

LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA NATIONAL PREFERRED DE 3 NIVELES DE CIGNA



Cobertura a partir del 1 de julio de 2022

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos preferidos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna a partir del 1 de julio de 2022.^{1,2} Los medicamentos están ordenados (según el inglés) de acuerdo con la condición que tratan. Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

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.

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.

- **Autorización previa:** Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(PA)** junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna.
- **Límites a la cantidad:** Algunos medicamentos tienen un límite de cantidad, lo que significa que su plan cubrirá solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(QL)** junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.

- **Tratamiento escalonado:** 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 **(ST)** junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.
- **Requisitos de edad:** Ciertos medicamentos solo estarán cubiertos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(AGE)** junto al nombre. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido, su plan solo cubrirá el medicamento si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.

* 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.



Elija genéricos y ahorre

Pregúntele a su médico si sería adecuado para usted tomar un medicamento preventivo genérico. Los genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos; en algunos casos, hasta un 85% menos.³



Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.

Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 1 de mayo de 2022.* En Internet podrá ver la lista actualizada de los medicamentos que cubre su plan.



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



Cigna.com/PDL. Desplácese hacia abajo hasta que vea un archivo pdf de la **Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna (abreviada).**

¿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.

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna

SIDA/VIH

APRETUDE ER (PA)
BIKTARVY
CIMDUO
DESCOVY
emtricitabine/tenofovir
disoproxil fumarate
GENVOYA
JULUCA
ODEFSEY
SYMFI
SYMFI LO
SYMTUZA
TEMIXYS
TRIUMEQ

ALERGIA/ ROCIADORES NASALES

AUVI-Q (ST, QL)
azelastine nasal spray
desloratadine
DYMISTA (ST, QL)
epinephrine auto-injector
(QL) (by MYLAN, TEVA)
EPIPEN (PA, QL), EPIPEN
JR (PA, QL)
fluticasone nasal spray
(QL)
GRASTEK (PA)
hydroxyzine
hydroxyzine pamoate
levocetirizine

ODACTRA (PA)
ORALAIR (PA)
promethazine
RAGWITEK (PA)
SYMJEPI

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

donepezil (ST)
NAMZARIC (ST)

ANSIEDAD/ DEPRESIÓN/ TRASTORNO BIPOLAR

alprazolam
amitriptyline
bupropion
bupropion er
buspirone
citalopram (QL)
desvenlafaxine er (ST, QL)
diazepam
duloxetine dr (QL)
escitalopram (QL)
FETZIMA (ST, QL)
fluoxetine (QL)
lorazepam
mirtazapine
nortriptyline
paroxetine (QL)
trazodone
venlafaxine (ST, QL)
venlafaxine er (ST, QL)

ASMA/EPOC/ CONDICIONES RESPIRATORIAS

ADEMPAS (PA)
ADVAIR HFA (PA, QL)
AIRDUO DIGIHALER 113-
14, 232-14, 55-14 MCG
(PA, QL)
albuterol hfa (by
CIPLA, PAR, PERRIGO,
PROFICIENT RX & TEVA)
albuterol nebulization
solution
ANORO ELLIPTA (QL)
ARNUITY ELLIPTA (QL)
ASMANEX HFA (QL)
ASMANEX TWISTHALER
(QL)
BEVESPI AEROSPHERE
(QL)
BREO ELLIPTA (PA, QL)
BREZTRI AEROSPHERE
(QL)
budesonide nebulization
suspension
COMBIVENT RESPIMAT
(QL)
DULERA (PA, QL)
FASENRA (PA)
FLOVENT DISKUS (QL)
FLOVENT HFA (QL)
INCRUSE ELLIPTA (QL)
montelukast

NUCALA (PA, QL)
OFEV (PA, QL)
OPSUMIT (PA)
PERFOROMIST (QL)
QVAR REDHALER (QL)
SEREVENT DISKUS (QL)
sildenafil
SPIRIVA HANDIHALER
(QL)
SPIRIVA RESPIMAT (QL)
STIOLTO RESPIMAT (QL)
SYMBICORT (PA, QL)
tadalafil 20mg
TRACLEER SUSPENSION
(PA)
TRELEGY ELLIPTA (QL)
TRIKAFTA (PA, QL)
UPTRAVI (PA)
XOLAIR (PA, QL)
YUPELRI (QL)

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

atomoxetine
AZSTARYS (ST)
DAYTRANA (ST)
dexmethylphenidate er
dextroamphetamine/
amphetamine
dextroamphetamine/
amphetamine er
DYANAVEL XR

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

^ No todos los planes cubren este medicamento. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan lo cubre.

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

(cont.)

guanfacine er
methylphenidate
methylphenidate er (ST)
MYDAYIS
QUILLICHEW ER (ST)
QUILLIVANT XR (ST)
VYVANSE (ST)

MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

EMPAVELI (PA)
FULPHILA (PA, QL)
TAVALISSE (PA, QL)
ZIENTENZO (PA)

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN

amiodarone
amlodipine
amlodipine/benazepril
amlodipine/valsartan
atenolol
atenolol/chlorthalidone
benazepril
bisoprolol/hctz
carvedilol
clonidine
digoxin
diltiazem er
doxazosin (QL)
droxidopa (PA)
enalapril
ENTRESTO (QL)
hydralazine
irbesartan
isosorbide er
isosorbide mononitrate er
labetalol
lisinopril
lisinopril/hctz
losartan
losartan/hctz
metoprolol succinate er (ST)
metoprolol tartrate
nifedipine er

olmesartan
olmesartan/hctz
propranolol
propranolol er
quinapril
ramipril
TAKHZYRO (PA, ST)
TEKTURN HCT
telmisartan
terazosin (QL)
valsartan
valsartan/hctz
verapamil er (ST)
VERQUVO (QL)

DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES

AGGRENNOX 25 MG-200 MG CAPSULE
BEVYXXA CAPSULES
BRILINTA
clopidogrel
ELIQUIS (PA)
enoxaparin
FRAGMIN
warfarin
XARELTO (PA)

CÁNCER

ALECENSA (PA, QL)
ALUNBRIG (PA, QL)
anastrozole
ARRANON
BOSULIF (PA, QL)
CABOMETYX (PA, QL)
CALQUENCE (PA, QL)
COMETRIQ (PA, QL)
ERIVEDGE (PA, QL)
ERLEADA (PA)
EXKIVITY (PA, QL)
GILOTRIF (PA, QL)
IBRANCE (PA, QL)
IMBRUVICA (PA, QL)
INLYTA (PA, QL)
IRESSA (PA, QL)
LENVIMA (PA, QL)
LORBRENA (PA, QL)
LYNPARZA (PA)
methotrexate
NINLARO (PA, QL)
NUBEQA
ODOMZO (PA, QL)

