



# LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE 5 NIVELES DE CIGNA ESSENTIAL COLORADO 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	34
Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre	37

### 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 **Colorado** 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 Essential Colorado, que entrará en vigor el 1 de enero de 2022. Todos estos medicamentos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés). **Si no encuentra un medicamento específico en esta Lista, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para ver todos los medicamentos que cubre su plan.**

## Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Nivel	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ABACAVIR	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE	2	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2	
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
ALLOPURINOL	1	
ALMOTRIPTAN	2	QL
ALOSETRON	4	
ALPRAZOLAM	2	
ALPRAZOLAM ER	2	
ALPRAZOLAM INTENSOL	2	
ALPRAZOLAM ODT	2	
ALPRAZOLAM XR	2	
ALTAVERA	1	
ARMOUR THYROID	2	
ARNUIITY ELLIPTA	3	
ASCOMP WITH CODEINE	2	
ASHLYNA	1	
ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER	2	
ASTAGRAF XL	5	SRX
ATAZANAVIR	2	
ATENOLOL	1	

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 Essential Colorado 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, más deberá pagar de su bolsillo para que le despachen la receta.

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

## Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

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

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

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

## Medicamentos de especialidad

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

## Exclusiones del plan

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

## Cómo encontrar su medicamento

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

Letra con la que empieza su medicamento	Página
A-B	6-10
C-D	10-14
E-G	14-17
H-J	17-19
K-L	19-21
M-N	21-25
O-P	25-28
Q-S	28-30
T-U	30-32
V-Z	32-33

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado 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	ALECENSA	5	PA, SRX, LDD
ACAMPROSATE	3		ALENDRONATE 70 MG/75 ML	2	
ACARBOSE	2		ALENDRONATE 10 MG TABLET	1	
ACEBUTOLOL	2		ALENDRONATE 35 MG TABLET	1	
ACETAMINOPHEN-CODEINE 300-30 MG/12.5	2		ALENDRONATE 40 MG TABLET	1	
ACETAMINOPHEN-CODEINE 120-12 MG/5	2		ALENDRONATE 5 MG TABLET	1	
ACETAMINOPHEN-CODEINE #2 TABLET	2		ALENDRONATE 70 MG TABLET	2	
ACETAMINOPHEN-CODEINE #3 TABLET	2		ALFUZOSIN ER	2	
ACETAMINOPHEN-CODEINE #4 TABLET	2		ALINIA	4	
ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-DIHYDROCODEINE 320.5	2		ALLOPURINOL	1	
ACETAZOLAMIDE	2		ALMOTRIPTAN	2	QL
ACETAZOLAMIDE ER	2		ALOSETRON	4	
ACETIC ACID	2		ALPRAZOLAM	2	
ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	2		ALPRAZOLAM ER	2	
ACETYLCYSTEINE 20% VIAL	2		ALPRAZOLAM INTENSOL	2	
ACITRETIN	4		ALPRAZOLAM ODT	2	
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	5	PA, ST, QL, SRX	ALPRAZOLAM XR	2	
ACTEMRA ACTPEN	5	PA, ST, QL, SRX	ALTACAINA	2	
ACTHIB	3		ALTAVERA	1	
ACTIMMUNE	5	PA, SRX, LDD	ALYACEN	1	
ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1		ALYQ	5	PA, SRX
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION	2		AMABELZ	2	
ACYCLOVIR 400 MG TABLET	1		AMANTADINE	2	
ACYCLOVIR 800 MG TABLET	1		AMBRISENTAN	5	PA, SRX, LDD
ADACEL TDAP	3		AMCINONIDE	2	
ADAPALENE 0.1% CREAM	2	AGE	AMETHIA	1	
ADAPALENE 0.1% GEL	2	AGE	AMETHIA LO	1	
ADAPALENE 0.1% LOTION	2	AGE	AMETHYST	1	
ADAPALENE 0.1% SOLUTION	2	AGE	AMILORIDE	2	
ADAPALENE 0.3% GEL	2	AGE	AMILORIDE-HCTZ	2	
ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	2	AGE	AMINOCAPROIC ACID	4	
ADEFOVIR DIPIVOXIL	4		AMIODARONE 100 MG TABLET	2	
ADEMPAS	5	PA, SRX, LDD	AMIODARONE 200 MG TABLET	2	
AFINITOR DISPERZ	5	PA, SRX	AMIODARONE 400 MG TABLET	2	
AFIRMELLE	1		AMITRIPTYLINE 10 MG TABLET	1	
AFLURIA QUAD	3		AMITRIPTYLINE 100 MG TABLET	2	
AFTERA	4		AMITRIPTYLINE 150 MG TABLET	2	
AK-POLY-BAC	2		AMITRIPTYLINE 25 MG TABLET	1	
ALBENDAZOLE	4		AMITRIPTYLINE 50 MG TABLET	1	
ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER	2	QL	AMITRIPTYLINE 75 MG TABLET	1	
			AMLODIPINE	2	
			AMLODIPINE-BENAZEPRIL	2	
			AMLODIPINE-ATORVASTATIN	2	
			AMLODIPINE-OLMESARTAN	2	
			AMLODIPINE-VALSARTAN	2	
			AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ	2	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
AMMONIUM LACTATE 12% CREAM	2		APRI	1	
AMMONIUM LACTATE 12% LOTION	2		APTIVUS	3	
AMNESTEEM	4		AQUA CARE 0.9% NACL IRRIGATION	2	
AMOXAPINE	2		AQUA CARE STERILE WATER IRRIGATION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG TABLET CHEWABLE	2		ARANELLE	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG SUSPENSION	2		ARANESP	5	PA, SRX
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-125 MG TABLET	1		ARCALYST	5	PA, SRX, LDD
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-62.5 MG/5 ML SUSPENSION	2		ARIPIPRAZOLE 1 MG/ML SOLUTION	3	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG TABLET CHEWABLE	2		ARIPIPRAZOLE 10 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG/5 ML SUSPENSION	2		ARIPIPRAZOLE 15 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 500-125 MG TABLET	1		ARIPIPRAZOLE 2 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 600-42.9 MG/5 ML SUSPENSION	2		ARIPIPRAZOLE 20 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 875-125 MG TABLET	1		ARIPIPRAZOLE 30 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 125 MG TABLET CHEWABLE	1		ARIPIPRAZOLE 5 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		ARIPIPRAZOLE ODT	4	
AMOXICILLIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	1		ARMODAFINIL	2	PA
AMOXICILLIN 250 MG CAPSULE	1		ARMOUR THYROID	3	
AMOXICILLIN 250 MG TABLET CHEWABLE	2		ARNUITY ELLIPTA	3	
AMOXICILLIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1		ASPIRIN-BUTALBITAL-CAFFEINE-CODEINE #3 CAPSULE	2	
AMOXICILLIN 400 MG/5 ML SUSPENSION	1		ASCOMP WITH CODEINE	2	
AMOXICILLIN 500 MG CAPSULE	1		ASENAPINE	4	QL
AMOXICILLIN 500 MG TABLET	1		ASHLYNA	1	
AMOXICILLIN 875 MG TABLET	1		ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE ER	2		ASTAGRAF XL	5	SRX
AMPHETAMINE	2		ATAZANAVIR	2	
AMPICILLIN	2		ATENOLOL	1	
ANAGRELIDE	4		ATENOLOL-CHLORTHALIDONE	2	
ANASTROZOLE	2		ATOMOXETINE	2	
ANORO ELLIPTA	3		ATORVASTATIN	2	
ANUCORT-HC	2		ATOVAQUONE	4	
APEXICON E	4		ATOVAQUONE-PROGUANIL	2	
APOKYN	5	PA, SRX, LDD	ATROPINE 1% EYE DROPS	2	
APRACLONIDINE	2		ATROPINE 1% EYE OINTMENT	2	
APREPITANT 125 MG CAPSULE	2	QL	AUBRA	1	
APREPITANT 125-80-80 MG PACK	2	QL	AUBRA EQ	1	
APREPITANT 40 MG CAPSULE	2	QL	AUROVELA	1	
APREPITANT 80 MG CAPSULE	2	QL	AUROVELA 24 FE	1	
			AUROVELA FE	1	
			AVIANE	1	
			AVONEX	5	PA, SRX
			AVONEX PEN	5	PA, SRX
			AYUNA	1	
			AZATHIOPRINE	2	
			AZELASTINE	2	
			AZITHROMYCIN 1 GM POWDER PACKET	2	QL
			AZITHROMYCIN 100 MG/5 ML SUSPENSION	2	QL

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

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
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	3	
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	5	SRX	BD INTEGRA NEEDLE 25G X 5/8"	3	
BASAGLAR KWIKPEN U-100	3	QL	BD INTEGRA RETRACTING NEEDLE 23GX1"	3	
BD 3 ML SYRINGE 18GX1-1/2"	3		BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 21GX1 1/2"	3	
BD 3 ML SYRINGE 20GX1-1/2"	3		BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25GX5/8"	3	
BD 3 ML SYRINGE 25GX1"	3		BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	3	
BD 3 ML SYRINGE 25GX1-1/2"	3		BD MAGNI-GUIDE MAGNIFIER	3	
BD 3 ML SYRINGE WITH NEEDLE	3		BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32GX4MM	3	
BD AUTOSHIELD DUO NEEDLE 5MMX30G	3		BD NEEDLE 18GX1 1/2"	3	
BD BLUNT NEEDLE 18GX1-1/2"	3		BD NEEDLE 19GX1 1/2"	3	
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE	3		BD NEEDLE 20GX1 1/2"	3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML	3		BD NEEDLE 21GX1 1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18GX1 1/2"	3		BD NEEDLE 21GX1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1"	3		BD NEEDLE 22GX1 1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 22GX1"	3		BD NEEDLE 22GX3/4"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 23GX1"	3		BD NEEDLE 23GX1 1/2"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1"	3		BD NEEDLE 23GX1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1.5"	3		BD NEEDLE 25GX1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX5/8"	3		BD NEEDLE 25GX5/8"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 27GX1/2"	3		BD NEEDLE 26GX0.625"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2"	3		BD NEEDLES 16GX1"	3	
BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1.5"	3				
BD FILTER NEEDLE	3				
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	3				
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2ML 6MMX31G	3				
BD INSULIN SYRINGE ULTRA FINE 0.3 ML 12.7MMX30G	3				
BD INSULIN SYRINGE ULTRA FINE 0.5 ML 12.7MMX30G	3				



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
BD NEEDLES 16GX1.5"	3		BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27GX5/8"	3	
BD NEEDLES 18GX1"	3		BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	3	
BD NEEDLES 18GX1.5"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 19GX1"	3		BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 19GX1.5"	3		BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	3	
BD NEEDLES 20GX1"	3		BD ULTRA FINE MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G	3	
BD NEEDLES 20GX1.5"	3		BD ULTRA FINE MINI PEN NEEDLE 5MMX31G	3	
BD NEEDLES 21GX1"	3		BD ULTRA FINE NANO PEN NEEDLE 4MMX32G	3	
BD NEEDLES 21GX1.5"	3		BD ULTRA FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 12.7MMX29G	3	
BD NEEDLES 21GX2"	3		BD ULTRA FINE SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G	3	
BD NEEDLES 22GX1"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3ML 6MMX31G (1/2)	3	
BD NEEDLES 22GX1.5"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 1 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 23GX0.75"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 23GX1.25"	3		BD VEO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 6MMX31G	3	
BD NEEDLES 25GX0.625"	3		BEKYREE	1	
BD NEEDLES 25GX0.875"	3		BELLADONNA-OPIUM	2	
BD NEEDLES 25GX1.5"	3		BENAZEPRIL	1	
BD NEEDLES 26GX0.375"	3		BENAZEPRIL-HCTZ	2	
BD NEEDLES 26GX0.5"	3		BENZONATATE 100 MG CAPSULE	2	
BD NEEDLES 27GX0.5"	3		BENZONATATE 200 MG CAPSULE	2	
BD NEEDLES 27GX1X1.25"	3		BENZONATATE PERLE 100 MG CAPSULE	2	
BD NEEDLES 30GX0.5"	3		BENZTROPINE 0.5 MG TABLET	2	
BD NEEDLES 30GX1"	3		BENZTROPINE 1 MG TABLET	2	
BD NOKOR ADMIX NEEDLE 18GX1.5"	3		BENZTROPINE 2 MG TABLET	2	
BD NOKOR NEEDLE 16GX1"	3		BESER 0.05% LOTION	2	
BD NOKOR NEEDLE 18GX1"	3		BETAMETHASONE AUGMENTED	2	
BD PEN NEEDLE 29GX1/2"	3		BETAMETHASONE	2	
BD PRECISIONGLIDE 27GX1-1/2" NEEDLE	3		BETAMETHASONE VALERATE	2	
BD PRECISIONGLIDE 3 ML 22GX3/4	3		BETAXOLOL	2	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25G	3		BETHANECHOL	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 8MMX31G	3		BEXAROTENE	4	PA
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3ML 13MMX29G	3		BEXSERO	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 8MMX30G	3		BICALUTAMIDE	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5ML 13MMX29G	3		BIKTARVY	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 13MMX29G	3		BIMATOPROST 0.03% EYE DROPS	2	QL
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 6MMX31G	3		BISOPROLOL	2	
BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	3		BISOPROLOL-HCTZ	1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE	3		BLISOVI 24 FE	1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18GX1.5"	3		BLISOVI FE	1	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1"	3				
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1.5"	3				
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22GX1.5"	3				
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25GX1"	3				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
BOOSTRIX TDAP	3		BYDUREON PEN	3	QL
BOSENTAN	5	PA, SRX, LDD	BYETTA	3	QL
BOSULIF	5	PA, SRX, LDD	CABERGOLINE	2	QL
BREO ELLIPTA	3		CABOMETYX	5	PA, SRX, LDD
BRIELLYN	1		CAFFEINE 60 MG/3 ML ORAL	2	
BRILINTA	4		CALCIPOTRIENE 0.005% CREAM	2	
BRIMONIDINE 0.15% DROPS	2		CALCIPOTRIENE 0.005% OINTMENT	2	
BRINZOLAMIDE	3		CALCIPOTRIENE 0.005% SOLUTION	2	
BRIVIACT 10 MG TABLET	4	PA, QL	CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE	4	
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, QL	CALCITONIN-SALMON	2	
BRIVIACT 100 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRENE	2	
BRIVIACT 25 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULE	2	
BRIVIACT 50 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRIOL 0.5 MCG CAPSULE	2	
BRIVIACT 75 MG TABLET	4	PA, QL	CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	2	
BROMFED DM	2		CALCITRIOL 3 MCG/G OINTMENT	2	QL
BROMFENAC 0.09% EYE DROPS	2		CALCIUM ACETATE 667 MG CAPSULE	2	
BROMOCRIPTINE	2		CALCIUM ACETATE 667 MG GELCAP	2	
BROMPHENIRAMINE- PSEUDOEPHEDRINE-DM	2		CALCIUM ACETATE 667 MG TABLET	2	
BUDESONIDE	4		CAMILA	1	
BUDESONIDE EC	4		CAMRESE	1	
BUDESONIDE ER	5	PA, QL, SRX	CAMRESE LO	1	
BUMETANIDE 0.5 MG TABLET	2		CANDESARTAN	2	
BUMETANIDE 1 MG TABLET	2		CANDESARTAN-HCTZ	2	
BUMETANIDE 2 MG TABLET	2		CAPECITABINE	4	PA
BUPRENORPHINE 2 MG TABLET SL	2		CAPRELSA	5	PA, SRX, LDD
BUPRENORPHINE 8 MG TABLET SL	2		CAPTOPRIL	2	
BUPRENORPHINE PATCH	2	QL	CAPTOPRIL-HCTZ	2	QL
BUPRENORPHINE-NALOXONE	2		CARBAGLU	4	PA, LDD
BUPROPION	2	QL	CARBAMAZEPINE 100 MG TABLET CHEWABLE	2	
BUPROPION SR 100 MG TABLET	2	QL	CARBAMAZEPINE 100 MG/5 ML SUSPENSION	2	
BUPROPION SR 150 MG TABLET	2	QL	CARBAMAZEPINE 200 MG TABLET	2	
BUPROPION SR 200 MG TABLET	2	QL	CARBAMAZEPINE ER 100 MG CAPSULE	2	
BUPROPION XL 150 MG TABLET	2	QL	CARBAMAZEPINE ER 100 MG TABLET	2	
BUPROPION XL 300 MG TABLET	2	QL	CARBAMAZEPINE ER 200 MG CAPSULE	2	
BUSPIRONE 10 MG TABLET	1		CARBAMAZEPINE ER 200 MG TABLET	2	
BUSPIRONE 15 MG TABLET	2		CARBAMAZEPINE ER 300 MG CAPSULE	2	
BUSPIRONE 30 MG TABLET	2		CARBAMAZEPINE ER 400 MG TABLET	2	
BUSPIRONE 5 MG TABLET	1		CARBIDOPA	4	
BUSPIRONE 7.5 MG TABLET	2		CARBIDOPA-LEVODOPA	2	
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN- CAFFEINE-CODEINE	2		CARBIDOPA-LEVODOPA ER	2	
BUTALBITAL COMPOUND-CODEINE	2		CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE	2	
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN- CAFFEINE	2	QL	CARBINOXAMINE 4 MG/5 ML LIQUID	2	
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN 50-325	2		CARBINOXAMINE 4 MG TABLET	2	
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	2	QL	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	3	
BUTORPHANOL 10 MG/ML SPRAY	2	QL	CARISOPRODOL	2	
BYDUREON BCISE	3	QL			

