	1	
POTASSIUM CHLORIDE 20% (40 MEQ/15ML)	2		PREPLUS	1	
POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ CAPSULE	2		PREPOPIK	4	
POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ TABLET	2		PRETAB	1	
POTASSIUM CHLORIDE ER 20 MEQ TABLET	2		PREVALITE	2	
POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ CAPSULE	2		PREVIFEM	1	
POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TABLET	2		PREVNAR 13	3	
PR NATAL 400	1		PREZCOBIX	3	
PR NATAL 400 EC	1		PREZISTA	3	
PR NATAL 430	1		PRIFTIN	4	
PR NATAL 430 EC	1		PRIMAQUINE	2	
PRADAXA	4	PA, QL	PRIMIDONE	2	
PRAMIPEXOLE	2		PRIMSOL	4	
PRAMIPEXOLE ER	2		PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	3	
			PROBENECID	2	
			PROBENECID-COLCHICINE	2	
			PROCENTRA	2	
			PROCHLORPERAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2	
			PROCHLORPERAZINE	2	
			PROCTO-MED HC	2	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
PROCTO-PAK	2		PYRAZINAMIDE	2	
PROCTOSOL-HC	2		PYRIDOSTIGMINE 60 MG/5 ML SOLUTION	5	PA, SRX
PROCTOZONE-HC	2		PYRIDOSTIGMINE 60 MG TABLET	4	
PROGESTERONE 100 MG CAPSULE	2		PYRIDOSTIGMINE ER	4	
PROGESTERONE 200 MG CAPSULE	2		PYRIMETHAMINE	4	PA, LDD
PROGRAF	4		QUADRACEL DTAP-IPV	3	
PROMACTA	5	PA, LDD, SRX	QUAZEPAM	2	
PROMETHAZINE 12.5 MG SUPPOSITORY	2		QUETIAPINE	2	
PROMETHAZINE 12.5 MG TABLET	2		QUETIAPINE ER	2	
PROMETHAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2		QUINAPRIL	1	
PROMETHAZINE 25 MG TABLET	2		QUINAPRIL-HCTZ	1	
PROMETHAZINE 50 MG SUPPOSITORY	2		QUINIDINE ER	2	
PROMETHAZINE 50 MG TABLET	2		QUINIDINE	2	
PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SOLUTION	2		QUININE	2	
PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SYRUP	2		QUTENZA	4	
PROMETHAZINE VC	2		RABEPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL
PROMETHAZINE VC-CODEINE	2	QL	RALOXIFENE	2	
PROMETHAZINE-CODEINE	2	QL	RAMELTEON	3	QL
PROMETHAZINE-DM	2		RAMIPRIL 1.25 MG CAPSULE	2	
PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE-CODEINE	2	QL	RAMIPRIL 10 MG CAPSULE	1	
PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE	2		RAMIPRIL 2.5 MG CAPSULE	1	
PROMETHEGAN	2		RAMIPRIL 5 MG CAPSULE	1	
PROPAFENONE	2		RANITIDINE 15 MG/ML SYRUP	2	
PROPAFENONE ER	2		RANITIDINE 150 MG CAPSULE	1	
PROPANTHELINE	2		RANITIDINE 150 MG TABLET	1	
PROPARACAINE	2		RANITIDINE 150 MG/10 ML SYRUP	2	
PROPRANOLOL 10 MG TABLET	2		RANITIDINE 300 MG CAPSULE	1	
PROPRANOLOL 20 MG TABLET	2		RANITIDINE 300 MG TABLET	1	
PROPRANOLOL 20 MG/5 ML SOLUTION	2		RANOLAZINE ER	4	QL
PROPRANOLOL 40 MG TABLET	2		RASAGILINE	2	
PROPRANOLOL 40 MG/5 ML SOLUTION	2		REBETOL	5	SRX
PROPRANOLOL 60 MG TABLET	2		RECLIPSEN	1	
PROPRANOLOL 80 MG TABLET	2		RECOMBIVAX HB	3	
PROPRANOLOL ER	2		RECTIV	4	
PROPRANOLOL-HCTZ	2		REGRANEX	4	PA, QL
PROPYLTHIOURACIL	2		RELENZA	4	QL
PROQUAD	3		RELISTOR	4	PA
PROTRIPTYLINE	2		RENACIDIN	4	
PSORCON	4		REPAGLINIDE	2	
PULMOSAL	2		REPAGLINIDE-METFORMIN	2	
PULMOZYME	5	PA, SRX	REPATHA PUSHTRONEX	5	PA, ST, SRX
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	3		REPATHA SURECLICK	5	PA, ST, SRX
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION	5	PA, SRX	REPATHA SYRINGE	5	PA, ST, SRX
			REPREXAIN	2	
			RESPA A.R.	4	
			RESTASIS 0.05% EYE EMULSION	4	
			REVLIMID	5	PA, LDD, SRX
			REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	3	
			RIBASPHERE	4	

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista completa de los medicamentos que cubre su plan.