POMALYST (PA)
REVLIMID (PA)
ROZLYTREK (PA, QL)
RUBRACA (PA, QL)
RYDAPT (PA, QL)
SPRYCEL (PA, QL)
STIVARGA (PA, QL)
SUTENT (PA, QL)
TABRECTA (PA)
TAGRISSO (PA, QL)
TALZENNA (PA, QL)
tamoxifen
TASIGNA (PA, QL)
VENCLEXTA (PA, QL)
VERZENIO (PA)
VISTOGARD (PA, QL)
VITRAKVI (PA, QL)
VIZIMPRO (PA, QL)
VONJO (PA)
WELIREG
XALKORI (PA, QL)
XELODA (PA)
XOSPATA (PA, QL)
XTANDI (PA, QL)
YONSA (PA)
ZEJULA (QL)
ZOLINZA (PA, QL)

MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

atorvastatin (QL)
ezetimibe (ST)
ezetimibe/simvastatin (QL)
fenofibrate (ST)
fenofibrate micronized
fenofibrate acid delayed release
fenofibric acid dr
gemfibrozil
LIPOFEN
LIVALO (ST, QL)
lovastatin (QL)
NEXLETOL
NEXLIZET
niacin er
omega-3 acid ethyl esters
pravastatin (QL)
PRAVACHOL (ST, QL)
REPATHA (PA)
rosuvastatin (QL)
simvastatin (QL)
VASCEPA

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS

BLISOVI FE
ethinyl estradiol/
drospirenone
ethinyl estradiol/
drospirenone/
levomefolate
ethinyl estradiol/
etonogestrel vaginal ring
ethinyl estradiol/
levonorgestrel
ethinyl estradiol/
norelgestromin patches
ethinyl estradiol/
norethindrone acetate
ethinyl estradiol/
norethindrone/iron
ethinyl estradiol/
norgestimate
EUFLEXXA
etonogestrel-ethinyl
estradiol vaginal ring (QL)
JUNEL
JUNEL FE
KYLEENA
MICROGESTIN FE
MIRENA
SKYLA
SPRINTEC
TRI-LO-MARZIA
TRINESSA
TRI-SPRINTEC

MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO

benzonatate
hydrocodone/
chlorpheniramine er
hydrocodone/
chlorpheiramine polistirex er
promethazine/
dextromethorphan

PRODUCTOS DENTALES

chlorhexidine

DIABETES

ACCU-CHEK LANCETS
BAQSIMI
BD AUTOSHIELD DUO
NEEDLES

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

^ No todos los planes cubren este medicamento. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan lo cubre.

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna

DIABETES (cont.)

BD INSULIN SYRINGE
BD PEN NEEDLE
BD ULTRAFINE INSULIN SYRINGES
BD ULTRAFINE PEN NEEDLES
BYDUREON (PA, QL)
BYETTA (PA, QL)
DEXCOM SENSOR
DEXCOM G6 RECEIVER (PA)
DEXCOM G6 TRANSMITTER (PA, QL)
DROPLET LANCETS
FARXIGA (ST, QL)
FREESTYLE FREEDOM, FREESTYLE FREEDOM LITE,
FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE LITE
FREESTYLE LIBRE READER (PA)
FREESTYLE LIBRE SENSOR (PA, QL)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR
FREESTYLE TEST STRIPS: FREESTYLE, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE LITE
glimepiride
glipizide
glipizide er
GLUCAGEN (QL)
GLUCAGON
GLUCOPHAGE (ST)
GLUCOPHAGE XR (ST, QL)
glyburide
GLYXAMBI (ST, QL)
GVOKE
HUMALOG
HUMULIN
JANUMET (ST, QL)
JANUMET XR (ST, QL)
JANUVIA (ST, QL)
JARDIANCE (ST, QL)
LEVEMIR
LYUMJEV
metformin (ST)
metformin er (QL)
MICROLET LANCETS
NOVOFINE AUTOSHIELD

NEEDLES
NOVOFINE NEEDLES
NOVOTWIST NEEDLES
OMNIPOD
OMNIPOD DASH
ONETOUCH TEST STRIPS: ULTRA, VERIO
ONETOUCH ULTRA 2, ULTRAMINI, VERIO, VERIO FLEX
OZEMPIC (PA, QL)
pioglitazone (QL)
PRECISION XTRA TEST STRIPS, B-KETONE STRIPS
RYBELSUS
SEGLUROMET
SEMGLEE
SOLIQUA (QL)
STEGLATRO
STEGLUJAN
SYMLINPEN (QL)
SYNJARDY (ST, QL)
SYNJARDY XR (ST, QL)
TECHLITE LANCETS
TOUJEO
TRESIBA
TRIJARDY XR
TRULICITY (PA, QL)
V-GO
XIGDUO XR (ST, QL)
XULTOPHY (QL)
ZEGALOGUE (QL)

DIURÉTICOS

chlorthalidone
furosemide
hydrochlorothiazide
KERENDIA (PA)
spironolactone
triamterene/hctz

MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS

neomycin/polymyxin/hydrocortisone ear solution

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

MUSE^ (PA, QL)
tadalafil^ (PA, QL) 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg

AFECCIONES OCULARES

AZASITE
erythromycin eye ointment
latanoprost eye solution (PA)
loteprednol eye drops
loteprednol eye suspension
moxifloxacin eye solution
PATADAY
polymyxin/trimethoprim eye solution
prednisolone eye suspension
RESTASIS (PA, QL)
timolol eye solution
tobramycin eye solution
tobramycin/dexamethasone eye suspension
travoprost eye solution (PA)
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY (PA)
XIIDRA (PA, QL)

PRODUCTOS FEMENINOS

terconazole vaginal

CONDICIONES GASTROINTES-TINALES/PIROSIS

BYLVAY (PA, QL)
CREON
dicyclomine
diphenoxylate/atropine
esomeprazole dr (QL)
famotidine
lansoprazole dr (QL)
LINZESS (QL)
LIVMARLI (PA)
meclizine
metoclopramide
MOVANTIK (QL)
omeprazole dr (ST)
ondansetron
ondansetron ODT
PANCREAZE
pantoprazole dr (QL)
PENTASA
rabeprazole dr
RECTIV
RELISTOR (ST)
RELISTOR TABLETS (ST)
SYMPROIC
TALICIA (QL)
TRULANCE
UCERIS FOAM
VARUBI (QL)
VIBERZI
VIOKACE
ZENPEP

AGENTES HORMONALES

ANDRODERM (PA, QL)
BYNFEZIA PEN (PA, ST)
CETROTIDE
COMBIPATCH
dexamethasone
DUAVEE
estradiol (QL)
estradiol patches (QL)
estradiol/norethindrone (QL)
estradiol vaginal inserts (QL)
GENOTROPIN (PA)
levothyroxine sodium
liothyronine
LUPRON DEPOT 3.75 MG, 11.25 MG (PA)
LUPRON DEPOT-PED (PA)
medroxyprogesterone
methimazole
methylprednisolone
MYFEMBREE (PA)
ethylprednisolone
NATESTO (PA)
NORDITROPIN (PA)
ORIAHNN (PA)
ORLISSA (PA)
prednisolone sodium phosphate
prednisone
PREMARIN CREAM
SANDOSTATIN (PA, ST)
SOMATULINE DEPOT (PA)
SOMAVERT (PA)
SYNAREL (PA)
TARPEYO DR (PA)
testosterone cypionate (PA)
XYOSTED (PA, QL)
YUVAFEM

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

^ No todos los planes cubren este medicamento. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan lo cubre.

