



# LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE 5 NIVELES DE CIGNA PLUS FLORIDA 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	36
Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre	39

### Cómo ver la Lista de medicamentos en línea



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



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

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

## Acerca de esta Lista de medicamentos

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

## Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ABACAVIR	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
ABIRATERONE	5	PA, SRX
ACAMPROSATE	3	
ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	2	
ACETYLCYSTEINE 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	
ALISKIREN	4	QL
ALLOPURINOL	1	
ALOMIDE	4	
ALOSETRON	4	
ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 1 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 2 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER	2	

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

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

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

## Niveles

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

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

## Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

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

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

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

## Medicamentos de especialidad

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

## Exclusiones del plan

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

## Cómo encontrar su medicamento

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

Letra con la que empieza su medicamento	Página
A-B	6-9
C-D	10-14
E-G	14-18
H-J	18-20
K-L	20-22
M-N	22-25
O-P	25-28
Q-S	28-30
T-U	30-33
V-Z	33-35

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ABACAVIR	2		ALCAINE	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE	2		ALCLOMETASONE	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2		ALCOHOL PREP PADS	3	
ABIRATERONE 500MG TABLET	5	PA, SRX, LDD	ALDACTAZIDE 50-50 TABLET	4	
ABIRATERONE 250MG TABLET	5	PA, SRX, LDD	ALECENSA	5	PA, SRX, LDD
ACAMPROSATE	3		ALENDRONATE 70MG/75ML	2	
ACARBOSE	2		ALENDRONATE 10MG TABLET	1	
ACEBUTOLOL CAPSULE	2		ALENDRONATE 35MG TABLET	1	
ACETAMINOPHEN-CODEINE 300-30MG/12.5ML	2		ALENDRONATE 40MG TABLET	1	
ACETAMINOPHEN-CODEINE 120-12MG/5ML	2		ALENDRONATE 5MG TABLET	1	
ACETAMINOPHEN-CODEINE #2 TABLET	2		ALENDRONATE 70MG TABLET	2	
ACETAMINOPHEN-CODEINE #3 TABLET	2		ALFUZOSIN ER	2	
ACETAMINOPHEN-CODEINE #4 TABLET	2		ALINIA	4	
ACETAMINOPHEN-CAFFEINE- DIHYDROCODEINE 320.5MG	2		ALISKIREN	4	QL
ACETAZOLAMIDE TABLET	2		ALLOPURINOL TABLET	1	
ACETAZOLAMIDE ER CAPSULE	2		ALMOTRIPTAN	2	QL
ACETIC ACID 0.25% IRRIGATION SOLUTION	2		ALOCRIIL	4	
ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	2		ALOMIDE	4	
ACETYLCYSTEINE 20% VIAL	2		ALOSETRON	4	
ACITRETIN	4		ALPRAZOLAM	2	
ACTEMRA 162MG/0.9ML SYRINGE	5	PA, ST, QL, SRX	ALPRAZOLAM ER	2	
ACTEMRA ACTPEN	5	PA, ST, QL, SRX	ALPRAZOLAM INTENSOL	2	
ACTHIB	3		ALPRAZOLAM ODT	2	
ACTIMMUNE	5	PA, SRX, LDD	ALPRAZOLAM XR	2	
ACYCLOVIR 200MG CAPSULE	1		ALTABAX	4	
ACYCLOVIR 200MG/5ML SUSPENSION	2		ALTACAINA	2	
ACYCLOVIR 400MG TABLET	1		ALTAVERA	1	
ACYCLOVIR 800MG TABLET	1		ALYACEN	1	
ADACEL TDAP	3		ALYQ	5	PA, SRX
ADAPALENE 0.1% CREAM	2	AGE	AMABELZ	2	
ADAPALENE 0.1% GEL	2	AGE	AMANTADINE	2	
ADAPALENE 0.1% LOTION	2	AGE	AMBRISENTAN	5	PA, SRX, LDD
ADAPALENE 0.1% SOLUTION	2	AGE	AMCINONIDE	2	
ADAPALENE 0.3% GEL	2	AGE	AMETHIA	1	
ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	2	AGE	AMETHIA LO	1	
ADEFOVIR	4		AMETHYST	1	
ADEMPAS	5	PA, SRX, LDD	AMILORIDE	2	
AFINITOR DISPERZ	5	PA, SRX	AMILORIDE-HCTZ	2	
AFIRMELLE	1		AMINOCAPROIC ACID	4	
AFLURIA QUAD	3		AMIODARONE 100MG TABLET	2	
AFTERA	4		AMIODARONE 200MG TABLET	2	
AK-POLY-BAC	2		AMIODARONE 400MG TABLET	2	
AKYNZEO 300-0.5MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	AMITRIPTYLINE 10MG TABLET	1	
ALBENDAZOLE TABLET	4		AMITRIPTYLINE 100MG TABLET	2	
ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER	2	QL	AMITRIPTYLINE 150MG TABLET	2	
ALBUTEROL TABLET	2		AMITRIPTYLINE 25MG TABLET	1	
			AMITRIPTYLINE 50MG TABLET	1	
			AMITRIPTYLINE 75MG TABLET	1	
			AMLODIPINE	2	
			AMLODIPINE-BENAZEPRIL	2	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
AVONEX	5	PA, SRX	BD FILTER NEEDLE	3	
AVONEX PEN	5	PA, SRX	BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	3	
AYUNA	1		BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2ML 6MMX31G	3	
AZASITE	4		BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.3ML 12.7MMX30G	3	
AZATHIOPRINE TABLET	2		BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5ML 12.7MMX30G	3	
AZELAIC ACID 15% GEL	2		BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 1 ML 12.7MMX30G	3	
AZELASTINE	2		BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29GX12.7MM	3	
AZELASTINE-FLUTICASON	3		BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29GX12.7MM	3	
AZITHROMYCIN 1GM POWDER PACKET	2	QL	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.3 ML 8MMX31G	3	
AZITHROMYCIN 100MG/5ML SUSPENSION	2	QL	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5 ML 8MMX31G	3	
AZITHROMYCIN 200MG/5ML SUSPENSION	2	QL	BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5 ML 8MMX31G	3	
AZITHROMYCIN 250MG TABLET	1	QL	BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28GX1/2"	3	
AZITHROMYCIN 500MG TABLET	1	QL	BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29GX1/2"	3	
AZITHROMYCIN 600MG TABLET	2	QL	BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25GX1"	3	
AZOPT	3		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25GX5/8"	3	
AZURETTE	1		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 26GX1/2"	3	
BACITRACIN 500UNIT/GM OPHTHALMIC	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27GX12.7MM	3	
BACITRACIN-POLYMYXIN	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27GX5/8"	3	
BACLOFEN 10MG TABLET	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2"	3	
BACLOFEN 20MG TABLET	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29GX1/2"	3	
BACLOFEN 5MG TABLET	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29GX12.7MM	3	
BAL-CARE DHA	1		BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 1 ML 8MMX31G	3	
BALCOLTRA	4		BD INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
BALSALAZIDE	2		BD INTEGRA NEEDLE 25GX 5/8"	3	
BALZIVA	1		BD INTEGRA RETRA NEEDLE 23GX1"	3	
BANZEL 200MG TABLET	4	QL	BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 21GX1 1/2"	3	
BANZEL 400MG TABLET	4	QL	BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25GX5/8"	3	
BARACLUDE 0.05MG/ML SOLUTION	5	SRX	BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	3	
BASAGLAR KWIKPEN U-100	3	QL	BD MAGNI-GUIDE MAGNIFIER	3	
BD 3 ML SYRINGE 18GX1-1/2"	3		BD NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32GX4MM	3	
BD 3 ML SYRINGE 20GX1-1/2"	3		BD NEEDLE 18GX1 1/2"	3	
BD 3 ML SYRINGE 25GX1"	3		BD NEEDLE 19GX1 1/2"	3	
BD 3 ML SYRINGE 25GX1-1/2"	3		BD NEEDLE 20GX1 1/2"	3	
BD 3 ML SYRINGE WITH NEEDLE	3		BD NEEDLE 21GX1 1/2"	3	
BD AUTOSHIELD DUO NEEDLE 5MMX30G	3		BD NEEDLE 21GX1"	3	
BD BLUNT NEEDLE 18GX1-1/2"	3		BD NEEDLE 22GX1 1/2"	3	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE	3		BD NEEDLE 22GX3/4"	3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML	3		BD NEEDLE 23GX1 1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18GX1 1/2"	3		BD NEEDLE 23GX1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1"	3		BD NEEDLE 25GX1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 22GX1"	3		BD NEEDLE 25GX5/8"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 23GX1"	3		BD NEEDLE 27GX1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1"	3		BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1.5"	3		BD ECLIPSE NEEDLES 21GX1.5"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX5/8"	3				
BD ECLIPSE NEEDLE 27GX1/2"	3				
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2"	3				
BD ECLIPSE NEEDLES 21GX1.5"	3				

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



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Florida 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 NEEDLES 18GX1"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 18GX1.5"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 19GX1"	3		BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	3	
BD NEEDLES 19GX1.5"	3		BD ULTRAFINE MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G	3	
BD NEEDLES 20GX1"	3		BD ULTRAFINE MINI PEN NEEDLE 5MMX31G	3	
BD NEEDLES 20GX1.5"	3		BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G	3	
BD NEEDLES 21GX1"	3		BD ULTRAFINE ORIG PEN NEEDLE 12.7MMX29G	3	
BD NEEDLES 21GX1.5"	3		BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G	3	
BD NEEDLES 21GX2"	3		BD VEO INSULIN 0.3ML 6MMX31G (1/2)	3	
BD NEEDLES 22GX1"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 1 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 22GX1.5"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 23GX0.75"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 23GX1.25"	3		BECONASE AQ	4	ST
BD NEEDLES 25GX0.625"	3		BEKYREE	1	
BD NEEDLES 25GX0.875"	3		BELLADONNA-OPIUM	2	
BD NEEDLES 25GX1.5"	3		BENAZEPRIL	1	
BD NEEDLES 26GX0.375"	3		BENAZEPRIL-HCTZ	2	
BD NEEDLES 26GX0.5"	3		BENZONATATE 100MG CAPSULE	2	
BD NEEDLES 27GX0.5"	3		BENZONATATE 200MG CAPSULE	2	
BD NEEDLES 27GX1X1.25"	3		BENZONATATE PERLE 100MG CAPSULE	2	
BD NEEDLES 30GX0.5"	3		BENZTROPINE 0.5MG TABLET	2	
BD NEEDLES 30GX1"	3		BENZTROPINE 1MG TABLET	2	
BD NOKOR ADMIX NEEDLE 18GX1.5"	3		BENZTROPINE 2MG TABLET	2	
BD NOKOR NEEDLE 16GX1"	3		BEPREVE	4	
BD NOKOR NEEDLE 18GX1"	3		BESER	2	
BD PEN NEEDLE 29GX1/2"	3		BESIVANCE	4	
BD PRECISIONGLI 27GX1-1/2" NEEDLE	3		BETADINE 5% EYE SOLUTION	4	
BD PRECISIONGLIDE 3 ML 22GX3/4	3		BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED	2	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25G	3		BETAMETHASONE DIPROPIONATE	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML 8MMX31G	3		BETAMETHASONE VALERATE	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3ML 13MMX29G	3		BETAXOLOL	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML 8MMX30G	3		BETHANECHOL	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5ML 13MMX29G	3		BEXAROTENE	4	PA
BD SAFETYGLIDE INSULIN 1 ML 13MMX29G	3		BEXSERO	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 1 ML 6MMX31G	3		BICALUTAMIDE	2	
BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	3		BIKTARVY	3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE	3		BIMATOPROST 0.03% EYE DROPS	2	QL
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18GX1.5"	3		BINOSTO	4	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1"	3		BISOPROLOL	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1.5"	3		BISOPROLOL-HCTZ	1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22GX1.5"	3		BLISOVI 24 FE	1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25GX1"	3				
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27GX5/8"	3				
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	3				

