



# LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA ADVANTAGE DE 4 NIVELES DE CIGNA

**Cobertura a partir del 1 de enero de 2022**

**Contigo paso a paso.®**



Ofrecido por Cigna Health and Life Insurance Company o Connecticut General Life Insurance Company

893304SP v Advantage 4-Tier 08/21



## ¿Qué encontrará adentro?

Acerca de esta Lista de medicamentos	3
Cómo leer esta Lista de medicamentos	3
Cómo encontrar su medicamento	5
Medicamentos de especialidad	17
Medicamentos que no están cubiertos	25
Preguntas frecuentes	42
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	46

### Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 1 de agosto de 2021.\* En Internet podrá ver la lista actualizada de los medicamentos que cubre su plan.



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



**Cigna.com/PDL.** Desplácese hacia abajo hasta que vea un archivo pdf de la **Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna (todos los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4).**

#### ¿Tiene preguntas?

- › **myCigna.com:** Haga clic para conversar por chat de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.
- › **Por teléfono:** Llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna. Estamos para servirle a toda hora, los 365 días del año.

\* Creación de la Lista de medicamentos: creada originalmente el 1 de enero de 2004

Última actualización: 1 de agosto de 2021, para los cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2022

Próxima actualización planificada: 1 de marzo de 2022, para los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2022

## Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna a partir del 1 de enero de 2022.<sup>1,2</sup> Los medicamentos están agrupados según la condición que tratan, y luego se los ordena alfabéticamente (según el inglés) dentro de niveles que representan niveles de costo compartido.

**La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido, por lo que esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre su plan.** Además, también es posible que su plan específico no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver todos los medicamentos que cubre su plan.

**Los medicamentos con receta que se usan para tratar alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec y los genéricos) no están cubiertos en esta Lista de medicamentos.** Esos medicamentos son considerados exclusiones del plan (o de beneficios). Puede obtener versiones de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) en la farmacia sin una receta.

## Cómo leer esta Lista de medicamentos

Use la tabla incluida abajo para leer esta Lista de medicamentos. **Este cuadro es solo un ejemplo.** Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna realmente cubre estos medicamentos.

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>AGENTES HORMONALES</b>		
AMABELZ	ANDRODERM (PA, QL)	ACTIVELLA
budesonide EC	ANDROGEL 1.62% (PA, QL)	ALORA (QL)
cabergoline (QL)	ARMOUR THYROID	ANDROGEL 1.0% (PA, QL)
COVARYX	CYTOMEL 50mcg	ANGELIQ
COVARYX H.S.	DIVIGEL	CLIMARA
DECADRON	DUAVEE	CLIMARA PRO
desmopressin	ESTRING (QL)	COMBIPATCH
dexamethasone	PREMARIN	CYTOMEL 5, 25mcg
estradiol-norethindrone	PREMPHASE	DEPO-TESTOSTERONE
estrogen-methyltestosterone	PREMPRO	ELESTRIN
levothyroxine	SYNTHROID	ENTOCORT EC
LEVOXYL		ESTRACE
liothyronine		ESTROGEL
medroxy-progesterone		EVAMIST
metimazol		FEMRING
methylprednisolone		INTRAROSA
MIMVEY		LEVO-T
MIMVEY LO		MENOSTAR (QL)
NATURE-THROID		MINIVELLE (QL)
NP THYROID		OSPHENA
prednisolone		TIROSINT
prednisolone ODT		UNITHROID
prednisone		VAGIFEM (QL)
prednisone intensol		VIVELLE-DOT (QL)
progesterone		

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

Los medicamentos están agrupados según la **condición** que tratan; los medicamentos de especialidad están enumerados en el Nivel 4 (páginas 17-24)

Los medicamentos están enumerados en **orden alfabético** (según el inglés) dentro de cada columna

Los medicamentos que tienen requisitos de cobertura adicionales tienen una **abreviatura** junto al nombre

Los medicamentos de marca están escritos en **mayúscula**

Los medicamentos genéricos están escritos en **minúscula**

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna realmente cubre estos medicamentos.

## Niveles

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

› Nivel 1 – Normalmente genéricos	(Medicamento con el costo más bajo)	\$
› Nivel 2 – Normalmente de marca preferida	(Medicamento de costo medio)	\$\$
› Nivel 3 – Normalmente de marca no preferida	(Medicamento de mayor costo)	\$\$\$
› Nivel 4 – Medicamentos de especialidad	(Medicamento con el costo más alto)	\$\$\$\$

## Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

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

<b>(PA)</b>	<b>Autorización previa:</b> Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(PA)</b> junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna.
<b>(QL)</b>	<b>Límites a la cantidad:</b> Algunos medicamentos tienen un límite de cantidad. Esto significa que su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y a lo largo de un plazo determinado. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(QL)</b> junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.
<b>(ST)</b>	<b>Tratamiento escalonado:</b> Ciertos medicamentos de alto costo no están cubiertos hasta que usted haya probado primero una o más alternativas de menor costo.** Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(ST)</b> junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.
<b>(AGE)</b>	<b>Requisitos de edad:</b> Ciertos medicamentos solo estarán cubiertos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura <b>(AGE)</b> junto al nombre. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido, su plan solo cubrirá el medicamento si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.

\* Es posible que estos requisitos de cobertura no se apliquen a su plan específico. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan incluye los requisitos de autorización previa, límites a la cantidad, tratamiento escalonado y/o edad.

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

## Los medicamentos de marca están escritos en mayúscula

En esta Lista de medicamentos, los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

## Los medicamentos de especialidad tienen un asterisco junto al nombre

Los medicamentos de especialidad se usan para tratar condiciones médicas complejas. En esta Lista de medicamentos, los medicamentos de especialidad orales e inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (vea las páginas 17-24). Los medicamentos de especialidad inyectables están marcados con un asterisco (\*) y los medicamentos de especialidad orales están marcados con doble asterisco (\*\*).

Es posible que su plan también limite la cobertura a un suministro para 30 días y/o que le exija usar una farmacia de especialidad preferida para recibir cobertura. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan los medicamentos de especialidad.

## Los medicamentos preventivos sin costos compartidos tienen un signo de más al lado del nombre

La reforma del cuidado de salud establecida por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés) exige que los planes cubran determinados medicamentos y productos preventivos al 100% o sin que usted tenga que pagar ninguna parte del costo (\$0). En esta Lista de medicamentos, estos medicamentos tienen un signo de más (+) al lado del nombre. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver cómo su plan cubre estos medicamentos.

## Exclusiones del plan o de beneficios

Su plan no cubre ciertos medicamentos y productos porque son considerados exclusiones del plan o de beneficios. **Por ejemplo, su plan no incluye medicamentos con receta que se usan para tratar alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec y los genéricos).** Con los medicamentos excluidos, no existe la opción de recibir cobertura a través del proceso de revisión de Cigna demostrando que usted necesita el medicamento o producto para su tratamiento. En esta Lista de medicamentos, estos medicamentos tienen un signo de intercalación (^) al lado del nombre. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver qué medicamentos están excluidos de su plan.

## Cómo encontrar su medicamento

Primero, busque su condición en la siguiente lista ordenada alfabéticamente según el inglés. Luego vaya a esa página para ver los medicamentos cubiertos disponibles para tratar la condición.

Condición	Página	Condición	Página
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	6	CONDICIONES OCULARES	11
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	PRODUCTOS FEMENINOS	11
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	11, 12
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	6	AGENTES HORMONALES	12
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	6, 7	INFECCIONES	12, 13
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	7	INFERTILIDAD	13
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	7	VARIOS	13
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	7	NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	13, 14
CÁNCER	7	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	14
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	7, 8	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	14, 15
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	8-10	ENFERMEDAD DE PARKINSON	15
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	10	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSIÓTICOS	15
PRODUCTOS DENTALES	10	TRASTORNOS CONVULSIVOS	15
DIABETES	10,	CONDICIONES CUTÁNEAS	15, 16
DIURÉTICOS	10	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	16
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	10, 11	DEJAR DE FUMAR	16
		ABUSO DE SUSTANCIAS	16
		CONDICIONES URINARIAS	16
		VACUNAS	16
		CONTROL DEL PESO	16

## Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 17-24).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### ALERGIA/ROCIADORES NASALES

azelastine		CLARINEX-D 12 HOUR
azelastine-fluticasone		GASTROCROM
cromolyn oral concentrate		GRASSTEK (PA, QL)
desloratadine^ (QL)		KARBINAL ER
fluticasone^		ODACTRA (PA, QL)
hydroxyzine hcl solution, syrup, tablet		ORALAIR (PA, QL)
hydroxyzine pamoate		PATANASE
ipratropium		RAGWITEK (PA, QL)
mometasone^ (QL)		VISTARIL
olopatadine		
promethazine solution, syrup, tablet		

### ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

donepezil		ARICEPT
donepezil odt		EXELON
memantine		MESTINON
memantine er (QL)		NAMENDA
pyridostigmine 60 mg/5 ml, 60 mg		NAMENDA XR (QL)
pyridostigmine er		NAMZARIC (QL)
rivastigmine		

### ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR<sup>4</sup>

alprazolam		CELEXA (QL, ST)
alprazolam er		EFFEXOR XR (QL, ST)
alprazolam intensol		FETZIMA (QL, ST)
alprazolam odt		PAXIL (QL, ST)
alprazolam xr		PAXIL CR (QL, ST)
amitriptyline		PROZAC (QL, ST)
bupropion (QL)		REMERON
bupropion sr (QL)		SPRAVATO* (PA)
bupropion xl 150 mg tablet (QL)		TRINTELLIX (QL, ST)
bupropion xl 300 mg tablet (QL)		VIIBRYD (QL, ST)
buspiprone		WELLBUTRIN SR (QL, ST)
citalopram (QL)		XANAX
clomipramine		XANAX XR
desvenlafaxine er (QL)		ZOLOFT (QL, ST)
duloxetine (QL)		
escitalopram (QL)		
fluoxetine dr (QL)		
fluoxetine (QL)		
fluvoxamine (QL)		

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO

#### BIPOLAR<sup>4</sup> (cont.)

fluvoxamine er (QL)		
lorazepam		
lorazepam intensol		
mirtazapine		
paroxetine cr (QL)		
paroxetine er (QL)		
paroxetine (QL)		
sertraline (QL)		
trazodone		
venlafaxine (QL)		
venlafaxine er (QL)		

### ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS

albuterol	ANORO ELLIPTA	ARALAST NP (PA)
albuterol hfa (QL)	ATROVENT HFA	COMBIVENT
budesonide	BREZTRI	RESPIMAT
fluticasone-salmeterol	AEROSPHERE	DALIRESQ (QL)
ipratropium-albuterol	DULERA	LONHALA
montelukast	FLOVENT DISKUS	MAGNAIR REFILL (PA)
	FLOVENT HFA	LONHALA
	INCRUSE ELLIPTA	MAGNAIR STARTER (PA)
	QVAR REDHALER	ORKAMBI* (PA, QL)
	SEREVENT DISKUS	PULMICORT
	SPIRIVA	RESPULE
	SPIRIVA RESPIMAT	SINGULAIR
	STIOLTO RESPIMAT	
	SYMBICORT	
	TRELEGY ELLIPTA	

### TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD<sup>4</sup>

amphetamine (PA)		ADDERALL (PA,ST)
atomoxetine (QL)		DAYTRANA (PA, QL)
dexmethylphenidate (PA)		EVEKEO 5 MG, 10 MG (PA,ST)
dexmethylphenidate er (PA, QL)		FOCALIN (PA,ST)
dextroamphetamine-amphetamine er (PA, QL)		INTUNIV
dextroamphetamine-amphetamine (PA)		METHYLIN (PA)
guanfacine er		QUILLIVANT XR (PA, QL)
methylphenidate er (la) (PA, QL)		RITALIN (PA,ST)
methylphenidate er (PA, QL)		STRATTERA (QL)
methylphenidate (PA)		
methylphenidate cd (PA, QL)		



## Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 17-24).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD<sup>4</sup> (cont.)

methylphenidate  
er (cd) (PA, QL)  
methylphenidate la  
(PA, QL)

### MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

DROXIA  
ZIENTENZO (PA)      SIKLOS (PA)

### MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN

amlodipine	CORLANOR (PA)	ADALAT CC
amlodipine- benazepril	ENTRESTO	BIDIL (QL)
amlodipine- olmesartan (QL)		CALAN SR
amlodipine- valsartan		CARDIZEM LA 120MG (QL)
atenolol		CARDURA
benazepril		CATAPRES-TTS 1
bisoprolol		CATAPRES-TTS 2
bisoprolol-hctz		CATAPRES-TTS 3
candesartan		COREG (ST)
cartia xt		CORGARD (ST)
carvedilol		EPANED
carvedilol er (QL)		HEMANGEOL
clonidine		INDERAL LA (ST)
diltiazem 12hr er		INDERAL XL (ST)
diltiazem 24hr er		INNOPRAN XL (ST)
diltiazem 24hr er (cd)		KAPSPARGO
diltiazem 24hr er (la)		SPRINKLE (ST)
diltiazem 24hr er (xr)		KATERZIA (QL)
diltiazem		LOPRESSOR (ST)
DILT-XR		MINIPRESS
dofetilide (QL)		NITROSTAT
doxazosin		NORVASC
droxidopa*		PROCARDIA XL
enalapril		RANEXA (QL)
flecainide		TENORETIC 100 (ST)
hydralazine tablet		TENORETIC 50 (ST)
irbesartan		TENORMIN (ST)
labetalol tablet		TIAZAC
lisinopril		TIKOSYN (PA, QL)
lisinopril-hctz		TOPROL XL (ST)
losartan		VERELAN
losartan-hctz		VERELAN PM
matzim la		ZIAC (ST)
metoprolol succinate		
metoprolol tablet		
nadolol		
nifedipine		

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN (cont.)

nifedipine er  
olmesartan (QL)  
olmesartan-  
amlodipine-hctz  
olmesartan-hctz (QL)  
prazosin  
propranolol tablet  
propranolol er  
ramipril  
ranolazine er (QL)  
taztia xt  
telmisartan (QL)  
telmisartan-hctz (QL)  
tiadylt er  
valsartan  
valsartan-hctz  
verapamil er  
verapamil er pm  
verapamil tablet  
verapamil sr

### DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES

adult aspirin regimen+	BRILINTA ELIQUIS (PA)	BAYER CHEWABLE ASPIRIN+
aspirin ec+	XARELTO (PA)	EFFIENT
aspirin+		PLAVIX
aspirin- dipyridamole er		PRADAXA (PA)
children's aspirin+		SAVAYSA (PA, QL)
clopidogrel		ZONTIVITY
jantoven		
low dose aspirin ec+		
prasugrel		
st. joseph aspirin ec+		
st. joseph aspirin+		
warfarin		

### CÁNCER

anastrozole+	GLEOSTINE	
exemestane+	MVASI* (PA)	
hydroxyurea	TREXALL	
letrozole		
methotrexate		
tamoxifen+		

### MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

atorvastatin+	VASCEPA (PA)	CADUET (QL)
colesevelam		LIPOFEN (ST)
ezetimibe		NIASPAN

## Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 17-24).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL (cont.)

ezetimibe- simvastatin		ROSZET
fenofibrate		TRICOR (ST)
fenofibric acid		TRILIPIX (ST)
fluvastatin er+		WELCHOL
fluvastatin+		ZETIA
icosapent ethyl		
lovastatin+		
omega-3 acid ethyl esters		
pravastatin+		
rosuvastatin+ (QL)		
simvastatin tablet+ (QL)		

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS

AFIRMELLE+	LO LOESTRIN FE	BEYAZ
AFTERA+		CAYA
ALTAVERA+		CONTOURED+
ALYACEN+		ELLA+
AMETHIA+		ESTROSTEP FE
AMETHYST+		FEMCAP+
APRI+		LAYOLIS FE+
ARANELLE+		LOESTRIN FE
ASHLYNA+		MICROGESTIN 24 FE
AUBRA+		MINASTRIN 24 FE
AUBRA EQ+		NEXTSTELLIS
AUROVELA FE+		NUVARING
AUROVELA 24 FE+		PARAGARD T 380-
AVIANE+		A*+
AYUNA+		SAFYRAL
AZURETTE+		TODAY
BALZIVA+		CONTRACEPTIVE
BLISOVI FE+		SPONGE+
BLISOVI 24 FE+		TWIRLA+
BRIELLYN+		VCF
CAMILA+		CONTRACEPTIVE
CAMRESE+		FILM+
CAMRESE LO+		wide seal
CAYA		diaphragm+
CONTOURED+		YASMIN 28
CAZIAN+		YAZ
CHARLOTTE 24 FE+		
CHATEAL+		
CHATEAL EQ+		
CRYSSELLE+		
CYCLAFEM+		
CYRED+		
CYRED EQ+		
DASETTE+		
DAYSEE+		
DEBLITANE+		

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

desogestrel-ethinyl estradiol+		
desogestrel-ethinyl estradiol - ethinyl estradiol+		
DOLISHALE+		
drospirenone- ethinyl estradiol-		
levomefolate+		
drospirenone- ethinyl estradiol+		
ECONTRA EZ+		
ECONTRA ONE- STEP+		
ELINEST+		
ELURYNG+		
EMOQUETTE+		
ENPRESSE+		
ENSKYCE+		
ERRIN+		
ESTARYLLA+		
ethynodiol-ethinyl estradiol+		
etonogestrel- ethinyl estradiol+		
FALMINA+		
FAYOSIM+		
FEMYNOR+		
GEMMILY+		
GYNOL II+		
HAILEY+		
HAILEY FE+		
HAILEY 24 FE+		
HEATHER+		
ICLEVIA+		
INCASSIA+		
ISIBLOOM+		
JAIMIESS+		
JASMIEL+		
JENCYCLA+		
JOLESSA+		
JULEBER+		
JUNEL+		
JUNEL FE+		
JUNEL FE 24+		
KAITLIB FE+		
KALLIGA+		
KARIVA+		
KELNOR 1-35+		
KELNOR 1-50+		
KURVELO+		
LARIN+		
LARIN FE+		



## Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 17-24).

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)			PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)		
NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
LARIN 24 FE+			PIMTREA+		
LARISSIA+			PIRMELLA+		
LEENA+			PORTIA+		
LESSINA+			PREVIFEM+		
LEVONEST+			RECLIPSEN+		
levonorgestrel+			RIVELSA+		
levonorgestrel-			SETLAKIN+		
ethinyl estradiol+			SHAROBEL+		
levonorgestrel-			SIMLIYA+		
ethinyl estradiol			SIMPESSE+		
ethinyl estradiol+			SPRINTEC+		
LEVORA+			SRONYX+		
LILLOW+			SYEDA+		
LOJAIMIESS+			TAKE ACTION+		
LORYNA+			TARINA FE+		
LOW-OGESTREL+			TARINA FE 1-20		
LO-			EQ+		
ZUMANDIMINE+			TARINA 24 FE+		
LUTERA+			TILIA FE+		
LYLEQ+			TRI FEMYNOR+		
LYZA+			TRI-ESTARYLLA+		
MARLISSA+			TRI-LEGEST FE+		
MERZEE+			TRI-LINYAH+		
MICROGESTIN+			TRI-LO-ESTARYLLA+		
MICROGESTIN FE+			TRI-LO-MARZIA+		
MILI+			TRI-LO-MILI+		
MONO-LINYAH+			TRI-LO-SPRINTEC+		
MY CHOICE+			TRI-MILI+		
MY WAY+			TRI-NYMYO+		
NECON+			TRI-PREVIFEM+		
NEW DAY+			TRI-SPRINTEC+		
NIKKI+			TRIVORA+		
NORA-BE+			TRI-VYLIBRA LO+		
norethindrone+			TRI-VYLIBRA+		
norethindrone-			TULANA+		
ethinyl estradiol-			TYDEMY+		
iron+			VCF		
norethindrone-			CONTRACEPTIVE		
ethinyl estradiol+			FOAM+		
norethindrone-			VCF		
ethinyl estradiol-			CONTRACEPTIVE		
ferrous fumarate			GEL+		
norgestimate-			VELIVET+		
ethinyl estradiol+			VESTURA+		
NORLYDA+			VIENVA+		
NORTREL+			VIORELE+		
NYLIA+			VOLNEA+		
NYMYO+			VYFEMLA+		
OCELLA+			VYLIBRA+		
OPCICON ONE-			WERA+		
STEP+			WYMZYA FE+		
OPTION 2+			XULANE+		
ORSYTHIA+			ZAFEMY+		
PHILITH+			ZARAH+		

## Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 17-24).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

ZOVIA 1-35+  
ZOVIA 1-35E+  
ZUMANDIMINE+

### MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO

brompheniramine-  
pseudoephed-dm  
hydrocodone-  
homatropine  
(PA,QL)  
promethazine-dm

HYCODAN (PA, QL)  
TESSALON PERLE  
TUZISTRA XR (PA,  
QL)

### PRODUCTOS DENTALES

chlorhexidine  
DENTA 5000 PLUS  
DENTAGEL  
doxycycline hyclate  
FLUORIDEX DAILY  
DEFENSE 1.1%  
ORALONE  
PERIDEX  
PERIOGARD  
SF 1.1% GEL  
SF 5000 PLUS  
sodium fluoride  
sodium fluoride  
5000 dry mouth  
sodium fluoride  
5000 plus  
triamcinolone

CLINPRO 5000  
FLORIVA+  
FLUORIDEX  
SENSITIVITY RELIEF  
PREVIDENT

### DIABETES

glimepiride  
glipizide  
glipizide er  
glipizide xl  
metformin  
metformin er

BAQSIMI (QL)  
BASAGLAR (QL)  
BD LANCETS  
BD PEN NEEDLE  
DEXCOM G6 (PA,  
QL)  
DROPLET  
DROPSAFE  
FARXIGA (QL, ST)  
FREESTYLE LIBRE 14  
DAY SENSOR (PA,  
QL)  
FREESTYLE LIBRE 2  
SENSOR (PA, QL)  
GLYXAMBI (QL, ST)  
JANUMET (QL, ST)  
JANUMET XR (QL,  
ST)  
JANUVIA (QL, ST)  
JARDIANCE (QL, ST)  
HUMULIN (QL)  
LYUMJEV (QL)

ACCU-CHEK  
SMARTVIEW  
CONTRL  
SOLUTION  
ACCUTREND  
GLUCOSE  
CONTROL  
AMARYL  
CEQR  
CONTOUR NEXT  
TEST STRIP  
CONTOUR TEST  
STRIP  
CYCLOSET  
DEXCOM G4  
DEXCOM G5  
DEXCOM G5-G4  
SENSOR KIT  
ENLITE GLUCOSE  
SENSOR

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### DIABETES (cont.)

