



LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA ADVANTAGE DE 3 NIVELES DE CIGNA

Cobertura a partir del 1 de enero de 2023



Ofrecido por Cigna Health and Life Insurance Company o Connecticut General Life Insurance Company

968436SP Advantage 3-Tier 08/22



¿Qué encontrará adentro?

Acerca de esta Lista de medicamentos	3
Cómo leer esta Lista de medicamentos	3
Cómo encontrar su medicamento	5
Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas	19
Preguntas frecuentes	36
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	40

Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 1 de agosto de 2022.* En Internet podrá ver la lista actualizada de los medicamentos que cubre su plan.



Aplicación myCigna¹ o myCigna.com². Haga clic en la pestaña *Find Care & Costs* (Dónde atenderse y cuánto cuesta). Luego, seleccione *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) y escriba el nombre de su medicamento.



Cigna.com/druglist. Seleccione **Advantage 3 Tier** (Advantage de 3 niveles) del menú desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.

¿Tiene preguntas?

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

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

Última actualización: 1 de agosto de 2022, para los
cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2023

Próxima actualización planificada: 1 de marzo de 2023,
para los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2023

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna a partir del 1 de enero de 2023.^{3,4} Los medicamentos están agrupados según la condición que tratan, y luego se los ordena alfabéticamente (según el inglés) dentro de niveles que representan niveles de costo compartido. **La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido, por lo que esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre su plan.** Además, también es posible que su plan específico no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver todos los medicamentos que cubre su plan.

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

Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/ PARA EL CORAZÓN	
afeditab CR	BERINERT* (PA)
amlodipine besylate	BIDIL
amlodipine besylate-benazepril	BYSTOLIC
amlodipine-valsartan	CINRYZE* (PA)
amlodipine-valsartan-HCTZ	COREG CR
atenolol	COZAAR (ST)
atenolol-chlorthalidone	DIOVAN (ST)
benazepril	DIOVAN HCT (ST)
benazepril-HCTZ	EDARBI (ST)
candesartan cilexetil	EDARBYCLOR (ST)
cartia XT	EXFORGE
carvedilol	EXFORGE HCT
clonidine	FIRAZYR* (PA)
digitek	HEMANGEOL
digox	INDERAL LA
digoxin	INDERAL XL
diltiazem ER	INNOPRAN XL
diltiazem CD	LOTREL
diltiazem	MICARDIS (ST)
dilt-XR	MULTAQ
enalapril	NITRO-DUR
flecainide acetate	NITROLINGUAL
hydralazine	NITROMIST
irbesartan	NITRONAL
isosorbide mononitrat	NITROSTAT
	NORTHERA* (PA)
	NORVASC
	RANEXA (ST)
	TEKTURN
	TEKTURN HCT

El **Nivel** (nivel de costo compartido) le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento

Los medicamentos están agrupados según la **condición** que tratan

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

Los **medicamentos de especialidad** tienen un asterisco (*) junto al nombre

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

Los medicamentos genéricos están escritos en **minúscula**

Los medicamentos que tienen requisitos de cobertura adicionales tienen una **abreviatura** junto al nombre

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna realmente cubre estos medicamentos.

Niveles

Los medicamentos cubiertos se dividen en niveles, que representan niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que deberá pagar para que le despachen la receta.

› Nivel 1- Normalmente genéricos	(Medicamento con el costo más bajo)	\$
› Nivel 2 - Normalmente de marca preferida	(Medicamento de costo medio)	\$\$
› Nivel 3 - Normalmente de marca no preferida	(Medicamento con el costo más alto)	\$\$\$

Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

En esta Lista de medicamentos, los medicamentos que tienen límites y/o requisitos de cobertura adicionales tienen una abreviatura junto al nombre.* Esto es lo que significan.

(PA)	Autorización previa: Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura (PA) junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna.
(QL)	Límites a la cantidad: Algunos medicamentos tienen un límite de cantidad. Esto significa que su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Estos medicamentos tienen la abreviatura (QL) junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.
(ST)	Tratamiento escalonado: Ciertos medicamentos de alto costo no están cubiertos hasta que usted haya probado primero una o más alternativas de menor costo.** Estos medicamentos tienen la abreviatura (ST) junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que se usan para tratar la misma condición.
(AGE)	Requisitos de edad: Ciertos medicamentos solo estarán cubiertos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura (AGE) junto al nombre. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido, su plan solo cubrirá el medicamento si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.

