



Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) 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	22
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	26

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

¿Tiene preguntas?

- **myCigna.com:** Haga clic para 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 enero de 2016

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 Legacy (Standard) 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.

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 Legacy (Standard) 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	14, 15
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	6	AGENTES HORMONALES	15, 16
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	INFECCIONES	16
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6	INFERTILIDAD	16
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	6, 7	VARIOS	17
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	7, 8	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	17
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	8	NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	17
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	8	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	17
DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES	8	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	18
CÁNCER	8, 9	ENFERMEDAD DE PARKINSON	18
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	9	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	18
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	9-11	TRASTORNOS CONVULSIVOS	19
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	11	CONDICIONES CUTÁNEAS	19
PRODUCTOS DENTALES	11	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	20
DIABETES	11-14	DEJAR DE FUMAR	20
DIURÉTICOS	14	ABUSO DE SUSTANCIAS	20
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	14	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	20
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	14	CONDICIONES URINARIAS	20
CONDICIONES OCULARES	14	VACUNAS	20, 21
PRODUCTOS FEMENINOS	14	CONTROL DEL PESO	21

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) 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 100 MG/ML SUSPENSION* PREZISTA 75 MG, 150 MG TABLET* SYMITUZA* (QL) TRIUMEQ PD* (QL) TRIUMEQ* (QL)	APREUDE*+ (PA) CABENUVA*^ (PA) CIMDUO* (PA) ODEFSEY* (PA, QL) PREZISTA 600 MG TABLET* (PA) PREZISTA 800 MG TABLET* (PA) SYMFI LO* (PA, QL) SYMFI* (PA, QL) TRUVADA* (PA)

ALERGIA/ROCIADORES NASALES

azelastine 0.1% (137mcg) spray azelastine-fluticasone epinephrine (QL) fluticasone hydroxyzine capsule, syrup, tablet		AUVI-Q (PA, QL) BECONASE AQ (ST) DYMISTA (ST) EPIPEN (PA, QL) EPIPEN JR (PA, QL) GRASTEK (PA, QL) ODACTRA (PA, QL) OMNARIS (ST) ORALAIR (PA, QL) QNASL (ST) QNASL CHILDREN RAGWITEK (PA, QL) RYALTRIS (PA, QL) SYMJEPI (PA, QL) XHANCE (ST) ZETONNA (ST)
---	--	---

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

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

ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR²

bupropion (QL) bupropion sr 150 mg (QL) bupropion xl 150 mg, 300 mg tablet (QL) buspirone citalopram 10 mg/5 ml solution (QL)	TRINTELLIX (QL)	ANAFRANIL (PA) APLENZIN (PA, QL) AUVELITY (PA, QL) BUPROPION XL 450 MG TABLET (PA, QL) CITALOPRAM HBR 30 MG CAPSULE (PA, QL) CYMBALTA (PA, QL)
---	-----------------	---

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR² (cont.)		
citalopram tablet (QL) desvenlafaxine er (QL) duloxetine (QL) escitalopram (QL) fluoxetine (QL) fluoxetine dr (QL) sertraline 20 mg/ml oral concentrate (QL) sertraline tablet (QL) trazodone venlafaxine (QL) venlafaxine er (QL)		DRIZALMA SPRINKLE (QL, ST) EFFEXOR XR (PA, QL) EMSAM (QL) FETZIMA (QL, ST) FORFIVO XL (PA, QL) LEXAPRO (PA, QL) LOREEV XR (PA, QL) PAMELOR (PA) PEXEVA (PA, QL) PRISTIQ (PA, QL) PROZAC (PA, QL) SERTRALINE 150 MG, 200 MG CAPSULE (PA, QL) SPRAVATO* (PA) WELLBUTRIN SR (PA, QL) WELLBUTRIN XL (PA, QL) ZOLOFT (PA, 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 wixela inhub (QL)	ADEMPAS* (PA) ADVAIR HFA (QL) ALVESCO ANORO ELLIPTA (QL) ASMANEX (QL) ASMANEX HFA (QL) ATROVENT HFA (QL) BREO ELLIPTA (QL) BREZTRI AEROSPHERE (QL) COMBIVENT RESPIMAT (QL) DULERA (QL) FASENRA PEN* (PA) INCRUSE ELLIPTA NUCALA AUTO-INJECTOR, SYRINGE* (PA) OFEV* (PA) OPSUMIT* (PA) QVAR REDHALER SPIRIVA HANDHALER (QL) SPIRIVA RESPIMAT (QL)	ADVAIR DISKUS (QL, ST) AIRDUO DIGIHALER (QL, ST) AIRDUO RESPICLICK (QL, ST) AIRSUPRA (PA, QL) ARMONAIR DIGIHALER (ST) ARNUITY ELLIPTA (ST) BEVESPI AEROSPHERE (PA, QL) BRONCHITOL* (PA) DUAKLIR PRESSAIR (PA, QL) FLOVENT DISKUS (PA, QL) FLOVENT HFA (PA, QL) FLUTICASONE (PA, QL) FLUTICASONE-SALMETEROL 55-14, 113-14, 232-14 (PA, QL)
---	---	---

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

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

ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)

STIOLTO RESPIMAT (QL)	FLUTICASONE-SALMETEROL 55-14, 113-14, 232-14 (PA, QL)
STRIVERDI RESPIMAT (QL)	FLUTICASONE-VILANTEROL (PA, QL)
TEZSPIRE* (PA, QL)	LEVALBUTEROL HFA (PA, QL)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION* (PA)	LIQREV* (PA)
TRELEGY ELLIPTA (QL)	ORENITRAM ER* (PA)
UPTRAVI TABLET, TITRATION PACK* (PA)	ORENITRAM TITRATION KIT* (PA, QL)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML, 150 MG/ML SYRINGE, POWDER VIAL* (PA)	PERFOROMIST (PA, QL)
	PROAIR DIGIHALER (PA, QL)
	PROAIR HFA (PA, QL)
	PROAIR RESPICLICK (PA, QL)
	PROVENTIL HFA (PA, QL)
	PULMICORT FLEXHALER (PA)
	REVATIO SUSPENSION, TABLET* (PA)
	SEREVENT DISKUS (QL, ST)
	SINGULAIR
	SYMBICORT (QL, ST)
	TADLIQ* (PA)
	TUDORZA PRESSAIR (QL, ST)
	TYVASO DPI* (PA)
	VENTOLIN HFA (PA, QL)
	XOPENEX HFA (PA, QL)
	YUPELRI (PA)

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD² (cont.)

atomoxetine (QL)	MYDAYIS (PA, QL)	ADDERALL (PA, ST)
dexmethylphenidate (PA)		ADDERALL XR (PA, ST, QL)