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

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

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5%	2		CROMOLYN 20 MG/2 ML NEBULIZER SOLUTION	4	QL
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% PUMP	2		CROMOLYN 4% EYE DROPS	2	
CLOBAZAM	4	PA	CRYSELLE	1	
CLOBETASOL EMOLLIENT	2		CURITY ALCOHOL PREPS	3	
CLOBETASOL EMULSION	2		CYANOCOBALAMIN INJECTION	2	
CLOBETASOL	2		CYCLAFEM	1	
CLOCORTOLONE PIVALATE	2		CYCLOBENZAPRINE 10 MG TABLET	1	
CLODAN 0.05% SHAMPOO	2		CYCLOBENZAPRINE 5 MG TABLET	1	
CLOMIPRAMINE	4		CYCLOBENZAPRINE 7.5 MG TABLET	3	
CLONAZEPAM	2		CYCLOPENTOLATE	2	
CLONIDINE 0.1 MG TABLET	1		CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAPSULE	3	
CLONIDINE 0.2MG TABLET	1		CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET	3	
CLONIDINE 0.3MG TABLET	1		CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAPSULE	3	
CLONIDINE ER	2		CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	3	
CLONIDINE PATCH	2		CYCLOSERINE	2	
CLOPIDOGREL 300 MG TABLET	2		CYCLOSET	4	
CLOPIDOGREL 75 MG TABLET	1		CYCLOSPORINE 100 MG CAPSULE	2	
CLORAZEPATE	2		CYCLOSPORINE 25 MG CAPSULE	2	
CLORPRES	2		CYCLOSPORINE MODIFIED	2	
CLOTTRIMAZOLE 1% SOLUTION	2		CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SOLUTION	2	
CLOTTRIMAZOLE 1% TOPICAL CREAM	2		CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SYRUP	2	
CLOTTRIMAZOLE 10 MG TROCHE	2		CYPROHEPTADINE 4 MG TABLET	2	
CLOTTRIMAZOLE-BETAMETHASONE	2		CYRED	1	
CLOZAPINE	2		CYRED EQ	1	
CLOZAPINE ODT	4		CYSTADANE	5	SRX, LDD
C-NATE DHA	1		CYSTAGON	5	SRX, LDD
COARTEM	4	QL	CYSTARAN	4	PA, QL, LDD
CODEINE	2		CYTRA-K CRYSTALS PACKET	2	
COLCHICINE	2		DALFAMPRIDINE ER	5	PA, SRX, LDD
COLESTIPOL	2		DANAZOL	2	
COLOCORT	2		DANTROLENE 100 MG CAPSULE	2	
COLY-MYCIN S	4		DANTROLENE 25 MG CAPSULE	2	
COMETRIQ	5	PA, SRX, LDD	DANTROLENE 50 MG CAPSULE	2	
COMPLERA	3		DAPSONE	4	
COMPLETE NATAL DHA	1		DAPTACEL DTAP	3	
COMPLETENATE	1		DARIFENACIN ER	2	
COMPRO	2		DASETTA	1	
CONSTULOSE	2		DAYSEE	1	
CORMAX	2		DEBLITANE	1	
CORTISONE 25 MG TABLET	2		DECADRON 0.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
CORTISPORIN-TC	4		DEFERASIROX	5	PA, SRX, LDD
COTELLIC	5	PA, SRX, LDD	DEMECLOCYCLINE	2	
COVARYX	2		DENTA 5000 PLUS	2	
COVARYX H.S.	2		DENTAGEL	2	
CRIXIVAN	3		DESCOVY	4	PA
CROMOLYN 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	4		DESIPRAMINE	2	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
DESLORATADINE	2	QL	DEXMETHYLPHENIDATE	2	
DESMOPRESSIN 0.01% SOLUTION	2		DEXTROAMPHETAMINE	2	
DESMOPRESSIN 0.01% SPRAY	2		DEXTROAMPHETAMINE ER	2	QL
DESMOPRESSIN 10 MCG/0.1 ML SPRAY	2		DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER	2	QL
DESMOPRESSIN 0.1 MG TABLET	2		DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE	2	
DESMOPRESSIN 0.2 MG TABLET	2		DIAZEPAM 10 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1		DIAZEPAM 10 MG TABLET	2	
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL	1		DIAZEPAM 2 MG TABLET	2	
DESONIDE 0.05% CREAM	2		DIAZEPAM 2.5 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DESONIDE 0.05% LOTION	2		DIAZEPAM 20 MG RECTAL GEL SYSTEM	2	
DESONIDE 0.05% OINTMENT	2		DIAZEPAM 5 MG TABLET	2	
DESOXIMETASONE 0.05% CREAM	2		DIAZEPAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DESOXIMETASONE 0.05% GEL	2		DIAZEPAM 5 MG/5 ML SOLUTION	2	
DESOXIMETASONE 0.05% OINTMENT	2		DIAZEPAM 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
DESOXIMETASONE 0.25% CREAM	2		DIAZOXIDE	4	
DESOXIMETASONE 0.25% OINTMENT	2		DICLOFENAC 0.1% EYE DROPS	2	
DESVENLAFAXINE ER	2	QL	DICLOFENAC 1.5% TOPICAL SOLUTION	2	
DEXAMETHASONE 0.1% EYE DROP	2		DICLOFENAC	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG TABLET	2		DICLOFENAC DR 25 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML ELIXIR	2		DICLOFENAC DR 50 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML LIQUID	2		DICLOFENAC DR 75 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 0.75 MG TABLET	2		DICLOFENAC EC 25 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 1 MG TABLET	2		DICLOFENAC EC 50 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 1.5 MG TABLET	2		DICLOFENAC EC 75 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 2 MG TABLET	2		DICLOFENAC 1% GEL	2	QL
DEXAMETHASONE 4 MG TABLET	2		DICLOFENAC ER	2	
DEXAMETHASONE 6 MG TABLET	2		DICLOFENAC-MISOPROSTOL	2	
DEXAMETHASONE INTENSOL	2		DICLOXACILLIN	2	
DEXCOM G6 READER, SENSOR & TRANSMITTER	3	PA, QL	DICYCLOMINE 10 MG CAPSULE	2	
DEXILANT	4	ST, QL	DICYCLOMINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 10 MG CAPSULE	2	QL	DICYCLOMINE 20 MG TABLET	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 15 MG CAPSULE	2	QL	DIDANOSINE	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 20 MG CAPSULE	2	QL	DIFLORASONE	4	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 25 MG CAPSULE	2	QL	DIFLUNISAL	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 30 MG CAPSULE	2	QL	DIGITEK	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 35 MG CAPSULE	2	QL	DIGOX	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 40 MG CAPSULE	2	QL	DIGOXIN 0.05 MG/ML SOLUTION	2	
DEXMETHYLPHENIDATE ER 5 MG CAPSULE	2	QL	DIGOXIN 0.125 MG TABLET	2	
			DIGOXIN 0.25 MG TABLET	2	
			DIGOXIN 125 MCG TABLET	2	
			DIGOXIN 250 MCG TABLET	2	
			DIHYDROERGOTAMINE	4	QL
			DILTIAZEM 120 MG TABLET	1	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
DILTIAZEM 12HR ER 120 MG CAPSULE	2		DOXYCYCLINE 100 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 12HR ER 60 MG CAPSULE	2		DOXYCYCLINE 20 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 12HR ER 90 MG CAPSULE	2		DOXYCYCLINE 50 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24HR ER	2		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24HR ER (CD)	2		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 24HR ER (LA)	2		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER (XR)	2		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 30 MG TABLET	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 60 MG TABLET	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 90 MG TABLET	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG CAPSULE	2	
DILT-XR	2		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG TABLET	2	
DIMETHYL 30D STARTER PACK	5	PA, SRX, LDD	DRONABINOL	4	
DIMETHYL DR 120 MG CAPSULE	5	PA, SRX, LDD	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE	1	
DIMETHYL DR 240 MG CAPSULE	5	PA, SRX, LDD	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL	1	
DIPHEN	4		DROXIA	4	
DIPHENHYDRAMINE 12.5 MG/5 ML	2		DULOXETINE DR 20 MG CAPSULE	2	QL
DIPHENHYDRAMINE 25 MG/10 ML	2		DULOXETINE DR 30 MG CAPSULE	2	QL
DIPHENOXYLATE-ATROPINE	2		DULOXETINE DR 60 MG CAPSULE	2	QL
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PEDIATRIC	3		DUPIXENT PEN	5	PA, SRX
DIPYRIDAMOLE 25 MG TABLET	2		DUPIXENT SYRINGE	5	PA, SRX
DIPYRIDAMOLE 50 MG TABLET	2		DUTASTERIDE	2	
DIPYRIDAMOLE 75 MG TABLET	2		DUTASTERIDE-TAMSULOSIN	2	
DISOPYRAMIDE PHOSPHATE	2		EASY COMFORT ALCOHOL PAD	3	
DISULFIRAM	2		EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	3	
DIVALPROEX	2		EC-NAPROXEN	2	
DIVALPROEX ER	2		ECONAZOLE	2	
DOFETILIDE	4	QL	ECONTRA EZ	4	
DONEPEZIL	2		ED-SPAZ	2	
DONEPEZIL ODT	2		EDURANT	3	
DORZOLAMIDE	2		EEMT	2	
DORZOLAMIDE-TIMOLOL EYE DROPS	2		EEMT H.S.	2	
DOTTI	2	QL	EFAVIRENZ	2	
DOVATO	3		EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR	2	
DOXAZOSIN	2		EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR	2	
DOXEPIN 10 MG CAPSULE	2		EGRIFTA	5	PA, SRX, LDD
DOXEPIN 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		EGRIFTA SV	5	PA, SRX, LDD
DOXEPIN 100 MG CAPSULE	2		ELINEST	1	
DOXEPIN 150 MG CAPSULE	2		ELIQUIS	3	PA, QL
DOXEPIN 25 MG CAPSULE	2		ELITE OB DHA	1	
DOXEPIN 5% CREAM	4		ELITE-OB	1	
DOXEPIN 50 MG CAPSULE	2		ELITE-OB 400	1	
DOXEPIN 75 MG CAPSULE	2				
DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAPSULE	2				
DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAPSULE	2				
DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAPSULE	2				
DOXYCYCLINE 25 MG/5 ML SUSPENSION	2				
DOXYCYCLINE 100 MG CAPSULE	1				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
ELLA	4		ERY	2	
ELMIRON	4		ERYTHROCIN	4	
ELURYNG	2		ERYTHROMYCIN 0.5% EYE OINTMENT	2	
EMCYT	5	SRX	ERYTHROMYCIN 2% GEL	2	
EMEND 125 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, SRX	ERYTHROMYCIN 2% PLEDGETS	2	
EMOQUETTE	1		ERYTHROMYCIN 2% SOLUTION	2	
EMSAM	4	QL	ERYTHROMYCIN 250 MG FILMTAB	2	
EMTRICITABINE	2		ERYTHROMYCIN 500 MG FILMTAB	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 100-150 MG	2		ERYTHROMYCIN DR 250 MG CAP	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 133-200 MG	2		ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 167-250 MG	2		ERYTHROMYCIN-BENZOYL PEROXIDE	2	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 200-300 MG	2		ESBRIET	5	PA, SRX, LDD
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	3		ESCITALOPRAM OXALATE	2	QL
EMVERM	4		ESOMEPRAZOLE DR 10 MG PACKET	3	QL
ENALAPRIL	1		ESOMEPRAZOLE DR 20 MG PACKET	3	QL
ENALAPRIL-HCTZ	1		ESOMEPRAZOLE DR 40 MG PACKET	3	QL
ENBREL 25 MG KIT	5	PA, QL, SRX	ESOMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	ESOMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	ESOMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL
ENBREL MINI	5	PA, QL, SRX	ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAPSULE	2	QL
ENBREL SURECLICK	5	PA, QL, SRX	ESTARYLLA	1	
ENDOCET	2		ESTAZOLAM	2	
ENGERIX-B ADULT	3		ESTRADIOL (ONCE WEEKLY)	2	
ENGERIX-B PEDIATRIC	3		ESTRADIOL (TWICE WEEKLY)	2	QL
ENOXAPARIN	4	QL	ESTRADIOL 0.5 MG TABLET	1	
ENPRESSE	1		ESTRADIOL 1 MG TABLET	1	
ENSKYCE	1		ESTRADIOL 10 MCG VAGINAL INSERT	2	QL
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	
EPINASTINE	2		ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL	1	
EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECTOR	2	QL	ETIDRONATE	2	
EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECTOR	2	QL	ETODOLAC	2	
EPITOL	2		ETODOLAC ER	2	
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLUTION	5	SRX	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	2	
EPLERENONE	2		ETOPOSIDE 50 MG CAPSULE	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
			EVEROLIMUS 5 MG TABLET	5	PA, SRX
			EVEROLIMUS 7.5 MG TABLET	5	PA, SRX
			EVOTAZ	3	
			EXEMESTANE	2	
			EXTRA-VIRT PLUS DHA	1	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
EZETIMIBE	2		FLUAD QUAD	3	
EZETIMIBE-SIMVASTATIN	2		FLUARIX QUAD	3	
FALMINA	1		FLUBLOK QUAD	3	
FAMCICLOVIR	2		FLUCELVAX QUAD	3	
FAMOTIDINE 20 MG TABLET	1		FLUCONAZOLE	2	
FAMOTIDINE 40 MG TABLET	1		FLUCYTOSINE	4	
FAMOTIDINE 40 MG/5 ML SUSPENSION	2		FLUDROCORTISONE	2	
FARXIGA	3	QL	FLULAVAL QUAD	3	
FARYDAK	5	PA, SRX	FLUMIST QUAD	3	
FAYOSIM	1		FLUNISOLIDE	2	
FEBUXOSTAT	4	QL	FLUOCINOLONE	2	
FELBAMATE	4		FLUOCINOLONE OIL	2	
FELODIPINE ER	2		FLUOCINONIDE	2	
FEM PH	2		FLUOCINONIDE-E	2	
FEMYNOR	1		FLUORABON	2	
FENOFIBRATE 120 MG TABLET	2		FLUORIDE	2	
FENOFIBRATE 130 MG CAPSULE	2		FLUORIDEX	2	
FENOFIBRATE 134 MG CAPSULE	2		FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	2	
FENOFIBRATE 145 MG TABLET	2		FLUORITAB	2	
FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	2		FLUOROMETHOLONE	2	
FENOFIBRATE 160 MG TABLET	2		FLUOROURACIL 0.5% CREAM	4	
FENOFIBRATE 200 MG CAPSULE	2		FLUOROURACIL 2% TOPICAL SOLUTION	2	
FENOFIBRATE 40 MG TABLET	2		FLUOROURACIL 5% CREAM	2	
FENOFIBRATE 43 MG CAPSULE	2		FLUOROURACIL 5% TOPICAL SOLUTION	2	
FENOFIBRATE 48 MG TABLET	2		FLUOXETINE 20 MG/5 ML SOLUTION	2	QL
FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	2		FLUOXETINE DR	2	QL
FENOFIBRATE 54 MG TABLET	2		FLUOXETINE 10 MG CAPSULE	1	QL
FENOFIBRATE 67 MG CAPSULE	2		FLUOXETINE 20 MG CAPSULE	1	QL
FENOFIBRIC ACID	2		FLUOXETINE 40 MG CAPSULE	1	QL
FENOPROFEN 600 MG TABLET	2		FLUPHENAZINE 1 MG TABLET	2	
FENTANYL OTFC 1,200 MCG	4	PA	FLUPHENAZINE 10 MG TABLET	2	
FENTANYL OTFC 1,600 MCG	4	PA	FLUPHENAZINE 2.5 MG TABLET	2	
FENTANYL OTFC 200 MCG	4	PA	FLUPHENAZINE 2.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
FENTANYL OTFC 400 MCG	4	PA	FLUPHENAZINE 5 MG TABLET	2	
FENTANYL OTFC 600 MCG	4	PA	FLUPHENAZINE 5 MG/ML CONCENTRATE	2	
FENTANYL OTFC 800 MCG	4	PA	FLURA-DROPS	2	
FENTANYL PATCH	2	PA	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	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				
FLUAD	3				

