



LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE 5 NIVELES DE CIGNA PLUS ILLINOIS PARA 2022

Cobertura a partir del 1 de enero de 2022

Contigo paso a paso.®





¿Qué encontrará adentro?

Acerca de esta Lista de medicamentos	3
Cómo leer esta Lista de medicamentos	3
Cómo encontrar su medicamento	5
Preguntas frecuentes	37
Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre	40

Cómo ver la Lista de medicamentos en línea



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



Cigna.com/ifp-drug-list. Seleccione **Illinois** 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 Illinois a partir del 1 de enero de 2022.¹ 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 Illinois para 2022 realmente cubre estos medicamentos.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ABACAVIR	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1	
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ACYCLOVIR 400 MG TABLET	2	
ACYCLOVIR 800 MG TABLET	2	
ADACEL TDAP	3	
ADAPALENE 0.1% CREAM	2	AGE
ALINIA	4	
ALISKIREN	4	QL
ALOMIDE	4	
ALOSETRON	4	
ALPRAZOLAM	2	
ALPRAZOLAM ER	2	
ALPRAZOLAM XR	2	
ALTABAX	4	
AMETHIA	1	
AMETHIA LO	1	
AMETHYST	1	
AMILORIDE	2	
AMILORIDE-HCTZ	2	
AMINOCAPROIC ACID 0.25 GRAM/ML	4	
AMINOCAPROIC ACID 1000 MG TABLET	4	SRX
AMIODARONE 100 MG TABLET	2	
AMIODARONE 200 MG TABLET	2	

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

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

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

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

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois 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.

Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos. 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	\$
Nivel 2: Medicamentos genéricos. 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	\$\$
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida. Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.	Medicamento de costo medio	\$\$\$
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida. Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca no preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.	Medicamento de mayor costo	\$\$\$\$
Nivel 5: Medicamentos de especialidad y otros medicamentos de alto costo. 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.

PA	Autorización previa: Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura PA junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna.
ST	Tratamiento escalonado: 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 ST junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.
QL	Límites a la cantidad: 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 QL junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.
AGE	Requisitos de edad: Su plan solo cubrirá ciertos medicamentos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura AGE 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.
SRX	Medicamentos de especialidad: 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 SRX junto al nombre.
LDD	Medicamentos de distribución limitada: 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 LDD 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. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales o su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan estos medicamentos.

Exclusiones del plan

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

Cómo encontrar su medicamento

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

Letra con la que empieza su medicamento	Página
A–B	6–10
C–D	10–15
E–G	15–18
H–J	18–20
K–L	20–23
M–N	23–26
O–P	26–29
Q–S	29–32
T–U	32–34
V–Z	34–36

