

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Esta Lista de medicamentos es válida para los planes vendidos en 2025 en Indiana, vigentes a partir del 1 de enero de 2026.

Esta portada es únicamente para los corredores.

Deséchela si entregará la Lista a los clientes.

Tenga en cuenta que: Los medicamentos cubiertos por el plan médico individual y familiar (IFP, por sus siglas en inglés) pueden ser diferentes de los cubiertos por planes colectivos. Para ver una lista completa de los medicamentos, consulte la Lista de medicamentos específica de IFP disponible en Cigna.com/ifp-drug-list.



Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026



¿Qué encontrará adentro?	Página
Acerca de esta Lista de medicamentos	3
Cómo leer esta Lista de medicamentos	3
Cómo encontrar su medicamento	5
Lista de medicamentos	6
Preguntas frecuentes	77
Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre	81

Consulte su Lista de medicamentos en línea las 24 horas, los 7 días de la semana

- **Cigna.com/ifp-drug-list.** Elija **Indiana** de la lista desplegable y elija su método de búsqueda. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.
- **Aplicación myCigna® o myCigna.com®.** A partir del 1 de enero de 2026, inicie sesión en su cuenta y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber qué cobertura tiene su medicamento.

¿Tiene preguntas?

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

Si necesita asistencia con el idioma o tiene una discapacidad, llámenos al **800.244.6224 (para servicios de TTY, marque el 711)**. Hay recursos disponibles para satisfacer sus necesidades especiales sin costo para usted.

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 Healthcare Premiere Indiana, que entrará en vigor el 1 de enero de 2026. Todos los 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, de la A a la Z (según el inglés). Si no encuentra un determinado medicamento 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 entender cómo están cubiertos los medicamentos en la Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ACETAMINOPHEN-CODIENE #4 TABLET	2	PA
ACETAZOLAMIDE 125 MG TABLET	2	
ACETAZOLAMIDE 250 MG TABLET	2	
ACETAZOLAMIDE ER 500 MG CAPSULE	2	
ACETIC ACID 0.25% IRRIGATION SOLUTION	2	
ACETIC ACID 2% EAR SOLUTION	2	
ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	2	
ACETYLCYSTEINE 20% VIAL	2	
ACITRETIN 10 MG CAPSULE	4	
ACITRETIN 17.5 MG CAPSULE	4	
ACITRETIN 25 MG CAPSULE	4	
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	5	PA, QL, SRX
ACTHIB VACCINE VIAL	3	
ACTHIB VACCINE WITH DILUENT	3	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	5	PA, LDD, SRX
ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1	
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ACYCLOVIR 400 MG TABLET	1	
ACYCLOVIR 5% OINTMENT	4	PA, QL
ACYCLOVIR 800 MG TABLET	1	
ADACEL TDAP SYRINGE	3	
ADACEL TDAP VIAL	3	
ADALIMUMAB-ADBIM	5	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-RYVK	5	PA, QL, SRX
ADAPALENE 0.1% CREAM	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.1% GEL	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.1% SOLUTION	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	2	PA, AGE

Los medicamentos están ordenados **alfabéticamente**, de la A a la Z (según el inglés)

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

Los medicamentos que tienen reglas (requisitos) de cobertura adicionales tienen **letras (siglas)** escritas junto al nombre en la columna Notas

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

* Esta tabla es solo un ejemplo. Es posible que no refleje cómo están cubiertos actualmente estos medicamentos en esta Lista de medicamentos.

Niveles

Clasificamos los medicamentos cubiertos en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que pagará por el medicamento.

Nivel 1	Medicamentos genéricos preferidos. Los genéricos actúan de la misma manera y tienen los mismos beneficios clínicos que sus versiones de marca, y generalmente cuestan mucho menos. ² <i>Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.</i>	\$
Nivel 2	Medicamentos genéricos (y algunos medicamentos de marca de bajo costo). <i>Los genéricos actúan de la misma manera y tienen los mismos beneficios clínicos que sus versiones de marca, y generalmente cuestan mucho menos.²</i>	\$\$
Nivel 3	Medicamentos de marca preferida (y algunos genéricos de alto costo).	\$\$\$
Nivel 4	Medicamentos de marca no preferida (y algunos genéricos de alto costo).	\$\$\$\$
Nivel 5	Medicamentos de especialidad y otros medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Su plan cubre los medicamentos del Nivel 5 en un suministro máximo para 30 días. <i>Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan.</i>	\$\$\$\$\$

Letras (siglas) en la columna Notas

En esta Lista de medicamentos, algunos medicamentos tienen **letras (siglas)** junto al nombre en la columna Notas. Esto es lo que significan.

PA	Autorización previa: Este medicamento necesita la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra. El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (requisitos) de cobertura del medicamento.
QL	Límite a la cantidad: Su plan cubrirá solamente una cantidad específica de este medicamento por vez. Si su médico quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos una cantidad mayor.
ST	Tratamiento escalonado: Este medicamento de alto costo forma parte de un programa de autorización previa (aprobación). Tiene una o más alternativas de menor costo que tratan la misma condición.
EDAD	Su plan no cubrirá este medicamento hasta que usted primero haya probado al menos un medicamento preferido (en general, un medicamento genérico o de marca preferida) y pueda demostrar que no le dio resultado. Si su médico considera que un medicamento preferido no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirnos que cubramos el medicamento de mayor costo.
SRX	Requisito de edad: Su plan solo cubrirá este medicamento si usted tiene una determinada edad o se encuentra dentro de un determinado rango de edad. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido y su médico quiere que use el medicamento, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos.
LDD	Este es un medicamento de especialidad , que se usa para tratar condiciones médicas poco frecuentes y/o complejas. Generalmente se administran por inyección o infusión, y es posible que necesiten un manejo especial, como refrigeración.
	Este es un “medicamento de distribución limitada” . Es un medicamento de especialidad de alto costo que trata condiciones médicas que son muy difíciles de controlar, y necesita un manejo especial, asistencia al paciente y monitoreo. Solo puede despacharse en algunas farmacias de especialidad en los Estados Unidos.

Exclusiones del plan

Hay determinados medicamentos y productos que su plan no cubrirá en ningún caso. Se conocen como una “exclusión del plan (o de beneficios)”. Esto significa que no están en la Lista de medicamentos de su plan y no existe la opción de pedirnos que los cubramos a través de nuestro proceso de revisión de medicamentos.

Por ejemplo, su plan no cubre, o “excluye”, medicamentos que no están aprobados por la FDA.

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	Letra* con la que empieza su medicamento	Página	Letra* con la que empieza su medicamento	Página
I	6	I	37-39	S	61-65
2	6	J	39, 40	T	65-70
A	6-11	K	40	U	70-72
B	11-14	L	40-44	V	72-74
C	15-21	M	44-49	W	74
D	21-25	N	49-52	X	74, 75
E	25-30	O	52-54	A	75
F	30-33	P	54-59	Z	75, 76
G	33-35	P	59		
H	35-37	R	59-61		

* Algunos medicamentos empiezan con un número en lugar de una letra.

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
1ST TIER UNIFINE PENTIP 29G 1/2"	3		ACETAZOLAMIDE 125 MG TABLET	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 29G 12MM	3		ACETAZOLAMIDE 250 MG TABLET	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 1/4"	3		ACETAZOLAMIDE ER 500 MG CAPSULE	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	3		ACETIC ACID 0.25% IRRIGATION SOLUTION	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 5/16"	3		ACETIC ACID 2% EAR SOLUTION	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 5MM	3		ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 6MM	3		ACETYLCYSTEINE 20% VIAL	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 8MM	3		ACITRETIN 10 MG CAPSULE	4	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 32G 4MM	3		ACITRETIN 17.5 MG CAPSULE	4	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3		ACITRETIN 25 MG CAPSULE	4	
2TEK CONTROL SOLUTION	3		ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	5	PA, QL, LDD, SRX
ABACAVIR 20 MG/ML ORAL SOLUTION	2	SRX	ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	5	PA, QL, LDD, SRX
ABACAVIR 300 MG TABLET	2	SRX	ACTHIB VACCINE VIAL	3	
ABACAVIR-LAMIVUDINE 600-300 MG TABLET	2	SRX	ACTHIB VACCINE WITH DILUENT	3	
ABIRATERONE 250 MG TABLET	5	PA, SRX	ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	5	PA, LDD, SRX
ABIRATERONE 500 MG TABLET	5	PA, SRX	ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1	
ABRYVO ACT-O-VIAL	3		ACYCLOVIR 5% OINTMENT	4	PA, QL
ABRYVO VIAL WITH DILUENT SYRINGE	3		ACYCLOVIR 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
ACAMPROSATE DR 333 MG TABLET	3		ACYCLOVIR 400 MG TABLET	1	
ACARBOSE 100 MG TABLET	2		ACYCLOVIR 800 MG TABLET	1	
ACARBOSE 25 MG TABLET	2		ADACEL TDAP SYRINGE	3	
ACARBOSE 50 MG TABLET	2		ADACEL TDAP VIAL	3	
ACCU-CHEK AVIVA SOLUTION	3		ADALIMUMAB-ADBIM (CF) 40 MG CROHN'S PEN	5	PA, QL, SRX
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION	3		ADALIMUMAB-ADBIM (CF) 40 MG PEN	5	PA, QL, SRX
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION	3		ADALIMUMAB-ADBIM (CF) 40 MG PSORIASIS-UVEITIS PEN	5	PA, QL, SRX
ACCUTANE 10 MG CAPSULE	4		ADALIMUMAB-ADBIM (CF) 10 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ACCUTANE 20 MG CAPSULE	4		ADALIMUMAB-ADBIM (CF) 20 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ACCUTANE 30 MG CAPSULE	4		ADALIMUMAB-ADBIM (CF) 40 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ACCUTANE 40 MG CAPSULE	4		ADALIMUMAB-RYVK (CF) 40 MG AUTO-INJECTOR	5	PA, QL, SRX
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL	3		ADALIMUMAB-RYVK (CF) 40 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	3	QL	ADAPALENE 0.1% CREAM	3	PA, AGE
ACEBUTOLOL 200 MG CAPSULE	2		ADAPALENE 0.1% LOTION	3	PA, AGE
ACEBUTOLOL 400 MG CAPSULE	2		ADAPALENE 0.3% GEL	3	PA, AGE
ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-DIHYDROCODEINE 320.5-30 MG CAPSULE	2	PA	ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	3	PA, AGE
ACETAMINOPHEN-CODEINE #2 TABLET	2	PA	ADAPALENE 0.1% TOPICAL SOLUTION	3	PA, AGE
ACETAMINOPHEN-CODEINE #3 TABLET	2	PA	ADAPALENE-BENZOYL PEROXIDE 0.1-2.5% GEL PUMP	2	
ACETAMINOPHEN-CODEINE #4 TABLET	2	PA	ADEFOVIR 10 MG TABLET	5	SRX
ACETAMINOPHEN-CODEINE 120-12 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		ADEMPAS 0.5 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
ACETAMINOPHEN-CODEINE 300-30 MG/12.5 ML ORAL SOLUTION	2		ADEMPAS 1 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
			ADEMPAS 1.5 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ADEMPAS 2 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX	AK-POLY-BAC EYE OINTMENT	2	
ADEMPAS 2.5 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX	AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE	5	PA, QL
ADVOCATE HIGH CONTROL SOLUTION	3		ALBENDAZOLE 200 MG TABLET	4	PA
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		ALBUSTIX REAGENT TEST STRIP	3	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3		ALBUTEROL 0.63 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		ALBUTEROL 1.25 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		ALBUTEROL 2.5 MG/0.5 ML INHALATION SOLUTION	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3		ALBUTEROL 2.5 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		ALBUTEROL 5 MG/ML INHALATION SOLUTION	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		ALBUTEROL 15 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3		ALBUTEROL 25 MG/5 ML INHALATION SOLUTION	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		ALBUTEROL 75 MG/15 ML INHALATION SOLUTION	2	
ADVOCATE LOW CONTROL SOLUTION	3		ALBUTEROL 100 MG/20 ML INHALATION SOLUTION	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 29G 12.7MM	3		ALBUTEROL 2 MG/5 ML SYRUP	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 31G 5MM	3		ALBUTEROL 2 MG TABLET	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 31G 8MM	3		ALBUTEROL 4 MG TABLET	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM	3		ALBUTEROL ER 4 MG TABLET	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 33G 4MM	3		ALBUTEROL ER 8 MG TABLET	2	
ADVOCATE REDI-CODE+ CONTROL SOLUTION	3		ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER	2	QL
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT	3	QL	ALCLOMETASONE 0.05% CREAM	2	
AEROCHAMBER MINI	3	QL	ALCLOMETASONE 0.05% OINTMENT	2	
AEROCHAMBER MV HOLD CHAMBER	3	QL	ALCOHOL PREP PAD	3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	3	QL	ALECENSA 150 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU LARGE	3	QL	ALENDRONATE 70 MG/75 ML ORAL SOLUTION	2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU MEDIUM	3	QL	ALENDRONATE 5 MG TABLET	1	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SMALL	3	QL	ALENDRONATE 10 MG TABLET	1	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS LARGE	3	QL	ALENDRONATE 35 MG TABLET	1	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-MEDIUM	3	QL	ALENDRONATE 70 MG TABLET	2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-SMALL	3	QL	ALFUZOSIN ER 10 MG TABLET	2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS W-FLOW	3	QL	ALINIA 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	4	
AEROGear ASTHMA ACTION KIT	3		ALISKIREN 150 MG TABLET	4	QL
AEROTRACH HOLDING CHAMBER	3	QL	ALISKIREN 300 MG TABLET	4	QL
AEROVENT PLUS HOLDING CHAMBER	3	QL	ALLOPURINOL 100 MG TABLET	1	
AFIRMELLE-28 TABLET	1		ALLOPURINOL 300 MG TABLET	1	
AFLURIA	3		ALMOTRIPTAN 6.25 MG TABLET	3	QL
AFLURIA	3		ALMOTRIPTAN 12.5 MG TABLET	3	QL
AFTER PILL 1.5 MG TABLET	1		ALOCRIIL 2% EYE DROPS	4	
AFTERA 1.5 MG TABLET	4		ALOSETRON 0.5 MG TABLET	5	SRX
AGAMATRIX HIGH CONTROL SOLUTION	3		ALOSETRON 1 MG TABLET	5	SRX
AGAMATRIX NORM-HI CONTROL SOLUTION	3		ALPRAZOLAM 0.25 MG ODT TABLET	2	
AIRZONE PEAK FLOW METER	3		ALPRAZOLAM 0.5 MG ODT TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ALPRAZOLAM 1 MG ODT TABLET	2		AMIODARONE 400 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 2 MG ODT TABLET	2		AMITRIPTYLINE 10 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLET	2		AMITRIPTYLINE 25 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLET	2		AMITRIPTYLINE 50 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM 1 MG TABLET	2		AMITRIPTYLINE 75 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM 2 MG TABLET	2		AMITRIPTYLINE 100 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER 0.5 MG TABLET	2		AMITRIPTYLINE 150 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER 1 MG TABLET	2		AMLODIPINE 2.5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER 2 MG TABLET	2		AMLODIPINE 5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER 3 MG TABLET	2		AMLODIPINE 10 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-10 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 0.5 MG TABLET	2		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-20 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 1 MG TABLET	2		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-40 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 2 MG TABLET	2		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-10 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 3 MG TABLET	2		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-20 MG TABLET	2	
ALTABAX 1% OINTMENT	4		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-40 MG TABLET	2	
ALTACAIN 0.5% EYE DROPS	2		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-80 MG TABLET	2	
ALTAVERA-28 TABLET	1		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-10 MG TABLET	2	
ALVESCO 80 MCG INHALER	3		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-20 MG TABLET	2	
ALVESCO 160 MCG INHALER	3		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-40 MG TABLET	2	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	1		AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-80 MG TABLET	2	
ALYACEN 7-7-7-28 TABLET	1		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 2.5-10 MG CAPSULE	2	
ALYQ 20 MG TABLET	5	PA, SRX	AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-10 MG CAPSULE	2	
AMABELZ 0.5 MG-0.1 MG TABLET	2		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-20 MG CAPSULE	2	
AMABELZ 1 MG-0.5 MG TABLET	2		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-40 MG CAPSULE	2	
AMANTADINE 100 MG CAPSULE	2		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 10-20 MG CAPSULE	2	
AMANTADINE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		AMLODIPINE-BENAZEPRIL 10-40 MG CAPSULE	2	
AMANTADINE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2		AMLODIPINE-OLMESARTAN 5-20 MG TABLET	2	
AMANTADINE 100 MG TABLET	2		AMLODIPINE-OLMESARTAN 5-40 MG TABLET	2	
AMBRISANTAN 5 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX	AMLODIPINE-OLMESARTAN 10-20 MG TABLET	2	
AMBRISANTAN 10 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX	AMLODIPINE-OLMESARTAN 10-40 MG TABLET	2	
AMCINONIDE 0.1% CREAM	4		AMLODIPINE-VALSARTAN 5-160 MG TABLET	2	
AMETHIA 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		AMLODIPINE-VALSARTAN 5-320 MG TABLET	2	
AMETHYST 90-20 MCG TABLET	1		AMLODIPINE-VALSARTAN 10-160 MG TABLET	2	
AMILORIDE 5 MG TABLET	2		AMLODIPINE-VALSARTAN 10-320 MG TABLET	2	
AMILORIDE-HCTZ 5-50 MG TABLET	2		AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 5-160-12.5 MG TABLET	3	
AMINOCAPROIC ACID 0.25 GM/ML ORAL SOLUTION	5	PA, SRX	AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 5-160-25 MG TABLET	3	
AMINOCAPROIC ACID 1,000 MG TABLET	5	PA, SRX	AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-160-12.5 MG TABLET	3	
AMINOCAPROIC ACID 500 MG TABLET	5	PA, SRX			
AMIODARONE 100 MG TABLET	2				
AMIODARONE 200 MG TABLET	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-160-25 MG TABLET	3	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-320-25 MG TABLET	3	
AMMONIUM LACTATE 12% CREAM	2	
AMMONIUM LACTATE 12% LOTION	2	
AMNESTEEM 10 MG CAPSULE	4	
AMNESTEEM 20 MG CAPSULE	4	
AMNESTEEM 40 MG CAPSULE	4	
AMOXAPINE 25 MG TABLET	2	
AMOXAPINE 50 MG TABLET	2	
AMOXAPINE 100 MG TABLET	2	
AMOXAPINE 150 MG TABLET	2	
AMOXICILLIN 250 MG CAPSULE	1	
AMOXICILLIN 500 MG CAPSULE	1	
AMOXICILLIN 125 MG CHEWABLE TABLET	1	
AMOXICILLIN 250 MG CHEWABLE TABLET	2	
AMOXICILLIN 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN 400 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN 500 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN 875 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG CHEWABLE TABLET	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG CHEWABLE TABLET	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-62.5 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 600-42.9 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-125 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 500-125 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 875-125 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE ER 1,000-62.5 MG TABLET	3	
AMPHETAMINE 5 MG TABLET	3	QL
AMPHETAMINE 10 MG TABLET	3	QL
AMPICILLIN 500 MG CAPSULE	2	
ANAGRELIDE 0.5 MG CAPSULE	4	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ANAGRELIDE 1 MG CAPSULE	4	
ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION	4	
ANASTROZOLE 1 MG TABLET	2	
ANNOVERA VAGINAL RING	4	
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG INHALER	3	QL
ANUCORT-HC 25 MG SUPPOSITORY	2	
ANZEMET 50 MG TABLET	5	PA, QL
APIDRA 100 UNIT/ML SOLOSTAR	4	QL, ST
APIDRA 100 UNIT/ML VIAL	4	QL, ST
APOMORPHINE 30 MG/3 ML CARTRIDGE	5	PA, QL, SRX
APRACLOINIDINE 0.5% DROPS	2	
APREPITANT 40 MG CAPSULE	3	QL
APREPITANT 80 MG CAPSULE	3	QL
APREPITANT 125 MG CAPSULE	3	QL
APREPITANT 125-80-80 MG PACK	3	QL
APRETUDE ER 600 MG/3 ML VIAL	5	LDD, SRX
APRI 28 DAY TABLET	1	
APTIOM 200 MG TABLET	4	PA, QL
APTIOM 400 MG TABLET	4	PA, QL
APTIOM 600 MG TABLET	4	PA, QL
APTIOM 800 MG TABLET	4	PA, QL
APTIVUS 250 MG CAPSULE	3	SRX
AQ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 8MM	3	
AQ INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	3	
AQ INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3	
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
AQUA CARE 0.9% NACL IRRIGATION	2	
AQUA CARE STERILE WATER IRRIGATION	2	
ARANELLE 28 TABLET	1	
ARANESP 10 MCG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ARANESP 25 MCG/0.42 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ARANESP 40 MCG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ARANESP 60 MCG/0.3 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ARANESP 100 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ARANESP 150 MCG/0.3 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ARANESP 200 MCG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ARANESP 300 MCG/0.6 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ARANESP 500 MCG/1 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ARANESP 25 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX
ARANESP 40 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ARANESP 60 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX
ARANESP 100 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX
ARANESP 200 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX
ARCALYST 220 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX
AREXVY VIAL KIT	3	
ARFORMOTEROL 15 MCG/2 ML INHALATION SOLUTION	4	QL
ARIPIRAZOLE 10 MG ODT TABLET	4	
ARIPIRAZOLE 15 MG ODT TABLET	4	
ARIPIRAZOLE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	3	
ARIPIRAZOLE 2 MG TABLET	2	
ARIPIRAZOLE 5 MG TABLET	2	
ARIPIRAZOLE 10 MG TABLET	2	
ARIPIRAZOLE 15 MG TABLET	2	
ARIPIRAZOLE 20 MG TABLET	2	
ARIPIRAZOLE 30 MG TABLET	2	
ARMODAFINIL 50 MG TABLET	2	PA
ARMODAFINIL 150 MG TABLET	2	PA
ARMODAFINIL 200 MG TABLET	2	PA
ARMODAFINIL 250 MG TABLET	2	PA
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET	3	
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET	3	
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG INHALER	3	
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG INHALER	3	
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG INHALER	3	
ASCOMP WITH CODEINE CAPSULE	3	PA
ASENAPINE 2.5 MG SUBLINGUAL TABLET	4	QL
ASENAPINE 5 MG SUBLINGUAL TABLET	4	QL
ASENAPINE 10 MG SUBLINGUAL TABLET	4	QL
ASHLYNA 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
ASMANEX 110 MCG #30 TWISTHALER	4	QL, ST
ASMANEX 220 MCG #14 TWISTHALER	4	ST
ASMANEX 220 MCG #30 TWISTHALER	4	QL, ST
ASMANEX 220 MCG #60 TWISTHALER	4	QL, ST
ASMANEX 220 MCG #120 TWISTHALER	4	QL, ST
ASMANEX HFA 50 MCG INHALER	4	QL, ST