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



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
FLUTICASON-SALMETEROL 232-14	2		GIANVI	1	
FLUTICASON-SALMETEROL 250-50	2		GILOTRIF	5	PA, SRX, LDD
FLUTICASON-SALMETEROL 55-14	2		GLATIRAMER	5	PA, SRX
FLUVASTATIN ER	2		GLATOPA	5	PA, SRX
FLUVASTATIN	2		GLEOSTINE	4	
FLUVOXAMINE	2	QL	GLIMEPIRIDE	1	
FLUVOXAMINE ER	2	QL	GLIPIZIDE	1	
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	3		GLIPIZIDE ER	1	
FLUZONE QUAD	3		GLIPIZIDE XL	1	
FOLIC ACID 1 MG TABLET	1		GLIPIZIDE-METFORMIN	2	
FOLIVANE-OB	1		GLYBURIDE	1	
FONDAPARINUX	4	QL	GLYBURIDE MICRONIZED	1	
FORMADON	2		GLYBURIDE-METFORMIN	2	
FOSAMPRENAVIR	2		GLYCINE 1.5% IRRIGATION	2	
FOSINOPRIL	1		GLYCOPYRROLATE 1 MG TABLET	2	
FOSINOPRIL-HCTZ	2		GLYCOPYRROLATE 2 MG TABLET	2	
FRAGMIN	5	QL, SRX	GLYDO	2	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER & SENSOR	3	PA, QL	GRANISETRON	4	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER & SENSOR	3	PA, QL	GRISEOFULVIN	2	
FREESTYLE LIBRE 2 READER & SENSOR	3	PA, QL	GRISEOFULVIN ULTRAMICROSIZED	2	
FROVATRIPTAN	2	QL	GUANFACINE	2	
FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION	1		GUANFACINE ER	2	
FUROSEMIDE 20 MG TABLET	1		GUANIDINE	2	
FUROSEMIDE 40 MG TABLET	1		GVOKE HYPOPEN 1-PACK	3	QL
FUROSEMIDE 40 MG/5 ML SOLUTION	1		GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	QL
FUROSEMIDE 80 MG TABLET	1		GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	3	QL
FYAVOLV	2		GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	3	QL
GABAPENTIN	2		GYNAZOLE 1	2	
GALANTAMINE ER	2	QL	HAILEY	1	
GALANTAMINE	2		HAILEY 24 FE	1	
GARDASIL 9	3		HAILEY FE	1	
GATIFLOXACIN	2		HALOBETASOL 0.05% CREAM	2	
GATTEX	5	PA, SRX, LDD	HALOBETASOL 0.05% OINTMENT	2	
GAVILYTE-C	2		HALOPERIDOL	2	
GAVILYTE-G	2		HALOPERIDOL 2 MG/ML CONCENTRATE	2	
GAVILYTE-N	2		HARVONI 33.75-150 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
GEMFIBROZIL	2		HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKET	5	PA, QL, SRX
GEMMILY	1		HARVONI 45-200 MG TABLET	5	PA, SRX
GENERLAC	2		HARVONI 90-400 MG TABLET	5	PA, SRX
GENGRAF	2		HAVRIX	3	
GENOTROPIN	5	PA, ST, SRX	HEATHER	1	
GENTAK	2		HEMENATAL OB + DHA	1	
GENTAMICIN 0.1% CREAM	2		HEMMOREX-HC	2	
GENTAMICIN 0.1% OINTMENT	2		HEPARIN 5,000 UNIT/0.5 ML	2	
GENTAMICIN 0.3% EYE DROP	2		HEPARIN 5,000 UNIT/ML SYRINGE	2	
GENTAMICIN 3 MG/ML EYE DROP	2		HEPLISAV-B	3	
GENVOYA	3		HETLIOZ	5	PA, SRX, LDD
			HETLIOZ LQ	5	PA, SRX, LDD