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna

INFECCIONES

acyclovir (PA, QL)
amoxicillin
amoxicillin/potassium clavulanate
ARIKAYCE (PA)
azithromycin
BARACLUDE SOLUTION
BAXDELA (QL)
cefdinir
cefuroxime
cephalexin
ciprofloxacin
clarithromycin
clindamycin oral
doxycycline hyclate (ST)
doxycycline monohydrate
EMVERM
EPCLUSA (QL)
fluconazole
HARVONI (PA, QL)
hydroxychloroquine
KITABIS PAK (PA, QL)
levofloxacin
LIVTENCITY (PA)
metronidazole
metronidazole vaginal
minocycline
MOLNUPIRAVIR
nitrofurantoin macrocrystal
nystatin (QL)
ofloxacin
oseltamivir
PAXLOVID
PEGASYS (QL)
PEGINTRON (QL)
penicillin vk
SOLOSEC
sulfamethoxazole/trimethoprim
THALOMID (PA)
TOBI PODHALER (PA, QL)
valacyclovir (QL)
VOSEVI (PA)
XIFAXAN (QL)
ZEPATIER (PA, QL)

INFERTILIDAD

ENDOMETRIN^
GONAL-F^ (PA), GONAL-F RFF^ (PA), GONAL-F RFF REDI-JECT^ (PA)

NOVAREL^ (QL)
OVIDREL^

VARIOS

COVID AT-HOME TESTS
AUSTEDO (PA, QL)
CERDELGA (ST)
ESBRIET (PA, QL)
NITYR

NUDEXTA (PA)

STRENSIQ (PA)
TEGSEDI (PA)
VOXZOGO (PA)

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUBAGIO (PA, QL)
AVONEX (PA, QL)
BAFIERTAM (PA, QL)
BETASERON (PA, QL)
dimethyl fumarate
FIRDAPSE (PA)
FIRDAPSE 10 MG TABLET (PA, ST)
GILENYA
GLATOPA (PA, QL)
KESIMPTA (PA, QL)
MAYZENT (PA)
PLEGRIDY (PA, QL)
PONVORY (PA, QL)
REBIF (PA, QL)
VUMERITY
ZEPOSIA (PA, QL)

NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS

calcium 667mg (QL)
cyanocobalamin injectable
ergocalciferol
folic acid
LOKELMA (QL)
NASCOBAL (QL)
PHOSLYRA (QL)
potassium chloride er
VELPHORO (QL)
VELTASSA (ST, QL)

PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

alendronate (QL)
FORTEO (PA, QL)
ibandronate (QL)
raloxifene

TYMLOS (PA)

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

acetaminophen/codeine (PA, QL)
ACTEMRA (PA, QL)
AIMOVIG (PA, QL)
AJOVY (PA, QL)
allopurinol
baclofen
BACLOFEN ORAL SOLUTION (BRAND) (ST)
BELBUCA (ST, PA, QL)
butalbital/acetaminophen/caffeine
celecoxib
colchicine tablets
cyclobenzaprime
CYCLOBENZAPRINE ER (ST)
diclofenac dr
DUPIXENT (PA, QL)
DURAGESIC 12, 25, 50, 75, 100 MCG/HR PATCH (QL)
EMGALITY (PA)
ENBREL (PA, QL)
fentanyl patches (QL)
FLECTOR (ST, QL)
HUMIRA (PA, QL)
hydrocodone/acetaminophen
hydromorphone
HYSINGLA ER (PA, ST, QL)
ibuprofen (ST)
indomethacin
ketorolac (QL)
LICART PATCHES
lidocaine patches
meloxicam (QL)
metaxalone
methocarbamol
MITIGARE
MORPHABOND ER (QL)
morphine er (QL)
morphine sulfate er (PA, ST, QL)
nabumetone
naproxen (ST)
NORCO
OTEZLA (PA)
oxycodone (PA)

oxycodone/acetaminophen
OXYCONTIN (PA, ST, QL)
QULIPTA (PA)
RASUVO (ST)
RINVOQ ER (PA, ST, QL)
rizatriptan (QL)
SAPHNELO (PA)
SAVELLA (ST, QL)
SIMPONI 100 MG (PA, QL) (ONLY FOR ULCERATIVE COLITIS)
SKYRIZI (PA, QL)
STELARA (PA)
sumatriptan (QL)
TALTZ (PA)
tizanidine
tramadol (PA, QL)
TREMIFYA (PA)
TRUDHESA NASAL SPRAY (ST)
XELJANZ (PA, QL)
XELJANZ XR (PA, QL)
ZOMIG NASAL (ST, QL)
ZTLIDO

ENFERMEDAD DE PARKINSON

carbidopa/levodopa
INBRIJA (PA, QL)
KYNMOBI (PA, QL)
pramipexole
ropinirole

ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS

aripiprazole
CAPLYTA (QL)
LATUDA (QL)
olanzapine
quetiapine
risperidone (QL)

TRASTORNOS CONVULSIVOS

clonazepam
DILANTIN
divalproex dr
divalproex er
EPIDIOLEX (PA)
FYCOMPA
gabapentin
lamotrigine
levetiracetam
NAYZILAM

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

^ No todos los planes cubren este medicamento. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan lo cubre.