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
RIBAVIRIN	4		SEREVENT DISKUS	3	
RIDAURA	4		SEROSTIM 4 MG VIAL	5	PA, ST, SRX
RIFABUTIN	3		SEROSTIM 5 MG VIAL	5	PA, ST, SRX
RIFAMATE	4		SEROSTIM 6 MG VIAL	5	PA, ST, SRX
RIFAMPIN 150 MG CAPSULE	2		SERTRALINE 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	QL
RIFAMPIN 300 MG CAPSULE	2		SERTRALINE HCL 100 MG TABLET	1	QL
RIFATER	4		SERTRALINE HCL 25 MG TABLET	1	QL
RILUZOLE	4		SERTRALINE HCL 50 MG TABLET	1	QL
RIMANTADINE	2		SETLAKIN	1	
RINVOQ	5	PA, QL, LDD, SRX	SEVELAMER CARBONATE	4	
RISEDRONATE	2		SEVELAMER	4	
RISEDRONATE DR	2		SF 1.1% GEL	2	
RISPERIDONE 0.25 MG TABLET	1		SF 5000 PLUS CREAM	2	
RISPERIDONE 0.5 MG TABLET	1		SHAROBEL	1	
RISPERIDONE 1 MG TABLET	1		SHINGRIX	3	
RISPERIDONE 1 MG/ML SOLUTION	2		SIGNIFOR	5	PA, LDD, SRX
RISPERIDONE 2 MG TABLET	1		SILDENAFIL 20 MG TABLET	4	PA
RISPERIDONE 3 MG TABLET	1		SILODOSIN	2	QL
RISPERIDONE 4 MG TABLET	1		SILVER NITRATE	2	
RISPERIDONE ODT	2		SILVER SULFADIAZINE	2	
RITONAVIR	2		SIMBRINZA	3	
RIVASTIGMINE	2		SIMLIYA	1	
RIVELSA	1		SIMPESSE	1	
RIZATRIPTAN	2	QL	SIMVASTATIN 10 MG TABLET	1	
R-NATAL OB	1		SIMVASTATIN 20 MG TABLET	1	
ROPINIROLE ER	2		SIMVASTATIN 40 MG TABLET	1	
ROPINIROLE	2		SIMVASTATIN 5 MG TABLET	1	
ROSADAN 0.75% CREAM	2		SIMVASTATIN 80 MG TABLET	1	QL
ROSADAN 0.75% GEL	2		BD SINGLE USE SWAB	3	
ROSUVASTATIN	2		SIROLIMUS 0.5 MG TABLET	2	
ROTARIX	3		SIROLIMUS 1 MG TABLET	2	
ROTATEQ	3		SIROLIMUS 1 MG/ML SOLUTION	5	SRX
ROWEEPRA	2		SIROLIMUS 2 MG TABLET	2	
ROWEEPRA XR	2		SIRTURO	4	PA, LDD
RUFINAMIDE	4	QL	SKLICE	4	
SAIZEN	5	PA, ST, SRX	SKYRIZI	5	PA, QL, SRX
SAIZEN-SAIZENPREP	5	PA, ST, SRX	SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	5	PA, QL, SRX
SALICYLIC ACID 27.5% LIQUID	2		SLYND	4	
SALSALATE	2		SODIUM POLYSTYRENE 15 G/60 ML	2	
SANTYL	4	QL	SODIUM CHLORIDE 0.9% INHALATION VIAL	2	
SAPROPTERIN	5	PA, SRX	SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION	2	
SAVAYSA	4	PA, QL	SODIUM CHLORIDE 0.9% PROCESSING SOLUTION	2	
SAVELLA	4		SODIUM CHLORIDE 10% VIAL	2	
SCOPOLAMINE	2		SODIUM CHLORIDE 3% VIAL	2	
SECONAL	4		SODIUM CHLORIDE 7% VIAL	2	
SELEGILINE	2		SODIUM FLUORIDE 0.25 (0.55) MG	2	
SELENIUM SULFIDE 2.25% SHAMPOO	2				
SELENIUM SULFIDE 2.5% LOTION	2				
SE-NATAL 19	1				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
SODIUM FLUORIDE 0.5 MG(1.1 MG)	2		SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	2	
SODIUM FLUORIDE 0.5 MG/ML DROPS	2		SULFADIAZINE	2	
SODIUM FLUORIDE 1 MG (2.2 MG)	2		SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM DS TABLET	1	
SODIUM FLUORIDE 1.1% CREAM	2		SULFAMETHOXAZOLE-TMP SS TABLET	1	
SODIUM FLUORIDE 1.1% GEL	2		SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM SUSPENSION	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH	2		SULFAMYLON	4	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS CREAM	2		SULFASALAZINE	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM CREAM	2		SULFASALAZINE DR	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM PASTE	2		SULINDAC	2	
SODIUM FLUORIDE ENAMEL PROTECT	2		SUMATRIPTAN 20 MG NASAL SPRAY	2	QL
SODIUM FLUORIDE SENSITIVE	2		SUMATRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	2	QL
SODIUM PHENYLBUTYRATE	5	SRX	SUMATRIPTAN	2	QL
SODIUM POLYSTYRENE POWDER	2		SUPRAX	4	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	5	PA, SRX	SUPREP	4	
SOLIFENACIN	3	QL	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	3	
SOLTAMOX	4		SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	3	
SOMAVERT	5	PA, LDD, SRX	SUTENT	5	PA, SRX
SOTALOL	2		SYEDA	1	
SOTALOL AF	2		SYLATRON	5	PA, SRX
