



LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA TOTAL SAVINGS 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.

939837SP c Total Savings 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	19
Preguntas frecuentes	39
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	43

Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

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



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



Cigna.com/druglist. Desplácese hacia abajo hasta que vea un archivo pdf de la **Lista de medicamentos con receta Total Savings de Cigna.**

¿Tiene preguntas?

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

* Creación de la Lista de medicamentos: creada originalmente el 1 de octubre de 2011

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

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

Acerca de esta Lista de medicamentos

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

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

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

Cómo leer esta Lista de medicamentos

Use la tabla incluida abajo para leer esta Lista de medicamentos. **Este cuadro es solo un ejemplo.** Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna realmente cubre estos medicamentos.

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	
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) TEKTRUNA TEKTRUNA 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 Total Savings 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. **Por ejemplo, su plan no incluye medicamentos con receta que se usan para tratar alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec y los genéricos).** Con los medicamentos excluidos, no existe la opción de recibir cobertura a través del proceso de revisión de Cigna demostrando que usted necesita el medicamento o producto para su tratamiento. En esta Lista de medicamentos, estos medicamentos tienen un signo de intercalación (^) al lado del nombre. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver qué medicamentos están excluidos de su plan.

Cómo encontrar su medicamento

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

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

Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)		
fluticasone-salmeterol	COMBIVENT	KALYDECO* (PA,QL)
ipratropium-albuterol	RESPIMAT	LETAIRIS* (PA)
montelukast	DULERA	LONHALA MAGNAIR
tadalafil* (PA)	FLOVENT DISKUS	REFILL (PA)
	FLOVENT HFA	LONHALA MAGNAIR
	INCRUSE ELLIPTA	STARTER (PA)
	OFEV* (PA)	ORENITRAM ER* (PA)
	OPSUMIT* (PA)	ORKAMBI* (PA,QL)
	PULMICORT	PULMICORT
	FLEXHALER	PULMICORT RESPULE
	PULMOZYME* (PA)	PULMOZYME* (PA)
	QVAR REDHALER	REVATIO* (PA)
	SEREVENT	REVATIO 10MG/ML, 20MG* (PA)
	DISKUS	SINGULAIR
	SPIRIVA	SYMDEKO* (PA,QL)
	SPIRIVA	TRACLEER 125MG
	RESPIMAT	TABLET* (PA)
	STIOLTO	TRACLEER 62.5MG
	RESPIMAT	TABLET* (PA)
	SYMBICORT	TRIKAFTA* (PA, QL)
	TRACLEER 32MG	TYVASO* (PA)
	TABLET FOR	
	SUSP* (PA)	
	TRELEGY ELLIPTA	
	UPTRAVI* (PA)	

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD⁴

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 (PA,QL)
dextroamphetamineamphetamine er (PA,QL)		DAYTRANA (PA, QL)
dextroamphetamineamphetamine (PA)		DYANAVEL XR (PA,QL)
guanfacine er		EVEKEO 5MG, 10MG (PA)
methylphenidate (PA)		FOCALIN (PA, ST)
methylphenidate cd (PA, QL)		INTUNIV
methylphenidate er (cd) (PA, QL)		METHYLIN (PA)
methylphenidate er (la) (PA, QL)		QUILLICHEW ER (PA,QL)
		QUILLIVANT XR (PA, QL)
		RITALIN (PA, ST)
		STRATTERA (QL)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD⁴ (cont.)		
methylphenidate er (PA, QL)		
methylphenidate er (QL)		
methylphenidate la (PA, QL)		
MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS		
aminocaproic acid 0.25 gram/ml, 500MG, 1,000MG* tranexamic acid 650MG*	DROXIA	DOPTELET* (PA) LYSTEDA* PROMACTA* (PA) SIKLOS (PA) TAVALISSE* (PA)
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN		
amlodipine	BYSTOLIC (QL,ST)	ALTACE (ST)
amlodipine	CORLANOR (PA)	ATACAND (ST)
benazepril	ENTRESTO	AVAPRO (ST)
amlodipine-olmesartan (QL)	TEKTURNIA HCT (QL)	AZOR (QL)
amlodipine-valsartan		BENICAR (QL,ST)
atenolol		BENICAR HCT (QL,ST)
benazepril		BIDIL (QL)
bisoprolol		CALAN SR
bisoprolol-hydrochlorothiazide		CARDIZEM LA (QL)
candesartan		CARDURA
cartia xt		CATAPRES-TTS 1
carvedilol		CATAPRES-TTS 2
carvedilol er (QL)		CATAPRES-TTS 3
clonidine		COREG (ST)
clonidine hcl		COREG CR (QL, ST)
diltiazem		CORGARD (ST)
diltiazem 12hr er		COZAAR (ST)
diltiazem 24hr er		DIOVAN (ST)
diltiazem 24hr er (cd)		DIOVAN HCT (ST)
diltiazem 24hr er (la)		EPANED
diltiazem 24hr er (xr)		EXFORGE
diltiazem hcl		HEMANGEOL
dilt-xr		HYZAAR (ST)
dofetilide (QL)		INDERAL LA (ST)
doxazosin		INDERAL XL (ST)
droxidopa*		INNOPRAN XL (ST)
enalapril		KAPSPARGO
flecainide		SPRINKLE (ST)
hydralazine tablet		KATERZIA (QL)
irbesartan		LOPRESSOR (ST)
labetalol tablet		LOTENSIN (ST)
lisinopril		LOTREL

Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna

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

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

lisinopril- hydrochlorothiazide		MICARDIS (QL,ST)
losartan		MICARDIS HCT (QL,ST)
losartan- hydrochlorothiazide		MINIPRESS
matzim la		NITROSTAT
metoprolol		NORTHERA* (PA)
metoprolol succinate		NORVASC
metoprolol tartrate tablet		ORLADEYO* (PA, QL)
nadolol		PRINIVIL (ST)
nifedipine		PROCARDIA XL
nifedipine er		RANEXA (QL)
olmesartan (QL)		TEKURNA (QL)
olmesartan- amlodipine-hctz		TENORETIC 100 (ST)
olmesartan- hydrochlorothiazide (QL)		TENORETIC 50 (ST)
prazosin		TENORMIN (ST)
propranolol tablet		TIAZAC
propranolol er		TIKOSYN (PA, QL)
ramipril		TOPROL XL (ST)
ranolazine er (QL)		TRIBENZOR
taztia xt		VASOTEC (ST)
telmisartan (QL)		VERELAN
telmisartan- hydrochlorothiazid (QL)		VERELAN PM
tiadylt er		ZESTORETIC (ST)
valsartan		ZESTRIL (ST)
valsartan- hydrochlorothiazide		ZIAC (ST)
verapamil tablet		ZIAC (ST)
verapamil er		
verapamil er pm		
verapamil sr		

DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES

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

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

DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES (cont.)

