Planes Individuales y Familiares

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Esta Lista de medicamentos es válida para los planes vendidos en 2025 en North Carolina 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**.

Planes Individuales y Familiares

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026

¿Qué encontrará adentro?	Página

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

- **Cigna.com/ifp-drug-list.** Elija **North Carolina** de la lista desplegable y elija su método de búsqueda. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.
- **Aplicación myCigna®[1] 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 Plus North Carolina, que entrará en vigor el I 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 Plus North Carolina.

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ACETAMINOPHEN-CODEINE #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	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-ADBM	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] *Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.*	**$**
Nivel 2	**Medicamentos genéricos** (y algunos medicamentos de marca de bajo costo). *Los genéricos actúan de la misma manera y tienen los mismos beneficios clínicos que sus versiones de marca, y generalmente cuestan mucho menos.*[2]	**$$**
Nivel 3	**Medicamentos de marca preferida** (y algunos genéricos de alto costo).	**$$$**
Nivel 4	**Medicamentos de marca no preferida** (y algunos genéricos de alto costo).	**$$$$**
Nivel 5	**Medicamentos de especialidad y otros medicamentos genéricos y de marca de alto costo.** Su plan cubre los medicamentos del Nivel 5 en un suministro máximo para 90 días. *Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan.*	**$$$$$**

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. 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.
EDAD	**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.
SRX	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.
LDD	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.

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
1ST TIER UNIFINE PENTIP 29G 1/2"	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 29G 12MM	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 1/4"	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 5/16"	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 5MM	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 6MM	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 8MM	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 32G 4MM	3	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3	
2TEK CONTROL SOLUTION	3	
ABACAVIR 20 MG/ML ORAL SOLUTION	2	SRX
ABACAVIR 300 MG TABLET	2	SRX
ABACAVIR-LAMIVUDINE 600-300 MG TABLET	2	SRX
ABIRATERONE 250 MG TABLET	5	PA, SRX
ABIRATERONE 500 MG TABLET	5	PA, SRX
ABRYSVO ACT-O-VIAL	3	
ABRYSVO VIAL WITH DILUENT SYRINGE	3	
ACAMPROSATE DR 333 MG TABLET	3	
ACARBOSE 100 MG TABLET	2	
ACARBOSE 25 MG TABLET	2	
ACARBOSE 50 MG TABLET	2	
ACCU-CHEK AVIVA SOLUTION	3	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION	3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION	3	
ACCUTANE 10 MG CAPSULE	4	
ACCUTANE 20 MG CAPSULE	4	
ACCUTANE 30 MG CAPSULE	4	
ACCUTANE 40 MG CAPSULE	4	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL	3	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	3	QL
ACEBUTOLOL 200 MG CAPSULE	2	
ACEBUTOLOL 400 MG CAPSULE	2	
ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-DIHYDROCODEINE 320.5-30 MG CAPSULE	2	PA
ACETAMINOPHEN-CODEINE #2 TABLET	2	PA
ACETAMINOPHEN-CODEINE #3 TABLET	2	PA
ACETAMINOPHEN-CODEINE #4 TABLET	2	PA
ACETAMINOPHEN-CODEINE 120-12 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
ACETAMINOPHEN-CODEINE 300-30 MG/12.5 ML ORAL SOLUTION	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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, LDD, SRX
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	5	PA, QL, LDD, 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 5% OINTMENT	4	PA, QL
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
ACYCLOVIR 400 MG TABLET	1	
ACYCLOVIR 800 MG TABLET	1	
ADACEL TDAP SYRINGE	3	
ADACEL TDAP VIAL	3	
ADALIMUMAB-ADBM (CF) 40 MG CROHN'S PEN	5	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM (CF) 40 MG PEN	5	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM (CF) 40 MG PSORIASIS-UVEITIS PEN	5	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM (CF) 10 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM (CF) 20 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM (CF) 40 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-RYVK (CF) 40 MG AUTO-INJECTOR	5	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-RYVK (CF) 40 MG SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ADAPALENE 0.1% CREAM	3	PA, AGE
ADAPALENE 0.1% LOTION	3	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL	3	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	3	PA, AGE
ADAPALENE 0.1% TOPICAL SOLUTION	3	PA, AGE
ADDYI 100 MG TABLET	4	PA
ADEFOVIR 10 MG TABLET	5	SRX
ADEMPAS 0.5 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
ADEMPAS 1 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
ADEMPAS 1.5 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
ADEMPAS 2 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ADEMPAS 2.5 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
ADVOCATE HIGH CONTROL SOLUTION	3	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
ADVOCATE LOW CONTROL SOLUTION	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 29G 12.7MM	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
ADVOCATE PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
ADVOCATE REDI-CODE+ CONTROL SOLUTION	3	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT	3	QL
AEROCHAMBER MINI	3	QL
AEROCHAMBER MV HOLD CHAMBER	3	QL
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	3	QL
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU LARGE	3	QL
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU MEDIUM	3	QL
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SMALL	3	QL
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS LARGE	3	QL
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-MEDIUM	3	QL
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-SMALL	3	QL
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS W-FLOW	3	QL
AEROGEAR ASTHMA ACTION KIT	3	
AEROTRACH HOLDING CHAMBER	3	QL
AEROVENT PLUS HOLDING CHAMBER	3	QL
AFIRMELLE-28 TABLET	1	
AFLURIA	3	
AFLURIA	3	
AFTER PILL 1.5 MG TABLET	1	
AFTERA 1.5 MG TABLET	4	
AGAMATRIX HIGH CONTROL SOLUTION	3	
AGAMATRIX NORM-HI CONTROL SOLUTION	3	
AIRZONE PEAK FLOW METER	3	
AK-POLY-BAC EYE OINTMENT	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE	5	PA, QL
ALBENDAZOLE 200 MG TABLET	4	PA
ALBUSTIX REAGENT TEST STRIP	3	
ALBUTEROL 0.63 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
ALBUTEROL 1.25 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
ALBUTEROL 2.5 MG/0.5 ML INHALATION SOLUTION	2	
ALBUTEROL 2.5 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
ALBUTEROL 5 MG/ML INHALATION SOLUTION	2	
ALBUTEROL 15 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	2	
ALBUTEROL 25 MG/5 ML INHALTION SOLUTION	2	
ALBUTEROL 75 MG/15 ML INHALATION SOLUTION	2	
ALBUTEROL 100 MG/20 ML INHALATION SOLUTION	2	
ALBUTEROL 2 MG/5 ML SYRUP	2	
ALBUTEROL 2 MG TABLET	2	
ALBUTEROL 4 MG TABLET	2	
ALBUTEROL ER 4 MG TABLET	2	
ALBUTEROL ER 8 MG TABLET	2	
ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER	2	QL
ALCLOMETASONE 0.05% CREAM	2	
ALCLOMETASONE 0.05% OINTMENT	2	
ALCOHOL PREP PAD	3	
ALECENSA 150 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ALENDRONATE 70 MG/75 ML ORAL SOLUTION	2	
ALENDRONATE 5 MG TABLET	1	
ALENDRONATE 10 MG TABLET	1	
ALENDRONATE 35 MG TABLET	1	
ALENDRONATE 70 MG TABLET	2	
ALFUZOSIN ER 10 MG TABLET	2	
ALINIA 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	4	
ALISKIREN 150 MG TABLET	4	QL
ALISKIREN 300 MG TABLET	4	QL
ALLOPURINOL 100 MG TABLET	1	
ALLOPURINOL 300 MG TABLET	1	
ALMOTRIPTAN 6.25 MG TABLET	3	QL
ALMOTRIPTAN 12.5 MG TABLET	3	QL
ALOCRIL 2% EYE DROPS	4	
ALOSETRON 0.5 MG TABLET	5	SRX
ALOSETRON 1 MG TABLET	5	SRX
ALPRAZOLAM 0.25 MG ODT TABLET	2	
ALPRAZOLAM 0.5 MG ODT TABLET	2	
ALPRAZOLAM 1 MG ODT TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ALPRAZOLAM 2 MG ODT TABLET	2	
ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 1 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM 2 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER 0.5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER 1 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER 2 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM ER 3 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
ALPRAZOLAM XR 0.5 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 1 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 2 MG TABLET	2	
ALPRAZOLAM XR 3 MG TABLET	2	
ALTABAX 1% OINTMENT	4	
ALTACAINE 0.5% EYE DROPS	2	
ALTAVERA-28 TABLET	1	
ALVESCO 80 MCG INHALER	3	
ALVESCO 160 MCG INHALER	3	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	1	
ALYACEN 7-7-7-28 TABLET	1	
ALYQ 20 MG TABLET	5	PA, SRX
AMABELZ 0.5 MG-0.1 MG TABLET	2	
AMABELZ 1 MG-0.5 MG TABLET	2	
AMANTADINE 100 MG CAPSULE	2	
AMANTADINE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
AMANTADINE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	
AMANTADINE 100 MG TABLET	2	
AMBRISENTAN 5 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
AMBRISENTAN 10 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
AMCINONIDE 0.1% CREAM	4	
AMETHIA 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
AMETHYST 90-20 MCG TABLET	1	
AMILORIDE 5 MG TABLET	2	
AMILORIDE-HCTZ 5-50 MG TABLET	2	
AMINOCAPROIC ACID 0.25 GM/ML ORAL SOLUTION	5	PA, SRX
AMINOCAPROIC ACID 1,000 MG TABLET	5	PA, SRX
AMINOCAPROIC ACID 500 MG TABLET	5	PA, SRX
AMITRIPTYLINE 10 MG TABLET	1	
AMITRIPTYLINE 25 MG TABLET	1	
AMITRIPTYLINE 50 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AMITRIPTYLINE 75 MG TABLET	1	
AMIODARONE 100 MG TABLET	2	
AMIODARONE 200 MG TABLET	2	
AMIODARONE 400 MG TABLET	2	
AMITRIPTYLINE 100 MG TABLET	2	
AMITRIPTYLINE 150 MG TABLET	2	
AMLODIPINE 2.5 MG TABLET	2	
AMLODIPINE 5 MG TABLET	2	
AMLODIPINE 10 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-10 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-20 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-40 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-10 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-20 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-40 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-80 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-10 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-20 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-40 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-80 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 2.5-10 MG CAPSULE	2	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-10 MG CAPSULE	2	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-20 MG CAPSULE	2	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-40 MG CAPSULE	2	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 10-20 MG CAPSULE	2	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 10-40 MG CAPSULE	2	
AMLODIPINE-OLMESARTAN 5-20 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-OLMESARTAN 5-40 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-OLMESARTAN 10-20 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-OLMESARTAN 10-40 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN 5-160 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN 5-320 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN 10-160 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN 10-320 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 5-160-12.5 MG TABLET	3	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 5-160-25 MG TABLET	3	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-160-12.5 MG TABLET	3	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-160-25 MG TABLET	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
ANAGRELIDE 1 MG CAPSULE	4	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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
APRACLONIDINE 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
ARANESP 60 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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
ARIPIPRAZOLE 10 MG ODT TABLET	4	
ARIPIPRAZOLE 15 MG ODT TABLET	4	
ARIPIPRAZOLE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	3	
ARIPIPRAZOLE 2 MG TABLET	2	
ARIPIPRAZOLE 5 MG TABLET	2	
ARIPIPRAZOLE 10 MG TABLET	2	
ARIPIPRAZOLE 15 MG TABLET	2	
ARIPIPRAZOLE 20 MG TABLET	2	
ARIPIPRAZOLE 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
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	
ATROPINE 1% EYE DROPS	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
BD NEEDLE 26G 0.625"	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
BD ULTRAFINE NANO PEN NEEDLE 32G 4MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
CABERGOLINE 0.5 MG TABLET	2	QL
CABOMETYX 20 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
CABOMETYX 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
CABOMETYX 60 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
CAFFEINE CITRATE 60 MG/3 ML ORAL SOLUTION	2	
CALCIPOTRIENE 0.005% CREAM	3	
CALCIPOTRIENE 0.005% OINTMENT	3	
CALCIPOTRIENE 0.005% TOPICAL SOLUTION	3	
CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE OINTMENT	4	
CALCITONIN-SALMON 200 UNIT NASAL SPRAY	2	
CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULE	2	
CALCITRIOL 0.5 MCG CAPSULE	2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML ORAL SOLUTION	2	
CALCITRIOL 3 MCG/G OINTMENT	2	QL
CALCIUM ACETATE 667 MG CAPSULE	2	
CALCIUM ACETATE 667 MG GELCAP	2	
CALCIUM ACETATE 667 MG TABLET	2	
CALQUENCE 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
CAMILA 0.35 MG TABLET	1	
CAMRESE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
CAMRESE LO TABLET	1	
CAMZYOS 2.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
CAMZYOS 5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
CAMZYOS 10 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
CAMZYOS 15 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
CANDESARTAN 4 MG TABLET	2	
CANDESARTAN 8 MG TABLET	2	
CANDESARTAN 16 MG TABLET	2	
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	
CAPECITABINE 150 MG TABLET	5	PA, SRX
CAPECITABINE 500 MG TABLET	5	PA, SRX
CAPRELSA 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
CAPRELSA 300 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
CAPTOPRIL 12.5 MG TABLET	2	
CAPTOPRIL 25 MG TABLET	2	
CAPTOPRIL 50 MG TABLET	2	
CAPTOPRIL 100 MG TABLET	2	
CAPTOPRIL-HCTZ 25-15 MG TABLET	2	QL
CAPTOPRIL-HCTZ 25-25 MG TABLET	2	QL
CAPTOPRIL-HCTZ 50-15 MG TABLET	2	QL
CAPTOPRIL-HCTZ 50-25 MG TABLET	2	QL
CAPVAXIVE 0.5 ML SYRINGE	3	
CARBAMAZEPINE 100 MG CHEWABLE TABLET	2	
CARBAMAZEPINE 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CARBAMAZEPINE 200 MG TABLET	2	
CARBAMAZEPINE ER 100 MG CAPSULE	2	
CARBAMAZEPINE ER 200 MG CAPSULE	2	
CARBAMAZEPINE ER 300 MG CAPSULE	2	
CARBAMAZEPINE ER 100 MG TABLET	2	
CARBAMAZEPINE ER 200 MG TABLET	2	
CARBAMAZEPINE ER 400 MG TABLET	2	
CARBIDOPA 25 MG TABLET	4	
CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG ODT TABLET	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG ODT TABLET	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG ODT TABLET	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 TABLET	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 TABLET	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 TABLET	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 25-100 TABLET	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA ER 50-200 TABLET	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 12.5 MG-50 MG TABLET	3	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 18.75 MG-75 MG TABLET	3	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 25 MG-100 MG-200 MG TABLET	3	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 31.25 MG-125 MG TABLET	3	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 37.5 MG-150 MG TABLET	3	
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONE 50 MG-200 MG-200 MG TABLET	3	
CARBINOXAMINE 4 MG/5 ML ORAL LIQUID	2	
CARBINOXAMINE 4 MG TABLET	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 29G 12.7MM	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 31G 6MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CAREFINE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 32G 5MM	3	
CAREFINE PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
CAREONE SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
CAREONE SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
CAREONE SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 29G 1/2"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 29G 12MM	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 1/4"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 5/16"	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 5MM	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 6MM	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 8MM	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 32G 4MM	3	
CAREONE UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 20G 1.5"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 21G 1"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 22G 38MM	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 23G 1"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE 21G 1"	3	
CARESENS CONTROL SOLUTION	3	
CARETOUCH L2-L3 CONTROL SOLUTION	3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 18G 1.5"	3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 20G 1"	3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 22G 1"	3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23G 1"	3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23G 1.5"	3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 1"	3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 1.5"	3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 5/8"	3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 26G 1"	3	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 23G 1"	3	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	3	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 1.5"	3	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32G 3/16"	3	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
CARETOUCH SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
CARETOUCH SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
CARETOUCH SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
CARETOUCH SYRINGE 1 ML 28G 5/16"	3	
CARETOUCH SYRINGE 1 ML 29G 5/16"	3	
CARETOUCH SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
CARETOUCH SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
CARGLUMIC ACID 200 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, LDD, SRX
CARISOPRODOL 250 MG TABLET	2	
CARISOPRODOL 350 MG TABLET	2	
CARISOPRODOL-ASPIRIN 200-325 MG TABLET	2	
CARISOPRODOL-ASPIRIN-CODEINE TABLET	2	PA
CARTEOLOL 1% EYE DROPS	2	
CARTIA XT 120 MG CAPSULE	2	
CARTIA XT 180 MG CAPSULE	2	
CARTIA XT 240 MG CAPSULE	2	
CARTIA XT 300 MG CAPSULE	2	
CARVEDILOL 3.125 MG TABLET	1	
CARVEDILOL 6.25 MG TABLET	1	
CARVEDILOL 12.5 MG TABLET	1	
CARVEDILOL 25 MG TABLET	1	
CAYSTON 75 MG INHALATION SOLUTION	5	PA, QL, LDD, SRX
CAZIANT 28 DAY TABLET	1	
CEFACLOR 250 MG CAPSULE	2	
CEFACLOR 500 MG CAPSULE	2	
CEFACLOR 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CEFACLOR 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CEFACLOR 375 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CEFACLOR ER 500 MG TABLET	3	
CEFADROXIL 500 MG CAPSULE	2	
CEFADROXIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CEFADROXIL 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CEFADROXIL 1 GM TABLET	2	
CEFDINIR 300 MG CAPSULE	2	
CEFDINIR 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CEFDINIR 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CEFIXIME 400 MG CAPSULE	3	
CEFIXIME 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
CEFIXIME 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
CEFPODOXIME 50 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CEFPODOXIME 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CEFPODOXIME 100 MG TABLET	2	
CEFPODOXIME 200 MG TABLET	2	
CEFPROZIL 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CEFPROZIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CEFPROZIL 250 MG TABLET	2	
CEFPROZIL 500 MG TABLET	2	
CEFUROXIME AXETIL 250 MG TABLET	2	
CEFUROXIME AXETIL 500 MG TABLET	2	
CELECOXIB 50 MG CAPSULE	2	QL
CELECOXIB 100 MG CAPSULE	2	QL
CELECOXIB 200 MG CAPSULE	2	QL
CELECOXIB 400 MG CAPSULE	2	QL
CEPHALEXIN 250 MG CAPSULE	1	
CEPHALEXIN 500 MG CAPSULE	1	
CEPHALEXIN 750 MG CAPSULE	2	
CEPHALEXIN 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CEPHALEXIN 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	3	
CETIRIZINE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
CETIRIZINE 1 MG/ML SYRUP	2	
CETRORELIX 0.25 MG VIAL	5	PA, SRX
CEVIMELINE 30 MG CAPSULE	2	
CHARLOTTE 24 FE CHEWABLE TABLET	1	
CHATEAL EQ-28 TABLET	1	
CHEK-STIX TEST STRIP	3	
CHEMET 100 MG CAPSULE	4	
CHEMSTRIP 10 MD TEST STRIP	3	
CHEMSTRIP 10 WITH SG TEST STRIP	3	
CHEMSTRIP 2 GP TEST STRIP	3	
CHEMSTRIP 2 LN TEST STRIP	3	
CHEMSTRIP 50B TEST STRIP	3	
CHEMSTRIP 7 TEST STRIP	3	
CHEMSTRIP BG DIARY	3	
CHEMSTRIP MICRAL TEST STRIP	3	
CHEMSTRIP-9 TEST STRIP	3	
CHLORDIAZEPOXIDE 5 MG CAPSULE	2	
CHLORDIAZEPOXIDE 10 MG CAPSULE	2	
CHLORDIAZEPOXIDE 25 MG CAPSULE	2	
CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE 5-12.5 MG TABLET	2	
CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE 10-25 MG TABLET	2	
CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM CAPSULE	2	
CHLORHEXIDINE 0.12% ORAL RINSE	2	
CHLOROQUINE 250 MG TABLET	2	
CHLOROQUINE 500 MG TABLET	2	
CHLORPROMAZINE 10 MG TABLET	3	
CHLORPROMAZINE 25 MG TABLET	3	
CHLORPROMAZINE 50 MG TABLET	3	
CHLORPROMAZINE 100 MG TABLET	3	
CHLORPROMAZINE 200 MG TABLET	3	
CHLORTHALIDONE 25 MG TABLET	1	
CHLORTHALIDONE 50 MG TABLET	1	
CHLORZOXAZONE 500 MG TABLET	2	
CHOLESTYRAMINE LIGHT PACKET	2	
CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER	2	
CHOLESTYRAMINE PACKET	2	
CHOLESTYRAMINE POWDER	2	
CHORIONIC GONADOTROPIN 10,000 UNIT VIAL	4	PA, SRX
CICLODAN 0.77% CREAM	2	
CICLODAN 8% TOPICAL SOLUTION	2	
CICLOPIROX 0.77% CREAM	2	
CICLOPIROX 0.77% GEL	2	
CICLOPIROX 1% SHAMPOO	2	
CICLOPIROX 8% TOPICAL SOLUTION	2	
CICLOPIROX 0.77% TOPICAL SUSPENSION	2	
CILOSTAZOL 50 MG TABLET	2	
CILOSTAZOL 100 MG TABLET	2	
CILOXAN 0.3% OINTMENT	4	
CIMETIDINE 300 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
CIMETIDINE 200 MG TABLET	2	
CIMETIDINE 300 MG TABLET	2	
CIMETIDINE 400 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CIMETIDINE 800 MG TABLET	2	
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	5	PA, QL, LDD, SRX
CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) STARTER KIT	5	PA, QL, LDD, SRX
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	5	PA, QL, LDD, SRX
CINACALCET 30 MG TABLET	5	PA, SRX
CINACALCET 60 MG TABLET	5	PA, SRX
CINACALCET 90 MG TABLET	5	PA, SRX
CIPROFLOXACIN 0.2% EAR SOLUTION	2	
CIPROFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	2	
CIPROFLOXACIN 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CIPROFLOXACIN 500 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CIPROFLOXACIN 250 MG TABLET	1	
CIPROFLOXACIN 500 MG TABLET	1	
CIPROFLOXACIN 750 MG TABLET	1	
CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE EAR SUSPENSION	3	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE 0.3-0.025% VIAL	3	PA
CITALOPRAM 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
CITALOPRAM 10 MG TABLET	1	QL
CITALOPRAM 20 MG TABLET	1	QL
CITALOPRAM 40 MG TABLET	1	QL
CLARAVIS 10 MG CAPSULE	4	
CLARAVIS 20 MG CAPSULE	4	
CLARAVIS 30 MG CAPSULE	4	
CLARAVIS 40 MG CAPSULE	4	
CLARITHROMYCIN 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CLARITHROMYCIN 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
CLARITHROMYCIN 250 MG TABLET	2	
CLARITHROMYCIN 500 MG TABLET	2	
CLARITHROMYCIN ER 500 MG TABLET	3	
CLEMASTINE 2.68 MG TABLET	2	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LARGE MASK	3	QL
CLEVER CHOICE CHAMBER-MEDIUM MASK	3	QL
CLEVER CHOICE CHAMBER-SMALL MASK	3	QL
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	3	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	3	
CLICKFINE NEEDLE 31G 1/4"	3	
CLICKFINE NEEDLE 31G 5/16"	3	
CLICKFINE PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
CLICKFINE UNIVERSAL 31G 1/4"	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CLINDACIN 1% FOAM	3	
CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET	2	
CLINDACIN P 1% PLEDGET	2	
CLINDAMYCIN (PEDI) 75 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
CLINDAMYCIN 2% VAGINAL CREAM	2	
CLINDAMYCIN HCL 75 MG CAPSULE	2	
CLINDAMYCIN HCL 150 MG CAPSULE	2	
CLINDAMYCIN HCL 300 MG CAPSULE	2	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% FOAM	3	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% GEL	2	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% LOTION	2	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% PLEDGET	2	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% TOPICAL SOLUTION	2	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1.2-5% GEL	2	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% GEL	2	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% GEL PUMP	2	
CLINDAMYCIN-TRETINOIN 1.2%-0.025% GEL	2	
CLINDESSE 2% VAGINAL CREAM	4	
CLOBAZAM 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION	4	PA
CLOBAZAM 10 MG TABLET	4	PA
CLOBAZAM 20 MG TABLET	4	PA
CLOBETASOL 0.05% CREAM	2	QL
CLOBETASOL 0.05% GEL	2	QL
CLOBETASOL 0.05% OINTMENT	2	QL
CLOBETASOL 0.05% SHAMPOO	2	QL
CLOBETASOL 0.05% TOPICAL LOTION	2	QL
CLOBETASOL 0.05% TOPICAL SOLUTION	2	QL
CLOBETASOL EMOLLIENT 0.05% CREAM	2	QL
CLOBETASOL EMOLLIENT 0.05% FOAM	3	QL
CLOBETASOL EMULSION 0.05% FOAM	3	QL
CLOBETASOL PROPIONATE 0.05% FOAM	2	QL
CLOBETASOL PROPIONATE 0.05% SPRAY	2	QL
CLOCORTOLONE PIVALATE 0.1% CREAM	4	
CLODAN 0.05% SHAMPOO	2	QL
CLOMIPHENE 50 MG TABLET	2	
CLOMIPRAMINE 25 MG CAPSULE	4	
CLOMIPRAMINE 50 MG CAPSULE	4	
CLOMIPRAMINE 75 MG CAPSULE	4	
CLONAZEPAM 0.125 MG ODT TABLET	2	
CLONAZEPAM 0.25 MG ODT TABLET	2	
CLONAZEPAM 0.5 MG ODT TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CLONAZEPAM 1 MG ODT TABLET	2	
CLONAZEPAM 2 MG ODT TABLET	2	
CLONAZEPAM 0.5 MG TABLET	2	
CLONAZEPAM 1 MG TABLET	2	
CLONAZEPAM 2 MG TABLET	2	
CLONIDINE 0.1 MG/DAY PATCH	2	
CLONIDINE 0.2 MG/DAY PATCH	2	
CLONIDINE 0.3 MG/DAY PATCH	2	
CLONIDINE 0.1 MG TABLET	1	
CLONIDINE 0.2 MG TABLET	1	
CLONIDINE 0.3 MG TABLET	1	
CLONIDINE ER 0.1 MG TABLET	2	
CLOPIDOGREL 75 MG TABLET	1	
CLOPIDOGREL 300 MG TABLET	2	
CLORAZEPATE 3.75 MG TABLET	2	
CLORAZEPATE 7.5 MG TABLET	2	
CLORAZEPATE 15 MG TABLET	2	
CLOTRIMAZOLE 10 MG LOZENGE	2	
CLOTRIMAZOLE 1% TOPICAL CREAM	2	
CLOTRIMAZOLE 1% TOPICAL SOLUTION	2	
CLOTRIMAZOLE 10 MG TROCHE	2	
CLOTRIMAZOLE-BETAMETHASONE CREAM	2	
CLOTRIMAZOLE-BETAMETHASONE LOTION	2	
CLOZAPINE 25 MG TABLET	2	
CLOZAPINE 50 MG TABLET	2	
CLOZAPINE 100 MG TABLET	2	
CLOZAPINE 200 MG TABLET	2	
CLOZAPINE 12.5 MG ODT TABLET	4	
CLOZAPINE 25 MG ODT TABLET	4	
CLOZAPINE 150 MG ODT TABLET	4	
CLOZAPINE 100 MG ODT TABLET	4	
CLOZAPINE 200 MG ODT TABLET	4	
C-NATE DHA SOFTGEL	1	
COARTEM TABLET	4	QL
CODEINE SULFATE 15 MG TABLET	2	PA
CODEINE SULFATE 30 MG TABLET	2	PA
CODEINE SULFATE 60 MG TABLET	2	PA
COLCHICINE 0.6 MG TABLET	2	
COLESEVELAM 3.75 G PACKET	3	
COLESEVELAM 625 MG TABLET	3	
COLESTIPOL GRANULES	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
COLESTIPOL GRANULES PACKET	2	
COLESTIPOL 1 GM TABLET	2	
COMBISTIX REAGENT TEST STRIP	3	
COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	5	PA, QL, LDD, SRX
COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PACK	5	PA, QL, LDD, SRX
COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PACK	5	PA, QL, LDD, SRX
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 15/64"	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 15/64"	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	3	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 32G 5MM	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 32G 8MM	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 33G 5MM	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 33G 6MM	3	
COMFORT EZ PEN NEEDLE 33G 8MM	3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 31G 4MM	3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
COMFORT EZ SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/3"	3	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/6"	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 4MM	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 5MM	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 8MM	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33G 5MM	3	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33G 6MM	3	
COMFORTSEAL LARGE MASK	3	QL
COMFORTSEAL MEDIUM MASK	3	QL
COMFORTSEAL SMALL MASK	3	QL
COMIRNATY (12Y UP) SYRINGE	3	
COMIRNATY (12Y UP) VIAL	3	
COMIRNATY 30 MCG/0.3 ML VACCINE - GRAY	3	
COMPACT SPACE CHAMBER	3	QL
COMPACT SPACE CHAMBER-LARGE MASK	3	QL
COMPACT SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	3	QL
COMPACT SPACE CHAMBER-SMALL MASK	3	QL
COMPLETENATE CHEWABLE TABLET	1	
COMPRO 25 MG SUPPOSITORY	3	
CONSTULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	2	
CONTOUR CONTROL SOLUTION	3	
CONTOUR NEXT LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3	
CONTOUR NEXT LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3	
COOL A CONTROL SOLUTION	3	
COOL B CONTROL SOLUTION	3	
CORTISONE 25 MG TABLET	2	
CORTISPORIN-TC EAR SUSPENSION	4	
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	5	PA, QL, SRX
COSENTYX SENSOREADY 150 MG PEN	5	PA, QL, SRX
COSENTYX SENSOREADY 300 MG DOSE-2PEN	5	PA, QL, SRX
COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	5	PA, QL, SRX
COTELLIC 20 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
COVARYX H.S. TABLET	2	
COVARYX TABLET	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE	4	PA
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	4	PA
CROMOLYN 4% EYE DROPS	2	
CROMOLYN 20 MG/2 ML INHALATION SOLUTION	4	QL
CROMOLYN 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	4	
CROTAN 10% LOTION	4	PA
CRYSELLE-28 TABLET	1	
CVS ALKALINE BATTERIES	3	
CVS KETONE CARE TEST STRIP	3	
CYANOCOBALAMIN 1,000 MCG/ML VIAL	2	
CYANOCOBALAMIN 10,000 MCG/10 ML VIAL	2	
CYANOCOBALAMIN 30,000 MCG/30 ML VIAL	2	
CYCLOBENZAPRINE 5 MG TABLET	1	
CYCLOBENZAPRINE 10 MG TABLET	1	
CYCLOMYDRIL EYE DROPS	4	
CYCLOPENTOLATE 0.5% EYE DROPS	2	
CYCLOPENTOLATE 1% EYE DROPS	2	
CYCLOPENTOLATE 2% EYE DROPS	2	
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAPSULE	3	SRX
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAPSULE	3	SRX
CYCLOSERINE 250 MG CAPSULE	2	
CYCLOSET 0.8 MG TABLET	4	
CYCLOSPORINE 25 MG CAPSULE	2	SRX
CYCLOSPORINE 100 MG CAPSULE	2	SRX
CYCLOSPORINE 0.05% EYE EMULSION	4	
CYCLOSPORINE MODIFIED 25 MG CAPSULE	2	SRX
CYCLOSPORINE MODIFIED 50 MG CAPSULE	2	SRX
CYCLOSPORINE MODIFIED 100 MG CAPSULE	2	SRX
CYCLOSPORINE MODIFIED 100 MG/ML ORAL SOLUTION	2	SRX
CYLTEZO (CF) 40 MG CROHN'S-UC-HS PEN	5	PA, QL, SRX
CYLTEZO (CF) 40 MG/0.4 ML PEN	5	PA, QL, SRX
CYLTEZO (CF) 40 MG/0.8 ML PEN	5	PA, QL, SRX
CYLTEZO (CF) 40 MG PSORIASIS-UVEITIS PEN	5	PA, QL, SRX
CYLTEZO (CF) 10 MG/0.2 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
CYLTEZO (CF) 20 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
CYLTEZO (CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
CYLTEZO (CF) 40 MG/0.8 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SYRUP	2	
CYPROHEPTADINE 4 MG TABLET	2	
CYRED 28 DAY TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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
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	
DESLORATADINE 5 MG TABLET	2	QL
DESLORATADINE 2.5 MG ODT TABLET	2	QL
DESLORATADINE 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
DEXAMETHASONE 0.1% EYE DROPS	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML LIQUID	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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
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	
DICLOFENAC SODIUM EC 50 MG TABLET	2	
DICLOFENAC SODIUM EC 75 MG TABLET	2	
DICLOFENAC SODIUM ER 100 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DICLOFENAC-MISOPROSTOL 50-0.2 MG TABLET	2	
DICLOFENAC-MISOPROSTOL 75-0.2 MG TABLET	2	
DICLOXACILLIN 250 MG CAPSULE	2	
DICLOXACILLIN 500 MG CAPSULE	2	
DICYCLOMINE 10 MG CAPSULE	2	
DICYCLOMINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DICYCLOMINE 20 MG TABLET	2	
DIDANOSINE DR 250 MG CAPSULE	2	SRX
DIDANOSINE DR 400 MG CAPSULE	2	SRX
DIFICID 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	4	PA, QL
DIFICID 200 MG TABLET	4	PA, QL
DIFLUNISAL 500 MG TABLET	2	
DIFLUPREDNATE 0.05% EYE DROPS	3	
DIGOX 125 MCG TABLET	2	
DIGOX 250 MCG TABLET	2	
DIGOXIN 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
DIGOXIN 0.125 MG TABLET	2	
DIGOXIN 0.25 MG TABLET	2	
DIGOXIN 125 MCG TABLET	2	
DIGOXIN 250 MCG TABLET	2	
DIHYDROERGOTAMINE 1 MG/ML AMPULE	4	QL
DILT XR 120 MG CAPSULE	2	
DILT XR 180 MG CAPSULE	2	
DILT XR 240 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 120 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 12HR ER 60 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 12HR ER 90 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 12HR ER 120 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 120 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 180 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 240 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 300 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 360 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 120 MG TABLET	3	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 180 MG TABLET	3	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 240 MG TABLET	3	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 300 MG TABLET	3	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 360 MG TABLET	3	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 420 MG TABLET	3	
DILTIAZEM 24H ER(XR) 120 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24H ER(XR) 180 MG CAPSULE	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DILTIAZEM 24H ER(XR) 240 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER 120 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER 180 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER 240 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER 300 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER 360 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 24HR ER 420 MG CAPSULE	2	
DILTIAZEM 30 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 60 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 90 MG TABLET	1	
DIMETHYL FUMARATE 30 DAY STARTER PACK	4	PA, QL, SRX
DIMETHYL FUMARATE DR 120 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
DIMETHYL FUMARATE DR 240 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
DIPENTUM 250 MG CAPSULE	4	
DIPHEN 12.5 MG/5 ML ELIXIR	4	
DIPHEN 12.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4	
DIPHENHYDRAMINE 12.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DIPHENHYDRAMINE 25 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025/5 ML ORAL SOLUTION	2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG TABLET	2	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PEDIATRIC	3	
DIPYRIDAMOLE 25 MG TABLET	2	
DIPYRIDAMOLE 50 MG TABLET	2	
DIPYRIDAMOLE 75 MG TABLET	2	
DISOPYRAMIDE 100 MG CAPSULE	2	
DISOPYRAMIDE 150 MG CAPSULE	2	
DISULFIRAM 250 MG TABLET	2	
DISULFIRAM 500 MG TABLET	2	
DIVALPROEX DR 125 MG CAPSULE SPRINKLE	2	
DIVALPROEX DR 125 MG TABLET	2	
DIVALPROEX DR 250 MG TABLET	2	
DIVALPROEX DR 500 MG TABLET	2	
DIVALPROEX ER 250 MG TABLET	2	
DIVALPROEX ER 500 MG TABLET	2	
DODEX 10,000 MCG/10 ML VIAL	2	
DODEX 30,000 MCG/30 ML VIAL	2	
DOFETILIDE 125 MCG CAPSULE	4	QL
DOFETILIDE 250 MCG CAPSULE	4	QL
DOFETILIDE 500 MCG CAPSULE	4	QL
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
DROPSAFE SICURA NEEDLE 25G 25MM	3	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 3-0.02 MG TABLET	1	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 3-0.03 MG TABLET	1	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE 3-0.02-0.451 TABLET	1	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE 3-0.03-0.451 TABLET	1	
DROXIA 200 MG CAPSULE	4	
DROXIA 300 MG CAPSULE	4	
DROXIA 400 MG CAPSULE	4	
DRUG MART ULTRA COMFORT SYRINGE	3	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	4	
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	3	QL
DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER	3	QL
DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER	3	QL
DULOXETINE DR 20 MG CAPSULE	2	QL
DULOXETINE DR 30 MG CAPSULE	2	QL
DULOXETINE DR 60 MG CAPSULE	2	QL
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML PEN	5	PA, SRX
DUPIXENT 300 MG/2 ML PEN	5	PA, SRX
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SYRINGE	5	PA, SRX
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRINGE	5	PA, SRX
DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE	5	PA, SRX
DUTASTERIDE 0.5 MG CAPSULE	2	
DUTASTERIDE-TAMSULOSIN 0.5-0.4 MG CAPSULE	2	
EASIVENT HOLDING CHAMBER	3	QL
EASIVENT MASK-LARGE	3	QL
EASIVENT MASK-MEDIUM	3	QL
EASIVENT MASK-SMALL	3	QL
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 5MM	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 6MM	3	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
EASY COMFORT SYRINGE 0.3 ML	3	
EASY COMFORT SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
EASY COMFORT SYRINGE 0.3 ML 31G 1/2"	3	
EASY COMFORT SYRINGE 0.5 ML	3	
EASY COMFORT SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
EASY COMFORT SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
EASY COMFORT SYRINGE 0.5 ML 32G 5/16"	3	
EASY COMFORT SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
EASY COMFORT SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
EASY COMFORT SYRINGE 1 ML 32G 5/16"	3	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	3	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
EASY PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION	3	
EASY PLUS II LOW CONTROL SOLUTION	3	
EASY STEP HIGH CONTROL SOLUTION	3	
EASY STEP LOW CONTROL SOLUTION	3	
EASY STEP NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION	3	
EASY TALK LOW CONTROL SOLUTION	3	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL SOLUTION	3	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION	3	
EASY TOUCH BLULINK CONTROL SOLUTION	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18G 1.5"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19G 1.5"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20G 1"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20G 1.5"	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	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 1.5"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 5/8"	3	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 1"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
EASYTOUCH 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
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	
EMBRACE TALK LOW (L1) CONTROL SOLUTION	3	
EMEND 125 MG POWDER PACKET	5	PA, QL
EMGALITY 120 MG/ML PEN	3	PA