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

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois 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 INTEGRA SYRINGE 3 ML 21GX1 1/2"	3		BD PRECISIONGLIDE 3 ML 22GX3/4	3	
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25GX5/8"	3		BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25G	3	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 8MMX31G	3	
BD MAGNI-GUIDE MAGNIFIER	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3ML 13MMX29G	3	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32GX4MM	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 8MMX30G	3	
BD NEEDLE 18GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5ML 13MMX29G	3	
BD NEEDLE 19GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 13MMX29G	3	
BD NEEDLE 20GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLE 21GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	3	
BD NEEDLE 21GX1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE	3	
BD NEEDLE 22GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18GX1.5"	3	
BD NEEDLE 22GX3/4"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1"	3	
BD NEEDLE 23GX1 1/2"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1.5"	3	
BD NEEDLE 23GX1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22GX1.5"	3	
BD NEEDLE 25GX1"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25GX1"	3	
BD NEEDLE 25GX5/8"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27GX5/8"	3	
BD NEEDLE 26GX0.625"	3		BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	3	
BD NEEDLES 16GX1"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 16GX1.5"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 18GX1"	3		BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	3	
BD NEEDLES 18GX1.5"	3		BD ULTRA FINE MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G	3	
BD NEEDLES 19GX1"	3		BD ULTRA FINE MINI PEN NEEDLE 5MMX31G	3	
BD NEEDLES 19GX1.5"	3		BD ULTRA FINE NANO PEN NEEDLE 4MMX32G	3	
BD NEEDLES 20GX1"	3		BD ULTRA FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 12.7MMX29G	3	
BD NEEDLES 20GX1.5"	3		BD ULTRA FINE SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G	3	
BD NEEDLES 21GX1"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3ML 6MMX31G (1/2)	3	
BD NEEDLES 21GX1.5"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 1 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 21GX2"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 22GX1"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 22GX1.5"	3		BECONASE AQ	4	ST
BD NEEDLES 23GX0.75"	3		BEKYREE	1	
BD NEEDLES 23GX1.25"	3		BELLADONNA-OPIUM	2	
BD NEEDLES 25GX0.625"	3		BENAZEPRIL	1	
BD NEEDLES 25GX0.875"	3		BENAZEPRIL-HCTZ	2	
BD NEEDLES 25GX1.5"	3		BENZONATATE 100 MG CAPSULE	2	
BD NEEDLES 26GX0.375"	3				
BD NEEDLES 26GX0.5"	3				
BD NEEDLES 27GX0.5"	3				
BD NEEDLES 27GX1X1.25"	3				
BD NEEDLES 30GX0.5"	3				
BD NEEDLES 30GX1"	3				
BD NOKOR ADMIX NEEDLE 18GX1.5"	3				
BD NOKOR NEEDLE 16GX1"	3				
BD NOKOR NEEDLE 18GX1"	3				
BD PEN NEEDLE 29GX1/2"	3				
BD PRECISIONGLIDE 27GX1-1/2" NEEDLE	3				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
BENZONATATE 200 MG CAPSULE	2		BUMETANIDE 1 MG TABLET	2	
BENZONATATE PERLE 100 MG CAPSULE	2		BUMETANIDE 2 MG TABLET	2	
BENZTROPINE 0.5 MG TABLET	2		BUNAVAIL	3	
BENZTROPINE 1 MG TABLET	2		BUPRENORPHINE 2 MG TABLET SL	1	
BENZTROPINE 2 MG TABLET	2		BUPRENORPHINE 8 MG TABLET SL	1	
BEPREVE	4		BUPRENORPHINE PATCH	2	QL
BESER 0.05% LOTION	2		BUPRENORPHINE-NALOXONE	1	
BESIVANCE	4		BUPROPION	2	QL
BETADINE 5% EYE SOLUTION	4		BUPROPION SR 100 MG TABLET	2	QL
BETAMETHASONE AUGMENTED	2		BUPROPION SR 150 MG TABLET	2	QL
BETAMETHASONE	2		BUPROPION SR 150 MG TABLET (smoking cessation)	1	
BETAMETHASONE VALERATE	2		BUPROPION SR 200 MG TABLET	2	QL
BETAXOLOL	2		BUPROPION XL 150 MG TABLET	2	QL
BETHANECHOL	2		BUPROPION XL 300 MG TABLET	2	QL
BEXAROTENE	4	PA	BUSPIRONE 10 MG TABLET	1	
BEXSERO	3		BUSPIRONE 15 MG TABLET	2	
BICALUTAMIDE	2		BUSPIRONE 30 MG TABLET	2	
BIKTARVY	3		BUSPIRONE 5 MG TABLET	1	
BIMATOPROST 0.03% EYE DROPS	2	QL	BUSPIRONE 7.5 MG TABLET	2	
BINOSTO	4		BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-CODEINE	2	
BISOPROLOL	2		BUTALBITAL COMPOUND-CODEINE	2	
BISOPROLOL-HCTZ	1		BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE	2	QL
BLISOVI 24 FE	1		BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN 50-325	2	
BLISOVI FE	1		BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	2	QL
BOOSTRIX TDAP	3		BUTORPHANOL 10 MG/ML SPRAY	2	QL
BOSENTAN	5	PA, SRX, LDD	BYDUREON BCISE	3	QL
BOSULIF	5	PA, SRX, LDD	BYDUREON PEN	3	QL
BREO ELLIPTA	3		BYETTA	3	QL
BRIELLYN	1		BYSTOLIC	4	QL
BRILINTA	4		CABERGOLINE	2	QL
BRIMONIDINE 0.15% DROPS	2		CABOMETYX	5	PA, SRX, LDD
BRINZOLAMIDE	3		CAFFEINE 60 MG/3 ML ORAL	2	
BRIVIACT 10 MG TABLET	4	PA, QL	CALCIPOTRIENE 0.005% CREAM	2	
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, QL	CALCIPOTRIENE 0.005% OINTMENT	2	
BRIVIACT 100 MG TABLET	4	PA, QL	CALCIPOTRIENE 0.005% SOLUTION	2	
BRIVIACT 25 MG TABLET	4	PA, QL	CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE	4	
BRIVIACT 50 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITONIN-SALMON	2	
BRIVIACT 75 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRENE	2	
BROMFED DM	2		CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULE	2	
BROMFENAC 0.09% EYE DROPS	2		CALCITRIOL 0.5 MCG CAPSULE	2	
BROMOCRIPTINE	2		CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	2	
BROMPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE-DM	2		CALCITRIOL 3 MCG/G OINTMENT	2	QL
BROVANA	4		CALCIUM ACETATE 667 MG CAPSULE	2	
BUDESONIDE	4		CALCIUM ACETATE 667 MG GELCAP	2	
BUDESONIDE EC	4		CALCIUM ACETATE 667 MG TABLET	2	
BUDESONIDE ER	5	PA, QL, SRX	CAMBIA	4	
BUMETANIDE 0.5 MG TABLET	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
CIMETIDINE 200 MG TABLET	2		CLONAZEPAM	2	
CIMETIDINE 300 MG TABLET	2		CLONIDINE 0.1 MG TABLET	1	
CIMETIDINE 300 MG/5 ML SOLUTION	2		CLONIDINE 0.2MG TABLET	1	
CIMETIDINE 400 MG TABLET	2		CLONIDINE 0.3MG TABLET	1	
CIMETIDINE 800 MG TABLET	2		CLONIDINE ER	2	
CINACALCET	5	SRX	CLONIDINE PATCH	2	
CIPRO HC	4		CLOPIDOGREL 300 MG TABLET	2	
CIPROFLOXACIN	2		CLOPIDOGREL 75 MG TABLET	1	
CIPROFLOXACIN 0.2% OTIC SOLUTION	2		CLORAZEPATE	2	
CIPROFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	2		CLORPRES	2	
CIPROFLOXACIN ER	2		CLOTTRIMAZOLE 1% SOLUTION	2	
CIPROFLOXACIN 100 MG TABLET	2		CLOTTRIMAZOLE 1% TOPICAL CREAM	2	
CIPROFLOXACIN 250 MG TABLET	1		CLOTTRIMAZOLE 10 MG TROCHE	2	
CIPROFLOXACIN 500 MG TABLET	1		CLOTTRIMAZOLE-BETAMETHASONE	2	
CIPROFLOXACIN 750 MG TABLET	1		CLOVIQUE	4	PA
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE	3		CLOZAPINE	2	
CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE	3		CLOZAPINE ODT	4	
CITALOPRAM 10 MG TABLET	1	QL	C-NATE DHA	1	
CITALOPRAM 10 MG/5 ML SOLUTION	2	QL	COARTEM	4	QL
CITALOPRAM 20 MG TABLET	1	QL	CODEINE	2	
CITALOPRAM 40 MG TABLET	1	QL	COLCHICINE	2	
CLARAVIS	4		COLESEVELAM	2	
CLARITHROMYCIN	2		COLESTIPOL	2	
CLARITHROMYCIN ER	2		COLOCORT	2	
CLEMASTINE	2		COLY-MYCIN S	4	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1.2-5%	2		COMBIGAN	4	
CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET	2		COMETRIQ	5	PA, SRX, LDD
CLINDACIN P	2		COMPLERA	3	
CLINDAMYCIN PEDIATRIC	2		COMPLETE NATAL DHA	1	
CLINDAMYCIN 2% VAGINAL CREAM	2		COMPLETENATE	1	
CLINDAMYCIN	2		COMPRO	2	
CLINDAMYCIN 1% GEL	2		CONSTULOSE	2	
CLINDAMYCIN 1% SOLUTION	2		CORMAX	2	
CLINDAMYCIN 1% PLEDGET	2		CORTISONE 25 MG TABLET	2	
CLINDAMYCIN 1% LOTION	2		CORTISPORIN	4	
CLINDAMYCIN 1% FOAM	2		CORTISPORIN-TC	4	
CLINDAMYCIN-TRETINOIN	2		COTELLIC	5	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 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	4	
CLOBETASOL EMOLLIENT	2		CROMOLYN 20 MG/2 ML NEBULIZER SOLUTION	4	QL
CLOBETASOL EMULSION	2		CROMOLYN 4% EYE DROPS	2	
CLOBETASOL	2		CROTAN	3	
CLOCORTOLONE	2		CRYSELLE	1	
CLODAN 0.05% SHAMPOO	2		CURITY ALCOHOL PREPS	3	
CLOMIPRAMINE	4		CYANOCOBALAMIN INJECTION	2	
			CYCLAFEM	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
CYCLOBENZAPRINE 10 MG TABLET	1		DESMOPRESSIN 10 MCG/0.1 ML SPRAY	2	
CYCLOBENZAPRINE 5 MG TABLET	1		DESMOPRESSIN 0.1 MG TABLET	2	
CYCLOBENZAPRINE 7.5 MG TABLET	3		DESMOPRESSIN 0.2 MG TABLET	2	
CYCLOMYDRIL	4		DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1	
