



Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de julio de 2024



¿Qué encontrará adentro?	Página
Acerca de esta Lista de medicamentos	3
Cómo leer esta Lista de medicamentos	3
Cómo encontrar su medicamento	5
Preguntas frecuentes	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	22

Consulte su Lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 1 de marzo de 2024.* Acceda en línea para ver la lista más actualizada de los medicamentos que cubre su plan.

- **Aplicación myCigna[®] o myCigna.com[®].** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) del menú desplegable. Luego escriba el nombre de su medicamento.
- **Cigna.com/druglist.** Seleccione *Advantage 3 Tier* (Advantage de 3 niveles) del menú desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.

¿Tiene preguntas?

- **myCigna.com:** Haga clic para chatear 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 HealthcareSM. Estamos para servirle a toda hora, los 365 días del año.

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

Última actualización: 1 de marzo de 2024, para los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2024

Próxima actualización planificada: 1 de noviembre de 2024, para los cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2025

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 Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de julio de 2024. 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 comprar estos medicamentos 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 esta Lista de medicamentos realmente cubre estos medicamentos.

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
AGENTES HORMONALES		
AMABELZ budesonide dr budesonide ec budesonide er (PA, QL) cabergoline (QL) desmopressin anpule, vial* dexamethasone intensol DOTTI (QL) estradiol (once weekly) estradiol 10mcg vaginal insert (QL) estradiol (twice weekly) (QL) estradiol-norethindrone EUTHYROX fyremadel*^ (PA) LEVO-T levothyroxine tablet LEVOXYL liothyronine LYLLANA (QL) medroxy-progesterone methyl-prednisolone millipred MIMVEY norethindrone	ANDRODERM (PA, QL) CETROTIDE*^ (PA) COMBIPATCH DUAVEE ESTRING (QL) HUMATROPE* (PA) LUPRON DEPOT* (PA) LUPRON DEPOTPED* (PA) MEDROL 2 MG TABLET MYFEMBREE (PA, QL) NORDITROPIN FLEXPRO* (PA) ORIAHNN (PA, QL) ORLISSA (PA, QL) PREMARIN TABLET, VAGINAL CREAM APPLICATOR PREMPHASE PREMPRO SEROSTIM* (PA) SOMATULINE DEPOT* (PA) SOMAVERT* (PA)	ACTHAR GEL* (PA) ACTIVELLA ANDROGEL (PA, QL) ANGELIQ AYGESTIN BIJUVA CORTROPHIN* (PA) FENSOLVI* (PA) INTRAROSA (QL) ISTURISA* (PA, QL) LANREOTIDE* (PA) LUPANETA PACK* (PA) MEDROL 8MG, 16MG, 32MG TABLET MEDROL 4 MG DOSEPAK MENOSTAR (QL) MYFEMBREE (QL) OMNITROPE* (PA) OSPHENA (QL) PROMETRIUM RAYALDEE SANDOSTATIN LAR DEPOT* (PA) SIGNIFOR LAR* (PA) SUPPRELIN LA* (PA) TESTOPEL (PA) TRIOSTAT TRIPTODUR* (PA)

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 (*) al lado del 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 **sigla** al lado del nombre

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare 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 – Habitualmente genéricos | (Medicamentos con el costo más bajo) | \$ |
| • Nivel 2 – Habitualmente de marca preferida | (Medicamentos de costo medio) | \$\$ |
| • Nivel 3 – Habitualmente marcas no preferidas | (Medicamentos con el costo más alto) | \$\$\$ |

Letras (siglas) al lado de los nombres de los medicamentos

Es posible que determinados medicamentos necesiten la aprobación de Cigna Healthcare para estar cubiertos.* Este paso adicional ayuda a garantizar que usted esté recibiendo la cobertura adecuada para el medicamento correcto. En esta Lista de medicamentos, los medicamentos que tienen requisitos de cobertura adicionales o límites tienen **letras (siglas) entre paréntesis** al lado del nombre. Esto es lo que significan.

- | | |
|--------------|--|
| (PA) | Autorización previa: Este medicamento necesita la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra. El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que el medicamento cumple con los requisitos de cobertura. |
| (QL) | Límite a la cantidad: Su plan cubrirá solamente una determinada cantidad de este medicamento por vez. Si su médico quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que apruebe una cantidad mayor. |
| (ST) | Tratamiento escalonado: Su plan no cubre este medicamento de alto costo hasta que usted primero haya probado al menos una opción de menor costo (por lo general un medicamento genérico o de marca preferida) y no le haya dado resultado. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de este medicamento. |
| (AGE) | Requisito de edad: Su plan solo cubrirá este medicamento si usted tiene una determinada edad o se encuentra dentro de un determinado rango de edad. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido y su médico quiere que tome este medicamento, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que apruebe la cobertura. |

* 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.

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 orales tienen un asterisco (*) al lado del nombre

Los medicamentos de especialidad se usan para tratar condiciones médicas complejas. Generalmente se administran por inyección o infusión, y es posible que necesiten un manejo especial (como refrigeración). Es posible que algunos planes limiten la cobertura a un suministro para 30 días y/o que le exijan usar una farmacia de especialidad preferida para recibir cobertura. En esta Lista de medicamentos, los medicamentos de especialidad tienen un asterisco (*) al lado del nombre.

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.

Es posible que algunos planes cubran ciertos medicamentos no cubiertos

Los planes pueden decidir ofrecer cobertura para ciertos medicamentos/productos y/o clases de medicamentos que en general no están cubiertos. En esta Lista de medicamentos, estos medicamentos/productos tienen un signo de intercalación (^) al lado del nombre. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para ver si su plan los cubre.

Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
SIDA/VIH	6	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	12, 13
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	6	AGENTES HORMONALES	13
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	INFECCIONES	13
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6	INFERTILIDAD	13
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	6, 7	VARIOS	13, 14
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	7	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	14
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	7	NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	14
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	7, 8	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	14
DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES	8	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	14, 15
CÁNCER	8	ENFERMEDAD DE PARKINSON	15
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	8	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	15
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	9, 10	TRASTORNOS CONVULSIVOS	15, 16
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	10	CONDICIONES CUTÁNEAS	16
PRODUCTOS DENTALES	10, 11	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	16
DIABETES	11, 12	ABUSO DE SUSTANCIAS	16
DIURÉTICOS	12	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	16
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	12	CONDICIONES URINARIAS	16
CONDICIONES OCULARES	12	VACUNAS	16, 17
PRODUCTOS FEMENINOS	12	CONTROL DEL PESO	17

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
SIDA/VIH		
emtricitabine-tenofovir 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg* emtricitabine-tenofovir 200-300 mg*+ nevirapine er* (PA) nevirapine* (PA) tenofovir* (PA)	BIKTARVY* (QL) DESCOVY 200-25 MG TABLET*+ (PA) DESCOVY 120-15 MG TABLET* (PA) DOVATO* (QL) GENVOYA* (QL) JULUCA* (QL) PREZISTA 100MG/ML SUSPENSION* PREZISTA 75 MG, 15 0MG TABLET* SYMTUZA* (QL) TRIUMEQ PD* (QL) TRIUMEQ* (QL)	APRETUDE*+ (PA) CABENUVA* (PA) CIMDUO* (PA) ODEFSEY* (PA, QL)

ALERGIA/ROCIADORES NASALES

azelastine 0.1% (137 mcg) spray azelastine-fluticasone epinephrine (QL) fluticasone^ hydroxyzine capsule, syrup, tablet		GRASTEK (PA, QL) ODACTRA (PA, QL) ORALAIR (PA, QL) RAGWITEK (PA, QL)
---	--	---

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

donepezil donepezil odt memantine memantine er (QL) pyridostigmine pyridostigmine er	ADLARITY (PA, QL)	ARICEPT NAMENDA NAMENDA XR (QL) NAMZARIC (QL) regonol
---	-------------------	---

ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR²

bupropion xl 150 mg, 300 mg tablet (QL) bupropion sr 150 mg (QL) bupropion xl (QL) buspirone citalopram tablet (QL) citalopram 10mg/5 ml solution (QL) desvenlafaxine er (QL) duloxetine (QL)	TRINTELLIX (QL)	EMSAM (QL) FETZIMA (QL, ST) SPRAVATO* (PA)
--	-----------------	--

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR² (cont.)		
escitalopram (QL) fluoxetine (QL) fluoxetine dr (QL) sertraline tablet (QL) sertraline 20 mg/ml oral concentrate (QL) trazodone venlafaxine (QL) venlafaxine er (QL)		

ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS

albuterol albuterol hfa 90 mcg inhaler (QL) breyna (QL) budesonide-formoterol (QL) fluticasone-salmeterol 100-50, 250-50, 500-50 (QL) montelukast treprostinil* (PA) wixela inhub (QL)	ADEMPAS* (PA) ALVESCO ANORO ELLIPTA (QL) ASMANEX (QL) ASMANEX HFA (QL) ATROVENT HFA (QL) BREZTRI AEROSPHERE (QL) COMBIVENT RESPIMAT (QL) DULERA (QL) FASENRA PEN* (PA) FASENRA* (PA) INCRUSE ELLIPTA NUCALA AUTO-INJECTOR, SYRINGE* (PA) OFEV* (PA) OPSUMIT* (PA) QVAR REDIHALER SPIRIVA HANDIHALER (QL) SPIRIVA RESPIMAT (QL) STIOLTO RESPIMAT (QL) STRIVERDI RESPIMAT (QL) TEZSPIRE* (PA, QL) TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION* (PA) TRELEGY ELLIPTA (QL)	AIRDUO DIGIHALER (QL, ST) ARALAST NP* (PA) BRONCHITOL* (PA) GLASSIA* (PA) ORENITRAM ER* (PA) ORENITRAM TITRATION KIT* (PA, QL) PROLASTIN C* (PA) SINGULAIR TYVASO DPI* (PA)
---	---	--

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

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

ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)

UPTRAVI TABLET, TITRATION PACK* (PA)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML, 150 MG/ML SYRINGE, POWDER VIAL* (PA)

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD²

atomoxetine (QL)		ADDERALL (PA, ST)
dexmethylphenidate (PA)		DAYTRANA (PA, QL)
dexmethylphenidate er (PA, QL)		FOCALIN (PA, ST)
dextroamphetamine-amphetamine (PA)		METHYLIN (PA)
dextroamphetamine-amphetamine er (PA, QL)		QUILLIVANT XR (PA, QL)
guanfacine er		RITALIN (PA, ST)
methylphenidate (PA, QL)		XELSTRYM (PA, QL)
methylphenidate cd (PA, QL)		
methylphenidate er (cd) (PA, QL)		
methylphenidate er (la) (PA, QL)		
methylphenidate er 10 mg capsule, tablet (PA, QL)		
methylphenidate er 15 mg capsule (PA, QL)		
methylphenidate er 18 mg tablet (PA, QL)		
methylphenidate er 20 mg capsule, tablet (PA, QL)		
methylphenidate er 27 mg tablet (PA, QL)		
methylphenidate er 30 mg capsule (PA, QL)		
methylphenidate er 36 mg tablet (PA, QL)		

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

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD² (cont.)

methylphenidate er 40 mg capsule (PA, QL)
methylphenidate er 50 mg capsule (PA, QL)
methylphenidate er 54 mg tablet (PA, QL)
methylphenidate er 60 mg capsule (PA, QL)
methylphenidate la (PA, QL)

MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

tranexamic acid*	ADYNOVATE* (PA) AFSTYLA* (PA) ALTUVIIIIO* (PA) ARANESP* (PA) ELOCTATE* (PA) EMPAVELI* (PA) EPOGEN* (PA) ESPEROCT* (PA) FABHALTA* (PA, QL) JIVI* (PA) KOGENATE FS* (PA) KOVALTRY* (PA) NEULASTA ONPRO* (PA) NEULASTA* (PA) NIVESTYM* NOVOEIGHT* (PA) NYVEPRIA* (PA) PROCRIT* (PA) RETACRIT* (PA) SOLIRIS* (PA) UDENYCA* (PA) ZARXIO*	ADVATE* (PA) CYKLOKAPRON* DOPTELET* (PA) FULPHILA* (PA) FYLNETRA* (PA) GRANIX* (PA) MIRCERA* (PA) NEUPOGEN* (PA) NUWIQ* (PA) PROMACTA* (PA) RECOMBINATE* (PA) STIMUFEND* (PA) TAVALISSE* (PA) ULTOMIRIS* (PA) XYNTHA SOLOFUSE* (PA) XYNTHA* (PA) ZIEXTENZO* (PA)
------------------	--	---

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN

amlodipine	CORLANOR 5	BIDIL (QL)
amlodipine-valsartan	MG/5 ML ORAL SOLUTION* (PA)	CARDIZEM LA (QL)
atenolol	ENTRESTO (QL)	LABELALOL 10
cartia xt	NORLIQVA (PA, QL)	MG/2 ML SYRINGE
carvedilol	VERQUVO (PA, QL)	NITROSTAT
carvedilol er (QL)		NORVASC
clonidine		ORLADEYO* (PA, QL)
diltiazem		RELEUKO* (PA)