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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-TENOFOVIR 200-25-300 MG 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
ENGERIX-B 20 MCG/ML SYRINGE	3	
ENGERIX-B 20 MCG/ML VIAL	3	
ENGERIX-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
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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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
ERRIN 0.35 MG TABLET	1	
ERTACZO 2% CREAM	4	PA
ERY 2% PADS	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ERYTHROCIN 250 MG TABLET	4	
ERYTHROMYCIN 0.5% EYE OINTMENT	2	
ERYTHROMYCIN 2% GEL	2	
ERYTHROMYCIN 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
ERYTHROMYCIN 400 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
ERYTHROMYCIN 250 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN 500 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN 2% TOPICAL SOLUTION	2	
ERYTHROMYCIN DR 250 MG CAPSULE	2	
ERYTHROMYCIN ES 400 MG TABLET	3	
ERYTHROMYCIN-BENZOYL GEL	3	
ESCITALOPRAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
ESCITALOPRAM 5 MG TABLET	2	QL
ESCITALOPRAM 10 MG TABLET	2	QL
ESCITALOPRAM 20 MG TABLET	2	QL
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAPSULE	2	QL
ESOMEPRAZOLE DR 2.5 MG PACKET	3	QL
ESOMEPRAZOLE DR 5 MG PACKET	3	QL
ESOMEPRAZOLE DR 10 MG PACKET	3	QL
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG PACKET	3	QL
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG PACKET	3	QL
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	1	
ESTAZOLAM 1 MG TABLET	2	
ESTAZOLAM 2 MG TABLET	2	
ESTRADIOL 0.01% CREAM	2	
ESTRADIOL 0.025 MG PATCH (1/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.025 MG PATCH (2/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH (1/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH (2/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.05 MG PATCH (1/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.05 MG PATCH (2/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.06 MG PATCH (1/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.075 MG PATCH (1/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.075 MG PATCH (2/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.1 MG PATCH (1/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.1 MG PATCH (2/WK)	2	QL
ESTRADIOL 0.5 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 1 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 2 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ESTRADIOL 10 MCG VAGINAL INSERT TABLET	3	QL
ESTRADIOL-NORETHINDRONE 0.5-0.1 MG TABLET	2	
ESTRADIOL-NORETHINDRONE 1-0.5 MG TABLET	2	
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE F.S. TABLET	2	
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE H.S. TABLET	2	
ESZOPICLONE 1 MG TABLET	2	
ESZOPICLONE 2 MG TABLET	2	
ESZOPICLONE 3 MG TABLET	2	
ETHAMBUTOL 100 MG TABLET	2	
ETHAMBUTOL 400 MG TABLET	2	
ETHOSUXIMIDE 250 MG CAPSULE	2	
ETHOSUXIMIDE 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
ETHYL CHLORIDE SPRAY	2	
ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-35 MCG TABLET	1	
ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-50 MCG TABLET	1	
ETODOLAC 200 MG CAPSULE	2	
ETODOLAC 300 MG CAPSULE	2	
ETODOLAC 400 MG TABLET	2	
ETODOLAC 500 MG TABLET	2	
ETODOLAC ER 400 MG TABLET	2	
ETODOLAC ER 500 MG TABLET	2	
ETODOLAC ER 600 MG TABLET	2	
ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VAGINAL RING	2	
ETOPOSIDE 50 MG CAPSULE	5	SRX
ETRAVIRINE 100 MG TABLET	2	SRX
ETRAVIRINE 200 MG TABLET	2	SRX
EURAX 10% CREAM	4	
EUTHYROX 25 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 50 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 75 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 88 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 100 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 112 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 125 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 137 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 150 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 175 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 200 MCG TABLET	1	
EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	3	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EVEROLIMUS 0.25 MG TABLET	5	SRX
EVEROLIMUS 0.5 MG TABLET	5	SRX
EVEROLIMUS 0.75 MG TABLET	5	SRX
EVEROLIMUS 1 MG TABLET	5	SRX
EVEROLIMUS 2.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
EVEROLIMUS 5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
EVEROLIMUS 7.5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
EVEROLIMUS 10 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
EVEROLIMUS 2 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX
EVEROLIMUS 3 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX
EVEROLIMUS 5 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX
EVOLUTION NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	3	SRX
EXEL HUBER NEEDLE 22G 3/4"	3	
EXEL HUBER NEEDLE 22G 1"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 16G 1"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 18G 1"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 18G 1.5"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 19G 1"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 19G 1.5"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 0.75"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 1"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 1.5"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 21G 1"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 21G 1.5"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 0.75"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 1"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 1.5"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 23G 0.75"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 23G 1"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 0.625"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 0.75"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 1"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 1.5"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.375"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.5"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.625"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 26G 1.5"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 27G 0.5"	3	
EXEL HYPO NEEDLE 30G 0.5"	3	
EXEL INSULIN SYRINGE U100 1 ML 28G 1/2"	3	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE 20G 1"	3	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE 21G 1"	3	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE 22G 1"	3	
EXEL SYRINGE 3 ML 20G 1"	3	
EXEL SYRINGE 3 ML 20G 1.5"	3	
EXEL SYRINGE 3 ML 21G 1"	3	
EXEL SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	3	
EXEL SYRINGE 3 ML 22G 3/4"	3	
EXEL SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
EXEL SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3	
EXEL SYRINGE 3 ML 23G 1"	3	
EXEL SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
EXEL SYRINGE 3 ML 27G 1.25"	3	
EXEL SYRINGE U100 0.3 ML 29G 1/2"	3	
EXEL SYRINGE U100 0.3 ML 30G 5/16"	3	
EXEL SYRINGE U100 0.5 ML 28G 1/2"	3	
EXEL SYRINGE U100 0.5 ML 29G 1/2"	3	
EXEL SYRINGE U100 0.5 ML 30G 5/16"	3	
EXEL SYRINGE U100 1 ML 30G 5/16"	3	
EXEL U100 INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
EXEMESTANE 25 MG TABLET	2	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML	3	
EZETIMIBE 10 MG TABLET	2	
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-10 MG TABLET	2	
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-20 MG TABLET	2	
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-40 MG TABLET	2	
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-80 MG TABLET	2	
FALMINA-28 TABLET	1	
FAMCICLOVIR 125 MG TABLET	2	
FAMCICLOVIR 250 MG TABLET	2	
FAMCICLOVIR 500 MG TABLET	2	
FAMOTIDINE 40 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
FAMOTIDINE 20 MG TABLET	1	
FAMOTIDINE 40 MG TABLET	1	
FARXIGA 5 MG TABLET	3	QL
FARXIGA 10 MG TABLET	3	QL
FEBUXOSTAT 40 MG TABLET	4	QL
FEBUXOSTAT 80 MG TABLET	4	QL
FEIRZA 1 MG-20 MCG TABLET	1	
FEIRZA 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
FELBAMATE 600 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	4	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FELBAMATE 400 MG TABLET	4	
FELBAMATE 600 MG TABLET	4	
FELODIPINE ER 2.5 MG TABLET	2	
FELODIPINE ER 5 MG TABLET	2	
FELODIPINE ER 10 MG TABLET	2	
FEM PH VAGINAL JELLY	2	
FEMLYV 1 MG-0.02 MG ODT TABLET	4	
FENOFIBRATE 43 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRATE 67 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRATE 130 MG CAPSULE	3	
FENOFIBRATE 134 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRATE 200 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRATE 40 MG TABLET	3	
FENOFIBRATE 48 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 54 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 120 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 145 MG TABLET	2	
FENOFIBRATE 160 MG TABLET	2	
FENOFIBRIC ACID 35 MG TABLET	2	
FENOFIBRIC ACID 105 MG TABLET	2	
FENOFIBRIC ACID DR 135 MG CAPSULE	2	
FENOFIBRIC ACID DR 45 MG CAPSULE	2	
FENOPROFEN 600 MG TABLET	3	
FENTANYL 12 MCG/HR PATCH	3	PA
FENTANYL 25 MCG/HR PATCH	3	PA
FENTANYL 37.5 MCG/HR PATCH	3	PA
FENTANYL 50 MCG/HR PATCH	3	PA
FENTANYL 62.5 MCG/HR PATCH	3	PA
FENTANYL 75 MCG/HR PATCH	3	PA
FENTANYL 87.5 MCG/HR PATCH	3	PA
FENTANYL 100 MCG/HR PATCH	3	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 200 MCG LOZENGE	4	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 400 MCG LOZENGE	4	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 600 MCG LOZENGE	4	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 800 MCG LOZENGE	4	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 1,200 MCG LOZENGE	4	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 1,600 MCG LOZENGE	4	PA
FERRIPROX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, LDD, SRX
FESOTERODINE ER 4 MG TABLET	4	QL
FESOTERODINE ER 8 MG TABLET	4	QL
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PACK	4	QL, ST
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	4	QL, ST
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	4	QL, ST
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	4	QL, ST
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	4	QL, ST
FIFTY50 GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3	
FIFTY50 INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
FIFTY50 INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
FIFTY50 INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
FILTER ASPIRATOR NEEDLE	3	
FILTER NEEDLE	3	
FILTER NEEDLE 19G 1.5"	3	
FILTER NEEDLE 5 MICRON	3	
FINASTERIDE 5 MG TABLET	2	
FINGOLIMOD 0.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
FINZALA 1-0.02(24)-75 CHEWABLE TABLET	1	
FLAC OTIC OIL 0.01% EAR DROPS	2	
FLAVOXATE 100 MG TABLET	2	
FLECAINIDE 50 MG TABLET	2	
FLECAINIDE 100 MG TABLET	2	
FLECAINIDE 150 MG TABLET	2	
FLEXICHAMBER	3	QL
FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK	3	QL
FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK	3	QL
FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK	3	QL
FLOW-EZE VENTED NEEDLE	3	
FLUAD	3	
FLUARIX	3	
FLUBLOK	3	
FLUCELVAX	3	
FLUCONAZOLE 10 MG/ML ORAL SUSPENSION	2	
FLUCONAZOLE 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	2	
FLUCONAZOLE 50 MG TABLET	2	
FLUCONAZOLE 100 MG TABLET	2	
FLUCONAZOLE 150 MG TABLET	2	
FLUCONAZOLE 200 MG TABLET	2	
FLUCYTOSINE 250 MG CAPSULE	4	
FLUCYTOSINE 500 MG CAPSULE	4	
FLUDROCORTISONE 0.1 MG TABLET	2	
FLULAVAL	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FLUMIST	3	
FLUNISOLIDE 0.025% NASAL SPRAY	2	
FLUOCINOLONE 0.01% BODY OIL	2	
FLUOCINOLONE 0.01% CREAM	2	
FLUOCINOLONE 0.025% CREAM	2	
FLUOCINOLONE 0.025% OINTMENT	2	
FLUOCINOLONE 0.01% SCALP OIL	2	
FLUOCINOLONE 0.01% TOPICAL SOLUTION	2	
FLUOCINOLONE OIL 0.01% EAR DROPS	2	
FLUOCINONIDE 0.05% CREAM	2	
FLUOCINONIDE 0.1% CREAM	2	
FLUOCINONIDE 0.05% GEL	2	
FLUOCINONIDE 0.05% OINTMENT	2	
FLUOCINONIDE 0.05% TOPICAL SOLUTION	2	
FLUOCINONIDE-E 0.05% CREAM	2	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE 1.1% TOOTHPASTE	2	
FLUORIDEX SENSITIVE RELIEF TOOTHPASTE	2	
FLUORIMAX 5000 1.1% TOOTHPASTE	2	
FLUOROMETHOLONE 0.1% EYE DROPS	2	
FLUOROURACIL 0.5% CREAM	4	
FLUOROURACIL 5% CREAM	2	
FLUOROURACIL 2% TOPICAL SOLUTION	2	
FLUOROURACIL 5% TOPICAL SOLUTION	2	
FLUOXETINE 10 MG CAPSULE	1	QL
FLUOXETINE 20 MG CAPSULE	1	QL
FLUOXETINE 40 MG CAPSULE	1	QL
FLUOXETINE 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
FLUOXETINE DR 90 MG CAPSULE	2	QL
FLUPHENAZINE 2.5 MG/5 ML ELIXIR	2	
FLUPHENAZINE 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
FLUPHENAZINE 1 MG TABLET	2	
FLUPHENAZINE 2.5 MG TABLET	2	
FLUPHENAZINE 5 MG TABLET	2	
FLUPHENAZINE 10 MG TABLET	2	
FLURANDRENOLIDE 0.05% CREAM	4	
FLURANDRENOLIDE 0.05% LOTION	4	
FLURANDRENOLIDE 0.05% OINTMENT	4	
FLURAZEPAM 15 MG CAPSULE	2	
FLURAZEPAM 30 MG CAPSULE	2	
FLURBIPROFEN 0.03% EYE DROPS	2	
FLURBIPROFEN 100 MG TABLET	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FLUTAMIDE 125 MG CAPSULE	2	
FLUTICASONE 0.05% CREAM	2	
FLUTICASONE 0.05% LOTION	4	
FLUTICASONE 50 MCG NASAL SPRAY	2	
FLUTICASONE 0.005% OINTMENT	2	
FLUTICASONE-SALMETEROL 100-50 INHALER	2	QL
FLUTICASONE-SALMETEROL 250-50 INHALER	2	QL
FLUTICASONE-SALMETEROL 500-50 INHALER	2	QL
FLUVASTATIN 20 MG CAPSULE	3	
FLUVASTATIN 40 MG CAPSULE	3	
FLUVASTATIN ER 80 MG TABLET	3	
FLUVOXAMINE 25 MG TABLET	2	QL
FLUVOXAMINE 50 MG TABLET	2	QL
FLUVOXAMINE 100 MG TABLET	2	QL
FLUVOXAMINE ER 100 MG CAPSULE	2	QL
FLUVOXAMINE ER 150 MG CAPSULE	2	QL
FLUZONE	3	
FLUZONE HIGH-DOSE	3	
FOLIC ACID 1 MG TABLET	1	
FOLIVANE-OB CAPSULE	1	
FOLLISTIM AQ 300 UNIT CARTRIDGE	5	PA, SRX
FOLLISTIM AQ 600 UNIT CARTRIDGE	5	PA, SRX
FOLLISTIM AQ 900 UNIT CARTRIDGE	5	PA, SRX
FONDAPARINUX 2.5 MG/0.5 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FONDAPARINUX 5 MG/0.4 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FONDAPARINUX 7.5 MG/0.6 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FONDAPARINUX 10 MG/0.8 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FORA HIGH CONTROL SOLUTION	3	
FORA KETONE L1 CONTROL SOLUTION	3	
FORA LOW CONTROL SOLUTION	3	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION	3	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION	3	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
FORMOTEROL 20 MCG/2 ML INHALATION SOLUTION	4	QL
FORTISCARE HIGH CONTROL SOLUTION	3	
FORTISCARE LOW CONTROL SOLUTION	3	
FORTISCARE NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
FOSAMPRENAVIR 700 MG TABLET	2	SRX
FOSFOMYCIN 3 GM SACHET	3	
FOSINOPRIL 10 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FOSINOPRIL 20 MG TABLET	1	
FOSINOPRIL 40 MG TABLET	1	
FOSINOPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	2	
FOSINOPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	2	
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	4	
FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACKET	4	
FRAGMIN 2,500 UNIT/0.2 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 5,000 UNIT/0.2 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 7,500 UNIT/0.3 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 10,000 UNIT/ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 12,500 UNIT/0.5 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 15,000 UNIT/0.6 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 18,000 UNIT/0.72 ML SYRINGE	5	QL, SRX
FRAGMIN 10,000 UNIT/4 ML VIAL	5	QL, SRX
FRAGMIN 95,000 UNIT/3.8 ML VIAL	5	QL, SRX
FRAICHE 5000 1.1 % DENTAL GEL	2	
FREESTYLE 28G LANCET	3	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	3	
FREESTYLE FREEDOM LITE GLUCOSE METER	1	
FREESTYLE INSULINX GLUCOSE SYSTEM	1	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIP	3	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 2 READER	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 3 READER	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	3	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	3	PA, QL
FREESTYLE LITE GLUCOSE METER	1	
FREESTYLE LITE TEST STRIP	3	
FREESTYLE PRECISION NEO GLUCOSE METER	1	
FREESTYLE PRECISION NEO TEST STRIP	3	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
FREESTYLE PRECISION SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
FREESTYLE TEST STRIP	3	
FREESTYLE UNISTIK 2 LANCET	3	
FROVATRIPTAN 2.5 MG TABLET	3	QL
FUROSEMIDE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
FUROSEMIDE 40 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
FUROSEMIDE 20 MG TABLET	1	
FUROSEMIDE 40 MG TABLET	1	
FUROSEMIDE 80 MG TABLET	1	
FUZEON 90 MG VIAL	5	SRX
FYAVOLV 0.5 MG-2.5 MCG TABLET	2	
FYAVOLV 1 MG-5 MCG TABLET	2	
FYCOMPA 2 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 4 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 6 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 8 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 10 MG TABLET	4	PA, QL
FYCOMPA 12 MG TABLET	4	PA, QL
GABAPENTIN 100 MG CAPSULE	2	
GABAPENTIN 300 MG CAPSULE	2	
GABAPENTIN 400 MG CAPSULE	2	
GABAPENTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
GABAPENTIN 300 MG/6 ML ORAL SOLUTION	2	
GABAPENTIN 600 MG TABLET	2	
GABAPENTIN 800 MG TABLET	2	
GALANTAMINE 4 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
GALANTAMINE 4 MG TABLET	2	
GALANTAMINE 8 MG TABLET	2	
GALANTAMINE 12 MG TABLET	2	
GALANTAMINE ER 8 MG CAPSULE	2	QL
GALANTAMINE ER 16 MG CAPSULE	2	QL
GALANTAMINE ER 24 MG CAPSULE	2	QL
GALLIFREY 5 MG TABLET	2	
GALZIN 25 MG CAPSULE	4	LDD, SRX
GALZIN 50 MG CAPSULE	4	LDD, SRX
GARDASIL 9 SYRINGE	3	
GARDASIL 9 VIAL	3	
GATIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	3	
GATTEX 5 MG VIAL	5	PA, LDD, SRX
GATTEX 5 MG 30-VIAL KIT	5	PA, LDD, SRX
GATTEX 5 MG ONE-VIAL KIT	5	PA, LDD, SRX
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION	2	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION	2	
GAVILYTE-N ORAL SOLUTION	2	
GE100 NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
GEFITINIB 250 MG TABLET	5	PA, QL, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
GEMFIBROZIL 600 MG TABLET	2	
GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	1	
GENERLAC 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	2	
GENGRAF 25 MG CAPSULE	2	SRX
GENGRAF 100 MG CAPSULE	2	SRX
GENGRAF 100 MG/ML ORAL SOLUTION	2	SRX
GENOTROPIN 5 MG CARTRIDGE	5	PA, SRX
GENOTROPIN 12 MG CARTRIDGE	5	PA, SRX
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GENOTROPIN MINIQUICK 0.6 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GENOTROPIN MINIQUICK 0.8 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GENOTROPIN MINIQUICK 1 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GENOTROPIN MINIQUICK 1.2 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GENOTROPIN MINIQUICK 1.4 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG SYRINGE	5	PA, SRX
GENTAK 0.3 % EYE OINTMENT	2	
GENTAMICIN 0.1% CREAM	2	
GENTAMICIN 0.1% OINTMENT	2	
GENTAMICIN 0.3% EYE DROPS	2	
GENVOYA TABLET	4	QL, SRX
GILOTRIF 20 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
GILOTRIF 30 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
GILOTRIF 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
GLATIRAMER 20 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX
GLATIRAMER 40 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX
GLATOPA 20 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX
GLATOPA 40 MG/ML SYRINGE	5	PA, SRX
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE	4	PA
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	4	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE	4	PA
GLIMEPIRIDE 1 MG TABLET	1	
GLIMEPIRIDE 2 MG TABLET	1	
GLIMEPIRIDE 4 MG TABLET	1	
GLIPIZIDE 5 MG TABLET	1	
GLIPIZIDE 10 MG TABLET	1	
GLIPIZIDE ER 2.5 MG TABLET	1	
GLIPIZIDE ER 5 MG TABLET	1	
GLIPIZIDE ER 10 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
GLIPIZIDE XL 2.5 MG TABLET	1	
GLIPIZIDE XL 5 MG TABLET	1	
GLIPIZIDE XL 10 MG TABLET	1	
GLIPIZIDE-METFORMIN 2.5-250 MG TABLET	2	
GLIPIZIDE-METFORMIN 2.5-500 MG TABLET	2	
GLIPIZIDE-METFORMIN 5-500 MG TABLET	2	
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	3	QL
GLUCOCARD 01 CONTROL SOLUTION	3	
GLUCOCARD EXPRESSION CONTROL SOLUTION	3	
GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLUTION	3	
GLUCOCOM AUTOLINK SYSTEM	3	
GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3	
GLUCOSE NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
GLYBURIDE 1.25 MG TABLET	1	
GLYBURIDE 2.5 MG TABLET	1	
GLYBURIDE 5 MG TABLET	1	
GLYBURIDE MICRO 1.5 MG TABLET	1	
GLYBURIDE MICRO 3 MG TABLET	1	
GLYBURIDE MICRO 6 MG TABLET	1	
GLYBURIDE-METFORMIN 1.25-250 MG TABLET	2	
GLYBURIDE-METFORMIN 2.5-500 MG TABLET	2	
GLYBURIDE-METFORMIN 5-500 MG TABLET	2	
GLYCINE 1.5% IRRIGATION	2	
GLYCOPYRROLATE 1 MG TABLET	2	
GLYCOPYRROLATE 2 MG TABLET	2	
GLYDO 2% JELLY SYRINGE	2	
GNP CLICKFINE NEEDLE 31G 1/4"	3	
GNP CLICKFINE NEEDLE 31G 5/16"	3	
GNP EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	3	
GNP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
GNP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
GNP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
GNP INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
GNP INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
GNP PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
GNP PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
GNP PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
GNP PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
GNP ULTICARE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
GNP ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
GNP ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
GNP ULTICARE PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
GNP ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM	3	
GNP ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM	3	
GNP ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM	3	
GNP ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM	3	
GNP ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
GNP ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML	3	
GNP ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
GNP ULTRA COMFORT SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
GNP ULTRA COMFORT SYRINGE 1 ML	3	
GNP ULTRA COMFORT SYRINGE 3/10 ML	3	
GOJJI GLUCOSE NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
GOJJI KETONE L1 CONTROL SOLUTION	3	
GONAL-F 1,050 UNITS VIAL	5	PA, SRX
GONAL-F 450 UNITS VIAL	5	PA, SRX
GONAL-F RFF REDI-JECT 300 UNIT	5	PA, SRX
GONAL-F RFF REDI-JECT 450 UNIT	5	PA, SRX
GONAL-F RFF REDI-JECT 900 UNIT	5	PA, SRX
GRANISETRON 1 MG TABLET	4	
GRANISETRON 0.1 MG/ML VIAL	4	