st. joseph aspirin ec+		
st. joseph aspirin+		
warfarin		

CÁNCER

abiraterone* (PA)	AFINITOR 10MG TABLET* (PA)	AFINITOR* (PA)
abiraterone acetate* (PA)	ERIVEDGE* (PA)	AFINITOR 2.5MG TABLET* (PA)
anastrozole+	ERLEADA* (PA)	AFINITOR 5MG TABLET* (PA)
bexarotene* (PA)	GLEOSTINE	AFINITOR 7.5MG TABLET* (PA)
capecitabine* (PA)	IBRANCE* (PA)	AFINITOR DISPERZ* (PA)
everolimus* (PA)	NEXAVAR* (PA)	ALUNBRIG* (PA)
exemestane+	NEXAVAR* (PA)	ALECENSA* (PA)
hydroxyurea	REVLIMID* (PA)	BOSULIF* (PA)
imatinib* (PA)	SPRYCEL* (PA)	BRAFTOVI* (PA)
imatinib mesylate* (PA)	SUTENT* (PA)	CABOMETYX* (PA)
letrozole	TREXALL	CALQUENCE* (PA)
methotrexate	VERZENIO* (PA)	COMETRIQ* (PA)
tamoxifen+		GLEEVEC* (PA)
tamoxifen citrate+		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)
		ORGOVYX* (PA)
		ODOMZO* (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)

Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CÁNCER (cont.)			PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)		
		VENCLEXTA STARTING PACK* (PA) VENCLEXTA* (PA) VITRAKVI* (PA) VOTRIENT* (PA) XALKORI* (PA) XELODA* (PA) XOSPATA* (PA) XTANDI* (PA) ZEJULA* (PA)	aubra+ aurovela 24 fe+ aurovela fe+ aurovela+ aviane+ ayuna+ azurette+ balziva+ blisovi 24 fe+ blisovi fe+ briellyn+ camila+ camrese + camrese lo+ CAYA CONTOURED+ caziant+ charlotte 24 fe+ chateal + chateal eq+ cryselle+ cyclafem+ cyred + cyred eq+ dasetta+ daysee+ deblitane+ desogestrel-ethinyl estradiol+ desogestr-eth estrad eth estra+ dolishale+ drospirenone-eth estra-levomef+ drospirenone-ethinyl estradiol+ econtra ez+ econtra one-step+ elimest+ eluryng+ emoquette+ enpresse+ enskyce+ errin+ estarylla+ ethynodiol-ethinyl estradiol+ etonogestrel-ethinyl estradiol+ falmina+ fayosim+		
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL					
atorvastatin+ atorvastatin calcium+ colesevelam ezetimibe ezetimibe- simvastatin fenofibrate fenofibric acid fluvastatin+ fluvastatin er+ fluvastatin sodium+ icosapent ethyl lovastatin+ omega-3 acid ethyl esters pravastatin+ pravastatin sodium+ rosuvastatin+ (QL) rosuvastatin calcium+ (QL) simvastatin tablet+ (QL)	VASCEPA (PA)	CADUET (QL) LIPOFEN (ST) NIASPAN TRICOR (ST) TRILIPIX (ST) VYTORIN (ST) WELCHOL ZETIA ZOCOR (QL,ST)			
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS					
afirmelle+ AFTERA+ altavera+ alyacen+ amethia+ amethyst+ apri+ aranelle+ ashlyna+ aubra eq+	LO LOESTRIN FE	ELLA+ KYLEENA*+ LAYOLIS FE+ LILETTA*+ MICROGESTIN 24 FE MIRENA*+ PARAGARD T 380- A*+ SKYLA*+ TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE+ VCF CONTRACEPTIVE FILM+			

Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)			PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)		
FEMCAP+			microgestin+		
femynor+			mili+		
gemmily+			mono-linyah+		
gynol ii+			my choice+		
hailey fe+			my way+		
hailey 24 fe+			necon+		
hailey+			new day+		
heather+			nikki+		
iclevia+			nora-be+		
incassia+			norethindrone+		
isibloom+			norethindrone-e.		
jaimiess+			estradiol-iron+		
jasmiel+			norethindron-ethinyl		
jencycla+			estradiol+		
jolessa+			norethin-eth estra-		
juleber+			ferrous fum+		
junel fe +			norgestimate-ethinyl		
junel fe 24+			estradiol+		
junel+			norlyda+		
kaitlib fe+			nortrel+		
kalliga+			nylia+		
kariva+			nymyo+		
kelnor 1-35+			ocella+		
kelnor 1-50+			opcicon one-step+		
kurvelo+			option 2+		
larin 24 fe+			orsythia+		
larin fe+			philith+		
larin+			pimtrea+		
larissia+			pirmella+		
leena+			portia+		
lessina+			previfem+		
levonest+			reclipsen+		
levonorgestrel+			rivelsa+		
levonorgestrel-eth			setlakin+		
estradiol+			sharobel+		
levonorg-eth estrad			simliya+		
eth estrad+			simpesse+		
levora-28+			sprintec+		
lillow+			sronyx+		
lojaimiess+			syeda+		
loryna+			TAKE ACTION+		
low-ogestrel+			tarina 24 fe+		
lo-zumandimine+			tarina fe 1-20 eq+		
lutura+			tarina fe+		
lyleq+			tilia fe+		
lyza+			tri femynor+		
marlissa+			tri-estarylla+		
merzee+			tri-legest fe+		
mibelas 24 fe+			tri-linyah+		
microgestin fe+			tri-lo-estarylla+		

Lista de medicamentos con receta Total Savings 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-pseudoephed-dm		HYCODAN (PA, QL)
HYDROCODONE-HOMATROPINE MBR (PA, QL)		TESSALON PERLE
promethazine-dm		TUZISTRA XR (PA, QL)

PRODUCTOS DENTALES

chlorhexidine		CLINPRO 5000
chlorhexidine gluconate		FLORIVA+
denta 5000 plus		FLUORIDEX
dentagel		SENSITIVITY RELIEF
doxycycline hyclate		PREVIDENT
FLUORIDEX		PREVIDENT 5000
		PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT

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

PRODUCTOS DENTALES (cont.)

oralone		PREVIDENT 5000
PERIDEX		ORTHO DEFENSE
periogard		PREVIDENT 5000 PLUS
SF 1.1% GEL		PREVIDENT 5000 SENSITIVE
sf 5000 plus		
sodium fluoride		
sodium fluoride 5000 dry mouth		
sodium fluoride 5000 plus		
triamcinolone		
acetoneide		

DIABETES

ACCU-CHEK	BAQSIMI (QL)	AMARYL
ACCU-CHEK SMARTVIEW	DEXCOM G6 (PA, QL)	CYCLOSET
CONTRL SOLUTION	FARXIGA (QL, ST)	KORLYM* (PA)
ACCUTREND	FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (PA, QL)	RIOMET
GLUCOSE CONTROL	FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (PA, QL)	
CONTOUR	GLYXAMBI (QL, ST)	
glimepiride	JARDIANCE (QL, ST)	
glipizide	ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	
glipizide er	ONETOUCH VERIO TEST STRIP	
glipizide xl	RYBELSUS (PA, QL)	
metformin	SYNJARDY (QL, ST)	
metformin er	SYNJARDY XR (QL, ST)	
NOVOTWIST	V-GO 20	
TRUE METRIX	V-GO 30	
	V-GO 40	
	XIGDUO XR (QL, ST)	

DIURÉTICOS

acetazolamide tablet		ALDACTONE
acetazolamide er capsule		CAROSPIR
bumetanide tablet		DIURIL
chlorthalidone		INSPIRA

Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna

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

DIURÉTICOS (cont.)

eplerenone		JYNARQUE* (PA)
furosemide solution, tablet		LASIX
hydrochlorothiazide		MAXZIDE
spironolactone		MAXZIDE-25MG
triamterene-hctz		
triamterene-hydrochlorothiazid		

MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS

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

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

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

CONDICIONES OCULARES

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

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

CONDICIONES OCULARES (cont.)