SOTYLIZE	4	PA	SYMAX	2	
SOVALDI 150 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX	SYMAX-SL	2	
SOVALDI 200 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX	SYMAX-SR	2	
SOVALDI 200 MG TABLET	5	PA, SRX	SYMLINPEN 120	4	QL
SOVALDI 400 MG TABLET	5	PA, SRX	SYMLINPEN 60	4	QL
SPINOSAD	2		SYMTUZA	3	
SPIRONOLACTONE	2		SYNAREL	5	SRX
SPIRONOLACTONE-HCTZ	2		SYNERA	4	
SPRINTEC	1		SYNTHROID	4	
SPRYCEL	5	PA, SRX	TABLOID	4	
SPS	2		TACROLIMUS	2	
SRONYX	1		TADALAFIL 2.5 MG TABLET	2	PA, QL
SSKI	4		TADALAFIL 20 MG TABLET	5	PA, SRX
STAVUDINE	2		TADALAFIL 5 MG TABLET	2	PA, QL
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	TAFINLAR	5	PA, LDD, SRX
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX	TAGRISSO	5	PA, LDD, SRX
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	TAKE ACTION	4	
STERILE WATER FOR IRRIGATION	2		TALTZ AUTOINJECTOR	5	PA, QL, LDD, SRX
STIMATE	5	PA, SRX	TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	5	PA, QL, LDD, SRX
STIVARGA	5	PA, LDD, SRX	TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	5	PA, QL, LDD, SRX
STRIBILD	3		TALTZ SYRINGE	5	PA, QL, LDD, SRX
SUBVENITE	2		TAMOXIFEN	2	
SUBVENITE (BLUE)	2		TAMSULOSIN	2	
SUBVENITE (GREEN)	2		TARGETIN 1% GEL	5	SRX
SUBVENITE (ORANGE)	2		TARINA 24 FE	1	
SUCRAID	5	LDD, SRX	TARINA FE	1	
SUCRALFATE 1 GM TABLET	2		TARINA FE 1-20 EQ	1	
SULFACETAMIDE	2				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
TARON-C DHA	1		TESTOSTERONE CYPIONATE 500 MG/5 ML	2	
TARON-PREX PRENATAL DHA CAPSULE	1		TESTOSTERONE CYPIONATE 6,000 MG/30ML	2	
TASIGNA	5	PA, SRX	TESTOSTERONE ENANTHATE	2	
TAYTULLA	3		TETCAINE	2	
TAZAROTENE 0.1% CREAM	2		TETRABENAZINE	5	PA, SRX
TAZORAC	4		TETRACAINE 0.5% EYE DROPS	2	
TAZTIA XT	2		TETRACAINE 0.5% STERI-UNIT SOLUTION	2	
TDVAX VIAL	3		TETRACYCLINE	2	
TELMISARTAN	2		TETRAVISC	4	
TELMISARTAN-AMLODIPINE	2		TEXACORT	4	
TELMISARTAN-HCTZ	2		THALOMID	5	PA, LDD, SRX
TEMAZEPAM	2		THEOCHRON	2	
TEMOZOLOMIDE	4	PA	THEOPHYLLINE	2	
TENCON	2		THIOLA	4	LDD
TENIVAC	3		THIORIDAZINE	2	
TENOFOVIR	2		THIOTHIXENE	2	
TERAZOSIN	1		THRIVITE 19	1	
TERBINAFINE	1		THYROID	1	
TERBUTALINE 2.5 MG TABLET	2		THYROLAR-1	4	
TERBUTALINE 5 MG TABLET	2		THYROLAR-1/2	4	
TERCONAZOLE 0.4% CREAM	2		THYROLAR-1/4	4	
TERCONAZOLE 0.8% CREAM	2		THYROLAR-2	4	
TERCONAZOLE 80 MG SUPPOSITORY	2		THYROLAR-3	4	
TERIPARATIDE	5	PA, QL, SRX	TIADYLT ER	2	
TESTOSTERON CYPIONATE 1,000 MG/10 ML	2		TIAGABINE	2	
TESTOSTERON CYPIONATE 2,000 MG/10 ML	2		TILIA FE	1	
TESTOSTERONE 1% (25MG/2.5G) PACKET	2	QL	TIMOLOL 0.25% GEL-SOLUTION	2	
TESTOSTERONE 1% (50 MG/5 G) PACKET	2	QL	TIMOLOL 0.25% GFS GEL-SOLUTION	2	
TESTOSTERONE 1.62% (2.5 G) PACKET	2	QL	TIMOLOL 0.5% GEL-SOLUTION	2	
TESTOSTERONE 1.62% GEL PUMP	2	QL	TIMOLOL 0.5% GFS GEL-SOLUTION	2	
TESTOSTERONE 1.62%(1.25 G) PACKET	2	QL	TIMOLOL 0.25% EYE DROPS	2	
TESTOSTERONE 10 MG GEL PUMP	2	QL	TIMOLOL 0.5% EYE DROPS	2	
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	2	QL	TIMOLOL 10 MG TABLET	2	
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM GEL	2	QL	TIMOLOL 20 MG TABLET	2	
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PACKET	2	QL	TIMOLOL 5 MG TABLET	2	
TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/5 ML	2		TINIDAZOLE	2	
TESTOSTERONE CYPIONATE 100 MG/ML	2		TIS-U-SOL PENTALYTE	4	
TESTOSTERONE CYPIONATE 200 MG/ML	2		TIVICAY	3	
TESTOSTERONE CYPIONATE 500 MG/2.5 ML	2		TIVICAY PD	3	
			TIZANIDINE 2 MG CAPSULE	2	
			TIZANIDINE 2 MG TABLET	2	
			TIZANIDINE 4 MG CAPSULE	2	
			TIZANIDINE 4 MG TABLET	2	
			TIZANIDINE 6 MG CAPSULE	2	
			TL-SELECT	1	
			TOBRADEX OINTMENT	4	
			TOBRADEX ST	4	

