



# LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE 5 NIVELES DE CIGNA PREMIERE VIRGINIA 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	37
Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre	40

### 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 **Virginia** 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 Premiere Virginia, 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 Premiere Virginia para 2022 realmente cubre estos medicamentos.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ABACAVIR 300 MG TABLET	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
ACAMPROSATE	3	
ACETYL CYSTEINE 10% VIAL	2	
ACETYL CYSTEINE 20% VIAL	2	
ACITRETIN 10 MG CAPSULE	4	
ACITRETIN 17.5 MG CAPSULE	4	
ACITRETIN 25 MG CAPSULE	4	
ACTHIB	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	2	
ADAPALENE 0.1% CREAM	2	AGE
ADAPALENE 0.1% GEL	2	
ADEFOVIR DIPIVOXIL	4	SRX
AFIRMELLE	1	
AFTERA	4	
AK-POLY-BAC	2	
ALISKIREN	4	QL
ALLOPURINOL	1	
ALOMIDE	4	
ALOSETRON	4	
ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLET	2	

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 Premiere Virginia 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.

<p><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.</p>	Medicamento con el costo más bajo	\$
<p><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.</p>	Medicamento de menor costo	\$\$
<p><b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida.</b> Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.</p>	Medicamento de costo medio	\$\$\$
<p><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.</p>	Medicamento de mayor costo	\$\$\$\$
<p><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.</p>	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	18–21
K–L	21–23
M–N	23–26
O–P	26–30
Q–S	30–32
T–U	32–34
V–Z	34–36

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

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

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
AMITRIPTYLINE 25 MG TABLET	1		ANAGRELIDE	4	
AMITRIPTYLINE 50 MG TABLET	1		ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION	4	
AMITRIPTYLINE 75 MG TABLET	1		ANASTROZOLE	2	
AMLODIPINE	2		ANORO ELLIPTA	3	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL	2		ANUCORT-HC	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN	2		APEXICON E	4	
AMLODIPINE-OLMESARTAN	2		APIDRA	4	ST, QL
AMLODIPINE-VALSARTAN	2		APIDRA SOLOSTAR	4	ST, QL
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ	2		APOKYN	5	PA, SRX, LDD
AMMONIUM LACTATE 12% CREAM	2		APRACLONIDINE	2	
AMMONIUM LACTATE 12% LOTION	2		APREPITANT 125 MG CAPSULE	2	QL
AMNESTEEM	4		APREPITANT 125-80-80 MG PACK	2	QL
AMOXAPINE	2		APREPITANT 40 MG CAPSULE	2	QL
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG TABLET CHEWABLE	2		APREPITANT 80 MG CAPSULE	2	QL
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG SUSPENSION	2		APRI	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-125 MG TABLET	1		APTIOM	4	PA, QL
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-62.5 MG/5 ML SUSPENSION	2		APTIVUS	3	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG TABLET CHEWABLE	2		AQUA CARE 0.9% NACL IRRIGATION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG/5 ML SUSPENSION	2		AQUA CARE STERILE WATER IRRIGATION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 500-125 MG TABLET	1		ARANELLE	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 600-42.9 MG/5 ML SUSPENSION	2		ARANESP	5	PA, SRX
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 875-125 MG TABLET	1		ARCALYST	5	PA, SRX, LDD
AMOXICILLIN 125 MG TABLET CHEWABLE	1		ARCAPTA NEOHALER	4	ST
AMOXICILLIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		ARIPIPRAZOLE 1 MG/ML SOLUTION	3	
AMOXICILLIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	1		ARIPIPRAZOLE 10 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 250 MG CAPSULE	1		ARIPIPRAZOLE 15 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 250 MG TABLET CHEWABLE	2		ARIPIPRAZOLE 2 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		ARIPIPRAZOLE 20 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 400 MG/5 ML SUSPENSION	1		ARIPIPRAZOLE 30 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 500 MG CAPSULE	1		ARIPIPRAZOLE 5 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 500 MG TABLET	1		ARIPIPRAZOLE ODT	4	
AMOXICILLIN 875 MG TABLET	1		ARMODAFINIL	2	PA
AMOXICILLIN-CLAVULANATE ER	2		ARMOUR THYROID	3	
AMPHETAMINE	2		ARNUITY ELLIPTA	3	
AMPICILLIN	2		ASPIRIN-BUTALBITAL-CAFFEINE-CODEINE #3 CAPSULE	2	
ANADROL-50	4	PA	ASCOMP WITH CODEINE	2	
			ASENAPINE	4	QL
			ASHLYNA	1	
			ASMANEX	4	ST
			ASMANEX HFA	4	ST
			ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER	2	
			ASTAGRAF XL	5	SRX
			ATAZANAVIR	2	
			ATENOLOL	1	
			ATENOLOL-CHLORTHALIDONE	2	
			ATOMOXETINE	2	
			ATORVASTATIN	2	
			ATOVAQUONE	4	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ATOVAQUONE-PROGUANIL	2		BD AUTOSHIELD DUO NEEDLE 5MMX30G	3	
ATROPINE 1% EYE DROPS	2		BD BLUNT NEEDLE 18GX1-1/2"	3	
ATROPINE 1% EYE OINTMENT	2		BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE	3	
AUBRA	1		BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML	3	
AUBRA EQ	1		BD ECLIPSE NEEDLE 18GX1 1/2"	3	
AUROVELA	1		BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1"	3	
AUROVELA 24 FE	1		BD ECLIPSE NEEDLE 22GX1"	3	
AUROVELA FE	1		BD ECLIPSE NEEDLE 23GX1"	3	
AVANDIA	4		BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1"	3	
AVIANE	1		BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1.5"	3	
AVONEX	5	PA, SRX	BD ECLIPSE NEEDLE 25GX5/8"	3	
AVONEX PEN	5	PA, SRX	BD ECLIPSE NEEDLE 27GX1/2"	3	
AYUNA	1		BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2"	3	
AZASITE	4		BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1.5"	3	
AZATHIOPRINE	2		BD FILTER NEEDLE	3	
AZELAIC ACID 15% GEL	2		BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	3	
AZELASTINE	2		BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2ML 6MMX31G	3	
AZELASTINE-FLUTICASONE	3		BD INSULIN SYRINGE ULTRA FINE 0.3 ML 12.7MMX30G	3	
AZITHROMYCIN 1 GM POWDER PACKET	2	QL	BD INSULIN SYRINGE ULTRA FINE 0.5 ML 12.7MMX30G	3	
AZITHROMYCIN 100 MG/5 ML SUSPENSION	2	QL	BD INSULIN SYRINGE ULTRA FINE 1 ML 12.7MMX30G	3	
AZITHROMYCIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	2	QL	BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29GX12.7MM	3	
AZITHROMYCIN 250 MG TABLET	1	QL	BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29GX12.7MM	3	
AZITHROMYCIN 500 MG TABLET	1	QL	BD INSULIN SYRINGE ULTRA FINE 0.3 ML 8MMX31G	3	
AZITHROMYCIN 600 MG TABLET	2	QL	BD INSULIN SYRINGE ULTRA FINE 0.5 ML 8MMX31G	3	
AZOPT	3		BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28GX1/2"	3	
AZURETTE	1		BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29GX1/2"	3	
BACITRACIN 500 UNIT/GM OPHTHALMIC	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25GX1"	3	
BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25GX5/8"	3	
BACLOFEN 10 MG TABLET	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 26GX1/2"	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 1 ML 27GX5/8"	3	
BALZIVA	1		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2"	3	
BANZEL 200 MG TABLET	4	QL	BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29GX1/2"	3	
BANZEL 400 MG TABLET	4	QL	BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29GX12.7MM	3	
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	5	SRX	BD INSULIN SYRINGE ULTRA FINE 1 ML 8MMX31G	3	
BASAGLAR KWIKPEN U-100	3	QL			
BD 3 ML SYRINGE 18GX1-1/2"	3				
BD 3 ML SYRINGE 20GX1-1/2"	3				
BD 3 ML SYRINGE 25GX1"	3				
BD 3 ML SYRINGE 25GX1-1/2"	3				
BD 3 ML SYRINGE WITH NEEDLE	3				



