



# LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA LEGACY (PERFORMANCE) 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 o Connecticut General Life Insurance Company

891393SPu Legacy (Performance) 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	23
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	27

### 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.** Desplácese hacia abajo hasta que vea un archivo pdf de la **Lista de medicamentos con receta Legacy (Performance) de 3 niveles de Cigna.**

#### ¿Tiene preguntas?

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

\* Creación de la Lista de medicamentos: creada originalmente el 1 de julio de 2016

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

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

## Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta Legacy (Performance) de 3 niveles de Cigna a partir del 1 de enero de 2022.<sup>1,2</sup> Los medicamentos están agrupados según la condición que tratan, y luego se los ordena alfabéticamente (según el inglés) dentro de niveles que representan niveles de costo compartido.

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

## 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 (Performance) de 3 niveles de Cigna realmente cubre estos medicamentos.

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$
<b>MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN</b>	
afeditab CR amlodipine besylate amlodipine besylate-benazepril amlodipine-valsartan amlodipine-valsartan-HCTZ atenolol atenolol-chlorthalidone benazepril benazepril-HCTZ candesartan cilexetil 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 CINRYZE* (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 (Performance) 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.

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

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

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

## Los medicamentos de marca están escritos en mayúscula

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

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

Los medicamentos de especialidad se usan para tratar condiciones médicas complejas. En esta Lista de medicamentos, los medicamentos de especialidad 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	15
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	6	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	15-16
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	AGENTES HORMONALES	16-17
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6	INFECCIONES	17
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	6-7	INFERTILIDAD	18
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	7	VARIOS	18
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	7	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	18
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	7-8	NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	18-19
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	8	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	19
CÁNCER	8-9	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	19-20
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	9	ENFERMEDAD DE PARKINSON	20
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	9-11	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	20
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	11	TRASTORNOS CONVULSIVOS	20
PRODUCTOS DENTALES	11	CONDICIONES CUTÁNEAS	20-21
DIABETES	11-14	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	21
DIURÉTICOS	15	DEJAR DE FUMAR	21
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	15	ABUSO DE SUSTANCIAS	21
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	15	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	22
CONDICIONES OCULARES	15	CONDICIONES URINARIAS	22
		VACUNAS	22
		CONTROL DEL PESO	22

## Lista de medicamentos con receta Legacy (Performance) de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>SIDA/VIH</b>			<b>ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR<sup>4</sup></b>		
abacavir-lamivudine* (PA)	BIKTARVY*	CIMDUO* (PA)	alprazolam		APLENZIN ER (PA, QL)
efavirenz-emtricitabine-tenofovir*	DESCOVY*+ (PA)	COMPLERA* (PA)	alprazolam er		bupropion xl 450mg tablet (QL, PA)
emtricitabine-tenofovir*+	DOVATO*	EVOTAZ* (PA)	alprazolam intensol		CELEXA (QL, ST)
ritonavir*	GENVOYA*	ODEFSEY* (PA)	alprazolam odt		EFFEXOR XR (QL, ST)
tenofovir* (PA)	ISENTRESS HD* (PA)	PIFELTRO* (PA)	alprazolam xr		FETZIMA (QL, ST)
	ISENTRESS*	PREZCOBIX* (PA)	amitriptyline		PAXIL (QL, ST)
	JULUCA*	STRIBILD* (PA)	bupropion (QL)		PAXIL CR (QL, ST)
	PREZISTA*	TEMIXYS* (PA)	bupropion sr (QL)		PRISTIQ (QL, ST)
	SELZENTRY* (PA)		bupropion xl 150 mg tablet (QL)		PROZAC (QL, ST)
	SYMTUZA*		bupropion xl 300 mg tablet (QL)		REMERON
	TIVICAY PD*		bupirone		SPRAVATO* (PA)
	TIVICAY*		citalopram (QL)		TRINTELLIX (QL, ST)
	TRIUMEQ*		clomipramine		VIIBRYD (QL, ST)
<b>ALERGIA/ROCIADORES NASALES</b>			desvenlafaxine er (QL)		WELLBUTRIN SR (QL, ST)
azelastine		CLARINEX	duloxetine (QL)		WELLBUTRIN XL (PA, QL)
azelastine-fluticasone		CLARINEX-D 12 HOUR	escitalopram (QL)		XANAX
cromolyn oral concentrate		GASTROCROM	fluoxetine dr (QL)		XANAX XR
desloratadine (QL)		GRASTEK (PA, QL)	fluoxetine (QL)		ZOLOFT (QL, ST)
fluticasone-salmeterol		KARBINAL ER	fluvoxamine (QL)		
hydroxyzine hcl solution, syrup, tablet		ODACTRA (PA, QL)	fluvoxamine er (QL)		
hydroxyzine pamoate		ORALAIR (PA, QL)	lorazepam		
ipratropium		PATANASE	lorazepam intensol		
mometasone (QL)		QNASL CHILDREN	mirtazapine		
olopatadine		RAGWITEK (PA, QL)	paroxetine cr (QL)		
promethazine solution, syrup, tablet		SYMJEPI (PA, QL)	paroxetine er (QL)		
		VISTARIL	paroxetine (QL)		
			sertraline (QL)		
			trazodone		
			venlafaxine (QL)		
			venlafaxine er (QL)		
<b>ENFERMEDAD DE ALZHEIMER</b>			<b>ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS</b>		
donepezil	MESTINON	ARICEPT	albuterol	ADVAIR HFA	ADCIRCA* (PA)
donepezil odt	60 MG/5 ML SOLUTION	EXELON	albuterol hfa (QL)	ANORO ELLIPTA	ADEMPAS* (PA)
memantine		MESTINON 180 MG	alyq* (PA)	ASMANEX	AIRDUO DIGIHALER (ST)
memantine er (QL)	NAMENDA 5-10 MG TITRATION PK	TIMESPAN	ambresentan* (PA)	ASMANEX HFA	ARALAST NP* (PA)
pyridostigmine 60 mg/5 ml, 60 mg		MESTINON 60 MG TABLET	budesonide	ATROVENT HFA	ARMONAIR DIGIHALER (ST)
pyridostigmine er		NAMENDA 10 MG TABLET	FLUTICASONE-SALMETEROL	BEVESPI AEROSPHERE	BRONCHITOL* (PA)
rivastigmine		NAMENDA 5 MG TABLET		BREO ELLIPTA	DALIRESP (QL)
		NAMENDA XR (QL)			KALYDECO* (PA, QL)
		NAMZARIC (QL)			LETAIRIS* (PA)
		pyridostigmine 30mg (PA, QL)			LONHALA
					MAGNAIR REFILL (PA)