GRANISETRON 1 MG/ML VIAL	4	
GRANISETRON 4 MG/4 ML VIAL	4	
GRASTEK 2,800 BAU SUBLINGUAL TABLET	4	PA, QL
GRISEOFULVIN 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	3	
GRISEOFULVIN MICRO 500 MG TABLET	3	
GRISEOFULVIN ULTRA 125 MG TABLET	3	
GRISEOFULVIN ULTRA 250 MG TABLET	3	
GS ALCOHOL 70% SWAB	3	
GS PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
GS PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
GS PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
GS PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
GS PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
GS PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
GUANFACINE 1 MG TABLET	2	
GUANFACINE 2 MG TABLET	2	
GUANFACINE ER 1 MG TABLET	2	QL
GUANFACINE ER 2 MG TABLET	2	QL
GUANFACINE ER 3 MG TABLET	2	QL
GUANFACINE ER 4 MG TABLET	2	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
GUARDIAN RT REPLACE CHARGER	3	
GUARDIAN RT REPLACE TEST PLUG	3	
GUARDIAN TEST PLUG	3	
GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	3	
GYNAZOLE 1 2% CREAM	3	
HAILEY 21 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
HAILEY FE 1-20 TABLET	1	
HAILEY FE 1.5-30 TABLET	1	
HALOBETASOL 0.05% CREAM	2	
HALOBETASOL 0.05% OINTMENT	2	
HALOETTE VAGINAL RING	2	
HALOPERIDOL 0.5 MG TABLET	2	
HALOPERIDOL 1 MG TABLET	2	
HALOPERIDOL 2 MG TABLET	2	
HALOPERIDOL 5 MG TABLET	2	
HALOPERIDOL 10 MG TABLET	2	
HALOPERIDOL 20 MG TABLET	2	
HALOPERIDOL LACTATE 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
HALOPERIDOL LACTATE 10 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	
HAVRIX 720 UNIT/0.5 ML SYRINGE	3	
HAVRIX 1,440 UNIT/ML SYRINGE	3	
HEALTHPRO L1, L3 CONTROL SOLUTION	3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 29G 12MM	3	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 31G 5MM	3	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 31G 6MM	3	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 31G 8MM	3	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 32G 4MM	3	
HEATHER 0.35 MG TABLET	1	
HEB UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/16"	3	
HEMA-COMBISTIX REAGENT TEST STRIP	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HYDROCORTISONE 1% CREAM	1	
HYDROCORTISONE 2.5% CREAM	1	
HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML ENEMA	2	
HYDROCORTISONE 2.5% LOTION	2	
HYDROCORTISONE 1% OINTMENT	2	
HYDROCORTISONE 2.5% OINTMENT	2	
HYDROCORTISONE 5 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 10 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 20 MG TABLET	2	
HYDROCORTISONE 2.5% TOPICAL SOLUTION	4	
HYDROCORTISONE AC 25 MG SUPPOSITORY	2	
HYDROCORTISONE AC 30 MG SUPPOSITORY	2	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% CREAM	3	QL
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% OINTMENT	3	QL
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% TOPICAL SOLUTION	3	QL
HYDROCORTISONE VALERATE 0.2% CREAM	2	
HYDROCORTISONE VALERATE 0.2% OINTMENT	2	
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID EAR DROPS	3	
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID EAR SOLUTION	3	
HYDROMET 5 MG-1.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
HYDROMORPHONE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2	PA
HYDROMORPHONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
HYDROMORPHONE 3 MG SUPPOSITORY	2	PA
HYDROMORPHONE 2 MG TABLET	2	PA
HYDROMORPHONE 4 MG TABLET	2	PA
HYDROMORPHONE 8 MG TABLET	2	PA
HYDROMORPHONE ER 8 MG TABLET	4	PA
HYDROMORPHONE ER 12 MG TABLET	4	PA
HYDROMORPHONE ER 16 MG TABLET	4	PA
HYDROMORPHONE ER 32 MG TABLET	4	PA
HYDROXYCHLOROQUINE 200 MG TABLET	2	
HYDROXYUREA 500 MG CAPSULE	2	
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
HYDROXYZINE 50 MG/25 ML ORAL SOLUTION	2	
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SYRUP	2	
HYDROXYZINE 10 MG TABLET	2	
HYDROXYZINE 25 MG TABLET	2	
HYDROXYZINE 50 MG TABLET	2	
HYDROXYZINE PAMOATE 25 MG CAPSULE	2	
HYDROXYZINE PAMOATE 50 MG CAPSULE	2	
HYDROXYZINE PAMOATE 100 MG CAPSULE	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HYOSCYAMINE 0.125 MG ODT TABLET	2	
HYOSCYAMINE 0.125 MG/5 ML ELIXIR	2	
HYOSCYAMINE 0.125 MG/ML ORAL DROPS	2	
HYOSCYAMINE 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET	2	
HYOSCYAMINE ER 0.375 MG TABLET	2	
HYOSCYAMINE SR 0.375 MG TABLET	2	
HYOSYNE 125 MCG/5 ML ELIXIR	2	
HYOSYNE 0.125 MG/ML ORAL DROPS	2	
HYPO NEEDLE, POLYPROPYL HUB	3	
HYPODERMIC NEEDLE, ALUM HUB	3	
IBANDRONATE 150 MG TABLET	2	
IBRANCE 75 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
IBRANCE 100 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
IBRANCE 125 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
IBRANCE 75 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
IBRANCE 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
IBRANCE 125 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
IBU 400 MG TABLET	1	
IBU 600 MG TABLET	1	
IBU 800 MG TABLET	1	
IBUPROFEN 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
IBUPROFEN 400 MG TABLET	1	
IBUPROFEN 600 MG TABLET	1	
IBUPROFEN 800 MG TABLET	1	
ICATIBANT 30 MG/3 ML SYRINGE	5	PA, SRX
ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1	
ICLUSIG 10 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ICLUSIG 15 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ICLUSIG 30 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ICLUSIG 45 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ICOSAPENT ETHYL 0.5 GM CAPSULE	4	PA
ICOSAPENT ETHYL 1 GM CAPSULE	4	PA
ICOSAPENT ETHYL 500 MG CAPSULE	4	PA
IHEALTH LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3	
ILARIS 150 MG/ML VIAL	5	PA, LDD, SRX
ILET INFUSION KIT-INSET 23" 6MM	3	
ILET INFUSION KIT-INSET 32" 6MM	3	
ILET INFUSION-CONTACT DETACH 23" 6MM	3	
IMATINIB 100 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
IMATINIB 400 MG TABLET	5	PA, QL, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
JENCYCLA 0.35 MG TABLET	1	
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET	3	QL
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET	3	QL
JENTADUETO 2.5 MG-1000 MG TABLET	3	QL
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL
JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	2	
JOLESSA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1	
JOYEAUX-28 TABLET	1	
JULEBER 28 DAY TABLET	1	
JULUCA 50-25 MG TABLET	4	QL, SRX
JUNEL 1 MG-20 MCG TABLET	1	
JUNEL 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
JUNEL FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
JUNEL FE 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
JUNEL FE 24 TABLET	1	
JYNNEOS 0.5 ML VIAL	3	
KAITLIB FE 0.8-0.025 MG CHEWABLE TABLET	1	
KALLIGA 28 DAY TABLET	1	
KARIVA 28 DAY TABLET	1	
KELNOR 1-35 28 TABLET	1	
KELNOR 1-50 TABLET	1	
KESIMPTA 20 MG/0.4 ML PEN	5	PA, SRX
KETOCONAZOLE 2% CREAM	2	
KETOCONAZOLE 2% SHAMPOO	2	
KETOCONAZOLE 200 MG TABLET	2	
KETO-DIASTIX REAGENT TEST STRIP	3	
KETONE TEST STRIP	3	
KETOPROFEN 50 MG CAPSULE	3	
KETOPROFEN 75 MG CAPSULE	3	
KETOPROFEN ER 200 MG CAPSULE	3	
KETOROLAC 0.4% EYE DROPS	2	
KETOROLAC 0.5% EYE DROPS	2	
KETOROLAC 10 MG TABLET	2	QL
KETOSTIX REAGENT TEST STRIP	3	
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	5	PA, QL, LDD, SRX
KINRAY INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
KINRAY SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
KINRAY SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
KINRIX TIP-LOK SYRINGE	3	
KIONEX 15 GM/60 ML ORAL SUSPENSION	3	
KISQALI 200 MG DAILY DOSE TABLET	5	PA, QL, SRX
KISQALI 400 MG DAILY DOSE TABLET	5	PA, QL, SRX
KISQALI 600 MG DAILY DOSE TABLET	5	PA, QL, SRX
KLAYESTA 100,000 UNIT/GM POWDER	2	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	2	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	2	
KLOR-CON 20 MEQ PACKET	2	
KLOR-CON M10 TABLET	2	
KLOR-CON M15 TABLET	4	
KLOR-CON M20 TABLET	2	
KMART VALU PLUS SYRINGE 1/2 ML	3	
KOURZEQ 0.1% TOOTHPASTE	2	
K-PHOS #2 TABLET	4	
K-PHOS ORIGINAL TABLET	4	
KRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
KRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
KRO INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
KRO PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
KRO PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
KRO PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
KRO PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
KRO PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
KROGER INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
KROGER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
KROGER INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
KROGER INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
KROGER PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
KROGER SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
KROGER SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
KURVELO-28 TABLET	1	
KYLEENA 19.5 MG SYSTEM	1	LDD, SRX
LABETALOL 100 MG TABLET	2	
LABETALOL 200 MG TABLET	2	
LABETALOL 300 MG TABLET	2	
LABSTIX REAGENT TEST STRIP	3	
LACOSAMIDE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	QL
LACOSAMIDE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	QL
LACOSAMIDE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	3	QL
LACOSAMIDE 50 MG TABLET	3	QL
LACOSAMIDE 100 MG TABLET	3	QL
LACOSAMIDE 150 MG TABLET	3	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina 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	
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 Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LOJAIMIESS 0.1-0.02-0.01 TABLET	1	
LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	4	
LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	4	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	5	PA, LDD, SRX
LOPERAMIDE 2 MG CAPSULE	2	
LOPINAVIR-RITONAVIR 80-20 MG/ML ORAL SOLUTION	2	SRX
LOPINAVIR-RITONAVIR 100-25 MG TABLET	2	SRX
LOPINAVIR-RITONAVIR 200-50 MG TABLET	2	SRX
LORAZEPAM 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
LORAZEPAM 0.5 MG TABLET	2	
LORAZEPAM 1 MG TABLET	2	
LORAZEPAM 2 MG TABLET	2	
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
LORTAB 10 MG-300 MG/15 ML ELIXIR	2	PA
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
LOSARTAN 25 MG TABLET	1	
LOSARTAN 50 MG TABLET	1	
LOSARTAN 100 MG TABLET	1	
LOSARTAN-HCTZ 50-12.5 MG TABLET	1	
LOSARTAN-HCTZ 100-12.5 MG TABLET	1	
LOSARTAN-HCTZ 100-25 MG TABLET	1	
LOTEPREDNOL 0.5% DROPS	3	
LOTEPREDNOL 0.5% EYE GEL	3	
LOVASTATIN 10 MG TABLET	1	
LOVASTATIN 20 MG TABLET	1	
LOVASTATIN 40 MG TABLET	1	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	1	
LOXAPINE 5 MG CAPSULE	2	
LOXAPINE 10 MG CAPSULE	2	
LOXAPINE 25 MG CAPSULE	2	
LOXAPINE 50 MG CAPSULE	2	
LO-ZUMANDIMINE 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
LUBIPROSTONE 8 MCG CAPSULE	2	
LUBIPROSTONE 24 MCG CAPSULE	2	
LURASIDONE 20 MG TABLET	4	QL
LURASIDONE 40 MG TABLET	4	QL
LURASIDONE 60 MG TABLET	4	QL
LURASIDONE 80 MG TABLET	4	QL
LURASIDONE 120 MG TABLET	4	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LUTERA-28 TABLET	1	
LYLEQ 0.35 MG TABLET	1	
LYLLANA 0.025 MG PATCH	2	QL
LYLLANA 0.0375 MG PATCH	2	QL
LYLLANA 0.05 MG PATCH	2	QL
LYLLANA 0.075 MG PATCH	2	QL
LYLLANA 0.1 MG PATCH	2	QL
LYNPARZA 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
LYNPARZA 150 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
LYSODREN 500 MG TABLET	4	LDD
LYZA 0.35 MG TABLET	1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
MALATHION 0.5% LOTION	3	
MARLISSA-28 TABLET	1	
MARPLAN 10 MG TABLET	4	
MATZIM LA 180 MG TABLET	3	
MATZIM LA 240 MG TABLET	3	
MATZIM LA 300 MG TABLET	3	
MATZIM LA 360 MG TABLET	3	
MATZIM LA 420 MG TABLET	3	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2"	3	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2"	3	
MAXICOMFORT PEN NEEDLE 29G 5MM	3	
MAXICOMFORT PEN NEEDLE 29G 8MM	3	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G	3	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
MECLIZINE 12.5 MG TABLET	2	
MECLIZINE 25 MG TABLET	2	
MECLOFENAMATE 50 MG CAPSULE	4	
MECLOFENAMATE 100 MG CAPSULE	4	
MEDICATION TRANSFER NEEDLE	3	
MEDISENSE GLUCOSE-KETONE CONTROL SOLUTION	3	
MEDISENSE H-L CONTROL SOLUTION	3	
MEDISENSE H-M-L CONTROL SOLUTION	3	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION	3	
MEDPOINT CONTROL SOLUTION	3	
MEDROL 2 MG TABLET	4	
MEDROXYPROGESTERONE 2.5 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
METHYLPHENIDATE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
METHYLPHENIDATE 5 MG TABLET	2	QL
METHYLPHENIDATE 10 MG TABLET	2	QL
METHYLPHENIDATE 20 MG TABLET	2	QL
METHYLPHENIDATE CD 10 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE CD 20 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE CD 30 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE CD 40 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE CD 50 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE CD 60 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE ER 10 MG TABLET	2	QL
METHYLPHENIDATE ER 18 MG TABLET	2	QL
METHYLPHENIDATE ER 20 MG TABLET	2	QL
METHYLPHENIDATE ER 27 MG TABLET	2	QL
METHYLPHENIDATE ER 36 MG TABLET	2	QL
METHYLPHENIDATE ER 54 MG TABLET	2	QL
METHYLPHENIDATE ER(CD) 10 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE ER(CD) 20 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE ER(CD) 30 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE ER(CD) 40 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE ER(CD) 50 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE ER(CD) 60 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE ER(LA) 10 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE ER(LA) 20 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE ER(LA) 30 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE ER(LA) 40 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPHENIDATE ER(LA) 60 MG CAPSULE	3	QL
METHYLPREDNISOLONE 4 MG DOSEPACK	2	
METHYLPREDNISOLONE 4 MG TABLET	2	
METHYLPREDNISOLONE 8 MG TABLET	2	
METHYLPREDNISOLONE 16 MG TABLET	2	
METHYLPREDNISOLONE 32 MG TABLET	2	
METHYLTESTOSTERONE 10 MG CAPSULE	5	
METOCLOPRAMIDE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
METOCLOPRAMIDE 10 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	
METOCLOPRAMIDE 5 MG TABLET	1	
METOCLOPRAMIDE 10 MG TABLET	1	
METOLAZONE 2.5 MG TABLET	2	
METOLAZONE 5 MG TABLET	2	
METOLAZONE 10 MG TABLET	2	
METOPROLOL SUCCINATE ER 25 MG TABLET	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
METOPROLOL SUCCINATE ER 50 MG TABLET	2	
METOPROLOL SUCCINATE ER 100 MG TABLET	2	
METOPROLOL SUCCINATE ER 200 MG TABLET	2	
METOPROLOL TARTRATE 25 MG TABLET	1	
METOPROLOL TARTRATE 37.5 MG TABLET	2	
METOPROLOL TARTRATE 50 MG TABLET	1	
METOPROLOL TARTRATE 75 MG TABLET	2	
METOPROLOL TARTRATE 100 MG TABLET	1	
METOPROLOL-HCTZ 50-25 MG TABLET	2	
METOPROLOL-HCTZ 100-25 MG TABLET	2	
METOPROLOL-HCTZ 100-50 MG TABLET	2	
METRONIDAZOLE 375 MG CAPSULE	2	
METRONIDAZOLE 0.75% CREAM	2	
METRONIDAZOLE 0.75% LOTION	2	
METRONIDAZOLE 250 MG TABLET	2	
METRONIDAZOLE 500 MG TABLET	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75% GEL	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL	2	
METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL PUMP	2	
METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2	
METYROSINE 250 MG CAPSULE	5	PA
MEXILETINE 150 MG CAPSULE	2	
MEXILETINE 200 MG CAPSULE	2	
MEXILETINE 250 MG CAPSULE	2	
MIBELAS 24 FE CHEWABLE TABLET	1	
MICONAZOLE 3 200 MG VAGINAL SUPPOSITORY	3	
MICROCHAMBER	3	QL
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	3	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
MICROGESTIN 21 1.5-30 TABLET	1	
MICROGESTIN 21 1-20 TABLET	1	
MICROGESTIN 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
MICROGESTIN FE 1.5-30 TABLET	1	
MICROGESTIN FE 1-20 TABLET	1	
MICROLIFE PEAK FLOW METER	3	
MICROSPACER FOR AEROSOL DEVICE	3	QL
MIDAZOLAM 2 MG/ML SYRUP	2	
MIDAZOLAM 10 MG/5 ML SYRUP	2	
MIDODRINE 2.5 MG TABLET	2	
MIDODRINE 5 MG TABLET	2	
MIDODRINE 10 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOSITORY	4	
MIGLITOL 25 MG TABLET	2	
MIGLITOL 50 MG TABLET	2	
MIGLITOL 100 MG TABLET	2	
MIGLUSTAT 100 MG CAPSULE	5	PA, SRX
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	1	
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	2	
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM	3	
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM	3	
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM	3	
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM	3	
MINI ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 31G	3	
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	3	
MINIMED INFUSION SET	3	
MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 23" 6MM	3	
MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 23" 9MM	3	
MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 43" 6MM	3	
MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 43" 9MM	3	
MINIMED QUICK INFUSION SET 18" 6MM	3	
MINIMED QUICK INFUSION SET 23" 6MM	3	
MINIMED QUICK INFUSION SET 23" 9MM	3	
MINIMED QUICK INFUSION SET 32" 6MM	3	
MINIMED QUICK INFUSION SET 32" 9MM	3	
MINIMED QUICK INFUSION SET 43" 6MM	3	
MINIMED QUICK INFUSION SET 43" 9MM	3	
MINIMED QUICK-SERTER	3	
MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	3	
MINIMED RESERVOIR 3 ML	3	
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 18"	3	
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 23"	3	
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 32"	3	
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 43"	3	
MINIMED SURE T INFUSION SET 18" 6MM	3	
MINIMED SURE T INFUSION SET 23"	3	
MINIMED SURE T INFUSION SET 23" 6MM	3	
MINIMED SURE T INFUSION SET 23" 8MM	3	
MINIMED SURE T INFUSION SET 32"	3	
MINIMED SURE T INFUSION SET 32" 6MM	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MINIMED SURE T INFUSION SET 32" 8MM	3	
MINOCYCLINE 50 MG CAPSULE	1	
MINOCYCLINE 75 MG CAPSULE	1	
MINOCYCLINE 100 MG CAPSULE	1	
MINOCYCLINE 50 MG TABLET	1	
MINOCYCLINE 75 MG TABLET	1	
MINOCYCLINE 100 MG TABLET	1	
MINOXIDIL 2.5 MG TABLET	2	
MINOXIDIL 10 MG TABLET	2	
MINZOYA-28 TABLET	1	
MIRABEGRON ER 25 MG TABLET	4	QL
MIRABEGRON ER 50 MG TABLET	4	QL
MIRENA 52 MG SYSTEM	1	LDD, SRX
MIRTAZAPINE 15 MG ODT TABLET	2	
MIRTAZAPINE 30 MG ODT TABLET	2	
MIRTAZAPINE 45 MG ODT TABLET	2	
MIRTAZAPINE 7.5 MG TABLET	2	
MIRTAZAPINE 15 MG TABLET	2	
MIRTAZAPINE 30 MG TABLET	2	
MIRTAZAPINE 45 MG TABLET	2	
MISOPROSTOL 100 MCG TABLET	2	
MISOPROSTOL 200 MCG TABLET	2	
M-M-R II VACCINE VIAL	3	
M-NATAL PLUS TABLET	1	
MODAFINIL 100 MG TABLET	4	PA
MODAFINIL 200 MG TABLET	4	PA
MODERNA COVID (6M-5Y) VACCINE (EUA)	3	
MODERNA COVID (6-11Y) VACCINE (EUA)	3	
MODERNA COVID (12Y UP) VACCINE (EUA)	3	
MODERNA COVID (6M-11Y) EUA	3	
MODERNA COVID BIVAL (6MO-5Y) EUA	3	
MODERNA COVID BIVAL (6MO UP) EUA	3	
MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)	3	
MOEXIPRIL 7.5 MG TABLET	2	
MOEXIPRIL 15 MG TABLET	2	
MOLINDONE 5 MG TABLET	2	
MOLINDONE 10 MG TABLET	2	
MOLINDONE 25 MG TABLET	2	
MOMETASONE 0.1% CREAM	2	
MOMETASONE 0.1% OINTMENT	2	
MOMETASONE 0.1% TOPICAL SOLUTION	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MOMETASONE 50 MCG NASAL SPRAY	3	QL
MONDOXYNE NL 75 MG CAPSULE	2	
MONDOXYNE NL 100 MG CAPSULE	1	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20G 1"	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20G 1.5	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 21G 1"	3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 22G 1"	3	
MONOJECT FILTER NEEDLE 18G 1.5"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 18G 1A"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 19G 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 19G 1.5"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 20G 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 20G 1.5"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 21G 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 21G 1.5"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 22G 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 22G 1.5"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 23G 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25G 5/8"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25G 1"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25G 1.5"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 26G 1.5"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 27G 0.5"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 27G 1.5"	3	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 30G 3/4"	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 3/10 ML	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	3	
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100 1 ML	3	
MONOJECT SAFETY SYRINGE 6CC	3	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML	3	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML	3	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
MONOJECT SYRINGE 1 ML	3	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 27 1/2"	3	
MONOJECT SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 1"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 1.5"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 3/4"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 21G 1"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 23G 1"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 25G 1.25"	3	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 27G 1.25"	3	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 20G 1.5"	3	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21G 1"	3	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 21G 1.5"	3	
MONOJECT SYRINGE 6 ML 22G 1.5"	3	
MONO-LINYAH 28 TABLET	1	
MONTELUKAST 10 MG TABLET	2	
MONTELUKAST 4 MG CHEWABLE TABLET	2	
MONTELUKAST 5 MG CHEWABLE TABLET	2	
MONTELUKAST 4 MG GRANULE	2	
MORGIDOX 50 MG CAPSULE	1	
MORPHINE 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	PA
MORPHINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MORPHINE 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MORPHINE 5 MG SUPPOSITORY	2	PA
MORPHINE 10 MG SUPPOSITORY	2	PA
MORPHINE 20 MG SUPPOSITORY	2	PA
MORPHINE 30 MG SUPPOSITORY	2	PA
MORPHINE ER 10 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 20 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 30 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 45 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 50 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 60 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 75 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 80 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 90 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 100 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 120 MG CAPSULE	2	PA
MORPHINE ER 15 MG TABLET	2	PA
MORPHINE ER 30 MG TABLET	2	PA

