



LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA LEGACY (STANDARD) DE 3 NIVELES DE CIGNA

Cobertura a partir del 1 de enero de 2022

Contigo paso a paso.®



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

885982SP w Legacy (Standard) 3-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
Preguntas frecuentes	21
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	25

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/druglist. Seleccione **Legacy 3 Tier** (Legacy de 3 niveles) del menú desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la lista completa.

¿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.

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 Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna a partir del 1 de enero de 2022.^{1,2} 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.

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 Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna realmente cubre estos medicamentos.

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	
afeditab CR amlodipine amlodipine-benazepril amlodipine-valsartan amlodipine-valsartan-HCTZ atenolol atenolol-chlorthalidone benazepril benazepril-HCTZ candesartan cartia XT carvedilol clonidine digitek digox digoxin diltiazem ER diltiazem CD diltiazem dilt-XR enalapril flecainide acetate hydralazine irbesartan isosorbide mononitrate	BERINERT* (PA) BIDIL BYSTOLIC CINRYZA* (PA) COREG CR COZAAR (ST) DIOVAN (ST) DIOVAN HCT (ST) EDARBI (ST) EDARBYCLOR (ST) EXFORGE EXFORGE HCT FIRAZYR* (PA) HEMANGEOL INDERAL LA INDERAL XL INNOPRAN XL LOTREL MICARDIS (ST) MULTAQ NITRO-DUR NITROLINGUAL NITROMIST NITRONAL NITROSTAT NORTHERA* (PA) NORVASC RANEXA (ST) TEKTURNAL TEKTURNAL HCT

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

Los **medicamentos de especialidad** tienen un asterisco (*) junto al nombre

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

Los medicamentos genéricos están escritos en **minúscula**

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

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 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 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.

- (PA)** **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.
- (QL)** **Límites a la cantidad:** 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 **(QL)** junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.
- (ST)** **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.
- (AGE)** **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.

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 tienen un asterisco (*) al lado del nombre. Algunos planes cubren medicamentos de especialidad en un nivel de especialidad, limitan la cobertura a un suministro para 30 días y/o le exigen que use una farmacia de especialidad preferida para obtener cobertura. 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.

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. Esto significa que 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
SIDA/VIH	6	PRODUCTOS FEMENINOS	14
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	6	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	14
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	AGENTES HORMONALES	15
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6	INFECCIONES	15, 16
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	6, 7	INFERTILIDAD	16
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	7	VARIOS	16
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	7	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	16
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	7, 8	NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	16, 17
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	8	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	17
CÁNCER	8	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	17, 18
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	8	ENFERMEDAD DE PARKINSON	18
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	8–10	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	18
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	10	TRASTORNOS CONVULSIVOS	18
PRODUCTOS DENTALES	10, 11	CONDICIONES CUTÁNEAS	18, 19
DIABETES	11–13	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	19
DIURÉTICOS	13	DEJAR DE FUMAR	19
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	13	ABUSO DE SUSTANCIAS	19
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	13	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	19, 20
CONDICIONES OCULARES	13, 14	CONDICIONES URINARIAS	20
		VACUNAS	20
		CONTROL DEL PESO	20

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$			NIVEL 2 \$\$			NIVEL 3 \$\$\$			NIVEL 1 \$			NIVEL 2 \$\$			NIVEL 3 \$\$\$			
SIDA/VIH									ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR⁴ (cont.)									
abacavir-lamivudine* (PA)	BIKTARVY*	CIMDUO* (PA)							bupropion (QL)									EFFEXOR XR (QL, ST)
efavirenz-emtricitabine-tenofovir*	DESCOVY*+ (PA)	COMPLERA* (PA)							bupropion sr (QL)									FETZIMA (QL, ST)
emtricitabine-tenofovir*	DOVATO*	EVOTAZ* (PA)							bupropion xl 150 mg tablet (QL)									PAXIL (QL, ST)
emtricitabine-tenofovir*+ritonavir*	GENVOYA*	ODEFSEY* (PA)							bupropion xl 300 mg tablet (QL)									PAXIL CR (QL, ST)
tenofovir* (PA)	ISENTRESS HD* (PA)	PIFELTRO* (PA)							buspiron									PRISTIQ (QL, ST)
	ISENTRESS*	PREZCOBIX* (PA)							citalopram (QL)									PROZAC (QL, ST)
	JULUCA*	STRIBILD* (PA)							clomipramine									REMERON
	PREZISTA*	TEMIXYS* (PA)							desvenlafaxine er (QL)									SPRAVATO* (PA)
	SELZENTRY* (PA)								duloxetine (QL)									TRINTELLIX (QL, ST)
	SYMITUZA*								escitalopram (QL)									VIIBRYD (QL, ST)
	TIVICAY PD*								fluoxetine dr (QL)									WELLBUTRIN SR (QL, ST)
	TIVICAY*								fluoxetine (QL)									WELLBUTRIN XL (PA, QL)
	TRIUMEQ*								fluvoxamine (QL)									XANAX
ALERGIA/ROCIADORES NASALES																		
azelastine		CLARINEX							fluvoxamine er (QL)									XANAX XR
azelastine-fluticasone		CLARINEX-D 12 HOUR							lorazepam									ZOLOFT (QL, ST)
cromolyn oral concentrate		GASTROCROM							lorazepam intensol									
desloratadine (QL)		GRASTEK (PA, QL)							mirtazapine									
fluticasone		KARBINAL ER							paroxetine cr (QL)									
hydroxyzine hcl solution, syrup, tablet		ODACTRA (PA, QL)							paroxetine er (QL)									
hydroxyzine pamoate		ORALAIR (PA, QL)							paroxetine (QL)									
ipratropium		PATANASE							sertraline (QL)									
mometasone (QL)		QNASL CHILDREN							trazodone									
olopatadine		RAGWITEK (PA, QL)							venlafaxine (QL)									
promethazine solution, syrup, tablet		SYMJEPI (PA, QL)							venlafaxine er (QL)									
		VISTARIL																
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER									ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS									
donepezil	NAMENDA 5-10 MG	ARICEPT							albuterol	ADVAIR HFA								ADCIRCA* (PA)
donepezil odt	TITRATION PK	EXELON							albuterol hfa (QL)	ANORO ELLIPTA								ADEMPAS* (PA)
memantine		MESTINON							alyq* (PA)	ASMANEX								AIRDUO DIGIHALER (ST)
memantine er (QL)		NAMENDA 10 MG TABLET							ambrisentan* (PA)	ASMANEX HFA								ARMONAIR
pyridostigmine 60 mg/5 ml, 60 mg		NAMENDA 5 MG TABLET							budesonide	ATROVENT HFA								DIGIHALER (ST)
pyridostigmine er rivastigmine		NAMENDA XR (QL)							fluticasone-salmeterol	AEROSPHERE								BRONCHITOL* (PA)
		NAMZARIC (QL)							ipratropium-albuterol	BREO ELLIPTA								DALIRESP (QL)
		pyridostigmine 30mg (PA, QL)							montelukast	BREZTRI								KALYDECO* (PA, QL)
									tadalafil* (PA)	AEROSPHERE								LETAIRIS* (PA)
										COMBIVENT								LONHALA
										RESPIMAT								MAGNAIR REFILL (PA)
										DULERA								LONHALA
										FASENRA PEN* (PA)								MAGNAIR
										FLOVENT DISKUS								STARTER (PA)
										FLOVENT HFA								ORENITRAM ER* (PA)
										INCRUSE ELLIPTA								ORNBAMBI* (PA, QL)
										OFEV* (PA)								PROAIR DIGIHALER (PA, QL)
										OPSUMIT* (PA)								PULMICORT
										PULMICORT								RESPULE
										FLEXHALER								
										PULMOZYME* (PA)								
										QVAR REDIHALER								
										SEREVENT DISKUS								