		MAXITROL
		MOXEZA
		NEVANAC
		OCUFLOX
		OXERVATE* (PA)
		PRED FORTE
		PROLENSA
		RHOPRESSA
		ROCKLATAN
		TIMOPTIC
		TIMOPTIC-XE
		TOBRADEX
		TOBRADEX ST
		TRUSOPT
		VIGAMOX
		ZIRGAN
		ZYLET

PRODUCTOS FEMENINOS

fem ph		
GYZAZOLE 1		
miconazole 3		
miconazole 3 200MG		
terconazole		

CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS

alopen pills+	AMITIZA	AKYNZEO (PA, QL)
alosetron hcl*	CLENPIQ+	AKYNZEO 300-0.5MG CAPSULE
anucort-hc	LINZESS	BONJESTA
balsalazide	NEXIUM (QL)	CANASA
bisacodyl tablet+	PANCREAZE	CHENODAL* (PA)
cinacalcet*	PENTASA	CHOLBAM* (PA)
clearax+	SUPREP+	CORRECTOL+
constulose	SUTAB+	CUVPOSA
dicyclomine capsule, solution, tablet	VIBERZI	DICLEGIS
esomeprazole packet (QL)		DONNATAL
famotidine 40MG/5ML suspension		DULCOLAX+
gavilax+		LITHOSTAT
gavilyte-c+		MIRALAX+
gavilyte-g+		MOVANTIK (PA)
gavilyte-n+		NEXIUM DR 2.5MG PACKET (QL)
GENTLE LAXATIVE TABLET+		NEXIUM DR 5MG PACKET (QL)
gentlelax+		OCALIVA* (PA)
glycolax+		RAVICTI* (PA)
glycopyrrolate tablet, vial		RECTIV
healthyax+		RELISTOR (PA)

Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna

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

CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)

hemmorex-hc		SANCUSO (PA, QL)
hydrocortisone		SFROWASA
laxaclear+		SUCRAID* (PA)
laxative peg 3350+		SYMPROIC (PA)
LAXATIVE 5MG TABLET+		TRANSDERM-SCOP
LAXATIVE EC 5MG TABLET+		URSO
laxative+		URSO FORTE
mesalamine		VARUBI (PA, QL)
mesalamine dr		VIOKACE
mesalamine er		
metoclopramide solution, tablet		
metoclopramide odt		
misoprostol		
natura-lax+		
ondansetron		
ondansetron odt		
peg 3350-electrolyte+		
peg-3350 and electrolytes+		
peg3350-sod sul- nacl-kcl-asb-c+		
peg-prep+		
polyethylene glycol 3350+		
prochlorperazine tablet		
promethazine suppository		
promethegan		
purelax+		
scopolamine		
smoothlax+		
sucrafate		
ursodiol		
women's gentle laxative+		
women's laxative+		

AGENTES HORMONALES

amabelz	DUAVEE	ACTIVELLA
budesonide ec	IMVEXXY (QL)	ALORA (QL)
budesonide er (PA, QL)	INTRAROSA	ANDRODERM (PA, QL)
cabergoline (QL)	ORIAHNN (PA, QL)	ANDROGEL (PA, QL)
covaryx	ORILISSA (PA, QL)	ANGELIQ
covaryx h.s.	PREMARIN TABLET	AYGESTIN

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

AGENTES HORMONALES (cont.)

decadron	PREMPHASE	BIJUVA
desmopressin	PREMPRO	CLIMARA
dexamethasone		CLIMARA PRO
intensol		COMBIPATCH
dotti (QL)		CRINONE
eemt		DIVIGEL
eemt h.s.		ELESTRIN
estradiol (once weekly)		EMFLAZA* (PA)
estradiol (QL)		ENTOCORT EC
estradiol (twice weekly) (QL)		ESTRACE TABLET
estradiol 10mcg vaginal insert (QL)		ESTROGEL
estradiol- norethindrone		EVAMIST
acetat		FEMRING
estrogen- methyltestosterone		ISTURISA* (PA, QL)
euthyrox		MEDROL
levo-t		MENOSTAR (QL)
levothyroxine tablet		PROMETRIUM
levoxyl		RAYALDEE
liothyronine		
lyllana (QL)		
medroxyproges- terone		
methimazole		
methylprednisolone		
mimvey		
norethindrone		
np thyroid		
prednisone		
prednisone intensol		
progesterone vial*		
testosterone (PA, QL)		
westhroid		
yuvafem (QL)		

INFECCIONES

acyclovir capsule, suspension, tablet	BARACLUDE SOLUTION*	AEMCOLO (QL)
albendazole	EPCLUSA* (PA, QL)	ALBENZA
amoxicillin	FIRVANQ	ALINIA
amoxicillin- clavulanate pot er	HARVONI* (PA, QL)	ARIKAYCE* (PA)
amoxicillin- clavulanate potass	LEDIPASVIR- SOFOSBUVIR* (PA)	BACTRIM
atovaquone	MAVYRET* (PA)	BACTRIM DS

Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna

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

INFECCIONES (cont.)

atovaquone-proguanil hcl	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR* (PA)	BAXDELA TABLET (PA)
avidoxy		CAYSTON* (PA, QL)
azithromycin packet, suspension, tablet	SOVALDI* (PA, QL)	CIPRO SUSPENSION
cefdinir	THALOMID* (PA)	CIPRO TABLET
cefuroxime tablet	TOBI PODHALER* (PA, QL)	CLEOCIN
cephalexin		CLEOCIN HCL
ciprofloxacin	VOSEVI* (PA)	CLINDESSE
clarithromycin	XIFAXAN (QL)	CRESEMBA CAPSULE (PA)
clarithromycin er		DARAPRIM* (PA)
clindamycin		DIFICID (QL)
coremino (QL)		ERYPED 200
COREMINO ER QL)		ERY-TAB DR
dapsone		FLAGYL
doxycycline hyclate capsule, tablet		HIPREX
doxycycline monohydrate		KEFLEX
EMVERM		KITABIS PAK* (PA, QL)
entecavir* (QL)		MACROBID
erythromycin		MACRODANTIN
erythromycin ethylsuccinate		MALARONE (PA)
famciclovir		NATROBA
fluconazole		NUVESSA
hydroxychloroquine		NUZYRA TABLET* (QL)
ivermectin		ORAVIG
levofloxacin solution, tablet		PLAQUENIL
methenamine		posaconazole suspension
metronidazole gel, capsule, tablet		PREVYMIS TABLET*
minocycline hcl		PRIFTIN
minocycline er tablet (QL)		SIVEXTRO TABLET (PA)
minocycline hcl er (QL)		SOLOSEC
mondoxyne nl		STROMECTOL
morgidox		URIBEL
nitazoxanide		VALTRES
nitrofurantoin		VEMLIDY*
nitrofurantoin mono-macro		VIBRAMYCIN 25MG/5ML SUSPENSION
nystatin suspension, tablet		VIBRAMYCIN 50MG/5ML SYRUP
penicillin v potassium		XENLETA (PA, QL)
permethrin		XOFLUZA (QL)
posaconazole tablet		ZEPATIER* (PA)

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

INFECCIONES (cont.)

pyrimethamine (PA)		ZITHROMAX
pyrimethamine* (PA)		ZITHROMAX TRI-PAK
sulfamethoxazole-trimethoprim suspension, tablet		ZYVOX SUSPENSION, TABLET (PA)
terbinafine		
tetracycline		
tobramycin ampule* (PA,QL)		
valacyclovir		
valganciclovir		
vancomycin capsule, solution		
vandazole		