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
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 CITRATE 60MG/3ML ORAL	2	
BRIMONIDINE	2		CALCIPOTRIENE 0.005% CREAM	2	
BRINZOLAMIDE	3		CALCIPOTRIENE 0.005% OINTMENT	2	
BRIVIACT 10MG TABLET	4	PA, QL	CALCIPOTRIENE 0.005% SOLUTION	2	
BRIVIACT 10MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, QL	CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE DP	4	
BRIVIACT 100MG TABLET	4	PA, QL	CALCITONIN-SALMON	2	
BRIVIACT 25MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRENE	2	
BRIVIACT 50MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRIOL 0.25MCG CAPSULE	2	
BRIVIACT 75MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRIOL 0.5MCG CAPSULE	2	
BROMFED DM	2		CALCITRIOL 1MCG/ML SOLUTION	2	
BROMFENAC	2		CALCITRIOL 3MCG/G OINTMENT	2	QL
BROMOCRIPTINE	2		CALCIUM ACETATE 667MG CAPSULE	2	
BROMPHENIRAMINE- PSEUDOEPHEDRINE-DM	2		CALCIUM ACETATE 667MG GELCAP	2	
BROVANA	4		CALCIUM ACETATE 667MG TABLET	2	
BUDESONIDE	4		CAMBIA	4	
BUDESONIDE EC	4		CAMILA	1	
BUDESONIDE ER	5	PA, QL, SRX	CAMRESE	1	
BUMETANIDE 0.5MG TABLET	2		CAMRESE LO	1	
BUMETANIDE 1MG TABLET	2		CANDESARTAN	2	
BUMETANIDE 2MG TABLET	2		CANDESARTAN-HCTZ	2	
BUPRENORPHINE 2MG TABLET SL	2		CAPECITABINE	4	PA
BUPRENORPHINE 8MG TABLET SL	2		CAPRELSA	5	PA, SRX, LDD
BUPRENORPHINE PATCH	2	QL	CAPTOPRIL	2	
BUPRENORPHINE-NALOXONE	2		CAPTOPRIL-HCTZ	2	QL
BUPROPION	2	QL	CARBAGLU	4	PA, LDD
BUPROPION SR 100MG TABLET	2	QL	CARBAMAZEPINE 100MG TABLET CHEWABLE	2	
BUPROPION SR 150MG TABLET	2	QL	CARBAMAZEPINE 100MG/5ML SUSPENSION	2	
BUPROPION SR 200MG TABLET	2	QL	CARBAMAZEPINE 200MG TABLET	2	
BUPROPION XL 150MG TABLET	2	QL	CARBAMAZEPINE ER 100MG CAPSULE	2	
BUPROPION XL 300MG TABLET	2	QL	CARBAMAZEPINE ER 100MG TABLET	2	
BUSPIRONE 10MG TABLET	1		CARBAMAZEPINE ER 200MG CAPSULE	2	
BUSPIRONE 15MG TABLET	2		CARBAMAZEPINE ER 200MG TABLET	2	
BUSPIRONE 30MG TABLET	2		CARBAMAZEPINE ER 300MG CAPSULE	2	
BUSPIRONE 5MG TABLET	1		CARBAMAZEPINE ER 400MG TABLET	2	
BUSPIRONE 7.5MG TABLET	2		CARBIDOPA	4	
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN- CAFFEINE-CODEINE	2		CARBIDOPA-LEVODOPA	2	
BUTALBITAL COMPOUND-CODEINE	2		CARBIDOPA-LEVODOPA ER	2	
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN- CAFFEINE	2	QL	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE	2	
BUTALBITAL-ACETAMINOPHN 50-325	2		CARBINOXAMINE 4MG/5ML LIQUID	2	
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	2	QL	CARBINOXAMINE 4MG TABLET	2	
BUTORPHANOL 10MG/ML SPRAY	2	QL	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	3	
			CARISOPRODOL	2	

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
CARISOPRODOL COMPOUND	2		CHLORZOXAZONE 500MG TABLET	2	
CARISOPRODOL-ASPIRIN	2		CHOLBAM	5	PA, SRX, LDD
CARISOPRODOL-ASPIRIN-CODEINE	2		CHOLESTYRAMINE	2	
CARTEOLOL	2		CHOLESTYRAMINE LIGHT	2	
CARTIA XT	2		CHOLINE MAGNESIUM TRISALICYLATE LIQUID	2	
CARVEDILOL	1		CICLODAN 0.77% CREAM	2	
CAYSTON	5	PA, QL, SRX, LDD	CICLODAN 8% SOLUTION	2	
CAZIAN	1		CICLOPIROX 0.77% CREAM	2	
CEFACLOR	2		CICLOPIROX 0.77% GEL	2	
CEFACLOR ER	2		CICLOPIROX 0.77% TOPICAL SUSPENSION	2	
CEFADROXIL	2		CICLOPIROX 1% SHAMPOO	2	
CEFDINIR	2		CICLOPIROX 8% SOLUTION	2	
CEFDITOREN	2		CILOSTAZOL	2	
CEFIXIME 100MG/5ML SUSPENSION	2		CILOXAN	4	
CEFIXIME 200MG/5ML SUSPENSION	2		CIMETIDINE 200MG TABLET	2	
CEFIXIME 400MG CAPSULE	3		CIMETIDINE 300MG TABLET	2	
CEFPODOXIME	2		CIMETIDINE 300MG/5 ML SOLUTION	2	
CEFPROZIL	2		CIMETIDINE 400MG TABLET	2	
CEFUROXIME	2		CIMETIDINE 800MG TABLET	2	
CELECOXIB	2	QL	CINACALCET	5	SRX
CELONTIN	4		CIPRO HC	4	
CENTERGY	2		CIPROFLOXACIN	2	
CENTERGY DM	2		CIPROFLOXACIN 0.2% OTIC SOLUTION	2	
CEPHALEXIN 125MG/5ML SUSPENSION	2		CIPROFLOXACIN 0.3% EYE DROP	2	
CEPHALEXIN 250MG CAPSULE	1		CIPROFLOXACIN ER	2	
CEPHALEXIN 250MG/5ML SUSPENSION	2		CIPROFLOXACIN 100MG TABLET	2	
CEPHALEXIN 500MG CAPSULE	1		CIPROFLOXACIN 250MG TABLET	1	
CEPHALEXIN 750MG CAPSULE	2		CIPROFLOXACIN 500MG TABLET	1	
CESAMET	4		CIPROFLOXACIN 750MG TABLET	1	
CETIRIZINE 1MG/ML SOLUTION	2		CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE	3	
CETIRIZINE 1MG/ML SYRUP	2		CITALOPRAM 10MG TABLET	1	QL
CEVIMELINE	2		CITALOPRAM 10MG/5ML SOLUTION	2	QL
CHARLOTTE 24 FE	1		CITALOPRAM 20MG TABLET	1	QL
CHATEAL	1		CITALOPRAM 40MG TABLET	1	QL
CHATEAL EQ	1		CLARAVIS	4	
CHEMET	4		CLARITHROMYCIN	2	
CHENODAL	4		CLARITHROMYCIN ER	2	
CHLORDIAZEPOXIDE	2		CLEMASTINE 2.68MG TABLET	2	
CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE	2		CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1.2-5%	2	
CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM	2		CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET	2	
CHLORHEXIDINE 0.12% RINSE	2		CLINDACIN P 1% PLEDGETS	2	
CHLOROQUINE	2		CLINDAMYCIN (PEDIATRIC)	2	
CHLOROTHIAZIDE TABLET	2		CLINDAMYCIN 2% VAGINAL CREAM	2	
CHLORPROMAZINE 10MG TABLET	2		CLINDAMYCIN	2	
CHLORPROMAZINE 100MG TABLET	2		CLINDAMYCIN 1% GEL	2	
CHLORPROMAZINE 200MG TABLET	2		CLINDAMYCIN 1% SOLUTION	2	
CHLORPROMAZINE 25MG TABLET	2		CLINDAMYCIN 1% PLEDGET	2	
CHLORPROMAZINE 50MG TABLET	2				
CHLORPROPAMIDE	1				
CHLORTHALIDONE	1				

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
CLINDAMYCIN 1% LOTION	2		CORTISPORIN	4	
CLINDAMYCIN 1% FOAM	2		CORTISPORIN-TC	4	
CLINDAMYCIN-TRETINOIN	2		COTELLIC	5	PA, SRX, LDD
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5%	2		COVARYX	2	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% PUMP	2		COVARYX H.S.	2	
CLINDESSE	4		CRIXIVAN	3	
CLOBAZAM	4	PA	CROMOLYN 100MG/5ML ORAL CONCENTRATE	4	
CLOBETASOL EMOLLIENT	2		CROMOLYN 20MG/2ML NEBULIZER SOLUTION	4	QL
CLOBETASOL EMULSION	2		CROMOLYN 4% EYE DROPS	2	
CLOBETASOL	2		CROTAN	3	
CLOCORTOLONE	2		CRYSELLE	1	
CLODAN 0.05% SHAMPOO	2		CURITY ALCOHOL PREPS	3	
CLOMIPRAMINE	4		CYANOCOBALAMIN INJECTION	2	
CLONAZEPAM	2		CYCLAFEM	1	
CLONIDINE 0.1MG TABLET	1		CYCLOBENZAPRINE 10MG TABLET	1	
CLONIDINE 0.2MG TABLET	1		CYCLOBENZAPRINE 5MG TABLET	1	
CLONIDINE 0.3MG TABLET	1		CYCLOBENZAPRINE 7.5MG TABLET	3	
CLONIDINE HCL ER	2		CYCLOMYDRIL	4	
CLONIDINE PATCH	2		CYCLOPENTOLATE	2	
CLOPIDOGREL 300MG TABLET	2		CYCLOPHOSPHAMIDE 25MG CAPSULE	3	
CLOPIDOGREL 75MG TABLET	1		CYCLOPHOSPHAMIDE 25MG TABLET	3	
CLORAZEPATE	2		CYCLOPHOSPHAMIDE 50MG CAPSULE	3	
CLORPRES	2		CYCLOPHOSPHAMIDE 50MG TABLET	3	
CLOTRIMAZOLE 1% SOLUTION	2		CYCLOSERINE	2	
CLOTRIMAZOLE 1% TOPICAL CREAM	2		CYCLOSET	4	
CLOTRIMAZOLE 10 MG TROCHE	2		CYCLOSPORINE 100MG CAPSULE	2	
CLOTRIMAZOLE-BETAMETHASONE	2		CYCLOSPORINE 25MG CAPSULE	2	
CLOVIQUE	4	PA	CYCLOSPORINE MODIFIED	2	
CLOZAPINE	2		CYPROHEPTADINE 2MG/5ML SOLUTION	2	
CLOZAPINE ODT	4		CYPROHEPTADINE 2MG/5ML SYRUP	2	
C-NATE DHA	1		CYPROHEPTADINE 4MG TABLET	2	
COARTEM	4	QL	CYRED	1	
CODEINE SULFATE	2		CYRED EQ	1	
COLCHICINE	2		CYSTADANE	5	LDD, SRX
COLESEVELAM	2		CYTAGON	5	LDD, SRX
COLESTIPOL	2		CYSTARAN	4	PA, QL, LDD
COLOCORT	2		CYTRA-K CRYSTALS PACKET	2	
COLY-MYCIN S	4		DALFAMPRIDINE ER	5	PA, SRX, LDD
COMBIGAN	4		DALIRESP	4	QL
COMBIVIR	4		DANAZOL	2	
COMETRIQ	5	PA, SRX, LDD	DANTROLENE 100MG CAPSULE	2	
COMPLERA	3		DANTROLENE 25MG CAPSULE	2	
COMPLETE NATAL DHA	1		DANTROLENE 50MG CAPSULE	2	
COMPLETENATE	1		DAPSONE TABLET	4	
COMPRO	2		DAPTACEL DTAP	3	
CONSTULOSE	2		DARIFENACIN ER	2	
CORMAX	2		DASETTA	1	
CORTISONE 25MG TABLET	2		DAYSEE	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
DEBLITANE	1		DEXMETHYLPHENIDATE ER 30MG CAPSULE	2	QL
DECADRON 0.5MG/5ML ELIXIR	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 35MG CAPSULE	2	QL
DEFERASIROX	5	PA, SRX, LDD	DEXMETHYLPHENIDATE ER 40MG CAPSULE	2	QL
DEFERIPRONE	4	PA	DEXMETHYLPHENIDATE ER 5MG CAPSULE	2	QL
DEMECLOCYCLINE	2		DEXMETHYLPHENIDATE	2	
DENTA 5000 PLUS	2		DEXMETHYLPHENIDATE	2	
DENTAGEL	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER	2	QL
DESCOVY	3	PA	DEXMETHYLPHENIDATE-AMPHETAMINE ER	2	QL
DESIPRAMINE	2		DEXMETHYLPHENIDATE-AMPHETAMINE ER	2	
DESLORATADINE	2	QL	DIAZEPAM 10MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DESMOPRESSIN 0.01% SOLUTION	2		DIAZEPAM 10MG TABLET	2	
DESMOPRESSIN 0.01% SPRAY	2		DIAZEPAM 2MG TABLET	2	
DESMOPRESSIN 10MCG/0.1ML SPRAY	2		DIAZEPAM 2.5MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DESMOPRESSIN 0.1MG TABLET	2		DIAZEPAM 20MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DESMOPRESSIN 0.2MG TABLET	2		DIAZEPAM 5MG TABLET	2	
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1		DIAZEPAM 5MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DESOGESTR-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL	1		DIAZEPAM 5MG/5 ML SOLUTION	2	
DESONIDE 0.05% CREAM	2		DIAZEPAM 5MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
DESONIDE 0.05% LOTION	2		DIAZOXIDE	4	
DESONIDE 0.05% OINTMENT	2		DICLOFENAC 0.1% EYE DROPS	2	
DESOXIMETASONE 0.05% CREAM	2		DICLOFENAC 1.5% TOPICAL SOLN	2	
DESOXIMETASONE 0.05% GEL	2		DICLOFENAC POTASSIUM	2	
DESOXIMETASONE 0.05% OINTMENT	2		DICLOFENAC SODIUM DR 25MG TABLET	2	
DESOXIMETASONE 0.25% CREAM	2		DICLOFENAC SODIUM DR 50MG TABLET	2	
DESOXIMETASONE 0.25% OINTMENT	2		DICLOFENAC SODIUM DR 75MG TABLET	2	
DESVENLAFAXINE ER	2	QL	DICLOFENAC SODIUM EC 25MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 0.1% EYE DROP	2		DICLOFENAC SODIUM EC 50MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 0.5MG TABLET	2		DICLOFENAC SODIUM EC 75MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 0.5MG/5ML ELXIR	2		DICLOFENAC SODIUM 1% GEL	2	QL
DEXAMETHASONE 0.5MG/5ML LIQUID	2		DICLOFENAC SODIUM ER	2	
DEXAMETHASONE 0.75MG TABLET	2		DICLOFENAC SODIUM-MISOPROSTOL	2	
DEXAMETHASONE 1MG TABLET	2		DICLOXACILLIN	2	
DEXAMETHASONE 1.5MG TABLET	2		DICYCLOMINE 10MG CAPSULE	2	
DEXAMETHASONE 2MG TABLET	2		DICYCLOMINE 10MG/5ML SOLUTION	2	
DEXAMETHASONE 4MG TABLET	2		DICYCLOMINE 20MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 6MG TABLET	2		DIDANOSINE	2	
DEXAMETHASONE INTENSOL	2		DIFICID 200 MG TABLET	4	PA, QL
DEXCOM G6 READER, SENSOR & TRANSMITTER	3	PA, QL	DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	4	QL
DEXILANT	4	ST, QL	DIFLORASONE	4	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 10MG CAPSULE	2	QL	DIFLUNISAL	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 15MG CAPSULE	2	QL	DIGITEK	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 20MG CAPSULE	2	QL	DIGOX	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 25MG CAPSULE	2	QL	DIGOXIN 0.05MG/ML SOLUTION	2	
			DIGOXIN 0.125MG TABLET	2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
DIGOXIN 0.25MG TABLET	2		DOXEPIN 25MG CAPSULE	2	
DIGOXIN 125MCG TABLET	2		DOXEPIN 5% CREAM	4	
DIGOXIN 250MCG TABLET	2		DOXEPIN 50MG CAPSULE	2	
DIHYDROERGOTAMINE	4	QL	DOXEPIN 75MG CAPSULE	2	
DILATRATE-SR	4		DOXEPIN 3MG TABLET	3	QL
DILTIAZEM 120MG TABLET	1		DOXEPIN 6MG TABLET	3	QL
DILTIAZEM 12HR ER 120MG CAPSULE	2		DOXERCALCIFEROL 0.5MCG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 12HR ER 60MG CAPSULE	2		DOXERCALCIFEROL 1MCG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 12HR ER 90MG CAPSULE	2		DOXERCALCIFEROL 2.5MCG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER	2		DOXYCYCLINE 25MG/5 ML SUSPENSION	2	
DILTIAZEM 24HR ER (CD)	2		DOXYCYCLINE HYCLATE 100MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24HR ER (LA)	2		DOXYCYCLINE HYCLATE 100MG TABLET	1	
DILTIAZEM 24HR ER (XR)	2		DOXYCYCLINE HYCLATE 20MG TABLET	2	
DILTIAZEM 30MG TABLET	1		DOXYCYCLINE HYCLATE 50MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 60MG TABLET	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 90MG TABLET	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100MG TABLET	1	
DILT-XR	2		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100MG TABLET	1	
DIMETHYL FUMARATE 30 DAY STARTER PACK	5	PA, SRX, LDD	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150MG CAPSULE	2	
DIMETHYL FUMARATE DR 120MG CAPSULE	5	PA, SRX, LDD	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150MG TABLET	2	
DIMETHYL FUMARATE DR 240MG CAPSULE	5	PA, SRX, LDD	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50MG CAPSULE	1	
DIPENTUM	4		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50MG TABLET	1	
DIPHEN	4		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50MG TABLET	1	
DIPHENHYDRAMINE 12.5MG/5ML	2		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75MG CAPSULE	2	
DIPHENHYDRAMINE 25MG/10ML	2		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75MG TABLET	2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE	2		DRONABINOL	4	
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PEDIATRIC	3		DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE	1	
DIPYRIDAMOLE 25MG TABLET	2		DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL	1	
DIPYRIDAMOLE 50MG TABLET	2		DROXIA	4	
DIPYRIDAMOLE 75MG TABLET	2		DUAVEE	4	
DISOPYRAMIDE	2		DULOXETINE DR 20MG CAPSULE	2	QL
DISULFIRAM	2		DULOXETINE DR 30MG CAPSULE	2	QL
DIVALPROEX	2		DULOXETINE DR 60MG CAPSULE	2	QL
DIVALPROEX ER	2		DUPIXENT PEN	5	PA, SRX
DOFETILIDE	4	QL	DUPIXENT SYRINGE	5	PA, SRX
DONEPEZIL	2		DUREZOL	4	
DONEPEZIL ODT	2		DUTASTERIDE	2	
DORZOLAMIDE	2		DUTASTERIDE-TAMSULOSIN	2	
DORZOLAMIDE-TIMOLOL EYE DROPS	2		EASY COMFORT ALCOHOL PAD	3	
DOTTI	2	QL	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	3	
DOVATO	3		EC-NAPROXEN	2	
DOXAZOSIN	2		ECONAZOLE	2	
DOXEPIN 10MG CAPSULE	2		ECONTRA EZ	4	
DOXEPIN 10MG/ML ORAL CONCRETE	2		EDARBI	4	ST, QL
DOXEPIN 100MG CAPSULE	2				
DOXEPIN 150MG CAPSULE	2				