* Es posible que estos requisitos de cobertura no se apliquen a su plan específico. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan incluye los requisitos de autorización previa, límites a la cantidad, tratamiento escalonado y/o edad.

** Si su médico considera que una alternativa no es adecuada para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento.

Los medicamentos de marca están escritos en mayúscula

En esta Lista de medicamentos, los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

Los medicamentos de especialidad tienen un asterisco junto al nombre

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

Los medicamentos preventivos sin costos compartidos tienen un signo de más al lado del nombre

La reforma del cuidado de salud establecida por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) exige que los planes cubran determinados medicamentos y productos preventivos al 100% o sin que usted tenga que pagar ninguna parte del costo (\$0). En esta Lista de medicamentos, estos medicamentos tienen un signo de más (+) al lado del nombre.

Es posible que algunos planes cubran ciertos medicamentos no cubiertos

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

Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
SIDA/VIH	6	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS	12
ALERGIA/ROCIADORES NAALES	6	AGENTES HORMONALES	13
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	INFECCIONES	13
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6	INFERTILIDAD	14
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	6, 7	VARIOS	14
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	7	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	14
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	7	NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	14, 15
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/ PARA EL CORAZÓN	7, 8	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	15
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	8	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	15
CÁNCER	8	ENFERMEDAD DE PARKINSON	15
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	8	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	15
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	8, 10	TRASTORNOS CONVULSIVOS	15, 16
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	10	CONDICIONES CUTÁNEAS	16
PRODUCTOS DENTALES	10	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	16
DIABETES	11	DEJAR DE FUMAR	16
DIURÉTICOS	11	ABUSO DE SUSTANCIAS	16
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	11	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	16, 17
CONDICIONES OCULARES	12	CONDICIONES URINARIAS	17
PRODUCTOS FEMENINOS	12	VACUNAS	18

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

TIER 1 \$	TIER 2 \$\$	TIER 3 \$\$\$
--------------	----------------	------------------

AIDS/HIV

abacavir-lamivudine* (PA)	BIKTARVY* (QL)	APRETUDE*+ (PA)
efavirenz-emtricitabine-tenofovir* (QL)	DESCOVY*+ (PA)	CABENUVA* (PA)
emtricitabine-tenofovir disop*+	DOVATO* (QL)	CIMDUO* (PA)
etravirine*	GENVOYA* (QL)	COMPLERA* (PA,QL)
ritonavir*	ISENTRESS HD* (PA)	ODEFSEY* (PA,QL)
tenofovir* (PA)	ISENTRESS*	PIFELTRO* (PA)
	JULUCA* (QL)	PREZCOBIX* (PA)
	PREZISTA*	STRIBILD* (PA,QL)
	SYMTUZA* (QL)	TEMIXYS* (PA)
	TIVICAY PD*	
	TIVICAY*	
	TRIUMEQ*(QL)	
	TRIUMEQ PD* (QL)	

ALLERGY/NASAL SPRAYS

azelastine		EPINEPHRINE
azelastine-fluticasone		PROFESSIONAL
cromolyn oral concentrate		GASTROCROM
desloratadine^ (QL)		GRASSTK (PA, QL)
epinephrine (QL)		KARBINAL ER
fluticasone^		ODACTRA (PA, QL)
hydroxyzine hcl solution, syrup, tablet		ORALAIR (PA, QL)
hydroxyzine pamoate		PATANASE
ipratropium		RAGWITEK (PA, QL)
levocetirizine^		regionol
mometasone^ (QL)		VISTARIL
olopatadine		
promethazine solution, syrup, tablet		

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

donepezil		ARICEPT
donepezil odt		EXELON
memantine		MESTINON
memantine er (QL)		NAMENDA
pyridostigmine 60 mg/5 ml, 60 mg		NAMENDA XR (QL)
pyridostigmine er		NAMZARIC (QL)
rivastigmine		

ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR⁵

alprazolam		CELEXA (QL, ST)
alprazolam er		DESVENLAFAXINE
alprazolam intensol		ER (QL, ST)
alprazolam odt		EFFEXOR XR (QL, ST)
alprazolam xr		EMSAM (QL)
amitriptyline		

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

ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR⁵ (cont.)

bupropion (QL)		FETZIMA (QL, ST)
bupropion sr (QL)		PAXIL (QL, ST)
bupropion xl 150 mg tablet (QL)		PAXIL CR (QL, ST)
bupropion xl 300 mg tablet (QL)		NUPLAZID* (PA)
buspirone		PROZAC (QL, ST)
citalopram (QL)		REMERON
clomipramine		SPRAVATO* (PA)
duloxetine (QL)		TRINTELLIX (QL, ST)
escitalopram (QL)		VIIBRYD (QL, ST)
fluoxetine dr (QL)		WELLBUTRIN SR (QL, ST)
fluoxetine (QL)		XANAX
fluvoxamine (QL)		XANAX XR
fluvoxamine er (QL)		ZOLOFT (QL, ST)
lorazepam		
lorazepam intensol		
mirtazapine		
paroxetine cr (QL)		
paroxetine er (QL)		
paroxetine (QL)		
sertraline (QL)		
trazodone		
venlafaxine (QL)		
venlafaxine er (QL)		

ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS

albuterol	ADEMPAS* (PA)	ADCIRCA* (PA)
albuterol hfa (QL)	ANORO ELLIPTA(QL)	AIRDUO DIGIHALER (ST,QL)
alyq* (PA)	ATROVENT HFA (QL)	ARALAST NP* (PA)
ambrisentan* (PA)	BREZTRI	BRONCHITOL* (PA)
budesonide (QL)	AEROSPHERE (QL)	COMBIVENT
fluticasone-salmeterol (QL)	DULERA (QL)	RESPIMAT (QL)
ipratropium-albuterol	FASENRA* (PA)	DALIRESP (QL)
montelukast	FLOVENT DISKUS (QL)	GLASSIA* (PA)
tadalafil* (PA)	FLOVENT HFA (QL)	KALYDECO* (PA,QL)
treprostinil* (PA)	INCRUSE ELLIPTA	LETAIRIS* (PA)
wixela inhub (QL)	NUCALA* (PA)	LONHALA
albuterol	OFEV* (PA)	MAGNAIR (PA,QL)
albuterol hfa (QL)	OPSUMIT* (PA)	ORENITRAM ER* (PA)
alyq* (PA)	QVAR REDIHALER	ORKAMBI* (PA, QL)
ambrisentan* (PA)	SEREVENT DISKUS (QL)	PROLASTIN C* (PA)
budesonide (QL)	SPIRIVA (QL)	PULMICORT
fluticasone-salmeterol (QL)	SPIRIVA RESPIMAT (QL)	RESPULE (QL)
ipratropium-albuterol	STIOLTO RESPIMAT (QL)	PULMOZYME* (PA)
montelukast	SYMBICORT (QL)	REVATIO 10 MG/ML, 20 MG* (PA)
tadalafil* (PA)		SINGULAIR
		TEZSPIRE* (PA)

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

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

ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)

treprostinil* (PA) wixela inhub (QL)	TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION* (PA) TRELEGY ELLIPTA UPTRAVI* (PA) XOLAIR* (PA)	TRIKAFTA* (PA, QL) UPTRAVI 1800MCG VIAL* (PA)
---	--	---

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD⁵

amphetamine (PA) atomoxetine (QL) dexamethylp- henidate (PA,QL) dexamethylp- henidate er (PA, QL) dextroamp hetamin -e -amphetamine (PA,QL) dextroamp- hetamine-amphet er (PA, QL) guanfacine er (QL) methylphenidate er (la) (PA, QL) methylphenidate er (PA, QL) methylphenidate cd (PA, QL) methylphenidate er (cd) (PA, QL) methylphenidate la (PA, QL) procentra (PA, (QL))		ADDERALL (PA,ST,QL) DAYTRANA (PA, QL) FOCALIN (PA,ST,QL) INTUNIV (QL) METHYLIN(PA, (QL)) QUILLIVANT XR (PA, QL) RITALIN (PA,ST, QL)) STRATTERA (QL) ZENZEDI (PA,ST,QL)
--	--	--

MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

aminocaproic acid 0.25 gram/ml, 500 mg, 1,000 mg* tranexamic acid 650 mg*	ADYNOVATE* (PA) AFSTYLA (PA) ARANESP* (PA) DROXIA ELOCTATE* (PA) EMPAVELI* (PA) EPOGEN* (PA) ESPEROCT* (PA) JIVI* (PA) KOGENATE FS* (QL) KOVALTRY* (QL) NEULASTA* (PA) NIVESTYM* (PA) NOVOEIGHT* (PA) NYVEPRIA* (PA) PROCRI* (PA) RETACRIT* (PA) ZARXIO* (PA) ZIEXTENZO* (PA)	ADVATE* (PA) CABLIVI* (PA) CYKLOKAPRON* DOPTLET* (PA) FULPHILA* (PA) GRANIX* (PA) HEMLIBRA* (PA) LYSTEDA* NEUPOGEN* (PA) PROMACTA* (PA) SIKLOS (PA) TAVALLISSE* (PA) UDENYCA* (PA)
---	---	--

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

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN

amlodipine amlodipine- benazepril amlodipine- olmesartan (QL) amlodipine- valsartan atenolol benazepril bisoprolol bisoprolol-hctz candesartan cartia xt carvedilol carvedilol er (QL) clonidine diltiazem 12hr er diltiazem 24hr er diltiazem 24hr er (cd) diltiazem 24hr er (la) diltiazem 24hr er (xr) diltiazem DILT-XR dofetilide (QL) droxidopa* enalapril flecainide guanfacine hydralazine tablet icatibant* (PA) irbesartan labetalol tablet lisinopril lisinopril-hctz losartan losartan-hctz matzim la metoprolol succinate metoprolol tablet nadolol nebivolol (QL) nifedipine nifedipine er olmesartan (QL) olmesartan- amlodipine-hctz olmesartan-hctz (QL) prazosin	CORLANOR (PA) ENTRESTO (QL)	BERINERT* (PA) BIDIL (QL) CALAN SR CARDIZEM LA 120MG (QL) CATAPRES-TTS 1 CATAPRES-TTS 2 CATAPRES-TTS 3 CINRYZE* (PA) COREG (ST) CORCARD (ST) EPANED HAEGARDA* (PA) HEMANGEOL INDERAL LA (ST) INDERAL XL (ST) INNOPRAN XL (ST) ISOSORBIDE DINIT- HYDRALAZINE (QL) KALBITOR* (PA) KAPSPARGO SPRINKLE (ST) KATERZIA (QL) LOPRESSOR (ST) MINIPRESS NITROSTAT NORTHERA* (PA) NORVASC ORLADEYO* (PA, QL) PROCARDIA XL RANEXA (QL) RUCONEST* (PA) TAKHZYRO* (PA) TENORETIC 50 (ST) TENORETIC 100 (ST) TENORMIN (ST) TIAZAC TIKOSYN (PA, QL) TOPROL XL (ST) VERELAN VERELAN PM Ziac (ST)
--	--------------------------------	--

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

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

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

prazosin propranolol tablet propranolol er prazosin propranolol tablet propranolol er ramipril ranolazine er (QL) sajazir* (PA) taztia xt telmisartan (QL) telmisartan-hctz (QL) tiadylt er valsartan valsartan-hctz verapamil er verapamil er pm verapamil tablet verapamil sr		
---	--	--

DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES

clopidogrel enoxaparin* (QL) jantoven prasugrel warfarin	BRILINTA ELIQUIS (PA) XARELTO (PA)	BAYER CHEWABLE ASPIRIN+ EFFIENT FRAGMIN* (QL) LOVENOX* (QL) PLAVIX PRADAXA (PA) ZONTIVITY
--	--	--