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MORPHINE ER 60 MG TABLET	2	PA
MORPHINE ER 100 MG TABLET	2	PA
MORPHINE ER 200 MG TABLET	2	PA
MORPHINE IR 15 MG TABLET	2	PA
MORPHINE IR 30 MG TABLET	2	PA
MOUNJARO 2.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MOUNJARO 5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MOUNJARO 7.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MOUNJARO 12.5 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MOUNJARO 15 MG/0.5 ML PEN	3	PA, QL
MOVANTIK 12.5 MG TABLET	3	PA, QL
MOVANTIK 25 MG TABLET	3	PA, QL
MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2	
MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS-VISCOUS	2	
MOXIFLOXACIN 400 MG TABLET	2	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
MS PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
MULTISTIX 5 TEST STRIP	3	
MULTISTIX REAGENT TEST STRIP	3	
MULTISTIX 7 REAGENT TEST STRIP	3	
MULTISTIX 9 REAGENT TEST STRIP	3	
MULTISTIX 8 SG REAGENT TEST STRIP	3	
MULTISTIX 9 SG REAGENT TEST STRIP	3	
MULTISTIX 10 SG REAGENT TEST STRIP	3	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG CHEWABLE TABLET	2	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG CHEWABLE TABLET	2	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 1 MG CHEWABLE TABLET	2	
MUPIROCIN 2% CREAM	3	
MUPIROCIN 2% OINTMENT	2	
MY CHOICE 1.5 MG TABLET	1	
MY WAY 1.5 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MYCOPHENOLATE 250 MG CAPSULE	2	SRX
MYCOPHENOLATE 200 MG/ML ORAL SUSPENSION	2	SRX
MYCOPHENOLATE 500 MG TABLET	2	SRX
MYCOPHENOLIC ACID DR 180 MG TABLET	2	SRX
MYCOPHENOLIC ACID DR 360 MG TABLET	2	SRX
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION PAK	3	
MYLERAN 2 MG TABLET	4	
MYNATAL CAPSULE	1	
MYNATAL PLUS CAPTAB	1	
MYNATAL ULTRACAPLET	1	
MYNATAL-Z CAPTAB	1	
MYORISAN 10 MG CAPSULE	4	
MYORISAN 20 MG CAPSULE	4	
MYORISAN 30 MG CAPSULE	4	
MYORISAN 40 MG CAPSULE	4	
MYTESI 125 MG DR TABLET	4	LDD, SRX
NABUMETONE 500 MG TABLET	2	
NABUMETONE 750 MG TABLET	2	
NADOLOL 20 MG TABLET	2	
NADOLOL 40 MG TABLET	2	
NADOLOL 80 MG TABLET	2	
NAFTIFINE 1% CREAM	3	
NAFTIFINE 2% CREAM	3	
NAFTIFINE 2% GEL	3	
NALOXONE 0.4 MG/ML CARPUJECT	2	
NALOXONE 0.4 MG/ML SYRINGE	2	
NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE	2	
NALOXONE 4 MG NASAL SPRAY	2	QL
NALTREXONE 50 MG TABLET	2	QL
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
NANO PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
NAPROXEN 500 MG KIT	1	
NAPROXEN 250 MG TABLET	1	
NAPROXEN 375 MG TABLET	1	
NAPROXEN 500 MG TABLET	1	
NAPROXEN DR 375 MG TABLET	2	
NAPROXEN DR 500 MG TABLET	2	
NAPROXEN SODIUM 275 MG TABLET	2	
NAPROXEN SODIUM 550 MG TABLET	2	
NARATRIPTAN 1 MG TABLET	2	QL
NARATRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NATACYN 5% EYE DROPS	4	
NATAZIA 28 TABLET	4	
NATEGLINIDE 60 MG TABLET	2	
NATEGLINIDE 120 MG TABLET	2	
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	5	PA, QL
NEBUSAL 3% VIAL	2	
NECON 0.5-35-28 TABLET	1	
NEFAZODONE 50 MG TABLET	2	
NEFAZODONE 100 MG TABLET	2	
NEFAZODONE 150 MG TABLET	2	
NEFAZODONE 200 MG TABLET	2	
NEFAZODONE 250 MG TABLET	2	
NEOMYCIN 500 MG TABLET	2	
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	2	
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN-HC EYE OINTMENT	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN B 40 MG/ML AMPULE	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN B 40 MG/ML VIAL	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE EYE DROPS	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE EYE OINTMENT	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN EYE DROPS	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EAR SOLUTION	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EAR SUSPENSION	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EYE DROPS	2	
NEO-POLYCIN EYE OINTMENT	2	
NEO-POLYCIN HC EYE OINTMENT	2	
NEUAC GEL	2	
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	5	PA, SRX
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML KIT	5	PA, SRX
NEUPRO 1 MG/24 HR PATCH	4	
NEUPRO 2 MG/24 HR PATCH	4	
NEUPRO 3 MG/24 HR PATCH	4	
NEUPRO 4 MG/24 HR PATCH	4	
NEUPRO 6 MG/24 HR PATCH	4	
NEUPRO 8 MG/24 HR PATCH	4	
NEVANAC 0.1% EYE DROPS	4	
NEVIRAPINE 50 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	SRX
NEVIRAPINE 200 MG TABLET	2	SRX
NEVIRAPINE ER 100 MG TABLET	2	SRX
NEVIRAPINE ER 400 MG TABLET	2	SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NEW DAY 1.5 MG TABLET	1	
NEWGEN TABLET	1	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	1	LDD, SRX
NEXTSTELLIS 3-14.2 MG TABLET	4	
NIACIN ER 500 MG TABLET	2	
NIACIN ER 750 MG TABLET	2	
NIACIN ER 1,000 MG TABLET	2	
NICARDIPINE 20 MG CAPSULE	3	
NICARDIPINE 30 MG CAPSULE	3	
NICOTROL CARTRIDGE INHALER	4	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	4	
NIFEDIPINE 10 MG CAPSULE	2	
NIFEDIPINE 20 MG CAPSULE	2	
NIFEDIPINE ER 30 MG TABLET	2	
NIFEDIPINE ER 60 MG TABLET	2	
NIFEDIPINE ER 90 MG TABLET	2	
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
NILOTINIB HCL 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
NILOTINIB HCL 150 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
NILOTINIB HCL 200 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
NILUTAMIDE 150 MG TABLET	5	
NIMODIPINE 30 MG CAPSULE	4	
NINLARO 2.3 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
NINLARO 3 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
NINLARO 4 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
NISOLDIPINE ER 8.5 MG TABLET	2	QL
NISOLDIPINE ER 17 MG TABLET	2	QL
NISOLDIPINE ER 20 MG TABLET	2	QL
NISOLDIPINE ER 25.5 MG TABLET	2	QL
NISOLDIPINE ER 30 MG TABLET	2	QL
NISOLDIPINE ER 34 MG TABLET	2	QL
NISOLDIPINE ER 40 MG TABLET	2	QL
NITAZOXANIDE 500 MG TABLET	4	PA
NITRO-BID 2% OINTMENT	2	
NITROFURANTOIN MACRO 25 MG CAPSULE	3	
NITROFURANTOIN MACRO 50 MG CAPSULE	1	
NITROFURANTOIN MACRO 100 MG CAPSULE	1	
NITROFURANTOIN 25 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	4	
NITROFURANTOIN MONO-MACRO 100 MG CAPSULE	1	
NITROGLYCERIN 0.4% OINTMENT	4	
NITROGLYCERIN 0.1 MG/HR PATCH	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NUCYNTA ER 100 MG TABLET	4	PA
NUCYNTA ER 150 MG TABLET	4	PA
NUCYNTA ER 200 MG TABLET	4	PA
NUCYNTA ER 250 MG TABLET	4	PA
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	4	PA, QL
NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	2	
NYLIA 1-35 28 TABLET	1	
NYLIA 7-7-7-28 TABLET	1	
NYMYO 0.25-0.035 MG (28) TABLET	1	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM CREAM	2	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM OINTMENT	2	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM POWDER	2	
NYSTATIN 100,000 UNIT/ML ORAL SUSPENSION	2	
NYSTATIN 500,000 UNIT/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
NYSTATIN 500,000 UNIT ORAL TABLET	2	
NYSTATIN-TRIAMCINOLONE CREAM	2	
NYSTATIN-TRIAMCINOLONE OINTMENT	2	
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	2	
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	5	PA, SRX
OBSTETRIX DHA COMBO PAK	1	
OCELLA 3 MG-0.03 MG TABLET	1	
OCTREOTIDE 50 MCG/ML AMPULE	3	PA, SRX
OCTREOTIDE 100 MCG/ML AMPULE	3	PA, SRX
OCTREOTIDE 500 MCG/ML AMPULE	3	PA, SRX
OCTREOTIDE 50 MCG/ML SYRINGE	3	PA, SRX
OCTREOTIDE 100 MCG/ML SYRINGE	3	PA, SRX
OCTREOTIDE 500 MCG/ML SYRINGE	3	PA, SRX
OCTREOTIDE 0.05 MG/ML VIAL	3	PA, SRX
OCTREOTIDE 50 MCG/ML VIAL	3	PA, SRX
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
ODACTRA 12 SQ-HDM SUBLINGUAL TABLET	4	PA, QL
ODEFSEY TABLET	4	QL, SRX
ODOMZO 200 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
OFLOXACIN 0.3% EAR DROPS	2	
OFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	2	
OFLOXACIN 300 MG TABLET	2	
OFLOXACIN 400 MG TABLET	2	
OLANZAPINE 5 MG ODT TABLET	2	
OLANZAPINE 10 MG ODT TABLET	2	
OLANZAPINE 15 MG ODT TABLET	2	
OLANZAPINE 20 MG ODT TABLET	2	
OLANZAPINE 2.5 MG TABLET	2	
OLANZAPINE 5 MG TABLET	2	
OLANZAPINE 7.5 MG TABLET	2	
OLANZAPINE 10 MG TABLET	2	
OLANZAPINE 15 MG TABLET	2	
OLANZAPINE 20 MG TABLET	2	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 3-25 MG CAPSULE	3	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 6-25 MG CAPSULE	3	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 6-50 MG CAPSULE	3	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 12-25 MG CAPSULE	3	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 12-50 MG CAPSULE	3	
OLMESARTAN 5 MG TABLET	2	
OLMESARTAN 20 MG TABLET	2	
OLMESARTAN 40 MG TABLET	2	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 20-5-12.5 MG TABLET	2	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-10-12.5 MG TABLET	2	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-10-25 MG TABLET	2	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-12.5 MG TABLET	2	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-25 MG TABLET	2	
OLMESARTAN-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	2	
OLMESARTAN-HCTZ 40-12.5 MG TABLET	2	
OLMESARTAN-HCTZ 40-25 MG TABLET	2	
OLOPATADINE 0.1% EYE DROPS	2	
OLOPATADINE 0.2% EYE DROPS	2	
OLOPATADINE 665 MCG NASAL SPRAY	2	
OMEGA-3 ETHYL ESTERS 1 GM CAPSULE	2	
OMEPRAZOLE DR 10 MG CAPSULE	2	QL
OMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	2	QL
OMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	2	QL
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	3	QL
OMNIPOD 5 DEX G7 G6 INTRO (GEN 5)	3	QL
OMNIPOD 5 DEX G7 G6 PODS (GEN 5)	3	QL
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	3	QL
OMNIPOD 5 INTRO (G6/LIBRE 2 PLUS)	3	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	3	QL
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 5 PACK	3	QL
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 5 PACK	3	QL
OMNIPOD GO 10 UNIT/DAY PODS	3	QL
OMNIPOD GO 15 UNIT/DAY PODS	3	QL
OMNIPOD GO 20 UNIT/DAY PODS	3	QL
OMNIPOD GO 25 UNIT/DAY PODS	3	QL
OMNIPOD GO 30 UNIT/DAY PODS	3	QL
OMNIPOD GO 35 UNIT/DAY PODS	3	QL
OMNIPOD GO 40 UNIT/DAY PODS	3	QL
OMNITROPE 5 MG/1.5 ML CARTRIDGE	5	PA, SRX
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML CARTRIDGE	5	PA, SRX
OMNITROPE 5.8 MG VIAL	5	PA, SRX
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION PAK	3	
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION	3	
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION	3	
ONDANSETRON 4 MG ODT TABLET	2	
ONDANSETRON 8 MG ODT TABLET	2	
ONDANSETRON 4 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
ONDANSETRON 4 MG TABLET	2	
ONDANSETRON 8 MG TABLET	2	
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE	3	QL
OPCICON ONE-STEP 1.5 MG TABLET	1	
OPILL 0.075 MG TABLET	1	QL
OPIUM 10 MG/ML TINCTURE	3	PA
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE	3	QL
OPTICHAMBER DIAMOND VHC	3	QL
OPTICHAMBER DIAMOND W-LARGE MASK	3	QL
OPTICHAMBER DIAMOND W-MEDIUM MASK	3	QL
OPTICHAMBER DIAMOND W-SMALL MASK	3	QL
OPTION 2 1.5 MG TABLET	1	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLUTION	3	
ORACIT ORAL SOLUTION	4	
ORAL CITRATE SOLUTION	4	
ORALONE 0.1% TOOTHPASTE	2	
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	5	PA, QL, SRX
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ORENCIA 125 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
ORPHENADRINE ER 100 MG TABLET	2	
ORSERDU 86 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ORSERDU 345 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
OSCIMIN 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
OSCIMIN 0.125 MG TABLET	2	
OSELTAMIVIR 30 MG CAPSULE	2	QL
OSELTAMIVIR 45 MG CAPSULE	2	QL
OSELTAMIVIR 75 MG CAPSULE	2	QL
OSELTAMIVIR 6 MG/ML ORAL SUSPENSION	2	QL
OSMOPREP TABLET	4	
OTEZLA 10-20 MG STARTER 28 DAY	5	PA, QL, SRX
OTEZLA 10-20-30 MG STARTER 28 DAY	5	PA, QL, SRX
OTEZLA 20 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
OTEZLA 30 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
OVAL TAPE	3	
OXANDROLONE 2.5 MG TABLET	4	PA
OXANDROLONE 10 MG TABLET	4	PA
OXAPROZIN 600 MG CAPLET	2	
OXAPROZIN 600 MG TABLET	2	
OXAZEPAM 10 MG CAPSULE	2	
OXAZEPAM 15 MG CAPSULE	2	
OXAZEPAM 30 MG CAPSULE	2	
OXCARBAZEPINE 300 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
OXCARBAZEPINE 150 MG TABLET	2	
OXCARBAZEPINE 300 MG TABLET	2	
OXCARBAZEPINE 600 MG TABLET	2	
OXICONAZOLE 1% CREAM	3	
OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SYRUP	2	
OXYBUTYNIN 5 MG TABLET	1	
OXYBUTYNIN ER 5 MG TABLET	2	
OXYBUTYNIN ER 10 MG TABLET	2	
OXYBUTYNIN ER 15 MG TABLET	2	
OXYCODONE (IR) 5 MG CAPSULE	2	PA
OXYCODONE (IR) 5 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE (IR) 10 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE (IR) 15 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE (IR) 20 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE (IR) 30 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	2	PA
OXYCODONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325 MG TABLET	2	PA