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)			MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN (cont.)		
NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
	SPIRIVA SPIRIVA RESPIMAT STIOLTO RESPIMAT SYMBICORT TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION* (PA) TRELEGY ELLIPTA UPTRAVI* (PA)	REVATIO 10 MG/ ML, 20 MG* (PA) SINGULAIR STRIVERDI RESPIMAT (ST) SYMDEKO* (PA, QL) TRACLEER 125 MG TABLET* (PA) TRACLEER 62.5 MG TABLET* (PA) TRIKAFTA* (PA, QL) TYVASO* (PA)	amlodipine- olmesartan (QL) amlodipine- valsartan atenolol benazepril bisoprolol bisoprolol-hctz candesartan cartia xt carvedilol carvedilol er (QL) clonidine diltiazem 12hr er diltiazem 24hr er diltiazem 24hr er (cd) diltiazem 24hr er (la) diltiazem 24hr er (xr) diltiazem DILT-XR dofetilide (QL) doxazosin droxidopa* enalapril flecainide hydralazine tablet irbesartan labetalol tablet lisinopril lisinopril-hctz losartan losartan-hctz matzim la metoprolol succinate metoprolol nadolol nifedipine 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)	TEKTURNA HCT (QL) AVAPRO (ST) AZOR (QL) BENICAR (QL, ST) BENICAR HCT (QL, ST) BIDIL (QL) CALAN SR CARDIZEM LA 120mg (QL) CARDURA CATAPRES-TTS 1 CATAPRES-TTS 2 CATAPRES-TTS 3 CONJUPRI (PA) CONSENSI (PA, QL) COREG (ST) CORGARD (ST) COZAAR (ST) DIOVAN (ST) DIOVAN HCT (ST) EPANED EXFORGE GONITRO HAEGARDA* (PA) HEMANGEOL HYZAAR (ST) INDERAL LA (ST) INDERAL XL (ST) INNOPRAN XL (ST) KAPSPARGO SPRINKLE (ST) KATERZIA (QL) LOPRESSOR (ST) LOTENSIN (ST) LOTREL MICARDIS (QL, ST) MICARDIS HCT (QL, ST) MINIPRESS NITROSTAT NORTHERA* (PA) NORVASC ORLADEYO* (PA, QL) PRINIVIL (ST) PROCARDIA XL RANEXA (QL) TAKHZYRO* (PA) TEKTURNA (QL) TENORETIC 100 (ST) TENORETIC 50 (ST) TENORMIN (ST) TIAZAC TIKOSYN (PA, QL)	
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD⁴					
amphetamine (PA) atomoxetine (QL) dexamethylph- enidate (PA) dexamethylph- enidate er (PA, QL) dextroamphetamine amphetamine er (PA, QL) dextroamph- etamine- amphetamine (PA) guanfacine er methylphenidate er (la) (PA, QL) methylphenidate er (PA,QL) methylphenidate (PA) methylphenidate cd (PA, QL) methylphenidate er (cd) (PA, QL) methylphenidate la (PA, QL)	MYDAYIS (PA, QL) VYVANSE (PA, QL)	ADDERALL (PA,ST) ADHANSIA XR (PA, ST, QL) ADZENYS ER (PA, QL) ADZENYS XR-ODT (PA, QL) amphetamine er (PA,QL) DAYTRANA (PA, QL) DYANAVEL XR (PA, QL) EVEKEO (PA,ST) FOCALIN (PA,ST) INTUNIV JORNAY PM (PA, QL, ST) METHYLIN (PA) methylphenidate er 72 mg tablet (PA) QELBREE (PA, QL) QUILLICHEW ER (PA, QL) QUILLIVANT XR (PA, QL) RITALIN (PA,ST) STRATTERA (QL)			
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS					
aminocaproic acid 0.25 gram/ml, 500 mg, 1,000 mg* tranexamic acid 650 mg*	DROXIA NYVEPRIA* (PA) ZIEXTENZO* (PA)	DOPTELET* (PA) LYSTEDA* PROMACTA* (PA) SIKLOS (PA) TAVALLISSE* (PA)			
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN					
amlodipine amlodipine- benazepril	BYSTOLIC (QL, ST) CORLANOR (PA) ENTRESTO	ADALAT CC ALTACE (ST) ATACAND (ST)			

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

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

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

tiadylt er		TOPROL XL (ST)
valsartan		TRIBENZOR
valsartan-hctz		VASOTEC (ST)
verapamil er		VERELAN
verapamil er pm		VERELAN PM
verapamil tablet		VERQUOVO (PA, QL)
verapamil sr		ZESTORETIC (ST)
		ZESTRIL (ST)
		ZIAC (ST)

DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES

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

CÁNCER

abiraterone* (PA)	ERIVEDGE* (PA)	AFINITOR DISPERZ* (PA)
anastrozole+	ERLEADA* (PA)	AFINITOR* (PA)
bexarotene* (PA)	GLEOSTINE	ALECENSA* (PA)
capecitabine* (PA)	IBRANCE* (PA)	ALUNBRIG* (PA)
everolimus* (PA)	NEXAVAR* (PA)	BOSULIF* (PA)
exemestane+	REVLIMID* (PA)	BRAFTOVI* (PA)
hydroxyurea	SPRYCEL* (PA)	CABOMETYX* (PA)
imatinib* (PA)	SUTENT* (PA)	CALQUENCE* (PA)
letrozole	TREXALL	COMETRIQ* (PA)
methotrexate	VERZENIO* (PA)	GLEEVEC* (PA)
tamoxifen+		ICLUSIG* (PA)
temozolomide* (PA)		IMBRUVICA* (PA)
		INLYTA* (PA)
		JAKAFI* (PA)
		KISQALI* (PA)
		LENVIMA* (PA)
		LONSURF* (PA)
		LYNPARZA* (PA)
		MEKINIST* (PA)
		MEKTOVI* (PA)
		NERLYNX* (PA)
		NINLARO* (PA)
		NUBEQA* (PA)
		ODOMZO* (PA)
		ORGOVYX* (PA)

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

CÁNCER (cont.)