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia 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 INSULIN SYRINGE 1 ML	3		BD NOKOR ADMIX NEEDLE 18GX1.5"	3	
BD INTEGRA NEEDLE 25G X 5/8"	3		BD NOKOR NEEDLE 16GX1"	3	
			BD NOKOR NEEDLE 18GX1"	3	
BD INTEGRA RETRACTING NEEDLE 23GX1"	3		BD PEN NEEDLE 29GX1/2"	3	
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 21GX1 1/2"	3		BD PRECISIONGLIDE 27GX1-1/2" NEEDLE	3	
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25GX5/8"	3		BD PRECISIONGLIDE 3 ML 22GX3/4	3	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	3		BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25G	3	
BD MAGNI-GUIDE MAGNIFIER	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 8MMX31G	3	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32GX4MM	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3ML 13MMX29G	3	
BD NEEDLE 18GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 8MMX30G	3	
BD NEEDLE 19GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5ML 13MMX29G	3	
BD NEEDLE 20GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 13MMX29G	3	
BD NEEDLE 21GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLE 21GX1"	3		BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	3	
BD NEEDLE 22GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE	3	
BD NEEDLE 22GX3/4"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18GX1.5"	3	
BD NEEDLE 23GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1"	3	
BD NEEDLE 23GX1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1.5"	3	
BD NEEDLE 25GX1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22GX1.5"	3	
BD NEEDLE 25GX5/8"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25GX1"	3	
BD NEEDLE 26GX0.625"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27GX5/8"	3	
BD NEEDLES 16GX1"	3		BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	3	
BD NEEDLES 16GX1.5"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 18GX1"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 18GX1.5"	3		BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	3	
BD NEEDLES 19GX1"	3		BD ULTRA FINE MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G	3	
BD NEEDLES 19GX1.5"	3		BD ULTRA FINE MINI PEN NEEDLE 5MMX31G	3	
BD NEEDLES 20GX1"	3		BD ULTRA FINE NANO PEN NEEDLE 4MMX32G	3	
BD NEEDLES 20GX1.5"	3		BD ULTRA FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 12.7MMX29G	3	
BD NEEDLES 21GX1"	3		BD ULTRA FINE SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G	3	
BD NEEDLES 21GX1.5"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3ML 6MMX31G (1/2)	3	
BD NEEDLES 21GX2"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 1 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 22GX1"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 22GX1.5"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 23GX0.75"	3		BECONASE AQ	4	ST
BD NEEDLES 23GX1.25"	3				
BD NEEDLES 25GX0.625"	3				
BD NEEDLES 25GX0.875"	3				
BD NEEDLES 25GX1.5"	3				
BD NEEDLES 26GX0.375"	3				
BD NEEDLES 26GX0.5"	3				
BD NEEDLES 27GX0.5"	3				
BD NEEDLES 27GX1X1.25"	3				
BD NEEDLES 30GX0.5"	3				
BD NEEDLES 30GX1"	3				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
BEKYREE	1		BROMPHENIRAMINE- PSEUDOEPHEDRINE-DM	2	
BELLADONNA-OPIMUM	2		BROVANA	4	
BELSOMRA	4	ST, QL	BUDESONIDE	4	
BENAZEPRIL	1		BUDESONIDE EC	4	
BENAZEPRIL-HCTZ	2		BUDESONIDE ER	5	PA, QL, SRX
BENZONATATE 100 MG CAPSULE	2		BUMETANIDE 0.5 MG TABLET	2	
BENZONATATE 200 MG CAPSULE	2		BUMETANIDE 1 MG TABLET	2	
BENZONATATE PERLE 100 MG CAPSULE	2		BUMETANIDE 2 MG TABLET	2	
BENZTROPINE 0.5 MG TABLET	2		BUPRENORPHINE 2 MG TABLET SL	2	
BENZTROPINE 1 MG TABLET	2		BUPRENORPHINE 8 MG TABLET SL	2	
BENZTROPINE 2 MG TABLET	2		BUPRENORPHINE PATCH	2	QL
BEPREVE	4		BUPRENORPHINE-NALOXONE	2	
BESER 0.05% LOTION	2		BUPROPION	2	QL
BESIVANCE	4		BUPROPION SR 100 MG TABLET	2	QL
BETADINE 5% EYE SOLUTION	4		BUPROPION SR 150 MG TABLET	2	QL
BETAMETHASONE AUGMENTED	2		BUPROPION SR 200 MG TABLET	2	QL
BETAMETHASONE	2		BUPROPION XL 150 MG TABLET	2	QL
BETAMETHASONE VALERATE	2		BUPROPION XL 300 MG TABLET	2	QL
BETAXOLOL	2		BUSPIRONE 10 MG TABLET	1	
BETHANECHOL	2		BUSPIRONE 15 MG TABLET	2	
BEXAROTENE	4	PA	BUSPIRONE 30 MG TABLET	2	
BEXSERO	3		BUSPIRONE 5 MG TABLET	1	
BICALUTAMIDE	2		BUSPIRONE 7.5 MG TABLET	2	
BIKTARVY	3		BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN- CAFFEINE-CODEINE	2	
BIMATOPROST 0.03% EYE DROPS	2	QL	BUTALBITAL COMPOUND-CODEINE	2	
BINOSTO	4		BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN- CAFFEINE	2	QL
BISOPROLOL	2		BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN 50-325	2	
BISOPROLOL-HCTZ	1		BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	2	QL
BLISOVI 24 FE	1		BUTORPHANOL 10 MG/ML SPRAY	2	QL
BLISOVI FE	1		BYDUREON BCISE	3	QL
BOOSTRIX TDAP	3		BYDUREON PEN	3	QL
BOSENTAN	5	PA, SRX, LDD	BYETTA	3	QL
BOSULIF	5	PA, SRX, LDD	BYSTOLIC	4	QL
BREO ELLIPTA	3		CABERGOLINE	2	QL
BRIELLYN	1		CABOMETYX	5	PA, SRX, LDD
BRILINTA	4		CAFFEINE 60 MG/3 ML ORAL	2	
BRIMONIDINE 0.15% DROPS	2		CALCIPOTRIENE 0.005% CREAM	2	
BRINZOLAMIDE	3		CALCIPOTRIENE 0.005% OINTMENT	2	
BRIVIACT 10 MG TABLET	4	PA, QL	CALCIPOTRIENE 0.005% SOLUTION	2	
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, QL	CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE	4	
BRIVIACT 100 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITONIN-SALMON	2	
BRIVIACT 25 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRENE	2	
BRIVIACT 50 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULE	2	
BRIVIACT 75 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRIOL 0.5 MCG CAPSULE	2	
BROMFED DM	2		CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	2	
BROMFENAC 0.09% EYE DROPS	2				
BROMOCRIPTINE	2				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
CALCITRIOL 3 MCG/G OINTMENT	2	QL	CEFDITOREN PIVOXIL	2	
CALCIUM ACETATE 667 MG CAPSULE	2		CEFIXIME 100 MG/5 ML SUSPENSION	2	
CALCIUM ACETATE 667 MG GELCAP	2		CEFIXIME 200 MG/5 ML SUSPENSION	2	
CALCIUM ACETATE 667 MG TABLET	2		CEFIXIME 400 MG CAPSULE	3	
CAMBIA	4		CEFPODOXIME	2	
CAMILA	1		CEFPROZIL	2	
CAMRESE	1		CEFUROXIME	2	
CAMRESE LO	1		CELECOXIB	2	QL
CANDESARTAN	2		CELONTIN	4	
CANDESARTAN-HCTZ	2		CENTERGY	2	
CAPECITABINE	4	PA	CENTERGY DM	2	
CAPRELSA	5	PA, SRX, LDD	CEPHALEXIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	2	
CAPTOPRIL	2		CEPHALEXIN 250 MG CAPSULE	1	
CAPTOPRIL-HCTZ	2	QL	CEPHALEXIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	2	
CARBAGLU	4	PA, LDD	CEPHALEXIN 500 MG CAPSULE	1	
CARBAMAZEPINE 100 MG TABLET CHEWABLE	2		CEPHALEXIN 750 MG CAPSULE	2	
CARBAMAZEPINE 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		CESAMET	4	
CARBAMAZEPINE 200 MG TABLET	2		CETIRIZINE 1 MG/ML SOLUTION	2	
CARBAMAZEPINE ER 100 MG CAPSULE	2		CETIRIZINE 1 MG/ML SYRUP	2	
CARBAMAZEPINE ER 100 MG TABLET	2		CEVIMELINE	2	
CARBAMAZEPINE ER 200 MG CAPSULE	2		CHARLOTTE 24 FE	1	
CARBAMAZEPINE ER 200 MG TABLET	2		CHATEAL	1	
CARBAMAZEPINE ER 300 MG CAPSULE	2		CHATEAL EQ	1	
CARBAMAZEPINE ER 400 MG TABLET	2		CHEMET	4	
CARBIDOPA	4		CHENODAL	4	
CARBIDOPA-LEVODOPA	2		CHLORDIAZEPOXIDE	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA ER	2		CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE	2		CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM	2	
CARBINOXAMINE 4 MG/5 ML LIQUID	2		CHLORHEXIDINE 0.12% RINSE	2	
CARBINOXAMINE 4 MG TABLET	2		CHLOROQUINE	2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	3		CHLOROTHIAZIDE	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	PA, SRX, LDD	CHLORZOXAZONE 500 MG TABLET	2	
CAZIAN	1		CHOLBAM	5	PA, SRX, 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
			CICLODAN 0.77% CREAM	2	
			CICLODAN 8% SOLUTION	2	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
CICLOPIROX 0.77% CREAM	2		CLINDESSE	4	
CICLOPIROX 0.77% GEL	2		CLOBAZAM	4	PA
CICLOPIROX 0.77% TOPICAL SUSPENSION	2		CLOBETASOL EMOLLIENT	2	
CICLOPIROX 1% SHAMPOO	2		CLOBETASOL EMULSION	2	
CICLOPIROX 8% SOLUTION	2		CLOBETASOL	2	
CILOSTAZOL	2		CLOCORTOLONE PIVALATE	2	
CILOXAN 0.3% OINTMENT	4		CLODAN 0.05% SHAMPOO	2	
CIMETIDINE 200 MG TABLET	2		CLOMIPRAMINE	4	
CIMETIDINE 300 MG TABLET	2		CLONAZEPAM	2	
CIMETIDINE 300 MG/5 ML SOLUTION	2		CLONIDINE 0.1 MG TABLET	1	
CIMETIDINE 400 MG TABLET	2		CLONIDINE 0.2MG TABLET	1	
CIMETIDINE 800 MG TABLET	2		CLONIDINE 0.3MG TABLET	1	
CINACALCET	5	SRX	CLONIDINE ER	2	
CIPRO HC	4		CLONIDINE PATCH	2	
CIPROFLOXACIN	2		CLOPIDOGREL 300 MG TABLET	2	
CIPROFLOXACIN 0.2% OTIC SOLUTION	2		CLOPIDOGREL 75 MG TABLET	1	
CIPROFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	2		CLORAZEPATE	2	
CIPROFLOXACIN ER	2		CLORPRES	2	
CIPROFLOXACIN 100 MG TABLET	2		CLOTRIMAZOLE 1% SOLUTION	2	
CIPROFLOXACIN 250 MG TABLET	1		CLOTRIMAZOLE 1% TOPICAL CREAM	2	
CIPROFLOXACIN 500 MG TABLET	1		CLOTRIMAZOLE 10 MG TROCHE	2	
CIPROFLOXACIN 750 MG TABLET	1		CLOTRIMAZOLE-BETAMETHASONE	2	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE	3		CLOVIQUE	4	PA
CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE	3		CLOZAPINE	2	
CITALOPRAM 10 MG TABLET	1	QL	CLOZAPINE ODT	4	
CITALOPRAM 10 MG/5 ML SOLUTION	2	QL	C-NATE DHA	1	
CITALOPRAM 20 MG TABLET	1	QL	COARTEM	4	QL
CITALOPRAM 40 MG TABLET	1	QL	CODEINE	2	
CLARAVIS	4		COLCHICINE	2	
CLARITHROMYCIN	2		COLESEVELAM	2	
CLARITHROMYCIN ER	2		COLESTIPOL	2	
CLEMASTINE 2.68 MG TABLET	2		COLOCORT	2	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5%	2		COLY-MYCIN S	4	
CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET	2		COMBIGAN	4	
CLINDACIN P	2		COMETRIQ	5	PA, SRX, LDD
CLINDAMYCIN PEDIATRIC	2		COMPLERA	3	
CLINDAMYCIN 2% VAGINAL CREAM	2		COMPLETE NATAL DHA	1	
CLINDAMYCIN	2		COMPLETENATE	1	
CLINDAMYCIN 1% GEL	2		COMPRO	2	
CLINDAMYCIN 1% SOLUTION	2		CONSTULOSE	2	
CLINDAMYCIN 1% PLEDGET	2		CORMAX	2	
CLINDAMYCIN 1% LOTION	2		CORTISONE 25 MG TABLET	2	
CLINDAMYCIN 1% FOAM	2		CORTISPORIN	4	
CLINDAMYCIN-TRETINOIN	2		CORTISPORIN-TC	4	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5%	2		COTELIC	5	PA, SRX, LDD
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% PUMP	2		COVARYX	2	
			COVARYX H.S.	2	
			CRESEMBA 186 MG CAPSULE	4	PA
			CRIVAN	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 Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
CROMOLYN 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	4	
CROMOLYN 20 MG/2 ML NEBULIZER SOLUTION	4	QL
CROMOLYN 4% EYE DROPS	2	
CROTAN	3	
CRYSELLE	1	
CURITY ALCOHOL PREPS	3	
CYANOCOBALAMIN INJECTION	2	
CYCLAFEM	1	
CYCLOBENZAPRINE 10 MG TABLET	1	
CYCLOBENZAPRINE 5 MG TABLET	1	
CYCLOBENZAPRINE 7.5 MG TABLET	3	
CYCLOMYDRIL	4	
CYCLOPENTOLATE	2	
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAPSULE	3	
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET	3	
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAPSULE	3	
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	3	
CYCLOSERINE	2	
CYCLOSET	4	
CYCLOSPORINE 100 MG CAPSULE	2	
CYCLOSPORINE 25 MG CAPSULE	2	
CYCLOSPORINE MODIFIED	2	
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SOLUTION	2	
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SYRUP	2	
CYPROHEPTADINE 4 MG TABLET	2	
CYRED	1	
CYRED EQ	1	
CYSTADANE	5	SRX, LDD
CYSTAGON	5	SRX, LDD
CYSTARAN	4	PA, QL, LDD
CYTRA-K CRYSTALS PACKET	2	
DALFAMPRIDINE ER	5	PA, SRX, LDD
DALIRESP	4	QL
DANAZOL	2	
DANTROLENE 100 MG CAPSULE	2	
DANTROLENE 25 MG CAPSULE	2	
DANTROLENE 50 MG CAPSULE	2	
DAPSONE	4	
DAPTACEL DTAP	3	
DARIFENACIN ER	2	
DASETTA	1	
DAYSEE	1	
DEBLITANE	1	
DECADRON 0.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
DEFERASIROX	5	PA, SRX, LDD

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
DEFERIPRONE	4	PA
DEMECLOCYCLINE	2	
DENTA 5000 PLUS	2	
DENTAGEL	2	
DESCOVY	4	PA
DESIPRAMINE	2	
DES Loratadine	2	QL
DESMOPRESSIN 0.01% SOLUTION	2	
DESMOPRESSIN 0.01% SPRAY	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	
DESOGESTREL-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	
DESOXIMETASONE 0.25% OINTMENT	2	
DESVENLAFAXINE ER	2	QL
DEXAMETHASONE 0.1% EYE DROP	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML LIQUID	2	
DEXAMETHASONE 0.75 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 1 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 1.5 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 2 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 4 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 6 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE INTENSOL	2	
DEXCOM G6 READER, SENSOR & TRANSMITTER	3	PA, QL
DEXILANT	4	ST, QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 10 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 15 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 20 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 25 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 Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
DEXMETHYLPHENIDATE ER 30 MG CAPSULE	2	QL	DIGOX	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 35 MG CAPSULE	2	QL	DIGOXIN 0.05 MG/ML SOLUTION	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 40 MG CAPSULE	2	QL	DIGOXIN 0.125 MG TABLET	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 5 MG CAPSULE	2	QL	DIGOXIN 0.25 MG TABLET	2	
DEXMETHYLPHENIDATE	2		DIGOXIN 125 MCG TABLET	2	
DEXTROAMPHETAMINE	2		DIGOXIN 250 MCG TABLET	2	
DEXTROAMPHETAMINE ER	2	QL	DIHYDROERGOTAMINE	4	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER	2	QL	DILATRATE-SR	4	
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE	2		DILTIAZEM 120 MG TABLET	1	
DIAZEPAM 10 MG RECTAL GEL SYST	2		DILTIAZEM 12HR ER 120 MG CAPSULE	2	
DIAZEPAM 10 MG TABLET	2		DILTIAZEM 12HR ER 60 MG CAPSULE	2	
DIAZEPAM 2 MG TABLET	2		DILTIAZEM 12HR ER 90 MG CAPSULE	2	
DIAZEPAM 10 MG RECTAL GEL SYSTEM	2		DILTIAZEM 24HR ER	2	
DIAZEPAM 20 MG RECTAL GEL SYSTEM	2		DILTIAZEM 24HR ER (CD)	2	
DIAZEPAM 5 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24HR ER (LA)	2	
DIAZEPAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		DILTIAZEM 24HR ER (XR)	2	
DIAZEPAM 5 MG/5 ML SOLUTION	2		DILTIAZEM 30 MG TABLET	1	
DIAZEPAM 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		DILTIAZEM 60 MG TABLET	1	
DIAZOXIDE	4		DILTIAZEM 90 MG TABLET	1	
DICLOFENAC 0.1% EYE DROPS	2		DILT-XR	2	
DICLOFENAC 1.5% TOPICAL SOLUTION	2		DIMETHYL 30D STARTER PACK	5	PA, SRX, LDD
DICLOFENAC	2		DIMETHYL DR 120 MG CAPSULE	5	PA, SRX, LDD
DICLOFENAC DR 25 MG TABLET	2		DIMETHYL DR 240 MG CAPSULE	5	PA, SRX, LDD
DICLOFENAC DR 50 MG TABLET	2		DIPENTUM	4	
DICLOFENAC DR 75 MG TABLET	2		DIPHEN	4	
DICLOFENAC EC 25 MG TABLET	2		DIPHENHYDRAMINE 12.5 MG/5 ML	2	
DICLOFENAC EC 50 MG TABLET	2		DIPHENHYDRAMINE 25 MG/10 ML	2	
DICLOFENAC EC 75 MG TABLET	2		DIPHENOXYLATE-ATROPINE	2	
DICLOFENAC 1% GEL	2	QL	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PEDIATRIC	3	
DICLOFENAC ER	2		DIPYRIDAMOLE 25 MG TABLET	2	
DICLOFENAC-MISOPROSTOL	2		DIPYRIDAMOLE 50 MG TABLET	2	
DICLOXACILLIN	2		DIPYRIDAMOLE 75 MG TABLET	2	
DICYCLOMINE 10 MG CAPSULE	2		DISOPYRAMIDE	2	
DICYCLOMINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2		DISULFIRAM	2	
DICYCLOMINE 20 MG TABLET	2		DIVALPROEX DR	2	
DIDANOSINE	2		DIVALPROEX ER	2	
DIFICID 200 MG TABLET	4	PA, QL	DOFETILIDE	4	QL
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	4	QL	DONEPEZIL	2	
DIFLORASONE	4		DONEPEZIL ODT	2	
DIFLUNISAL	2		DORZOLAMIDE	2	
DIGITEK	2		DORZOLAMIDE-TIMOLOL EYE DROPS	2	
			DOTTI	2	QL
			DOVATO	3	
			DOXAZOSIN	2	
			DOXEPIN 10 MG CAPSULE	2	
			DOXEPIN 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	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 Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
DOXEPIN 100 MG CAPSULE	2		EC-NAPROXEN	2	
DOXEPIN 150 MG CAPSULE	2		ECONAZOLE	2	
DOXEPIN 25 MG CAPSULE	2		ECONTRA EZ	4	
DOXEPIN 5% CREAM	4		EDARBI	4	ST, QL
DOXEPIN 50 MG CAPSULE	2		EDARBYCLOR	4	ST, QL
DOXEPIN 75 MG CAPSULE	2		ED-SPAZ	2	
DOXEPIN 3 MG TABLET	3	QL	EDURANT	3	
DOXEPIN 6 MG TABLET	3	QL	EEMT	2	
DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAPSULE	2		EEMT H.S.	2	
DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAPSULE	2		EFAVIRENZ	2	
DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAPSULE	2		EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-	2	
DOXYCYCLINE 25 MG/5 ML	2		TENOFOVIR	2	
SUSPENSION			EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR	2	
DOXYCYCLINE 100 MG CAPSULE	1		EFFER-K	4	
DOXYCYCLINE 100 MG TABLET	1		EGRIFTA	5	PA, SRX, LDD
DOXYCYCLINE 20 MG TABLET	2		EGRIFTA SV	5	PA, SRX, LDD
DOXYCYCLINE 50 MG CAPSULE	1		ELETRIPTAN	2	QL
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100	1		ELINEST	1	
MG CAPSULE			ELIQUIS	3	PA, QL
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100	1		ELITE OB DHA	1	
MG TABLET			ELITE-OB	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150	2		ELITE-OB 400	1	
MG CAPSULE			ELLA	4	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150	2		ELMIRON	4	
MG TABLET			ELURYNG	2	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG	1		EMADINE	4	
CAPSULE			EMBEDA	4	ST
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG	1		EMCYT	5	SRX
TABLET			EMEND 125 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, SRX
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG	2		EMOQUETTE	1	
CAPSULE			EMSAM	4	QL
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG	2		EMTRICITABINE	2	
TABLET			EMTRICITABINE-TENOFOVIR 100-150	2	
DRONABINOL	4		MG		
DROSPIRENONE-ETHINYL	1		EMTRICITABINE-TENOFOVIR 133-200	2	
ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE			MG		
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL	1		EMTRICITABINE-TENOFOVIR 167-250	2	
DROXIA	4		MG		
DUAVEE	4		EMTRICITABINE-TENOFOVIR 200-300	2	
DULERA	4	ST	MG		
DULOXETINE DR 20 MG CAPSULE	2	QL	EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	3	
DULOXETINE DR 30 MG CAPSULE	2	QL	EMVERM	4	
DULOXETINE DR 60 MG CAPSULE	2	QL	ENALAPRIL	1	
DUPIXENT PEN	5	PA, SRX	ENALAPRIL-HCTZ	1	
DUPIXENT SYRINGE	5	PA, SRX	ENBREL 25 MG KIT	5	PA, QL, SRX
DUREZOL	4		ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
DUTASTERIDE	2		ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
DUTASTERIDE-TAMSULOSIN	2		ENBREL MINI	5	PA, QL, SRX
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	3		ENBREL SURECLICK	5	PA, QL, SRX
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	3		ENDOCET	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 Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ENDOMETRIN	4	PA	ESTAZOLAM	2	
ENGERIX-B ADULT	3		ESTRADIOL (ONCE WEEKLY)	2	
ENGERIX-B PEDIATRIC	3		ESTRADIOL (TWICE WEEKLY)	2	QL
ENLYTE	4		ESTRADIOL 0.5 MG TABLET	1	
ENOXAPARIN SODIUM	4	QL	ESTRADIOL 1 MG TABLET	1	
ENPRESSE	1		ESTRADIOL 10 MCG VAGINAL INSERT	2	QL
ENSKYCE	1		ESTRADIOL 2 MG TABLET	1	
ENTACAPONE	2		ESTRADIOL-NORETHINDRONE	2	
ENTECAVIR	4		ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE	2	
ENTRESTO	3		ESZOPICLONE	2	
ENULOSE	2		ETHAMBUTOL	2	
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	ETHOSUXIMIDE	2	
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	5	PA, SRX	ETHYL CHLORIDE	2	
EPIDIOLEX	4	PA, LDD	ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL	1	
EPIFOAM	4		ETIDRONATE	2	
EPINASTINE	2		ETODOLAC	2	
EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECTOR	2	QL	ETODOLAC ER	2	
EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECTOR	2	QL	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	2	
EPITOL	2		ETOPOSIDE 50 MG CAPSULE	4	
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLUTION	5	SRX	EURAX 10% CREAM	4	
EPLERENONE	2		EUTHYROX	1	
EPROSARTAN	2		EVEROLIMUS 0.25 MG TABLET	5	SRX
ERGOLOID	1		EVEROLIMUS 0.5 MG TABLET	5	SRX
ERIVEDGE	5	PA, SRX, LDD	EVEROLIMUS 0.75 MG TABLET	5	SRX
ERLOTINIB	5	PA, SRX, LDD	EVEROLIMUS 2.5 MG TABLET	5	PA, SRX
ERRIN	1		EVEROLIMUS 5 MG TABLET	5	PA, SRX
ERTACZO	4		EVEROLIMUS 7.5 MG TABLET	5	PA, SRX
ERY	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 ETHYLSUCCINATE	2		FAMOTIDINE 40 MG TABLET	1	
ERYTHROMYCIN-BENZOYL PEROXIDE	2		FAMOTIDINE 40 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ESBRIET	5	PA, SRX, LDD	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 DR 20 MG CAPSULE	2	QL	FELBAMATE	4	
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL	FELODIPINE ER	2	
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAPSULE	2	QL	FEM PH	2	
ESTARYLLA	1		FEMYNOR	1	
			FENOFIBRATE 120 MG TABLET	2	