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

**ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)**

ipratropium-albuterol	BREZTRI AEROSPHERE	LONHALA MAGNAIR
montelukast	COMBIVENT	STARTER (PA)
tadalafil* (PA)	RESPIMAT DULERA FASENRA PEN* (PA) FLOVENT DISKUS FLOVENT HFA INCRUSE ELLIPTA OFEV* (PA) OPSUMIT* (PA) PULMICORT FLEXHALER PULMOZYME* (PA) QVAR REDIHALER SEREVENT DISKUS SPIRIVA SPIRIVA RESPIMAT STIOLTO RESPIMAT SYMBICORT TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION* (PA) TRELEGY ELLIPTA UPTRAVI* (PA)	ORENITRAM ER* (PA) ORKAMBI* (PA, QL) PROAIR DIGIHALER (PA, QL) PULMICORT RESPULE 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)

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

amphetamine (PA)	MYDAYIS (PA, QL)	ADDERALL (PA,ST)
atomoxetine (QL)	VYVANSE (PA, QL)	ADHANSIA XR (PA, ST, QL)
dexmethylphenidate (PA)		ADZENYS ER (PA, QL)
dexmethylphenidate er (PA, QL)		ADZENYS XR-ODT (PA, QL)
dextroamphetamine amphetamine er (PA, QL)		amphetamine er (PA,QL)
dextroamphetamine-amphetamine (PA)		DAYTRANA (PA, QL)
guanfacine er		DYANAVEL XR (PA, QL)
methylphenidate er (la) (PA, QL)		EVEKEO (PA,ST)
methylphenidate er (PA,QL)		FOCALIN (PA,ST)
		INTUNIV JORNAY PM (PA, QL, ST)
		METHYLIN (PA)
		methylphenidate er 72 mg tablet (PA)

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

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

methylphenidate (PA)		QELBREE (PA, QL)
methylphenidate cd (PA, QL)		QUILLICHEW ER (PA, QL)
methylphenidate er (cd) (PA, QL)		QUILLIVANT XR (PA, QL)
methylphenidate la (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) ZIENTENZO* (PA)	DOPTELET* (PA) LYSTEDA* PROMACTA* (PA) SIKLOS (PA) TAVALISSE* (PA)
--	---	--

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

amlodipine	BYSTOLIC (QL, ST)	ADALAT CC
amlodipine-benazepril	CORLANOR (PA)	ALTACE (ST)
amlodipine-olmesartan (QL)	ENTRESTO	ATACAND (ST)
amlodipine-valsartan	TEKURNA HCT (QL)	AVAPRO (ST)
atenolol		AZOR (QL)
benazepril		BENICAR (QL, ST)
bisoprolol		BENICAR HCT (QL, ST)
bisoprolol-hctz		BIDIL (QL)
candesartan		CALAN SR
cartia xt		CARDIZEM LA 120MG (QL)
carvedilol		CARDURA
carvedilol er (QL)		CATAPRES-TTS 1
clonidine		CATAPRES-TTS 2
diltiazem 12hr er		CATAPRES-TTS 3
diltiazem 24hr er		CONJUPRI (PA)
diltiazem 24hr er (cd)		CONSENSI (PA, QL)
diltiazem 24hr er (la)		COREG (ST)
diltiazem 24hr er (xr)		CORGARD (ST)
diltiazem		COZAAR (ST)
DILT-XR		DIOVAN (ST)
dofetilide (QL)		DIOVAN HCT (ST)
doxazosin		EPANED
droxidopa*		EXFORGE
enalapril		GONITRO
flecainide		HAEGARDA* (PA)
		HEMANGEOL
		HYZAAR (ST)
		INDERAL LA (ST)

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

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

hydralazine tablet		INDERAL XL (ST)
irbesartan		INNOPRAN XL (ST)
labetalol tablet		KAPSPARGO
lisinopril		SPRINKLE (ST)
lisinopril-hctz		KATERZIA (QL)
losartan		LOPRESSOR (ST)
losartan-hctz		LOTENSIN (ST)
matzim la		LOTREL
metoprolol succinate		MICARDIS (QL, ST)
metoprolol		MICARDIS HCT (QL, ST)
nadolol		MINIPRESS
nifedipine		NITROSTAT
nifedipine er		NORTHERA* (PA)
olmesartan (QL)		NORVASC
olmesartan-amlodipine-hctz		ORLADEYO* (PA, QL)
olmesartan-hctz (QL)		PRINIVIL (ST)
prazosin		PROCARDIA XL
propranolol tablet		RANEXA (QL)
propranolol er		TAKHZYRO* (PA)
ramipril		TEKTURNA (QL)
ranolazine er (QL)		TENORETIC 100 (ST)
taztia xt		TENORETIC 50 (ST)
telmisartan (QL)		TENORMIN (ST)
telmisartan-hctz (QL)		TIAZAC
tiadylt er		TIKOSYN (PA, QL)
valsartan		TOPROL XL (ST)
valsartan-hctz		TRIBENZOR
verapamil er		VASOTEC (ST)
verapamil er pm		VERELAN
verapamil tablet		VERELAN PM
verapamil sr		VERQUVO (PA, QL)
		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+		PRADAXA (PA)
clopidogrel		SAVAYSA (PA, QL)
jantoven		ZONTIVITY