		PIQRAY* (PA)
		POMALYST* (PA)
		ROZLYTREK* (PA)
		RUBRACA* (PA)
		RYDAPT* (PA)
		STIVARGA* (PA)
		TAFINLAR* (PA)
		TAGRISSO* (PA)
		TARGRETIN* (PA)
		TASIGNA* (PA)
		TEMODAR
		CAPSULE* (PA)
		TUKYSA* (PA)
		UKONIQ* (PA, QL)
		VENCLEXTA
		STARTING PACK* (PA)
		VENCLEXTA* (PA)
		VITRAKVI* (PA)
		VOTRIENT* (PA)
		XALKORI* (PA)
		XELODA* (PA)
		XOSPATA* (PA)
		XTANDI* (PA)
		ZEJULA* (PA)

MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

atorvastatin+	NEXLETOL (PA, QL)	CADUET (QL)
colesevelam	NEXLIZET (PA, QL)	LIPOFEN (ST)
ezetimibe	REPATHA (PA)	NIASPAN
ezetimibe-simvastatin	VASCEPA (PA)	PRALUENT (PA)
fenofibrate		ROSZET
fenofibric acid		simvastatin 20 mg/5 ml (ST)
fluvastatin er+		TRICOR (ST)
fluvastatin+		TRILIPIX (ST)
icosapent ethyl		VYTORIN (ST)
lovastatin+		WELCHOL
omega-3 acid ethyl esters		ZETIA
pravastatin+		ZOCOR (QL, ST)
rosuvastatin+ (QL)		
simvastatin tablet+ (QL)		

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS

AFIRMELLE+	LO LOESTRIN FE	BALCOLTRA
AFTERA+		BEYAZ
ALTAVERA+		ELLA+
ALYACEN+		ESTROSTEP FE
AMETHIA+		KYLEENA*+
AMETHYST+		LAYOLIS FE+
APRI+		LILETTA*+
ARANELLE+		LOESTRIN FE

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)			PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)		
ASHLYNA+		MICROGESTIN 24 FE	FALMINA+		
AUBRA+		MINASTRIN 24 FE	FAYOSIM+		
AUBRA EQ+		MIRENA*+	FEMCAP+		
AUROVELA+		NATAZIA	FEMYNOR+		
AUROVELA FE+		NEXTSTELLIS	GEMMILY+		
AUROVELA 24 FE+		NUVARING	GYNOL II+		
AVIANE+		PARAGARD T 380- A*+	HAILEY+		
AYUNA+		SAFYRAL	HAILEY FE+		
AZURETTE+		SKYLA*+	HAILEY 24 FE+		
BALZIVA+		SLYND	HEATHER+		
BLISOVI FE+		TAYTULLA	ICLEVIA+		
BLISOVI 24 FE+		TODAY	INCASSIA+		
BRIELLYN+		CONTRACEPTIVE	ISIBLOOM+		
CAMILA+		SPONGE+	JAIMIESS+		
CAMRESE+		TWIRLA+	JASMIEL+		
CAMRESE LO+		VCF	JENCYCLA+		
CAYA CONTOURED+		CONTRACEPTIVE	JOLESSA+		
CAZIAN+		FILM+	JULEBER+		
CHARLOTTE 24 FE+		YASMIN 28	JUNEL+		
CHATEAL+		YAZ	JUNEL FE+		
CHATEAL EQ+			JUNEL FE 24+		
CRYSSELLE+			KAITLIB FE+		
CYCLAFEM+			KALLIGA+		
CYRED+			KARIVA+		
CYRED EQ+			KELNOR 1-35+		
DASETTA+			KELNOR 1-50+		
DAYSEE+			KURVELO+		
DEBLITANE+			LARIN+		
desogestrel-ethinyl estradiol+			LARIN FE+		
desogestrel-ethinyl estradiol - ethinyl estradiol+			LARIN 24 FE+		
DOLISHALE+			LARISSIA+		
drospirenone- ethinyl estradiol- levomefolate+			LEENA+		
drospirenone- ethinyl estradiol+			LESSINA+		
ECONTRA EZ+			LEVONEST+		
ECONTRA ONE- STEP+			levonorgestrel+		
ELINEST+			levonorgestrel- ethinyl estradiol+		
ELURYNG+			levonorgestrel- ethinyl estradiol		
EMOQUETTE+			ethinyl estradiol+		
ENPRESSE+			LEVORA+		
ENSKYCE+			LILLOW+		
ERRIN+			LOJAIMIESS+		
ESTARYLLA+			LORYNA+		
ethynodiol-ethinyl estradiol+			LOW-OGESTREL+		
etonogestrel-ethinyl estradiol+			LO-ZUMANDIMINE+		
			LUTERA+		
			LYLEQ+		
			LYZA+		
			MARLISSA+		
			MERZEE+		
			MICROGESTIN+		
			MICROGESTIN FE+		
			MILI+		
			MONO-LINYAH+		