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
FENOFIBRATE 130 MG CAPSULE	2		FLUORIDE	2	
FENOFIBRATE 134 MG CAPSULE	2		FLUORIDEX	2	
FENOFIBRATE 145 MG TABLET	2		FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	2	
FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	2		FLUORITAB	2	
FENOFIBRATE 160 MG TABLET	2		FLUOROMETHOLONE	2	
FENOFIBRATE 200 MG CAPSULE	2		FLUOROURACIL 0.5% CREAM	4	
FENOFIBRATE 40 MG TABLET	2		FLUOROURACIL 2% TOPICAL SOLUTION	2	
FENOFIBRATE 43 MG CAPSULE	2		FLUOROURACIL 5% CREAM	2	
FENOFIBRATE 48 MG TABLET	2		FLUOROURACIL 5% TOPICAL SOLUTION	2	
FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	2		FLUOXETINE 20 MG/5 ML SOLUTION	2	QL
FENOFIBRATE 54 MG TABLET	2		FLUOXETINE DR	2	QL
FENOFIBRATE 67 MG CAPSULE	2		FLUOXETINE 10 MG CAPSULE	1	QL
FENOFIBRIC ACID	2		FLUOXETINE 20 MG CAPSULE	1	QL
FENOPROFEN 600 MG TABLET	2		FLUOXETINE 40 MG CAPSULE	1	QL
FENTANYL OTFC 1,200 MCG	4	PA	FLUPHENAZINE 1 MG TABLET	2	
FENTANYL OTFC 1,600 MCG	4	PA	FLUPHENAZINE 10 MG TABLET	2	
FENTANYL OTFC 200 MCG	4	PA	FLUPHENAZINE 2.5 MG TABLET	2	
FENTANYL OTFC 400 MCG	4	PA	FLUPHENAZINE 2.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
FENTANYL OTFC 600 MCG	4	PA	FLUPHENAZINE 5 MG TABLET	2	
FENTANYL OTFC 800 MCG	4	PA	FLUPHENAZINE 5 MG/ML CONCENTRATE	2	
FENTANYL PATCH	2	PA	FLURA-DROPS	2	
FETZIMA	4	ST, QL	FLURANDRENOLIDE	4	
FEXOFENADINE 180 MG TABLET	2		FLURAZEPAM	2	
FEXOFENADINE 30 MG TABLET	2		FLURBIPROFEN 0.03% EYE DROP	2	
FEXOFENADINE 60 MG TABLET	2		FLURBIPROFEN	2	
FINASTERIDE 5 MG TABLET	2		FLUTAMIDE	2	
FIORICET 50-300-40 MG CAPSULE	2	QL	FLUTICASONE 0.005% OINTMENT	2	
FIRVANQ	3		FLUTICASONE 0.05% CREAM	2	
FLAC OTIC OIL	2		FLUTICASONE 0.05% LOTION	2	
FLAVOXATE	2		FLUTICASONE 50 MCG SPRAY	2	
FLECAINIDE	2		FLUTICASONE-SALMETEROL 100-50	2	
FLOVENT DISKUS	3		FLUTICASONE-SALMETEROL 113-14	2	
FLOVENT HFA	3		FLUTICASONE-SALMETEROL 232-14	2	
FLUAD	3		FLUTICASONE-SALMETEROL 250-50	2	
FLUAD QUAD	3		FLUTICASONE-SALMETEROL 55-14	2	
FLUARIX QUAD	3		FLUVASTATIN ER	2	
FLUBLOK QUAD	3		FLUVASTATIN	2	
FLUCELVAX QUAD	3		FLUVOXAMINE	2	QL
FLUCONAZOLE	2		FLUVOXAMINE ER	2	QL
FLUCYTOSINE	4		FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	3	
FLUDROCORTISONE	2		FLUZONE QUAD	3	
FLULAVAL QUAD	3		FOLIC ACID 1 MG TABLET	1	
FLUMIST QUAD	3		FOLIVANE-OB	1	
FLUNISOLIDE 0.025% SPRAY	2		FONDAPARINUX	4	QL
FLUOCINOLONE	2		FORMADON	2	
FLUOCINOLONE OIL	2		FORMA-RAY	4	
FLUOCINONIDE	2				
FLUOCINONIDE-E	2				
FLUORABON	2				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
FOSAMAX PLUS D	4	QL
FOSAMPRENAVIR	2	
FOSFOMYCIN	3	
FOSINOPRIL	1	
FOSINOPRIL-HCTZ	2	
FOSRENOL	4	
FRAGMIN	5	QL, SRX
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER & SENSOR	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER & SENSOR	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 2 READER & SENSOR	3	PA, QL
FROVATRIPTAN	2	QL
FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION	1	
FUROSEMIDE 20 MG TABLET	1	
FUROSEMIDE 40 MG TABLET	1	
FUROSEMIDE 40 MG/5 ML SOLUTION	1	
FUROSEMIDE 80 MG TABLET	1	
FUZEON	5	SRX, LDD
FYAVOLV	2	
FYCOMPA 10 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 12 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 2 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 4 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 6 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 8 MG TABLET	4	PA, QL
GABAPENTIN	2	
GALANTAMINE ER	2	QL
GALANTAMINE	2	
GALZIN	4	
GARDASIL 9	3	
GATIFLOXACIN	2	
GATTEX	5	PA, SRX, LDD
GAVILYTE-C	2	
GAVILYTE-G	2	
GAVILYTE-N	2	
GEMFIBROZIL	2	
GEMMILY	1	
GENERLAC	2	
GENGRAF	2	
GENOTROPIN	5	PA, ST, SRX
GENTAK	2	
GENTAMICIN 0.1% CREAM	2	
GENTAMICIN 0.1% OINTMENT	2	
GENTAMICIN 0.3% EYE DROP	2	
GENTAMICIN 3 MG/ML EYE DROP	2	
GENVOYA	3	
GIANVI	1	
GILOTRIF	5	PA, SRX, LDD

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
GLATIRAMER	5	PA, SRX
GLATOPA	5	PA, SRX
GLEOSTINE	4	
GLIMEPIRIDE	1	
GLIPIZIDE	1	
GLIPIZIDE ER	1	
GLIPIZIDE XL	1	
GLIPIZIDE-METFORMIN	2	
GLYBURIDE	1	
GLYBURIDE MICRONIZED	1	
GLYBURIDE-METFORMIN	2	
GLYCINE 1.5% IRRIGATION	2	
GLYCOPYRROLATE 1 MG TABLET	2	
GLYCOPYRROLATE 2 MG TABLET	2	
GLYDO	2	
GRANISETRON	4	
GRISEOFULVIN	2	
GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZED	2	
GUANFACINE	2	
GUANFACINE ER	2	
GUANIDINE	2	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	QL
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	QL
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	3	QL
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	3	QL
GYNAZOLE 1	2	
HAILEY	1	
HAILEY 24 FE	1	
HAILEY FE	1	
HALCINONIDE	4	
HALOBETASOL 0.05% CREAM	2	
HALOBETASOL 0.05% OINTMENT	2	
HALOG OINTMENT	4	
HALOPERIDOL	2	
HALOPERIDOL 2 MG/ML CONCENTRATE	2	
HARVONI 33.75-150 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
HARVONI 45-200 MG TABLET	5	PA, SRX
HARVONI 90-400 MG TABLET	5	PA, SRX
HAVRIX	3	
HEATHER	1	
HEMANGEOL	4	LDD
HEMENATAL OB + DHA	1	
HEMMOREX-HC	2	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	2	
HEPARIN 5,000 UNIT/ML SYRINGE	2	
HEPLISAV-B	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 Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
HETLIOZ	5	PA, SRX, LDD	HYDROCODONE ER 80 MG TABLET	4	ST
HETLIOZ LQ	5	PA, SRX, LDD	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	2	
HIBERIX VACCINE WITH DILUENT	3		HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMNE ER	2	
HOMATROPAIRE	2		HYDROCODONE-HOMATROPINE MBR	2	QL
HOMATROPINE	2		HYDROCODONE-IBUPROFEN	2	
HUMALOG	3	QL	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LIPID CREAM	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	QL	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LIPO CREAM	3	
HUMALOG KWIKPEN U-100	3	QL	HYDROCORTISONE 1% CREAM	2	
HUMALOG KWIKPEN U-200	3	QL	HYDROCORTISONE 1% OINTMENT	2	
HUMALOG MIX 50-50	3	QL	HYDROCORTISONE 10 MG TABLET	2	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	QL	HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML	2	
HUMALOG MIX 75-25	3	QL	HYDROCORTISONE 2.5% CREAM	2	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	QL	HYDROCORTISONE 2.5% LOTION	2	
HUMATROPE	5	PA, SRX	HYDROCORTISONE 2.5% OINTMENT	2	
HUMIRA	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE 20 MG TABLET	2	
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S	5	PA, QL, SRX	HYDROCORTISONE 5 MG TABLET	2	
HUMIRA PEN	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE 25 MG SUPPOSITORY	2	
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE 30 MG SUPPOSITORY	2	
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOLESCENT HS	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% CREAM	2	
HUMIRA(CF)	5	PA, QL, SRX	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LOTION	3	
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% OINTMENT	2	
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% SOLUTION	2	
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE VALERATE	2	
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE-ACETIC ACID SOLUTION	2	
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE-PRAMOXINE 1%-1% CREAM	2	
HUMIRA(CF) PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOLESCENT HS	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROMET	2	QL
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	QL	HYDROMORPHONE 1 MG/ML SOLUTION	2	
HUMULIN 70-30	3	QL	HYDROMORPHONE 2 MG TABLET	2	
HUMULIN N	3	QL	HYDROMORPHONE 3 MG SUPPOSITORY	2	
HUMULIN N KWIKPEN	3	QL	HYDROMORPHONE 4 MG TABLET	2	
HUMULIN R	3	QL	HYDROMORPHONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	
HUMULIN R U-500	3	QL	HYDROMORPHONE 8 MG TABLET	2	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	QL	HYDROMORPHONE ER	2	
HYCANTIN 0.25 MG CAPSULE	5	PA, SRX	HYDROXYCHLOROQUINE	2	
HYCANTIN 1 MG CAPSULE	5	PA, SRX	HYDROXYUREA	2	
HYDRALAZINE 10 MG TABLET	1		HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	
HYDRALAZINE 100 MG TABLET	2				
HYDRALAZINE 25 MG TABLET	1				
HYDRALAZINE 50 MG TABLET	1				
HYDROCHLOROTHIAZIDE	1				
HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE	2				
HYDROCODONE ER 100 MG TABLET	4	ST			
HYDROCODONE ER 120 MG TABLET	4	ST			
HYDROCODONE ER 20 MG TABLET	4	ST			
HYDROCODONE ER 30 MG TABLET	4	ST			
HYDROCODONE ER 40 MG TABLET	4	ST			
HYDROCODONE ER 60 MG TABLET	4	ST			