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG TABLET	2	PA
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG TABLET	2	PA
OXYMORPHONE 5 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE 10 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 5 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 7.5 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 10 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 15 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 20 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 30 MG TABLET	3	PA
OXYMORPHONE ER 40 MG TABLET	3	PA
OZEMPIC 0.25-0.5 MG/DOSE PEN INJECTOR	3	PA, QL
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) PEN INJECTOR	3	PA, QL
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR	3	PA, QL
PACERONE 200 MG TABLET	2	
PALIPERIDONE ER 1.5 MG TABLET	4	
PALIPERIDONE ER 3 MG TABLET	4	
PALIPERIDONE ER 6 MG TABLET	4	
PALIPERIDONE ER 9 MG TABLET	4	
PANCREAZE DR 2,600 UNIT CAPSULE	3	
PANCREAZE DR 4,200 UNIT CAPSULE	3	
PANCREAZE DR 10,500 UNIT CAPSULE	3	
PANCREAZE DR 16,800 UNIT CAPSULE	3	
PANCREAZE DR 21,000 UNIT CAPSULE	3	
PANCREAZE DR 37,000 UNIT CAPSULE	3	
PANDA MASK LARGE	3	QL
PANDA MASK MEDIUM	3	QL
PANDA MASK SMALL	3	QL
PANRETIN 0.1% GEL	5	SRX
PANTOPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL
PANTOPRAZOLE DR 40 MG TABLET	2	QL
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML	3	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML	3	
PARAGARD T 380-A IUD	1	LDD, SRX
PARICALCITOL 1 MCG CAPSULE	2	SRX
PARICALCITOL 2 MCG CAPSULE	2	SRX
PARICALCITOL 4 MCG CAPSULE	2	SRX
PAROEX 0.12% ORAL RINSE	2	
PAROXETINE 10 MG TABLET	1	QL
PAROXETINE 20 MG TABLET	1	QL
PAROXETINE 30 MG TABLET	1	QL
PAROXETINE 40 MG TABLET	1	QL
PASER GRANULES 4 GM PACKET	4	
PAXLOVID 150-100 MG DOSE PACK	4	QL
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	4	QL
PAZOPANIB 200 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
PC UNIFINE PENTIP NEEDLE 6MM	3	
PC UNIFINE PENTIP NEEDLE 8MM	3	
PC UNIFINE PENTIP NEEDLE 12MM	3	
PEAK-AIR PEAK FLOW METER	3	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	3	
PEDIATRIC MEDIUM MASK	3	QL
PEDIATRIC MOUTHPIECE	3	QL
PEDIATRIC PANDA MASK	3	QL
PEDIATRIC SMALL MASK	3	QL
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	3	
PEG 3350-ELECTROLYTE ORAL SOLUTION	2	
PEG3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9 POWDER PACKET	2	
PEG-3350 AND ELECTROLYTES ORAL SOLUTION	2	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, SRX
PEGASYS 180 MCG/ML VIAL	5	PA, SRX
PEG-PREP KIT	2	
PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
PEN NEEDLE 30G 5/16"	3	
PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
PEN NEEDLE 32G 3/16"	3	
PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
PENBRAYA KIT	3	
PENCICLOVIR 1% CREAM	4	PA, QL
PENICILLAMINE 250 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
PENICILLIN VK 125 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PENICILLIN VK 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PENICILLIN VK 250 MG TABLET	2	
PENICILLIN VK 500 MG TABLET	2	
PENTACEL VIAL KIT	3	
PENTAMIDINE 300 MG INHALATION POWDER	3	
PENTAZOCINE-NALOXONE TABLET	2	PA
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
PENTOXIFYLLINE ER 400 MG TABLET	2	
PERFECT POINT NEEDLE 25G 1"	3	
PERINDOPRIL 2 MG TABLET	2	
PERINDOPRIL 4 MG TABLET	2	
PERINDOPRIL 8 MG TABLET	2	
PERIOGARD 0.12% ORAL RINSE	2	
PERMETHRIN 5% CREAM	2	
PERPHENAZINE 2 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE 4 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE 8 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE 16 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 2 MG-10 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 2 MG-25 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-10 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-25 MG TABLET	2	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-50 MG TABLET	2	
PERSONAL BEST PEAK FLOW METER	3	
PFIZER COVID (6M-4Y) EUA	3	
PFIZER COVID (5-11Y) EUA	3	
PFIZER COVID (6M-4Y) VACCINE - MAROON	3	
PFIZER COVID (5-11Y) VACCINE - ORANGE	3	
PFIZER COVID (12Y UP) VACCINE - GRAY	3	
PFIZER COVID BIVAL (6MO-4Y) EUA	3	
PFIZER COVID BIVAL (5-11YR) EUA	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PFIZER COVID BIVAL (12Y UP) EUA	3	
PFIZER COVID-19 VACCINE - PURPLE	3	
PHASEAL PROTECTOR 14	3	
PHASEAL PROTECTOR 21	3	
PHASEAL PROTECTOR 28	3	
PHASEAL PROTECTOR 50	3	
PHENAZOPYRIDINE 100 MG TABLET	2	
PHENAZOPYRIDINE 200 MG TABLET	2	
PHENELZINE 15 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PHENOBARBITAL 30 MG/7.5 ML ORAL SOLUTION	2	
PHENOBARBITAL 60 MG/15 ML ORAL SOLUTION	2	
PHENOBARBITAL 30 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 15 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 16.2 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 32.4 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 60 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 64.8 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 97.2 MG TABLET	2	
PHENOBARBITAL 100 MG TABLET	2	
PHENOXYBENZAMINE 10 MG CAPSULE	5	
PHENYLEPHRINE 2.5% EYE DROPS	2	
PHENYLEPHRINE 10% EYE DROPS	2	
PHENYTOIN 50 MG CHEWABLE TABLET	2	
PHENYTOIN 50 MG INFATAB CHEW	2	
PHENYTOIN 100 MG/4 ML ORAL SUSPENSION	2	
PHENYTOIN 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	2	
PHENYTOIN SODIUM EXT 100 MG CAPSULE	2	
PHENYTOIN SODIUM EXT 200 MG CAPSULE	2	
PHENYTOIN SODIUM EXT 300 MG CAPSULE	2	
PHEXXI 1.8-1-0.4% VAGINAL GEL	1	
PHILITH 0.4-0.035 MG TABLET	1	
PHYSIOSOL IRRIGATION SOLUTION	4	
PHYTONADIONE 5 MG TABLET	4	
PIKO 1 FLOW METER	3	
PILOCARPINE 1% EYE DROPS	2	
PILOCARPINE 2% EYE DROPS	2	
PILOCARPINE 4% EYE DROPS	2	
PILOCARPINE 5 MG TABLET	2	
PILOCARPINE 7.5 MG TABLET	2	
PIMECROLIMUS 1% CREAM	4	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PIMOZIDE 1 MG TABLET	2	
PIMOZIDE 2 MG TABLET	2	
PIMTREA 28 DAY TABLET	1	
PINDOLOL 5 MG TABLET	2	
PINDOLOL 10 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE 15 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE 30 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE 45 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30 MG-2 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30 MG-4 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE-METFORMIN 15 MG-500 MG TABLET	2	
PIOGLITAZONE-METFORMIN 15 MG-850 MG TABLET	2	
PIP GLUCOSE L1-L2 CONTROL SOLUTION	3	
PIP PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
PIP PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
PIRFENIDONE 267 MG CAPSULE	5	PA, SRX
PIRFENIDONE 267 MG TABLET	5	PA, SRX
PIRFENIDONE 801 MG TABLET	5	PA, SRX
PIRMELLA 1-35 28 TABLET	1	
PIRMELLA 7-7-7-28 TABLET	1	
PIROXICAM 10 MG CAPSULE	2	
PIROXICAM 20 MG CAPSULE	2	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	4	
PNEUMOVAX 23 SYRINGE	3	
PNEUMOVAX 23 VIAL	3	
PNV 29-1 TABLET	1	
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN TABLET	1	
PNV-DHA + DOCUSATE SOFTGEL	1	
PNV-DHA SOFTGEL	1	
PNV-OMEGA SOFTGEL	1	
PNV-SELECT TABLET	1	
POCKET CHAMBER	3	QL
POCKET PEAK FLOW METER	3	
PODOFILOX 0.5% TOPICAL SOLUTION	2	
POLY HUB NEEDLE 18G 1"	3	
POLY HUB NEEDLE 18G 1.5"	3	
POLY HUB NEEDLE 21G 1"	3	
POLY HUB NEEDLE 21G 1.5"	3	
POLY HUB NEEDLE 22G 1"	3	
POLY HUB NEEDLE 22G 1.5"	3	
POLY HUB NEEDLE 23G 1"	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
POLY HUB NEEDLE 23G 1.5"	3	
POLY HUB NEEDLE 25G 1"	3	
POLY HUB NEEDLE 25G 1.5"	3	
POLY HUB NEEDLE 25G 5/8"	3	
POLY HUB NEEDLE 27G 1.25"	3	
POLY HUB NEEDLE 27G 1/2"	3	
POLY HUB NEEDLE 30G 1/2"	3	
POLYCIN EYE OINTMENT	2	
POLYMYXIN B-TMP EYE DROPS	2	
POMALYST 1 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
POMALYST 2 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
POMALYST 3 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
POMALYST 4 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
PORTIA-28 TABLET	1	
POSACONAZOLE 200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	4	
POSACONAZOLE DR 100 MG TABLET	4	QL
POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ CAPSULE	2	
POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ CAPSULE	2	
POTASSIUM CHLORIDE 10% (20 MEQ/15 ML) ORAL SOLUTION	2	
POTASSIUM CHLORIDE 10% (40 MEQ/30 ML) ORAL SOLUTION	2	
POTASSIUM CHLORIDE 20% (40 MEQ/15 ML) ORAL SOLUTION	2	
POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ PACKET	2	
POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TABLET	2	
POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ TABLET	2	
POTASSIUM CHLORIDE ER 15 MEQ TABLET	2	
POTASSIUM CHLORIDE ER 20 MEQ TABLET	2	
POTASSIUM CITRATE ER 5 MEQ TABLET	2	
POTASSIUM CITRATE ER 10 MEQ TABLET	2	
POTASSIUM CITRATE ER 15 MEQ TABLET	2	
POTASSIUM IODIDE 1 GM/ML ORAL SOLUTION	4	
PR NATAL 400 COMBO PACK	1	
PR NATAL 430 COMBO PACK	1	
PR NATAL 400 EC COMBO PACK	1	
PR NATAL 430 EC COMBO PACK	1	
PRAMIPEXOLE 0.125 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE 0.25 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE 0.5 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE 0.75 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE 1 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PRAMIPEXOLE 1.5 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE ER 0.375 MG TABLET	3	
PRAMIPEXOLE ER 0.75 MG TABLET	3	
PRAMIPEXOLE ER 1.5 MG TABLET	3	
PRAMIPEXOLE ER 2.25 MG TABLET	3	
PRAMIPEXOLE ER 3 MG TABLET	3	
PRAMIPEXOLE ER 3.75 MG TABLET	3	
PRAMIPEXOLE ER 4.5 MG TABLET	3	
PRAMOSONE 1% LOTION	4	
PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	4	
PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	4	
PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	4	
PRASUGREL 5 MG TABLET	2	
PRASUGREL 10 MG TABLET	2	
PRAVASTATIN 10 MG TABLET	2	
PRAVASTATIN 20 MG TABLET	2	
PRAVASTATIN 40 MG TABLET	2	
PRAVASTATIN 80 MG TABLET	2	
PRAZIQUANTEL 600 MG TABLET	4	
PRAZOSIN 1 MG CAPSULE	2	
PRAZOSIN 2 MG CAPSULE	2	
PRAZOSIN 5 MG CAPSULE	2	
PRECISION XTRA MONITOR	1	
PRECISION XTRA TEST STRIP	3	
PREDNICARBATE 0.1% CREAM	2	
PREDNICARBATE 0.1% OINTMENT	2	
PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	2	
PREDNISOLONE 10 MG ODT TABLET	3	
PREDNISOLONE 15 MG ODT TABLET	3	
PREDNISOLONE 30 MG ODT TABLET	3	
PREDNISOLONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PREDNISOLONE 15 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PREDNISOLONE 25 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PREDNISOLONE AC 1% EYE DROPS	2	
PREDNISONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PREDNISONE 1 MG TABLET	2	
PREDNISONE 2.5 MG TABLET	2	
PREDNISONE 5 MG TABLET	2	
PREDNISONE 10 MG TABLET	2	
PREDNISONE 20 MG TABLET	2	
PREDNISONE 50 MG TABLET	2	
PREDNISONE 5 MG TABLET DOSE PACK	2	
PREDNISONE 10 MG TABLET DOSE PACK	2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	3	
PREF PLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
PREF PLUS SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
PREF PLUS SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
PREFERRED PLUS SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML	3	
PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML	3	
PREFPLS INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
PREGABALIN 25 MG CAPSULE	2	QL
PREGABALIN 50 MG CAPSULE	2	QL
PREGABALIN 75 MG CAPSULE	2	QL
PREGABALIN 100 MG CAPSULE	2	QL
PREGABALIN 150 MG CAPSULE	2	QL
PREGABALIN 200 MG CAPSULE	2	QL
PREGABALIN 225 MG CAPSULE	2	QL
PREGABALIN 300 MG CAPSULE	2	QL
PREGABALIN 20 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL
PREHEVBRIO 10 MCG/ML VIAL	3	
PREMARIN 0.3 MG TABLET	4	
PREMARIN 0.45 MG TABLET	4	
PREMARIN 0.625 MG TABLET	4	
PREMARIN 0.9 MG TABLET	4	
PREMARIN 1.25 MG TABLET	4	
PRENA1 TRUE COMBO PACK	1	
PRENAISSANCE CAPSULE	1	
PRENAISSANCE PLUS SOFTGEL	1	
PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET	1	
PRENATAL 19 TABLET	1	
PRENATAL PLUS IRON TABLET	1	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL TABLET	1	
PRENATAL PLUS-DHA COMBO PACK	1	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON TABLET	1	
PRENATAL-U CAPSULE	1	
PREVALITE PACKET	2	
PREVALITE POWDER	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
PREVENT PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
PREVNAR 20 SYRINGE	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PREVYMIS 20 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX
PREVYMIS 120 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX
PREVYMIS 240 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
PREVYMIS 480 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	3	SRX
PREZISTA 75 MG TABLET	3	SRX
PREZISTA 150 MG TABLET	3	SRX
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	SRX
PRIFTIN 150 MG TABLET	4	
PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET	2	
PRIMEAIRE CHAMBER	3	QL
PRIMIDONE 250 MG TABLET	2	
PRIMIDONE 50 MG TABLET	2	
PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4	
PRIORIX VIAL	3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32G 5MM	3	
PRO COMFORT SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
PRO COMFORT SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
PRO COMFORT SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
PRO COMFORT SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
PRO COMFORT SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
PRO COMFORT SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	QL
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	3	QL
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	3	QL
PROBENECID 500 MG TABLET	2	
PROBENECID-COLCHICINE TABLET	2	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	3	QL
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	3	QL
PROCENTRA 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
PROCHAMBER HOLDING CHAMBER	3	QL
PROCHLORPERAZINE 25 MG SUPPOSITORY	3	
PROCHLORPERAZINE 5 MG TABLET	2	
PROCHLORPERAZINE 10 MG TABLET	2	
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	2	
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	2	
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	2	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	3	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
PRODIGY LOW CONTROL SOLUTION	3	
PRODIGY SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
PRODIGY SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
PROGESTERONE 100 MG CAPSULE	2	
PROGESTERONE 200 MG CAPSULE	2	
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	4	SRX
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	4	SRX
PROMETHAZINE 12.5 MG SUPPOSITORY	3	
PROMETHAZINE 25 MG SUPPOSITORY	3	
PROMETHAZINE 12.5 MG/10 ML SYRUP	2	
PROMETHAZINE 12.5 MG TABLET	2	
PROMETHAZINE 25 MG TABLET	2	
PROMETHAZINE 50 MG TABLET	2	
PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SYRUP	2	
PROMETHAZINE VC-CODEINE SYRUP	2	QL
PROMETHAZINE-CODEINE ORAL SOLUTION	2	QL
PROMETHAZINE-CODEINE SYRUP	2	QL
PROMETHAZINE-DM 6.25-15 MG/5 ML SYRUP	2	
PROMETHAZINE-PE 6.25-5 MG/5 ML SYRUP	2	
PROMETHAZINE-PE-CODEINE SYRUP	2	QL
PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE SYRUP	2	
PROMETHEGAN 12.5 MG SUPPOSITORY	3	
PROMETHEGAN 25 MG SUPPOSITORY	3	
PROMETHEGAN 50 MG SUPPOSITORY	3	
PROPAFENONE 150 MG TABLET	2	
PROPAFENONE 225 MG TABLET	2	
PROPAFENONE 300 MG TABLET	2	
PROPAFENONE ER 225 MG CAPSULE	2	
PROPAFENONE ER 325 MG CAPSULE	2	
PROPAFENONE ER 425 MG CAPSULE	2	
PROPARACAINE 0.5% EYE DROPS	2	
PROPRANOLOL 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PROPRANOLOL 40 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
PROPRANOLOL 10 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL 20 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL 40 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL 60 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL 80 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL ER 60 MG CAPSULE	2	
PROPRANOLOL ER 80 MG CAPSULE	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PROPRANOLOL ER 120 MG CAPSULE	2	
PROPRANOLOL ER 160 MG CAPSULE	2	
PROPRANOLOL-HCTZ 40-25 MG TABLET	2	
PROPRANOLOL-HCTZ 80-25 MG TABLET	2	
PROPYLTHIOURACIL 50 MG TABLET	2	
PROQUAD VIAL	3	
PROTRIPTYLINE 5 MG TABLET	4	
PROTRIPTYLINE 10 MG TABLET	4	
PUB INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
PUB INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
PUB INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
PUB INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
PUB INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
PUB INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
PUB PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
PUB PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
PUB PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
PUB UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/16"	3	
PULMOSAL 7% VIAL	2	
PULMOZYME 1 MG/ML AMPULE	5	PA, SRX
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 5MM	3	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 8MM	3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
PURE COMFORT SPACER-ADULT MASK	3	QL
PURECOMFORT PEAK FLOW METER ADULT	3	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER CHILD	3	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION	5	PA, LDD, SRX
PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 5MM	3	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 6MM	3	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 8MM	3	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 32G 4MM	3	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 33G 4MM	3	
PYRAZINAMIDE 500 MG TABLET	2	
PYRIDOSTIGMINE 60 MG TABLET	4	
PYRIDOSTIGMINE 60 MG/5 ML ORAL SOLUTION	5	PA
PYRIDOSTIGMINE ER 180 MG TABLET	4	
PYRIMETHAMINE 25 MG TABLET	5	PA, SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
QC UNIFINE PENTIP 32G 4MM	3	
QC UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3	
QUADRACEL DTAP-IPV SYRINGE	3	
QUADRACEL DTAP-IPV VIAL	3	
QUAZEPAM 15 MG TABLET	4	PA
QUETIAPINE 25 MG TABLET	2	
QUETIAPINE 50 MG TABLET	2	
QUETIAPINE 100 MG TABLET	2	
QUETIAPINE 200 MG TABLET	2	
QUETIAPINE 300 MG TABLET	2	
QUETIAPINE 400 MG TABLET	2	
QUETIAPINE ER 50 MG TABLET	2	
QUETIAPINE ER 150 MG TABLET	2	
QUETIAPINE ER 200 MG TABLET	2	
QUETIAPINE ER 300 MG TABLET	2	
QUETIAPINE ER 400 MG TABLET	2	
QUINAPRIL 5 MG TABLET	1	
QUINAPRIL 10 MG TABLET	1	
QUINAPRIL 20 MG TABLET	1	
QUINAPRIL 40 MG TABLET	1	
QUINAPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1	
QUINAPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1	
QUINAPRIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	1	
QUINIDINE GLUCONATE ER 324 MG TABLET	3	
QUINIDINE SULFATE 200 MG TABLET	2	
QUINIDINE SULFATE 300 MG TABLET	2	
QUININE SULFATE 324 MG CAPSULE	2	
QVAR REDIHALER 40 MCG	3	
QVAR REDIHALER 80 MCG	3	
RA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
RA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
RA INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
RA INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
RA PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
RA PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
RABEPRAZOLE DR 20 MG TABLET	2	QL
RALOXIFENE 60 MG TABLET	2	
RAMELTEON 8 MG TABLET	3	QL
RAMIPRIL 1.25 MG CAPSULE	2	
RAMIPRIL 2.5 MG CAPSULE	1	
RAMIPRIL 5 MG CAPSULE	1	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
RAMIPRIL 10 MG CAPSULE	1	
RANOLAZINE ER 1,000 MG TABLET	4	QL
RANOLAZINE ER 500 MG TABLET	4	QL
RASAGILINE 0.5 MG TABLET	2	
RASAGILINE 1 MG TABLET	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM	3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	1	