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ASMANEX HFA 100 MCG INHALER	4	QL, ST
ASMANEX HFA 200 MCG INHALER	4	QL, ST
ASPIRIN-BUTALBITAL-CAFFEINE-CODEINE #3 CAPSULE	3	PA
ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER 25-200 MG CAPSULE	2	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	3	
ASSURE DOSE CONTROL SOLUTION	3	
ASSURE ID DUO PRO NEEDLE 31G 5MM	3	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30G 5/16"	3	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
ASSURE ID SYRINGE 0.5 ML 31G 15/64"	3	
ASSURE ID SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	3	
ASSURE PRISM CONTROL SOLUTION	3	
ASTAGRAF XL 0.5 MG CAPSULE	5	SRX
ASTAGRAF XL 1 MG CAPSULE	5	SRX
ASTAGRAF XL 5 MG CAPSULE	5	SRX
ASTHMA CHECK PEAK FLOW METER	3	
ASTHMAPACK CHILDREN'S CARE KIT	3	
ATAZANAVIR 150 MG CAPSULE	2	SRX
ATAZANAVIR 200 MG CAPSULE	2	SRX
ATAZANAVIR 300 MG CAPSULE	2	SRX
ATENOLOL 25 MG TABLET	1	
ATENOLOL 50 MG TABLET	1	
ATENOLOL 100 MG TABLET	1	
ATENOLOL-CHLORTHALIDONE 50-25 MG TABLET	2	
ATENOLOL-CHLORTHALIDONE 100-25 MG TABLET	2	
ATOMOXETINE 10 MG CAPSULE	2	QL
ATOMOXETINE 18 MG CAPSULE	2	QL
ATOMOXETINE 25 MG CAPSULE	2	QL
ATOMOXETINE 40 MG CAPSULE	2	QL
ATOMOXETINE 60 MG CAPSULE	2	QL
ATOMOXETINE 80 MG CAPSULE	2	QL
ATOMOXETINE 100 MG CAPSULE	2	QL
ATORVASTATIN 10 MG TABLET	2	
ATORVASTATIN 20 MG TABLET	2	
ATORVASTATIN 40 MG TABLET	2	
ATORVASTATIN 80 MG TABLET	2	
ATOVAQUONE 750 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	4	
ATOVAQUONE-PROGUANIL 62.5 MG-25 MG TABLET	2	
ATOVAQUONE-PROGUANIL 250 MG-100 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ATROPINE 1% EYE DROPS	2		AZITHROMYCIN 1 GM POWDER PACKET	2	
ATROPINE 1% EYE OINTMENT	2		AZITHROMYCIN 250 MG TABLET	1	
AUBRA EQ-28 TABLET	1		AZITHROMYCIN 500 MG TABLET	1	
AUBRA-28 TABLET	1		AZITHROMYCIN 600 MG TABLET	2	
AUROVELA 1 MG-20 MCG TABLET	1		AZURETTE 28 DAY TABLET	1	
AUROVELA 21 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		BACITRACIN 500 UNIT/GM EYE OINTMENT	3	
AUROVELA 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	2	
AUROVELA FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		BACLOFEN 5 MG TABLET	2	
AUROVELA FE 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		BACLOFEN 10 MG TABLET	2	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	3		BACLOFEN 20 MG TABLET	2	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	3		BAL-CARE DHA COMBO PACK	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	3		BALSALAZIDE 750 MG CAPSULE	2	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30G 5MM	3		BALZIVA 28 TABLET	1	
AUTOSOFT 30 INFUSION PACK 23" 13MM	3		BAQSIMI 3 MG NASAL SPRAY	3	QL
AUTOSOFT 30 INFUSION SET 23" 13MM	3		BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	5	SRX
AUTOSOFT 30 INFUSION SET 43" 13MM	3		BASAGLAR 100 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 23" 6MM	3		BASAGLAR 100 UNIT/ML TEMPO PEN	3	QL
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 23" 9MM	3		BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 43" 6MM	3		BD BLUNT NEEDLE 18G 1.5"	3	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 43" 9MM	3		BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML	3	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 5" 6MM	3		BD ECLIPSE NEEDLE 18G 1.5"	3	
AUTOSOFT XC INFUSION PACK 23" 6MM	3		BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" 6MM	3		BD ECLIPSE NEEDLE 21G 1"	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" 9MM	3		BD ECLIPSE NEEDLE 21G 1.5"	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" 6MM	3		BD ECLIPSE NEEDLE 22G 1"	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" 6MM	3		BD ECLIPSE NEEDLE 23G 1"	3	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" 9MM	3		BD ECLIPSE NEEDLE 23G 25MM	3	
AVIANE-28 TABLET	1		BD ECLIPSE NEEDLE 25G 1"	3	
AVONEX 30 MCG/0.5 ML PEN	5	PA, SRX	BD ECLIPSE NEEDLE 25G 1.5"	3	
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, SRX	BD ECLIPSE NEEDLE 25G 16MM	3	
AYUNA-28 TABLET	1		BD ECLIPSE NEEDLE 25G 25MM	3	
AZASITE 1% EYE DROPS	4		BD ECLIPSE NEEDLE 25G 40MM	3	
AZATHIOPRINE 50 MG TABLET	2	SRX	BD ECLIPSE NEEDLE 30G 13MM	3	
AZELAIC ACID 15% GEL	3		BD ECLIPSE SYRINGE 30G 1/2"	3	
AZELASTINE 0.05% DROPS	2		BD FILTER NEEDLE	3	
AZELASTINE 0.1% (137 MCG) NASAL SPRAY	2		BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 12.7MM	3	
AZELASTINE 0.15% NASAL SPRAY	2		BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM (1/2)	3	
AZELASTINE-FLUTICASONE 137-50MCG NASAL SPRAY	3		BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
AZITHROMYCIN 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 12.7MM	3	
AZITHROMYCIN 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 12.7MM	3	
			BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 5/8"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12.7MM	3	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31G 6MM	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.3 ML 30G 12.7MM	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.3 ML 31G 8MM	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5 ML 30G 12.7MM	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5 ML 31G 8MM	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 1 ML 30G 12.7MM	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 1 ML 30G 12.7MM	3	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 1 ML 31G 8MM	3	
BD INTEGRA NEEDLE 25G 5/8"	3	
BD INTEGRA RETRA NEEDLE 23G 1"	3	
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	3	
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3	
BD NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
BD NEEDLE 16G 1"	3	
BD NEEDLE 16G 1.5"	3	
BD NEEDLE 18G 1"	3	
BD NEEDLE 18G 1.5"	3	
BD NEEDLE 19G 1"	3	
BD NEEDLE 19G 1.5"	3	
BD NEEDLE 20G 1"	3	
BD NEEDLE 20G 1.5"	3	
BD NEEDLE 21G 1"	3	
BD NEEDLE 21G 1.5"	3	
BD NEEDLE 21G 2"	3	
BD NEEDLE 22G 1"	3	
BD NEEDLE 22G 1.5"	3	
BD NEEDLE 22G 3/4"	3	
BD NEEDLE 23G 0.75"	3	
BD NEEDLE 23G 1"	3	
BD NEEDLE 23G 1.25"	3	
BD NEEDLE 23G 1.5"	3	
BD NEEDLE 25G 0.625"	3	
BD NEEDLE 25G 0.875"	3	
BD NEEDLE 25G 1"	3	
BD NEEDLE 25G 1.5"	3	
BD NEEDLE 25G 5/8"	3	
BD NEEDLE 26G 0.375"	3	
BD NEEDLE 26G 0.5"	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BD NEEDLE 26G 0.625"	3	
BD NEEDLE 27G 0.5"	3	
BD NEEDLE 27G 1 1.25"	3	
BD NEEDLE 30G 0.5"	3	
BD NEEDLE 30G 1"	3	
BD NOKOR ADMIX NEEDLE 18G 1.5"	3	
BD NOKOR NEEDLE 16G 1"	3	
BD NOKOR NEEDLE 18G 1"	3	
BD PRECISIONGLIDE 3 ML 22G 3/4"	3	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25G	3	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27G 1.5"	3	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 27G 3/8"	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 13MM	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 13MM	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 13MM	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 8MM	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 13MM	3	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE	3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18G 1.5"	3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21G 1"	3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21G 1.5"	3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22G 1.5"	3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 23G 40MM	3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25G 1"	3	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27G 5/8"	3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27G 5/8"	3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 3 ML	3	
BD SYRINGE 3 ML 18G 1.5"	3	
BD SYRINGE 3 ML 20G 1.5"	3	
BD SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
BD SYRINGE 3 ML 25G 1.5"	3	
BD SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML	3	
BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	3	
BD ULTRAFINE MICRO PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
BD ULTRAFINE MINI PEN NEEDLE 31G 5MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BD ULTRAFINE NANO PEN NEEDLE 32G 4MM	3		BETAMETHASONE VALERATE 0.12% FOAM	3	
BD ULTRAFINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29G 12.7MM	3		BETAMETHASONE VALERATE 0.1% LOTION	2	
BD ULTRAFINE SHORT PEN NEEDLE 31G 8MM	3		BETAMETHASONE VALERATE 0.1% OINTMENT	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3		BETAXOLOL 0.5% EYE DROPS	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM (1/2)	3		BETAXOLOL 10 MG TABLET	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	3		BETAXOLOL 20 MG TABLET	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3		BETHANECHOL 5 MG TABLET	2	
BELLADONNA-OPIUM 16.2-30 SUPPOSITORY	2	PA	BETHANECHOL 10 MG TABLET	2	
BELLADONNA-OPIUM 16.2-60 SUPPOSITORY	2	PA	BETHANECHOL 25 MG TABLET	2	
BELSOMRA 5 MG TABLET	4	QL, ST	BETHANECHOL 50 MG TABLET	2	
BELSOMRA 10 MG TABLET	4	QL, ST	BEXAROTENE 1% GEL	5	PA, SRX
BELSOMRA 15 MG TABLET	4	QL, ST	BEXAROTENE 75 MG CAPSULE	5	PA, SRX
BELSOMRA 20 MG TABLET	4	QL, ST	BEXSERO PREFILLED SYRINGE	3	
BENZAEPRIIL 5 MG TABLET	1		BEYFORTUS 50 MG/0.5 ML SYRINGE	3	
BENZAEPRIIL 10 MG TABLET	1		BEYFORTUS 100 MG/ML SYRINGE	3	
BENZAEPRIIL 20 MG TABLET	1		BICALUTAMIDE 50 MG TABLET	2	
BENZAEPRIIL 40 MG TABLET	1		BIKTARVY 30-120-15 MG TABLET	4	QL, SRX
BENZAEPRIIL-HCTZ 5-6.25 MG TABLET	2		BIKTARVY 50-200-25 MG TABLET	4	QL, SRX
BENZAEPRIIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	2		BIMATOPROST 0.03% EYE DROPS	2	QL
BENZAEPRIIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	2		BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET	4	
BENZAEPRIIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	2		BISOPROLOL 5 MG TABLET	2	
BENZONATATE 100 MG CAPSULE	2		BISOPROLOL 10 MG TABLET	2	
BENZONATATE 200 MG CAPSULE	2		BISOPROLOL-HCTZ 2.5-6.25 MG TABLET	1	
BENZTROPINE 0.5 MG TABLET	2		BISOPROLOL-HCTZ 5-6.25 MG TABLET	1	
BENZTROPINE 1 MG TABLET	2		BISOPROLOL-HCTZ 10-6.25 MG TABLET	1	
BENZTROPINE 2 MG TABLET	2		BLISOVI 24 FE TABLET	1	
BEPOTASTINE 1.5% EYE DROPS	4		BLISOVI FE 1-20 TABLET	1	
BESER 0.05% LOTION	4		BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	1	
BETADINE 5% EYE SOLUTION	4		BLOOD GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3	
BETAINE 1 GRAM/SCOOP POWDER	5	PA, SRX	BLUNT NEEDLE	3	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% CREAM	2		BOOSTRIX TDAP	3	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% LOTION	2		BOSENTAN 62.5 MG TABLET	5	PA, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% OINTMENT	2		BOSENTAN 125 MG TABLET	5	PA, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% CREAM	2		BOSULIF 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% GEL	2		BOSULIF 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% LOTION	2		BOSULIF 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% OINTMENT	2		BOSULIF 400 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
BETAMETHASONE VALERATE 0.1% CREAM	2		BOSULIF 500 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
			BREATHERITE MDI SPACER	3	QL
			BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	3	QL
			BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	3	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BREATHERITE SPACER-LARGE CHILD MASK	3	QL
BREATHERITE SPACER-NEONATE MASK	3	QL
BREATHERITE SPACER-SMALL CHILD MASK	3	QL
BREATHRITE VALVED MDI CHAMBER	3	QL
BREATHRITE VALVED MDI SPACER	3	QL
BREEZE 2 CONTROL SOLUTION	3	
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER	3	QL
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INHALER	3	QL
BREO ELLIPTA 200-25 MCG INHALER	3	QL
BREYNA 80-4.5 MCG INHALER	4	QL
BREYNA 160-4.5 MCG INHALER	4	QL
BRIELLYN TABLET	1	
BRIMONIDINE 0.1% DROPS	2	
BRIMONIDINE 0.15% DROPS	2	
BRIMONIDINE 0.2% EYE DROPS	2	
BRIMONIDINE-TIMOLOL 0.2%-0.5% EYE DROPS	4	
BRINZOLAMIDE 1% EYE DROPS	3	
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, QL
BRIVIACT 10 MG TABLET	4	PA, QL
BRIVIACT 25 MG TABLET	4	PA, QL
BRIVIACT 50 MG TABLET	4	PA, QL
BRIVIACT 75 MG TABLET	4	PA, QL
BRIVIACT 100 MG TABLET	4	PA, QL
BROMFENAC 0.09% EYE DROPS	3	
BROMOCRIPTINE 5 MG CAPSULE	2	
BROMOCRIPTINE 2.5 MG TABLET	2	
BROMPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE-DM 2-30-10 MG/5 ML SYRUP	2	
BROOKS INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
BUDESONIDE 0.25 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	4	QL
BUDESONIDE 0.5 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	4	QL
BUDESONIDE 1 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	4	QL
BUDESONIDE DR 3 MG CAPSULE	4	
BUDESONIDE EC 3 MG CAPSULE	4	
BUDESONIDE ER 9 MG TABLET	5	PA, QL
BUDESONIDE-FORMOTEROL 80-4.5 INHALER	4	QL
BUDESONIDE-FORMOTEROL 160-4.5 INHALER	4	QL
BUMETANIDE 0.5 MG TABLET	2	
BUMETANIDE 1 MG TABLET	2	
BUMETANIDE 2 MG TABLET	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BUPRENORPHINE 5 MCG/HR PATCH	3	QL
BUPRENORPHINE 7.5 MCG/HR PATCH	3	QL
BUPRENORPHINE 10 MCG/HR PATCH	3	QL
BUPRENORPHINE 15 MCG/HR PATCH	3	QL
BUPRENORPHINE 20 MCG/HR PATCH	3	QL
BUPRENORPHINE 2 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
BUPRENORPHINE 8 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 2-0.5 MG FILM	2	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 4-1 MG FILM	2	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 8-2 MG FILM	2	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 12-3 MG FILM	2	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 2-0.5 MG TABLET	2	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 8-2 MG TABLET	2	
BUPROPION 75 MG TABLET	2	QL
BUPROPION 100 MG TABLET	2	QL
BUPROPION SR 100 MG TABLET	2	QL
BUPROPION SR 150 MG TABLET	2	
BUPROPION SR 150 MG TABLET (smoking cessation)	2	QL
BUPROPION SR 200 MG TABLET	2	QL
BUPROPION XL 150 MG TABLET	2	QL
BUPROPION XL 300 MG TABLET	2	QL
BUSPIRONE 5 MG TABLET	1	
BUSPIRONE 7.5 MG TABLET	2	
BUSPIRONE 10 MG TABLET	1	
BUSPIRONE 15 MG TABLET	2	
BUSPIRONE 30 MG TABLET	2	
BUTALBITAL COMPOUND-CODEINE #3 CAPSULE	3	PA
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN 50-325 MG TABLET	2	
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE 50-300-40 MG CAPSULE	2	QL
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE 50-325-40 MG TABLET	2	QL
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-CODEINE 50-300-30 MG CAPSULE	2	PA
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-CODEINE 50-325-30 MG CAPSULE	2	PA
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE CAPSULE	2	QL
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE TABLET	2	QL
BUTORPHANOL 10 MG/ML NASAL SPRAY	2	PA, QL
BYDUREON BCISE 2 MG AUTO-INJECTOR	3	PA, QL
BYETTA 5 MCG DOSE PEN INJECTOR	3	PA, QL
BYETTA 10 MCG DOSE PEN INJECTOR	3	PA, QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		CAPECITABINE 150 MG TABLET	5	PA, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3		CAPECITABINE 500 MG TABLET	5	PA, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		CAPRELSA 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		CAPRELSA 300 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3		CAPTAPRIL 12.5 MG TABLET	2	
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		CAPTAPRIL 25 MG TABLET	2	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		CAPTAPRIL 50 MG TABLET	2	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3		CAPTAPRIL 100 MG TABLET	2	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		CAPTAPRIL-HCTZ 25-15 MG TABLET	2	QL
CABERGOLINE 0.5 MG TABLET	2	QL	CAPTAPRIL-HCTZ 25-25 MG TABLET	2	QL
CABOMETYX 20 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	CAPTAPRIL-HCTZ 50-15 MG TABLET	2	QL
CABOMETYX 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	CAPTAPRIL-HCTZ 50-25 MG TABLET	2	QL
CABOMETYX 60 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	CAPVAXIVE 0.5 ML SYRINGE	3	
CAFFEINE CITRATE 60 MG/3 ML ORAL SOLUTION	2		CARBAMAZEPINE 100 MG CHEWABLE TABLET	2	
CALCIPOTRIENE 0.005% CREAM	3		CARBAMAZEPINE 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CALCIPOTRIENE 0.005% OINTMENT	3		CARBAMAZEPINE 200 MG TABLET	2	
CALCIPOTRIENE 0.005% TOPICAL SOLUTION	3		CARBAMAZEPINE ER 100 MG CAPSULE	2	
CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE OINTMENT	4		CARBAMAZEPINE ER 200 MG CAPSULE	2	
CALCITONIN-SALMON 200 UNIT NASAL SPRAY	2		CARBAMAZEPINE ER 300 MG CAPSULE	2	
CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULE	2		CARBAMAZEPINE ER 100 MG TABLET	2	
CALCITRIOL 0.5 MCG CAPSULE	2		CARBAMAZEPINE ER 200 MG TABLET	2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML ORAL SOLUTION	2		CARBAMAZEPINE ER 400 MG TABLET	2	
CALCITRIOL 3 MCG/G OINTMENT	2	QL	CARBIDOPA 25 MG TABLET	4	
CALCIUM ACETATE 667 MG CAPSULE	2		CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG ODT TABLET	2	
CALCIUM ACETATE 667 MG GELCAP	2		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG ODT TABLET	2	
CALCIUM ACETATE 667 MG TABLET	2		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG ODT TABLET	2	
CALQUENCE 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 TABLET	2	
CAMILA 0.35 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 TABLET	2	
CAMRESE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 TABLET	2	
CAMRESE LO TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA ER 25-100 TABLET	2	
CAMZYOS 2.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	CARBIDOPA-LEVODOPA ER 50-200 TABLET	2	
CAMZYOS 5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 12.5 MG-50 MG TABLET	3	
CAMZYOS 10 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 18.75 MG-75 MG TABLET	3	
CAMZYOS 15 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 25 MG-100 MG-200 MG TABLET	3	
CANDESARTAN 4 MG TABLET	2		CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 31.25 MG-125 MG TABLET	3	
CANDESARTAN 8 MG TABLET	2		CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 37.5 MG-150 MG TABLET	3	
CANDESARTAN 16 MG TABLET	2		CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 50 MG-200 MG-200 MG TABLET	3	
CANDESARTAN 32 MG TABLET	2				
CANDESARTAN-HCTZ 16-12.5 MG TABLET	2				
CANDESARTAN-HCTZ 32-12.5 MG TABLET	2				
CANDESARTAN-HCTZ 32-25 MG TABLET	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CARBINOXAMINE 4 MG/5 ML ORAL LIQUID	2		CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 5/8"	3	
CARBINOXAMINE 4 MG TABLET	2		CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 26G 1"	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 29G 12.7MM	3		CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 30G 8MM	3		CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 31G 6MM	3		CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 23G 1"	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 31G 8MM	3		CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 32G 4MM	3		CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 32G 5MM	3		CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 1.5"	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 32G 6MM	3		CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3	
CAREONE SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3		CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
CAREONE SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3		CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
CAREONE SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3		CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 29G 1/2"	3		CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 29G 12MM	3		CARETOUCH PEN NEEDLE 32G 3/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 1/4"	3		CARETOUCH PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	3		CARETOUCH SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 5/16"	3		CARETOUCH SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 5MM	3		CARETOUCH SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 6MM	3		CARETOUCH SYRINGE 1 ML 28G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 8MM	3		CARETOUCH SYRINGE 1 ML 29G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 32G 4MM	3		CARETOUCH SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3		CARETOUCH SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 20G 1.5"	3		CARGLUMIC ACID 200 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, LDD, SRX
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 21G 1"	3		CARISOPRODOL 250 MG TABLET	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	3		CARISOPRODOL 350 MG TABLET	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 22G 1"	3		CARISOPRODOL-ASPIRIN 200-325 MG TABLET	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 22G 38MM	3		CARISOPRODOL-ASPIRIN-CODEINE TABLET	2	PA
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 23G 1"	3		CARTEOLOL 1% EYE DROPS	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	3		CARTIA XT 120 MG CAPSULE	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 25G 1"	3		CARTIA XT 180 MG CAPSULE	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3		CARTIA XT 240 MG CAPSULE	2	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE 21G 1"	3		CARTIA XT 300 MG CAPSULE	2	
CARESENS CONTROL SOLUTION	3		CARVEDILOL 3.125 MG TABLET	1	
CARETOUCH L2-L3 CONTROL SOLUTION	3		CARVEDILOL 6.25 MG TABLET	1	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 18G 1.5"	3		CARVEDILOL 12.5 MG TABLET	1	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 20G 1"	3		CARVEDILOL 25 MG TABLET	1	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 22G 1"	3		CAYSTON 75 MG INHALATION SOLUTION	5	PA, QL, LDD, SRX
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23G 1"	3		CAZANT 28 DAY TABLET	1	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23G 1.5"	3		CEFACLOL 250 MG CAPSULE	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 1"	3		CEFACLOL 500 MG CAPSULE	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 1.5"	3		CEFACLOL 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CEFACLO 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CHEMSTRIP 10 WITH SG TEST STRIP	3	
CEFACLO 375 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CHEMSTRIP 2 GP TEST STRIP	3	
CEFACLO ER 500 MG TABLET	3		CHEMSTRIP 2 LN TEST STRIP	3	
CEFADROXIL 500 MG CAPSULE	2		CHEMSTRIP 50B TEST STRIP	3	
CEFADROXIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CHEMSTRIP 7 TEST STRIP	3	
CEFADROXIL 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CHEMSTRIP BG DIARY	3	
CEFADROXIL 1 GM TABLET	2		CHEMSTRIP MICRAL TEST STRIP	3	
CEFDINIR 300 MG CAPSULE	2		CHEMSTRIP-9 TEST STRIP	3	
CEFDINIR 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CHLORDIAZEPOXIDE 5 MG CAPSULE	2	
CEFDINIR 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CHLORDIAZEPOXIDE 10 MG CAPSULE	2	
CEFIXIME 400 MG CAPSULE	3		CHLORDIAZEPOXIDE 25 MG CAPSULE	2	
CEFIXIME 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3		CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE 5-12.5 MG TABLET	2	
CEFIXIME 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3		CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE 10-25 MG TABLET	2	
CEFPODOXIME 50 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM CAPSULE	2	
CEFPODOXIME 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CHLORHEXIDINE 0.12% ORAL RINSE	2	
CEFPODOXIME 100 MG TABLET	2		CHLOROQUINE 250 MG TABLET	2	
CEFPODOXIME 200 MG TABLET	2		CHLOROQUINE 500 MG TABLET	2	
CEFPROZIL 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CHLORPROMAZINE 10 MG TABLET	3	
CEFPROZIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CHLORPROMAZINE 25 MG TABLET	3	
CEFPROZIL 250 MG TABLET	2		CHLORPROMAZINE 50 MG TABLET	3	
CEFPROZIL 500 MG TABLET	2		CHLORPROMAZINE 100 MG TABLET	3	
CEFUROXIME AXETIL 250 MG TABLET	2		CHLORPROMAZINE 200 MG TABLET	3	
CEFUROXIME AXETIL 500 MG TABLET	2		CHLORTHALIDONE 25 MG TABLET	1	
CELECOXIB 50 MG CAPSULE	2	QL	CHLORTHALIDONE 50 MG TABLET	1	
CELECOXIB 100 MG CAPSULE	2	QL	CHLORZOXAZONE 500 MG TABLET	2	
CELECOXIB 200 MG CAPSULE	2	QL	CHOLESTYRAMINE LIGHT PACKET	2	
CELECOXIB 400 MG CAPSULE	2	QL	CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER	2	
CEPHALEXIN 250 MG CAPSULE	1		CHOLESTYRAMINE PACKET	2	
CEPHALEXIN 500 MG CAPSULE	1		CHOLESTYRAMINE POWDER	2	
CEPHALEXIN 750 MG CAPSULE	2		CHORIONIC GONADOTROPIN 10,000 UNIT VIAL	4	PA, SRX
CEPHALEXIN 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CICLODAN 0.77% CREAM	2	
CEPHALEXIN 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CICLODAN 8% TOPICAL SOLUTION	2	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	3		CICLOPIROX 0.77% CREAM	2	
CETIRIZINE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2		CICLOPIROX 0.77% GEL	2	
CETIRIZINE 1 MG/ML SYRUP	2		CICLOPIROX 1% SHAMPOO	2	
CEVIMELINE 30 MG CAPSULE	2		CICLOPIROX 8% TOPICAL SOLUTION	2	
CHARLOTTE 24 FE CHEWABLE TABLET	1		CICLOPIROX 0.77% TOPICAL SUSPENSION	2	
CHATEAL EQ-28 TABLET	1		CILOSTAZOL 50 MG TABLET	2	
CHEK-STIX TEST STRIP	3		CILOSTAZOL 100 MG TABLET	2	
CHEMET 100 MG CAPSULE	4		CILOXAN 0.3% OINTMENT	4	
CHEMSTRIP 10 MD TEST STRIP	3				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CIMETIDINE 300 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		CLICKFINE NEEDLE 31G 1/4"	3	
CIMETIDINE 200 MG TABLET	2		CLICKFINE NEEDLE 31G 5/16"	3	
CIMETIDINE 300 MG TABLET	2		CLICKFINE PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
CIMETIDINE 400 MG TABLET	2		CLICKFINE UNIVERSAL 31G 1/4"	3	
CIMETIDINE 800 MG TABLET	2		CLINDACIN 1% FOAM	3	
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	5	PA, QL, LDD, SRX	CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET	2	
CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) STARTER KIT	5	PA, QL, LDD, SRX	CLINDACIN P 1% PLEDGET	2	
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	5	PA, QL, LDD, SRX	CLINDAMYCIN (PEDI) 75 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
CINACALCET 30 MG TABLET	5	PA, SRX	CLINDAMYCIN 2% VAGINAL CREAM	2	
CINACALCET 60 MG TABLET	5	PA, SRX	CLINDAMYCIN HCL 75 MG CAPSULE	2	
CINACALCET 90 MG TABLET	5	PA, SRX	CLINDAMYCIN HCL 150 MG CAPSULE	2	
CIPROFLOXACIN 0.2% EAR SOLUTION	2		CLINDAMYCIN HCL 300 MG CAPSULE	2	
CIPROFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	2		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% FOAM	3	
CIPROFLOXACIN 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% GEL	2	
CIPROFLOXACIN 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% LOTION	2	
CIPROFLOXACIN 250 MG TABLET	1		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% PLEDGET	2	
CIPROFLOXACIN 500 MG TABLET	1		CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% TOPICAL SOLUTION	2	
CIPROFLOXACIN 750 MG TABLET	1		CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1.2-5% GEL	2	
CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE EAR SUSPENSION	3		CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% GEL	2	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE 0.3-0.025% VIAL	3	PA	CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% GEL PUMP	2	
CITALOPRAM 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	CLINDAMYCIN-TRETINOIN 1.2%-0.025% GEL	2	
CITALOPRAM 10 MG TABLET	1	QL	CLINDESSE 2% VAGINAL CREAM	4	
CITALOPRAM 20 MG TABLET	1	QL	CLOBAZAM 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION	4	PA
CITALOPRAM 40 MG TABLET	1	QL	CLOBAZAM 10 MG TABLET	4	PA
CLARAVIS 10 MG CAPSULE	4		CLOBAZAM 20 MG TABLET	4	PA
CLARAVIS 20 MG CAPSULE	4		CLOBETASOL 0.05% CREAM	2	QL
CLARAVIS 30 MG CAPSULE	4		CLOBETASOL 0.05% GEL	2	QL
CLARAVIS 40 MG CAPSULE	4		CLOBETASOL 0.05% OINTMENT	2	QL
CLARITHROMYCIN 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CLOBETASOL 0.05% SHAMPOO	2	QL
CLARITHROMYCIN 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		CLOBETASOL 0.05% TOPICAL LOTION	2	QL
CLARITHROMYCIN 250 MG TABLET	2		CLOBETASOL 0.05% TOPICAL SOLUTION	2	QL
CLARITHROMYCIN 500 MG TABLET	2		CLOBETASOL EMOLLIENT 0.05% CREAM	2	QL
CLARITHROMYCIN ER 500 MG TABLET	3		CLOBETASOL EMOLLIENT 0.05% FOAM	3	QL
CLEMASTINE 2.68 MG TABLET	2		CLOBETASOL EMULSION 0.05% FOAM	3	QL
CLEVER CHOICE CHAMBER-LARGE MASK	3	QL	CLOBETASOL PROPIONATE 0.05% FOAM	2	QL
CLEVER CHOICE CHAMBER-MEDIUM MASK	3	QL	CLOBETASOL PROPIONATE 0.05% SPRAY	2	QL
CLEVER CHOICE CHAMBER-SMALL MASK	3	QL	CLOCORTOLONE PIVALATE 0.1% CREAM	4	
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3		CLODAN 0.05% SHAMPOO	2	QL
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3		CLOMIPRAMINE 25 MG CAPSULE	4	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	3		CLOMIPRAMINE 50 MG CAPSULE	4	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	3		CLOMIPRAMINE 75 MG CAPSULE	4	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CLONAZEPAM 0.125 MG ODT TABLET	2		COLESEVELAM 3.75 G PACKET	3	
CLONAZEPAM 0.25 MG ODT TABLET	2		COLESEVELAM 625 MG TABLET	3	
CLONAZEPAM 0.5 MG ODT TABLET	2		COLESTIPOL GRANULES	2	
CLONAZEPAM 1 MG ODT TABLET	2		COLESTIPOL GRANULES PACKET	2	
CLONAZEPAM 2 MG ODT TABLET	2		COLESTIPOL 1 GM TABLET	2	
CLONAZEPAM 0.5 MG TABLET	2		COMBISTIX REAGENT TEST STRIP	3	
CLONAZEPAM 1 MG TABLET	2		COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	5	PA, QL, LDD, SRX
CLONAZEPAM 2 MG TABLET	2		COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PACK	5	PA, QL, LDD, SRX
CLONIDINE 0.1 MG/DAY PATCH	2		COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PACK	5	PA, QL, LDD, SRX
CLONIDINE 0.2 MG/DAY PATCH	2		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
CLONIDINE 0.3 MG/DAY PATCH	2		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
CLONIDINE 0.1 MG TABLET	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
CLONIDINE 0.2 MG TABLET	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 15/64"	3	
CLONIDINE 0.3 MG TABLET	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
CLONIDINE ER 0.1 MG TABLET	2		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 15/64"	3	
CLOPIDOGREL 75 MG TABLET	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
CLOPIDOGREL 300 MG TABLET	2		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	3	
CLORAZEPATE 3.75 MG TABLET	2		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
CLORAZEPATE 7.5 MG TABLET	2		COMFORT EZ PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
CLORAZEPATE 15 MG TABLET	2		COMFORT EZ PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
CLOTTRIMAZOLE 10 MG LOZENGE	2		COMFORT EZ PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
CLOTTRIMAZOLE 1% TOPICAL CREAM	2		COMFORT EZ PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
CLOTTRIMAZOLE 1% TOPICAL SOLUTION	2		COMFORT EZ PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
CLOTTRIMAZOLE 10 MG TROCHE	2		COMFORT EZ PEN NEEDLE 32G 5MM	3	
CLOTTRIMAZOLE-BETAMETHASONE CREAM	2		COMFORT EZ PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
CLOTTRIMAZOLE-BETAMETHASONE LOTION	2		COMFORT EZ PEN NEEDLE 32G 8MM	3	
CLOZAPINE 25 MG TABLET	2		COMFORT EZ PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
CLOZAPINE 50 MG TABLET	2		COMFORT EZ PEN NEEDLE 33G 5MM	3	
CLOZAPINE 100 MG TABLET	2		COMFORT EZ PEN NEEDLE 33G 6MM	3	
CLOZAPINE 200 MG TABLET	2		COMFORT EZ PEN NEEDLE 33G 8MM	3	
CLOZAPINE 12.5 MG ODT TABLET	4		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
CLOZAPINE 25 MG ODT TABLET	4		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 31G 4MM	3	
CLOZAPINE 150 MG ODT TABLET	4		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
CLOZAPINE 100 MG ODT TABLET	4		COMFORT EZ SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
CLOZAPINE 200 MG ODT TABLET	4		COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
C-NATE DHA SOFTGEL	1		COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
COARTEM TABLET	4	QL	COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
CODEINE SULFATE 15 MG TABLET	2	PA	COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
CODEINE SULFATE 30 MG TABLET	2	PA	COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
CODEINE SULFATE 60 MG TABLET	2	PA	COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
COLCHICINE 0.6 MG TABLET	2		COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G 1/2"	3		COTELLIC 20 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/3"	3		COVARYX H.S. TABLET	2	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		COVARYX TABLET	2	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/6"	3		CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE	4	PA
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 4MM	3		CRESEMBA 186 MG CAPSULE	4	PA
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 5MM	3		CROMOLYN 4% EYE DROPS	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 6MM	3		CROMOLYN 20 MG/2 ML INHALATION SOLUTION	4	QL
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 8MM	3		CROMOLYN 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	4	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 4MM	3		CROTAN 10% LOTION	4	PA
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 5MM	3		CRYSSELLE-28 TABLET	1	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 6MM	3		CVS ALKALINE BATTERIES	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 8MM	3		CVS KETONE CARE TEST STRIP	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33G 4MM	3		CYANOCOBALAMIN 1,000 MCG/ML VIAL	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33G 5MM	3		CYANOCOBALAMIN 10,000 MCG/10 ML VIAL	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33G 6MM	3		CYANOCOBALAMIN 30,000 MCG/30 ML VIAL	2	
COMFORTSEAL LARGE MASK	3	QL	CYCLOBENZAPRINE 5 MG TABLET	1	
COMFORTSEAL MEDIUM MASK	3	QL	CYCLOBENZAPRINE 10 MG TABLET	1	
COMFORTSEAL SMALL MASK	3	QL	CYCLOMYDRIL EYE DROPS	4	
COMIRNATY (12Y UP) SYRINGE	3		CYCLOPENTOLATE 0.5% EYE DROPS	2	
COMIRNATY (12Y UP) VIAL	3		CYCLOPENTOLATE 1% EYE DROPS	2	
COMIRNATY 30 MCG/0.3 ML VACCINE - GRAY	3		CYCLOPENTOLATE 2% EYE DROPS	2	
COMPACT SPACE CHAMBER	3	QL	CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAPSULE	3	SRX
COMPACT SPACE CHAMBER-LARGE MASK	3	QL	CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAPSULE	3	SRX
COMPACT SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	3	QL	CYCLOSERINE 250 MG CAPSULE	2	
COMPACT SPACE CHAMBER-SMALL MASK	3	QL	CYCLOSET 0.8 MG TABLET	4	
COMPLETENATE CHEWABLE TABLET	1		CYCLOSPORINE 25 MG CAPSULE	2	SRX
COMPRO 25 MG SUPPOSITORY	3		CYCLOSPORINE 100 MG CAPSULE	2	SRX
CONSTULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	2		CYCLOSPORINE 0.05% EYE EMULSION	4	
CONTOUR CONTROL SOLUTION	3		CYCLOSPORINE MODIFIED 25 MG CAPSULE	2	SRX
CONTOUR NEXT LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3		CYCLOSPORINE MODIFIED 50 MG CAPSULE	2	SRX
CONTOUR NEXT LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3		CYCLOSPORINE MODIFIED 100 MG CAPSULE	2	SRX
COOL A CONTROL SOLUTION	3		CYCLOSPORINE MODIFIED 100 MG/ML ORAL SOLUTION	2	SRX
COOL B CONTROL SOLUTION	3		CYLTEZO (CF) 40 MG CROHN'S-UC-HS PEN	5	PA, QL, SRX
CORTISONE 25 MG TABLET	2		CYLTEZO (CF) 40 MG/0.4 ML PEN	5	PA, QL, SRX
CORTISPORIN-TC EAR SUSPENSION	4		CYLTEZO (CF) 40 MG/0.8 ML PEN	5	PA, QL, SRX
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	CYLTEZO (CF) 40 MG PSORIASIS-UEVITIS PEN	5	PA, QL, SRX
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	CYLTEZO (CF) 10 MG/0.2 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	5	PA, QL, SRX	CYLTEZO (CF) 20 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
COSENTYX SENSOREADY 150 MG PEN	5	PA, QL, SRX	CYLTEZO (CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
COSENTYX SENSOREADY 300 MG DOSE-2PEN	5	PA, QL, SRX	CYLTEZO (CF) 40 MG/0.8 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	5	PA, QL, SRX			