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

**DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES (cont.)**

low dose aspirin ec+		
prasugrel		
st. joseph aspirin ec+		
st. joseph aspirin+ warfarin		

**CÁNCER**

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



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

**CÁNCER (cont.)**

		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)	simvastatin 20 mg/5 ml (ST)
fenofibrate		TRICOR (ST)
fenofibric acid		TRILIPIX (ST)
fluvastatin er+		VYTORIN (ST)
fluvastatin+		WELCHOL
icosapent ethyl		ZETIA
lovastatin+		ZOCOR (QL, ST)
omega-3 acid ethyl esters		
pravastatin+		
rosuvastatin+ (QL)		
simvastatin tablet+ (QL)		

**PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS**

AFIRMELLE+	LO LOESTRIN FE	BALCOLTRA
AFTERA+		BEYAZ
ALTAVERA+		CAYA
ALYACEN+		CONTOURED+
AMETHIA+		ELLA+
AMETHYST+		ESTROSTEP FE
APRI+		FEMCAP+
ARANELLE+		KYLEENA*+
ASHLYNA+		LAYOLIS FE+
AUBRA+		LILETTA*+
AUBRA EQ+		LOESTRIN FE
AUROVELA+		MICROGESTIN 24 FE
		MINASTRIN 24 FE
		MIRENA*+

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

**PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)**

AUROVELA FE+		NATAZIA
AUROVELA 24 FE+		NEXTSTELLIS
AVIANE+		NUVARING
AYUNA+		PARAGARD T 380- A*+
AZURETTE+		SAFYRAL
BALZIVA+		SKYLA*+
BLISOVI FE+		SLYND
BLISOVI 24 FE+		TAYTULLA
BRIELLYN+		TODAY
CAMILA+		CONTRACEPTIVE SPONGE+
CAMRESE+		TWIRLA+
CAMRESE LO+		VCF
CAYA CONTOURED+		CONTRACEPTIVE FILM+
CAZIAN+T		WIDE SEAL
CHARLOTTE 24 FE+		DIAPHRAGM+
CHATEAL+		YASMIN 28
CHATEAL EQ+		YAZ
CRYSSELLE+		
CYCLAFEM+		
CYRED+		
CYRED EQ+		
DASETTA+		
DAYSEE+		
DEBLITANE+		
desogestrel-ethinyl estradiol+		
desogestrel-ethinyl estradiol - ethinyl estradiol+		
DOLISHALE+		
drospirenone- ethinyl estradiol-		
levomefolate+		
drospirenone- ethinyl estradiol+		
ECONTRA EZ+		
ECONTRA ONE- STEP+		
ELINEST+		
ELURYNG+		
EMOQUETTE+		
ENPRESSE+		
ENSKYCE+		
ERRIN+		
ESTARYLLA+		
ethynodiol-ethinyl estradiol+		

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

**PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)**

etonogestrel-ethinyl		
estradiol+		
FALMINA+		
FAYOSIM+		
FEMYNOR+		
GEMMILY+		
GYNOL II+		
HAILEY+		
HAILEY FE+		
HAILEY 24 FE+		
HEATHER+		
ICLEVIA+		
INCASSIA+		
ISIBLOOM+		
JAIMIESS+		
JASMIEL+		
JENCYCLA+		
JOLESSA+		
JULEBER+		
JUNEL+		
JUNEL FE+		
JUNEL FE 24+		
KAITLIB FE+		
KALLIGA+		
KARIVA+		
KELNOR 1-35+		
KELNOR 1-50+		
KURVELO+		
LARIN+		
LARIN FE+		
LARIN 24 FE+		
LARISSIA+		
LEENA+		
LESSINA+		
LEVONEST+		
levonorg- estrel+		
levonorgestrel-		
ethinyl estradiol+		
levonorgestrel-		
ethinyl estradiol		
ethinyl estradiol+		
LEVORA+		
LILLOW+		
LOJAIMIESS+		
LORYNA+		
LOW-OGESTREL+		
LO-ZUMANDIMINE+		

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

**PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)**

LUTERA+		
LYLEQ+		
LYZA+		
MARLISSA+		
MERZEE+		
MICROGESTIN+		
MICROGESTIN FE+		
MILI+		
MONO-LINYAH+		
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+		

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

**PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)**

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+		

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

**MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO**

brompheniramine- pseudoephed-dm		HYCODAN (PA, QL)
hydrocodone- homatropine (PA,QL)		TESSALON PERLE
promethazine-dm		TUZISTRA XR (PA, QL)

**PRODUCTOS DENTALES**

chlorhexidine	PREVIDENT 5000	CLINPRO 5000
DENTA 5000 PLUS	1.1% DRY MOUTH	FLORIVA+
DENTAGEL	PREVIDENT 5000	FLUORIDEX
doxycycline hyclate	BOOSTER PLUS	SENSITIVITY
FLUORIDEX DAILY	PREVIDENT 5000	RELIEF
DEFENSE 1.1%	ENAMEL PROTECT	PREVIDENT 0.2%
ORALONE	PREVIDENT 5000	RINSE
PERIDEX	ORTHO DEFENSE	PREVIDENT 1.1%
PERIOGARD	PREVIDENT 5000	GEL
SF 1.1% GEL	SENSITIVE	PREVIDENT 5000
SF 5000 PLUS		PLUS
sodium fluoride		
sodium fluoride		
5000 dry mouth		
sodium fluoride		
5000 plus		
triamcinolone		