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

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD²

dexmethylphenidate er (PA, QL)		ADZENYS XR-ODT (PA, QL)
dextroamphetamine-amphetamine (PA)		APTENSIO XR (PA, ST, QL)
dextroamphetamine-amphetamine er (PA, QL)		AZSTARYS (PA, ST, QL)
guanfacine er		CONCERTA (PA, ST, QL)
methylphenidate (PA, QL)		COTEMPLA XR-ODT (PA, QL)
methylphenidate cd (PA, QL)		DAYTRANA (PA, QL)
methylphenidate er (cd) (PA, QL)		DYANAVAL XR (PA, QL)
methylphenidate er (la) (PA, QL)		EVEKEO ODT (PA)
methylphenidate er 10 mg capsule, tablet (PA, QL)		FOCALIN (PA, ST)
methylphenidate er 15 mg capsule (PA, QL)		FOCALIN XR (PA, ST, QL)
methylphenidate er 18 mg tablet (PA, QL)		INTUNIV (PA)
methylphenidate er 20 mg capsule, tablet (PA, QL)		JORNAY PM (PA, ST, QL)
methylphenidate er 27 mg tablet (PA, QL)		METHYLIN (PA)
methylphenidate er 30 mg capsule (PA, QL)		METHYLPHENIDATE ER 45 MG, 63 MG, 72 MG TABLET (PA, QL)
methylphenidate er 36 mg tablet (PA, QL)		MYDAYIS (PA, QL)
methylphenidate er 40 mg capsule (PA, QL)		QELBREE (PA, QL)
methylphenidate er 50 mg capsule (PA, QL)		QUILLICHEW ER (PA, QL)
methylphenidate er 54 mg tablet (PA, QL)		QUILLIVANT XR (PA, QL)
		RELEXXII (PA, QL)
		RITALIN (PA, ST)
		RITALIN LA (PA, ST, QL)
		STRATTERA (PA, QL)
		VYVANSE (PA, QL)
		XELSTRYM (PA, QL)

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

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

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD² (cont.)

methylphenidate er 60 mg capsule (PA, QL)		
methylphenidate la (PA, QL)		

MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

tranexamic acid 650 mg tablet*	ADYNOVATE* [^] (PA) AFSTYLA* [^] (PA) ALTUVIIIQ* [^] (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) PROCRI* [^] (PA) RETACRI* [^] (PA) UDENYCA* (PA) ZARXIO* [^]	ADVATE* [^] (PA) DOPTELET* (PA) FULPHILA* (PA) FYLNETRA* (PA) GRANIX* [^] (PA) MIRCERA* [^] (PA) NEUPOGEN* [^] (PA) NUWIQ* [^] (PA) PROMACTA* (PA) RECOMBIMATE* [^] (PA) STIMUFEND* (PA) TAVALLISSE* (PA) TAVNEOS* (PA, QL) XYNTHA SOLOFUSE* [^] (PA) XYNTHA* [^] (PA) ZIEXTENZO* (PA)
--------------------------------	--	---

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN

amlodipine	CORLANOR 5	ASPRUZYO
amlodipine-valsartan	MG/5 ML ORAL SOLUTION* (PA)	SPRINKLE (PA, QL)
atenolol	ENTRESTO (QL)	AVAPRO (ST)
cartia xt	NORLIQVA (PA, QL)	BIDIL (QL)
carvedilol	TEKURNA HCT	BYSTOLIC (PA, QL)
carvedilol er (QL)	VERQUVO (PA, QL)	CARDIZEM (PA)
clonidine		CARDIZEM CD (PA)
diltiazem tablet		CARDIZEM LA (QL)
diltiazem 12hr er		CONJUPRI (PA)
diltiazem 24hr er		COREG (PA)
diltiazem 24hr er (cd)		COREG CR (PA, QL)
diltiazem 24hr er (la) (QL)		COZAAR (ST)
		DIOVAN (ST)
		DIOVAN HCT (ST)
		EDARBI (PA, QL)

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

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

diltiazem 24hr er (xr)		EDARBYCLOL (PA)
dilt xr		EXFORGE (PA)
flecainide		HEMANGEOL (PA)
irbesartan		HYZAAR (ST)
labetalol tablet		INDERAL LA (PA)
lisinopril		KAPSPARGO SPRINKLE (PA)
lisinopril-hctz		LODOCO (PA)
losartan		LOPRESSOR (PA)
losartan-hctz		MICARDIS (QL, ST)
matzim la		MULTAQ (PA)
metoprolol tablet		NITROSTAT
metoprolol er		NORVASC
olmesartan (QL)		ORLADEYO* (PA, QL)
olmesartan-amlodipine-hctz		RELEUKO* [^] (PA)
olmesartan-hctz (QL)		TAKHZYRO* (PA)
propranolol solution, tablet		TEKURNA (PA, QL)
propranolol er		TENORETIC 100 (PA)
taztia xt		TENORETIC 50 (PA)
telmisartan (QL)		TENORMIN (PA)
tiadyt er		TIAZAC
valsartan tablet		TOPROL XL (PA)
valsartan-hctz		VALSARTAN 4 MG/ML SOLUTION (ST)
		ZESTORETIC (ST)
		ZESTRIL (ST)

DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES

clopidogrel	BRILINTA ELIQUIS (PA) FRAGMIN* (QL) XARELTO (PA)	PRADAXA CAPSULE (PA) PRADAXA PELLETT PACK* (PA, QL) SAVAYSA (PA, QL) ZONTIVITY
-------------	--	---

CÁNCER

anastrozole+	ALECENSA* (PA, QL)	AKEEGA* (PA, QL)
exemestane+	BRUKINSA* (PA, QL)	ALUNBRIG* (PA, QL)
methotrexate	CABOMETYX* (PA)	ARIMIDEX
tamoxifen+	CALQUENCE* (PA)	AROMASIN
	COTELLIC* (PA)	BOSULIF* (PA, QL)
	ERIVEDGE* (PA)	BRAFTOVI* (PA)
	ERLEADA* (PA)	COMETRIQ* (PA, QL)
	IMBRUVICA* (PA, QL)	EXKIVITY* (PA)
	KISQALI FEMARA CO-PACK* (PA, QL)	GAVRETO* (PA, QL)
	KISQALI* (PA, QL)	IBRANCE* (PA, QL)
		INLYTA* (PA)
		JAKAFI* (PA, QL)