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SYRUP	2	
CYPROHEPTADINE 4 MG TABLET	2	
CYRED 28 DAY TABLET	1	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	1	
CYSTAGON 50 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX
CYSTAGON 150 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	4	PA, QL, LDD, SRX
DABIGATRAN 75 MG CAPSULE	4	QL
DABIGATRAN 110 MG CAPSULE	4	QL
DABIGATRAN 150 MG CAPSULE	4	QL
DALFAMPRIDINE ER 10 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
DANAZOL 50 MG CAPSULE	2	
DANAZOL 100 MG CAPSULE	2	
DANAZOL 200 MG CAPSULE	2	
DANTROLENE 25 MG CAPSULE	2	
DANTROLENE 50 MG CAPSULE	2	
DANTROLENE 100 MG CAPSULE	2	
DAPSONE 25 MG TABLET	4	
DAPSONE 100 MG TABLET	4	
DAPTACEL DTAP VACCINE	3	
DARIFENACIN ER 7.5 MG TABLET	2	
DARIFENACIN ER 15 MG TABLET	2	
DARUNAVIR 600 MG TABLET	2	SRX
DARUNAVIR 800 MG TABLET	2	SRX
DASATINIB 20 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
DASATINIB 50 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
DASATINIB 70 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
DASATINIB 80 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
DASATINIB 100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
DASATINIB 140 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
DASETTA 1-35-28 TABLET	1	
DASETTA 7/7/7-28 TABLET	1	
DAYSEE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	1	
DEFERASIROX 90 MG GRANULE PACKET	5	PA, SRX
DEFERASIROX 180 MG GRANULE PACKET	5	PA, SRX
DEFERASIROX 360 MG GRANULE PACKET	5	PA, SRX
DEFERASIROX 90 MG TABLET	5	PA, SRX
DEFERASIROX 180 MG TABLET	5	PA, SRX
DEFERASIROX 360 MG TABLET	5	PA, SRX
DEFERASIROX 125 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DEFERASIROX 250 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX
DEFERASIROX 500 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, SRX
DEFERIPRONE 500 MG TABLET	5	PA, SRX
DEFERIPRONE 1,000 MG TABLET (3X/DAY)	5	PA, SRX
DELTEC COZMO CLEO INFUSION SET	3	
DEMECLOCYCLINE 150 MG TABLET	3	
DEMECLOCYCLINE 300 MG TABLET	3	
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE TOOTHPASTE	2	
DENTA 5000 PLUS TOOTHPASTE	2	
DENTAGEL 1.1% GEL	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	4	
DERMACINRX LIDOCAN 5% PATCH	2	
DESCOVY 120-15 MG TABLET	3	SRX
DESCOVY 200-25 MG TABLET	3	SRX
DESIPRAMINE 10 MG TABLET	2	
DESIPRAMINE 25 MG TABLET	2	
DESIPRAMINE 50 MG TABLET	2	
DESIPRAMINE 75 MG TABLET	2	
DESIPRAMINE 100 MG TABLET	2	
DESIPRAMINE 150 MG TABLET	2	
DESLOTRADINE 5 MG TABLET	2	QL
DESLOTRADINE 2.5 MG ODT TABLET	2	QL
DESLOTRADINE 5 MG ODT TABLET	2	QL
DESMOPRESSIN 0.01% NASAL SPRAY	2	
DESMOPRESSIN 10 MCG/0.1 ML NASAL SPRAY	2	
DESMOPRESSIN 0.1 MG TABLET	2	
DESMOPRESSIN 0.2 MG TABLET	2	
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03 MG TABLET	1	
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL TABLET	1	
DESONIDE 0.05% CREAM	2	
DESONIDE 0.05% LOTION	3	
DESONIDE 0.05% OINTMENT	2	
DESOXIMETASONE 0.05% CREAM	3	
DESOXIMETASONE 0.25% CREAM	3	
DESOXIMETASONE 0.05% GEL	3	
DESOXIMETASONE 0.05% OINTMENT	3	
DESOXIMETASONE 0.25% OINTMENT	3	
DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER 25 MG TABLET	2	QL
DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER 50 MG TABLET	2	QL
DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER 100 MG TABLET	2	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DEXAMETHASONE 0.1% EYE DROPS	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML LIQUID	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 0.75 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 1 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 1.5 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 2 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 4 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE 6 MG TABLET	2	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
DEXCOM G6 RECEIVER	3	PA, QL
DEXCOM G6 SENSOR	3	PA, QL
DEXCOM G6 TRANSMITTER	3	PA, QL
DEXCOM G7 RECEIVER	3	PA, QL
DEXCOM G7 SENSOR	3	PA, QL
DEXLANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	4	QL
DEXLANSOPRAZOLE DR 60 MG CAPSULE	4	QL
DEXMETHYLPHENIDATE 2.5 MG TABLET	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE 5 MG TABLET	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE 10 MG TABLET	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 5 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 10 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 15 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 20 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 25 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 30 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 35 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 40 MG CAPSULE	3	QL
DEXTROAMPHETAMINE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE 5 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE 10 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE ER 5 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE ER 10 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE ER 15 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 5 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 7.5 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 10 MG TABLET	2	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 12.5 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 15 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 20 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 30 MG TABLET	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 5 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 10 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 15 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 20 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 25 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 30 MG CAPSULE	2	QL
DIASTIX REAGENT TEST STRIP	3	
DIATRUE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3	
DIATRUE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3	
DIATRUE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	3	
DIAZEPAM 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
DIAZEPAM 25 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	
DIAZEPAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DIAZEPAM 2.5 MG RECTAL GEL (2PK)	2	
DIAZEPAM 10 MG RECTAL GEL (2PK)	2	
DIAZEPAM 20 MG RECTAL GEL (2PK)	2	
DIAZEPAM 10 MG RECTAL GEL SYRINGE	2	
DIAZEPAM 20 MG RECTAL GEL SYRINGE	2	
DIAZEPAM 2 MG TABLET	2	
DIAZEPAM 5 MG TABLET	2	
DIAZEPAM 10 MG TABLET	2	
DIAZOXIDE 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	4	
DICLOFENAC 0.1% EYE DROPS	2	
DICLOFENAC 1.5% TOPICAL SOLUTION	2	
DICLOFENAC POTASSIUM 50 MG TABLET	2	
DICLOFENAC SODIUM 1% GEL	2	QL
DICLOFENAC SODIUM DR 25 MG TABLET	2	
DICLOFENAC SODIUM DR 50 MG TABLET	2	
DICLOFENAC SODIUM DR 75 MG TABLET	2	
DICLOFENAC SODIUM EC 25 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DICLOFENAC SODIUM EC 50 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(LA) 420 MG TABLET	3	
DICLOFENAC SODIUM EC 75 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(XR) 120 MG CAPSULE	2	
DICLOFENAC SODIUM ER 100 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(XR) 180 MG CAPSULE	2	
DICLOFENAC-MISOPROSTOL 50-0.2 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24H ER(XR) 240 MG CAPSULE	2	
DICLOFENAC-MISOPROSTOL 75-0.2 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24HR ER 120 MG CAPSULE	2	
DICLOXACILLIN 250 MG CAPSULE	2		DILTIAZEM 24HR ER 180 MG CAPSULE	2	
DICLOXACILLIN 500 MG CAPSULE	2		DILTIAZEM 24HR ER 240 MG CAPSULE	2	
DICYCLOMINE 10 MG CAPSULE	2		DILTIAZEM 24HR ER 300 MG CAPSULE	2	
DICYCLOMINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		DILTIAZEM 24HR ER 360 MG CAPSULE	2	
DICYCLOMINE 20 MG TABLET	2		DILTIAZEM 24HR ER 420 MG CAPSULE	2	
DIDANOSINE DR 250 MG CAPSULE	2	SRX	DILTIAZEM 30 MG TABLET	1	
DIDANOSINE DR 400 MG CAPSULE	2	SRX	DILTIAZEM 60 MG TABLET	1	
DIFICID 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	4	PA, QL	DILTIAZEM 90 MG TABLET	1	
DIFICID 200 MG TABLET	4	PA, QL	DIMETHYL FUMARATE 30 DAY STARTER PACK	4	PA, QL, SRX
DIFLUNISAL 500 MG TABLET	2		DIMETHYL FUMARATE DR 120 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
DIFLUPREDNATE 0.05% EYE DROPS	3		DIMETHYL FUMARATE DR 240 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
DIGOX 125 MCG TABLET	2		DIPENTUM 250 MG CAPSULE	4	
DIGOX 250 MCG TABLET	2		DIPHEN 12.5 MG/5 ML ELIXIR	4	
DIGOXIN 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	2		DIPHEN 12.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4	
DIGOXIN 0.125 MG TABLET	2		DIPHENHYDRAMINE 12.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DIGOXIN 0.25 MG TABLET	2		DIPHENHYDRAMINE 25 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	
DIGOXIN 125 MCG TABLET	2		DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DIGOXIN 250 MCG TABLET	2		DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG TABLET	2	
DIHYDROERGOTAMINE 1 MG/ML AMPULE	4	QL	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PEDIATRIC	3	
DILT XR 120 MG CAPSULE	2		DIPYRIDAMOLE 25 MG TABLET	2	
DILT XR 180 MG CAPSULE	2		DIPYRIDAMOLE 50 MG TABLET	2	
DILT XR 240 MG CAPSULE	2		DIPYRIDAMOLE 75 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 120 MG TABLET	1		DISOPYRAMIDE 100 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 12HR ER 60 MG CAPSULE	2		DISOPYRAMIDE 150 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 12HR ER 90 MG CAPSULE	2		DISULFIRAM 250 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 12HR ER 120 MG CAPSULE	2		DISULFIRAM 500 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 120 MG CAPSULE	2		DIVALPROEX DR 125 MG CAPSULE SPRINKLE	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 180 MG CAPSULE	2		DIVALPROEX DR 125 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 240 MG CAPSULE	2		DIVALPROEX DR 250 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 300 MG CAPSULE	2		DIVALPROEX DR 500 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 360 MG CAPSULE	2		DIVALPROEX ER 250 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 120 MG TABLET	3		DIVALPROEX ER 500 MG TABLET	2	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 180 MG TABLET	3		DODEX 10,000 MCG/10 ML VIAL	2	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 240 MG TABLET	3		DODEX 30,000 MCG/30 ML VIAL	2	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 300 MG TABLET	3		DOFETILIDE 125 MCG CAPSULE	4	QL
DILTIAZEM 24H ER(LA) 360 MG TABLET	3				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DOFETILIDE 250 MCG CAPSULE	4	QL	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG CAPSULE	2	
DOFETILIDE 500 MCG CAPSULE	4	QL	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG TABLET	1	
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	1		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG TABLET	2	
DONEPEZIL 5 MG ODT TABLET	2		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG TABLET	1	
DONEPEZIL 10 MG ODT TABLET	2		DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG TABLET	2	
DONEPEZIL 5 MG TABLET	2		DRONABINOL 2.5 MG CAPSULE	4	
DONEPEZIL 10 MG TABLET	2		DRONABINOL 5 MG CAPSULE	4	
DONEPEZIL 23 MG TABLET	2		DRONABINOL 10 MG CAPSULE	4	
DORZOLAMIDE 2% EYE DROPS	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 12.5MM	3	
DORZOLAMIDE-TIMOLOL EYE DROPS	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 12.5MM	3	
DOTTI 0.025 MG PATCH	2	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 6MM	3	
DOTTI 0.0375 MG PATCH	2	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 8MM	3	
DOTTI 0.05 MG PATCH	2	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3	
DOTTI 0.075 MG PATCH	2	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM	3	
DOTTI 0.1 MG PATCH	2	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 6MM (1/2)	3	
DOVATO 50-300 MG TABLET	4	QL, SRX	DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 8MM (1/2)	3	
DOXAZOSIN 1 MG TABLET	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM (1/2)	3	
DOXAZOSIN 2 MG TABLET	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 8MM (1/2)	3	
DOXAZOSIN 4 MG TABLET	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12.5MM	3	
DOXAZOSIN 8 MG TABLET	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 12.5MM	3	
DOXEPIN 10 MG CAPSULE	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 6MM	3	
DOXEPIN 25 MG CAPSULE	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 8MM	3	
DOXEPIN 50 MG CAPSULE	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3	
DOXEPIN 75 MG CAPSULE	2		DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3	
DOXEPIN 100 MG CAPSULE	2		DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34G 3.5MM	3	
DOXEPIN 150 MG CAPSULE	2		DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34G 9/64"	3	
DOXEPIN 5% CREAM	4	QL	DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM	3	
DOXEPIN 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
DOXEPIN 3 MG TABLET	3	QL	DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
DOXEPIN 6 MG TABLET	3	QL	DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAPSULE	2		DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAPSULE	2		DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAPSULE	2		DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
DOXYCYCLINE 25 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2		DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM	3	
DOXYCYCLINE HYCLATE 50 MG CAPSULE	1		DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
DOXYCYCLINE HYCLATE 100 MG CAPSULE	1		DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM	3	
DOXYCYCLINE HYCLATE 20 MG TABLET	2		DROPLET SYRINGE 0.5 ML 29G 12.5MM (1/2)	3	
DOXYCYCLINE HYCLATE 100 MG TABLET	1		DROPLET SYRINGE 0.5 ML 30G 12.5MM (1/2)	3	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG CAPSULE	1		DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG CAPSULE	2		DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM	3	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG CAPSULE	1		DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 8MM	3		EASY COMFORT PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12.5MM	3		EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3		EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 5MM	3	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3		EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 6MM	3	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 3/16"	3		EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
DROPSAFE SICURA NEEDLE 25G 25MM	3		EASY COMFORT SYRINGE 0.3 ML	3	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 3-0.02 MG TABLET	1		EASY COMFORT SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 3-0.03 MG TABLET	1		EASY COMFORT SYRINGE 0.3 ML 31G 1/2"	3	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE 3-0.02-0.451 TABLET	1		EASY COMFORT SYRINGE 0.5 ML	3	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE 3-0.03-0.451 TABLET	1		EASY COMFORT SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
DROXIA 200 MG CAPSULE	4		EASY COMFORT SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
DROXIA 300 MG CAPSULE	4		EASY COMFORT SYRINGE 0.5 ML 32G 5/16"	3	
DROXIA 400 MG CAPSULE	4		EASY COMFORT SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
DRUG MART ULTRA COMFORT SYRINGE	3		EASY COMFORT SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	4		EASY COMFORT SYRINGE 1 ML 32G 5/16"	3	
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	3	QL	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3	
DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER	3	QL	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	3	
DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER	3	QL	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3	
DULOXETINE DR 20 MG CAPSULE	2	QL	EASY GLIDE PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
DULOXETINE DR 30 MG CAPSULE	2	QL	EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION	3	
DULOXETINE DR 60 MG CAPSULE	2	QL	EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION	3	
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML PEN	5	PA, SRX	EASY STEP HIGH CONTROL SOLUTION	3	
DUPIXENT 300 MG/2 ML PEN	5	PA, SRX	EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION	3	
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SYRINGE	5	PA, SRX	EASY STEP NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRINGE	5	PA, SRX	EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION	3	
DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE	5	PA, SRX	EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION	3	
DUTASTERIDE 0.5 MG CAPSULE	2		EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION	3	
DUTASTERIDE-TAMSULOSIN 0.5-0.4 MG CAPSULE	2		EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION	3	
EASIVENT HOLDING CHAMBER	3	QL	EASY TOUCH BLULINK CONTROL SOLUTION	3	
EASIVENT MASK-LARGE	3	QL	EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18G 1"	3	
EASIVENT MASK-MEDIUM	3	QL	EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18G 1.5"	3	
EASIVENT MASK-SMALL	3	QL	EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19G 1"	3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19G 1.5"	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 3/16"	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20G 1"	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20G 1.5"	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 21G 1"	3	
			EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 21G 1.5"	3	
			EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 3/4"	3	
			EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 1"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 1.5"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 5/8"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 5/8"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1.25"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 1"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1.5"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 1.5"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 5/8"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 30G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 1"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 1.5"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 31G 5/16"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 26G 1"	3		EASY TOUCH HYPODERMIC 32G 5/16"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 26G 1/2"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 27G 1"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 27G 1/2"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 28G 1/2"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 29G 1/2"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 30G 1/2"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 30G 5/16"	3		EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 31G 5/16"	3		EASY TOUCH LUER LOK INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 16G 1"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 30G 5/16"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 16G 1.5"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1.25"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1.5"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 3/16"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 19G 1"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 19G 1.5"	3		EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 20G 1"	3		EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29G 5MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 20G 1.5"	3		EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29G 8MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 21G 1"	3		EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 21G 1.5"	3		EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 22G 1"	3		EASY TOUCH SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 22G 1.5"	3		EASY TOUCH SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1"	3		EASY TOUCH SYRINGE 0.5 ML 27G 12.7MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1.25"	3		EASY TOUCH SYRINGE 0.5 ML 28G 12.7MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1.5"	3		EASY TOUCH SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 3/4"	3		EASY TOUCH SYRINGE 0.5 ML 29G 12.7MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 24G 1"	3		EASY TOUCH SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 24G 1.25"	3		EASY TOUCH SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 5/8"	3		EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 27G 1/2"	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 1"	3		EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 27G 12.7MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 1.5"	3		EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 27G 16MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 3/8"	3		EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM	3	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 1/2"	3		EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 29G 12.7MM	3	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20G 1"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 21G 1"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 23G 1"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML	3	
EASY TRAK HIGH CONTROL SOLUTION	3	
EASY TRAK II NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
EASY TRAK LOW CONTROL SOLUTION	3	
EASYGLUCO PLUS NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION	3	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
EASYPOINT NEEDLE 18G 1"	3	
EASYPOINT NEEDLE 18G 1.5"	3	
EASYPOINT NEEDLE 20G 1"	3	
EASYPOINT NEEDLE 20G 1.5"	3	
EASYPOINT NEEDLE 21G 1"	3	
EASYPOINT NEEDLE 21G 1.5"	3	
EASYPOINT NEEDLE 22G 1"	3	
EASYPOINT NEEDLE 22G 1.5"	3	
EASYPOINT NEEDLE 23G 1"	3	
EASYPOINT NEEDLE 25G 5/8"	3	
EASYPOINT NEEDLE 25G 1"	3	
EASYPOINT NEEDLE 25G 1.5"	3	
EASYPOINT NEEDLE 25G 16MM	3	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 6MM	3	
EC-NAPROXEN DR 375 MG TABLET	2	
EC-NAPROXEN DR 500 MG TABLET	2	
ECONAZOLE 1% CREAM	2	
ECONTRA EZ 1.5 MG TABLET	1	
ECONTRA ONE-STEP 1.5 MG TABLET	1	
ED-SPAZ 0.125 MG ODT TABLET	2	
EDURANT 25 MG TABLET	3	SRX
EEMT DS 1.25-2.5 MG TABLET	2	
EEMT HS 0.625-1.25 MG TABLET	2	
EFAVIRENZ 50 MG CAPSULE	2	SRX
EFAVIRENZ 200 MG CAPSULE	2	SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EFAVIRENZ 600 MG TABLET	2	SRX
EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR 600-200-300 MG TABLET	4	QL, SRX
EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR 400-300-300 MG TABLET	3	QL, SRX
EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR 600-300-300 MG TABLET	3	QL, SRX
EFFER-K 10 MEQ EFFERVESCENT TABLET	4	
EFFER-K 20 MEQ EFFERVESCENT TABLET	4	
ELEMENT COMPACT HIGH CONTROL SOLUTION	3	
ELEMENT COMPACT NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
ELEMENT HIGH CONTROL SOLUTION	3	
ELEMENT LOW CONTROL SOLUTION	3	
ELEMENT NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
ELETRIPTAN 20 MG TABLET	3	QL
ELETRIPTAN 40 MG TABLET	3	QL
ELINEST-28 TABLET	1	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	3	QL
ELIQUIS 5 MG TABLET	3	QL
ELIQUIS DVT-PE 5 MG STARTER PACK	3	QL
ELITE-OB TABLET	1	
ELLA 30 MG TABLET	1	
ELMIRON 100 MG CAPSULE	4	
ELTROMBOPAG 12.5 MG SUSPENSION PACKET	5	PA, QL, SRX
ELTROMBOPAG 25 MG SUSPENSION PACKET	5	PA, QL, SRX
ELTROMBOPAG 12.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ELTROMBOPAG 25 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ELTROMBOPAG 50 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ELTROMBOPAG 75 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ELURYNG VAGINAL RING	2	
EMBRACE EVO LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3	
EMBRACE GLUCOSE HIGH CONTROL SOLUTION	3	
EMBRACE GLUCOSE LOW CONTROL SOLUTION	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
EMBRACE PRO CONTROL SOLUTION	3	
EMBRACE TALK HIGH (L2) CONTROL SOLUTION	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EMBRACE TALK LOW (L1) CONTROL SOLUTION	3	
EMEND 125 MG POWDER PACKET	5	PA, QL
EMGALITY 120 MG/ML PEN	3	PA
EMGALITY 100 MG/ML SYRINGE	3	PA
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	3	PA
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE)	3	PA
EMTRICITABINE 200 MG CAPSULE	2	SRX
EMTRICITABINE-RILPIVIRINE-TENOVOIRF 200-25-300 TABLET	4	QL, SRX
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 100-150 MG TABLET	2	SRX
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 133-200 MG TABLET	2	SRX
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 167-250 MG TABLET	2	SRX
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 200-300 MG TABLET	2	SRX
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	SRX
EMVERM 100 MG CHEWABLE TABLET	4	
EMZAHH 0.35 MG TABLET	1	
ENALAPRIL 2.5 MG TABLET	1	
ENALAPRIL 5 MG TABLET	1	
ENALAPRIL 10 MG TABLET	1	
ENALAPRIL 20 MG TABLET	1	
ENALAPRIL-HCTZ 5-12.5 MG TABLET	1	
ENALAPRIL-HCTZ 10-25 MG TABLET	1	
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	5	PA, QL, SRX
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	5	PA, QL, SRX
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ENDOCET 2.5-325 MG TABLET	2	PA
ENDOCET 5-325 MG TABLET	2	PA
ENDOCET 7.5-325 MG TABLET	2	PA
ENDOCET 10-325 MG TABLET	2	PA
ENDOMETRIN 100 MG VAGINAL INSERT	4	PA
ENERGIX-B 20 MCG/ML SYRINGE	3	
ENERGIX-B 20 MCG/ML VIAL	3	
ENERGIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRINGE	3	
ENILLORING VAGINAL RING	2	
ENLITE SERTER	3	
ENLYTE SOFTGEL	4	
ENOXAPARIN 30 MG/0.3 ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 40 MG/0.4 ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 60 MG/0.6 ML SYRINGE	5	QL, SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ENOXAPARIN 80 MG/0.8 ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 100 MG/ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 120 MG/0.8 ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 150 MG/ML SYRINGE	5	QL, SRX
ENOXAPARIN 300 MG/3 ML VIAL	5	QL, SRX
ENPRESSE-28 TABLET	1	
ENSKYCE 28 TABLET	1	
ENTACAPONE 200 MG TABLET	2	
ENTECAVIR 0.5 MG TABLET	5	SRX
ENTECAVIR 1 MG TABLET	5	SRX
ENTRESTO 6-6 MG SPRINKLE PELLET	3	QL
ENTRESTO 15-16 MG SPRINKLE PELLET	3	QL
ENULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, LDD, SRX
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION PACK	4	PA, LDD, SRX
EPIFOAM FOAM	4	
EPINASTINE 0.05% EYE DROPS	2	
EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECTOR	2	QL
EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECTOR	2	QL
EPITOL 200 MG TABLET	2	
EPLERENONE 25 MG TABLET	2	
EPLERENONE 50 MG TABLET	2	
EPROSARTAN 600 MG TABLET	2	
EQ SPACE CHAMBER	3	QL
EQ SPACE CHAMBER-LARGE MASK	3	QL
EQ SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	3	QL
EQ SPACE CHAMBER-SMALL MASK	3	QL
EQL INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
EQL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
EQL INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
EQL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
EQL INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
EQL INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
EQL INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
EQL PEN NEEDLE 8MM 31G 5/16"	3	
ERGOLOID 1 MG TABLET	1	
ERGOMAR 2 MG SUBLINGUAL TABLET	4	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ERLOTINIB 25 MG TABLET	5	PA, SRX
ERLOTINIB 100 MG TABLET	5	PA, SRX
ERLOTINIB 150 MG TABLET	5	PA, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ERRIN 0.35 MG TABLET	1		ESTRADIOL 0.5 MG TABLET	1	
ERTACZO 2% CREAM	4	PA	ESTRADIOL 1 MG TABLET	1	
ERY 2% PADS	2		ESTRADIOL 2 MG TABLET	1	
ERYTHROCIN 250 MG TABLET	4		ESTRADIOL 10 MCG VAGINAL INSERT TABLET	3	QL
ERYTHROMYCIN 0.5% EYE OINTMENT	2		ESTRADIOL-NORETHINDRONE 0.5-0.1 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN 2% GEL	2		ESTRADIOL-NORETHINDRONE 1-0.5 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3		ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE F.S. TABLET	2	
ERYTHROMYCIN 400 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3		ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE H.S. TABLET	2	
ERYTHROMYCIN 250 MG TABLET	2		ESZOPICLONE 1 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN 500 MG TABLET	2		ESZOPICLONE 2 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN 2% TOPICAL SOLUTION	2		ESZOPICLONE 3 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN DR 250 MG CAPSULE	2		ETHAMBUTOL 100 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN ES 400 MG TABLET	3		ETHAMBUTOL 400 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN-BENZOYL GEL	3		ETHOSUXIMIDE 250 MG CAPSULE	2	
ESCITALOPRAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	ETHOSUXIMIDE 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
ESCITALOPRAM 5 MG TABLET	2	QL	ETHYL CHLORIDE SPRAY	2	
ESCITALOPRAM 10 MG TABLET	2	QL	ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-35 MCG TABLET	1	
ESCITALOPRAM 20 MG TABLET	2	QL	ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-50 MCG TABLET	1	
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL	ETODOLAC 200 MG CAPSULE	2	
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL	ETODOLAC 300 MG CAPSULE	2	
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAPSULE	2	QL	ETODOLAC 400 MG TABLET	2	
ESOMEPRAZOLE DR 2.5 MG PACKET	3	QL	ETODOLAC 500 MG TABLET	2	
ESOMEPRAZOLE DR 5 MG PACKET	3	QL	ETODOLAC ER 400 MG TABLET	2	
ESOMEPRAZOLE DR 10 MG PACKET	3	QL	ETODOLAC ER 500 MG TABLET	2	
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG PACKET	3	QL	ETODOLAC ER 600 MG TABLET	2	
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG PACKET	3	QL	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VAGINAL RING	2	
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	1		ETOPOSIDE 50 MG CAPSULE	5	SRX
ETAZOLAM 1 MG TABLET	2		ETRAVIRINE 100 MG TABLET	2	SRX
ETAZOLAM 2 MG TABLET	2		ETRAVIRINE 200 MG TABLET	2	SRX
ESTRADIOL 0.01% CREAM	2		EURAX 10% CREAM	4	
ESTRADIOL 0.025 MG PATCH (1/WK)	2	QL	EUTHYROX 25 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.025 MG PATCH (2/WK)	2	QL	EUTHYROX 50 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH (1/WK)	2	QL	EUTHYROX 75 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH (2/WK)	2	QL	EUTHYROX 88 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.05 MG PATCH (1/WK)	2	QL	EUTHYROX 100 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.05 MG PATCH (2/WK)	2	QL	EUTHYROX 112 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.06 MG PATCH (1/WK)	2	QL	EUTHYROX 125 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.075 MG PATCH (1/WK)	2	QL	EUTHYROX 137 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.075 MG PATCH (2/WK)	2	QL	EUTHYROX 150 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.1 MG PATCH (1/WK)	2	QL	EUTHYROX 175 MCG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.1 MG PATCH (2/WK)	2	QL			

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EUTHYROX 200 MCG TABLET	1		EXEL HYPO NEEDLE 27G 0.5"	3	
EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	3		EXEL HYPO NEEDLE 30G 0.5"	3	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	3		EXEL INSULIN SYRINGE U100 1 ML 28G 1/2"	3	
EVEROLIMUS 0.25 MG TABLET	5	SRX	EXEL MTI DRAWING NEEDLE 20G 1"	3	
EVEROLIMUS 0.5 MG TABLET	5	SRX	EXEL MTI DRAWING NEEDLE 21G 1"	3	
EVEROLIMUS 0.75 MG TABLET	5	SRX	EXEL MTI DRAWING NEEDLE 22G 1"	3	
EVEROLIMUS 1 MG TABLET	5	SRX	EXEL SYRINGE 3 ML 20G 1"	3	
EVEROLIMUS 2.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 3 ML 20G 1.5"	3	
EVEROLIMUS 5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 3 ML 21G 1"	3	
EVEROLIMUS 7.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	3	
EVEROLIMUS 10 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 3 ML 22G 3/4"	3	
EVEROLIMUS 2 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
EVEROLIMUS 3 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3	
EVEROLIMUS 5 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX	EXEL SYRINGE 3 ML 23G 1"	3	
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION	3		EXEL SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	3	SRX	EXEL SYRINGE 3 ML 27G 1.25"	3	
EXEL HUBER NEEDLE 22G 3/4"	3		EXEL SYRINGE U100 0.3 ML 29G 1/2"	3	
EXEL HUBER NEEDLE 22G 1"	3		EXEL SYRINGE U100 0.3 ML 30G 5/16"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 16G 1"	3		EXEL SYRINGE U100 0.5 ML 28G 1/2"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 18G 1"	3		EXEL SYRINGE U100 0.5 ML 29G 1/2"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 18G 1.5"	3		EXEL SYRINGE U100 0.5 ML 30G 5/16"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 19G 1"	3		EXEL SYRINGE U100 1 ML 30G 5/16"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 19G 1.5"	3		EXEL U100 INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 0.75"	3		EXEMESTANE 25 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 1"	3		EXTENDED RESERVOIR 3 ML	3	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 1.5"	3		EZETIMIBE 10 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 21G 1"	3		EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-10 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 21G 1.5"	3		EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-20 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 0.75"	3		EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-40 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 1"	3		EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-80 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 1.5"	3		FALMINA-28 TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 23G 0.75"	3		FAMCICLOVIR 125 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 23G 1"	3		FAMCICLOVIR 250 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 0.625"	3		FAMCICLOVIR 500 MG TABLET	2	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 0.75"	3		FAMOTIDINE 40 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 1"	3		FAMOTIDINE 20 MG TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 1.5"	3		FAMOTIDINE 40 MG TABLET	1	
EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.375"	3		FARXIGA 5 MG TABLET	3	QL
EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.5"	3		FARXIGA 10 MG TABLET	3	QL
EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.625"	3		FEBUXOSTAT 40 MG TABLET	4	QL
EXEL HYPO NEEDLE 26G 1.5"	3		FEBUXOSTAT 80 MG TABLET	4	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FEIRZA 1 MG-20 MCG TABLET	1		FENTANYL CITRATE OTFC 1,600 MCG LOZENGE	4	PA
FEIRZA 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		FERRIPROX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, LDD, SRX
FELBAMATE 600 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	4		FESOTERODINE ER 4 MG TABLET	4	QL
FELBAMATE 400 MG TABLET	4		FESOTERODINE ER 8 MG TABLET	4	QL
FELBAMATE 600 MG TABLET	4		FETZIMA 20-40 MG TITRATION PACK	4	QL, ST
FELODIPINE ER 2.5 MG TABLET	2		FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	4	QL, ST
FELODIPINE ER 5 MG TABLET	2		FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	4	QL, ST
FELODIPINE ER 10 MG TABLET	2		FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	4	QL, ST
FEM PH VAGINAL JELLY	2		FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	4	QL, ST
FEMLYV 1 MG-0.02 MG ODT TABLET	4		FIFTY50 GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3	
FENOFIBRATE 43 MG CAPSULE	2		FIFTY50 INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	2		FIFTY50 INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
FENOFIBRATE 67 MG CAPSULE	2		FIFTY50 INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
FENOFIBRATE 130 MG CAPSULE	3		FILTER ASPIRATOR NEEDLE	3	
FENOFIBRATE 134 MG CAPSULE	2		FILTER NEEDLE	3	
FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	2		FILTER NEEDLE 19G 1.5"	3	
FENOFIBRATE 200 MG CAPSULE	2		FILTER NEEDLE 5 MICRON	3	
FENOFIBRATE 40 MG TABLET	3		FINASTERIDE 5 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 48 MG TABLET	2		FINGOLIMOD 0.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
FENOFIBRATE 54 MG TABLET	2		FINZALA 1-0.02(24)-75 CHEWABLE TABLET	1	
FENOFIBRATE 120 MG TABLET	2		FLAC OTIC OIL 0.01% EAR DROPS	2	
FENOFIBRATE 145 MG TABLET	2		FLAVOXATE 100 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 160 MG TABLET	2		FLECAINIDE 50 MG TABLET	2	
FENOFIBRIC ACID 35 MG TABLET	2		FLECAINIDE 100 MG TABLET	2	
FENOFIBRIC ACID 105 MG TABLET	2		FLECAINIDE 150 MG TABLET	2	
FENOFIBRIC ACID DR 135 MG CAPSULE	2		FLEXICHAMBER	3	QL
FENOFIBRIC ACID DR 45 MG CAPSULE	2		FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK	3	QL
FENOPROFEN 600 MG TABLET	3		FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK	3	QL
FENTANYL 12 MCG/HR PATCH	3	PA	FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK	3	QL
FENTANYL 25 MCG/HR PATCH	3	PA	FLOW-EZE VENTED NEEDLE	3	
FENTANYL 37.5 MCG/HR PATCH	3	PA	FLUAD	3	
FENTANYL 50 MCG/HR PATCH	3	PA	FLUARIX	3	
FENTANYL 62.5 MCG/HR PATCH	3	PA	FLUBLOK	3	
FENTANYL 75 MCG/HR PATCH	3	PA	FLUCELVAX	3	
FENTANYL 87.5 MCG/HR PATCH	3	PA	FLUCONAZOLE 10 MG/ML ORAL SUSPENSION	2	
FENTANYL 100 MCG/HR PATCH	3	PA	FLUCONAZOLE 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	2	
FENTANYL CITRATE OTFC 200 MCG LOZENGE	4	PA	FLUCONAZOLE 50 MG TABLET	2	
FENTANYL CITRATE OTFC 400 MCG LOZENGE	4	PA	FLUCONAZOLE 100 MG TABLET	2	
FENTANYL CITRATE OTFC 600 MCG LOZENGE	4	PA	FLUCONAZOLE 150 MG TABLET	2	
FENTANYL CITRATE OTFC 800 MCG LOZENGE	4	PA	FLUCONAZOLE 200 MG TABLET	2	
FENTANYL CITRATE OTFC 1,200 MCG LOZENGE	4	PA	FLUCYTOSINE 250 MG CAPSULE	4	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FLUCYTOSINE 500 MG CAPSULE	4		FLURAZEPAM 30 MG CAPSULE	2	
FLUDROCORTISONE 0.1 MG TABLET	2		FLURBIPROFEN 0.03% EYE DROPS	2	
FLULAVAL	3		FLURBIPROFEN 100 MG TABLET	2	
FLUMIST	3		FLUTAMIDE 125 MG CAPSULE	2	
FLUNISOLIDE 0.025% NASAL SPRAY	2		FLUTICASONE 0.05% CREAM	2	
FLUOCINOLONE 0.01% BODY OIL	2		FLUTICASONE 0.05% LOTION	4	
FLUOCINOLONE 0.01% CREAM	2		FLUTICASONE 50 MCG NASAL SPRAY	2	
FLUOCINOLONE 0.025% CREAM	2		FLUTICASONE 0.005% OINTMENT	2	
FLUOCINOLONE 0.025% OINTMENT	2		FLUTICASONE-SALMETEROL 100-50 INHALER	2	QL
FLUOCINOLONE 0.01% SCALP OIL	2		FLUTICASONE-SALMETEROL 250-50 INHALER	2	QL
FLUOCINOLONE 0.01% TOPICAL SOLUTION	2		FLUTICASONE-SALMETEROL 500-50 INHALER	2	QL
FLUOCINOLONE OIL 0.01% EAR DROPS	2		FLUVASTATIN 20 MG CAPSULE	3	
FLUOCINONIDE 0.05% CREAM	2		FLUVASTATIN 40 MG CAPSULE	3	
FLUOCINONIDE 0.1% CREAM	2		FLUVASTATIN ER 80 MG TABLET	3	
FLUOCINONIDE 0.05% GEL	2		FLUVOXAMINE 25 MG TABLET	2	QL
FLUOCINONIDE 0.05% OINTMENT	2		FLUVOXAMINE 50 MG TABLET	2	QL
FLUOCINONIDE 0.05% TOPICAL SOLUTION	2		FLUVOXAMINE 100 MG TABLET	2	QL
FLUOCINONIDE-E 0.05% CREAM	2		FLUVOXAMINE ER 100 MG CAPSULE	2	QL
FLUORIDEX DAILY DEFENSE 1.1% TOOTHPASTE	2		FLUVOXAMINE ER 150 MG CAPSULE	2	QL
FLUORIDEX SENSITIVE RELIEF TOOTHPASTE	2		FLUZONE	3	
FLUORIMAX 5000 1.1% TOOTHPASTE	2		FLUZONE HIGH-DOSE	3	
FLUOROMETHOLONE 0.1% EYE DROPS	2		FOLIC ACID 1 MG TABLET	1	
FLUOROURACIL 0.5% CREAM	4		FOLIVANE-OB CAPSULE	1	
FLUOROURACIL 5% CREAM	2		FONDAPARINUX 2.5 MG/0.5 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUOROURACIL 2% TOPICAL SOLUTION	2		FONDAPARINUX 5 MG/0.4 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUOROURACIL 5% TOPICAL SOLUTION	2		FONDAPARINUX 7.5 MG/0.6 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUOXETINE 10 MG CAPSULE	1	QL	FONDAPARINUX 10 MG/0.8 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FLUOXETINE 20 MG CAPSULE	1	QL	FORA HIGH CONTROL SOLUTION	3	
FLUOXETINE 40 MG CAPSULE	1	QL	FORA KETONE L1 CONTROL SOLUTION	3	
FLUOXETINE 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	FORA LOW CONTROL SOLUTION	3	
FLUOXETINE DR 90 MG CAPSULE	2	QL	FORA NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
FLUPHENAZINE 2.5 MG/5 ML ELIXIR	2		FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION	3	
FLUPHENAZINE 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION	3	
FLUPHENAZINE 1 MG TABLET	2		FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
FLUPHENAZINE 2.5 MG TABLET	2		FORMOTEROL 20 MCG/2 ML INHALATION SOLUTION	4	QL
FLUPHENAZINE 5 MG TABLET	2		FORTISCARE HIGH CONTROL SOLUTION	3	
FLUPHENAZINE 10 MG TABLET	2		FORTISCARE LOW CONTROL SOLUTION	3	
FLURANDRENOLIDE 0.05% CREAM	4		FORTISCARE NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
FLURANDRENOLIDE 0.05% LOTION	4		FOSAMAX PLUS D 70 MG-2800 UNIT TABLET	4	QL
FLURANDRENOLIDE 0.05% OINTMENT	4		FOSAMAX PLUS D 70 MG-5600 UNIT TABLET	4	QL
FLURAZEPAM 15 MG CAPSULE	2		FOSAMPRENAVIR 700 MG TABLET	2	SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FOSFOMYCIN 3 GM SACHET	3		FROVATRIPTAN 2.5 MG TABLET	3	QL
FOSINOPRIL 10 MG TABLET	1		FUROSEMIDE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
FOSINOPRIL 20 MG TABLET	1		FUROSEMIDE 40 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
FOSINOPRIL 40 MG TABLET	1		FUROSEMIDE 20 MG TABLET	1	
FOSINOPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	2		FUROSEMIDE 40 MG TABLET	1	
FOSINOPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	2		FUROSEMIDE 80 MG TABLET	1	
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	4		FUZEON 90 MG VIAL	5	SRX
FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACKET	4		FYAVOLV 0.5 MG-2.5 MCG TABLET	2	
FRAGMIN 2,500 UNIT/0.2 ML SYRINGE	5	QL, SRX	FYAVOLV 1 MG-5 MCG TABLET	2	
FRAGMIN 5,000 UNIT/0.2 ML SYRINGE	5	QL, SRX	FYCOMPA 2 MG TABLET	4	PA, QL
FRAGMIN 7,500 UNIT/0.3 ML SYRINGE	5	QL, SRX	FYCOMPA 4 MG TABLET	4	PA, QL
FRAGMIN 10,000 UNIT/ML SYRINGE	5	QL, SRX	FYCOMPA 6 MG TABLET	4	PA, QL
FRAGMIN 12,500 UNIT/0.5 ML SYRINGE	5	QL, SRX	FYCOMPA 8 MG TABLET	4	PA, QL
FRAGMIN 15,000 UNIT/0.6 ML SYRINGE	5	QL, SRX	FYCOMPA 10 MG TABLET	4	PA, QL
FRAGMIN 18,000 UNIT/0.72 ML SYRINGE	5	QL, SRX	FYCOMPA 12 MG TABLET	4	PA, QL
FRAGMIN 10,000 UNIT/4 ML VIAL	5	QL, SRX	GABAPENTIN 100 MG CAPSULE	2	
FRAGMIN 95,000 UNIT/3.8 ML VIAL	5	QL, SRX	GABAPENTIN 300 MG CAPSULE	2	
FRAICHE 5000 1.1 % DENTAL GEL	2		GABAPENTIN 400 MG CAPSULE	2	
FREESTYLE 28G LANCET	3		GABAPENTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	3		GABAPENTIN 300 MG/6 ML ORAL SOLUTION	2	
FREESTYLE FREEDOM LITE GLUCOSE METER	1		GABAPENTIN 600 MG TABLET	2	
FREESTYLE INSULINX GLUCOSE SYSTEM	1		GABAPENTIN 800 MG TABLET	2	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIP	3		GALANTAMINE 4 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	3	PA, QL	GALANTAMINE 4 MG TABLET	2	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	3	PA, QL	GALANTAMINE 8 MG TABLET	2	
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	3	PA, QL	GALANTAMINE 12 MG TABLET	2	
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	3	PA, QL	GALANTAMINE ER 8 MG CAPSULE	2	QL
FREESTYLE LIBRE 2 READER	3	PA, QL	GALANTAMINE ER 16 MG CAPSULE	2	QL
FREESTYLE LIBRE 3 READER	3	PA, QL	GALANTAMINE ER 24 MG CAPSULE	2	QL
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	3	PA, QL	GALLIFREY 5 MG TABLET	2	
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	3	PA, QL	GALZIN 25 MG CAPSULE	4	LDD, SRX
FREESTYLE LITE GLUCOSE METER	1		GALZIN 50 MG CAPSULE	4	LDD, SRX
FREESTYLE LITE TEST STRIP	3		GARDASIL 9 SYRINGE	3	
FREESTYLE PRECISION NEO GLUCOSE METER	1		GARDASIL 9 VIAL	3	
FREESTYLE PRECISION NEO TEST STRIP	3		GATIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	3	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3		GATTEX 5 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		GATTEX 5 MG 30-VIAL KIT	5	PA, LDD, SRX
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3		GATTEX 5 MG ONE-VIAL KIT	5	PA, LDD, SRX
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		GAVILYTE-C ORAL SOLUTION	2	
FREESTYLE TEST STRIP	3		GAVILYTE-G ORAL SOLUTION	2	
FREESTYLE UNISTIK 2 LANCET	3		GAVILYTE-N ORAL SOLUTION	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
GE100 NORMAL CONTROL SOLUTION	3		GLIPIZIDE ER 5 MG TABLET	1	
GEFITINIB 250 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	GLIPIZIDE ER 10 MG TABLET	1	
GEMFIBROZIL 600 MG TABLET	2		GLIPIZIDE XL 2.5 MG TABLET	1	
GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	1		GLIPIZIDE XL 5 MG TABLET	1	
GENERLAC 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	2		GLIPIZIDE XL 10 MG TABLET	1	
GENGRAF 25 MG CAPSULE	2	SRX	GLIPIZIDE-METFORMIN 2.5-250 MG TABLET	2	
GENGRAF 100 MG CAPSULE	2	SRX	GLIPIZIDE-METFORMIN 2.5-500 MG TABLET	2	
GENGRAF 100 MG/ML ORAL SOLUTION	2	SRX	GLIPIZIDE-METFORMIN 5-500 MG TABLET	2	
GENOTROPIN 5 MG CARTRIDGE	5	PA, SRX	GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	3	QL
GENOTROPIN 12 MG CARTRIDGE	5	PA, SRX	GLUCOCARD 01 CONTROL SOLUTION	3	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOCARD EXPRESSION CONTROL SOLUTION	3	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLUTION	3	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.6 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOCOM AUTOLINK SYSTEM	3	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.8 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	3	
GENOTROPIN MINIQUICK 1 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.2 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLUCOSE NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.4 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLYBURIDE 1.25 MG TABLET	1	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLYBURIDE 2.5 MG TABLET	1	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLYBURIDE 5 MG TABLET	1	
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG SYRINGE	5	PA, SRX	GLYBURIDE MICRO 1.5 MG TABLET	1	
GENTAK 0.3 % EYE OINTMENT	2		GLYBURIDE MICRO 3 MG TABLET	1	
GENTAMICIN 0.1% CREAM	2		GLYBURIDE MICRO 6 MG TABLET	1	
GENTAMICIN 0.1% OINTMENT	2		GLYBURIDE-METFORMIN 1.25-250 MG TABLET	2	
GENTAMICIN 0.3% EYE DROPS	2		GLYBURIDE-METFORMIN 2.5-500 MG TABLET	2	
GENVOYA TABLET	4	QL, SRX	GLYBURIDE-METFORMIN 5-500 MG TABLET	2	
GILOTRIF 20 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	GLYCINE 1.5% IRRIGATION	2	
GILOTRIF 30 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	GLYCOPYRROLATE 1 MG TABLET	2	
GILOTRIF 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	GLYCOPYRROLATE 2 MG TABLET	2	
GLATIRAMER 20 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX	GLYDO 2% JELLY SYRINGE	2	
GLATIRAMER 40 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX	GNP CLICKFINE NEEDLE 31G 1/4"	3	
GLATOPA 20 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX	GNP CLICKFINE NEEDLE 31G 5/16"	3	
GLATOPA 40 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX	GNP EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	3	
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE	4	PA	GNP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	4	PA	GNP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE	4	PA	GNP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
GLIMEPIRIDE 1 MG TABLET	1		GNP INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
GLIMEPIRIDE 2 MG TABLET	1		GNP INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
GLIMEPIRIDE 4 MG TABLET	1		GNP PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
GLIPIZIDE 5 MG TABLET	1		GNP PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
GLIPIZIDE 10 MG TABLET	1		GNP PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
GLIPIZIDE ER 2.5 MG TABLET	1		GNP PEN NEEDLE 32G 6MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
GNP ULTICARE PEN NEEDLE 31G 5MM	3		GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	3	
GNP ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	3		GYNAZOLE 1 2% CREAM	3	
GNP ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	3		HAILEY 21 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
GNP ULTICARE PEN NEEDLE 32G 6MM	3		HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
GNP ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM	3		HAILEY FE 1-20 TABLET	1	
GNP ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM	3		HAILEY FE 1.5-30 TABLET	1	
GNP ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM	3		HALOBETASOL 0.05% CREAM	2	
GNP ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM	3		HALOBETASOL 0.05% OINTMENT	2	
GNP ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		HALOETTE VAGINAL RING	2	
GNP ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML	3		HALOPERIDOL 0.5 MG TABLET	2	
GNP ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3		HALOPERIDOL 1 MG TABLET	2	
GNP ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		HALOPERIDOL 2 MG TABLET	2	
GNP ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML	3		HALOPERIDOL 5 MG TABLET	2	
GNP ULTRA COMFORT SYRINGE 3/10 ML	3		HALOPERIDOL 10 MG TABLET	2	
GOJJI GLUCOSE NORMAL CONTROL SOLUTION	3		HALOPERIDOL 20 MG TABLET	2	
GOJJI KETONE L1 CONTROL SOLUTION	3		HALOPERIDOL LACTATE 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
GRANISETRON 1 MG TABLET	4		HALOPERIDOL LACTATE 10 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	
GRANISETRON 0.1 MG/ML VIAL	4		HAVRIX 720 UNIT/0.5 ML SYRINGE	3	
GRANISETRON 1 MG/ML VIAL	4		HAVRIX 1,440 UNIT/ML SYRINGE	3	
GRANISETRON 4 MG/4 ML VIAL	4		HEALTHPRO L1, L3 CONTROL SOLUTION	3	
GRASTEK 2,800 BAU SUBLINGUAL TABLET	4	PA, QL	HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
GRISEOFULVIN 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3		HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
GRISEOFULVIN MICRO 500 MG TABLET	3		HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
GRISEOFULVIN ULTRA 125 MG TABLET	3		HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
GRISEOFULVIN ULTRA 250 MG TABLET	3		HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
GS ALCOHOL 70% SWAB	3		HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
GS PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
GS PEN NEEDLE 31G 5MM	3		HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
GS PEN NEEDLE 31G 6MM	3		HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
GS PEN NEEDLE 31G 8MM	3		HEALTHY ACCENTS PENTIP 29G 12MM	3	
GS PEN NEEDLE 32G 4MM	3		HEALTHY ACCENTS PENTIP 31G 5MM	3	
GS PEN NEEDLE 32G 6MM	3		HEALTHY ACCENTS PENTIP 31G 6MM	3	
GUANFACINE 1 MG TABLET	2		HEALTHY ACCENTS PENTIP 31G 8MM	3	
GUANFACINE 2 MG TABLET	2		HEALTHY ACCENTS PENTIP 32G 4MM	3	
GUANFACINE ER 1 MG TABLET	2	QL	HEATHER 0.35 MG TABLET	1	
GUANFACINE ER 2 MG TABLET	2	QL	HEB UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/16"	3	
GUANFACINE ER 3 MG TABLET	2	QL	HEMA-COMBISTIX REAGENT TEST STRIP	3	
GUANFACINE ER 4 MG TABLET	2	QL	HEMANGEOL 4.28 MG/ML ORAL SOLUTION	4	LDD
GUARDIAN RT REPLACE CHARGER	3		HEMMOREX-HC 25 MG SUPPOSITORY	2	
GUARDIAN RT REPLACE TEST PLUG	3		HEMMOREX-HC 30 MG SUPPOSITORY	2	
GUARDIAN TEST PLUG	3				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HEPARIN 5,000 UNIT/0.5 ML INJECTION	2		HYDRALAZINE 100 MG TABLET	2	
HEPARIN 5,000 UNIT/ML SYRINGE	2		HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG CAPSULE	1	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRINGE	3		HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG TABLET	1	
HIBERIX VACCINE VIAL	3		HYDROCHLOROTHIAZIDE 25 MG TABLET	1	
HIBERIX VIAL AND DILUENT SYRINGE	3		HYDROCHLOROTHIAZIDE 50 MG TABLET	1	
HIBERIX VIAL WITH DILUENT VIAL	3		HYDROCODONE ER 20 MG TABLET	2	PA
HM ULTICARE PEN NEEDLE 31G 5MM	3		HYDROCODONE ER 30 MG TABLET	2	PA
HM ULTICARE PEN NEEDLE 31G 6MM	3		HYDROCODONE ER 40 MG TABLET	2	PA
HM ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	3		HYDROCODONE ER 60 MG TABLET	2	PA
HM ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	3		HYDROCODONE ER 80 MG TABLET	2	PA
HOMATROPAIRE 5% EYE DROPS	2		HYDROCODONE ER 100 MG TABLET	2	PA
HUMALOG 100 UNIT/ML CARTRIDGE	3	QL	HYDROCODONE ER 120 MG TABLET	2	PA
HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-108 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
HUMALOG 200 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-217 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	PA
HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG/15 ML ORAL SOLUTION	2	PA
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	QL	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG/15 ML ORAL SOLUTION	2	PA
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	QL	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325 MG TABLET	2	PA
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	3	QL	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-300 MG TABLET	2	PA
HUMALOG TEMPO PEN 100 UNIT/ML	3	QL	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG TABLET	2	PA
HUMIRA 40 MG/0.8 ML PEN	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-300 MG TABLET	2	PA
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG TABLET	2	PA
HUMIRA (CF) 40 MG/0.4 ML PEN	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-300 MG TABLET	2	PA
HUMIRA (CF) 80 MG/0.8 ML PEN	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG TABLET	2	PA
HUMIRA (CF) 80 MG CROHN'S-UC-HS PEN	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE ER ORAL SUSPENSION	2	
HUMIRA (CF) 80 MG PEDIATRIC UC PEN	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-HOMATROPINE ORAL SOLUTION	2	QL
HUMIRA (CF) 80 MG-40 MG PSORIASIS-UVEITIS-ADOL HS PEN	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-HOMATROPINE 5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
HUMIRA (CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-HOMATROPINE 5 MG-1.5 MG TABLET	2	QL
HUMIRA (CF) 20 MG/0.2 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-IBUPROFEN 5 MG-200 MG TABLET	2	PA
HUMIRA (CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	HYDROCODONE-IBUPROFEN 7.5 MG-200 MG TABLET	2	PA
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	3	QL	HYDROCODONE-IBUPROFEN 10 MG-200 MG TABLET	2	PA
HUMULIN 70-30 VIAL	3	QL	HYDROCORTISONE 1% CREAM	1	
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL	HYDROCORTISONE 2.5% CREAM	1	
HUMULIN N 100 UNIT/ML VIAL	3	QL			
HUMULIN R 500 UNIT/ML KWIKPEN	3	QL			
HUMULIN R 100 UNIT/ML VIAL	3	QL			
HUMULIN R 500 UNIT/ML VIAL	3	QL			
HYCAMTIN 0.25 MG CAPSULE	5	PA, SRX			
HYCAMTIN 1 MG CAPSULE	5	PA, SRX			
HYDRALAZINE 10 MG TABLET	1				
HYDRALAZINE 25 MG TABLET	1				
HYDRALAZINE 50 MG TABLET	1				