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SYRUP	2		INSULIN ASPART PROTAMINE- INSULIN ASPART	4	ST, QL
HYDROXYZINE 10 MG TABLET	2		INTELENCE	3	
HYDROXYZINE 25 MG TABLET	2		INTRON A	5	PA, SRX
HYDROXYZINE 50 MG TABLET	2		INTROVALE	1	
HYDROXYZINE 100 MG CAPSULE	2		IPOL	3	
HYOPHEN	2		IPRATROPIUM	2	
HYOSCYAMINE 0.125 MG ODT	2		IPRATROPIUM-ALBUTEROL	2	
HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET SL	2		IRBESARTAN	1	
HYOSCYAMINE 0.125 MG/5 ML ELIXIR	2		IRBESARTAN-HCTZ	1	
HYOSCYAMINE 0.125 MG/ML DROPS	2		IRESSA	5	PA, SRX, LDD
HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET	2		ISENTRESS	3	
HYOSCYAMINE ER	2		ISENTRESS HD	3	
HYOSCYAMINE SR	2		ISIBLOOM	1	
HYOSYNE	2		ISOCHRON	2	
HYSINGLA ER	4	ST	ISONIAZID 100 MG TABLET	1	
IBANDRONATE 150 MG TABLET	2		ISONIAZID 300 MG TABLET	1	
IBRANCE	5	PA, SRX, LDD	ISONIAZID 50 MG/5 ML SOLUTION	2	
IBU	1		ISOSORBIDE DINITRATE 10 MG TABLET	2	
IBUDONE	2		ISOSORBIDE DINITRATE 20 MG TABLET	2	
IBUPROFEN 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		ISOSORBIDE DINITRATE 30 MG TABLET	2	
IBUPROFEN 400 MG TABLET	1		ISOSORBIDE DINITRATE 5 MG TABLET	2	
IBUPROFEN 600 MG TABLET	1		ISOSORBIDE DINITRATE ER 40 MG TABLET	2	
IBUPROFEN 800 MG TABLET	1		ISOSORBIDE MONONITRATE ER 120 MG	2	
ICATIBANT	5	PA, SRX, LDD	ISOSORBIDE MONONITRATE ER 30 MG TABLET	1	
ICLEVIA	1		ISOSORBIDE MONONITRATE ER 60 MG TABLET	1	
ICLUSIG	5	PA, SRX, LDD	ISOSORBIDE MONONITRATE	1	
ICOSAPENT	4	PA	ISOTRETINOIN	4	
ILARIS	5	PA, SRX, LDD	ISOXSUPRINE	2	
ILEVRO	4		ISRADIPINE	2	
IMATINIB	4	PA	ITRACONAZOLE	3	
IMBRUVICA	5	PA, SRX, LDD	IV ANTISEPTIC WIPES	3	
IMIPRAMINE	2		IV PREP WIPES	3	
IMIPRAMINE PAMOATE	2		IVERMECTIN 0.5% LOTION	4	
IMIQUIMOD 5% CREAM PACKET	2		IVERMECTIN 3 MG TABLET	2	
IMPAVIDO	4	PA	JAIMIESS	1	
INCASSIA	1		JAKAFI	5	PA, SRX, LDD
INCONTROL ALCOHOL PADS	3		JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	3	
INCRELEX	5	PA, SRX, LDD	JANTOVEN	1	
INCRUSE ELLIPTA	3		JASMIEL	1	
INDAPAMIDE	1		JENCYCLA	1	
INDOMETHACIN 25 MG CAPSULE	2		JINTELI	2	
INDOMETHACIN 50 MG CAPSULE	2				
INDOMETHACIN ER	2				
INFANRIX DTAP	3				
INLYTA	5	PA, SRX, LDD			
INSULIN ASPART	4	ST, QL			
INSULIN ASPART FLEXPEN	4	ST, QL			
INSULIN ASPART PENFILL	4	ST, QL			

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
JOLESSA	1		KLOR-CON M15	4	
JOLIVETTE	1		KLOR-CON M20	2	
JUBLIA	4	PA, ST	KOMBIGLYZE XR	3	QL
JULEBER	1		K-PHOS NO.2	4	
JULUCA	3		K-PHOS ORIGINAL	4	
JUNEL	1		KRISTALOSE 20 GM PACKET	4	
JUNEL FE	1		KURVELO	1	
JUNEL FE 24	1		LABETALOL 100 MG TABLET	2	
KAITLIB FE	1		LABETALOL 200 MG TABLET	2	
KALETRA 100-25 MG TABLET	3		LABETALOL 300 MG TABLET	2	
KALETRA 200-50 MG TABLET	3		LACRISERT	4	
KALLIGA	1		LACTATED RINGERS IRRIGATION	2	
KALYDECO	5	PA, QL, SRX, LDD	LACTULOSE 10 GM PACKET	4	
KARIVA	1		LACTULOSE 10 GM/15 ML SOLUTION	2	
KELNOR 1-35	1		LACTULOSE 20 GM/30 ML SOLUTION	2	
KELNOR 1-50	1		LAMICTAL XR (BLUE)	4	
KETOCONAZOLE 2% CREAM	2		LAMICTAL XR (GREEN)	4	
KETOCONAZOLE 2% FOAM	3		LAMICTAL XR (ORANGE)	4	
KETOCONAZOLE 2% SHAMPOO	2		LAMIVUDINE	2	
KETOCONAZOLE 200 MG TABLET	2		LAMIVUDINE HBV	2	
KETODAN 2% FOAM	3		LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
KETOPROFEN 50 MG CAPSULE	2		LAMOTRIGINE	2	
KETOPROFEN 75 MG CAPSULE	2		LAMOTRIGINE (BLUE)	2	
KETOPROFEN ER 200 MG CAPSULE	2		LAMOTRIGINE (GREEN)	2	
KETOROLAC 0.4% OPHTHALMIC SOLUTION	2		LAMOTRIGINE (ORANGE)	2	
KETOROLAC 0.5% OPHTHALMIC SOLUTION	2		LAMOTRIGINE ER	2	
KETOROLAC 10 MG TABLET	2	QL	LAMOTRIGINE ODT	2	
KETOROLAC 15 MG/ML CARPUJECT	2	QL	LAMOTRIGINE ODT (BLUE)	2	
KETOROLAC 15 MG/ML ISECURE SYRINGE	2	QL	LAMOTRIGINE ODT (GREEN)	2	
KETOROLAC 15 MG/ML SYRINGE	2	QL	LAMOTRIGINE ODT (ORANGE)	2	
KETOROLAC 15 MG/ML VIAL	2	QL	LANSOPRAZOL-AMOXICIL-CLARITHRO	2	
KETOROLAC 30 MG/ML CARPUJECT	2	QL	LANSOPRAZOLE DR 15 MG CAPSULE	2	QL
KETOROLAC 30 MG/ML ISECURE SYRINGE	2	QL	LANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	2	QL
KETOROLAC 30 MG/ML SYRINGE	2	QL	LANTHANUM	4	
KETOROLAC 30 MG/ML VIAL	2	QL	LAPATINIB	5	PA, SRX
KETOROLAC 300 MG/10 ML VIAL	2	QL	LARIN	1	
KETOROLAC 60 MG/2 ML CARPUJECT	2	QL	LARIN 24 FE	1	
KETOROLAC 60 MG/2 ML SYRINGE	2	QL	LARIN FE	1	
KETOROLAC 60 MG/2 ML VIAL	2	QL	LARISSIA	1	
KINERET	5	PA, ST, QL, SRX, LDD	LASTACAF	4	
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	
			LENVIMA	5	PA, SRX, LDD
			LESSINA	1	
			LETROZOLE	2	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
LEUCOVORIN 10 MG TABLET	2		LEVOTHYROXINE 200 MCG TABLET	1	
LEUCOVORIN 15 MG TABLET	2		LEVOTHYROXINE 25 MCG TABLET	1	
LEUCOVORIN 25 MG TABLET	2		LEVOTHYROXINE 300 MCG TABLET	1	
LEUCOVORIN 5 MG TABLET	2		LEVOTHYROXINE 50 MCG TABLET	1	
LEUKERAN	4		LEVOTHYROXINE 75 MCG TABLET	1	
LEUKINE	5	SRX	LEVOTHYROXINE 88 MCG TABLET	1	
LEUPROLIDE 2WK 1 MG/0.2 ML KIT	4	PA	LEVOXYL	1	
LEUPROLIDE 2WK 14 MG/2.8 ML KT	4	PA	LEVULAN	4	LDD
LEVALBUTEROL CONCENTRATE	2		LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	3	
LEVALBUTEROL	2		LIDOCAINE 5% OINTMENT	2	QL
LEVALBUTEROL HFA	2	QL	LIDOCAINE 5% PATCH	2	
LEVATOL	4		LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET AC	2	
LEVEMIR	4	ST, QL	LIDOCAINE 2% JELLY	2	
LEVEMIR FLEXTOUCH	4	ST, QL	LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET	2	
LEVETIRACETAM 1,000 MG TABLET	2		LIDOCAINE 4% SOLUTION	2	
LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUTION	2		LIDOCAINE VISCOUS	2	
LEVETIRACETAM 1000 MG/10 ML	2		LIDOCAINE-PRILOCAINE	2	
LEVETIRACETAM 250 MG TABLET	2		LILLOW	1	
LEVETIRACETAM 500 MG TABLET	2		LINDANE	2	
LEVETIRACETAM 500 MG/5 ML SOLUTION	2		LINEZOLID 100 MG/5 ML SUSPENSION	4	PA
LEVETIRACETAM 750 MG TABLET	2		LINEZOLID 600 MG TABLET	2	PA
LEVETIRACETAM ER	2		LINZESS	4	
LEVOBUNOLOL	2		LIOTHYRONINE 25 MCG TABLET	2	
LEVOCARNITINE 1 G/10 ML SOLUTION	2		LIOTHYRONINE 5 MCG TABLET	2	
LEVOCARNITINE 330 MG TABLET	2		LIOTHYRONINE 50 MCG TABLET	2	
LEVOCARNITINE SF	2		LISINAPRIL	1	
LEVOCETIRIZINE 2.5 MG/5 ML SOLUTION	2		LISINAPRIL-HCTZ	1	
LEVOCETIRIZINE 5 MG TABLET	2		LITHIUM 150 MG CAPSULE	1	
LEVOFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2		LITHIUM 300 MG CAPSULE	1	
LEVOFLOXACIN 25 MG/ML SOLUTION	2		LITHIUM 300 MG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 250 MG TABLET	2		LITHIUM 600 MG CAPSULE	1	
LEVOFLOXACIN 500 MG TABLET	2		LITHIUM ER	2	
LEVOFLOXACIN 750 MG TABLET	2		LITHIUM ER 450 MG TABLET	2	
LEVONEST	1		LITHIUM SOLUTION	2	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1		LITHOSTAT	4	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL	1		LO LOESTRIN FE	3	
LEVORA-28	1		LOJAIMIESS	1	
LEVORPHANOL	5	SRX	LONSURF	5	PA, SRX, LDD
LEVO-T	1		LOPERAMIDE 2 MG CAPSULE	2	
LEVOTHYROXINE 100 MCG TABLET	1		LOPINAVIR-RITONAVIR	2	
LEVOTHYROXINE 112 MCG TABLET	1		LOPREEZA	2	
LEVOTHYROXINE 125 MCG TABLET	1		LORAZEPAM 0.5 MG TABLET	2	
LEVOTHYROXINE 137 MCG TABLET	1		LORAZEPAM 1 MG TABLET	2	
LEVOTHYROXINE 150 MCG TABLET	1		LORAZEPAM 2 MG TABLET	2	
LEVOTHYROXINE 175 MCG TABLET	1		LORAZEPAM 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
			LORAZEPAM INTENSOL	2	
			LORCET	2	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
LORCET HD	2		MENEST	4	
LORCET PLUS	2		MENQUADFI	3	
LORTAB	2		MENTAX	4	
LORYNA	1		MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	3	
LOSARTAN	1		MEPERIDINE 100 MG TABLET	2	
LOSARTAN-HCTZ	1		MEPERIDINE 50 MG TABLET	2	
LOTEMAX GEL & OINTMENT	4		MEPERIDINE 50 MG/5 ML SOLUTION	2	
LOTEMAX SM	4		MEPROBAMATE	2	
LOTEPREDNOL	3		MERCAPTOPYRINE	2	
LOVASTATIN	1		MERZEE	1	
LOW-OGESTREL	1		MESALAMINE	4	
LOXAPINE	2		MESALAMINE ER	3	
LO-ZUMANDIMINE	1		MESNEX 400 MG TABLET	5	SRX
LUBIPROSTONE	4		METADATE ER	2	QL
LUDENT FLUORIDE	2		METAPROTERENOL	2	
LUPANETA PACK	5	PA, SRX	METAXALL	4	
LUTERA	1		METAXALONE	4	
LYLLANA	2	QL	METFORMIN 1,000 MG TABLET	1	
LYNPARZA	5	PA, SRX, LDD	METFORMIN 500 MG TABLET	1	
LYSODREN	4	LDD	METFORMIN 850 MG TABLET	1	
LYZA	1		METFORMIN ER	2	
MALATHION	2		METHADONE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	PA
MAPROTIline	2		METHADONE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	PA
MARLISSA	1		METHADONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	PA
MARPLAN	4		METHADONE 10 MG TABLET	2	PA
MATERNITY	1		METHADONE 5 MG TABLET	2	PA
MATULANE	5	SRX, LDD	METHADONE INTENSOL	2	PA
MATZIM LA	2		METHAMPHETAMINE	4	
MECLIZINE 12.5 MG TABLET	2		METHAZOLAMIDE	2	
MECLIZINE 25 MG TABLET	2		METHENAMINE HIPPURATE	2	
MECLOFENAMATE	2		METHENAMINE MANDELATE	2	
MEDROL 2 MG TABLET	4		METHERGINE	4	
MEDROXYPROGESTERONE	1		METHIMAZOLE	2	
MEFENAMIC ACID	2		METHITEST	5	SRX
MEFLOQUINE	2	QL	METHOCARBAMOL 500 MG TABLET	2	
MEGESTROL 20 MG TABLET	2		METHOCARBAMOL 750 MG TABLET	2	
MEGESTROL 40 MG TABLET	2		METHOTREXATE 2.5 MG TABLET	2	
MEGESTROL 625 MG/5 ML SUSPENSION	4		METHOXSALEN	4	
MEGESTROL 40 MG/ML SUSPENSION	2		METHSCOPOLAMINE	2	
MEGESTROL 400 MG/10 ML	2		METHYLCLOTHIAZIDE	2	
MEKINIST	5	PA, SRX	METHYLDOPA	2	
MELODETTA 24 FE	1		METHYLDOPA-HCTZ	2	
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