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML SYRINGE	3	
RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML SYRINGE	3	
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML VIAL	3	
RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML VIAL	3	
RECOMBIVAX HB 40 MCG/ML VIAL	3	
REFUAH PLUS CONTROL SOLUTION	3	
RELENZA 5 MG DISKHALER	4	QL
RELION INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
RELION INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	3	
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	3	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	3	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
RELION KETONE TEST STRIP	3	
RELION MINI PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
RELION NOVOLOG 100 UNIT/ML VIAL	4	QL, ST
RELION NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	4	QL, ST
RELION NOVOLOG MIX 70-30 VIAL	4	QL, ST
RELION NOVOLOG U-100 FLEXPEN	4	QL, ST
RELION PEN NEEDLE 29G	3	
RELION PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
RELION PEN NEEDLE 31G	3	
RELION PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
RELION PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
RELION PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
RELION PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
RELION SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
RELION SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
RELION TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
RELION TRUE METRIX TEST STRIP	3	
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	4	PA
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE	4	PA
RELISTOR 12 MG/0.6 ML VIAL	4	PA
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION	4	
REPAGLINIDE 0.5 MG TABLET	2	
REPAGLINIDE 1 MG TABLET	2	
REPAGLINIDE 2 MG TABLET	2	
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	5	
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	5	
REPATHA 420 MG/3.5 ML PUSHTRONEX	5	
RESPA A.R. TABLET SA	4	
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 5 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 10 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 15 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 20 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 25 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	3	SRX
REZDIFFRA 60 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
REZDIFFRA 80 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
REZDIFFRA 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RIBAVIRIN 200 MG CAPSULE	4	SRX
RIBAVIRIN 200 MG TABLET	4	SRX
RIFABUTIN 150 MG CAPSULE	3	
RIFAMPIN 150 MG CAPSULE	2	
RIFAMPIN 300 MG CAPSULE	2	
RIGHTEST HIGH CONTROL SOLUTION	3	
RIGHTEST NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
RILUZOLE 50 MG TABLET	5	SRX
RIMANTADINE 100 MG TABLET	2	
RINVOQ ER 15 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RINVOQ ER 30 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RINVOQ ER 45 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	5	PA, QL, LDD, SRX
RISEDRONATE 5 MG TABLET	3	
RISEDRONATE 30 MG TABLET	3	
RISEDRONATE 35 MG TABLET	3	
RISEDRONATE 150 MG TABLET	3	
RISEDRONATE DR 35 MG TABLET	3	
RISPERIDONE 0.25 MG ODT TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
RISPERIDONE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
RISPERIDONE 0.5 MG ODT TABLET	2	
RISPERIDONE 1 MG ODT TABLET	2	
RISPERIDONE 2 MG ODT TABLET	2	
RISPERIDONE 3 MG ODT TABLET	2	
RISPERIDONE 4 MG ODT TABLET	2	
RISPERIDONE 0.25 MG TABLET	1	
RISPERIDONE 0.5 MG TABLET	1	
RISPERIDONE 1 MG TABLET	1	
RISPERIDONE 2 MG TABLET	1	
RISPERIDONE 3 MG TABLET	1	
RISPERIDONE 4 MG TABLET	1	
RITEFLO SPACER	3	QL
RITONAVIR 100 MG TABLET	2	SRX
RIVAROXABAN 1 MG/ML SUSPENSION	3	QL
RIVAROXABAN 2.5 MG TABLET	3	QL
RIVASTIGMINE 1.5 MG CAPSULE	2	
RIVASTIGMINE 3 MG CAPSULE	2	
RIVASTIGMINE 4.5 MG CAPSULE	2	
RIVASTIGMINE 6 MG CAPSULE	2	
RIVASTIGMINE 4.6 MG/24HR PATCH	2	
RIVASTIGMINE 9.5 MG/24HR PATCH	2	
RIVASTIGMINE 13.3 MG/24HR PATCH	2	
RIVELSA TABLET	1	
RIZATRIPTAN 5 MG ODT TABLET	2	QL
RIZATRIPTAN 10 MG ODT TABLET	2	QL
RIZATRIPTAN 5 MG TABLET	2	QL
RIZATRIPTAN 10 MG TABLET	2	QL
R-NATAL OB SOFTGEL	1	
ROFLUMILAST 250 MCG TABLET	4	QL
ROFLUMILAST 500 MCG TABLET	4	QL
ROPINIROLE 0.25 MG TABLET	2	
ROPINIROLE 0.5 MG TABLET	2	
ROPINIROLE 1 MG TABLET	2	
ROPINIROLE 2 MG TABLET	2	
ROPINIROLE 3 MG TABLET	2	
ROPINIROLE 4 MG TABLET	2	
ROPINIROLE 5 MG TABLET	2	
ROPINIROLE ER 2 MG TABLET	2	
ROPINIROLE ER 4 MG TABLET	2	
ROPINIROLE ER 6 MG TABLET	2	
ROPINIROLE ER 8 MG TABLET	2	
ROPINIROLE ER 12 MG TABLET	2	
ROSADAN 0.75% CREAM	2	
ROSADAN 0.75% GEL	2	
ROSUVASTATIN 5 MG TABLET	2	
ROSUVASTATIN 10 MG TABLET	2	
ROSUVASTATIN 20 MG TABLET	2	
ROSUVASTATIN 40 MG TABLET	2	
ROTARIX VACCINE ORAL SUSPENSION	3	
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	3	
ROTATEQ VACCINE	3	
ROWEEPRA 500 MG TABLET	2	
ROWEEPRA 750 MG TABLET	2	
ROWEEPRA 1,000 MG TABLET	2	
RUFINAMIDE 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	4	PA, QL
RUFINAMIDE 200 MG TABLET	4	PA, QL
RUFINAMIDE 400 MG TABLET	4	PA, QL
RYBELSUS 1.5 MG TABLET	3	PA, QL
RYBELSUS 3 MG TABLET	3	PA, QL
RYBELSUS 4 MG TABLET	3	PA, QL
RYBELSUS 7 MG TABLET	3	PA, QL
RYBELSUS 9 MG TABLET	3	PA, QL
RYBELSUS 14 MG TABLET	3	PA, QL
SACUBITRIL-VALSARTAN 24-26 MG TABLET	3	QL
SACUBITRIL-VALSARTAN 49-51 MG TABLET	3	QL
SACUBITRIL-VALSARTAN 97-103 MG TABLET	3	QL
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML	3	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML	3	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM	3	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
SALICYLIC ACID 27.5% LIQUID	2	
SALSALATE 500 MG TABLET	2	
SALSALATE 750 MG TABLET	2	
SANTYL OINTMENT	4	PA, QL
SAPROPTERIN 100 MG POWDER PACKET	5	PA, SRX
SAPROPTERIN 500 MG POWDER PACKET	5	PA, SRX
SAPROPTERIN 100 MG TABLET	5	PA, SRX
SAVAYSA 15 MG TABLET	4	PA, QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
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
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	
SPIRONOLACTONE 50 MG TABLET	2	
SPIRONOLACTONE 100 MG TABLET	2	
SPIRONOLACTONE-HCTZ 25-25 TABLET	2	
SPRINTEC 28 DAY TABLET	1	
SPS 15 GM/60 ML ORAL SUSPENSION	3	
SPS 30 GM/120 ML ENEMA SUSPENSION	3	
SRONYX 0.10-0.02 MG TABLET	1	
SSKI 1 GM/ML ORAL SOLUTION	4	
STAVUDINE 40 MG CAPSULE	2	SRX
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
STERILE WATER FOR IRRIGATION	2	
STIVARGA 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
STRIBILD TABLET	4	QL, SRX
STRIVE PEAK FLOW METER	3	
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION SPRAY	3	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SUBVENITE 25 MG TABLET	2	
SUBVENITE 100 MG TABLET	2	
SUBVENITE 150 MG TABLET	2	
SUBVENITE 200 MG TABLET	2	
SUBVENITE TABLET STARTER KIT (BLUE)	2	
SUBVENITE TABLET STARTER KIT (GREEN)	2	
SUBVENITE TABLET STARTER KIT (ORANGE)	2	
SUCRAID 17,000 UNIT/2 ML ORAL SOLUTION	5	PA, LDD, SRX
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION	5	PA, SRX
SUCRALFATE 1 GM TABLET	2	
SULCONAZOLE NITRATE 1% CREAM	4	PA
SULCONAZOLE NITRATE 1% TOPICAL SOLUTION	4	PA
SULFACETAMIDE 10% EYE DROPS	2	
SULFACETAMIDE 10% EYE OINTMENT	2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10% TOPICAL SUSPENSION	2	
SULFADIAZINE 500 MG TABLET	4	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP DS TABLET	1	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP ORAL SUSPENSION	2	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP SS TABLET	1	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	4	
SULFASALAZINE 500 MG TABLET	2	
SULFASALAZINE DR 500 MG TABLET	2	
SULF-PRED 10-0.23% EYE DROPS	2	
SULINDAC 150 MG TABLET	2	
SULINDAC 200 MG TABLET	2	
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR	2	QL
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML CARTRIDGE	2	QL
SUMATRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	3	QL
SUMATRIPTAN 20 MG NASAL SPRAY	3	QL
SUMATRIPTAN 4 MG/0.5 ML PEN INJECTOR	2	QL
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML VIAL	2	QL
SUMATRIPTAN SUCCINATE 25 MG TABLET	2	QL
SUMATRIPTAN SUCCINATE 50 MG TABLET	2	QL
SUMATRIPTAN SUCCINATE 100 MG TABLET	2	QL
SUMATRIPTAN-NAPROXEN 85-500 MG TABLET	4	QL
SUNITINIB 12.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
SUNITINIB 25 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
SUNITINIB 37.5 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
SUNITINIB 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 1/4"	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 1/4"	3	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 1/4"	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 30G	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
SURE COMFORT SYRINGE 0.3 ML	3	
SURE COMFORT SYRINGE 0.5 ML	3	
SURE COMFORT SYRINGE 1 ML	3	
SURE COMFORT SYRINGE 3/10 ML	3	
SURE-FINE PEN NEEDLE 5MM	3	
SURE-FINE PEN NEEDLE 8MM	3	
SURE-FINE PEN NEEDLE 12.7MM	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 0.3 ML	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	3	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 1 ML	3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI CONTROL SOLUTION	3	
SYEDA 28 TABLET	1	
SYMAX FASTABS 0.125 MG TABLET	2	
SYMAX-SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	2	
SYMAX-SR 0.375 MG TABLET	2	
SYMLINPEN 60 PEN INJECTOR	4	QL
SYMLINPEN 120 PEN INJECTOR	4	QL
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET	4	QL, SRX
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	5	PA, SRX
SYNERA PATCH	4	
SYNJARDY 12.5-500 MG TABLET	3	QL
SYNJARDY 12.5-1,000 MG TABLET	3	QL
SYNJARDY 5-500 MG TABLET	3	QL
SYNJARDY 5-1,000 MG TABLET	3	QL
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	3	QL
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	3	QL
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TABLET	3	QL
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	3	QL
SYNTHROID 25 MCG TABLET	4	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SYNTHROID 50 MCG TABLET	4	
SYNTHROID 75 MCG TABLET	4	
SYNTHROID 88 MCG TABLET	4	
SYNTHROID 100 MCG TABLET	4	
SYNTHROID 112 MCG TABLET	4	
SYNTHROID 125 MCG TABLET	4	
SYNTHROID 137 MCG TABLET	4	
SYNTHROID 150 MCG TABLET	4	
SYNTHROID 175 MCG TABLET	4	
SYNTHROID 200 MCG TABLET	4	
SYNTHROID 300 MCG TABLET	4	
SYRINGE WITH NEEDLE 3 ML 23G 1"	3	
T:FLEX 4.8 ML CARTRIDGE	3	
T:SLIM X2 3 ML CARTRIDGE	3	
TABLOID 40 MG TABLET	4	PA
TACROLIMUS 0.03% OINTMENT	2	
TACROLIMUS 0.1% OINTMENT	2	
TACROLIMUS 0.5 MG CAPSULE (IR)	2	SRX
TACROLIMUS 1 MG CAPSULE (IR)	2	SRX
TACROLIMUS 5 MG CAPSULE (IR)	2	SRX
TADALAFIL 2.5 MG TABLET	2	PA, QL
TADALAFIL 5 MG TABLET	2	PA, QL
TADALAFIL 10 MG TABLET	2	PA, QL
TADALAFIL 20 MG TABLET	2	PA, QL
TADALAFIL 20 MG TABLET	5	PA, SRX
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION	5	PA, QL, SRX
TAFINLAR 50 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
TAFINLAR 75 MG CAPSULE	5	PA, QL, SRX
TAFLUPROST 0.0015% EYE DROPS	4	QL
TAGRISSO 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
TAGRISSO 80 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	4	
TAMOXIFEN 10 MG TABLET	2	
TAMOXIFEN 20 MG TABLET	2	
TAMSULOSIN 0.4 MG CAPSULE	2	
TANDEM MOBI 2 ML CARTRIDGE	3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 KIT 23"	3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 23"	3	
TANDEM MOBI AUTOSOFT XC KIT 5"	3	
TANDEM MOBI TRUSTEEL KIT 23"	3	
TARINA 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
TARINA FE 1-20 EQ TABLET	1	
TARINA FE 1-20 TABLET	1	
TARON-C DHA CAPSULE	1	
TARON-PREX PRENATAL DHA CAPSULE	1	
TAYSOFY 1 MG-20 MCG CAPSULE	1	
TAZAROTENE 0.05% CREAM	4	
TAZAROTENE 0.1% CREAM	3	
TAZAROTENE 0.05% GEL	4	
TAZAROTENE 0.1% GEL	4	
TAZTIA XT 120 MG CAPSULE	2	
TAZTIA XT 180 MG CAPSULE	2	
TAZTIA XT 240 MG CAPSULE	2	
TAZTIA XT 300 MG CAPSULE	2	
TAZTIA XT 360 MG CAPSULE	2	
TDVAX VIAL	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 12MM	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	3	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 29G 3/8"	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 32G 1/4"	3	
TECHLITE PEN NEEDLE 32G 5/16"	3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
TECHLITE SYRINGE 0.3 ML 29G 12MM (1/2)	3	
TECHLITE SYRINGE 0.3 ML 30G 8MM (1/2)	3	
TECHLITE SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM (1/2)	3	
TECHLITE SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM (1/2)	3	
TECHLITE SYRINGE 0.5 ML 30G 8MM (1/2)	3	
TECHLITE SYRINGE 0.5 ML 30G 12MM (1/2)	3	
TECHLITE SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM (1/2)	3	
TECHLITE SYRINGE 0.5 ML 31G 8MM (1/2)	3	
TELCARE CONTROL SOLUTION	3	
TELMISARTAN 20 MG TABLET	2	
TELMISARTAN 40 MG TABLET	2	
TELMISARTAN 80 MG TABLET	2	
TELMISARTAN-AMLODIPINE 40-5 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TOPIRAMATE ER 150 MG SPRINKLE CAPSULE	3	
TOPIRAMATE ER 200 MG SPRINKLE CAPSULE	3	
TOREMIFENE 60 MG TABLET	4	QL
TORPENZ 2.5 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
TORPENZ 5 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
TORPENZ 7.5 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
TORPENZ 10 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
TORSEMIDE 5 MG TABLET	2	
TORSEMIDE 10 MG TABLET	2	
TORSEMIDE 20 MG TABLET	2	
TORSEMIDE 100 MG TABLET	2	
TOVET EMOLLIENT 0.05% FOAM	3	QL
TRADJENTA 5 MG TABLET	3	QL
TRAMADOL 50 MG TABLET	2	QL
TRAMADOL ER 100 MG TABLET	2	PA, QL
TRAMADOL ER 200 MG TABLET	2	PA, QL
TRAMADOL ER 300 MG TABLET	2	PA, QL
TRAMADOL-ACETAMINOPHEN 37.5-325 MG TABLET	2	QL
TRANDOLAPRIL 1 MG TABLET	1	
TRANDOLAPRIL 2 MG TABLET	1	
TRANDOLAPRIL 4 MG TABLET	1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 1-240 MG TABLET	2	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 2-180 MG TABLET	2	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 2-240 MG TABLET	2	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 4-240 MG TABLET	2	
TRANEXAMIC ACID 650 MG TABLET	2	SRX
TRANYLCYPROMINE 10 MG TABLET	3	
TRAVOPROST 0.004% EYE DROPS	2	
TRAZODONE 50 MG TABLET	1	
TRAZODONE 100 MG TABLET	1	
TRAZODONE 150 MG TABLET	1	
TRAZODONE 300 MG TABLET	2	
TRECATOR 250 MG TABLET	4	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 INHALATION DEVICE	3	QL
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 INHALATION DEVICE	3	QL
TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA, QL, SRX
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	5	PA, QL, SRX
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
TRESIBA 100 UNIT/ML VIAL	3	QL
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML	3	QL
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML	3	QL
TRETINOIN 10 MG CAPSULE	4	PA
TRETINOIN 0.025% CREAM	2	PA, AGE
TRETINOIN 0.05% CREAM	2	PA, AGE
TRETINOIN 0.1% CREAM	2	PA, AGE
TRETINOIN 0.025% GEL	3	PA, AGE
TRETINOIN 0.01% GEL	3	PA, AGE
TRETINOIN 0.05% GEL	3	PA, AGE
TRETINOIN GEL MICRO 0.04% PUMP	3	PA, AGE
TRETINOIN GEL MICRO 0.1% PUMP	3	PA, AGE
TRETINOIN GEL MICRO 0.04% TUBE	3	PA, AGE
TRETINOIN GEL MICRO 0.1% TUBE	3	PA, AGE
TRIAMCINOLONE 0.025% CREAM	2	
TRIAMCINOLONE 0.1% CREAM	2	
TRIAMCINOLONE 0.5% CREAM	2	
TRIAMCINOLONE 0.025% LOTION	2	
TRIAMCINOLONE 0.1% LOTION	2	
TRIAMCINOLONE 0.025% OINTMENT	2	
TRIAMCINOLONE 0.1% OINTMENT	2	
TRIAMCINOLONE 0.5% OINTMENT	2	
TRIAMCINOLONE 0.1% TOOTHPASTE	2	
TRIAMTERENE 50 MG CAPSULE	4	
TRIAMTERENE 100 MG CAPSULE	4	
TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG CAPSULE	2	
TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG TABLET	1	
TRIAMTERENE-HCTZ 75-50 MG TABLET	1	
TRIAZOLAM 0.125 MG TABLET	2	
TRIAZOLAM 0.25 MG TABLET	2	
TRIDERM 0.1% CREAM	2	
TRIDERM 0.5% CREAM	2	
TRI-ESTARYLLA TABLET	1	
TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	1	
TRI-LINYAH TABLET	1	
TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	1	
TRI-LO-MARZIA TABLET	1	
TRI-LO-MILI TABLET	1	
TRI-LO-SPRINTEC TABLET	1	
TRI-MILI 28 TABLET	1	
TRI-NYMYO 28 TABLET	1	
TRI-SPRINTEC TABLET	1	
TRI-VITE-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	2	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRI-VITE-FLUORIDE 0.5 MG/ML ORAL DROPS	2	
TRI-VIT-FLUOR 0.25 MG/ML ORAL DROPS	2	
TRI-VIT-FLUOR 0.5 MG/ML ORAL DROPS	2	
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	1	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	1	
TRIFLUOPERAZINE 1 MG TABLET	2	
TRIFLUOPERAZINE 2 MG TABLET	2	
TRIFLUOPERAZINE 5 MG TABLET	2	
TRIFLUOPERAZINE 10 MG TABLET	2	
TRIFLURIDINE 1% EYE DROPS	2	
TRIHEXYPHENIDYL 2 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
TRIHEXYPHENIDYL 2 MG TABLET	1	
TRIHEXYPHENIDYL 5 MG TABLET	2	
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
TRIKAFTA 80-40-60 MG/59.5 MG PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75 MG PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
TRIMETHOBENZAMIDE 300 MG CAPSULE	2	
TRIMETHOPRIM 100 MG TABLET	2	
TRIMIPRAMINE 25 MG CAPSULE	2	
TRIMIPRAMINE 50 MG CAPSULE	2	
TRIMIPRAMINE 100 MG CAPSULE	2	
TRINATAL RX 1 TABLET	1	
TRINTELLIX 5 MG TABLET	4	QL, ST
TRINTELLIX 10 MG TABLET	4	QL, ST
TRINTELLIX 20 MG TABLET	4	QL, ST
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	4	QL, SRX
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	QL, SRX
TROPICAMIDE 0.5% EYE DROPS	2	
TROPICAMIDE 1% EYE DROPS	2	
TROSPIUM 20 MG TABLET	2	
TROSPIUM ER 60 MG CAPSULE	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 5MM	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 4MM	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 5MM	3	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 6MM	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRUE COMFORT PRO SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
TRUE COMFORT PRO SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
TRUE COMFORT PRO SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
TRUE COMFORT PRO SYRINGE 0.5 ML 32G 5/16"	3	
TRUE COMFORT PRO SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
TRUE COMFORT PRO SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
TRUE COMFORT PRO SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
TRUE COMFORT PRO SYRINGE 1 ML 32G 5/16"	3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
TRUE COMFORT SAFETY SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
TRUE COMFORT SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
TRUE COMFORT SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	3	
TRUE COMFORT SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
TRUE COMFORT SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
TRUE COMFRT SAFETY SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	3	
TRUE COMFRT SAFETY SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
TRUE COMFRT SAFETY SYRINGE 1 ML 32G 5/16"	3	
TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER	1	
TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP	3	
TRUE METRIX GLUCOSE METER	1	
TRUE METRIX GO GLUCOSE METER	1	
TRUE METRIX LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	3	
TRUE METRIX LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	3	
TRUE METRIX LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	3	
TRUECONTROL GLUCOSE SOLUTION	3	
TRUEDRAW LANCING DEVICE	3	
TRUEPLUS 33G LANCET	3	
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 1/4"	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32G 5/32"	3	
TRUEPLUS SAFETY 28G LANCET	3	
TRUEPLUS SUPER THIN 28G LANCET	3	
TRUEPLUS SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