INFERTILIDAD

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

VARIOS

ACCU-CHEK	ACE AEROSOL	ADDYI (PA, QL)
cinacalcet hcl*	CLOUD	AUSTEDO* (PA)
FC2 FEMALE CONDOM+	ENHANCER (QL)	BRISDELLE (QL)
KETONE CARE TEST STRIP	AEROCHAMBER MINI (QL)	GALAFOLD* (PA)
KETONE TEST STRIP	AEROCHAMBER MV (QL)	INGREZZA INITIATION PACK* (PA, QL)
KETOSTIX REAGENT MICROLET	AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU (QL)	INGREZZA* (PA)
PRECISION XTRA sodium chloride inhalation vial, irrigation solution, vial	AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL (QL)	NUEDEXTA (QL)
TECHLITE LANCETS	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS (QL)	ORFADIN* (PA)
tetrabenazine* (PA)	AEROTRACH PLUS (QL)	TIGLUTIK* (PA)
trientine hcl* (PA)	AEROVENT PLUS (QL)	VYNDAMAX* (PA, QL)
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	BREATHRITE (QL)	VYNDAQEL* (PA, QL)
	CERDELGA* (PA)	
	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER (QL)	
	COMPACT SPACE CHAMBER (QL)	
	EASIVENT (QL)	
	ESBRIET* (PA)	
	FLEXICHAMBER (QL)	

Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
VARIOS (cont.)			NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)		
	INSPIRACHA-MBER (QL) MICROCHAMBER (QL) NITYR* (PA) OPTICHAMBER DIAMOND (QL) POCKET CHAMBER (QL) PRO COMFORT SPACER WITH MASK (QL) PROCARE SPACER WITH ADULT MASK (QL) PROCARE SPACER WITH CHILD MASK (QL) RITEFLO (QL) SPACE CHAMBER (QL) SPACE CHAMBER-LARGE MASK (QL) SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK (QL) SPACE CHAMBER-SMALL MASK (QL) VORTEX (QL) VORTEX VHC FROG MASK (QL) VORTEX VHC LADYBUG MASK (QL)		FA-8+ folic acid folic acid+ klor-con klor-con 10 meq tablet klor-con 8 meq tablet KLOR-CON M10 TABLET KLOR-CON M20 TABLET multi-vitamin w-fluoride-iron+ multivitamin with fluoride+ multivitamin-iron-fluoride+ ONE DAILY PRENATAL+ potassium chloride 10%, capsule, packet, tablet prenatal complete+ PRENATAL GUMMIES+ PRENATAL MULTI+ prenatal multi-dha+ PRENATAL MULTIVITAMIN+ PRENATAL MULTIVITAMIN-DHA+ prenatal one daily+ PRENATAL VITAMIN + DHA+ prenatal vitamin+ prenatal vitamins+ prenatal+ sevelamer carbonate tri-vite with fluoride+ vitamin d2 vitamins a,c,d and fluoride+	OB COMPLETE PREMIER DRISDOL FLORIVA CHEWABLE TABLET+ FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACK FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET MEPHYTON POLY-VI-FLOR WITH IRON+ POLY-VI-FLOR+ QUFLORA PEDIATRIC 1MG CHEWABLE TABLET+ QUFLORA PEDIATRIC 0.25MG/ML DROP+ QUFLORA PEDIATRIC 0.5MG/ML DROP+ ROCALTROL TRI-VI-FLOR+	AURYXIA (QL) BRAINSTRONG PRENATAL+ CITRANATAL 90 DHA CITRANATAL ASSURE CITRANATAL B-CALM CITRANATAL DHA CITRANATAL HARMONY CITRANATAL RX classic prenatal+ EXPECTA PRENATAL+ FOSRENOL 1,000 MG TABLET CHEW FOSRENOL 500 MG TABLET CHEW FOSRENOL 750 MG TABLET CHEW klor-con 10 meq tablet klor-con 8 meq tablet klor-con m15 K-TAB ER LOKELMA MINI PRENATAL+ ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA+ ONE-A-DAY PRENATAL-1+ perry prenatal+ PHOSLYRA PRENATAL FORMULA-DHA+ PRIMACARE REVELA SIMILAC PRENATAL+ STUART ONE+ ULTRA PRENATAL PLUS DHA+ VELPHORO VELTASSA
ESCLEROSIS MÚLTIPLE			PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS		
dalfampridine er* (PA) dimethyl fumarate* (PA)	VUMERITY* (PA)		alendronate ibandronate 150MG tablet raloxifene+	FOSAMAX PLUS D (ST)	ACTONEL (ST) ATELVIA (ST) BINOSTO (ST)
NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS					
calcitriol capsule, solution	OB COMPLETE PETITE	ALIVE PRENATAL+			

Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna

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

PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS (cont.)

raloxifene hcl+ risedronate risedronate dr		BONIVA 150MG TABLET (ST) EVISTA FOSAMAX (ST)
--	--	---

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

acetaminophen- codeine (PA)	BELBUCA (QL)	ANALPRAM HC 1% CREAM
allopurinol tablet	HYSINGLA ER (PA)	ANALPRAM HC 2.5%- 1% CREAM
aspirin ec+	NURTEC ODT (PA, QL)	ANALPRAM HC 2.5%- 1% CREAM SINGLE
aspirin tablet+	UBRELVY (PA, QL)	ARAVA
baclofen tablet	XTAMPZA ER (PA)	BUTRANS (QL)
buprenorphine patch (QL)	ZTLIDO	CELEBREX (QL, ST)
butalbital- acetaminophen- caffe (QL)		COLCRYS
carisoprodol		DEPEN* (PA)
celecoxib (QL)		EC-NAPROSYN (ST)
COLCHICINE		ECOTRIN EC 325MG TABLET+
cyclobenzaprine		ESGIC (QL)
diclofenac 1% gel (QL)		FEXMID
diclofenac dr		LAZANDA (PA)
diclofenac ec		LIDODERM
diclofenac er		MITIGARE
ec-naproxen		MOBIC (ST)
ECOTRIN EC 81MG TABLET+		NAPROSYN (ST)
eletriptan (QL)		NUCYNTA (PA)
eletriptan hbr (QL)		NUCYNTA ER (PA)
endocet (PA)		OXAYDO (PA)
febuxostat (QL)		PERCOCET (PA)
fentanyl (PA)		PROCORT
FIORICET (QL)		PROCTOFOAM-HC
frovatriptan (QL)		SAVELLA
glydo		SKELAXIN
hydrocodone- acetaminophen (PA)		ULTRAM 50MG TABLET (QL)
hydromorphone (PA)		vtol lq
hydromorphone er (PA)		ZANAFLEX
ibu		zebutal (QL)
ibuprofen		ZYLOPRIM
indomethacin		
indomethacin er		
ketorolac (QL)		
leflunomide		
lidocaine 5% ointment (QL)		

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

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

lidocaine 5% patch		
lidocaine viscous		
meloxicam tablet		
metaxalone		
methocarbamol		
morphine (PA)		
morphine er (PA)		
morphine sulfate (PA)		
morphine sulfate er (PA)		
NALFON 600MG TABLET (ST)		
NALOCET (PA)		
oxycodone (PA)		
OXYCODONE ER (PA)		
oxycodone- acetaminophen (PA)		
penicillamine* (PA)		
PROLATE TABLET (PA)		
oxycodone er (PA)		
rizatriptan (QL)		
sumatriptan (QL)		
sumatriptan succinate (QL)		
tizanidine		
tramadol 50MG tablet (QL)		
tramadol er (QL)		
vanadom		