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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CÁNCER (cont.)			PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS		
	LENVIMA* (PA) LYNPARZA* (PA, QL) NUBEQA* (PA) REVLIMID* (PA, QL) RUBRACA* (PA, QL) SPRYCEL* (PA, QL) VERZENIO* (PA, QL) XTANDI* (PA) ZEJULA* (PA, QL) ZELBORAF* (PA)	JAYPIRCA* (PA, QL) LORBRENA* (PA, QL) LUMAKRAS* (PA, QL) MEKINIST* (PA, QL) MEKTOVI* (PA, QL) NEXAVAR* (PA, QL) NINLARO* (PA, QL) ODOMZO* (PA) ORGOVYX* (PA) PHESGO*^ (PA) PIQRAY* (PA) RETEVMO* (PA, QL) ROZLYTREK* (PA) SCEMBLIX* (PA, QL) STIVARGA* (PA, QL) TAFINLAR* (PA, QL) TALZENNA* (PA, QL) TASIGNA* (PA, QL) VITRAKVI* (PA) VIZIMPRO* (PA) XALKORI* (PA, QL) YONSA* (PA)	afirmelle+ altavera+ alyacen+ amethia+ amethyst+ apri+ aranelle+ ashlyna+ aubra eq+ aubra+ aurovela 24 fe+ aurovela fe+ aurovela+ aviane+ ayuna+ azurette+ balziva+ blisovi 24 fe+ blisovi fe+ briellyn+ camila+ camrese lo+ camrese+ CAYA CONTOURED+ caziant+ charlotte 24 fe+ chateal eq+ chateal+ cryselle+ cyred eq+ cyred+ dasetta+ daysee+ deblitane+ deblitane+ desogestrel-ethinyl estradiol+ desogestrel-ethinyl estradiol ethinyl estradiol+ dolishale+ drospirenone- ethinyl estradiol- levomefolate+ dolishale+ drospirenone- ethinyl estradiol- levomefolate+	LO LOESTRIN FE NEXPLANON*+	ANNOVERA BALCOLTRA BEYAZ ELLA+ KYLEENA*+ layolis fe+ LILETTA*+ LOESTRIN FE MINASTRIN 24 FE MIRENA*+ NATAZIA NEXTSTELLIS NUVARING PARAGARD T 380- A*+ PHEXXI+ (PA) SAFYRAL SKYLA*+ SLYND TAYTULLA TWIRLA+ TYBLUME YASMIN 28 YAZ
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)	NEXLETOL (PA, QL) NEXLIZET (PA, QL) REPATHA (PA) VASCEPA (PA)	ATORVALIQ (ST) CADUET (QL) CRESTOR (PA, QL) EZALLOR SPRINKLE (QL, ST) FENOGLIDE (PA) LIPITOR (PA) LIPOFEN (ST) LIVALO (PA, QL) PRALUENT PEN (PA) TRICOR (ST) ZETIA ZOCOR (PA) ZYPITAMAG (ST)			

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

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

drospirenone-ethinyl estradiol+		
elinest+		
eluryng+		
enilloring+		
enpresse+		
enskyce+		
errin+		
estarylla+		
ethynodiol-ethinyl estradiol+		
etonogestrel-ethinyl estradiol+		
falmina+		
FEMCAP+		
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+		

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

levonorgestrel-ethinyl estradiol		
ethinyl estradiol+		
levonorgestrel-ethinyl estradiol-fe bisglycinate+		
levora-28+		
lojaimiess+		
loryna+		
low-ogestrel+		
lo-zumandimine+		
luteru+		
lyleq+		
lyza+		
marlissa+		
medroxy-progesterone+		
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+		

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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)		
previfem+ reclusen+ rivelsa+ setlakin+ sharobel+ simliya+ simpesse+ sprintec+ sronyx+ syeda+ tarina 24 fe+ tarina fe 1-20 eq+ tarina fe+ taysofy+ 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+ WIDE SEAL DIAPHRAGM+ wymzya fe+ xulane+ zafemy+ zarah+ zovia 1-35+ zumandimine+		

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO		
benzonatate (PA) 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	PREVIDENT 0.2% RINSE	CLINPRO 5000 FLORIVA 0.25 MG/ ML DROPS+^ FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF JUST RIGHT 5000 PERIDEX PREVIDENT 1.1% GEL PREVIDENT 5000
DIABETES		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS (PA) ABOUTTIME PEN NEEDLE (PA) ACCU-CHEK ACCU-CHEK CONTROL SOLUTION ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE ADVOCATE PEN NEEDLES (PA) ADVOCATE SYRINGE ALOGLIPTIN (PA, QL) ALOGLIPTIN- METFORMIN (PA, QL) ASSURE ID INSULIN SAFETY ASSURE ID PEN NEEDLE (PA) AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE	ACCU-CHEK AVIVA PLUS ACCU-CHEK TEST STRIP ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIP 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)	ADMELOG (PA, QL) ADMELOG SOLOSTAR (PA, QL) ADVANCED GLUCOSE TEST STRIP ADVOCATE REDI- CODE+ TEST STRIP ADVOCATE TEST STRIP AFREZZA (PA, QL) AGAMATRIX AMP TEST STRIP APIDRA (PA, QL) APIDRA SOLOSTAR (PA, QL) ASSURE 4 TEST STRIP ASSURE PLATINUM TEST STRIP ASSURE PRISM MULTI TEST STRIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP BREZAVVY (PA,QL) CARESENS N TEST STRIP

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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES (cont.)			DIABETES (cont.)		
BD INSULIN PEN NEEDLE, SYRINGE	BYETTA (PA, QL)	CARETOUCH TEST STRIP	EASY-TOUCH INSULIN SYRINGE	MOUNJARO (PA, QL)	FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	CEQUR SIMPLICITY INSERTER	CLEVER CHOICE PRO TEST STRIP	FREESTYLE PRECISION	NOVOLIN 70-30 (QL)	FORA TEST STRIP
CAREFINE PEN NEEDLE (PA)	DEXCOM G6 RECEIVER, SENSOR (PA, QL)	CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP	GUARDIAN RT CHARGER	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (QL)	FORACARE TEST STRIP
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	DEXCOM G6 TRANSMITTER (PA, QL)	CLEVER CHOICE TEST STRIP	GUARDIAN TEST PLUG	NOVOLIN N (QL)	FORTISCARE GLUCOSE TEST STRIP
CARETOUCH PEN NEEDLE (PA)	DEXCOM G7 RECEIVER, SENSOR (PA, QL)	CONTOUR TEST STRIP	HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	NOVOLIN R (QL)	FREESTYLE INSULINX TEST STRIP
CLICKFINE (PA)	FARXIGA (QL, ST)	COOL GLUCOSE TEST STRIP	HEALTHWISE PEN NEEDLE (PA)	NOVOLIN R FLEXPEN (QL)	FREESTYLE TEST STRIP
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER, SENSOR (PA, QL)	CYCLOSET	HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP (PA)	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5) (QL)	GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP
COMFORT EZ PEN NEEDLE (PA)	FREESTYLE LIBRE 2 READER, SENSOR (PA, QL)	DIATRUE PLUS TEST STRIP	INCONTROL PEN NEEDLE (PA)	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) (QL)	GLUCAGON EMERGENCY KIT (QL)
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE (PA)	FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR (PA, QL)	EASY PLUS II TEST STRIP	INPEN (FOR HUMALOG)	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3) (QL)	GLUCONAVII TEST STRIP
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	GLUCAGEN DIAG- NOSTIC VIAL	EASY TALK TEST STRIP	INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (QL)	GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS
DROPLET INSULIN SYRINGE	GLUCAGEN	EASY TALK PLUS II TEST STRIP	INSULIN PEN NEEDLE (PA)	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) (QL)	GLUCOCARD TEST STRIP
DROPLET MICRON PEN NEEDLE (PA)	HYPOKIT (QL)	EASY TOUCH TEST STRIP	INSULIN SYRINGE	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (QL)	GLUCOCOM GLUCOSE
DROPLET PEN NEEDLE (PA)	GLYXAMBI (QL, ST)	EASY TRAK TEST STRIP	INSUPEN (PA)	OMNIPOD GO PODS (QL)	GLUCOCARD TEST STRIP
DROPSAFE PEN NEEDLE (PA)	HUMALOG (QL)	EASY TRAK II TEST STRIP	INSUPEN PEN NEEDLE (PA)	ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	HUMULIN 70-30, HUMULIN N, HUMULIN R (QL)	EASYGLUCO TEST STRIP	LITE TOUCH (PA)	ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	GVOKE (QL)
EASY COMFORT PEN NEEDLE (PA)	INSULIN LISPRO (QL)	EASYMAX TEST STRIP	LITETOUCH INSULIN SYRINGE	ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	HEALTHPRO GLUCOSE TEST STRIP
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN (QL)	EASYMAX 15 TEST STRIP	MAGELLAN INSULIN SYRINGE	OZEMPIC (PA, QL)	HUMALOG 100 UNIT/ML VIAL (PA, QL)
EASY GLIDE PEN NEEDLE (PA)	INSULIN LISPRO KWKIPEN (QL)	ELEMENT COMPACT TEST STRIP	MAXI-COMFORT MAXICOMFORT II PEN NEEDLE (PA)	REZVOGLAR KWIKPEN (QL)	IGLUCOSE TEST STRIP
EASY TOUCH INSULIN SAFETY	INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX (QL)	ELEMENT TEST STRIP	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE	RYBELSUS (PA, QL)	INFINITY TEST STRIP
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	JANUMET (QL, ST)	EMBRACE TEST STRIP	metformin 500 mg/5 ml solution	SOLIQUA 100-33 SYMLINPEN	INPEFA (PA, QL)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	JANUMET XR (QL, ST)	EMBRACE EVO STRIP	metformin 500 mg, 850 mg, 1,000 mg tablet	SYNJARDY (QL, ST)	INSULIN ASPART (PA, QL)
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	JANUVIA (QL, ST)	EMBRACE PRO TEST STRIP	metformin 500 mg/5 ml, 850 mg/8.5 ml cup	SYNJARDY XR (QL, ST)	INSULIN DEGLUDEC (PA, QL)
EASY TOUCH PEN NEEDLE (PA)	JARDIANCE (QL, ST)	EMBRACE TALK TEST STRIP	metformin er gastric (PA)	TRESIBA (QL)	INSULIN GLARGINE (PA, QL)
EASY TOUCH SHEATHLOCK	LYUMJEV (QL)	EVOLUTION TEST STRIP	metformin er osmotic (PA)	TRIJARDY XR (QL, ST)	INSULIN GLARGINE SOLOSTAR (PA, QL)
EASY TOUCH INSULIN	LYUMJEV TEMPO PEN U-100 (QL)	FIASP (PA, QL)		TRULICITY (PA, QL)	
EASY TOUCH UNI- SLIP SYRINGE 1 ML		FIFTY50 TEST STRIP		V-GO 20, 30, 40	
				XIGDUO XR (QL, ST)	
				ZEGALOGUE AUTO- INJECTOR (QL)	

