



# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 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
Medicamentos de especialidad	20
Preguntas frecuentes	24
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	28

### 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<sup>®</sup> o myCigna.com<sup>®</sup>.** 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/PDL.** Desplácese hacia abajo hasta que vea un archivo pdf de la **Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna (todos los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4).**

### ¿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 Healthcare<sup>SM</sup>. 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 4 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 \$\$\$
<b>AGENTES HORMONALES</b>		
AMABELZ budesonide dr budesonide ec budesonide er (PA, QL) cabergoline (QL) DECADRON desmopressin DEXABLISS dexamethasone (PA) dexamethasone intensol DOTTI (QL) estradiol (once weekly) estradiol 10mcg vaginal insert (QL) estradiol (twice weekly) (QL) estradiol-norethindrone acetate EUTHYROX LEVO-T LEVOXYL liothyronine LYLLANA (QL) medroxyprog-esterone methyl-prednisolone millipred MIMVEY norethindrone	ANDRODERM (PA, QL) COMBIPATCH DUAVEE ESTRING (QL) ESTROGEL MEDROL 2 MG TABLET MYFEMBREE (PA, QL) ORIAHNN (PA, QL) ORLISSA (PA, QL) PREMARIN TABLET, VAGINAL CREAM APPLICATOR PREMPHASE PREMPRO	ACTIVELLA ALORA (QL) ANDROGEL (PA, QL) ANGELIQ ARMOUR THYROID (PA) AYGESTIN BUJUVA CLIMARA (PA) CLIMARA PRO (PA) CRINONE 4% CYTOMEL DDAVP (PA) DEPO-TESTOSTERONE DIVIGEL (PA) ELESTRIN (PA) ESTRACE (PA) EVAMIST FEMRING (PA) FORTESTA (PA, QL) HEMADY IMVEXXY (PA, QL) INTRAROSA (QL) JATENZO (PA, QL) levothyroxine tablets MEDROL 8MG, 16MG, 32MG TABLET MEDROL 4 MG DOSEPAK MENOSTAR (QL)

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 de especialidad** están cubiertos en el Nivel 4 (páginas 20-23)

Los medicamentos están enumerados en **orden alfabético** (según el inglés) dentro de cada columna

Los medicamentos que tienen requisitos de cobertura adicionales tienen una **sigla** al lado del nombre

Los medicamentos genéricos están escritos en **minúscula**

Los medicamentos de marca están escritos en **mayúscula**

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 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 de marca no preferida** (Medicamentos de mayor costo) **\$\$\$**
- **Nivel 4 – Medicamentos de especialidad** (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 están cubiertos en el Nivel 4

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, **todos los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4** (vea las páginas 20-23). Los medicamentos de especialidad inyectables están marcados con un asterisco (\*) y los medicamentos de especialidad orales están marcados con doble asterisco (\*\*).

## 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
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	6	PRODUCTOS FEMENINOS	14
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	14, 15
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6	AGENTES HORMONALES	15
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	6, 7	INFECCIONES	15, 16
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	7	INFERTILIDAD	16
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	7	VARIOS	16
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	7, 8	NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	16
DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES	8	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	17
CÁNCER	8	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	17
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	8	ENFERMEDAD DE PARKINSON	17
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	8-10	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	17
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	10	TRASTORNOS CONVULSIVOS	17, 18
PRODUCTOS DENTALES	10, 11	CONDICIONES CUTÁNEAS	18
DIABETES	11-13	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	18
DIURÉTICOS	13	DEJAR DE FUMAR	18
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	13	ABUSO DE SUSTANCIAS	18
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	14	CONDICIONES URINARIAS	18, 19
CONDICIONES OCULARES	14	VACUNAS	19
		CONTROL DEL PESO	19

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

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

## ALERGIA/ROCIADORES NASALES

azelastine 0.1% (137 mcg) 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 BIPOLAR<sup>2</sup>

bupropion (QL) bupropion sr 150 mg (QL) bupropion xl 150 mg, 300 mg tablet (QL) buspirone citalopram tablet (QL) citalopram 10 mg/5 ml solution (QL) desvenlafaxine er (QL) duloxetine (QL) escitalopram (QL) fluoxetine (QL) fluoxetine dr (QL) sertraline tablet (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) DRIZALMA SPRINKLE (QL, ST) EFFEXOR XR (PA, QL) EMSAM (QL) FETZIMA (QL, ST) FORFIVO XL (PA, QL) LEXAPRO (PA, QL) LOREEV XR (PA, QL)
--	-----------------	--

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

## ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR<sup>2</sup> (cont.)

sertraline 20 mg/ml oral concentrate (QL) trazodone venlafaxine (QL) venlafaxine er (QL)		PAMELOR (PA) PEXEVA (PA, QL) PRISTIQ (PA, QL) PROZAC (PA, QL) SERTRALINE 150 MG, 200 MG CAPSULE (PA, QL) 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)	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) INCRUSE ELLIPTA QVAR REDIHALER SPIRIVA HANDIHALER (QL) SPIRIVA RESPIMAT (QL) STIOLTO RESPIMAT (QL) STRIVERDI RESPIMAT (QL) TRELEGY ELLIPTA (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) DUAKLIR PRESSAIR (PA, QL) FLOVENT DISKUS (PA, QL) FLOVENT HFA (PA, QL) FLUTICASONE (PA, QL) FLUTICASONE HFA (PA, QL) FLUTICASONE-SALMETEROL 55-14, 113-14, 232-14 (PA, QL) FLUTICASONE-VILANTEROL (PA, QL)
---	--	--

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

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

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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
		LEVALBUTEROL HFA (PA, QL) PERFOROMIST (PA, QL) PROAIR DIGIHALER (PA, QL) PROAIR HFA (PA, QL) PROAIR RESPICLICK (PA, QL) PROVENTIL HFA (PA, QL) PULMICORT FLEXHALER (PA) SEREVENT DISKUS (QL, ST) SINGULAIR SYMBICORT (QL, ST) TUDORZA PRESSAIR (QL, ST) VENTOLIN HFA (PA, QL) XOPENEX HFA (PA, QL) YUPELRI (PA)

## TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD<sup>2</sup>

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
amphetamine (PA) dexamethylphenidate (PA) dexamethylphenidate er (PA, QL) dextroamphetamine-amphetamine (PA, QL) dextroamphetamine-amphetamine (PA, QL) dextroamphetamine-amphetamine er (PA, QL) guanfacine er methylphenidate (PA, QL) methylphenidate cd (PA, QL) methylphenidate er (cd) (PA, QL)		ADDERALL (PA, ST) ADDERALL XR (PA, ST, QL) ADZENYS XR-ODT (PA, QL) APTENSIO XR (PA, ST, QL) AZSTARYS (PA, ST, QL) CONCERTA (PA, ST, QL) COTEMPLA XR-ODT (PA, QL) DAYTRANA (PA, QL) DYANAVEL XR (PA, QL) EVEKEO ODT (PA)