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista completa de los medicamentos que cubre su plan.



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
TOBRAMYCIN 0.3% EYE DROPS	2		TRIAMCINOLONE 0.025% LOTION	2	
TOBRAMYCIN 300 MG/5 ML AMPULE	4	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.025% OINTMENT	2	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	4	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.1% CREAM	2	
TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE	2		TRIAMCINOLONE 0.1% LOTION	2	
TOBREX OINTMENT	4		TRIAMCINOLONE 0.1% OINTMENT	2	
TOLAZAMIDE	2		TRIAMCINOLONE 0.1% PASTE	2	
TOLBUTAMIDE	2		TRIAMCINOLONE 0.147 MG/G SPRAY	4	
TOLCAPONE	5	SRX	TRIAMCINOLONE 0.5% CREAM	2	
TOLMETIN	2		TRIAMCINOLONE 0.5% OINTMENT	2	
TOLTERODINE	2		TRIAMTERENE	4	
TOLTERODINE ER	2		TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG CAPSULE	2	
TOLVAPTAN	5	SRX	TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG TABLET	1	
TOPIRAMATE	2		TRIAMTERENE-HCTZ 50-25 MG CAPSULE	2	
TOPIRAMATE ER	2		TRIAMTERENE-HCTZ 75-50 MG TABLET	1	
TOREMIFENE	4		TRIAZOLAM	2	
TORSEMIDE	2		TRIDERM	2	
TOVET EMOLLIENT	2		TRIENTINE	4	PA
TOVIAZ	4	ST, QL	TRI-ESTARYLLA	1	
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, LDD, SRX	TRIFLUOPERAZINE	2	
TRAMADOL ER 100 MG TABLET	2	QL	TRIFLURIDINE	2	
TRAMADOL ER 200 MG TABLET	2	QL	TRIHEXYPHENIDYL 2 MG TABLET	1	
TRAMADOL ER 300 MG TABLET	2	QL	TRIHEXYPHENIDYL 2 MG/5 ML ELIXIR	2	
TRAMADOL 50 MG TABLET	2	QL	TRIHEXYPHENIDYL 5 MG TABLET	2	
TRAMADOL ER 150 MG CAPSULE	2	QL	TRIKAFTA	5	PA, QL, LDD, SRX
TRAMADOL-ACETAMINOPHN 37.5-325	2	QL	TRIKLO	2	
TRANDOLAPRIL	1		TRI-LEGEST FE	1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER	2		TRI-LINYAH	1	
TRANEXAMIC ACID 650 MG TABLET	2		TRI-LO-ESTARYLLA	1	
TRANLYCYPROMINE	2		TRI-LO-MARZIA	1	
TRAVOPROST	2		TRI-LO-MILI	1	
TRAZODONE 100 MG TABLET	1		TRI-LO-SPRINTEC	1	
TRAZODONE 150 MG TABLET	1		TRILYTE WITH FLAVOR PACKETS	2	
TRAZODONE 300 MG TABLET	2		TRIMETHOBENZAMIDE	2	
TRAZODONE 50 MG TABLET	1		TRIMETHOPRIM	2	
TRECATOR	4		TRI-MILI	1	
TREMFYA	5	PA, QL, SRX	TRIMIPRAMINE	2	
TRETINOIN 0.01% GEL	2	AGE	TRIMPEX	4	
TRETINOIN 0.025% CREAM	2	AGE	TRINATAL RX 1	1	
TRETINOIN 0.025% GEL	2	AGE	TRI-NORINYL	4	
TRETINOIN 0.05% CREAM	2	AGE	TRINTELLIX	4	ST, QL
TRETINOIN 0.05% GEL	2	AGE	TRI-NYMYO	1	
TRETINOIN 0.1% CREAM	2	AGE	TRI-PREVIFEM	1	
TRETINOIN 10 MG CAPSULE	4	PA	TRI-SPRINTEC	1	
TRETINOIN MICROSPHERE	2	AGE	TRIUMEQ	3	
TRETIN-X	4	AGE	TRIVEEN-DUO DHA	1	
TRI FEMYNOR	1		TRIVEEN-ONE	1	
TRIADVANCE	1				
TRIAMCINOLONE 0.025% CREAM	2				

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista completa de los medicamentos que cubre su plan.

