



# LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA 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.

595200SP o 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
Medicamentos que no están cubiertos	20
Preguntas frecuentes	36
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	40

### 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 **Standard 3 Tier** (Standard 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 Standard 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 Standard 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 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	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	13
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	6	AGENTES HORMONALES	13, 14
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	INFECCIONES	14, 15
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6	INFERTILIDAD	15
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	6, 7	VARIOS	15
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	7	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	15
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	7	NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	15, 16
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	7, 8	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	16
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	8	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	16, 17
CÁNCER	8	ENFERMEDAD DE PARKINSON	17
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	9	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	17
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	9-11	TRASTORNOS CONVULSIVOS	17, 18
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	11	CONDICIONES CUTÁNEAS	18
PRODUCTOS DENTALES	11	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	18
DIABETES	11, 12	DEJAR DE FUMAR	18
DIURÉTICOS	12	ABUSO DE SUSTANCIAS	19
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	12	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	19
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	12	CONDICIONES URINARIAS	19
CONDICIONES OCULARES	12	VACUNAS	19
PRODUCTOS FEMENINOS	13	CONTROL DEL PESO	19



## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

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

### ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS

(cont.)

	INCRUSE ELLIPTA OFEV* (PA)	PULMICORT RESPULES
	OPSUMIT* (PA)	REVATIO 10 MG/ML, 20 MG* (PA)
	PULMICORT FLEXHALER	SINGULAIR
	PULMOZYME* (PA)	SYMDEKO* (PA, QL)
	QVAR REDHALER	TRACLEER 125 MG TABLET* (PA)
	SEREVENT DISKUS	TRACLEER 62.5 MG TABLET* (PA)
	SPIRIVA	TRIKAFTA* (PA, QL)
	SPIRIVA RESPIMAT	TYVASO* (PA)
	STIOLTO RESPIMAT	
	SYMBICORT	
	TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP* (PA)	
	TRELEGY ELLIPTA	
	UPTRAVI* (PA)	

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

amphetamine (PA)	MYDAYIS (PA, QL)	ADDERALL (PA,ST)
atomoxetine (QL)	VYVANSE (PA, QL)	ADZENYS ER (PA, QL)
dexmethylphenidate (PA)		ADZENYS XR-ODT (PA, QL)
dexmethylphenidate er (PA, QL)		amphetamine er (PA,QL)
dextroamphetamine-amphetamine er (PA, QL)		DAYTRANA (PA, QL)
dextroamphetamine-amphetamine (PA)		DYANAVEL XR (PA, QL)
guanfacine er		EVEKEO (PA,ST)
methylphenidate er (la) (PA, QL)		FOCALIN (PA,ST)
methylphenidate er (PA, QL)		INTUNIV
methylphenidate (PA)		METHYLIN (PA)
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*	DROXIA	DOPTELET* (PA)
---	--------	----------------

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

### MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS (cont.)

tranexamic acid 650 mg*	NYVEPRIA* (PA) ZIENTENZO (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	TEKTURN HCT (QL)	AVAPRO (ST)
atenolol		AZOR (QL)
benazepril		BENICAR (QL, ST)
bisoprolol		BENICAR HCT (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		COREG (ST)
diltiazem 24hr er (cd)		CORGARD (ST)
diltiazem 24hr er (la)		COZAAR (ST)
diltiazem 24hr er (xr)		DIOVAN (ST)
diltiazem		DIOVAN HCT (ST)
DILT-XR		EPANED
dofetilide (QL)		EXFORGE
doxazosin		HAEGARDA* (PA)
droxidopa*		HEMANGEOL
enalapril		HYZAAR (ST)
flecainide		INDERAL LA (ST)
hydralazine tablet		INDERAL XL (ST)
irbesartan		INNOPRAN XL (ST)
labetalol tablet		KAPSPARGO SPRINKLE (ST)
lisinopril		KATERZIA (QL)
lisinopril-hctz		LOPRESSOR (ST)
losartan		LOTENSIN (ST)
losartan-hctz		LOTREL
matzim la		MICARDIS (QL, ST)
metoprolol succinate		MICARDIS HCT (QL, ST)
metoprolol		MINIPRESS

## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

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

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

nadolol		NITROSTAT
nifedipine		NORTHERA* (PA)
nifedipine er		NORVASC
olmesartan (QL)		ORLADEYO* (PA, QL)
olmesartan-amlodipine-hctz		PRINIVIL (ST)
olmesartan-hctz (QL)		PROCARDIA XL
prazosin		RANEXA (QL)
propranolol tablet		TAKHZYRO* (PA)
propranolol er		TEKTURNA (QL)
ramipril		TENORMIN (ST)
ranolazine er (QL)		TENORETIC 50 (ST)
taztia xt		TENORETIC 100 (ST)
telmisartan (QL)		TIAZAC
telmisartan-hctz (QL)		TIKOSYN (PA, QL)
tiadylt er		TOPROL XL (ST)
valsartan		TRIBENZOR
valsartan-hctz		VASOTEC (ST)
verapamil er		VERELAN
verapamil er pm		VERELAN PM
verapamil tablet		ZESTORETIC (ST)
verapamil sr		ZESTRIL (ST)
		ZIAC (ST)

### DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES

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

### CÁNCER

abiraterone* (PA)	ERIVEDGE* (PA)	AFINITOR DISPERZ* (PA)
anastrozole+	ERLEADA* (PA)	AFINITOR* (PA)
bexarotene* (PA)	GLEOSTINE	ALECENSA* (PA)
capecitabine* (PA)	IBRANCE* (PA)	ALUNBRIG* (PA)

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

### CÁNCER (cont.)

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)
		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)



## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL</b>		
atorvastatin+	NEXLETOL (PA, QL)	CADUET (QL)
colesevelam	NEXLIZET (PA, QL)	LIPOFEN (ST)
ezetimibe	REPATHA (PA)	NIASPAN
ezetimibe-	ROSZET	TRICOR (ST)
simvastatin	VASCEPA (PA)	TRILIPIX (ST)
fenofibrate		VYTORIN (ST)
fenofibric acid		WELCHOL
fluvastatin er+		ZETIA
fluvastatin+		ZOCOR (QL, ST)
icosapent ethyl		
lovastatin+		
omega-3 acid ethyl esters		
pravastatin+		
rosuvastatin+ (QL)		
simvastatin tablet+ (QL)		