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

## TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD<sup>2</sup> (cont.)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
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) 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)		FOCALIN (PA, ST) FOCALIN XR (PA, ST, QL) INTUNIV (PA) JORNAY PM (PA, ST, QL) METHYLIN (PA) METHYLPHENIDATE ER 45 MG, 6 MG, 72 MG TABLET (PA, QL) MYDAYIS (PA, QL) QELBREE (PA, QL) QUILLICHEW ER (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)

## MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
amlodipine amlodipine-valsartan atenolol cartia xt carvedilol carvedilol er (QL) clonidine diltiazem tablet diltiazem 12hr er diltiazem 24hr er	ENTRESTO (QL) NORLIQVA (PA, QL) TEKTRUNA HCT VERQUOVO (PA, QL)	ASPRUZYO SPRINKLE (PA, QL) AVAPRO (ST) BIDIL (QL) BYSTOLIC (PA, QL) CARDIZEM (PA) CARDIZEM CD (PA) CARDIZEM LA (QL) CONJUPRI (PA) COREG (PA) COREG CR (PA, QL) COZAAR (ST)

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

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

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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
diltiazem 24hr er (cd)		DIOVAN (ST)
diltiazem 24hr er (la) (QL)		DIOVAN HCT (ST)
diltiazem 24hr er (xr)		EDARBI (PA, QL)
dilt xr		EDARBYCLOR (PA)
flecainide		EXFORGE (PA)
irbesartan		HEMANGEOL (PA)
labetalol tablet		HYZAAR (ST)
lisinopril		INDERAL LA (PA)
lisinopril-hctz		KAPSPARGO
losartan		SPRINKLE (PA)
losartan-hctz		LODOCO (PA)
matzim la		LOPRESSOR (PA)
metoprolol tablet		MICARDIS (QL, ST)
metoprolol er		MULTAQ (PA)
olmesartan (QL)		NITROSTAT
olmesartan-amlodipine-hctz		NORVASC
olmesartan-hctz (QL)		TEKTURN (PA, QL)
propranolol		TENORETIC 100 (PA)
solution, tablet		TENORETIC 50 (PA)
propranolol er		TENORMIN (PA)
taztia xt		TIAZAC
telmisartan (QL)		TOPROL XL (PA)
tiadylt er		VALSARTAN 4 MG/ML SOLUTION (ST)
valsartan tablet		ZESTORETIC (ST)
valsartan-hctz		ZESTRIL (ST)

## DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
clopidogrel	BRILINTA ELIQUIS (PA) XARELTO (PA)	PRADAXA CAPSULE (PA) SAVAYSA (PA, QL) ZONTIVITY

## CÁNCER

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
anastrozole+ exemestane+ methotrexate tamoxifen+		ARIMIDEX AROMASIN

## MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
atorvastatin 40 mg, 80 mg	NEXLETOL (PA, QL) NEXLIZET (PA, QL)	ATORVALIQ (ST)
atorvastatin 10 mg, 20 mg+	REPATHA (PA)	CADUET (QL)
ezetimibe	VASCEPA (PA)	CRESTOR (PA, QL)
FENOFIBRATE		EZALLOR SPRINKLE (QL, ST)
fluvastatin er+		FENOGLIDE (PA)
fluvastatin+		LIPITOR (PA)
		LIPOFEN (ST)

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

## MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL (cont.)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
icosapent ethyl		ATORVALIQ (ST)
lovastatin 20 mg, 40 mg+		CADUET (QL)
lovastatin 10 mg		CRESTOR (PA, QL)
pitavastatin+ (QL)		EZALLOR SPRINKLE (QL, ST)
pravastatin+		FENOGLIDE (PA)
rosuvastatin 20 mg, 40 mg (QL)		LIPITOR (PA)
rosuvastatin 5mg, 10 mg+ (QL)		LIPOFEN (ST)
simvastatin 5mg, 80 mg (QL)		LIVALO (PA, QL)
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg+ (QL)		PRALUENT PEN (PA)
		TRICOR (ST)
		ZETIA
		ZOCOR (PA)
		ZYPITAMAG (ST)

## PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
afirmelle+	LO LOESTRIN FE	ANNOVERA
altavera+		BALCOLTRA
alyacen+		BEYAZ
amethia+		ELLA+
amethyst+		layolis fe+
apri+		LOESTRIN FE
aranelle+		MINASTRIN 24 FE
ashlyna+		NATAZIA
aubra eq+		NEXTSTELLIS
aubra+		NUVARING
aurovela 24 fe+		PHEXXI+ (PA)
aurovela fe+		SAFYRAL
aurovela+		SLYND
aviane+		TAYTULLA
ayuna+		TWIRLA+
azurette+		TYBLUME
balziva+		YASMIN 28
blisovi 24 fe+		YAZ
blisovi fe+		
briellyn+		
camila+		
camrese lo+		
camrese+		
CAYA		
CONTOURED+		
caziant+		
charlotte 24 fe+		
apri+		
chateal eq+		
chateal+		
cryselle+		
cyred eq+		
cyred+		
dasetta+		
daysee+		
deblitane+		

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

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

## PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

desogestrel-ethinyl estradiol+		
desogestrel-ethinyl estradiol ethinyl estradiol+		
dolishale+		
drospirenone-ethinyl estradiol-levomefolate+		
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+		

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

## PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

leena+		
lessina+		
levonest+		
levonorgestrel-ethinyl estradiol+		
levonorgestrel-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+		

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

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

## PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

pirmella+ portia+ previfem+ reclipsen+ 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 \$\$\$
---------------	-----------------	-------------------

## PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

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+		
---	--	--

## MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO

benzonatate (PA) brompheniramine- pseudoephed-dm hydrocodone- chlorpheniramine er (PA) promethazine-dm		TUZISTRA XR (PA, QL)
--	--	-------------------------

## PRODUCTOS DENTALES

chlorhexidine doxycycline hyclate FLUORIDEX DAILY DEFENSE 1.1% oralone periogard	PREVIDENT 0.2% RINSE	CLINPRO 5000 FLORIVA 0.25 MG/ ML DROPS+^ FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF JUST RIGHT 5000
---	-------------------------	--