ENFERMEDAD DE PARKINSON

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

ESQUIZOFRENIA/ANTIPSIKÓTICOS⁴

aripiprazole (QL)	LATUDA (QL)	FANAPT (QL, ST)
aripiprazole odt		INVEGA (QL, ST)
asenapine		REXULTI (QL, ST)
chlorpromazine tablet		REXULTI (ST)
haloperidol		RISPERDAL (ST)

Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS⁴ (cont.)			CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)		
olanzapine tablet olanzapine odt paliperidone er (QL) quetiapine quetiapine er risperidone risperidone odt ziprasidone tablet		SAPHRIS (ST) SECUADO (ST) SEROQUEL (ST) SEROQUEL XR (ST) VRAYLAR (QL, ST)	azelaic acid betamethasone diprop augmented betamethasone dipropionate bp 10-1 calcipotriene cream, ointment, solution calcipotriene- betamethasone calcipotriene- betamethasone dp claravis CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET CLINDACIN P 1% PLEDGETS clindamycin 1% foam, gel, lotion, pledget, solution clindamycin phos- benzoyl perox clindamycin phos- tretinoin clindamycin-benzoyl peroxide clindamycin- tretinoin clobetasol clobetasol propionate clocortolone CLOCORTOLONE PIVALATE clodan clotrimazole- betamethasone dapson gel fluocinonide fluorouracil cream, topical solution isotretinoin ivermectin ketoconazole ketodan metronidazole mupirocin myorisan NEUAC GEL pimecrolimus		CLINDACIN ETZ KIT CLINDACIN PAC KIT CLODERM (ST) DRYSOL EFUDEX EVOCLIN NAFTIN NAFTIN PRAMOSONE PROTOPIC REGRANEX (PA, QL) SANTYL (QL) TEMOVATE (ST) XEPI
TRASTORNOS CONVULSIVOS					
carbamazepine carbamazepine er clonazepam divalproex divalproex er epitol gabapentin lamotrigine lamotrigine (blue) lamotrigine (green) lamotrigine (orange) lamotrigine er lamotrigine odt (blue) lamotrigine odt (green) lamotrigine odt (orange) levetiracetam solution, tablet levetiracetam er oxcarbazepine pregabalin capsule, solution roweepra subvenite subvenite (blue) subvenite (green) subvenite (orange) topiramate topiramate er vigabatrin* vigadrone*	DILANTIN 30 MG CAPSULE (PA) FYCOMPA (PA) FYCOMPA (PA, QL) NAYZILAM (PA, QL) VIMPAT SOLTUION, TABLET (PA)	APTIOM (PA, QL) BRIVIACT (PA) BRIVIACT ORAL SOLUTION, TABLET (PA) DILANTIN 100 MG CAPSULE (PA) DILANTIN 50 MG INFATAB (PA) EPIDIOLEX* (PA) FINTEPLA* (PA) KLONOPIN (PA) LYRICA ORAL SOLUTION (PA) NEURONTIN (PA) OXTELLAR XR (PA) PHENYTEK (PA) SPRITAM (PA) TEGRETOL (PA) VALTOCO (PA, QL) XCOPRI (PA, QL)			
CONDICIONES CUTÁNEAS					
accutane adapalene (PA) adapalene-benzoyl peroxide amnesteam AVAR CLEANSER	EUCRISA TARGRETIN*	ANALPRAM HC 2.5%- 1% LOTION AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS BRYHALI (ST) calcipotriene foam CLEOCIN T			

Lista de medicamentos con receta Total Savings de 3 niveles de Cigna

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

CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

rosadan		
sodium sulfacetamide-sulfur		
sss 10-5		
sulfaceanse 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		HETLIOZ* (PA)
modafinil (PA)	SUNOSI (PA, QL)	LUNESTA (ST)
temazepam		SILENOR (QL, ST)
zolpidem tartrate		WAKIX* (PA, QL)
zolpidem tartrate er (QL)		XYREM* (PA)
		XYWAV* (PA)

DEJAR DE FUMAR⁴

bupropion hcl sr+ NICODERM CQ 21 MG/24HR PATCH+		CHANTIX
nicotine gum+		NICODERM CQ 14 MG/24HR PATCH+
nicotine lozenge+		NICODERM CQ 7 MG/24HR PATCH+
nicotine patch+		NICORETTE+
quit 2+		NICOTROL NS+
quit 4+		NICOTROL+
stop smoking aid+		VARENICLINE TARTRATE

ABUSO DE SUSTANCIAS

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

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

azathioprine*		ASTAGRAF XL*
everolimus 0.25MG tablet*		CELLCEPT ORAL SUSPENSION, TABLET*
everolimus 0.5MG tablet*		ENVARUS XR*
mycophenolate mofetil*		NEORAL*
mycophenolic acid*		PROGRAF*
sirolimus*		RAPAMUNE*
tacrolimus capsule*		ZORTRESS*

CONDICIONES URINARIAS

alfuzosin er	CYSTAGON*	AVODART
cevimeline		ELMIRON

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

CONDICIONES URINARIAS (cont.)

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

VACUNAS

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

		ROTARIX+
		ROTATEQ+

CONTROL DEL PESO

megestrol suspension		CONTRAVE (PA)
phentermine		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
	carbinoxamine 6mg tablet RYVENT	carbinoxamine 4mg tablet
	dexchlorpheniramine RYCLORA	carbinoxamine oral solution cyproheptadine syrup hydroxyzine syrup
	DYMISTA	azelastine-fluticasone Generic nasal steroids (e.g. fluticasone)
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	pyridostigmine 30mg tablet (QL)	pyridostigmine 60mg tablet
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	ANAFRANIL	clomipramine
	APLENZIN	bupropion XL 150, 300 mg tablets
	ATIVAN TABLET	lorazepam
	bupropion xl 450mg tablet FORFIVO XL	bupropion xl 150mg tablets
	CYMBALTA	desvenlafaxine ER duloxetine escitalopram
	DRIZALMA SPRINKLE	duloxetine dr capsules
	LEXAPRO	escitalopram
PAMELOR	nortriptyline capsules	

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

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

^^ 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 BREZTRI AEROSPHERE INCRUSE ELLIPTA SPIRIVA STIOLTO RESPIMAT TRELEGY ELLIPTA
	ZYFLO	montelukast zafirlukast zileuton er
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	ADDERALL XR ADHANSIA XR ADZENYS ER ADZENYS XR-ODT AMPHETAMINE APTENSIO XR CONCERTA COTEMPLA XR-ODT DYANAVAL XR FOCALIN XR JORNAY PM MYDAYIS QUILLICHEW ER RITALIN LA VYVANSE	dexmethylphenidate er dextroamphetamine-amphetamine er methylphenidate er
	DESOXYN	methamphetamine
	DEXEDRINE	dexmethylphenidate er dextroamphetamine er dextroamphetamine-amphetamine er
	EVEKEO ODT	amphetamine dexmethylphenidate dextroamphetamine methamphetamine methylphenidate
	INTUNIV ER	guanfacine er
	methylphenidate er 72mg tablet RELEXXII	methylphenidate er 36mg tablet
	QELBREE	atomoxetine
	NEULASTA*	FULPHILA* UDENYCA* ZIEXTENZO*
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	ACCUPRIL	quinapril
	ACCURETIC	quinapril-hctz
	ALTACE	ramipril
	ATACAND	candesartan
	ATACAND HCT	candesartan-hctz
	AVALIDE	irbesartan-hctz
	AVAPRO	irbesartan-hctz
	AZOR	amlodipine-olmesartan
	BENICAR	olmesartan