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

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

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

diltiazem 12hr er diltiazem 24hr er diltiazem 24hr er (cd) diltiazem 24hr er (la) (QL) diltiazem 24hr er (xr) dilt xr flecainide irbesartan lisinopril lisinopril-hctz losartan losartan-hctz matzim la metoprolol metoprolol metoprolol er olmesartan (QL) olmesartan-amlodipine-hctz olmesartan-hctz (QL) propranolol propranolol propranolol er taztia xt telmisartan (QL) tiadylt er valsartan tablet valsartan-hctz		TAKHZYRO* (PA) TIAZAC
--	--	--------------------------

DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES

clopidogrel	BRILINTA ELIQUIS (PA) XARELTO (PA)	FRAGMIN* (QL) SAVAYSA (PA, QL) ZONTIVITY
-------------	--	--

CÁNCER

anastrozole+ exemestane+ methotrexate methotrexate tamoxifen+	ALECENSA* (PA, QL) BRUKINSA* (PA, QL) CABOMETYX* (PA) CALQUENCE* (PA) COTELLIC* (PA) ERIVEDGE* (PA) ERLEADA* (PA) IMBRUVICA* (PA, QL) KANJINTI* (PA)	AKEEGA* (PA, QL) ARIMIDEX AROMASIN BOSULIF* (PA, QL) BRAFTOVI* (PA) COMETRIQ* (PA, QL) ELIGARD* EXKIVITY* (PA) GAVRETO* (PA, QL) IBRANCE* (PA, QL)
---	--	---

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

CÁNCER (cont.)

	KISQALI FEMARA CO-PACK* (PA, QL) KISQALI* (PA, QL) LENVIMA* (PA) LYNPARZA* (PA, QL) MVASI* (PA) NUBEQA* (PA) OGIVRI* (PA) REVLIMID* (PA, QL) RIABNI* (PA) RUBRACA* (PA, QL) RUXIENCE* (PA) SPRYCEL* (PA, QL) TRAZIMERA* (PA) VERZENIO* (PA, QL) XTANDI* (PA) ZEJULA* (PA, QL) ZELBORAF* (PA) ZIRABEV* (PA)	INLYTA* (PA) JAKAFI* (PA, QL) JAYPIRCA* (PA, QL) LORBRENA* (PA, QL) LUMAKRAS* (PA, QL) MEKINIST* (PA, QL) MEKTOVI* (PA, QL) NINLARO* (PA, QL) ODOMZO* (PA) ONTRUZANT* (PA) ORGOVYX* (PA) PHESGO* (PA) PIQRAY* (PA) RETEVMO* (PA, QL) ROZLYTREK* (PA) STIVARGA* (PA, QL) TAFINLAR* (PA, QL) TALZENNA* (PA, QL) TASIGNA* (PA, QL) VITRAKVI* (PA) VIZIMPRO* (PA) XALKORI* (PA, QL)
--	--	--

MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

atorvastatin 40 mg, 80 mg atorvastatin 10 mg, 20 mg+ ezetimibe FENOFIBRATE fluvastatin er+ fluvastatin+ icosapent ethyl lovastatin 20 mg, 40 mg+ lovastatin 10 mg pitavastatin+ (QL) pravastatin+ rosuvastatin 20 mg, 40 mg (QL) rosuvastatin 5 mg, 10 mg+ (QL) simvastatin 5 mg, 80 mg (QL) simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg+ (QL)	REPATHA (PA) VASCEPA (PA)	CADUET (QL) LIPOFEN (ST) TRICOR (ST) ZETIA
--	------------------------------	---

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

afirmelle+	LO LOESTRIN FE	ANNOVERA
altavera+		BEYAZ
alyacen+		CAYA
amethia+		CONTOURED+
amethyst+		ELLA+
apri+		FEMCAP+
aranelle+		KYLEENA*+
ashlyna+		layolis fe+
aubra eq+		LILETTA*+
aubra+		LOESTRIN FE
aurovela 24 fe+		MINASTRIN 24 FE
aurovela fe+		MIRENA*+
aurovela+		NEXPLANON*+
aviane+		NUVARING
ayuna+		PARAGARD T 380-
azurette+		A*+
balziva+		SAFYRAL
blisovi 24 fe+		SKYLA*+
blisovi fe+		TYBLUME
briellyn+		WIDE SEAL
camila+		DIAPHRAGM+
camrese lo+		YASMIN 28
camrese+		YAZ
caziant+		
charlotte 24 fe+		
chateal eq+		
chateal+		
cryselle+		
cyred eq+		
cyred+		
dasetta+		
daysee+		
deblitane+		
desogestrel-ethinyl		
estradiol+		
desogestrel-ethinyl		
estradiol ethinyl		
estradiol+		
dolishale+		
drospirenone-		
ethinyl estradiol-		
levomefolate+		
drospirenone-		
ethinyl estradiol+		
elimest+		
eluryng+		
enilloring+		
enpresse+		
enskyce+		
errin+		
estarylla+		

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

ethynodiol-ethinyl		
estradiol+		
etonogestrel-		
ethinyl estradiol+		
falmina+		
finzala+		
gemmily+		
hailey 24 fe+		
hailey fe+		
hailey+		
haloette+		
heather+		
iclevia+		
incassia+		
isibloom+		
jaimiess+		
jasmiel+		
jencycla+		
jolessa+		
joyeaux+		
juleber+		
junel fe 24+		
junel fe+		
junel+		
kaitlib fe+		
kalliga+		
kariva+		
kelnor 1-35+		
kelnor 1-50+		
kurvelo+		
larin 24 fe+		
larin fe+		
larin+		
leena+		
lessina+		
levonest+		
levonorgestrel-		
ethinyl estradiol+		
levonorgestrel-		
ethinyl estradiol		
ethinyl estradiol+		
levonorgestrel-		
ethinyl estradiol-fe		
bisglycinate+		
levora-28+		
lojaimiess+		
loryna+		
low-ogestrel+		
lo-zumandimine+		
lutra+		
lyleq+		

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

lyza+
marlissa+
medroxyprogester-
one+
merzee+
mibelas 24 fe+
microgestin 24 fe+
microgestin fe+
microgestin+
mili+
mono-linyah+
necon+
nikki+
nora-be+
norelgestromin-
ethinyl estradiol+
norethindrone+
norethindrone-
ethinyl estradiol-
fe+
norethindrone-
ethinyl estradiol+
norethindrone-
ethinyl estradiol
ferrous fumarate+
norgestimate-
ethinyl estradiol+
norlyda+
nortrel+
nylia+
nymyo+
ocella+
philith+
pimtrea+
pirmella+
portia+
previfem+
reclipsen+
rivelsa+
setlakin+
sharobel+
simliya+
simpesse+
sprintec+
sronyx+
syeda+
tarina 24 fe+
tarina fe 1-20 eq+
tarina fe+
taysofy+