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

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

## PRODUCTOS DENTALES (cont.)

triamcinolone		PERIDEX PREVIDENT 1.1% GEL PREVIDENT 5000
---------------	--	--

## DIABETES

1ST TIER UNIFINE PENTIPS (PA)	ACCU-CHEK AVIVA PLUS	ADMELOG (PA, QL)
ABOUTTIME PEN NEEDLE (PA)	ACCU-CHEK TEST STRIP	ADMELOG SOLOSTAR (PA, QL)
ACCU-CHEK ACCU-CHEK CONTROL SOLUTION	ACCUTREND GLUCOSE TEST STRIP	ADVANCED GLUCOSE TEST STRIP
ACCU-CHEK FASTCLIX	BAQSIMI (QL)	ADVOCATE REDI-CODE+ TEST STRIP
LANCING DEVICE	BASAGLAR KWIKPEN U-100 (QL)	ADVOCATE TEST STRIP
ADVOCATE PEN NEEDLES (PA)	BASAGLAR TEMPO PEN U-100 (QL)	AFREZZA (PA, QL)
ADVOCATE SYRINGE	BYDUREON BCISE (PA, QL)	AGAMATRIX AMP TEST STRIP
ALOGLIPTIN (PA, QL)	BYETTA (PA, QL)	APIDRA (PA, QL)
ALOGLIPTIN-METFORMIN (PA, QL)	CEQUR SIMPLICITY INSERTER	APIDRA SOLOSTAR (PA, QL)
ASSURE ID INSULIN SAFETY	CEQUR SIMPLICITY DEXCOM G6 RECEIVER, SENSOR, TRANSMITTER (PA, QL)	ASSURE 4 TEST STRIP
ASSURE ID PEN NEEDLE (PA)	DEXCOM G7 RECEIVER (PA, QL)	ASSURE PLATINUM TEST STRIP
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	DEXCOM G7 SENSOR (PA, QL)	ASSURE PRISM MULTI TEST STRIP
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE	FARXIGA (QL, ST)	BLOOD GLUCOSE TEST STRIP
BD INSULIN PEN NEEDLE, SYRINGE	FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER, SENSOR (PA, QL)	BRENZAVVY (PA, QL)
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	FREESTYLE LIBRE 2 READER, SENSOR (PA, QL)	CARESENS N TEST STRIP
CAREFINE PEN NEEDLE (PA)	FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR (PA, QL)	CARETOUCH TEST STRIP
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	GLUCAGEN DIAGNOSTIC VIAL	CLEVER CHOICE PRO TEST STRIP
CARETOUCH PEN NEEDLE (PA)	GLUCAGEN HYPOKIT (QL)	CLEVER CHOICE TALK TEST STRIP
CLICKFINE (PA)	GLYXAMBI (QL, ST)	CLEVER CHOICE TEST STRIP
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	HUMALOG (QL)	CONTOUR TEST STRIP
COMFORT EZ PEN NEEDLE (PA)	HUMULIN 70-30, HUMULIN N, HUMULIN R (QL)	COOL GLUCOSE TEST STRIP
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE (PA)		CYCLOSET
		DIATRUE PLUS TEST STRIP
		EASY PLUS II TEST STRIP

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

## DIABETES (cont.)

DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	INSULIN LISPRO (QL)	EASY STEP TEST STRIP
DROPLET INSULIN SYRINGE	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN (QL)	EASY TALK TEST STRIP
DROPLET MICRON PEN NEEDLE (PA)	INSULIN LISPRO KWIKPEN (QL)	EASY TALK PLUS II TEST STRIP
DROPLET PEN NEEDLE (PA)	INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX (QL)	EASY TOUCH TEST STRIP
DROPSAFE PEN NEEDLE (PA)	JANUMET (QL, ST)	EASY TRAK TEST STRIP
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	JANUMET XR (QL, ST)	EASY TRAK II TEST STRIP
EASY COMFORT PEN NEEDLE (PA)	JANUVIA (QL, ST)	EASYGLUCO TEST STRIP
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	JARDIANCE (QL, ST)	EASYMAX TEST STRIP
EASY GLIDE PEN NEEDLE (PA)	LYUMJEV (QL)	EASYMAX 15 TEST STRIP
EASY TOUCH INSULIN SAFETY	LYUMJEV TEMPO PEN U-100 (QL)	ELEMENT COMPACT TEST STRIP
EASY TOUCH FLIPLock INSULIN	MOUNJARO (PA, QL)	ELEMENT TEST STRIP
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	NOVOLIN 70-30 (QL)	EMBRACE TEST STRIP
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (QL)	EMBRACE EVO TEST STRIP
EASY TOUCH PEN NEEDLE (PA)	NOVOLIN N (QL)	EMBRACE PRO TEST STRIP
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	NOVOLIN N FLEXPEN (QL)	EMBRACE TALK TEST STRIP
EASY TOUCH UNISLIP SYRINGE 1 ML	NOVOLIN R (QL)	EVOLUTION TEST STRIP
EASY-TOUCH INSULIN SYRINGE	NOVOLIN R FLEXPEN (QL)	FIASP (PA, QL)
FREESTYLE PRECISION	OMNIPOD 5 G6 INTRODUCTION KIT (GEN 5) (QL)	FIFTY50 TEST STRIP
GUARDIAN RT CHARGER	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) (QL)	FORA 6 CONNECT GLUCOSE STRIP
GUARDIAN TEST PLUG	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3) (QL)	FORA TEST STRIP
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (QL)	FORACARE TEST STRIP
HEALTHWISE PEN NEEDLE (PA)	OMNIPOD DASH INTRODUCTION KIT (GEN 4) (QL)	FORACARE FORTISCARE GLUCOSE TEST STRIP
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP (PA)	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (QL)	FREESTYLE INSULINX TEST STRIP
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP (PA)	ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	FREESTYLE TEST STRIP
	ONETOUCH VERIO TEST STRIP	GE100 BLOOD GLUCOSE TEST STRIP
		GLUCAGON