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)			PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)		
MY CHOICE+ MY WAY+ NECON+ NEW DAY+ NIKKI+ NORA-BE+ norethindrone+ norethindrone- ethinyl estradiol- iron+ norethindrone- ethinyl estradiol+ norethindrone- ethinyl estradiol- ferrous fumarate norgestimate- ethinyl estradiol+ NORLYDA+ NORTREL+ NYLIA+ NYMYO+ OCELLA+ OPCICON ONE- STEP+ OPTION 2+ ORSYTHIA+ PHILITH+ PIMTREA+ PIRMELLA+ PORTIA+ PREVIFEM+ RECLIPSEN+ RIVELSA+ SETLAKIN+ SHAROBEL+ SIMLIYA+ SIMPESE+ SPRINTEC+ SRONYX+ SYEDA+ TAKE ACTION+ TARINA FE+ TARINA FE 1-20 EQ+ TARINA 24 FE+ TILIA FE+ TRI FEMYNOR+ TRI-ESTARYLLA+ TRI-LEGEST FE+ TRI-LINYAH+ TRI-LO-ESTARYLLA+ TRI-LO-MARZIA+ TRI-LO-MILI+ TRI-LO-SPRINTEC+ TRI-MILI+			TRI-NYMYO+ TRI-PREVIFEM+ TRI-SPRINTEC+ TRIVORA+ TRI-VYLIBRA LO+ TRI-VYLIBRA+ TULANA+ TYDEMY+ VCF CONTRACEPTIVE FOAM+ VCF CONTRACEPTIVE GEL+ VELIVET+ VESTURA+ VIENVA+ VIORELE+ VOLNEA+ VYFEMLA+ VYLIBRA+ WERA+ wide seal diaphragm+ WYMZYA FE+ XULANE+ ZAFEMY+ ZARAH+ 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	PREVIDENT 0.2% RINSE	CLINPRO 5000 FLORIVA+^ FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF PREVIDENT 1.1% GEL PREVIDENT 5000 PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$			NIVEL 2 \$\$			NIVEL 3 \$\$\$					
PRODUCTOS DENTALES (cont.)						DIABETES (cont.)					
sodium fluoride 5000 plus triamcinolone			PREVIDENT 5000 PLUS PREVIDENT 5000 SENSITIVE			TRUE METRIX LEVEL 2 CONTROL SOLUTION TRUE METRIX LEVEL 3 CONTROL SOLUTION TRUEPLUS SYRINGE			EASY TALK TEST STRIPS EASY TOUCH TEST STRIPS EASY TRAK TEST STRIPS EASY TRAK II TEST STRIPS EASYGLUCO TEST STRIPS EASYMAX TEST STRIPS EASYMAX 15 TEST STRIPS ELEMENT COMPACT TEST STRIPS ELEMENT TEST STRIPS EMBRACE TEST STRIPS EMBRACE EVO TEST STRIPS EMBRACE PRO TEST STRIPS EMBRACE TALK TEST STRIPS EVOLUTION TEST STRIPS FIFTY50 TEST STRIPS FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIPS FORA D15G TEST STRIPS FORA D20 TEST STRIPS FORA D40-G31 TEST STRIPS FORA G20 TEST STRIPS FORA G30- PREMIUM V10 TEST STRIPS FORA GD50 TEST STRIPS FORA GTEL GLUCOSE TEST STRIPS FORA TEST STRIPS FORA TN'G ADVAN PRO TEST STRIPS		
DIABETES											
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION ACCU-CHEK AVIVA SOLUTION ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET KIT ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION CONTOUR NEXT LEV 1 CONTROL SOLUTION CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOLUTION CONTOUR SOLUTION BD LANCETS BD PEN NEEDLE DROPLET DROPSAFE glimepiride glipizide glipizide er glipizide xl INPEN metformin metformin er NOVOTWIST TECHLITE TRUE METRIX LEVEL 1 CONTROL SOLUTION			ACCU-TREND GLUCOSE TEST STRIPS BAQSIMI (QL) BASAGLAR (QL) DEXCOM G6 (PA, QL) FARXIGA (QL, ST) FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (PA, QL) FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (PA, QL) GLUCAGEN HYPO KIT (QL) GLYXAMBI (QL, ST) HUMULIN (QL) JANUMET (QL, ST) JANUMET XR (QL, ST) JANUVIA (QL, ST) JARDIANCE (QL, ST) LYUMJEV (QL) NOVOLIN (QL) OMNIPOD DASH (PA, QL) ONETOUCH ULTRA TEST STRIP ONETOUCH VERIO TEST STRIP QTERN (QL, ST) RYBELSUS (PA, QL) SOLIQUA 100-33 SYMLINPEN SYNJARDY (QL, ST) SYNJARDY XR (QL, ST) TRIJARDY XR (ST, QL) V-GO 20 V-GO 30 V-GO 40 VICTOZA (PA, QL) XIGDUO XR (QL, ST) XULTOPHY			ADVANCED GLUCOSE TEST STRIPS ADVOCATE REDI- CODE TEST STRIPS ADVOCATE REDI- CODE+ TEST STRIPS ADVOCATE TEST STRIPS AGAMATRIX AMP TEST STRIPS AMARYL ASSURE 4 TEST STRIPS ASSURE PLATINUM TEST STRIP ASSURE PRISM MULTI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP CARESENS N CARETOUCH TEST STRIPS CEQUR CLEVER CHOICE MICRO TEST STRIPS CLEVER CHOICE PRO TEST STRIPS CLEVER CHOICE TALK TEST STRIPS CLEVER CHOICE VOICE+ TST STRIP CONTOUR NEXT TEST STRIPS CONTOUR TEST STRIPS COOL GLUCOSE TEST STRIPS CYCLOSET DIATRUE PLUS TEST STRIPS EASY PLUS II TEST STRIPS EASY STEP TEST STRIPS					

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES (cont.)			DIABETES (cont.)		
		FORA V10 TEST STRIPS			GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS
		FORA V10-V12-D10-D20 TEST STRIPS			GVOKE (QL)
		FORA V12 TEST STRIPS			HEALTHPRO GLUCOSE TEST STRIPS
		FORA V20 TEST STRIPS			IGLUCOSE TEST STRIPS
		FORA V30A TEST STRIPS			INFINITY TEST STRIPS
		FORACARE GD20 TEST STRIPS			INFINITY VOICE TEST STRIPS
		FORACARE GD40 TEST STRIPS			INSULIN ASPART (PA, QL)
		FORACARE GD40			INSULIN LISPRO (PA, QL)
		FORTISCARE GLUCOSE TEST STRIPS			KORLYM* (PA)
		FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS			MICRODOT TEST STRIPS
		FREESTYLE LITE TEST STRIPS			MICRODOT XTRA TEST STRIPS
		FREESTYLE PRECISION NEO TEST STRIPS			MYGLUCOHEALTH TEST STRIPS
		FREESTYLE TEST STRIPS			NEUTEK 2TEK TEST STRIPS
		GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP			NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIPS
		GLUCO NAVII			OPTIUM TEST STRIPS
		GLUCAGON EMERGENCY KIT (QL)			OPTIUM EZ TEST STRIPS
		GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIPS			PHARMACIST CHOICE TEST STRIPS
		GLUCOCARD EXPRESSION TEST STRIPS			PRECISION PCX TEST STRIPS
		GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS			PRECISION PCX PLUS TEST STRIPS
		GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIPS			PRECISION POINT OF CARE
		GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS			PRECISION Q-I-D TEST STRIPS
		GLUCOCOM GLUCOSE TEST STRIPS			PRECISION XTRA TEST STRIPS
		GLUCOSE TEST STRIPS			PREMIER TEST STRIPS
					PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS
					PREMIUM V10 TEST STRIPS