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
EDARBYCLOR	4	ST, QL	ENSKYCE	1	
ED-SPAZ	2		ENTACAPONE	2	
EDURANT	3		ENTECAVIR	4	
EEMT	2		ENTRESTO	3	
EEMT H.S.	2		ENULOSE	2	
EFAVIRENZ	2		EPCLUSA 200MG-50MG TABLET	5	PA, QL, SRX
EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR	2		EPCLUSA 400MG-100MG TABLET	5	PA, SRX
EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR	2		EPIDIOLEX	4	PA, LDD
EFFER-K	4		EPIFOAM	4	
EGRIFTA	5	PA, SRX, LDD	EPINASTINE	2	
EGRIFTA SV	5	PA, SRX, LDD	EPINEPHRINE 0.15MG AUTO-INJECTOR	2	QL
ELETRIPTAN	2	QL	EPINEPHRINE 0.3MG AUTO-INJECTOR	2	QL
ELINEST	1		EPITOL	2	
ELIQUIS	3	PA, QL	EPIVIR	4	
ELITE OB DHA	1		EPIVIR HBV 25MG/5ML SOLUTION	3	
ELITE-OB	1		EPLERENONE	2	
ELITE-OB 400	1		EPROSARTAN	2	
ELLA	4		EPZICOM	4	
ELMIRON	4		ERGOLOID	1	
ELURYNG	2		ERIVEDGE	5	PA, SRX, LDD
EMADINE	4		ERLOTINIB	5	PA, SRX, LDD
EMCYT	5	SRX	ERRIN	1	
EMEND 125MG POWDER PACKET	5	PA, QL, SRX	ERTACZO	4	
EMOQUETTE	1		ERY	2	
EMSAM	4	QL	ERYTHROCIN	4	
EMTRICITABINE	2		ERYTHROMYCIN 0.5% EYE OINTMENT	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 100-150MG	2		ERYTHROMYCIN 2% GEL	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 133-200MG	2		ERYTHROMYCIN 2% PLEDGETS	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 167-250MG	2		ERYTHROMYCIN 2% SOLUTION	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 167-250MG	2		ERYTHROMYCIN 250MG FILMTAB	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 200-300MG	2		ERYTHROMYCIN 500MG FILMTAB	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 200-300MG	2		ERYTHROMYCIN DR 250MG CAPSULE	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 200-300MG	2		ERYTHROMYCIN	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 200-300MG	2		ERYTHROMYCIN-BENZOYL PEROXIDE	2	
EMTRIVA 10MG/ML SOLUTION	3		ESBRIET	5	PA, SRX, LDD
EMTRIVA 200MG CAPSULE	4		ESCITALOPRAM	2	QL
EMVERM	4		ESOMEPRAZOLE DR 10MG PACKET	3	QL
ENALAPRIL	1		ESOMEPRAZOLE DR 20MG PACKET	3	QL
ENALAPRIL-HCTZ	1		ESOMEPRAZOLE DR 40MG PACKET	3	QL
ENBREL 25MG KIT	5	PA, QL, SRX	ESOMEPRAZOLE DR 20MG CAPSULE	2	QL
ENBREL 25MG/0.5ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	ESOMEPRAZOLE DR 40MG CAPSULE	2	QL
ENBREL 50MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	ESOMEPRAZOLE DR 40MG CAPSULE	2	QL
ENBREL MINI	5	PA, QL, SRX	ESOMEPRAZOLE DR 49.3MG CAPSULE	2	QL
ENBREL SURECLICK	5	PA, QL, SRX	ESTARYLLA	1	
ENDOCET	2		ESTAZOLAM	2	
ENGERIX-B ADULT	3		ESTRADIOL (ONCE WEEKLY)	2	
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	3		ESTRADIOL (TWICE WEEKLY)	2	QL
ENLYTE	4		ESTRADIOL 0.5MG TABLET	1	
ENOXAPARIN	4	QL	ESTRADIOL 1MG TABLET	1	
ENPRESSE	1		ESTRADIOL 10MCG VAGINAL INSERT	2	QL
			ESTRADIOL 2MG TABLET	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ESTRADIOL-NORETHINDRONE	2		FENOFIBRATE 50MG CAPSULE	2	
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE	2		FENOFIBRATE 54MG TABLET	2	
ESZOPICLONE	2		FENOFIBRATE 67MG CAPSULE	2	
ETHAMBUTOL	2		FENOFIBRIC ACID	2	
ETHOSUXIMIDE	2		FENOPROFEN 600MG TABLET	2	
ETHYL CHLORIDE	2		FENTANYL OTFC 1,200MCG	4	PA
ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL	1		FENTANYL OTFC 1,600MCG	4	PA
ETIDRONATE	2		FENTANYL OTFC 200MCG	4	PA
ETODOLAC	2		FENTANYL OTFC 400MCG	4	PA
ETODOLAC ER	2		FENTANYL OTFC 600MCG	4	PA
ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	2		FENTANYL OTFC 800MCG	4	PA
ETOPOSIDE 50MG CAPSULE	4		FENTANYL PATCH	2	PA
EURAX 10% CREAM	4		FETZIMA	4	ST, QL
EUTHYROX	1		FEXOFENADINE 180MG TABLET	2	
EVEROLIMUS 0.25MG TABLET	5	SRX	FEXOFENADINE 30MG TABLET	2	
EVEROLIMUS 0.5MG TABLET	5	SRX	FEXOFENADINE 60MG TABLET	2	
EVEROLIMUS 0.75MG TABLET	5	SRX	FINASTERIDE 5MG TABLET	2	
EVEROLIMUS 2.5MG TABLET	5	PA, SRX	FIORICET	2	QL
EVEROLIMUS 5MG TABLET	5	PA, SRX	FIRVANQ	3	
EVEROLIMUS 7.5MG TABLET	5	PA, SRX	FLAC OTIC OIL	2	
EVOTAZ	3		FLAVOXATE	2	
EXEMESTANE	2		FLECAINIDE	2	
EXTRA-VIRT PLUS DHA	1		FLOVENT DISKUS	3	
EZETIMIBE	2		FLOVENT HFA	3	
EZETIMIBE-SIMVASTATIN	2		FLUAD	3	
FACTIVE	4		FLUAD QUAD	3	
FALMINA	1		FLUARIX QUAD	3	
FAMCICLOVIR	2		FLUBLOK QUAD	3	
FAMOTIDINE 20MG TABLET	1		FLUCELVAX QUAD	3	
FAMOTIDINE 40MG TABLET	1		FLUCONAZOLE	2	
FAMOTIDINE 40MG/5ML SUSPENSION	2		FLUCYTOSINE	4	
FANAPT	4	ST, QL	FLUDROCORTISONE 0.1MG TABLET	2	
FARXIGA	3	QL	FLULAVAL QUAD	3	
FARYDAK	5	PA, SRX	FLUMIST QUAD	3	
FAYOSIM	1		FLUNISOLIDE	2	
FEBUXOSTAT	4	QL	FLUOCINOLONE	2	
FELBAMATE	4		FLUOCINOLONE OIL	2	
FELODIPINE ER	2		FLUOCINONIDE	2	
FEM PH	2		FLUOCINONIDE-E	2	
FEMYNOR	1		FLUORABON	2	
FENOFIBRATE 120MG TABLET	2		FLUORIDE	2	
FENOFIBRATE 130MG CAPSULE	2		FLUORIDEX	2	
FENOFIBRATE 134MG CAPSULE	2		FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	2	
FENOFIBRATE 145MG TABLET	2		FLUORITAB	2	
FENOFIBRATE 150MG CAPSULE	2		FLUOROMETHOLONE	2	
FENOFIBRATE 160MG TABLET	2		FLUOROURACIL 0.5% CREAM	4	
FENOFIBRATE 200MG CAPSULE	2		FLUOROURACIL 2% TOPICAL SOLUTION	2	
FENOFIBRATE 40MG TABLET	2		FLUOROURACIL 5% CREAM	2	
FENOFIBRATE 43MG CAPSULE	2		FLUOROURACIL 5% TOPICAL SOLUTION	2	
FENOFIBRATE 48MG TABLET	2		FLUOXETINE 20MG/5ML SOLUTION	2	QL