NOVOTWIST  
OMNIPOD DASH  
(PA, QL)  
ONETOUCH ULTRA  
TEST STRIP  
ONETOUCH  
ULTRAMINI  
ONETOUCH VERIO  
FLEX METER  
ONETOUCH VERIO  
IQ METER  
ONETOUCH VERIO  
METER  
ONETOUCH VERIO  
REFLECT METER  
ONETOUCH VERIO  
TEST STRIP  
RYBELSUS (PA, QL)  
SOLIQUA 100-33  
SYMLINPEN  
SYNJARDY (QL, ST)  
SYNJARDY XR (QL,  
ST)  
TECHLITE  
TRIJARDY XR (ST,  
QL)  
TRUEPLUS SYRINGE  
V-GO 20  
V-GO 30  
V-GO 40  
VICTOZA (PA, QL)  
XIGDUO XR (QL, ST)  
xultophy

EVERSENSE SMART  
TRANSMITTER  
GUARDIAN  
CONNECT  
TRANSMITTER  
GUARDIAN LINK 3  
GUARDIAN SENSOR  
3  
INPEN  
PRECISION XTRA  
KETONE-GLUC KIT  
RIOMET  
TRUE METRIX

### DIURÉTICOS

acetazolamide  
tablet  
acetazolamide er  
capsule  
bumetanide tablet  
chlorthalidone  
eplerenone  
furosemide  
solution, tablet  
hydrochlorot-  
hiazide  
spironolactone  
triamterene-hctz

ALDACTONE  
CAROSPIR  
DIURIL  
INSPRA  
KERENDIA  
LASIX  
MAXZIDE

### MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS

ciprofloxacin-  
dexamethasone

CIPRO HC  
CIPRODEX  
DERMOTIC  
OTOVEL

## Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 17-24).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS (cont.)

neomycin-  
polymyxin  
b-hydrocortisone  
ofloxacin

### CONDICIONES OCULARES

bimatoprost (QL)  
brimonidine  
brinzolamide  
ciprofloxacin  
dorzolamide  
dorzolamide-  
timolol  
erythromycin  
fluorometholone  
ketorolac  
latanoprost  
loteprednol  
moxifloxacin eye  
drops  
neomycin-  
polymyxin  
b-dexamethasone  
ofloxacin  
olopatadine^  
polymyxin  
b sulfate-  
trimethoprim  
prednisolone  
timolol  
tobramycin-  
dexamethasone  
travoprost

COMBIGAN  
EYSUVIS (QL)  
RESTASIS  
SIMBRINZA

ACULAR  
ACULAR LS  
ACUVAIL  
ALPHAGAN P  
ALREX  
AZASITE  
AZOPT  
BESIVANCE  
BETIMOL  
BETOPTIC S  
BROMSITE  
COSOPT  
COSOPT PF  
DUREZOL  
FLAREX  
FML FORTE 0.25%  
EYE DROPS  
FML LIQUIFILM  
0.1% EYE DROP  
FML S.O.P. 0.1%  
OINTMENT  
ILEVRO  
INVELTYS  
ISTALOL  
LOTEMAX  
LOTEMAX SM  
MAXITROL  
MOXEZA  
NEVANAC  
OCUFLOX  
PRED FORTE  
PROLENSA  
RHOPRESSA  
ROCKLATAN  
TIMOPTIC  
TIMOPTIC-XE  
TOBRADEX  
TOBRADEX ST  
TRUSOPT  
VIGAMOX  
ZIRGAN  
ZYLET

### PRODUCTOS FEMENINOS

FEM PH  
GYNAZOLE 1  
miconazole 3 200  
mg

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### PRODUCTOS FEMENINOS (cont.)

terconazole

### CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS

ALOPHEN PILLS+  
ANUCORT-HC  
balsalazide  
bisacodyl tablet+  
cinacalcet\*  
CLEARLAX+  
CONSTULOSE  
dicyclomine  
capsule, solution,  
tablet  
esomeprazole  
20 mg capsule,  
40 mg capsule,  
packets^ (QL)  
famotidine  
40 mg/5 ml  
suspension  
GAVILAX+  
GAVILYTE-C+  
GAVILYTE-G+  
GAVILYTE-N+  
GENTLE LAXATIVE  
TABLET+  
GENTLELAX+  
GLYCOLAX+  
glycopyrrolate  
tablet  
HEMMOREX-HC  
hydrocortisone  
lansoprazole^ (QL)  
LAXACLEAR+  
LAXATIVE PEG  
3350+  
LAXATIVE 5 MG  
TABLET+  
LAXATIVE EC 5 MG  
TABLET+  
mesalamine  
mesalamine dr  
mesalamine er  
metoclopramide  
solution, tablet  
metoclopramide  
odt  
misoprostol  
NATURA-LAX+  
omeprazole^ (QL)  
ondansetron  
ondansetron odt

AMITIZA  
CLENPIQ+  
LINZESS  
NEXIUM DR 2.5 MG  
PACKET (QL)  
NEXIUM DR 5 MG  
PACKET (QL)  
PANCREAZE  
PENTASA  
SUPREP+  
SUTAB+  
VIBERZI

AKYNZEO 300-0.5  
MG CAPSULE  
BONJESTA  
CANASA  
CARAFATE  
CORRECTOL+  
CUVPOSA  
DICLEGIS  
DONNATAL  
DULCOLAX EC 5  
MG TABLET+  
LITHOSTAT  
MIRALAX+  
MOVANTIK (PA)  
RECTIV  
RELISTOR (PA)  
SANCUSO (PA, QL)  
SFROWASA  
SYMPROIC (PA)  
TRANSDERM-SCOP  
URSO  
URSO FORTE  
VARUBI (PA, QL)  
VIOKACE

## Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 17-24).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS (cont.)

pantoprazole ^ (QL)		
peg 3350-electrolyte+		
peg3350-sodium sulfate-sodium chloride- potassium chloride-sodium ascorbate-ascorbic acid+		
PEG-PREP+		
polyethylene glycol 3350+		
prochlorperazine tablet		
promethazine suppository		
promethegan		
PURELAX+		
rabeprazole tablet^ (QL)		
scopolamine		
SMOOTHLAX+		
sucrafate		
ursodiol		
WOMEN'S GENTLE LAXATIVE+		
WOMEN'S LAXATIVE+		

### AGENTES HORMONALES

AMABELZ	DUAVEE	ACTIVELLA
budesonide ec	ORIAHNN (PA, QL)	ALORA (QL)
budesonide er (PA, QL)	ORLISSA (PA, QL)	ANDRODERM (PA, QL)
cabergoline (QL)	PREMARIN TABLET, VAGINAL CREAM	ANDROGEL (PA, QL)
COVARYX	APPLICATOR	ANGELIQ
COVARYX H.S.	PREMPHASE	ARMOUR THYROID
DECADRON	PREMPRO	AYGESTIN
desmopressin		BIJUVA
dexamethasone intensol		CLIMARA
DOTTI (QL)		CLIMARA PRO
EEMT		COMBIPATCH
EEMT H.S.		CRINONE 4% GEL
estradiol (once weekly)		CYTOMEL
estradiol 10mcg vaginal insert (QL)		DIVIGEL
estradiol (twice weekly) (QL)		ELESTRIN
		ENTOCORT EC
		ESTRACE
		ESTRING (QL)
		ESTROGEL
		EVAMIST
		IMVEXXY (QL)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### AGENTES HORMONALES (cont.)

estradiol- norethindrone acetat		INTRAROSA levothyroxine capsule (PA)
estrogen- methyltesto- sterone		MEDROL
EUTHYROX		MENOSTAR (QL)
LEVO-T		MINIVELLE (QL)
levothyroxine tablet		MYFEMBREE (QL)
LEVOXYL		OSPHENA
liothyronine		PROMETRIUM
LYLLANA (QL)		RAYALDEE
medroxyprog- esterone		TIROSINT-SOL (PA)
methimazole		UNITHROID
methylpredn- isolone		VAGIFEM (QL)
MIMVEY		VIVELLE-DOT (QL)
norethindrone		
NP THYROID		
prednisone		
prednisone intensol		
progesterone tablet		
testosterone (PA, QL)		
WESTHROID		
YUVAFEM		

### INFECCIONES

acyclovir capsule, suspension, tablet	FIRVANQ XIFAXAN (QL)	AEMCOLO (QL)
albendazole		ALBENZA
amoxicillin		ALINIA
amoxicillin- clavulanate er		BACTRIM
amoxicillin- clavulanate		BACTRIM DS
atovaquone		BAXDELA TABLET (PA)
atovaquone- proguanil		CIPRO
AVIDOXY		CLEOCIN
azithromycin packet, suspension, tablet		CLINDESSE
cefdinir		CRESEMBA
cefuroxime tablet		CAPSULE (PA)
cephalexin		DIFICID (QL)
ciprofloxacin		ELIMITE
clarithromycin		ERYPED 200
clarithromycin er		ERY-TAB DR
clindamycin		FLAGYL
COREMINO ER QL)		HIPREX
dapsone		KEFLEX
		MACROBID
		MACRODANTIN
		MALARONE (PA)
		NATROBA
		NUVESSA
		ORAVIG

## Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 17-24).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>INFECCIONES (cont.)</b>			<b>VARIOS (cont.)</b>		
doxycycline hyclate capsule, tablet doxycycline monohydrate EMVERM entecavir* (QL) erythromycin erythromycin ethylsuccinate famciclovir fluconazole hydroxychloroquine ivermectin levofloxacin solution, tablet methenamine metronidazole gel, capsule, tablet minocycline minocycline er tablet (QL) mondoxynel MORGIDOX nitazoxanide nitrofurantoin nitrofurantoin monohydrate-macrocrystal nystatin suspension, tablet penicillin v potassium permethrin posaconazole tablet sulfamethoxazole-trimethoprim suspension, tablet terbinafine tetracycline valacyclovir valganciclovir vancomycin capsule, solution vandazole		KEFLEX MACROBID MACRODANTIN MALARONE (PA) NATROBA NUVESSA ORAVIG PLAQUENIL POSACONAZOLE SUSPENSION PRIFTIN SIVEXTRO TABLET (PA) SOLOSEC STROMECTOL sulfatrim URIBEL VALTRES VIBRAMYCIN 25 MG/5 ML SUSPENSION VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP XENLETA 600mg tablet (PA, QL) XOFLUZA (QL) ZITHROMAX ZITHROMAX TRI-PAK ZYVOX SUSPENSION, TABLET (PA)	sodium chloride inhalation vial, irrigation solution, vial	PRECISION XTRA TECHLITE LANCETS	KETONE CARE TEST STRIP KETONE TEST STRIP KETOSTIX REAGENT NUEDEXTA (QL) TRUEPLUS KETONE TEST STRIP
<b>INFERTILIDAD</b>			<b>NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS</b>		
clomiphene ^		CRINONE^ ENDOMETRIN^	calcitriol capsule, solution^ FA-8+ folic acid^+ klor-con KLOR-CON 10 MEQ TABLET KLOR-CON 8 MEQ TABLET KLOR-CON M10 TABLET KLOR-CON M10 TABLET MULTI-VITAMIN W-FLUORIDE-IRON+ MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE+ MULTIVITAMIN-IRON-FLUORIDE ONE DAILY PRENATAL+ potassium chloride 10%, capsule, packet, tablet prenatal complete+ PRENATAL GUMMIES+ PRENATAL MULTI+ prenatal multi-dha+ PRENATAL MULTIVITAMIN+ PRENATAL MULTIVITAMIN-DHA+ PRENATAL ONE DAILY+ PRENATAL VITAMIN + DHA+ PRENATAL VITAMIN+ PRENATAL+ sevelamer carbonate	FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACK FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET OB COMPLETE PETITE OB COMPLETE PREMIER	ALIVE PRENATAL+ AURYXIA (QL) BRAINSTRONG PRENATAL+ CITRANATAL 90 DHA CITRANATAL ASSURE CITRANATAL B-CALM CITRANATAL DHA CITRANATAL HARMONY CITRANATAL RX CLASSIC PRENATAL+ DRISDOL EXPECTA PRENATAL+ FLORIVA+ FOSRENOL 1,000 MG CHEWABLE TABLET FOSRENOL 500 MG CHEWABLE TABLET FOSRENOL 750 MG CHEWABLE TABLET K-TAB ER LOKELMA MEPHYTON MINI PRENATAL+ NEEVO DHA OB COMPLETE ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA ONE A DAY PRENATAL 1+ PERRY PRENATAL+ PHOSLYRA POLY-VI-FLOR WITH IRON+ POLY_VI_FLOR+ PRENATE
<b>VARIOS</b>					
	ACCU-CHEK MICROLET	BRISDELLE (QL)			

## Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 17-24).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)

TRI-VITE WITH FLUORIDE+ vitamin d2 1.25 mg (50,000 unit)^ VITAMINS A,C,D AND FLUORIDE+		PRENATAL FORMULA-DHA+ PRIMACARE QUFLORA PEDIATRIC 1 MG CHEWABLE TABLET+ QUFLORA PEDIATRIC 0.25 MG/ML DROP+ QUFLORA PEDIATRIC 0.5 MG/ML DROP+ RENVELA ROCALTROL SIMILAC PRENATAL+ STUART ONE+ TRI-VI-FLOR+ ULTRA PRENATAL PLUS DHA+ VELPHORO VELTASSA
--	--	--

### PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

alendronate ibandronate 150 mg tablet ibandronate 3 mg/3 ml syringe* ibandronate 3 mg/3 ml vial* raloxifene + raloxifene+ risedronate dr		ACTONEL (ST) ATELVIA (ST) BINOSTO (ST) BONIVA 150 MG TABLET (ST) EVISTA FOSAMAX (ST)
--	--	--

### ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

acetaminophen-codeine (PA) allopurinol tablet ASPIRIN EC+ aspirin tablet+ baclofen tablet buprenorphine patch (QL) butalbital-acetaminophen-caffeine (QL) buprenorphine (QL) butalbital-acetaminophen-caffeine (QL) carisoprodol celecoxib (QL)	AIMOVIG (PA) AJOVY (PA) BELBUCA (QL) EMGALITY (PA) HYSINGLA ER (PA) NURTEC ODT (PA, QL) REDITREX (PA) UBRELVY (PA, QL) XTAMPZA ER (PA)	ANALPRAM HC 1% CREAM ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM SINGLE ARAVA BUTRANS (QL) CELEBREX (QL, ST) COLCRYS EC-NAPROSYN (ST) ECOTRIN EC 325 MG TABLET+ ESGIC (QL) FEXMID LAZANDA (PA)
---	--	--

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

colchicine cyclobenzaprine diclofenac 1% gel (QL) diclofenac dr diclofenac ec EC-NAPROXEN ECOTRIN EC 81 MG TABLET+ eletriptan (QL) ENDOCET (PA) febuxostat (QL) fentanyl (PA) FIORICET (QL) frovatriptan (QL) GLYDO hydrocodone-acetaminophen (PA) hydromorphone er (PA) hydromorphone (PA) IBU ibuprofen indomethacin indomethacin er ketorolac tromethamine (QL) leflunomide lidocaine 5% ointment (QL) lidocaine 5% patch lidocaine viscous meloxicam tablet metaxalone methocarbamol morphine (PA) morphine er (PA) NALFON 600 MG TABLET (ST) NALOCET (PA) oxycodone (PA) oxycodone er (PA) oxycodone-acetaminophen (PA) PROLATE TABLET (PA) rizatriptan (QL)	ZTLIDO	LIDODERM MITIGARE MOBIC (ST) NAPROSYN (ST) NUCYNTA (PA) NUCYNTA ER (PA) OXAYDO (PA) PERCOCET (PA) PROCORT PROCTOFOAM-HC SAVELLA SKELAXIN ULORIC (QL) ULTRAM 50 MG TABLET (QL) VTOL LQ ZANAFLEX ZEBUTAL (QL) ZOHYDRO ER (PA) ZYLOPRIM
---	--------	--



## Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 17-24).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

sumatriptan (QL)		
tizanidine		
tramadol 50 mg tablet (QL)		
tramadol er (QL)		
VANADOM		

### ENFERMEDAD DE PARKINSON

benztropine tablet	KYNMOBI (PA)	AZILECT (QL)
carbidopa-levodopa		MIRAPEX ER (QL)
carbidopa-levodopa er		NEUPRO
pramipexole		OSMOLEX ER (QL)
pramipexole er (QL)		RYTARY
rasagiline (QL)		SINEMET 10-100
ropinirole er		SINEMET 25-100
ropinirole		TASMAR
		XADAGO (ST)

### ESQUIZOFRENIA/ANTIPSIKÓTICOS<sup>4</sup>

aripiprazole (QL)	LATUDA (QL)	FANAPT (QL, ST)
aripiprazole odt		INVEGA (QL, ST)
asenapine		REXULTI (QL, ST)
chlorpromazine tablet		RISPERDAL (ST)
haloperidol		SAPHRIS (ST)
olanzapine tablet		SECUADO (ST)
olanzapine odt		SEROQUEL (ST)
paliperidone er (QL)		SEROQUEL XR (ST)
quetiapine		VRAYLAR (QL, ST)
quetiapine er		
risperidone		
risperidone odt		
ziprasidone tablet		

### TRASTORNOS CONVULSIVOS

carbamazepine	DILANTIN 30 MG CAPSULE (PA)	APTIOM (PA, QL)
carbamazepine er	FYCOMPA (PA, QL)	BRIVIACT ORAL SOLUTION, TABLET (PA)
clonazepam	NAYZILAM (PA, QL)	CARBATROL (PA)
divalproex	VIMPAT SOLTUION, TABLET (PA)	DEPAKOTE (PA)
divalproex er		DEPAKOTE ER (PA)
EPITOL		DEPAKOTE SPRINKLE (PA)
gabapentin		DILANTIN 100 MG CAPSULE (PA)
lamotrigine		DILANTIN 50 MG INFATAB (PA)
lamotrigine (blue)		KLONOPIN (PA)
lamotrigine (green)		LYRICA ORAL SOLUTION (PA)
lamotrigine (orange)		
lamotrigine er		
lamotrigine odt		
lamotrigine odt (blue)		

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)

lamotrigine odt (green)		NEURONTIN (PA)
lamotrigine odt (orange)		OXTELLAR XR (PA)
levetiracetam solution, tablet		PHENYTEK (PA)
levetiracetam er		SPRITAM (PA)
oxcarbazepine		TEGRETOL (PA)
pregabalin capsule, solution		TEGRETOL XR (PA)
ROWEEPRA		VALTOCO (PA, QL)
SUBVENITE		XCOPRI (PA, QL)
SUBVENITE (BLUE)		
SUBVENITE (GREEN)		
SUBVENITE (ORANGE)		
topiramate		
topiramate er		

### CONDICIONES CUTÁNEAS

ACCUTANE	EUCRISA	ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION
adapalene (PA)		AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS
adapalene-benzoyl peroxide		BRYHALI (ST)
AMNESTEEM		calcipotriene foam
AVAR CLEANSER		CAPEX SHAMPOO (ST)
azelaic acid		CLEOCIN T
betamethasone augmented		CLINDACIN ETZ KIT
betamethasone dipropionate BP 10-1		CLINDACIN PAC KIT
calcipotriene cream, ointment, solution		CLODERM (ST)
calcipotriene-betamethasone		DESOWEN
CLARAVIS		DRYSOL
CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET		EFUDEX
CLINDACIN P 1% PLEDGETS		ELIDEL
clindamycin 1% foam, gel, lotion, pledget, solution		EVOCLIN
clindamycin-benzoyl peroxide		NAFTIN
clindamycin-tretinoin		PRAMOSONE
clobetasol		PROTOPIC
clocortolone		REGRANEX (PA, QL)
CLODAN		SANTYL (QL)
		TEMOVATE (ST)
		XEPI

## Lista de medicamentos con receta Advantage de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 17-24).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

clotrimazole- betamethasone		
dapsone gel		
fluocinonide		
fluorouracil cream, topical solution		
isotretinoin		
ketoconazole		
KETODAN		
metronidazole		
mupirocin		
MYORISAN		
NEUAC GEL		
pimecrolimus		
ROSADAN		
sodium sulfacetamide- sulfur		
SSS 10-5		
SULFACLEANSE 8-4		
tacrolimus ointment		
tazarotene 0.1% cream		
tretinoin (PA)		
TRIDERM		
ZENATANE		

### TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

armodafinil (PA)	DAYVIGO (QL, ST)	LUNESTA (ST)
eszopiclone	SUNOSI (PA, QL)	SILENOR (QL, ST)
modafinil (PA)		
temazepam		
zolpidem		
zolpidem er (QL)		

### DEJAR DE FUMAR<sup>4</sup>

bupropion sr+		NICODERM CQ 14
NICODERM CQ 21		MG/24HR PATCH+
MG/24HR PATCH+		NICODERM CQ 7
nicotine gum+		MG/24HR PATCH+
nicotine lozenge+		NICORETTE+
nicotine patch+		NICOTROL NS+
QUIT 2+		NICOTROL+
QUIT 4+		
STOP SMOKING AID+		

### ABUSO DE SUSTANCIAS

buprenorphine- naloxone	LUCEMYRA (QL) NARCAN (QL) ZUBSOLV	BUNAVAIL KLOXXADO (QL) SUBOXONE
----------------------------	---	---------------------------------------

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

### CONDICIONES URINARIAS

alfuzosin er		AVODART
cevimeline		ELMIRON
darifenacin er (QL)		EVOXAC
finasteride		FLOMAX
oxybutynin		K-PHOS ORIGINAL
oxybutynin er		PROSCAR
phenazopyridine		PYRIDIUM
potassium er		RAPAFLO (QL)
silodosin (QL)		UROCIT-K
solifenacin (QL)		UROXATRAL
tamsulosin		
tolterodine		
tolterodine er (QL)		

### VACUNAS

Las vacunas ahora están cubiertas por el beneficio de farmacia de Cigna. No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.

		ROTARIX+ ROTATEQ+
--	--	----------------------

### CONTROL DEL PESO

megestrol suspension		
-------------------------	--	--

## Medicamentos de especialidad

Los medicamentos de especialidad orales e inyectables que se indican a continuación están cubiertos en el Nivel 4 y necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
abacavir-lamivudine** (PA)	SIDA/VIH
abiraterone** (PA)	CÁNCER
ACTEMRA SYRINGE* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
ACTEMRA ACTPEN* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
ACTIMMUNE* (PA)	CÁNCER
ADCIRCA** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
ADEMPAS** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
AFINITOR** (PA)	CÁNCER
AFINITOR DISPERZ** (PA)	CÁNCER
ALECENSA** (PA)	CÁNCER
ALUNBRIG** (PA)	CÁNCER
ALYQ** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
AMICAR**	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
aminocaproic acid**	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
APOKYN* (PA)	ENFERMEDAD DE PARKINSON
ARALAST NP** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
ARANESP* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
ARIKAYCE** (PA)	INFECCIONES
ARIXTRA* (QL)	DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES
atazanavir** (PA)	SIDA/VIH
ATRIPLA** (PA)	SIDA/VIH
ASTAGRAF XL**	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE
AUSTEDO** (PA)	VARIOS
AVEED*	AGENTES HORMONALES
AVONEX* (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
AVSOLA* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
azathioprine**	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE
BAFIERTAM* (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
BARACLUDE SOLUTION**	INFECCIONES
BENLYSTA* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
BERINERT*	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN
BETASERON* (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
BIKTARVY**	SIDA/VIH
BONIVA**	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS
BOSULIF** (PA)	CÁNCER
BOTOX*(PA)	VARIOS
BYNFEZIA* (PA)	AGENTES HORMONALES
CABOMETYX** (PA)	CÁNCER