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna

TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)

oxcarbazepine
pregabalin
QUDEXY XR (ST)
topiramate
VALTOCO (PA, QL)
VIMPAT

CONDICIONES CUTÁNEAS

ABSORICA (ST)
ADBRY (PA)
clindamycin 1% gel
clindamycin topical (ST)
clindamycin/benzoyl peroxide
clobetasol (ST, QL)
clotrimazole/
betamethasone (QL)
dapsona topical
ENSTILAR (QL, ST)
EPIDUO FORTE GEL PUMP (ST)
FINACEA FOAM (ST)
gentamicin (QL)
fluocinonide (QL)
hydrocortisone topical (ST, QL)
isotretinoin (ST)
ketoconazole topical (QL)
metronidazole topical
MIRVASO (PA)
mometasone (ST, QL)
mupirocin (ST, QL)
nystatin topical (QL)
ONEXTON
PICATO
tacrolimus topical (ST, QL)
tretinoin (PA)
triamcinolone topical (QL)
WYNZORA 0.005%-0.064% CREAM (ST, QL)

TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

eszopiclone (QL)
SUNOSI
XYREM (PA, QL)

XYWAV (PA, QL)
zolpidem (QL)
zolpidem er (QL)

DEJAR DE FUMAR

CHANTIX (QL)

ABUSO DE SUSTANCIAS

BUPRENORPHINE/
NALOXONE (QL)
KLOXXADO (QL)
NARCAN (QL)
ZUBSOLV (QL)

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

REZUROCK TABLET (PA, QL)
ZORTRESS 1 MG TABLET

CONDICIONES URINARIAS

finasteride
GELNIQUE (QL)
MYRBETRIQ
oxybutynin er
tamsulosin er
TOVIAZ

VACUNAS

FLUMIST QUAD
PFIZER COVID VACCINE
TICOVAC 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE
VAXNEUVANCE 0.5 ML SYRINGE

CONTROL DEL PESO

WEGOVY^ (PA, QL)

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

^ No todos los planes cubren este medicamento. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan lo cubre.

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas

Estos medicamentos no están cubiertos en la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna. **No obstante, hay otros medicamentos disponibles que se usan para tratar la misma condición.** Se enumeran a continuación.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{**} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
SIDA/VIH	ATRIPLA	efavirenz-emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate
	CABENUVA SUSP	atazanavir, lamivudine, DOVATO, EDURANT, JULUCA, PREZISTA, TIVICAY
	COMPLERA	Odefsey
	DELSTRIGO	BIKTARVY, GENVOYA, ODEFSEY, SYMFI, SYMTUZA, TRIUMEQ
	PIFELTRO	efavirenz, EDURANT
	PREZCOBIX	atazanavir, lopinavir-ritonavir, ritonavir, PREZISTA
	STRIBILD	BIKTARVY, GENVOYA
	TRUVADA	emtricitabine/tenofovir (tdf)
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	epinephrine	generic epinephrine auto-injector, EPIPEN, EPIPEN JR.
	BECONASE AQ, OMNARIS, ZETONNA	flunisolide, fluticasone, mometasone
	NASONEX	mometasone
	PALFORZIA	No alternatives recommended.
	QNASL, QNASL CHILDREN'S	flunisolide, fluticasone, mometasone
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	MESTINON	pyridostigmine
	NAMENDA XR	memantine er
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	BUPROPION HCL XL 450 MG TABLET , FORFIVO XL 450 MG TABLET, WELLBUTRIN XL	bupropion xl
	CELEXA, citalopram 30mg capsules	citalopram hbr
	CYMBALTA	duloxetine
	DRIZALMA SPRINKLE	desvenlafaxine er, duloxetine, venlafaxine er, FETZIMA
	EFFEXOR XR	venlafaxine er
	LEXAPRO	escitalopram
	LOREEV XR	lorazepam tablets
	PEXEVA, VIIBRYD	citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline
	PRISTIQ	desvenlafaxine er
	PROZAC	fluoxetine
	SERTRALINE 150MG, 200MG CAPSULES	sertraline tablets
	SPRAVATO	olanzapine/fluoxetine, bupropion, desvenlafaxine er, duloxetine, escitalopram, mirtazapine, sertraline
	VALIUM	diazepam
	WELLBUTRIN SR	bupropion sr
	XANAX	alprazolam
	XANAX XR	alprazolam er
ZOLOFT	sertraline	
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	ADCIRCA	tadalafil
	AIRDUO DIGIHALER, AIRDUO RESPICLICK, budesonide-formoterol	fluticasone-salmeterol (by PRASCO, PROFICIENT RX), WIXELA INHUB, ADVAIR HFA, BREO ELLIPTA, DULERA, SYMBICORT

^{**} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, 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 ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)	albuterol sulfate hfa (by A-S Medication, Prasco), levalbuterol hfa, PROAIR DIGIHALER, PROAIR RESPICLICK, PROAIR HFA, PROVENTIL HFA, VENTOLIN HFA, XOPENEX HFA	albuterol hfa (by CIPLA, PAR, PERRIGO, PROFICIENT RX & TEVA)
	ARMONAIR DIGIHALER, PULMICORT FLEXHALER	ARNUITY ELLIPTA, ASMANEX, ASMANEX HFA, FLOVENT DISKUS, FLOVENT HFA, QVAR REDIHALER
	CINQAIR	DUPIXENT, FASENRA, NUCALA
	DALIRESP	ARNUITY ELLIPTA, ASMANEX HFA, FLOVENT HFA, INCRUSE ELLIPTA, QVAR REDIHALER, SEREVENT DISKUS, SPIRIVA RESPIMAT
	DUAKLIR PRESSAIR	ANORO ELLIPTA, BEVESPI AEROSPHERE, STIOLTO RESPIMAT
	fluticasone-salmeterol (By A-S MEDICATION, TEVA)	fluticasone-salmeterol (by PRASCO, PROFICIENT RX), ADVAIR HFA, BREE ELLIPTA, DULERA, SYMBICORT
	LETAIRIS	ambrisentan
	PULMICORT	budesonide
	SINGULAIR	montelukast
	STRIVERDI RESPIMAT	SEREVENT DISKUS
	TUDORZA PRESSAIR	INCRUSE ELLIPTA, SPIRIVA RESPIMAT, SPIRIVA
	TEZSPIRE	HYDROXYUREA, DROXIA
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	ADDERALL, ADDERALL XR	dextroamphetamine-amphetamine
	AMPHETAMINE ER SUSPENSION	dextroamphetamine er, dextroamphetamine-amphetamine er, DYANAVEL XR, MYDAYIS, VYVANSE
	CONCERTA	methylphenidate er
	FOCALIN	dexmethylphenidate
	FOCALIN XR	dexmethylphenidate er
	INTUNIV	guanfacine er
	QELBREE	atomoxetine, clonidine er, guanfacine er
	STRATTERA	atomoxetine
MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	MULPLETA	DOPTELET
	NYVEPRIA, UDENYCA	FULPHILA, ZIEXTENZO
	OXBRYTA 300 MG TABLET FOR SUSP	hydroxyurea, ADAKVEO, DROXIA
	SIKLOS	DROXIA
	TAVNEOS	azathioprine, cyclophosphamide, mycophenolate, RUXIENCE
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/ PARA EL CORAZÓN	ATACAND	candesartan
	ATACAND HCT	candesartan-hctz
	AVALIDE	irbesartan-hctz
	AVAPRO	irbesartan
	AZOR	amlodipina-olmesartán
	BENICAR	olmesartan
	BENICAR HCT	olmesartan-hctz
	BYSTOLIC	atenolol, carvedilol, metoprolol succinate
	CONJUPRI	amlodipine, felodipine, nifedipine, nicardipine
	COREG	carvedilol