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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES (cont.)			DIABETES (cont.)		
MICROLET 2 MICROLET NEXT LANCING DEVICE MINI PEN NEEDLE (PA) MINI ULTRA-THIN II (PA) MONOJECT INSULIN SYRINGE NANO 2 GEN PEN NEEDLE NOVOFINE 32 (PA) NOVOFINE AUTOCOVER (PA) NOVOFINE PLUS (PA) NOVOTWIST (PA) PARADIGM PEN NEEDLES (PA) PENTIPS (PA) PIP PEN NEEDLE (PA) PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE (PA) PRO COMFORT INSULIN SYRINGE PRO COMFORT PEN NEEDLE (PA) PRODIGY INSULIN SYRINGE PURE COMFORT PEN NEEDLE (PA) RAYA SURE PEN NEEDLE (PA) SAFESNAP INSULIN SYRINGE SAFETY PEN NEEDLE (PA) SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE SECURESAFE PEN NEEDLE (PA) SKY SAFETY PEN NEEDLE (PA) SURE COMFORT (PA) SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SURE COMFORT (PA)	ZEGALOGUE SYRINGE (QL)	INSULIN GLARGINE- YFGN (PA, QL) INVOKAMET (PA, QL) INVOKAMET XR (PA, QL) INVOKANA (PA, QL) JENTADUETO (PA, QL) JENTADUETO XR (PA, QL) KAZANO (PA, QL) LANTUS (PA, QL) LANTUS SOLOSTAR (PA, QL) LEVEMIR (PA, QL) METFORMIN 625 MG TABLET (PA) MICRO MICRODOT GLUCOSE SYSTEM, TEST STRIP MICRODOT XTRA MYGLUCOHEALTH TEST STRIP NESINA (PA, QL) NEUTEK 2TEK TEST STRIP NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP NOVOLOG (PA, QL) NOVOLOG FLEXPEN (PA, QL) NOVOLOG MIX 70- 30 (PA, QL) NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN (PA, QL) NOVOLOG PENFILL (PA, QL) OPTIUM EZ OSENI (PA, QL) PHARMACIST CHOICE TEST STRIP PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT, TEST STRIP PREMIER TEST STRIP	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE SURE-FINE PEN NEEDLES (PA) SURE-JECT INSULIN SYRINGE TECHLITE INSULIN SYRINGE TECHLITE PEN NEEDLE (PA) TERUMO INSULIN SYRINGE THINPRO INSULIN SYRINGE TOPCARE CLICKFINE (PA) TOPCARE ULTRA COMFORT TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE TRUE COMFORT PEN NEEDLE (PA) TRUEPLUS INSULIN SYRINGE TRUEPLUS PEN NEEDLE (PA) ULTICARE INSULIN SYRINGE ULTICARE PEN NEEDLE (PA) ULTILET INSULIN SYRINGE ULTILET PEN NEEDLE (PA) ULTRA COMFORT ULTRA FLO INSULIN SYRINGE ULTRA FLO PEN NEEDLE (PA) ULTRA THIN (PA) ULTRACARE INSULIN SYRINGE ULTRACARE PEN NEEDLE (PA) ULTRA-FINE PEN NEEDLE ULTRA-THIN II (PA) UNIFINE PEN NEEDLE (PA) UNIFINE PENTIPS (PA)	PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST STRIP PREMIUM V10 TEST STRIP PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP PRODIGY NO CODING QTERN (QL, ST) QUINTET TEST STRIP QUINTET AC TEST STRIP REFUAH PLUS TEST STRIP RELION CONFIRM- MICRO RELION PRIME TEST STRIP RELION ULTIMA TEST STRIP RIGHTEST TEST STRIP SEGLUROMET (PA, QL) SEMGLEE (YFGN) (PA, QL) SEMGLEE (YFGN) PEN (PA, QL) SMART SENSE TEST STRIP SMARTEST TEST STRIP SOLUS V2 TEST STRIP STEGLATRO (PA, QL) STEGLUJAN (QL, ST) TEST N'GO TEST STRIP TEST STRIP TOUJEO MAX SOLOSTAR (PA, QL) TOUJEO SOLOSTAR (PA, QL) TRADJENTA (PA, QL) TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP	

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

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

DIABETES (cont.)