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
TRIVEEN-PRX RNF	1		VENCLEXTA	5	PA, LDD, SRX
TRIVEEN-U	1		VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA, LDD, SRX
TRI-VITAMIN WITH FLUORIDE	2		VENLAFAXINE	2	QL
TRI-VITE WITH FLUORIDE	2		VENLAFAXINE ER 150 MG CAPSULE	2	QL
TRIVORA-28	1		VENLAFAXINE ER 37.5 MG CAPSULE	2	QL
TRI-VYLIBRA	1		VENLAFAXINE ER 75 MG CAPSULE	2	QL
TRI-VYLIBRA LO	1		VENTAVIS	5	PA, LDD, SRX
TROPICAMIDE	2		VERAPAMIL 120 MG TABLET	2	
TROSPIMUM	2		VERAPAMIL 360 MG CAP PELLETT	2	
TROSPIMUM ER	2		VERAPAMIL 40 MG TABLET	2	
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	3		VERAPAMIL 80 MG TABLET	2	
TRULICITY	3	QL	VERAPAMIL ER	2	
TRUMENBA	3		VERAPAMIL ER PM	2	
TRUST NATAL DHA	1		VERAPAMIL SR	2	
TULANA	1		VERDROCET	2	
TWINRIX	3		VEREGEN	4	
TYBOST	3		VESTURA	1	
TYDEMY	1		VIDEX	3	
TYVASO	5	PA, LDD, SRX	VIENVA	1	
TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT	5	PA, LDD, SRX	VIGABATRIN 500 MG POWDER PACKET	5	QL, LDD, SRX
TYVASO REFILL KIT	5	PA, LDD, SRX	VIGABATRIN 500 MG TABLET	5	QL, LDD, SRX
TYVASO STARTER KIT	5	PA, LDD, SRX	VIGADRONE	5	QL, LDD, SRX
TYZINE	4		VIIBRYD	4	ST, QL
UDENYCA	5	PA, SRX	VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	4	PA, QL
ULESFIA	4		VIMPAT 100 MG TABLET	4	PA, QL
ULTILET ALCOHOL STERILE SWAB	3		VIMPAT 150 MG TABLET	4	PA, QL
UNITHROID	1		VIMPAT 200 MG TABLET	4	PA, QL
URIN D.S.	2		VIMPAT 50 MG TABLET	4	PA, QL
UROQID-ACID NO.2	4		VINACAL	1	
URSODIOL	2		VINATE GT	1	
USTELL	2		VINATE II	1	
UTIRA-C	2		VINATE ONE	1	
VALACYCLOVIR	2		VINATE PN CARE	1	
VALCHLOR	5	LDD, SRX	VINATE ULTRA	1	
VALGANICLOVIR	4		VINATE-M	1	
VALPROIC ACID	2		VIOKACE	4	
VALSARTAN	2		VIORELE	1	
VALSARTAN-HCTZ	2		VIREAD 150 MG TABLET	3	
VANADOM	2		VIREAD 200 MG TABLET	3	
VANCOMYCIN	4		VIREAD 250 MG TABLET	3	
VANDAZOLE	2		VIREAD POWDER	3	
VAQTA	3		VIRT-C DHA	1	
VARIVAX VACCINE	3		VIRT-NATE DHA	1	
VARUBI 90 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	VIRT-PN	1	
VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	4	PA	VIRT-PN DHA	1	
VAXELIS	3		VIRT-PN PLUS	1	
VELIVET	1		VISTOGARD	5	LDD, SRX
VEMLIDY	5	PA, SRX	VIT A,C,D-FLUORIDE 0.25 MG/ML	2	
VENA-BAL DHA	1				
VENATAL COMPLETE DHA COMBO	1				

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista completa de los medicamentos que cubre su plan.

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Kansas para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
VITAFOL-OB	1		ZATEAN-PN PLUS	1	
VITAMIN D2 1.25MG(50,000 UNIT)	2		ZAZOLE	2	
VITASPIRE	1		ZELBORAF	5	PA, LDD, SRX
VOL-NATE	1		ZENATANE	4	
VOLNEA	1		ZENZEDI 10 MG TABLET	2	
VOL-PLUS	1		ZENZEDI 5 MG TABLET	2	
VORICONAZOLE 200 MG TABLET	4	PA	ZETONNA	4	ST
VORICONAZOLE 40 MG/ML SUSPENSION	4	PA	ZIDOVUDINE	2	
VORICONAZOLE 50 MG TABLET	4	PA	ZILEUTON ER	5	SRX
VOTRIENT	5	PA, SRX	ZIOPTAN	4	QL
VP-CH PLUS	1		ZIPRASIDONE	2	
VP-CH-PNV	1		ZIRGAN	4	
VRAYLAR	4	ST, QL	ZOLADEX	5	PA, SRX
VYFEMLA	1		ZOLINZA	5	PA, SRX
VYLIBRA	1		ZOLMITRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL
VYNATAL-FA	1		ZOLMITRIPTAN 5 MG TABLET	2	QL
WARFARIN	1		ZOLMITRIPTAN ODT	2	QL
WEBCOL	3		ZOLPIDEM	2	
WERA	1		ZOLPIDEM ER	2	
WESTAB PLUS	1		ZONISAMIDE	2	
WESTHROID	1		ZOSTAVAX	3	
WIXELA	2		ZOVIA 1-35	1	
WP THYROID	3		ZOVIA 1-35E	1	
WYMZYA FE	1		ZUMANDIMINE	1	
XALKORI	5	PA, LDD, SRX	ZUPLENZ	4	QL
XARELTO	3	PA, QL	ZYDELIG	5	PA, LDD, SRX
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	5	PA, ST, QL, SRX	ZYKADIA	5	PA, SRX
XELJANZ 10 MG TABLET	5	PA, ST, QL, SRX	ZYLET	4	
XELJANZ 5 MG TABLET	5	PA, ST, QL, SRX	ZILEUTON ER	5	
XELJANZ XR	5	PA, ST, QL, SRX	ZIOPTAN	4	QL
XIFAXAN 200 MG TABLET	4		ZIPRASIDONE HCL	2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	4	QL	ZIRGAN	4	
XIGDUO XR	3	QL	ZOLADEX	5	PA
XOLAIR	5	PA, LDD, SRX	ZOLINZA	5	PA
XTAMPZA ER	3		ZOLMITRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL
XTANDI 40 MG CAPSULE	5	PA, ST, LDD, SRX	ZOLMITRIPTAN 5 MG TABLET	2	QL
XTANDI 40 MG TABLET	5	PA, ST, LDD, SRX	ZOLMITRIPTAN ODT	2	QL
XTANDI 80 MG TABLET	5	PA, ST, LDD, SRX	ZOLPIDEM TARTRATE	2	
XULANE	1		ZOLPIDEM TARTRATE ER	2	
XURIDEN	5	PA, LDD, SRX	ZONISAMIDE	2	
XYLON 10	2		ZOSTAVAX	3	
XYREM	5	PA, LDD, SRX	ZOVIA 1-35	1	
YUVAFEM	2	QL	ZOVIA 1-35E	1	
ZAFEMY	1		ZUMANDIMINE	1	
ZAFIRLUKAST	2		ZUPLENZ	4	QL
ZALEPLON	2		ZYDELIG	5	PA, LDD
ZARAH	1		ZYKADIA	5	PA
ZARXIO	5	SRX	ZYLET	4	
ZATEAN-PN DHA	1				

Visite [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver la lista completa de los medicamentos que cubre su plan.