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
HIBERIX VACCINE WITH DILUENT	3		HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LIPO CREAM	3	
HOMATROPAIRE	2		HYDROCORTISONE 1% CREAM	2	
HOMATROPINE	2		HYDROCORTISONE 1% OINTMENT	2	
HUMALOG	3	QL	HYDROCORTISONE 10 MG TABLET	2	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	3	QL	HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML	2	
HUMALOG KWIKPEN U-100	3	QL	HYDROCORTISONE 2.5% CREAM	2	
HUMALOG KWIKPEN U-200	3	QL	HYDROCORTISONE 2.5% LOTION	2	
HUMALOG MIX 50-50	3	QL	HYDROCORTISONE 2.5% OINTMENT	2	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	QL	HYDROCORTISONE 20 MG TABLET	2	
HUMALOG MIX 75-25	3	QL	HYDROCORTISONE 5 MG TABLET	2	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	QL	HYDROCORTISONE 25 MG SUPPOSITORY	2	
HUMATROPE	5	PA, SRX	HYDROCORTISONE 30 MG SUPPOSITORY	2	
HUMIRA	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% CREAM	2	
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S	5	PA, QL, SRX	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LOTION	3	
HUMIRA PEN	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% OINTMENT	2	
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% SOLUTION	2	
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOLESCENT HS	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE VALERATE	2	
HUMIRA(CF)	5	PA, QL, SRX	HYDROCORTISONE-ACETIC ACID SOLUTION	2	
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROCORTISONE-PRAMOXINE 1%-1% CREAM	2	
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROMET	2	QL
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROMORPHONE 1 MG/ML SOLUTION	2	
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROMORPHONE 2 MG TABLET	2	
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROMORPHONE 3 MG SUPPOSITORY	2	
HUMIRA(CF) PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOLESCENT HS	5	PA, QL, SRX, LDD	HYDROMORPHONE 4 MG TABLET	2	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	QL	HYDROMORPHONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	
HUMULIN 70-30	3	QL	HYDROMORPHONE 8 MG TABLET	2	
HUMULIN N	3	QL	HYDROMORPHONE ER	2	
HUMULIN N KWIKPEN	3	QL	HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE	2	
HUMULIN R	3	QL	HYDROXYUREA	2	
HUMULIN R U-500	3	QL	HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	3	QL	HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SYRUP	2	
HYCANTIN 0.25 MG CAPSULE	5	PA, SRX	HYDROXYZINE 10 MG TABLET	2	
HYCANTIN 1 MG CAPSULE	5	PA, SRX	HYDROXYZINE 25 MG TABLET	2	
HYDRALAZINE 10 MG TABLET	1		HYDROXYZINE 50 MG TABLET	2	
HYDRALAZINE 100 MG TABLET	2		HYDROXYZINE	2	
HYDRALAZINE 25 MG TABLET	1		HYOPHEN	2	
HYDRALAZINE 50 MG TABLET	1		HYOSCYAMINE 0.125 MG ODT	2	
HYDROCHLOROTHIAZIDE	1		HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET SL	2	
HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG/5 ML ELIXIR	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN	2				
HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMNE ER	2				
HYDROCODONE-HOMATROPINE MBR	2	QL			
HYDROCODONE-IBUPROFEN	2				
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% LIPID CREAM	3				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
HYOSCYAMINE 0.125 MG/ML DROPS	2		ISONIAZID 50 MG/5 ML SOLUTION	2	
HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET	2		ISOSORBIDE DINITRATE 10 MG TABLET	2	
HYOSCYAMINE ER	2		ISOSORBIDE DINITRATE 20 MG TABLET	2	
HYOSCYAMINE SR	2		ISOSORBIDE DINITRATE 30 MG TABLET	2	
HYOSYNE	2		ISOSORBIDE DINITRATE 5 MG TABLET	2	
IBANDRONATE 150 MG TABLET	2		ISOSORBIDE DINITRATE ER 40 MG TABLET	2	
IBRANCE	5	PA, SRX, LDD	ISOSORBIDE MONONITRATE ER 120 MG	2	
IBU	1		ISOSORBIDE MONONITRATE ER 30 MG TABLET	1	
IBUDONE	2		ISOSORBIDE MONONITRATE ER 60 MG TABLET	1	
IBUPROFEN 100 MG/5 ML SUSPENSION	2		ISOSORBIDE MONONITRATE	1	
IBUPROFEN 400 MG TABLET	1		ISOTRETINOIN	4	
IBUPROFEN 600 MG TABLET	1		ISOXSUPRINE	2	
IBUPROFEN 800 MG TABLET	1		ISRADIPINE	2	
ICATIBANT	5	PA, SRX, LDD	ITRACONAZOLE	3	
ICLEVIA	1		IV ANTISEPTIC WIPES	3	
ICLUSIG	5	PA, SRX, LDD	IV PREP WIPES	3	
ICOSAPENT	4	PA	IVERMECTIN 3 MG TABLET	2	
ILARIS	5	PA, SRX, LDD	JAIMIESS	1	
IMATINIB	4	PA	JAKAFI	5	PA, SRX, LDD
IMBRUVICA	5	PA, SRX, LDD	JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	3	
IMIPRAMINE	2		JANTOVEN	1	
IMIPRAMINE PAMOATE	2		JASMIEL	1	
IMIQUIMOD 5% CREAM PACKET	2		JENCYCLA	1	
INCASSIA	1		JINTELI	2	
INCONTROL ALCOHOL PADS	3		JOLESSA	1	
INCRELEX	5	PA, SRX, LDD	JOLIVETTE	1	
INCRUSE ELLIPTA	3		JULEBER	1	
INDAPAMIDE	1		JULUCA	3	
INDOMETHACIN 25 MG CAPSULE	2		JUNEL	1	
INDOMETHACIN 50 MG CAPSULE	2		JUNEL FE	1	
INDOMETHACIN ER	2		JUNEL FE 24	1	
INFANRIX DTAP	3		KAITLIB FE	1	
INLYTA	5	PA, SRX, LDD	KALETRA 100-25 MG TABLET	3	
INTELENCE	3		KALETRA 200-50 MG TABLET	3	
INTRON A	4	PA	KALLIGA	1	
INTROVALE	1		KALYDECO	5	PA, QL, SRX, LDD
IPOL	3		KARIVA	1	
IPRATROPIUM	2		KELNOR 1-35	1	
IPRATROPIUM-ALBUTEROL	2		KELNOR 1-50	1	
IRBESARTAN	1		KETOCONAZOLE 2% CREAM	2	
IRBESARTAN-HCTZ	1		KETOCONAZOLE 2% FOAM	3	
IRESSA	5	PA, SRX, LDD	KETOCONAZOLE 2% SHAMPOO	2	
ISENTRESS	3		KETOCONAZOLE 200 MG TABLET	2	
ISENTRESS HD	3		KETODAN 2% FOAM	3	
ISIBLOOM	1		KETOPROFEN 50 MG CAPSULE	2	
ISOCHRON	2		KETOPROFEN 75 MG CAPSULE	2	
ISONIAZID 100 MG TABLET	1				
ISONIAZID 300 MG TABLET	1				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
KETOPROFEN ER 200 MG CAPSULE	2		LANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	2	QL
KETOROLAC 0.4% OPHTHALMIC SOLUTION	2		LAPATINIB	5	PA, SRX
KETOROLAC 0.5% OPHTHALMIC SOLUTION	2		LARIN	1	
KETOROLAC 10 MG TABLET	2	QL	LARIN 24 FE	1	
KETOROLAC 15 MG/ML CARPUJECT	2	QL	LARIN FE	1	
KETOROLAC 15 MG/ML ISECURE SYRINGE	2	QL	LARISSIA	1	
KETOROLAC 15 MG/ML SYRINGE	2	QL	LATANOPROST 0.005% EYE DROPS	2	
KETOROLAC 15 MG/ML VIAL	2	QL	LATUDA	4	ST, QL
KETOROLAC 30 MG/ML CARPUJECT	2	QL	LAYOLIS FE	4	
KETOROLAC 30 MG/ML ISECURE SYRINGE	2	QL	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	5	PA, SRX
KETOROLAC 30 MG/ML SYRINGE	2	QL	LEENA	1	
KETOROLAC 30 MG/ML VIAL	2	QL	LEFLUNOMIDE	2	
KETOROLAC 300 MG/10 ML VIAL	2	QL	LENVIMA	5	PA, SRX, LDD
KETOROLAC 60 MG/2 ML CARPUJECT	2	QL	LESSINA	1	
KETOROLAC 60 MG/2 ML SYRINGE	2	QL	LETROZOLE	2	
KETOROLAC 60 MG/2 ML VIAL	2	QL	LEUCOVORIN 10 MG TABLET	2	
KINERET	5	PA, ST, QL, SRX, LDD	LEUCOVORIN 15 MG TABLET	2	
KINRIX	3		LEUCOVORIN 25 MG TABLET	2	
KIONEX	2		LEUCOVORIN 5 MG TABLET	2	
KLOR-CON	2		LEUKERAN	4	
KLOR-CON 10	2		LEUKINE	5	SRX
KLOR-CON 8	2		LEUPROLIDE 2WK 1 MG/0.2 ML KIT	4	PA
KLOR-CON M10	2		LEUPROLIDE 2WK 14 MG/2.8 ML KT	4	PA
KLOR-CON M20	2		LEVALBUTEROL CONCENTRATE	2	
KOMBIGLYZE XR	3	QL	LEVALBUTEROL	2	
KURVELO	1		LEVALBUTEROL HFA	2	QL
LABETALOL 100 MG TABLET	2		LEVETIRACETAM 1,000 MG TABLET	2	
LABETALOL 200 MG TABLET	2		LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUTION	2	
LABETALOL 300 MG TABLET	2		LEVETIRACETAM 1000 MG/10 ML	2	
LACTATED RINGERS IRRIGATION	2		LEVETIRACETAM 250 MG TABLET	2	
LACTULOSE 10 GM/15 ML SOLUTION	2		LEVETIRACETAM 500 MG TABLET	2	
LACTULOSE 20 GM/30 ML SOLUTION	2		LEVETIRACETAM 500 MG/5 ML SOLUTION	2	
LAMIVUDINE	2		LEVETIRACETAM 750 MG TABLET	2	
LAMIVUDINE HBV	2		LEVETIRACETAM ER	2	
LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	2		LEVOBUNOLOL	2	
LAMOTRIGINE	2		LEVOCARNITINE 1 G/10 ML SOLN	2	
LAMOTRIGINE (BLUE)	2		LEVOCARNITINE 330 MG TABLET	2	
LAMOTRIGINE (GREEN)	2		LEVOCARNITINE SF	2	
LAMOTRIGINE (ORANGE)	2		LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUTION	2	
LAMOTRIGINE ER	2		LEVOCETIRIZINE 5 MG TABLET	2	
LAMOTRIGINE ODT	2		LEVOFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2	
LAMOTRIGINE ODT (BLUE)	2		LEVOFLOXACIN 25 MG/ML SOLUTION	2	
LAMOTRIGINE ODT (GREEN)	2		LEVOFLOXACIN 250 MG TABLET	2	
LAMOTRIGINE ODT (ORANGE)	2		LEVOFLOXACIN 500 MG TABLET	2	
LANSOPRAZOLE-AMOXICILLIN-CLARITHROMYCIN	2		LEVOFLOXACIN 750 MG TABLET	2	
LANSOPRAZOLE DR 15 MG CAPSULE	2	QL	LEVONEST	1	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	1		LOPREEZA	2	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL	1		LORAZEPAM 0.5 MG TABLET	2	
LEVORA-28	1		LORAZEPAM 1 MG TABLET	2	
LEVORPHANOL	5	SRX	LORAZEPAM 2 MG TABLET	2	
LEVO-T	1		LORAZEPAM 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
LEVOTHYROXINE 100 MCG TABLET	1		LORAZEPAM INTENSOL	2	
LEVOTHYROXINE 112 MCG TABLET	1		LORCET	2	
LEVOTHYROXINE 125 MCG TABLET	1		LORCET HD	2	
LEVOTHYROXINE 137 MCG TABLET	1		LORCET PLUS	2	
LEVOTHYROXINE 150 MCG TABLET	1		LORTAB	2	
LEVOTHYROXINE 175 MCG TABLET	1		LORYNA	1	
LEVOTHYROXINE 200 MCG TABLET	1		LOSARTAN	1	
LEVOTHYROXINE 25 MCG TABLET	1		LOSARTAN-HCTZ	1	
LEVOTHYROXINE 300 MCG TABLET	1		LOVASTATIN	1	
LEVOTHYROXINE 50 MCG TABLET	1		LOW-OGESTREL	1	
LEVOTHYROXINE 75 MCG TABLET	1		LOXAPINE	2	
LEVOTHYROXINE 88 MCG TABLET	1		LO-ZUMANDIMINE	1	
LEVOXYL	1		LUBIPROSTONE	4	
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	3		LUDENT FLUORIDE	2	
LIDOCAINE 5% OINTMENT	2	QL	LUTERA	1	
LIDOCAINE 5% PATCH	2		LYLLANA	2	QL
LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET AC	2		LYNPARZA	5	PA, SRX, LDD
LIDOCAINE 2% JELLY	2		LYSODREN	4	LDD
LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET	2		LYZA	1	
LIDOCAINE 4% SOLUTION	2		MALATHION	2	
LIDOCAINE VISCOUS	2		MAPROTILINE	2	
LIDOCAINE-PRILOCAINE	2		MARLISSA	1	
LILLOW	1		MATERNITY	1	
LINDANE	2		MATULANE	5	SRX, LDD
LINEZOLID 100 MG/5 ML SUSPENSION	4	PA	MATZIM LA	2	
LINEZOLID 600 MG TABLET	2	PA	MECLIZINE 12.5 MG TABLET	2	
LIOETHYRONINE 25 MCG TABLET	2		MECLIZINE 25 MG TABLET	2	
LIOETHYRONINE 5 MCG TABLET	2		MECLOFENAMATE	2	
LIOETHYRONINE 50 MCG TABLET	2		MEDROL 2 MG TABLET	4	
LISINAPRIL	1		MEDROXYPROGESTERONE	1	
LISINAPRIL-HCTZ	1		MEFENAMIC ACID	2	
LITHIUM 150 MG CAPSULE	1		MEFLOQUINE	2	QL
LITHIUM 300 MG CAPSULE	1		MEGESTROL 20 MG TABLET	2	
LITHIUM 300 MG TABLET	1		MEGESTROL 40 MG TABLET	2	
LITHIUM 600 MG CAPSULE	1		MEGESTROL 625 MG/5 ML SUSPENSION	4	
LITHIUM ER	2		MEGESTROL 40 MG/ML SUSPENSION	2	
LITHIUM ER 450 MG TABLET	2		MEGESTROL 400 MG/10 ML	2	
LITHIUM SOLUTION	2		MEKINIST	5	PA, SRX
LO LOESTRIN FE	3		MELODETTA 24 FE	1	
LOJAIMIESS	1		MELOXICAM 15 MG TABLET	1	
LONSURF	5	PA, SRX, LDD	MELOXICAM 7.5 MG TABLET	1	
LOPERAMIDE 2 MG CAPSULE	2		MELOXICAM 7.5 MG/5 ML SUSPENSION	2	
LOPINAVIR-RITONAVIR	2				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
MELPHALAN	2		METHYLPHENIDATE ER 20 MG TABLET	2	QL
MEMANTINE	2		METHYLPHENIDATE ER 27 MG TABLET	2	QL
MENACTRA	3		METHYLPHENIDATE ER 36 MG TABLET	2	QL
MENEST	4		METHYLPHENIDATE ER 54 MG TABLET	2	QL
MENQUADFI	3		METHYLPHENIDATE	2	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	3		METHYLPHENIDATE CD	2	QL
MEPERIDINE 100 MG TABLET	2		METHYLPHENIDATE ER (CD)	2	QL
MEPERIDINE 50 MG TABLET	2		METHYLPHENIDATE LA	2	QL
MEPERIDINE 50 MG/5 ML SOLUTION	2		METHYLPREDNISOLONE	2	
MEPROBAMATE	2		METHYLTESTOSTERONE	5	SRX
MERCAPTOPYRINE	2		METIPRANOLOL	2	
MERZEE	1		METOCLOPRAMIDE 10 MG TABLET	1	
MESALAMINE	4		METOCLOPRAMIDE 10 MG/10 ML SOLUTION	2	
MESALAMINE ER	3		METOCLOPRAMIDE 5 MG TABLET	1	
MESNEX 400 MG TABLET	5	SRX	METOCLOPRAMIDE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	
METADATE ER	2	QL	METOCLOPRAMIDE ODT	2	
METAPROTERENOL	2		METOLAZONE	2	
METAXALL	4		METOPROLOL ER	2	
METAXALONE	4		METOPROLOL 100 MG TABLET	1	
METFORMIN 1,000 MG TABLET	1		METOPROLOL 25 MG TABLET	1	
METFORMIN 500 MG TABLET	1		METOPROLOL 37.5 MG TABLET	2	
METFORMIN 850 MG TABLET	1		METOPROLOL 50 MG TABLET	1	
METFORMIN ER	2		METOPROLOL 75 MG TABLET	2	
METHADONE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	PA	METOPROLOL-HCTZ	2	
METHADONE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	PA	METRONIDAZOLE 0.75% CREAM	2	
METHADONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2	PA	METRONIDAZOLE 0.75% LOTION	2	
METHADONE 10 MG TABLET	2	PA	METRONIDAZOLE 250 MG TABLET	2	
METHADONE 5 MG TABLET	2	PA	METRONIDAZOLE 375 MG CAPSULE	2	
METHADONE INTENSOL	2	PA	METRONIDAZOLE 500 MG TABLET	2	
METHAMPHETAMINE	4		METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL PUMP	2	
METHAZOLAMIDE	2		METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75% GEL	2	
METHENAMINE HIPPURATE	2		METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL	2	
METHENAMINE MANDELATE	2		METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2	
METHERGINE	4		METYROSINE	4	
METHIMAZOLE	2		MEXILETINE	2	
METHITEST	5	SRX	MIBELAS 24 FE	1	
METHOCARBAMOL 500 MG TABLET	2		MICONAZOLE 3 200 MG VAGINAL SUPPOSITORY	2	
METHOCARBAMOL 750 MG TABLET	2		MICORT-HC	2	
METHOTREXATE 2.5 MG TABLET	2		MICROGESTIN	1	
METHOXSALEN	4		MICROGESTIN 24 FE	1	
METHSCOPOLAMINE	2		MICROGESTIN FE	1	
METHYLCLOTHIAZIDE	2		MIDAZOLAM 2 MG/ML SYRUP	2	
METHYLDOPA	2		MIDODRINE	2	
METHYLDOPA-HCTZ	2		MIGERGOT	4	
METHYLERGONOVINE	4		MIGLITOL	2	
METHYLPHENIDATE ER (LA)	2	QL	MIGLUSTAT	5	PA, SRX
METHYLPHENIDATE ER 10 MG TABLET	2	QL			
METHYLPHENIDATE ER 18 MG TABLET	2	QL			