UNIFINE SAFECONTROL (PA) VANISHPOINT INSULIN SYRINGE VEO INSULIN		TRUETEST TEST STRIP TRUETRACK TEST STRIP ULTIGUARD SAFEPACK SYRINGE UNISTRIP1 VICTOZA (PA, QL) VIVAGUARD INO TEST STRIP WAVESENSE JAZZ WAVESENSE PRESTO TEST STRIP XULTOPHY 100-3.6 (PA)
---	--	---

DIURÉTICOS

chlorthalidone eprenone furosemide solution, tablet hydro- chlorothiazide spironolactone triamterene-hctz	CAROSPIR SUSPENSION (PA) KERENDIA (PA, QL)	ALDACTONE (PA) FUROSCIX (PA, QL) INSPIRA (PA) JYNARQUE* (PA) MAXZIDE SOANZ (PA)
--	--	--

MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS

ciprofloxacin- dexamethasone neomycin- polymyxin-hc ofloxacin	CIPRO HC	CETRAXAL (PA) CIPRODEX (PA) CIPROFLOXACIN- FLUOCINOLONE OTOVEL
---	----------	--

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

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

CONDICIONES OCULARES

cyclosporine dorzolamide- timolol erythromycin latanoprost ofloxacin polymyxin b-trimethoprim tobramycin travoprost	AZASITE BESIVANCE BETOPTIC S BROMSITE CEQUA EYSUVIS (QL) FLAREX INVELTYS LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	ACUVAIL ALOCRIL (PA) ALPHAGAN P (PA) ALREX BETIMOL (PA) COMBIGAN (PA) COSOPT (PA) COSOPT PF (PA) FML FORTE (PA) ILEVRO
--	---	---

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

CONDICIONES OCULARES (cont.)

	LOTEMAX SM SIMBRINZA TOBRADEX EYE OINTMENT TOBRADEX ST XDEMYVY* (PA, QL) XIIDRA ZERVIAE	ISTALOL (PA) IYUZEH (PA, QL) LOTEMAX 0.5% EYE DROPS (PA) LOTEMAX 0.5% OPHTHALMIC GEL (PA) LUMIGAN (PA) MAXIDEX (PA) MIEBO (PA, QL) NEVANAC (PA) OCUFLOX (PA) PRED MILD (PA) PROLENSA RESTASIS (PA) RESTASIS MULTIDOSE (PA) RHOPRESSA ROCKLATAN TIMOPTIC OCUDOSE (PA) TRAVATAN Z (PA) TYRVAYA (PA, QL) VERKAZIA (PA, QL) VEVYE (PA) VYZULTA (PA) XALATAN (PA) XELPROS (PA) ZIOPTAN (PA, QL) ZIRGAN ZYLET
--	--	---

PRODUCTOS FEMENINOS

GYNAZOLE 1 miconazole 3 200 mg suppository terconazole		
---	--	--

CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS

dicyclomine capsule, solution, tablet esomeprazole capsule, packet (QL) famotidine suspension, 20 mg, 40 mg tablet gavilyte-c+	CLENPIQ+ LINZESS LITHOSTAT NEXIUM DR 2.5 MG, 5 MG PACKET (QL) PANCREAZE PHEBURANE* (PA, QL) SUFLAVE+ SUTAB+	AMITIZA (PA) ANZEMET (PA) APRISO (ST) ASACOL HD (ST) BONJESTA CARAFATE CORTIFOAM (PA) CREON (PA) CUVPOSA DELZICOL (ST)
---	--	---

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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)		
gavilyte-g+ gavilyte-n+ glycopyrrolate solution, tablet (PA) lubiprostone mesalamine mesalamine dr mesalamine er metoclopramide omeprazole capsule (QL) ondansetron ondansetron odt pantoprazole packet, tablet (QL) peg 3350-electrolyte+ peg-3350 and electrolytes+ peg3350-sodium sulfate-sodium chloride- potassium chloride sodium ascorbate- ascorbic acid+ peg-prep+ sodium sulfate- potassium sulfate- magnesium sulfate+	TRULANCE VIBERZI	DICLEGIS GOLYTELY+ (PA) IBSRELA (PA, QL) KRISTALOSE (PA) LIALDA (ST) MOTEGRITY (PA) MOTOFEN MOVANTIK (PA) MOVIPREP+ (PA) NEXIUM DR 10 MG PACKET (PA, QL) NEXIUM DR 20 MG CAPSULE, PACKET (PA, QL) NEXIUM DR 40 MG CAPSULE, PACKET (PA, QL) NULYTELY+ (PA) OLPRUVA* (PA) OMECLAMOX-PAK (PA) OSMOPREP+ (PA) PENTASA (ST) PEPCID (PA) PERTZYE (PA) PLENVU+ (PA) PROTONIX SUSPENSION, TABLET (QL, ST) PYLERA (PA) RECTIV RELISTOR (PA) RELISTOR (PA) ROBINUL (PA) ROBINUL FORTE (PA) SANCUSO (PA, QL) SFROWASA SUPREP+ (PA) SYMPROIC (PA) TALICIA (PA) UCERIS (PA, QL) VARUBI (PA, QL) VIOKACE VOQUEZNA DUAL PAK (PA) VOQUEZNA TRIPLE PAK (PA) VOQUEZNA TRIPLE PAK (PA)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)		
		VOWST* (PA, QL) ZELNORM (PA) ZENPEP (PA)
AGENTES HORMONALES		
desmopressin solution, spray, tablet desmopressin ampule, vial* dotti (QL) estradiol (once weekly) estradiol (QL) estradiol (twice weekly) (QL) euthyrox fyremadel*^ (PA) levo-t levothyroxine tablet levoxyl liothyronine tablet lyllana (QL) methyl- prednisolone dosepack, tablet np thyroid prednisone prednisone intensol progesterone capsule testosterone cypionate 200 mg/ml, 1,000 mg/10 ml, 2,000 mg/10 ml, 6,000 mg/30 ml testosterone cypionate yuvaferm (QL)	ANDRODERM (PA, QL) CETROTIDE*^ (PA) COMBIPATCH DUAVEE ESTRING (QL) ESTROGEL FENSOLVI*^ (PA) GENOTROPIN* (PA) LUPRON DEPOT*^ (PA) LUPRON DEPOT- PED*^ (PA) MYFEMBREE (PA, QL) NGENLA* (PA) OMNITROPE* (PA) ORIAHNN (PA, QL) ORILISSA (PA, QL) PREMARIN PREMPHASE PREMPRO SKYTROFA* (PA) SOMATULINE DEPOT*^ (PA) SOMAVERT* (PA)	ACTIVELLA ANDROGEL (PA, QL) ANGELIQ ARMOUR THYROID (PA) BIJUVA CLIMARA (PA) CLIMARA PRO (PA) CRINONE (PA) CYTOMEL DDAVP TABLET (PA) DDAVP AMPULE, VIAL* (PA) DEPO- TESTOSTERONE DIVIGEL (PA) ELESTRIN (PA) ERMEZA (PA) ESTRACE (PA) EVAMIST FEMRING (PA) FORTESTA (PA, QL) HEMADY HUMATROPE* (PA) IMVEXXY (PA, QL) INTRAROSA (QL) JATENZO (PA, QL) KYZATREX (PA, QL) LANREOTIDE*^ (PA) LEVOTHYROXINE CAPSULE MEDROL MENOSTAR (QL) MINIVELLE (PA, QL) MYCAPSSA* (PA, QL) NATESTO (PA, QL) NOCDURNA (PA) NORDITROPIN FLEXPRO* (PA) NUTROPIN AQ NUSPIN* (PA) OSPHENA (QL) PROMETRIUM (PA) RAYALDEE

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

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

AGENTES HORMONALES (cont.)