CYCLOPENTOLATE	2		DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL	1	
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAPSULE	3		DESONIDE 0.05% CREAM	2	
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET	3		DESONIDE 0.05% LOTION	2	
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAPSULE	3		DESONIDE 0.05% OINTMENT	2	
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	3		DESOXIMETASONE 0.05% CREAM	2	
CYCLOSERINE	2		DESOXIMETASONE 0.05% GEL	2	
CYCLOSET	4		DESOXIMETASONE 0.05% OINTMENT	2	
CYCLOSPORINE 100 MG CAPSULE	2		DESOXIMETASONE 0.25% CREAM	2	
CYCLOSPORINE 25 MG CAPSULE	2		DESOXIMETASONE 0.25% OINTMENT	2	
CYCLOSPORINE MODIFIED	2		DESVENLAFAXINE ER	2	QL
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SOLUTION	2		DEXAMETHASONE 0.1% EYE DROPS	2	
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SYRUP	2		DEXAMETHASONE 0.5 MG TABLET	2	
CYPROHEPTADINE 4 MG TABLET	2		DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
CYRED	1		DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML LIQUID	2	
CYRED EQ	1		DEXAMETHASONE 0.75 MG TABLET	2	
CYSTADANE	5	SRX, LDD	DEXAMETHASONE 1 MG TABLET	2	
CYSTAGON	5	SRX, LDD	DEXAMETHASONE 1.5 MG TABLET	2	
CYSTARAN	4	PA, QL, LDD	DEXAMETHASONE 2 MG TABLET	2	
CYTRA-K CRYSTALS PACKET	2		DEXAMETHASONE 4 MG TABLET	2	
DALFAMPRIDINE ER	5	PA, SRX, LDD	DEXAMETHASONE 6 MG TABLET	2	
DALIRESP	4	QL	DEXAMETHASONE INTENSOL	2	
DANAZOL	2		DEXCOM G6 READER, SENSOR & TRANSMITTER	3	PA, QL
DANTROLENE 100 MG CAPSULE	2		DEXILANT	4	ST, QL
DANTROLENE 25 MG CAPSULE	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 10 MG CAPSULE	2	QL
DANTROLENE 50 MG CAPSULE	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 15 MG CAPSULE	2	QL
DAPSONE	4		DEXMETHYLPHENIDATE ER 20 MG CAPSULE	2	QL
DAPTACEL DTAP	3		DEXMETHYLPHENIDATE ER 25 MG CAPSULE	2	QL
DARIFENACIN ER	2		DEXMETHYLPHENIDATE ER 30 MG CAPSULE	2	QL
DASETTA	1		DEXMETHYLPHENIDATE ER 35 MG CAPSULE	2	QL
DAYSEE	1		DEXMETHYLPHENIDATE ER 40 MG CAPSULE	2	QL
DEBLITANE	1		DEXMETHYLPHENIDATE ER 5 MG CAPSULE	2	QL
DECADRON 0.5 MG/5 ML ELIXIR	2		DEXMETHYLPHENIDATE	2	
DEFERASIROX	5	PA, SRX, LDD	DEXTROAMPHETAMINE	2	
DEFERIPRONE	4	PA	DEXTROAMPHETAMINE ER	2	QL
DEMECLOCYCLINE	2				
DENTA 5000 PLUS	2				
DENTAGEL	2				
DESCOVY	4	PA			
DESIPRAMINE	2				
DESLORATADINE	2	QL			
DESMOPRESSIN 0.01% SOLUTION	2				
DESMOPRESSIN 0.01% SPRAY	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ENTACAPONE	2		ESTRADIOL 2 MG TABLET	1	
ENTECAVIR	4		ESTRADIOL-NORETHINDRONE	2	
ENTRESTO	3		ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE	2	
ENULOSE	2		ESZOPICLONE	2	
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	ETHAMBUTOL	2	
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	5	PA, SRX	ETHOSUXIMIDE	2	
EPIDIOLEX	4	PA, LDD	ETHYL CHLORIDE	2	
EPIFOAM	4		ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL	1	
EPINASTINE	2		ETIDRONATE	2	
EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECTOR	2	QL	ETODOLAC	2	
EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECTOR	2	QL	ETODOLAC ER	2	
EPITOL	2		ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	2	
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLUTION	5	SRX	ETOPOSIDE 50 MG CAPSULE	4	
EPLERENONE	2		EURAX 10% CREAM	4	
EPROSARTAN	2		EUTHYROX	1	
ERGOLOID	1		EVEROLIMUS 0.25 MG TABLET	5	SRX
ERIVEDGE	5	PA, SRX, LDD	EVEROLIMUS 0.5 MG TABLET	5	SRX
ERLOTINIB	5	PA, SRX, LDD	EVEROLIMUS 0.75 MG TABLET	5	SRX
ERRIN	1		EVEROLIMUS 2.5 MG TABLET	5	PA, SRX
ERTACZO	4		EVEROLIMUS 5 MG TABLET	5	PA, SRX
ERY	2		EVEROLIMUS 7.5 MG TABLET	5	PA, SRX
ERYTHROCIN	4		EVOTAZ	3	
ERYTHROMYCIN 0.5% EYE OINTMENT	2		EXEMESTANE	2	
ERYTHROMYCIN 2% GEL	2		EXTRA-VIRT PLUS DHA	1	
ERYTHROMYCIN 2% PLEDGETS	2		EZETIMIBE	2	
ERYTHROMYCIN 2% SOLUTION	2		EZETIMIBE-SIMVASTATIN	2	
ERYTHROMYCIN 250 MG FILMTAB	2		FACTIVE	4	
ERYTHROMYCIN 500 MG FILMTAB	2		FALMINA	1	
ERYTHROMYCIN DR 250 MG CAPSULE	2		FAMCICLOVIR	2	
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE	2		FAMOTIDINE 20 MG TABLET	1	
ERYTHROMYCIN-BENZOYL PEROXIDE	2		FAMOTIDINE 40 MG TABLET	1	
ESBRIET	5	PA, SRX, LDD	FAMOTIDINE 40 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ESCITALOPRAM	2	QL	FANAPT	4	ST, QL
ESOMEPRAZOLE DR 10 MG PACKET	3	QL	FARXIGA	3	QL
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG PACKET	3	QL	FARYDAK	5	PA, SRX
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG PACKET	3	QL	FAYOSIM	1	
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL	FEBUXOSTAT	4	QL
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL	FELBAMATE	4	
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAPSULE	2	QL	FELODIPINE ER	2	
ESTARYLLA	1		FEM PH	2	
ESTAZOLAM	2		FEMYNOR	1	
ESTRADIOL (ONCE WEEKLY)	2		FENOFIBRATE 120 MG TABLET	2	
ESTRADIOL (TWICE WEEKLY)	2	QL	FENOFIBRATE 130 MG CAPSULE	2	
ESTRADIOL 0.5 MG TABLET	1		FENOFIBRATE 134 MG CAPSULE	2	
ESTRADIOL 1 MG TABLET	1		FENOFIBRATE 145 MG TABLET	2	
ESTRADIOL 10 MCG VAGINAL INSERT	2	QL	FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	2	
			FENOFIBRATE 160 MG TABLET	2	
			FENOFIBRATE 200 MG CAPSULE	2	
			FENOFIBRATE 40 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER & SENSOR	3	PA, QL	GLYBURIDE MICRONIZED	1	
FREESTYLE LIBRE 2 READER & SENSOR	3	PA, QL	GLYBURIDE-METFORMIN	2	
FROVATRIPTAN	2	QL	GLYCINE 1.5% IRRIGATION	2	
FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION	1		GLYCOPYRROLATE 1 MG TABLET	2	
FUROSEMIDE 20 MG TABLET	1		GLYCOPYRROLATE 2 MG TABLET	2	
FUROSEMIDE 40 MG TABLET	1		GLYDO	2	
FUROSEMIDE 40 MG/5 ML SOLUTION	1		GRANISETRON	4	
FUROSEMIDE 80 MG TABLET	1		GRISEOFULVIN	2	
FUZEON	5	SRX, LDD	GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZED	2	
FYAVOLV	2		GUANFACINE	2	
FYCOMPA 10 MG TABLET	4	PA, QL	GUANFACINE ER	2	
FYCOMPA 12 MG TABLET	4	PA, QL	GUANIDINE	2	
FYCOMPA 2 MG TABLET	4	PA, QL	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	QL
FYCOMPA 4 MG TABLET	4	PA, QL	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	QL
FYCOMPA 6 MG TABLET	4	PA, QL	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	3	QL
FYCOMPA 8 MG TABLET	4	PA, QL	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	3	QL
GABAPENTIN	2		GYNAZOLE 1	2	
GALANTAMINE ER	2	QL	HAILEY	1	
GALANTAMINE	2		HAILEY 24 FE	1	
GALZIN	4		HAILEY FE	1	
GARDASIL 9	3		HALCINONIDE	4	
GATIFLOXACIN	2		HALOBETASOL 0.05% CREAM	2	
GATTEX	5	PA, SRX, LDD	HALOBETASOL 0.05% OINTMENT	2	
GAVILYTE-C	2		HALOG OINTMENT	4	
GAVILYTE-G	2		HALOPERIDOL	2	
GAVILYTE-N	2		HALOPERIDOL 2 MG/ML CONCENTRATE	2	
GEMFIBROZIL	2		HARVONI 33.75-150 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
GEMMILY	1		HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
GENERLAC	2		HARVONI 45-200 MG TABLET	5	PA, SRX
GENGRAF	2		HARVONI 90-400 MG TABLET	5	PA, SRX
GENOTROPIN	5	PA, ST, SRX	HAVRIX	3	
GENTAK	2		HEATHER	1	
GENTAMICIN 0.1% CREAM	2		HEMENATAL OB + DHA	1	
GENTAMICIN 0.1% OINTMENT	2		HEMMOREX-HC	2	
GENTAMICIN 0.3% EYE DROP	2		HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	2	
GENTAMICIN 3 MG/ML EYE DROP	2		HEPARIN 5,000 UNIT/ML SYRINGE	2	
GENVOYA	3		HEPLISAV-B	3	
GIANVI	1		HETLIOZ	5	PA, SRX, LDD
GILOTRIF	5	PA, SRX, LDD	HETLIOZ LQ	5	PA, SRX, LDD
GLATIRAMER	5	PA, SRX	HIBERIX VACCINE WITH DILUENT	3	
GLATOPA	5	PA, SRX	HOMATROPAIRE	2	
GLEOSTINE	4		HOMATROPINE	2	
GLIMEPIRIDE	1		HUMALOG	3	QL
GLIPIZIDE	1		HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	QL
GLIPIZIDE ER	1		HUMALOG KWIKPEN U-100	3	QL
GLIPIZIDE XL	1		HUMALOG KWIKPEN U-200	3	QL
GLIPIZIDE-METFORMIN	2		HUMALOG MIX 50-50	3	QL
GLYBURIDE	1		HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
HUMALOG MIX 75-25	3	QL	HYDROCORTISONE 20 MG TABLET	2	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	QL	HYDROCORTISONE 5 MG TABLET	2	
HUMATROPE	5	PA, SRX	HYDROCORTISONE 25 MG SUPPOSITORY	2	
HUMIRA	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE 30 MG SUPPOSITORY	2	
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S	5	PA, QL, SRX	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% CREAM	2	
HUMIRA PEN	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LOTION	3	
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% OINTMENT	2	
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOLESCENT HS	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% SOLUTION	2	
HUMIRA(CF)	5	PA, QL, SRX	HYDROCORTISONE VALERATE	2	
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE-ACETIC ACID SOLUTION	2	