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
METHYLPHENIDATE ER 36 MG TABLET	2	QL	MIMVEY	2	
METHYLPHENIDATE ER 54 MG TABLET	2	QL	MIMVEY LO	2	
METHYLPHENIDATE	2		MINITRAN	2	
METHYLPHENIDATE CD	2	QL	MINOCYCLINE	1	
METHYLPHENIDATE ER (CD)	2	QL	MINOXIDIL 10 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE LA	2	QL	MINOXIDIL 2.5 MG TABLET	2	
METHYLPREDNISOLONE	2		MIRCERA	5	PA, SRX
METHYLTESTOSTERONE	5	SRX	MIRTAZAPINE	2	
METIPRANOLOL	2		MIRVASO	4	
METOCLOPRAMIDE 10 MG TABLET	1		MISOPROSTOL	2	
METOCLOPRAMIDE 10 MG/10 ML SOLUTION	2		M-M-R II VACCINE	3	
METOCLOPRAMIDE 5 MG TABLET	1		M-NATAL PLUS	1	
METOCLOPRAMIDE 5 MG/5 ML SOLUTION	2		MODAFINIL	4	PA
METOCLOPRAMIDE ODT	2		MODERIBA	4	
METOLAZONE	2		MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	3	
METOPROLOL ER	2		MOEXIPRIL	2	
METOPROLOL 100 MG TABLET	1		MOLINDONE	2	
METOPROLOL 25 MG TABLET	1		MOMETASONE 0.1% CREAM	2	
METOPROLOL 37.5 MG TABLET	2		MOMETASONE 0.1% OINTMENT	2	
METOPROLOL 50 MG TABLET	1		MOMETASONE 0.1% SOLUTION	2	
METOPROLOL 75 MG TABLET	2		MOMETASONE 50 MCG SPRAY	2	QL
METOPROLOL-HCTZ	2		MONDOXYNE NL 100 MG CAPSULE	1	
METRONIDAZOLE 0.75% CREAM	2		MONDOXYNE NL 75 MG CAPSULE	2	
METRONIDAZOLE 0.75% LOTION	2		MONO-LINYAH	1	
METRONIDAZOLE 250 MG TABLET	2		MONONESSA	1	
METRONIDAZOLE 375 MG CAPSULE	2		MONTELUKAST	2	
METRONIDAZOLE 500 MG TABLET	2		MORGIDOX 100 MG CAPSULE	1	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL PUMP	2		MORGIDOX 50 MG CAPSULE	1	
METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75% GEL	2		MORPHINE 10 MG SUPPOSITORY	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL	2		MORPHINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	
METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2		MORPHINE 100 MG/5 ML CONCENTRATE	2	
METYROSINE	4		MORPHINE 20 MG SUPPOSITORY	2	
MEXILETINE	2		MORPHINE 20 MG/5 ML SOLUTION	2	
MIBELAS 24 FE	1		MORPHINE 30 MG SUPPOSITORY	2	
MICONAZOLE 3 200 MG VAGINAL SUPPOSITORY	2		MORPHINE 5 MG SUPPOSITORY	2	
MICORT-HC	2		MORPHINE ER	2	
MICROGESTIN	1		MORPHINE IR 15 MG TABLET	2	
MICROGESTIN 24 FE	1		MORPHINE IR 30 MG TABLET	2	
MICROGESTIN FE	1		MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2	
MIDAZOLAM 2 MG/ML SYRUP	2		MOXIFLOXACIN 400 MG TABLET	2	
MIDODRINE	2		MULTAQ	4	
MIGERGOT	4		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG TABLET CHEWABLE	2	
MIGLITOL	2		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG/ML DROPS	2	
MIGLUSTAT	5	PA, SRX	MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG TABLET CHEWABLE	2	
MILI	1		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG/ML DROPS	2	



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 1 MG TABLET CHEWABLE	2		NATACYN	4	
MUIPIROCIN	2		NATAZIA	4	
MVW COMPLETE FORMULATION PEDIATRIC	2		NATEGLINIDE	2	
MVW COMPLETE FORMULATION PROBIOTIC	2		NATPARA	5	PA, SRX, LDD
MVW COMPLETE FORMULATION D3000	2		NATURE-THROID	1	
MVW COMPLETE FORMULATION D5000	2		NAYZILAM	5	PA, QL, SRX
MVW COMPLETE FORMULATION MULTIVITAMIN	2		NEBUSAL 3% VIAL	2	
MYALEPT	5	PA, SRX, LDD	NECON	1	
MYCOPHENOLATE 200 MG/ML SUSPENSION	2		NEFAZODONE	2	
MYCOPHENOLATE 250 MG CAPSULE	2		NEOMYCIN	2	
MYCOPHENOLATE 500 MG TABLET	2		NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN	2	
MYCOPHENOLIC ACID	2		NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2	
MYLERAN	4		NEOMYCIN-POLYMYXIN B	2	
MYNATAL	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE	2	
MYNATAL ADVANCE	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	2	
MYNATAL PLUS	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2	
MYNATAL-Z	1		NEO-POLYCIN	2	
MYNATE 90 PLUS	1		NEO-POLYCIN HC	2	
MYORISAN	4		NEO-SYNALAR 0.5%-0.025% CREAM	4	
MYRBETRIQ	4	ST, QL	NEUAC GEL	2	
MYTESI	4		NEULASTA	5	PA, SRX
MYZILRA	1		NEULASTA ONPRO	5	PA, SRX
NABUMETONE	2		NEUPRO	4	
NADOLOL	2		NEVANAC	4	
NADOLOL-BENDROFLUMETHIAZIDE	2		NEVIRAPINE	2	
NAFTIFINE	2		NEVIRAPINE ER	2	
NAFTIN 2% GEL	4		NEWGEN	1	
NALOXONE 0.4 MG/ML CARPUJECT	2		NEXAVAR	5	PA, SRX, LDD
NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE	2		NIACIN ER	2	
NALTREXONE	2	QL	NICARDIPINE 20 MG CAPSULE	2	
NAPROXEN 125 MG/5 ML SUSPENSION	4		NICARDIPINE 30 MG CAPSULE	2	
NAPROXEN 250 MG TABLET	1		NICOTROL	4	
NAPROXEN 375 MG TABLET	1		NICOTROL NS	4	
NAPROXEN 500 MG KIT	1		NIFEDIPINE	2	
NAPROXEN 500 MG TABLET	1		NIFEDIPINE ER	2	
NAPROXEN CR 375 MG TABLET	2		NIKKI	1	
NAPROXEN ER 375 MG TABLET	2		NILUTAMIDE	5	SRX
NAPROXEN 275 MG TABLET	2		NIMODIPINE	4	
NAPROXEN 550 MG TABLET	2		NINLARO	5	PA, SRX, LDD
NARATRIPTAN	2	QL	NISOLDIPINE	2	QL
NARCAN	3	QL	NITAZOXANIDE	4	
			NITRO-BID	2	
			NITRO-DUR 0.8 MG/HR PATCH	4	
			NITROFURANTOIN 25 MG/5 ML SUSPENSION	4	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS 100 MG CAPSULE	1		NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	3	
NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS 25 MG CAPSULE	2		NOVOFINE 32G NEEDLES	3	
NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS 50 MG CAPSULE	1		NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE	3	
NITROFURANTOIN MONO-MACRO	1		NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32GX1/6"	3	
NITROGLYCERIN 0.3 MG TABLET SL	2		NOVOLOG	4	ST, QL
NITROGLYCERIN 0.4 MG TABLET SL	2		NOVOLOG FLEXPEN	4	ST, QL
NITROGLYCERIN 0.6 MG TABLET SL	2		NOVOLOG MIX 70-30	4	ST, QL
NITROGLYCERIN 400 MCG SPRAY	2		NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	4	ST, QL
NITROGLYCERIN ER 2.5 MG CAPSULE	2		NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM	3	
NITROGLYCERIN ER 6.5 MG CAPSULE	2		NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	4	
NITROGLYCERIN ER 9 MG CAPSULE	2		NP THYROID	1	
NITROGLYCERIN PATCH	2		NUCYNTA	4	
NITRO-TIME	2		NUCYNTA ER	4	ST
NIVA-PLUS	1		NUEDEXTA	4	PA
NIVESTYM	5	SRX	NULEV	2	
NIZATIDINE	2		NUTROPIN AQ NUSPIN	5	PA, ST, SRX
NOLIX	4		NYAMYC	2	
NORA-BE	1		NYLIA	1	
NORDITROPIN FLEXPRO	5	PA, ST, SRX	NYMYO	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 0.5-2.5	2		NYSTATIN	2	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1-0.02 MG	1		NYSTATIN-TRIAMCINOLONE	2	
NORETHINDRONE	1		NYSTOP	2	
NORETHINDRONE ACETATE 5 MG TABLET	2		NYVEPRIA	5	PA, SRX
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE	1		OBSTETRIX DHA	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1.5-0.03 MG(21) TABLET	1		OBSTETRIX ONE	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-5 MCG	2		O-CAL FA	4	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FERROUS	1		O-CAL PRENATAL	4	
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL	1		OCELLA	1	
NORITATE	4		OCTREOTIDE	2	PA
NORLYDA	1		ODEFSEY	3	
NORPACE CR	4		ODOMZO	5	PA, SRX, LDD
NORTREL	1		OFLOXACIN	2	
NORTRIPTYLINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2		OGESTREL	1	
NORTRIPTYLINE 10 MG CAPSULE	1		OKEBO	2	
NORTRIPTYLINE 25 MG CAPSULE	1		OLANZAPINE 10 MG TABLET	2	
NORTRIPTYLINE 50 MG CAPSULE	1		OLANZAPINE 15 MG TABLET	2	
NORTRIPTYLINE 75 MG CAPSULE	1		OLANZAPINE 2.5 MG TABLET	2	
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	3		OLANZAPINE 20 MG TABLET	2	
NORVIR 100 MG SOFTGEL CAPSULE	3		OLANZAPINE 5 MG TABLET	2	
			OLANZAPINE 7.5 MG TABLET	2	
			OLANZAPINE ODT	2	
			OLANZAPINE-FLUOXETINE	2	
			OLMESARTAN	2	
			OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ	2	
			OLMESARTAN-HCTZ	2	
			OLOPATADINE 665 MCG NASAL SPRAY	2	
			OLOPATADINE 0.1% EYE DROPS	2	
			OLOPATADINE 0.2% EYE DROPS	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 Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
OMEGA-3 ACID ETHYL ESTERS	2		ORTHO-CYCLEN	4	
OMEPRAZOLE DR 10 MG CAPSULE	2	QL	ORTHO-NOVUM	4	
OMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL	OSCIMIN	2	
OMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL	OSCIMIN SL	2	
OMNITROPE	5	PA, ST, SRX	OSCIMIN SR	2	
ONDANSETRON	2		OSELTAMIVIR	2	QL
ONDANSETRON ODT	2		OSMOPREP	4	
ONETOUCH DELICA 30G LANCETS	3		OSPHENA	4	
ONETOUCH DELICA 33G LANCETS	3		OTEZLA	5	PA, QL, SRX
ONETOUCH DELICA LANCING DEVICE	3		OXANDROLONE	4	PA
ONETOUCH DELICA PLUS 30G LANCETS	3		OXAPROZIN	2	
ONETOUCH DELICA PLUS 33G LANCETS	3		OXAZEPAM	2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	3		OXCARBAZEPINE	2	
ONETOUCH SURESOFT 18G LANCING DEVICE	3		OXICONAZOLE	3	
ONETOUCH SURESOFT 21G LANCING DEVICE	3		OXISTAT	4	
ONETOUCH SURESOFT 28G LANCING DEVICE	3		OXYBUTYNIN 5 MG TABLET	1	
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRIPS	3		OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SYRUP	2	
ONETOUCH ULTRA2	1		OXYBUTYNIN ER	2	
ONETOUCH ULTRAMINI	1		OXYCODONE	2	
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	3		OXYCODONE-ASPIRIN	2	
ONETOUCH VERIO FLEX METER	1		OXYCODONE-IBUPROFEN	2	
ONETOUCH VERIO FLEX STARTER KIT	1		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325	2	
ONETOUCH VERIO IQ METER	1		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325	2	
ONETOUCH VERIO IQ SYSTEM KIT	1		OXYCODONE-ACETAMINOPHN 2.5-325	2	
ONETOUCH VERIO METER	1		OXYCODONE-ACETAMINOPHN 7.5-325	2	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER	1		OXYMORPHONE	2	
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	3		OXYMORPHONE ER 10 MG TABLET	2	
ONGLYZA	3	QL	OXYMORPHONE ER 15 MG TABLET	2	
ONMEL	4	QL	OXYMORPHONE ER 20 MG TABLET	2	
OPCICON ONE-STEP	1		OXYMORPHONE ER 30 MG TABLET	2	
OPIUM TINCTURE	2		OXYMORPHONE ER 40 MG TABLET	2	
OPSUMIT	5	PA, SRX, LDD	OXYMORPHONE ER 5 MG TABLET	2	
ORACIT	4		OXYMORPHONE ER 7.5 MG TABLET	2	
ORALONE	2		PACERONE 200 MG TABLET	2	
ORENITRAM ER	5	PA, SRX, LDD	PALIPERIDONE ER	4	
ORKAMBI	5	PA, QL, SRX, LDD	PANCREAZE	3	
ORPHENADRINE ER	2		PANRETIN	5	SRX
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE	2		PANTOPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL
ORPHENGESIC FORTE	2		PANTOPRAZOLE DR 40 MG TABLET	2	QL
ORSYTHIA	1		PAREGORIC	2	
ORTHO MICRONOR	4		PARICALCITOL 1 MCG CAPSULE	2	
ORTHO TRI-CYCLEN	4		PARICALCITOL 2 MCG CAPSULE	2	
ORTHO TRI-CYCLEN LO	4		PARICALCITOL 4 MCG CAPSULE	2	
			PAROEX	2	
			PAROMOMYCIN	2	
			PAROXETINE	1	QL