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

tilia fe+
tri femynor+
tri-estarylla+
tri-legest fe+
tri-linyah+
tri-lo-estarylla+
tri-lo-marzia+
tri-lo-mili+
tri-lo-sprintec+
tri-mili+
tri-nymyo+
tri-previfem+
tri-sprintec+
trivora-28+
tri-vylibra lo+
tri-vylibra+
tulana+
turqoz+
tydemy+
velivet+
vestura+
vienva+
viorele+
volnea+
vyfemla+
vylibra+
wera+
wymzya fe+
xulane+
zafemy+
zarah+
zovia 1-35+
zumandimine+

MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO

brompheniramine-
pseudoephedrine-
dm
hydrocodone-
chlorpheniramine
er (PA)
promethazine-dm

TUZISTRA XR (PA,
QL)

PRODUCTOS DENTALES

chlorhexidine
doxycycline hyclate
FLUORIDEX DAILY
DEFENSE 1.1%
oralone
periogard
triamcinolone

CLINPRO 5000
FLORIVA 0.25 MG/
ML DROPS+
FLUORIDEX
SENSITIVITY RELIEF
JUST RIGHT 5000
PERIDEX

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
PRODUCTOS DENTALES (cont.)		
		PREVIDENT PREVIDENT 5000
DIABETES		
ACCU-CHEK ACCU-CHEK CONTROL SOLUTION ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE ADVOCATE SYRINGE ASSURE ID INSULIN SAFETY AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE BD INSULIN PEN NEEDLE, SYRINGE BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML CARETOUCH INSULIN SYRINGE COMFORT EZ INSULIN SYRINGE DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE DROPLET INSULIN SYRINGE EASY COMFORT INSULIN SYRINGE EASY GLIDE INSULIN SYRINGE EASY TOUCH INSULIN SAFETY EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN EASY TOUCH INSULIN SYRINGE EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN EASY TOUCH UNI- SLIP SYRINGE 1 ML EASY-TOUCH INSULIN SYRINGE FREESTYLE PRECISION	BAQSIMI (QL) BASAGLAR KWIKPEN U-100 (QL) BASAGLAR TEMPO PEN U-100 (QL) BYDUREON BCISE (PA, QL) BYETTA (PA, QL) CEQUR SIMPLICITY CEQUR SIMPLICITY INSERTER DEXCOM G6 RECEIVER (PA, QL) DEXCOM G6 SENSOR (PA, QL) DEXCOM G6 TRANSMITTER (PA, QL) DEXCOM G7 RECEIVER (PA, QL) DEXCOM G7 SENSOR (PA, QL) FARXIGA (QL, ST) FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER, SENSOR (PA, QL) FREESTYLE LIBRE 2 READER, SENSOR (PA, QL) FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR (PA, QL) GLYXAMBI (QL, ST) HUMALOG (QL) HUMULIN 70/30, HUMULIN N, HUMULIN R (QL) INSULIN LISPRO (QL) INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN (QL) INSULIN LISPRO KWIKPEN (QL) INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX (QL) JANUMET (QL, ST)	ACCU-CHEK GUIDE ME GLUCOSE METER ACCU-CHEK GUIDE MONITOR SYSTEM CONTOUR METER CONTOUR NEXT METERS CYCLOSET FREESTYLE FREEDOM LITE FREESTYLE INSULINX GLUCOSE SYSTEM FREESTYLE LITE METER GLUCAGEN DIAG- NOSTIC VIAL GLUCAGON EMERGENCY KIT (QL) GLUCOCARD EXPRESSION METER GLUCOCARD VITAL METER KIT PARADIGM RESERVOIR 3 ML POGO AUTOMATIC BLOOD GLUCOSE SYSTEM PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT, MONITOR TRUE METRIX AIR GLUCOSE METER TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE METER ULTIGUARD SAFEPACK SYRINGE

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES (cont.)		
GUARDIAN RT CHARGER GUARDIAN TEST PLUG HEALTHWISE INSULIN SYRINGE INPEN (FOR HUMALOG) INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP) INSULIN SYRINGE LITETOUCH INSULIN SYRINGE MAGELLAN INSULIN SYRINGE MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE metformin 500 mg, 850 mg, 1,000 mg tablet metformin 500 mg/5 ml, 850 mg/8.5 ml cup metformin 500 mg/5 ml solution metformin er MICROLET 2 MICROLET NEXT LANCING DEVICE MONOJECT INSULIN SYRINGE NANO 2 GEN PEN NEEDLE PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML PRO COMFORT INSULIN SYRINGE PRODIGY INSULIN SYRINGE SAFESNAP INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE SYRINGE SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SURE-JECT INSULIN SYRINGE TECHLITE INSULIN SYRINGE	JANUMET XR (QL, ST) JANUVIA (QL, ST) JARDIANCE (QL, ST) LYUMJEV (QL) LYUMJEV TEMPO PEN U-100 (QL) MOUNJARO (PA, QL) OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) (QL) OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) (QL) OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3) (QL) OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (QL) OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) (QL) OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (QL) OMNIPOD GO PODS (QL) ONETOUCH ULTRA TEST STRIP ONETOUCH VERIO FLEX METER ONETOUCH VERIO REFLECT METER ONETOUCH VERIO TEST STRIP OZEMPIC (PA, QL) REZVOGLAR KWIKPEN (QL) RYBELSUS (PA, QL) SOLIQUA 100-33 SYMLINPEN SYNJARDY (QL, ST) SYNJARDY XR (QL, ST) TRESIBA (QL) TRIJARDY XR (QL, ST) TRULICITY (PA, QL) V-GO 20, 30, 40 XIGDUO XR (QL, ST) ZEGALOGUE AUTO- INJECTOR (QL)	

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES (cont.)		
TERUMO INSULIN SYRINGE THINPRO INSULIN SYRINGE TOPCARE ULTRA COMFORT TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE TRUEPLUS INSULIN SYRINGE ULTICARE INSULIN SYRINGE ULTIGUARD SAFEPACK SYRINGE ULTILET INSULIN SYRINGE ULTRA COMFORT ULTRA FLO INSULIN SYRINGE ULTRACARE INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE PEN NEEDLE VANISHPOINT INSULIN SYRINGE VEO INSULIN SYRINGE	ZEGALOGUE SYRINGE (QL)	