**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

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

**DIABETES (cont.)**

glimepiride	ACCUTREND	ADVANCED
glipizide	GLUCOSE TEST	GLUCOSE TEST
glipizide er	STRIPS	STRIPS
glipizide xl	BAQSIMI (QL)	ADVOCATE REDI-
INPEN	BASAGLAR (QL)	CODE TEST STRIPS
	BD LANCETS	ADVOCATE REDI-
	BD PEN NEEDLE	CODE+ TEST
metformin	DEXCOM G6 (PA,	STRIPS
metformin er	QL)	ADVOCATE TEST
TECHLITE	DROPLET	STRIPS
TRUE METRIX	DROPSAFE	AGAMATRIX AMP
	FARXIGA (QL, ST)	TEST STRIPS
	FREESTYLE LIBRE	AMARYL
	14 DAY SENSOR	ASSURE 4 TEST
	(PA, QL)	STRIPS
	FREESTYLE LIBRE 2	ASSURE PLATINUM
	SENSOR (PA, QL)	TEST STRIP
	GLUCAGEN HYPO	ASSURE PRISM
	KIT (QL)	MULTI
	GLYXAMBI (QL, ST)	BLOOD GLUCOSE
	HUMULIN (QL)	TEST STRIP
	JANUMET (QL, ST)	CARESENS N
	JANUMET XR (QL,	CARETOUCH TEST
	ST)	STRIPS
	JANUVIA (QL, ST)	CEQR
	JARDIANCE (QL, ST)	CLEVER CHOICE
	LYUMJEV (QL)	MICRO TEST
	NOVOLIN (QL)	STRIPS
	NOVOTWIST	CLEVER CHOICE
	OMNIPOD DASH	PRO TEST STRIPS
	(PA, QL)	CLEVER CHOICE
	ONETOUCH ULTRA	TALK TEST STRIPS
	TEST STRIP	CLEVER CHOICE
	ONETOUCH	VOICE+ TST STRIP
	ULTRAMINI	CONTOUR NEXT
	ONETOUCH VERIO	TEST STRIPS
	FLEX METER	CONTOUR TEST
	ONETOUCH VERIO	STRIPS
	IQ METER	COOL GLUCOSE
	ONETOUCH VERIO	TEST STRIPS
	METER	CYCLOSET
	ONETOUCH VERIO	
	REFLECT METER	
	ONETOUCH VERIO	
	TEST STRIP	
	QTERN (QL, ST)	
	RYBELSUS (PA, QL)	
	SOLIQUA 100-33	

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

**DIABETES (cont.)**

	SYMLINPEN	DEXCOM G4
	SYNJARDY (QL, ST)	DEXCOM G5
	SYNJARDY XR (QL,	DEXCOM G5-G4
	ST)	SENSOR
	TRIJARDY XR (ST,	DIATRUE PLUS TEST
	QL)	STRIPS
	TRUEPLUS SYRINGE	EASY PLUS II TEST
	V-GO 20	STRIPS
	V-GO 30	EASY STEP TEST
	V-GO 40	STRIPS
	VICTOZA (PA, QL)	EASY TALK TEST
	XIGDUO XR (QL, ST)	STRIPS
	XULTOPHY	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
		ENLITE GLUCOSE
		SENSOR
		EVERSENSE
		SMART
		TRANSMITTER
		EVOLUTION TEST
		STRIPS
		FIFTY50 TEST
		STRIPS
		FORA 6 CONNECT
		GLUCOSE STRIPS
		FORA D15G TEST
		STRIPS

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

**DIABETES (cont.)**

		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
		FORA TN'G VOICE TEST STRIPS
		FORA V10 TEST STRIPS
		FORA V10-V12-D10-D20 TEST STRIPS
		FORA V12 TEST STRIPS
		FORA V20 TEST STRIPS
		FORA V30A TEST STRIPS
		FORACARE GD20 TEST STRIPS
		FORACARE GD40 TEST STRIPS
		FORTISCARE GLUCOSE TEST STRIPS
		FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS
		FREESTYLE LITE TEST STRIPS
		FREESTYLE PRECISION NEO TEST STRIPS
		FREESTYLE TEST STRIPS

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

**DIABETES (cont.)**

		GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP
		GLUCAGON EMERGENCY KIT (QL)
		GLUCO NAVII
		GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS STRIPS
		GLUCOCARD EXPRESSION TEST STRIPS
		GLUCOCARD VITAL TEST STRIPS
		GLUCOCARD VITAL SENSOR STRIPS
		GLUCOCARD SHINE TEST STRIPS
		GLUCOCOM GLUCOSE TEST STRIPS
		GLUCOSE TEST STRIPS
		GLUCOSE TEST STRIPS
		GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS
		GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER
		GUARDIAN LINK 3
		GUARDIAN SENSOR 3
		GVOKE (QL)
		HEALTHPRO GLUCOSE TEST STRIPS
		IGLUCOSE TEST STRIPS
		INFINITY TEST STRIPS
		INFINITY VOICE TEST STRIPS
		INSULIN ASPART (PA, QL)
		INSULIN LISPRO (PA, QL)
		KORLYM* (PA)

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

**DIABETES (cont.)**

		MICRODOT TEST STRIPS
		MICRODOT XTRA TEST STRIPS
		MYGLUCOHEALTH TEST STRIPS
		NEUTEK 2TEK TEST STRIPS
		NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIPS
		OPTIUM TEST STRIPS
		OPTIUM EZ TEST STRIPS
		PHARMACIST CHOICE TEST STRIPS
		PRECISION PCX TEST STRIPS
		PRECISION PCX PLUS TEST STRIPS
		PRECISION POINT OF CARE
		PRECISION Q-I-D TEST STRIPS
		PRECISION XTRA TEST STRIPS
		PREMIER TEST STRIPS
		PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS
		PREMIUM V10 TEST STRIPS
		PRO VOICE V8-V9 TEST STRIPS
		PRODIGY NO CODING TEST STRIPS
		QUINTET TEST STRIPS
		QUINTET AC TEST STRIPS
		REFUAH PLUS TEST STRIPS