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML ENEMA	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG/ML ORAL DROPS	2	
HYDROCORTISONE 2.5% LOTION	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
HYDROCORTISONE 1% OINTMENT	2		HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 2.5% OINTMENT	2		HYOSCYAMINE ER 0.375 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 5 MG TABLET	2		HYOSCYAMINE SR 0.375 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 10 MG TABLET	2		HYOSYNE 125 MCG/5 ML ELIXIR	2	
HYDROCORTISONE 20 MG TABLET	2		HYOSYNE 0.125 MG/ML ORAL DROPS	2	
HYDROCORTISONE 2.5% TOPICAL SOLUTION	4		HYPO NEEDLE, POLYPROPYL HUB	3	
HYDROCORTISONE AC 25 MG SUPPOSITORY	2		HYPODERMIC NEEDLE, ALUM HUB	3	
HYDROCORTISONE AC 30 MG SUPPOSITORY	2		IBANDRONATE 150 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% CREAM	3	QL	IBRANCE 75 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% OINTMENT	3	QL	IBRANCE 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% TOPICAL SOLUTION	3	QL	IBRANCE 125 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE VALERATE 0.2% CREAM	2		IBRANCE 75 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE VALERATE 0.2% OINTMENT	2		IBRANCE 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID EAR DROPS	3		IBRANCE 125 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID EAR SOLUTION	3		IBU 400 MG TABLET	1	
HYDROMET 5 MG-1.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	IBU 600 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2	PA	IBU 800 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA	IBUPROFEN 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
HYDROMORPHONE 3 MG SUPPOSITORY	2	PA	IBUPROFEN 400 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 2 MG TABLET	2	PA	IBUPROFEN 600 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 4 MG TABLET	2	PA	IBUPROFEN 800 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 8 MG TABLET	2	PA	ICATIBANT 30 MG/3 ML SYRINGE	5	PA, SRX
HYDROMORPHONE ER 8 MG TABLET	4	PA	ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE ER 12 MG TABLET	4	PA	ICLUSIG 10 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMORPHONE ER 16 MG TABLET	4	PA	ICLUSIG 15 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMORPHONE ER 32 MG TABLET	4	PA	ICLUSIG 30 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROXYCHLOROQUINE 200 MG TABLET	2		ICLUSIG 45 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
HYDROXYUREA 500 MG CAPSULE	2		ICOSAPENT ETHYL 0.5 GM CAPSULE	4	PA
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		ICOSAPENT ETHYL 1 GM CAPSULE	4	PA
HYDROXYZINE 50 MG/25 ML ORAL SOLUTION	2		ICOSAPENT ETHYL 500 MG CAPSULE	4	PA
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SYRUP	2		IHEALTH LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3	
HYDROXYZINE 10 MG TABLET	2		ILARIS 150 MG/ML VIAL	5	PA, LDD, SRX
HYDROXYZINE 25 MG TABLET	2		ILET INFUSION KIT-INSET 23" 6MM	3	
HYDROXYZINE 50 MG TABLET	2		ILET INFUSION KIT-INSET 32" 6MM	3	
HYDROXYZINE PAMOATE 25 MG CAPSULE	2		ILET INFUSION-CONTACT DETACH 23" 6MM	3	
HYDROXYZINE PAMOATE 50 MG CAPSULE	2		IMATINIB 100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
HYDROXYZINE PAMOATE 100 MG CAPSULE	2		IMATINIB 400 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
HYOSCYAMINE 0.125 MG ODT TABLET	2		IMBRUVICA 70 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
HYOSCYAMINE 0.125 MG/5 ML ELIXIR	2		IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
IMBRUVICA 70 MG/ML ORAL SUSPENSION	5	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (FOR HUMALOG) PINK	3	
IMBRUVICA 140 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE	3	
IMBRUVICA 280 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY	3	
IMBRUVICA 420 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK	3	
IMIPRAMINE 10 MG TABLET	2		INSUL-CAP INSULIN HOLDER	3	
IMIPRAMINE 25 MG TABLET	2		INSULIN ASPART 100 UNIT/ML CARTRIDGE	4	QL, ST
IMIPRAMINE 50 MG TABLET	2		INSULIN ASPART 100 UNIT/ML PEN	4	QL, ST
IMIPRAMINE PAMOATE 75 MG CAPSULE	3		INSULIN ASPART 100 UNIT/ML VIAL	4	QL, ST
IMIPRAMINE PAMOATE 100 MG CAPSULE	3		INSULIN ASPART PROTAMINE MIX 70-30 PEN	4	QL, ST
IMIPRAMINE PAMOATE 125 MG CAPSULE	3		INSULIN ASPART PROTAMINE MIX 70-30 VIAL	4	QL, ST
IMIPRAMINE PAMOATE 150 MG CAPSULE	3		INSULIN CARTRIDGE 3 ML	3	
IMIQUIMOD 5% CREAM PACKET	2		INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	3	QL
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE	4	PA	INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
INCASSIA 0.35 MG TABLET	1		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
IN-CHECK NASAL WITH MASK	3		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
IN-CHECK ORAL FLOW METER	3		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 29G 12MM	3		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 1/4"	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 31G 5MM	3		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 1/4" (1/2)	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 31G 6MM	3		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 31G 8MM	3		INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
INCONTROL PEN NEEDLE 32G 4MM	3		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2"	3	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 31G 6MM	3		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 13MM	3	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	3		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	3		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 12.7MM	3	
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	5	PA, LDD, SRX	INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG INHALER	3		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
INDAPAMIDE 1.25 MG TABLET	1		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
INDAPAMIDE 2.5 MG TABLET	1		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 1/4"	3	
INDOMETHACIN 25 MG CAPSULE	2		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
INDOMETHACIN 50 MG CAPSULE	2		INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
INDOMETHACIN ER 75 MG CAPSULE	2		INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2"	3	
INFANRIX DTAP SYRINGE	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 13MM	3	
INFINITY HIGH CONTROL SOLUTION	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM	3	
INFINITY LOW CONTROL SOLUTION	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
INFINITY NORMAL CONTROL SOLUTION	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM	3	
INFINITY VOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 13MM	3	
INJECT-EASE SYRINGE NEEDLE INTRODUCER	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
INLYTA 1 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
INLYTA 5 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 1/4"	3	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY	3		INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
INSULIN SYRINGE 1/2 ML	3		ISOSORBIDE MONONITRATE ER 60 MG TABLET	1	
INSULIN SYRINGE 3/10 ML	3		ISOSORBIDE MONONITRATE ER 120 MG TABLET	2	
INSULIN-EZE SYRINGE MAGNIFIER	3		ISOTRETINOIN 10 MG CAPSULE	4	
INSUPEN PEN NEEDLE 29G 1/2"	3		ISOTRETINOIN 20 MG CAPSULE	4	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 3/16"	3		ISOTRETINOIN 30 MG CAPSULE	4	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		ISOTRETINOIN 40 MG CAPSULE	4	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 5MM	3		ISOXSUPRINE 10 MG TABLET	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM	3		ISRADIPINE 2.5 MG CAPSULE	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM	3		ISRADIPINE 5 MG CAPSULE	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 5/32"	3		ITRACONAZOLE 100 MG CAPSULE	3	QL
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM	3		ITRACONAZOLE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 8MM	3		ITRACONAZOLE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	3	
INSUPEN ULTRAFINE NEEDLE 30G	3		IVERMECTIN 3 MG TABLET	2	PA
INSUPEN ULTRAFINE NEEDLE 31G	3		JAIMESS 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
INTELENCE 25 MG TABLET	3	SRX	JAKAFI 5 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
IPOLE VIAL	3		JAKAFI 10 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
IPRATROPIUM 0.02% INHALATION SOLUTION	2		JAKAFI 15 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
IPRATROPIUM 0.03% NASAL SPRAY	2		JAKAFI 20 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
IPRATROPIUM 0.06% NASAL SPRAY	2		JAKAFI 25 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
IPRATROPIUM-ALBUTEROL 0.5-3(2.5) MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2		JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	3	
IRBESARTAN 75 MG TABLET	1		JANTOVEN 1 MG TABLET	1	
IRBESARTAN 150 MG TABLET	1		JANTOVEN 2 MG TABLET	1	
IRBESARTAN 300 MG TABLET	1		JANTOVEN 2.5 MG TABLET	1	
IRBESARTAN-HCTZ 150-12.5 MG TABLET	1		JANTOVEN 3 MG TABLET	1	
IRBESARTAN-HCTZ 300-12.5 MG TABLET	1		JANTOVEN 4 MG TABLET	1	
ISENRESS 25 MG CHEWABLE TABLET	3	SRX	JANTOVEN 5 MG TABLET	1	
ISENRESS 100 MG CHEWABLE TABLET	3	SRX	JANTOVEN 6 MG TABLET	1	
ISENRESS 100 MG POWDER PACKET	3	SRX	JANTOVEN 7.5 MG TABLET	1	
ISENRESS 400 MG TABLET	3	SRX	JANTOVEN 10 MG TABLET	1	
ISENRESS HD 600 MG TABLET	3	SRX	JANUMET 50-500 MG TABLET	3	QL
ISIBLOOM 28 DAY TABLET	1		JANUMET 50-1,000 MG TABLET	3	QL
ISONIAZID 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		JANUMET XR 50-500 MG TABLET	3	QL
ISONIAZID 100 MG TABLET	1		JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	3	QL
ISONIAZID 300 MG TABLET	1		JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE DINITRATE 5 MG TABLET	2		JANUVIA 25 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE DINITRATE 10 MG TABLET	2		JANUVIA 50 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE DINITRATE 20 MG TABLET	2		JANUVIA 100 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE DINITRATE 30 MG TABLET	2		JARDIANCE 10 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE DINITRATE 30 MG TABLET	2		JARDIANCE 25 MG TABLET	3	QL
ISOSORBIDE MONONITRATE 10 MG TABLET	1		JASMIEL 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
ISOSORBIDE MONONITRATE 20 MG TABLET	1		JENCYCLA 0.35 MG TABLET	1	
ISOSORBIDE MONONITRATE ER 30 MG TABLET	1				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET	3	QL	KISQALI 200 MG DAILY DOSE TABLET	5	PA, QL, SRX
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET	3	QL	KISQALI 400 MG DAILY DOSE TABLET	5	PA, QL, SRX
JENTADUETO 2.5 MG-1000 MG TABLET	3	QL	KISQALI 600 MG DAILY DOSE TABLET	5	PA, QL, SRX
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL	KLAYESTA 100,000 UNIT/GM POWDER	2	
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL	KLOR-CON 8 MEQ TABLET	2	
JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	2		KLOR-CON 10 MEQ TABLET	2	
JOLESSA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1		KLOR-CON 20 MEQ PACKET	2	
JOYEUX-28 TABLET	1		KLOR-CON M10 TABLET	2	
JUBLIA 10% TOPICAL SOLUTION	4	PA	KLOR-CON M15 TABLET	4	
JULEBER 28 DAY TABLET	1		KLOR-CON M20 TABLET	2	
JULUCA 50-25 MG TABLET	4	QL, SRX	KMART VALU PLUS SYRINGE 1/2 ML	3	
JUNEL 1 MG-20 MCG TABLET	1		KOURZEQ 0.1% TOOTHPASTE	2	
JUNEL 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		K-PHOS #2 TABLET	4	
JUNEL FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		K-PHOS ORIGINAL TABLET	4	
JUNEL FE 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		KRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
JUNEL FE 24 TABLET	1		KRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
JYNNEOS 0.5 ML VIAL	3		KRO INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
KAITLIB FE 0.8-0.025 MG CHEWABLE TABLET	1		KRO PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
KALLIGA 28 DAY TABLET	1		KRO PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
KARIVA 28 DAY TABLET	1		KRO PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
KELNOR 1-35 28 TABLET	1		KRO PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
KELNOR 1-50 TABLET	1		KRO PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
KESIMPTA 20 MG/0.4 ML PEN	5	PA, SRX	KROGER INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
KETOCONAZOLE 2% CREAM	2		KROGER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
KETOCONAZOLE 2% SHAMPOO	2		KROGER INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
KETOCONAZOLE 200 MG TABLET	2		KROGER INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
KETO-DIASTIX REAGENT TEST STRIP	3		KROGER PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
KETONE TEST STRIP	3		KROGER SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
KETOPROFEN 50 MG CAPSULE	3		KROGER SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
KETOPROFEN 75 MG CAPSULE	3		KURVELO-28 TABLET	1	
KETOPROFEN ER 200 MG CAPSULE	3		KYLEENA 19.5 MG SYSTEM	1	LDD, SRX
KETOROLAC 0.4% EYE DROPS	2		LABETALOL 100 MG TABLET	2	
KETOROLAC 0.5% EYE DROPS	2		LABETALOL 200 MG TABLET	2	
KETOROLAC 10 MG TABLET	2	QL	LABETALOL 300 MG TABLET	2	
KETOSTIX REAGENT TEST STRIP	3		LABSTIX REAGENT TEST STRIP	3	
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	5	PA, QL, LDD, SRX	LACOSAMIDE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	QL
KINRAY INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		LACOSAMIDE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	QL
KINRAY SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		LACOSAMIDE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	3	QL
KINRAY SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		LACOSAMIDE 50 MG TABLET	3	QL
KINRIX TIP-LOK SYRINGE	3		LACOSAMIDE 100 MG TABLET	3	QL
KIONEX 15 GM/60 ML ORAL SUSPENSION	3		LACOSAMIDE 150 MG TABLET	3	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LACOSAMIDE 200 MG TABLET	3	QL	LARIN 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
LACRISERT 5 MG EYE INSERT	4		LARIN FE 1.5-30 TABLET	1	
LACTATED RINGERS IRRIGATION	2		LARIN FE 1-20 TABLET	1	
LACTULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	2		LATANOPROST 0.005% EYE DROPS	2	
LACTULOSE 20 GM/30 ML ORAL SOLUTION	2		LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	4	
LAMIVUDINE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	2	SRX	LEADER INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
LAMIVUDINE 150 MG TABLET	2	SRX	LEADER INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
LAMIVUDINE 300 MG TABLET	2	SRX	LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
LAMIVUDINE HBV 100 MG TABLET	4	SRX	LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TABLET	2	SRX	LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
LAMOTRIGINE 5 MG DISPERSIBLE TABLET	2		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
LAMOTRIGINE 25 MG DISPERSIBLE TABLET	2		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
LAMOTRIGINE ODT KIT (BLUE)	2		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
LAMOTRIGINE ODT KIT (GREEN)	2		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
LAMOTRIGINE ODT KIT (ORANGE)	2		LEADER PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
LAMOTRIGINE 25 MG ODT TABLET	3		LEADER SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
LAMOTRIGINE 50 MG ODT TABLET	3		LEADER SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
LAMOTRIGINE 100 MG ODT TABLET	3		LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
LAMOTRIGINE 200 MG ODT TABLET	3		LEENA 28 TABLET	1	
LAMOTRIGINE 25 MG TABLET	2		LEFLUNOMIDE 10 MG TABLET	2	
LAMOTRIGINE 100 MG TABLET	2		LEFLUNOMIDE 20 MG TABLET	2	
LAMOTRIGINE 150 MG TABLET	2		LENALIDOMIDE 2.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE 200 MG TABLET	2		LENALIDOMIDE 5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-BLUE	2		LENALIDOMIDE 10 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-GREEN	2		LENALIDOMIDE 15 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-ORANGE	2		LENALIDOMIDE 20 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ER 25 MG TABLET	3		LENALIDOMIDE 25 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ER 50 MG TABLET	3		LENVIMA 4 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ER 100 MG TABLET	3		LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ER 200 MG TABLET	3		LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ER 250 MG TABLET	3		LENVIMA 12 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ER 300 MG TABLET	3		LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LANSOPRAZOLE DR 15 MG CAPSULE	2	QL	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	2	QL	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LANSOPRAZOLE-AMOXICILLIN-CLARITHROMYCIN	3		LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	5	PA, QL, LDD, SRX
LANTHANUM 500 MG CHEWABLE TABLET	4		LESSINA-28 TABLET	1	
LANTHANUM 750 MG CHEWABLE TABLET	4		LETROZOLE 2.5 MG TABLET	2	
LANTHANUM 1,000 MG CHEWABLE TABLET	4		LEUCOVORIN 5 MG TABLET	2	
LAPATINIB 250 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	LEUCOVORIN 10 MG TABLET	2	
LARIN 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		LEUCOVORIN 15 MG TABLET	2	
LARIN 21 1-20 TABLET	1		LEUCOVORIN 25 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LEUKERAN 2 MG TABLET	4	
LEUKINE 250 MCG VIAL	5	SRX
LEUPROLIDE 2 WEEK 14 MG/2.8 ML KIT	5	PA, SRX
LEVALBUTEROL 1.25 MG/0.5 INHALATION CONCENTRATE	3	
LEVALBUTEROL 0.31 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
LEVALBUTEROL 0.63 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
LEVALBUTEROL 1.25 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA 45 MCG INHALER	2	QL
LEVETIRACETAM 100 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
LEVETIRACETAM 500 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
LEVETIRACETAM 1,000 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	
LEVETIRACETAM 250 MG TABLET	2	
LEVETIRACETAM 500 MG TABLET	2	
LEVETIRACETAM 750 MG TABLET	2	
LEVETIRACETAM 1,000 MG TABLET	2	
LEVETIRACETAM ER 500 MG TABLET	2	
LEVETIRACETAM ER 750 MG TABLET	2	
LEVOBUNOLOL 0.5% EYE DROPS	2	
LEVOCARNITINE 500 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
LEVOCARNITINE 1 G/10 ML ORAL SOLUTION	2	
LEVOCARNITINE 330 MG TABLET	2	
LEVOCARNITINE SF 1 G/10 ML ORAL SOLUTION	2	
LEVOCETIRIZINE 2.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
LEVOCETIRIZINE 5 MG TABLET	2	
LEVOFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2	
LEVOFLOXACIN 1.5% EYE DROPS	2	
LEVOFLOXACIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
LEVOFLOXACIN 250 MG TABLET	2	
LEVOFLOXACIN 500 MG TABLET	2	
LEVOFLOXACIN 750 MG TABLET	2	
LEVONEST-28 TABLET	1	
LEVONORGESTREL 0.15 MG-ETHINYL ESTRADIOL 20-25-30 MCG TABLET	1	
LEVONORGESTREL 1.5 MG TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.09-0.02 MG TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.1-0.02 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.1-0.02-0.01 TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03 TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03-0.01 TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TRIPHASIC TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL-FE BISGLYCINATE 0.1-0.02-36 TABLET	1	
LEVORA-28 TABLET	1	
LEVORPHANOL 2 MG TABLET	5	PA
LEVORPHANOL 3 MG TABLET	5	PA
LEVO-T 25 MCG TABLET	1	
LEVO-T 50 MCG TABLET	1	
LEVO-T 75 MCG TABLET	1	
LEVO-T 88 MCG TABLET	1	
LEVO-T 100 MCG TABLET	1	
LEVO-T 112 MCG TABLET	1	
LEVO-T 125 MCG TABLET	1	
LEVO-T 137 MCG TABLET	1	
LEVO-T 150 MCG TABLET	1	
LEVO-T 175 MCG TABLET	1	
LEVO-T 200 MCG TABLET	1	
LEVO-T 300 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 25 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 50 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 75 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 88 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 100 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 112 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 125 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 137 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 150 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 175 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 200 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 300 MCG TABLET	1	
LEVOXYL 25 MCG TABLET	2	
LEVOXYL 50 MCG TABLET	2	
LEVOXYL 75 MCG TABLET	2	
LEVOXYL 88 MCG TABLET	2	
LEVOXYL 100 MCG TABLET	2	
LEVOXYL 112 MCG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LEVOXYL 125 MCG TABLET	2		LISDEXAMFETAMINE 50 MG CHEWABLE TABLET	2	PA, QL
LEVOXYL 137 MCG TABLET	2		LISDEXAMFETAMINE 60 MG CHEWABLE TABLET	2	PA, QL
LEVOXYL 150 MCG TABLET	2		LISINAPRIL 2.5 MG TABLET	1	
LEVOXYL 175 MCG TABLET	2		LISINAPRIL 5 MG TABLET	1	
LEVOXYL 200 MCG TABLET	2		LISINAPRIL 10 MG TABLET	1	
LEVULAN KERASTICK 20%	4	SRX	LISINAPRIL 20 MG TABLET	1	
LIDOCAINE 2% JELLY	2		LISINAPRIL 30 MG TABLET	1	
LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET	2		LISINAPRIL 40 MG TABLET	1	
LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET AC	2		LISINAPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1	
LIDOCAINE 2% VISCOUS ORAL SOLUTION	2		LISINAPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1	
LIDOCAINE 4% ORAL SOLUTION	2		LISINAPRIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	1	
LIDOCAINE 5% OINTMENT	2	QL	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
LIDOCAINE 5% PATCH	2		LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
LIDOCAINE-PRILOCAINE CREAM	2		LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
LIDOCAN III 5% PATCH	2		LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G	3	
LIDOCAN IV 5% PATCH	2		LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G	3	
LIDOCAN V 5% PATCH	2		LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	3		LITEAIR MDI CHAMBER	3	QL
LILETTA 52 MG SYSTEM	1	LDD, SRX	LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
LINDANE 1% SHAMPOO	2		LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
LINEZOLID 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	4	PA	LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
LINEZOLID 600 MG TABLET	3	PA	LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
LINZESS 72 MCG CAPSULE	4	QL	LITETOUCH LARGE MASK	3	QL
LINZESS 145 MCG CAPSULE	4	QL	LITETOUCH MEDIUM MASK	3	QL
LINZESS 290 MCG CAPSULE	4	QL	LITETOUCH SMALL MASK	3	QL
LIOTHYRONINE 5 MCG TABLET	2		LITETOUCH SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
LIOTHYRONINE 25 MCG TABLET	2		LITETOUCH SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
LIOTHYRONINE 50 MCG TABLET	2		LITETOUCH SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
LIRAGLUTIDE 2-PAK 18 MG/3 ML PEN	3	PA, QL	LITETOUCH SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
LIRAGLUTIDE 3-PAK 18 MG/3 ML PEN	3	PA, QL	LITETOUCH SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
LISDEXAMFETAMINE 10 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITETOUCH SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
LISDEXAMFETAMINE 20 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITHIUM 8 MEQ/5 ML ORAL SOLUTION	2	
LISDEXAMFETAMINE 30 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITHIUM CARBONATE 150 MG CAPSULE	1	
LISDEXAMFETAMINE 40 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITHIUM CARBONATE 300 MG CAPSULE	1	
LISDEXAMFETAMINE 50 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITHIUM CARBONATE 600 MG CAPSULE	1	
LISDEXAMFETAMINE 60 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITHIUM CARBONATE 300 MG TABLET	1	
LISDEXAMFETAMINE 70 MG CAPSULE	2	PA, QL	LITHIUM CARBONATE ER 300 MG TABLET	2	
LISDEXAMFETAMINE 10 MG CHEWABLE TABLET	2	PA, QL	LITHIUM CARBONATE ER 450 MG TABLET	2	
LISDEXAMFETAMINE 20 MG CHEWABLE TABLET	2	PA, QL	LITHOSTAT 250 MG TABLET	4	
LISDEXAMFETAMINE 30 MG CHEWABLE TABLET	2	PA, QL	LIVE BETTER PEN NEEDLE 8MM	3	
LISDEXAMFETAMINE 40 MG CHEWABLE TABLET	2	PA, QL	LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LOJAIMI 0.1-0.02-0.01 TABLET	1		LURASIDONE 120 MG TABLET	4	QL
LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	4		LUTERA-28 TABLET	1	
LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	4		LYLEQ 0.35 MG TABLET	1	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX	LYLLANA 0.025 MG PATCH	2	QL
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX	LYLLANA 0.0375 MG PATCH	2	QL
LOPERAMIDE 2 MG CAPSULE	2		LYLLANA 0.05 MG PATCH	2	QL
LOPINAVIR-RITONAVIR 80-20 MG/ML ORAL SOLUTION	2	SRX	LYLLANA 0.075 MG PATCH	2	QL
LOPINAVIR-RITONAVIR 100-25 MG TABLET	2	SRX	LYLLANA 0.1 MG PATCH	2	QL
LOPINAVIR-RITONAVIR 200-50 MG TABLET	2	SRX	LYNPARZA 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
LORAZEPAM 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		LYNPARZA 150 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
LORAZEPAM 0.5 MG TABLET	2		LYSODREN 500 MG TABLET	4	LDD
LORAZEPAM 1 MG TABLET	2		LYZA 0.35 MG TABLET	1	
LORAZEPAM 2 MG TABLET	2		MAGELLAN INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2		MAGELLAN INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
LORTAB 10 MG-300 MG/15 ML ELIXIR	2	PA	MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	1		MALATHION 0.5% LOTION	3	
LOSARTAN 25 MG TABLET	1		MARLISSA-28 TABLET	1	
LOSARTAN 50 MG TABLET	1		MARPLAN 10 MG TABLET	4	
LOSARTAN 100 MG TABLET	1		MATZIM LA 180 MG TABLET	3	
LOSARTAN-HCTZ 50-12.5 MG TABLET	1		MATZIM LA 240 MG TABLET	3	
LOSARTAN-HCTZ 100-12.5 MG TABLET	1		MATZIM LA 300 MG TABLET	3	
LOSARTAN-HCTZ 100-25 MG TABLET	1		MATZIM LA 360 MG TABLET	3	
LOTEPREDNOL 0.5% DROPS	3		MATZIM LA 420 MG TABLET	3	
LOTEPREDNOL 0.5% EYE GEL	3		MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2"	3	
LOVASTATIN 10 MG TABLET	1		MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2"	3	
LOVASTATIN 20 MG TABLET	1		MAXICOMFORT PEN NEEDLE 29G 5MM	3	
LOVASTATIN 40 MG TABLET	1		MAXICOMFORT PEN NEEDLE 29G 8MM	3	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	1		MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
LOXAPINE 5 MG CAPSULE	2		MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G	3	
LOXAPINE 10 MG CAPSULE	2		MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
LOXAPINE 25 MG CAPSULE	2		MECLIZINE 12.5 MG TABLET	2	
LOXAPINE 50 MG CAPSULE	2		MECLIZINE 25 MG TABLET	2	
LO-ZUMANDIMINE 3 MG-0.02 MG TABLET	1		MECLOFENAMATE 50 MG CAPSULE	4	
LUBIPROSTONE 8 MCG CAPSULE	2		MECLOFENAMATE 100 MG CAPSULE	4	
LUBIPROSTONE 24 MCG CAPSULE	2		MEDICATION TRANSFER NEEDLE	3	
LULICONAZOLE 1% CREAM	4		MEDISENSE GLUCOSE-KETONE CONTROL SOLUTION	3	
LURASIDONE 20 MG TABLET	4	QL	MEDISENSE H-L CONTROL SOLUTION	3	
LURASIDONE 40 MG TABLET	4	QL	MEDISENSE H-M-L CONTROL SOLUTION	3	
LURASIDONE 60 MG TABLET	4	QL	MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION	3	
LURASIDONE 80 MG TABLET	4	QL	MEDPOINT CONTROL SOLUTION	3	
			MEDROL 2 MG TABLET	4	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MEDROXYPROGESTERONE 2.5 MG TABLET	1		MESALAMINE 800 MG DR TABLET	4	
MEDROXYPROGESTERONE 5 MG TABLET	1		MESALAMINE ER 0.375 GRAM CAPSULE	3	
MEDROXYPROGESTERONE 10 MG TABLET	1		MESALAMINE ER 500 MG CAPSULE	4	
MEDROXYPROGESTERONE 150 MG/ML VIAL	1		MESNA 400 MG TABLET	5	SRX
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 23" 6MM	3		METAXALONE 400 MG TABLET	4	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 23" 9MM	3		METAXALONE 800 MG TABLET	4	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 32" 6MM	3		METFORMIN 500 MG TABLET	1	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 32" 9MM	3		METFORMIN 850 MG TABLET	1	
MEDTRONIC REMOTE CONTROL	3		METFORMIN 1,000 MG TABLET	1	
MEFENAMIC ACID 250 MG CAPSULE	3		METFORMIN ER 500 MG TABLET	2	
MEFLOQUINE 250 MG TABLET	2	QL	METFORMIN ER 750 MG TABLET	2	
MEGESTROL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	2		METHADONE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	PA
MEGESTROL 400 MG/10 ML ORAL SUSPENSION	2		METHADONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MEGESTROL 625 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	4		METHADONE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MEGESTROL 20 MG TABLET	2		METHADONE 5 MG TABLET	2	PA
MEGESTROL 40 MG TABLET	2		METHADONE 10 MG TABLET	2	PA
MEKINIST 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	5	PA, QL, SRX	METHADONE INTENSOL 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	PA
MEKINIST 0.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	METHAMPHETAMINE 5 MG TABLET	4	QL
MEKINIST 2 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	METHAZOLAMIDE 25 MG TABLET	3	
MELOXICAM 7.5 MG TABLET	1		METHAZOLAMIDE 50 MG TABLET	3	
MELOXICAM 15 MG TABLET	1		METHENAMINE HIPPURATE 1 GM TABLET	2	
MEMANTINE 2 MG/ML ORAL SOLUTION	2		METHENAMINE MANDELATE 500 MG TABLET	2	
MEMANTINE 5 MG TABLET	2		METHENAMINE MANDELATE 1 GM TABLET	2	
MEMANTINE 10 MG TABLET	2		METHIMAZOLE 5 MG TABLET	2	
MEMANTINE 5-10 MG TITRATION PACK	2		METHIMAZOLE 10 MG TABLET	2	
MENEST 0.3 MG TABLET	4		METHITEST 10 MG TABLET	5	
MENEST 0.625 MG TABLET	4		METHOCARBAMOL 500 MG TABLET	2	
MENEST 1.25 MG TABLET	4		METHOCARBAMOL 750 MG TABLET	2	
MENEST 2.5 MG TABLET	4		METHOTREXATE 2.5 MG TABLET	2	
MENQUADFI VIAL	3		METHOXSALEN 10 MG SOFTGEL	4	
MENVEO 1 VIAL-A-C-Y-W-135-DIP	3		METHSCOPOLAMINE 2.5 MG TABLET	2	
MENVEO A-C-Y-W KIT (2 VIALS)	3		METHSCOPOLAMINE 5 MG TABLET	2	
MEPERIDINE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	PA	METHSUXIMIDE 300 MG CAPSULE	4	
MEPERIDINE 50 MG TABLET	3	PA	METHYLDOPA 250 MG TABLET	2	
MEPROBAMATE 200 MG TABLET	3		METHYLDOPA 500 MG TABLET	2	
MEPROBAMATE 400 MG TABLET	3		METHYLDOPA-HCTZ 250-15 MG TABLET	2	
MERCAPTOPURINE 20 MG/ML ORAL SUSPENSION	5	PA, SRX	METHYLDOPA-HCTZ 250-25 MG TABLET	2	
MERCAPTOPURINE 50 MG TABLET	2		METHYLERGONOVINE 0.2 MG TABLET	4	
MERZEE 1 MG-20 MCG CAPSULE	1		METHYLPHENIDATE 2.5 MG CHEWABLE TABLET	2	QL
MESALAMINE 4 GM/60 ML ENEMA	4		METHYLPHENIDATE 5 MG CHEWABLE TABLET	2	QL
MESALAMINE 4 GM/60 ML ENEMA KIT	4		METHYLPHENIDATE 10 MG CHEWABLE TABLET	2	QL