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
MILI	1		MULTIVITAMIN-FLUORIDE 1 MG TABLET CHEWABLE	2	
MIMVEY	2		MUPIROCIN	2	
MIMVEY LO	2		MVW COMPLETE FORMULATION PEDIATRIC	2	
MINITRAN	2		MVW COMPLETE FORMULATION PROBIOTIC	2	
MINOCYCLINE	1		MVW COMPLETE FORMULATION D3000	2	
MINOXIDIL 10 MG TABLET	2		MVW COMPLETE FORMULATION D5000	2	
MINOXIDIL 2.5 MG TABLET	2		MVW COMPLETE FORMULATION MULTIVITAMIN	2	
MIRTAZAPINE	2		MYCOPHENOLATE 200 MG/ML SUSPENSION	2	
MISOPROSTOL	2		MYCOPHENOLATE 250 MG CAPSULE	2	
M-M-R II VACCINE	3		MYCOPHENOLATE 500 MG TABLET	2	
M-NATAL PLUS	1		MYCOPHENOLIC ACID	2	
MODAFINIL	4	PA	MYNATAL	1	
MODERIBA	4		MYNATAL ADVANCE	1	
MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)	3		MYNATAL PLUS	1	
MOEXIPRIL	2		MYNATAL-Z	1	
MOLINDONE	2		MYNATE 90 PLUS	1	
MOMETASONE 0.1% CREAM	2		MYORISAN	4	
MOMETASONE 0.1% OINTMENT	2		MYZILRA	1	
MOMETASONE 0.1% SOLUTION	2		NABUMETONE	2	
MOMETASONE 50 MCG SPRAY	2	QL	NADOLOL	2	
MONDOXYNE NL 100 MG CAPSULE	1		NADOLOL-BENDROFLUMETHIAZIDE	2	
MONDOXYNE NL 75 MG CAPSULE	2		NAFTIFINE	2	
MONO-LINYAH	1		NALOXONE 0.4 MG/ML CARPUJECT	2	
MONONESSA	1		NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE	2	
MONTELUKAST SODIUM	2		NALTREXONE	1	QL
MORGIDOX 100 MG CAPSULE	1		NAPROXEN 125 MG/5 ML SUSPENSION	4	
MORGIDOX 50 MG CAPSULE	1		NAPROXEN 250 MG TABLET	1	
MORPHINE 10 MG SUPPOSITORY	2		NAPROXEN 375 MG TABLET	1	
MORPHINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2		NAPROXEN 500 MG KIT	1	
MORPHINE 100 MG/5 ML CONCENTRATE	2		NAPROXEN 500 MG TABLET	1	
MORPHINE 20 MG SUPPOSITORY	2		NAPROXEN CR 375 MG TABLET	2	
MORPHINE 20 MG/5 ML SOLUTION	2		NAPROXEN ER 375 MG TABLET	2	
MORPHINE 30 MG SUPPOSITORY	2		NAPROXEN 275 MG TABLET	2	
MORPHINE 5 MG SUPPOSITORY	2		NAPROXEN 550 MG TABLET	2	
MORPHINE ER	2		NARATRIPTAN	2	QL
MORPHINE IR 15 MG TABLET	2		NARCAN	3	QL
MORPHINE IR 30 MG TABLET	2		NATAZIA	4	
MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2		NATEGLINIDE	2	
MOXIFLOXACIN 400 MG TABLET	2		NATPARA	5	PA, SRX, LDD
MULTAQ	4		NATURE-THROID	1	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG TABLET CHEWABLE	2		NAYZILAM	5	PA, QL, SRX
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG/ML DROPS	2		NEBUSAL 3% VIAL	2	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG TABLET CHEWABLE	2		NECON	1	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG/ML DROPS	2				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
NEFAZODONE	2		NITROGLYCERIN ER 9 MG CAPSULE	2	
NEOMYCIN	2		NITROGLYCERIN PATCH	2	
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN	2		NITRO-TIME	2	
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2		NIVA-PLUS	1	
NEOMYCIN-POLYMYXIN B	2		NIVESTYM	5	SRX
NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE	2		NIZATIDINE	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	2		NOLIX	4	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HYDROCORTISONE	2		NORA-BE	1	
NEO-POLYCIN	2		NORDITROPIN FLEXPRO	5	PA, ST, SRX
NEO-POLYCIN HC	2		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 0.5-2.5	2	
NEUAC GEL	2		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1-0.02 MG	1	
NEULASTA	5	PA, SRX	NORETHINDRONE	1	
NEULASTA ONPRO	5	PA, SRX	NORETHINDRONE ACETATE 5 MG TABLET	2	
NEVIRAPINE	2		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE	1	
NEVIRAPINE ER	2		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1.5-0.03 MG(21) TABLET	1	
NEWGEN	1		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-5 MCG	2	
NEXAVAR	5	PA, SRX, LDD	NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FERROUS	1	
NIACIN ER	2		NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL	1	
NICARDIPINE 20 MG CAPSULE	2		NORLYDA	1	
NICARDIPINE 30 MG CAPSULE	2		NORPACE CR	4	
NICOTROL	4		NORTREL	1	
NICOTROL NS	4		NORTRIPTYLINE 10 MG/5 ML SOLUTION	2	
NIFEDIPINE	2		NORTRIPTYLINE 10 MG CAPSULE	1	
NIFEDIPINE ER	2		NORTRIPTYLINE 25 MG CAPSULE	1	
NIKKI	1		NORTRIPTYLINE 50 MG CAPSULE	1	
NILUTAMIDE	5	SRX	NORTRIPTYLINE 75 MG CAPSULE	1	
NIMODIPINE	4		NORVIR 100 MG POWDER PACKET	3	
NINLARO	5	PA, SRX, LDD	NORVIR 100 MG SOFTGEL CAPSULE	3	
NISOLDIPINE	2	QL	NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	3	
NITAZOXANIDE	4		NOVOFINE 32G NEEDLES	3	
NITRO-BID	2		NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE	3	
NITRO-DUR 0.8 MG/HR PATCH	4		NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32GX1/6"	3	
NITROFURANTOIN 25 MG/5 ML SUSPENSION	4		NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM	3	
NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS 100 MG CAPSULE	1		NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	4	
NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS 25 MG CAPSULE	2		NP THYROID	1	
NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS 50 MG CAPSULE	1		NUEDEXTA	4	PA
NITROFURANTOIN MONO-MACRO	1		NULEV	2	
NITROGLYCERIN 0.3 MG TABLET SL	2		NUTROPIN AQ NUSPIN	5	PA, ST, SRX
NITROGLYCERIN 0.4 MG TABLET SL	2		NYAMYC	2	
NITROGLYCERIN 0.6 MG TABLET SL	2		NYLIA	1	
NITROGLYCERIN 400 MCG SPRAY	2		NYMYO	1	
NITROGLYCERIN ER 2.5 MG CAPSULE	2		NYSTATIN	2	
NITROGLYCERIN ER 6.5 MG CAPSULE	2				



## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
NYSTATIN-TRIAMCINOLONE	2		ONETOUCH ULTRA BLUE TEST STRIPS	3	
NYSTOP	2		ONETOUCH ULTRA2	1	
NYVEPRIA	5	PA, SRX	ONETOUCH ULTRAMINI	1	
OBSTETRIX DHA	1		ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	3	
OBSTETRIX ONE	1		ONETOUCH VERIO FLEX METER	1	
O-CAL FA	4		ONETOUCH VERIO FLEX STARTER KIT	1	
O-CAL PRENATAL	4		ONETOUCH VERIO IQ METER	1	
OCELLA	1		ONETOUCH VERIO IQ SYSTEM KIT	1	
OCTREOTIDE	2	PA	ONETOUCH VERIO METER	1	
ODEFSEY	3		ONETOUCH VERIO REFLECT METER	1	
ODOMZO	5	PA, SRX, LDD	ONETOUCH VERIO TEST STRIP	3	
OFLOXACIN	2		ONGLYZA	3	QL
OGESTREL	1		OPCICON ONE-STEP	1	
OKEBO	2		OPIUM TINCTURE	2	
OLANZAPINE 10 MG TABLET	2		OPSUMIT	5	PA, SRX, LDD
OLANZAPINE 15 MG TABLET	2		ORALONE	2	
OLANZAPINE 2.5 MG TABLET	2		ORKAMBI	5	PA, QL, SRX, LDD
OLANZAPINE 20 MG TABLET	2		ORPHENADRINE ER	2	
OLANZAPINE 5 MG TABLET	2		ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE	2	
OLANZAPINE 7.5 MG TABLET	2		ORPHENGESIC FORTE	2	
OLANZAPINE ODT	2		ORSYTHIA	1	
OLANZAPINE-FLUOXETINE	2		ORTHO MICRONOR	4	
OLMESARTAN	2		ORTHO TRI-CYCLEN	4	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ	2		ORTHO TRI-CYCLEN LO	4	
OLMESARTAN-HCTZ	2		ORTHO-CYCLEN	4	
OLOPATADINE 665 MCG NASAL SPRAY	2		ORTHO-NOVUM	4	
OLOPATADINE 0.1% EYE DROPS	2		OSCIMIN	2	
OLOPATADINE 0.2% EYE DROPS	2		OSCIMIN SL	2	
OMEGA-3 ACID ETHYL ESTERS	2		OSCIMIN SR	2	
OMEPRAZOLE DR 10 MG CAPSULE	2	QL	OSELTAMIVIR	2	QL
OMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL	OTEZLA	5	PA, QL, SRX
OMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL	OXANDROLONE	4	PA
OMNITROPE	5	PA, ST, SRX	OXAPROZIN	2	
ONDANSETRON	2		OXAZEPAM	2	
ONDANSETRON ODT	2		OXCARBAZEPINE	2	
ONETOUCH DELICA 30G LANCETS	3		OXICONAZOLE	3	
ONETOUCH DELICA 33G LANCETS	3		OXYBUTYNIN 5 MG TABLET	1	
ONETOUCH DELICA LANCING DEVICE	3		OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SYRUP	2	
ONETOUCH DELICA PLUS 30G LANCETS	3		OXYBUTYNIN ER	2	
ONETOUCH DELICA PLUS 33G LANCETS	3		OXYCODONE	2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	3		OXYCODONE-ASPIRIN	2	
ONETOUCH SURESOFT 18G LANCING DEVICE	3		OXYCODONE-IBUPROFEN	2	
ONETOUCH SURESOFT 21G LANCING DEVICE	3		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325	2	
ONETOUCH SURESOFT 28G LANCING DEVICE	3		OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325	2	
			OXYCODONE-ACETAMINOPHN 2.5-325	2	
			OXYCODONE-ACETAMINOPHN 7.5-325	2	
			OXYMORPHONE	2	

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
OXYMORPHONE ER 10 MG TABLET	2		PHENOXYBENZAMINE	5	SRX
OXYMORPHONE ER 15 MG TABLET	2		PHENYLEPHRINE 10% EYE DROPS	2	
OXYMORPHONE ER 20 MG TABLET	2		PHENYLEPHRINE 2.5% EYE DROPS	2	
OXYMORPHONE ER 30 MG TABLET	2		PHENYTOIN	2	
OXYMORPHONE ER 40 MG TABLET	2		PHENYTOIN EXTENDED	2	
OXYMORPHONE ER 5 MG TABLET	2		PHILITH	1	
OXYMORPHONE ER 7.5 MG TABLET	2		PHOSPHASAL	2	
PACERONE 200 MG TABLET	2		PHRENILIN FORTE	2	QL
PALIPERIDONE ER	4		PHYTONADIONE	4	
PANCREAZE	3		PILOCARPINE	2	
PANRETIN	5	SRX	PIMOZIDE	2	
PANTOPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL	PIMTREA	1	
PANTOPRAZOLE DR 40 MG TABLET	2	QL	PINDOLOL	2	
PAREGORIC	2		PIOGLITAZONE 15 MG TABLET	2	
PARICALCITOL 1 MCG CAPSULE	2		PIOGLITAZONE 30 MG TABLET	2	
PARICALCITOL 2 MCG CAPSULE	2		PIOGLITAZONE 45 MG TABLET	2	
PARICALCITOL 4 MCG CAPSULE	2		PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE	2	
PAROEX	2		PIOGLITAZONE-METFORMIN	2	
PAROMOMYCIN	2		PIRMELLA	1	
PAROXETINE	1	QL	PIROXICAM	2	
PASER	4		PLAN B ONE-STEP	4	
PEDIARIX	3		PNEUMOVAX 23	3	
PEDVAXHIB	3		PNV 29-1	1	
PEG 3350-ELECTROLYTE	2		PNV OB+DHA	1	
PEG-3350 WITH FLAVOR PACKS	2		PNV-DHA	1	
PEGANONE	4		PNV-DHA + DOCUSATE	1	
PEGINTRON	4	PA	PNV-FERROUS-DOCU-FA	1	
PEG-PREP	2		PNV-OMEGA	1	
PENICILLAMINE	4	PA	PNV-SELECT	1	
PENICILLIN V POTASSIUM	2		PNV-VP-U	1	
PENTACEL	3		PODOFILOX	2	
PENTACEL ACTHIB COMPONENT VIAL	3		POLYICIN	2	
PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT VIAL	3		POLYMYXIN B-TRIMETHOPRIM EYE DROPS	2	
PENTAMIDINE 300 MG INHALATION POWDER	3		POMALYST	5	PA, SRX
PENTASA	4		PORTIA	1	
PENTAZOCINE-NALOXONE	2		POSACONAZOLE	4	
PENTOXIFYLLINE	2		POTASSIUM CITRATE ER	2	
PERFOROMIST	4	QL	POTASSIUM CHLORIDE 10% (20 MEQ/15ML)	2	
PERINDOPRIL	2		POTASSIUM CHLORIDE 10% (40 MEQ/30ML)	2	
PERIOGARD 0.12% ORAL RINSE	2		POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ PACKET	2	
PERMETHRIN	2		POTASSIUM CHLORIDE 20% (40 MEQ/15ML)	2	
PERPHENAZINE	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ CAPSULE	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ TABLET	2	
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	3				
PHENADOZ	2				
PHENAZOPYRIDINE	2				
PHENELZINE	2				
PHENOBARBITAL	2				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
POTASSIUM CHLORIDE ER 20 MEQ TABLET	2		PROCENTRA	2	
POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ CAPSULE	2		PROCHLORPERAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2	
POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TABLET	2		PROCHLORPERAZINE TABLET	2	
PR NATAL 400	1		PROCTO-MED HC	2	
PR NATAL 400 EC	1		PROCTO-PAK	2	
PR NATAL 430	1		PROCTOSOL-HC	2	
PR NATAL 430 EC	1		PROCTOZONE-HC	2	
PRAMIPEXOLE	2		PROGESTERONE 100 MG CAPSULE	2	
PRAMIPEXOLE ER	2		PROGESTERONE 200 MG CAPSULE	2	
PRASUGREL	2		PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	4	
PRAVASTATIN	2		PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	4	
PRAZICUANTEL 600 MG TABLET	2		PROMACTA	5	PA, SRX, LDD
PRAZOSIN	2		PROMETHAZINE 12.5 MG SUPPOSITORY	2	
PREDNICARBATE	2		PROMETHAZINE 12.5 MG TABLET	2	
PREDNISOLONE	2		PROMETHAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2	
PREDNISOLONE 15 MG/5 ML SOLUTION	2		PROMETHAZINE 25 MG TABLET	2	
PREDNISOLONE 5 MG/5 ML SOLUTION	2		PROMETHAZINE 50 MG SUPPOSITORY	2	
PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	2		PROMETHAZINE 50 MG TABLET	2	
PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	2		PROMETHAZINE 50 MG TABLET	2	
PREDNISOLONE 25 MG/5 ML	2		PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SOLUTION	2	
PREDNISOLONE ODT	2		PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SYRUP	2	
PREDNISON	2		PROMETHAZINE VC	2	
PREDNISON INTENSOL	2		PROMETHAZINE VC-CODEINE SOLUTION	2	QL
PREFEST	2		PROMETHAZINE-CODEINE	2	QL
PREGABALIN	2	QL	PROMETHAZINE-DM	2	
PRENA1 TRUE	1		PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE-CODEINE	2	QL
PRENAISSANCE	1		PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE	2	
PRENAISSANCE PLUS	1		PROMETHEGAN	2	
PRENATAL 19	1		PROPAFENONE	2	
PRENATAL LOW IRON	1		PROPAFENONE ER	2	
PRENATAL PLUS	1		PROPANTHELINE	2	
PRENATAL PLUS-DHA COMBO PACK	1		PROPARACAINE	2	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	1		PROPRANOLOL 10 MG TABLET	2	
PRENATAL-U	1		PROPRANOLOL 20 MG TABLET	2	
PREPLUS	1		PROPRANOLOL 20 MG/5 ML SOLUTION	2	
PRETAB	1		PROPRANOLOL 40 MG TABLET	2	
PREVALITE	2		PROPRANOLOL 40 MG/5 ML SOLUTION	2	
PREVIFEM	1		PROPRANOLOL 60 MG TABLET	2	
PREVNAR 13	3		PROPRANOLOL 80 MG TABLET	2	
PREZCOBIX	3		PROPRANOLOL ER	2	
PREZISTA	3		PROPRANOLOL-HCTZ	2	
PRIFTIN	4		PROPYLTHIOURACIL	2	
PRIMAQUINE	2		PROQUAD	3	
PRIMIDONE	2		PROTRIPTYLINE	2	
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	3				
PROBENECID	2				
PROBENECID-COLCHICINE	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 Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
PSORCON	4		RIBASPHERE	4	
PULMOSAL	2		RIBAVIRIN	4	
PULMOZYME	5	PA, SRX	RIFABUTIN	3	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	3		RIFAMATE	4	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION	5	PA, SRX	RIFAMPIN 150 MG CAPSULE	2	
PYRAZINAMIDE	2		RIFAMPIN 300 MG CAPSULE	2	
PYRIDOSTIGMINE 60 MG/5 ML SOLUTION	5	PA, SRX	RILUZOLE	4	
PYRIDOSTIGMINE 60 MG TABLET	4		RIMANTADINE	2	
PYRIDOSTIGMINE ER	4		RINVOQ	5	PA, QL, SRX, LDD
QUADRACEL DTAP-IPV	3		RISEDRONATE	2	
QUAZEPAM	2		RISEDRONATE DR	2	
QUETIAPINE	2		RISPERIDONE 0.25 MG TABLET	1	
QUETIAPINE ER	2		RISPERIDONE 0.5 MG TABLET	1	
QUINAPRIL	1		RISPERIDONE 1 MG TABLET	1	
QUINAPRIL-HCTZ	1		RISPERIDONE 1 MG/ML SOLUTION	2	
QUINIDINE	2		RISPERIDONE 2 MG TABLET	1	
QUINIDINE ER	2		RISPERIDONE 3 MG TABLET	1	
QUININE	2		RISPERIDONE 4 MG TABLET	1	
RABEPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL	RISPERIDONE ODT	2	
RALOXIFENE	2		RITONAVIR	2	
RAMELTEON	3	QL	RIVASTIGMINE	2	
RAMIPRIL 1.25 MG CAPSULE	2		RIVELSA	1	
RAMIPRIL 10 MG CAPSULE	1		RIZATRIPTAN	2	QL
RAMIPRIL 2.5 MG CAPSULE	1		R-NATAL OB	1	
RAMIPRIL 5 MG CAPSULE	1		ROPINIROLE ER	2	
RANITIDINE 15 MG/ML SYRUP	2		ROPINIROLE	2	
RANITIDINE 150 MG CAPSULE	1		ROSADAN 0.75% CREAM	2	
RANITIDINE 150 MG TABLET	1		ROSADAN 0.75% GEL	2	
RANITIDINE 150 MG/10 ML SYRUP	2		ROSUVASTATIN	2	
RANITIDINE 300 MG CAPSULE	1		ROTARIX	3	
RANITIDINE 300 MG TABLET	1		ROTATEQ	3	
RASAGILINE	2		ROWEEPRA	2	
REBETOL	4		ROWEEPRA XR	2	
RECLIPSEN	1		RUFINAMIDE	4	QL
RECOMBIVAX HB	3		SAIZEN	5	PA, ST, SRX
RECTIV	4		SAIZEN-SAIZENPREP	5	PA, ST, SRX
REGRANEX	4	PA, QL	SALICYLIC ACID 27.5% LIQUID	2	
RELENZA	4	QL	SALSALATE	2	
RELISTOR	4	PA	SANTYL	4	QL
REPAGLINIDE	2		SAPROPTERIN	5	PA, SRX
REPAGLINIDE-METFORMIN	2		SCOPOLAMINE	2	
REPATHA PUSHTRONEX	5	PA, ST, SRX	SECONAL	4	
REPATHA SURECLICK	5	PA, ST, SRX	SELEGILINE	2	
REPATHA SYRINGE	5	PA, ST, SRX	SELENIUM 2.25% SHAMPOO	2	
REPREXAIN	2		SELENIUM 2.5% LOTION	2	
RESTASIS	4		SE-NATAL 19	1	
REVLIMID	5	PA, SRX, LDD	SEREVENT DISKUS	3	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	3		SEROSTIM 4 MG VIAL	5	PA, ST, SRX
			SEROSTIM 5 MG VIAL	5	PA, ST, SRX
			SEROSTIM 6 MG VIAL	5	PA, ST, SRX