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES (cont.)			DIABETES (cont.)		
		PRO VOICE V8-V9 TEST STRIPS PRODIGY NO CODING TEST STRIPS QUINTET TEST STRIPS QUINTET AC TEST STRIPS REFUAH PLUS TEST STRIPS RELION CONFIRM- MICRO TEST STRIPS RELION PRIME TEST STRIPS RIGHTEST GS100 TEST STRIPS RIGHTEST GS300 TEST STRIPS RIGHTEST GS550 TEST STRIPS RIOMET SEMGLEE (PA, QL) SMART SENSE TEST STRIPS SMARTEST TEST STRIPS SOLUS V2 TEST STRIPS SURE-TEST EASYPLUS MINI TEST STRIPS TEST N'GO TEST STRIPS TEST STRIPS TOUJEO SOLOSTAR (PA, QL) TRUETEST TEST STRIPS TRUETRACK TEST STRIPS ULTIMA TEST STRIPS UNISTRIP1 TEST STRIPS VERASENS TEST STRIPS VIVAGUARD INO TEST STRIPS WAVESENSE JAZZ TEST STRIPS			WAVESENSE PRESTO TEST STRIPS
			DIURÉTICOS		
			acetazolamide tablet acetazolamide er capsule bumetanide tablet chlorthalidone eplerenone furosemide solution, tablet hydrochlorothiazide spironolactone triamterene-hctz	DIURIL	ALDACTONE CAROSPIR EDECRIN (PA) INSPRA JYNARQUE* (PA) KERENDIA LASIX MAXZIDE
			MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS		
			ciprofloxacin- dexamethasone neomycin- polymyxin b-hydrocortisone ofloxacin	CIPRO HC	CIPRODEX CORTISPORIN-TC DERMOTIC OTOVEL
			DISFUNCIÓN ERÉCTIL		
			sildenafil^ (QL) tadalafil^ (QL) vardenafil^ (QL)	MUSE^ (PA, QL)	CIALIS^ (QL, ST) STENDRA^ (QL, ST) VIAGRA^ (QL, ST)
			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	ALPHAGAN P 0.1% DROPS AZASITE BETIMOL BETOPTIC S COMBIGAN EYSUVIS (QL) FLAREX FML FORTE 0.25% EYE DROPS FML S.O.P. 0.1% OINTMENT LOTEMAX SM RESTASIS RESTASIS MULTIDOSE SIMBRINZA XIIDRA ZERVIAE	ACULAR ACULAR LS ACUVAIL ALPHAGAN P 0.15% EYE DROPS ALREX AZOPT BEPREVE BESIVANCE BROMSITE CEQUA COSOPT COSOPT PF CYSTADROPS* (PA, QL) CYSTARAN* (PA, QL) DUREZOL FML FML LIQUIFILM 0.1% EYE DROP ILEVRO INVELTYS

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CONDICIONES OCULARES (cont.)			CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)		
tobramycin-dexamethasone travoprost		ISTALOL LASTACAPT LOTEMAX MAXITROL MOXEZA NEVANAC OCUFLOX OXERVATE* (PA) PRED FORTE PROLENSA RHOPRESSA ROCKLATAN TIMOPTIC TIMOPTIC-XE TOBRADEX EYE DROPS TOBRADEX ST TRUSOPT VIGAMOX ZIRGAN ZYLET	GENTLELAX+ GLYCOLAX+ glycopyrrolate tablet, vial HEMMOREX-HC hemmorex-hc hydrocortisone lansoprazole (QL) LAXACLEAR+ LAXATIVE PEG 3350+ LAXATIVE 5 MG TABLET+ LAXATIVE EC 5 MG TABLET+ mesalamine mesalamine dr metoclopramide solution, tablet metoclopramide odt misoprostol NATURA-LAX+ omeprazole (QL) ondansetron ondansetron odt pantoprazole suspension, tablet (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 (QL) scopolamine SMOOTHLAX+ sucralfate ursodiol WOMEN'S GENTLE LAXATIVE+ WOMEN'S LAXATIVE+	OMECLAMOX-PAK (PA) PREVACID (QL, ST) PROTONIX (QL, ST) RAVICTI* (PA) RECTIV RELISTOR (PA) SANCUSO (PA, QL) SFROWASA SUCRAID* (PA) SYMPROIC (PA) TALICIA (PA) TRANSDERM-SCOPURSO URSO FORTE VARUBI (PA, QL) VIOKACE ZELNORM (PA)	
PRODUCTOS FEMENINOS					
FEM PH GYNAZOLE 1 miconazole 3 200 mg terconazole					
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS					
ALOPHEN PILLS+ alosetron* 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, 20 mg tablet, 40 mg tablet GAVILAX+ GAVILYTE-C+ GAVILYTE-G+ GAVILYTE-N+ GENTLE LAXATIVE TABLET+	AMITIZA CLENPIQ+ DEXILANT (QL) LINZESS LITHOSTAT NEXIUM DR 2.5 MG PACKET (QL) NEXIUM DR 5 MG PACKET (QL) PANCREAZE PENTASA SUPREP+ SUTAB+ VIBERZI	ACIPHEX (QL, ST) AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE BONJESTA CANASA CARAFATE CHENODAL* (PA) CHOLBAM* (PA) CORRECTOL+ CUVPOSA DICLEGIS DONNATAL DULCOLAX+ MIRALAX+ MOVANTIK (PA) NEXIUM DR CAPSULE (PA, QL) NEXIUM DR 10 MG PACKET (PA, QL) NEXIUM DR 20 MG PACKET (PA, QL) NEXIUM DR 40 MG PACKET (PA, QL) OCALIVA* (PA)			

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
AGENTES HORMONALES			INFECCIONES		
AMABELZ budesonide ec budesonide er (PA, QL) cabergoline (QL) COVARYX COVARYX H.S. DECADRON desmopressin DEXABLISS dexamethasone intensol DOTTI (QL) EEMT EEMT H.S. estradiol (once weekly) estradiol 10mcg vaginal insert (QL) estradiol (twice weekly) (QL) estradiol-norethindrone acetate estrogen-methyltestosterone EUTHYROX LEVO-T levothyroxine tablet LEVOXYL liothyronine LYLLANA (QL) medroxyprogesterone methimazole methylprednisolone MIMVEY norethindrone NP THYROID prednisone prednisone intensol progesterone tablet testosterone (PA, QL) WESTHROID YUVAFEM	ANDRODERM (PA, QL) DIVIGEL DUAVEE ESTRING (QL) LUPRON DEPOT-PED*^ (PA) MEDROL 2 MG TABLET ORIAHNN (PA, QL) ORILISSA (PA, QL) PREMARIN TABLET, VAGINAL CREAM APPLICATOR PREMPHASE PREMPRO SOMAVERT* (PA)	ACTIVELLA ALORA (QL) ANDROGEL (PA, QL) ANGELIQ ARMOUR THYROID AYGESTIN BIJUVA BYNFEZIA* (PA) CLIMARA CLIMARA PRO COMBIPATCH CRINONE 4% CYTOMEL ELESTRIN EMFLAZA* (PA) ENTOCORT EC ESTRACE ESTROGEL EVAMIST FENSOLVI*^ (PA) IMVEXXY (QL) INTRAROSA ISTURISA* (PA, QL) JATENZO (PA, QL) levothyroxine capsule LUPANETA PACK*^ (PA) MEDROL 8MG, 16MG, 32MG TABLET MEDROL 4 MG DOSEPAK MENOSTAR (QL) MINIVELLE (QL) MYFEMBREE (QL) NATESTO (PA, QL) NUTROPIN AQ NUSPIN* (PA) ORTIKOS (PA, QL) OSPHENA PROMETRIUM RAYALDEE SYNTHROID (PA) teriparatide* (PA, QL) TIROSINT-SOL UNITHROID VAGIFEM (QL) VIVELLE-DOT (QL)	acyclovir capsule, suspension, tablet albendazole amoxicillin amoxicillin-clavulanate er amoxicillin-clavulanate atovaquone atovaquone-proguanil AVIDOXY azithromycin packet, suspension, tablet cefdinir cefuroxime tablet cephalexin ciprofloxacin clarithromycin clarithromycin er clindamycin COREMINO ER QL doxycycline hyclate 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) mondoxyne nl MORGIDOX nitazoxanide nitrofurantoin (PA) nitrofurantoin monohydrate-macrocrystal nystatin suspension, tablet penicillin v potassium	BARACLUDE SOLUTION* CIPRO SUSPENSION CLEOCIN 75 MG CAPSULE DARAPRIM* (PA) EPCLUSA* (PA, QL) ERY-TAB DR 333 MG TABLET FIRVANQ HARVONI* (PA, QL) LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR* (PA) MAVYRET* (PA) SOFOSBUVIR-VELPATASVIR* (PA) SOLOSEC SOVALDI* (PA, QL) THALOMID* (PA) VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP VOSEVI* (PA) XIFAXAN (QL)	AEMCOLO (QL) ALBENZA ALINIA ARAKODA (PA) ARIKAYCE* (PA) BACTRIM BACTRIM DS BARACLUDE TABLET* (PA, QL) BAXDELA TABLET (PA) CAYSTON* (PA, QL) CIPRO TABLET CLEOCIN 150 MG CAPSULE CLEOCIN 300 MG CAPSULE CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM CLINDESSE CRESEMBA CAPSULE (PA) DIFICID (QL) ELIMITE ERYPED 200 ERY-TAB DR 250 MG TABLET ERY-TAB DR 500 MG TABLET FLAGYL HIPREX KEFLEX KITABIS PAK* (PA, QL) MACROBID MACRODANTIN MALARONE (PA) MINOCIN (PA) minocycline er capsule (ST) MINOLIRA ER (ST) NATROBA NUVESSA NUZYRA TABLET* (QL) ORAVIG PLAQUENIL posaconazole suspension PREVYMIS TABLET* PRIFTIN