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
capecitabine** (PA)	CÁNCER
CAYSTON** (PA, QL)	INFECCIONES
CELLCEPT**	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE
CELLCEPT VIAL*	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE
CERDELGA** (PA)	VARIOS
CEREZYME* (PA)	VARIOS
CETROTIDE*^ (PA)	AGENTES HORMONALES
CHOLBAM** (PA)	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS
chorionic gonadotropin*^ (PA)	INFERTILIDAD
cinacalcet**	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS
CIMDUO** (PA)	SIDA/VIH
CIMZIA* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
CINRYZE* (PA)	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN
COMETRIQ** (PA)	CÁNCER
COMPLERA** (PA)	SIDA/VIH
CYKLOKAPRON*	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
CYSTAGON**	CONDICIONES URINARIAS
CYSTARAN** (PA, QL)	CONDICIONES OCULARES
DARAPRIM** (PA)	INFECCIONES
DEPEN** (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
DESCOVY**+(PA)	SIDA/VIH
desmopressin ampule, vial*	AGENTES HORMONALES
DOVATO**	SIDA/VIH
DUPIXENT* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
DUROLANE* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
DYSPORT* (PA)	VARIOS
ELAPRASE* (PA)	VARIOS
ELIGARD*	CÁNCER
EMFLAZA** (PA)	AGENTES HORMONALES
ENBREL* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
enoxaparin* (QL)	DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES
entecavir** (QL)	INFECCIONES
ENTYVIO* (PA)	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS
ENVARUS XR**	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE
EPCLUSA** (PA, QL)	INFECCIONES
EPIDIOLEX** (PA)	TRASTORNOS CONVULSIVOS
EPOGEN* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
ERIVEDGE** (PA)	CÁNCER
ERLEADA** (PA)	CÁNCER
ESBRIET** (PA)	VARIOS
EUFLEXXA* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
EVOTAZ** (PA)	SIDA/VIH
EXJADE** (PA)	VARIOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
EXTAVIA* (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
FASENRA* (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
FENSOLVI* (PA)	AGENTES HORMONALES
FERRIPROX** (PA)	VARIOS
FIRDAPSE** (PA, QL)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
fluorouracil bottle, vial* (PA)	CÁNCER
FOLLISTIM AQ*^ (PA)	INFERTILIDAD
fondaparinux* (QL)	DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES
FORTEO* (PA, QL)	AGENTES HORMONALES
FRAGMIN* (QL)	DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES
FULPHILA* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
GALAFOLD** (PA)	VARIOS
GANIRELIX*^ (PA)	AGENTES HORMONALES
GATTEX* (PA)	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS
GEL-ONE* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
GELSYN-3* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
GENVOYA**	SIDA/VIH
GILENYA** (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
GLASSIA*(PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
glatiramer* (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
GLATOPA* (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
GLEEVEC** (PA)	CÁNCER
GONAL-F*^ (PA)	INFERTILIDAD
GONAL-F RFF*^ (PA)	INFERTILIDAD
GRANIX* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
HAEGARDA* (PA)	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN
HARVONI** (PA, QL)	INFECCIONES
HEMLIBRA* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
HERCEPTIN* (PA)	CÁNCER
HERCEPTIN HYLECTA* (PA)	CÁNCER
HETLIOZ** (PA)	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES
HUMATROPE* (PA)	AGENTES HORMONALES
HUMIRA* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
HYALGAN* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
HYMOVIS* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
hydroxyprogesterone*	INFERTILIDAD
ibandronate syringe, vial *	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS
IBRANCE** (PA)	CÁNCER
ILARIS* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
ILUMYA* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
imatinib** (PA)	CÁNCER
Imbruvica** (PA)	CÁNCER
INBRIJA** (PA)	ENFERMEDAD DE PARKINSON
INFLECTRA* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
INLYTA** (PA)	CÁNCER
INTELENCE** (PA)	SIDA/VIH
ISENTRESS**	SIDA/VIH
ISENTRESS HD** (PA)	SIDA/VIH
JADENU** (PA)	VARIOS
JADENU SPRINKLE** (PA)	VARIOS
JAKAFI** (PA)	CÁNCER
JULUCA**	SIDA/VIH
JYNARQUE** (PA)	DIURÉTICOS
KALBITOR* (PA)	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN
KALYDECO** (PA, QL)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
KANJINTI* (PA)	CÁNCER
KESIMPTA PEN* (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
KEVZARA* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
KISQALI** (PA)	CÁNCER
KITABIS PAK** (PA, QL)	INFECCIONES
KORLYM** (PA)	DIABETES
KYLEENA**+	PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS
ledipasvir-sofosbuvir** (PA)	INFECCIONES
LENVIMA** (PA)	CÁNCER
LETAIRIS** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
LONSURF** (PA)	CÁNCER
LORBRENA** (PA)	CÁNCER
LOVENOX* (QL)	DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES
LUMIZYME* (PA)	VARIOS
LUPANETA PACK** (PA)	AGENTES HORMONALES
LUPRON DEPOT* (PA)	CÁNCER
LUPRON DEPOT-PED* (PA)	AGENTES HORMONALES
LYNPARZA** (PA)	CÁNCER
LYSTEDA**	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
MAKENA* (PA)	INFERTILIDAD
MAVENCLAD** (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
MAVYRET** (PA)	INFECCIONES
MAYZENT** (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
MEKINIST** (PA)	CÁNCER
MENOPUR*^ (PA)	INFERTILIDAD
MIRENA**+	PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS
MONOVISC* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
MVASI* (PA)	CÁNCER
MYALEPT* (PA)	VARIOS
mycophenolate**	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE
mycophenolic acid**	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE
MYFORTIC**	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE
NATPARA* (PA)	AGENTES HORMONALES



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
NERLYNX** (PA)	CÁNCER
NEULASTA* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
NEUPOGEN* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
NEXAVAR** (PA)	CÁNCER
NEXPLANON*+	PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS
NINLARO** (PA)	CÁNCER
NITYR** (PA)	VARIOS
NIVESTYM*	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
NORDITROPIN FLEXPOR* (PA)	AGENTES HORMONALES
NORTHERA** (PA)	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN
NOURIANZ** (PA, QL)	ENFERMEDAD DE PARKINSON
NOVAREL*^ (PA)	INFERTILIDAD
NUBEQA** (PA)	CÁNCER
NUCALA* (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
NUZYRA* (QL)	INFECCIONES
NYVEPRIA* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
OCALIVA** (PA)	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS
OCREVUS* (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
ODEFSEY** (PA)	SIDA/VIH
ODOMZO** (PA)	CÁNCER
OFEV** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
OGIVRI* (PA)	CÁNCER
OLUMIANT** (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
OPSUMIT** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
ORENCIA* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
ORENITRAM ER** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
ORFADIN** (PA)	VARIOS
ORKAMBI** (PA, QL)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
ORTHOVISC* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
OTEZLA** (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
OVIDREL*^ (PA)	INFERTILIDAD
OXERVATE** (PA)	CONDICIONES OCULARES
PALYNZIQ* (PA)	VARIOS
PEGASYS* (PA)	INFECCIONES
PLEGRIDY* (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
POMALYST** (PA)	CÁNCER
PREVYMIS**	INFECCIONES
PREVYMIS VIAL*	INFECCIONES
PREZCOBIX** (PA)	SIDA/VIH
PREZISTA**	SIDA/VIH
PROCRIT* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
progesterone vial*	AGENTES HORMONALES
PROGRAF**	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
PROGRAF VIAL*	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE
PROLASTIN C* (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
PROLIA* (PA)	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS
PROMACTA** (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
PULMOZYME** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
PURIXAN**	CÁNCER
RAPAMUNE**	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE
RAVICTI** (PA)	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS
REBIF* (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
REBIF REBIDOSE* (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
REMODULIN* (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
RENFLIXIS* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
RETACRIT* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
REVATIO** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
REVATIO VIAL* (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
REVLIMID** (PA)	CÁNCER
RINVOQ ER** (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
ritonavir**	SIDA/VIH
RUBRACA** (PA)	CÁNCER
RUCONEST* (PA)	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN
RUXIENCE* (PA)	CÁNCER
SAMSCA**	DIURÉTICOS
SANDOSTATIN LAR DEPOT* (PA)	AGENTES HORMONALES
SELZENTRY** (PA)	SIDA/VIH
SEROSTIM* (PA)	AGENTES HORMONALES
SIMPONI* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
SIMPONI ARIA* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
sirolimus**	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE
SKYLA**+	PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS
SKYRIZI* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
sofosbuvir-velpatasvir** (PA)	INFECCIONES
SOLIRIS* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
SOMATULINE DEPOT* (PA)	AGENTES HORMONALES
SOMAVERT* (PA)	AGENTES HORMONALES
SOVALDI** (PA, QL)	INFECCIONES
SPRYCEL** (PA)	CÁNCER
STELARA* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
STIVARGA** (PA)	CÁNCER
STRENSIQ* (PA)	VARIOS
STRIBILD** (PA)	SIDA/VIH
SUBLOCADE*	ABUSO DE SUSTANCIAS
SUCRAID** (PA)	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
SUPARTZ FX* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
SUPPRELIN LA** (PA)	AGENTES HORMONALES
SUTENT** (PA)	CÁNCER
SYMDEKO** (PA, QL)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
SYMFI**	SIDA/VIH
SYMFI LO**	SIDA/VIH
SYMTUZA**	SIDA/VIH
SYNAGIS* (PA)	INFECCIONES
SYNVISC* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
tacrolimus capsule**	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE
tadalafil 20mg** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
TAFINLAR** (PA)	CÁNCER
TAGRISSO** (PA)	CÁNCER
TAKHZYRO* (PA)	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN
TALTZ* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
TALZENNA** (PA)	CÁNCER
TARGRETIN** (PA)	CÁNCER
TASIGNA** (PA)	CÁNCER
TAVALISSE** (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
TEGSEDI* (PA)	VARIOS
TEMIXYS** (PA)	SIDA/VIH
TEMODAR** (PA)	CÁNCER
TEMODAR* (PA)	CÁNCER
temozolomide** (PA)	CÁNCER
tenofovir** (PA)	SIDA/VIH
teriparatide* (PA, QL)	AGENTES HORMONALES
tetrabenazine** (PA)	VARIOS
THALOMID** (PA)	INFECCIONES
THIOLA**	CONDICIONES URINARIAS
THYROGEN*	AGENTES HORMONALES
TIGLUTIK** (PA)	VARIOS
TIVICAY**	SIDA/VIH
TOBI PODHALER** (PA, QL)	INFECCIONES
tobramycin 300 mg/5ml ampule** (PA, QL)	INFECCIONES
TRACLEER** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
tranexamic acid**	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
TRAZIMERA* (PA)	CÁNCER
TRELSTAR*	CÁNCER
TREMFYA* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
treprostinil* (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
trientine** (PA)	VARIOS
TRILURON* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
TRIPTODUR* (PA)	AGENTES HORMONALES
TRIUMEQ**	SIDA/VIH
TRIVISC* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
TYKERB** (PA)	CÁNCER
TYMLOS* (PA, QL)	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS
TYSABRI* (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
TYVASO** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
UDENYCA* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
UPTRAVI** (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
VALCHLOR**	CONDICIONES CUTÁNEAS
VEMLIDY**	INFECCIONES
VENCLEXTA** (PA)	CÁNCER
VERZENIO** (PA)	CÁNCER
VIREAD** (PA)	SIDA/VIH
vigabatrin**	TRASTORNOS CONVULSIVOS
VIGADRONE**	TRASTORNOS CONVULSIVOS
VISCO-3* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
VIVITROL*	VARIOS
VIZIMPRO** (PA)	CÁNCER
VOSEVI** (PA)	INFECCIONES
VOTRIENT** (PA)	CÁNCER
VUMERITY** (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
WAKIX** (PA, QL)	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES
XALKORI** (PA)	CÁNCER
XELJANZ** (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
XELJANZ XR** (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
XELODA** (PA)	CÁNCER
XERMELO** (PA)	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS
XGEVA* (PA)	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS
XIAFLEX* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
XOLAIR* (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
XTANDI** (PA)	CÁNCER
XYREM** (PA)	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES
ZARXIO*	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
ZEJULA** (PA)	CÁNCER
ZEPATIER** (PA)	INFECCIONES
ZEPOSIA** (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
ZIEXTENZO* (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
ZIRABEV* (PA)	CÁNCER
ZORBTIVE* (PA)	AGENTES HORMONALES
ZORTRESS**	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

## Medicamentos que no están cubiertos

Su plan cubre otros medicamentos que se usan para tratar la misma condición.^^ Estos medicamentos se enumeran abajo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
SIDA/VIH	ATRIPLA*	efavirenz-emtricitabine-tenofovir*
	COMBIVIR*	lamivudine-zidovudine*
	EMTRIVA*	emtricitabine*
	EPIVIR*	lamivudine*
	EPZICOM*	abacavir-lamivudine*
	INTELENCE 100MG, 200MG TABLET*	etravirine*
	KALETRA*	lopinavir-ritonavir*
	LEXIVA 700MG TABLET*	fosamprenavir 700mg tablet*
	NORVIR 100MG TABLET*	ritonavir 100mg tablet*
	RETROVIR CAPSULE, SYRUP*	zidovudine capsule, syrup*
	REYATAZ CAPSULE*	atazanavir capsules*
	SUSTIVA*	efavirenz*
	SYMFI*	efavirenz-lamivudine-tenofovir*
	SYMFI LO*	
	TRIZIVIR*	abacavir-lamivudine-zidovudine tablet*
	TRUVADA*	emtricitabine-tenofovir*
	VIRAMUNE*	nevirapine*
	VIRAMUNE XR*	nevirapine ER*
VIREAD 300MG TABLET*	tenofovir 300mg tablet*	
ZIAGEN*	abacavir*	
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	AUVI-Q EPIPEN EPIPEN JR SYMJEPI	epinephrine auto-injectors
	carbinoxamine 6mg tablet RYVENT	carbinoxamine 4mg tablet
	dexchlorpheniramine RYCLORA	carbinoxamine oral solution cyproheptadine syrup hydroxyzine syrup
	DYMISTA	azelastine-fluticasone Generic nasal steroids (e.g. fluticasone)
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	pyridostigmine 30mg tablet (QL)	pyridostigmine 60mg tablet
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	ANAFRANIL	clomipramine
	APLENZIN	bupropion XL 150, 300 mg tablets
	ATIVAN TABLET	lorazepam
	bupropion xl 450mg tablet FORFIVO XL	bupropion xl 150mg tablets
	CYMBALTA	desvenlafaxine ER duloxetine escitalopram
	DRIZALMA SPRINKLE	duloxetine dr capsules
	LEXAPRO	escitalopram
	PAMELOR	nortriptyline capsules
	PARNATE	tranylcypromine