DIURÉTICOS		
chlorthalidone eplerenone furosemide solution, tablet hydrochlorothiazide spironolactone triamterene-hctz	CAROSPIR SUSPENSION (PA) KERENDIA (PA, QL)	JYNARQUE* (PA) MAXZIDE

MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS		
ciprofloxacin-dexamethasone neomycin-polymyxin-hc ofloxacin		CIPRO HC CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE OTOVEL

CONDICIONES OCULARES		
cyclosporine dorzolamide-timolol erythromycin latanoprost	AZASITE BESIVANCE BETOPTIC S BROMSITE CEQUA	ACUVAIL ALREX BYOOVIZ* (PA) CIMERLI* (PA) ILEVRO

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CONDICIONES OCULARES (cont.)		
ofloxacin polymyxin b-trimethoprim tobramycin travoprost	EYSUVIS (QL) FLAREX INVELTYS LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT LOTEMAX SM SIMBRINZA TOBRADEX ST XDEMZY* (PA, QL) XIIDRA	LUCENTIS* (PA) PROLENSA RHOPRESSA ROCKLATAN TOBRADEX EYE OINTMENT ZIRGAN ZYLET

PRODUCTOS FEMENINOS		
GYNAZOLE 1 miconazole 3 200 mg suppository terconazole		

CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS		
dicyclomine capsule, solution, tablet esomeprazole^ (QL) famotidine suspension gavilyte-c+ gavilyte-g+ gavilyte-n+ lubiprostone mesalamine mesalamine dr mesalamine er metoclopramide metoclopramide omeprazole capsule^ (QL) ondansetron ondansetron ondansetron odt pantoprazole^ (QL) peg 3350-electrolyte+ peg-3350 and electrolytes+ peg3350-sodium sulfate-sodium chloride-potassium chloride sodium ascorbate-ascorbic acid+ peg-prep+	CLENPIQ+ LINZESS NEXIUM DR 2.5 MG, 5 MG PACKET (QL) PANCREAZE PHEBURANE* (PA, QL) SUFLAVE+ SUTAB+ TRULANCE VIBERZI	BONJESTA CARAFATE CUVPOSA DICLEGIS LITHOSTAT MOTOFEN MOVANTIK (PA) OLPRUVA* (PA) RECTIV RELISTOR (PA) RELISTOR (PA) SANCUSO (PA, QL) SFROWASA SYMPROIC (PA) VARUBI (PA, QL) VIOKACE VOWST* (PA, QL)

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

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

CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS

(cont.)

sodium sulfate- potassium sulfate- magnesium sulfate+		
--	--	--

AGENTES HORMONALES

desmopressin solution, spray, tablet	CETROTIDE*^ (PA) COMBIPATCH DUAVEE	ACTHAR* (PA) ACTIVELLA ANDRODERM (PA, QL)
desmopressin ampule, vial* dotti (QL)	ESTRING (QL) ESTROGEL FENSOLVI* (PA)	ANDROGEL (PA, QL) ANGELIQ BIJUVA
estradiol (QL)	GENOTROPIN* (PA)	CORTROPHIN* (PA)
estradiol (once weekly)	LUPRON DEPOT* (PA)	CRINONE (PA)
estradiol (twice weekly) (QL)	LUPRON DEPOT- PED* (PA)	CYTOMEL DEPO- TESTOSTERONE
euthyrox fyremadel*^ (PA)	MYFEMBREE (PA, QL)	EVAMIST INTRAROSA (QL)
levo-t levothyroxine tablet	OMNITROPE* (PA) ORIAHNN (PA, QL) ORILISSA (PA, QL)	LANREOTIDE* (PA) MEDROL MENOSTAR (QL)
levoxyl	PREMARIN	OSPHENA (QL)
liothyronine tablet	PREMARIN	RAYALDEE
liothyronine 10 mcg/ml vial	PREMPHASE PREMPRO	SANDOSTATIN LAR DEPOT* (PA)
lyllana (QL)	SKYTROFA* (PA)	SIGNIFOR LAR* (PA)
methylprednisolone dosepack, tablet	SOMATULINE DEPOT* (PA)	SOMAVERT* (PA)
np thyroid	TRIPTODUR* (PA)	SUPPRELIN LA* (PA)
prednisone		TRIOSTAT
prednisone intensol		unithroid
progesterone capsule, progesterone 500 mg/10 ml vial*		
testosterone (PA, QL)		
testosterone cypionate 200 mg/ml, 1,000 mg/10 ml, 2,000 mg/10 ml, 6,000 mg/30 ml		
yuvafem (QL)		

INFECCIONES

acyclovir capsule, suspension, tablet	BARACLUDE SOLUTION*	AEMCOLO (QL) ARIKAYCE* (PA)
amoxicillin	EPLUSA* (PA, QL)	BAXDELA (PA)

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

INFECCIONES (cont.)

amoxicillin-clavu- lanate	HARVONI* (PA, QL) LAGEVRIO (EUA) (QL)	BEYFORTUS+ BICILLIN L-A BILTRICIDE
amoxicillin-clavula- nate er	PAXLOVID (QL)	DARAPRIM* (PA)
azithromycin packet, suspension, tablet	PAXLOVID (EUA) (QL)	DIFICID (QL) e.e.s. 400
cefdinir	SOVALDI* (PA, QL)	ERYPED 200
cephalexin	TOBI PODHALER* (PA, QL)	KITABIS PAK* (PA, QL)
doxy 100 mg vial	VEMLIDY*	MACROBID
EMVERM	VOSEVI* (PA, QL)	MACRODANTIN
erythromycin	XIFAXAN (QL)	NUZYRA* (PA, QL)
fluconazole suspension, tablet		PLAQUENIL (PA)
hydroxychloroquine		SIVEXTRO (PA)
metronidazole tablet, vaginal gel		sulfatrim
nitrofurantoin		TAMIFLU (QL)
oseltamivir (QL)		TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5ML* (PA, QL)
posaconazole suspension, tablet		VALTREX
praziquantel		VIVJOA (PA)
sulfamethoxazole suspension, tablet		XENLETA TABLET (PA, QL)
valacyclovir		XOFLUZA (QL)
vandazole		ZEPATIER* (PA, QL)
		ZITHROMAX PACKET, SUS- PENSION, TABLET
		ZITHROMAX TRI- PAK
		ZYVOX (PA)

INFERTILIDAD

	CRINONE^ ENDOMETRIN^ GONAL-F RFF REDI- JECT*^ (PA)	CHORIONIC GONADOTROPIN 10,000 UNIT VIAL*^ (PA)
	GONAL-F RFF*^ (PA)	FOLLISTIM AQ*^ (PA)
	GONAL-F*^ (PA)	MAKENA (PA)
	NOVAREL*^ (PA)	
	OVIDREL*^ (PA)	
	PREGNYL*^ (PA)	

VARIOS

ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	CERDELGA* (PA) NITYR* (PA) STRENSIQ* (PA)	AUSTEDO XR TITRATION KIT* (PA, QL)
ACCU-CHEK SOFTCLIX		AUSTEDO XR* (PA, QL)
deferiprone* (PA)		AUSTEDO* (PA)
DROPLET LANCET		CARBAGLU*
MICROLET		CEREZYME* (PA)

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

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

VARIOS (cont.)