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$			NIVEL 2 \$\$			NIVEL 3 \$\$\$		
INFECCIONES (cont.)			VARIOS (cont.)					
permethrin		SIVEXTRO TABLET (PA)				CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER (QL)		
posaconazole tablet		STROMECTOL sulfatrim				COMPACT SPACE CHAMBER (QL)		
pyrimethamine* (PA)		TARGADOX (PA)				EASIVENT (QL)		
sulfamethoxazole-trimethoprim suspension, tablet		TOLSURA				ESBRIET* (PA)		
terbinafine		URIBEL				FLEXICHAMBER (QL)		
tetracycline		VALTREX				INSPIRACHAMBER (QL)		
tobramycin ampule* (PA, QL)		VEMLIDY*				MICROCHAMBER (QL)		
valacyclovir		VIBRAMYCIN 100 MG CAPSULE (PA)				NITYR* (PA)		
valganciclovir		VIBRAMYCIN 25 MG/5 ML SUSPENSION				OPTICHAMBER DIAMOND (QL)		
vancomycin capsule, solution		VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP				POCKET CHAMBER (QL)		
vandazole		XENLETA (PA, QL)				PRO COMFORT SPACER WITH MASK (QL)		
		XOFLUZA (QL)				PROCARE SPACER WITH CHILD MASK (QL)		
		ZEPATIER* (PA)				RITEFLO (QL)		
		ZITHROMAX				SPACE CHAMBER (QL)		
		ZITHROMAX TRI-PAK				SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK (QL)		
		ZYVOX				SPACE CHAMBER-SMALL MASK (QL)		
		SUSPENSION, TABLET (PA)				VORTEX (QL)		
						VORTEX VHC FROG MASK (QL)		
						VORTEX VHC LADYBUG MASK (QL)		
INFERTILIDAD			ESCLEROSIS MÚLTIPLE					
clomiphene ^		CRINONE 8% GEL ^	dalfampridine er* (PA)			AUBAGIO* (PA)		COPAXONE* (PA)
		ENDOMETRIN ^	dimethyl fumarate* (PA)			BAFIERTAM* (PA)		MAVENCLAD* (PA)
		FOLLISTIM* ^ (PA)				GILENYA* (PA)		PONVORY* (PA)
VARIOS			NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS					
deferiprone 500mg* (PA)	ACE AEROSOL	ADDYI ^ (PA, QL)	calcitriol ^			CITRANATAL 90		ALIVE PRENATAL+ AURYXIA (QL)
FC2 FEMALE CONDOM+ KETONE CARE TEST STRIP	CLOUD ENHANCER (QL)	AUSTEDO* (PA)	FA-8+			DHA		BRAINSTRONG PRENATAL+
KETONE CARE TEST STRIP	AEROCHAMBER MINI (QL)	BRISDELLE (QL)	folic acid ^ +			CITRANATAL		CLASSIC PRENATAL+
KETONE TEST STRIP	AEROCHAMBER MV (QL)	EVRYSDI* (PA)	klor-con			ASSURE		
KETOSTIX REAGENT MICROLET	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU (QL)	GALAFOLD* (PA)	KLOR-CON 10 MEQ, COMPRIMIDOS			CITRANATAL		
PRECISION XTRA sodium chloride inhalation vial, irrigation solution, vial	AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL (QL)	INGREZZA INITIATION PACK* (PA, QL)				B-CALM		
TECHLITE LANCETS trientine * (PA)	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS (QL)	INGREZZA* (PA)						
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	AEROCHAMBER AEROCHAMBER TRACH PLUS (QL)	KUVAN* (PA)						
	AEROCHAMBER AEROCHAMBER AEROVENT PLUS (QL)	NUEDEXTA (QL)						
	BREATHRITE (QL)	ORFADIN* (PA)						
	CERDELGA* (PA)	TEGSEDI* (PA)						
		TIGLUTIK* (PA)						
		VYLEESI* ^ (PA, QL)						
		VYNDAMAX* (PA, QL)						
		VYNDAMAX* (PA, QL)						
		VYNDAMAX* (PA, QL)						
		VYNDAMAX* (PA, QL)						

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

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

NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)