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR (cont.)	PEXEVA	paroxetine paroxetine cr
	PRISTIQ	desvenlafaxine succinate er bupropion sr duloxetine escitalopram sertraline venlafaxine er
	TOFRANIL	imipramine
	WELLBUTRIN XL	bupropion xl escitalopram fluoxetine
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	ADVAIR HFA ADVAIR DISKUS AIRDUO DIGIHALER AIRDUO RESPICLICK BREO ELLIPTA	DULERA fluticasone-salmeterol SYMBICORT WIXELA INHUB
	ALVESCO ARMONAIR DIGIHALER ARNUITY ELLIPTA ASMANEX, ASMANEX HFA PULMICORT FLEXHALER	FLOVENT DISKUS FLOVENT HFA QVAR
	ARCAPTA NEOHALER STRIVERDI RESPIMAT	SEREVENT DISKUS
	BEVESPI AEROSPHERE DUAKLIR PRESSAIR UTIBRON NEOHALER	ANORO ELLIPTA STIOLTO RESPIMAT
	BROVANA	arformoterol
	budesonide-formoterol	SYMBICORT
	ELIXOPHYLLIN	theophylline er theophylline oral solution
	levalbuterol hfa PROAIR DIGIHALER PROAIR HFA PROAIR RESPICLICK PROVENTIL HFA VENTOLIN HFA XOPENEX HFA	albuterol hfa
	PERFOROMIST	formoterol
	SEEBRI NEOHALER TUDORZA PRESSAIR	INCRUSE ELLIPTA SPIRIVA RESPIMAT
	YUPELRI	ANORO ELLIPTA BREZTRI AEROSPHERE INCRUSE ELLIPTA SPIRIVA STIOLTO RESPIMAT TRELEGY ELLIPTA
	ZYFLO	montelukast zafirlukast zileuton er

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.



CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	ADDERALL XR ADHANSIA XR ADZENYS ER ADZENYS XR-ODT APTENSIO XR CONCERTA COTEMPLA XR-ODT DYANAVEL XR FOCALIN XR JORNAY PM MYDAYIS QUILLICHEW ER RITALIN LA VYVANSE	dexmethylphenidate er dextroamphetamine-amphetamine er methylphenidate er
	DESOXYN	methamphetamine
	DEXEDRINE	dexmethylphenidate er dextroamphetamine er dextroamphetamine-amphetamine er
	EVEKEO ODT	amphetamine dexmethylphenidate dextroamphetamine methamphetamine methylphenidate
	methylphenidate er 72mg tablet RELEXXII	methylphenidate er 36mg tablet
	QELBREE	atomoxetine
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	ACCUPRIL	quinapril
	ACCURETIC	quinapril-hctz
	ALTACE	ramipril
	ATACAND	candesartan
	ATACAND HCT	candesartan-hctz
	AVALIDE	irbesartan-hctz
	AVAPRO	irbesartan-hctz
	AZOR	amlodipine-olmesartan
	BENICAR	olmesartan
	BENICAR HCT	olmesartan-hctz
	BETAPACE	sotalol
	BYSTOLIC	generic beta blockers (e.g. metoprolol; atenolol)
	CARDIZEM	diltiazem
	CARDIZEM CD	diltiazem CD
	CONJUPRI	amlodipine felodipine er nicardipine nifedipine
	CONSENSI	amlodipine celecoxib
	COZAAR	losartan
DIOVAN	valsartan	

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN (cont.)	DIOVAN HCT	valsartan-hctz
	EDARBI	generic ARBs (e.g. losartan; valsartan)
	EDARBYCLOR	generic ARBs + HCTZ (e.g. losartan-HCTZ)
	EXFORGE	amlodipine-valsartan
	EXFORGE HCT	amlodipine-valsartan hctz
	FIRAZYR*	icatibant
	GONITRO	nitroglycerin sublingual tablet or spray
	HYZAAR	losartan-hctz
	ISORDIL ISORDIL TITRADOSE	isosorbide dinitrate
	LANOXIN	digoxin
	LOTENSIN	benazepril
	LOTENSIN HCT	benazepril-hctz
	LOTREL	amlodipine-benazepril
	MICARDIS	telmisartan
	MICARDIS HCT	telmisartan-hctz
	MULTAQ	amiodarone disopyramide dofetilide flecainide propafenone quinidine sotalol af
	PRINIVIL ZESTRIL	lisinopril
	TARKA	trandolapril-verapamil
	TEKTURNA	aliskiren
	TEKTURNA HCT	generic ACE inhibitor + HCT (e.g. benazepril-HCT) generic ARB + HCT (e.g. losartan-HCT)
	TRIBENZOR	olmesartan-amlodipine-hctz
	VASERETIC	enalapril-hctz
	VASOTEC	enalapril
	ZESTORETIC	lisinopril-hctz
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	aspirin-omeprazole YOSPRAA	aspirin or enteric aspirin
CÁNCER	CYCLOPHOSPHAMIDE TABLET*	cyclophosphamide capsule*
	NILANDRON	nilutamide
	TARCEVA*	erlotinib
	YONSA* ZYTIGA*	abiraterone
	MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	ANTARA FENOGLIDE
ALTOPREV		lovastatin+ atorvastatin+ simvastatin+ rosuvastatin+
CRESTOR		rosuvastatin+

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL (cont.)	EZALLOR SPRINKLE FLOLIPID LIVALO SIMVASTATIN 20mg/5ml SUSPENSION NEXLIZET	generic statins (e.g. atorvastatin; simvastatin)
	JUXTAPID* PRALUENT	REPATHA
	LESCOL XL	fluvastatin er+
	LIPITOR	atorvastatin+ ezetimibe-simvastatin rosuvastatin+
	NEXLETOL	generic statins (e.g. atorvastatin; simvastatin) ezetimibe-simvastatin
	niacin 500mg tablet NIACOR	niacin er
	PRAVACHOL	pravastatin+
	VYTORIN	ezetimibe-simvastatin
	ZYPITAMAG	atorvastatin+ lovastatin+ pravastatin+ rosuvastatin+ simvastatin+
	PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	BALCOLTRA NATAZIA SLYND TAYTULLA TWIRLA
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	benzonatate 150mg	benzonatate 100mg, 200mg
	TUSSICAPS	hydrocodone-chlorpheniramine er suspension promethazine with codeine syrup
DIABETES	ACCU-CHEK TEST STRIPS CVS TEST STRIPS ADVOCATE TEST STRIPS ASSURE TEST STRIPS CONTOUR TEST STRIPS FREESTYLE TEST STRIPS	ONE TOUCH TEST STRIPS (e.g. Ultra; Verio)
	ADLYXIN	BYDUREON BYETTA metformin OZEMPIC TRULICITY VICTOZA
	ADMELOG ADMELOG SOLOSTAR APIDRA, APIDRA SOLOSTAR FIASP FIASP FLEXTOUCH FIASP PENFILL INSULIN ASPART NOVOLOG	HUMALOG LYUMJEV

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
DIABETES (cont.)	AFREZZA	HUMALOG HUMULIN R LYUMJEV
	alogliptin alogliptin-metformin JENTADUETO JENTADUETO XR KAZANO KOMBIGLYZE XR NESINA ONGLYZA TRADJENTA	JANUMET JANUMET XR JANUVIA metformin
	alogliptin-pioglitazone OSENI	JANUMET JANUMET XR JANUVIA pioglitazone
	FORTAMET GLUMETZA metformin er gastric metformin er osmotic	metformin er (generic to GLUCOPHAGE XR)
	GLUCAGEN HYPOKIT GVOKE	glucagon emergency kit (generic) BAQSIMI ZEGALOGUE
	INSULIN ASPART PRO NOVOLOG MIX	HUMALOG MIX
	INVOKAMET INVOKAMET XR SEGLUROMET	SYNJARDY SYNJARDY XR XIGDUO XR
	INVOKANA STEGLATRO	FARXIGA JARDIANCE metformin
	LANTUS LANTUS SOLOSTAR SEMGLEE TOUJEO MAX SOLOSTAR TOUJEO SOLOSTAR	BASAGLAR LEVEMIR TRESIBA FLEXTOUCH
	NOVOLIN	HUMULIN
	QTERN STEGLUJAN	GLYXAMBI metformin TRIJARDY XR
DIURÉTICOS	EDECRIIN ethacrynic acid	bumetanide furosemide torsemide
CONDICIONES OCULARES	ALOCRIIL ALOMIDE	cromolyn
	CEQUA RESTASIS MULTIDOSE XIIDRA	RESTASIS

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES OCULARES (cont.)	LUMIGAN	bimatoprost
	TRAVATAN Z	latanoprost
	VYZULTA	travoprost
	XALATAN	
	XELPROS	
ZIOPTAN		
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	ANUSOL-HC 25MG SUPPOSITORY	hydrocortisone 25mg suppository
	ASACOL HD	balsalazide
	COLAZAL	mesalamine tablets or capsules
	DELZICOL	PENTASA
	DIPENTUM	sulfasalazine
	COLYTE WITH FLAVOR PACKETS+	CLENPIQ+
	GOLYTELY+	GAVILYTE-C+
	MOVIPREP+	GAVILYTE-G+
	NULYTELY WITH FLAVOR PACKS+	GAVILYTE-N+
	OSMOPREP+	PEG 3350 ELECTROLYTE+
	PLENVU+	SUPREP+
		SUTAB+
	CORTIFOAM	COLOCORT
	UCERIS 2MG RECTAL FOAM	hydrocortisone
	CREON	PANCREAZE
	PERTZYE	
	ZENPEP	
	GIMOTI*	metoclopramide oral solution or tablet
	HELIDAC	bismuth subsalicylate
		lansoprazole-amoxicillin-clarithromycin pak
		metronidazole
		tetracycline
	KRISTALOSE	CONSTULOSE
lactulose 10gm packet	ENULOSE	
	lactulose oral solution	
LIBRAX	chlordiazepoxide	
LOTRONEX*	alosetron*	
lubiprostone	AMITIZA	
MARINOL	dronabinol	
SYNDROS		
MOTEGRITY	AMITIZA	
TRULANCE	LINZESS	
ZELNORM		
NEXIUM 10MG, 20MG, 40MG PACKET, 20MG, 40MG CAPSULE	esomeprazole packets, esomeprazole magnesium	
OMECLAMOX-PAK	lansoprazole-amoxicillin-clarithromycin pak	
PYLERA		
TALICIA		
RELTONE	ursodiol	
ROWASA	mesalamine rectal enema suspension	
SENSIPAR*	cinacalcet	
ZOFRAN	ondansetron	
ZUPLENZ	ondansetron	
	ondansetron odt	

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA	
AGENTES HORMONALES	ALKINDI SPRINKLE	hydrocortisone 5mg tablet	
	CORTROSYN	cosyntropin	
	DDAVP NOCDURNA	desmopressin nasal spray or tablets	
	DEXABLISS dexamethasone 6, 10, 13 Day 1.5MG tablets DEXPAK DXEVO HIDEX TAPERDEX ZCORT	dexamethasone 1.5mg tablet	
	FORTESTA JATENZO NATESTO TESTIM VOGELXO XYOSTED	generic topical testosterone	
	GENOTROPIN* NUTROPIN AQ NUSPIN* OMNITROPE* SAIZEN* SAIZEN-SAIZENPREP* ZOMACTON*	HUMATROPE* NORDITROPIN*	
	HEMADY	dexamethasone 5mg tablet	
	MYCAPSSA*	BYNFEZIA*	
	ORTIKOS	budesonide capsule	
	RAYOS	methylprednisolone prednisone	
	SYNTHROID	levothyroxine	
	THYQUIDITY	EUTHYROX LEVO-T levothyroxine LEVOXYL	
	UCERIS 9MG ER TABLET	budesonide 9mg tablet dexamethasone hydrocortisone methylprednisolone prednisolone prednisone	
	INFECCIONES	ACTICLATE DORYX DORYX MPC MINOCIN 50MG PEL CAPSULE MINOCYCLINE ER 45, 90, 135MG CAPSULE MINOLIRA ER MONODOX SEYSARA SOLODYN TARGADOX VIBRAMYCIN 100MG CAPSULE XIMINO	Generic products (e.g. doxycycline; minocycline)