## Preguntas frecuentes

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

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

**R.** Cigna revisa y actualiza periódicamente la Lista de medicamentos con receta. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Intentamos ofrecerle muchas opciones entre las que elegir para tratar su condición médica. Estos cambios pueden incluir:

- Pasar un medicamento a un nivel de costos más bajo.
- Pasar un medicamento de marca a un nivel de costos más alto cuando haya un genérico disponible.
- Pasar un medicamento a un nivel de costos más alto y/o dejar de cubrir un medicamento.
- Agregar requisitos de cobertura adicionales para un medicamento.

Cuando hacemos un cambio que afecta la cobertura de un medicamento que está tomando, le avisamos antes de que el cambio entre en vigor. De esta manera, usted tiene tiempo de hablar con su médico sobre las opciones disponibles.

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

**R.** Para ayudar a reducir sus costos de cuidado de la salud totales, su plan no cubre determinados medicamentos de marca de alto costo porque hay alternativas cubiertas y de menor costo que se utilizan para tratar la misma condición. Esto significa que la alternativa actúa de una manera igual o similar al medicamento no cubierto. Si está tomando un medicamento que su plan no cubre, y su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, su médico podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura.

Es posible que su plan también excluya determinados medicamentos o productos de la cobertura. Esto se conoce como una “exclusión del plan (o de beneficios)”. Por ejemplo, su plan no incluye medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. Con los medicamentos excluidos, no existe la opción de recibir cobertura a través del proceso de revisión de la cobertura de Cigna.

### **P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?**

**R.** La Lista de medicamentos con receta es manejada por el Equipo de decisiones comerciales que, sujeto a la revisión y aprobación de la Lista de medicamentos con receta por parte del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés), toma decisiones sobre la asignación de niveles de cobertura de los Medicamentos con receta o Suministros relacionados y/o aplica requisitos de administración de la utilización a determinados Medicamentos con receta o Suministros relacionados. Es posible que los niveles de cobertura de su Póliza/Acuerdo de servicios contengan Medicamentos con receta o Suministros relacionados que sean Medicamentos genéricos, Medicamentos de

marca o Medicamentos de especialidad. La asignación de cualquier Medicamento con receta o Suministros relacionados a un nivel específico, y la aplicación de requisitos de administración de la utilización a un Medicamento con receta depende de varios factores clínicos y económicos. Los factores clínicos incluyen, a modo de ejemplo, las evaluaciones del lugar de terapia, la seguridad relativa o la eficacia relativa del Medicamento con receta o los Suministros relacionados por parte del Comité de P&T, y los factores económicos incluyen, a modo de ejemplo, el costo y/o los reembolsos disponibles para los Medicamentos con receta o los Suministros relacionados. Usted (o el Miembro de Su familia) y el Médico que le receta medicamentos determinarán si un Medicamento con receta o Suministro relacionado en particular son apropiados para Usted o cualquiera de los Miembros de Su familia, sin importar su elegibilidad para estar cubiertos por Su Póliza/Acuerdo de servicios.

### **P. ¿Por qué algunos medicamentos necesitan aprobación para que mi plan los cubra?**

**R.** El proceso de revisión ayuda a garantizar que usted esté recibiendo cobertura para el medicamento correcto, al costo correcto, en la cantidad correcta y para la situación correcta.

### **P. ¿Cómo sé si estoy tomando un medicamento que necesita aprobación?**

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

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

**R.** Medicamentos que:

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

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

**R.** Medicamentos que:

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

## Preguntas frecuentes (cont.)

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

**R.** El programa de Tratamiento escalonado de Cigna incluye medicamentos que se usan para tratar las siguientes condiciones médicas comunes:

- Trastorno por déficit de atención (ADD)/Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD)
- Alergias
- Asma/EPOC
- Salud cardiovascular
- Diabetes
- Pirosis/úlceras/acidez estomacal
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Salud mental
- Vejiga hiperactiva/problemas de vejiga
- Control del dolor
- Trastornos del sueño

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

**R.** Algunos medicamentos solo se consideran clínicamente apropiados si la persona que los toma se encuentra dentro de un determinado rango de edad.

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

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

Cigna revisará la información que proporcione su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con las pautas de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. Si usted cumple con las pautas, se aprobará la cobertura de su medicamento. Si no cumple con las pautas, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna con los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

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

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

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

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

### **P. ¿Están todos los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos?**

**R.** Sí. Todos los medicamentos están aprobados por la FDA.

### **P. ¿Los medicamentos recientemente aprobados por la FDA están cubiertos en mi Lista de medicamentos?**

**R.** Es posible que los medicamentos recientemente aprobados no estén cubiertos en su Lista de medicamentos durante los primeros seis meses después de recibir la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por planes de beneficios de farmacia estándares. Nosotros revisamos todos los medicamentos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, en qué nivel. Si su médico considera que un medicamento cubierto actualmente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento recientemente aprobado.

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

**R.** La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), comúnmente denominada “reforma del cuidado de salud”, se sancionó el 23 de marzo de 2010. En virtud de esta ley, es posible que determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos productos de venta libre) estén disponibles para usted sin que tenga que pagar una parte del costo (\$0), según su plan. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan los medicamentos preventivos. También puede ver la Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA en [Cigna.com/ifp-drug-list](http://Cigna.com/ifp-drug-list).

Para obtener más información sobre la reforma del cuidado de salud, visite [www.informedonreform.com](http://www.informedonreform.com) o [Cigna.com](http://Cigna.com).