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

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN (cont.)	BENICAR HCT	olmesartan-hctz
	BETAPACE	sotalol
	BYSTOLIC	generic beta blockers (e.g. metoprolol; atenolol)
	CARDIZEM	diltiazem
	CARDIZEM CD	diltiazem CD
	CONJUPRI	amlodipine felodipine er nicardipine nifedipine
	CONSENSI	amlodipine celecoxib
	COZAAR	losartan
	DIOVAN	valsartan
	DIOVAN HCT	valsartan-hctz
	EDARBI	generic ARBs (e.g. losartan; valsartan)
	EDARBYCLOR	generic ARBs + HCTZ (e.g. losartan-HCTZ)
	EXFORGE	amlopidine-valsartan
	EXFORGE HCT	amlopidine-valsartan hctz
	FIRAZYR*	icatibant
	GONITRO	nitroglycerin sublingual tablet or spray
	HYZAAR	losartan-hctz
	ISORDIL ISORDIL TITRADOSE	isosorbide dinitrate
	LANOXIN	digoxin
	LOTENSIN	benazepril
	LOTENSIN HCT	benazepril-hctz
	LOTREL	amlodipine-benazepril
	MICARDIS	telmisartan
	MICARDIS HCT	telmisartan-hctz
	MULTAQ	amiodarone disopyramide dofetilide flecainide propafenone quinidine sotalol af
	PRINIVIL ZESTRIL	lisinopril
	RANEXA	ranolazine er
	TARKA	trandolapril-verapamil
	TEKTURNA	aliskiren
	TEKTURNA HCT	generic ACE inhibitor + HCT (e.g. benazepril-HCT) generic ARB + HCT (e.g. losartan-HCT)
	TRIBENZOR	olmesartan-amlodipine-hctz
	VASERETIC	enalapril-hctz

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

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN (cont.)	VASOTEC	enalapril
	ZESTORETIC	lisinopril-hctz
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	aspirin-omeprazole YOSPRALA	aspirin or enteric aspirin
CÁNCER	CYCLOPHOSPHAMIDE TABLET*	cyclophosphamide capsule*
	NILANDRON	nilutamide
	POMALYST*	REVLIMID*
	TARCEVA*	erlotinib*
	YONSA* ZYTIGA*	abiraterone*
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	ANTARA FENOGLIDE	fenofibrate
	ALTOPREV	lovastatin+ atorvastatin+ simvastatin+ rosuvastatin+
	CRESTOR	rosuvastatin+
	EZALLOR SPRINKLE FLOLIPID LIVALO SIMVASTATIN 20mg/5ml SUSPENSION NEXLIZET	generic statins (e.g. atorvastatin; simvastatin)
	JUXTAPID* PRALUENT	REPATHA
	LESCOL XL	fluvastatin er+
	LIPITOR	atorvastatin+ ezetimibe-simvastatin rosuvastatin+
	LOVAZA	generic omega-3-acid ethyl esters capsule VASCEPA
	NEXLETOL	generic statins (e.g. atorvastatin; simvastatin) ezetimibe-simvastatin
	niacin 500mg tablet NIACOR	niacin er
	PRAVACHOL	pravastatin+
	VYTORIN	ezetimibe-simvastatin
	ZYPITAMAG	atorvastatin+ lovastatin+ pravastatin+ rosuvastatin+ simvastatin+
	ZOCOR	simvastatin+
	PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	BALCOLTRA LOSEASONIQUE NATAZIA QUARTETTE SEASONIQUE TWIRLA

^^ 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
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)	BEYAZ SAFYRAL	generic oral contraceptives (e.g. drospirenone-ethinyl estradiol-levomefolate)
	DEPO-PROVERA 150MG/ML	medroxyprogesterone+
	ESTROSTEP FE	generic oral contraceptives (e.g. tilia fe, tri-legest fe)
	GENERESS FE LAYOLIS FE LOESTRIN FE MINASTRIN 24 FE TAYTULLA	generic oral contraceptives (e.g. norethindrone-ethinyl estradiol-fe)
	LOESTRIN	generic oral contraceptives (e.g. norethindrone-ethinyl estradiol)
	MIRCETTE	generic oral contraceptives (e.g. desogestrel-ethinyl estradiol)
	NUVARING	etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring
	SLYND	generic oral contraceptives (e.g. norethindrone 0.35mg)
	YASMIN 28 YAZ	generic oral contraceptives (e.g. drospirenone-ethinyl estradiol)
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	benzonatate 150mg	benzonatate 100mg, 200mg
	TUSSICAPS	hydrocodone-chlorpheniramine er suspension promethazine with codeine syrup
DIABETES	ACCU-CHEK TEST STRIPS CVS TEST STRIPS ADVOCATE TEST STRIPS ASSURE TEST STRIPS CONTOUR TEST STRIPS FREESTYLE TEST STRIPS	ONE TOUCH TEST STRIPS (e.g. Ultra; Verio)
	ADLYXIN	BYDUREON BYETTA metformin OZEMPIC TRULICITY VICTOZA
	ADMELOG ADMELOG SOLOSTAR APIDRA, APIDRA SOLOSTAR FIASP FIASP FLEXTOUCH FIASP PENFILL INSULIN ASPART NOVOLOG	HUMALOG LYUMJEV
	AFREZZA	HUMALOG HUMULIN R LYUMJEV
	alogliptin alogliptin-metformin JANUMET JANUMET XR KAZANO KOMBIGLYZE XR NESINA ONGLYZA	JENTADUETO JENTADUETO XR metformin TRADJENTA

^^ 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.)	alogliptin-pioglitazone OSENI	JENTADUETO JENTADUETO XR pioglitazone TRADJENTA
	FORTAMET GLUMETZA metformin er gastric metformin er osmotic	metformin er (generic to GLUCOPHAGE XR)
	GLUCAGEN HYPOKIT GVOKE	glucagon emergency kit (generic) BAQSIMI ZEGALOGUE
	INSULIN ASPART PRO NOVOLOG MIX	HUMALOG MIX
	INVOKAMET INVOKAMET XR SEGLUROMET	SYNJARDY SYNJARDY XR XIGDUO XR
	INVOKANA STEGLATRO	FARXIGA JARDIANCE metformin
	LANTUS LANTUS SOLOSTAR SEMGLEE TOUJEO MAX SOLOSTAR TOUJEO SOLOSTAR	BASAGLAR LEVEMIR TRESIBA FLEXTOUCH
	NOVOLIN	HUMULIN
	QTERN	GLYXAMBI
	STEGLUJAN	metformin TRIJARDY XR
DIURÉTICOS	EDECRIIN ethacrynic acid	bumetanide furosemide torsemide
CONDICIONES OCULARES	ALOCRIIL ALOMIDE	cromolyn
	CEQUA RESTASIS MULTIDOSE XIIDRA	RESTASIS
	FML LIQUIFILM	fluorometholone
	lotemax	loteprednol etabonate 0.5% drops dexamethasone eye drops fluorometholone eye drops prednisolone eye drops
	LUMIGAN TRAVATAN Z VYZULTA XALATAN XELPROS ZIOPTAN	bimatoprost latanoprost travoprost
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	ANUSOL-HC 25MG SUPPOSITORY	hydrocortisone 25mg suppository
	APRISO ER	mesalamine er capsule