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE-PRAMOXINE 1%-1% CREAM	2	
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROMET	2	QL
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROMORPHONE 1 MG/ML SOLUTION	2	
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROMORPHONE 2 MG TABLET	2	
HUMIRA(CF) PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOLESCENT HS	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROMORPHONE 3 MG SUPPOSITORY	2	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	QL	HYDROMORPHONE 4 MG TABLET	2	
HUMULIN 70-30	3	QL	HYDROMORPHONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	
HUMULIN N	3	QL	HYDROMORPHONE 8 MG TABLET	2	
HUMULIN N KWIKPEN	3	QL	HYDROMORPHONE ER	2	
HUMULIN R	3	QL	HYDROXYCHLOROQUINE	2	
HUMULIN R U-500	3	QL	HYDROXYUREA	2	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	QL	HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	
HYCANTIN 0.25 MG CAPSULE	5	PA, SRX	HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SYRUP	2	
HYCANTIN 1 MG CAPSULE	5	PA, SRX	HYDROXYZINE 10 MG TABLET	2	
HYDRALAZINE 10 MG TABLET	1		HYDROXYZINE 25 MG TABLET	2	
HYDRALAZINE 100 MG TABLET	2		HYDROXYZINE 50 MG TABLET	2	
HYDRALAZINE 25 MG TABLET	1		HYDROXYZINE 100 MG CAPSULE	2	
HYDRALAZINE 50 MG TABLET	1		HYOPHEN	2	
HYDROCHLOROTHIAZIDE	1		HYOSCYAMINE 0.125 MG ODT	2	
HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG TAB SL	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG/5 ML ELIXIR	2	
HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMNER	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG/ML DROPS	2	
HYDROCODONE-HOMATROPINE	2	QL	HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET	2	
HYDROCODONE-IBUPROFEN	2		HYOSCYAMINE ER	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LIPID CREAM	3		HYOSCYAMINE SR	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LIPO CREAM	3		HYOSYNE	2	
HYDROCORTISONE 1% CREAM	2		IBANDRONATE 150 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 1% OINTMENT	2		IBRANCE	5	PA, SRX, LDD
HYDROCORTISONE 10 MG TABLET	2				
HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML	2				
HYDROCORTISONE 2.5% CREAM	2				
HYDROCORTISONE 2.5% LOTION	2				
HYDROCORTISONE 2.5% OINTMENT	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
IBU	1		ISOSORBIDE DINITRATE 10 MG TABLET	2	
IBUDONE	2		ISOSORBIDE DINITRATE 20 MG TABLET	2	
IBUPROFEN 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		ISOSORBIDE DINITRATE 30 MG TABLET	2	
IBUPROFEN 400 MG TABLET	1		ISOSORBIDE DINITRATE 5 MG TABLET	2	
IBUPROFEN 600 MG TABLET	1		ISOSORBIDE DINITRATE ER 40 MG TABLET	2	
IBUPROFEN 800 MG TABLET	1		ISOSORBIDE MONONITRATE ER 120 MG	2	
ICATIBANT	5	PA, SRX, LDD	ISOSORBIDE MONONITRATE ER 30 MG TABLET	1	
ICLEVIA	1		ISOSORBIDE MONONITRATE ER 60 MG TABLET	1	
ICLUSIG	5	PA, SRX, LDD	ISOSORBIDE MONONITRATE	1	
ICOSAPENT	4	PA	ISOTRETINOIN	4	
ILARIS	5	PA, SRX, LDD	ISOXSUPRINE	2	
ILEVRO	4		ISRADIPINE	2	
IMATINIB	4	PA	ITRACONAZOLE	3	
IMBRUVICA	5	PA, SRX, LDD	IV ANTISEPTIC WIPES	3	
IMIPRAMINE	2		IV PREP WIPES	3	
IMIPRAMINE PAMOATE	2		IVERMECTIN 0.5% LOTION	4	
IMIQUIMOD 5% CREAM PACKET	2		IVERMECTIN 3 MG TABLET	2	
INCASSIA	1		JAIMIESS	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS	3		JAKAFI	5	PA, SRX, LDD
INCRELEX	5	PA, SRX, LDD	JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	3	
INCRUSE ELLIPTA	3		JANTOVEN	1	
INDAPAMIDE	1		JASMIEL	1	
INDOMETHACIN 25 MG CAPSULE	2		JENCYCLA	1	
INDOMETHACIN 50 MG CAPSULE	2		JINTELI	2	
INDOMETHACIN ER	2		JOLESSA	1	
INFANRIX DTAP	3		JOLIVETTE	1	
INLYTA	5	PA, SRX, LDD	JULEBER	1	
INSULIN ASPART	4	ST, QL	JULUCA	3	
INSULIN ASPART FLEXPEN	4	ST, QL	JUNEL	1	
INSULIN ASPART PENFILL	4	ST, QL	JUNEL FE	1	
INSULIN ASPART PROTAMINE-INSULIN ASPART	4	ST, QL	JUNEL FE 24	1	
INTELENCE	3		KAITLIB FE	1	
INTRON A	5	PA, SRX	KALETRA 100-25 MG TABLET	3	
INTROVALE	1		KALETRA 200-50 MG TABLET	3	
IPOL	3		KALLIGA	1	
IPRATROPIUM	2		KALYDECO	5	PA, QL, SRX, LDD
IPRATROPIUM-ALBUTEROL	2		KARIVA	1	
IRBESARTAN	1		KELNOR 1-35	1	
IRBESARTAN-HCTZ	1		KELNOR 1-50	1	
IRESSA	5	PA, SRX, LDD	KETOCONAZOLE 2% CREAM	2	
ISENTRESS	3		KETOCONAZOLE 2% FOAM	3	
ISENTRESS HD	3		KETOCONAZOLE 2% SHAMPOO	2	
ISIBLOOM	1		KETOCONAZOLE 200 MG TABLET	2	
ISOCHRON	2				
ISONIAZID 100 MG TABLET	1				
ISONIAZID 300 MG TABLET	1				
ISONIAZID 50 MG/5 ML SOLUTION	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
KETODAN 2% FOAM	3		LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
KETOPROFEN 50 MG CAPSULE	2		LAMOTRIGINE	2	
KETOPROFEN 75 MG CAPSULE	2		LAMOTRIGINE (BLUE)	2	
KETOPROFEN ER 200 MG CAPSULE	2		LAMOTRIGINE (GREEN)	2	
KETOROLAC 0.4% OPHTHALMIC SOLUTION	2		LAMOTRIGINE (ORANGE)	2	
KETOROLAC 0.5% OPHTHALMIC SOLUTION	2		LAMOTRIGINE ER	2	
KETOROLAC 10 MG TABLET	2	QL	LAMOTRIGINE ODT	2	
KETOROLAC 15 MG/ML CARPUJECT	2	QL	LAMOTRIGINE ODT (BLUE)	2	
KETOROLAC 15 MG/ML ISECURE SYRINGE	2	QL	LAMOTRIGINE ODT (GREEN)	2	
KETOROLAC 15 MG/ML SYRINGE	2	QL	LAMOTRIGINE ODT (ORANGE)	2	
KETOROLAC 15 MG/ML VIAL	2	QL	LANSOPRAZOLE-AMOXICILLIN-CLARITHROMYCIN	2	
KETOROLAC 30 MG/ML CARPUJECT	2	QL	LANSOPRAZOLE DR 15 MG CAPSULE	2	QL
KETOROLAC 30 MG/ML ISECURE SYRINGE	2	QL	LANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	2	QL
KETOROLAC 30 MG/ML SYRINGE	2	QL	LANTHANUM	4	
KETOROLAC 30 MG/ML VIAL	2	QL	LAPATINIB	5	PA, SRX
KETOROLAC 300 MG/10 ML VIAL	2	QL	LARIN	1	
KETOROLAC 60 MG/2 ML CARPUJECT	2	QL	LARIN 24 FE	1	
KETOROLAC 60 MG/2 ML SYRINGE	2	QL	LARIN FE	1	
KETOROLAC 60 MG/2 ML VIAL	2	QL	LARISSIA	1	
KINERET	5	PA, ST, QL, SRX, LDD	LASTACFT	4	
KINRIX	3		LATANOPROST 0.005% EYE DROPS	2	
KIONEX	2		LATUDA	4	ST, QL
KLOR-CON	2		LAYOLIS FE	4	
KLOR-CON 10	2		LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	5	PA, SRX
KLOR-CON 8	2		LEENA	1	
KLOR-CON M10	2		LEFLUNOMIDE	2	
KLOR-CON M15	4		LENVIMA	5	PA, SRX, LDD
KLOR-CON M20	2		LESSINA	1	
KOMBIGLYZE XR	3	QL	LETROZOLE	2	
K-PHOS NO.2	4		LEUCOVORIN 10 MG TABLET	2	
K-PHOS ORIGINAL	4		LEUCOVORIN 15 MG TABLET	2	
KRISTALOSE 20 GM PACKET	4		LEUCOVORIN 25 MG TABLET	2	
KURVELO	1		LEUCOVORIN 5 MG TABLET	2	
LABETALOL 100 MG TABLET	2		LEUKERAN	4	
LABETALOL 200 MG TABLET	2		LEUKINE	5	SRX
LABETALOL 300 MG TABLET	2		LEUPROLIDE 2WK 1 MG/0.2 ML KIT	4	PA
LACRISERT	4		LEUPROLIDE 2WK 14 MG/2.8 ML KT	4	PA
LACTATED RINGERS IRRIGATION	2		LEVALBUTEROL CONCENTRATE	2	
LACTULOSE 10 GM PACKET	4		LEVALBUTEROL	2	
LACTULOSE 10 GM/15 ML SOLUTION	2		LEVALBUTEROL HFA	2	QL
LACTULOSE 20 GM/30 ML SOLUTION	2		LEVATOL	4	
LAMICTAL XR (BLUE)	4		LEVEMIR	4	ST, QL
LAMICTAL XR (GREEN)	4		LEVEMIR FLEXTOUCH	4	ST, QL
LAMICTAL XR (ORANGE)	4		LEVETIRACETAM 1,000 MG TABLET	2	
LAMIVUDINE	2		LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUTION	2	
LAMIVUDINE HBV	2		LEVETIRACETAM 1000 MG/10 ML	2	
			LEVETIRACETAM 250 MG TABLET	2	
			LEVETIRACETAM 500 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
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	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1		LITHOSTAT	4	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL	1		LO LOESTRIN FE	3	
LEVORA-28	1		LOJAIMIESS	1	
LEVORPHANOL	5	SRX	LONSURF	5	PA, SRX, LDD
LEVO-T	1		LOPERAMIDE 2 MG CAPSULE	2	
LEVOTHYROXINE 100 MCG TABLET	1		LOPINAVIR-RITONAVIR	2	
LEVOTHYROXINE 112 MCG TABLET	1		LOPREEZA	2	
LEVOTHYROXINE 125 MCG TABLET	1		LORAZEPAM 0.5 MG TABLET	2	
LEVOTHYROXINE 137 MCG TABLET	1		LORAZEPAM 1 MG TABLET	2	
LEVOTHYROXINE 150 MCG TABLET	1		LORAZEPAM 2 MG TABLET	2	
LEVOTHYROXINE 175 MCG TABLET	1		LORAZEPAM 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
LEVOTHYROXINE 200 MCG TABLET	1		LORAZEPAM INTENSOL	2	
LEVOTHYROXINE 25 MCG TABLET	1		LORCET	2	
LEVOTHYROXINE 300 MCG TABLET	1		LORCET HD	2	
LEVOTHYROXINE 50 MCG TABLET	1		LORCET PLUS	2	
LEVOTHYROXINE 75 MCG TABLET	1		LORTAB	2	
LEVOTHYROXINE 88 MCG TABLET	1		LORYNA	1	
LEVOXYL	1		LOSARTAN	1	
LEVULAN	4	LDD	LOSARTAN-HCTZ	1	
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	3		LOTEMAX GEL & OINTMENT	4	
LIDOCAINE 5% OINTMENT	2	QL	LOTEMAX SM	4	
LIDOCAINE 5% PATCH	2		LOTEPREDNOL	3	
LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET AC	2		LOVASTATIN	1	
LIDOCAINE 2% JELLY	2		LOW-OGESTREL	1	
LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET	2		LOXAPINE	2	
LIDOCAINE 4% SOLUTION	2		LO-ZUMANDIMINE	1	
LIDOCAINE VISCOUS	2		LUBIPROSTONE	4	
LIDOCAINE-PRILOCAINE	2		LUCEMYRA	3	
LILLOW	1		LUDENT FLUORIDE	2	
LINDANE	2		LUTERA	1	
			LYLLANA	2	QL
			LYNPARZA	5	PA, SRX, LDD
			LYSODREN	4	LDD