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>DIABETES (cont.)</b>		
INCONTROL PEN NEEDLE (PA)	OZEMPIC (PA, QL)	EMERGENCY KIT (QL)
INPEN (FOR HUMALOG)	REZVOGLAR KWIKPEN (QL)	GLUCO NAVII TEST STRIP
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	RYBELSUS (PA, QL)	GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS
INSULIN PEN NEEDLE (PA)	SOLIQUA 100-33 SYMLINPEN	GLUCOCARD TEST STRIP
INSULIN SYRINGE	SYNJARDY (QL, ST)	GLUCOCARD TEST STRIP
INSUPEN (PA)	SYNJARDY XR (QL, ST)	GLUCOCOM GLUCOSE
INSUPEN PEN NEEDLE (PA)	TRESIBA (QL)	GLUCOSE TEST STRIP
LITE TOUCH (PA)	TRIJARDY XR (QL, ST)	GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST STRIP
LITETOUCH INSULIN SYRINGE	TRULICITY (PA, QL)	V-GO 20, 30, 40
MAGELLAN INSULIN SYRINGE	XIGDUO XR (QL, ST)	ZEGALOGUE AUTO-INJECTOR (QL)
MAXI-COMFORT MAXICOMFORT II PEN NEEDLE (PA)	ZEGALOGUE SYRINGE (QL)	ZEGALOGUE SYRINGE (QL)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE		
metformin 500 mg/5 ml solution		HUMALOG 100 UNIT/ML VIAL (PA, QL)
metformin 500 mg, 850 mg, 1,000 mg tablet		IGLUCOSE TEST STRIP
metformin 500 mg/5 ml, 850 mg/8.5 ml cup		INFINITY TEST STRIP
metformin er		INPEFA (PA, QL)
metformin er gastric (PA)		INSULIN ASPART (PA, QL)
metformin er osmotic (PA)		INSULIN DEGLUDEC (PA, QL)
MICROLET 2		INSULIN GLARGINE (PA, QL)
MICROLET NEXT LANCING DEVICE		INSULIN GLARGINE SOLOSTAR (PA, QL)
MINI PEN NEEDLE (PA)		INSULIN GLARGINE-YFGN (PA, QL)
MINI ULTRA-THIN II (PA)		INVOKAMET (PA, QL)
MONOJECT INSULIN SYRINGE		INVOKAMET XR (PA, QL)
NANO 2 GEN PEN NEEDLE		INVOKANA (PA, QL)
		JENTADUETO (PA, QL)
		JENTADUETO XR (PA, QL)
		KAZANO (PA, QL)
		LANTUS (PA, QL)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>DIABETES (cont.)</b>		
NOVOFINE 32 (PA)		LANTUS SOLOSTAR (PA, QL)
NOVOFINE AUTOCOVER (PA)		LEVEMIR (PA, QL)
NOVOFINE PLUS (PA)		METFORMIN 625 MG TABLET (PA)
NOVOTWIST (PA)		MICRO MICRODOT GLUCOSE SYSTEM, TEST STRIP
PARADIGM PEN NEEDLES (PA)		MICRODOT XTRA MYGLUCOHEALTH TEST STRIP
PENTIPS (PA)		NEUSINA (PA, QL)
PIP PEN NEEDLE (PA)		NEUTEK 2TEK TEST STRIP
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE (PA)		NOVA MAX GLUCOSE TEST STRIP
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE		NOVOLOG (PA, QL)
PRO COMFORT PEN NEEDLE (PA)		NOVOLOG FLEXPEN (PA, QL)
PRODIGY INSULIN SYRINGE		NOVOLOG MIX 70-30 (PA, QL)
PURE COMFORT PEN NEEDLE (PA)		NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN (PA, QL)
RAYA SURE PEN NEEDLE (PA)		NOVOLOG PENFILL (PA, QL)
SAFESNAP INSULIN SYRINGE		OPTIUM EZ
SAFETY PEN NEEDLE (PA)		OSENI (PA, QL)
SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE		PHARMACIST CHOICE TEST STRIP
SECURESAFE PEN NEEDLE (PA)		PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE KIT, TEST STRIP
SKY SAFETY PEN NEEDLE (PA)		PREMIER TEST STRIP
SURE COMFORT (PA)		PREMIUM BLOOD GLUCOSE TEST STRIP
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE		PREMIUM V10 TEST STRIP
SURE COMFORT (PA)		PRO VOICE V8-V9 TEST STRIP
NOVOTWIST (PA)		PRODIGY NO CODING
PARADIGM PEN NEEDLES (PA)		QTERN (QL, ST)
PENTIPS (PA)		
PIP PEN NEEDLE (PA)		

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>DIABETES (cont.)</b>		
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-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		QUINTET TEST STRIP QUINTET AC TEST STRIP REFUAH PLUS TEST STRIP RELION CONFIRM- MICRO RELION PRIME TEST STRIP RIGHTEST TEST STRIP RELION ULTIMA 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 TRUETEST TEST STRIP TRUETRACK TEST STRIP ULTIGUARD SAFE- PACK SYRINGE UNISTRIP1 VICTOZA (PA, QL) VIVAGUARD INO TEST STRIP

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>DIABETES (cont.)</b>		
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) UNIFINE SAFECONTROL (PA) VANISHPOINT INSULIN SYRINGE VEO INSULIN SYRINGE		WAVESENSE JAZZ WAVESENSE PRESTO TEST STRIP XULTOPHY 100-3.6 (PA)
<b>DIURÉTICOS</b>		
chlorthalidone eplerenone furosemide solution, tablet hydro- chlorothiazide spironolactone triamterene-hctz	CAROSPIR SUSPENSION (PA) KERENDIA (PA, QL)	ALDACTONE (PA) FUROSCIX (PA, QL) INSPRA (PA) MAXZIDE SOANZ (PA)
<b>MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS</b>		
ciprofloxacin- dexamethasone neomycin- polymyxin-hc	CIPRO HC	CETRAXAL (PA) CIPRODEX (PA) CIPROFLOXACIN- FLUOCINOLONE

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>DISFUNCIÓN ERÉCTIL</b>		
ofloxacin sildenafil^ (QL) tadalafil^ (QL)	MUSE^ (PA age, QL)	OTOVEL CIALIS^ (QL, ST) STENDRA^ (QL, ST) VIAGRA^ (QL, ST)

<b>CONDICIONES OCULARES</b>		
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 LOTEMAX SM SIMBRINZA TOBRADEX EYE OINTMENT TOBRADEX ST XIIDRA ZERVIAE	ACUVAIL ALOCRIL (PA) ALPHAGAN P (PA) ALREX BETIMOL (PA) COMBIGAN (PA) COSOPT (PA) COSOPT PF (PA) FML FORTE (PA) ILEVRO 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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
<b>PRODUCTOS FEMENINOS</b>		
GYNAZOLE 1 miconazole 3 200 mg suppository terconazole		

<b>CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS</b>		
dicyclomine capsule, solution, tablet esomeprazole capsule, packet (QL) famotidine suspension, 20 mg, 40 mg tablet gavilyte-c+ 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+	CLENPIQ+ LINZESS LITHOSTAT NEXIUM DR 2.5 MG, 5 MG PACKET (QL) PANCREAZE SUFLAVE+ SUTAB+ TRULANCE VIBERZI	AMITIZA (PA) ANZEMET (PA) APRISO (ST) ASACOL HD (ST) BONJESTA CARAFATE CORTIFOAM (PA) CREON (PA) CUVPOSA DELZICOL (ST) 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) OMECLAMOX-PAK (PA) OSMOPREP+ (PA) PENTASA (ST) PEPCID (PA) PERTZYE (PA) PLENVU+ (PA) PROTONIX SUSPENSION, TABLET (QL, ST) PYLERA (PA) RECTIV RELISTOR (PA)

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

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

## CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)

		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) ZELNORM (PA) ZENPEP (PA)
--	--	---

## AGENTES HORMONALES

desmopressin solution, spray, tablet dotti (QL) estradiol (once weekly) estradiol (QL) estradiol (twice weekly) (QL) euthyrox 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	ANDRODERM (PA, QL) COMBIPATCH DUAVEE ESTRING (QL) ESTROGEL MYFEMBREE (PA, QL) ORIAHNN (PA, QL) ORILISSA (PA, QL) PREMARIN PREMPHASE PREMPRO	ACTIVELLA ANDROGEL (PA, QL) ANGELIQ ARMOUR THYROID (PA) BIJUVA CLIMARA (PA) CLIMARA PRO (PA) CRINONE (PA) CYTOMEL DDAVP TABLET (PA) DEPO-TESTOSTERONE DIVIGEL (PA) ELESTRIN (PA) ERMEZA (PA) ESTRACE (PA) EVAMIST FEMRING (PA) FORTESTA (PA, QL) HEMADY IMVEXXY (PA, QL) INTRAROSA (QL) JATENZO (PA, QL) KYZATREX (PA, QL) LEVOTHYROXINE CAPSULE MEDROL MENOSTAR (QL) MINIVELLE (PA, QL) NATESTO (PA, QL)
---	---	--