CÁNCER

abiraterone* (PA) anastrozole+ bexarotene* (PA) capecitabine* (PA) everolimus* (PA,QL) exemestane+ imatinib* (QL) letrozole methotrexate tamoxifen+ temozolomide* (PA)	ALECENSA* (PA,QL) CABOMETYX* (PA) CALQUENCE* (PA) ERIVEDGE* (PA) ERLEADA* (PA) GLEOSTINE IBRANCE* (PA,QL) IMBRUVICA* (PA,QL) KANJINTI* (PA) LYNPARZA* (PA,QL) MVASI* (PA) NUBEQA* (PA) REVLIMID* (PA,QL) RIABNI* (PA) RUBRACA* (PA,QL) RUXIENCE* (PA) SPRYCEL* (PA,QL) TRAZIMERA* (PA) TREXALL VERZENIO* (PA)	AFINITOR DISPERZ* (PA) AFINITOR* (PA) ALUNBRIG* (PA,QL) AYVAKIT* (PA, QL) BOSULIF* (PA,QL) BRAFTOVI* (PA) BRUKINSA* (PA,QL) COMETRIQ* (PA) ELIGARD* EXKIVITY* (PA) GLEEVEC* (PA) ICLUSIG* (PA,QL) INLYTA* (PA) JAKAFI* (PA,QL) KISQALI* (PA) KISQALI FEMARA CO-PACK* (PA) LENVIMA* (PA) LONSURF* (PA) LORBRENA* (PA,QL)
--	--	--

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

CÁNCER (cont.)

XTANDI* (PA) ZIRABEV* (PA)	LUMAKRAS* (PA, QL) MEKINIST* (PA,QL) MEKTOVI* (PA,QL) NERLYNX* (PA) NINLARO* (PA,QL) ODOMZO* (PA) OGIVRI* (PA) ONTRUZANT* (PA) ORGOVYX* (PA) POMALYST* (PA,QL) ROZLYTREK* (PA) STIVARGA* (PA,QL) TAFINLAR* (PA,QL) TAGRISSO* (PA) TALZENNA* (PA,QL) TARGRETIN* (PA) TASIGNA* (PA,QL) TEMODAR CAPSULE* (PA) TUKYSA* (PA) VENCLEXTA STARTING PACK* (PA) SUTENT* (PA,QL) VENCLEXTA* (PA) VITRAKVI* (PA) VIZIMPRO* (PA) XALKORI* (PA,QL) XELODA* (PA) XOSPATA* (PA) ZEJULA* (PA,QL)	
-------------------------------	--	--

MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

atorvastatin+ colesevelam ezetimibe fenofibrate fenofibric acid fluvastatin er+ fluvastatin+ icosapent ethyl lovastatin+ omega-3 acid ethyl esters pravastatin+ rosuvastatin+ (QL) simvastatin tablet+ (QL)	REPATHA (PA) VASCEPA (PA)	CADUET (QL) LIPOFEN (ST) ROSZET TRICOR (ST) TRILIPIX (ST) WELCHOL ZETIA
---	------------------------------	---

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS

AFIRMELLE+ ALTAVERA+	LO LOESTRIN FE	ANNOVERA BEYAZ
-------------------------	----------------	-------------------

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

AFIRMELLE+	LO LOESTRIN FE	ANNOVERA
ALTAVERA+		BEYAZ
ALYACEN+		CAYA
AMETHIA+		CONTOURED+
AMETHYST+		ELLA+
APRI+		FEMCAP+
ARANELLE+		KYLEENA*+
ASHLYNA+		LAYOLIS FE+
AUBRA+		LILETTA*+
AUBRA EQ+		LOESTRIN FE
AUROVELA FE+		MICROGESTIN 24 FE
AUROVELA 24 FE+		MINASTRIN 24 FE
AVIANE+		MIRENA*+
AYUNA+		NEXPLANON*+
AZURETTE+		NEXTSTELLIS
BALZIVA+		NUVARING
BLISOVI FE+		PARAGARD T
BLISOVI 24 FE+		380-A*+
BRIELLYN+		SAFYRAL
CAMILA+		SKYLA*+
CAMRESE+		TWIRLA+
CAMRESE LO+		wide seal
CAYA		diaphragm+
CONTOURED+		YASMIN 28
CAZIAN+		YAZ
CHARLOTTE 24 FE+		
CHATEAL+		
CHATEAL EQ+		
CRYSSELLE+		
CYCLAFEM+		
CYRED+		
CYRED EQ+		
DASETTA+		
DAYSEE+		
DEBLITANE+		
desogestrel-ethinyl		
estradiol+		
desogestrel-ethinyl		
estradiol - ethinyl		
estradiol+		
DOLISHALE+		
drospirenone-		
ethinyl estradiol-		
levomefolate+		
drospirenone-		
ethinyl estradiol+		
ELINEST+		
ELURYNG+		
ENPRESSE+		
ENSKYCE+		
ERRIN+		
ESTARYLLA+		