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



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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
FLUOXETINE DR	2	QL	FUROSEMIDE 20MG TABLET	1	
FLUOXETINE 10MG CAPSULE	1	QL	FUROSEMIDE 40MG TABLET	1	
FLUOXETINE 20MG CAPSULE	1	QL	FUROSEMIDE 40MG/5ML SOLUTION	1	
FLUOXETINE 40MG CAPSULE	1	QL	FUROSEMIDE 80MG TABLET	1	
FLUPHENAZINE 1MG TABLET	2		FUZEON	5	LDD, SRX
FLUPHENAZINE 10MG TABLET	2		FYAVOLV	2	
FLUPHENAZINE 2.5MG TABLET	2		FYCOMPA 10MG TABLET	4	PA, QL
FLUPHENAZINE 2.5MG/5 ML ELIXIR	2		FYCOMPA 12MG TABLET	4	PA, QL
FLUPHENAZINE 5MG TABLET	2		FYCOMPA 2MG TABLET	4	PA, QL
FLUPHENAZINE 5MG/ML CONCENTRATE	2		FYCOMPA 4MG TABLET	4	PA, QL
FLURA-DROPS	2		FYCOMPA 6MG TABLET	4	PA, QL
FLURANDRENOLIDE	4		FYCOMPA 8MG TABLET	4	PA, QL
FLURAZEPAM	2		GABAPENTIN	2	
FLURBIPROFEN 0.03% EYE DROP	2		GALANTAMINE ER	2	QL
FLURBIPROFEN	2		GALANTAMINE	2	
FLUTAMIDE	2		GALZIN	4	
FLUTICASONA 0.005% OINTMENT	2		GARDASIL 9	3	
FLUTICASONA 0.05% CREAM	2		GATIFLOXACIN	2	
FLUTICASONA 0.05% LOTION	2		GATTEX	5	PA, SRX, LDD
FLUTICASONA 50 MCG SPRAY	2		GAVILYTE-C	2	
FLUTICASONA-SALMETEROL 100-50	2		GAVILYTE-G	2	
FLUTICASONA-SALMETEROL 113-14	2		GAVILYTE-N	2	
FLUTICASONA-SALMETEROL 232-14	2		GEMFIBROZIL	2	
FLUTICASONA-SALMETEROL 250-50	2		GEMMILY	1	
FLUTICASONA-SALMETEROL 55-14	2		GENERLAC	2	
FLUVASTATIN ER	2		GENGRAF	2	
FLUVASTATIN	2		GENOTROPIN	5	PA, ST, SRX
FLUVOXAMINE	2	QL	GENTAK	2	
FLUVOXAMINE ER	2	QL	GENTAMICIN 0.1% CREAM	2	
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	3		GENTAMICIN 0.1% OINTMENT	2	
FLUZONE QUAD	3		GENTAMICIN 0.3% EYE DROP	2	
FOLIC ACID 1MG TABLET	1		GENTAMICIN 3MG/ML EYE DROP	2	
FOLIVANE-OB	1		GENVOYA	3	
FONDAPARINUX	4	QL	GIANVI	1	
FORMADON	2		GILOTRIF	5	PA, SRX, LDD
FORMA-RAY	4		GLATIRAMER	5	PA, SRX
FOSAMPRENAVIR	2		GLATOPA	5	PA, SRX
FOSFOMYCIN	3		GLEOSTINE	4	
FOSINOPRIL	1		GLIMEPIRIDE	1	
FOSINOPRIL-HCTZ	2		GLIPIZIDE	1	
FOSRENOL	4		GLIPIZIDE ER	1	
FRAGMIN	5	QL, SRX	GLIPIZIDE XL	1	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER & SENSOR	3	PA, QL	GLIPIZIDE-METFORMIN	2	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER & SENSOR	3	PA, QL	GLYBURIDE	1	
FREESTYLE LIBRE 2 READER & SENSOR	3	PA, QL	GLYBURIDE MICRONIZED	1	
FROVATRIPTAN	2	QL	GLYBURIDE-METFORMIN	2	
FUROSEMIDE 10MG/ML SOLUTION	1		GLYCINE 1.5% IRRIGATION	2	
			GLYCOPYRROLATE 1MG TABLET	2	
			GLYCOPYRROLATE 2MG TABLET	2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
GLYDO	2		HUMIRA PEN	5	PA, QL, LDD, SRX
GRANISETRON	4		HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA, QL, LDD, SRX
GRISEOFULVIN	2		HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOLESCENT HS	5	PA, QL, LDD, SRX
GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZED	2		HUMIRA(CF)	5	PA, QL, LDD, SRX
GUANFACINE	2		HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	5	PA, QL, LDD, SRX
GUANFACINE ER	2		HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	5	PA, QL, LDD, SRX
GUANIDINE	2		HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	5	PA, QL, LDD, SRX
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	QL	HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA, QL, LDD, SRX
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	QL	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA, QL, LDD, SRX
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	3	QL	HUMIRA(CF) PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOLESCENT HS	5	PA, QL, LDD, SRX
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	3	QL	HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	QL
GYNAZOLE 1	2		HUMULIN 70-30	3	QL
HAILEY	1		HUMULIN N	3	QL
HAILEY 24 FE	1		HUMULIN N KWIKPEN	3	QL
HAILEY FE	1		HUMULIN R	3	QL
HALCINONIDE	4		HUMULIN R U-500	3	QL
HALOBETASOL 0.05% CREAM	2		HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	QL
HALOBETASOL 0.05% OINTMENT	2		HYCANTIN 0.25MG CAPSULE	5	PA, SRX
HALOG OINTMENT	4		HYCANTIN 1MG CAPSULE	5	PA, SRX
HALOPERIDOL	2		HYDRALAZINE 10MG TABLET	1	
HALOPERIDOL LACTATE 2MG/ML CONCENTRATE	2		HYDRALAZINE 100MG TABLET	2	
HARVONI 33.75-150MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX	HYDRALAZINE 25MG TABLET	1	
HARVONI 45-200MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX	HYDRALAZINE 50MG TABLET	1	
HARVONI 45-200MG TABLET	5	PA, SRX	HYDROCHLOROTHIAZIDE	1	
HARVONI 90-400MG TABLET	5	PA, SRX	HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE	2	
HAVRIX	3		HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	2	
HEATHER	1		HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE ER	2	
HEMENATAL OB + DHA	1		HYDROCODONE-HOMATROPINE	2	QL
HEMMOREX-HC	2		HYDROCODONE-IBUPROFEN	2	
HEPARIN 5,000 UNIT/0.5 ML	2		HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LIPID CREAM	3	
HEPARIN 5,000 UNIT/ML SYRINGE	2		HYDROCORTISONE 1% CREAM	2	
HEPLISAV-B	3		HYDROCORTISONE 1% OINTMENT	2	
HETLIOZ	5	PA, SRX, LDD	HYDROCORTISONE 10 MG TABLET	2	
HETLIOZ LQ	5	PA, SRX, LDD	HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML	2	
HIBERIX VACCINE WITH DILUENT	3		HYDROCORTISONE 2.5% CREAM	2	
HOMATROPAIRE	2		HYDROCORTISONE 2.5% LOTION	2	
HOMATROPINE	2		HYDROCORTISONE 2.5% OINTMENT	2	
HUMALOG	3	QL	HYDROCORTISONE 20 MG TABLET	2	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	QL	HYDROCORTISONE 5 MG TABLET	2	
HUMALOG KWIKPEN U-100	3	QL	HYDROCORTISONE AC 25 MG SUPP	2	
HUMALOG KWIKPEN U-200	3	QL	HYDROCORTISONE AC 30 MG SUPP	2	
HUMALOG MIX 50-50	3	QL	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% CREAM	2	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	QL	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LOTION	3	
HUMALOG MIX 75-25	3	QL			
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	QL			
HUMATROPE	5	PA, SRX			
HUMIRA	5	PA, QL, LDD, SRX			
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S	5	PA, QL, SRX			

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% OINTMENT	2		IMIPRAMINE HCL	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% SOLUTION	2		IMIPRAMINE PAMOATE	2	
HYDROCORTISONE VALERATE	2		IMIQUIMOD 5% CREAM PACKET	2	
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID	2		INCASSIA	1	
HYDROCORTISONE-PRAMOXINE 1%-1% CREAM	2		INCONTROL ALCOHOL PADS	3	
HYDROMET	2	QL	INCRELEX	5	PA, SRX, LDD
HYDROMORPHONE 1MG/ML SOLUTION	2		INCRUSE ELLIPTA	3	
HYDROMORPHONE 2MG TABLET	2		INDAPAMIDE	1	
HYDROMORPHONE 3MG SUPPOSITORY	2		INDOMETHACIN 25MG CAPSULE	2	
HYDROMORPHONE 4MG TABLET	2		INDOMETHACIN 50MG CAPSULE	2	
HYDROMORPHONE 5MG/5ML SOLUTION	2		INDOMETHACIN ER	2	
HYDROMORPHONE 8MG TABLET	2		INFANRIX DTAP	3	
HYDROMORPHONE ER	2		INLYTA	5	PA, SRX, LDD
HYDROXYCHLOROQUINE	2		INSULIN ASPART	4	ST, QL
HYDROXYUREA	2		INSULIN ASPART FLEXPEN	4	ST, QL
HYDROXYZINE 10MG/5ML SOLUTION	2		INSULIN ASPART PENFILL	4	ST, QL
HYDROXYZINE 10MG/5ML SYRUP	2		INSULIN ASPART PROTAMINE-INSULN ASPART	4	ST, QL
HYDROXYZINE 10MG TABLET	2		INTELENCE	3	
HYDROXYZINE 25MG TABLET	2		INTRON A	5	PA, SRX
HYDROXYZINE 50MG TABLET	2		INTROVALE	1	
HYDROXYZINE PAMOATE	2		INVIRASE	3	
HYOPHEN	2		IPOL	3	
HYOSCYAMINE 0.125MG ODT	2		IPRATROPIUM	2	
HYOSCYAMINE 0.125MG TABLET SL	2		IPRATROPIUM-ALBUTEROL	2	
HYOSCYAMINE 0.125MG/5ML ELIXIR	2		IRBESARTAN	1	
HYOSCYAMINE 0.125MG/ML DROP	2		IRBESARTAN-HCTZ	1	
HYOSCYAMINE 0.125MG TABLET	2		IRESSA	5	PA, SRX, LDD
HYOSCYAMINE ER	2		ISENTRESS	3	
HYOSCYAMINE SR	2		ISENTRESS HD	3	
HYOSYNE	2		ISIBLOOM	1	
IBANDRONATE 150MG TABLET	2		ISOCHRON	2	
IBRANCE	5	PA, SRX, LDD	ISONIAZID 100MG TABLET	1	
IBU	1		ISONIAZID 300MG TABLET	1	
IBUDONE	2		ISONIAZID 50MG/5ML SOLUTION	2	
IBUPROFEN 100MG/5ML SUSPENSION	2		ISOSORBIDE DINITRATE 10MG TABLET	2	
IBUPROFEN 400MG TABLET	1		ISOSORBIDE DINITRATE 20MG TABLET	2	
IBUPROFEN 600MG TABLET	1		ISOSORBIDE DINITRATE 30MG TABLET	2	
IBUPROFEN 800MG TABLET	1		ISOSORBIDE DINITRATE 5MG TABLET	2	
ICATIBANT	5	PA, SRX, LDD	ISOSORBIDE DINITRATE ER	2	
ICLEVIA	1		ISOSORBIDE DINITRATE ER 40MG TABLET	2	
ICLUSIG	5	PA, SRX, LDD	ISOSORBIDE MONONITRATE ER 120MG	2	
ICOSAPENT	4	PA	ISOSORBIDE MONONITRATE ER 30MG TABLET	1	
ILARIS	5	PA, SRX, LDD	ISOSORBIDE MONONITRATE ER 60MG TABLET	1	
ILEVRO	4		ISOSORBIDE MONONITRATE	1	
IMATINIB	4	PA	ISOTRETINOIN	4	
IMBRUVICA	5	PA, SRX, LDD	ISOXSUPRINE	2	