KLOR-CON 8 MEQ TABLET	CITRANATAL DHA CITRANATAL	EXPECTA PRENATAL+
KLOR-CON M10 TABLET	HARMONY CITRANATAL RX	FOSRENOL 1,000 MG CHEWABLE TABLET
KLOR-CON M10 TABLET	DRISDOL^ FLORIVA CHEWABLE TABLET+	FOSRENOL 500 MG CHEWABLE TABLET
MULTI-VITAMIN W-FLUORIDE- IRON+	FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACK FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	FOSRENOL 750 MG CHEWABLE TABLET
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE+	MEPHYTON^ NEEVO DHA^	K-TAB ER LOKELMA
MULTIVITAMIN- IRON-FLUORIDE	OB COMPLETE PETITE	MINI PRENATAL+ OB COMPLETE^
ONE DAILY PRENATAL+	OB COMPLETE PREMIER	ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA+
potassium chloride 10%, capsule, packet, tablet	PERRY PRENATAL+ POLY-VI-FLOR WITH IRON+	ONE-A-DAY PRENATAL-1+
prenatal complete+ PRENATAL GUMMIES+	POLY-VI-FLOR+ PRENATE^ PRIMACARE	PHOSLYRA PRENATAL FORMULA-DHA+
PRENATAL MULTI+ prenatal multi-dha+ PRENATAL MULTIVITAMIN+	QUFLORA PEDIATRIC 1 MG CHEWABLE TABLET+	REVELA SIMILAC PRENATAL+
PRENATAL MULTIVITAMIN- DHA+	QUFLORA PEDIATRIC 0.25 MG/ML DROP+	STUART ONE+ ULTRA PRENATAL PLUS DHA+
PRENATAL ONE DAILY+	QUFLORA PEDIATRIC 0.5 MG/ ML DROP+	VELTASSA
PRENATAL VITAMIN + DHA+	ROCALTROL^ TRI-VI-FLOR+	
PRENATAL VITAMIN+	VELPHORO	
PRENATAL VITAMINS+		
PRENATAL+ sevelamer carbonate		
TRI-VITE WITH FLUORIDE+		
vitamin d2 1.25 mg (50,000 unit)^		
VITAMINS A,C,D AND FLUORIDE+		

PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

alendronate	ACTONEL (ST)
ibandronate 150 mg tablet	ATELVIA (ST)
raloxifene+	BINOSTO (ST)
risedronate	BONIVA 150 MG TABLET (ST)

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

PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS (cont.)

risedronate dr		EVISTA FOSAMAX (ST)
----------------	--	------------------------

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

acetaminophen- codeine (PA)	AIMOVIG (PA)	ANALPRAM HC 1% CREAM
allopurinol tablet	AJOVY (PA)	ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM
ASPIRIN EC+	AVSOLA*^ (PA)	ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM
aspirin tablet+	BELBUCA (QL)	ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM SINGLE
baclofen tablet	DUPIXENT* (PA)	ARAVA
buprenorphine patch (QL)	EMGALITY (PA)	BUTRANS (QL)
butalbital- acetaminophen- caffeine (QL)	HYSINGLA ER (PA)	CELEBREX (QL, ST)
carisoprodol	NUCYNIA (PA)	COLCRYS
celecoxib (QL)	NURTEC ODT (PA, QL)	COSENTYX* (PA, QL)
colchicine	OTEZLA* (PA, QL)	DEPEN* (PA)
cyclobenzaprine	PROCTOFOAM-HC	EC-NAPROSYN (ST)
cyclobenzaprine er (PA, QL)	REDITREX (PA)	ECOTRIN EC 325 MG TABLET+
diclofenac 1% gel (QL)	RINVOQ* (PA, QL)	ESGIC (QL)
diclofenac 1.5% topical solution (PA)	SAVELLA	FEXMID
diclofenac dr	SIMPONI ARIA* (PA)	FLECTOR (PA, QL)
diclofenac ec	SKYRIZI* (PA, QL)	INDOMETHACIN 20 MG CAPSULE (PA)
EC-NAPROXEN	TALTZ* (PA, QL)	LAZANDA (PA)
ECOTRIN EC 81 MG TABLET+	UBRELVY (PA, QL)	LICART (PA, QL)
eletriptan (QL)	ULORIC (QL)	LIDODERM
ENDOCET (PA)	XELJANZ XR* (PA, QL)	MITIGARE
febuxostat (QL)	XELJANZ* (PA, QL)	MOBIC (ST)
fentanyl (PA)	XTAMPZA ER (PA)	NALFON 400 MG CAPSULE (PA)
FIORICET (QL)	ZTLIDO	NAPROSYN (ST)
frovatriptan (QL)		NUCYNIA ER (PA)
GLOPERBA (PA, QL)		OLUMIANT* (PA, QL)
GLYDO		ONZETRA XSAIL (PA, QL)
hydrocodone- acetaminophen (PA)		OXAYDO (PA)
hydromorphone er (PA)		OXYCONTIN (PA)
hydromorphone (PA)		PERCOCET (PA)
IBU		PROCORT
ibuprofen		PROLATE SOLUTION (PA)
indomethacin		REYVOW
indomethacin er		SKELAXIN
ketorolac		TOSYMRA (PA, QL)
tromethamine (QL)		TRAMADOL 100 MG TABLET (PA, QL)
leflunomide		

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

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

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

lidocaine 5% ointment (QL)		ULTRAM 50 MG TABLET (QL)
lidocaine 5% patch		VTOL LQ
lidocaine viscous		ZANAFLEX
meloxicam tablet		ZEBUTAL (QL)
meloxicam capsule (PA, QL)		ZOHYDRO ER (PA)
metaxalone		ZOMIG NASAL (PA, QL)
methocarbamol		ZYLOPRIM
morphine (PA)		
morphine er (PA)		
NALFON 600 MG TABLET (ST)		
NALOCET (PA)		
oxycodone (PA)		
oxycodone er (PA)		
oxycodone-acetaminophen (PA)		
penicillamine* (PA)		
PROLATE TABLET (PA)		
rizatriptan (QL)		
sumatriptan (QL)		
tizanidine		
tramadol 50 mg tablet (QL)		
tramadol er (QL)		
VANADOM		

ENFERMEDAD DE PARKINSON

benztropine tablet	KYNMOBI (PA)	AZILECT (QL)
carbidopa-levodopa		DUOPA*
carbidopa-levodopa er		GOCOVRI
pramipexole		INBRIJA* (PA)
pramipexole er (QL)		MIRAPEX ER (QL)
rasagiline (QL)		NEUPRO
ropinirole er		NOURIANZ* (PA, QL)
ropinirole		ONGENTYS (PA, QL)
		OSMOLEX ER (QL)
		RYTARY
		SINEMET 10-100
		SINEMET 25-100
		TASMAR
		XADAGO (ST)

ESQUIZOFRENIA/ANTIPSIKÓTICOS⁴

aripiprazole (QL)	LATUDA (QL)	ABILIFY MYCITE (PA)
aripiprazole odt		FANAPT (QL, ST)
asenapine		INVEGA (QL, ST)

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

ESQUIZOFRENIA/ANTIPSIKÓTICOS (cont.)