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

**DIABETES (cont.)**

		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

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

### DIURÉTICOS

acetazolamide tablet	DIURIL	ALDACTONE
acetazolamide er capsule		CAROSPIR
bumetanide tablet		EDECIN (PA)
chlorthalidone		INSPIRA
eplerenone		JYNARQUE* (PA)
furosemide solution, tablet		KERENDIA
hydrochlorothiazide		LASIX
spironolactone		MAXZIDE
triamterene-hctz		

### MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS

ciprofloxacin-dexamethasone	CIPRO HC	CIPRODEX
neomycin-polymyxin b-hydrocortisone		CORTISPORIN-TC
ofloxacin		DERMOTIC
		OTOVEL

### DISFUNCIÓN ERÉCTIL

sildenafil (QL)	MUSE (QL)	CIALIS (QL, ST)
tadalafil (QL)		STENDRA (QL, ST)
vardenafil (QL)		VIAGRA (QL, ST)

### CONDICIONES OCULARES

bimatoprost (QL)	ALPHAGAN P 0.1%	ACULAR
brimonidine	DROPS	ACULAR LS
brinzolamide	AZASITE	ACUVAIL
ciprofloxacin	BETIMOL	ALPHAGAN P
dorzolamide	BETOPTIC S	0.15% EYE DROPS
dorzolamide-timolol	COMBIGAN	ALREX
erythromycin	EYSUVIS (QL)	AZOPT
fluorometholone	FLAREX	BEPREVE
ketorolac	FML FORTE 0.25% EYE DROPS	BESIVANCE
latanoprost	FML S.O.P. 0.1%	BROMSITE
loteprednol	OINTMENT	CEQUA
moxifloxacin eye drops	LOTEMAX SM	COSOPT
neomycin-polymyxin b-dexamethasone	RESTASIS	COSOPT PF
ofloxacin	RESTASIS	CYSTADROPS* (PA, QL)
olopatadine	MULTIDOSE	CYSTARAN* (PA, QL)
polymyxin b sulfate-trimethoprim	SIMBRINZA	DUREZOL
prednisolone	XIIDRA	FML
	ZERVIAE	FML LIQUIFILM
		0.1% EYE DROP
		ILEVRO

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

### CONDICIONES OCULARES (cont.)

timolol		INVELTYS
tobramycin-dexamethasone		ISTALOL
travoprost		LASTACFT
		LOTEMAX
		MAXITROL
		MOXEZA
		NEVANAC
		OCUFLOX
		OMECLAMOX-PAK (PA)
		OXERVATE* (PA)
		PRED FORTE
		PROLENSA
		RHOPRESSA
		ROCKLATAN
		TIMOPTIC
		TIMOPTIC-XE
		TOBRADEX EYE DROPS
		TOBRADEX ST
		TRUSOPT
		VIGAMOX
		ZIRGAN
		ZYLET

### PRODUCTOS FEMENINOS

FEM PH		
GYNAZOLE 1		
miconazole 3 200 mg		
terconazole		

### CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS

ALOPHEN PILLS+ alosetron*	AMITIZA	ACIPHEX (QL, ST)
ANUCORT-HC	CLENPIQ+	AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE
balsalazide	DEXILANT (QL)	BONJESTA
bisacodyl tablet+ cinacalcet*	LINZESS	CANASA
CLEARLAX+ CONSTULOSE	LITHOSTAT	CARAFATE
dicyclomine capsule, solution, tablet	NEXIUM DR 2.5 MG PACKET (QL)	CHENODAL* (PA)
esomeprazole 20 mg capsule, 40 mg capsule, packets (QL)	NEXIUM DR 5 MG PACKET (QL)	CHOLBAM* (PA)
	PANCREAZE	CORRECTOL+
	PENTASA	CUVPOSA

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

**CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS**  
(cont.)

famotidine 40 mg/5 ml suspension, 20 mg tablet, 40 mg tablet	SUPREP+ SUTAB+ VIBERZI	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) PREVACID (QL, ST) PROTONIX (QL, ST) RAVICTI* (PA) RECTIV RELISTOR (PA) SANCUSO (PA, QL) SFROWASA SUCRAID* (PA) SYMPROIC (PA) TALICIA (PA) TRANSDERM-SCOP URSO URSO FORTE VARUBI (PA, QL) VIOKACE ZELNORM (PA)
GAVILAX+ GAVILYTE-C+ GAVILYTE-G+ GAVILYTE-N+ GENTLE LAXATIVE TABLET+ GENTLELAX+ GLYCOLAX+ glycopyrrolate tablet, vial HEMMOREX-HC hydrocortisone lansoprazole (QL) LAXACLEAR+ LAXATIVE PEG 3350+ LAXATIVE 5 MG TABLET+ LAXATIVE EC 5 MG TABLET+ mesalamine mesalamine dr mesalamine er metoclopramide solution, tablet metoclopramide odt misoprostol NATURA-LAX+ omeprazole (QL) ondansetron ondansetron odt pantoprazole suspension, tablet (QL) peg 3350-electrolyte+ peg3350-sodium sulfate-sodium chloride-potassium chloride-sodium ascorbate-ascorbic acid+ PEG-PREP+ polyethylene glycol 3350+		

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

**CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS**  
(cont.)

prochlorperazine tablet promethazine suppository promethegan PURELAX+ rabeprazole (QL) scopolamine SMOOTHLAX+ sucralfate ursodiol WOMEN'S GENTLE LAXATIVE+ WOMEN'S LAXATIVE+		
--	--	--