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
PASER	4		PIMOZIDE	2	
PEDIARIX	3		PIMTREA	1	
PEDVAXHIB	3		PINDOLOL	2	
PEG 3350-ELECTROLYTE	2		PIOGLITAZONE 15 MG TABLET	2	
PEG-3350 WITH FLAVOR PACKS	2		PIOGLITAZONE 30 MG TABLET	2	
PEGANONE	4		PIOGLITAZONE 45 MG TABLET	2	
PEGASYS	5	PA, SRX	PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE	2	
PEGASYS PROCLICK	5	PA, SRX	PIOGLITAZONE-METFORMIN	2	
PEGINTRON	5	PA, SRX	PIRMELLA	1	
PEG-PREP	2		PIROXICAM	2	
PENICILLAMINE	4	PA	PLAN B ONE-STEP	4	
PENICILLIN V POTASSIUM	2		PLEGRIDY	5	PA, ST, SRX
PENTACEL	3		PLEGRIDY PEN	5	PA, ST, SRX
PENTACEL ACTHIB COMPONENT VIAL	3		PNEUMOVAX 23	3	
PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT VIAL	3		PNV 29-1	1	
PENTAMIDINE 300 MG INHALATION POWDER	3		PNV OB+DHA	1	
PENTASA	4		PNV-DHA	1	
PENTAZOCINE-NALOXONE	2		PNV-DHA + DOCUSATE	1	
PENTOXIFYLLINE	2		PNV-FERROUS-DOCU-FA	1	
PERFOROMIST	4	QL	PNV-OMEGA	1	
PERINDOPRIL	2		PNV-SELECT	1	
PERIOGARD 0.12% ORAL RINSE	2		PNV-VP-U	1	
PERMETHRIN	2		PODOFILOX	2	
PERPHENAZINE	2		POLYICIN	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	2		POLYMYXIN B-TRIMETHOPRIM EYE DROPS	2	
PEXEVA	4	ST, QL	POMALYST	5	SRX
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	3		PORTIA	1	
PHENADOZ	2		POSACONAZOLE	4	
PHENAZOPYRIDINE	2		POTASSIUM CITRATE ER	2	
PHENELZINE	2		POTASSIUM CHLORIDE 10% (20 MEQ/15ML)	2	
PHENOBARBITAL	2		POTASSIUM CHLORIDE 10% (40 MEQ/30ML)	2	
PHENOXYBENZAMINE	5	SRX	POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ PACKET	2	
PHENYLEPHRINE 10% EYE DROPS	2		POTASSIUM CHLORIDE 20% (40 MEQ/15ML)	2	
PHENYLEPHRINE 2.5% EYE DROPS	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ CAPSULE	2	
PHENYTOIN	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ TABLET	2	
PHENYTOIN EXTENDED	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 20 MEQ TABLET	2	
PHILITH	1		POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ CAPSULE	2	
PHOSLYRA	4		POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TABLET	2	
PHOSPHASAL	2		PR NATAL 400	1	
PHOSPHOLINE IODIDE	4		PR NATAL 400 EC	1	
PHRENILIN FORTE	2	QL			
PHYSIOSOL	4				
PHYTONADIONE	4				
PICATO	4				
PILOCARPINE	2				
PIMECROLIMUS	4				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
PR NATAL 430	1		PROBENECID-COLCHICINE	2	
PR NATAL 430 EC	1		PROCENTRA	2	
PRADAXA	4	PA, QL	PROCHLORPERAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2	
PRAMIPEXOLE	2		PROCHLORPERAZINE TABLET	2	
PRAMIPEXOLE ER	2		PROCTO-MED HC	2	
PRAMOSONE	4		PROCTO-PAK	2	
PRASUGREL	2		PROCTOSOL-HC	2	
PRAVASTATIN	2		PROCTOZONE-HC	2	
PRAZICUANTEL 600 MG TABLET	2		PROGESTERONE 100 MG CAPSULE	2	
PRAZOSIN	2		PROGESTERONE 200 MG CAPSULE	2	
PRED-G	4		PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	4	
PREDNICARBATE	2		PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	4	
PREDNISOLONE	2		PROMACTA	5	PA, SRX, LDD
PREDNISOLONE 15 MG/5 ML SOLUTION	2		PROMETHAZINE 12.5 MG SUPPOSITORY	2	
PREDNISOLONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2		PROMETHAZINE 12.5 MG TABLET	2	
PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	2		PROMETHAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2	
PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	2		PROMETHAZINE 25 MG TABLET	2	
PREDNISOLONE 25 MG/5 ML	2		PROMETHAZINE 50 MG SUPPOSITORY	2	
PREDNISOLONE ODT	2		PROMETHAZINE 50 MG TABLET	2	
PREDNISONE	2		PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SOLUTION	2	
PREDNISONE INTENSOL	2		PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SYRUP	2	
PREFEST	2		PROMETHAZINE VC	2	
PREGABALIN	2	QL	PROMETHAZINE VC-CODEINE SOLUTION	2	QL
PREMARIN	4		PROMETHAZINE-CODEINE	2	QL
PRENA1 TRUE	1		PROMETHAZINE-DM	2	
PRENAISSANCE	1		PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE-CODEINE	2	QL
PRENAISSANCE PLUS	1		PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE	2	
PRENATAL 19	1		PROMETHEGAN	2	
PRENATAL LOW IRON	1		PROPAFENONE	2	
PRENATAL PLUS	1		PROPAFENONE ER	2	
PRENATAL PLUS-DHA COMBO PACK	1		PROPANTHELINE	2	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	1		PROPARACAINE	2	
PRENATAL-U	1		PROPRANOLOL 10 MG TABLET	2	
PREPLUS	1		PROPRANOLOL 20 MG TABLET	2	
PREPOPIK	4		PROPRANOLOL 20 MG/5 ML SOLUTION	2	
PRETAB	1		PROPRANOLOL 40 MG TABLET	2	
PREVALITE	2		PROPRANOLOL 40 MG/5 ML SOLUTION	2	
PREVIFEM	1		PROPRANOLOL 60 MG TABLET	2	
PREVNAR 13	3		PROPRANOLOL 80 MG TABLET	2	
PREZCOBIX	3		PROPRANOLOL ER	2	
PREZISTA	3		PROPRANOLOL-HCTZ	2	
PRIFTIN	4				
PRIMAQUINE	2				
PRIMIDONE	2				
PRIMSOL	4				
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	3				
PROBENECID	2				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
PROPYLTHIOURACIL	2		REPAGLINIDE-METFORMIN	2	
PROQUAD	3		REPATHA PUSHTRONEX	5	PA, ST, SRX
PROTRIPTYLINE	2		REPATHA SURECLICK	5	PA, ST, SRX
PSORCON	4		REPATHA SYRINGE	5	PA, ST, SRX
PULMOSAL	2		REPREXAIN	2	
PULMOZYME	5	PA, SRX	RESPA A.R.	4	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	3		RESTASIS	4	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION	5	PA, SRX	REVLIMID	5	PA, SRX, LDD
PYRAZINAMIDE	2		REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	3	
PYRIDOSTIGMINE 60 MG/5 ML SOLUTION	5	PA, SRX	RIBASPHERE	4	
PYRIDOSTIGMINE 60 MG TABLET	4		RIBAVIRIN	4	
PYRIDOSTIGMINE ER	4		RIDAURA	4	
PYRIMETHAMINE	4	PA, LDD	RIFABUTIN	3	
QUADRACEL DTAP-IPV	3		RIFAMATE	4	
QUAZEPAM	2		RIFAMPIN 150 MG CAPSULE	2	
QUETIAPINE	2		RIFAMPIN 300 MG CAPSULE	2	
QUETIAPINE ER	2		RIFATER	4	
QUINAPRIL	1		RILUZOLE	4	
QUINAPRIL-HCTZ	1		RIMANTADINE	2	
QUINIDINE	2		RINVOQ	5	PA, QL, SRX, LDD
QUINIDINE ER	2		RISEDRONATE	2	
QUININE	2		RISEDRONATE DR	2	
QUTENZA	4		RISPERIDONE 0.25 MG TABLET	1	
RABEPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL	RISPERIDONE 0.5 MG TABLET	1	
RALOXIFENE	2		RISPERIDONE 1 MG TABLET	1	
RAMELTEON	3	QL	RISPERIDONE 1 MG/ML SOLUTION	2	
RAMIPRIL 1.25 MG CAPSULE	2		RISPERIDONE 2 MG TABLET	1	
RAMIPRIL 10 MG CAPSULE	1		RISPERIDONE 3 MG TABLET	1	
RAMIPRIL 2.5 MG CAPSULE	1		RISPERIDONE 4 MG TABLET	1	
RAMIPRIL 5 MG CAPSULE	1		RISPERIDONE ODT	2	
RANITIDINE 15 MG/ML SYRUP	2		RITONAVIR	2	
RANITIDINE 150 MG CAPSULE	1		RIVASTIGMINE	2	
RANITIDINE 150 MG TABLET	1		RIVELSA	1	
RANITIDINE 150 MG/10 ML SYRUP	2		RIZATRIPTAN	2	QL
RANITIDINE 300 MG CAPSULE	1		R-NATAL OB	1	
RANITIDINE 300 MG TABLET	1		ROPINIROLE	2	
RANOLAZINE ER	4	QL	ROPINIROLE ER	2	
RASAGILINE	2		ROSDAN 0.75% CREAM	2	
REBETOL	5	SRX	ROSDAN 0.75% GEL	2	
RECLIPSEN	1		ROSUVASTATIN	2	
RECOMBIVAX HB	3		ROTARIX	3	
RECTIV	4		ROTATEQ	3	
REGANEX	4	PA, QL	ROWEEPRA	2	
RELENZA	4	QL	ROWEEPRA XR	2	
RELISTOR	4	PA	RUFINAMIDE	4	QL
RENACIDIN	4		SAIZEN	5	PA, ST, SRX
REPAGLINIDE	2		SAIZEN-SAIZENPREP	5	PA, ST, SRX
			SALICYLIC ACID 27.5% LIQUID	2	
			SALSALATE	2	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
SANTYL	4	QL	SODIUM POLYSTYRENE 15 G/60 ML	2	
SAPROPTERIN	5	PA, SRX	SODIUM CHLORIDE 0.9% INHALATION VIAL	2	
SAVAYSA	4	PA, QL	SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION	2	
SAVELLA	4		SODIUM CHLORIDE 0.9% PROCESSING SOLUTION	2	
SCOPOLAMINE	2		SODIUM CHLORIDE 10% VIAL	2	
SECONAL	4		SODIUM CHLORIDE 3% VIAL	2	
SELEGILINE	2		SODIUM CHLORIDE 7% VIAL	2	
SELENIUM 2.25% SHAMPOO	2		SODIUM FLUORIDE 0.25 (0.55) MG	2	
SELENIUM 2.5% LOTION	2		SODIUM FLUORIDE 0.5 MG(1.1 MG)	2	
SE-NATAL 19	1		SODIUM FLUORIDE 0.5 MG/ML DROPS	2	
SEREVENT DISKUS	3		SODIUM FLUORIDE 1 MG (2.2 MG)	2	
SEROSTIM 4 MG VIAL	5	PA, ST, SRX	SODIUM FLUORIDE 1.1% CREAM	2	
SEROSTIM 5 MG VIAL	5	PA, ST, SRX	SODIUM FLUORIDE 1.1% GEL	2	
SEROSTIM 6 MG VIAL	5	PA, ST, SRX	SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH	2	
SERTRALINE 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	QL	SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS CREAM	2	
SERTRALINE 100 MG TABLET	1	QL	SODIUM FLUORIDE 5000 PPM CREAM	2	
SERTRALINE 25 MG TABLET	1	QL	SODIUM FLUORIDE 5000 PPM PASTE	2	
SERTRALINE 50 MG TABLET	1	QL	SODIUM FLUORIDE ENAMEL PROTECT	2	
SETLAKIN	1		SODIUM FLUORIDE SENSITIVE	2	
SEVELAMER	4		SODIUM PHENYL BUTYRATE	5	SRX
SEVELAMER CARBONATE	4		SODIUM POLYSTYRENE POWDER	2	
SF 1.1% GEL	2		SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	5	PA, SRX
SF 5000 PLUS	2		SOLIFENACIN	3	QL
SHAROBEL	1		SOLIQUA 100-33	4	
SHINGRIX	3		SOLTAMOX	4	
SIGNIFOR	5	PA, SRX, LDD	SOMAVERT	5	PA, SRX, LDD
SILDENAFIL 20 MG TABLET	4	PA	SOTALOL	2	
SILODOSIN	2	QL	SOTALOL AF	2	
SILVER NITRATE	2		SOTYLIZE	4	PA
SILVER SULFADIAZINE	2		SOVALDI 150 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
SIMBRINZA	3		SOVALDI 200 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
SIMLIYA	1		SOVALDI 200 MG TABLET	5	PA, SRX
SIMPESSE	1		SOVALDI 400 MG TABLET	5	PA, SRX
SIMVASTATIN 10 MG TABLET	1		SPINOSAD	2	
SIMVASTATIN 20 MG TABLET	1		SPIRONOLACTONE	2	
SIMVASTATIN 40 MG TABLET	1		SPIRONOLACTONE-HCTZ	2	
SIMVASTATIN 5 MG TABLET	1		SPRINTEC	1	
SIMVASTATIN 80 MG TABLET	1	QL	SPRYCEL	5	PA, SRX
SINGLE USE SWAB	3		SPS	2	
SIROLIMUS 0.5 MG TABLET	2		SRONYX	1	
SIROLIMUS 1 MG TABLET	2		SSKI	4	
SIROLIMUS 1 MG/ML SOLUTION	5	SRX	STAVUDINE	2	
SIROLIMUS 2 MG TABLET	2		STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SIRTURO	4	PA, LDD	STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX
SIVEXTRO 200 MG TABLET	4	PA	STELARA 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SKLICE	4		STERILE WATER FOR IRRIGATION	2	
SKYRIZI	5	PA, QL, SRX	STIMATE	5	PA, SRX
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	5	PA, QL, SRX			
SLYND	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 Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
STIVARGA	5	PA, SRX, LDD	TAKE ACTION	4	
STRIBILD	3		TALTZ AUTOINJECTOR	5	PA, QL, SRX, LDD
STRIVERDI RESPIMAT	4	ST	TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	5	PA, QL, SRX, LDD
SUBVENITE	2		TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	5	PA, QL, SRX, LDD
SUBVENITE (BLUE)	2		TALTZ SYRINGE	5	PA, QL, SRX, LDD
SUBVENITE (GREEN)	2		TAMOXIFEN	2	
SUBVENITE (ORANGE)	2		TAMSULOSIN	2	
SUCRAID	5	SRX, LDD	TARGRETIN 1% GEL	5	SRX
SUCRALFATE 1 GM TABLET	2		TARINA 24 FE	1	
SODIUM SULFACETAMIDE 10% LOTION	2		TARINA FE	1	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23% EYE DROPS	2		TARINA FE 1-20 EQ	1	
SULFADIAZINE	2		TARON-C DHA	1	
SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM DS TABLET	1		TARON-PREX PRENATAL	1	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP SS TABLET	1		TASIGNA	5	PA, SRX
SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM SUSPENSION	2		TAVABOROLE	4	
SULFAMYLON	4		TAYTULLA	3	
SULFASALAZINE	2		TAZAROTENE 0.1% CREAM	2	
SULFASALAZINE DR	2		TAZORAC	4	
SULINDAC	2		TAZTIA XT	2	
SUMATRIPTAN 20 MG NASAL SPRAY	2	QL	TDVAX VIAL	3	
SUMATRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	2	QL	TELMISARTAN	2	
SUMATRIPTAN	2	QL	TELMISARTAN-AMLODIPINE	2	
SUPRAX	4		TELMISARTAN-HCTZ	2	
SUPREP	4		TEMAZEPAM	2	
SURE COMFORT ALCOHOL	3		TEMOZOLOMIDE	4	PA
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	3		TENCON	2	
SUTENT	5	PA, SRX	TENIVAC	3	
SYEDA	1		TENOFOVIR	2	
SYLATRON	5	PA, SRX	TERAZOSIN	1	
SYMAX	2		TERBINAFINE	1	
SYMAX-SL	2		TERBUTALINE 2.5 MG TABLET	2	
SYMAX-SR	2		TERBUTALINE 5 MG TABLET	2	
SYMLINPEN 120	4	QL	TERCONAZOLE 0.4% CREAM	2	
SYMLINPEN 60	4	QL	TERCONAZOLE 0.8% CREAM	2	
SYMTUZA	3		TERCONAZOLE 80 MG SUPPOSITORY	2	
SYNAREL	5	SRX	TERIPARATIDE	5	PA, QL, SRX
SYNERA	4		TESTOSTERON CYPIONATE 1,000 MG/10 ML	2	
SYNTHROID	4		TESTOSTERON CYPIONATE 2,000 MG/10 ML	2	
TABLOID	4		TESTOSTERONE 1% (25MG/2.5G) PACKET	2	QL
TACROLIMUS	2		TESTOSTERONE 1% (50 MG/5 G) PACKET	2	QL
TADALAFIL 2.5 MG TABLET	2	PA, QL	TESTOSTERONE 1.62% (2.5 G) PACKET	2	QL
TADALAFIL 20 MG TABLET	5	PA, SRX	TESTOSTERONE 1.62% GEL PUMP	2	QL
TADALAFIL 5 MG TABLET	2	PA, QL	TESTOSTERONE 1.62%(1.25 G) PACKET	2	QL
TAFINLAR	5	PA, SRX, LDD	TESTOSTERONE 10 MG GEL PUMP	2	QL
TAGRISSO	5	PA, SRX, LDD			