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
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	SRX, LDD	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		METHOCARBAMOL 500 MG TABLET	2	
MEGESTROL 40 MG TABLET	2		METHOCARBAMOL 750 MG TABLET	2	
MEGESTROL 625 MG/5 ML SUSPENSION	4		METHOTREXATE 2.5 MG TABLET	2	
MEGESTROL 40 MG/ML SUSPENSION	2		METHOXSALEN	4	
MEGESTROL 400 MG/10 ML	2		METHSCOPOLAMINE	2	
MEKINIST	5	PA, SRX	METHYCLOTHIAZIDE	2	
MELODETTA 24 FE	1		METHYLDOPA	2	
MELOXICAM 15 MG TABLET	1		METHYLDOPA-HCTZ	2	
MELOXICAM 7.5 MG TABLET	1				
MELOXICAM 7.5 MG/5 ML SUSPENSION	2		METHYLERGONOVINE	4	
MELPHALAN	2		METHYLPHENIDATE ER (LA)	2	
MEMANTINE	2		METHYLPHENIDATE ER 10 MG TABLET	2	QL
MENACTRA	3		METHYLPHENIDATE ER 18 MG TABLET	2	QL
MENEST	4		METHYLPHENIDATE ER 20 MG TABLET	2	QL
MENQUADFI	3		METHYLPHENIDATE ER 27 MG TABLET	2	QL
MENTAX	4		METHYLPHENIDATE ER 36 MG TABLET	2	QL
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	3		METHYLPHENIDATE ER 54 MG TABLET	2	QL
MEPERIDINE 100 MG TABLET	2		METHYLPHENIDATE	2	QL
MEPERIDINE 50 MG TABLET	2		METHYLPHENIDATE CD	2	
MEPERIDINE 50 MG/5 ML SOLUTION	2		METHYLPHENIDATE ER (CD)	2	QL
MEPROBAMATE	2		METHYLPHENIDATE LA	2	QL
MERCAPTOPYRINE	2		METHYLPREDNISOLONE	2	
MERZEE	1		METHYLTESTOSTERONE	5	SRX
MESALAMINE	4		METIPRANOLOL	2	
MESALAMINE DR	3		METOCLOPRAMIDE 10 MG TABLET	1	
MESNEX 400 MG TABLET	5	SRX	METOCLOPRAMIDE 10 MG/10 ML SOLUTION	2	
METADATE ER	2	QL	METOCLOPRAMIDE 5 MG TABLET	1	
METAPROTERENOL	2				
METAXALL	4				
METAXALONE	4				
METFORMIN 1,000 MG TABLET	1				
METFORMIN 500 MG TABLET	1				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
METOCLOPRAMIDE 5 MG/5 ML SOLUTION	2		MODERIBA	4	
METOCLOPRAMIDE ODT	2		MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	3	
METOLAZONE	2		MOEXIPRIL	2	
METOPROLOL ER			MOLINDONE	2	
METOPROLOL 100 MG TABLET	1		MOMETASONE 0.1% CREAM	2	
METOPROLOL 25 MG TABLET	1		MOMETASONE 0.1% OINTMENT	2	
METOPROLOL 37.5 MGTBLET	2		MOMETASONE 0.1% SOLUTION	2	
METOPROLOL 50 MG TABLET	1		MOMETASONE 50 MCG SPRAY	2	QL
METOPROLOL 75 MG TABLET	2		MONDOXYNE NL 100 MG CAPSULE	1	
METOPROLOL-HCTZ	2		MONDOXYNE NL 75 MG CAPSULE	2	
METRONIDAZOLE 0.75% CREAM	2		MONO-LINYAH	1	
METRONIDAZOLE 0.75% LOTION	2		MONONESSA	1	
METRONIDAZOLE 250 MG TABLET	2		MONTELUKAST	2	
METRONIDAZOLE 375 MG CAPSULE	2		MORGIDOX 100 MG CAPSULE	1	
METRONIDAZOLE 500 MG TABLET	2		MORGIDOX 50 MG CAPSULE	1	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL PUMP	2		MORPHINE 10 MG SUPPOSITORY	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75% GEL	2		MORPHINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL	2		MORPHINE 100 MG/5 ML CONCENTRATE	2	
METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2		MORPHINE 20 MG SUPPOSITORY	2	
METYROSINE	4		MORPHINE 20 MG/5 ML SOLUTION	2	
MEXILETINE	2		MORPHINE 30 MG SUPPOSITORY	2	
MIBELAS 24 FE	1		MORPHINE 5 MG SUPPOSITORY	2	
MICONAZOLE 3 200 MG VAGINAL SUPPOSITORY	2		MORPHINE ER	2	
MICORT-HC	2		MORPHINE IR 15 MG TABLET	2	
MICROGESTIN	1		MORPHINE IR 30 MG TABLET	2	
MICROGESTIN 24 FE	1		MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2	
MICROGESTIN FE	1		MOXIFLOXACIN 400 MG TABLET	2	
MIDAZOLAM 2 MG/ML SYRUP	2		MULTAQ	4	
MIDODRINE	2		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG TABLET CHEWABLE	2	
MIFEPRISTONE	2		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG/ML DROPS	2	
MIGERGOT	4		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG TABLET CHEWABLE	2	
MIGLITOL	2		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG/ML DROPS	2	
MIGLUSTAT	5	PA, SRX	MULTIVITAMIN-FLUORIDE 1 MG TABLET CHEWABLE	2	
MILI	1		MUPIROCIN	2	
MIMVEY	2		MVW COMPLETE FORMULATION PEDIATRIC	2	
MIMVEY LO	2		MVW COMPLETE FORMULATION PROBIOTIC	2	
MINITRAN	2		MVW COMPLETE FORMULATION D3000	2	
MINOCYCLINE	1		MVW COMPLETE FORMULATION D5000	2	
MINOXIDIL 10 MG TABLET	2		MVW COMPLETE FORMULATION MULTIVITAMIN	2	
MINOXIDIL 2.5 MG TABLET	2		MYALEPT	5	PA, SRX, LDD
MIRTAZAPINE	2				
MISOPROSTOL	2				
M-M-R II VACCINE	3				
M-NATAL PLUS	1				
MODAFINIL	4	PA			