**AGENTES HORMONALES**

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	ANDRODERM (PA, QL) CRINONE 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) SUPPRELIN LA* (PA)	ACTHAR GEL* (PA) ACTIVELLA ALORA (QL) ANDROGEL (PA, QL) ANGELIQ ARMOUR THYROID AYGESTIN BIJUVA BYNFEZIA* (PA) CLIMARA CLIMARA PRO COMBIPATCH 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
--	---	--



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

**AGENTES HORMONALES (cont.)**

LEVOXYL		MEDROL 4 MG DOSEPAK
liothyronine		MENOSTAR (QL)
LYLLANA (QL)		MINIVELLE (QL)
medroxyprog- esterone		MYFEMBREE (QL)
methimazole		NATESTO (PA, QL)
methylprednisolone		NUTROPIN AQ
MIMVEY		NUSPIN* (PA)
norethindrone		ORTIKOS (PA, QL)
NP THYROID		OSPHENA
prednisone		PROMETRIUM
prednisone intensol		RAYALDEE
progesterone tablet		SYNTHROID (PA)
testosterone (PA, QL)		teriparatide* (PA, QL)
WESTHROID		TIROSINT-SOL
YUVAFEM		UNITHROID
		VAGIFEM (QL)
		VIVELLE-DOT (QL)

**INFECCIONES**

acyclovir capsule, suspension, tablet	BARACLUDE SOLUTION*	AEMCOLO (QL)
albendazole	CIPRO SUSPENSION	ALBENZA
amoxicillin	CLEOCIN 75 MG	ALINIA
amoxicillin- clavulanate er	CAPSULE	ARAKODA (PA)
amoxicillin- clavulanate	DARAPRIM* (PA)	ARIKAYCE* (PA)
atovaquone	EPCLUSA* (PA, QL)	BACTRIM
atovaquone- proguanil	FIRVANQ	BACTRIM DS
AVIDOXY	HARVONI* (PA, QL)	BARACLUDE TABLET* (PA, QL)
azithromycin	LEDIPASVIR- SOFOSBUVIR* (PA)	BAXDELA TABLET (PA)
packet, suspension, tablet	MAVYRET* (PA)	CAYSTON* (PA, QL)
cefdinir	SOFOSBUVIR- VELPATASVIR* (PA)	CIPRO TABLET
cefuroxime tablet	SOLOSEC	CLEOCIN 150 MG CAPSULE
cephalexin	SOVALDI* (PA, QL)	CLEOCIN 300 MG CAPSULE
ciprofloxacin	THALOMID* (PA)	CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE
clarithromycin	VOSEVI* (PA)	CLEOCIN 2% VAGINAL CREAM
clarithromycin er	XIFAXAN (QL)	CLINDESSE
clindamycin		CRESEMBA
COREMINO ER QL)		CAPSULE (PA)
		DIFICID (QL)
		ELIMITE
		ERYPED 200
		ERY-TAB DR
		FLAGYL

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

**INFECCIONES (cont.)**

doxycycline hyclate		HIPREX
doxycycline		KEFLEX
monohydrate		KITABIS PAK* (PA, QL)
EMVERM		MACROBID
entecavir* (QL)		MACRODANTIN
erythromycin		MALARONE (PA)
erythromycin ethylsuccinate		MINOCIN (PA)
famciclovir		minocycline er capsule (ST)
fluconazole		MINOLIRA ER (ST)
hydroxychloroquine		NATROBA
ivermectin		NUVESSA
levofloxacin		NUZYRA TABLET* (QL)
solution, tablet		ORAVIG
methenamine		PLAQUENIL
metronidazole gel, capsule, tablet		posaconazole suspension
minocycline		PREVYMIS TABLET*
minocycline er tablet (QL)		PRIFTIN
mondoxyne nl		SIVEXTRO TABLET (PA)
MORGIDOX		STROMECTOL
nitazoxanide		SULFATRIM
nitrofurantoin (PA)		TARGADOX (PA)
nitrofurantoin monohydrate- macrocrystal		TOLSURA
nystatin suspension, tablet		URIBEL
penicillin v potassium		VALTREX
permethrin		VEMLIDY*
posaconazole tablet		VIBRAMYCIN 100 MG CAPSULE (PA)
pyrimethamine* (PA)		VIBRAMYCIN 25 MG/5 ML SUSPENSION
sulfamethoxazole- trimethoprim		VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP
suspension, tablet		XENLETA (PA, QL)
terbinafine		XOFLUZA (QL)
tetracycline		ZEPATIER* (PA)
tobramycin		ZITHROMAX
ampule* (PA,QL)		ZITHROMAX TRI- PAK
valacyclovir		ZYVOX
valganciclovir		SUSPENSION, TABLET (PA)
vancomycin		
capsule, solution		
vandazole		

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

**INFERTILIDAD**

clomiphene ^	CRINONE^ ENDOMETRIN^	FOLLISTIM*^ (PA)
--------------	-------------------------	------------------

**VARIOS**

deferiprone 500mg* (PA)	CERDELGA* (PA) ESBRIET* (PA)	ADDYI (QL) AUSTEDO* (PA)
sodium chloride inhalation vial, irrigation solution, vial	MICROLET NITYR* (PA) TECHLITE LANCETS	BRISDELLE (QL) EVRYSDI* (PA) FC2 FEMALE CONDOM+ GALAFOLD* (PA) INGREZZA INITIATION PACK* (PA, QL) INGREZZA* (PA) KETONE CARE TEST STRIP KETONE TEST STRIP KETOSTIX REAGENT KUVAN* (PA) NUEDEXTA (QL) ORFADIN* (PA) PRECISION XTRA TEGSEDI* (PA) TIGLUTIK* (PA) TRUEPLUS KETONE TEST STRIP VYLEESI* (PA, QL) VYNDAMAX* (PA, QL) VYNDAQEL* (PA, QL)

**ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

dalfampridine er* (PA)	AUBAGIO* (PA) BAFIERTAM* (PA)	COPAXONE* (PA) MAVENCLAD* (PA)
dimethyl fumarate* (PA)	GILENYA* (PA) KESIMPTA PEN* (PA) MAYZENT* (PA) VUMERITY* (PA) ZEPOSIA* (PA)	PONVORY* (PA)

**NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS**

calcitriol FA-8+	CITRANATAL 90 DHA	ALIVE PRENATAL+ AURYXIA (QL)
folic acid^+	CITRANATAL ASSURE CITRANATAL B-CALM	BRAINSTRONG PRENATAL+

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

**NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)**

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

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

**NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)**

		STUART ONE+ ULTRA PRENATAL PLUS DHA+ VELTASSA
--	--	--

**PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS**

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

**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)	SINGLE
baclofen tablet	DUPIXENT* (PA)	ARAVA
buprenorphine patch (QL)	EMGALITY (PA)	BUTRANS (QL)
butalbital- acetaminophen- caffeine (QL)	HYSINGLA ER (PA)	CELEBREX (QL, ST)
carisoprodol	NUCYNTA (PA)	COLCRYST
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)	RINVOQ* (PA, QL)	ECOTRIN EC 325 MG TABLET+
diclofenac 1% gel (QL)	SAVELLA	ESGIC (QL)
diclofenac 1.5% topical solution (PA)	SIMPONI ARIA* (PA)	FEXMID
diclofenac dr	SKYRIZI* (PA, QL)	FLECTOR (PA, QL)
diclofenac ec	TALTZ* (PA, QL)	INDOMETHACIN 20 MG CAPSULE (PA)
EC-NAPROXEN	UBRELVY (PA, QL)	LAZANDA (PA)
ECOTRIN EC 81 MG TABLET+	ULORIC (QL)	LICART (PA, QL)
eletriptan (QL)	XELJANZ XR* (PA, QL)	LIDODERM
	XELJANZ* (PA, QL)	MITIGARE
	XTAMPZA ER (PA)	MOBIC (ST)
	ZTLIDO	NALFON 400 MG CAPSULE (PA)

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

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

ENDOCET (PA)		NAPROSYN (ST)
febuxostat (QL)		NUCYNTA ER (PA)
fentanyl (PA)		OLUMIANT* (PA, QL)
FIORICET (QL)		ONZETRA XSAIL (PA, QL)
frovatriptan (QL)		OXAYDO (PA)
GEL-ONE* (PA)		OXYCONTIN (PA)
GLOPERBA (PA, QL)		PERCOCET (PA)
GLYDO		PROCORT
hydrocodone- acetaminophen (PA)		PROLATE SOLUTION (PA)
hydromorphone er (PA)		REYVOW
hydromorphone (PA)		SKELAXIN
IBU		TOSYMRA (PA, QL)
ibuprofen		TRAMADOL 100 MG TABLET (PA, QL)
indomethacin		ULTRAM 50 MG TABLET (QL)
indomethacin er		VTOL LQ
ketorolac		ZANAFLEX
tromethamine (QL)		ZEBUTAL (QL)
leflunomide		ZOXYDOL ER (PA)
lidocaine 5% ointment (QL)		ZOMIG NASAL (PA, QL)
lidocaine 5% patch		ZYLOPRIM
lidocaine viscous		
meloxicam tablet		
meloxicam capsule (PA, QL)		
metaxalone		
methocarbamol		
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		

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

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

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/ANTIPSIKÓTICOS<sup>4</sup>**

aripiprazole (QL)	LATUDA (QL)	ABILIFY MYCITE (PA)
aripiprazole odt		FANAPT (QL, ST)
asenapine		INVEGA (QL, ST)
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	FYCOMPA (PA, QL)	APTIOM (PA, QL)
carbamazepine er	NAYZILAM (PA, QL)	BRIVIACT ORAL SOLUTION, TABLET (PA)
clonazepam	VIMPAT SOLTUION, TABLET (PA)	CARBATROL (PA)
divalproex		DEPAKOTE (PA)
divalproex er		DEPAKOTE ER (PA)
EPITOL		DEPAKOTE SPRINKLE (PA)

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

**TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)**

gabapentin		DILANTIN (PA)
lamotrigine		EPIDIOLEX* (PA)
lamotrigine (blue)		FINTEPLA* (PA)
lamotrigine (green)		KLONOPIN (PA)
lamotrigine (orange)		LYRICA (PA)
lamotrigine er		LYRICA CR
lamotrigine odt		NEURONTIN (PA)
lamotrigine odt (blue)		OXTELLAR XR (PA)
lamotrigine odt (green)		PHENYTEK (PA)
lamotrigine odt (orange)		SPRITAM (PA)
levetiracetam solution, tablet		TEGRETOL (PA)
levetiracetam er		TEGRETOL XR (PA)
oxcarbazepine		VALTOCO (PA, QL)
pregabalin		XCOPRI (PA, QL)
ROWEEPRA		
SUBVENITE		
SUBVENITE (BLUE)		
SUBVENITE (GREEN)		
SUBVENITE (ORANGE)		
topiramate		
topiramate er		
vigabatrin*		
vigadrone*		

**CONDICIONES CUTÁNEAS**

ACCUTANE	ACZONE 7.5% GEL PUMP	ABSORICA LD (ST)
adapalene (PA)	ARAZLO	ACANYA
adapalene-benzoyl peroxide	EPIDUO FORTE	ACZONE 5% GEL
AMNESTEEM	EUCRISA	AKLIEF
AVAR CLEANSER	NAFTIN	AMZEEQ (PA)
azelaic acid	PRAMOSONE 1% LOTION	ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION
betamethasone augmented	PRAMOSONE 1%-1% CREAM	ATRALIN (PA)
		AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS
		AVITA (PA)
		BENZACLIN GEL (PA)
		BRYHALI (ST)
		calcipotriene foam (PA)
		CLEOCIN T
		CLINDACIN ETZ KIT