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
INFECCIONES (cont.)	ARAKODA	atovaquone-proguanil doxycycline hydroxychloroquine mefloquine quinine
	AUGMENTIN AUGMENTIN XR	amoxicillin/clavulanate
	BARACLUDE TABLET*	entecavir tablet*
	BETHKIS* TOBI*	tobramycin inhalation solution*
	DIFLUCAN	fluconazole
	doxycycline hyclate dr 80mg tablet	generic products (e.g. minocycline)
	DOXYCYCLINE IR-DR ORACEA	doxycycline hyclate dr 50mg tablet doxycycline monohydrate 50mg tablet minocycline er 45mg
	E.E.S. 200 ERYPED 400	erythromycin granules erythromycin
	HUMATIN	paromomycin
	MEPRON	atovaquone
	MYCOBUTIN	rifabutin
	nitrofurantoin 25mg/5ml suspension	nitrofurantoin capsule sulfamethoxazole-trimethoprim suspension
	NOXAFIL DR 100MG TABLET	posaconazole dr 100mg tablet
	SITAVIG	acyclovir tablet famciclovir tablet valacyclovir tablet
	SPORANOX	itraconazole
	TOLSURA	oral itraconazole
	VALCYTE	valganciclovir
	VANCOGIN	vancomycin oral solution or capsule
	ZOVIRAX	acyclovir
	VARIOS	HORIZANT
KUVAN*		sapropterin tablet & powder packet*
SYPRINE*		penicillamine* trientine*
XENAZINE*		tetrabenazine*
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	AMPYRA*	dalfampridine er*
	COPAXONE*	AVONEX* BETASERON* EXTAVIA* glatiramer* GLATOPA* KESIMPTA* PLEGRIDY* REBIF*
	TECFIDERA*	AUBAGIO* BAFIERTAM* dimethyl* GILENYA* MAYZENT* PONVORY* VUMERITY*

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.



CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	AZESCHEW AZESCO DERMACINRX PRENATRIX DERMACINRX PRENATRYL PNV TABS 20-1 PREGEN DHA PREGENNA TRINAZ ZALVIT	Any generic prenatal vitamin
	NASCOBAL	cyanocobalamin injection
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	ALLZITAL BUPAP butalbital-acetaminophen 25-35mg, 50-300mg tablets	butalbital-acetaminophen 50-325mg tablet
	AMERGE ERGOMAR FROVA 2.5MG TABLET MAXALT MAXALT MLT RELPAK	generic triptans (e.g. sumatriptan; naratriptan)
	AMRIX cyclobenzaprine er	carisoprodol chlorzoxazone 500mg cyclobenzaprine tablets methocarbamol orphenadrine er metaxalone
	CAMBIA DUEXIS fenoprofen 200mg capsule fenoprofen 400mg capsule FENORTHO INDOCIN indomethacin 20mg capsule ketoprofen 25mg capsule meloxicam 5mg, 10mg capsule NALFON 400MG CAPSULE NAPRELAN NAPROSYN 125MG/5ML SUSPENSION naproxen naproxen sodium cr naproxen sodium er naproxen-esomeprazole mag RELAFEN RELAFEN DS TIVORBEX VIMOVO VIVLODEX ZIPSOR ZORVOLEX	Generic NSAID (e.g. celecoxib; meloxicam)
	CAPITAL WITH CODEINE	acetaminophen-codeine
	chlorzoxazone 250mg	chlorzoxazone 500mg
	chlorzoxazone 375mg	methocarbamol 500mg
	chlorzoxazone 750mg	

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)	CONZIP	tramadol tramadol er
	COSENTYX*	ENBREL* HUMIRA* OTEZLA* STELARA* TALTZ*
	CUPRIMINE*	penicillamine* trientine*
	D.H.E.45	dihydroergotamine injection
	diclofenace 1.3% patch diclofenac 1.5% solution diclofenac 35mg capsule FLECTOR LICART PENNSAID VOLTAREN 1% GEL	generic nsaid (e.g. celecoxib; meloxicam) diclofenac 1% gel
	dihydroergotamine 4mg/ml spray IMITREX NASAL SPRAY MIGRANAL ONZETRA XSAIL ZOLMITRIPTAN NASAL SPRAY ZOMIG	sumatriptan nasal spray
	GLOPERBA	colchicine probenecid-colchicine
	GRALISE	gabapentin
	IMITREX CARTRIDGE IMITREX PEN INJECTOR	dihydroergotamine sumatriptan
	IMITREX TABLET	dihydroergotamine eletriptan rizatriptan sumatriptan tablets
	KETOROLAC 15.75MG NASAL SPRAY SPRIX	ketorolac tablet
	KINERET*	ACTEMRA* ENBREL* HUMIRA* XELJANZ/XR*
	levorphanol	codeine with acetaminophen hydrocodone with acetaminophen HYSINGLA ER oxycodone with acetaminophen tramadol XTAMPZA ER
	LORZONE	chlorzoxazone 500mg cyclobenzaprine tablet
	NORGESIC FORTE orphenadrine-aspirin-caffeine ORPHENGESIC FORTE	chlorzoxazone 500mg tablet metaxalone methocarbamol orphenadrine ER

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA	
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)	OXYCONTIN	HYSINGLA ER MORPHABOND ER XTAMPZA ER	
	OZOBAX	baclofen tablet	
	PROLATE SOLUTION	oxycodone-acetaminophen tablet	
	QDOLO	tramadol 50mg tablet	
	REMICADE*	AVSOLA* INFLECTRA*	
	REYVOW	generic triptans (e.g. sumatriptan; naratriptan) NURTEC ODT UBRELVY	
	ROXICODONE	oxycodone	
	SILIQ*	ENBREL* HUMIRA* STELARA* TALTZ* TREMIFYA*	
	SIMPONI* 50MG/0.5ML	ACTEMRA* ENBREL* HUMIRA* STELARA* TALTZ* XELJANZ/XR*	
	SORIATANE	acitretin	
	SUBSYS	fentanyl lozenge or buccal tablet	
	SUMAVEL DOSEPRO TOSYMRA	sumatriptan	
	tramadol 100mg	tramadol	
	TREXIMET	sumatriptan-naproxen	
	VANATOL LQ VANATOL S	butalbital-acetaminophen-caffeine capsule or tablets	
	ZEMBRACE SYMTOUCH	dihydroergotamine sumatriptan	
	ZOMIG ZMT	zolmitriptan odt	
	ENFERMEDAD DE PARKINSON	GOCOVRI	amantadine
		LODOSYN	carbidopa
ONGENTYS		entacapone	
REQUIP XL		ropinirole er	
ZELAPAR		selegiline tablets or capsules	
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	ABILIFY ABILIFY MYCITE	aripiprazole paliperidone er risperidone	
	CAPLYTA	aripiprazole olanzapine paliperidone er quetiapine quetiapine er risperidone ziprasidone	

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS (cont.)	GEODON CAPSULE	aripiprazole paliperidone er ziprasidone
	VERSACLOZ	clozapine clozapine odt
	ZYPREXA	aripiprazole olanzapine tablets paliperidone er
	ZYPREXA ZYDIS	aripiprazole olanzapine olanzapine odt
TRASTORNOS CONVULSIVOS	ELEPSIA XR KEPPRA XR	levetiracetam er
	FELBATOL	felbamate
	KEPPRA SOLUTION, TABLET	levetiracetam
	LAMICTAL	lamotrigine
	LAMICTAL TAB KIT (BLUE, GREEN, ORANGE)	lamotrigine starter kit (blue, green, orange)
	LAMICTAL ODT	lamotrigine odt
	LAMICTAL ODT KIT (BLUE, GREEN, ORANGE)	lamotrigine odt starter kit (blue, green orange)
	LAMICTAL XR LAMICTAL XR KIT (BLUE, GREEN, ORANGE)	lamotrigine er
	LYRICA LYRICA CR pregabalin er	duloxetine gabapentin lidocaine 5% topical patch pregabalin
	MYSOLINE	primidone
	QUDEXY XR TROKENDI XR	topiramate er
	SABRIL*	vigabatrin*
	SYMPAZAN	clobazam
	TOPAMAX	topiramate
	TRILEPTAL	oxcarbazepine
ZONEGRAN	zonisamide	
CONDICIONES CUTÁNEAS	ABSORICA ABSORICA LD	CLARAVIS isotretinoin MYORISAN ZENATANE
	ACANYA ACZONE AKLIEF AKTIPAK ALTRENO AMZEEQ ARAZLO ATRALIN AVITA AZELEX DIFFERIN DUAC	Use generic products (e.g. adapalene; tretinoin; clindamycin-benzoyl peroxide)

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	EPIDUO FORTE FABIOR ONEXTON RETIN-A RETIN-A MICRO RETIN-A MICRO PUMP tazarotene 0.1% foam TAZORAC TRETIN-X VELTIN WINLEVI ZIANA	Use generic products (e.g. adapalene; tretinoin; clindamycin-benzoyl peroxide)
	acyclovir cream, ointment DENA VIR ZOVIRAX	acyclovir tablet famciclovir tablet valacyclovir tablet
	adapalene swab PLIXDA	adapalene 0.1% cream adapalene 0.1% lotion adapalene 0.3% gel tazarotene 0.1% cream tretinoin cream, gel, micro gel
	ALDARA imiquimod 3.75% ZYCLARA	imiquimod 5% cream
	ANUSOL-HC 2.5% CREAM	hydrocortisone 2.5% rectal cream
	APEXICON E CORDRAN 4 MCG/SQ CM TAPE LARGE diflorasone PSORCON	betamethasone cream, ointment clobetasol halobetasol cream, ointment
	BENZA CLIN NEUAC 1.2-5% KIT	clindamycin-benzoyl peroxide
	calcipotriene foam	calcipotriene cream, ointment, solution calcitriol ointment tazarotene cream
	CARAC	fluorouracil 0.5% cream
	CLINDAGEL	clindamycin gel clindamycin topical solution
	CLINDAMYCIN 1% GEL	clindamycin 1% gel (generic Cleocin T) dapson 5% gel erythromycin 2% gel
	CLOBEX	clobetasol lotion, shampoo, spray
	CONDYLOX	imiquimod 5% cream packet podofilox 0.5% topical solution
	CORDRAN CREAM, LOTION, OINTMENT	betamethason fluocinolone fluticasone
	CUTIVATE	betamethasone lotion fluticasone topical lotion triamcinolone lotion
	DAPSONE 7.5% GEL PUMP	generic topical acne products (e.g. tretinoin; clindamycin-benzoyl peroxide)

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	diclofenac 3% gel KLISYRI	FLUROPLEX fluorouracil imiquimod 5% cream
	DOVONEX	calcipotriene cream
	doxepin 5% cream PRUDOXIN ZONALON	generic topical steroid (e.g. betamethasone) topical tacrolimus
	DUOBRII	halobetasol plus tazarotene cream
	ENSTILAR TACLONEX	calcipotriene cream, ointment, solution calcipotriene-betamethasone ointment tazarotene cream topical betamethasone
	ERTACZO	ketoconazole cream
	EXELDERM oxiconazole OXISTAT SULCONAZOLE	econazole cream ketoconazole cream naftifine cream
	EXTINA	ketoconazole cream ketoconazole foam
	FINACEA METROCREAM METROGEL SOOLANTRA ZILXI	azelaic acid topical metronidazole
	flurandrenolide hydrocortisone 1% lotion	betamethasone fluocinolone fluticasone
	halobetasol foam LEXETTE	augmented betamethasone dipropionate betamethasone dipropionate cream, ointment clobetasol fluocinonide 0.1% cream halobetasol cream, ointment
	HALOG SOLUTION	clobetasol cream, ointment halobetasol cream, ointment
	IMPEKLO	betamethasone dipropionate cream, ointment clobetasol fluocinonide 0.1% cream halobetasol cream, ointment
	IMPOYZ	clobetasol cream, ointment betamethasone dipropionate cream, ointment halobetasol cream, ointment
	JUBLIA KERYDIN tavaborole	ciclopirox topical solution itraconazole capsules terbinafine tablets
	KENALOG 0.147MG/GM SPRAY triamcinolone ointment triamcinolone spray	desoximetasone 0.05% cream, ointment fluocinolone 0.025% ointment flurandrenolide 0.05% ointment hydrocortisone 0.2% ointment mometasone 0.1% cream

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	LOCOID	betamethasone lotion fluocinolone cream fluticasone cream hydrocortisone ointment prednicarbate ointment triamcinolone cream
	LOCOID LIPOCREAM nolix PANDEL	betamethasone cream fluocinolone cream fluticasone cream
	LOPROX 0.77% CREAM 1% SHAMPOO	ciclopirox cream, shampoo
	LUZU	econazole cream ketoconazole cream luliconazole
	NORITATE	azelaic acid metronidazole cream metronidazole gel
	OLUX OLUX-E	betamethasone dipropionate cream, ointment clobetasol cream, foam, ointment halobetasol cream, ointment
	QBREXZA	DRYSOL
	SERNIVO	betamethasone
	SORILUX	calcipotriene cream, ointment, solution calcitriol ointment tazarotene cream
	TRIANEX	triamcinolone cream
	TRIDESILON	alclometasone desonide triamcinolone
	ULTRAVATE LOTION ULTRAVATE X	betamethasone ointment clobetasol cream, lotion, ointment halobetasol cream, ointment
	VANOS	clobetasol cream fluocinonide 0.1% cream halobetasol cream
	VECTICAL	calcitriol ointment calcipotriene ointment tazarotene cream
	VERDESO	desonide cream desonide ointment
	WYNZORA	betamethasone calcipotriene calcipotriene-betamethasone fluocinolone fluticasone mometasone triamcinolone cream
	XERESE	acyclovir tablet famciclovir tablet plus hydrocortisone prescription cream valacyclovir tablet

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.



CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	XOLEGEL	ciclopirox 0.77% gel ciclopirox 1% shampoo ketoconazole 2% cream ketoconazole 2% foam selenium sulfide 2.5% lotion sodium sulfacetamide 10% shampoo
TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	AMBIEN	zolpidem
	AMBIEN CR	zolpidem er
	ATIVAN TABLET	lorazepam
	BELSOMRA	DAYVIGO
	EDLUAR	zolpidem or zolpidem er
	NUVIGIL	armodafinil
	PROVIGIL	modafinil
	RESTORIL	temazepam
	ZOLPIMIST	doxepin eszopiclone zaleplon zolpidem zolpidem ER
ABUSO DE SUSTANCIAS	EVZIO	naloxone auto-injector NARCAN
MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	LUPKYNIS*	BENLYSTA* tacrolimus*
CONDICIONES URINARIAS	DETROL	darifenacin er oxybutynin tolterodine
	DETROL LA	darifenacin er oxybutynin er tolterodine er
	DITROPAN XL	oxybutynin er
	ENABLEX	darifenacin er
	GELNIQUE MYRBETRIQ OXYTROL TOVIAZ VESICARE LS	darifenacin er oxybutynin er tolterodine er trospium er
	GEMTESA	darifenacin er oxybutynin oxybutynin er solifenacin tolterodine tolterodine er trospium
	PROCYSBI*	CYSTAGON*
	THIOLA* THIOLA EC*	tiopronin*
	VESICARE	darifenacin er oxybutynin er solifenacin tolterodine er trospium er

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

## Preguntas frecuentes

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

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

**R.** Cigna revisa y actualiza periódicamente la Lista de medicamentos con receta. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Intentamos ofrecerle muchas opciones entre las que elegir para tratar su condición médica. Estos cambios pueden incluir:<sup>1,2</sup>

- Pasar un medicamento a un nivel de costos más bajo. Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- Pasar un medicamento de marca a un nivel de costos más alto cuando haya un genérico disponible. Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- Pasar un medicamento a un nivel de costos más alto y/o dejar de cubrir un medicamento. Esto suele suceder dos veces al año, el 1 de enero y el 1 de julio.
- Agregar requisitos de cobertura adicionales para un medicamento.

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

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

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

Es posible que su plan también excluya determinados medicamentos o productos de la cobertura. Esto se conoce como una “exclusión del plan (o de beneficios)”. Con los medicamentos excluidos, no existe la opción de obtener cobertura a través del proceso de revisión de la cobertura de Cigna.

Por ejemplo, su plan no incluye:

- Medicamentos con receta que se usan para tratar la pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec y cualquier genérico) y las alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y cualquier genérico). Estos medicamentos están disponibles sin una receta médica.
- Medicamentos que se usan para tratar condiciones relacionadas con el estilo de vida, como medicamentos para la infertilidad, para bajar de peso, para la disfunción eréctil o para dejar de fumar.<sup>5</sup>
- Medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

### P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

**R.** La Lista de medicamentos con receta de Cigna se elabora con la ayuda del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de Cigna, que es un grupo de médicos y farmacéuticos en ejercicio, la mayoría de los cuales trabaja fuera de Cigna. El grupo se reúne regularmente para revisar evidencia médica e información proporcionadas por agencias federales, fabricantes de medicamentos, asociaciones de profesionales médicos, organizaciones nacionales y revistas revisadas por colegas médicos respecto de la seguridad y eficacia de los medicamentos recientemente aprobados por la FDA y de los medicamentos que ya se encuentran en el mercado. Luego, el equipo de decisiones de negocios de Cigna Pharmacy Management® analiza los resultados de la revisión clínica del Comité de P&T, así como el valor general del medicamento y otros factores antes de agregarlo o quitarlo de la Lista de medicamentos.

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

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

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

**R.** Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos. Si su

## Preguntas frecuentes (cont.)

medicamento tiene la leyenda (PA) o (ST) al lado del nombre, necesita aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la leyenda (QL) al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la leyenda (AGE) al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

### **P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?**

**R.** Medicamentos que:

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

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

**R.** Medicamentos que:

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

### **P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?**

**R.** El programa de Tratamiento escalonado incluye medicamentos que se usan para tratar muchas condiciones, incluidas, a modo de ejemplo:

- › Trastorno por déficit de atención (TDA)/ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- › Alergias
- › Problemas de vejiga
- › Problemas respiratorios
- › Depresión
- › Presión arterial alta
- › Colesterol alto
- › Osteoporosis
- › Dolor
- › Condiciones cutáneas
- › Trastornos del sueño

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

**R.** Algunos medicamentos solo se consideran clínicamente apropiados para personas de determinada edad.

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

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

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

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

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

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

**R.** Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el consultorio de su médico deberá comunicarse con Cigna para solicitar la aprobación de la cobertura.

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

## Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

**R.** Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a*

*Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.<sup>6</sup>

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

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

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

**R.** Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.<sup>7</sup> Los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos, y la misma concentración, formulación, eficacia, calidad y seguridad.

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

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

**Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos.**<sup>7</sup> El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos que los de marca no significa que sean medicamentos de menor calidad.

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

**R.** Para recibir la cobertura dentro de la red que ofrece su plan, tendrá que pasarse a una farmacia de la red de su plan. Si su plan ofrece cobertura fuera de la red, usted pagará los costos de los servicios fuera de la red para que le despachen un medicamento allí.



## Preguntas frecuentes (cont.)

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

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.<sup>8</sup>

### Entrega a domicilio con Express Scripts® Pharmacy

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

- › Es muy fácil pedir, administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- › El envío estándar no tiene costo adicional<sup>9</sup>
- › Renovaciones automáticas y recordatorios de renovaciones
- › Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez
- › Reciba la ayuda de amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- › Opciones de pago flexibles

### Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

- 1. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s).
- 2. Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones) electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts.
- 3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

### Accredo, una farmacia de especialidad de Cigna

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de

especialidad de Accredo puede ayudarle. Ellos le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad a su hogar (o al lugar que usted elija).<sup>10</sup> También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional.

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

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

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

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

## Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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) y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y médicamente necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta preventivos sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despachen la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta. Es posible que para algunos medicamentos se necesite autorización previa o que estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, límites a la cantidad u otros requisitos de administración de la utilización.

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:<sup>11</sup>

- › medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos;
- › medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre;
- › medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna lo apruebe;
- › dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan;
- › medicamentos que no son médicamente necesarios;
- › medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular;
- › medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA);
- › dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos;
- › medicamentos usados para la fertilidad<sup>3</sup>, la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar<sup>3</sup> o para mejorar el desempeño atlético;
- › cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos;
- › agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje;
- › reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo;
- › medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que opere en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos;
- › recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad;
- › la cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T;
- › más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias.
- › productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

Además de las exclusiones de farmacia estándares del plan, es posible que algunos productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (inclusive, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros o dispositivos médicos que están cubiertos por planes de beneficios de farmacia estándares) no estén cubiertos durante los primeros seis meses de disponibilidad en el mercado, a menos que Cigna los apruebe por ser médicamente necesarios.

**Cigna se reserva el derecho de efectuar cambios a la Lista de medicamentos sin notificación. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte sus materiales de inscripción para conocer más detalles. Cigna no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico. Es posible que Cigna reciba pagos de fabricantes de determinados medicamentos de marca preferida y, en algunas ocasiones, de determinados medicamentos de marca no preferida, los cuales podrán o no compartirse con su plan, según los convenios existentes con Cigna. Según el diseño del plan, las condiciones del mercado, la medida en la cual los pagos del fabricante sean compartidos con su plan y otros factores existentes a la fecha del servicio, el medicamento de marca preferida podrá o no representar el medicamento de marca de más bajo costo dentro de su clase de medicamento para usted y/o su plan.**



1. Es posible que la legislación estatal de **Texas** y **Louisiana** le exija a su plan que cubra su medicamento en su nivel de beneficios actual hasta que su plan se renueve. Esto significa que si el medicamento que usted está tomando se elimina de la Lista de medicamentos, pasa a un nivel de costo compartido más alto o necesita aprobación de Cigna antes de que su plan lo cubra, estos cambios no pueden comenzar hasta la fecha de renovación de su plan. Para averiguar si estas leyes estatales se aplican a su plan, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
2. Es posible que la legislación estatal de **Illinois** le exija a su plan que cubra sus medicamentos en su nivel de beneficios actual hasta que su plan se renueve. Esto significa que si usted en este momento tiene la aprobación a través de un proceso de revisión para que su plan cubra su medicamento, el/los cambio(s) en la Lista de medicamentos indicado(s) aquí tal vez no le afecte(n) hasta la fecha de renovación de su plan. Si usted en este momento no tiene la aprobación a través de un proceso de revisión de la cobertura, puede seguir recibiendo cobertura en su nivel de beneficios actual si su médico lo solicita. Para averiguar si esta ley estatal se aplica a su plan, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
3. Es posible que los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como las leyes de seguro del estado de **Delaware**, cubran medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan.
4. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
5. Por lo general, el plan no cubre medicamentos para dejar de fumar, a excepción de lo exigido por ley o por los términos de su plan específico. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan, incluida una lista completa de exclusiones y limitaciones, se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
6. Los precios no están garantizados, y el hecho de que se muestre un precio no es garantía de que estará cubierto. Sus costos y su cobertura pueden cambiar en el momento de despachar la receta en la farmacia, y los costos de los medicamentos pueden variar de una farmacia a otra. Por ejemplo, el precio de venta minorista de su farmacia por un medicamento específico puede ser menor que el precio que se muestra. La cobertura y los precios pueden cambiar.
7. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. <https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers>.
8. No todos los planes ofrecen el servicio de entrega a domicilio y Accredo como opciones de farmacia cubiertas. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan.
9. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
10. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.
11. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.

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 colectivo y los planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Accredo Health Group, Inc., Express Scripts, Inc., ESI Mail Pharmacy Service, Inc., Express Scripts Pharmacy, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. (CHC-TN) y Cigna HealthCare of Texas, Inc. "Accredo" se refiere a Accredo Health Group, Inc. "Express Scripts Pharmacy" se refiere a ESI Mail Pharmacy Service, Inc. Formularios de pólizas: OK: HP-APP-1 y otras; OR: HP-POL38 02-13; TN: HP-POL43/HC-CER1V1 y otras (CHLIC); GSA-COVER y otras (CHC-TN). El nombre de Cigna, el logo, "Contigo paso a paso," y "myCigna" son marcas comerciales de Cigna Intellectual Property, Inc. "Accredo" y "Express Scripts Pharmacy" son marcas comerciales de Express Scripts Strategic Development, Inc.



# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

## Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

## Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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