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
MYCOPHENOLATE 200 MG/ML SUSPENSION	2		NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE	2	
MYCOPHENOLATE 250 MG CAPSULE	2		NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	2	
MYCOPHENOLATE 500 MG TABLET	2		NEOMYCIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2	
MYCOPHENOLIC ACID	2		NEOMYCIN-POLYMYXIN	2	
MYLERAN	4		NEOMYCIN-POLYMYXIN HC	2	
MYNATAL	1		NEUAC GEL	2	
MYNATAL ADVANCE	1		NEULASTA	5	PA, SRX
MYNATAL PLUS	1		NEULASTA ONPRO	5	PA, SRX
MYNATAL-Z	1		NEUPRO	4	
MYNATE 90 PLUS	1		NEVANAC	4	
MYORISAN	4		NEVIRAPINE	2	
MYRBETRIQ	4	ST, QL	NEVIRAPINE ER	2	
MYTESI	4		NEWGEN	1	
MYZILRA	1		NEXAVAR	5	PA, SRX, LDD
NABUMETONE	2		NIACIN ER	2	
NADOLOL	2		NICARDIPINE 20 MG CAPSULE	2	
NADOLOL-BENDROFLUMETHIAZIDE	2		NICARDIPINE 30 MG CAPSULE	2	
NAFTIFINE	2		NICOTROL	3	
NAFTIN 2% GEL	4		NICOTROL NS	3	
NALOXONE 0.4 MG/ML CARPUJECT	2		NIFEDIPINE	2	
NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE	2		NIFEDIPINE ER	2	
NALTREXONE	1	QL	NIKKI	1	
NAPROXEN 125 MG/5 ML SUSPENSION	4		NILUTAMIDE	5	SRX
NAPROXEN 250 MG TABLET	1		NIMODIPINE	4	
NAPROXEN 375 MG TABLET	1		NINLARO	5	PA, SRX, LDD
NAPROXEN 500 MG KIT	1		NISOLDIPINE	2	QL
NAPROXEN 500 MG TABLET	1		NITAZOXANIDE	4	
NAPROXEN CR 375 MG TABLET	2		NITRO-BID	2	
NAPROXEN ER 375 MG TABLET	2		NITRO-DUR 0.8 MG/HR PATCH	4	
NAPROXEN 275 MG TABLET	2		NITROFURANTOIN 25 MG/5 ML SUSPENSION	4	
NAPROXEN 550 MG TABLET	2		NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS 100 MG CAPSULE	1	
NARATRIPTAN	2	QL	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS 25 MG CAPSULE	2	
NARCAN	3	QL	NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS 50 MG CAPSULE	1	
NATACYN	4		NITROFURANTOIN MONO-MACRO	1	
NATAZIA	4		NITROGLYCERIN 0.3 MG TABLET SL	2	
NATEGLINIDE	2		NITROGLYCERIN 0.4 MG TABLET SL	2	
NATPARA	5	PA, SRX, LDD	NITROGLYCERIN 0.6 MG TABLET SL	2	
NATURE-THROID	1		NITROGLYCERIN 400 MCG SPRAY	2	
NAYZILAM	5	PA, QL, SRX	NITROGLYCERIN ER 2.5 MG CAPSULE	2	
NEBUSAL 3% VIAL	2		NITROGLYCERIN ER 6.5 MG CAPSULE	2	
NECON	1		NITROGLYCERIN ER 9 MG CAPSULE	2	
NEFAZODONE	2		NITROGLYCERIN PATCH	2	
NEOMYCIN	2		NITRO-TIME	2	
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN	2		NIVA-PLUS	1	
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2				
NEOMYCIN-POLYMYXIN B	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
NIVESTYM	5	SRX	NYAMYC	2	
NIZATIDINE	2		NYLIA	1	
NOLIX	4		NYMYO	1	
NORA-BE	1		NYSTATIN	2	
NORDITROPIN FLEXPRO	5	PA, ST, SRX	NYSTATIN-TRIAMCINOLONE	2	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 0.5-2.5	2		NYSTOP	2	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1-0.02 MG	1		NYVEPRIA	5	PA, SRX
NORETHINDRONE	1		OBSTETRIX DHA	1	
NORETHINDRONE ACETATE 5MG TABLET	2		OBSTETRIX ONE	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE	1		O-CAL FA	4	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1.5-0.03 MG(21) TABLET	1		O-CAL PRENATAL	4	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-5 MCG	2		OCELLA	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FERROUS	1		OCTREOTIDE	2	PA
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL	1		ODEFSEY	3	
NORITATE	4		ODOMZO	5	PA, SRX, LDD
NORLYDA	1		OFLOXACIN	2	
NORPACE CR	4		OGESTREL	1	
NORTREL	1		OKEBO	2	
NORTRIPTYLINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2		OLANZAPINE 10 MG TABLET	2	
NORTRIPTYLINE 10 MG CAPSULE	1		OLANZAPINE 15 MG TABLET	2	
NORTRIPTYLINE 25 MG CAPSULE	1		OLANZAPINE 2.5 MG TABLET	2	
NORTRIPTYLINE 50 MG CAPSULE	1		OLANZAPINE 20 MG TABLET	2	
NORTRIPTYLINE 75 MG CAPSULE	1		OLANZAPINE 5 MG TABLET	2	
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	3		OLANZAPINE 7.5 MG TABLET	2	
NORVIR 100 MG SOFTGEL CAPSULE	3		OLANZAPINE ODT	2	
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	3		OLANZAPINE-FLUOXETINE	2	
NOVOFINE 32G NEEDLES	3		OLMESARTAN	2	
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE	3		OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ	2	
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32GX1/6"	3		OLMESARTAN-HCTZ	2	
NOVOLOG	4	ST, QL	OLOPATADINE 665 MCG NASAL SPRAY	2	
NOVOLOG FLEXPEN	4		OLOPATADINE 0.1% EYE DROPS	2	
NOVOLOG MIX 70-30	4	ST, QL	OLOPATADINE 0.2% EYE DROPS	2	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	4	ST, QL	OMEGA-3 ACID ETHYL ESTERS	2	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM	3		OMEPRAZOLE DR 10 MG CAPSULE	2	QL
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	4		OMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL
NP THYROID	1		OMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL
NUCYNTA	4		OMNITROPE	5	PA, ST, SRX
NUCYNTA ER	4	ST	ONDANSETRON	2	
NUEDEXTA	4	PA	ONDANSETRON ODT	2	
NULEV	2		ONETOUCH DELICA 30G LANCETS	3	
NUTROPIN AQ NUSPIN	5	PA, ST, SRX	ONETOUCH DELICA 33G LANCETS	3	
			ONETOUCH DELICA LANCING DEVICE	3	
			ONETOUCH DELICA PLUS 30G LANCETS	3	
			ONETOUCH DELICA PLUS 33G LANCETS	3	
			ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	3	
			ONETOUCH SURESOFT 18G LANCING DEVICE	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ONETOUCH SURESOFT 21G LANCING DEVICE	3		OXYCODONE-IBUPROFEN	2	
ONETOUCH SURESOFT 28G LANCING DEVICE	3		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325	2	
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRIPS	3		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325	2	
ONETOUCH ULTRA2	1		OXYCODONE-ACETAMINOPHN 2.5-325	2	
ONETOUCH ULTRAMINI	1		OXYCODONE-ACETAMINOPHN 7.5-325	2	
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	3		OXYMORPHONE	2	
ONETOUCH VERIO FLEX METER	1		OXYMORPHONE ER 10 MG TABLET	2	
ONETOUCH VERIO FLEX STARTER KIT	1		OXYMORPHONE ER 15 MG TABLET	2	
ONETOUCH VERIO IQ METER	1		OXYMORPHONE ER 20 MG TABLET	2	
ONETOUCH VERIO IQ SYSTEM KIT	1		OXYMORPHONE ER 30 MG TABLET	2	
ONETOUCH VERIO METER	1		OXYMORPHONE ER 40 MG TABLET	2	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER	1		OXYMORPHONE ER 5 MG TABLET	2	
ONETOUCH VERIO TEST STRIPS	3		OXYMORPHONE ER 7.5 MG TABLET	2	
ONGLYZA	3	QL	PACERONE 200 MG TABLET	2	
ONMEL	4	QL	PALIPERIDONE ER	4	
OPCICON ONE-STEP	1		PANCREAZE	3	
OPIUM TINCTURE	2		PANRETIN	5	SRX
OPSUMIT	5	PA, SRX, LDD	PANTOPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL
ORACIT	4		PANTOPRAZOLE DR 40 MG TABLET	2	QL
ORALONE	2		PAREGORIC	2	
ORENITRAM ER	5	PA, SRX, LDD	PARICALCITOL 1 MCG CAPSULE	2	
ORKAMBI	5	PA, SRX, LDD	PARICALCITOL 2 MCG CAPSULE	2	
ORPHENADRINE ER	2		PARICALCITOL 4 MCG CAPSULE	2	
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE	2		PAROEX	2	
ORPHENGESIC FORTE	2		PAROMOMYCIN	2	
ORSYTHIA	1		PAROXETINE	1	QL
ORTHO MICRONOR	4		PASER	4	
ORTHO TRI-CYCLEN	4		PEDIARIX	3	
ORTHO TRI-CYCLEN LO	4		PEDVAXHIB	3	
ORTHO-CYCLEN	4		PEG 3350-ELECTROLYTE	2	
ORTHO-NOVUM	4		PEG-3350 WITH FLAVOR PACKS	2	
OSCIMIN	2		PEGANONE	4	
OSCIMIN SL	2		PEGASYS	5	PA, SRX
OSCIMIN SR	2		PEGASYS PROCLICK	5	PA, SRX
OSELTAMIVIR	2	QL	PEGINTRON	5	PA, SRX
OSMOPREP	4		PEG-PREP	2	
OTEZLA	5	PA, QL, SRX	PENICILLAMINE	4	PA
OXANDROLONE	4	PA	PENICILLIN V	2	
OXAPROZIN	2		PENTACEL	3	
OXAZEPAM	2		PENTACEL ACTHIB COMPONENT VIAL	3	
OXCARBAZEPINE	2		PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT VIAL	3	
OXICONAZOLE	3		PENTAMIDINE 300 MG INHALATION POWDER	3	
OXISTAT	4		PENTASA	4	
OXYBUTYNIN 5 MG TABLET	1		PENTAZOCINE-NALOXONE	2	
OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SYRUP	2		PENTOXIFYLLINE	2	
OXYBUTYNIN ER	2				
OXYCODONE	2				
OXYCODONE-ASPIRIN	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
PERFOROMIST	4	QL	POLYMYXIN B-TRIMETHOPRIM EYE DROPS	2	
PERINDOPRIL	2		POMALYST	5	PA, SRX
PERIOGARD 0.12% ORAL RINSE	2		PORTIA	1	
PERMETHRIN	2		POSACONAZOLE	4	
PERPHENAZINE	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 IODIDE	4		PRAMIPEXOLE ER	2	
PHRENILIN FORTE	2	QL	PRAMOSONE	4	
PHYSIOSOL	4		PRASUGREL	2	
PHYTONADIONE 5 MG TABLET	4		PRAVASTATIN	2	
PICATO	4		PRAZICUANTEL 600 MG TABLET	2	
PILOCARPINE	2		PRAZOSIN	2	
PIMECROLIMUS	4		PRED-G	4	
PIMOZIDE	2		PREDNICARBATE	2	
PIMTREA	1		PREDNISOLONE	2	
PINDOLOL	2		PREDNISOLONE 15 MG/5 ML SOLUTION	2	
PIOGLITAZONE 15 MG TABLET	2		PREDNISOLONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	
PIOGLITAZONE 30 MG TABLET	2		PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	2	
PIOGLITAZONE 45 MG TABLET	2		PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	2	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE	2		PREDNISOLONE 25 MG/5 ML	2	
PIOGLITAZONE-METFORMIN	2		PREDNISOLONE ODT	2	
PIRMELLA	1		PREDNISONE	2	
PIROXICAM	2		PREDNISONE INTENSOL	2	
PLAN B ONE-STEP	4		PREFEST	2	
PNEUMOVAX 23	3		PREGABALIN	2	QL
PNV 29-1	1				
PNV OB+DHA	1				
PNV-DHA	1				
PNV-DHA + DOCUSATE	1				
PNV-FERROUS-DOCU-FA	1				
PNV-OMEGA	1				
PNV-SELECT	1				
PNV-VP-U	1				
PODOFILOX	2				
POLYICIN	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
PREMARIN	4		PROMETHAZINE VC	2	
PRENA1 TRUE	1		PROMETHAZINE VC-CODEINE SOLUTION	2	QL
PRENAISSANCE	1		PROMETHAZINE-CODEINE	2	QL
PRENAISSANCE PLUS	1		PROMETHAZINE-DM	2	
PRENATAL 19	1		PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE-CODEINE	2	QL
PRENATAL LOW IRON	1		PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE	2	
PRENATAL PLUS	1		PROMETHEGAN	2	
PRENATAL PLUS-DHA COMBO PACK	1		PROPAFENONE	2	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	1		PROPAFENONE ER	2	
PRENATAL-U	1		PROPANTHELIN	2	
PREPLUS	1		PROPARACAINE	2	
PREPOPIK	4		PROPRANOLOL 10 MG TABLET	2	
PRETAB	1		PROPRANOLOL 20 MG TABLET	2	
PREVALITE	2		PROPRANOLOL 20 MG/5 ML SOLUTION	2	
PREVIFEM	1		PROPRANOLOL 40 MG TABLET	2	
PREVNAR 13	3		PROPRANOLOL 40 MG/5 ML SOLUTION	2	
PREZCOBIX	3		PROPRANOLOL 60 MG TABLET	2	
PREZISTA	3		PROPRANOLOL 80 MG TABLET	2	
PRIFTIN	4		PROPRANOLOL ER	2	
PRIMAQUINE	2		PROPRANOLOL-HCTZ	2	
PRIMIDONE	2		PROPYLTHIOURACIL	2	
PRIMSOL	4		PROQUAD	3	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	3		PROTRIPTYLINE	2	
PROBENECID	2		PSORCON	4	
PROBENECID-COLCHICINE	2		PULMOSAL	2	
PROCENTRA	2		PULMOZYME	5	PA, SRX
PROCHLORPERAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2		PURE COMFORT ALCOHOL PAD	3	
PROCHLORPERAZINE TABLET	2		PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION	5	PA, SRX
PROCTO-MED HC	2		PYRAZINAMIDE	2	
PROCTO-PAK	2		PYRIDOSTIGMINE 60 MG/5 ML SOLUTION	5	PA, SRX
PROCTOSOL-HC	2		PYRIDOSTIGMINE 60 MG TABLET	4	