<b>PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS</b>		
AFIRMELLE+	LO LOESTRIN FE	BALCOLTRA
AFTERA+		BEYAZ
ALTAVERA+		ELLA+
ALYACEN+		ESTROSTEP FE
AMETHIA+		KYLEENA*+
AMETHYST+		LAYOLIS FE+
APRI+		LILETTA*+
ARANELLE+		LOESTRIN FE
ASHLYNA+		MICROGESTIN 24 FE
AUBRA EQ+		FE
AUBRA+		MINASTRIN 24 FE
AUROVELA 24 FE+		MIRENA*+
AUROVELA FE+		NATAZIA
AUROVELA+		NEXTSTELLIS
AVIANE+		NUVARING
AYUNA+		PARAGARD T 380-A*+
AZURETTE+		SAFYRAL
BALZIVA+		SKYLA*+
BLISOVI 24 FE+		SLYND
BLISOVI FE+		TAYTULLA
BRIELLYN+		TODAY
CAMILA+		CONTRACEPTIVE
CAMRESE LO+		SPONGE+
CAMRESE+		TWIRLA+
CAYA		VCF
CONTOURED+		CONTRACEPTIVE
		FILM+
		YASMIN 28
		YAZ

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)</b>		
CAZIAN+ CHARLOTTE 24 FE+		
CHATEAL EQ+		
CHATEAL+		
CRYSELLE+		
CYCLAFEM+		
CYRED EQ+		
CYRED+		
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+		
etonogestrel-ethinyl estradiol+		
FALMINA+		
FAYOSIM+		
FEMCAP+		
FEMYNOR+		
GEMMILY+		
GYNOL II+		
HAILEY 24 FE+		
HAILEY FE+		
HAILEY+		
HEATHER+		
ICLEVIA+		
INCASSIA+		

## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

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

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

ISIBLOOM+		
JAIMIESS+		
JASMIEL+		
JENCYCLA+		
JOLESSA+		
JULEBER+		
JUNEL FE 24+		
JUNEL FE+		
JUNEL+		
KAITLIB FE+		
KALLIGA+		
KARIVA+		
KELNOR 1-35+		
KELNOR 1-50+		
KURVELO+		
LARIN 24 FE+		
LARIN FE+		
LARIN+		
LARISSIA+		
LEENA+		
LESSINA+		
LEVONEST+		
levonorgestrel+		
levonorgestrel- ethinyl estradiol+		
levonorgestrel- ethinyl estradiol ethinyl estradiol+		
LEVORA-28+		
LILLOW+		
LOJAIMIESS+		
LORYNA+		
LOW-OGESTREL+		
LO- ZUMANDIMINE+		
LUTERA+		
LYLEQ+		
LYZA+		
MARLISSA+		
MERZEE+		
MICROGESTIN FE+		
MICROGESTIN+		
MILI+		
MONO-LINYAH+		
MY CHOICE+		
MY WAY+		
NECON+		
NEW DAY+		

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

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

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+		
SIMPESSE+		
SPRINTEC+		
SRONYX+		
SYEDA+		
TAKE ACTION+		
TARINA 24 FE+		
TARINA FE 1-20 EQ+		
TARINA FE+		
TILIA FE+		
TRI FEMYNOR+		
TRI-ESTARYLLA+		
TRI-LEGEST FE+		
TRI-LINYAH+		
TRI-LO- ESTARYLLA+		

## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

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

### PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

TRI-LO-MARZIA+		
TRI-LO-MILI+		
TRI-LO-SPRINTEC+		
TRI-MILI+		
TRI-NYMYO+		
TRI-PREVIFEM+		
TRI-SPRINTEC+		
TRIVORA-28+		
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- pseudoephedrine -dm		HYCODAN (PA, QL) TESSALON PERLE TUZISTRA XR (PA, QL)
hydrocodone- homatropine (PA, QL)		
promethazine-dm		

### PRODUCTOS DENTALES

chlorhexidine	PREVIDENT 0.2% RINSE	CLINPRO 5000
---------------	-------------------------	--------------

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

### PRODUCTOS DENTALES (cont.)

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

### DIABETES

ACCU-CHEK	BASAGLAR (QL)	AMARYL
COMPACT PLUS	BAQSIMI (QL)	CEQUR
CONTROL	DEXCOM G6 (PA, QL)	CYCLOSET
ACCU-CHEK GUIDE	DROPLET	GLUCAGON
L1-L2 CONTROL	DROPSAFE	EMERGENCY KIT (QL)
SOLUTION	FARXIGA (QL, ST)	GVOKE (QL)
ACCU-CHEK AVIVA	FREESTYLE LIBRE	KORLYM* (PA)
SOLUTION	14 DAY SENSOR	PRECISION XTRA
ACCU-CHEK	(PA, QL)	KETONE-GLUC KIT
SOFTCLIX LANCET	FREESTYLE LIBRE 2	RIOMET
KIT	SENSOR (PA, QL)	
ACCU-CHEK	GLUCAGEN HYPO	
FASTCLIX	KIT	
LANCING DEVICE		
ACCU-CHEK	GLYXAMBI (QL, ST)	
MULTICLIX	HUMULIN (QL)	
LANCET KIT	JANUMET (QL, ST)	
ACCU-CHEK	JANUMET XR (QL, ST)	
SMARTVIEW	JANUVIA (QL, ST)	
CONTROL	JARDIANCE (QL, ST)	
SOLUTION	LYUMJEV (QL)	
ACCUTREND	OMNIPOD DASH	
GLUCOSE	(PA, QL)	
CONTROL	ONETOUCH ULTRA	
BD LANCETS	TEST STRIP	
BD PEN NEEDLE	ONETOUCH VERIO	
CONTOUR	TEST STRIP	
SOLUTION	QTERN (QL, ST)	
CONTOUR NEXT	RYBELSUS (PA, QL)	
LEV 1 CONTROL	SOLQUA 100-33	
SOLUTION		

## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

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

### DIABETES (cont.)

CONTOUR SOLUTION	SYMLINPEN	
CONTOUR SOLUTION	SYNJARDY (QL, ST)	
CONTOUR SOLUTION	SYNJARDY XR (QL, ST)	
CONTOUR NEXT LEV 2 CONTROL SOLUTION	TRIJARDY XR (ST, QL)	
glimepiride	V-GO 20	
glipizide	V-GO 30	
glipizide er	V-GO 40	
glipizide xl	VICTOZA (PA, QL)	
INPEN	XIGDUO XR (QL, ST)	
metformin	Xultophy	
metformin er		
NOVOTWIST		
TECHLITE		
TRUE METRIX LEVEL 1 CONTROL SOLUTION		
TRUE METRIX LEVEL 2 CONTROL SOLUTION		
TRUE METRIX LEVEL 3 CONTROL SOLUTION		
TRUEPLUS SYRINGE		