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ISRADIPINE	2		KETOROLAC 30 MG/ML SYRINGE	2	QL
ITRACONAZOLE	3		KETOROLAC 30 MG/ML VIAL	2	QL
IV ANTISEPTIC WIPES	3		KETOROLAC 300 MG/10 ML VIAL	2	QL
IV PREP WIPES	3		KETOROLAC 60 MG/2 ML CARPUJECT	2	QL
IVERMECTIN 0.5% LOTION	4		KETOROLAC 60 MG/2 ML SYRINGE	2	QL
IVERMECTIN 3 MG TABLET	2		KETOROLAC 60 MG/2 ML VIAL	2	QL
JAIMIESS	1		KINERET	5	PA, ST, QL, LDD, SRX
JAKAFI	5	PA, SRX, LDD	KINRIX	3	
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	3		KIONEX	2	
JANTOVEN	1		KLOR-CON 10 MEQ TABLET	2	
JASMIEL	1		KLOR-CON 8 MEQ TABLET	2	
JENCYCLA	1		KLOR-CON M10	2	
JINTELI	2		KLOR-CON M15	4	
JOLESSA	1		KLOR-CON M20	2	
JOLIVETTE	1		KOMBIGLYZE XR	3	QL
JULEBER	1		K-PHOS NO.2	4	
JULUCA	3		K-PHOS ORIGINAL	4	
JUNEL	1		KRISTALOSE	4	
JUNEL FE	1		KURVELO	1	
JUNEL FE 24	1		LABETALOL 100 MG TABLET	2	
KAITLIB FE	1		LABETALOL 200 MG TABLET	2	
KALETRA 100-25MG TABLET	3		LABETALOL 300 MG TABLET	2	
KALETRA 200-50MG TABLET	3		LACRISERT	4	
KALETRA 80MG-20MG/ML SOLUTION	4		LACTATED RINGERS IRRIGATION	2	
KALLIGA	1		LACTULOSE 10 GM PACKET	4	
KALYDECO	5	PA, QL, LDD, SRX	LACTULOSE 10 GM/15 ML SOLUTION	2	
KARIVA	1		LACTULOSE 20 GM/30 ML SOLUTION	2	
KELNOR 1-35	1		LAMICTAL XR STARTER KIT (BLUE)	4	
KELNOR 1-50	1		LAMICTAL XR STARTER KIT (GREEN)	4	
KETOCONAZOLE 2% CREAM	2		LAMICTAL XR STARTER KIT (ORANGE)	4	
KETOCONAZOLE 2% FOAM	3		LAMIVUDINE	2	
KETOCONAZOLE 2% SHAMPOO	2		LAMIVUDINE HBV	2	
KETOCONAZOLE 200 MG TABLET	2		LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
KETODAN 2% FOAM	3		LAMOTRIGINE	2	
KETOPROFEN 50 MG CAPSULE	2		LAMOTRIGINE STARTER KIT (BLUE)	2	
KETOPROFEN 75 MG CAPSULE	2		LAMOTRIGINE STARTER KIT (GREEN)	2	
KETOPROFEN ER 200 MG CAPSULE	2		LAMOTRIGINE STARTER KIT (ORANGE)	2	
KETOROLAC 0.4% OPHTHALMIC SOLUTION	2		LAMOTRIGINE ER	2	
KETOROLAC 0.5% OPHTHALMIC SOLUTION	2		LAMOTRIGINE ODT	2	
KETOROLAC 10 MG TABLET	2	QL	LAMOTRIGINE ODT (BLUE)	2	
KETOROLAC 15 MG/ML CARPUJECT	2	QL	LAMOTRIGINE ODT (GREEN)	2	
KETOROLAC 15 MG/ML ISECURE SYRINGE	2	QL	LAMOTRIGINE ODT (ORANGE)	2	
KETOROLAC 15 MG/ML SYRINGE	2	QL	LANSOPRAZOLE-AMOXICILLIN-CLARITHROMYCIN	2	
KETOROLAC 15 MG/ML VIAL	2	QL	LANSOPRAZOLE DR 15 MG CAPSULE	2	QL
KETOROLAC 30 MG/ML CARPUJECT	2	QL	LANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	2	QL
KETOROLAC 30 MG/ML ISECURE SYRINGE	2	QL	LANTHANUM	4	
			LAPATINIB	5	PA, SRX
			LARIN	1	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
LARIN 24 FE	1		LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1	
LARIN FE	1		LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1	
LARISSIA	1		ETHINYL ESTRADIOL		
LASTACAPT	4		LEVORA-28	1	
LATANOPROST 0.005% EYE DROPS	2		LEVORPHANOL	5	SRX
LATUDA	4	ST, QL	LEVO-T	1	
LAYOLIS FE	4		LEVOTHYROXINE 100 MCG TABLET	1	
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	5	PA, SRX	LEVOTHYROXINE 112 MCG TABLET	1	
LEENA	1		LEVOTHYROXINE 125 MCG TABLET	1	
LEFLUNOMIDE	2		LEVOTHYROXINE 137 MCG TABLET	1	
LENVIMA	5	PA, SRX, LDD	LEVOTHYROXINE 150 MCG TABLET	1	
LESSINA	1		LEVOTHYROXINE 175 MCG TABLET	1	
LETROZOLE	2		LEVOTHYROXINE 200 MCG TABLET	1	
LEUCOVORIN 10 MG TABLET	2		LEVOTHYROXINE 25 MCG TABLET	1	
LEUCOVORIN 15 MG TABLET	2		LEVOTHYROXINE 300 MCG TABLET	1	
LEUCOVORIN 25 MG TABLET	2		LEVOTHYROXINE 50 MCG TABLET	1	
LEUCOVORIN 5 MG TABLET	2		LEVOTHYROXINE 75 MCG TABLET	1	
LEUKERAN	4		LEVOTHYROXINE 88 MCG TABLET	1	
LEUKINE	5	SRX	LEVOXYL	1	
LEUPROLIDE 2WK 1 MG/0.2 ML KIT	4	PA	LEVULAN	4	LDD
LEUPROLIDE 2WK 14 MG/2.8 ML KIT	4	PA	LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	3	
LEVALBUTEROL CONCENTRATE	2		LEXIVA 700 MG TABLET	4	
LEVALBUTEROL	2		LIDOCAINE 5% OINTMENT	2	QL
LEVALBUTEROL HFA	2	QL	LIDOCAINE 5% PATCH	2	
LEVATOL	4		LIDOCAINE 2% JEL 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 2% VISCOUS SOLUTION	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		LISINOPRIL	1	
LEVOCETIRIZINE 2.5 MG/5 ML SOLUTION	2		LISINOPRIL-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	
			LITHOSTAT	4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
LO LOESTRIN FE	3		MEGESTROL 40 MG TABLET	2	
LOJAIMIESS	1		MEGESTROL 625 MG/5 ML SUSPENSION	4	
LONSURF	5	PA, SRX, LDD	MEGESTROL 40 MG/ML SUSPENSION	2	
LOPERAMIDE 2 MG CAPSULE	2		MEGESTROL 400 MG/10 ML	2	
LOPINAVIR-RITONAVIR	2		MEKINIST	5	PA, SRX
LOPREEZA	2		MELODETTA 24 FE	1	
LORAZEPAM 0.5 MG TABLET	2		MELOXICAM 15 MG TABLET	1	
LORAZEPAM 1 MG TABLET	2		MELOXICAM 7.5 MG TABLET	1	
LORAZEPAM 2 MG TABLET	2		MELOXICAM 7.5 MG/5 ML SUSPENSION	2	
LORAZEPAM 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		MELPHALAN	2	
LORAZEPAM INTENSOL	2		MEMANTINE	2	
LORCET	2		MENACTRA	3	
LORCET HD	2		MENEST	4	
LORCET PLUS	2		MENQUADFI	3	
LORTAB	2		MENTAX	4	
LORYNA	1		MENVEO A-C-Y-W-135-DIP VIAL KIT	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	
LUTERA	1		METAXALL	4	
LYLLANA	2	QL	METAXALONE	4	
LYNPARZA	5	PA, SRX, LDD	METFORMIN 1,000 MG TABLET	1	
LYSODREN	4	LDD	METFORMIN 500 MG TABLET	1	
LYZA	1		METFORMIN 850 MG TABLET	1	
MALATHION	2		METFORMIN ER	2	
MAPROTILINE	2		METHADONE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	PA
MARLISSA	1		METHADONE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	PA
MARPLAN	4		METHADONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	PA
MATERNITY	1		METHADONE 10 MG TABLET	2	PA
MATULANE	5	LDD, SRX	METHADONE 5 MG TABLET	2	PA
MATZIM LA	2		METHADONE INTENSOL	2	PA
MECLIZINE 12.5 MG TABLET	2		METHAMPHETAMINE	4	
MECLIZINE 25 MG TABLET	2		METHAZOLAMIDE	2	
MECLOFENAMATE	2		METHENAMINE HIPPURATE	2	
MEDROL 2 MG TABLET	4		METHENAMINE MANDELATE	2	
MEDROXYPROGESTERONE	1		METHERGINE	4	
MEFENAMIC ACID	2		METHIMAZOLE	2	
MEFLOQUINE	2	QL	METHITEST	5	SRX
MEGESTROL 20 MG TABLET	2				

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
METHOCARBAMOL 500 MG TABLET	2		MEXILETINE	2	
METHOCARBAMOL 750 MG TABLET	2		MIBELAS 24 FE	1	
METHOTREXATE 2.5 MG TABLET	2		MICONAZOLE 3 200 MG VAGINAL SUPPOSITORY	2	
METHOXSALEN	4		MICORT-HC	2	
METHSCOPOLAMINE	2		MICROGESTIN	1	
METHYLCLOTHIAZIDE	2		MICROGESTIN 24 FE	1	
METHYLDOPA	2		MICROGESTIN FE	1	
METHYLDOPA-HCTZ	2		MIDAZOLAM 2 MG/ML SYRUP	2	
METHYLERGONOVINE	4		MIDODRINE	2	
METHYLPHENIDATE ER (LA)	2	QL	MIGERGOT	4	
METHYLPHENIDATE ER 10 MG TABLET	2	QL	MIGLITOL	2	
METHYLPHENIDATE ER 18 MG TABLET	2	QL	MIGLUSTAT	5	PA, SRX
METHYLPHENIDATE ER 20 MG TABLET	2	QL	MILI	1	
METHYLPHENIDATE ER 27 MG TABLET	2	QL	MIMVEY	2	
METHYLPHENIDATE ER 36 MG TABLET	2	QL	MIMVEY LO	2	
METHYLPHENIDATE ER 54 MG TABLET	2	QL	MINITRAN	2	
METHYLPHENIDATE	2		MINOCYCLINE	1	
METHYLPHENIDATE CD	2	QL	MINOXIDIL 10 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE ER(CD)	2	QL	MINOXIDIL 2.5 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE LA	2	QL	MIRTAZAPINE	2	
METHYLPREDNISOLONE	2		MISOPROSTOL	2	
METHYLTESTOSTERONE	5	SRX	M-M-R II VACCINE	3	
METIPRANOLOL	2		M-NATAL PLUS	1	
METOCLOPRAMIDE 10 MG TABLET	1		MODAFINIL	4	PA
METOCLOPRAMIDE 10 MG/10 ML SOLUTION	2		MODERIBA	4	
METOCLOPRAMIDE 5 MG TABLET	1		MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	3	
METOCLOPRAMIDE 5 MG/5 ML SOLUTION	2		MOEXIPRIL	2	
METOCLOPRAMIDE ODT	2		MOLINDONE	2	
METOLAZONE	2		MOMETASONE 0.1% CREAM	2	
METOPROLOL SUCCINATE ER	2		MOMETASONE 0.1% OINTMENT	2	
METOPROLOL 100 MG TABLET	1		MOMETASONE 0.1% SOLUTION	2	
METOPROLOL 25 MG TABLET	1		MOMETASONE 50 MCG SPRAY	2	QL
METOPROLOL 37.5 MG TABLET	2		MONDOXYNE NL 100 MG CAPSULE	1	
METOPROLOL 50 MG TABLET	1		MONDOXYNE NL 75 MG CAPSULE	2	
METOPROLOL 75 MG TABLET	2		MONO-LINYAH	1	
METOPROLOL-HCTZ	2		MONONESSA	1	
METRONIDAZOLE 0.75% CREAM	2		MONTELUKAST	2	
METRONIDAZOLE 0.75% LOTION	2		MORGIDOX 100 MG CAPSULE	1	
METRONIDAZOLE 250 MG TABLET	2		MORGIDOX 50 MG CAPSULE	1	
METRONIDAZOLE 375 MG CAPSULE	2		MORPHINE 10 MG SUPPOSITORY	2	
METRONIDAZOLE 500 MG TABLET	2		MORPHINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL PUMP	2		MORPHINE 100 MG/5 ML CONCENTRATE	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75% GEL	2		MORPHINE 20 MG SUPPOSITORY	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL	2		MORPHINE 20 MG/5 ML SOLUTION	2	
METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2		MORPHINE 30 MG SUPPOSITORY	2	
METYROSINE	4		MORPHINE 5 MG SUPPOSITORY	2	
			MORPHINE ER	2	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
MORPHINE IR 15 MG TABLET	2		NAPROXEN CR 375 MG TABLET	2	
MORPHINE IR 30 MG TABLET	2		NAPROXEN ER 375 MG TABLET	2	
MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2		NAPROXEN 275 MG TABLET	2	
MOXIFLOXACIN 400 MG TABLET	2		NAPROXEN 550 MG TABLET	2	
MULTAQ	4		NARATRIPTAN	2	QL
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG CHEWABLE TABLET	2		NARCAN	3	QL
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG/ML DROP	2		NATACYN	4	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG CHEWABLE TABLET	2		NATAZIA	4	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG/ML DROP	2		NATEGLINIDE	2	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 1 MG CHEWABLE TABLET	2		NATPARA	5	PA, SRX, LDD
MUPIROCIN	2		NATURE-THROID	1	
MVW COMPLETE FORMULATON PEDIATRIC DROPS	2		NAYZILAM	5	PA, QL, SRX
MVW COMPLETE FORMULATION PROBIOTIC	2		NEBUSAL 3% VIAL	2	
MVW COMPLETE FORMULATION D3000	2		NECON	1	
MVW COMPLETE FORMULATION D5000	2		NEFAZODONE	2	
MVW COMPLETE FORMULATION MULTIVITAMIN	2		NEOMYCIN	2	
MYCOPHENOLATE 200 MG/ML SUSPENSION	2		NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2	
MYCOPHENOLATE 250 MG CAPSULE	2		NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN	2	
MYCOPHENOLATE 500 MG TABLET	2		NEOMYCIN-POLYMYXIN B	2	
MYCOPHENOLIC ACID	2		NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE	2	
MYLERAN	4		NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	2	
MYNATAL	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2	
MYNATAL ADVANCE	1		NEOMYCIN-POLYMYXIN	2	
MYNATAL PLUS	1		NEUAC GEL	2	
MYNATAL-Z	1		NEULASTA	5	PA, SRX
MYNATE 90 PLUS SA	1		NEULASTA ONPRO	5	PA, SRX
MYORISAN	4		NEUPRO	4	
MYRBETRIQ	4	ST, QL	NEVANAC	4	
MYZILRA	1		NEVIRAPINE	2	
NABUMETONE	2		NEVIRAPINE ER	2	
NADOLOL	2		NEWGEN	1	
NADOLOL-BENDROFLUMETHIAZIDE	2		NEXAVAR	5	PA, SRX, LDD
NAFTIFINE	2		NIACIN ER	2	
NAFTIN 2% GEL	4		NICARDIPINE 20 MG CAPSULE	2	
NALOXONE 0.4 MG/ML CARPUJECT	2		NICARDIPINE 30 MG CAPSULE	2	
NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE	2		NICOTROL	4	
NALTREXONE 50 MG TABLET	2	QL	NICOTROL NS	4	
NAPROXEN 125 MG/5 ML SUSPENSION	4		NIFEDIPINE	2	
NAPROXEN 250 MG TABLET	1		NIFEDIPINE ER	2	
NAPROXEN 375 MG TABLET	1		NIKKI	1	
NAPROXEN 500 MG KIT	1		NILUTAMIDE	5	SRX
NAPROXEN 500 MG TABLET	1		NIMODIPINE	4	
			NINLARO	5	PA, SRX, LDD
			NISOLDIPINE	2	QL
			NITAZOXANIDE	4	
			NITRO-BID	2	
			NITRO-DUR 0.8 MG/HR PATCH	4	