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, 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 ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/ PARA EL CORAZÓN (cont.)	CORLANOR	atenolol, bisoprolol, carvedilol, metoprolol succinate, metoprolol tartrate, propranolol
	COZAAR	losartan
	DIOVAN	valsartan
	DIOVAN HCT	valsartan-hctz
	DUTOPROL	metoprolol tartrate-hctz, metoprolol succinate er-hctz
	EDARBI	candesartan, irbesartan, losartan, olmesartan, telmisartan, valsartan
	EDARBYCLOR	candesartan-hctz, irbesartan-hctz, losartan-hctz, olmesartan-hctz, valsartan-hctz, chlorthalidone plus valsartan
	EPANED SOLUTION	enalapril
	EXFORGE	amlodipine-valsartan
	EXFORGE HCT	amlodipine-valsartan-hctz
	HEMANGEOL 4.28 MG/ML ORAL SOLN	propranolol hcl (solution)
	HYZAAR	losartan-hctz
	INDERAL LA, INDERAL XL, INNOPRAN XL	propranolol er
	KAPSPARGO SPRINKLE	metoprolol succinate
	KATERZIA	amlodipine
	LOTREL	amlodipine-benazepril
	MICARDIS	telmisartan
	MICARDIS HCT	telmisartan-hctz
	NEXICLON XR	clonidine patches, tablets
	NORTHERA	desmopressin, fludrocortisone, indomethacin, midodrine, pyridostigmine
	NORVASC	amlodipine
	QBRELIS	lisinopril
	RANEXA	ranolazine er
	TEKTURNA	aliskiren
	TIKOSYN	dofetilide
	TOPROL XL	metoprolol succinate
TRIBENZOR	olmesartan-amlodipine-hctz	
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	AGGRENOX	aspirin-dipyridamole er
	aspirin-omeprazole, YOSPRALA	aspirin plus omeprazole, esomeprazole, lansoprazole, pantoprazole, rabeprazole
	LOVENOX	enoxaparin
	PLAVIX	clopidogrel
	PRADAXA, SAVAYSA	ELIQUIS, XARELTO
CÁNCER	AFINITOR, AFINITOR DISPERZ	everolimus
	ARIMIDEX	anastrozole
	FOTIVDA	everolimus, CABOMETYX, INLYTA, LENVIMA, NEXAVAR, SUTENT, VOTRIENT
	GLEEVEC	imatinib
	INQOVI	decitabine

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, 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 ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CÁNCER (cont.)	INREBIC	JAKAFI
	KISQALI, KISQALI FEMARA CO-PACK, PIQRAY	IBRANCE, VERZENIO
	ONUREG	azacitidine, decitabine
	QINLOCK	imatinib, NEXAVAR, SPRYCEL, STIVARGA, SUTENT, TASIGNA, VOTRIENT
	SCEMBLIX	imatinib, BOSULIF, ICLUSIG, SPRYCEL, TASIGNA
	TARGRETIN	bexarotene
	TEPMETKO	TABRECTA
	TRUSELTIQ	PEMAZYRE
	XATMEP	methotrexate
	XPOVIO	DARZALEX, KYPROLIS, NINLARO, POMALYST, REVLIMID, THALOMID, VELCADE
ZYTIGA	abiraterone	
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	ALTOPREV, EZALLOR SPRINKLE	atorvastatin, fluvastatin er, lovastatin, pravastatin, rosuvastatin, simvastatin tablets, LIVALO
	ANTARA 30MG, 90MG CAPSULE	fenofibrate, fenofibric acid
	CRESTOR	rosuvastatin
	LIPITOR	atorvastatin
	LEQVIO, PRALUENT	REPATHA
	ROSUVASTATIN-EZETIMIBE 5-10MG, 10-10MG, 20-10MG, 40-10MG	ezetimibe, atorvastatin, rosuvastatin
	TRICOR	fenofibrate
	VYTORIN	ezetimibe-simvastatin
	WELCHOL 625MG TABLET	colesevelam hcl
	ZETIA	ezetimibe
ZOCOR	simvastatin	
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	ANNOVERA	generic oral contraceptives, XULANE PATCHES
	BALCOLTRA	AVIANE, LARISSIA, LESSINA, levonorgestrel-eth estradiol, SRONYX, VIENVA
	ESTROSTEP FE	TRI-LEGEST FE, TILIA FE
	GENERESS FE	KAITLIB FE, LAYOLIS FE, norethindrone-estradiol-iron
	LO LOESTRIN FE	BLISOLVI FE, BLISOLVI 24 FE, HAILEY FE, JUNEL FE, LARIN FE, MELODETTA 24 FE, norethindrone- eth estradiol fe
	LOESTRIN	AUROVELA, JUNEL, LARIN, MICROGESTIN, norethindrone-ethinyl estradiol
	LOESTRIN FE	AUROVELA FE, BLISOLVI FE, JUNEL FE, LARIN FE, MICROGESTIN FE, norethindrone-ethinyl estradiol fe, TARINA FE
	LOSEASONIQUE	AMETHIA LO, CAMRESE LO, levonorg-estradiol, LOJAIMIESS
	MINASTRIN 24 FE	MIBELAS, norethindrone-ethinyl estradiol fe