### DIURÉTICOS

ACETAZOLAMIDE TABLET	DIURIL	ALDACTONE
ACETAZOLAMIDE ER CAPSULE		CAROSPIR
BUMETANIDE TABLET		INSPIRA
chlorthalidone		JYNARQUE* (PA)
eplerenone		KERENDIA
furosemide solution, tablet		LASIX
hydrochlorothiazide		MAXZIDE
spironolactone		
triamterene-hctz		

### MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS

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

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

### DISFUNCIÓN ERÉCTIL

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

### CONDICIONES OCULARES

bimatoprost (QL)	ALPHAGAN P 0.1% DROPS	ACULAR
brimonidine	AZASITE	ACULAR LS
brinzolamide	BETIMOL	ACUVAIL
ciprofloxacin	BETOPTIC S	ALPHAGAN P 0.15% EYE DROPS
dorzolamide	COMBIGAN	ALREX
dorzolamide-timolol	EYSUVIS (QL)	AZOPT
erythromycin	FML FORTE 0.25% EYE DROPS	BEPREVE
fluorometholone	FML S.O.P. 0.1% OINTMENT	BESIVANCE
ketorolac	FLAREX	BROMSITE
latanoprost	LOTEMAX SM	CEQUA
loteprednol	RESTASIS	COSOPT
moxifloxacin eye drops	RESTASIS MULTIDOSE	COSOPT PF
neomycin-polymyxin b-dexamethasone	SIMBRINZA	CYSTADROPS* (PA, QL)
ofloxacin	XIIDRA	CYSTARAN* (PA, QL)
olopatadine	ZERVIAE	DUREZOL
polymyxin b sulfate-trimethoprim		FML LIQUIFILM 0.1% EYE DROP
prednisolone		ILEVRO
timolol		INVELTYS
tobramycin-dexamethasone		ISTALOL
travoprost		LASTACFT
		LOTEMAX
		MAXITROL
		MOXEZA
		NEVANAC
		OCUFLOX
		OXERVATE* (PA)
		PRED FORTE
		PROLENSA
		RHOPRESSA
		ROCKLATAN
		TIMOPTIC
		TIMOPTIC-XE
		TOBRADEX EYE DROPS
		TOBRADEX ST
		TRUSOPT
		VIGAMOX
		ZIRGAN
		ZYLET

## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

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

### 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+	LINZESS	CANASA
cinacalcet*	LITHOSTAT	CARAFATE
CLEARLAX+	NEXIUM DR 2.5 MG PACKET (QL)	CHENODAL* (PA)
CONSTULOSE	NEXIUM DR 5 MG PACKET (QL)	CHOLBAM* (PA)
dicyclomine capsule, solution, tablet	PANCREAZE	CORRECTOL+
esomeprazole 20 mg capsule, 40 mg capsule, packets (QL)	PENTASA	CUVPOSA
famotidine 40 mg/5 ml suspension, 20 mg tablet, 40 mg tablet	SUPREP+	DICLEGIS
GAVILAX+	SUTAB+	DONNATAL
GAVILYTE-C+	VIBERZI	DULCOLAX EC 5 MG TABLET+
GAVILYTE-G+		MIRALAX+
GAVILYTE-N+		MOVANTIK (PA)
GENTLE LAXATIVE+		OICALIVA* (PA)
GENTLELAX+		PREVACID DR 30 MG CAPSULE (QL, ST)
GLYCOLAX+		PROTONIX (QL, ST)
glycopyrrolate tablet		RAVICTI* (PA)
HEMMOREX-HC		RECTIV
hydrocortisone		RELISTOR (PA)
lansoprazole (QL)		SANCUSO (PA, QL)
LAXACLEAR+		SFROWASA
LAXATIVE PEG 3350+		SUCRAID* (PA)
LAXATIVE 5 MG TABLET+		SYMPROIC (PA)
LAXATIVE EC 5 MG TABLET+		TRANSDERM-SCOP
mesalaminex` mesalamine dr mesalamine er		URSO
		URSO FORTE
		VARUBI (PA, QL)
		VIOKACE

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

### CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS (cont.)

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 tablet (QL)		
scopolamine		
SMOOTHLAX+		
sucralfate		
ursodiol		
WOMEN'S GENTLE LAXATIVE+		
WOMEN'S LAXATIVE+		

### AGENTES HORMONALES

AMABELZ	ANDRODERM (PA, QL)	ACTIVELLA
budesonide ec	DIVIGEL	ALORA (QL)
budesonide er (PA, QL)	DUAVEE	ANDROGEL (PA, QL)
cabergoline (QL)	ESTRING (QL)	ANGELIQ
COVARYX	LUPRON DEPOT- PED** (PA)	ARMOUR THYROID

## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

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

### AGENTES HORMONALES (cont.)

COVARYX H.S.	MEDROL 2 MG	AYGESTIN
DECADRON	TABLET	BIJUVA
desmopressin	ORIAHNN (PA, QL)	BYNFEZIA*
dexamethasone	ORILISSA (PA, QL)	CLIMARA
intensol	PREMARIN TABLET,	CLIMARA PRO
DOTTI (QL)	VAGINAL CREAM	COMBIPATCH
EEMT	APPLICATOR	CRINONE 4% GEL
EEMT H.S.	PREMPHASE	CYTOMEL
estradiol (once	PREMPRO	ELESTRIN
weekly)	SOMAVERT* (PA)	EMFLAZA* (PA)
estradiol 10mcg		ENTOCORT EC
vaginal insert (QL)		ESTRACE
estradiol (twice		ESTROGEL
weekly) (QL)		EVAMIST
estradiol-		FENSOLVI*
norethindrone		IMVEXXY (QL)
estrogen-		INTRAROSA
methyltestos-		ISTURISA* (PA, QL)
terone		LUPANETA PACK*^
EUTHYROX		(PA)
LEVO-T		LEVOTHYROXINE
levothyroxine		CAPSULE
tablet		MEDROL 8MG,
LEVOXYL		16MG, 32MG
liothyronine		TABLET
LYLLANA (QL)		MEDROL 4 MG
medroxyprog-		DOSEPAK
esterone		MENOSTAR (QL)
methimazole		MINIVELLE (QL)
methylpred-		MYFEMBREE (QL)
nisolone		OSPHENA
MIMVEY		PROMETRIUM
norethindrone		RAYALDEE
NP THYROID		teriparatide*
prednisone		TIROSINT-SOL
prednisone		UNITHROID
intensol		VAGIFEM (QL)
progesterone tablet		VIVELLE-DOT (QL)
testosterone (PA,		
QL)		
WESTHROID		
YUVAFEM (QL)		