PROCTOZONE-HC	2		PYRIDOSTIGMINE ER	4	
PROGESTERONE 100 MG CAPSULE	2		PYRIMETHAMINE	4	PA, LDD
PROGESTERONE 200 MG CAPSULE	2		QUADRACEL DTAP-IPV	3	
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	4		QUAZEPAM	2	
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	4		QUETIAPINE	2	
PROMACTA	5	PA, SRX, LDD	QUETIAPINE ER	2	
PROMETHAZINE 12.5 MG SUPPOSITORY	2		QUINAPRIL	1	
PROMETHAZINE 12.5 MG TABLET	2		QUINAPRIL-HCTZ	1	
PROMETHAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2		QUINIDINE	2	
PROMETHAZINE 25 MG TABLET	2		QUINIDINE ER	2	
PROMETHAZINE 50 MG SUPPOSITORY	2		QUININE	2	
PROMETHAZINE 50 MG TABLET	2		QUTENZA	4	
PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SOLUTION	2		RABEPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL
PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SYRUP	2		RALOXIFENE	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 Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
RAMELTEON	3	QL	RISPERIDONE 4 MG TABLET	1	
RAMIPRIL 1.25 MG CAPSULE	2		RISPERIDONE ODT	2	
RAMIPRIL 10 MG CAPSULE	1		RITONAVIR	2	
RAMIPRIL 2.5 MG CAPSULE	1		RIVASTIGMINE	2	
RAMIPRIL 5 MG CAPSULE	1		RIVELSA	1	
RANITIDINE 15 MG/ML SYRUP	2		RIZATRIPTAN	2	QL
RANITIDINE 150 MG CAPSULE	1		R-NATAL OB	1	
RANITIDINE 150 MG TABLET	1		ROPINIROLE	2	
RANITIDINE 150 MG/10 ML SYRUP	2		ROPINIROLE ER	2	
RANITIDINE 300 MG CAPSULE	1		ROSADAN 0.75% CREAM	2	
RANITIDINE 300 MG TABLET	1		ROSADAN 0.75% GEL	2	
RANOLAZINE ER	4	QL	ROSUVASTATIN	2	
RASAGILINE	2		ROTARIX	3	
REBETOL	5	SRX	ROTATEQ	3	
RECLIPSEN	1		ROWEEPRA	2	
RECOMBIVAX HB	3		ROWEEPRA XR	2	
RECTIV	4		RUFINAMIDE	4	QL
REGRANEX	4	PA, QL	SAIZEN	5	PA, ST, SRX
RELENZA	4	QL	SAIZEN-SAIZENPREP	5	PA, ST, SRX
RELISTOR	4	PA	SALICYLIC ACID 27.5% LIQUID	2	
RENACIDIN	4		SALSALATE	2	
REPAGLINIDE	2		SANTYL	4	QL
REPAGLINIDE-METFORMIN	2		SAPROPTERIN	5	PA, SRX
REPATHA PUSHTRONEX	5	PA, ST, SRX	SAVAYSA	4	PA, QL
REPATHA SURECLICK	5	PA, ST, SRX	SAVELLA	4	
REPATHA SYRINGE	5	PA, ST, SRX	SCOPOLAMINE	2	
REPREXAIN	2		SECONAL	4	
RESPA A.R.	4		SELEGILINE	2	
RESTASIS	4		SELENIUM 2.25% SHAMPOO	2	
REVLIMID	5	PA, SRX, LDD	SELENIUM 2.5% LOTION	2	
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	4	
RINVOQ	5	PA, QL, SRX, LDD	SEVELAMER CARBONATE	4	
RISEDRONATE	2		SF 1.1% GEL	2	
RISEDRONATE DR	2		SF 5000 PLUS	2	
RISPERIDONE 0.25 MG TABLET	1		SHAROBEL	1	
RISPERIDONE 0.5 MG TABLET	1		SHINGRIX	3	
RISPERIDONE 1 MG TABLET	1		SIGNIFOR	5	PA, SRX, LDD
RISPERIDONE 1 MG/ML SOLUTION	2		SILDENAFIL 20 MG TABLET	4	PA
RISPERIDONE 2 MG TABLET	1		SILODOSIN	2	QL
RISPERIDONE 3 MG TABLET	1				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
SILVER NITRATE	2		SOLTAMOX	4	
SILVER SULFADIAZINE	2		SOMAVERT	5	PA, SRX, LDD
SIMBRINZA	3		SOTALOL	2	
SIMLIYA	1		SOTALOL AF	2	
SIMPESSE	1		SOTYLIZE	4	PA
SIMVASTATIN 10 MG TABLET	1		SOVALDI 150 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
SIMVASTATIN 20 MG TABLET	1		SOVALDI 200 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
SIMVASTATIN 40 MG TABLET	1		SOVALDI 200 MG TABLET	5	PA, SRX
SIMVASTATIN 5 MG TABLET	1		SOVALDI 400 MG TABLET	5	PA, SRX
SIMVASTATIN 80 MG TABLET	1	QL	SPINOSAD	2	
SINGLE USE SWAB	3		SPIRONOLACTONE	2	
SIROLIMUS 0.5 MG TABLET	2		SPIRONOLACTONE-HCTZ	2	
SIROLIMUS 1 MG TABLET	2		SPRINTEC	1	
SIROLIMUS 1 MG/ML SOLUTION	5	SRX	SPRYCEL	5	PA, SRX
SIROLIMUS 2 MG TABLET	2		SPS	2	
SIRTURO	4	PA, LDD	SRONYX	1	
SKLICE	4		SSKI	4	
SKYRIZI	5	PA, QL, SRX	STAVUDINE	2	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	5	PA, QL, SRX	STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SLYND	4		STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX
SODIUM POLYSTYRENE 15 G/60 ML	2		STELARA 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SODIUM CHLORIDE 0.9% INHALATION VIAL	2		STERILE WATER FOR IRRIGATION	2	
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION	2		STIMATE	5	PA, SRX
SODIUM CHLORIDE 0.9% PROCESSING SOLUTION	2		STIVARGA	5	PA, SRX, LDD
SODIUM CHLORIDE 10% VIAL	2		STRIBILD	3	
SODIUM CHLORIDE 3% VIAL	2		SUBOXONE	3	
SODIUM CHLORIDE 7% VIAL	2		SUBVENITE	2	
SODIUM FLUORIDE 0.25 (0.55) MG	2		SUBVENITE (BLUE)	2	
SODIUM FLUORIDE 0.5 MG(1.1 MG)	2		SUBVENITE (GREEN)	2	
SODIUM FLUORIDE 0.5 MG/ML DROPS	2		SUBVENITE (ORANGE)	2	
SODIUM FLUORIDE 1 MG (2.2 MG)	2		SUCRAID	5	SRX, LDD
SODIUM FLUORIDE 1.1% CREAM	2		SUCRALFATE 1 GM TABLET	2	
SODIUM FLUORIDE 1.1% GEL	2		SODIUM SULFACETAMIDE 10% LOTION	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH	2		SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23% EYE DROPS	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS CREAM	2		SULFADIAZINE	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM CREAM	2		SULFAMETHOXAZOLE- TRIMETHOPRIM DS TABLET	1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM PASTE	2		SULFAMETHOXAZOLE-TMP SS TABLET	1	
SODIUM FLUORIDE ENAMEL PROTECT	2		SULFAMETHOXAZOLE- TRIMETHOPRIM SUSPENSION	2	
SODIUM FLUORIDE SENSITIVE	2		SULFAMYLON	4	
SODIUM PHENYLBUTYRATE	5	SRX	SULFASALAZINE	2	
SODIUM POLYSTYRENE POWDER	2		SULFASALAZINE DR	2	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	5	PA, SRX	SULINDAC	2	
SOLIFENACIN	3	QL	SUMATRIPTAN 20 MG NASAL SPRAY	2	QL
SOLIQUA 100-33	4		SUMATRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	2	QL
			SUMATRIPTAN	2	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
THALOMID	5	PA, SRX, LDD	TOPIRAMATE ER	2	
THEOCHRON	2		TOREMIFENE	4	
THEOPHYLLINE	2		TORSEMIDE	2	
THIOLA	4	LDD	TOVET EMOLLIENT	2	
THIORIDAZINE	2		TOVIAZ	4	ST, QL
THIOTHIXENE	2		TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX, LDD
THRIVITE 19	1		TRAMADOL 50 MG TABLET	2	QL
THYROID	1		TRAMADOL ER 100 MG TABLET	2	QL
THYROLAR-1	4		TRAMADOL ER 150 MG CAPSULE	2	QL
THYROLAR-1/2	4		TRAMADOL ER 200 MG TABLET	2	QL
THYROLAR-1/4	4		TRAMADOL ER 300 MG TABLET	2	QL
THYROLAR-2	4		TRAMADOL-ACETAMINOPHEN	2	QL
THYROLAR-3	4		TRANDOLAPRIL	1	
TIADYL ER	2		TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER	2	
TIAGABINE	2		TRANEXAMIC ACID 650 MG TABLET	2	
TILIA FE	1		TRANLYCYPROMINE	2	
TIMOLOL 0.25% GEL-SOLUTION	2		TRAVOPROST	2	
TIMOLOL 0.25% GFS GEL-SOLUTION	2		TRAZODONE 100 MG TABLET	1	
TIMOLOL 0.5% GEL-SOLUTION	2		TRAZODONE 150 MG TABLET	1	
TIMOLOL 0.5% GFS GEL-SOLUTION	2		TRAZODONE 300 MG TABLET	2	
TIMOLOL 0.25% EYE DROPS	2		TRAZODONE 50 MG TABLET	1	
TIMOLOL 0.5% EYE DROPS	2		TRECTOR	4	
TIMOLOL 10 MG TABLET	2		TREMFYA	5	PA, QL, SRX
TIMOLOL 20 MG TABLET	2		TRETINOIN 0.01% GEL	2	AGE
TIMOLOL 5 MG TABLET	2		TRETINOIN 0.025% CREAM	2	AGE
TINIDAZOLE	2		TRETINOIN 0.025% GEL	2	AGE
TIS-U-SOL PENTALYTE	4		TRETINOIN 0.05% CREAM	2	AGE
TIVICAY	3		TRETINOIN 0.05% GEL	2	AGE
TIVICAY PD	3		TRETINOIN 0.1% CREAM	2	AGE
TIZANIDINE 2 MG CAPSULE	2		TRETINOIN 10 MG CAPSULE	4	PA
TIZANIDINE 2 MG TABLET	2		TRETINOIN MICROSPHERE	2	AGE
TIZANIDINE 4 MG CAPSULE	2		TRETIN-X	4	AGE
TIZANIDINE 4 MG TABLET	2		TRI FEMYNOR	1	
TIZANIDINE 6 MG CAPSULE	2		TRIADVANCE	1	
TL-SELECT	1		TRIAMCINOLONE 0.025% CREAM	2	
TOBRADEX OINTMENT	4		TRIAMCINOLONE 0.025% LOTION	2	
TOBRADEX ST	4		TRIAMCINOLONE 0.025% OINTMENT	2	
TOBRAMYCIN 0.3% EYE DROPS	2		TRIAMCINOLONE 0.1% CREAM	2	
TOBRAMYCIN 300 MG/5 ML AMPULE	4	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.1% LOTION	2	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	4	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.1% OINTMENT	2	
TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE	2		TRIAMCINOLONE 0.1% PASTE	2	
TOBREX OINTMENT	4		TRIAMCINOLONE 0.147 MG/G SPRAY	4	
TOLAZAMIDE	2		TRIAMCINOLONE 0.5% CREAM	2	
TOLBUTAMIDE	2		TRIAMCINOLONE 0.5% OINTMENT	2	
TOLCAPONE	5	SRX	TRIAMTERENE	4	
TOLMETIN	2		TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG CAPSULE	2	
TOLTERODINE	2		TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG TABLET	1	
TOLTERODINE ER	2				
TOLVAPTAN	5	SRX			
TOPIRAMATE	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 Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
TRIAMTERENE-HCTZ 50-25 MG CAPSULE	2		TYBOST	3	
TRIAMTERENE-HCTZ 75-50 MG TABLET	1		TYDEMY	1	
TRIAZOLAM	2		TYVASO	5	PA, SRX, LDD
TRIDERM	2		TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT	5	PA, SRX, LDD
TRIENTINE	4	PA	TYVASO REFILL KIT	5	PA, SRX, LDD
TRI-ESTARYLLA	1		TYVASO STARTER KIT	5	PA, SRX, LDD
TRIFLUOPERAZINE	2		TYZINE	4	
TRIFLURIDINE	2		UDENYCA	5	PA, SRX
TRIHEXYPHENIDYL 2 MG TABLET	1		ULESFIA	4	
TRIHEXYPHENIDYL 2 MG/5 ML ELXIR	2		ULTILET ALCOHOL SWAB	3	
TRIHEXYPHENIDYL 5 MG TABLET	2		UNITHROID	1	
TRIKAFTA	5	PA, QL, SRX, LDD	URIN D.S.	2	
TRIKLO	2		UROQID-ACID NO.2	4	
TRI-LEGEST FE	1		URSODIOL	2	
TRI-LINYAH	1		USTELL	2	
TRI-LO-ESTARYLLA	1		UTIRA-C	2	
TRI-LO-MARZIA	1		VALACYCLOVIR	2	
TRI-LO-MILI	1		VALCHLOR	5	SRX, LDD
TRI-LO-SPRINTEC	1		VALGANCICLOVIR	4	
TRILYTE WITH FLAVOR PACKETS	2		VALPROIC ACID	2	
TRIMETHOBENZAMIDE	2		VALSARTAN	2	
TRIMETHOPRIM	2		VALSARTAN - HCTZ	2	
TRI-MILI	1		VANADOM	2	
TRIMIPRAMINE	2		VANCOMYCIN	4	
TRIMPEX	4		VANDAZOLE	2	
TRINATAL RX 1	1		VAQTA	3	
TRI-NORINYL	4		VARIVAX VACCINE	3	
TRINTELLIX	4	ST, QL	VARUBI 90 MG TABLET	5	PA, QL, SRX, LDD
TRI-NYMYO	1		VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	4	PA
TRI-PREVIFEM	1		VAXELIS	3	
TRI-SPRINTEC	1		VELIVET	1	
TRIUMEQ	3		VEMLIDY	5	PA, SRX
TRIVEEN-DUO DHA	1		VENA-BAL DHA	1	
TRIVEEN-ONE	1		VENATAL COMPLETE DHA	1	
TRIVEEN-PRX RNF	1		VENCLEXTA	5	PA, SRX, LDD
TRIVEEN-U	1		VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA, SRX, LDD
TRI-VITE WITH FLUORIDE	2		VENLAFAXINE	2	QL
TRIVORA-28	1		VENLAFAXINE ER 150 MG CAPSULE	2	QL
TRI-VYLIBRA	1		VENLAFAXINE ER 37.5 MG CAPSULE	2	QL
TRI-VYLIBRA LO	1		VENLAFAXINE ER 75 MG CAPSULE	2	QL
TROPICAMIDE	2		VENTAVIS	5	PA, SRX, LDD
TROSPIMUM	2		VERAPAMIL 120 MG TABLET	2	
TROSPIMUM ER	2		VERAPAMIL 360 MG CAPSULE PELLET	2	
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	3		VERAPAMIL 40 MG TABLET	2	
TRULICITY	3	QL	VERAPAMIL 80 MG TABLET	2	
TRUMENBA	3		VERAPAMIL ER	2	
TRUST NATAL DHA	1		VERAPAMIL ER PM	2	
TULANA	1		VERAPAMIL SR	2	
TWINRIX	3		VERDROCET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Plus Illinois para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ZOLMITRIPTAN ODT	2	QL
ZOLPIDEM	2	
ZOLPIDEM ER	2	
ZONISAMIDE	2	
ZOSTAVAX	3	
ZOVIA 1-35	1	
ZOVIA 1-35E	1	
ZUBSOLV	3	
ZUMANDIMINE	1	
ZUPLENZ	4	QL
ZYBAN	3	
ZYDELIG	5	PA, SRX, LDD
ZYKADIA	5	PA, SRX
ZYLET	4	

Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

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

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

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

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

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

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

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

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

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

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

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

Preguntas frecuentes (cont.)

medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.²

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.³ 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.³ 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 adicional⁴
- Le enviarán recordatorios de renovaciones
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez
- 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).⁵ 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 EOC no cubre

Servicios excluidos

Además de las otras exclusiones y limitaciones que se describen en esta Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), 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 EOC.
3. Servicios **no incluidos específicamente como Servicios cubiertos** en esta EOC.
4. Servicios o suministros que **no son Medicamento 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 EOC**.
8. Servicios **que Usted no tiene la obligación legal de pagar** o por los cuales no se cobraría si Usted no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.
9. Cualquier condición por la cual se recuperen o puedan recuperarse 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 el Miembro 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 un Miembro **en el servicio militar de cualquier país**; (d) la participación de un Miembro **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 un Miembro (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) **o como resultado directo de que el Miembro participe en una actividad ilícita**; (f) el hecho de que un Miembro **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 EOC.
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 el Miembro 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 EOC 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. **Hospitalización o tratamiento ordenado por un juez**, a menos que el tratamiento sea recetado por un Médico y se encuentre en la lista de conceptos cubiertos por esta EOC.
16. Servicios **profesionales o suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre por cualquier persona, incluido un Médico, a cualquiera** de las siguientes personas:
 - Usted o Su empleador;
 - una persona que viva en el hogar del Miembro, o el empleador de dicha persona;
 - una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con el Miembro, o el empleador de dicha persona; o
 - un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted o a una organización de la cual Usted reciba 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 EOC.
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 servicios de cuidado de la salud en el hogar o los beneficios de Servicios para enfermos terminales de esta EOC.
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:
- no ha participado activamente en Su atención médica antes de ordenar el servicio, o
 - no participa activamente en Su atención médica después de que se recibe el servicio.
 - Esta exclusión no se aplica a las mamografías.
29. **Servicios dentales**, dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de dientes o encías, salvo según lo dispuesto específicamente en esta EOC.
30. **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular.
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 EOC, 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 en Cuidado preventivo.
35. **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.
36. **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 EOC en Beneficios de la vista pediátricos.
37. Cirugía **ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción** del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.
38. **Cirugía estética, terapia** u otros servicios para embellecerse, mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar problemas psicológicos o psicosociales relacionados con la apariencia de una persona. Esta exclusión no se aplica a la Cirugía reconstructiva para restaurar una función del cuerpo o para corregir una malformación provocada por una Lesión o defecto congénito de un niño Recién nacido, ni a la Cirugía reconstructiva Médicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía.
39. **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 EOC.
40. **Asesoría o servicios auxiliares no médicos** que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo, seguridad vial

y servicios, capacitación, terapia educacional u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y los retrasos en el desarrollo, **a menos** que esta EOC establezca lo contrario.

41. **Servicios y procedimientos para** cirugía para retirar piel sobrante, que incluye cirugía de la pared abdominal/paniclectomía, extirpación de papilomas cutáneos, terapia craneosacral/craneal, kinesiología aplicada, proloterapia y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para condiciones musculoesqueléticas y ortopédicas, macromastia o ginecomastia; várices; rinoplastia y blefaroplastia. 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.
42. Cualquier tratamiento, medicamento con receta, servicio o suministro **para tratar la disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
43. 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.
44. Administración de sangre **con el propósito de mejorar el estado físico general**.
45. **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a Soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos.
46. **Mejoras eléctricas internas y externas** o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
47. Estimuladores de los nervios periféricos mediante **prótesis mioeléctricas**.
48. **Las extremidades o los aparatos protésicos electrónicos**, a menos que sean Médicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
49. **Aparatos ortopédicos prefabricados para pies**.
50. **Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares**, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.
51. **Calzado ortopédico**, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
52. **Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética** en lugar de motivos funcionales.
53. **Aparatos ortopédicos que no son para pies**, excepto **únicamente** los siguientes aparatos ortopédicos que no son para pies que se cubren cuando son Médicamente necesarios:
 - Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
 - Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
 - Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
54. 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 el Miembro 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.
55. **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 EOC se establezca específicamente lo contrario.
56. Terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, los cuidados de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporcionan luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
57. **Servicios educativos**, salvo los Programas de capacitación para el autocontrol de la diabetes, el tratamiento para el Autismo o según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna.
58. **Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios**, salvo según lo indicado en esta EOC.
59. **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 EOC. Los equipos médicos excluidos incluyen, a modo de ejemplo: purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores; cintas para correr; equipos de spa; elevadores; suministros para comodidad, higiene o belleza; pelucas; fundas y suministros desechables; aparatos de corrección o de apoyo y suministros como medias, y suministros médicos de consumo que no sean materiales para estoma o catéteres urinarios, incluidos, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, a menos que esta EOC establezca lo contrario.
60. **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 EOC titulada “Beneficios integrales: Cobertura de la EOC”.

61. Todos los **Cargos de los Proveedores en país extranjero** están excluidos en virtud de esta EOC, salvo según lo indicado específicamente en “Proveedores en país extranjero” en la sección de esta EOC titulada “Beneficios integrales: Cobertura de la EOC”.
62. **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. Sin embargo, los servicios asociados con el cuidado de los pies en los casos de diabetes y enfermedad vascular periférica están cubiertos en caso de ser Medicamento necesarios.
63. **Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad** debido a que el Miembro no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 60 días o tan pronto como fuera razonablemente posible: (a) autorizarnos a recibir todos los registros médicos y la información que solicitamos; o (b) suministrarnos la información que solicitamos con respecto a las circunstancias del reclamo u otra cobertura de seguro.
64. Cargos por los **servicios de un Médico de guardia**.
65. Cargos por **trasplantes de órganos de animales a humanos**.
66. **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. Es posible que la legislación estatal de **Illinois** le exija a su plan que cubra sus medicamentos en su nivel de beneficios actual hasta que su plan se renueve. Esto significa que si usted en este momento tiene la aprobación a través de un proceso de revisión para que su plan cubra su medicamento, el/los cambio(s) en la lista de medicamentos indicado(s) aquí tal vez no le afecte(n) hasta la fecha de renovación de su plan. Si usted en este momento no tiene la aprobación a través de un proceso de revisión de la cobertura, puede seguir recibiendo cobertura en su nivel de beneficios actual si su médico lo solicita. Para averiguar si esta ley estatal se aplica a su plan, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
2. 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.
3. 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>.
4. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
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 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. 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 (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).