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

## AGENTES HORMONALES (cont.)

testosterone cypionate yuvafem (QL)		NOC DURNA (PA) OSPHENA (QL) PROMETRIUM (PA) RAYALDEE RAYOS (PA) SAIZEN (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)
--	--	---

## INFECCIONES

acyclovir capsule, suspension, tablet amoxicillin amoxicillin-clavulanate amoxicillin-clavulanate er azithromycin packet, suspension, tablet cefdinir cephalexin doxycycline capsule, tablet (PA) EMVERM erythromycin fluconazole suspension, tablet hydroxy-chloroquine metronidazole tablet, vaginal gel nitrofurantoin oseltamivir (QL) posaconazole suspension, tablet praziquantel	e.e.s. 400 LAGEVRIO (EUA) (QL) PAXLOVID (EUA) (QL) PAXLOVID (QL) SOLOSEC XIFAXAN (QL)	ACTICLATE (ST) AEMCOLO (QL) ARAKODA (PA) BAXDELA 450 MG TABLET (PA) BEYFORTUS+ BILTRICIDE BREXAFEMME (PA) CLINDESSE DIFICID (QL) DIFLUCAN (PA) DORYX (PA) DORYX MPC (PA) E.E.S. 200 (PA) ERYPED 200 ERYPED 400 (PA) LYMEPAK (PA) MACROBID MACRODANTIN MINOLIRA ER (ST) NOXAFIL SUSPENSION, TABLET (PA) ORACEA (PA) PLAQUENIL (PA) SEYSARA (PA) SIVEXTRO 200 MG TABLET (PA)
---	--	--

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

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

## INFECCIONES (cont.)

sulfamethoxazole suspension, tablet valacyclovir vandazole		sulfatrim TAMIFLU (QL) TARGADOX (PA) TOLSURA VALTRES VIBRAMYCIN (PA) VIVJOA (PA) XACIATO (PA) XENLETA TABLET (PA, QL) XOFLUZA (QL) ZITHROMAX PACKET, SUSPENSION, TABLET ZITHROMAX TRI-PAK ZYVOX SUSPENSION, TABLET (PA)
--	--	---

## INFERTILIDAD

	CRINONE <sup>^</sup> ENDOMETRIN <sup>^</sup>	
--	---	--

## VARIOS

ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM ACCU-CHEK SOFTCLIX 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) CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER (QL) COMPACT SPACE CHAMBER (QL) EASIVENT (QL) FLEXICHAMBER (QL)	ADDYI <sup>^</sup> (PA, QL) HORIZANT (PA) NUEDEXTA (QL) VEOZAH (QL)
--	---	--

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

## VARIOS (cont.)

	MICROCHAMBER (QL) MICROSPACER (QL) OPTICHAMBER DIAMOND (QL) POCKET CHAMBER (QL) PROCARE SPACER WITH CHILD MASK (QL) RITEFLO (QL) SPACE CHAMBER (QL) SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK (QL) VORTEX (QL) VORTEX VHC FROG MASK (QL)	
--	---	--

## NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS

ludent fluoride+ <sup>^</sup> multivitamin with fluoride+ sodium fluoride chewable tablet, drops+ <sup>^</sup> tri-vitamin with fluoride+ vitamin d2 1.25 mg (50,000 unit) <sup>^</sup> vitamins a,c,d and fluoride+	FLORIVA CHEW-ABLE TABLET+ LOKELMA mvc-fluoride+ NEEVODHA <sup>^</sup> OB COMPLETE SOFTGEL, TABLET POLY-VI-FLOR WITH IRON+ POLY-VI-FLOR+ PRENATE CHEWABLE <sup>^</sup> PRENATE DHA PRENATE ELITE PRENATE ENHANCE PRENATE ESSENTIAL <sup>^</sup> PRENATE MINI, PIXIE, RESTORE PRIMACARE QUFLORA PEDIATRIC 0.25 MG/ML DROPS, 0.5 MG/ML DROPS, 1 MG CHEWABLE TABLET+ TRI-VI-FLOR+ VELPHORO VELTASSA	ACCRUFER <sup>^</sup> AURYXIA (QL) DRISDOL <sup>^</sup> EFFER-K NASCOBAL (PA) OB COMPLETE CAPLET <sup>^</sup> PHOSLYRA
---	--	--

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

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

## PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

alendronate		ACTONEL (ST)
ibandronate tablet		ATELVIA (ST)
raloxifene+		BINOSTO (ST)
risedronate		EVISTA
risedronate dr		FOSAMAX (ST)

## ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

allopurinol tablet	AIMOVIG AUTO-INJECTOR (PA)	BUTRANS (QL)
buprenorphine film, patch (QL)	AJOVY AUTO-INJECTOR, SYRINGE (PA)	CAMBIA (PA)
celecoxib (QL)	BELBUCA (QL)	CELEBREX (QL, ST)
colchicine	EMGALITY (PA)	ELYXYB (PA, QL)
cyclobenzaprine	FLECTOR (PA, QL)	GLOPERBA (PA, QL)
cyclobenzaprine er (PA, QL)	HYSINGLA ER (PA)	GRALISE (PA)
diclofenac tablet	LICART (PA, QL)	LIDODERM (PA)
diclofenac er	MITIGARE	LYVISPAH (PA)
ec-naproxen	NUCYNTA (PA)	NAPRELAN (PA)
endocet (PA)	NURTEC ODT (PA, QL)	NUCYNTA ER (PA)
hydrocodone-acetaminophen (PA)	OTREXUP (PA)	ONZETRA XSAIL (PA, QL)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet	PROCTOFOAM-HC	OXAYDO (PA)
ibuprofen	QULIPTA (PA, QL)	OXYCONTIN (PA)
suspension, 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet	SAVELLA	PENNSAID (PA)
lidocaine 5% patch, ointment, 2% solution (QL)	TRUDHESA (PA, QL)	RASUVO (PA)
meloxicam tablet	UBRELVY (PA, QL)	RELAFEN DS (PA)
methocarbamol 500 mg, 700 mg tablet	XTAMPZA ER (PA)	RELPAH (PA, QL)
naproxen (PA)	ZAVZPRET (PA, QL)	REYVOW (PA, QL)
oxycodone (PA)	ZTLIDO	ROXICODONE (PA)
OXYCODONE ER (PA)		ROXYBOND (PA)
oxycodone-acetaminophen (PA)		SEGLENTIS (PA, QL)
prolate tablet (PA)		SPRIX (PA, QL)
sumatriptan (QL)		TOSYMRA (PA, QL)
		ZEMBRACE
		SYMTOUCH (PA, QL)
		ZOMIG (PA, QL)
		ZYLOPRIM (PA)