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	2	QL	TIMOLOL 5 MG TABLET	2	
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM GEL	2	QL	TINIDAZOLE	2	
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PACKET	2	QL	TIS-U-SOL PENTALYTE	4	
TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/5 ML	2		TIVICAY	3	
TESTOSTERONE CYPIONATE 100 MG/ML	2		TIVICAY PD	3	
TESTOSTERONE CYPIONATE 200 MG/ML	2		TIZANIDINE 2 MG CAPSULE	2	
TESTOSTERONE CYPIONATE 500 MG/2.5 ML	2		TIZANIDINE 2 MG TABLET	2	
TESTOSTERONE CYPIONATE 500 MG/5 ML	2		TIZANIDINE 4 MG CAPSULE	2	
TESTOSTERONE CYPIONATE 6,000 MG/30ML	2		TIZANIDINE 4 MG TABLET	2	
TESTOSTERONE ENANTHATE 1,000 MG/5 ML	2		TIZANIDINE 6 MG CAPSULE	2	
TETCAINE	2		TL-SELECT	1	
TETRABENAZINE	5	PA, SRX	TOBRADEX OINTMENT	4	
TETRACAINE 0.5% EYE DROPS	2		TOBRADEX ST	4	
TETRACAINE 0.5% STERI-UNIT SOLUTION	2		TOBRAMYCIN 0.3% EYE DROPS	2	
TETRACYCLINE	2		TOBRAMYCIN 300 MG/5 ML AMPULE	4	PA, QL
TETRAVISC	4		TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	4	PA, QL
TEXACORT	4		TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE	2	
THALOMID	5	PA, SRX, LDD	TOBREX OINTMENT	4	
THEOCHRON	2		TOLAZAMIDE	2	
THEOPHYLLINE	2		TOLBUTAMIDE	2	
THIOLA	4	LDD	TOLCAPONE	5	SRX
THIORIDAZINE	2		TOLMETIN	2	
THIOTHIXENE	2		TOLTERODINE	2	
THRIVITE 19	1		TOLTERODINE ER	2	
THYROID	1		TOLVAPTAN	5	SRX
THYROLAR-1	4		TOPIRAMATE	2	
THYROLAR-1/2	4		TOPIRAMATE ER	2	
THYROLAR-1/4	4		TOREMIFENE	4	
THYROLAR-2	4		TORSEMIDE	2	
THYROLAR-3	4		TOVET EMOLLIENT	2	
TIADYL ER	2		TOVIAZ	4	ST, QL
TIAGABINE	2		TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX, LDD
TILIA FE	1		TRAMADOL 50 MG TABLET	2	QL
TIMOLOL 0.25% GEL-SOLUTION	2		TRAMADOL ER 100 MG TABLET	2	QL
TIMOLOL 0.25% GFS GEL-SOLUTION	2		TRAMADOL ER 150 MG CAPSULE	2	QL
TIMOLOL 0.5% GEL-SOLUTION	2		TRAMADOL ER 200 MG TABLET	2	QL
TIMOLOL 0.5% GFS GEL-SOLUTION	2		TRAMADOL ER 300 MG TABLET	2	QL
TIMOLOL 0.25% EYE DROPS	2		TRAMADOL-ACETAMINOPHEN	2	QL
TIMOLOL 0.5% EYE DROPS	2		TRANDOLAPRIL	1	
TIMOLOL 10 MG TABLET	2		TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER	2	
TIMOLOL 20 MG TABLET	2		TRANEXAMIC ACID 650 MG TABLET	2	
			TRANLYCYPROMINE	2	
			TRAVOPROST	2	
			TRAZODONE 100 MG TABLET	1	
			TRAZODONE 150 MG TABLET	1	
			TRAZODONE 300 MG TABLET	2	
			TRAZODONE 50 MG TABLET	1	
			TRECTOR	4	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
TREMFYA	5	PA, QL, SRX	TRIMETHOPRIM	2	
TRETINOIN 0.01% GEL	2	AGE	TRI-MILI	1	
TRETINOIN 0.025% CREAM	2	AGE	TRIMIPRAMINE	2	
TRETINOIN 0.025% GEL	2	AGE	TRIMPEX	4	
TRETINOIN 0.05% CREAM	2	AGE	TRINATAL RX 1	1	
TRETINOIN 0.05% GEL	2	AGE	TRI-NORINYL	4	
TRETINOIN 0.1% CREAM	2	AGE	TRINTELLIX	4	ST, QL
TRETINOIN 10 MG CAPSULE	4	PA	TRI-NYMYO	1	
TRETINOIN MICROSPHERE	2	AGE	TRI-PREVIFEM	1	
TRETIN-X	4	AGE	TRI-SPRINTEC	1	
TRI FEMYNOR	1		TRIUMEQ	3	
TRIADVANCE	1		TRIVEEN-DUO DHA	1	
TRIAMCINOLONE 0.025% CREAM	2		TRIVEEN-ONE	1	
TRIAMCINOLONE 0.025% LOTION	2		TRIVEEN-PRX RNF	1	
TRIAMCINOLONE 0.025% OINTMENT	2		TRIVEEN-U	1	
TRIAMCINOLONE 0.1% CREAM	2		TRI-VITE WITH FLUORIDE	2	
TRIAMCINOLONE 0.1% LOTION	2		TRIVORA-28	1	
TRIAMCINOLONE 0.1% OINTMENT	2		TRI-VYLIBRA	1	
TRIAMCINOLONE 0.1% PASTE	2		TRI-VYLIBRA LO	1	
TRIAMCINOLONE 0.147 MG/G SPRAY	4		TROPICAMIDE	2	
TRIAMCINOLONE 0.5% CREAM	2		TROSPIUM	2	
TRIAMCINOLONE 0.5% OINTMENT	2		TROSPIUM ER	2	
TRIAMTERENE	4		TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	3	
TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG CAPSULE	2		TRULICITY	3	QL
TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG TABLET	1		TRUMENBA	3	
TRIAMTERENE-HCTZ 50-25 MG CAPSULE	2		TRUST NATAL DHA	1	
TRIAMTERENE-HCTZ 75-50 MG TABLET	1		TUDORZA PRESSAIR	4	ST
TRIAZOLAM	2		TULANA	1	
TRIDERM	2		TWINRIX	3	
TRIENTINE	4	PA	TYBOST	3	
TRI-ESTARYLLA	1		TYDEMY	1	
TRIFLUOPERAZINE	2		TYVASO	5	PA, SRX, LDD
TRIFLURIDINE	2		TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT	5	PA, SRX, LDD
TRIHENYPHENIDYL 2 MG TABLET	1		TYVASO REFILL KIT	5	PA, SRX, LDD
TRIHENYPHENIDYL 2 MG/5 ML ELXIR	2		TYVASO STARTER KIT	5	PA, SRX, LDD
TRIHENYPHENIDYL 5 MG TABLET	2		TYZINE	4	
TRIKAFTA	5	PA, QL, SRX, LDD	UDENYCA	5	PA, SRX
TRIKLO	2		ULESFIA	4	
TRI-LEGEST FE	1		ULTILET ALCOHOL SWAB	3	
TRI-LINYAH	1		UNITHROID	1	
TRI-LO-ESTARYLLA	1		URIN D.S.	2	
TRI-LO-MARZIA	1		UROQID-ACID NO.2	4	
TRI-LO-MILI	1		URSODIOL	2	
TRI-LO-SPRINTEC	1		USTELL	2	
TRILYTE WITH FLAVOR PACKETS	2		UTIRA-C	2	
TRIMETHOBENZAMIDE	2		VALACYCLOVIR	2	
			VALCHLOR	5	SRX, LDD
			VALGANCICLOVIR	4	
			VALPROIC ACID	2	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
VALSARTAN	2		VIKACE	4	
VALSARTAN - HCTZ	2		VIOROLE	1	
VANADOM	2		VIREAD 150 MG TABLET	3	
VANCOMYCIN	4		VIREAD 200 MG TABLET	3	
VANDAZOLE	2		VIREAD 250 MG TABLET	3	
VAQTA	3		VIREAD POWDER	3	
VARIVAX VACCINE	3		VIRT-C DHA	1	
VARUBI 90 MG TABLET	5	PA, QL, SRX, LDD	VIRT-NATE DHA	1	
VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	4	PA	VIRT-PN	1	
VAXELIS	3		VIRT-PN DHA	1	
VELIVET	1		VIRT-PN PLUS	1	
VEMLIDY	5	PA, SRX	VISTOGARD	5	SRX, LDD
VENA-BAL DHA	1		VITAMINS A,C,D-FLUORIDE 0.25 MG/ML	2	
VENATAL COMPLETE DHA	1		VITAFOL-OB	1	
VENCLEXTA	5	PA, SRX, LDD	VITAMIN D2 1.25 MG(50,000 UNIT)	2	
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA, SRX, LDD	VITASPIRE	1	
VENLAFAXINE	2	QL	VOL-NATE	1	
VENLAFAXINE ER 150 MG CAPSULE	2	QL	VOLNEA	1	
VENLAFAXINE ER 37.5 MG CAPSULE	2	QL	VOL-PLUS	1	
VENLAFAXINE ER 75 MG CAPSULE	2	QL	VORICONAZOLE 200 MG TABLET	4	PA
VENTAVIS	5	PA, SRX, LDD	VORICONAZOLE 40 MG/ML SUSPENSION	4	PA
VERAPAMIL 120 MG TABLET	2		VORICONAZOLE 50 MG TABLET	4	PA
VERAPAMIL 360 MG CAPSULE PELLET	2		VOTRIENT	5	PA, SRX
VERAPAMIL 40 MG TABLET	2		VP-CH PLUS	1	
VERAPAMIL 80 MG TABLET	2		VP-CH-PNV	1	
VERAPAMIL ER	2		VRAYLAR	4	ST, QL
VERAPAMIL ER PM	2		VYFEMLA	1	
VERAPAMIL SR	2		VYLIBRA	1	
VERDROCET	2		VYNATAL-FA	1	
VEREGEN	4		WARFARIN	1	
VESTURA	1		WEBCOL	3	
VIDEX	3		WERA	1	
VIEKIRA PAK	5	PA, ST, SRX	WESTAB PLUS	1	
VIENVA	1		WESTHROID	1	
VIGABATRIN 500 MG POWDER PACKET	5	QL, SRX, LDD	WIXELA INHUB	2	
VIGABATRIN 500 MG TABLET	5	QL, SRX, LDD	WP THYROID	3	
VIGADRONE	5	QL, SRX, LDD	WYMZYA FE	1	
VIIBRYD	4	ST, QL	XALKORI	5	PA, SRX, LDD
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	4	PA, QL	XARELTO	3	PA, QL
VIMPAT 100 MG TABLET	4	PA, QL	XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	5	PA, ST, QL, SRX
VIMPAT 150 MG TABLET	4	PA, QL	XELJANZ 10 MG TABLET	5	PA, ST, QL, SRX
VIMPAT 200 MG TABLET	4	PA, QL	XELJANZ 5 MG TABLET	5	PA, ST, QL, SRX
VIMPAT 50 MG TABLET	4	PA, QL	XELJANZ XR	5	PA, ST, QL, SRX
VINACAL	1		XIFAXAN 200 MG TABLET	4	
VINATE GT	1		XIFAXAN 550 MG TABLET	4	QL
VINATE II	1		XIGDUO XR	3	QL
VINATE ONE	1		XOLAIR	5	PA, SRX, LDD
VINATE PN CARE	1		XTAMPZA ER	3	
VINATE ULTRA	1				
VINATE-M	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 Premiere Virginia para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
XTANDI 40 MG CAPSULE	5	PA, ST, SRX, LDD
XTANDI 40 MG TABLET	5	PA, ST, SRX, LDD
XTANDI 80 MG TABLET	5	PA, ST, SRX, LDD
XULANE	1	
XURIDEN	5	PA, SRX, LDD
XYLON 10	2	
XYREM	5	PA, SRX, LDD
YUVAFEM	2	QL
ZAFEMY	1	
ZAFIRLUKAST	2	
ZALEPLON	2	
ZARAH	1	
ZARXIO	5	SRX
ZATEAN-PN DHA	1	
ZATEAN-PN PLUS	1	
ZAZOLE	2	
ZELBORAF	5	PA, SRX, LDD
ZENATANE	4	
ZENZEDI 10 MG TABLET	2	
ZENZEDI 5 MG TABLET	2	
ZETONNA	4	ST
ZIDOVUDINE	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ZILEUTON ER	5	SRX
ZIOPTAN	4	QL
ZIPRASIDONE	2	
ZIRGAN	4	
ZOLADEX	5	PA, SRX
ZOLINZA	5	PA, SRX
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL
ZOLMITRIPTAN 5 MG TABLET	2	QL
ZOLMITRIPTAN ODT	2	QL
ZOLPIDEM	2	
ZOLPIDEM ER	2	
ZONISAMIDE	2	
ZONTIVITY	4	
ZOSTAVAX	3	
ZOVIA 1-35	1	
ZOVIA 1-35E	1	
ZUMANDIMINE	1	
ZUPLENZ	4	QL
ZYDELIG	5	PA, SRX, LDD
ZYKADIA	5	PA, SRX
ZYLET	4	