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Florida 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 25 MG/5 ML SUSPENSION	4		NORVIR 100 MG TABLET	4	
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 VIAL	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 FLEXPEN	5	PA, ST, SRX	NYMYO	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 0.5-2.5 MG	2		NYSTATIN	2	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1-0.02 MG	1		NYSTATIN-TRIAMCINOLONE	2	
NORETHINDRONE 0.35 MG TABLET	1		NYSTOP	2	
NORETHINDRONE ACETATE 5 MG TABLET	2		NYVEPRIA	5	PA, SRX
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FERROUS FUMARATE	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	
			OMEGA-3 ETHYL ESTERS 1 GM CAPSULE	2	

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
OMEPRAZOLE DR 10 MG CAPSULE	2	QL	OSCIMIN SR	2	
OMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL	OSELTAMIVIR	2	QL
OMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL	OSMOPREP	4	
OMNITROPE	5	PA, ST, SRX	OTEZLA	5	PA, QL, SRX
ONDANSETRON	2		OXANDROLONE	4	PA
ONDANSETRON ODT	2		OXAPROZIN	2	
ONETOUCH DELICA 30G LANCETS	3		OXAZEPAM	2	
ONETOUCH DELICA 33G LANCETS	3		OXCARBAZEPINE	2	
ONETOUCH DELICA LANCING DEVICE	3		OXICONAZOLE	3	
ONETOUCH DELICA PLUS 30G LANCETS	3		OXISTAT 1% LOTION	4	
ONETOUCH DELICA PLUS 33G LANCETS	3		OXYBUTYNIN 5 MG TABLET	1	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	3		OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SYRUP	2	
ONETOUCH SURESOFT 18G LANCET DEVICE	3		OXYBUTYNIN ER	2	
ONETOUCH SURESOFT 21G LANCET DEVICE	3		OXYCODON-ACETAMINOPHEN 2.5-325	2	
ONETOUCH SURESOFT 28G LANCET DEVICE	3		OXYCODON-ACETAMINOPHEN 7.5-325	2	
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRIP	3		OXYCODONE	2	
ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	1		OXYCODONE-ASPIRIN	2	
ONETOUCH ULTRAMINI METER	1		OXYCODONE-IBUPROFEN	2	
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	3		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325	2	
ONETOUCH VERIO FLEX METER	1		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325	2	
ONETOUCH VERIO FLEX STARTER KIT	1		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325	2	
ONETOUCH VERIO IQ METER	1		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325	2	
ONETOUCH VERIO IQ SYSTEM KIT	1		OXYMORPHONE	2	
ONETOUCH VERIO METER	1		OXYMORPHONE ER 10 MG TABLET	2	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER	1		OXYMORPHONE ER 15 MG TABLET	2	
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	3		OXYMORPHONE ER 20 MG TABLET	2	
ONGLYZA	3	QL	OXYMORPHONE ER 30 MG TABLET	2	
ONMEL	4	QL	OXYMORPHONE ER 40 MG TABLET	2	
OPCICON ONE-STEP	1		OXYMORPHONE ER 5 MG TABLET	2	
OPIUM TINCTURE	2		OXYMORPHONE ER 7.5 MG TABLET	2	
OPSUMIT	5	PA, SRX, LDD	PACERONE 200 MG TABLET	2	
ORACIT	4		PALIPERIDONE ER	4	
ORALONE	2		PANCREAZE	3	
ORENITRAM ER	5	PA, SRX, LDD	PANRETIN	5	SRX
ORKAMBI	5	PA, QL, LDD, SRX	PANTOPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL
ORPHENADRINE ER	2		PANTOPRAZOLE DR 40 MG TABLET	2	QL
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE	2		PAREGORIC	2	
ORPHENGESIC FORTE	2		PARICALCITOL 1 MCG CAPSULE	2	
ORSYTHIA	1		PARICALCITOL 2 MCG CAPSULE	2	
ORTHO MICRONOR	4		PARICALCITOL 4 MCG CAPSULE	2	
ORTHO TRI-CYCLEN	4		PAROEX	2	
ORTHO TRI-CYCLEN LO	4		PAROMOMYCIN	2	
ORTHO-CYCLEN	4		PAROXETINE	1	QL
ORTHO-NOVUM	4		PASER	4	
OSCIMIN	2		PEDIARIX	3	
OSCIMIN SL	2		PEDVAXHIB	3	
			PEG 3350-ELECTROLYTE	2	
			PEG-3350 WITH FLAVOR PACKS	2	
			PEGANONE	4	

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
PEGASYS	5	PA, SRX	PIROXICAM	2	
PEGASYS PROCLICK	5	PA, SRX	PLAN B ONE-STEP	4	
PEGINTRON	5	PA, SRX	PNEUMOVAX 23	3	
PEG-PREP	2		PNV 29-1	1	
PENICILLAMINE	4	PA	PNV OB+DHA	1	
PENICILLIN VK	2		PNV-DHA	1	
PENTACEL	3		PNV-DHA + DOCUSATE	1	
PENTACEL ACTHIB COMPONENT VIAL	3		PNV-FERROUS-DOCU-FA	1	
PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT VIAL	3		PNV-OMEGA	1	
PENTAMIDINE 300 MG INHALATION POWDER	3		PNV-SELECT	1	
PENTASA	4		PNV-VP-U	1	
PENTAZOCINE-NALOXONE	2		PODOFILOX	2	
PENTOXIFYLLINE ER	2		POLYCIN	2	
PERFOROMIST	4	QL	POLYMYXIN B-TRIMETHOPRIM EYE DROPS	2	
PERINDOPRIL ERBUMINE	2		POMALYST	5	PA, SRX
PERIOGARD 0.12% ORAL RINSE	2		PORTIA	1	
PERMETHRIN	2		POSACONAZOLE	4	
PHENYTOIN EXTENDED	2		POTASSIUM CITRATE ER	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	2		POTASSIUM CHLORIDE 10% (20 MEQ/15ML)	2	
PEXEVA	4	ST, QL	POTASSIUM CHLORIDE 10% (40 MEQ/30ML)	2	
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	3		POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ PACKET	2	
PHENADOZ	2		POTASSIUM CHLORIDE 20% (40 MEQ/15ML)	2	
PHENAZOPYRIDINE	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ CAPSULE	2	
PHENELZINE	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ TABLET	2	
PHENOBARBITAL	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 20 MEQ TABLET	2	
PHENOXYBENZAMINE	5	SRX	POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ CAPSULE	2	
PHENYLEPHRINE 10% EYE DROPS	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TABLET	2	
PHENYLEPHRINE 2.5% EYE DROPS	2		PR NATAL 400	1	
PHENYTOIN	2		PR NATAL 400 EC	1	
PHENYTOIN EXTENDED	2		PR NATAL 430	1	
PHILITH	1		PR NATAL 430 EC	1	
PHOSLYRA	4		PRADAXA	4	PA, QL
PHOSPHASAL	2		PRAMIPEXOLE	2	
PHOSPHOLINE	4		PRAMIPEXOLE ER	2	
PHRENILIN FORTE	2	QL	PRAMOSONE	4	
PHYTONADIONE 5 MG TABLET	4		PRASUGREL	2	
PICATO	4		PRAVASTATIN	2	
PILOCARPINE	2		PRAZICQUANTEL 600 MG TABLET	2	
PIMECROLIMUS	4		PRAZOSIN	2	
PIMOZIDE	2		PRED-G	4	
PIMTREA	1		PREDNICARBATE	2	
PINDOLOL	2		PREDNISOLONE	2	
PIOGLITAZONE 15 MG TABLET	2				
PIOGLITAZONE 30 MG TABLET	2				
PIOGLITAZONE 45 MG TABLET	2				
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE	2				
PIOGLITAZONE-METFORMIN	2				
PIRMELLA	1				

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
PREDNISOLONE 15 MG/5 ML SOLUTION	2		PROMETHAZINE 25 MG TABLET	2	
PREDNISOLONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2		PROMETHAZINE 50 MG SUPPOSITORY	2	
PREDNISOLONE AC 1% EYE DROPS	2		PROMETHAZINE 50 MG TABLET	2	
PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	2		PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SOLUTION	2	
PREDNISOLONE 25 MG/5 ML	2		PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SYRUP	2	
PREDNISOLONE ODT	2		PROMETHAZINE VC	2	
PREDNISON	2		PROMETHAZINE VC-CODEINE	2	QL
PREDNISON INTENSOL	2		PROMETHAZINE-CODEINE	2	QL
PREFEST	2		PROMETHAZINE-DM	2	
PREGABALIN	2	QL	PROMETHAZINE-PHENYLEPH-CODEINE	2	QL
PREMARIN	4		PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE	2	
PREN1 TRUE	1		PROMETHEGAN	2	
PRENAISSANCE	1		PROPAFENONE	2	
PRENAISSANCE PLUS	1		PROPAFENONE ER	2	
PRENATAL 19	1		PROPANTHELINE	2	
PRENATAL LOW IRON	1		PROPARACAINE	2	
PRENATAL PLUS	1		PROPRANOLOL 10 MG TABLET	2	
PRENATAL PLUS-DHA COMBO PACK	1		PROPRANOLOL 20 MG TABLET	2	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	1		PROPRANOLOL 20 MG/5 ML SOLUTION	2	
PRENATAL-U	1		PROPRANOLOL 40 MG TABLET	2	
PREPLUS	1		PROPRANOLOL 40 MG/5 ML SOLUTION	2	
PREPOPIK	4		PROPRANOLOL 60 MG TABLET	2	
PRETAB	1		PROPRANOLOL 80 MG TABLET	2	
PREVALITE	2		PROPRANOLOL ER	2	
PREVIFEM	1		PROPRANOLOL-HCTZ	2	
PREVNAR 13	3		PROPYLTHIOURACIL	2	
PREZCOBIX	3		PROQUAD	3	
PREZISTA	3		PROTRIPTYLINE	2	
PRIFTIN	4		PSORCON	4	
PRIMAQUINE	2		PULMOSAL	2	
PRIMIDONE	2		PULMOZYME	5	PA, SRX
PRIMSOL	4		PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	3	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	3		PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION	5	PA, SRX
PROBENECID	2		PYRAZINAMIDE	2	
PROBENECID-COLCHICINE	2		PYRIDOSTIGMINE 60 MG/5 ML SOLUTION	5	PA, SRX
PROCENTRA	2		PYRIDOSTIGMINE 60 MG TABLET	4	
PROCHLORPERAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2		PYRIDOSTIGMINE ER	4	
PROCHLORPERAZINE TABLET	2		PYRIMETHAMINE	4	PA, LDD
PROCTO-MED HC	2		QUADRACEL DTAP-IPV	3	
PROCTO-PAK	2		QUAZEPAM	2	
PROCTOSOL-HC	2		QUETIAPINE	2	
PROCTOZONE-HC	2		QUETIAPINE ER	2	
PROGESTERONE 100 MG CAPSULE	2		QUINAPRIL	1	
PROGESTERONE 200 MG CAPSULE	2		QUINAPRIL-HCTZ	1	
PROGRAF GRANULE PACKET	4		QUINIDINE ER	2	
PROMACTA	5	PA, SRX, LDD	QUINIDINE	2	
PROMETHAZINE 12.5 MG SUPPOSITORY	2		QUININE	2	
PROMETHAZINE 12.5 MG TABLET	2		QUTENZA	4	
PROMETHAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2				