ONETOUCH LANCET sodium chloride SOFT TOUCH LANCET		CINRYZE* (PA) DYSPORT* (PA) ELFABRIO* (PA) HAEGARDA* (PA) INGREZZA INITIATION PACK* (PA, QL) INGREZZA* (PA) KETONE TEST STRIP KETOSTIX REAGENT NUDEXTA (QL) ORFADIN* (PA) POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGE PRECISION XTRA RADICAVA ORS* (PA, QL) RUCONEST* (PA) TEGSEDI* (PA) TIGLUTIK* (PA) TRUEPLUS KETONE TEST STRIP VYVGART HYTRULO* (PA)
---	--	---

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

glatopa*	AVONEX* (PA) BAFIERTAM* (PA) BETASERON* (PA) KESIMPTA PEN* (PA) MAYZENT* (PA) OCREVUS* (PA) PLEGRIDY* (PA) PONVORY* (PA) REBIF REBIDOSE* (PA) REBIF* (PA) VUMERITY* (PA)	BRIUMVI* (PA) FIRDAPSE* (PA, QL) MAVENCLAD* (PA) TYSABRI* (PA)
----------	--	---

NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS

betaine anhydrous* ludent fluoride+ multi-vitamin w-fluoride-iron+ multivitamin with fluoride+ multivitamin-iron- fluoride+	LOKELMA OB COMPLETE SOFTGEL, TABLET PRENATE DHA PRENATE ELITE VELPHORO VELTASSA	ACCRUFER AURYXIA (QL) CYSTADANE* DRISDOL EFFER-K FLORIVA+ MONOFERRIC (PA) mvc-fluoride+
--	---	--

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

NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)

sodium fluoride chewable tablet, drops+ tri-vitamin with fluoride+ tri-vite with fluoride+ vitamin d2 1.25 mg (50,000 unit) vitamins a,c,d and fluoride+		NEEVODHA OB COMPLETE PHOSLYRA POLY-VI-FLOR WITH IRON+ POLY-VI-FLOR+ PRENATE CHEWABLE PRENATE ENHANCE PRENATE ESSENTIAL PRENATE MINI PRENATE PIXIE PRENATE RESTORE PRIMACARE QUFLORA PEDIATRIC 0.25 MG/ML DROPS, 0.5 MG/ ML DROPS, 1 MG CHEWABLE TABLET+ TRI-VI-FLOR+
--	--	--

PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

alendronate ibandronate tablet ibandronate 3 mg/3 ml syringe, vial* raloxifene+ risedronate risedronate dr		ACTONEL (ST) ATELVIA (ST) BINOSTO (ST) EVISTA FOSAMAX (ST) PROLIA* (PA)
---	--	--

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

allopurinol tablet buprenorphine film, patch (QL) celecoxib (QL) colchicine cyclobenzaprine diclofenac tablet diclofenac er ec-naproxen endocet (PA) hydrocodone- acetaminophen (PA) ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet	ACTEMRA ACTPEN, SYRINGE* (PA, QL) ACTEMRA VIAL* (PA) ADALIMUMAB- ADAZ(CF) PEN* (PA, QL) ADALIMUMAB- ADAZ(CF)* (PA, QL) ADALIMUMAB- ADB(CF)* (PA, QL) ADALIMUMAB- ADB(CF)PEN* (PA, QL)	BIMZELX* (PA, QL) BUTRANS (QL) CELEBREX (QL, ST) COSENTYX PEN INJECTOR, SYRINGE* (PA, QL) GEL-ONE* (PA) GENVISC 850* (PA) HYALGAN* (PA) HYMOVIS* (PA) ILUMYA* (PA, QL) KEVZARA* (PA, QL) MONOVISC* (PA) NUCYNTA (PA) NUCYNTA ER (PA)
--	--	--

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)		
ibuprofen suspension, 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet lidocaine 5% patch, ointment, 2% solution (QL) meloxicam tablet methocarbamol 500 mg, 700 mg tablet oxycodone (PA) OXYCODONE ER (PA) oxycodone-acetaminophen (PA) prolate tablet (PA) sumatriptan (QL)	AIMOVIG AUTO-INJECTOR (PA) AJOVY AUTO-INJECTOR, SYRINGE(PA) AVSOLA* (PA) BELBUCA (QL) CIMZIA* (PA, QL) CYLTEZO(CF) PEN* (PA, QL) CYLTEZO(CF)* (PA, QL) DUPIXENT* (PA) DUROLANE* (PA) EMGALITY (PA) ENBREL* (PA, QL) EUFLEXXA* (PA) GELSYN-3* (PA) HADLIMA(CF)* (QL) HADLIMA* (QL) HUMIRA PEN* (PA, QL) HUMIRA(CF) PEN* (PA, QL) HUMIRA(CF)* (PA, QL) HUMIRA* (PA, QL) HYRIMOZ(CF) PEN* (PA, QL) HYRIMOZ(CF)* (PA, QL) HYSINGLA ER (PA) INFLECTRA* (PA) MITIGARE NURTEC ODT (PA, QL) OMVOH PEN* (PA, QL) OMVOH VIAL* (PA) OTEZLA* (PA, QL) OTREXUP (PA) QULIPTA (PA, QL) RINVOQ* (PA, QL) SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR, SYRINGE* (PA, QL) SIMPONI ARIA* (PA) SKYRIZI ON-BODY, PEN, SYRINGE* (PA, QL) SKYRIZI VIAL* (PA)	OLUMIANT* (PA, QL) ORENCIA CLICKJECT, SYRINGE* (PA, QL) ORENCIA VIAL* (PA) ORTHOVISC* (PA) OXAYDO (PA) PROCTOFOAM-HC RENFLEXIS* (PA) ROXYBOND (PA) SAVELLA SILIQ* (PA, QL) SOTYKTU* (PA, QL) SUPARTZ FX* (PA) SYNOJOYNT* (PA) SYNVISC* (PA) SYNVISC-ONE* (PA) TRILURON* (PA) TRIVISC* (PA) VISCO-3* (PA)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)		
	STELARA* (PA, QL) STELARA 130 MG/26 ML VIAL* (PA) TALTZ AUTO-INJECTOR, SYRINGE* (PA, QL) TREMIFYA* (PA, QL) TRUDHESA (PA, QL) UBRELVY (PA, QL) XELJANZ XR* (PA, QL) XELJANZ* (PA, QL) XTAMPZA ER (PA) ZAVZPRET (PA, QL) ZEPOSIA* (PA) ZTLIDO	
ENFERMEDAD DE PARKINSON		
carbidopa-levodopa-entacapone pramipexole pramipexole er (QL) ropinirole ropinirole er		APOKYN* (PA) INBRIJA* (PA) MIRAPEX ER (QL) NEUPRO NOURIANZ* (PA, QL) RYTARY STALEVO XADAGO (ST)
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS²		
aripiprazole (QL) aripiprazole odt quetiapine quetiapine er	ABILIFY ASIMTUFII (QL) ABILIFY MAINTENA (QL) ARISTADA (QL) ARISTADA INITIO REXULTI (QL, ST)	CAPLYTA (QL, ST) FANAPT (QL, ST) INVEGA HAFYERA (QL) INVEGA SUSTENNA (QL) INVEGA TRINZA (QL) PERSERIS (QL) RYKINDO (QL) SECUADO (ST) UZEDY (QL) VRAYLAR (QL, ST) ZYPREXA RELPREVV (QL)
TRASTORNOS CONVULSIVOS		
clonazepam gabapentin lacosamide lamotrigine lamotrigine (blue, green, orange)	DILANTIN 30 MG CAPSULE (PA) FYCOMPA (PA, QL) NAYZILAM (PA, QL) VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	APTOM (PA, QL) BRIVIACT (PA) CARBATROL (PA) DILANTIN (PA) EPIDIOLEX* (PA)