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
METHYLPHENIDATE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	METOPROLOL SUCCINATE ER 25 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL	METOPROLOL SUCCINATE ER 50 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE 5 MG TABLET	2	QL	METOPROLOL SUCCINATE ER 100 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE 10 MG TABLET	2	QL	METOPROLOL SUCCINATE ER 200 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE 20 MG TABLET	2	QL	METOPROLOL TARTRATE 25 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE CD 10 MG CAPSULE	3	QL	METOPROLOL TARTRATE 37.5 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE CD 20 MG CAPSULE	3	QL	METOPROLOL TARTRATE 50 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE CD 30 MG CAPSULE	3	QL	METOPROLOL TARTRATE 75 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE CD 40 MG CAPSULE	3	QL	METOPROLOL TARTRATE 100 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE CD 50 MG CAPSULE	3	QL	METOPROLOL-HCTZ 50-25 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE CD 60 MG CAPSULE	3	QL	METOPROLOL-HCTZ 100-25 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE ER 10 MG TABLET	2	QL	METOPROLOL-HCTZ 100-50 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE ER 18 MG TABLET	2	QL	METRONIDAZOLE 375 MG CAPSULE	2	
METHYLPHENIDATE ER 20 MG TABLET	2	QL	METRONIDAZOLE 0.75% CREAM	2	
METHYLPHENIDATE ER 27 MG TABLET	2	QL	METRONIDAZOLE 0.75% LOTION	2	
METHYLPHENIDATE ER 36 MG TABLET	2	QL	METRONIDAZOLE 250 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE ER 54 MG TABLET	2	QL	METRONIDAZOLE 500 MG TABLET	2	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 10 MG CAPSULE	3	QL	METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75% GEL	2	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 20 MG CAPSULE	3	QL	METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL	2	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 30 MG CAPSULE	3	QL	METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL PUMP	2	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 40 MG CAPSULE	3	QL	METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 50 MG CAPSULE	3	QL	METYROSINE 250 MG CAPSULE	5	PA
METHYLPHENIDATE ER(CD) 60 MG CAPSULE	3	QL	MEXILETINE 150 MG CAPSULE	2	
METHYLPHENIDATE ER(LA) 10 MG CAPSULE	3	QL	MEXILETINE 200 MG CAPSULE	2	
METHYLPHENIDATE ER(LA) 20 MG CAPSULE	3	QL	MEXILETINE 250 MG CAPSULE	2	
METHYLPHENIDATE ER(LA) 30 MG CAPSULE	3	QL	MIBELAS 24 FE CHEWABLE TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER(LA) 40 MG CAPSULE	3	QL	MICONAZOLE 3 200 MG VAGINAL SUPPOSITORY	3	
METHYLPHENIDATE ER(LA) 60 MG CAPSULE	3	QL	MICROCHAMBER	3	QL
METHYLPREDNISOLONE 4 MG DOSEPACK	2		MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	3	
METHYLPREDNISOLONE 4 MG TABLET	2		MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
METHYLPREDNISOLONE 8 MG TABLET	2		MICROGESTIN 21 1.5-30 TABLET	1	
METHYLPREDNISOLONE 16 MG TABLET	2		MICROGESTIN 21 1-20 TABLET	1	
METHYLPREDNISOLONE 32 MG TABLET	2		MICROGESTIN 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
METHYLTESTOSTERONE 10 MG CAPSULE	5		MICROGESTIN FE 1.5-30 TABLET	1	
METOCLOPRAMIDE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		MICROGESTIN FE 1-20 TABLET	1	
METOCLOPRAMIDE 10 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2		MICROLIFE PEAK FLOW METER	3	
METOCLOPRAMIDE 5 MG TABLET	1		MICROSPACER FOR AEROSOL DEVICE	3	QL
METOCLOPRAMIDE 10 MG TABLET	1		MIDAZOLAM 2 MG/ML SYRUP	2	
METOLAZONE 2.5 MG TABLET	2		MIDAZOLAM 10 MG/5 ML SYRUP	2	
METOLAZONE 5 MG TABLET	2		MIDODRINE 2.5 MG TABLET	2	
METOLAZONE 10 MG TABLET	2		MIDODRINE 5 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MIDODRINE 10 MG TABLET	2	PA, SRX	MINIMED SURE T INFUSION SET 32" 6MM	3	
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOSITORY	4		MINIMED SURE T INFUSION SET 32" 8MM	3	
MIGLITOL 25 MG TABLET	2		MINOCYCLINE 50 MG CAPSULE	1	
MIGLITOL 50 MG TABLET	2		MINOCYCLINE 75 MG CAPSULE	1	
MIGLITOL 100 MG TABLET	2		MINOCYCLINE 100 MG CAPSULE	1	
MIGLUSTAT 100 MG CAPSULE	5		MINOCYCLINE 50 MG TABLET	1	
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	1		MINOCYCLINE 75 MG TABLET	1	
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	2		MINOCYCLINE 100 MG TABLET	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM	3		MINOXIDIL 2.5 MG TABLET	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM	3		MINOXIDIL 10 MG TABLET	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM	3		MINZOYA-28 TABLET	1	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM	3		MIRABEGRON ER 25 MG TABLET	4	QL
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM	3		MIRABEGRON ER 50 MG TABLET	4	QL
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM	3		MIRCERA 30 MCG/0.3 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM	3		MIRCERA 50 MCG/0.3 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
MINI ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 31G	3		MIRCERA 75 MCG/0.3 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	3		MIRCERA 100 MCG/0.3 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
MINIMED INFUSION SET	3		MIRCERA 120 MCG/0.3 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 23" 6MM	3		MIRCERA 150 MCG/0.3 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 23" 9MM	3		MIRCERA 200 MCG/0.3 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 43" 6MM	3		MIRENA 52 MG SYSTEM	1	LDD, SRX
MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 43" 9MM	3		MIRTAZAPINE 15 MG ODT TABLET	2	
MINIMED QUICK INFUSION SET 18" 6MM	3		MIRTAZAPINE 30 MG ODT TABLET	2	
MINIMED QUICK INFUSION SET 23" 6MM	3		MIRTAZAPINE 45 MG ODT TABLET	2	
MINIMED QUICK INFUSION SET 23" 9MM	3		MIRTAZAPINE 7.5 MG TABLET	2	
MINIMED QUICK INFUSION SET 32" 6MM	3		MIRTAZAPINE 15 MG TABLET	2	
MINIMED QUICK INFUSION SET 32" 9MM	3		MIRTAZAPINE 30 MG TABLET	2	
MINIMED QUICK INFUSION SET 43" 6MM	3		MIRTAZAPINE 45 MG TABLET	2	
MINIMED QUICK INFUSION SET 43" 9MM	3		MISOPROSTOL 100 MCG TABLET	2	
MINIMED QUICK-SERTER	3		MISOPROSTOL 200 MCG TABLET	2	
MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	3		M-M-R II VACCINE VIAL	3	
MINIMED RESERVOIR 3 ML	3		M-NATAL PLUS TABLET	1	
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 18"	3		MODAFINIL 100 MG TABLET	4	PA
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 23"	3		MODAFINIL 200 MG TABLET	4	PA
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 32"	3		MODERNA COVID (6M-5Y) VACCINE (EUA)	3	
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 43"	3		MODERNA COVID (6-11Y) VACCINE (EUA)	3	
MINIMED SURE T INFUSION SET 18" 6MM	3		MODERNA COVID (12Y UP) VACCINE (EUA)	3	
MINIMED SURE T INFUSION SET 23"	3		MODERNA COVID (6M-11Y) EUA	3	
MINIMED SURE T INFUSION SET 23" 6MM	3		MODERNA COVID BIVAL (6MO-5Y) EUA	3	
MINIMED SURE T INFUSION SET 23" 8MM	3		MODERNA COVID BIVAL (6MO UP) EUA	3	
MINIMED SURE T INFUSION SET 32"	3		MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MOEXIPRIL 7.5 MG TABLET	2	QL	MONOJECT SAFETY SYRINGE 6CC	3	
MOEXIPRIL 15 MG TABLET	2		MONOJECT SYRINGE 0.3 ML	3	
MOLINDONE 5 MG TABLET	2		MONOJECT SYRINGE 0.5 ML	3	
MOLINDONE 10 MG TABLET	2		MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
MOLINDONE 25 MG TABLET	2		MONOJECT SYRINGE 1 ML	3	
MOMETASONE 0.1% CREAM	2		MONOJECT SYRINGE 1 ML 27 1/2"	3	
MOMETASONE 0.1% OINTMENT	2		MONOJECT SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
MOMETASONE 0.1% TOPICAL SOLUTION	2		MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 1"	3	
MOMETASONE 50 MCG NASAL SPRAY	3		MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 1.5"	3	
MONDOXYNE NL 75 MG CAPSULE	2		MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 3/4"	3	
MONDOXYNE NL 100 MG CAPSULE	1		MONOJECT SYRINGE 3 ML 21G 1"	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20G 1"	3		MONOJECT SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20G 1.5	3		MONOJECT SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 21G 1"	3		MONOJECT SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 22G 1"	3		MONOJECT SYRINGE 3 ML 23G 1"	3	
MONOJECT FILTER NEEDLE 18G 1.5"	3		MONOJECT SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE	3		MONOJECT SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 18G 1A"	3		MONOJECT SYRINGE 3 ML 25G 1.25"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 19G 1"	3		MONOJECT SYRINGE 3 ML 27G 1.25"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 19G 1.5"	3		MONOJECT SYRINGE 6 ML 20G 1.5"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 20G 1"	3		MONOJECT SYRINGE 6 ML 21G 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 20G 1.5"	3		MONOJECT SYRINGE 6 ML 21G 1.5"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 21G 1"	3		MONOJECT SYRINGE 6 ML 22G 1.5"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 21G 1.5"	3		MONO-LINYAH 28 TABLET	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 22G 1"	3		MONTelukAST 10 MG TABLET	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 22G 1.5"	3		MONTelukAST 4 MG CHEWABLE TABLET	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 23G 1"	3		MONTelukAST 5 MG CHEWABLE TABLET	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25G 5/8"	3		MONTelukAST 4 MG GRANULE	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25G 1"	3		MORGIDOX 50 MG CAPSULE	1	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25G 1.5"	3		MORPHINE 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 26G 1.5"	3		MORPHINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 27G 0.5"	3		MORPHINE 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 27G 1.5"	3		MORPHINE 5 MG SUPPOSITORY	2	PA
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 30G 3/4"	3		MORPHINE 10 MG SUPPOSITORY	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3		MORPHINE 20 MG SUPPOSITORY	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3		MORPHINE 30 MG SUPPOSITORY	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML	3		MORPHINE ER 10 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE 3/10 ML	3		MORPHINE ER 20 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100	3		MORPHINE ER 30 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	3		MORPHINE ER 45 MG CAPSULE	2	PA
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100 1 ML	3		MORPHINE ER 50 MG CAPSULE	2	PA

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MORPHINE ER 60 MG CAPSULE	2	PA	MULTISTIX 10 SG REAGENT TEST STRIP	3	
MORPHINE ER 75 MG CAPSULE	2	PA	MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG CHEWABLE TABLET	2	
MORPHINE ER 80 MG CAPSULE	2	PA	MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG CHEWABLE TABLET	2	
MORPHINE ER 90 MG CAPSULE	2	PA	MULTIVITAMIN-FLUORIDE 1 MG CHEWABLE TABLET	2	
MORPHINE ER 100 MG CAPSULE	2	PA	MUPIROCIN 2% CREAM	3	
MORPHINE ER 120 MG CAPSULE	2	PA	MUPIROCIN 2% OINTMENT	2	
MORPHINE ER 15 MG TABLET	2	PA	MY CHOICE 1.5 MG TABLET	1	
MORPHINE ER 30 MG TABLET	2	PA	MY WAY 1.5 MG TABLET	1	
MORPHINE ER 60 MG TABLET	2	PA	MYCOPHENOLATE 250 MG CAPSULE	2	SRX
MORPHINE ER 100 MG TABLET	2	PA	MYCOPHENOLATE 200 MG/ML ORAL SUSPENSION	2	SRX
MORPHINE ER 200 MG TABLET	2	PA	MYCOPHENOLATE 500 MG TABLET	2	SRX
MORPHINE IR 15 MG TABLET	2	PA	MYCOPHENOLIC ACID DR 180 MG TABLET	2	SRX
MORPHINE IR 30 MG TABLET	2	PA	MYCOPHENOLIC ACID DR 360 MG TABLET	2	SRX
MOUNJARO 2.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL	MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION PAK	3	
MOUNJARO 5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL	MYLERAN 2 MG TABLET	4	
MOUNJARO 7.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL	MYNATAL CAPSULE	1	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL	MYNATAL PLUS CAPTAB	1	
MOUNJARO 12.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL	MYNATAL ULTRACAPLET	1	
MOUNJARO 15 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL	MYNATAL-Z CAPTAB	1	
MOVANTIK 12.5 MG TABLET	3	PA, QL	MYORISAN 10 MG CAPSULE	4	
MOVANTIK 25 MG TABLET	3	PA, QL	MYORISAN 20 MG CAPSULE	4	
MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2		MYORISAN 30 MG CAPSULE	4	
MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS-VISCOUS	2		MYORISAN 40 MG CAPSULE	4	
MOXIFLOXACIN 400 MG TABLET	2		MYTESI 125 MG DR TABLET	4	LDD, SRX
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	3		NABUMETONE 500 MG TABLET	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3		NABUMETONE 750 MG TABLET	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		NADOLOL 20 MG TABLET	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		NADOLOL 40 MG TABLET	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		NADOLOL 80 MG TABLET	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3		NAFTIFINE 1% CREAM	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		NAFTIFINE 2% CREAM	3	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		NAFTIFINE 2% GEL	3	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3		NALOXONE 0.4 MG/ML CARPUJECT	2	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		NALOXONE 0.4 MG/ML SYRINGE	2	
MS PEN NEEDLE 31G 6MM	3		NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE	2	
MULTISTIX 5 TEST STRIP	3		NALOXONE 4 MG NASAL SPRAY	2	QL
MULTISTIX REAGENT TEST STRIP	3		NALTREXONE 50 MG TABLET	2	QL
MULTISTIX 7 REAGENT TEST STRIP	3		NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
MULTISTIX 9 REAGENT TEST STRIP	3		NANO PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
MULTISTIX 8 SG REAGENT TEST STRIP	3		NAPROXEN 500 MG KIT	1	
MULTISTIX 9 SG REAGENT TEST STRIP	3		NAPROXEN 250 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NAPROXEN 375 MG TABLET	1		NEUPRO 3 MG/24 HR PATCH	4	
NAPROXEN 500 MG TABLET	1		NEUPRO 4 MG/24 HR PATCH	4	
NAPROXEN DR 375 MG TABLET	2		NEUPRO 6 MG/24 HR PATCH	4	
NAPROXEN DR 500 MG TABLET	2		NEUPRO 8 MG/24 HR PATCH	4	
NAPROXEN SODIUM 275 MG TABLET	2		NEVANAC 0.1% EYE DROPS	4	
NAPROXEN SODIUM 550 MG TABLET	2		NEVIRAPINE 50 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	SRX
NARATRIPTAN 1 MG TABLET	2	QL	NEVIRAPINE 200 MG TABLET	2	SRX
NARATRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL	NEVIRAPINE ER 100 MG TABLET	2	SRX
NATACYN 5% EYE DROPS	4		NEVIRAPINE ER 400 MG TABLET	2	SRX
NATAZIA 28 TABLET	4		NEW DAY 1.5 MG TABLET	1	
NATEGLINIDE 60 MG TABLET	2		NEWGEN TABLET	1	
NATEGLINIDE 120 MG TABLET	2		NEXPLANON 68 MG IMPLANT	1	LDD, SRX
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	5	PA, QL	NEXTSTELLIS 3-14.2 MG TABLET	4	
NEBUSAL 3% VIAL	2		NIACIN ER 500 MG TABLET	2	
NECON 0.5-35-28 TABLET	1		NIACIN ER 750 MG TABLET	2	
NEFAZODONE 50 MG TABLET	2		NIACIN ER 1,000 MG TABLET	2	
NEFAZODONE 100 MG TABLET	2		NICARDIPINE 20 MG CAPSULE	3	
NEFAZODONE 150 MG TABLET	2		NICARDIPINE 30 MG CAPSULE	3	
NEFAZODONE 200 MG TABLET	2		NICOTROL CARTRIDGE INHALER	4	
NEFAZODONE 250 MG TABLET	2		NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	4	
NEOMYCIN 500 MG TABLET	2		NIFEDIPINE 10 MG CAPSULE	2	
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	2		NIFEDIPINE 20 MG CAPSULE	2	
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN-HC EYE OINTMENT	2		NIFEDIPINE ER 30 MG TABLET	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN B 40 MG/ML AMPULE	2		NIFEDIPINE ER 60 MG TABLET	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN B 40 MG/ML VIAL	2		NIFEDIPINE ER 90 MG TABLET	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE EYE DROPS	2		NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE EYE OINTMENT	2		NILOTINIB HCL 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN EYE DROPS	2		NILOTINIB HCL 150 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EAR SOLUTION	2		NILOTINIB HCL 200 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EAR SUSPENSION	2		NILUTAMIDE 150 MG TABLET	5	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EYE DROPS	2		NIMODIPINE 30 MG CAPSULE	4	
NEO-POLYCIN EYE OINTMENT	2		NINLARO 2.3 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
NEO-POLYCIN HC EYE OINTMENT	2		NINLARO 3 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
NEO-SYNALAR 0.5%-0.025% CREAM	4		NINLARO 4 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
NEUAC GEL	2		NISOLDIPINE ER 8.5 MG TABLET	2	QL
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	5	PA, SRX	NISOLDIPINE ER 17 MG TABLET	2	QL
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML KIT	5	PA, SRX	NISOLDIPINE ER 20 MG TABLET	2	QL
NEUPRO 1 MG/24 HR PATCH	4		NISOLDIPINE ER 25.5 MG TABLET	2	QL
NEUPRO 2 MG/24 HR PATCH	4		NISOLDIPINE ER 30 MG TABLET	2	QL
			NISOLDIPINE ER 34 MG TABLET	2	QL
			NISOLDIPINE ER 40 MG TABLET	2	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NITAZOXANIDE 500 MG TABLET	4	PA	NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-5 MCG TABLET	2	
NITRO-BID 2% OINTMENT	2		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1.5-0.03 MG (21) TABLET	1	
NITROFURANTOIN MACRO 25 MG CAPSULE	3		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1-0.02 MG TABLET	1	
NITROFURANTOIN MACRO 50 MG CAPSULE	1		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1 MG/20-30-35 MCG TABLET	1	
NITROFURANTOIN MACRO 100 MG CAPSULE	1		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1.5-0.03 MG (21) - 75 TABLET	1	
NITROFURANTOIN 25 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	4		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02 (21) - 75 TABLET	1	
NITROFURANTOIN MONO-MACRO 100 MG CAPSULE	1		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02 (24) - 75 CAPSULE	1	
NITROGLYCERIN 0.4% OINTMENT	4		NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02 (24) - 75 CHEWABLE TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.1 MG/HR PATCH	2		NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.18-0.215-0.25/0.025 TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.2 MG/HR PATCH	2		NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.18-0.215-0.25/0.035 TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.4 MG/HR PATCH	2		NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.25-0.035 MG TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.6 MG/HR PATCH	2		NORPACE CR 100 MG CAPSULE	4	
NITROGLYCERIN 400 MCG SPRAY	2		NORPACE CR 150 MG CAPSULE	4	
NITROGLYCERIN 0.3 MG SUBLINGUAL TABLET	2		NORTREL 0.5-35-28 TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.4 MG SUBLINGUAL TABLET	2		NORTREL 1-35 21 TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET	2		NORTREL 1-35 28 TABLET	1	
NITRO-TIME ER 2.5 MG CAPSULE	2		NORTREL 7-7-7-28 TABLET	1	
NITRO-TIME ER 6.5 MG CAPSULE	2		NORTRIPTYLINE 10 MG CAPSULE	1	
NITRO-TIME ER 9 MG CAPSULE	2		NORTRIPTYLINE 25 MG CAPSULE	1	
NIVA THYROID 15 MG TABLET	2		NORTRIPTYLINE 50 MG CAPSULE	1	
NIVA THYROID 30 MG TABLET	2		NORTRIPTYLINE 75 MG CAPSULE	1	
NIVA THYROID 60 MG TABLET	2		NORTRIPTYLINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
NIVA THYROID 90 MG TABLET	2		NORVIR 100 MG POWDER PACKET	3	SRX
NIVA THYROID 120 MG TABLET	2		NOVAVAX COVID SYRINGE (EUA)	3	
NIVA-PLUS TABLET	1		NOVAVAX COVID VIAL (EUA)	3	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	SRX	NOVAVAX COVID-19 VACCINE, ADJ (EUA)	3	
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE	5	SRX	NOVOFINE AUTOCOVER NEEDLE 30G	3	
NIVESTYM 300 MCG/ML VIAL	5	SRX	NOVOFINE NEEDLE 32G	3	
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML VIAL	5	SRX	NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 1/6"	3	
NIZATIDINE 150 MG CAPSULE	2		NOVOLOG 100 UNIT/ML FLEXPEN	4	QL, ST
NIZATIDINE 300 MG CAPSULE	2		NOVOLOG 100 UNIT/ML PENFILL	4	QL, ST
NORA-BE TABLET	1		NOVOLOG 100 UNIT/ML VIAL	4	QL, ST
NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL 150-35 MCG/DAY PATCH	1		NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	4	QL, ST
NORETHINDRONE 0.35 MG TABLET	1				
NORETHINDRONE 5 MG TABLET	2				
NORETHINDRONE-ESTRADIOL-FE 0.4-0.035(21)-75 CHEWABLE TABLET	1				
NORETHINDRONE-ESTRADIOL-FE 0.8-0.025 MG CHEWABLE TABLET	1				
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 0.5-2.5 TABLET	2				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NOVOLOG MIX 70-30 VIAL	4	QL, ST	ODACTRA 12 SQ-HDM SUBLINGUAL TABLET	4	PA, QL
NOVOPEN ECHO INSULIN DEVICE	3		ODEFSEY TABLET	4	QL, SRX
NP THYROID 15 MG TABLET	2		ODOMZO 200 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
NP THYROID 30 MG TABLET	2		OFLOXACIN 0.3% EAR DROPS	2	
NP THYROID 60 MG TABLET	2		OFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	2	
NP THYROID 90 MG TABLET	2		OFLOXACIN 300 MG TABLET	2	
NP THYROID 120 MG TABLET	2		OFLOXACIN 400 MG TABLET	2	
NUCYNTA ER 50 MG TABLET	4	PA	OLANZAPINE 5 MG ODT TABLET	2	
NUCYNTA ER 100 MG TABLET	4	PA	OLANZAPINE 10 MG ODT TABLET	2	
NUCYNTA ER 150 MG TABLET	4	PA	OLANZAPINE 15 MG ODT TABLET	2	
NUCYNTA ER 200 MG TABLET	4	PA	OLANZAPINE 20 MG ODT TABLET	2	
NUCYNTA ER 250 MG TABLET	4	PA	OLANZAPINE 2.5 MG TABLET	2	
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	4	PA, QL	OLANZAPINE 5 MG TABLET	2	
NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	2		OLANZAPINE 7.5 MG TABLET	2	
NYLIA 1-35 28 TABLET	1		OLANZAPINE 10 MG TABLET	2	
NYLIA 7-7-7-28 TABLET	1		OLANZAPINE 15 MG TABLET	2	
NYMYO 0.25-0.035 MG (28) TABLET	1		OLANZAPINE 20 MG TABLET	2	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM CREAM	2		OLANZAPINE-FLUOXETINE 3-25 MG CAPSULE	3	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM OINTMENT	2		OLANZAPINE-FLUOXETINE 6-25 MG CAPSULE	3	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM POWDER	2		OLANZAPINE-FLUOXETINE 6-50 MG CAPSULE	3	
NYSTATIN 100,000 UNIT/ML ORAL SUSPENSION	2		OLANZAPINE-FLUOXETINE 12-25 MG CAPSULE	3	
NYSTATIN 500,000 UNIT/5 ML ORAL SUSPENSION	2		OLANZAPINE-FLUOXETINE 12-50 MG CAPSULE	3	
NYSTATIN 500,000 UNIT ORAL TABLET	2		OLMESARTAN 5 MG TABLET	2	
NYSTATIN-TRIAMCINOLONE CREAM	2		OLMESARTAN 20 MG TABLET	2	
NYSTATIN-TRIAMCINOLONE OINTMENT	2		OLMESARTAN 40 MG TABLET	2	
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	2		OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 20-5-12.5 MG TABLET	2	
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	5	PA, SRX	OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-10-12.5 MG TABLET	2	
OBSTETRIX DHA COMBO PAK	1		OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-10-25 MG TABLET	2	
OCELLA 3 MG-0.03 MG TABLET	1		OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-12.5 MG TABLET	2	
OCTREOTIDE 50 MCG/ML AMPULE	3	PA, SRX	OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-25 MG TABLET	2	
OCTREOTIDE 100 MCG/ML AMPULE	3	PA, SRX	OLMESARTAN-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	2	
OCTREOTIDE 500 MCG/ML AMPULE	3	PA, SRX	OLMESARTAN-HCTZ 40-12.5 MG TABLET	2	
OCTREOTIDE 50 MCG/ML SYRINGE	3	PA, SRX	OLMESARTAN-HCTZ 40-25 MG TABLET	2	
OCTREOTIDE 100 MCG/ML SYRINGE	3	PA, SRX	OLOPATADINE 0.1% EYE DROPS	2	
OCTREOTIDE 500 MCG/ML SYRINGE	3	PA, SRX	OLOPATADINE 0.2% EYE DROPS	2	
OCTREOTIDE 0.05 MG/ML VIAL	3	PA, SRX	OLOPATADINE 665 MCG NASAL SPRAY	2	
OCTREOTIDE 50 MCG/ML VIAL	3	PA, SRX	OMEGA-3 ETHYL ESTERS 1 GM CAPSULE	2	
OCTREOTIDE 100 MCG/ML VIAL	3	PA, SRX			
OCTREOTIDE 500 MCG/ML VIAL	3	PA, SRX			
OCTREOTIDE 1,000 MCG/5 ML VIAL	3	PA, SRX			
OCTREOTIDE 5,000 MCG/5 ML VIAL	3	PA, SRX			