## ENFERMEDAD DE PARKINSON

carbidopa-levodopa-entacapone		DHIVY (PA)
pramipexole		MIRAPEX ER (QL)
		NEUPRO
		ONGENTYS (PA, QL)

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

## ENFERMEDAD DE PARKINSON

pramipexole er (QL)		RYTARY
ropinirole		STALEVO
ropinirole er		XADAGO (ST)

## ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS<sup>2</sup>

aripiprazole (QL)	REXULTI (QL, ST)	ABILIFY (QL, ST)
aripiprazole odt		ABILIFY MYCITE (PA)
quetiapine		CAPLYTA (QL, ST)
quetiapine er		FANAPT (QL, ST)
		LATUDA (PA, QL)
		LYBALVI (QL, ST)
		quetiapine 150 mg tablet (PA)
		SECUADO (ST)
		VRAYLAR (QL, ST)

## TRASTORNOS CONVULSIVOS

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

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

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

## TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)

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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
amnestem azelaic acid claravis clindacin etz 1% pledget clindacin p 1% pledget clindamycin DROPSAFE PREP PAD halobetasol isotretinoin mupirocin (PA) myorisan tretinoin (PA age) triamcinolone (PA) trianex (PA) triderm tritocin (PA) zenatane	ARAZLO EUCRISA (ST) NAFTIN PRAMOSONE 1% LOTION SANTYL (QL) TAZORAC 0.05% CREAM TAZORAC 0.05%, 0.1% GEL	ABSORICA ABSORICA LD (ST) ACZONE AKLIEF AMZEEQ (PA) ATRALIN (PA age) BRYHALI (ST) CAPEX SHAMPOO (ST) CLEOCIN T CLINDAGEL (PA) CLOBEX (PA) CLODERM (ST) DENAVER (QL) DIFFERIN 0.1% CREAM, LOTION, 0.3% GEL PUMP (PA age) DUOBRII ENSTILAR (PA) EPIDUO FORTE (PA age) EVOCLIN FABIOR FINACEA (PA) HALOG (PA, ST) JUBLIA (PA) KLISYRI (PA, QL) LEXETTE (PA) METROCREAM (PA) METROGEL (PA) ONEXTON OPZELURA (PA) PRAMOSONE 2.5%- 1% LOTION REGRANEX (PA, QL) RETIN-A (PA age)

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

## CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
		REGRANEX (PA, QL) RETIN-A (PA age) RETIN-A MICRO PUMP (PA age) SOOLANTRA SORILUX (PA) TACLONEX TAZORAC 0.1% CREAM TWAYNEO TWAYNEO ULTRAVATE (PA) VECTICAL (QL) VELTIN (PA) VEREGEN (PA) VTAMA (PA, QL) WINLEVI (PA) WYNZORA (PA) XEPI ZILXI (PA) ZORYVE (PA, QL)

## TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
doxepin (QL) eszopiclone zolpidem capsule (PA) zolpidem er (QL)	DAYVIGO (QL, ST) SUNOSI (PA, QL)	AMBIEN (PA) AMBIEN CR (PA, QL) BELSOMRA (PA) LUNESTA (PA) QUVIVIQ (PA, QL) RESTORIL (PA) SILENOR (PA, QL) zolpidem capsule (PA) ZOLPIMIST (PA)

## DEJAR DE FUMAR<sup>2</sup>

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
bupropion sr 150 mg+^ varenicline+^	NICOTROL NS+^ NICOTROL+^	

## ABUSO DE SUSTANCIAS

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
buprenorphine buprenorphine- naloxone naloxone (QL) naltrexone (QL)	KLOXXADO (QL) LUCEMYRA (QL) NARCAN (QL) ZUBSOLV	SUBOXONE ZIMHI (QL)

## CONDICIONES URINARIAS

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
finasteride oxybutynin 2.5 mg, 5 mg tablet (PA)		DETROL (ST) DETROL LA (QL, ST) FLOMAX

# Lista de medicamentos con receta Legacy (Standard) de 4 niveles de Cigna Healthcare

Los medicamentos de especialidad están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en las páginas 20-23).

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

## CONDICIONES URINARIAS (cont.)

oxybutynin er potassium er tamsulosin tolterodine tolterodine er (QL)		GELNIQUE (ST) GEMTESA (QL, ST) MYRBETRIQ (QL, ST) oxybutynin 2.5 mg tablet (PA) PYRIDIUM 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+ DENG VAXIA+ 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+	VAXNEUVANCE+ AREXVY+ FLUMIST QUAD+ 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.

	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+ 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+	
--	---	--

## CONTROL DEL PESO

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

## Medicamentos de especialidad

Los medicamentos de especialidad orales e inyectables están cubiertos en el Nivel 4. Los medicamentos de especialidad inyectables están marcados con un asterisco (\*) y los medicamentos de especialidad orales están marcados con doble asterisco (\*\*).

### SIDA/VIH

APRETUDE\*+ (PA)  
BIKTARVY\*\* (QL)  
CABENUVA\*^ (PA)  
CIMDUO\*\* (PA)  
DESCOVY 200-25 MG TABLET\*\*+ (PA)  
DESCOVY 120-15 MG TABLET\*\* (PA)  
DOVATO\*\* (QL)  
emtricitabine-tenofovir 200-300mg\*\*+  
GENVOYA\*\* (QL)  
JULUCA\*\* (QL)  
NEVIRAPINE ER\*\* (PA)  
NEVIRAPINE\*\* (PA)  
ODEFSEY\*\* (PA, QL)  
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION\*\*  
PREZISTA 600 MG TABLET\*\* (PA)  
PREZISTA 75MG, 150MG TABLET\*\*  
PREZISTA 800 MG TABLET\*\* (PA)  
SYMFI LO\*\* (PA, QL)  
SYMFI\*\* (PA, QL)  
SYM TUZA\*\* (QL)  
tenofovir\* (PA)  
TRIUMEQ PD\*\* (QL)  
TRIUMEQ\*\* (QL)  
TRUVADA\*\* (PA)

### Ansiedad/depresión/ trastorno bipolar

SPRAVATO\*\* (PA)

### Asma/EPOC/ condiciones respiratorias

ADEMPAS\*\* (PA)  
BRONCHITOL\*\* (PA)

FASENRA PEN\* (PA)  
LIQREV\*\* (PA)  
NUCALA AUTO-INJECTOR, SYRINGE\* (PA)  
OFEV\*\* (PA)  
OPSUMIT\*\* (PA)  
ORENITRAM ER\*\* (PA)  
ORENITRAM TITRATION KIT\*\* (PA, QL)  
REVATIO SUSPENSION, TABLET\*\* (PA)  
TADLIQ\*\* (PA)  
TEZSPIRE\* (PA, QL)  
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION\*\* (PA)  
TYVASO DPI\*\* (PA)  
UPTRAVI TABLET, TITRATION PACK\*\* (PA)  
XOLAIR 75 MG/0.5 ML, 150 MG/ML SYRINGE, POWDER VIAL\* (PA)