		RAYOS (PA) SAIZEN (PA) SANDOSTATIN LAR DEPOT*^ (PA) SIGNIFOR LAR*^ (PA) SOGROYA* (PA) SYNTHROID (PA) TESTIM (PA, QL) THYQUIDITY (PA) TIROSINT TIROSINT-SOL TLANDO (PA, QL) UCERIS (PA, QL) unithroid VAGIFEM (PA, QL) VIVELLE-DOT (PA, QL) VOGELXO (PA, QL) XYOSTED (PA, QL) ZOMACTON* (PA)
--	--	---

INFECCIONES

acyclovir capsule, suspension, tablet	BARACLUDGE SOLUTION*	ACTICLATE (ST)
amoxicillin	e.e.s. 400	AEMCOLO (QL)
amoxicillin-clavulanate	EPCLUSA* (PA, QL)	ARAKODA (PA)
amoxicillin-clavulanate er	HARVONI* (PA, QL)	ARIKAYCE* (PA)
azithromycin packet, suspension, tablet	LAGEVRIO (EUA) (QL)	BAXDELA 450 MG TABLET (PA)
cefdinir	PAXLOVID (EUA) (QL)	BETHKIS* (PA, QL)
cephalexin	PAXLOVID (QL)	BEYFORTUS+ BILTRICIDE
doxycycline hyclate capsule, tablet (PA)	SOLOSEC	BREXAFEMME (PA)
EMVERM	SOVALDI* (PA, QL)	CLINDESSE
erythromycin	TOBI PODHALER* (PA, QL)	DARAPRIM* (PA)
fluconazole suspension, tablet	VEMLIDY*	DIFICID (QL)
hydroxy-chloroquine	VOSEVI* (PA, QL)	DIFLUCAN (PA)
metronidazole tablet, vaginal gel	XIFAXAN (QL)	DORYX (PA)
nitrofurantoin		DORYX MPC (PA)
oseltamivir (QL)		E.E.S. 200 (PA)
posaconazole suspension, tablet		ERYPED 200
		ERYPED 400 (PA)
		KITABIS PAK* (PA, QL)
		LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR* (PA, QL)
		LYMEPAK (PA)
		MACROBID
		MACRODANTIN

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

INFECCIONES (cont.)

praziquantel		MAVYRET* (PA, QL)
sulfamethoxazole suspension, tablet		MINOLIRA ER (ST)
valacyclovir		NOXAFIL
vandazole		SUSPENSION, TABLET (PA)
		NUZYRA 150 MG TABLET* (PA, QL)
		ORACEA (PA)
		PLAQUENIL (PA)
		SEYSARA (PA)
		SIVEXTRO 200 MG TABLET (PA)
		SOFOSBUVIR-VELPATASVIR* (PA, QL)
		sulfatrim
		TAMIFLU (QL)
		TARGADOX (PA)
		TOBRAMYCIN PAK 300 MG/50 ML* (PA, QL)
		TOLSURA
		VALTREX
		VIBRAMYCIN (PA)
		VIVJOA (PA)
		XACIATO (PA)
		XENLETA TABLET (PA, QL)
		XOFLUZA (QL)
		ZEPATIER* (PA, QL)
		ZITHROMAX PACKET, SUSPENSION, TABLET
		ZITHROMAX TRI-PAK
		ZYVOX
		SUSPENSION, TABLET (PA)

INFERTILIDAD

	CRINONE^	CHORIONIC
	ENDOMETRIN^	GONADOTROPIN
	GONAL-F RFF REDIRECT*^ (PA)	10,000 UNIT
	GONAL-F RFF*^ (PA)	VIAL*^ (PA)
	GONAL-F RFF*^ (PA)	FOLLISTIM AQ*^ (PA)
	GONAL-F*^ (PA)	
	NOVAREL*^ (PA)	
	OIDREL*^ (PA)	
	PREGNYL*^ (PA)	

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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
VARIOS		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM ACCU-CHEK SOFTCLIX deferiprone* (PA) DROPLET LANCET KETONE TEST STRIP KETOSTIX REAGENT MICROLET ONETOUCH LANCET POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGE PRECISION XTRA sodium chloride SOFT TOUCH LANCET TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER (QL) AEROCHAMBER (QL) AEROCHAMBER MV (QL) AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU (QL) AEROCHAMBER Z-STAT PLUS (QL) AEROTRACH PLUS (QL) AEROVENT PLUS (QL) BREATHRITE (QL) CERDELGA* (PA) CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER (QL) OPTICHAMBER DIAMOND (QL) POCKET CHAMBER (QL) PROCARE SPACER WITH CHILD MASK (QL) RITEFLO (QL) SPACE CHAMBER (QL) SPACE CHAMBER- MEDIUM MASK (QL) STRENSIQ* (PA) VORTEX (QL) VORTEX VHC FROG MASK (QL)	ADDYI^ (PA, QL) AUSTEDO XR TITRATION KIT* (PA, QL) AUSTEDO XR* (PA, QL) AUSTEDO* (PA) CARBAGLU* CINRYZE*^ (PA) EXSERVAN* (PA) HAEGARDA* (PA) HORIZANT (PA) INGREZZA INITIATION PACK* (PA, QL) INGREZZA* (PA) KUVAN* (PA) NUDEXTA (QL) ORFADIN* (PA) RADICAVA ORS* (PA, QL) RUCONEST*^ (PA) TEGSEDI* (PA) TIGLUTIK* (PA) VEOZAH (QL) VYLEESI*^ (PA, QL)

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

glatopa*	AVONEX* (PA) BAFIERTAM* (PA) BETASERON* (PA) KESIMPTA PEN* (PA) MAYZENT* (PA) PLEGRIDY* (PA) PONVORY* (PA)	COPAXONE* (PA) EXTAVIA* (PA) FIRDAPSE* (PA, QL) GILENYA* (PA, QL) MAVENCLAD* (PA) TASCENSO ODT* (PA, QL) TECFIDERA* (PA)
----------	---	---

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)		
	REBIF REBIDOSE* (PA) REBIF* (PA) VUMERITY* (PA)	

NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS

betaine anhydrous* ludent fluoride+^ multivitamin with fluoride+ sodium fluoride chewable tablet, drops+^ tri-vitamin with fluoride+ vitamin d2 1.25 mg (50,000 unit)^ vitamins a,c,d and fluoride+	FLORIVA CHEWABLE TABLET+ LOKELMA mvc-fluoride+ NEEVODHA^ OB COMPLETE SOFTGEL, TABLET POLY-VI-FLOR WITH IRON+ POLY-VI-FLOR+ PRENATE CHEWABLE^ PRENATE DHA PRENATE ELITE 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+ VELPHORO VELTASSA	ACCRUFER^ AURYXIA (QL) CYSTADANE* DRISDOL^ EFFER-K NASCOBAL (PA) OB COMPLETE CAPLET^ PHOSLYRA
---	--	---

PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

alendronate ibandronate tablet raloxifene+ risedronate risedronate dr		ACTONEL (ST) ATELVIA (ST) BINOSTO (ST) EVISTA FORTEO* (PA, QL) FOSAMAX (ST) TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML* (PA, QL) TYMLOS* (PA, QL)
---	--	--

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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA		
allopurinol tablet	ACTEMRA ACTPEN, SYRINGE* (PA, QL)	ABRILADA(CF) PEN* (PA, QL)
buprenorphine film, patch (QL)	ADALIMUMAB-ADAZ(CF)* (PA, QL)	ABRILADA(CF)* (PA, QL)
celecoxib (QL)	ADALIMUMAB-ADBM(CF)* (PA, QL)	ADALIMUMAB-FKJP(CF) PEN* (PA, QL)
colchicine	ADALIMUMAB-AIMOVIG AUTO-INJECTOR (PA)	ADALIMUMAB-FKJP(CF)* (PA, QL)
cyclobenzaprine	AJOVY AUTO-INJECTOR, SYRINGE (PA)	AMJEVITA(CF)* (PA, QL)
cyclobenzaprine er (PA, QL)	AVSOLA*^ (PA)	BIMZELX* (PA, QL)
diclofenac tablet	BELBUCA (QL)	BUTRANS (QL)
diclofenac er	CIMZIA* (PA, QL)	CAMBIA (PA)
ec-naproxen	CYLTEZO(CF) PEN* (PA, QL)	CELEBREX (QL, ST)
endocet (PA)	CYLTEZO(CF)* (PA, QL)	COSENTYX PEN INJECTOR, SYRINGE* (PA, QL)
hydrocodone-acetaminophen (PA)	DUPIXENT* (PA)	ELYXYB (PA, QL)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet	EMGALITY (PA)	GLOPERBA (PA, QL)
ibuprofen suspension, 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet	ENBREL* (PA, QL)	GRALISE (PA)
lidocaine 5% patch, ointment, 2% solution (QL)	FLECTOR (PA, QL)	HADLIMA(CF)* (PA, QL)
meloxicam tablet	HUMIRA PEN* (PA, QL)	HADLIMA* (PA, QL)
methocarbamol 500 mg, 700 mg tablet	HUMIRA(CF) PEN* (PA, QL)	HULIO(CF) PEN* (PA, QL)
naproxen (PA)	HUMIRA(CF)* (PA, QL)	HULIO(CF)* (PA, QL)
oxycodone (PA)	HUMIRA* (PA, QL)	IDACIO(CF) PEN* (PA, QL)
OXYCODONE ER (PA)	HYRIMOZ(CF) PEN* (PA, QL)	IDACIO(CF)* (PA, QL)
oxycodone-acetaminophen (PA)	HYRIMOZ(CF)* (PA, QL)	ILUMYA* (PA, QL)
prolate tablet (PA)	HYSINGLA ER (PA)	INFLIXIMAB*^ (PA)
sumatriptan (QL)	INFLECTRA*^ (PA)	KEVZARA* (PA, QL)
	LICART (PA, QL)	KINERET* (PA, QL)
	MITIGARE	LIDODERM (PA)
	NUCYNTA (PA)	LYVISPAH (PA)
	NURTEC ODT (PA, QL)	NAPRELAN (PA)
	OMVOH PEN* (PA, QL)	NUCYNTA ER (PA)
	OTEZLA* (PA, QL)	OLUMIANT* (PA, QL)
	OTREXUP (PA)	ONZETRA XSAIL (PA, QL)
	PROCTOFOAM-HC	ORENCIA
	QULIPTA (PA, QL)	CLICKJECT, SYRINGE* (PA, QL)
	RINVOQ* (PA, QL)	OXAYDO (PA)
		OXYCONTIN (PA)
		PENNSAID (PA)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)		
	SAVELLA	RASUVO (PA)
	SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR, SYRINGE* (PA, QL)	RELAFEN DS (PA)
	SIMPONI ARIA* (PA)	RELPAX (PA, QL)
	SKYRIZI ON-BODY, PEN, SYRINGE* (PA, QL)	REMICADE*^ (PA)
	STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE, VIAL, 90 MG/ML SYRINGE* (PA, QL)	REYVOW (PA, QL)
	TALTZ AUTO-INJECTOR, SYRINGE* (PA, QL)	ROXICODONE (PA)
	TREMFYA* (PA, QL)	ROXYBOND (PA)
	TRUDHESA (PA, QL)	SEGLENTIS (PA, QL)
	UBRELVY (PA, QL)	SILIQ* (PA, QL)
	XELJANZ XR* (PA, QL)	SIMPONI 50 MG/0.5 ML PEN INJECTOR, SYRINGE* (PA, QL)
	XELJANZ* (PA, QL)	SOTYKTU* (PA, QL)
	XTAMPZA ER (PA)	SPRIX (PA, QL)
	ZAVZPRET (PA, QL)	TOSYMRA (PA, QL)
	ZEPOSIA* (PA)	VELSIPITY* (PA, QL)
	ZTLIDO	YUFLYMA(CF)* (PA, QL)
		YUSIMRY(CF) PEN* (PA, QL)
		ZEMBRACE
		SYMTOUCH (PA, QL)
		ZOMIG (PA, QL)
		ZYLOPRIM (PA)
ENFERMEDAD DE PARKINSON		
carbidopa-levodopa-entacapone		APOKYN* (PA)
pramipexole		DHIVY (PA)
pramipexole er (QL)		INBRIJA* (PA)
ropinirole		MIRAPEX ER (QL)
ropinirole er		NEUPRO
		NOURIANZ* (PA, QL)
		ONGENTYS (PA, QL)
		RYTARY
		STALEVO
		XADAGO (ST)
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSIÓTICOS²		
aripiprazole (QL)	REXULTI (QL, ST)	ABILIFY (QL, ST)
aripiprazole odt		ABILIFY MYCITE (PA)
quetiapine er		CAPLYTA (QL, ST)
		FANAPT (QL, ST)
		LATUDA (PA, QL)
		LYBALVI (QL, ST)
		quetiapine 150 mg tablet (PA)
		SECUADO (ST)
		VRAYLAR (QL, ST)