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

### CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

betamethasone dipropionate	PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	CLINDACIN PAC KIT
BP 10-1	PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	CLODERM (ST)
calcipotriene cream, ointment, solution	SANTYL (QL)	DAPSONE 7.5% GEL PUMP
calcipotriene-betamethasone	TAZORAC 0.05% CREAM	DENAVIR (QL)
CLARAVIS	TAZORAC 0.05% GEL	DESOWEN (ST)
CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET	TAZORAC 0.1% GEL	DIFFERIN CREAM, GEL PUMP, LOTION (PA)
CLINDACIN P 1% PLEDGETS		DOVONEX
clindamycin 1% foam, gel, lotion, pledget, solution		DRYSOL
clindamycin-benzoyl peroxide		DUOBRII
clindamycin phosphoretinoin		EFUDEX
clobetasol		ELIDEL
clocortolone		EVOCLIN
CLODAN		FABIOR
clotrimazole-betamethasone		KLISYRI (PA, QL)
dapsone gel		LOCOID
fluocinonide		LIPOCREAM (PA)
fluorouracil cream, topical solution		METROCREAM (PA)
		METROGEL (PA)
		METROLOTION (PA)
		NEUAC 1.2-5% KIT
		ONEXTON
		PRAMOSONE 2.5%-1% CREAM
		PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION
		PROTOPIC
		QBREXZA
		REGRANEX (PA, QL)
		RETIN-A (PA)
		RETIN-A MICRO (PA)
		RETIN-A MICRO PUMP (PA)
		TARGRETIN*
		TAZAROTENE 0.1% FOAM
		TAZORAC 0.1% CREAM
		TEMOVATE (ST)
		VECTICAL (QL)

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

### CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

VELTIN (PA)		WINLEVI (PA)
isotretinoin		WYNZORA (PA)
ketoconazole		XEPI
KETODAN		ZILXI (PA)
metronidazole		
mupirocin		
MYORISAN		
NEUAC GEL		
pimecrolimus		
ROSADAN		
sodium sulfacetamide-sulfur		
SSS 10-5		
SULFACLEANSE 8-4		
tacrolimus ointment		
tazarotene 0.1% cream		
tretinoin (PA)		
TRIDERM		
ZENATANE		

### TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

armodafinil (PA)	DAYVIGO (QL, ST)	HETLIOZ LQ* (PA)
eszopiclone	SUNOSI (PA, QL)	HETLIOZ* (PA)
modafinil (PA)		LUNESTA (ST)
temazepam		SILENOR (QL, ST)
zolpidem		WAKIX* (PA, QL)
zolpidem er (QL)		XYREM* (PA)
		XYWAV* (PA)
		ZOLPIMIST (PA)

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

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

### ABUSO DE SUSTANCIAS

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

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

### MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

azathioprine*		ASTAGRAF XL*
everolimus*		CELLCEPT ORAL
mycophenolate		SUSPENSION,
mofetil*		TABLET*
mycophenolic acid*		ENVARUSUS XR*
sirolimus*		MYFORTIC*
tacrolimus capsule*		NEORAL*
		PROGRAF 0.2
		MG GRANULE
		PACKET*
		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		
-------------------------	--	--

## Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

**R.** 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 comunice 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](http://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 comunice 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.<sup>5</sup>

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

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

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

**R.** Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.<sup>6</sup> Los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos, y la misma concentración, formulación, eficacia, calidad y seguridad.

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

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

**Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos.<sup>6</sup>** El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos que los de marca no significa que sean medicamentos de menor calidad.

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

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

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

**R.** Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.<sup>7</sup>

### **Entrega a domicilio con Express Scripts® Pharmacy**

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

- › Es muy fácil pedir, administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- › El envío estándar no tiene costo adicional<sup>8</sup>
- › Renovaciones automáticas y recordatorios de renovaciones
- › Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez
- › Reciba la ayuda de amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- › Opciones de pago flexibles

## 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).<sup>9</sup> También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional.

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

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

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

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

## Exclusiones y limitaciones de la cobertura

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y 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:<sup>10</sup>

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

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



1. Es posible que la legislación estatal de **Texas** y **Louisiana** le exija a su plan que cubra su medicamento en su nivel de beneficios actual hasta que su plan se renueve. Esto significa que si el medicamento que usted está tomando se elimina de la Lista de medicamentos, pasa a un nivel de costo compartido más alto o necesita aprobación de Cigna antes de que su plan lo cubra, estos cambios no pueden comenzar hasta la fecha de renovación de su plan. Para averiguar si estas leyes estatales se aplican a su plan, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
2. Es posible que la legislación estatal de **Illinois** le exija a su plan que cubra sus medicamentos en su nivel de beneficios actual hasta que su plan se renueve. Esto significa que si usted en este momento tiene la aprobación a través de un proceso de revisión para que su plan cubra su medicamento, el/los cambio(s) en la Lista de medicamentos indicado(s) aquí tal vez no le afecte(n) hasta la fecha de renovación de su plan. Si usted en este momento no tiene la aprobación a través de un proceso de revisión de la cobertura, puede seguir recibiendo cobertura en su nivel de beneficios actual si su médico lo solicita. Para averiguar si esta ley estatal se aplica a su plan, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
3. Es posible que los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como las leyes de seguro del estado de **Delaware**, cubran medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan.
4. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
5. 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](mailto:ACAGrievance@Cigna.com) o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

## Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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