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
RABEPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL	RISEDRONATE DR	2	
RALOXIFENE	2		RISPERIDONE 0.25 MG TABLET	1	
RAMELTEON	3	QL	RISPERIDONE 0.5 MG TABLET	1	
RAMIPRIL 1.25 MG CAPSULE	2		RISPERIDONE 1 MG TABLET	1	
RAMIPRIL 10 MG CAPSULE	1		RISPERIDONE 1 MG/ML SOLUTION	2	
RAMIPRIL 2.5 MG CAPSULE	1		RISPERIDONE 2 MG TABLET	1	
RAMIPRIL 5 MG CAPSULE	1		RISPERIDONE 3 MG TABLET	1	
RANITIDINE 15 MG/ML SYRUP	2		RISPERIDONE 4 MG TABLET	1	
RANITIDINE 150 MG CAPSULE	1		RISPERIDONE ODT	2	
RANITIDINE 150 MG TABLET	1		RITONAVIR	2	
RANITIDINE 150 MG/10 ML SYRUP	2		RIVASTIGMINE	2	
RANITIDINE 300 MG CAPSULE	1		RIVELSA	1	
RANITIDINE 300 MG TABLET	1		RIZATRIPTAN	2	QL
RANOLAZINE ER	4	QL	R-NATAL OB	1	
RASAGILINE	2		ROPINIROLE ER	2	
REBETOL	5	SRX	ROPINIROLE	2	
RECLIPSEN	1		ROSADAN 0.75% CREAM	2	
RECOMBIVAX HB	3		ROSADAN 0.75% GEL	2	
RECTIV	4		ROSUVASTATIN	2	
REGGRANEX	4	PA, QL	ROTARIX	3	
RELENZA	4	QL	ROTATEQ	3	
RELISTOR	4	PA	ROWEEPPRA	2	
RENACIDIN	4		ROWEEPPRA XR	2	
REPAGLINIDE	2		RUFINAMIDE	4	QL
REPAGLINIDE-METFORMIN	2		SAIZEN	5	PA, ST, SRX
REPATHA PUSHTRONEX	5	PA, ST, SRX	SAIZEN-SAIZENPREP	5	PA, ST, SRX
REPATHA SURECLICK	5	PA, ST, SRX	SALICYLIC ACID 27.5% LIQUID	2	
REPATHA SYRINGE	5	PA, ST, SRX	SALSALATE	2	
REPRESXAIN	2		SANTYL	4	QL
RESCRIPTOR	3		SAPROPTERIN	5	PA, SRX
RESPA A.R.	4		SAVELLA	4	
RESTASIS	4		SCOPOLAMINE	2	
RETROVIR	4		SECONAL	4	
REVLIMID	5	PA, SRX, LDD	SELEGILINE	2	
REYATAZ 150 MG CAPSULE	4		SELENIUM 2.25% SHAMPOO	2	
REYATAZ 200 MG CAPSULE	4		SELENIUM 2.5% LOTION	2	
REYATAZ 300 MG CAPSULE	4		SELZENTRY	3	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	3		SE-NATAL 19	1	
RIBASPHERE	4		SEREVENT DISKUS	3	
RIBAVIRIN	4		SEROSTIM 4 MG VIAL	5	PA, ST, SRX
RIDAURA	4		SEROSTIM 5 MG VIAL	5	PA, ST, SRX
RIFABUTIN	3		SEROSTIM 6 MG VIAL	5	PA, ST, SRX
RIFAMATE	4		SERTRALINE 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	QL
RIFAMPIN 150 MG CAPSULE	2		SERTRALINE 100 MG TABLET	1	QL
RIFAMPIN 300 MG CAPSULE	2		SERTRALINE 25 MG TABLET	1	QL
RIFATER	4		SERTRALINE 50 MG TABLET	1	QL
RILUZOLE	4		SETLAKIN	1	
RIMANTADINE	2		SEVELAMER CARBONATE	4	
RINVOQ	5	PA, QL, LDD, SRX	SEVELAMER	4	
RISEDRONATE	2				

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
SF 1.1% GEL	2		SOLIFENACIN	3	QL
SF 5000 PLUS CREAM	2		SOLQUA 100-33	4	
SHAROBEL	1		SOLTAMOX	4	
SHINGRIX	3		SOMAVERT	5	PA, SRX, LDD
SIGNIFOR	5	PA, SRX, LDD	SOTALOL	2	
SILDENAFIL 20 MG TABLET	4	PA	SOTALOL AF	2	
SILODOSIN	2	QL	SOTYLIZE	4	PA
SILVER NITRATE	2		SOVALDI 150 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
SILVER SULFADIAZINE	2		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
BD SINGLE USE SWAB	3		SPS	2	
SIROLIMUS 0.5 MG TABLET	2		SRONYX	1	
SIROLIMUS 1 MG TABLET	2		STAVUDINE	2	
SIROLIMUS 1 MG/ML SOLUTION	5	SRX	STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SIROLIMUS 2 MG TABLET	2		STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX
SIRTURO	4	PA, LDD	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	STIVARGA	5	PA, SRX, LDD
SLYND	4		STRIBILD	3	
SODIUM POLYSTYRENE 15 G/60 ML	2		SUBVENITE	2	
SODIUM CHLORIDE 0.9% INHALATION VIAL	2		SUBVENITE (BLUE)	2	
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION	2		SUBVENITE (GREEN)	2	
SODIUM CHLORIDE 0.9% PROCESSING SOLUTION	2		SUBVENITE (ORANGE)	2	
SODIUM CHLORIDE 10% VIAL	2		SUCRAID	5	LDD, SRX
SODIUM CHLORIDE 3% VIAL	2		SUCRALFATE 1 GM TABLET	2	
SODIUM CHLORIDE 7% VIAL	2		SULFACETAMIDE	2	
SODIUM FLUORIDE 0.25 (0.55) MG	2		SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	2	
SODIUM FLUORIDE 0.5 MG(1.1 MG)	2		SULFADIAZINE	2	
SODIUM FLUORIDE 0.5 MG/ML DROPS	2		SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM DS TABLET	1	
SODIUM FLUORIDE 1 MG (2.2 MG)	2		SULFAMETHOXAZOLE-TMP SS TABLET	1	
SODIUM FLUORIDE 1.1% CREAM	2		SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM SUSPENSION	2	
SODIUM FLUORIDE 1.1% GEL	2		SULFAMYLLON	4	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH	2		SULFASALAZINE	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS CREAM	2		SULFASALAZINE DR	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM CREAM	2		SULINDAC	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM PASTE	2		SUMATRIPTAN 20 MG NASAL SPRAY	2	QL
SODIUM FLUORIDE ENAMEL PROTECT	2		SUMATRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	2	QL
SODIUM FLUORIDE SENSITIVE	2		SUMATRIPTAN	2	QL
SODIUM PHENYLBUTYRATE	5	SRX	SUPRAX	4	
SODIUM POLYSTYRENE POWDER	2		SUPREP	4	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	5	PA, SRX	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	3	

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	3		TERBINAFINE	1	
SUSTIVA	4		TERBUTALINE 2.5 MG TABLET	2	
SUTENT	5	PA, SRX	TERBUTALINE 5 MG TABLET	2	
SYEDA	1		TERCONAZOLE 0.4% CREAM	2	
SYLATRON	5	PA, SRX	TERCONAZOLE 0.8% CREAM	2	
SYMAX	2		TERCONAZOLE 80 MG SUPPOSITORY	2	
SYMAX-SL	2		TERIPARATIDE	5	PA, QL, SRX
SYMAX-SR	2		TESTOSTERON CYPIONATE 1,000 MG/10 ML	2	
SYMLINPEN 120	4	QL	TESTOSTERON CYPIONATE 2,000 MG/10 ML	2	
SYMLINPEN 60	4	QL	TESTOSTERONE 1% (25MG/2.5G) PACKET	2	QL
SYMTUZA	3		TESTOSTERONE 1% (50 MG/5 G) PACKET	2	QL
SYNAREL	5	SRX	TESTOSTERONE 1.62% (2.5 G) PACKET	2	QL
SYNERA	4		TESTOSTERONE 1.62% GEL PUMP	2	QL
SYNTHROID	4		TESTOSTERONE 1.62%(1.25 G) PACKET	2	QL
TABLOID	4		TESTOSTERONE 10 MG GEL PUMP	2	QL
TACROLIMUS	2		TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	2	QL
TADALAFIL 2.5 MG TABLET	2	PA, QL	TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM GEL	2	QL
TADALAFIL 20 MG TABLET	5	PA, SRX	TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PACKET	2	QL
TADALAFIL 5 MG TABLET	2	PA, QL	TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/5 ML	2	
TAFINLAR	5	PA, SRX, LDD	TESTOSTERONE CYPIONATE 100 MG/ML	2	
TAGRISSO	5	PA, SRX, LDD	TESTOSTERONE CYPIONATE 200 MG/ML	2	
TAKE ACTION	4		TESTOSTERONE CYPIONATE 500 MG/2.5 ML	2	
TALTZ AUTOINJECTOR	5	PA, QL, SRX, LDD	TESTOSTERONE CYPIONATE 500 MG/5 ML	2	
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	5	PA, QL, SRX, LDD	TESTOSTERONE CYPIONATE 6,000 MG/30ML	2	
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	5	PA, QL, SRX, LDD	TESTOSTERONE ENANTHATE	2	
TALTZ SYRINGE	5	PA, QL, SRX, LDD	TETCAINE	2	
TAMOXIFEN	2		TETRABENAZINE	5	PA, SRX
TAMSULOSIN	2		TETRACAINE 0.5% EYE DROPS	2	
TARGRETIN 1% GEL	5	SRX	TETRACAINE 0.5% STERI-UNIT SOLUTION	2	
TARINA 24 FE	1		TETRACYCLINE	2	
TARINA FE	1		TETRAVISC	4	
TARINA FE 1-20 EQ	1		TEXACORT	4	
TARON-C DHA	1		THALOMID	5	PA, SRX, LDD
TARON-PREX PRENATAL DHA CAPSULE	1		THEOCHRON	2	
TASIGNA	5	PA, SRX	THEOPHYLLINE	2	
TAYTULLA	3		THIOLA	4	LDD
TAZAROTENE 0.1% CREAM	2		THIORIDAZINE	2	
TAZORAC	4		THIOTHIXENE	2	
TAZTIA XT	2		THRIVITE 19	1	
TDVAX VIAL	3		THYROID	1	
TELMISARTAN	2		THYROLAR-1	4	
TELMISARTAN-AMLODIPINE	2				
TELMISARTAN-HCTZ	2				
TEMAZEPAM	2				
TEMOZOLOMIDE	4	PA			
TENCON	2				
TENIVAC	3				
TENOFOVIR	2				
TERAZOSIN	1				

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
THYROLAR-1/2	4		TRAMADOL ER 300 MG TABLET	2	QL
THYROLAR-1/4	4		TRAMADOL 50 MG TABLET	2	QL
THYROLAR-2	4		TRAMADOL ER 150 MG CAPSULE	2	QL
THYROLAR-3	4		TRAMADOL-ACETAMINOPHN 37.5-325	2	QL
TIADYL ER	2		TRANDOLAPRIL	1	
TIAGABINE	2		TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER	2	
TILIA FE	1		TRANEXAMIC ACID 650 MG TABLET	2	
TIMOLOL 0.25% GEL-SOLUTION	2		TRANLYCYPROMINE	2	
TIMOLOL 0.25% GFS GEL-SOLUTION	2		TRAVOPROST	2	
TIMOLOL 0.5% GEL-SOLUTION	2		TRAZODONE 100 MG TABLET	1	
TIMOLOL 0.5% GFS GEL-SOLUTION	2		TRAZODONE 150 MG TABLET	1	
TIMOLOL 0.25% EYE DROPS	2		TRAZODONE 300 MG TABLET	2	
TIMOLOL 0.5% EYE DROPS	2		TRAZODONE 50 MG TABLET	1	
TIMOLOL 10 MG TABLET	2		TRECATOR	4	
TIMOLOL 20 MG TABLET	2		TREMFYA	5	PA, QL, SRX
TIMOLOL 5 MG TABLET	2		TRETINOIN 0.01% GEL	2	AGE
TINIDAZOLE	2		TRETINOIN 0.025% CREAM	2	AGE
TIS-U-SOL PENTALYTE	4		TRETINOIN 0.025% GEL	2	AGE
TIVICAY	3		TRETINOIN 0.05% CREAM	2	AGE
TIVICAY PD	3		TRETINOIN 0.05% GEL	2	AGE
TIZANIDINE 2 MG CAPSULE	2		TRETINOIN 0.1% CREAM	2	AGE
TIZANIDINE 2 MG TABLET	2		TRETINOIN 10 MG CAPSULE	4	PA
TIZANIDINE 4 MG CAPSULE	2		TRETINOIN MICROSPHERE	2	AGE
TIZANIDINE 4 MG TABLET	2		TRETIN-X	4	AGE
TIZANIDINE 6 MG CAPSULE	2		TRI FEMYNOR	1	
TL-SELECT	1		TRIADVANCE	1	
TOBRADEX OINTMENT	4		TRIAMCINOLONE 0.025% CREAM	2	
TOBRADEX ST	4		TRIAMCINOLONE 0.025% LOTION	2	
TOBRAMYCIN 0.3% EYE DROPS	2		TRIAMCINOLONE 0.025% OINTMENT	2	
TOBRAMYCIN 300 MG/5 ML AMPULE	4	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.1% CREAM	2	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	4	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.1% LOTION	2	
TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE	2		TRIAMCINOLONE 0.1% OINTMENT	2	
TOBEX OINTMENT	4		TRIAMCINOLONE 0.1% PASTE	2	
TOLAZAMIDE	2		TRIAMCINOLONE 0.147 MG/G SPRAY	4	
TOLBUTAMIDE	2		TRIAMCINOLONE 0.5% CREAM	2	
TOLCAPONE	5	SRX	TRIAMCINOLONE 0.5% OINTMENT	2	
TOLMETIN	2		TRIAMTERENE	4	
TOLTERODINE	2		TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG CAPSULE	2	
TOLTERODINE ER	2		TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG TABLET	1	
TOLVAPTAN	5	SRX	TRIAMTERENE-HCTZ 50-25 MG CAPSULE	2	
TOPIRAMATE	2		TRIAMTERENE-HCTZ 75-50 MG TABLET	1	
TOPIRAMATE ER	2		TRIAZOLAM	2	
TOREMIFENE	4		TRIDERM	2	
TORSEMIDE	2		TRIENTINE	4	PA
TOVET EMOLLIENT	2		TRI-ESTARYLLA	1	
TOVIAZ	4	ST, QL	TRIFLUOPERAZINE	2	
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX, LDD			
TRAMADOL ER 100 MG TABLET	2	QL			
TRAMADOL ER 200 MG TABLET	2	QL			