^^ 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.)	ASACOL HD COLAZAL DELZICOL DIPENTUM	balsalazide mesalamine tablets or capsules PENTASA sulfasalazine	
	CARAFATE	sucralfate	
	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	
	MOTTEGRITY TRULANCE ZELNORM	AMITIZA LINZESS	
	NEXIUM 10MG, 20MG, 40MG PACKET, 20MG, 40MG CAPSULE	esomeprazole packets, esomeprazole magnesium	
	OMECLAMOX-PAK PYLERA TALICIA	lansoprazole-amoxicillin-clarithromycin pak	
	RELTONE	ursodiol	
	ROWASA	mesalamine rectal enema suspension	
	SENSIPAR*	cinacalcet	
	ZOFRAN	ondansetron	
	ZUPLENZ	ondansetron ondansetron odt	
	AGENTES HORMONALES	ALKINDI SPRINKLE	hydrocortisone 5mg 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
AGENTES HORMONALES (cont.)	ARMOUR THYROID SYNTHROID TIROSINT TIROSINT-SOL unithroid	levothyroxine
	CORTEF	hydrocortisone tablet
	CYTOMEL	liothyronine
	DDAVP NOCDURNA	desmopressin nasal spray or tablets
	DEXABLISS dexamethasone 6, 10, 13 Day 1.5MG tablets DEXPAK DXEVO HIDEX TAPERDEX ZCORT	dexamethasone 1.5mg tablet
	FORTESTA JATENZO NATESTO TESTIM VOGELXO XYOSTED	generic topical testosterone
	GENOTROPIN* NUTROPIN AQ NUSPIN* OMNITROPE* SAIZEN* SAIZEN-SAIZENPREP* ZOMACTON*	HUMATROPE* NORDITROPIN*
	HEMADY	dexamethasone 4mg tablet
	MINIVELLE VIVELLE-DOT	estradiol patch
	MYCAPSSA*	BYNFEZIA*
	ORTIKOS	budesonide capsule
	OSPHENA PREMARIN VAGIFEM	estradiol tablet, vaginal cream IMVEXXY YUVAFEM
	RAYOS	methylprednisolone prednisone
	THYQUIDITY	EUTHYROX LEVO-T levothyroxine LEVOXYL
	UCERIS 9MG ER TABLET	budesonide 9mg tablet dexamethasone hydrocortisone methylprednisolone prednisolone prednisone

^^ 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	ACTICLATE DORYX DORYX MPC MINOCIN 50MG PEL CAPSULE MINOCYCLINE ER 45, 90, 135MG CAPSULE MINOLIRA ER MONODOX SEYSARA SOLODYN TARGADOX VIBRAMYCIN 100MG CAPSULE XIMINO	generic products (e.g. doxycycline; minocycline)	
	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	
	sulfatrim	sulfamethoxazole-tmp	
	TAMIFLU	oseltamivir	
	TOLSURA	oral itraconazole	
	VALCYTE	valganciclovir	
	VANCOGIN	vancomycin oral solution or capsule	
	ZOVIRAX	acyclovir	
	VARIOS	HORIZANT	gabapentin
		KUVAN*	sapropterin tablet & powder packet*

^^ 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
VARIOS (cont.)	SYPRINE*	penicillamine* trientine*
	XENAZINE*	tetrabenazine*
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	AMPYRA*	dalfampridine er*
	AUBAGIO* BAFIERTAM* GILENYA* MAVENCLAD* MAYZENT* PONVORY* TECFIDERA* VUMERITY* ZEPOSIA*	dimethyl*
	AVONEX* COPAXONE* EXTAVIA* KESIMPTA* PLEGRIDY* REBIF*	BETASERON* glatiramer* GLATOPA*
NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	AZESCHEW AZESCO DERMACINRX PRENATRIX DERMACINRX PRENATRYL PNV TABS 20-1 PREGEN DHA PREGENNA PRENATABS FA TRINAZ VITATRUE ZALVIT	Any generic prenatal vitamin
	NASCOBAL	cyanocobalamin injection
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	ALLZITAL BUPAP butalbital-acetaminophen 25-35mg, 50-300mg tablets	butalbital-acetaminophen 50-325mg tablet
	AMERGE ERGOMAR FROVA 2.5MG TABLET MAXALT MAXALT MLT RELPAK	generic triptans (e.g. sumatriptan; naratriptan)
	AMRIX cyclobenzaprine er	carisoprodol chlorzoxazone 500mg cyclobenzaprine tablets methocarbamol orphenadrine er metaxalone

^^ 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.)	CAMBIA DUEXIS fenoprofen 200mg capsule fenoprofen 400mg capsule FENORTHO INDOCIN indomethacin 20mg capsule ketoprofen 25mg capsule meloxicam 5mg, 10mg capsule NALFON 400MG CAPSULE NAPRELAN NAPROSYN 125MG/5ML SUSPENSION naproxen naproxen sodium cr naproxen sodium er naproxen-esomeprazole mag RELAFEN RELAFEN DS TIVORBEX VIMOVO VIVLODEX ZIPSOR ZORVOLEX	generic NSAID (e.g. celecoxib; meloxicam)
	CAPITAL WITH CODEINE	acetaminophen-codeine
	chlorzoxazone 250mg	chlorzoxazone 500mg
	chlorzoxazone 375mg chlorzoxazone 750mg	methocarbamol 500mg
	CONZIP	tramadol tramadol er
	COSENTYX* ILUMYA* OTEZLA* SILIQ* SKYRIZI*	CIMZIA* ENBREL* STELARA* TALTZ* TREMIFYA*
	CUPRIMINE*	penicillamine* trientine*
	D.H.E.45	dihydroergotamine injection
	diclofenac 1.3% patch diclofenac 1.5% solution diclofenac 35mg capsule FLECTOR LICART PENNSAID VOLTAREN 1% GEL	generic nsaid (e.g. celecoxib; meloxicam) diclofenac 1% gel
	dihydroergotamine 4mg/ml spray IMITREX NASAL SPRAY MIGRANAL ONZETRA XSAIL ZOLMITRIPTAN NASAL SPRAY ZOMIG	sumatriptan nasal spray

^^ 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.)	GLOPERBA	colchicine probenecid-colchicine
	GRALISE	gabapentin
	HUMIRA*	ACTEMRA* CIMZIA* ENBREL* SIMPONI 100MG* STELARA* TALTZ* TREMIFYA*
	IMITREX CARTRIDGE IMITREX PEN INJECTOR	dihydroergotamine sumatriptan
	IMITREX TABLET	dihydroergotamine eletriptan rizatriptan sumatriptan tablets
	KETOROLAC 15.75MG NASAL SPRAY SPRIX	ketorolac tablet
	KEVZARA* KINERET* OLUMIANT* RINVOQ*	ACTEMRA* CIMZIA* ENBREL*
	levorphanol	codeine with acetaminophen hydrocodone with acetaminophen HYSINGLA ER oxycodone with acetaminophen tramadol XTAMPZA ER
	LORZONE	chlorzoxazone 500mg cyclobenzaprine tablet
	NORGESIC FORTE orphenadrine-aspirin-caffeine ORPHENGESIC FORTE	chlorzoxazone 500mg tablet metaxalone methocarbamol orphenadrine ER
	ORENCIA*	ACTEMRA* CIMZIA* ENBREL* TALTZ*
	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