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, 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 ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)	MIRCETTE	AZURETTE, BEKYREE, desogestrona estradiol, KARIVA, PIMTREA, SIMLIYA, VIORELE
	NATAZIA	BLISOLVI FE, drospirenona-etinil estradiol, ESTARYLLA, JUNEL FE, TRI-SPRINTEC
	NEXTSTELLIS	AUROVELA FE, BLISOLVI FE, drospirenona etinil estradiol, ESTARYLLA, JUNEL FE, TRI-SPRINTEC, SPRINTEC
	NUVARING	eluryng, etonogestrel-etinil estradiol
	PHEXXI	FC2 FEMALE CONDOM, FEMCAP, GYNOL, VCF
	QUARTETTE	FAYOSIM, levonorg-estradiol, RIVELSA
	SAYFRAL	drospirenona-estradiol, TYDEMY
	SEASONIQUE	AMETHIA, ASHLYNA, CAMRESE, DAYSEE, JAIMIESS, levonorg-esgradiol, SIMPESE
	SLYND	generic progestin-only oral contraceptives
	TAYTULLA	GEMMILY, norethindrone-eth estradiol fe
	TWIRLA	BLISOVI FE, etonogestrel-etinil estradiol, HAILEY FE, JUNEL FE, XULANE
	TYBLUME	altavera, aviane, falmina, lessina, portia
	YASMIN	OCELLA, SYEDA, ZARAH
DIABETES	ADLYXIN, VICTOZA	BYDUREON, BYETTA, OZEMPIC, TRULICITY
	ADMELOG SOLOSTAR	HUMALOG PEN
	ADMELOG, AFREZZA	HUMALOG VIAL
	alogliptin, NESINA, ONGLYZA, TRADJENTA	JANUVIA
	alogliptin-metformin, JENTADUETO, JENTADUETO XR, KAZANO, KOMBIGLYZE XR	JANUMET, JANUMET XR
	alogliptin-pioglitazone	pioglitazone, JANUVIA
	APIDRA, APIDRA SOLOSTAR, INSULIN ASPART, INSULIN LISPRO, NOVOLOG	HUMALOG
	ASCENSIA (BREEZE, CONTOUR) GLUCOGUARD, ROCHE (ACCU-CHEK), TRIVIDIA (TRUETEST, TRUETRACK) All other test strips that are not listed as preferred	FREESTYLE FREEDOM, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE LITE METER, PRECISION XTRA, ONE TOUCH ULTRAMINI, ONE TOUCH VERIO, ONETOUCH VERIO FLEX
	FIASP, FIASP FLEXTOUCH, FIASP PENFILL	HUMALOG, LYUMJEV
	GLUMETZA	metformin
	INSULIN GLARGINE U100 PEN, INSULIN GLARGINE U100 VL	LANTUS, LEVEMIR, TOUJEO SOLOSTAR, TRESIBA
	INVOKAMET, INVOKAMET XR	SEGLUROMET, SYNJARDY, SYNJARDY XR, XIGDUO XR
	INVOKANA	FARXIGA, JARDIANCE, STEGLATRO
	KORLYM	ketoconazole, LYSODREN
	LANTUS	SEMGLEE, TOUJEO, TRESIBA, LEVEMIR
	NOVOLIN, RELION NOVOLIN	HUMULIN
	QTERN	GLYXAMBI, STEGLUJAN
	SEMGLEE 100 UNIT/ML PEN, SEMGLEE 100 UNIT/ML VIAL	LANTUS SOLOSTAR, LEVEMIR FLEXTOUCH, TOUJEO SOLOSTAR, TRESIBA FLEXTOUCH U-100

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, 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 ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
DIURÉTICOS	CAROSPIR	spironolactone
	THALITONE	chlorthalidone
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	CIPRO HC, ciprofloxacin-fluocinolone, OTOVEL	ciprofloxacin-dexamethasone
	CETRAXAL 0.2% EAR SOLUTION	ciprofloxacin otic, ofloxacin otic
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	CIALIS	tadalafil
	VIAGRA	sildenafil
AFECCIONES OCULARES	ACUVAIL, BROMSITE, NEVANAC	bromfenac drops, diclofenac drops, ketorolac drops
	ALOCRIL, ALOMIDE, LASTACAPT, PAZEO, ZERVIAE	azelastine drops, bepotastine, cromolyn drops, epinastine drops, olopatadine drops
	ALREX	azelastine, bepotastine, cromolyn sodium, dexamethasone, epinastine, fluorometholone, olopatadine
	AZOPT	brinzolamide
	BEPREVE	bepotastine besilate
	BESIVANCE, CILOXAN OINTMENT	ciprofloxacin drops, gatifloxacin drops, levofloxacin drops, moxifloxacin drops, ofloxacin drops
	BETIMOL	timolol maleate, betaxolol, levobunolol
	COSOPT, COSOPT PF	dorzolamide-timolol
	CYSTDROPS	CYSTARAN
	DUREZOL 0.05% EYE DROPS	difluprednate
	DURYSTA, XELPROS, ZIOPTAN	bimatoprost drops, latanoprost drops, travoprost drops
	FLAREX, FML FORTE, FMP SOP, MAXIDEX, PRED MILD	dexamethasone drops, fluorometholone drops, loteprednol drops, prednisolone drops
	ISTALOL	timolol
	RHOPRESSA, ROCKLATAN	betaxolol hcl, bimatoprost, dorzolamide-timolol, latanoprost, levobunolol hcl, timolol maleate, travoprost
	TIMOPTIC OCUDOSE	betaxolol drops, brimonidine 0.15% drops, brimonidine 0.2% drops, levobunolol drops, timolol drops
	TOBRADEX ST EYE DROPS, ZYLET	tobramycin/dexamethasone (drops)
	TRAVATAN Z	travoprost
	TYRVAYA	RESTASIS, XIIDRA
	XALATAN	latanoprost drops
	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS	ACIPHEX
ACIPHEX SPRINKLE, ESOMEPRAZOLE STRONTIUM, PRILOSEC RX, RABEPRAZOLE DR SPRINKLE, ZEGERID		esomeprazole, lansoprazole, omeprazole, pantoprazole, rabeprazole
AKYNZEO		granisetron, ondansetron, aprepitant, VARUBI TABLETS
AMITIZA, LUBIPROSTONE		LINZESS, TRULANCE
ASACOL HD, CANASA		mesalamine
BONJESTA ER 20-20 MG TABLET		doxylamine succ-pyridoxine hcl