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



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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
TRIFLURIDINE	2		TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT	5	PA, SRX, LDD
TRIHENXYPHENIDYL 2 MG TABLET	1		TYVASO REFILL KIT	5	PA, SRX, LDD
TRIHENXYPHENIDYL 2 MG/5 ML ELIXIR	2		TYVASO STARTER KIT	5	PA, SRX, LDD
TRIHENXYPHENIDYL 5 MG TABLET	2		TYZINE	4	
TRIKAFTA	5	PA, QL, LDD, SRX	UDENYCA	5	PA, SRX
TRIKLO	2		ULESFIA	4	
TRI-LEGEST FE	1		ULTILET ALCOHOL STERILE 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	
TRIMETHOPRIM	2		VALCHLOR	5	LDD, SRX
TRI-MILI	1		VALGANCICLOVIR	4	
TRIMIPRAMINE	2		VALPROIC ACID	2	
TRIMPEX	4		VALSARTAN	2	
TRINATAL RX 1	1		VALSARTAN-HCTZ	2	
TRI-NORINYL	4		VANADOM	2	
TRINTELLIX	4	ST, QL	VANCOMYCIN	4	
TRI-NYMYO	1		VANDAZOLE	2	
TRI-PREVIFEM	1		VAQTA	3	
TRI-SPRINTEC	1		VARIVAX VACCINE	3	
TRIUMEQ	3		VARUBI 90 MG TABLET	5	PA, QL, SRX, LDD
TRIVEEN-DUO DHA	1		VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	4	PA
TRIVEEN-ONE	1		VAXELIS	3	
TRIVEEN-PRX RNF	1		VELIVET	1	
TRIVEEN-U	1		VEMLIDY	5	PA, SRX
TRI-VITE WITH FLUORIDE	2		VENA-BAL DHA	1	
TRIVORA-28	1		VENATAL COMPLETE DHA COMBO	1	
TRI-VYLIBRA	1		VENCLEXTA	5	PA, SRX, LDD
TRI-VYLIBRA LO	1		VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA, SRX, LDD
TRIZIVIR	4		VENLAFAXINE	2	QL
TROPICAMIDE	2		VENLAFAXINE ER 150 MG CAPSULE	2	QL
TROSPIMUM	2		VENLAFAXINE ER 37.5 MG CAPSULE	2	QL
TROSPIMUM ER	2		VENLAFAXINE ER 75 MG CAPSULE	2	QL
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	3		VENTAVIS	5	PA, SRX, LDD
TRULICITY	3	QL	VERAPAMIL 120 MG TABLET	2	
TRUMENBA	3		VERAPAMIL 360 MG CAP PELLETT	2	
TRUST NATAL DHA	1		VERAPAMIL 40 MG TABLET	2	
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET	4		VERAPAMIL 80 MG TABLET	2	
TRUVADA 133 MG-200 MG TABLET	4		VERAPAMIL ER	2	
TRUVADA 167 MG-250 MG TABLET	4		VERAPAMIL ER PM	2	
TRUVADA 200 MG-300 MG TABLET	4	PA	VERAPAMIL SR	2	
TULANA	1		VERDROCET	2	
TWINRIX	3		VEREGEN	4	
TYBOST	3		VESTURA	1	
TYDEMY	1		VIDEX	3	
TYVASO	5	PA, SRX, LDD	VIDEX EC	4	

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
VIENVA	1		VYNATAL-FA	1	
VIGABATRIN 500 MG POWDER PACKET	5	QL, SRX, LDD	WARFARIN	1	
VIGABATRIN 500 MG TABLET	5	QL, SRX, LDD	WEBCOL	3	
VIGADRONE	5	QL, SRX, LDD	WERA	1	
VIIBRYD	4	ST, QL	WESTAB PLUS	1	
VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	4	PA, QL	WESTHROID	1	
VIMPAT 100 MG TABLET	4	PA, QL	WIXELA INHUB	2	
VIMPAT 150 MG TABLET	4	PA, QL	WP THYROID	3	
VIMPAT 200 MG TABLET	4	PA, QL	WYMZYA FE	1	
VIMPAT 50 MG TABLET	4	PA, QL	XALKORI	5	PA, SRX, LDD
VINACAL	1		XARELTO	3	PA, QL
VINATE GT	1		XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	5	PA, ST, QL, SRX
VINATE II	1		XELJANZ 10 MG TABLET	5	PA, ST, QL, SRX
VINATE ONE	1		XELJANZ 5 MG TABLET	5	PA, ST, QL, SRX
VINATE PN CARE	1		XELJANZ XR	5	PA, ST, QL, SRX
VINATE ULTRA	1		XIFAXAN 200 MG TABLET	4	
VINATE-M	1		XIFAXAN 550 MG TABLET	4	QL
VIOKACE	4		XIGDUO XR	3	QL
VIORELE	1		XOLAIR	5	PA, SRX, LDD
VIRACEPT	3		XTAMPZA ER	3	
VIRAMUNE	4		XTANDI 40 MG CAPSULE	5	PA, ST, LDD, SRX
VIRAMUNE XR	4		XTANDI 40 MG TABLET	5	PA, ST, LDD, SRX
VIREAD 150 MG TABLET	3		XTANDI 80 MG TABLET	5	PA, ST, LDD, SRX
VIREAD 200 MG TABLET	3		XULANE	1	
VIREAD 250 MG TABLET	3		XURIDEN	5	PA, SRX, LDD
VIREAD 300 MG TABLET	4		XYLON 10	2	
VIREAD POWDER	3		XYREM	5	PA, SRX, LDD
VIRT-C DHA	1		YUVAFEM	2	QL
VIRT-NATE DHA	1		ZAFEMY	1	
VIRT-PN	1		ZAFIRLUKAST	2	
VIRT-PN DHA	1		ZALEPLON	2	
VIRT-PN PLUS	1		ZARAH	1	
VISTOGARD	5	LDD, SRX	ZARXIO	5	SRX
VIT A,C,D-FLUORIDE 0.25 MG/ML	2		ZATEAN-PN DHA	1	
VITAFOL-OB	1		ZATEAN-PN PLUS	1	
VITAMIN D2 1.25MG(50,000 UNIT)	2		ZAZOLE	2	
VITASPIRE	1		ZELBORAF	5	PA, SRX, LDD
VOL-NATE	1		ZENATANE	4	
VOLNEA	1		ZENZEDI 10 MG TABLET	2	
VOL-PLUS	1		ZENZEDI 5 MG TABLET	2	
VORICONAZOLE 200 MG TABLET	4	PA	ZETONNA	4	ST
VORICONAZOLE 40 MG/ML SUSP	4	PA	ZIAGEN	4	
VORICONAZOLE 50 MG TABLET	4	PA	ZIDOVUDINE	2	
VOTRIENT	5	PA, SRX	ZILEUTON ER	5	SRX
VP-CH PLUS	1		ZIOPTAN	4	QL
VP-CH-PNV	1		ZIPRASIDONE	2	
VRAYLAR	4	ST, QL	ZIRGAN	4	
VYFEMLA	1		ZOLADEX	5	PA, SRX
VYLIBRA	1		ZOLINZA	5	PA, SRX
			ZOLMITRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL

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

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

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

Para obtener más información sobre la reforma del cuidado de salud, visite **www.informedonreform.com** o **Cigna.com**.

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

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

## Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. 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 de un Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red**, salvo para el tratamiento de una Condición médica de emergencia.
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.
4. Servicios o suministros que **no son Médicamente necesarios**.
5. Servicios o suministros que se considere que son para **procedimientos Experimentales, procedimientos En investigación o procedimientos No comprobados**.
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 paguen, se recuperen o puedan recuperarse los 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, incluso si la Persona asegurada no reclama esos beneficios.
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; (c) la participación de una Persona asegurada en el **servicio militar** de cualquier país; (d) la participación de una Persona asegurada en **una insurrección, una rebelión o un motín**; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un **delito grave** por parte de una Persona asegurada (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) **o como resultado directo de que la Persona asegurada participe en una actividad ilícita**; (f) el hecho de que una Persona asegurada se encuentre en estado de embriaguez —según se defina en las leyes aplicables del estado en el cual se produzca la Enfermedad— o bajo el efecto de narcóticos ilícitos o sustancias controladas sin receta médica, salvo en los casos en que sean administradas o recetadas por un Médico.
11. Cualquier servicio proporcionado por una **agencia gubernamental** local, estatal o federal, salvo cuando la ley federal o estatal exijan expresamente el pago en virtud de esta Póliza.
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). Los Hospitales de la Administración de Veteranos y los Centros militares de tratamiento serán considerados para el pago de acuerdo con la legislación vigente.
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 indicado por un Médico y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por esta Póliza.
16. **Servicios profesionales o suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre a cualquiera de las siguientes personas:**
  - o Usted o Su empleador;
  - o una persona que viva en el hogar de la Persona asegurada o el empleador de dicha persona;
  - o una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con la Persona asegurada, o el empleador de dicha persona; o
  - 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.
17. Servicios de la sala de emergencias de un Hospital **para cualquier condición que no sea una Condición médica de emergencia** según lo definido en esta Póliza.
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.
19. **Servicios de enfermería privada**, salvo cuando se brinden como parte de los beneficios de Servicios de cuidado de la salud en el hogar o 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; 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; 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 “Terapia de rehabilitación” y “Terapia de habilitación” 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 o de cuidado personal, 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:
    - o no ha participado activamente en Su atención médica antes de ordenar el servicio, o
    - 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.
  30. **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
  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), salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza, limitados al dispositivo profesionalmente adecuado que sea menos costoso. A los fines de esta exclusión, un aparato auditivo es cualquier dispositivo que amplifica el sonido.
  34. **Pruebas de audición de rutina**, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza en “Beneficios integrales: cobertura del Plan”.
  35. **Exámenes genéticos** o exámenes genéticos de preimplantación: el diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
  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. **Terapia del habla** para pacientes ambulatorios, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
  40. Todos los servicios relacionados con el **tratamiento de la Terapia conductual aplicada**, que incluyen, a modo de ejemplo: el diseño, la implementación y la evaluación de modificaciones ambientales usando estímulos y consecuencias conductuales para producir mejoras socialmente significativas en el comportamiento humano, incluido el uso de la observación directa, medición y análisis funcional de las relaciones entre el entorno y el comportamiento.
  41. **Cirugía estética, terapia** u otros servicios para embellecerse, mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar problemas psicológicos o psicosociales relacionados con la



- aparición de una persona. Esta exclusión no se aplica a la Cirugía reconstructiva para restaurar una función del cuerpo o para corregir una malformación provocada por una Lesión o defecto congénito de un niño Recién nacido, ni a la Cirugía reconstructiva Médicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía.
42. **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, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
  43. **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 u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y los retrasos en el desarrollo, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
  44. Los servicios 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 consista exclusivamente en los Servicios cubiertos.
  45. **Servicios y procedimientos para cirugía para retirar piel sobrante**, incluidos 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, várices, rinoplastia y blefaroplastia sin importar las indicaciones clínicas.
  46. Procedimientos, cirugía o tratamientos para **cambiar características del cuerpo por las del sexo opuesto**, a menos que dichos servicios se consideren Médicamente necesarios o cumplan de otra forma con los requisitos de cobertura aplicables.
  47. Cualquier tratamiento, medicamento con receta, servicio o suministro para **tratar la disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
  48. 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 ligadura de trompas, la fertilización *in vitro*, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) y la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza.
  49. La **criopreservación** de esperma u óvulos, o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
  50. 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.
  51. Administración de sangre **con el propósito de mejorar el estado físico general**.
  52. **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a Soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos.
  53. **Mejoras eléctricas internas y externas**, o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
  54. Estimuladores de los nervios periféricos mediante **prótesis mioeléctricas**.
  55. Las **extremidades o los aparatos protésicos electrónicos**, a menos que sean Médicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
  56. **Aparatos ortopédicos prefabricados para pies**.
  57. **Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares**, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.
  58. **Calzado ortopédico**, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
  59. Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética en lugar de motivos funcionales.
  60. **Aparatos ortopédicos que no son para los pies**, excepto **únicamente** los siguientes aparatos ortopédicos que no son para pies que se cubren cuando son Médicamente necesarios:
    - o Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
    - o Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
    - o Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
  61. 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.

62. **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.
63. 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, el cuidado de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
64. **Servicios educativos**, salvo el Programa de capacitación para el autocontrol de la diabetes, y según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna.
65. **Asesoría en materia de nutrición** o suplementos alimenticios, salvo según lo indicado en esta Póliza.
66. **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 duraderos 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.
67. **Fisioterapia y/o Terapia/Medicina ocupacional**, salvo cuando se suministre durante una internación Hospitalaria o según lo dispuesto específicamente en el programa de beneficios y en "Servicios de terapia de rehabilitación (Fisioterapia, Terapia ocupacional y Terapia del habla)" en la sección de esta Póliza titulada "Beneficios integrales: cobertura de la Póliza".
68. **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". Si una Persona asegurada muere fuera de los Estados Unidos, los cargos de evacuación médica y repatriación de sus restos a los Estados Unidos no están cubiertos.
69. **Cuidado de rutina de los pies**, que incluye cortar o eliminar callos o durezas; cortar las uñas, cuidados higiénicos de rutina y cualquier servicio que se brinde sin que haya una Enfermedad localizada, una condición sistémica, una Lesión o síntomas que comprometan los pies, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
70. **Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad** debido a que la Persona asegurada no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 90 días o tan pronto como fuera razonablemente posible: (a) autorizarnos a recibir todos los registros médicos y la información que solicitamos; o (b) suministrarnos la información que solicitamos con respecto a las circunstancias del reclamo u otra cobertura de seguro.
71. Cargos por los servicios de un **Médico de guardia**.
72. Cargos por **trasplantes de órganos de animales a humanos**.
73. Reclamos recibidos por Cigna después de transcurridos 15 meses desde la fecha en que se prestó el servicio, salvo en caso de incapacidad legal.

**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).