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

TRASTORNOS CONVULSIVOS

carbamazepine	DILANTIN 30 MG CAPSULE (PA)	APTIOM (PA, QL)
carbamazepine er		BRIVIACT ORAL SOLUTION, TABLET (PA)
clonazepam	FYCOMPA (PA, QL)	CARBATROL (PA)
divalproex	NAYZILAM (PA, QL)	DEPAKOTE (PA)
divalproex er	VIMPAT SOLTUION, TABLET (PA)	DEPAKOTE ER (PA)
EPITOL		DEPAKOTE SPRINKLE (PA)
gabapentin		DILANTIN 100 MG CAPSULE (PA)
lamotrigine		DILANTIN 50 MG INFATAB (PA)
lamotrigine (blue)		EPIDIOLEX* (PA)
lamotrigine (green)		FINTEPLA* (PA)
lamotrigine (orange)		KLONOPIN (PA)
lamotrigine er		LYRICA (PA)
lamotrigine odt (blue)		LYRICA CR
lamotrigine odt (green)		NEURONTIN (PA)
lamotrigine odt (orange)		OXTELLAR XR (PA)
levetiracetam solution, tablet		PHENYTEK (PA)
levetiracetam er		SPRITAM (PA)
oxcarbazepine		TEGRETOL (PA)
pregabalin		TEGRETOL XR (PA)
ROWEEPRA		VALTOCO (PA, QL)
SUBVENITE		XCOPRI (PA, QL)
SUBVENITE (BLUE)		
SUBVENITE (GREEN)		
SUBVENITE (ORANGE)		
topiramate		
topiramate er		
vigabatrin*		
vigadrone*		

CONDICIONES CUTÁNEAS

ACCUTANE	ACZONE 7.5% GEL PUMP	ABSORICA LD (ST)
adapalene (PA)		ACANYA
adapalene-benzoyl peroxide	ARAZLO	ACZONE 5% GEL
AMNESTEEM	DRYSOL	AKLIEF
	EPIDUO FORTE	AMZEEQ (PA)

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)		
AVAR CLEANSER azelaic acid betamethasone augmented betamethasone dipropionate BP 10-1 calcipotriene cream, ointment, solution calcipotriene- betamethasone CLARAVIS CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET CLINDACIN P 1% PLEDGETS clindamycin 1% foam, gel, lotion, pledget, solution clindamycin- benzoyl peroxide clindamycin phos- tretinoin clobetasol clocortolone CLODAN clotrimazole- betamethasone dapsona gel fluocinonide fluorouracil cream, topical solution isotretinoin ketoconazole KETODAN metronidazole mupirocin MYORISAN NEUAC GEL pimecrolimus ROSDAN sodium sulfacetamide- sulfur SSS 10-5 SULFACLEANSE 8-4 tacrolimus ointment tazarotene 0.1% cream tretinoin (PA) TRIDERM ZENATANE	EUCRISA NAFTIN PRAMOSONE 1% LOTION PRAMOSONE 1%- 1% CREAM PRAMOSONE 1%- 1% OINTMENT PRAMOSONE 2.5%- 1% OINTMENT SANTYL (QL) TAZORAC 0.05% CREAM TAZORAC 0.05% GEL TAZORAC 0.1% GEL	ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION ATRALIN (PA) AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS AVITA (PA) BENZACLIN GEL (PA) BRYHALI (ST) calcipotriene foam (PA) CAPEX SHAMPOO (ST) CLEOCIN T CLINDACIN ETZ KIT CLINDACIN PAC KIT CLODERM (ST) DAPSONE 7.5% GEL PUMP DENA VIR (QL) DESOWEN (ST) DIFFERIN CREAM, GEL PUMP, LOTION (PA) DOVONEX DUOBRII EFUDEX ELIDEL EVOCLIN FABIOR KLISYRI (PA, QL) LOCOID LIPOCREAM (PA) METROCREAM (PA) METROGEL (PA) METROLOTION (PA) NEUAC 1.2-5% KIT ONEXTON PRAMOSONE 2.5%- 1% CREAM PRAMOSONE 2.5%- 1% LOTION PROTOPIC QBREXZA REGANEX (PA, QL) RETIN-A (PA) RETIN-A MICRO (PA)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)		
		RETIN-A MICRO PUMP (PA) TARGRETIN* tazarotene 0.1% foam TAZORAC 0.1% CREAM TEMOVATE (ST) VECTICAL (QL) VELTIN (PA) WINLEVI (PA) WYNZORA (PA) XEPI ZILXI (PA)
TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES		
armodafinil (PA) eszopiclone modafinil (PA) temazepam zolpidem zolpidem er (QL)	DAYVIGO (QL, ST) SUNOSI (PA, QL)	HETLIOZ LQ* (PA) HETLIOZ* (PA) LUNESTA (ST) SILENOR (QL, ST) WAKIX* (PA, QL) XYREM* (PA) XYWAV* (PA) ZOLPIMIST (PA)
DEJAR DE FUMAR⁴		
bupropion sr+ NICODERM CQ 21 MG/24HR PATCH+ nicotine gum+ nicotine lozenge+ nicotine patch+ QUIT 2+ QUIT 4+ STOP SMOKING AID+	CHANTIX^ NICOTROL NS+^ NICOTROL+^	NICODERM CQ 14 MG/24HR PATCH+ NICODERM CQ 7 MG/24HR PATCH+ NICORETTE+
ABUSO DE SUSTANCIAS		
buprenorphine- naloxone	LUCEMYRA (QL) NARCAN (QL) ZUBSOLV	BUNAVAIL KLOXXADO (QL) SUBOXONE
MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE		
azathioprine* everolimus* mycophenolate mofetil* mycophenolic acid* sirolimus* tacrolimus capsule*		ASTAGRAF XL* CELLCEPT ORAL SUSPENSION, TABLET* ENVARSUS XR* MYFORTIC* NEORAL* PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET*

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 3 niveles de Cigna

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

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE (cont.)

		PROGRAF 0.5 MG CAPSULE*
		PROGRAF 1 MG CAPSULE*
		PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET*
		PROGRAF 5 MG CAPSULE*
		RAPAMUNE*
		ZORTRESS*

CONDICIONES URINARIAS

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

VACUNAS

Las vacunas ahora están cubiertas por su beneficio de farmacia. 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	WEGOVY^ (PA,QL)	CONTRACE^ (PA)
phentermine ^		QSYMIA^ (PA)

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:^{1,2}

- 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. Su plan excluye determinados medicamentos o productos de la cobertura. Esto se conoce como una “exclusión del plan (o de beneficios)”. Por ejemplo, su plan no incluye medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. Con los medicamentos excluidos, no existe la opción de obtener cobertura a través del proceso de revisión de la cobertura de Cigna.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

R. La Lista de medicamentos con receta 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 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

Preguntas frecuentes (cont.)

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 cignaforhpc.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?

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.

Preguntas frecuentes (cont.)

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.⁵

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.⁶ 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.⁶ 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.

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.⁷

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 adicional⁸
- › 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

Preguntas frecuentes (cont.)

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).⁹ 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 medicamento 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:¹⁰

- › 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 medicamento 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 fertilidad³, la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar³ 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 medicamento 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. Los precios que se muestran en myCigna no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite myCigna para obtener más información.
6. 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>.
7. 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.
8. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
9. 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.
10. 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 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 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).