### Modificadores de la sangre/ trastornos hemorrágicos

ADVATE\*^ (PA)  
ADYNOVATE\*^ (PA)  
AFSTYLA\*^ (PA)  
ALTUVIII\*^ (PA)  
ARANESP\*^ (PA)  
DOPTELET\*\* (PA)  
ELOCTATE\*^ (PA)  
EMPAVELI\* (PA)  
EPOGEN\*^ (PA)  
ESPEROCT\*^ (PA)  
FABHALTA\*\* (PA, QL)  
FULPHILA\* (PA)  
FYLNETRA\* (PA)  
GRANIX\*^ (PA)

JIVI\*^ (PA)  
KOGENATE FS\*^ (PA)  
KOVALTRY\*^ (PA)  
MIRCERA\*^ (PA)  
NEULASTA ONPRO\*^ (PA)  
NEULASTA\* (PA)  
NEUPOGEN\*^ (PA)  
NIVESTYM\*^  
NOVOEIGHT\*^ (PA)  
NUWIQ\*^ (PA)  
NYVEPRIA\* (PA)  
PROCIT\*^ (PA)  
PROMACTA\*\* (PA)  
RECOMBINATE\*^ (PA)  
RETACRIT\*^ (PA)  
STIMUFEND\* (PA)  
TAVALLISSE\*\* (PA)  
TAVNEOS\*\* (PA, QL)  
tranexamic acid 650 mg tablet\*\*  
UDENYCA\* (PA)  
XYNTHA SOLOFUSE\*^ (PA)  
XYNTHA\*^ (PA)  
ZARXIO\*^  
ZIEXTENZO\* (PA)

### Medicamentos para la presión arterial/para el corazón

CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION\*\* (PA)  
ORLADEYO\* (PA, QL)  
RELEUKO\*^ (PA)  
TAKHZYRO\* (PA)

### Diluyentes de la sangre/anticoagulantes

FRAGMIN\* (QL)  
PRADAXA PELLET PACK\*\* (PA, QL)

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

## Medicamentos de especialidad (cont.)

Los medicamentos de especialidad orales e inyectables están cubiertos en el Nivel 4. Los medicamentos de especialidad inyectables están marcados con un asterisco (\*) y los medicamentos de especialidad orales están marcados con doble asterisco (\*\*).

### Cáncer

AKEEGA\*\* (PA, QL)  
ALECENSA\*\* (PA, QL)  
ALUNBRIG\*\* (PA, QL)  
BOSULIF\*\* (PA, QL)  
BRAFTOVI\*\* (PA)  
BRUKINSA\*\* (PA, QL)  
CABOMETYX\*\* (PA)  
CALQUENCE\*\* (PA)  
COMETRIQ\*\* (PA, QL)  
COTELLIC\*\* (PA)  
ERIVEDGE\*\* (PA)  
ERLEADA\*\* (PA)  
EXKIVITY\*\* (PA)  
GAVRETO\*\* (PA, QL)  
IBRANCE\*\* (PA, QL)  
IMBRUVICA\*\* (PA, QL)  
INLYTA\*\* (PA)  
JAKAFI\*\* (PA, QL)  
JAYPIRCA\*\* (PA, QL)  
KISQALI FEMARA CO-PACK\*\* (PA, QL)  
KISQALI\*\* (PA, QL)  
LENVIMA\*\* (PA)  
LORBRENA\*\* (PA, QL)  
LUMAKRAS\*\* (PA, QL)  
LYNPARZA\*\* (PA, QL)  
MEKINIST\*\* (PA, QL)  
MEKTOVI\*\* (PA, QL)  
NEXAVAR\*\* (PA, QL)  
NINLARO\*\* (PA, QL)  
NUBEQA\*\* (PA)  
ODOMZO\*\* (PA)  
ORGOVYX\*\* (PA)  
PHESGO\*^ (PA)  
PIQRAY\*\* (PA)

RETEVMO\*\* (PA, QL)  
REVLIMID\*\* (PA, QL)  
ROZLYTREK\*\* (PA)  
RUBRACA\*\* (PA, QL)  
SCEMBLIX\*\* (PA, QL)  
SPRYCEL\*\* (PA, QL)  
STIVARGA\*\* (PA, QL)  
TAFINLAR\*\* (PA, QL)  
TALZENNA\*\* (PA, QL)  
TASIGNA\*\* (PA, QL)  
VERZENIO\*\* (PA, QL)  
VITRAKVI\*\* (PA)  
VIZIMPRO\*\* (PA)  
XALKORI\*\* (PA, QL)  
XTANDI\*\* (PA)  
YONSA\*\* (PA)  
ZEJULA\*\* (PA, QL)  
ZELBORAF\*\* (PA)

### Productos anticonceptivos

KYLEENA\*\*+  
LILETTA\*\*+  
MIRENA\*\*+  
NEXPLANON\*+  
PARAGARD T 380-A\*\*+  
SKYLA\*\*+

### Diuréticos

JYNARQUE\*\* (PA)

### Condiciones oculares

XDEMZY\* (PA, QL)

### Condiciones gastrointestinales/pirosis

OLPRUVA\*\* (PA)  
PHEBURANE\*\* (PA, QL)

VOWST\*\* (PA, QL)

### Agentes hormonales

CETROTIDE\*^ (PA)  
DDAVP AMPULE, VIAL\* (PA)  
desmopressin ampule, vial\*  
FENSOLVI\*^ (PA)  
fyremadel\*^ (PA)  
GENOTROPIN\* (PA)  
HUMATROPE\* (PA)  
LANREOTIDE\*^ (PA)  
LUPRON DEPOT\*^ (PA)  
LUPRON DEPOT-PED\*^ (PA)  
MYCAPSSA\*\* (PA, QL)  
NGENLA\* (PA)  
NORDITROPIN FLEXPOR\* (PA)  
NUTROPIN AQ NUSPIN\* (PA)  
OMNITROPE\* (PA)  
SANDOSTATIN LAR DEPOT\*^ (PA)  
SIGNIFOR LAR\*^ (PA)  
SKYTROFA\* (PA)  
SOGROYA\* (PA)  
SOMATULINE DEPOT\*^ (PA)  
SOMAVERT\* (PA)  
ZOMACTON\* (PA)

### Infecciones

ARIKAYCE\*\* (PA)  
BARACLUDGE SOLUTION\*\*  
BETHKIS\*\* (PA, QL)  
DARAPRIM\*\* (PA)  
EPCLUSA\*\* (PA, QL)  
HARVONI\*\* (PA, QL)  
KITABIS PAK\*\* (PA, QL)  
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR\*\* (PA, QL)

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

## Medicamentos de especialidad (cont.)

Los medicamentos de especialidad orales e inyectables están cubiertos en el Nivel 4. Los medicamentos de especialidad inyectables están marcados con un asterisco (\*) y los medicamentos de especialidad orales están marcados con doble asterisco (\*\*).