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

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

TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)

lamotrigine er lamotrigine odt lamotrigine odt (orange) levetiracetam solution, tablet levetiracetam er oxcarbazepine pregabalin capsule, solution roweepra subvenite subvenite (blue, green orange) topiramate topiramate er (QL)		LYRICA SOLUTION (PA) NEURONTIN (PA) ONFI (PA) OXTELLAR XR (PA) PHENYTEK (PA) SPRITAM (PA) TEGRETOL (PA) TEGRETOL XR (PA) VALTOCO (PA, QL) VIMPAT 200 MG/20 ML VIAL XCOPRI (PA, QL)
---	--	--

CONDICIONES CUTÁNEAS

amnestem azelaic acid claravis clindacin etz 1% pledget clindacin p 1% pledget clindamycin DROPSAFE PREP PAD halobetasol isotretinoin mupirocin 2% ointment myorisan tretinoin (PA age) triderm zenatane	ADBRY* (PA) CIBINQO* (PA, QL) EUCRISA (ST)	ABSORICA ACZONE 7.5% GEL PUMP BRYHALI (ST) CAPEX SHAMPOO (ST) CLEOCIN T CLODERM (ST) EVOCLIN LITFULO* (PA, QL) NAFTIN OPZELURA (PA) PRAMOSONE REGRANEX (PA, QL) SANTYL (QL) SOOLANTRA TACLONEX SUSPENSION TWYNEO XEPI
---	--	--

TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

doxepin (QL) eszopiclone zolpidem zolpidem er (QL)	DAYVIGO (QL, ST) SUNOSI (PA, QL)	LUMRYZ* (PA, QL) SODIUM OXYBATE* (PA, QL) WAKIX* (PA, QL) XYWAV* (PA, QL)
---	-------------------------------------	---

ABUSO DE SUSTANCIAS

buprenorphine buprenorphine- naloxone naloxone (QL) naltrexone (QL)	KLOXXADO (QL) LUCEMYRA (QL) NARCAN (QL) ZUBSOLV	BRIXADI* SUBLOCADE* SUBOXONE ZIMHI (QL)
---	--	--

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

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

mycophenolate capsule, suspension, tablet* sirolimus* tacrolimus*		CELLCEPT CAPSULE, ORAL SUSPENSION, TABLET* ENVARUS XR* IMURAN* LUPKYNIS* (PA, QL) RAPAMUNE*
--	--	--

CONDICIONES URINARIAS

finasteride oxybutynin 5 mg tablet, solution oxybutynin er potassium er tamsulosin tolterodine tolterodine er (QL)		FLOMAX PYRIDIUM UROCIT-K
---	--	--------------------------------

VACUNAS

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.

		ABRYSVO+ ACTHIB+ ADACEL TDAP+ AFLURIA QUAD+ AREXVY+ BEXSERO+ BOOSTRIX TDAP+ COMIRNATY+ DAPTACEL DTAP+ DENGVAXIA+ DIPHThERIA- TETANUS TOXOIDS-PED+ ENGERIX-B ADULT+ ENGERIX-B PEDIATRIC- ADOLESCENT+ FLUAD QUAD+ FLUARIX QUAD+ FLUBLOK QUAD+ FLUCELVAX QUAD+ FLULAVAL QUAD+ FLUMIST QUAD+ FLUZONE HIGH- DOSE QUAD+ FLUZONE QUAD+ GARDASIL 9+
--	--	---

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna Healthcare

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

VACUNAS (cont.)

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.

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
		HEPLISAV-B+ HIBERIX+ INFANRIX DTAP+ IPOL+ JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)+ KINRIX+ MENACTRA+ MENQUADFI+ MENVEO A-C-Y-W-135-DIP+ M-M-R II VACCINE+ MODERNA COVID VAC(EUA)+ MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)+ NOVAVAX COVID (EUA)+ NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ(EUA)+ PEDIARIX+ PEDVAXHIB+ PENTACEL ACTHIB COMPONENT+ PENTACEL+ PFIZER COVID VAC(EUA)+ PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)+ PNEUMOVAX 23+ PREHEVBRIO+ PREVNAR 13+ PREVNAR 20+ PRIORIX+ PROQUAD+ QUADRACEL DTAP-IPV+ RECOMBIVAX HB+ ROTARIX+ ROTATEQ+

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

VACUNAS (cont.)

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.