### INFECCIONES

acyclovir capsule,	BARACLUDE	AEMCOLO (QL)
suspension, tablet	SOLUTION*	ALBENZA
albendazole	CIPRO SUSPENSION	ALINIA
amoxicillin	CLEOCIN 75 MG	ARIKAYCE* (PA)
amoxicillin-	CAPSULE	
clavulanate er	DARAPRIM* (PA)	

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

### INFECCIONES (cont.)

amoxicillin-	EPCLUSA* (PA, QL)	BACTRIM
clavulanate	ERY-TAB DR 333 MG	BACTRIM DS
atovaquone	TABLET	BAXDELA (PA)
atovaquone-	FIRVANQ	CAYSTON* (PA, QL)
proguanil	HARVONI* (PA, QL)	CIPRO TABLET
AVIDOXY	LEDIPASVIR-	CLEOCIN 150 MG
azithromycin	SOFOSBUVIR* (PA)	CAPSULE
packet,	MAVYRET* (PA)	CLEOCIN 300 MG
suspension, tablet	SOFOSBUVIR-	CAPSULE
cefdirir	VELPATASVIR* (PA)	CLEOCIN 100 MG
cefuroxime tablet	SOLOSEC	VAGINAL OVULE
cephalexin	SOVALDI* (PA, QL)	CLEOCIN 2%
ciprofloxacin	THALOMID* (PA)	VAGINAL CREAM
clarithromycin	VIBRAMYCIN 50	CLINDESSE
clarithromycin er	MG/5 ML SYRUP	CRESEMBA
clindamycin	VOSEVI* (PA)	CAPSULE (PA)
COREMINO ER QL)	XIFAXAN (QL)	DIFICID (QL)
dapsone tablets		ELIMITE
doxycycline hyclate		ERYPED 200
capsule, tablet		ERY-TAB DR 250 MG
doxycycline		TABLET
monohydrate		ERY-TAB DR 500 MG
EMVERM		TABLET
entecavir* (QL)		FLAGYL
erythromycin		FOLLISTIM*^ (PA)
erythromycin		HIPREX
ethylsuccinate		KEFLEX
famciclovir		KITABIS PAK* (PA,
fluconazole		QL)
hydroxychloro-		MACROBID
quine		MACRODANTIN
ivermectin		MALARONE (PA)
levofloxacin		NATROBA
solution, tablet		NUVESSA
methenamine		NUZYRA TABLET*
metronidazole gel,		(QL)
capsule, tablet		ORAVIG
minocycline		PLAQUENIL
minocycline er		posaconazole
tablet (QL)		suspension
mondoxylene nl		PREVYMIS TABLET*
MORGIDOX		PRIFTIN
nitazoxanide		SIVEXTRO TABLET
nitrofurantoin		(PA)
nitrofurantoin		STROMECTOL
monohydrate-		sulfatrim
macrocrystal		URIBEL
nystatin		VALTREX
suspension, tablet		VEMLIDY*

## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

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

### INFECCIONES (cont.)

penicillin v potassium		VIBRAMYCIN 25 MG/5 ML SUSP
permethrin		XENLETA 600mg tablet (PA, QL)
posaconazole tablet		XOFLUZA (QL)
pyrimethamine* (PA)		ZEPATIER* (PA)
sulfamethoxazole-trimethoprim suspension, tablet		ZITHROMAX ZITHROMAX TRI-PAK
terbinafine		ZYVOX SUSPENSION, TABLET (PA)
tetracycline		
tobramycin ampule* (PA,QL)		
valacyclovir		
valganciclovir		
vancomycin capsule, solution		
vandazole		

### INFERTILIDAD

clomiphene ^		CRINONE 8% GEL^ ENDOMETRIN^
--------------	--	--------------------------------

### VARIOS

ACCU-CHEK SAFE-T-PRO 23G LANCETS	ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER (QL)	ADDYI^ (PA, QL) AUSTEDO* (PA) BRISDELLE (QL)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	AEROCHAMBER MINI (QL)	EVRYSDI* (PA) GALAFOLD* (PA)
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCETS	AEROCHAMBER MV (QL)	INGREZZA INITIATION PACK* (PA, QL)
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU (QL)	INGREZZA* (PA) NUEDEXTA (QL)
deferiprone 500mg* (PA)	AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL (QL)	ORFADIN* (PA) TEGSEDI* (PA)
FC2 FEMALE CONDOM+ KETONE CARE TEST STRIP	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS (QL)	TIGLUTIK* (PA) VYLEESI*^ (PA, QL)
KETONE TEST STRIP	AEROTRACH PLUS (QL)	VYNDAMAX* (PA, QL)
KETONE TEST STRIP	AEROVENT PLUS (QL)	VYNDAMAX* (PA, QL)
KETOSTIX REAGENT MICROLET	BREATHRITE (QL)	TEGSEDI* (PA) TIGLUTIK* (PA)
PRECISION XTRA	CERDELGA* (PA) CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER (QL)	VYLEESI*^ (PA, QL) VYNDAMAX* (PA, QL)
		VYNDAMAX* (PA, QL)

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

### VARIOS (cont.)

sodium chloride inhalation vial.	COMPACT SPACE CHAMBER (QL)	
Irrigation solution vial	EASIVENT (QL)	
TECHLITE LANCETS	ESBRIET* (PA)	
trientine * (PA)	FLEXICHAMBER (QL)	
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	INSPIRACHAMBER (QL)	
	MICROCHAMBER (QL)	
	NITYR* (PA)	
	OPTICHAMBER DIAMOND (QL)	
	POCKET CHAMBER (QL)	
	PRO COMFORT SPACER WITH MASK (QL)	
	PROCARE SPACER WITH CHILD MASK (QL)	
	RITFLO (QL)	
	SPACE CHAMBER (QL)	
	SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK (QL)	
	SPACE CHAMBER-SMALL MASK (QL)	
	VORTEX (QL)	
	VORTEX VHC FROG MASK (QL)	
	VORTEX VHC LADYBUG MASK (QL)	