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OMEPRazole DR 10 MG CAPSULE	2	QL	OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3	
OMEPRazole DR 20 MG CAPSULE	2	QL	ORACIT ORAL SOLUTION	4	
OMEPRazole DR 40 MG CAPSULE	2	QL	ORAL CITRATE SOLUTION	4	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	3	QL	ORALONE 0.1% TOOTHPASTE	2	
OMNIPOD 5 DEX G7 G6 INTRO (GEN 5)	3	QL	ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	5	PA, QL, SRX
OMNIPOD 5 DEX G7 G6 PODS (GEN 5)	3	QL	ORENCIA 50 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL	ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	3	QL	ORENCIA 125 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
OMNIPOD 5 INTRO (G6/LIBRE 2 PLUS)	3	QL	ORPHENADRINE ER 100 MG TABLET	2	
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	3	QL	ORSERDU 86 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 5 PACK	3	QL	ORSERDU 345 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL	OSCIMIN 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 5 PACK	3	QL	OSCIMIN 0.125 MG TABLET	2	
OMNIPOD GO 10 UNIT/DAY PODS	3	QL	OSELTAMIVIR 30 MG CAPSULE	2	QL
OMNIPOD GO 15 UNIT/DAY PODS	3	QL	OSELTAMIVIR 45 MG CAPSULE	2	QL
OMNIPOD GO 20 UNIT/DAY PODS	3	QL	OSELTAMIVIR 75 MG CAPSULE	2	QL
OMNIPOD GO 25 UNIT/DAY PODS	3	QL	OSELTAMIVIR 6 MG/ML ORAL SUSPENSION	2	QL
OMNIPOD GO 30 UNIT/DAY PODS	3	QL	OSMOPREP TABLET	4	
OMNIPOD GO 35 UNIT/DAY PODS	3	QL	OSPHENA 60 MG TABLET	4	QL
OMNIPOD GO 40 UNIT/DAY PODS	3	QL	OTEZLA 10-20 MG STARTER 28 DAY	5	PA, QL, SRX
OMNITROPE 5 MG/1.5 ML CARTRIDGE	5	PA, SRX	OTEZLA 10-20-30 MG STARTER 28 DAY	5	PA, QL, SRX
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML CARTRIDGE	5	PA, SRX	OTEZLA 20 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
OMNITROPE 5.8 MG VIAL	5	PA, SRX	OTEZLA 30 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION PAK	3		OVAL TAPE	3	
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION	3		OXANDROLONE 2.5 MG TABLET	4	PA
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION	3		OXANDROLONE 10 MG TABLET	4	PA
ONDANSETRON 4 MG ODT TABLET	2		OXAPROZIN 600 MG CAPLET	2	
ONDANSETRON 8 MG ODT TABLET	2		OXAPROZIN 600 MG TABLET	2	
ONDANSETRON 4 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		OXAZEPAM 10 MG CAPSULE	2	
ONDANSETRON 4 MG TABLET	2		OXAZEPAM 15 MG CAPSULE	2	
ONDANSETRON 8 MG TABLET	2		OXAZEPAM 30 MG CAPSULE	2	
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE	3	QL	OXCARBAZEPINE 300 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
OPCICON ONE-STEP 1.5 MG TABLET	1		OXCARBAZEPINE 150 MG TABLET	2	
OPILL 0.075 MG TABLET	1	QL	OXCARBAZEPINE 300 MG TABLET	2	
OPIUM 10 MG/ML TINCTURE	3	PA	OXCARBAZEPINE 600 MG TABLET	2	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE	3	QL	OXICONAZOLE 1% CREAM	3	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC	3	QL	OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
OPTICHAMBER DIAMOND W-LARGE MASK	3	QL	OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SYRUP	2	
OPTICHAMBER DIAMOND W-MEDIUM MASK	3	QL	OXYBUTYNIN 5 MG TABLET	1	
OPTICHAMBER DIAMOND W-SMALL MASK	3	QL	OXYBUTYNIN ER 5 MG TABLET	2	
OPTION 2 1.5 MG TABLET	1		OXYBUTYNIN ER 10 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OXYBUTYNIN ER 15 MG TABLET	2		PANTOPRAZOLE DR 40 MG TABLET	2	QL
OXYCODONE (IR) 5 MG CAPSULE	2	PA	PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML	3	
OXYCODONE (IR) 5 MG TABLET	2	PA	PARADIGM RESERVOIR 3 ML	3	
OXYCODONE (IR) 10 MG TABLET	2	PA	PARAGARD T 380-A IUD	1	LDD, SRX
OXYCODONE (IR) 15 MG TABLET	2	PA	PARICALCITOL 1 MCG CAPSULE	2	SRX
OXYCODONE (IR) 20 MG TABLET	2	PA	PARICALCITOL 2 MCG CAPSULE	2	SRX
OXYCODONE (IR) 30 MG TABLET	2	PA	PARICALCITOL 4 MCG CAPSULE	2	SRX
OXYCODONE 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	PA	PAROEX 0.12% ORAL RINSE	2	
OXYCODONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA	PAROXETINE 10 MG TABLET	1	QL
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325 MG TABLET	2	PA	PAROXETINE 20 MG TABLET	1	QL
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG TABLET	2	PA	PAROXETINE 30 MG TABLET	1	QL
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG TABLET	2	PA	PAROXETINE 40 MG TABLET	1	QL
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG TABLET	2	PA	PASER GRANULES 4 GM PACKET	4	
OXYMORPHONE 5 MG TABLET	3	PA	PAXLOVID 150-100 MG DOSE PACK	4	QL
OXYMORPHONE 10 MG TABLET	3	PA	PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	4	QL
OXYMORPHONE ER 5 MG TABLET	3	PA	PAZOPANIB 200 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
OXYMORPHONE ER 7.5 MG TABLET	3	PA	PC UNIFINE PENTIP NEEDLE 6MM	3	
OXYMORPHONE ER 10 MG TABLET	3	PA	PC UNIFINE PENTIP NEEDLE 8MM	3	
OXYMORPHONE ER 15 MG TABLET	3	PA	PC UNIFINE PENTIP NEEDLE 12MM	3	
OXYMORPHONE ER 20 MG TABLET	3	PA	PEAK-AIR PEAK FLOW METER	3	
OXYMORPHONE ER 30 MG TABLET	3	PA	PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	3	
OXYMORPHONE ER 40 MG TABLET	3	PA	PEDIATRIC MEDIUM MASK	3	QL
OZEMPIC 0.25-0.5 MG/DOSE PEN INJECTOR	3	PA, QL	PEDIATRIC MOUTHPIECE	3	QL
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) PEN INJECTOR	3	PA, QL	PEDIATRIC PANDA MASK	3	QL
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR	3	PA, QL	PEDIATRIC SMALL MASK	3	QL
PACERONE 200 MG TABLET	2		PEDVAXHIB VACCINE VIAL	3	
PALIPERIDONE ER 1.5 MG TABLET	4		PEG 3350-ELECTROLYTE ORAL SOLUTION	2	
PALIPERIDONE ER 3 MG TABLET	4		PEG3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9 POWDER PACKET	2	
PALIPERIDONE ER 6 MG TABLET	4		PEG-3350 AND ELECTROLYTES ORAL SOLUTION	2	
PALIPERIDONE ER 9 MG TABLET	4		PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, SRX
PANCREAZE DR 2,600 UNIT CAPSULE	3		PEGASYS 180 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX
PANCREAZE DR 4,200 UNIT CAPSULE	3		PEG-PREP KIT	2	
PANCREAZE DR 10,500 UNIT CAPSULE	3		PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
PANCREAZE DR 16,800 UNIT CAPSULE	3		PEN NEEDLE 30G 5/16"	3	
PANCREAZE DR 21,000 UNIT CAPSULE	3		PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
PANCREAZE DR 37,000 UNIT CAPSULE	3		PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
PANDA MASK LARGE	3	QL	PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
PANDA MASK MEDIUM	3	QL	PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
PANDA MASK SMALL	3	QL	PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
PANRETIN 0.1% GEL	5	SRX	PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
PANTOPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL	PEN NEEDLE 31G 6MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PEN NEEDLE 31G 8MM	3		PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-25 MG TABLET	2	
PEN NEEDLE 32G 3/16"	3		PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-50 MG TABLET	2	
PEN NEEDLE 32G 1/4"	3		PERSONAL BEST PEAK FLOW METER	3	
PEN NEEDLE 32G 4MM	3		PFIZER COVID (6M-4Y) EUA	3	
PEN NEEDLE 32G 5/32"	3		PFIZER COVID (5-11Y) EUA	3	
PEN NEEDLE 33G 4MM	3		PFIZER COVID (6M-4Y) VACCINE - MAROON	3	
PENBRAYA KIT	3		PFIZER COVID (5-11Y) VACCINE - ORANGE	3	
PENCICLOVIR 1% CREAM	4	PA, QL	PFIZER COVID (12Y UP) VACCINE - GRAY	3	
PENICILLAMINE 250 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	PFIZER COVID BIVAL (6MO-4Y) EUA	3	
PENICILLIN VK 125 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		PFIZER COVID BIVAL (5-11YR) EUA	3	
PENICILLIN VK 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		PFIZER COVID BIVAL (12Y UP) EUA	3	
PENICILLIN VK 250 MG TABLET	2		PFIZER COVID-19 VACCINE - PURPLE	3	
PENICILLIN VK 500 MG TABLET	2		PHASEAL PROTECTOR 14	3	
PENTACEL VIAL KIT	3		PHASEAL PROTECTOR 21	3	
PENTAMIDINE 300 MG INHALATION POWDER	3		PHASEAL PROTECTOR 28	3	
PENTAZOCINE-NALOXONE TABLET	2	PA	PHASEAL PROTECTOR 50	3	
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2"	3		PHENAZOPYRIDINE 100 MG TABLET	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 12MM	3		PHENAZOPYRIDINE 200 MG TABLET	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 3/16"	3		PHENELZINE 15 MG TABLET	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		PHENOBARBITAL 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		PHENOBARBITAL 30 MG/7.5 ML ORAL SOLUTION	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 5MM	3		PHENOBARBITAL 60 MG/15 ML ORAL SOLUTION	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 6MM	3		PHENOBARBITAL 30 MG TABLET	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 8MM	3		PHENOBARBITAL 15 MG TABLET	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 4MM	3		PHENOBARBITAL 16.2 MG TABLET	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4"	3		PHENOBARBITAL 32.4 MG TABLET	2	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 5/32"	3		PHENOBARBITAL 60 MG TABLET	2	
PENTOXIFYLLINE ER 400 MG TABLET	2		PHENOBARBITAL 64.8 MG TABLET	2	
PERFECT POINT NEEDLE 25G 1"	3		PHENOBARBITAL 97.2 MG TABLET	2	
PERINDOPRIL 2 MG TABLET	2		PHENOBARBITAL 100 MG TABLET	2	
PERINDOPRIL 4 MG TABLET	2		PHENOXYBENZAMINE 10 MG CAPSULE	5	
PERINDOPRIL 8 MG TABLET	2		PHENYLEPHRINE 2.5% EYE DROPS	2	
PERIOGARD 0.12% ORAL RINSE	2		PHENYLEPHRINE 10% EYE DROPS	2	
PERMETHRIN 5% CREAM	2		PHENYTOIN 50 MG CHEWABLE TABLET	2	
PERPHENAZINE 2 MG TABLET	2		PHENYTOIN 50 MG INFATAB CHEW	2	
PERPHENAZINE 4 MG TABLET	2		PHENYTOIN 100 MG/4 ML ORAL SUSPENSION	2	
PERPHENAZINE 8 MG TABLET	2		PHENYTOIN 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
PERPHENAZINE 16 MG TABLET	2		PHENYTOIN SODIUM EXT 100 MG CAPSULE	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 2 MG-10 MG TABLET	2		PHENYTOIN SODIUM EXT 200 MG CAPSULE	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 2 MG-25 MG TABLET	2		PHENYTOIN SODIUM EXT 300 MG CAPSULE	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-10 MG TABLET	2		PHEXXI 1.8-1-0.4% VAGINAL GEL	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PHILITH 0.4-0.035 MG TABLET	1		PNV-DHA + DOCUSATE SOFTGEL	1	
PHYSIOSOL IRRIGATION SOLUTION	4		PNV-DHA SOFTGEL	1	
PHYTONADIONE 5 MG TABLET	4		PNV-OMEGA SOFTGEL	1	
PIKO 1 FLOW METER	3		PNV-SELECT TABLET	1	
PILOCARPINE 1% EYE DROPS	2		POCKET CHAMBER	3	QL
PILOCARPINE 2% EYE DROPS	2		POCKET PEAK FLOW METER	3	
PILOCARPINE 4% EYE DROPS	2		PODOFILOX 0.5% TOPICAL SOLUTION	2	
PILOCARPINE 5 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 18G 1"	3	
PILOCARPINE 7.5 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 18G 1.5"	3	
PIMECROLIMUS 1% CREAM	4		POLY HUB NEEDLE 21G 1"	3	
PIMOZIDE 1 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 21G 1.5"	3	
PIMOZIDE 2 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 22G 1"	3	
PIMTREA 28 DAY TABLET	1		POLY HUB NEEDLE 22G 1.5"	3	
PINDOLOL 5 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 23G 1"	3	
PINDOLOL 10 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 23G 1.5"	3	
PIOGLITAZONE 15 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 25G 1"	3	
PIOGLITAZONE 30 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 25G 1.5"	3	
PIOGLITAZONE 45 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 25G 5/8"	3	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30 MG-2 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 27G 1.25"	3	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30 MG-4 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 27G 1/2"	3	
PIOGLITAZONE-METFORMIN 15 MG-500 MG TABLET	2		POLY HUB NEEDLE 30G 1/2"	3	
PIOGLITAZONE-METFORMIN 15 MG-850 MG TABLET	2		POLYCIN EYE OINTMENT	2	
PIP GLUCOSE L1-L2 CONTROL SOLUTION	3		POLYMYXIN B-TMP EYE DROPS	2	
PIP PEN NEEDLE 31G 5MM	3		POMALYST 1 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
PIP PEN NEEDLE 32G 4MM	3		POMALYST 2 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
PIRFENIDONE 267 MG CAPSULE	5	PA, SRX	POMALYST 3 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
PIRFENIDONE 267 MG TABLET	5	PA, SRX	POMALYST 4 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
PIRFENIDONE 801 MG TABLET	5	PA, SRX	PORTIA-28 TABLET	1	
PIRMELLA 1-35 28 TABLET	1		POSACONAZOLE 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	4	
PIRMELLA 7-7-7-28 TABLET	1		POSACONAZOLE DR 100 MG TABLET	4	QL
PIROXICAM 10 MG CAPSULE	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ CAPSULE	2	
PIROXICAM 20 MG CAPSULE	2		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ CAPSULE	2	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	4		POTASSIUM CHLORIDE 10% (20 MEQ/15 ML) ORAL SOLUTION	2	
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML PEN	5	PA, SRX	POTASSIUM CHLORIDE 10% (40 MEQ/30 ML) ORAL SOLUTION	2	
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, SRX	POTASSIUM CHLORIDE 20% (40 MEQ/15 ML) ORAL SOLUTION	2	
PLEGRIDY PEN INJECTOR STARTER PACK	5	PA, SRX	POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ PACKET	2	
PLEGRIDY SYRINGE STARTER PACK	5	PA, SRX	POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TABLET	2	
PNEUMOVAX 23 SYRINGE	3		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ TABLET	2	
PNEUMOVAX 23 VIAL	3		POTASSIUM CHLORIDE ER 15 MEQ TABLET	2	
PNV 29-1 TABLET	1				
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN TABLET	1				

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
POTASSIUM CHLORIDE ER 20 MEQ TABLET	2		PREDNISOLONE 10 MG ODT TABLET	3	
POTASSIUM CITRATE ER 5 MEQ TABLET	2		PREDNISOLONE 15 MG ODT TABLET	3	
POTASSIUM CITRATE ER 10 MEQ TABLET	2		PREDNISOLONE 30 MG ODT TABLET	3	
POTASSIUM CITRATE ER 15 MEQ TABLET	2		PREDNISOLONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
POTASSIUM IODIDE 1 GM/ML ORAL SOLUTION	4		PREDNISOLONE 15 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PR NATAL 400 COMBO PACK	1		PREDNISOLONE 25 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PR NATAL 430 COMBO PACK	1		PREDNISOLONE AC 1% EYE DROPS	2	
PR NATAL 400 EC COMBO PACK	1		PREDNISON 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PR NATAL 430 EC COMBO PACK	1		PREDNISON 1 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE 0.125 MG TABLET	2		PREDNISON 2.5 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE 0.25 MG TABLET	2		PREDNISON 5 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE 0.5 MG TABLET	2		PREDNISON 10 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE 0.75 MG TABLET	2		PREDNISON 20 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE 1 MG TABLET	2		PREDNISON 50 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE 1.5 MG TABLET	2		PREDNISON 5 MG TABLET DOSE PACK	2	
PRAMIPEXOLE ER 0.375 MG TABLET	3		PREDNISON 10 MG TABLET DOSE PACK	2	
PRAMIPEXOLE ER 0.75 MG TABLET	3		PREDNISON INTENSOL 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	3	
PRAMIPEXOLE ER 1.5 MG TABLET	3		PREF PLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
PRAMIPEXOLE ER 2.25 MG TABLET	3		PREF PLUS SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
PRAMIPEXOLE ER 3 MG TABLET	3		PREF PLUS SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
PRAMIPEXOLE ER 3.75 MG TABLET	3		PREFERRED PLUS SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
PRAMIPEXOLE ER 4.5 MG TABLET	3		PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML	3	
PRAMOSONE 1% LOTION	4		PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	4		PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML	3	
PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	4		PREFPLS INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	4		PREGABALIN 25 MG CAPSULE	2	QL
PRASUGREL 5 MG TABLET	2		PREGABALIN 50 MG CAPSULE	2	QL
PRASUGREL 10 MG TABLET	2		PREGABALIN 75 MG CAPSULE	2	QL
PRAVASTATIN 10 MG TABLET	2		PREGABALIN 100 MG CAPSULE	2	QL
PRAVASTATIN 20 MG TABLET	2		PREGABALIN 150 MG CAPSULE	2	QL
PRAVASTATIN 40 MG TABLET	2		PREGABALIN 200 MG CAPSULE	2	QL
PRAVASTATIN 80 MG TABLET	2		PREGABALIN 225 MG CAPSULE	2	QL
PRAZQUANTEL 600 MG TABLET	4		PREGABALIN 300 MG CAPSULE	2	QL
PRazosin 1 MG CAPSULE	2		PREGABALIN 20 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL
PRazosin 2 MG CAPSULE	2		PREHEVBRIO 10 MCG/ML VIAL	3	
PRazosin 5 MG CAPSULE	2		PREMARIN 0.3 MG TABLET	4	
PRECISION XTRA MONITOR	1		PREMARIN 0.45 MG TABLET	4	
PRECISION XTRA TEST STRIP	3		PREMARIN 0.625 MG TABLET	4	
PREDNICARBATE 0.1% CREAM	2		PREMARIN 0.9 MG TABLET	4	
PREDNICARBATE 0.1% OINTMENT	2		PREMARIN 1.25 MG TABLET	4	
PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	2		PRENA1 TRUE COMBO PACK	1	