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

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

TRASTORNOS CONVULSIVOS

clonazepam	DILANTIN 30 MG CAPSULE (PA)	APTIOM (PA, QL)
gabapentin	FYCOMPA (PA, QL)	BRIVIACT TABLET, ORAL SOLUTION (PA)
lacosamide solution, tablet	NAYZILAM (PA, QL)	CARBATROL (PA)
lamotrigine	VIMPAT 10 MG/ML SOLUTION	DEPAKOTE (PA)
lamotrigine (blue, green, orange)		DEPAKOTE ER (PA)
lamotrigine er		DEPAKOTE SPRINKLE (PA)
lamotrigine odt		DILANTIN (PA)
lamotrigine odt (orange)		ELEPSIA XR (PA)
levetiracetam solution, tablet		EPIDIOLEX* (PA)
levetiracetam er		KEPPRA ORAL SOLUTION, TABLET (PA)
oxcarbazepine		KEPPRA XR (PA)
pregabalin capsule, solution		LAMICTAL (BLUE, GREEN, ORANGE) (PA)
roweepra		LAMICTAL (PA)
subvenite		LAMICTAL ODT (BLUE, GREEN, ORANGE) (PA)
subvenite (blue, green orange)		LAMICTAL ODT (PA)
topiramate er (QL)		LAMICTAL XR (PA)
topiramate er		LYRICA SOLUTION (PA)
		LYRICA CR
		NEURONTIN (PA)
		ONFI (PA)
		OXTELLAR XR (PA)
		PHENYTEK (PA)
		QUDEXY XR (PA)
		SPRITAM (PA)
		SYMPAZAN (PA)
		TEGRETOL (PA)
		TEGRETOL XR (PA)
		TOPAMAX (PA)
		TRILEPTAL (PA)
		TROKENDI XR (PA, QL)
		VALTOCO (PA, QL)
		VIMPAT TABLET (PA)
		XCOPRI (PA, QL)

CONDICIONES CUTÁNEAS

amnestem	ADBRY* (PA)	ABSORICA
azelaic acid	ARAZLO	ABSORICA LD (ST)
claravis	CIBINQO* (PA, QL)	ACZONE 7.5% GEL PUMP
clindacin etz 1% pledget	EUCRISA (ST)	AKLIEF
	NAFTIN	AMZEEQ (PA)

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

CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

clindacin p 1% pledget	PRAMOSONE 1% LOTION	ATRALIN (PA age)
clindamycin	SANTYL (QL)	BRYHALI (ST)
DROPSAFE PREP PAD	TAZORAC 0.05% CREAM	CAPEX SHAMPOO (ST)
halobetasol	TAZORAC 0.05%, 0.1% GEL	CLEOCIN T
isotretinoin		CLINDAGEL (PA)
mupirocin 2% ointment		CLOBEX (PA)
myorisan		CLODERM (ST)
tretinoin (PA age)		DENAVIR (QL)
triamcinolone (PA)		DIFFERIN 0.1% CREAM, LOTION, 0.3% GEL PUMP (PA age)
trianex (PA)		DUOBRII
triderm		ENSTILAR (PA)
tritocin (PA)		EPIDUO FORTE (PA age)
zenatane		EVOCLIN
		FABIOR
		FINACEA (PA)
		HALOG (PA, ST)
		JUBLIA (PA)
		KLISYRI (PA, QL)
		LEXETTE (PA)
		LITFULO* (PA, QL)
		METROCREAM (PA)
		METROGEL (PA)
		ONEXTON
		OPZELURA (PA)
		PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION
		REGRANEX (PA, QL)
		RETIN-A (PA age)
		RETIN-A MICRO PUMP (PA age)
		SOOLANTRA (PA)
		SORILUX (PA)
		TACLONEX SUSPENSION
		TAZORAC 0.1% CREAM
		TWYNEO
		ULTRAVATE (PA)
		VECTICAL (QL)
		VELTIN (PA)
		VEREGEN (PA)
		VTAMA (PA, QL)
		WINLEVI (PA)
		WYNZORA (PA)
		XEPI
		ZILXI (PA)
		ZORYVE (PA, QL)

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

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

TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

doxepin (QL) eszopiclone zolpidem tablet (PA) zolpidem er (QL)	DAYVIGO (QL, ST) SUNOSI (PA, QL)	AMBIEN (PA) AMBIEN CR (PA, QL) BELSOMRA (PA) LUMRYZ* (PA, QL) LUNESTA (PA) QUVIVIQ (PA, QL) RESTORIL (PA) SILENOR (PA, QL) SODIUM OXYBATE* (PA, QL) WAKIX* (PA, QL) XYREM* (PA, QL) XYWAV* (PA, QL)
---	-------------------------------------	--

DEJAR DE FUMAR²

bupropion sr 150 mg+^ varenicline+^	NICOTROL NS+^ NICOTROL+^	
--	-----------------------------	--

ABUSO DE SUSTANCIAS

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

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

azathioprine tablet* (PA) mycophenolate capsule, suspension, tablet* sirolimus* tacrolimus*		AZASAN* (PA) CELLCEPT CAPSULE, ORAL SUSPENSION, TABLET* ENVARBUS XR* IMURAN* LUPKYNIS* (PA, QL) PROGRAF CAPSULE, GRANULE PACKET* (PA) RAPAMUNE*
--	--	---

CONDICIONES URINARIAS

finasteride oxybutynin 5 mg tablet, solution potassium er tamsulosin tolterodine tolterodine er (QL)		DETROL (ST) DETROL LA (QL, ST) FLOMAX GELNIQUE (ST) GEMTESA (QL, ST) MYRBETRIQ (QL, ST) oxybutynin 2.5 mg tablet (PA) PYRIDIDIUM
---	--	---

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

CONDICIONES URINARIAS (cont.)

		THIOLA EC* (PA) THIOLA* (PA) TOVIAZ (PA, QL) UROCIT-K VESICARE LS (ST)
--	--	--

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.

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

Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) 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.

	MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)+ NOVAVAX COVID (EUA)+ NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ(EUA)+ PEDIARIX+ PEDVAXHIB+ PENBRAYA+ 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+ SHINGRIX+ (QL) SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACC+ SPIKEVAX+ TDVAX+ TENIVAC+ TRUMENBA+ TWINRIX+ VARIVAX VACCINE+ VAXELIS+ VAXNEUVANCE+	
--	--	--

CONTROL DEL PESO

LOMAIRA^ megestrol	WEGOVY^ (PA, QL) ZEPBOUND^ (PA, QL)	ADIPEX-P^ (PA) CONTRAVE^ (PA) QSYMIA^ (PA) SAXENDA^ (PA)
-----------------------	---	---

Preguntas frecuentes

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

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

R. 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. Hay determinados medicamentos y productos que no están 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 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.

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

Preguntas frecuentes (cont.)

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

R. Medicamentos que:

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

R. 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)
- 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. 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 comuniquen 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 comuniquen 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).

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.

Preguntas frecuentes (cont.)

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

R. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), comúnmente denominada “reforma del cuidado de salud”, se sancionó el 23 de marzo de 2010. En virtud de esta ley, es posible que determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos productos de venta libre) estén disponibles para usted sin que tenga que pagar una parte del costo (\$0), según su plan. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan los medicamentos preventivos. También puede ver la Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA en **Cigna.com/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 nutritiva 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.³

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.⁴

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 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.⁵

Preguntas frecuentes (cont.)

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 adicional⁶
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Suministro máximo para 90 días de una vez⁷
- 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 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).⁸ 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:⁹

- 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,¹⁰ la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹⁰ 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. 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.
4. 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).
5. 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.
6. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. **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.

9787055P a Legacy (Standard) 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 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).