### ESCLEROSIS MÚLTIPLE

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

### NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS

calcitriol capsule, solution^	CITRANATAL 90 DHA	ALIVE PRENATAL+
-------------------------------	-------------------	-----------------

## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

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

### NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)

FA-8+ folic acid^+	CITRANATAL	AURYXIA (QL)
klor-con	ASSURE	BRAINSTRONG
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	CITRANATAL	PRENATAL+
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	B-CALM	CLASSIC
KLOR-CON M10 TABLET	CITRANATAL DHA	PRENATAL+
KLOR-CON M10 TABLET	CITRANATAL	EXPECTA
MULTI-VITAMIN W-FLUORIDE- IRON+	HARMONY	PRENATAL+
MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE+	CITRANATAL RX	FOSRENOL 1,000 MG CHEWABLE
MULTIVITAMIN- IRON-FLUORIDE	DRISDOL^	TABLET
ONE DAILY PRENATAL+	FLORIVA	FOSRENOL 500 MG CHEWABLE
potassium chloride 10%, capsule, packet, tablet	CHEWABLE TABLET+	TABLET
prenatal complete+	FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACK	FOSRENOL 750 MG CHEWABLE TABLET
PRENATAL GUMMIES+	FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	K-TAB ER
PRENATAL MULTI+ prenatal multi- dha+	MEPHYTON^	LOKELMA
PRENATAL MULTIVITAMIN+ PRENATAL MULTIVITAMIN- DHA+	NEEVO DHA^	MINI PRENATAL+
PRENATAL ONE DAILY+	OB COMPLETE PETITE	OB COMPLETE^
prenatal multi- dha+	OB COMPLETE	ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA+
PRENATAL MULTIVITAMIN+ PRENATAL MULTIVITAMIN- DHA+	OB COMPLETE PREMIER	ONE-A-DAY
PRENATAL ONE DAILY+	PERRY PRENATAL+	PRENATAL-1+
PRENATAL VITAMIN + DHA+	POLY-VI-FLOR WITH IRON+	PHOSLYRA
	POLY-VI-FLOR+	PRENATAL FORMULA-DHA+
	PRENATE^	REVELA
	PRIMACARE	SIMILAC
	QUFLORA	PRENATAL+
	PEDIATRIC 1 MG CHEWABLE TABLET+	STUART ONE+
	QUFLORA	ULTRA PRENATAL PLUS DHA+
	PEDIATRIC 0.25 MG/ML DROP+	VELTASSA
	QUFLORA	
	PEDIATRIC 0.5 MG/ ML DROP+	
	ROCALTROL^	
	TRI-VI-FLOR+	
	VELPHORO	

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

### NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)

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+		

### PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

alendronate		ACTONEL (ST)
ibandronate 150 mg tablet		ATELVIA (ST)
raloxifene+		BINOSTO (ST)
risedronate		BONIVA 150 MG TABLET (ST)
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
baclofen tablet	DUPIXENT* (PA)	SINGLE
buprenorphine patch (QL)	EMGALITY (PA)	ARAVA
butalbital- acetaminophen- caffeine (QL)	HYSINGLA ER (PA)	BUTRANS (QL)
carisoprodol	NUCYNTA (PA)	CELEBEX (QL, ST)
celecoxib (QL)	NURTEC ODT (PA, QL)	COLCRYS
colchicine	OTEZLA* (PA, QL)	DEPEN* (PA)
cyclobenzaprine	PROCTOFOAM-HC	EC-NAPROSYN (ST)
diclofenac 1% gel (QL)	REDITREX (PA)	ECOTRIN EC 325 MG TABLET+
diclofenac dr	RINVOQ* (PA, QL)	ESGIC (QL)
diclofenac ec	SAVELLA	FEXMID
EC-NAPROXEN	SIMPONI ARIA* (PA)	FLECTOR (PA, QL)
ECOTRIN EC 81 MG TABLET+	SKYRIZI* (PA, QL)	LAZANDA (PA)
eletriptan (QL)	TALTZ* (PA, QL)	LICART (PA, QL)
ENDOCET (PA)	UBRELVY (PA, QL)	LIDODERM
febuxostat (QL)	ULORIC (QL)	MITIGARE
fentanyl (PA)	XELJANZ XR* (PA, QL)	MOBIC (ST)
FIORICET (QL)	XELJANZ* (PA, QL)	NAPROSYN (ST)
	XTAMPZA ER (PA)	NUCYNTA ER (PA)
	ZTLIDO	OLUMIANT* (PA, QL)



## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

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

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

frovatriptan (QL)		OXAYDO (PA)
GLYDO		PERCOCET (PA)
hydrocodone-acetaminophen (PA)		PROCORT
hydromorphone er (PA)		SKELAXIN
hydromorphone (PA)		ULTRAM 50 MG TABLET (QL)
IBU		VTOL LQ
ibuprofen		ZANAFLEX
indomethacin		ZEBUTAL (QL)
indomethacin er		ZOYDRO ER (PA)
ketorolac		ZYLOPRIM
tromethamine (QL)		
leflunomide		
lidocaine 5% ointment (QL)		
lidocaine 5% patch		
meloxicam tablet		
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		
tramadol 50 mg tablet (QL)		
tramadol er (QL)		
VANADOM		

### ENFERMEDAD DE PARKINSON

benztropine tablet	KYNMOBI (PA)	AZILECT (QL)
carbidopa-levodopa		DUOPA*
		INBRIJA* (PA)
		MIRAPEX ER (QL)

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

### ENFERMEDAD DE PARKINSON (cont.)

carbidopa-levodopa er		NEUPRO
pramipexole		NOURIANZ* (PA, QL)
pramipexole er (QL)		OSMOLEX ER (QL)
rasagiline (QL)		RYTARY
ropinirole er		SINEMET 10-100
ropinirole		SINEMET 25-100
		TASMAR
		XADAGO (ST)

### ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS<sup>4</sup>

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

### TRASTORNOS CONVULSIVOS

carbamazepine	DILANTIN 30 MG CAPSULE (PA)	APTIO 600, 800 MG TABLETS (PA)
carbamazepine er		APTIO 200, 400 MG TABLETS (PA, QL)
clonazepam	FYCOMPA (PA, QL)	
divalproex	NAYZILAM (PA, QL)	
divalproex er	VIMPAT SOLTUION, TABLET (PA)	BRIVIACT ORAL SOLUTION, TABLET (PA)
EPITOL		
gabapentin		CARBATROL (PA)
lamotrigine		DEPAKOTE (PA)
lamotrigine (blue)		DEPAKOTE ER (PA)
lamotrigine (green)		DEPAKOTE SPRINKLE (PA)
lamotrigine (orange)		DILANTIN 100 MG CAPSULE (PA)
lamotrigine er		DILANTIN 50 MG INFATAB (PA)
lamotrigine odt		EPIDIOLEX* (PA)
lamotrigine odt (blue)		FINTEPLA* (PA)
lamotrigine odt (green)		KLONOPIN (PA)
		LYRICA ORAL SOLUTION (PA)

## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

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

### TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)

lamotrigine odt (orange)		NEURONTIN (PA)
levetiracetam solution, tablet		OXTELLAR XR (PA)
levetiracetam er		PHENYTEK (PA)
pregabalin capsule, solution		SPRITAM (PA)
ROWEEPPRA		TEGRETOL XR (PA)
SUBVENITE		VALTOCO (PA, QL)
SUBVENITE (BLUE)		XCOPRI (PA, QL)
SUBVENITE (GREEN)		
SUBVENITE (ORANGE)		
topiramate		
topiramate er		
vigabatrin*		
vigadrone*		

### CONDICIONES CUTÁNEAS

ACCUTANE	DRYSOL	ANALPRAM HC
adapalene (PA)	EUCRISA	2.5%-1% LOTION
adapalene-benzoyl peroxide	NAFTIN	AVAR 9.5-5%
AMNESTEEM	PRAMOSONE 1% LOTION	CLEANSING PADS
AVAR CLEANSER	PRAMOSONE 1%-1% CREAM	BRYHALI (ST)
azelaic acid	PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	CALCIPOTRIENE FOAM
betamethasone augmented	PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	CAPEX SHAMPOO (ST)
betamethasone dipropionate	SANTYL (QL)	CLEOCIN T
BP 10-1		CLINDACIN ETZ KIT
calcipotriene cream, ointment, solution		CLINDACIN PAC KIT
calcipotriene-betamethasone		CLODERM (ST)
CLARAVIS		DESOWEN (ST)
CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET		DOVONEX
CLINDACIN P 1% PLEDGETS		EFUDEX
CLINDAMYCIN 1% FOAM, GEL, LOTION, PLEDGET, SOLUTION		ELIDEL
clindamycin-benzoyl peroxide		EVOCLIN
clindamycin tretinoin		PRAMOSONE 2.5%-1% CREAM
clobetasol		PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION
		PROTOPIC
		REGRANEX (PA, QL)
		TARGRETIN*
		TEMOVATE (ST)
		VECTICAL (QL)
		XEPI

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

### CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

clocortolone		
CLODAN		
clotrimazole-betamethasone		
dapsone 5% gel, 7.5% gel pump		
fluocinonide		
fluorouracil cream, topical solution		
isotretinoin		
ketoconazole		
KETODAN		
metronidazole		
mupirocin		
MYORISAN		
NEUAC GEL		
pimecrolimus		
ROSADAN		
sodium sulfacetamide-sulfur		
SSS 10-5		
SULFACLEANSE 8-4		
tacrolimus ointment		
tazarotene 0.1% cream		
tretinoin (PA)		
TRIDERM		
ZENATANE		

### TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

armodafinil (PA)	DAYVIGO (QL, ST)	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)

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

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

## Lista de medicamentos con receta Standard de 3 niveles de Cigna

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

### ABUSO DE SUSTANCIAS

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

### MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

azathioprine*		ASTAGRAF XL*
everolimus 0.25 mg tablet*		CELLCEPT ORAL SUSPENSION, TABLET*
everolimus 0.5 mg tablet*		ENVARBUS XR*
mycophenolate mofetil*		MYFORTIC*
mycophenolic acid*		NEORAL*
sirolimus*		PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET*
tacrolimus*		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		PROSCAR
oxybutynin		PYRIDIUM
oxybutynin er		RAPAFLO (QL)
phenazopyridine		UROCIT-K
potassium er		UROXATRAL
silodosin (QL)		
solifenacin (QL)		
tamsulosin		
tolterodine		
tolterodine er (QL)		

### VACUNAS

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

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

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

### CONTROL DEL PESO

megestrol suspension phentermine ^	WEGOVY^ (PA, QL)	CONTRAVE^ (PA) QSYMIA^ (PA)
---------------------------------------	------------------	--------------------------------

## Medicamentos que no están cubiertos

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

Estos medicamentos se enumeran abajo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA	
SIDA/VIH	ATRIPLA*	efavirenz-emtricitabine-tenofovir*	
	COMBIVIR*	lamivudine-zidovudine*	
	EMTRIVA*	emtricitabine*	
	EPIVIR*	lamivudine*	
	EPZICOM*	abacavir-lamivudine*	
	INTELENCE 100MG, 200MG TABLET*	etravirine*	
	KALETRA*	lopinavir-ritonavir*	
	LEXIVA 700MG TABLET*	fosamprenavir 700mg tablet*	
	NORVIR 100MG TABLET*	ritonavir 100mg tablet*	
	RETROVIR CAPSULE, SYRUP*	zidovudine capsule, syrup*	
	REYATAZ CAPSULE*	atazanavir capsules*	
	SUSTIVA*	efavirenz*	
	SYMFI*	efavirenz-lamivudine-tenofovir*	
	SYMFI LO*		
	TRIZIVIR*	abacavir-lamivudine-zidovudine tablet*	
	TRUVADA*	emtricitabine-tenofovir*	
	VIRAMUNE*	nevirapine*	
	VIRAMUNE XR*	nevirapine ER*	
	VIREAD 300MG TABLET*	tenofovir 300mg tablet*	
ZIAGEN*	abacavir*		
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	AUVI-Q EPIPEN EPIPEN JR SYMJEPI	epinephrine auto-injectors	
	BECONASE AQ NASONEX OMNARIS QNASL ZETONNA	generic nasal steroids (e.g. fluticasone)	
	carbinoxamine 6mg tablet RYVENT	carbinoxamine 4mg tablet	
	dexchlorpheniramine	carbinoxamine oral solution	
	RYCLORA	cyproheptadine syrup hydroxyzine syrup	
	DYMISTA	azelastine-fluticasone Generic nasal steroids (e.g. fluticasone)	
	QNASL CHILDREN'S	flunisolide	
	XHANCE	fluticasone mometasone	
	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	pyridostigmine 30mg tablet (QL)	pyridostigmine 60mg tablet