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

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 1/4"	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 1/4" (1/2)	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 1/4"	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 1/4"	3	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
ULTICARE LDS SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 29G 12.7MM	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 31G 3/16"	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
ULTICARE PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM	3	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	3	
ULTICARE SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	3	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	3	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	3	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	3	
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 SAFEPACK 29G 12.7MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 31G 5MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 31G 6MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 31G 8MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 32G 4MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 32G 6MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK SYRINGE 0.3 ML 30G 12.7MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK SYRINGE 0.5 ML 30G 12.7MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ULTIGUARD SAFEPACK SYRINGE 0.5 ML 31G 8MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK SYRINGE 1 ML 30G 12.7MM	3	
ULTIGUARD SAFEPACK 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	
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	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G	3	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 29G	3	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 30G	3	
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 29G 1/2"	3	
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 31G 5/16"	3	
ULTRA-THIN II SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	3	
ULTRATRAK NORMAL CONTROL SOLUTION	3	
ULTRATRAK ULTIMATE CONTROL SOLUTION	3	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
UNIFINE PENTIP 29G 12MM	3	
UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	3	
UNIFINE PENTIP 31G 5MM	3	
UNIFINE PENTIP 31G 6MM	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
UNIFINE PENTIP 31G 8MM	3	
UNIFINE PENTIP 32G 1/4"	3	
UNIFINE PENTIP 32G 4MM	3	
UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	3	
UNIFINE PENTIP 32G 6MM	3	
UNIFINE PENTIP 33G 5/32"	3	
UNIFINE PENTIP MAX 30G 3/16"	3	
UNIFINE PENTIP NEEDLE 29G	3	
UNIFINE PENTIP NEEDLE 6MM	3	
UNIFINE PENTIP NEEDLE 8MM	3	
UNIFINE PENTIP PLUS 29G 1/2"	3	
UNIFINE PENTIP PLUS 30G 3/16"	3	
UNIFINE PENTIP PLUS 31G 1/4"	3	
UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/16"	3	
UNIFINE PENTIP PLUS 31G 5/16"	3	
UNIFINE PENTIP PLUS 32G 5/32"	3	
UNIFINE PENTIP PLUS 33G 5/32"	3	
UNIFINE PENTIPS PLUS 31G 5MM	3	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30G 5MM	3	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 30G 8MM	3	
UNIFINE PROTECT NEEDLE 32G 4MM	3	
UNIFINE SAFECONTROL NEEDLE 30G 5MM	3	
UNIFINE SAFECONTROL NEEDLE 30G 8MM	3	
UNIFINE SAFECONTROL NEEDLE 31G 5MM	3	
UNIFINE SAFECONTROL NEEDLE 31G 6MM	3	
UNIFINE SAFECONTROL NEEDLE 31G 8MM	3	
UNIFINE SAFECONTROL NEEDLE 32G 4MM	3	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G 6MM	3	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
UNISTRIP HIGH CONTROL SOLUTION	3	
UNISTRIP LOW CONTROL SOLUTION	3	
UNITHROID 25 MCG TABLET	1	
UNITHROID 50 MCG TABLET	1	
UNITHROID 75 MCG TABLET	1	
UNITHROID 88 MCG TABLET	1	
UNITHROID 100 MCG TABLET	1	
UNITHROID 112 MCG TABLET	1	
UNITHROID 125 MCG TABLET	1	
UNITHROID 137 MCG TABLET	1	
UNITHROID 150 MCG TABLET	1	
UNITHROID 175 MCG TABLET	1	
UNITHROID 200 MCG TABLET	1	
UNITHROID 300 MCG TABLET	1	
UPTRAVI 200 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UPTRAVI 400 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UPTRAVI 600 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UPTRAVI 800 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UPTRAVI 1,000 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UPTRAVI 1,200 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UPTRAVI 1,400 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UPTRAVI 1,600 MCG TABLET	5	PA, LDD, SRX
UPTRAVI 200-800 TITRATION PACK	5	PA, LDD, SRX
URISTIX 4 REAGENT TEST STRIP	3	
URISTIX REAGENT TEST STRIP	3	
UROQID-ACID NO.2 500-500 TABLET	4	
URSODIOL 300 MG CAPSULE	2	
URSODIOL 250 MG TABLET	2	
URSODIOL 500 MG TABLET	2	
USTEKINUMAB-TTWE 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
USTEKINUMAB-TTWE 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
VALACYCLOVIR 500 MG TABLET	2	
VALACYCLOVIR 1 GRAM TABLET	2	
VALGANCICLOVIR 50 MG/ML ORAL SOLUTION	4	
VALGANCICLOVIR 450 MG TABLET	4	
VALPROIC ACID 250 MG CAPSULE	2	
VALPROIC ACID 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	
VALPROIC ACID 500 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	
VALSARTAN 40 MG TABLET	2	
VALSARTAN 80 MG TABLET	2	
VALSARTAN 160 MG TABLET	2	
VALSARTAN 320 MG TABLET	2	
VALSARTAN-HCTZ 80-12.5 MG TABLET	2	
VALSARTAN-HCTZ 160-12.5 MG TABLET	2	
VALSARTAN-HCTZ 160-25 MG TABLET	2	
VALSARTAN-HCTZ 320-12.5 MG TABLET	2	
VALSARTAN-HCTZ 320-25 MG TABLET	2	
VALTYA 1 MG-50 MCG TABLET	1	
VANADOM 350 MG TABLET	2	
VANCOMYCIN 125 MG CAPSULE	4	QL
VANCOMYCIN 250 MG CAPSULE	4	QL