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
		SHINGRIX+ (QL) SPIKEVAX+ SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACC+ TDVAX+ TENIVAC+ TRUMENBA+ TWINRIX+ VARIVAX VACCINE+ VAXELIS+ VAXNEUVANCE+

CONTROL DEL PESO

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

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. Revisamos y actualizamos regularmente la Lista de medicamentos de su plan para garantizar la cobertura de medicamentos seguros, clínicamente eficaces y de bajo costo. 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. Estos cambios pueden incluir:

- **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. Solo usted y su médico pueden decidir qué es lo mejor para su tratamiento.

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 que tienen alternativas de menor costo. Esto se debe a que estas opciones de menor costo actúan de una manera igual o similar al medicamento no cubierto. Si está tomando un medicamento que no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar ese medicamento a través del proceso de revisión de la cobertura.

También hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una “exclusión del plan o del beneficio”. Esto significa que

el medicamento o el producto no está en la Lista de medicamentos de su plan, y no existe la opción de pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través del proceso de revisión de la cobertura. Por ejemplo, su plan no cubre, o “excluye”:

- Medicamentos con receta que se usan para tratar la pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec OTC 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 la disfunción eréctil y para dejar de fumar.³
- 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 Healthcare se elabora con la ayuda del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare, que es un grupo de médicos y farmacéuticos en ejercicio, la mayoría de los cuales trabaja fuera de Cigna Healthcare. 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 Comité de Evaluación del Valor de los Planes de Salud (HVAC, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare 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.

Preguntas frecuentes (cont.)

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

R. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos. Si su medicamento tiene la sigla **(PA)** o **(ST)** al lado del nombre, necesita aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la sigla **(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. Medicamentos de alto costo que se usan para tratar muchas condiciones, tales como:

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

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

R. La FDA considera que algunos medicamentos solo son clínicamente apropiados para personas de determinada edad o dentro de un determinado rango de 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 Healthcare para 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 Healthcare en **cignaforhcp.com**.

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos 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 hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para consultar el estado de su aprobación.

Si su medicamento no se aprueba, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen 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 la aprobación previa Cigna Healthcare. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo de su medicamento. Debería pedirle a su médico que se comunique con Cigna Healthcare 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).

Preguntas frecuentes (cont.)

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 Healthcare y pedirnos que aprobemos una cantidad mayor.

P. ¿Todos los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos están aprobados por la FDA?

R. Sí.

P. ¿Mi plan cubre medicamentos aprobados recientemente por la FDA?

R. Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Desde la fecha de aprobación de la FDA, la decisión puede demorar hasta seis meses. Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través del proceso de revisión de la cobertura.

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

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

R. Los medicamentos preventivos se usan para prevenir el desarrollo de determinadas condiciones o para evitar que vuelvan. Estas condiciones incluyen, entre otras, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis, carencia nutricional prenatal y derrame cerebral.

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.⁴

P. ¿Qué es el costo compartido?

R. Es la cantidad que usted paga de su bolsillo por un medicamento con receta cubierto y/o un servicio de cuidado de la salud o un servicio relacionado elegible. Para algunos planes, el costo compartido es un copago; para otros planes, es un coseguro.

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

R. Puede usar un medicamento que está cubierto en un nivel inferior (por ejemplo, un medicamento genérico o de marca preferida) o pedir que le despachen 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. ¿Qué es un medicamento genérico?

R. Un medicamento genérico es igual que su versión de marca en cuanto a seguridad, eficacia, calidad, concentración y formulación, así como en la manera en que se toma y se usa.⁵

Los medicamentos de marca están protegidos por patentes. Las patentes impiden que otros fabricantes vendan versiones genéricas del medicamento de marca. Una vez que finaliza una patente, otras compañías pueden producir y vender una versión genérica del medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca patentado por el fabricante.

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.

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

Preguntas frecuentes (cont.)

diferente a sus versiones 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 sus versiones 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. El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

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

R. Para aprovechar al máximo la cobertura de su plan, debería usar una farmacia de la red. Si su plan ofrece cobertura fuera de la red, usted pagará su costo compartido fuera de la red para que le despachen un medicamento allí.

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.⁶

Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

Express Scripts® Pharmacy 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. Para obtener más información, visite [Cigna.com/homedelivery](https://www.cigna.com/homedelivery).

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional⁷
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Suministro máximo para 90 días de una vez⁸
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

- I. 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 haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O

- 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. O

- 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 Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Accredo® para medicamentos de especialidad

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. Ellos le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad a su hogar (o al lugar que usted elija).⁹ También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional.

- 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
- Le ayudarán a encontrar maneras de pagar sus medicamentos
- Envío rápido sin costo adicional
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos
- Lleve el control de sus medicamentos en línea y haga un seguimiento de sus pedidos

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. Para obtener más información sobre Accredo, visite [Cigna.com/specialty](https://www.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, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de Express Scripts® Pharmacy.

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y médicamente necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta preventivos sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despachen la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta. Es posible que para algunos medicamentos se necesite autorización previa o que estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, límites a la cantidad u otros requisitos de administración de la utilización.

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:¹⁰

- Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos.
- Medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre.
- Medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular.
- Medicamentos que no están aprobados por la FDA.
- Dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos.
- Medicamentos usados para la fertilidad,¹¹ la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹² 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 operen 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 médicos o dispositivos 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 Healthcare los apruebe por ser médicamente necesarios.

Cigna Healthcare se reserva el derecho de hacer cambios en la Lista de medicamentos sin notificación. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte sus materiales de inscripción para conocer más detalles. Cigna Healthcare no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico. Es posible que Cigna Healthcare 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 Healthcare. 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.

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) de los EE. UU. y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despache la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta o que el reembolso quede sujeto a las disposiciones sobre copago, coseguro o deducible de su plan. Es posible que algunas características descritas en este documento no se apliquen a su plan de salud específico, y las características del plan pueden variar según el lugar y el tipo de plan. Consulte los documentos de su plan para conocer los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta de su plan.



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. **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.
3. 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.
4. Los precios que se muestran en myCigna no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite myCigna para obtener más información.
5. 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. [fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers](https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers).
6. No todos los planes ofrecen Express Scripts® Pharmacy 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. Cigna Healthcare tiene una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan. No se le aplicará ninguna penalidad, sin importar dónde despache sus recetas.
7. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
8. Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para 90 días y solo pueden envasarse en cantidades más reducidas. Por ejemplo, tres paquetes de anticonceptivos orales equivalen a un suministro para 84 días. Si bien no es un "suministro para 90 días", de todas maneras se considera una receta para 90 días.
9. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.
10. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
11. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra 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.

Para obtener ayuda en español, llame al número que aparece en su tarjeta de Cigna Healthcare.

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 Healthcare.

Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group.

968436SP c Advantage 3-Tier 03/24 © 2024 Cigna Healthcare.

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).