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
SERTRALINE 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	QL	SODIUM FLUORIDE SENSITIVE	2	
SERTRALINE 100 MG TABLET	1	QL	SODIUM PHENYL BUTYRATE	5	SRX
SERTRALINE 25 MG TABLET	1	QL	SODIUM POLYSTYRENE POWDER	2	
SERTRALINE 50 MG TABLET	1	QL	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	5	PA, SRX
SETLAKIN	1		SOLIFENACIN	3	QL
SEVELAMER CARBONATE	4		SOLQUA 100-33	4	
SEVELAMER	4		SOMAVERT	5	PA, SRX, LDD
SF 1.1% GEL	2		SOTALOL	2	
SF 5000 PLUS	2		SOTALOL AF	2	
SHAROBEL	1		SOTYLIZE	4	PA
SHINGRIX	3		SPINOSAD	2	
SILDENAFIL 20 MG TABLET	4	PA	SPIRONOLACTONE	2	
SILVER NITRATE	2		SPIRONOLACTONE-HCTZ	2	
SILVER SULFADIAZINE	2		SPRINTEC	1	
SIMLIYA	1		SPRYCEL	5	PA, SRX
SIMPESSE	1		SPS	2	
SIMVASTATIN 10 MG TABLET	1		SRONYX	1	
SIMVASTATIN 20 MG TABLET	1		SSKI	4	
SIMVASTATIN 40 MG TABLET	1		STAVUDINE	2	
SIMVASTATIN 5 MG TABLET	1		STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SIMVASTATIN 80 MG TABLET	1	QL	STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX
SINGLE USE SWAB	3		STELARA 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SIROLIMUS 0.5 MG TABLET	2		STERILE WATER FOR IRRIGATION	2	
SIROLIMUS 1 MG TABLET	2		STIMATE	5	PA, SRX
SIROLIMUS 1 MG/ML SOLUTION	5	SRX	STIVARGA	5	PA, SRX, LDD
SIROLIMUS 2 MG TABLET	2		STRIBILD	3	
SIRTURO	4	PA, LDD	SUBVENITE	2	
SKYRIZI	5	PA, QL, SRX	SUBVENITE (BLUE)	2	
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	5	PA, QL, SRX	SUBVENITE (GREEN)	2	
SLYND	4		SUBVENITE (ORANGE)	2	
SODIUM POLYSTYRENE 15 G/60 ML	2		SUCRAID	5	SRX, LDD
SODIUM CHLORIDE 0.9% INHALATION VIAL	2		SUCRALFATE 1 GM TABLET	2	
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION	2		SODIUM SULFACETAMIDE 10% LOTION	2	
SODIUM CHLORIDE 0.9% PROCESSING SOLUTION	2		SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23% EYE DROPS	2	
SODIUM CHLORIDE 10% VIAL	2		SULFADIAZINE	2	
SODIUM CHLORIDE 3% VIAL	2		SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM DS TABLET	1	
SODIUM CHLORIDE 7% VIAL	2		SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM SS TABLET	1	
SODIUM FLUORIDE 0.25 (0.55) MG	2		SULFAMETHOXAZOLE-TRIMETHOPRIM SUSPENSION	2	
SODIUM FLUORIDE 0.5 MG (1.1 MG)	2		SULFASALAZINE	2	
SODIUM FLUORIDE 0.5 MG/ML DROPS	2		SULFASALAZINE DR	2	
SODIUM FLUORIDE 1 MG (2.2 MG)	2		SULINDAC	2	
SODIUM FLUORIDE 1.1% CREAM	2		SUMATRIPTAN 20 MG NASAL SPRAY	2	QL
SODIUM FLUORIDE 1.1% GEL	2		SUMATRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	2	QL
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH	2		SUMATRIPTAN	2	QL
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS CREAM	2		SURE COMFORT ALCOHOL	3	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM CREAM	2		SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	3	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM PASTE	2				
SODIUM FLUORIDE ENAMEL PROTECT	2				

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

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
SUTENT	5	PA, SRX	TESTOSTERONE 1% (25MG/2.5G) PACKET	2	QL
SYEDA	1		TESTOSTERONE 1% (50 MG/5 G) PACKET	2	QL
SYLATRON	5	PA, SRX	TESTOSTERONE 1.62% (2.5 G) PACKET	2	QL
SYMAX	2		TESTOSTERONE 1.62% GEL PUMP	2	QL
SYMAX-SL	2		TESTOSTERONE 1.62%(1.25 G) PACKET	2	QL
SYMAX-SR	2		TESTOSTERONE 10 MG GEL PUMP	2	QL
SYMTUZA	3		TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	2	QL
SYNAREL	5	SRX	TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM GEL	2	QL
SYNTHROID	4		TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PACKET	2	QL
TABLOID	4		TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/5 ML	2	
TACROLIMUS	2		TESTOSTERONE CYPIONATE 100 MG/ML	2	
TADALAFIL 20 MG TABLET	5	PA, SRX	TESTOSTERONE CYPIONATE 200 MG/ML	2	
TAFINLAR	5	PA, SRX, LDD	TESTOSTERONE CYPIONATE 500 MG/2.5 ML	2	
TAGRISSO	5	PA, SRX, LDD	TESTOSTERONE CYPIONATE 500 MG/5 ML	2	
TAKE ACTION	4		TESTOSTERONE CYPIONATE 6,000 MG/30ML	2	
TALTZ AUTOINJECTOR	5	PA, QL, SRX, LDD	TESTOSTERONE ENANTHATE 1,000 MG/5 ML	2	
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	5	PA, QL, SRX, LDD	TETCAINE	2	
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	5	PA, QL, SRX, LDD	TETRABENAZINE	5	PA, SRX
TALTZ SYRINGE	5	PA, QL, SRX, LDD	TETRACAIN 0.5% EYE DROPS	2	
TAMOXIFEN	2		TETRACAIN 0.5% STERI-UNIT SOLUTION	2	
TAMSULOSIN	2		TETRACYCLINE	2	
TARGRETIN 1% GEL	5	SRX	THALOMID	5	PA, SRX, LDD
TARINA 24 FE	1		THEOCHRON	2	
TARINA FE	1		THEOPHYLLINE	2	
TARINA FE 1-20 EQ	1		THIORIDAZINE	2	
TARON-C DHA	1		THIOTHIXENE	2	
TARON-PREX PRENATAL	1		THRIVITE 19	1	
TASIGNA	5	PA, SRX	THYROID	1	
TAYTULLA	3		TIADYLT ER	2	
TAZAROTENE 0.1% CREAM	2		TIAGABINE	2	
TAZTIA XT	2		TILIA FE	1	
TDVAX VIAL	3		TIMOLOL 0.25% GEL-SOLUTION	2	
TELMISARTAN	2		TIMOLOL 0.25% GFS GEL-SOLUTION	2	
TELMISARTAN-AMLODIPINE	2		TIMOLOL 0.5% GEL-SOLUTION	2	
TELMISARTAN-HCTZ	2		TIMOLOL 0.5% GFS GEL-SOLUTION	2	
TEMAZEPAM	2		TIMOLOL 0.25% EYE DROPS	2	
TEMOZOLOMIDE	4	PA	TIMOLOL 0.5% EYE DROPS	2	
TENCON	2		TIMOLOL 10 MG TABLET	2	
TENIVAC	3		TIMOLOL 20 MG TABLET	2	
TENOFOVIR	2		TIMOLOL 5 MG TABLET	2	
TERAZOSIN	1		TINIDAZOLE	2	
TERBINAFINE	1		TIVICAY	3	
TERBUTALINE 2.5 MG TABLET	2		TIVICAY PD	3	
TERBUTALINE 5 MG TABLET	2		TIZANIDINE 2 MG CAPSULE	2	
TERCONAZOLE 0.4% CREAM	2		TIZANIDINE 2 MG TABLET	2	
TERCONAZOLE 0.8% CREAM	2				
TERCONAZOLE 80 MG SUPPOSITORY	2				
TERIPARATIDE	5	PA, QL, SRX			
TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/10 ML	2				
TESTOSTERONE CYPIONATE 2,000 MG/10 ML	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 Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
TIZANIDINE 4 MG CAPSULE	2		TRIAMCINOLONE 0.1% CREAM	2	
TIZANIDINE 4 MG TABLET	2		TRIAMCINOLONE 0.1% LOTION	2	
TIZANIDINE 6 MG CAPSULE	2		TRIAMCINOLONE 0.1% OINTMENT	2	
TL-SELECT	1		TRIAMCINOLONE 0.1% PASTE	2	
TOBRAMYCIN 0.3% EYE DROPS	2		TRIAMCINOLONE 0.147 MG/G SPRAY	4	
TOBRAMYCIN 300 MG/5 ML AMPULE	4	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.5% CREAM	2	
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	4	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.5% OINTMENT	2	
TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE	2		TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG CAPSULE	2	
TOLAZAMIDE	2		TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG TABLET	1	
TOLBUTAMIDE	2		TRIAMTERENE-HCTZ 50-25 MG CAPSULE	2	
TOLCAPONE	5	SRX	TRIAMTERENE-HCTZ 75-50 MG TABLET	1	
TOLMETIN	2		TRIAZOLAM	2	
TOLTERODINE	2		TRIDERM	2	
TOLTERODINE ER	2		TRI-ESTARYLLA	1	
TOLVAPTAN	5	SRX	TRIFLUOPERAZINE	2	
TOPIRAMATE	2		TRIFLURIDINE	2	
TOPIRAMATE ER	2		TRIHEXYPHENIDYL 2 MG TABLET	1	
TOREMIFENE	4		TRIHEXYPHENIDYL 2 MG/5 ML ELXIR	2	
TORSEMIDE	2		TRIHEXYPHENIDYL 5 MG TABLET	2	
TOVET EMOLLIENT	2		TRIKAFTA	5	PA, QL, SRX, LDD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX, LDD	TRIKLO	2	
TRAMADOL 50 MG TABLET	2	QL	TRI-LEGEST FE	1	
TRAMADOL ER 100 MG TABLET	2	QL	TRI-LINYAH	1	
TRAMADOL ER 150 MG CAPSULE	2	QL	TRI-LO-ESTARYLLA	1	
TRAMADOL ER 200 MG TABLET	2	QL	TRI-LO-MARZIA	1	
TRAMADOL ER 300 MG TABLET	2	QL	TRI-LO-MILI	1	
TRAMADOL-ACETAMINOPHEN	2	QL	TRI-LO-SPRINTEC	1	
TRANDOLAPRIL	1		TRILYTE WITH FLAVOR PACKETS	2	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER	2		TRIMETHOBENZAMIDE	2	
TRANEXAMIC ACID 650 MG TABLET	2		TRIMETHOPRIM	2	
TRANLYCYPROMINE	2		TRI-MILI	1	
TRAVOPROST	2		TRIMIPRAMINE	2	
TRAZODONE 100 MG TABLET	1		TRINATAL RX 1	1	
TRAZODONE 150 MG TABLET	1		TRI-NORINYL	4	
TRAZODONE 300 MG TABLET	2		TRI-NYMYO	1	
TRAZODONE 50 MG TABLET	1		TRI-PREVIFEM	1	
TRECATOR	4		TRI-SPRINTEC	1	
TREMFYA	5	PA, QL, SRX	TRIUMEQ	3	
TRETINOIN 0.01% GEL	2	AGE	TRIVEEN-DUO DHA	1	
TRETINOIN 0.025% CREAM	2	AGE	TRIVEEN-ONE	1	
TRETINOIN 0.025% GEL	2	AGE	TRIVEEN-PRX RNF	1	
TRETINOIN 0.05% CREAM	2	AGE	TRIVEEN-U	1	
TRETINOIN 0.05% GEL	2	AGE	TRI-VITE WITH FLUORIDE	2	
TRETINOIN 0.1% CREAM	2	AGE	TRIVORA-28	1	
TRETINOIN 10 MG CAPSULE	4	PA	TRI-VYLIBRA	1	
TRETINOIN MICROSPHERE	2	AGE	TRI-VYLIBRA LO	1	
TRI FEMYNOR	1		TROPICAMIDE	2	
TRIADVANCE	1		TROSPIMUM	2	
TRIAMCINOLONE 0.025% CREAM	2				
TRIAMCINOLONE 0.025% LOTION	2				
TRIAMCINOLONE 0.025% OINTMENT	2				

## Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
TROSPIDIUM ER	2		VESTURA	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	3		VIDEX	3	
TRULICITY	3	QL	VIENVA	1	
TRUMENBA	3		VIGABATRIN 500 MG POWDER PACKET	5	QL, SRX, LDD
TRUST NATAL DHA	1		VIGABATRIN 500 MG TABLET	5	QL, SRX, LDD
TULANA	1		VIGADRONE	5	QL, SRX, LDD
TWINRIX	3		VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	4	PA, QL
TYBOST	3		VIMPAT 100 MG TABLET	4	PA, QL
TYDEMY	1		VIMPAT 150 MG TABLET	4	PA, QL
TYVASO	5	PA, SRX, LDD	VIMPAT 200 MG TABLET	4	PA, QL
TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT	5	PA, SRX, LDD	VIMPAT 50 MG TABLET	4	PA, QL
TYVASO REFILL KIT	5	PA, SRX, LDD	VINACAL	1	
TYVASO STARTER KIT	5	PA, SRX, LDD	VINATE GT	1	
UDENYCA	5	PA, SRX	VINATE II	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB	3		VINATE ONE	1	
UNITHROID	1		VINATE PN CARE	1	
URIN D.S.	2		VINATE ULTRA	1	
URSODIOL	2		VINATE-M	1	
USTELL	2		VIOKACE	4	
UTIRA-C	2		VIORELE	1	
VALACYCLOVIR	2		VIREAD 150 MG TABLET	3	
VALCHLOR	5	SRX, LDD	VIREAD 200 MG TABLET	3	
VALGANCICLOVIR	4		VIREAD 250 MG TABLET	3	
VALPROIC ACID	2		VIREAD POWDER	3	
VALSARTAN	2		VIRT-C DHA	1	
VALSARTAN - HCTZ	2		VIRT-NATE DHA	1	
VANADOM	2		VIRT-PN	1	
VANCOMYCIN	4		VIRT-PN DHA	1	
VANDAZOLE	2		VIRT-PN PLUS	1	
VAQTA	3		VISTOGARD	5	SRX, LDD
VARIVAX VACCINE	3		VITAMINS A,C,D-FLUORIDE 0.25 MG/ML	2	
VASCEPA 0.5 GM CAPSULE	4	PA	VITAFOL-OB	1	
VAXELIS	3		VITAMIN D2 1.25 MG(50,000 UNIT)	2	
VELIVET	1		VITASPIRE	1	
VEMLIDY	5	PA, SRX	VOL-NATE	1	
VENA-BAL DHA	1		VOLNEA	1	
VENATAL COMPLETE DHA	1		VOL-PLUS	1	
VENCLEXTA	5	PA, SRX, LDD	VORICONAZOLE 200 MG TABLET	4	PA
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA, SRX, LDD	VORICONAZOLE 40 MG/ML SUSPENSION	4	PA
VENLAFAXINE	2	QL	VORICONAZOLE 50 MG TABLET	4	PA
VENLAFAXINE ER 150 MG CAPSULE	2	QL	VOTRIENT	5	PA, SRX
VENLAFAXINE ER 37.5 MG CAPSULE	2	QL	VP-CH PLUS	1	
VENLAFAXINE ER 75 MG CAPSULE	2	QL	VP-CH-PNV	1	
VENTAVIS	5	PA, SRX, LDD	VRAYLAR	4	ST, QL
VERAPAMIL 120 MG TABLET	2		VYFEMLA	1	
VERAPAMIL 360 MG CAPSULE PELLETT	2		VYLIBRA	1	
VERAPAMIL 40 MG TABLET	2		VYNATAL-FA	1	
VERAPAMIL 80 MG TABLET	2		WARFARIN	1	
VERAPAMIL ER	2		WEBCOL	3	
VERAPAMIL ER PM	2				
VERAPAMIL SR	2				
VERDROCET	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 Essential Colorado para 2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	NOTAS (PA, ST, QL, AGE, SRX, LDD)
WERA	1		ZARAH	1	
WESTAB PLUS	1		ZARXIO	5	SRX
WESTHROID	1		ZATEAN-PN DHA	1	
WIXELA INHUB	2		ZATEAN-PN PLUS	1	
WP THYROID	3		ZAZOLE	2	
WYMZYA FE	1		ZELBORAF	5	PA, SRX, LDD
XALKORI	5	PA, SRX, LDD	ZENATANE	4	
XARELTO	3	PA, QL	ZENZEDI 10 MG TABLET	2	
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	5	PA, ST, QL, SRX	ZENZEDI 5 MG TABLET	2	
XELJANZ 10 MG TABLET	5	PA, ST, QL, SRX	ZETONNA	4	ST
XELJANZ 5 MG TABLET	5	PA, ST, QL, SRX	ZIDOVUDINE	2	
XELJANZ XR	5	PA, ST, QL, SRX	ZIPRASIDONE	2	
XIFAXAN 550 MG TABLET	4	QL	ZOLADEX	5	PA, SRX
XIGDUO XR	3	QL	ZOLINZA	5	PA, SRX
XOLAIR	5	PA, SRX, LDD	ZOLMITRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL
XTAMPZA ER	3		ZOLMITRIPTAN 5 MG TABLET	2	QL
XTANDI 40 MG CAPSULE	5	PA, ST, SRX, LDD	ZOLMITRIPTAN ODT	2	QL
XTANDI 40 MG TABLET	5	PA, ST, SRX, LDD	ZOLPIDEM	2	
XTANDI 80 MG TABLET	5	PA, ST, SRX, LDD	ZOLPIDEM ER	2	
XULANE	1		ZONISAMIDE	2	
XURIDEN	5	PA, SRX, LDD	ZOSTAVAX	3	
XYLON 10	2		ZOVIA 1-35	1	
XYREM	5	PA, SRX, LDD	ZOVIA 1-35E	1	
YUVAFEM	2	QL	ZUMANDIMINE	1	
ZAFEMY	1		ZYDELIG	5	PA, SRX, LDD
ZAFIRLUKAST	2		ZYKADIA	5	PA, SRX
ZALEPLON	2				

## 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:

- Alergias
- Asma/EPOC
- Salud cardiovascular
- Diabetes
- Colesterol alto
- Salud mental
- Vejiga hiperactiva/problemas de vejiga
- Acidez estomacal/pirosis/úlceras

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

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

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

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

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

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

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

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

**R.** Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el consultorio de su médico

deberá comunicarse con Cigna para solicitar la aprobación de la cobertura.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta.

Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

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

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

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

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

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

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

## LIMITACIONES/EXCLUSIONES (LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO)

### Servicios excluidos

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

- Servicios obtenidos de un Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red, salvo para el tratamiento de una Condición médica de emergencia.
- Cantidades que superen las limitaciones de beneficios máximos de los Gastos cubiertos especificados en esta Póliza.
- Servicios no incluidos específicamente como Servicios cubiertos en esta Póliza.
- Servicios o suministros que no son Medicamento necesarios.
- Servicios o suministros que Cigna considere que son para procedimientos Experimentales, procedimientos En investigación o procedimientos No comprobados.
- Servicios que se reciban antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- Servicios recibidos después de finalizada la cobertura en virtud de esta Póliza.
- Servicios que Usted no tiene la obligación legal de pagar o por los cuales no se cobraría si Usted no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.
- Cualquier 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 la Persona asegurada no reclama esos beneficios.
- Condiciones causadas por: (a) un acto bélico (como consecuencia de una guerra declarada o no declarada); (b) la liberación involuntaria de energía nuclear cuando haya fondos del gobierno disponibles para tratar las Enfermedades o Lesiones producidas por dicha liberación de energía nuclear; (c) la participación de una Persona asegurada en el servicio militar de cualquier país; (d) la participación de una Persona asegurada en una insurrección, una rebelión o un motín, a menos que haya ocurrido durante una protesta comunitaria; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un delito grave por parte de una Persona asegurada (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) o como resultado directo de que la Persona asegurada participe en una actividad ilícita.
- Cualquier servicio proporcionado por una agencia gubernamental local, estatal o federal, salvo (a) cuando la ley federal o estatal exijan expresamente el pago en virtud de esta Póliza.
- Servicios que deben ser brindados por un distrito escolar o un sistema escolar público según lo exigido por la ley estatal o federal.
- Cualquier servicio por el cual pueda obtenerse el pago de cualquier agencia gubernamental local, estatal o federal (a excepción de Medicaid o beneficios de asistencia médica en virtud de la Ley de Asistencia Médica de Colorado, Título 25.5, Secciones 4, 5 y 6, C.R.S.). Los Hospitales de la Administración de Veteranos y los Centros militares de tratamiento serán considerados para el pago de acuerdo con la legislación vigente.
- Si la Persona asegurada está inscrita en las Partes A, B, C o D de Medicare, Cigna proporcionará el pago del reclamo de acuerdo con esta Póliza menos cualquier cantidad pagada por Medicare. El pago efectuado por Cigna no podrá exceder la cantidad que habría pagado si hubiese sido la única aseguradora.
- Tratamiento u hospitalización ordenados por un juez, a menos que el tratamiento sea Medicamento necesario y se encuentre en la lista de servicios cubiertos por esta Póliza.
- Servicios profesionales o suministros recibidos o comprados a Usted, o un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted, directa o indirectamente, o a una organización de la cual Usted reciba, directa o indirectamente, una remuneración.
- Servicios de la sala de emergencias de un Hospital para cualquier condición que no sea una Condición médica de emergencia según lo definido en esta Póliza.
- Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico.
- Enfermería privada, salvo cuando se brinde como parte de los Servicios de cuidado de la salud en el hogar o los beneficios de Servicios de atención de enfermos terminales en esta Póliza, o según lo dispuesto específicamente en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)”.
- Cargos de cuarto y comida para pacientes internados en relación con una estadía en un Hospital, principalmente por un cambio de ambiente o Fisioterapia.
- 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.
- Servicios de medicina complementaria y alternativa, entre los que se incluyen: terapia de masajes; terapia con animales, entre otras, a modo de ejemplo, equinoterapia o terapia con perros; arteterapia; meditación; visualización; acupuntura (esta exclusión no se aplica a los planes Cigna Connect + Acupuncture); acupresión; terapia de inyección en puntos de acupuntura; reflexología;

*rolfing* (masaje de tejido conectivo); fototerapia; aromaterapia; musicoterapia o terapia del sonido; danzaterapia; terapia del sueño; 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.

- 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.
- 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.
- Servicios brindados por profesionales sin licencia o servicios cuya realización no requiere una licencia, como por ejemplo, mediación, ejercicios de respiración, visualización guiada.
- 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.
- Servicios que son autodirigidos a un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario.
- 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.
- Servicios dentales, dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de dientes o encías, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
- Servicios de ortodoncia, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular, a excepción del tratamiento de ortodoncia Médicamente necesario para una persona que nació con labio o paladar leporino.
- 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,

excluido el tratamiento Médicamente necesario del labio y el paladar leporino.

- 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.
- Aparatos auditivos, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza, 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), limitados al dispositivo profesionalmente adecuado que sea menos costoso. Un aparato auditivo es cualquier tipo de dispositivo que amplifique el sonido.
- Pruebas de audición de rutina, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza en “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)”.
- Exámenes genéticos o exámenes genéticos de preimplantación: el diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
- 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.
- Servicios de optometría, ejercicios de los ojos, que incluyen ortóptica, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de rutina de la vista, salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza en Beneficios de la vista pediátricos.
- Cirugía ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.
- 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 deformidad provocada por una Lesión, una cirugía Médicamente necesaria o un defecto congénito de un niño Recién nacido, o para tratar el hemangioma congénito (manchas rojas) en la cara y el cuello de una Persona asegurada de 18 años o menos, ni a la Cirugía reconstructiva Médicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía.
- Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos, 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.