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, 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 ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)	CLENPIQ, GOLYTELY, OSMOPREP, PLENVU, SUPREP, SUTAB	gavilyte-g, peg 3350 electrolyte, trilyte with flavor packets
	CORTIFOAM	hydrocortisone enema, UCERIS FOAM
	DARTISLA ODT 1.7 MG TABLET	glycopyrrolate tablets
	DELZICOL	mesalamine dr
	DEXLANSOPRAZOLE DR	esomeprazole magnesium, lansoprazole, omeprazole, pantoprazole, rabeprazole
	DIPENTUM	balsalazide, mesalamine dr, mesalamine er, sulfasalazine, PENTASA
	EMEND	aprepitant
	HELIDAC, PYLERA	lansoprazole-amoxicillin-clarithromycin, TALICIA
	LIBRAX	clidinium with chlordiazepoxide
	LOTRONEX	alosetron
	MOVIPREP	peg-electrolyte solution
	MYTESI	diphenoxylate/atropine, loperamide
	NEXIUM PACKETS	esomeprazole
	PERTZYE	CREON, ZENPEP
	PREVACID RX	lansoprazole
	PROTONIX SUSPENSION	pantoprazole
	RELTONE	ursodiol
	SENSIPAR	cinacalcet
AGENTES HORMONALES	TRANSDERM-SCOP	scopolamine
	ALKINDI SPRINKLE	hydrocortisone
	ANDROGEL, TESTIM, AVEED	testosterone
	BIJUVA, PREMPHASE, PREMPRO	AMABELZ, estradiol-norethindrone acetate, FYAVOLV, JINTELI, MIMVEY, norethindrone-ethinyl estradiol
	CLIMARA PRO	COMBIPATCH
	CORTROPHIN	
	CRINONE 4%	medroxyprogesterone, megestrol, norethindrone, progesterone
	CYTOMEL	liothyronine
	DIVIGEL, EVAMIST	estradiol patches
	ELESTRIN, ESTRACE, ESTROGEL, MINIVELLE, VIVELLE DOT	estradiol
	EMFLAZA	prednisone solution, prednisone tablets
	ESTRING, IMVEXXY	estradiol cream, estradiol tablets, yuvafem, PREMARIN CREAM
	FEMRING, INTRAROSA	estradiol cream, estradiol patches, estradiol tablets, yuvafem, PREMARIN CREAM,
	HEMADY	dexamethasone
	HUMATROPE, NUTROPIN AQ NUSPIN, OMNITROPE, SAIZEN, SAIZENPREP, SKYTROFA, ZOMACTON	GENOTROPIN, NORDITROPIN

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, 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 ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
AGENTES HORMONALES (cont.)	ISTURISA	SIGNIFOR
	MENEST, PREMARIN TABLETS	estradiol tablets
	MYCAPSSA	somatuline depot
	OSPHENA	estradiol cream, yuvafem, PREMARIN CREAM
	SYNTHROID	euthyrox, levo-t, levothyroxine, levoxyl, unithroid
	THYQUIDITY, TIROSINT, TIROSINT SOL	euthyrox, levo-t, levothyroxine sodium, levoxyl, unithroid
	VAGIFEM	estradiol, YUVAFEM
INFECCIONES	BARACLUDE	entecavir
	BREXAFEMME	fluconazole
	DORYX	doxycycline hyclate
	DORYX MPC, DOXYCYCLINE 40MG CAPSULES	doxycycline hyclate, doxycycline monohydrate
	FIRVANQ	vancomycin capsules
	LAMPIT	benznidazole
	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	HARVONI
	MAVYRET, SOVALDI	EPCLUSA, HARVONI, VOSEVI, ZEPATIER
	MINOCYCLINE ER CAPSULES, XIMINO	minocycline er tablets
	NATROBA	spinosad
	NOXAFIL	posaconazole
	ORACEA	doxycycline hyclate, doxycycline monohydrate, azelaic acid, ivermectin, metronidazole
	PLAQUENIL	hydroxychloroquine
	SITAVIG	acyclovir oral or cream, famciclovir, valacyclovir
	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	EPCLUSA
	TOBI	tobramycin
	TOLSURA	itraconazole
	VALTRES	valaciclovir
	VARIOS	BRISDELLE
EXJADE, JADENU, JADENU SPRINKLE		deferasirox
FIRAZYR		icatibant
NOCTIVA		desmopressin
XENAZINE		tetrabenazine
ZAVESCA		miglustat
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	AMPYRA	dalfampridine er
	EXTAVIA	AVONEX, BETASERON, PLEGRIDY, REBIF
	TECFIDERA	dimethyl fumarate
NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	FOSRENOL POWDER PACKET	lanthanum, sevelamer, Phoslyra, Velpphoro
	MONOFERRIC	sodium ferric gluconate complex, VENOFER
	PREGENNA, TRINAZ	generic prenatal vitamins
	RENAGEL	sevelamer
PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	EVENITY	alendronate, ibandronate, risedonate, zoledronic acid, FORTEO, TYMLOS

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, 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 ^{**} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	AMRIX	cyclobenzaprine
	APADAZ, benzhydrocodone- acetaminophen	hydrocodone-acetaminophen
	BACLOFEN 5 MG/5 ML SOLUTION	baclofen tablets
	bupap	acetaminophen-butalbital
	BUTRANS	buprenorphine
	CELEBREX	celecoxib
	CIMZIA, ILUMYA, ORENCIA, SIMPONI 50mg/ml	ENBREL, HUMIRA, OTEZLA, RINVOQ ER, STELARA SC, TALTZ, XELJANZ
	colchicine capsules, COLCRYS	colchicine tablets, MITIGARE
	COSENTYX, SILIQ	TALTZ, ENBREL, HUMIRA, OTEZLA, SKYRIZI, STELARA, TREMFYA
	CUPRIMINE	penicillamine
	diclofenac epolamine patches	FLECTOR PATCHES
	DICLOFENAC POTASSIUM 25MG TABLET	diclofenac potassium, etodolac, flurbiprofen, ibuprofen, ketoprofen, meloxicam, nabumetone
	ELYXYB	celecoxib
	fenoprofen capsules, FENORTHO, NALFON	fenoprofen tablets, etodolac, flurbiprofen, ibuprofen, meloxicam, nabumetone
	fentanyl buccal tablets, FENTORA, LAZANDA, SUBSYS	fentanyl lozenges
	Imitrex	sumatriptan
	INDOCIN 25 MG/5 ML SUSPENSION	ibuprofen (suspension), naproxen (suspension)
	INDOCIN 50 MG SUPPOSITORY	etodolac, flurbiprofen, ibuprofen, indomethacin, ketoprofen, meloxicam, naproxen sodium
	INDOMETHACIN 20MG CAPSULES, ketorolac nasal spray, TIVORBEX, VIVLODEX, ZIPSOR, ZORVOLEX	diclofenac, indomethacin, ibuprofen, meloxicam, naproxen, nabumetone
	KEVZARA, KINERET, OLUMIANT	ACTEMRA, ENBREL, HUMIRA, RINVOQ ER, XELJANZ
	lidocaine-tetracaine, PLIAGLIS	lidocaine-prilocaine, lidocaine cream
	LIDODERM	lidocaine cream
	MAXALT, MAXALT MLT	rizatriptan
	oxycodone er, XTAMPZA ER, NUCYNTE ER	hydromorphone er, morphine er, oxycodone er, HYSINGLA ER, OXYCONTIN
	NUCYNTE	hydrocodone-acetaminophen, morphine, oxycodone, tramadol, tramadol-acetaminophen
	ONZETRA XSAIL	sumatriptan, ZOMIG
	OTREXUP	RASUVO
	OZOBAX	oral baclofen tablets
	PENNSAID	diclofenac topical, FLECTOR PATCHES
	PERCOCET, PRIMLEV	oxycodone-acetaminophen
	PROCTOFOAM-HC	pramoxine/hydrocortisone
	QDOLO	tramadol (generic tablet)
REDITREX	methotrexate inj, RASUVO	