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VANCOMYCIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL
VANDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	2	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 3/16"	3	
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	3	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 20G 1"	3	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 21G 1"	3	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	3	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 22G 1"	3	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	3	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 23G 1"	3	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	3	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 25G 1"	3	
VANISHPOINT SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	3	
VANISHPOINT SYRINGE U-100 29G 1/2"	3	
VAQTA 25 UNITS/0.5 ML SYRINGE	3	
VAQTA 50 UNITS/ML SYRINGE	3	
VAQTA 25 UNITS/0.5 ML VIAL	3	
VAQTA 50 UNITS/ML VIAL	3	
VARENICLINE 1 MG CONTINUING MONTH BOX	3	
VARENICLINE STARTING MONTH BOX	3	
VARENICLINE 0.5 MG TABLET	3	
VARENICLINE 1 MG TABLET	3	
VARISOFT INFUSION SET 23" 13MM	3	
VARISOFT INFUSION SET 23" 17MM	3	
VARISOFT INFUSION SET 32" 13MM	3	
VARISOFT INFUSION SET 43" 17MM	3	
VARIVAX VACCINE VIAL	3	
VARIVAX VACCINE WITH DILUENT	3	
VAXELIS VACCINE SYRINGE	3	
VAXELIS VACCINE VIAL	3	
VAXNEUVANCE 0.5 ML SYRINGE	3	
VELIVET 28 DAY TABLET	1	
VELPHORO 500 MG CHEWABLE TABLET	4	
VEMLIDY 25 MG TABLET	5	PA, SRX
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA, QL, LDD, SRX
VENCLEXTA 10 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VENCLEXTA 10 MG TABLET (10 MG X 2)	5	PA, QL, LDD, SRX
VENCLEXTA 50 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VENCLEXTA 100 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VENLAFAXINE 25 MG TABLET	2	QL
VENLAFAXINE 37.5 MG TABLET	2	QL
VENLAFAXINE 50 MG TABLET	2	QL
VENLAFAXINE 75 MG TABLET	2	QL
VENLAFAXINE 100 MG TABLET	2	QL
VENLAFAXINE ER 150 MG CAPSULE	2	QL
VENLAFAXINE ER 37.5 MG CAPSULE	2	QL
VENLAFAXINE ER 75 MG CAPSULE	2	QL
VENTAVIS 10 MCG/1 ML INHALATION SOLUTION	5	PA, LDD, SRX
VENTAVIS 20 MCG/1 ML INHALATION SOLUTION	5	PA, LDD, SRX
VERAPAMIL 40 MG TABLET	2	
VERAPAMIL 80 MG TABLET	2	
VERAPAMIL 120 MG TABLET	2	
VERAPAMIL ER 120 MG CAPSULE	2	
VERAPAMIL ER 180 MG CAPSULE	2	
VERAPAMIL ER 240 MG CAPSULE	2	
VERAPAMIL ER 120 MG TABLET	2	
VERAPAMIL ER 180 MG TABLET	2	
VERAPAMIL ER 240 MG TABLET	2	
VERAPAMIL ER PM 100 MG CAPSULE	3	
VERAPAMIL ER PM 200 MG CAPSULE	3	
VERAPAMIL ER PM 300 MG CAPSULE	3	
VERAPAMIL SR 120 MG CAPSULE	2	
VERAPAMIL SR 180 MG CAPSULE	2	
VERAPAMIL SR 240 MG CAPSULE	2	
VERAPAMIL SR 360 MG CAPSULE	2	
VEREGEN 15% OINTMENT	4	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM	3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 12MM	3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 8MM	3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	3	
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM	3	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM	3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G 5MM	3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G 8MM	3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 4MM	3	
VERIFINE SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	3	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VERIFINE SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	3	
VERIFINE SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	3	
VERIFINE SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	3	
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
VIENVA-28 TABLET	1	
VIGABATRIN 500 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX
VIGABATRIN 500 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VIGADRONE 500 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX
VIGADRONE 500 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
VIGPODER 500 MG POWDER PACKET	5	PA, QL, LDD, SRX
VILAZODONE 10 MG TABLET	4	QL
VILAZODONE 20 MG TABLET	4	QL
VILAZODONE 40 MG TABLET	4	QL
VIOKACE 10,440-39,150 UNITS TABLET	4	
VIOKACE 20,880-78,300 UNITS TABLET	4	
VIORELE 28 DAY TABLET	1	
VIREAD 150 MG TABLET	3	SRX
VIREAD 200 MG TABLET	3	SRX
VIREAD 250 MG TABLET	3	SRX
VIREAD POWDER	3	SRX
VIRT-C DHA SOFTGEL	1	
VISTOGARD 10 GRAM PACKET	5	LDD, SRX
VIT A,C,D-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	2	
VITAFOL-OB CAPLET	1	
VITAMIN D2 1.25 MG (50,000 UNIT) CAPSULE	2	
VIVAGUARD INO L1, L3 CONTROL SOLUTION	3	
VIVAGUARD INO L1,2,3 CONTROL SOLUTION	3	
VIVAGUARD INO L2 CONTROL SOLUTION	3	
VOLNEA 0.15-0.02-0.01 MG TABLET	1	
VORICONAZOLE 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	4	PA
VORICONAZOLE 50 MG TABLET	4	PA
VORICONAZOLE 200 MG TABLET	4	PA
VORTEX HOLDING CHAMBER	3	QL
VORTEX ADULT MASK	3	QL
VORTEX VHC FROG CHILD MASK	3	QL
VORTEX VHC LADYBUG TODDLER MASK	3	QL
VORTEX VHC PEDIATRIC MED MASK	3	QL
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	4	QL, ST
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	4	QL, ST
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	4	QL, ST
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	4	QL, ST

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	1	
VYLIBRA 28 TABLET	1	
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
WAKIX 4.45 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
WAKIX 17.8 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
WARFARIN 1 MG TABLET	1	
WARFARIN 2 MG TABLET	1	
WARFARIN 2.5 MG TABLET	1	
WARFARIN 3 MG TABLET	1	
WARFARIN 4 MG TABLET	1	
WARFARIN 5 MG TABLET	1	
WARFARIN 6 MG TABLET	1	
WARFARIN 7.5 MG TABLET	1	
WARFARIN 10 MG TABLET	1	
WERA 0.5/0.035 MG 28 TABLET	1	
WESCAP-PN DHA CAPSULE	1	
WESNATAL DHA COMPLETE	1	
WESNATE DHA SOFTGEL	1	
WESTAB PLUS TABLET	1	
WIXELA 100-50 INHUB	2	QL
WIXELA 250-50 INHUB	2	QL
WIXELA 500-50 INHUB	2	QL
WM UNIFINE PENTIP PLUS 31G 5MM	3	
WM UNIFINE PENTIP PLUS 31G 6MM	3	
WM UNIFINE PENTIP PLUS 31G 8MM	3	
WM UNIFINE PENTIP PLUS 32G 4MM	3	
WYMZYA FE 0.4-0.035 MG CHEWABLE TABLET	1	
XALKORI 200 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
XALKORI 250 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
XALKORI 20 MG PELLET	5	PA, QL, LDD, SRX
XALKORI 50 MG PELLET	5	PA, QL, LDD, SRX
XALKORI 150 MG PELLET	5	PA, QL, LDD, SRX
XARAH FE 1 MG/20-30-35 MCG TABLET	1	
XARELTO 10 MG TABLET	3	QL
XARELTO 15 MG TABLET	3	QL
XARELTO 20 MG TABLET	3	QL
XARELTO DVT-PE STARTER PACK	3	QL
XDEMVY 0.25% EYE DROPS	5	PA, QL, LDD, SRX
XELJANZ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	5	PA, QL, SRX
XELJANZ 5 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
XELJANZ 10 MG TABLET	5	PA, QL, SRX

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
XELJANZ XR 11 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
XELJANZ XR 22 MG TABLET	5	PA, QL, SRX
XIFAXAN 200 MG TABLET	4	PA, QL
XIFAXAN 550 MG TABLET	4	PA, QL
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	3	QL
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	3	QL
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	3	QL
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET	3	QL
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR	5	PA, LDD, SRX
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
XOLAIR 150 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA, LDD, SRX
XOLAIR 150 MG/1.2 ML POWDER VIAL	5	PA, LDD, SRX
XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
XOLAIR 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR	5	PA, LDD, SRX
XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE	5	PA, LDD, SRX
XTAMPZA ER 9 MG CAPSULE	3	PA
XTAMPZA ER 13.5 MG CAPSULE	3	PA
XTAMPZA ER 18 MG CAPSULE	3	PA
XTAMPZA ER 27 MG CAPSULE	3	PA
XTAMPZA ER 36 MG CAPSULE	3	PA
XTANDI 40 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
XTANDI 40 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
XTANDI 80 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	1	
YALE NEEDLE 21G 1.25"	3	
YARGESA 100 MG CAPSULE	5	PA, LDD, SRX
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
YESINTEK 45 MG/0.5 ML VIAL	5	PA, QL, SRX
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE	5	PA, QL, SRX
YEZTUGO 300 MG TABLET	3	
YEZTUGO 463.5 MG/1.5 ML VIAL	3	
YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 4MM 32G	3	
YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G	3	
YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G	3	
YUVAFEM 10 MCG VAGINAL INSERT	3	QL
ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	1	
ZAFIRLUKAST 10 MG TABLET	2	
ZAFIRLUKAST 20 MG TABLET	2	
ZALEPLON 5 MG CAPSULE	2	
ZALEPLON 10 MG CAPSULE	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ZARAH TABLET	1	
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE	5	SRX
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE	5	SRX
ZATEAN-PN DHA CAPSULE	1	
ZATEAN-PN PLUS SOFTGEL	1	
ZELBORAF 240 MG TABLET	5	PA, QL, LDD, SRX
ZENATANE 10 MG CAPSULE	4	
ZENATANE 20 MG CAPSULE	4	
ZENATANE 30 MG CAPSULE	4	
ZENATANE 40 MG CAPSULE	4	
ZENPEP DR 3,000 UNIT CAPSULE	3	
ZENPEP DR 40,000 UNIT CAPSULE	3	
ZENPEP DR 5,000 UNIT CAPSULE	3	
ZENPEP DR 10,000 UNIT CAPSULE	3	
ZENPEP DR 15,000 UNIT CAPSULE	3	
ZENPEP DR 20,000 UNIT CAPSULE	3	
ZENPEP DR 25,000 UNIT CAPSULE	3	
ZENPEP DR 60,000 UNIT CAPSULE	3	
ZENZEDI 5 MG TABLET	2	QL
ZENZEDI 10 MG TABLET	2	QL
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	5	PA, QL, LDD, SRX
ZEPOSIA STARTER KIT (7-DAY)	5	PA, QL, LDD, SRX
ZEPOSIA STARTER PACK (28-DAY)	5	PA, QL, LDD, SRX
ZETONNA 37 MCG NASAL SPRAY	4	ST
ZIDOVUDINE 100 MG CAPSULE	2	SRX
ZIDOVUDINE 50 MG/5 ML SYRUP	2	SRX
ZIDOVUDINE 300 MG TABLET	2	SRX
ZILEUTON ER 600 MG TABLET	5	
ZIPRASIDONE 20 MG CAPSULE	2	
ZIPRASIDONE 40 MG CAPSULE	2	
ZIPRASIDONE 60 MG CAPSULE	2	
ZIPRASIDONE 80 MG CAPSULE	2	
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	

Lista de medicamentos con receta de 5 niveles de Cigna Healthcare Plus North Carolina para 2026

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
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	
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.

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

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

Además de las otras exclusiones y limitaciones que se describen en esta Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), no se brindan beneficios para lo siguiente:

1. **Servicios obtenidos de un Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red**, salvo para el tratamiento de una Condición médica de emergencia o según se indica en la sección "Circunstancias especiales".
2. **Cantidades que superen las limitaciones de beneficios máximos de los Gastos cubiertos** especificados en esta EOC.
3. Servicios **no incluidos específicamente como Servicios cubiertos** en esta EOC.
4. Servicios o suministros que **no son Médicamente necesarios**.
5. Servicios o suministros que se considere que son para **Procedimientos experimentales, Procedimientos en investigación o Procedimientos no comprobados**, a excepción de los costos de cuidado de rutina de los pacientes relacionados con estudios clínicos calificados, según se describe en esta EOC.
6. Servicios **que se reciban antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura**.
7. Servicios **recibidos después de finalizada la cobertura en virtud de esta EOC**.
8. Servicios **que Usted no tiene la obligación legal de pagar** o por los cuales no se cobraría si Usted no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.
9. Condiciones causadas por: (a) un **acto bélico (como consecuencia de una guerra declarada o no declarada)**, esto no se aplica a un acto de terrorismo; (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 un Miembro en el servicio militar de cualquier país**; (d) la **participación de un Miembro en una insurrección, una rebelión o un motín**; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un **delito grave** por parte de un Miembro (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) **o como resultado directo de que el Miembro participe en una actividad ilícita**.
10. **Servicios que deben ser brindados por un sistema o distrito escolar público, según lo exigido por la ley estatal o federal.**
11. 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.
12. **Si el Miembro está inscrito en** las Partes A, B, C o D de Medicare, Cigna Healthcare proporcionará el pago del reclamo de acuerdo con esta EOC 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.
13. **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 EOC.
14. **Servicios** profesionales **o suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre por cualquier persona, incluido un Médico**, a cualquiera de las siguientes personas:
    - Usted o Su empleador;
    - una persona que viva en el hogar del Miembro o el empleador de dicha persona;
    - una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con el Miembro, o el empleador de dicha persona; o
    - un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted, directa o indirectamente, o a una organización de la cual Usted reciba, directa o indirectamente, una remuneración.
15. Servicios de la sala de emergencias de un Hospital **para cualquier condición que no sea una Condición médica de emergencia** según lo definido en esta EOC.
16. **Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico**.
17. **Servicios de enfermería privada**, salvo cuando se brinden como parte de los servicios de cuidado de la salud en el hogar o el beneficio de Servicios para enfermos terminales, o cuando se consideren Médicamente necesarios. Los servicios de enfermería privada no se excluirán en un establecimiento para pacientes internados si los cuidados especiales no están disponibles.

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

18. **Cargos** de cuarto y comida para pacientes internados **en relación con una estadía en un Hospital, principalmente por un cambio de ambiente o Fisioterapia.**
19. 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.
20. **Servicios de medicina complementaria y alternativa, entre los que se incluyen**: terapia de masajes; terapia con animales, entre otras, a modo de ejemplo, equinoterapia o terapia con perros; arteterapia; meditación; visualización; acupuntura [(esta exclusión no se aplica a los planes +Acupuncture);] acupresión; 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.
21. 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.
22. **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.
23. **Servicios brindados por profesionales sin licencia** o servicios cuya realización no requiere una licencia, como por ejemplo, meditación, ejercicios de respiración, visualización guiada.
24. **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.
25. **Servicios que son autodirigidos** a un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario.
26. 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:
    - no ha participado activamente en Su atención médica antes de ordenar el servicio, o
    - no participa activamente en Su atención médica después de que se recibe el servicio. Esta exclusión no se aplica a las mamografías.
27. **Servicios dentales**, dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de dientes o encías, salvo según lo dispuesto específicamente en esta EOC.
28. **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular, salvo según lo dispuesto específicamente en esta EOC.
29. **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.
30. **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.
31. **Pruebas de audición de rutina,** salvo según lo dispuesto en Cuidado preventivo.
32. **Exámenes genéticos,** a excepción de las pruebas para detectar la presencia del gen BRCA (marcador genético vinculado con el cáncer de seno) en virtud de las disposiciones federales sobre cuidado preventivo para la mujer, o exámenes genéticos de preimplantación: el diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
33. **Servicios de optometría**, ejercicios de los ojos, que incluyen ortóptica, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de rutina de

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

la vista, a excepción del primer par de lentes de contacto para el tratamiento de queratocono o para después de una cirugía de cataratas, y según lo indicado específicamente en esta EOC en Cuidado de la vista pediátrico.

34. **Cirugía ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción** del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.
35. **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 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 o un niño que haya recibido en guarda o adoptado, ni a la Cirugía reconstructiva Médicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía.
36. **Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal**, entre ellos, a modo de ejemplo, tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria, salvo según lo dispuesto específicamente en esta EOC.
37. **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 EOC establezca lo contrario.
38. Servicios y procedimientos para **cirugía para retirar piel sobrante**, que incluye cirugía de la pared abdominal/paniculectomía (con la excepción del tratamiento de una anomalía congénita), 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; rinoplastia y blefaroplastia.
39. 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.
40. Todos los servicios relacionados con la fertilización *in vitro*, transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) y transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), 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, salvo según lo indicado específicamente en esta EOC.
41. La **criopreservación** de esperma u óvulos, o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante).
42. 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.
43. Administración de sangre **con el propósito de mejorar el estado físico general.**
44. **Calzado ortopédico** (salvo cuando esté unido a Soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos.
45. **Mejoras eléctricas internas y externas**, o controles eléctricos para Prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.
46. Estimuladores de los nervios periféricos mediante **Prótesis mioeléctricas**.
47. Las **extremidades o los aparatos protésicos electrónicos**, a menos que sean Médicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.
48. **Aparatos ortopédicos prefabricados para pies**.
49. **Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares**, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.

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

50. **Calzado ortopédico**, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.
51. **Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética** en lugar de motivos funcionales.
52. **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:
    - Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
    - Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
    - Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.
53. Servicios destinados principalmente a **bajar de peso o al tratamiento de la obesidad, a excepción de los servicios bariátricos para la obesidad**, o cualquier cuidado que incluya la pérdida de peso como principal método de tratamiento. Esto incluye cualquier cirugía, aunque el Miembro tenga otras condiciones médicas que pudieran beneficiarse con una pérdida de peso, o cualquier programa, producto o tratamiento médico para bajar de peso, o cualquier gasto de cualquier tipo para controlar el peso o bajar de peso.
54. **Exámenes físicos o pruebas de rutina** cuya finalidad no sea el tratamiento directo de una Enfermedad, Lesión o condición real. Incluyen informes, evaluaciones o una hospitalización no requeridos por motivos de salud; los exámenes físicos requeridos para un empleo o por un empleador, por una institución educativa o para actividades deportivas, o para un seguro o una autoridad gubernamental, y evaluaciones ordenadas por un juez, forenses o de custodia, a menos que en esta EOC se establezca específicamente lo contrario.
55. 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.
56. **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.
57. **Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios**, salvo según lo indicado en esta EOC.
58. **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 EOC" de esta EOC. Los equipos médicos excluidos incluyen, a modo de ejemplo: purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores; cintas para correr; equipos de spa; elevadores; suministros para comodidad, higiene o belleza; pelucas; fundas y suministros desechables; aparatos de corrección o de apoyo y suministros como medias, salvo para el tratamiento de la diabetes, y suministros médicos de consumo que no sean materiales para estoma o catéteres urinarios, incluidos, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, a menos que esta EOC establezca lo contrario.
59. **Fisioterapia y/o Terapia/Medicina ocupacional**, salvo cuando se suministre durante una internación Hospitalaria o según lo dispuesto específicamente en el programa de beneficios y en "Servicios de terapia de rehabilitación (Fisioterapia, Terapia ocupacional y Terapia del habla)" en la sección de esta EOC titulada "Beneficios integrales: Cobertura de la EOC".
60. **Los Cargos de los Proveedores en país extranjero**, salvo según lo indicado específicamente en "Proveedores en país extranjero" en la sección de esta EOC titulada "Beneficios integrales: Cobertura de la EOC".
61. **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 cuando haya una Enfermedad localizada, una condición sistémica, como una enfermedad metabólica (incluida la diabetes), neurológica o vascular periférica, o una Lesión o síntomas que comprometan los pies.

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

62. **Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad** debido a que el Miembro no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 60 días o tan pronto como fuera razonablemente posible: (a) autorizarnos a recibir todos los registros médicos y la información que solicitamos; o (b) suministrarnos la información que solicitamos con respecto a las circunstancias del reclamo u otra cobertura de seguro.
63. Cargos por los **servicios de un Médico de guardia**.
64. Cargos por **trasplantes de órganos de animales a humanos**.
65. **Reclamos recibidos por Cigna Healthcare después de transcurridos 18 meses desde la fecha en que se prestó el servicio**, salvo en caso de incapacidad legal.
66. 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.

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 médicamente 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.
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). ATENCION: 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）或与您的服务提供者联系。

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 문의하십 시오.

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 – تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر أيضًا مساعدات فنية للوصول إليها، وذلك مجانًا. اتصل بالرقم 1-800-244-6224 (TTY: اطلب 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

French Creole – ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl ki apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma 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: wybierz 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 Sprachassistenzdienste 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) – توجه: همچنین، وسایل و خدمات کمکی مناسب برای در دسترس است. خدمات رایگان کمک زبان برای شما مسیت می‌گیرد. اگر به فارسی صحبت می‌کنید، با شماره 1-800-244-6224 تماس بگیرید یا با (TTY: شماره 711 را بگیرید) ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترس به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-244-6224 ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.