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

**R.** Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.<sup>1</sup>

## Preguntas frecuentes (cont.)

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

**R.** Es posible que pueda ahorrar dinero si se pasa a un medicamento que está en un nivel inferior (por ejemplo, un medicamento genérico preferido o genérico) o si le despachan un suministro para 90 días, si su plan lo permite. Debería consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

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

**R.** Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.<sup>2</sup> Los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos, y la misma concentración, formulación, eficacia, calidad y seguridad.

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

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

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos.<sup>2</sup> El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos que los de marca no significa que sean medicamentos de menor calidad.

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

**R.** Para obtener la cobertura de su plan, tendrá que pasarse a una farmacia de la red de su plan.

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

**R.** Sí, su plan permite que le despachen recetas a través de la farmacia de entrega a domicilio de Cigna y farmacias minoristas de la red.

### **Entrega a domicilio con Express Scripts® Pharmacy**

Express Scripts® Pharmacy, nuestra farmacia de entrega a domicilio, es una opción conveniente cuando está tomando un medicamento en forma regular para tratar una condición médica permanente. Es sencilla y segura, y le permite ir menos veces a la farmacia.

- Es muy fácil pedir, administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- El envío estándar no tiene costo adicional<sup>3</sup>
- Le enviarán recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro para hasta 90 días de una vez<sup>4</sup>
- Reciba la ayuda de amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

### **1. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.**

Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s).

**2. Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones) electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts.

### **3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.**

Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

### **Accredo, una farmacia de especialidad de Cigna**

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarlo. Ellos le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad a su hogar (o al lugar que usted elija).<sup>5</sup> También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional.

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

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Asegúrese de llamar a Accredo alrededor de dos semanas antes de su próxima renovación para que tengan tiempo de obtener una nueva receta del consultorio de su médico. Para obtener más información sobre Accredo, visite **Cigna.com/specialty**.

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

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

## Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre

### Servicios excluidos

Además de las otras exclusiones y limitaciones que se describen en esta Póliza, no se brindan beneficios para lo siguiente:

1. Servicios **no incluidos específicamente como Servicios cubiertos** en esta Póliza.
2. Servicios o suministros que **no son Médicamente necesarios**.
3. Cualquier medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico y servicios relacionados que, a la fecha del servicio, se consideren **Experimentales, En investigación o No comprobados** según se define en la sección "Definiciones". Esta exclusión no se aplica a los servicios de cuidado de rutina del paciente (según lo definido en la Reglamentación Administrativa de Kansas 40-4-43) brindados en un estudio clínico para el cáncer aprobado para los cuales habría beneficios disponibles si los servicios no se brindaran en relación con ese estudio clínico.
4. 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.
5. Servicios para lesiones o enfermedades relacionadas con Su empleo en la medida en que Usted tenga cobertura o deba tener cobertura de un **seguro de accidentes de trabajo**. Si Usted celebra un acuerdo por el cual renuncia a Su derecho a recuperar beneficios médicos pasados o futuros en virtud de un seguro de accidentes de trabajo, Cigna no pagará los beneficios médicos pasados o futuros que estén sujetos a ese acuerdo o relacionados con él. Además, si Usted tiene cobertura en virtud de un programa de seguro de accidentes de trabajo que limita los beneficios cuando se usan Proveedores diferentes de los especificados y Usted recibe servicios de un Proveedor no especificado por el programa, Cigna no pagará los saldos de los Cargos de dichos Proveedores no especificados una vez agotados Sus beneficios en virtud del programa.
6. Condiciones 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 ese delito 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.
7. 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.
8. Servicios que deben ser brindados por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal.
9. 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 los Centros militares de tratamiento serán considerados para el pago de acuerdo con la legislación vigente.
10. **Si la Persona asegurada cumple con los requisitos para recibir cobertura** en virtud de las Partes A, B, C 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.
11. **Tratamiento u hospitalización ordenados por un juez**, a menos que el tratamiento sea indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por esta Póliza.
12. Servicios **profesionales o suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre por cualquier persona, incluido un Médico, a cualquiera** de las siguientes personas:
  - a. Usted o Su empleador;
  - b. una persona que viva en el hogar de la Persona asegurada o el empleador de dicha persona;
  - c. una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con la Persona asegurada, o el empleador de dicha persona; o
  - d. un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted, directa o indirectamente, o a una organización de la cual Usted reciba, directa o indirectamente, una remuneración.
13. **Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico.**
14. Los servicios o suministros **brindados por o en un hogar de ancianos, un asilo de convalecencia o cualquier centro** en el que una parte significativa de las actividades incluyan el descanso, la recreación, el tiempo libre o cualquier otro servicio que no sea un Servicio cubierto.
15. **Asistencia con las actividades cotidianas**, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, bañarse, comer, vestirse u otras actividades de Cuidados de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.