^{**} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, 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 ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)	RELAFEN DS	nabumetone, etodolac, flurbiprofen, ibuprofen, ketoprofen, meloxicam, oxaprozin
	RELPAK	eletriptán
	SEGLENTIS 56 MG-44 MG TABLET	celecoxib, tramadol tablets
	TRAMADOL HCL 25MG/5ML CUP	tramadol tablets
	TREXIMET	sumatriptan-naproxen
	ULORIC	febuxostat
	VIMOVO	naproxen-esomeprazole
	ZOXYDRO ER	hydrocodone
	ZOMIG	zolmitriptán
	ZOMIG ZMT	zolmitriptan odt
ENFERMEDAD DE PARKINSON	APOKYN	KYNMOBI
	DHIVY	carbidopa-levodopa
	GOCOVRI	amantadine capsules, amantadine tablets, amantadine oral solution
	ONGENTYS	entacapone
	XADAGO, ZELAPAR	rasagiline, selegiline
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSIKÓTICOS	ABILIFY	aripiprazole
	LYBALVI	aripiprazole, asenapine, olanzapine, paliperidone er, quetiapine, quetiapine er, LATUDA
	SAPRHIS	asenapine
	SEROQUEL	quetiapine
	SEROQUEL XR	quetiapine er
TRASTORNOS CONVULSIVOS	APTOM	carbamazepine, oxcarbazepine, pregabalin, topiramate, VIMPAT
	EPRONTIA	topiramate sprinkle caps
	FINTEPLA	DIACOMIT, EPIDIOLEX
	KEPPRA, KEPPRA XR	levetiracetam
	LAMICTAL	lamotrigine
	LAMICTAL ODT	lamotrigine odt
	LAMICTAL XR	lamotrigine er
	LYRICA, LYRICA CR	pregabalin
	NEURONTIN	gabapentin
	TOPAMAX	topiramate
	TRILEPTAL	oxcarbazepine
	ZONEGRAN	zonisamide
CONDICIONES CUTÁNEAS	ABSORICA	accutane, amnesteem, claravis, isotretinoin, myorisan, zenatane
	ACANYA	clindamycin-benzoyl peroxide
	ALCORTIN A	hydrocortisone, betamethasone, clobetasol, fluocinolone, fluocinonide, mometasone, mupirocin
	ANUSOL-HC	hydrocortisone
	ATRALIN	tretinoin

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, 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 ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	calcipotriene foam, SORILUX	calipotriene, calcitriol
	CARAC, imiquimod 3.75% cream pump, KLISYRI	"diclofenac 3% gel, fluorouracil 2% solution, fluorouracil 5% cream, imiquimod 5% cream"
	CLENIA PLUS	sodium sulfacetamide sulfure
	CLINDAGEL	clindamycin gel, erythromycin gel
	clocortolone	betamethasone, fluocinolone, triamcinolone
	DRYSOL	over-the-counter alternatives
	ECOZA, luliconazole, sulconazole nitrate, XOLEGEL	ciclopirox, econazole, ketoconazole, naftifine, oxiconazole
	ELIDEL	pimecrolimus
	EPIDUO, EPIDUO FORTE	adapalene-benzoyl peroxide
	ERTACZO	ciclopirox, clotrimazole, econazole nitrate, ketoconazole, naftifine hcl, oxiconazole nitrate
	FABIOR, TAZORAC GEL	tazarotene, tretinoin
	HALOBETASOL 0.05% FOAM, IMPEKLO, IMPOYZ 0.025% CREAM, LEXETTE 0.05% FOAM, ULTRAVATE 0.05% LOTION	betamethasone, clobetasol, desoximetasone, diflorasone, fluocinonide, halobetasol propionate
	KERYDIN	tavaborole
	LOCOID, LOCOID LIPOCREAM	hydrocortisone
	NORITATE 1% CREAM	metronidazole
	OPZELURA 1.5% CREAM	pimecrolimus, tacrolimus, betamethasone dipropionate, fluocinonide, halcinonide, triamcinolone
	QBREXZA 2.4% CLOTH	certain, BROMI-LOTION
	RETIN-A MICRO 0.6% & 0.8%	tretinoin microsphere 0.04% & 0.1%
	SERNIVO 0.05% SPRAY	betamethasone, betamethasone, desoximetasone, fluocinolone, fluocinonide, triamcinolone
	TAZAROTENE 0.1% FOAM, TAZORAC 0.05% CREAM,	tazarotene 0.1% cream
	TAZORAC 0.05%. 1% GEL:	tazarotene 0.1% cream, tretinoin
	TOPICORT	desoximetasone
	TRI-LUMA	fluocinolone, hydroquinone, tretinoin
	ULTRAVATE 0.05% CREAM, OINTMENT	halobetasol propionate
	VANOS	fluocinonide
	VELTIN	clindamycin-benzoyl peroxide, clindamycin-tretinoin, erythromycin- benzoyl peroxide, tretinoin, ONEXTON
	VERDESO	desonide
	VEREGEN 15% OINTMENT	imiquimod, podofilox
	WINLEVI	clindamycin topical, clindamycin-tretinoin, erythromycin topical, tretinoin, ONEXTON
	XERESE 5%-1% CREAM	acyclovir (cream), acyclovir (oral), famciclovir, valacyclovir
	ZILXI	azelaic acid, metronidazole, ROSULA, FINACEA
	ZOVIRAX	acyclovir

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, 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 ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	ZYCLARA	imiquimod 5% cream
TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	AMBIEN	zolpidem
	AMBIEN CR	zolpidem er
	DORAL, QUAZEPAM	estazolam, lorazepam
	LUNESTA	eszopiclone
	NUVIGIL	armodafinil
	PROVIGIL	modafinil
	ROZEREM	ramelteon
ABUSO DE SUSTANCIAS	BUNAVAIL	buprenorphine/naloxone, ZUBSOLV
	LUCEMYRA	clonidine
	SUBOXONE	buprenorphine-naloxone
	ZIMHI 5 MG/0.5 ML SYRINGE	naloxone syringe (generic)
MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	ENVARUS XR	tacrolimus
	LUPKYNIS	mycophenolate, prednisone
CONDICIONES URINARIAS	DETROL LA	tolterodine er
	PROCYSBI	CYSTAGON
	RAPAFLO	silodosin
	UROXATRAL	alfuzosin er
	VESICARE	solifenacin
	VESICARE LS	oxybutynin, oxybutynin er

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, 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.



1. Es posible que la legislación estatal de **Connecticut, 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. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) 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>.

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 o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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