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PRENAISSANCE CAPSULE	1		PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	3	QL
PRENAISSANCE PLUS SOFTGEL	1		PROBENECID 500 MG TABLET	2	
PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET	1		PROBENECID-COLCHICINE TABLET	2	
PRENATAL 19 TABLET	1		PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	3	QL
PRENATAL PLUS IRON TABLET	1		PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	3	QL
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL TABLET	1		PROCENTRA 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
PRENATAL PLUS-DHA COMBO PACK	1		PROCHAMBER HOLDING CHAMBER	3	QL
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON TABLET	1		PROCHLORPERAZINE 25 MG SUPPOSITORY	3	
PRENATAL-U CAPSULE	1		PROCHLORPERAZINE 5 MG TABLET	2	
PREVALITE PACKET	2		PROCHLORPERAZINE 10 MG TABLET	2	
PREVALITE POWDER	2		PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	2	
PREVNAR 20 SYRINGE	3		PRODIGY CONTROL SOLUTION	3	
PREVYMIS 20 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX	PRODIGY INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
PREVYMIS 120 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX	PRODIGY LOW CONTROL SOLUTION	3	
PREVYMIS 240 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	PRODIGY SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
PREVYMIS 480 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	PRODIGY SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	3	SRX	PROGESTERONE 100 MG CAPSULE	2	
PREZISTA 75 MG TABLET	3	SRX	PROGESTERONE 200 MG CAPSULE	2	
PREZISTA 150 MG TABLET	3	SRX	PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	4	SRX
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	SRX	PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	4	SRX
PRIFTIN 150 MG TABLET	4		PROMETHAZINE 12.5 MG SUPPOSITORY	3	
PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET	2		PROMETHAZINE 25 MG SUPPOSITORY	3	
PRIMEAIRE CHAMBER	3	QL	PROMETHAZINE 12.5 MG/10 ML SYRUP	2	
PRIMIDONE 250 MG TABLET	2		PROMETHAZINE 12.5 MG TABLET	2	
PRIMIDONE 50 MG TABLET	2		PROMETHAZINE 25 MG TABLET	2	
PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4		PROMETHAZINE 50 MG TABLET	2	
PRIORIX VIAL	3		PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SYRUP	2	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32G 1/4"	3		PROMETHAZINE VC-CODEINE SYRUP	2	QL
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		PROMETHAZINE-CODEINE ORAL SOLUTION	2	QL
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	3		PROMETHAZINE-CODEINE SYRUP	2	QL
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32G 5MM	3		PROMETHAZINE-DM 6.25-15 MG/5 ML SYRUP	2	
PRO COMFORT SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3		PROMETHAZINE-PE 6.25-5 MG/5 ML SYRUP	2	
PRO COMFORT SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3		PROMETHAZINE-PE-CODEINE SYRUP	2	QL
PRO COMFORT SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE SYRUP	2	
PRO COMFORT SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3		PROMETHEGAN 12.5 MG SUPPOSITORY	3	
PRO COMFORT SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		PROMETHEGAN 25 MG SUPPOSITORY	3	
PRO COMFORT SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3		PROMETHEGAN 50 MG SUPPOSITORY	3	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	QL	PROPAFENONE 150 MG TABLET	2	
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	3	QL	PROPAFENONE 225 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PROPAFENONE 300 MG TABLET	2		PURE COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	QL
PROPAFENONE ER 225 MG CAPSULE	2		PURECOMFORT PEAK FLOW METER ADULT	3	
PROPAFENONE ER 325 MG CAPSULE	2		PURECOMFORT PEAK FLOW METER CHILD	3	
PROPAFENONE ER 425 MG CAPSULE	2		PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION	5	PA, LDD, SRX
PROPARACAINE 0.5% EYE DROPS	2		PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 5MM	3	
PROPRANOLOL 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 6MM	3	
PROPRANOLOL 40 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 8MM	3	
PROPRANOLOL 10 MG TABLET	2		PV UNIFINE PENTIP PLUS 32G 4MM	3	
PROPRANOLOL 20 MG TABLET	2		PV UNIFINE PENTIP PLUS 33G 4MM	3	
PROPRANOLOL 40 MG TABLET	2		PYRAZINAMIDE 500 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL 60 MG TABLET	2		PYRIDOSTIGMINE 60 MG TABLET	4	
PROPRANOLOL 80 MG TABLET	2		PYRIDOSTIGMINE 60 MG/5 ML ORAL SOLUTION	5	PA
PROPRANOLOL ER 60 MG CAPSULE	2		PYRIDOSTIGMINE ER 180 MG TABLET	4	
PROPRANOLOL ER 80 MG CAPSULE	2		PYRIMETHAMINE 25 MG TABLET	5	PA, SRX
PROPRANOLOL ER 120 MG CAPSULE	2		QC UNIFINE PENTIP 32G 4MM	3	
PROPRANOLOL ER 160 MG CAPSULE	2		QC UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3	
PROPRANOLOL-HCTZ 40-25 MG TABLET	2		QUADRACEL DTAP-IPV SYRINGE	3	
PROPRANOLOL-HCTZ 80-25 MG TABLET	2		QUADRACEL DTAP-IPV VIAL	3	
PROPYLTHIOURACIL 50 MG TABLET	2		QUAZEPAM 15 MG TABLET	4	PA
PROQUAD VIAL	3		QUETIAPINE 25 MG TABLET	2	
PROTRIPTYLINE 5 MG TABLET	4		QUETIAPINE 50 MG TABLET	2	
PROTRIPTYLINE 10 MG TABLET	4		QUETIAPINE 100 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3		QUETIAPINE 200 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		QUETIAPINE 300 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3		QUETIAPINE 400 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		QUETIAPINE ER 50 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3		QUETIAPINE ER 150 MG TABLET	2	
PUB INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		QUETIAPINE ER 200 MG TABLET	2	
PUB PEN NEEDLE 29G 12MM	3		QUETIAPINE ER 300 MG TABLET	2	
PUB PEN NEEDLE 31G 6MM	3		QUETIAPINE ER 400 MG TABLET	2	
PUB PEN NEEDLE 31G 8MM	3		QUINAPRIL 5 MG TABLET	1	
PUB UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/16"	3		QUINAPRIL 10 MG TABLET	1	
PULMOSAL 7% VIAL	2		QUINAPRIL 20 MG TABLET	1	
PULMOZYME 1 MG/ML AMPULE	5	PA, SRX	QUINAPRIL 40 MG TABLET	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	3		QUINAPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 5MM	3		QUINAPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	3		QUINAPRIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	1	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 8MM	3		QUINIDINE GLUCONATE ER 324 MG TABLET	3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3		QUINIDINE SULFATE 200 MG TABLET	2	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3		QUINIDINE SULFATE 300 MG TABLET	2	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3		QUININE SULFATE 324 MG CAPSULE	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
QVAR REDHALER 40 MCG	3		RELION NOVOLOG 100 UNIT/ML VIAL	4	QL, ST
QVAR REDHALER 80 MCG	3		RELION NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	4	QL, ST
RA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		RELION NOVOLOG MIX 70-30 VIAL	4	QL, ST
RA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3		RELION NOVOLOG U-100 FLEXPEN	4	QL, ST
RA INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		RELION PEN NEEDLE 29G	3	
RA INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3		RELION PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
RA PEN NEEDLE 31G 3/16"	3		RELION PEN NEEDLE 31G	3	
RA PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		RELION PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
RABEPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL	RELION PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
RALOXIFENE 60 MG TABLET	2		RELION PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
RAMELTEON 8 MG TABLET	3	QL	RELION PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
RAMIPRIL 1.25 MG CAPSULE	2		RELION SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
RAMIPRIL 2.5 MG CAPSULE	1		RELION SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
RAMIPRIL 5 MG CAPSULE	1		RELION TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER	1	
RAMIPRIL 10 MG CAPSULE	1		RELION TRUE METRIX TEST STRIP	3	
RANOLAZINE ER 1,000 MG TABLET	4	QL	RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	4	PA
RANOLAZINE ER 500 MG TABLET	4	QL	RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE	4	PA
RASAGILINE 0.5 MG TABLET	2		RELISTOR 12 MG/0.6 ML VIAL	4	PA
RASAGILINE 1 MG TABLET	2		RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION	4	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	3		REPAGLINIDE 0.5 MG TABLET	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM	3		REPAGLINIDE 1 MG TABLET	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	3		REPAGLINIDE 2 MG TABLET	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	3		REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	5	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	1		REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	5	
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML SYRINGE	3		REPATHA 420 MG/3.5 ML PUSHTRONEX	5	
RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML SYRINGE	3		RESPA A.R. TABLET SA	4	
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML VIAL	3		REVLIMID 2.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML VIAL	3		REVLIMID 5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
RECOMBIVAX HB 40 MCG/ML VIAL	3		REVLIMID 10 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REFUAH PLUS CONTROL SOLUTION	3		REVLIMID 15 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
RELENZA 5 MG DISKHALER	4	QL	REVLIMID 20 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		REVLIMID 25 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3		REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	3	SRX
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3		REZDIFFRA 60 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		REZDIFFRA 80 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	3		REZDIFFRA 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		RIBAVIRIN 200 MG CAPSULE	4	SRX
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	3		RIBAVIRIN 200 MG TABLET	4	SRX
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		RIFABUTIN 150 MG CAPSULE	3	
RELION KETONE TEST STRIP	3		RIFAMPIN 150 MG CAPSULE	2	
RELION MINI PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		RIFAMPIN 300 MG CAPSULE	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
RIGHTEST HIGH CONTROL SOLUTION	3		RIZATRIPTAN 10 MG TABLET	2	QL
RIGHTEST NORMAL CONTROL SOLUTION	3		R-NATAL OB SOFTGEL	1	
RILUZOLE 50 MG TABLET	5	SRX	ROFLUMILAST 250 MCG TABLET	4	QL
RIMANTADINE 100 MG TABLET	2		ROFLUMILAST 500 MCG TABLET	4	QL
RINVOQ ER 15 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	ROPINIROLE 0.25 MG TABLET	2	
RINVOQ ER 30 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	ROPINIROLE 0.5 MG TABLET	2	
RINVOQ ER 45 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	ROPINIROLE 1 MG TABLET	2	
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	5	PA, QL, LDD, SRX	ROPINIROLE 2 MG TABLET	2	
RISEDRONATE 5 MG TABLET	3		ROPINIROLE 3 MG TABLET	2	
RISEDRONATE 30 MG TABLET	3		ROPINIROLE 4 MG TABLET	2	
RISEDRONATE 35 MG TABLET	3		ROPINIROLE 5 MG TABLET	2	
RISEDRONATE 150 MG TABLET	3		ROPINIROLE ER 2 MG TABLET	2	
RISEDRONATE DR 35 MG TABLET	3		ROPINIROLE ER 4 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 0.25 MG ODT TABLET	2		ROPINIROLE ER 6 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2		ROPINIROLE ER 8 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 0.5 MG ODT TABLET	2		ROPINIROLE ER 12 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 1 MG ODT TABLET	2		ROSADAN 0.75% CREAM	2	
RISPERIDONE 2 MG ODT TABLET	2		ROSADAN 0.75% GEL	2	
RISPERIDONE 3 MG ODT TABLET	2		ROSUVASTATIN 5 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 4 MG ODT TABLET	2		ROSUVASTATIN 10 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 0.25 MG TABLET	1		ROSUVASTATIN 20 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 0.5 MG TABLET	1		ROSUVASTATIN 40 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 1 MG TABLET	1		ROTARIX VACCINE ORAL SUSPENSION	3	
RISPERIDONE 2 MG TABLET	1		ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	3	
RISPERIDONE 3 MG TABLET	1		ROTATEQ VACCINE	3	
RISPERIDONE 4 MG TABLET	1		ROWEEPRA 500 MG TABLET	2	
RITEFLO SPACER	3	QL	ROWEEPRA 750 MG TABLET	2	
RITONAVIR 100 MG TABLET	2	SRX	ROWEEPRA 1,000 MG TABLET	2	
RIVAROXABAN 1 MG/ML SUSPENSION	3	QL	RUFINAMIDE 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	4	PA, QL
RIVAROXABAN 2.5 MG TABLET	3	QL	RUFINAMIDE 200 MG TABLET	4	PA, QL
RIVASTIGMINE 1.5 MG CAPSULE	2		RUFINAMIDE 400 MG TABLET	4	PA, QL
RIVASTIGMINE 3 MG CAPSULE	2		RYBELSUS 1.5 MG TABLET	3	PA, QL
RIVASTIGMINE 4.5 MG CAPSULE	2		RYBELSUS 3 MG TABLET	3	PA, QL
RIVASTIGMINE 6 MG CAPSULE	2		RYBELSUS 4 MG TABLET	3	PA, QL
RIVASTIGMINE 4.6 MG/24HR PATCH	2		RYBELSUS 7 MG TABLET	3	PA, QL
RIVASTIGMINE 9.5 MG/24HR PATCH	2		RYBELSUS 9 MG TABLET	3	PA, QL
RIVASTIGMINE 13.3 MG/24HR PATCH	2		RYBELSUS 14 MG TABLET	3	PA, QL
RIVELSA TABLET	1		RYCLORA 2 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4	
RIZATRIPTAN 5 MG ODT TABLET	2	QL	SACUBITRIL-VALSARTAN 24-26 MG TABLET	3	QL
RIZATRIPTAN 10 MG ODT TABLET	2	QL	SACUBITRIL-VALSARTAN 49-51 MG TABLET	3	QL
RIZATRIPTAN 5 MG TABLET	2	QL	SACUBITRIL-VALSARTAN 97-103 MG TABLET	3	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3		SERTRALINE 25 MG TABLET	1	QL
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3		SERTRALINE 50 MG TABLET	1	QL
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML	3		SERTRALINE 100 MG TABLET	1	QL
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM	3		SETLAKIN 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3		SEVELAMER CARBONATE 800 MG TABLET	4	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3		SF 1.1% GEL	2	
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX	SF 5000 PLUS TOOTHPASTE	2	
SALICYLIC ACID 27.5% LIQUID	2		SHAROBEL 0.35 MG TABLET	1	
SALSALATE 500 MG TABLET	2		SHINGRIX VIAL KIT	3	QL
SALSALATE 750 MG TABLET	2		SHOPKO UNIFINE PENTIP 29G 12MM	3	
SANTYL OINTMENT	4	PA, QL	SHOPKO UNIFINE PENTIP 31G 5MM	3	
SAPROTERIN 100 MG POWDER PACKET	5	PA, SRX	SHOPKO UNIFINE PENTIP 31G 8MM	3	
SAPROTERIN 500 MG POWDER PACKET	5	PA, SRX	SHOPKO UNIFINE PENTIP 32G 4MM	3	
SAPROTERIN 100 MG TABLET	5	PA, SRX	SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK	3	QL
SAVAYSA 15 MG TABLET	4	PA, QL	SIGNIFOR 0.3 MG/ML AMPULE	5	PA, LDD, SRX
SAVAYSA 30 MG TABLET	4	PA, QL	SIGNIFOR 0.6 MG/ML AMPULE	5	PA, LDD, SRX
SAVAYSA 60 MG TABLET	4	PA, QL	SIGNIFOR 0.9 MG/ML AMPULE	5	PA, LDD, SRX
SAVELLA 12.5 MG TABLET	4		SILDENAFIL 20 MG TABLET	5	PA, SRX
SAVELLA 25 MG TABLET	4		SILHOUETTE INFUSION SET 23"	3	
SAVELLA 50 MG TABLET	4		SILICONE MASK-INFANT	3	QL
SAVELLA 100 MG TABLET	4		SILICONE MASK-PEDIATRIC	3	QL
SAVELLA TITRATION PACK	4		SILODOSIN 4 MG CAPSULE	2	QL
SAXAGLIPTIN 2.5 MG TABLET	2	QL	SILODOSIN 8 MG CAPSULE	2	QL
SAXAGLIPTIN 5 MG TABLET	2	QL	SIL-SERTER INFUSION SET	3	
SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 2.5-1000 MG TABLET	2	QL	SILVER NITRATE 0.5% TOPICAL SOLUTION	2	
SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 5-500 MG TABLET	2	QL	SILVER NITRATE 10% TOPICAL SOLUTION	2	
SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 5-1000 MG TABLET	2	QL	SILVER NITRATE 25% TOPICAL SOLUTION	2	
SCOPOLAMINE 1 MG/3 DAY PATCH	2		SILVER NITRATE 50% TOPICAL SOLUTION	2	
SECURESAFE PEN NEEDLE 30G 5/16"	3		SILVER SULFADIAZINE 1% CREAM	2	
SECURESAFE SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		SIMBRINZA 1%-0.2% EYE DROPS	3	
SECURESAFE SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		SIMLANDI (CF) 40 MG/0.4 ML AUTO-INJECTOR	5	PA, QL, SRX
SELARSDI 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	SIMLANDI (CF) 20 MG/0.2 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SELARSDI 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	SIMLANDI (CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SELEGILINE 5 MG CAPSULE	2		SIMLANDI (CF) 80 MG/0.8 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SELEGILINE 5 MG TABLET	2		SIMLIYA 28 DAY TABLET	1	
SELENIUM SULFIDE 2.5% LOTION	2		SIMPESSE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
SELENIUM SULFIDE 2.25% SHAMPOO	2		SIMVASTATIN 5 MG TABLET	1	
SE-NATAL 19 CHEWABLE TABLET	1		SIMVASTATIN 10 MG TABLET	1	
SE-NATAL 19 TABLET	1		SIMVASTATIN 20 MG TABLET	1	
SEREVENT 50 MCG DISKUS	4	QL, ST	SIMVASTATIN 40 MG TABLET	1	
SERTRALINE 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	QL	SIMVASTATIN 80 MG TABLET	1	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SIROLIMUS 0.5 MG TABLET	2	SRX
SIROLIMUS 1 MG TABLET	2	SRX
SIROLIMUS 2 MG TABLET	2	SRX
SIROLIMUS 1 MG/ML ORAL SOLUTION	5	SRX
SIRTURO 20 MG TABLET	4	PA, SRX
SIRTURO 100 MG TABLET	4	PA, SRX
SIVEXTRO 200 MG TABLET	4	PA
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
SKYLA 13.5 MG SYSTEM	1	LDD, SRX
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	5	PA, QL, SRX
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	5	PA, QL, SRX
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	5	PA, QL, SRX
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
SLYND 4 MG TABLET	4	
SM INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
SM INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
SM INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
SM INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
SM INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
SM INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
SM INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
SMARTEST CONTROL SOLUTION	3	
SODIUM CHLORIDE 0.9% INHALATION VIAL	2	
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION	2	
SODIUM CHLORIDE 0.9% PROCESSING SOLUTION	2	
SODIUM CHLORIDE 10% VIAL	2	
SODIUM CHLORIDE 3% VIAL	2	
SODIUM CHLORIDE 7% VIAL	2	
SODIUM FLUORIDE 1.1% GEL	2	
SODIUM FLUORIDE 0.2% RINSE	2	
SODIUM FLUORIDE 1.1% TOOTHPASTE	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH TOOTHPASTE	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS TOOTHPASTE	2	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM TOOTHPASTE	2	
SODIUM FLUORIDE ENAMEL PROTECT 5000 PPM TOOTHPASTE	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SODIUM FLUORIDE SENSITIVE 5000 PPM TOOTHPASTE	2	
SODIUM FLUORIDE-POTASSIUM NITRATE PASTE	2	
SODIUM PHENYLBUTYRATE POWDER	5	SRX
SODIUM PHENYLBUTYRATE 500 MG TABLET	5	SRX
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE POWDER	2	
SODIUM SULFACETAMIDE 10% LOTION	2	
SODIUM SULFATE-POTASSIUM SULFATE-MAGNESIUM SULFATE ORAL SOLUTION	4	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 TABLET	5	PA, QL, SRX
SOLIFENACIN 5 MG TABLET	3	QL
SOLIFENACIN 10 MG TABLET	3	QL
SOLQUA 100 UNIT-33 MCG/ML PEN	4	
SOLUTIONUS V2 HIGH CONTROL SOLUTION	3	
SOLUTIONUS V2 LOW CONTROL SOLUTION	3	
SOLUVITA 0.5 MG/ML ORAL DROPS	2	
SOLUVITA A,C,D-FLUOR 0.25 MG/ML ORAL DROPS	2	
SOMAVERT 10 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX
SOMAVERT 15 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX
SOMAVERT 20 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX
SOMAVERT 25 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX
SOMAVERT 30 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX
SORAFENIB 200 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SOTALOL 80 MG TABLET	2	
SOTALOL 120 MG TABLET	2	
SOTALOL 160 MG TABLET	2	
SOTALOL 240 MG TABLET	2	
SOTALOL AF 80 MG TABLET	2	
SOTALOL AF 120 MG TABLET	2	
SOTALOL AF 160 MG TABLET	2	
SOTYKTU 6 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
SOTYLIZE 5 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA
SOVALDI 150 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX
SOVALDI 200 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX
SOVALDI 200 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
SOVALDI 400 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
SPIKEVAX (12Y UP) SYRINGE	3	
SPIKEVAX (12Y UP) VIAL	3	
SPIKEVAX 2024-25 (12Y UP) SYRINGE	3	
SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACCINE	3	
SPINOSAD 0.9% TOPICAL SUSPENSION	3	
SPIRONOLACTONE 25 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SPIRONOLACTONE 50 MG TABLET	2		SULINDAC 200 MG TABLET	2	
SPIRONOLACTONE 100 MG TABLET	2		SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR	2	QL
SPIRONOLACTONE-HCTZ 25-25 TABLET	2		SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML CARTRIDGE	2	QL
SPRINTEC 28 DAY TABLET	1		SUMATRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	3	QL
SPS 15 GM/60 ML ORAL SUSPENSION	3		SUMATRIPTAN 20 MG NASAL SPRAY	3	QL
SPS 30 GM/120 ML ENEMA SUSPENSION	3		SUMATRIPTAN 4 MG/0.5 ML PEN INJECTOR	2	QL
SRONYX 0.10-0.02 MG TABLET	1		SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML VIAL	2	QL
SSKI 1 GM/ML ORAL SOLUTION	4		SUMATRIPTAN SUCCINATE 25 MG TABLET	2	QL
STAVUDINE 40 MG CAPSULE	2	SRX	SUMATRIPTAN SUCCINATE 50 MG TABLET	2	QL
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	SUMATRIPTAN SUCCINATE 100 MG TABLET	2	QL
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX	SUMATRIPTAN-NAPROXEN 85-500 MG TABLET	4	QL
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	SUNITINIB 12.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
STERILE WATER FOR IRRIGATION	2		SUNITINIB 25 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
STIVARGA 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	SUNITINIB 37.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
STRIBILD TABLET	4	QL, SRX	SUNITINIB 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
STRIVE PEAK FLOW METER	3		SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 1/4"	3	
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION SPRAY	3	QL	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 1/4"	3	
SUBVENITE 25 MG TABLET	2		SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 1/4"	3	
SUBVENITE 100 MG TABLET	2		SURE COMFORT PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
SUBVENITE 150 MG TABLET	2		SURE COMFORT PEN NEEDLE 30G	3	
SUBVENITE 200 MG TABLET	2		SURE COMFORT PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
SUBVENITE TABLET STARTER KIT (BLUE)	2		SURE COMFORT PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
SUBVENITE TABLET STARTER KIT (GREEN)	2		SURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
SUBVENITE TABLET STARTER KIT (ORANGE)	2		SURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
SUCRAID 17,000 UNIT/2 ML ORAL SOLUTION	5	PA, LDD, SRX	SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION	5	PA, SRX	SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
SUCRALFATE 1 GM TABLET	2		SURE COMFORT SYRINGE 0.3 ML	3	
SULCONAZOLE NITRATE 1% CREAM	4	PA	SURE COMFORT SYRINGE 0.5 ML	3	
SULCONAZOLE NITRATE 1% TOPICAL SOLUTION	4	PA	SURE COMFORT SYRINGE 1 ML	3	
SULFACETAMIDE 10% EYE DROPS	2		SURE COMFORT SYRINGE 3/10 ML	3	
SULFACETAMIDE 10% EYE OINTMENT	2		SURE-FINE PEN NEEDLE 5MM	3	
SULFACETAMIDE SODIUM 10% TOPICAL SUSPENSION	2		SURE-FINE PEN NEEDLE 8MM	3	
SULFADIAZINE 500 MG TABLET	4		SURE-FINE PEN NEEDLE 12.7MM	3	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP DS TABLET	1		SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP ORAL SUSPENSION	2		SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP SS TABLET	1		SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
SULFAMYLYON 8.5% CREAM	4		SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 0.3 ML	3	
SULFASALAZINE 500 MG TABLET	2		SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	3	
SULFASALAZINE DR 500 MG TABLET	2		SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 1 ML	3	
SULF-PRED 10-0.23% EYE DROPS	2		SURE-TEST EASYPLUS MINI CONTROL SOLUTION	3	
SULINDAC 150 MG TABLET	2		SYEDA 28 TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SYMAX FASTABS 0.125 MG TABLET	2		TAFINLAR 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
SYMAX-SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2		TAFINLAR 75 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
SYMAX-SR 0.375 MG TABLET	2		TAFUPROST 0.0015% EYE DROPS	4	QL
SYMLINPEN 60 PEN INJECTOR	4	QL	TAGRISSO 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
SYMLINPEN 120 PEN INJECTOR	4	QL	TAGRISSO 80 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
SYMITUZA 800-150-200-10 MG TABLET	4	QL, SRX	TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	4	
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	5	PA, SRX	TAMOXIFEN 10 MG TABLET	2	
SYNERA PATCH	4		TAMOXIFEN 20 MG TABLET	2	
SYNJARDY 12.5-500 MG TABLET	3	QL	TAMSULOSIN 0.4 MG CAPSULE	2	
SYNJARDY 12.5-1,000 MG TABLET	3	QL	TANDEM MOBI 2 ML CARTRIDGE	3	
SYNJARDY 5-500 MG TABLET	3	QL	TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KIT 23"	3	
SYNJARDY 5-1,000 MG TABLET	3	QL	TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 23"	3	
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	3	QL	TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5"	3	
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	3	QL	TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23"	3	
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TABLET	3	QL	TARINA 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	3	QL	TARINA FE 1-20 EQ TABLET	1	
SYNTHROID 25 MCG TABLET	4		TARINA FE 1-20 TABLET	1	
SYNTHROID 50 MCG TABLET	4		TARON-C DHA CAPSULE	1	
SYNTHROID 75 MCG TABLET	4		TARON-PREX PRENATAL DHA CAPSULE	1	
SYNTHROID 88 MCG TABLET	4		TAYSOFY 1 MG-20 MCG CAPSULE	1	
SYNTHROID 100 MCG TABLET	4		TAZAROTENE 0.05% CREAM	4	
SYNTHROID 112 MCG TABLET	4		TAZAROTENE 0.1% CREAM	3	
SYNTHROID 125 MCG TABLET	4		TAZAROTENE 0.05% GEL	4	
SYNTHROID 137 MCG TABLET	4		TAZAROTENE 0.1% GEL	4	
SYNTHROID 150 MCG TABLET	4		TAZTIA XT 120 MG CAPSULE	2	
SYNTHROID 175 MCG TABLET	4		TAZTIA XT 180 MG CAPSULE	2	
SYNTHROID 200 MCG TABLET	4		TAZTIA XT 240 MG CAPSULE	2	
SYNTHROID 300 MCG TABLET	4		TAZTIA XT 300 MG CAPSULE	2	
SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 23G 1"	3		TAZTIA XT 360 MG CAPSULE	2	
T:FLEX 4.8 ML CARTRIDGE	3		TDVAX VIAL	3	
T:SLIM X2 3 ML CARTRIDGE	3		TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	3	
TABLOID 40 MG TABLET	4	PA	TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 12MM	3	
TACROLIMUS 0.03% OINTMENT	2		TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3	
TACROLIMUS 0.1% OINTMENT	2		TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3	
TACROLIMUS 0.5 MG CAPSULE (IR)	2	SRX	TECHLITE PEN NEEDLE 29G 3/8"	3	
TACROLIMUS 1 MG CAPSULE (IR)	2	SRX	TECHLITE PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
TACROLIMUS 5 MG CAPSULE (IR)	2	SRX	TECHLITE PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
TADALAFIL 2.5 MG TABLET	2	PA, QL	TECHLITE PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
TADALAFIL 5 MG TABLET	2	PA, QL	TECHLITE PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
TADALAFIL 20 MG TABLET	5	PA, SRX	TECHLITE PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX	TECHLITE PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TECHLITE PEN NEEDLE 32G 5/16"	3		TERBUTALINE 5 MG TABLET	2	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 32G 4MM	3		TERCONAZOLE 0.4% CREAM	2	
TECHLITE SYRINGE 0.3 ML 29G 12MM (1/2)	3		TERCONAZOLE 0.8% CREAM	2	
TECHLITE SYRINGE 0.3 ML 30G 8MM (1/2)	3		TERCONAZOLE 80 MG SUPPOSITORY	2	
TECHLITE SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM (1/2)	3		TERIFLUNOMIDE 7 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
TECHLITE SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM (1/2)	3		TERIFLUNOMIDE 14 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
TECHLITE SYRINGE 0.5 ML 30G 8MM (1/2)	3		TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
TECHLITE SYRINGE 0.5 ML 30G 12MM (1/2)	3		TERUMO INSULIN SYRINGE U100 1 ML	3	
TECHLITE SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM (1/2)	3		TERUMO INSULIN SYRINGE U100 1/2 ML	3	
TECHLITE SYRINGE 0.5 ML 31G 8MM (1/2)	3		TERUMO INSULIN SYRINGE U100 1/3 ML	3	
TELCARE CONTROL SOLUTION	3		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 18G 1"	3	
TELMISARTAN 20 MG TABLET	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 18G 1.5"	3	
TELMISARTAN 40 MG TABLET	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 19G 1"	3	
TELMISARTAN 80 MG TABLET	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 19G 1.5"	3	
TELMISARTAN-AMLODIPINE 40-5 MG TABLET	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 20G 1"	3	
TELMISARTAN-AMLODIPINE 40-10 MG TABLET	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 20G 1.5"	3	
TELMISARTAN-AMLODIPINE 80-5 MG TABLET	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 21G 1"	3	
TELMISARTAN-AMLODIPINE 80-10 MG TABLET	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 21G 1-1.5"	3	
TELMISARTAN-HCTZ 40-12.5 MG TABLET	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 22 1.5"	3	
TELMISARTAN-HCTZ 80-12.5 MG TABLET	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 22G 1"	3	
TELMISARTAN-HCTZ 80-25 MG TABLET	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 23G 1.5"	3	
TEMAZEPAM 7.5 MG CAPSULE	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 23G 1"	3	
TEMAZEPAM 15 MG CAPSULE	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25G 1"	3	
TEMAZEPAM 22.5 MG CAPSULE	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25G 1.5"	3	
TEMAZEPAM 30 MG CAPSULE	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25G 5/8"	3	
TEMOZOLOMIDE 5 MG CAPSULE	5	PA, SRX	TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 26G 1/2"	3	
TEMOZOLOMIDE 20 MG CAPSULE	5	PA, SRX	TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 27G 1/2"	3	
TEMOZOLOMIDE 100 MG CAPSULE	5	PA, SRX	TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 30G 1/2"	3	
TEMOZOLOMIDE 140 MG CAPSULE	5	PA, SRX	TERUMO SYRINGE 3 ML	3	
TEMOZOLOMIDE 180 MG CAPSULE	5	PA, SRX	TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM GEL	3	PA, QL
TEMOZOLOMIDE 250 MG CAPSULE	5	PA, SRX	TESTOSTERONE 1% (25 MG/2.5 G) PACKET	3	PA, QL
TENCON 50-325 MG TABLET	2		TESTOSTERONE 1% (50 MG/5 G) PACKET	3	PA, QL
TENIVAC SYRINGE	3		TESTOSTERONE 1.62%(1.25 G) PACKET	3	PA, QL
TENIVAC VIAL	3		TESTOSTERONE 1.62% (2.5 G) PACKET	3	PA, QL
TENOFOVIR 300 MG TABLET	2	SRX	TESTOSTERONE 1.62% GEL PUMP	3	PA, QL
TERAZOSIN 1 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE 10 MG GEL PUMP	3	PA, QL
TERAZOSIN 2 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	3	PA, QL
TERAZOSIN 5 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PACKET	3	PA, QL
TERAZOSIN 10 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE CYPIONATE 200 MG/ML VIAL	2	
TERBUTALINE 2.5 MG TABLET	2		TESTOSTERONE CYPIONATE 500 MG/2.5 ML VIAL	2	
TERBINAFINE 250 MG TABLET	1		TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/5 ML VIAL	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/10 ML VIAL	2		TIADYLT ER 240 MG CAPSULE	2	
TESTOSTERONE CYPIONATE 2,000 MG/10 ML VIAL	2		TIADYLT ER 300 MG CAPSULE	2	
TESTOSTERONE CYPIONATE 6,000 MG/30 ML VIAL	2		TIADYLT ER 360 MG CAPSULE	2	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML VIAL	2		TIADYLT ER 420 MG CAPSULE	2	
TESTOSTERONE ENANTHATE 1,000 MG/5 ML VIAL	2		TIAGABINE 2 MG TABLET	4	
TETRABENAZINE 12.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	TIAGABINE 4 MG TABLET	4	
TETRABENAZINE 25 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	TIAGABINE 12 MG TABLET	4	
TETRACAINE 0.5% EYE DROPS	2		TIAGABINE 16 MG TABLET	4	
TETRACAINE 0.5% STERI-UNIT EYE SOLUTION	2		TICAGRELOR 60 MG TABLET	3	
TETRACYCLINE 250 MG CAPSULE	3		TICAGRELOR 90 MG TABLET	3	
TETRACYCLINE 500 MG CAPSULE	3		TILIA FE 28 TABLET	1	
TEXACORT 2.5% TOPICAL SOLUTION	4		TIMOLOL 0.25% EYE DROPS	2	
THALOMID 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	TIMOLOL 0.5% EYE DROPS	2	
THALOMID 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	TIMOLOL 0.25% GEL-SOLUTION	2	
THALOMID 200 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX	TIMOLOL 0.5% GEL-SOLUTION	2	
THEOPHYLLINE 80 MG/15 ML ORAL SOLUTION	2		TIMOLOL 0.5% GFS GEL-SOLUTION	2	
THEOPHYLLINE ER 100 MG TABLET	2		TIMOLOL 5 MG TABLET	2	
THEOPHYLLINE ER 200 MG TABLET	2		TIMOLOL 10 MG TABLET	2	
THEOPHYLLINE ER 300 MG TABLET	2		TIMOLOL 20 MG TABLET	2	
THEOPHYLLINE ER 400 MG TABLET	2		TINIDAZOLE 250 MG TABLET	2	
THEOPHYLLINE ER 450 MG TABLET	2		TINIDAZOLE 500 MG TABLET	2	
THEOPHYLLINE ER 600 MG TABLET	2		TIOPRONIN 100 MG TABLET	5	SRX
THINPRO INSULIN SYRINGE U100 0.3 ML	3		TIS-U-SOLUTION PENTALYTE IRRIGATION SOLUTION	4	
THINPRO INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	3		TIVICAY 10 MG TABLET	3	SRX
THINPRO INSULIN SYRINGE U100 1 ML	3		TIVICAY 25 MG TABLET	3	SRX
THIORIDAZINE 10 MG TABLET	2		TIVICAY 50 MG TABLET	3	SRX
THIORIDAZINE 25 MG TABLET	2		TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION	3	SRX
THIORIDAZINE 50 MG TABLET	2		TIZANIDINE 2 MG TABLET	2	
THIORIDAZINE 100 MG TABLET	2		TIZANIDINE 4 MG TABLET	2	
THIOTHIXENE 1 MG CAPSULE	2		TOBRAMYCIN 300 MG/5 ML AMPULE	5	PA, QL, SRX
THIOTHIXENE 2 MG CAPSULE	2		TOBRAMYCIN 0.3% EYE DROPS	2	
THIOTHIXENE 5 MG CAPSULE	2		TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	5	PA, QL, SRX
THIOTHIXENE 10 MG CAPSULE	2		TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE EYE DROPS	2	
THRIVITE 19 TABLET	1		TODAY'S HEALTH PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
THYROID 15 MG TABLET	2		TOLCAPONE 100 MG TABLET	5	
THYROID 30 MG TABLET	2		TOLMETIN 400 MG CAPSULE	2	
THYROID 60 MG TABLET	2		TOLMETIN 200 MG TABLET	2	
THYROID 90 MG TABLET	2		TOLMETIN 600 MG TABLET	2	
THYROID 120 MG TABLET	2		TOLTERODINE 1 MG TABLET	2	
TIADYLT ER 120 MG CAPSULE	2		TOLTERODINE 2 MG TABLET	2	
TIADYLT ER 180 MG CAPSULE	2		TOLTERODINE ER 2 MG CAPSULE	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TOLTERODINE ER 4 MG CAPSULE	2		TRANLYCYPROMINE 10 MG TABLET	3	
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	5	PA, SRX	TRAVOPROST 0.004% EYE DROPS	2	
TOLVAPTAN 30 MG TABLET	5	PA, SRX	TRAZODONE 50 MG TABLET	1	
TOPCARE CLICKFINE 31G 1/4"	3		TRAZODONE 100 MG TABLET	1	
TOPCARE CLICKFINE 31G 5/16"	3		TRAZODONE 150 MG TABLET	1	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE	3		TRAZODONE 300 MG TABLET	2	
TOPIRAMATE 15 MG SPRINKLE CAPSULE	2		TRECTOR 250 MG TABLET	4	
TOPIRAMATE 25 MG SPRINKLE CAPSULE	2		TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 INHALATION DEVICE	3	QL
TOPIRAMATE 25 MG TABLET	2		TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 INHALATION DEVICE	3	QL
TOPIRAMATE 50 MG TABLET	2		TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA, QL, SRX
TOPIRAMATE 100 MG TABLET	2		TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
TOPIRAMATE 200 MG TABLET	2		TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	5	PA, QL, SRX
TOPIRAMATE ER 25 MG SPRINKLE CAPSULE	3		TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
TOPIRAMATE ER 50 MG SPRINKLE CAPSULE	3		TRESIBA 100 UNIT/ML VIAL	3	QL
TOPIRAMATE ER 100 MG SPRINKLE CAPSULE	3		TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML	3	QL
TOPIRAMATE ER 150 MG SPRINKLE CAPSULE	3		TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML	3	QL
TOPIRAMATE ER 200 MG SPRINKLE CAPSULE	3		TRETINOIN 10 MG CAPSULE	4	PA
TOREMIFENE 60 MG TABLET	4	QL	TRETINOIN 0.025% CREAM	2	PA, AGE
TORPENZ 2.5 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	TRETINOIN 0.05% CREAM	2	PA, AGE
TORPENZ 5 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	TRETINOIN 0.1% CREAM	2	PA, AGE
TORPENZ 7.5 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	TRETINOIN 0.025% GEL	3	PA, AGE
TORPENZ 10 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	TRETINOIN 0.01% GEL	3	PA, AGE
TORSEMIDE 5 MG TABLET	2		TRETINOIN 0.05% GEL	3	PA, AGE
TORSEMIDE 10 MG TABLET	2		TRETINOIN GEL MICRO 0.04% PUMP	3	PA, AGE
TORSEMIDE 20 MG TABLET	2		TRETINOIN GEL MICRO 0.1% PUMP	3	PA, AGE
TORSEMIDE 100 MG TABLET	2		TRETINOIN GEL MICRO 0.04% TUBE	3	PA, AGE
TOVET EMOLLIENT 0.05% FOAM	3	QL	TRETINOIN GEL MICRO 0.1% TUBE	3	PA, AGE
TRADJENTA 5 MG TABLET	3	QL	TRIAMCINOLONE 0.025% CREAM	2	
TRAMADOL 50 MG TABLET	2	QL	TRIAMCINOLONE 0.1% CREAM	2	
TRAMADOL ER 100 MG TABLET	2	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.5% CREAM	2	
TRAMADOL ER 200 MG TABLET	2	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.025% LOTION	2	
TRAMADOL ER 300 MG TABLET	2	PA, QL	TRIAMCINOLONE 0.1% LOTION	2	
TRAMADOL-ACETAMINOPHEN 37.5-325 MG TABLET	2	QL	TRIAMCINOLONE 0.025% OINTMENT	2	
TRANDOLAPRIL 1 MG TABLET	1		TRIAMCINOLONE 0.1% OINTMENT	2	
TRANDOLAPRIL 2 MG TABLET	1		TRIAMCINOLONE 0.5% OINTMENT	2	
TRANDOLAPRIL 4 MG TABLET	1		TRIAMCINOLONE 0.1% TOOTHPASTE	2	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 1-240 MG TABLET	2		TRIAMTERENE 50 MG CAPSULE	4	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 2-180 MG TABLET	2		TRIAMTERENE 100 MG CAPSULE	4	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 2-240 MG TABLET	2		TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG CAPSULE	2	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 4-240 MG TABLET	2		TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG TABLET	1	
TRANEXAMIC ACID 650 MG TABLET	2	SRX	TRIAMTERENE-HCTZ 75-50 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRIAZOLAM 0.125 MG TABLET	2		TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	4	QL, SRX
TRIAZOLAM 0.25 MG TABLET	2		TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	QL, SRX
TRIDERM 0.1% CREAM	2		TROPICAMIDE 0.5% EYE DROPS	2	
TRIDERM 0.5% CREAM	2		TROPICAMIDE 1% EYE DROPS	2	
TRI-ESTARYLLA TABLET	1		TROSPIMUM 20 MG TABLET	2	
TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	1		TROSPIMUM ER 60 MG CAPSULE	2	
TRI-LINYAH TABLET	1		TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	1		TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
TRI-LO-MARZIA TABLET	1		TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
TRI-LO-MILI TABLET	1		TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
TRI-LO-SPRINTEC TABLET	1		TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 5MM	3	
TRI-MILI 28 TABLET	1		TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
TRI-NYMYO 28 TABLET	1		TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
TRI-SPRINTEC TABLET	1		TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 5MM	3	
TRI-VITE-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	2		TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 6MM	3	
TRI-VITE-FLUORIDE 0.5 MG/ML ORAL DROPS	2		TRUE COMFORT PRO SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
TRI-VIT-FLUOR 0.25 MG/ML ORAL DROPS	2		TRUE COMFORT PRO SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
TRI-VIT-FLUOR 0.5 MG/ML ORAL DROPS	2		TRUE COMFORT PRO SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	1		TRUE COMFORT PRO SYRINGE 0.5 ML 32G 5/16"	3	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	1		TRUE COMFORT PRO SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
TRIFLUOPERAZINE 1 MG TABLET	2		TRUE COMFORT PRO SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
TRIFLUOPERAZINE 2 MG TABLET	2		TRUE COMFORT PRO SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
TRIFLUOPERAZINE 5 MG TABLET	2		TRUE COMFORT PRO SYRINGE 1 ML 32G 5/16"	3	
TRIFLUOPERAZINE 10 MG TABLET	2		TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
TRIFLURIDINE 1% EYE DROPS	2		TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
TRIHENXYPHENIDYL 2 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2		TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
TRIHENXYPHENIDYL 2 MG TABLET	1		TRUE COMFORT SAFETY SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
TRIHENXYPHENIDYL 5 MG TABLET	2		TRUE COMFORT SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	TRUE COMFORT SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
TRIKAFTA 80-40-60 MG/59.5 MG PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX	TRUE COMFORT SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75 MG PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX	TRUE COMFORT SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	TRUE COMFORT SAFETY SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
TRIMETHOBENZAMIDE 300 MG CAPSULE	2		TRUE COMFORT SAFETY SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
TRIMETHOPRIM 100 MG TABLET	2		TRUE COMFORT SAFETY SYRINGE 1 ML 32G 5/16"	3	
TRIMIPRAMINE 25 MG CAPSULE	2		TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER	1	
TRIMIPRAMINE 50 MG CAPSULE	2		TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP	3	
TRIMIPRAMINE 100 MG CAPSULE	2		TRUE METRIX GLUCOSE METER	1	
TRINATAL RX 1 TABLET	1		TRUE METRIX GO GLUCOSE METER	1	
TRINTELLIX 5 MG TABLET	4	QL, ST	TRUE METRIX LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3	
TRINTELLIX 10 MG TABLET	4	QL, ST	TRUE METRIX LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3	
TRINTELLIX 20 MG TABLET	4	QL, ST	TRUE METRIX LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRUECONTROL GLUCOSE SOLUTION	3		TWIRLA 120-30 MCG/DAY PATCH	1	
TRUEDRAW LANCING DEVICE	3		TYBLUME 0.1-0.02 MG CHEWABLE TABLET	4	
TRUEPLUS 33G LANCET	3		TYBOST 150 MG TABLET	3	SRX
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	3		TYENNE 162 MG/0.9 ML AUTO-INJECTOR	5	PA, QL, SRX
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 1/2"	3		TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM	3		TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTOR	5	PA, QL, SRX
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 1/4"	3		TYVASO INHALATION REFILL KIT	5	PA, LDD, SRX
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 3/16"	3		TYVASO INHALATION STARTER KIT	5	PA, LDD, SRX
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		TYVASO 1.74 MG/2.9 ML INHALATION SOLUTION	5	PA, LDD, SRX
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM	3		TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT	5	PA, LDD, SRX
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM	3		UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR	5	PA, SRX
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32G 5/32"	3		UDENYCA 6 MG/0.6 ML ON-BODY	5	PA, SRX
TRUEPLUS SAFETY 28G LANCET	3		UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	5	PA, SRX
TRUEPLUS SUPER THIN 28G LANCET	3		ULESFIA 5% LOTION	4	
TRUEPLUS SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3		ULTICARE INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
TRUEPLUS SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3		ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
TRUEPLUS SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 1/4"	3	
TRUEPLUS SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3		ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 1/4" (1/2)	3	
TRUEPLUS SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
TRUEPLUS SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3		ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 1/4"	3	
TRUEPLUS SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
TRUEPLUS SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3		ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
TRUEPLUS SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3		ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
TRUEPLUS SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3		ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 1/4"	3	
TRUEPLUS SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
TRUEPLUS ULTRA THIN 30G LANCET	3		ULTICARE LDS SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3	
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL	ULTICARE PEN NEEDLE 29G 12.7MM	3	
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL	ULTICARE PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL	ULTICARE PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL	ULTICARE PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCINE	3		ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
TRUSTEEL INFUSION PACK 23" 6MM	3		ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" 6MM	3		ULTICARE PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" 8MM	3		ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" 6MM	3		ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" 8MM	3		ULTICARE SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
TRUZONE PEAK FLOW METER	3		ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
TUDORZA PRESSAIR 400 MCG INHALER	4	QL, ST	ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
TULANA 0.35 MG TABLET	1		ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
TURQOZ-28 TABLET	1		ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	3		ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
ULTIGUARD SAFEPAK 29G 12.7MM	3	
ULTIGUARD SAFEPAK NEEDLE 31G 5MM	3	
ULTIGUARD SAFEPAK NEEDLE 31G 6MM	3	
ULTIGUARD SAFEPAK NEEDLE 31G 8MM	3	
ULTIGUARD SAFEPAK NEEDLE 32G 4MM	3	
ULTIGUARD SAFEPAK NEEDLE 32G 6MM	3	
ULTIGUARD SAFEPAK SYRINGE 0.3 ML 30G 12.7MM	3	
ULTIGUARD SAFEPAK SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM	3	
ULTIGUARD SAFEPAK SYRINGE 0.5 ML 30G 12.7MM	3	
ULTIGUARD SAFEPAK SYRINGE 0.5 ML 31G 8MM	3	
ULTIGUARD SAFEPAK SYRINGE 1 ML 30G 12.7MM	3	
ULTIGUARD SAFEPAK SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
ULTILET PEN NEEDLE	3	
ULTILET PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2" (1/2)	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16" (1/2)	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ULTRA FLO SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
ULTRA FLO SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2" (1/2)	3	
ULTRA FLO SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
ULTRA FLO SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16" (1/2)	3	
ULTRA FLO SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
ULTRA FLO SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16" (1/2)	3	
ULTRA FLO SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32G 3/16"	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33G 5/32"	3	
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM	3	
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2)	3	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29G 12.7MM	3	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3	
ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM (1/2)	3	
ULTRA-FINE SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM	3	
ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 30G 12.7MM	3	
ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	3	
ULTRA-FINE SYRINGE 0.5 ML 31G 8MM	3	
ULTRA-FINE SYRINGE 1 ML 30G 12.7MM	3	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G	3	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G	3	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G	3	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G	3		UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 29G	3		UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 30G	3		UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 29G 1/2"	3		UNISTrip HIGH CONTROL SOLUTION	3	
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 31G 5/16"	3		UNISTrip LOW CONTROL SOLUTION	3	
ULTRA-THIN II SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		UNITHROID 25 MCG TABLET	1	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	3		UNITHROID 50 MCG TABLET	1	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION	3		UNITHROID 75 MCG TABLET	1	
ULTRATRAK ULTIMATE CONTROL SOLUTION	3		UNITHROID 88 MCG TABLET	1	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM	3		UNITHROID 100 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 29G 12MM	3		UNITHROID 112 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	3		UNITHROID 125 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 31G 5MM	3		UNITHROID 137 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 31G 6MM	3		UNITHROID 150 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 31G 8MM	3		UNITHROID 175 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 32G 1/4"	3		UNITHROID 200 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 32G 4MM	3		UNITHROID 300 MCG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3		UPTRAVI 200 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UNIFINE PENTIP 32G 6MM	3		UPTRAVI 400 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UNIFINE PENTIP 33G 5/32"	3		UPTRAVI 600 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UNIFINE PENTIP MAX 30G 3/16"	3		UPTRAVI 800 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UNIFINE PENTIP NEEDLE 29G	3		UPTRAVI 1,000 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UNIFINE PENTIP NEEDLE 6MM	3		UPTRAVI 1,200 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UNIFINE PENTIP NEEDLE 8MM	3		UPTRAVI 1,400 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UNIFINE PENTIP PLUS 29G 1/2"	3		UPTRAVI 1,600 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UNIFINE PENTIP PLUS 30G 3/16"	3		UPTRAVI 200-800 TITRATION PACK	5	PA, LDD, SRX
UNIFINE PENTIP PLUS 31G 1/4"	3		URISTIX 4 REAGENT TEST STRIP	3	
UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/16"	3		URISTIX REAGENT TEST STRIP	3	
UNIFINE PENTIP PLUS 31G 5/16"	3		UROQID-ACID NO.2 500-500 TABLET	4	
UNIFINE PENTIP PLUS 32G 5/32"	3		URSODIOL 300 MG CAPSULE	2	
UNIFINE PENTIP PLUS 33G 5/32"	3		URSODIOL 250 MG TABLET	2	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G 5MM	3		URSODIOL 500 MG TABLET	2	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30G 5MM	3		USTEKINUMAB-TTWE 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30G 8MM	3		USTEKINUMAB-TTWE 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
UNIFINE PROTECT NEEDLE 32G 4MM	3		VALACYCLOVIR 500 MG TABLET	2	
UNIFINE SAFECONTROL NEEDLE 30G 5MM	3		VALACYCLOVIR 1 GRAM TABLET	2	
UNIFINE SAFECONTROL NEEDLE 30G 8MM	3		VALGANCICLOVIR 50 MG/ML ORAL SOLUTION	4	
UNIFINE SAFECONTROL NEEDLE 31G 5MM	3		VALGANCICLOVIR 450 MG TABLET	4	
UNIFINE SAFECONTROL NEEDLE 31G 6MM	3		VALPROIC ACID 250 MG CAPSULE	2	
UNIFINE SAFECONTROL NEEDLE 31G 8MM	3		VALPROIC ACID 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
UNIFINE SAFECONTROL NEEDLE 32G 4MM	3		VALPROIC ACID 500 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G 5MM	3		VALSARTAN 40 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VALSARTAN 80 MG TABLET	2		VAXNEUVANCE 0.5 ML SYRINGE	3	
VALSARTAN 160 MG TABLET	2		VELIVET 28 DAY TABLET	1	
VALSARTAN 320 MG TABLET	2		VELPHORO 500 MG CHEWABLE TABLET	4	
VALSARTAN-HCTZ 80-12.5 MG TABLET	2		VELMIDY 25 MG TABLET	5	PA, SRX
VALSARTAN-HCTZ 160-12.5 MG TABLET	2		VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA, QL, LDD, SRX
VALSARTAN-HCTZ 160-25 MG TABLET	2		VENCLEXTA 10 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VALSARTAN-HCTZ 320-12.5 MG TABLET	2		VENCLEXTA 10 MG TABLET (10 MG X 2)	5	PA, QL, LDD, SRX
VALSARTAN-HCTZ 320-25 MG TABLET	2		VENCLEXTA 50 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VALTYA 1 MG-50 MCG TABLET	1		VENCLEXTA 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VANADOM 350 MG TABLET	2		VENLAFAXINE 25 MG TABLET	2	QL
VANCOMYCIN 125 MG CAPSULE	4	QL	VENLAFAXINE 37.5 MG TABLET	2	QL
VANCOMYCIN 250 MG CAPSULE	4	QL	VENLAFAXINE 50 MG TABLET	2	QL
VANCOMYCIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL	VENLAFAXINE 75 MG TABLET	2	QL
VANDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2		VENLAFAXINE 100 MG TABLET	2	QL
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 3/16"	3		VENLAFAXINE ER 150 MG CAPSULE	2	QL
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3		VENLAFAXINE ER 37.5 MG CAPSULE	2	QL
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 20G 1"	3		VENLAFAXINE ER 75 MG CAPSULE	2	QL
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 21G 1"	3		VENTAVIS 10 MCG/1 ML INHALATION SOLUTION	5	PA, LDD, SRX
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	3		VENTAVIS 20 MCG/1 ML INHALATION SOLUTION	5	PA, LDD, SRX
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 22G 1"	3		VERAPAMIL 40 MG TABLET	2	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3		VERAPAMIL 80 MG TABLET	2	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 23G 1"	3		VERAPAMIL 120 MG TABLET	2	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	3		VERAPAMIL ER 120 MG CAPSULE	2	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 25G 1"	3		VERAPAMIL ER 180 MG CAPSULE	2	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3		VERAPAMIL ER 240 MG CAPSULE	2	
VANISHPOINT SYRINGE U-100 29G 1/2"	3		VERAPAMIL ER 120 MG TABLET	2	
VAQTA 25 UNITS/0.5 ML SYRINGE	3		VERAPAMIL ER 180 MG TABLET	2	
VAQTA 50 UNITS/ML SYRINGE	3		VERAPAMIL ER 240 MG TABLET	2	
VAQTA 25 UNITS/0.5 ML VIAL	3		VERAPAMIL ER PM 100 MG CAPSULE	3	
VAQTA 50 UNITS/ML VIAL	3		VERAPAMIL ER PM 200 MG CAPSULE	3	
VARENICLINE 1 MG CONTINUING MONTH BOX	3		VERAPAMIL ER PM 300 MG CAPSULE	3	
VARENICLINE STARTING MONTH BOX	3		VERAPAMIL SR 120 MG CAPSULE	2	
VARENICLINE 0.5 MG TABLET	3		VERAPAMIL SR 180 MG CAPSULE	2	
VARENICLINE 1 MG TABLET	3		VERAPAMIL SR 240 MG CAPSULE	2	
VARISOFT INFUSION SET 23" 13MM	3		VERAPAMIL SR 360 MG CAPSULE	2	
VARISOFT INFUSION SET 23" 17MM	3		VEREGEN 15% OINTMENT	4	
VARISOFT INFUSION SET 32" 13MM	3		VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM	3	
VARISOFT INFUSION SET 43" 17MM	3		VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 12MM	3	
VARIVAX VACCINE VIAL	3		VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 8MM	3	
VARIVAX VACCINE WITH DILUENT	3		VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
VAXELIS VACCINE SYRINGE	3		VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	3	
VAXELIS VACCINE VIAL	3		VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM	3		VORTEX HOLDING CHAMBER	3	QL
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM	3		VORTEX ADULT MASK	3	QL
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 8MM	3		VORTEX VHC FROG CHILD MASK	3	QL
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM	3		VORTEX VHC LADYBUG TODDLER MASK	3	QL
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM	3		VORTEX VHC PEDIATRIC MED MASK	3	QL
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G 5MM	3		VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	4	QL, ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G 8MM	3		VRAYLAR 3 MG CAPSULE	4	QL, ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 4MM	3		VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	4	QL, ST
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 4MM	3		VRAYLAR 6 MG CAPSULE	4	QL, ST
VERIFINE SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3		VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	1	
VERIFINE SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3		VYLIBRA 28 TABLET	1	
VERIFINE SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3		VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
VERIFINE SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3		WAKIX 4.45 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	1		WAKIX 17.8 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VIENVA-28 TABLET	1		WARFARIN 1 MG TABLET	1	
VIGABATRIN 500 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX	WARFARIN 2 MG TABLET	1	
VIGABATRIN 500 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	WARFARIN 2.5 MG TABLET	1	
VIGADRONE 500 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX	WARFARIN 3 MG TABLET	1	
VIGADRONE 500 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	WARFARIN 4 MG TABLET	1	
VIGODER 500 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX	WARFARIN 5 MG TABLET	1	
VILAZODONE 10 MG TABLET	4	QL	WARFARIN 6 MG TABLET	1	
VILAZODONE 20 MG TABLET	4	QL	WARFARIN 7.5 MG TABLET	1	
VILAZODONE 40 MG TABLET	4	QL	WARFARIN 10 MG TABLET	1	
VIOKACE 10,440-39,150 UNITS TABLET	4		WERA 0.5/0.035 MG 28 TABLET	1	
VIOKACE 20,880-78,300 UNITS TABLET	4		WESCAP-PN DHA CAPSULE	1	
VIORALE 28 DAY TABLET	1		WESNATAL DHA COMPLETE	1	
VIREAD 150 MG TABLET	3	SRX	WESNATE DHA SOFTGEL	1	
VIREAD 200 MG TABLET	3	SRX	WESTAB PLUS TABLET	1	
VIREAD 250 MG TABLET	3	SRX	WIXELA 100-50 INHUB	2	QL
VIREAD POWDER	3	SRX	WIXELA 250-50 INHUB	2	QL
VIRT-C DHA SOFTGEL	1		WIXELA 500-50 INHUB	2	QL
VISTOGARD 10 GRAM PACKET	5	LDD, SRX	WM UNIFINE PENTIP PLUS 31G 5MM	3	
VIT A,C,D-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	2		WM UNIFINE PENTIP PLUS 31G 6MM	3	
VITAFOL-OB CAPLET	1		WM UNIFINE PENTIP PLUS 31G 8MM	3	
VITAMIN D2 1.25 MG (50,000 UNIT) CAPSULE	2		WM UNIFINE PENTIP PLUS 32G 4MM	3	
VIVAGUARD INO L1, L3 CONTROL SOLUTION	3		WYMZYA FE 0.4-0.035 MG CHEWABLE TABLET	1	
VIVAGUARD INO L1,2,3 CONTROL SOLUTION	3		XALKORI 200 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
VIVAGUARD INO L2 CONTROL SOLUTION	3		XALKORI 250 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
VOLNEA 0.15-0.02-0.01 MG TABLET	1		XALKORI 20 MG PELLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VORICONAZOLE 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	4	PA	XALKORI 50 MG PELLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VORICONAZOLE 50 MG TABLET	4	PA	XALKORI 150 MG PELLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VORICONAZOLE 200 MG TABLET	4	PA	XARAH FE 1 MG/20-30-35 MCG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
XARELTO 10 MG TABLET	3	QL	YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G	3	
XARELTO 15 MG TABLET	3	QL	YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G	3	
XARELTO 20 MG TABLET	3	QL	YUVAFEM 10 MCG VAGINAL INSERT	3	QL
XARELTO DVT-PE STARTER PACK	3	QL	ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	1	
XDEMYVY 0.25% EYE DROPS	5	PA, QL, LDD, SRX	ZAFIRLUKAST 10 MG TABLET	2	
XELJANZ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	5	PA, QL, SRX	ZAFIRLUKAST 20 MG TABLET	2	
XELJANZ 5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	ZALEPLON 5 MG CAPSULE	2	
XELJANZ 10 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	ZALEPLON 10 MG CAPSULE	2	
XELJANZ XR 11 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	ZARAH TABLET	1	
XELJANZ XR 22 MG TABLET	5	PA, QL, SRX	ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	SRX
XIFAXAN 200 MG TABLET	4	PA, QL	ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE	5	SRX
XIFAXAN 550 MG TABLET	4	PA, QL	ZATEAN-PN DHA CAPSULE	1	
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL	ZATEAN-PN PLUS SOFTGEL	1	
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	3	QL	ZELBORAF 240 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL	ZENATANE 10 MG CAPSULE	4	
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	3	QL	ZENATANE 20 MG CAPSULE	4	
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET	3	QL	ZENATANE 30 MG CAPSULE	4	
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR	5	PA, LDD, SRX	ZENATANE 40 MG CAPSULE	4	
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX	ZENPEP DR 3,000 UNIT CAPSULE	3	
XOLAIR 150 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA, LDD, SRX	ZENPEP DR 40,000 UNIT CAPSULE	3	
XOLAIR 150 MG/1.2 ML POWDER VIAL	5	PA, LDD, SRX	ZENPEP DR 5,000 UNIT CAPSULE	3	
XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX	ZENPEP DR 10,000 UNIT CAPSULE	3	
XOLAIR 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR	5	PA, LDD, SRX	ZENPEP DR 15,000 UNIT CAPSULE	3	
XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX	ZENPEP DR 20,000 UNIT CAPSULE	3	
XTAMPZA ER 9 MG CAPSULE	3	PA	ZENPEP DR 25,000 UNIT CAPSULE	3	
XTAMPZA ER 13.5 MG CAPSULE	3	PA	ZENPEP DR 60,000 UNIT CAPSULE	3	
XTAMPZA ER 18 MG CAPSULE	3	PA	ZENZEDI 5 MG TABLET	2	QL
XTAMPZA ER 27 MG CAPSULE	3	PA	ZENZEDI 10 MG TABLET	2	QL
XTAMPZA ER 36 MG CAPSULE	3	PA	ZEPATIER 50-100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
XTANDI 40 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX	ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
XTANDI 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	ZEPOSIA STARTER KIT (7-DAY)	5	PA, QL, LDD, SRX
XTANDI 80 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX	ZEPOSIA STARTER PACK (28-DAY)	5	PA, QL, LDD, SRX
XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	1		ZETONNA 37 MCG NASAL SPRAY	4	ST
YALE NEEDLE 21G 1.25"	3		ZIDOVUDINE 100 MG CAPSULE	2	SRX
YARGESA 100 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX	ZIDOVUDINE 50 MG/5 ML SYRUP	2	SRX
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	ZIDOVUDINE 300 MG TABLET	2	SRX
YESINTEK 45 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX	ZILEUTON ER 600 MG TABLET	5	
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX	ZIPRASIDONE 20 MG CAPSULE	2	
YEZTUGO 300 MG TABLET	3		ZIPRASIDONE 40 MG CAPSULE	2	
YEZTUGO 463.5 MG/1.5 ML VIAL	3		ZIPRASIDONE 60 MG CAPSULE	2	
YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 4MM 32G	3		ZIPRASIDONE 80 MG CAPSULE	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Premiere Indiana para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ZIRGAN 0.15% EYE GEL	4	
ZOLADEX 3.6 MG IMPLANT SYRINGE	5	PA, SRX
ZOLADEX 10.8 MG IMPLANT SYRINGE	5	PA, SRX
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG TABLET	3	QL
ZOLMITRIPTAN 5 MG TABLET	3	QL
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG ODT TABLET	3	QL
ZOLMITRIPTAN 5 MG ODT TABLET	3	QL
ZOLPIDEM 5 MG TABLET	2	
ZOLPIDEM 10 MG TABLET	2	
ZOLPIDEM ER 6.25 MG TABLET	2	
ZOLPIDEM ER 12.5 MG TABLET	2	
ZONISAMIDE 100 MG CAPSULE	2	
ZONISAMIDE 25 MG CAPSULE	2	
ZONISAMIDE 50 MG CAPSULE	2	
ZONTIVITY 2.08 MG TABLET	4	
ZOVIA 1-35 TABLET	1	
ZUMANDIMINE 3 MG-0.03 MG TABLET	1	
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ZYDELIG 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ZYDELIG 150 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ZYKADIA 150 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
ZYLET EYE DROPS	4	PA