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

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	ANAFRANIL	clomipramine
	APLENZIN	bupropion XL 150, 300 mg tablets
	ATIVAN TABLET	lorazepam
	bupropion xl 450mg tablet FORFIVO XL	bupropion xl 150mg tablets
	CYMBALTA	desvenlafaxine ER duloxetine escitalopram
	DRIZALMA SPRINKLE	duloxetine dr capsules
	LEXAPRO	escitalopram
	PAMELOR	nortriptyline capsules
	PARNATE	tranylcypromine
	PEXEVA	paroxetine paroxetine cr
	TOFRANIL	imipramine
	WELLBUTRIN XL	bupropion xl escitalopram fluoxetine
	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	ADVAIR DISKUS AIRDUO DIGIHALER AIRDUO RESPICLICK
ALVESCO ARMONAIR DIGIHALER ARNUITY ELLIPTA ASMANEX, ASMANEX HFA		FLOVENT DISKUS FLOVENT HFA PULMICORT FLEXHALER QVAR
BROVANA		arformoterol
budesonide-formoterol		SYMBICORT
DUAKLIR PRESSAIR UTIBRON NEOHALER		ANORO ELLIPTA BEVESPI AEROSPHERE STIOLTO RESPIMAT
ELIXOPHYLLIN		theophylline er theophylline oral solution
levalbuterol hfa PROAIR DIGIHALER PROAIR HFA PROAIR RESPICLICK PROVENTIL HFA VENTOLIN HFA XOPENEX HFA		albuterol hfa
PERFOROMIST		formoterol
SEEBRI NEOHALER TUDORZA PRESSAIR		INCRUSE ELLIPTA SPIRIVA RESPIMAT
STRIVERDI RESPIMAT		SEREVENT DISKUS

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

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)	YUPELRI	ANORO ELLIPTA BEVESPI AEROSPHERE BREZTIRI AEROSPHERE INCRUSE ELLIPTA SPIRIVA STIOLTO RESPIMAT TRELEGY ELLIPTA
	ZYFLO	montelukast zafirlukast zileuton er
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	ADDERALL XR ADHANSIA XR APTENSIO XR CONCERTA COTEMPLA XR-ODT FOCALIN XR JORNAY PM RITALIN LA	dexmethylphenidate er dextroamphetamine-amphetamine er methylphenidate er MYDAYIS VYVANSE
	DESOXYN	methamphetamine
	DEXEDRINE	dexmethylphenidate er dextroamphetamine er dextroamphetamine-amphetamine er
	QELBREE	atomoxetine
	RELEXII	methylphenidate er 36mg tablet
	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/ PARA EL CORAZÓN	BETAPACE
	CARDIZEM	diltiazem
	CARDIZEM CD	diltiazem CD
	CONJUPRI	amlodipine felodipine er nicardipine nifedipine
	CONSENSI	amlodipine celecoxib
	EDARBI	generic ARBs (e.g. losartan; valsartan)
	EDARBYCLOR	generic ARBs + HCTZ (e.g. losartan-HCTZ)
	FIRAZYR*	icatibant
	GONITRO	nitroglycerin sublingual tablet or spray
	ISORDIL ISORDIL TITRADOSE	isosorbide dinitrate
	LANOXIN	digoxin
	MULTAQ	amiodarone disopyramide dofetilide flecainide propafenone quinidine sotalol af
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	aspirin-omeprazole YOSPRALA	aspirin or enteric aspirin

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

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CÁNCER	CYCLOPHOSPHAMIDE TABLET*	cyclophosphamide capsule*
	NILANDRON	nilutamide
	TARCEVA*	erlotinib
	YONSA*	abiraterone
	ZYTIGA*	
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	ANTARA FENOGLIDE	fenofibrate
	CRESTOR	rosuvastatin+
	EZALLOR SPRINKLE FLOLIPID LIVALO SIMVASTATIN 20mg/5ml SUSPENSION	generic statins (e.g. atorvastatin; simvastatin)
	JUXTAPID* PRALUENT	REPATHA
	LIPITOR	atorvastatin+ ezetimibe-simvastatin rosuvastatin+
	niacin 500mg tablet NIACOR	niacin er
	ZYPITAMAG	atorvastatin+ lovastatin+ pravastatin+ rosuvastatin+ simvastatin+
	MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	benzonatate 150mg
TUSSICAPS		hydrocodone-chlorpheniramine er suspension promethazine with codeine syrup
DIABETES	ACCU-CHEK AVIVA PLUS TEST STRIPS ACCU-CHEK COMPACT PLUS STRIPS ACCU-CHEK GUIDE TEST STRIPS ACCU-CHEK SMARTVIEW TEST STRIPS CVS ADVANCED GLUCOSE TEST STRIPS ADVOCATE TEST STRIPS ASSURE 4 TEST STRIPS ASSURE PLATINUM TEST STRIPS ASSURE PRISM MULTI TEST STRIPS CONTOUR TEST STRIPS FREESTYLE TEST STRIPS FREESTYLE TEST STRIPS NFRS	ONE TOUCH TEST STRIPS (e.g. Ultra; Verio)
	ADLYXIN	BYDUREON BYETTA metformin OZEMPIC TRULICITY VICTOZA
	ADMELOG ADMELOG SOLOSTAR APIDRA, APIDRA SOLOSTAR FIASP	HUMALOG LYUMJEV