## 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*

## Preguntas frecuentes (cont.)

*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>

### **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 obtenidos a través de un Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red**, a excepción de (a) los Servicios de emergencia; (b) los Servicios que no son de emergencia prestados a una Persona asegurada en un Centro participante si los Servicios que no son de emergencia involucran servicios quirúrgicos o auxiliares prestados por un Proveedor no participante; (c) los servicios para un Problema de salud urgente brindados en un consultorio, un centro de Cuidado de urgencia u otro centro para pacientes ambulatorios, y los servicios de Médicos relacionados y otros Proveedores relacionados; (d) los servicios Médicamente necesarios que no estén disponibles a través de un Proveedor participante.
2. Cantidades **que superen las limitaciones de beneficios máximos de los Gastos cubiertos** especificados en esta Póliza.
3. Servicios **no incluidos específicamente como Servicios cubiertos** en esta Póliza, en las secciones tituladas “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza”, “Beneficios de medicamentos con receta”, “Beneficios de cuidado de la vista pediátrico” y en el programa de beneficios.
4. Servicios o suministros que **no son Medicamente necesarios**, a excepción de los Servicios de cuidado preventivo según lo dispuesto en esta Póliza.
5. Servicios o suministros que se considere que son para **procedimientos Experimentales, procedimientos En investigación o procedimientos No comprobados**, salvo que se establezca lo contrario en esta Póliza en el título “Estudios clínicos”.
6. Servicios **que se reciban antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura**.
7. Servicios **recibidos después de finalizada la cobertura en virtud de esta Póliza**.
8. 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.
9. Cualquier condición por la cual se recuperen o puedan recuperarse beneficios, ya sea mediante una sentencia o laudo, un acuerdo o de otro modo, **en virtud de cualquier compensación del seguro de accidentes de trabajo, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedades laborales**, excepto cobertura por cualquier condición médica de conformidad con dicha exclusión si (i) una resolución de la Comisión de Compensación del Seguro de Accidentes de Trabajo (Workers’ Compensation Commission) niega beneficios de compensación en relación con dicha condición médica, y no se solicita la revisión de dicha decisión de conformidad con la legislación aplicable y dentro del plazo estipulado por ella; o (ii) una resolución de la Comisión de Compensación del Seguro de Accidentes de Trabajo, después de su revisión por parte de la Comisión completa, niega beneficios de compensación en relación con dicha condición médica. Luego del dictado de una resolución de compensación del seguro de accidentes de trabajo de conformidad con la cláusula (i) o (ii) que tenga el efecto de prohibir la aplicación de cualquiera de dichas exclusiones, Cigna proporcionará de inmediato cobertura para dicha condición médica en la medida en que se cubra de otra forma en virtud del contrato, el contrato de suscripción o el plan de servicios de salud. Si, luego de la apelación a la Cámara de Apelaciones o a la Corte Suprema, se dispone que dicha condición médica es indemnizable en virtud de la Ley de Seguro de Accidentes de Trabajo de Virginia (Título 65.2), Cigna podrá recuperar de la aseguradora de accidentes de trabajo o del empleador aplicable los costos de la cobertura por condiciones médica que se determinó que eran indemnizables en virtud de la Ley.
10. 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; no obstante, es posible que no puedan proporcionarse beneficios o que estos se demoren en caso de un desastre grave; (c) la **participación de una Persona asegurada en el servicio militar de cualquier país** (nota: para obtener información sobre una Persona asegurada que se convierte en un miembro de las fuerzas armadas en servicio activo, consulte “Cancelación solicitada por Usted” en “Términos de la Póliza” en la sección “Disposiciones generales”); (d) la **participación de una Persona asegurada en una insurrección, rebelión o motín**.
11. Cualquier **servicio proporcionado por una agencia gubernamental local, estatal o federal** (a excepción de Medicaid), salvo cuando la ley federal o estatal exijan expresamente el pago en virtud de esta Póliza.
12. Servicios que deben ser brindados por un sistema escolar público o un distrito escolar **según lo exigido por la ley estatal o federal**.
13. Cualquier **servicio por el cual pueda obtenerse el pago de cualquier agencia gubernamental local, estatal o federal** (a excepción de Medicaid). Hospitales de la Administración de Veteranos y Centros militares de tratamiento, excepto servicios prestados en caso de emergencia donde existe una responsabilidad legal por los cargos cobrados a la Persona asegurada por dichos servicios.
14. **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.

15. **Tratamiento u hospitalización ordenados por un juez**, a menos que el tratamiento sea una internación involuntaria o sea indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por esta Póliza.
16. **Servicios profesionales** prestados por un familiar directo de la Persona asegurada y servicios que generalmente no se cobran si no se tiene cobertura de seguro.
17. **Suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre** de cualquiera de las siguientes personas:
  - Usted o una compañía de la cual Usted sea propietario, en todo o en parte;
  - una persona que sea Su cónyuge, Pareja de hecho, hijo, hijastro, padre, hermano o hermana; o
  - 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.
18. **Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico.** Esta exclusión no se aplica a los Servicios de atención para enfermos terminales ni a la Terapia ocupacional para restaurar actividades como caminar, comer, beber, vestirse, usar el baño, moverse desde la silla de ruedas hasta la cama y bañarse y realizar actividades relacionadas con el trabajo.
19. **Servicios de enfermería privada** en el entorno para pacientes internados, excepto cuando se brindan como parte del beneficio de Servicios para enfermos terminales de esta Póliza.
20. Cargos de cuarto y comida **para pacientes internados en relación con una estadía en un Hospital, principalmente por un cambio de ambiente o Fisioterapia.**
21. Servicios recibidos durante **una estadía como paciente internado cuando la estadía esté relacionada principalmente con** la inadaptación social del comportamiento, la falta de disciplina u otras acciones antisociales que no sean específicamente el resultado de un Trastorno de salud mental.
22. **Servicios de medicina complementaria y alternativa**, entre los que se incluyen: terapia de masajes; terapia con animales, entre otras, a modo de ejemplo, equinoterapia o terapia con perros; arteterapia; meditación; visualización; acupuntura (esta exclusión no se aplica al plan Cigna Connect + Acupuncture); acupresión; terapia de inyección en puntos de acupuntura; reflexología; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); fototerapia; aromaterapia; musicoterapia o terapia del sonido; danzaterapia; terapia del sueño, salvo según lo indicado en esta Póliza en “Pruebas de sueño y tratamiento”; hipnosis; balanceo de energía; ejercicios de respiración; terapia del movimiento y/o ejercicio, incluidos, a modo de ejemplo, yoga, pilates, taichi, caminata, senderismo, natación y golf; y cualquier otro tratamiento alternativo según lo definido por el *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios específicamente indicados como cubiertos en “Servicios de habilitación y rehabilitación” no están sujetos a esta exclusión.
23. 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.
24. **Asistencia con las actividades cotidianas**, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, bañarse, comer, vestirse u otras actividades de Cuidados de custodia; servicios de cuidado en el hogar que no se presten en virtud de un acuerdo aprobado con un proveedor de cuidado de la salud en el hogar; actividades de cuidado personal o servicios domésticos; y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
25. **Servicios brindados por profesionales sin licencia** o servicios cuya realización no requiere una licencia, como por ejemplo, meditación, ejercicios de respiración, visualización guiada.
26. 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.
27. **Servicios que son autodirigidos** a un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario.
28. Servicios **ordenados por un Médico u otro Proveedor que es un empleado o representante de un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario**, cuando ese Médico u otro Proveedor:
  - no ha participado activamente en Su atención médica antes de ordenar el servicio, o
  - no participa activamente en Su atención médica después de que se recibe el servicio.Esta exclusión no se aplica a las mamografías.
29. **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 en “Cirugía bucal” y “Cuidado dental”.
30. **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular, a excepción de los servicios indicados en esta Póliza en “Defectos congénitos y anomalías de nacimiento para Recién nacidos”.
31. **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.

32. 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.
33. **Aparatos auditivos**, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, aparatos auditivos de implante óseo y 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. No se aplica a implantes cocleares.
34. **Pruebas de audición de rutina**, salvo según lo dispuesto en Cuidado preventivo.
35. **Exámenes genéticos**, a excepción de lo establecido en esta Póliza en “Cuidados para el embarazo y la maternidad” y “Cuidado preventivo de la mujer”, o exámenes genéticos de preimplantación: el diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
36. **Terapia génica**, que incluye, a modo de ejemplo, el costo del producto de Terapia génica; y los servicios médicos, quirúrgicos, profesionales y del centro directamente relacionados con la administración del producto de Terapia génica.
37. **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.
38. Cirugía **ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción** del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.
39. **Cirugía estética, terapia** u otros servicios para embellecerse, mejorar o alterar la apariencia o la autoestima. Esta exclusión no incluirá Cirugía reconstructiva cuando dicho servicio esté relacionado con una cirugía o se realice posteriormente a una cirugía debido a un traumatismo, una infección u otra enfermedad de la parte del cuerpo comprometida, y Cirugía reconstructiva debido a una enfermedad o anomalía congénita de un hijo dependiente cubierto que tuvo como resultado un defecto funcional.
40. **Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal**, 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.
41. **Asesoría o servicios auxiliares no médicos**, que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo, seguridad vial, y servicios, capacitación, terapia educacional u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y los retrasos en el desarrollo.
42. **Servicios y procedimientos para** cirugía para retirar piel sobrante, que incluye cirugía de la pared abdominal/paniclectomía, extirpación de papilomas cutáneos, terapia craneosacral/craneal, kinesiología aplicada, proloterapia y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para condiciones musculoesqueléticas y ortopédicas, macromastia o ginecomastia; y blefaroplastia, **sin importar las indicaciones clínicas**.
43. Cualquier tratamiento, medicamento con receta, servicio o suministro para tratar la **disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
44. Todos los servicios relacionados con **la evaluación o el tratamiento de la fertilidad y/o la 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 esterilización electiva, la fertilización *in vitro*, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) y la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza.
45. La **criopreservación** de espermatozoides u óvulos, o el almacenamiento de espermatozoides para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
46. 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.
47. Administración de sangre **con el propósito de mejorar el estado físico general**.
48. **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a Soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos.
49. **Mejoras eléctricas internas y externas** o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
50. Estimuladores de los nervios periféricos mediante **prótesis mioeléctricas**.
51. **Las extremidades o los aparatos protésicos electrónicos**, a menos que sean Medicamento necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
52. **Aparatos ortopédicos prefabricados para pies**.
53. **Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares**, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.

54. **Calzado ortopédico**, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
55. **Aparatos ortopédicos** empleados principalmente por cuestiones de estética en lugar de motivos funcionales.
56. **Aparatos ortopédicos que no son para pies**, excepto **únicamente** los siguientes aparatos ortopédicos que no son para pies que se cubren cuando son Médicamente necesarios:
- Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
  - Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
  - Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
57. Servicios destinados principalmente a **bajar de peso o al tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad patológica**, o cualquier cuidado que incluya la pérdida de peso como principal método de tratamiento. Esto incluye cualquier cirugía para la obesidad patológica, aunque la Persona asegurada tenga otras 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. Esta exclusión no se aplica a la asesoría sobre obesidad como un servicio preventivo para bebés, niños y adultos.
58. **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.
59. Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, los cuidados de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporcionan luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa. Esto no se aplica a los servicios de cuidado preventivo, los Servicios de rehabilitación o de habilitación según se establece en esta Póliza.
60. **Servicios educativos**, salvo para el tratamiento del autismo o según lo establecido en esta Póliza en “Diabetes”, “Aviso sobre mastectomía” con respecto al linfedema en “Cirugía reconstructiva” y “Servicios para pacientes internados” en “Servicios de Salud mental y para Trastornos de consumo de sustancias”, o según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna.
61. **Asesoría en materia de nutrición**, excepto cuando se proporciona como parte del cuidado de la salud en el hogar, el tratamiento de un trastorno de la alimentación o según las subsecciones “Capacitación para el autocontrol de la diabetes” o “Servicios de cuidado preventivo”; o suplementos alimenticios, salvo según lo descrito en la sección “Fórmulas nutricionales: Fórmula elemental basada en aminoácidos o metabolismo de ácidos orgánicos anomalía metabólica o alergia grave a la soja o a las proteínas” de esta Póliza.
62. **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 en la sección “Beneficios de medicamentos con receta”.
63. Todos los **Cargos de los Proveedores en país extranjero** están excluidos en virtud de esta Póliza, salvo según lo indicado específicamente en “Proveedores en país extranjero” en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios integrales: cobertura de la Póliza”.
64. **Cuidado de rutina de los pies**, a menos que sea Médicamente necesario. Esta exclusión se aplica a cortar o eliminar callos y durezas; cortar las uñas; limpieza y cuidado preventivo de los pies, lo que incluye, a modo de ejemplo:
- Limpiar los pies y ponerlos en remojo.
  - Aplicar cremas para la piel para cuidar el tono de la piel.
  - Otros servicios que se brinden cuando no haya una Enfermedad, Lesión o síntoma que comprometa los pies.
- Esta exclusión no se aplica al tratamiento de callos y durezas y el cuidado de las uñas de los pies para pacientes con diabetes o una enfermedad vascular.
65. Cargos por los **servicios de un Médico de guardia**.
66. Cargos por **trasplantes de órganos de animales a humanos**.
67. **Reclamos recibidos por Cigna después de 90 días** desde la fecha en que se prestó el servicio, salvo (a) en caso de una incapacidad legal, que el plazo se extiende a 15 meses o (b) si Cigna recibe el reclamo después de transcurridos los 90 días pero lo antes posible dentro de lo razonable.

**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).