Preguntas frecuentes

Aquí encontrará respuestas a preguntas que puede tener sobre su Lista de medicamentos y la cobertura de medicamentos con receta.

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

R. Revisamos y actualizamos la Lista de medicamentos en forma regular para garantizar la cobertura de medicamentos seguros, eficaces y de bajo costo. Hacemos cambios por varios motivos; por ejemplo, cuando surge un medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. 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 reglas (requisitos) de cobertura adicionales para un medicamento.

Cuando hacemos un cambio que afectará su medicamento (por ejemplo, empezará a costar más, dejará de estar cubierto y/o empezará a tener un requisito de cobertura adicional), 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. Solo usted y su médico pueden decidir qué es lo mejor para su tratamiento.

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 que tienen alternativas de menor costo que pueden tratar la misma condición. Si su medicamento no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

También hay algunos medicamentos y productos que su plan no cubrirá en ningún caso, porque son una “exclusión del plan (o del beneficio)”. Esto significa que el medicamento o el producto no está en su Lista de medicamentos, y no existe la opción de pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión de medicamentos. Por ejemplo, su plan no cubre (o “excluye”) medicamentos que no están aprobados por la FDA.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

R. La Lista de medicamentos con receta es manejada por el Comité de Evaluación del Valor de

los Planes de Salud (HVAC, por sus siglas en inglés) 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, dependen 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 un medicamento necesita aprobación?

R. Consulte su Lista de medicamentos o inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos). Si al lado del nombre del medicamento aparece:

- **PA** (autorización previa) o **ST** (tratamiento escalonado), necesita aprobación para que su plan lo cubra.

Preguntas frecuentes (cont.)

- **QL** (límite a la cantidad), es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando de una vez.
- **AGE** (requisito de edad), es posible que necesite aprobación según su edad.

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

- Pueden no ser seguros si se toman con otros medicamentos.
- Tienen alternativas de menor costo que son igual de eficaces para tratar la misma condición.
- Solo deberían usarse para determinadas condiciones médicas.
- Suelen usarse de manera incorrecta o presentan riesgo de abuso (tomarlos con mayor frecuencia de la recomendada).

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

R. Medicamentos que:

- Se toman en una cantidad mayor o durante más tiempo del recomendado.
- Se usan de manera incorrecta o presentan riesgo de abuso (tomarlos con mayor frecuencia de la recomendada).

P. ¿Qué medicamentos forman parte del programa de tratamiento escalonado?

R. En general, medicamentos de alto costo que se usan para tratar ciertas condiciones, tales como:

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

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

R. No todos los medicamentos son adecuados para todas las edades. Algunos medicamentos son más eficaces en personas de cierta edad o dentro de un rango de edad específico. Con el paso del tiempo, los cambios en el organismo pueden disminuir la capacidad para descomponer o eliminar ciertos medicamentos, lo que hace que permanezcan más

tiempo en el cuerpo. Por esta razón, una persona adulta mayor podría necesitar una dosis más baja o un medicamento diferente que sea más seguro.

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

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con nosotros para 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 nuestro portal para proveedores en **cignaforhcp.com**.

Revisaremos la información que nos envíe su médico para asegurarnos de que usted cumpla con las reglas (los requisitos) de cobertura del medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles nuestra decisión (aprobado/no aprobado) y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico en cualquier momento para averiguar si ya tomamos una decisión. O puede iniciar sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** para saber en qué parte del proceso de revisión está su medicamento o para leer la decisión que tomamos.

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

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

R. Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita nuestra aprobación para tener cobertura. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo.

Podrá adquirir el medicamento de todos modos (sin usar su plan/seguro), pero pagará el precio total en la farmacia. En ese caso, lo que pague no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

Preguntas frecuentes (cont.)

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 personal del consultorio puede pedirnos que cubramos esa cantidad mayor a través de nuestro proceso de revisión.

P. ¿Todos los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos están aprobados por la FDA?

R. Sí.

P. ¿Mi plan cubre medicamentos aprobados recientemente por la FDA?

R. Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Desde la fecha de aprobación de la FDA, nuestra decisión puede demorar hasta seis meses.

Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, el personal del consultorio puede pedirnos que lo cubramos a través de nuestro proceso de revisión.

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

R. Los medicamentos preventivos pueden ayudarle a evitar ciertas condiciones médicas a largo plazo, como por ejemplo, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis, carencia nutritiva prenatal y derrame cerebral. Estos medicamentos mejoran sus probabilidades de mantenerse saludable y vivir más tiempo.

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), conocida como la “reforma del cuidado de salud”, ayuda a que el cuidado de la salud y el cuidado preventivo sean más accesibles. La PPACA exige que los planes cubran el costo total de ciertos medicamentos preventivos y productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) preventivos. Esto significa que usted no tiene que pagar nada, ni siquiera un copago, coseguro o deducible, por estos productos.

Para ver una lista de los medicamentos que cuestan \$0, visite **Cigna.com/PDL** y haga clic en el vínculo *IFP*

PPACA No Cost-Share Preventive Drug List (Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA de IFP).

P. ¿Cómo puedo averiguar cuánto me costará mi medicamento?

R. Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué opciones de menor costo están disponibles y qué farmacias tienen 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.³

P. ¿Qué es el costo compartido?

R. Es la cantidad que usted paga de su bolsillo por un medicamento con receta cubierto y/o un servicio de cuidado de la salud o un servicio relacionado elegible. Para algunos planes, el costo compartido es un copago; para otros planes, es un coseguro.

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

R. Puede pensar en la posibilidad de usar un medicamento que esté cubierto en un nivel inferior, como un medicamento genérico o de marca preferida, o en pedir que le despachen un suministro para 90 días (si su plan lo permite). Pregúntele a su médico si alguna de estas opciones puede ser adecuada para usted.

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

R. Un genérico es igual que su versión de marca. Tiene los mismos ingredientes activos, y la misma concentración y formulación, trata la(s) misma(s) condición(es), y actúa de la misma manera. Además, en general, cuesta menos.² Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca.

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 los medicamentos de marca.²

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

R. Los medicamentos genéricos y los de marca pueden:²

- Tener un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color diferente a sus versiones de marca.

Preguntas frecuentes (cont.)

- Tener un sabor diferente y/o utilizar distintos conservantes, venir en un envase diferente y/o con un etiquetado distinto, y pueden tener una fecha de vencimiento diferente.

Es importante que sepa que estas diferencias no afectan la manera en que actúan los genéricos.

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

R. Su plan no ofrece cobertura fuera de la red. Esto significa que tendrá que usar una farmacia de la red para que su medicamento tenga cobertura.

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí.⁴

Despache los medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts® Pharmacy.

La 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. Para obtener más información, visite **Cigna.com/homedelivery**.

- Es muy fácil pedir, manejar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en línea.
- Reciba los pedidos por envío estándar sin costo adicional.⁵
- Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez.⁶
- Hable con un farmacéutico las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Suscríbase a los recordatorios de renovaciones para no dejar de tomar ninguna dosis.⁷

Estas son dos maneras sencillas de comenzar:

1. En línea. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com** y haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas). Elija *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s) de su farmacia minorista al servicio de entrega a domicilio. O

2. Por teléfono.

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

- Llame a Express Scripts Pharmacy al **800.835.3784**. Se comunicarán con el consultorio de su médico para obtener su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Despache los medicamentos de especialidad a través de Accredo® Specialty Pharmacy

Si está usando un medicamento de especialidad, el equipo de Accredo puede ayudarle a controlar su condición médica poco frecuente y/o compleja. También le despacharán y le enviarán su medicamento para que no tenga que ir a buscarlo a la farmacia.

- Hable con enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Reciba pedidos por envío rápido sin costo adicional.⁵
- Suscríbase a las renovaciones y los recordatorios. Algunas renovaciones pueden solicitarse por mensaje de texto.⁸
- Reciba ayuda para pagar su medicamento (si la necesita).
- Maneje y haga el seguimiento de sus medicamentos en línea.

Para obtener más información, visite **Cigna.com/specialty**. Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro; o los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

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, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de entrega a domicilio.

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre

Servicios excluidos

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

- I. **Servicios obtenidos de un Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red**, salvo para el tratamiento de una Condición médica de emergencia.
2. **Cantidades que superen las limitaciones de beneficios máximos de los Gastos cubiertos** especificados en esta Póliza.
3. Servicios **no incluidos específicamente como Servicios cubiertos** en esta Póliza.
4. Servicios o suministros que **no son Medicamente necesarios**.
5. Servicios o suministros que se considere que son para **Procedimientos experimentales, Procedimientos en investigación o Procedimientos no comprobados**.
6. Servicios **que se reciban antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura**.
7. Servicios **recibidos después de finalizada la cobertura en virtud de esta Póliza**.
8. Servicios **que Usted no tiene la obligación legal de pagar** o por los cuales no se cobraría si Usted no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.
9. Cualquier condición por la cual se recuperen o puedan recuperarse los beneficios, ya sea mediante una sentencia o laudo, un acuerdo o de otro modo, **en virtud de cualquier compensación del seguro de accidentes de trabajo, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedades laborales**, incluso si la Persona asegurada no reclama esos beneficios.
10. Condiciones causadas por: (a) un **acto bélico (como consecuencia de una guerra declarada o no declarada)**; (b) la **liberación involuntaria de energía nuclear** cuando haya fondos del gobierno disponibles para tratar las Enfermedades o Lesiones provocadas por dicha liberación de energía nuclear; (c) la **participación de una Persona asegurada en el servicio militar de cualquier país**; (d) la **participación de una Persona asegurada en una insurrección, una rebelión o un motín**; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un **delito grave** por parte de una Persona asegurada (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) **o como resultado directo de que la Persona asegurada participe en una actividad ilícita**; (f) el hecho de que una Persona asegurada se encuentre en estado de embriaguez
–según se defina en las leyes aplicables del estado en el cual tenga lugar la Enfermedad– o bajo el efecto de narcóticos ilícitos o sustancias controladas sin receta médica, salvo en los casos en que sean administradas o recetadas por un Médico.
11. Cualquier **servicio proporcionado por una agencia gubernamental local, estatal o federal**, salvo cuando la ley federal o estatal exijan expresamente el pago en virtud de esta Póliza.
12. Servicios que deben ser brindados por un sistema o distrito escolar público, según lo exigido por la ley estatal o federal.
13. Cualquier **servicio por el cual pueda obtenerse el pago de cualquier agencia gubernamental local, estatal o federal** (a excepción de Medicaid). Los Hospitales de la Administración de Veteranos y los Centros militares de tratamiento serán considerados para el pago de acuerdo con la legislación vigente.
14. **Si la Persona asegurada está inscrita en las Partes A, B, C o D de Medicare**, Cigna Healthcare proporcionará el pago del reclamo de acuerdo con esta Póliza menos cualquier cantidad pagada por Medicare. El pago realizado por Cigna Healthcare no podrá exceder la cantidad que habría pagado si hubiese sido la única aseguradora.
15. **Hospitalización o tratamiento ordenado por un juez**, a menos que tal tratamiento sea recetado por un Médico y se encuentre en la lista de conceptos cubiertos por esta Póliza.
16. **Servicios profesionales o suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre por cualquier persona, incluido un Médico**, a cualquiera de las siguientes personas:
 - o Usted o Su empleador;
 - o una persona que viva en el hogar de la Persona asegurada o el empleador de dicha persona;
 - o una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con la Persona asegurada, o el empleador de dicha persona;
 - o un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted, directa o indirectamente, o a una organización de la cual Usted reciba, directa o indirectamente, una remuneración.
17. Servicios de la sala de emergencias de un Hospital **para cualquier condición que no sea una Condición médica de emergencia** según lo definido en esta Póliza.
18. **Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico.**

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre (cont.)

19. **Servicios de enfermería privada**, salvo cuando se brinden como parte del beneficio de servicios de cuidado de la salud en el hogar de esta Póliza.
20. **Cargos** de cuarto y comida para pacientes internados **en relación con una estadía en un Hospital, principalmente por un cambio de ambiente o Fisioterapia.**
21. Servicios recibidos durante **una estadía como paciente internado cuando la estadía esté relacionada principalmente con** la inadaptación social del comportamiento, la falta de disciplina u otras acciones antisociales que no sean específicamente el resultado de un Trastorno de salud mental.
22. **Servicios de medicina complementaria y alternativa, entre los que se incluyen:** terapia de masajes; terapia con animales, entre otras, a modo de ejemplo, equinoterapia o terapia con perros; arteterapia; meditación; visualización; acupuntura; acupresión; terapia de inyección en puntos de acupuntura; reflexología; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); fototerapia; aromaterapia; musicoterapia o terapia del sonido; danzaterapia; terapia del sueño; hipnosis; balanceo de energía; ejercicios de respiración; terapia del movimiento y/o ejercicio, incluidos, a modo de ejemplo, yoga, pilates, taichi, caminata, senderismo, natación y golf; y cualquier otro tratamiento alternativo según lo definido por el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios específicamente indicados como cubiertos en "Terapia de rehabilitación" y "Terapia de habilitación" no están sujetos a esta exclusión.
23. Los servicios o suministros **brindados por o en un hogar de ancianos, un asilo de convalecencia** o cualquier centro en el que una parte significativa de las actividades incluyan el descanso, la recreación, el tiempo libre o cualquier otro servicio que no sea un Servicio cubierto.
24. **Asistencia con las actividades cotidianas**, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, bañarse, comer, vestirse u otras actividades de Cuidados de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
25. **Servicios brindados por profesionales sin licencia** o servicios cuya realización no requiere una licencia, como por ejemplo, meditación, ejercicios de respiración, visualización guiada.
26. **Cargos** de cuarto y comida de pacientes internados **en relación con una estadía en un Hospital, principalmente para pruebas de diagnóstico** que podrían haberse realizado en forma segura como paciente ambulatorio.
27. **Servicios que son autodirigidos** a un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario.
28. **Servicios indicados por un Médico u otro Proveedor que sea empleado o representante de un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario**, cuando ese Médico u otro Proveedor:
 - o no ha participado activamente en Su atención médica antes de ordenar el servicio, o
 - o no participa activamente en Su atención médica después de que se recibe el servicio.Esta exclusión no se aplica a las mamografías.
29. **Servicios dentales**, dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de dientes o encías, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
30. **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular.
31. **Implantes dentales:** materiales dentales implantados dentro del hueso o tejido blando o sobre ellos, o cualquier procedimiento relacionado como parte del implante o la extracción de implantes dentales.
32. Los servicios cubiertos **por este plan médico y un plan dental pediátrico relacionado certificado por el Intercambio** y reembolsados en virtud del plan dental no se reembolsarán conforme a este plan.
33. **Aparatos auditivos**, que incluyen, a modo de ejemplo, dispositivos semiimplantables para la audición, aparatos auditivos de implante óseo y aparatos auditivos implantados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza, limitados al dispositivo profesionalmente adecuado que sea menos costoso. A los fines de esta exclusión, un aparato auditivo es cualquier dispositivo que amplifica el sonido.
34. **Pruebas de audición de rutina**, salvo según lo dispuesto en Cuidado preventivo.
35. **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 Cuidado de la vista pediátrico.
36. **Cirugía ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción** del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.
37. **Cirugía, tratamiento** u otros servicios **estéticos** 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

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre (cont.)

aplica a la Cirugía reconstructiva para restaurar una función del cuerpo o para corregir una malformación provocada por una Lesión o defecto congénito de un niño Recién nacido, ni a la Cirugía reconstructiva Médicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía.

38. **Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal**, entre ellos, a modo de ejemplo, tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria, salvo según lo dispuesto específicamente en esta Póliza.
39. **Asesoría o servicios auxiliares no médicos** que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación, neurorretroalimentación, asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo, seguridad vial, y servicios, capacitación, terapia educacional u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y los retrasos en el desarrollo, a menos que esta Póliza establezca lo contrario.
40. 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, blefaroplastia y cirugías ortognáticas.
41. Procedimientos, cirugía o tratamientos para **cambiar características del cuerpo** por las del sexo opuesto, a menos que dichos servicios se consideren Médicamente necesarios o cumplan de otra forma con los requisitos de cobertura aplicables.
42. Cualquier tratamiento, Medicamento con receta, servicio o suministro **para tratar la disfunción sexual**, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.
43. Todos los servicios relacionados con el **tratamiento de la fertilidad y/o la Infertilidad**, que incluyen, a modo de ejemplo, todas las pruebas, consultas, exámenes, medicamentos y procedimientos invasivos, médicos, de laboratorio o quirúrgicos, entre los cuales se incluyen la reversión de la esterilización, la fertilización *in vitro*, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) y la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en esta Póliza.
44. La **criopreservación** de espermatozoides u óvulos, o el almacenamiento de espermatozoides para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
45. 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.
46. Administración de sangre **con el propósito de mejorar el estado físico general**.
47. **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a Soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos.
48. **Mejoras eléctricas internas y externas**, o controles eléctricos para Prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
49. Estimuladores de los nervios periféricos mediante **Prótesis mioeléctricas**.
50. Las **extremidades o los aparatos protésicos electrónicos**, a menos que sean Médicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
51. **Aparatos ortopédicos prefabricados para pies**.
52. **Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares**, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.
53. **Calzado ortopédico**, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
54. Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética en lugar de motivos funcionales.
55. **Aparatos ortopédicos que no son para los pies**, excepto **únicamente** los siguientes Aparatos ortopédicos que no son para pies que se cubren cuando son Médicamente necesarios:
 - o Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
 - o Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
 - o Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre (cont.)

56. 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.
57. **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.
58. Terapia o tratamiento destinado principalmente a **mejorar o mantener la condición física general** o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, el cuidado de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.
59. **Servicios educativos**, salvo los Programas de capacitación para el autocontrol de la diabetes, el tratamiento para el Autismo o según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna Healthcare.
60. **Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios**, salvo según lo indicado en esta Póliza.
61. **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 “Beneficios integrales: Cobertura de la Póliza” 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; 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.
62. **Fisioterapia y/o Terapia/Medicina ocupacional**, salvo cuando se suministre durante una internación Hospitalaria o según lo dispuesto específicamente en el programa de beneficios y en “Servicios de terapia de rehabilitación (Fisioterapia, Terapia ocupacional y Terapia del habla)” en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios integrales: Cobertura de la Póliza”.
63. Los Cargos de los **Proveedores en país extranjero**, salvo según lo indicado específicamente en “Proveedores en país extranjero” en la sección de esta Póliza titulada “Beneficios integrales: Cobertura de la Póliza”.
64. **Cuidado de rutina de los pies**, 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.
65. **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.
66. Cargos por los **servicios de un Médico de guardia**.
67. Cargos por **trasplantes de órganos de animales a humanos**.
68. **Reclamos recibidos por Cigna Healthcare después de transcurridos 15 meses desde la fecha en que se prestó el servicio**, salvo en caso de incapacidad legal.
69. Servicios obtenidos de un **Médico de cuidado primario virtual exclusivo** que no son servicios de Cuidado de urgencia virtual exclusivo o de Cuidado primario virtual exclusivo.
70. **Abortos**, salvo en caso de violación, incesto, anomalía fetal mortal o cuando la vida de la persona gestante enfrente un riesgo grave para la salud.

Cigna Healthcare se reserva el derecho de hacer cambios en esta Lista de medicamentos sin notificación. Consulte 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 Healthcare no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico.

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Es posible que algunas características descritas en este documento no se apliquen a su plan de salud específico, y las características del plan pueden variar según el lugar y el tipo de plan. Consulte los documentos de su plan para conocer los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta de su plan.



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drug Facts". Contenido actualizado al 1 de noviembre de 2021. fda.gov/drugs/generic-drugs/generic-drug-facts.
3. 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.
4. Cigna Healthcare, Express Scripts y Accredo forman parte de The Cigna Group. Esto significa que tenemos una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan (en la medida que su plan lo permita).
5. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
6. No todos los medicamentos están disponibles en un suministro para 90 días. Por ejemplo, los anticonceptivos orales vienen en un paquete de 3, que equivale a un suministro para 84 días. Es importante que sepa que, aunque no sea un "suministro para 90 días" completo, consideramos que requiere una receta para 90 días. **Los medicamentos del Nivel 5 tienen un límite de un suministro para 30 días.**
7. Puede suscribirse para recibir mensajes de correo electrónico y/o de texto de Express Scripts Pharmacy. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Express Scripts. Puede hacerlo en línea o por teléfono. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
8. Solo es posible renovar algunos medicamentos de especialidad por mensaje de texto. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Accredo. Puede hacerlo cuando llame a Accredo para renovar su receta. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.

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 Healthcare.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc.

La discriminación es ilegal

Cigna Healthcare® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de un modo menos favorable o diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y herramientas especiales gratuitas para que 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, en forma oportuna, a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.



Si necesita modificaciones razonables, servicios y herramientas especiales, o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles.

P.O. Box 188016, Chattanooga, TN 37422,
877.822.6561 (TTY: marque el 711)
ACAGrievance@CignaHealthcare.com

La queja puede presentarse en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles podrá ayudarle.

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 a:

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 <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc., Cigna Dental Health, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. En Texas, el plan dental se denomina Cigna Dental Choice, y este plan usa la red nacional Cigna DPPO Advantage. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna Healthcare 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: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-244-6224 (TTY: Dial 711) or speak to your provider.

Spanish – ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística gratuitos están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-244-6224 (TTY: Marque 711) o hable con su proveedor.

Chinese – 注意: 如果您讲中文, 我们提供免费的语言援助服务。适当的辅助设备和服务也可以免费提供, 以提供无障碍格式的信息。请拨打 1-800-244-6224 (TTY: 拨打 711) 或与您的服务提供商联系。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng có thể tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi số 1-800-244-6224 (TTY: Gọi 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-244-6224 (TTY: 711 로 전화) 로 전화하시거나 제공자에게 문의하십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika ay magagamit para sa iyo. Ang mga angkop na pantulong na kagamitan at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din ng libre. Tumawag sa 1-800-244-6224 (TTY: Tumawag sa 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-244-6224 (TTY: Наберите 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

Arabic – توجّه: إذا كنت تتحدث العربية، توفّر لك خدمات المساعدة باللغة العربية. كما توفّر أيضاً مساعدات فورية للوصول إليها، وذلك مجاناً. اتصل بالرقم 1-800-244-6224 (TTY: 711 أطلب).

French Creole – ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl li apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm ki aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244-6224 (TTY: Rele 711) oswa pale ak founisè ou a.

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles pour vous. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-244-6224 (TTY : composez le 711) ou parlez à votre fournisseur.

Portuguese – ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-244-6224 (TTY: disque 711) ou fale com seu prestador de serviços.

Polish – UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej. Odpowiednie pomoce i usługi wspierające w celu dostarczenia informacji w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-244-6224 (TTY: wydzw. 711) lub skontaktuj się ze swoim dostawcą usług.

Japanese – 注意: 日本語を話す場合は、無料の言語支援サービスが利用できます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助機器やサービスも無料で利用できます。1-800-244-6224 (TTY: 711 にダイヤル) に電話するか、提供者に話してください。

Italian – ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili per te servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono disponibili gratuitamente anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-244-6224 (TTY: componi il 711) o parla con il tuo fornitore.

German – Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-800-244-6224 an (TTY: Wählen Sie 711) oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Persian (Farsi) – هجیج، وسایل و خدمات کمک‌گویی مناسب برای در دسترس است. خدمات رایگان کمک‌گویی برای شما صحبت می‌کند. توجه: اگر به فارسی سخن بگویید یا با (شماره 711 را بگویید) (TTY) ارائه اطلاعات در قالبی قابل دسترس به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-244-6224 ارائه خدمت خود صحبت کنید.