16. 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 ambulatorio.
17. Servicios no indicados por un médico o que continúan después de que un médico ha indicado que no es necesario proporcionar más cuidado.
18. **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.
19. **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular.
20. **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.
21. Los servicios cubiertos por **este plan médico y un plan dental pediátrico relacionado certificado por el intercambio** y reembolsados en virtud del plan dental no se reembolsarán conforme a este plan.
22. **Aparatos auditivos**, salvo los procedimientos quirúrgicos para la implantación de Aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés). A los fines de esta exclusión, un aparato auditivo es cualquier dispositivo que amplifica el sonido.
23. **Pruebas de audición de rutina**, salvo según lo dispuesto en Cuidado preventivo.
24. **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 Beneficios de la vista pediátricos.
25. **Procedimientos refractivos**, incluidas las queratotomías radiales, la relajación corneal, la queratofaquia, queratomileusis o cualquier otro procedimiento utilizado para modificar la curvatura corneal, salvo los procedimientos Médicamente necesarios asociados con la anisometropía grave.
26. **Cirugía estética, terapia** u otros servicios para embellecerse, mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar problemas psicológicos o psicosociales relacionados 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.
27. **Aborto**, a menos que un Médico certifique por escrito que el embarazo pondría en riesgo la vida de la madre.
28. **Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal o que mejoran o permiten la comunicación**, a excepción de una electrolaringe, entre ellos, a modo de ejemplo, tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, 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.
29. **Asesoría no médica o servicios auxiliares**, que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, servicios y materiales de biorretroalimentación autógena, salvo para la incontinencia urinaria en adultos de 18 años o más, 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 educacional u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y los retrasos en el desarrollo, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
30. Procedimientos, cirugía o tratamientos para **cambiar características del cuerpo** por las del sexo opuesto, a menos que dichos servicios se consideren Médicamente necesarios o cumplan de otra forma con los requisitos de cobertura aplicables.
31. Cualquier tratamiento, medicamento con receta, servicio o suministro **para tratar la disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
32. 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*, los exámenes genéticos de preimplantación, 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 esta Póliza.
33. La **criopreservación** de esperma u óvulos, o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
34. 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.
35. Administración de sangre **con el propósito de mejorar el estado físico general**.



36. **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a Soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos.
37. **Mejoras eléctricas internas y externas** o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
38. Estimuladores de los nervios periféricos mediante **prótesis mioeléctricas**.
39. **Las extremidades o los aparatos protésicos electrónicos**, a menos que sean Medicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
40. **Aparatos ortopédicos prefabricados para pies**.
41. **Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares**, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.
42. **Calzado ortopédico**, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
43. Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética en lugar de motivos funcionales.
44. **Aparatos ortopédicos que no son para pies**, excepto **únicamente** los siguientes aparatos ortopédicos que no son para pies que se cubren cuando son Medicamente necesarios:
  - o Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
  - o Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
  - o Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
45. 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, a excepción de los servicios cubiertos como beneficios de salud preventiva. Esto incluye cualquier cirugía para la obesidad patológica, aunque la Persona asegurada tenga otras condiciones 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.
46. **Exámenes físicos o pruebas de rutina** cuya finalidad no sea el tratamiento directo de una Enfermedad, Lesión o condición real. Incluyen informes, evaluaciones o una hospitalización no requeridos por motivos de salud; los exámenes físicos requeridos para un empleo o por un empleador, por una institución educativa o para actividades deportivas, o para un seguro o una autoridad gubernamental, y evaluaciones ordenadas por un juez, forenses o de custodia, a menos que en esta Póliza se establezca específicamente lo contrario.
47. **Servicios educativos**, salvo los Programas de capacitación para el autocontrol de la diabetes, el tratamiento para el Autismo o según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna.
48. **Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios**, salvo según lo indicado en esta Póliza.
49. **Equipos para realizar ejercicios, artículos para hacer la vida más cómoda y otros equipos y suministros médicos** no incluidos específicamente como Servicios cubiertos en la sección "Servicios cubiertos" de esta Póliza. Los equipos médicos excluidos incluyen, a modo de ejemplo: purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores; cintas para correr; equipos de spa; elevadores; suministros para comodidad, higiene o belleza; pelucas; fundas y suministros desechables; aparatos de corrección o de apoyo y suministros como medias, y suministros médicos de consumo que no sean materiales para estoma 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.
50. **Cuidado de rutina de los pies**, que incluye cortar o eliminar callos o durezas; cortar las uñas, cuidados higiénicos de rutina y cualquier servicio que se brinde sin que haya una Enfermedad localizada, una condición sistémica, una Lesión o síntomas que comprometan los pies, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
51. **Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad** debido a que la Persona asegurada no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 60 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.
52. Servicios asociados con cualquier examinación física o de salud relacionada con **exámenes de detección masivos**, a excepción de los exámenes de Papanicolaou y las mamografías que se realicen en un centro de atención médica móvil certificado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Dos ejemplos de exámenes de detección masivos son las camionetas móviles y los programas de pruebas en escuelas.
53. Cargos por **autopsias**, a menos que la autopsia sea solicitada por la compañía.
54. **Transporte** distinto de los Servicios de ambulancia cubiertos.
55. Cargos por completar **formularios de reclamo** de seguros.
56. Servicios de salud asociados con lesiones corporales accidentales provocadas por un **accidente automovilístico**, en la medida en que dichos servicios sean pagaderos en virtud de una disposición de pago de gastos médicos de cualquier póliza de seguro de automotores.
57. **Desfibriladores** externos automáticos.

Cigna se reserva el derecho de efectuar cambios a esta Lista de medicamentos sin notificación. Consulte [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver una lista actualizada. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte su póliza/acuerdo de servicios 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.



1. Los precios que se muestran en myCigna no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite myCigna para obtener más información.
2. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. <https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers>.
3. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
4. Los medicamentos del Nivel 5 tienen un límite de un suministro para 30 días.
5. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.

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

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, Accredo Health Group, Inc., Express Scripts, Inc., ESI Mail Pharmacy Service, Inc., Express Scripts Pharmacy, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc. y Cigna HealthCare of North Carolina, Inc. "Accredo" se refiere a Accredo Health Group, Inc. "Express Scripts Pharmacy" se refiere a ESI Mail Pharmacy Service, Inc. y Express Scripts Pharmacy, Inc. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. "Accredo" y "Express Scripts Pharmacy" son marcas comerciales de Express Scripts Strategic Development, Inc. Las imágenes se usan con fines ilustrativos únicamente.

# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

## Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

## Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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