^^ 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.)	SILIQ*	ENBREL* HUMIRA* STELARA* TALTZ* TREMIFYA*
	SIMPONI* 50MG/0.5ML XELJANZ* XELJANZ XR*	ACTEMRA* CIMZIA* ENBREL* SIMPONI 100MG* STELARA* TALTZ*
	SORIATANE	acitretin
	SUBSYS	fentanyl lozenge or buccal tablet
	SUMAVEL DOSEPRO TOSYMRA	sumatriptan
	tramadol 100mg	tramadol
	TREXIMET	sumatriptan-naproxen
	ULORIC	febuxostat
	VANATOL LQ VANATOL S	butalbital-acetaminophen-caffeine capsule or tablets
	ZEMBRACE SYMTOUCH	dihydroergotamine sumatriptan
	ZOMIG ZMT	zolmitriptan odt
ENFERMEDAD DE PARKINSON	GOCOVRI	amantadine
	LODOSYN	carbidopa
	ONGENTYS	entacapone
	REQUIP XL	ropinirole er
	ZELAPAR	selegiline tablets or capsules
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	ABILIFY ABILIFY MYCITE	aripiprazole paliperidone er risperidone
	CAPLYTA	aripiprazole olanzapine paliperidone er quetiapine quetiapine er risperidone ziprasidone
	GEODON CAPSULE	aripiprazole paliperidone er ziprasidone
	VERSACLOZ	clozapine clozapine odt
	ZYPREXA	aripiprazole olanzapine tablets paliperidone er
	ZYPREXA ZYDIS	aripiprazole olanzapine olanzapine odt

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

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
TRASTORNOS CONVULSIVOS	CARBATROL TEGRETOL XR	carbamazepine er divalproex
	DEPAKOTE DEPAKOTE ER DEPAKOTE SPRINKLE	divalproex er divalproex dr sprinkle capsule
	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
	ONFI SYMPAZAN	clobazam
	QUDEXY XR TROKENDI XR	topiramate er
	SABRIL*	vigabatrin*
	TOPAMAX	topiramate
	TRILEPTAL	oxcarbazepine
	ZONEGRAN	zonisamide
CONDICIONES CUTÁNEAS	ABSORICA ABSORICA LD	CLARAVIS isotretinoin MYORISAN ZENATANE
	ACANYA ACZONE AKLIEF AKTIPAK ALTRENO AMZEEQ ARAZLO ATRALIN AVITA AZELEX DIFFERIN DUAC EPIDUO FORTE FABIOR ONEXTON RETIN-A	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.)	RETIN-A MICRO RETIN-A MICRO PUMP tazarotene 0.1% foam TAZORAC TRETIN-X VELTIN WINLEVI ZIANA	Use generic products (e.g. adapalene; tretinoin; clindamycin-benzoyl peroxide)
	acyclovir cream, ointment DENA VIR ZOVIRAX	acyclovir tablet famciclovir tablet valacyclovir tablet
	adapalene swab PLIXDA	adapalene 0.1% cream adapalene 0.1% lotion adapalene 0.3% gel tazarotene 0.1% cream tretinoin cream, gel, micro gel
	ALDARA imiquimod 3.75% ZYCLARA	imiquimod 5% cream
	ANUSOL-HC 2.5% CREAM	hydrocortisone 2.5% rectal cream
	APEXICON E CORDRAN 4 MCG/SQ CM TAPE LARGE diflorasone PSORCON	betamethasone cream, ointment clobetasol halobetasol cream, ointment
	BENZA CLIN NEUAC 1.2-5% KIT	clindamycin-benzoyl peroxide
	calcipotriene foam	calcipotriene cream, ointment, solution calcitriol ointment tazarotene cream
	CARAC	fluorouracil 0.5% cream
	CLINDAGEL	clindamycin gel clindamycin topical solution
	CLINDAMYCIN 1% GEL	clindamycin 1% gel (generic Cleocin T) dapson 5% gel erythromycin 2% gel
	CLOBEX	clobetasol lotion, shampoo, spray
	CONDYLOX	imiquimod 5% cream packet podofilox 0.5% topical solution
	CORDRAN CREAM, LOTION, OINTMENT	betamethason fluocinolone fluticasone
	CUTIVATE	betamethasone lotion fluticasone topical lotion triamcinolone lotion
	DAPSONE 7.5% GEL PUMP	generic topical acne products (e.g. tretinoin; clindamycin-benzoyl peroxide)
	diclofenac 3% gel KLISYRI	FLUOROPLEX fluorouracil imiquimod 5% 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.)	DOVONEX	calcipotriene cream
	doxepin 5% cream PRUDOXIN ZONALON	generic topical steroid (e.g. betamethasone) topical tacrolimus
	DUOBRII	halobetasol plus tazarotene cream
	ELIDEL	primecrolimus
	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
	triamcinolone acetonide	desoximetasone 0.05% cream, ointment fluocinolone 0.025% ointment flurandrenolide 0.05% ointment hydrocortisone valerate 0.2% ointment mometasone 0.1% cream
	TRIANEX	triamcinolone cream
	TRIDESILON	alclometasone desonide triamcinolone
	ULTRAVATE LOTION ULTRAVATE X	betamethasone ointment clobetasol cream, lotion, ointment halobetasol cream, ointment
	VANOS	clobetasol cream fluocinonide 0.1% cream halobetasol cream
	VECTICAL	calcitriol ointment calcipotriene ointment tazarotene cream
	VERDESO	desonide cream desonide ointment
	WYNZORA	betamethasone calcipotriene calcipotriene-betamethasone fluocinolone fluticasone mometasone triamcinolone cream

^^ 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.)	XERESE	acyclovir tablet famciclovir tablet plus hydrocortisone prescription cream valacyclovir tablet
	XOLEGEL	ciclopirox 0.77% gel ciclopirox 1% shampoo ketoconazole 2% cream ketoconazole 2% foam selenium sulfide 2.5% lotion sodium sulfacetamide 10% shampoo
TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	AMBIEN	zolpidem
	AMBIEN CR	zolpidem er
	ATIVAN TABLET	lorazepam
	BELSOMRA	DAYVIGO
	EDLUAR	zolpidem or zolpidem er
	NUVIGIL	armodafinil
	PROVIGIL	modafinil
	RESTORIL	temazepam
	ZOLPIMIST	doxepin eszopiclone zaleplon zolpidem zolpidem ER
ABUSO DE SUSTANCIAS	EVZIO	naloxone auto-injector NARCAN
MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	LUPKYNIS*	BENLYSTA* tacrolimus*
	MYFORTIC*	mycophenolic acid*
	PROGRAF*	tacrolimus* tacrolimus 0.5mg capsule* tacrolimus 5mg capsule*
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

^^ 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 URINARIAS (cont.)	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:^{1,2}

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

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

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

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

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

Por ejemplo, su plan no incluye:

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

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

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

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

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

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

Preguntas frecuentes (cont.)

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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.⁶

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.⁷ 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.⁷ El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos que los de marca no significa que sean medicamentos de menor calidad.

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

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

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

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

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 adicional⁹
- › 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).¹⁰ 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

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:¹¹

- › medicamentos de venta libre (OTC), 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 fertilidad³, la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar³ o para mejorar el desempeño atlético;
- › cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos;
- › agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje;
- › reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo;
- › medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que opere en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos;
- › recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad;
- › la cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T;
- › más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias.
- › productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

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

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



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

La disponibilidad del producto puede variar según la ubicación y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro de salud colectivo y los planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna.

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

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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