- Asesoría o servicios auxiliares no médicos, que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, 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 excepción de lo dispuesto específicamente en esta Póliza. Esta exclusión no se aplica a los servicios de educación de la salud para enfermedades crónicas y cuidado personal sobre temas como el manejo del estrés y la nutrición.
- Servicios y procedimientos para cirugía para retirar piel sobrante, incluidos cirugía de la pared abdominal/paniclectomía, extirpación de papilomas cutáneos, terapia craneosacral/craneal, kinesiología aplicada, proloterapia y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para condiciones musculoesqueléticas y ortopédicas, macromastia o ginecomastia, várices, rinoplastia y blefaroplastia sin importar las indicaciones clínicas.
- Cualquier tratamiento, medicamento con receta, servicio o suministro para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
- Los siguientes servicios relacionados con la evaluación o el tratamiento de la fertilidad y/o Infertilidad, reversiones de esterilizaciones; donación de semen y de óvulos; trasplantes de óvulos; fertilización *in vitro*, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
- La criopreservación de esperma u óvulos, o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
- Pagos relacionados con la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del Médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.
- Administración de sangre con el propósito de mejorar el estado físico general.
- Calzado ortopédico (salvo cuando esté unido a Soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos (salvo para el tratamiento como resultado de la diabetes).
- Mejoras eléctricas internas y externas o controles eléctricos para prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
- Estimuladores de los nervios periféricos mediante prótesis mioeléctricas.
- Las extremidades o los aparatos protésicos electrónicos, a menos que sean Medicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
- Aparatos ortopédicos prefabricados para pies.
- Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.
- Calzado ortopédico, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
- Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética en lugar de motivos funcionales.
- Aparatos ortopédicos que no son para pies, excepto únicamente los siguientes aparatos ortopédicos que no son para pies que se cubren cuando son Medicamente necesarios:
- 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.
- Servicios destinados principalmente a bajar de peso o al tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad patológica, o cualquier cuidado que incluya la pérdida de peso como principal método de tratamiento. Esto incluye cualquier cirugía para la obesidad patológica, aunque la Persona asegurada tenga otras condiciones médicas que pudieran beneficiarse con una reducción de la obesidad o la pérdida de peso, o cualquier programa, producto o tratamiento médico para bajar de peso, o cualquier gasto de cualquier tipo para tratar la obesidad, controlar el peso o bajar de peso, salvo que se establezca lo contrario en esta Póliza en “Cirugía bariátrica”.
- Exámenes físicos o pruebas de rutina cuya finalidad no sea el tratamiento directo de una Enfermedad, Lesión o condición real. Incluyen informes, evaluaciones o una hospitalización no requeridos por motivos de salud; los exámenes físicos requeridos para un empleo o por un empleador, por una institución educativa o para actividades deportivas, o para un seguro o una autoridad gubernamental, y evaluaciones ordenadas por un juez, forenses o de custodia, a menos que en esta Póliza se establezca específicamente lo contrario.
- 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.

- Servicios educativos, salvo el Programa de capacitación para el autocontrol de la diabetes, y según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna.
- Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios, salvo según lo indicado en esta Póliza.
- Equipos para realizar ejercicios, artículos para hacer la vida más cómoda y otros equipos y suministros médicos no incluidos específicamente como Servicios cubiertos en la sección “Servicios cubiertos” de esta Póliza. Los equipos médicos excluidos incluyen, a modo de ejemplo: purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores; cintas para correr; equipos de spa; elevadores; suministros para comodidad, higiene o belleza; pelucas; fundas y suministros desechables; aparatos de corrección o de apoyo y suministros como medias, y suministros médicos de consumo que no sean materiales para estoma o catéteres urinarios, incluidos, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
- Fisioterapia y/o Terapia/medicina ocupacional, salvo cuando se suministre durante una internación Hospitalaria o según lo dispuesto específicamente en el programa de beneficios y en “Servicios de terapia de rehabilitación (Fisioterapia, Terapia ocupacional y terapia del habla)” en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)”.
- Todos los Cargos de los Proveedores en país extranjero están excluidos en virtud de esta Póliza, salvo según lo indicado específicamente en “Proveedores en país extranjero” en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios/Cobertura (Lo que está cubierto)”.
- Cuidado de rutina de los pies, que incluye cortar o eliminar callos o durezas; cortar las uñas, cuidados higiénicos de rutina y cualquier servicio que se brinde sin que haya una Enfermedad localizada, una condición sistémica, una Lesión o síntomas que comprometan los pies, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
- Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad debido a que la Persona asegurada no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 60 días o tan pronto como fuera razonablemente posible: (a) autorizarnos a recibir todos los registros médicos y la información que solicitamos; o (b) suministrarnos la información que solicitamos con respecto a las circunstancias del reclamo u otra cobertura de seguro.
- Cargos por los servicios de un Médico de guardia.
- Cargos por trasplantes de órganos de animales a humanos.
- Reclamos recibidos por Cigna después de transcurridos 15 meses desde la fecha en que se prestó el servicio, salvo en caso de incapacidad legal.

## **Exclusiones de beneficios de Medicamentos con receta**

La Póliza no brinda cobertura para los siguientes gastos. No se pagarán los siguientes gastos:

- Medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Cualquier medicamento no incluido en la Lista de medicamentos con receta y cuya cobertura no se haya aprobado a través del proceso de excepciones de los medicamentos fuera de la Lista de medicamentos con receta.
- Medicamentos, dispositivos y/o suministros de venta sin receta médica en virtud de la ley federal o estatal, a menos que esta Póliza establezca lo contrario, o que se designen específicamente como cuidado preventivo sin costo y se exijan en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA).
- Medicamentos que no requieren una leyenda federal (una designación federal para los medicamentos que requieren la supervisión de un Médico), a excepción de la insulina.
- Cualquier medicamento que sea una alternativa farmacéutica a un medicamento de venta sin receta, a excepción de la insulina.
- Una clase de medicamento en la que por lo menos uno de los medicamentos puede adquirirse sin receta médica, y los medicamentos de la clase se consideran equivalentes desde el punto de vista terapéutico, según lo determinado por el Comité de P&T.
- Los medicamentos para la Infertilidad inyectables y cualquier medicamento inyectable que requiera supervisión de un Médico y que no sea considerado normalmente como un medicamento autoadministrado están cubiertos en virtud de los beneficios médicos de esta Póliza y requieren Autorización previa. A continuación se incluyen ejemplos de medicamentos supervisados por un Médico: medicamentos inyectables usados para tratar la hemofilia y el virus respiratorio sincitial (RSV, por sus siglas en inglés), medicamentos inyectables para quimioterapia, y medicamentos para trastornos endocrinos y metabólicos;
- Los agentes inmunizantes para infusión, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas están cubiertos por los beneficios médicos de esta Póliza.
- Medicamentos usados para el tratamiento de una disfunción sexual, que incluye, a modo de ejemplo, disfunción eréctil, eyaculación tardía, anorgasmia y disminución de la libido y/o el deseo sexual.
- Medicamentos usados para bajar de peso, controlar el peso y para el síndrome metabólico, y agentes antiobesidad.
- Medicamentos Experimentales, En investigación o No comprobados según lo descrito en esta Póliza, salvo según lo indicado específicamente en la sección de esta Póliza titulada “Estudios clínicos” y cualquier disposición sobre beneficios relacionada con “Medicamentos no aprobados”.



- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular en uno de los compendios de referencia estándar (la base de datos American Hospital Formulary Service-Drug Information, AHFS) o en literatura médica. Literatura médica significa estudios científicos publicados en revistas biomédicas revisadas por colegas médicos escritas en inglés.
- Los productos anticonceptivos implantables colocados por el Médico están cubiertos por los beneficios médicos de la Póliza.
- Suministros (como materiales para estoma), dispositivos y aparatos con y sin receta, a excepción de los Suministros relacionados; excepto los vinculados con Suministros y equipos para diabéticos.
- Vitaminas con receta (que no sean vitaminas prenatales), suplementos alimenticios, suplementos a base de hierbas y flúor, a excepción de los suplementos diseñados específicamente como preventivos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA).
- Medicamentos que se utilicen con fines estéticos que no tengan un uso médicamente aceptable, como medicamentos para reducir las arrugas, para estimular el crecimiento del cabello, medicamentos para controlar la transpiración y cremas para reducir las manchas de la piel.
- Medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje, salvo los medicamentos contra la malaria.
- Medicamentos obtenidos fuera de los Estados Unidos.
- Cualquier despacho o renovación de Medicamentos con receta y Suministros relacionados para reponer los perdidos, robados, derramados, arruinados o dañados antes de la siguiente fecha de renovación.
- Medicamentos usados para mejorar el desempeño atlético.
- Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a la Persona asegurada mientras sea paciente en un Hospital con licencia, Centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos.
- Los medicamentos u otras sustancias que se administren en cualquier entorno para pacientes ambulatorios. Esto incluye, a modo de ejemplo, los artículos administrados por un Médico.
- Kits de medicamentos para comodidad.
- Recetas que tengan más de un Año desde la fecha de emisión original.
- Los costos relacionados con el envío por correo, el envío o la entrega de Medicamentos con receta.
- Cualquier uso indebido intencional de este beneficio, lo que incluye la compra de Medicamentos con receta para el consumo por parte de una persona distinta de la Persona asegurada.

### **Limitaciones de beneficios de Medicamentos con receta**

- Suministro para hasta 30 días en una Farmacia minorista para medicamentos de los niveles 1 a 4 y suministro para hasta 30 días de los medicamentos del nivel 5, a menos que se indiquen otras limitaciones en el envase del fabricante del medicamento (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el programa de beneficios); o
- Suministro para hasta 90 días en una Farmacia minorista con despacho para 90 días para medicamentos de los niveles 1 a 4 y suministro para hasta 30 días de los medicamentos del nivel 5, a menos que se indiquen otras limitaciones en el envase del fabricante del medicamento. Para localizar una Farmacia minorista con despacho para 90 días, puede llamar al número de Servicio al Cliente que aparece en Su tarjeta de ID o iniciar sesión en [www.cigna.com/ifp-providers](http://www.cigna.com/ifp-providers) (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el programa de beneficios).
- Suministro para hasta 90 días en Express Scripts Pharmacy, la Farmacia de entrega a domicilio de Cigna, para medicamentos de los niveles 1 a 4 y suministro para hasta 30 días de los medicamentos del nivel 5, a menos que se indiquen otras limitaciones en el envase del fabricante del medicamento (para obtener información detallada sobre los niveles de medicamentos, consulte el programa de beneficios).
- Los medicamentos para dejar de fumar que estén incluidos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna están limitados a dos suministros para 90 días por Año.
- Es posible que se apliquen los límites para medicamentos administrados (MDL, por sus siglas en inglés) a la dosis y/o a la cantidad de días de suministro de determinados medicamentos; los límites para medicamentos administrados se basan en las recomendaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal y el fabricante del medicamento.
- Hasta el límite de dosis y/o despacho que determine el Comité de P&T.

### **Programa complementario de descuento en medicamentos**

Usted debe pagar el 100% del costo de los Medicamentos con receta o Suministros relacionados excluidos por este plan. Sin embargo, el Programa complementario de descuento en medicamentos permite a las Farmacias participantes cobrarles a Usted y los Miembros de Su familia el costo con descuento de los Suministros y Medicamentos con receta no cubiertos. Esto significa que Usted pagará el 100% del costo con descuento en lugar del costo total de los Suministros y Medicamentos con receta que el plan no cubra. Tenga en cuenta que los costos de desembolso que Usted y los Miembros de Su familia paguen por los Medicamentos con receta o Suministros relacionados que el plan no cubra no se aplicarán al Deducible ni el Desembolso máximo de la Persona asegurada.

### **Exclusiones de beneficios de cuidado de la vista pediátrico**

- Servicios no proporcionados por un proveedor de la red de cuidado de la vista de Cigna.
- Entrenamiento ortóptico o visual y cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Cualquier examen de la vista, o accesorio correctivo para la vista, requerido por un empleador como condición para el empleo.
- Cualquier Lesión o Enfermedad pagada o pagadera por la ley del Seguro de accidentes de trabajo o una ley similar, o que se relacione con el trabajo.
- Cargos que superen el cargo Usual y habitual por el servicio o los materiales.
- Cargos incurridos después de finalizada la Póliza, de finalizada Su cobertura en virtud de la Póliza o de finalizada la cobertura de la Persona asegurada en virtud de la Póliza, salvo según lo indicado en la Póliza.
- Tratamiento o dispositivo no convencional Experimental, En investigación o No comprobado.
- Dispositivos de aumento o para personas con poca visión que no estén incluidos de otra forma en el título “Lo que está cubierto” incluido anteriormente en la sección de Beneficios de cuidado de la vista pediátrico.
- Cualquier tipo de anteojos, lentes o lentes de contacto sin receta.
- Tratamientos de lentes para anteojos, “accesorios” o recubrimientos para lentes que no estén incluidos de otra forma en el título “Lo que está cubierto” incluido anteriormente en la sección de Beneficios de cuidado de la vista pediátrico.
- Dos pares de anteojos, en lugar de lentes bifocales o trifocales.
- Anteojos o lentes de seguridad necesarios para el trabajo.
- Beneficio de anteojos para terminal de pantalla de video (VDT, por sus siglas en inglés) o computadora.
- Para métodos de tratamiento o procedimientos Experimentales, En investigación o No comprobados no aprobados por la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) o la asociación oftalmológica especializada correspondiente, o en relación con dichos métodos.
- Reclamos presentados y recibidos después de transcurridos doce (12) meses de la fecha del servicio original.
- Los servicios proporcionados fuera de la red sin la aprobación previa de Cigna no están cubiertos.

Cigna se reserva el derecho de efectuar cambios a esta Lista de medicamentos sin notificación. Consulte [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver una lista actualizada. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte su póliza/acuerdo de servicios para conocer más detalles. Cigna no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico. Es posible que Cigna reciba pagos de fabricantes de determinados medicamentos de marca preferida y, en algunas ocasiones, de determinados medicamentos de marca no preferida, los cuales podrán o no compartirse con su plan, según los convenios existentes con Cigna. Según el diseño del plan, las condiciones del mercado, la medida en la cual los pagos del fabricante sean compartidos con su plan y otros factores existentes a la fecha del servicio, el medicamento de marca preferida podrá o no representar el medicamento de marca de más bajo costo dentro de su clase de medicamento para usted y/o su plan.



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

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

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Accredo Health Group, Inc., Express Scripts, Inc., ESI Mail Pharmacy Service, Inc., Express Scripts Pharmacy, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc. y Cigna HealthCare of North Carolina, Inc. "Accredo" se refiere a Accredo Health Group, Inc. "Express Scripts Pharmacy" se refiere a ESI Mail Pharmacy Service, Inc. y Express Scripts Pharmacy, Inc. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. "Accredo" y "Express Scripts Pharmacy" son marcas comerciales de Express Scripts Strategic Development, Inc. Las imágenes se usan con fines ilustrativos únicamente.

# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

## Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

## Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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