### Infecciones (cont.)

MAVYRET\*\* (PA, QL)  
NUZYRA 150 MG TABLET\*\* (PA, QL)  
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR\*\* (PA, QL)  
SOVALDI\*\* (PA, QL)  
TOBRAMYCIN PAK 300MG/5ML\*\* (PA, QL)  
TOBI PODHALER\*\* (PA, QL)  
VEMLIDY\*\*  
VOSEVI\*\* (PA, QL)  
ZEPATIER\*\* (PA, QL)

### Infertilidad

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

### Varios

AUSTEDO XR TITRATION KIT\*\* (PA, QL)  
AUSTEDO XR\*\* (PA, QL)  
AUSTEDO\*\* (PA)  
CARBAGLU\*\*  
CERDELGA\*\* (PA)  
CINRYZE\*^ (PA)  
deferiprone\*\* (PA)  
EXSERVAN\*\* (PA)  
HAEGARDA\* (PA)  
INGREZZA INITIATION PACK\*\* (PA, QL)

INGREZZA\*\* (PA)  
KUVAN\*\* (PA)  
NITYR\*\* (PA)  
ORFADIN\*\* (PA)  
RADICAVA ORS\*\* (PA, QL)  
RUCONEST\*^ (PA)  
STRENSIQ\* (PA)  
TEGSEDI\* (PA)  
TIGLUTIK\*\* (PA)  
VYLEESI\*^ (PA, QL)

### Esclerosis múltiple

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

### Nutritivos/alimenticios

betaine anhydrous\*\*  
CYSTADANE\*\*

### Productos para la osteoporosis

FORTEO\* (PA, QL)

TERIPARATIDE 620MCG/2.48ML\* (PA, QL)  
TYMLOS\* (PA, QL)

### Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria

ABRILADA(CF) PEN\* (PA, QL)  
ABRILADA(CF)\* (PA, QL)  
ACTEMRA ACTPEN, SYRINGE\* (PA, QL)  
ADALIMUMAB-ADAZ(CF)\* (PA, QL)  
ADALIMUMAB-ADB(CF)\* (PA, QL)  
ADALIMUMAB-FKJP(CF) PEN\* (PA, QL)  
ADALIMUMAB-FKJP(CF)\* (PA, QL)  
AMJEVITA(CF)\* (PA, QL)  
AVSOLA\*^ (PA)  
BIMZELX\* (PA, QL)  
CIMZIA\* (PA, QL)  
COSENTYX PEN INJECTOR, SYRINGE\* (PA, QL)  
CYLTEZO(CF) PEN\* (PA, QL)  
CYLTEZO(CF)\* (PA, QL)  
DUPIXENT\* (PA)  
ENBREL\* (PA, QL)  
HADLIMA(CF)\* (PA, QL)  
HADLIMA\* (PA, QL)  
HULIO(CF) PEN\* (PA, QL)  
HULIO(CF)\* (PA, 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)  
IDACIO(CF) PEN\* (PA, QL)  
IDACIO(CF)\* (PA, QL)

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

## Medicamentos de especialidad (cont.)

Los medicamentos de especialidad orales e inyectables están cubiertos en el Nivel 4. Los medicamentos de especialidad inyectables están marcados con un asterisco (\*) y los medicamentos de especialidad orales están marcados con doble asterisco (\*\*).

### Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria (cont.)

ILUMYA\* (PA, QL)  
INFLECTRA\*^ (PA)  
INFLIXIMAB\*^ (PA)  
KEVZARA\* (PA, QL)  
KINERET\* (PA, QL)  
OLUMIANT\*\* (PA, QL)  
OMVOH PEN\* (PA, QL)  
ORENCIA CLICKJECT, SYRINGE\* (PA, QL)  
OTEZLA\*\* (PA, QL)  
REMICADE\*^ (PA)  
RINVOQ\* (PA, QL)  
SILIQ\* (PA, QL)  
SIMPONI 100MG/ML PEN INJECTOR, SYRINGE\* (PA, QL)  
SIMPONI 50MG/0.5ML PEN INJECTOR, SYRINGE\* (PA, QL)  
SIMPONI ARIA\* (PA)  
SKYRIZI ON-BODY, PEN, SYRINGE\* (PA, QL)  
SOTYKTU\*\* (PA, QL)  
STELARA 45MG/0.5ML SYRINGE, VIAL, 90MG/ML SYRINGE\* (PA, QL)  
TALTZ AUTO-INJECTOR, SYRINGE\* (PA, QL)  
TREMFYA\* (PA, QL)  
VELSIPITY\*\* (PA, QL)  
XELJANZ XR\*\* (PA, QL)  
XELJANZ\*\* (PA, QL)  
YUFLYMA(CF)\* (PA, QL)  
YUSIMRY(CF) PEN\* (PA, QL)  
ZEPOSIA\*\* (PA)

### Enfermedad de Parkinson

APOKYN\* (PA)  
INBRIJA\*\* (PA)  
NOURIANZ\*\* (PA, QL)

### Trastornos convulsivos

EPIDIOLEX\*\* (PA)

### Condiciones cutáneas

ADBRY\* (PA)  
CIBINQO\*\* (PA, QL)  
LITFULO\*\* (PA, QL)

### Trastornos del sueño/ sedantes

LUMRYZ\*\* (PA, QL)  
SODIUM OXYBATE\*\* (PA, QL)  
WAKIX\*\* (PA, QL)  
XYREM\*\* (PA, QL)  
XYWAV\*\* (PA, QL)

### Medicamentos para trasplante

AZASAN\*\* (PA)  
azathioprine tablet\*\* (PA)  
CELLCEPT CAPSULE, ORAL SUSPENSION, TABLET\*\*  
ENVARUS XR\*\*  
IMURAN\*\*  
LUPKYNIS\*\* (PA, QL)  
mycophenolate capsule, suspension, tablet\*\*  
PROGRAF CAPSULE, GRANULE PACKET\*\* (PA)  
RAPAMUNE\*\*  
SIROLIMUS\*\*

TACROLIMUS\*\*

### Condiciones urinarias

THIOLA EC\*\* (PA)  
THIOLA\*\* (PA)

Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

## 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

## Preguntas frecuentes (cont.)

- 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)
- 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 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](http://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).

### **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

## Preguntas frecuentes (cont.)

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.<sup>3</sup>

### **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.<sup>4</sup>

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.

## Preguntas frecuentes (cont.)

### **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.<sup>5</sup>

### **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 adicional<sup>6</sup>
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Suministro máximo para 90 días de una vez<sup>7</sup>
- 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).<sup>8</sup> 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:<sup>9</sup>

- Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos.
- Medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre.
- Medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna 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,<sup>10</sup> la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar<sup>10</sup> o para mejorar el desempeño atlético.
- Cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos.
- Agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje.
- Reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo.
- Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que 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.

9161535P r Legacy (Standard) 4-Tier Specialty 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](mailto:ACAGrievance@Cigna.com) o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna  
Nondiscrimination Complaint Coordinator  
PO Box 188016  
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

## Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

**Vietnamese** – XIN LỜI Ỗ: 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).