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

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
DIABETES (cont.)	FIASP FLEXTOUCH FIASP PENFILL INSULIN ASPART NOVOLOG	HUMALOG LYUMJEV
	AFREZZA	HUMALOG HUMULIN R LYUMJEV
	alogliptin alogliptin-metformin JENTADUETO JENTADUETO XR KAZANO KOMBIGLYZE XR NESINA ONGLYZA TRADJENTA	JANUMET JANUMET XR JANUVIA metformin
	alogliptin-pioglitazone OSENİ	JANUMET JANUMET XR JANUVIA pioglitazone
	FORTAMET GLUMETZA metformin er gastric metformin er osmotic	metformin er (generic to GLUCOPHAGE XR)
	INSULIN ASPART PRO NOVOLOG MIX	HUMALOG MIX
	INVOKAMET INVOKAMET XR SEGLUROMET	SYNJARDY SYNJARDY XR XIGDUO XR
	INVOKANA STEGLATRO	FARXIGA JARDIANCE metformin
	LANTUS LANTUS SOLOSTAR SEMGLEE TOUJEO MAX SOLOSTAR TOUJEO SOLOSTAR	BASAGLAR LEVEMIR TRESIBA FLEXTOUCH
	NOVOLIN STEGLUJAN	HUMULIN GLYXAMBI metformin QTERN TRIJARDY XR
	DIURÉTICOS	EDECRIN ethacrynic acid
CONDICIONES OCULARES	LUMIGAN TRAVATAN Z VYZULTA XALATAN XELPROS ZIOPTAN	bimatoprost latanoprost travoprost

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



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

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

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

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

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

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

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)	COPAXONE*	BETASERON* EXTAVIA* glatiramer* GLATOPA* KESIMPTA* PLEGRIDY* REBIF*
	TECFIDERA*	AUBAGIO* BAFIERTAM* dimethyl* GILENYA* MAYZENT* PONVORY* VUMERITY*
NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	AZESCHEW AZESCO DERMACINRX PRENATRIX DERMACINRX PRENATRYL PNV TABS 20-1 PREGEN DHA PREGENNA TRINAZ ZALVIT	Any generic prenatal vitamin
	NASCOBAL	cyanocobalamin injection
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	ALLZITAL BUPAP butalbital-acetaminophen 25-35mg, 50-300mg tablets	butalbital-acetaminophen 50-325mg tablet
	AMERGE ERGOMAR FROVA 2.5MG TABLET MAXALT MAXALT MLT RELPAX	generic triptans (e.g. sumatriptan; naratriptan)
	AMRIX cyclobenzaprine er	carisoprodol chlorzoxazone 500mg cyclobenzaprine tablets methocarbamol orphenadrine er metaxalone
	CAMBIA DUEXIS fenoprofen 200mg capsule fenoprofen 400mg capsule FENORTHO INDOCIN indomethacin 20mg capsule ketoprofen 25mg capsule meloxicam 5mg, 10mg capsule NALFON 400MG CAPSULE NAPRELAN NAPROSYN 125MG/5ML SUSPENSION	Generic NSAID (e.g. celecoxib; meloxicam)

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

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)	naproxen naproxen sodium cr naproxen sodium er naproxen-esomeprazole mag RELAFEN RELAFEN DS TIVORBEX VIMOVO VIVLODEX ZIPSOR ZORVOLEX	Generic NSAID (e.g. celecoxib; meloxicam)
	CAPITAL WITH CODEINE	acetaminophen-codeine
	chlorzoxazone 250mg	chlorzoxazone 500mg
	chlorzoxazone 375mg chlorzoxazone 750mg	methocarbamol 500mg
	CONZIP	tramadol tramadol er
	COSENTYX*	ENBREL* HUMIRA* OTEZLA* STELARA* TALTZ*
	CUPRIMINE*	penicillamine* trientine*
	D.H.E.45	dihydroergotamine injection
	diclofenac 1.5% solution diclofenac 35mg capsule PENNSAID	generic nsaid (e.g. celecoxib; meloxicam) diclofenac 1% gel
	dihydroergotamine 4mg/ml spray IMITREX NASAL SPRAY MIGRANAL ONZETRA XSAIL ZOLMITRIPTAN NASAL SPRAY ZOMIG	sumatriptan nasal spray
	GLOPERBA	colchicine probenecid-colchicine
	GRALISE	gabapentin
	IMITREX CARTRIDGE IMITREX PEN INJECTOR	dihydroergotamine sumatriptan
	IMITREX TABLET	dihydroergotamine eletriptan rizatriptan sumatriptan tablets
	KETOROLAC 15.75MG NASAL SPRAY SPRIX	ketorolac tablet
	levorphanol	codeine with acetaminophen hydrocodone with acetaminophen HYSINGLA ER oxycodone with acetaminophen tramadol XTAMPZA ER

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

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)	LORZONE	chlorzoxazone 500mg cyclobenzaprine tablet
	NORGESIC FORTE orphenadrine-aspirin-caffeine ORPHENGESIC FORTE	chlorzoxazone 500mg tablet metaxalone methocarbamol orphenadrine ER
	OXYCONTIN	HYSINGLA ER MORPHABOND ER XTAMPZA ER
	OZOBAX	baclofen tablet
	PROLATE SOLUTION	oxycodone-acetaminophen tablet
	QDOLO	tramadol 50mg tablet
	REYVOW	generic triptans (e.g. sumatriptan; naratriptan) NURTEC ODT UBRELVY
	ROXICODONE	oxycodone
	SILIQ*	ENBREL* HUMIRA* STELARA* TALTZ* TREMIFYA*
	SORIATANE	acitretin
	SUBSYS	fentanyl lozenge or buccal tablet
	SUMAVEL DOSEPRO TOSYMRA	sumatriptan
	TREXIMET	sumatriptan-naproxen
	VANATOL LQ VANATOL S	butalbital-acetaminophen-caffeine capsule or tablets
	ZEMBRACE SYMTOUCH	dihydroergotamine sumatriptan
	ZOMIG ZMT	zolmitriptan odt
	ENFERMEDAD DE PARKINSON	GOCOVRI
LODOSYN		carbidopa
ONGENTYS		entacapone
REQUIP XL		ropinirole er
ZELAPAR		selegiline tablets or capsules
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	ABILIFY ABILIFY MYCITE	aripiprazole paliperidone er risperidone
	CAPLYTA	aripiprazole olanzapine paliperidone er quetiapine quetiapine er risperidone ziprasidone

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

## Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

Es posible que su plan también excluya determinados medicamentos o productos de la cobertura. Esto se conoce como una “exclusión del plan (o de beneficios)”. 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.

## Preguntas frecuentes (cont.)

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

**R.** Medicamentos que:

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

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

**R.** Medicamentos que:

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

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

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

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

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

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

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

**R.** Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna para que

podamos comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna en **[cignaforhcp.com](http://cignaforhcp.com)**.

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

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

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

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

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

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

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

## Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.<sup>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>

## Preguntas frecuentes (cont.)

### 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

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

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:<sup>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 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).