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

ethynodiol-ethinyl		
estradiol+		
etonogestrel-		
ethinyl estradiol+		
FALMINA+		
FEMYNOR+		
GEMMILY+		
HAILEY+		
HAILEY FE+		
HAILEY 24 FE+		
HEATHER+		
ICLEVIA+		
INCASSIA+		
ISIBLOOM+		
JAIMIESS+		
JASMIEL+		
JENCYCLA+		
JOLESSA+		
JULEBER+		
JUNEL+		
JUNEL FE+		
JUNEL FE 24+		
KAITLIB FE+		
KALLIGA+		
KARIVA+		
KELNOR 1-35+		
KELNOR 1-50+		
KURVELO+		
LARIN+		
LARIN FE+		
LARIN 24 FE+		
LARISSIA+		
LEENA+		
LESSINA+		
LEVONEST+		
levonorgestrel-		
ethinyl estradiol+		
levonorgestrel-		
ethinyl estradiol		
ethinyl estradiol+		
LEVORA+		
LILLOW+		
LOJAIMIESS+		
LORYNA+		
LOW-OGESTREL+		
LO-		
ZUMANDIMINE+		
LUTERA+		
LYLEQ+		
LYZA+		
MARLISSA+		
medroxy-		
progesterone+		
125mg/ml		

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

MERZEE+		
MICROGESTIN+		
MICROGESTIN FE+		
MILI+		
MONO-LINYAH+		
NECON+		
NIKKI+		
NORA-BE+		
norethindrone+		
norethindrone- ethinyl estradiol- iron+		
norethindrone- ethinyl estradiol+		
norethindrone- ethinyl estradiol- ferrous fumarate		
norgestimate- ethinyl estradiol+		
NORLYDA+		
NORTREL+		
NYLIA+		
NYMYO+		
OCELLA+		
ORSYTHIA+		
PHILITH+		
PIMTREA+		
PIRMELLA+		
PORTIA+		
PREVIFEM+		
RECLIPSEN+		
RIVELSA+		
SETLAKIN+		
SHAROBEL+		
SIMLIYA+		
SIMPESSE+		
SPRINTEC+		
SRONYX+		
SYEDA+		
TARINA FE+		
TARINA FE 1-20 EQ+		
TARINA 24 FE+		
taysofy+		
TILIA FE+		
TRI FEMYNOR+		
TRI-ESTARYLLA+		
TRI-LEGEST FE+		
TRI-LINYAH+		
TRI-LO-ESTARYLLA+		
TRI FEMYNOR+		
TRI-ESTARYLLA+		
TRI-LEGEST FE+		

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

TRI-LINYAH+		
TRI-LO-ESTARYLLA+		
TRI-LO-MARZIA+		
TRI-LO-MILI+		
TRI-LO-SPRINTEC+		
TRI-MILI+		
TRI-NYMYO+		
TRI-SPRINTEC+		
TRIVORA+		
TRI-VYLIBRA LO+		
TRI-VYLIBRA+		
TULANA+		
TYDEMY+		
VELIVET+		
VESTURA+		
VIENVA+		
VIORELE+		
VOLNEA+		
VYFEMLA+		
VYLIBRA+		
WERA+		
WYMZYA FE+		
XULANE+		
ZAFEMY+		
ZOVIA 1-35+		
ZUMANDIMINE+		

MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO

brompheniramine- pseudoephed-dm		HYCODAN (PA, QL)
hydrocodone- homatropine (PA,QL)		TUXARIN ER (PA, QL)
promethazine-dm		TUZISTRA XR (PA, QL)

PRODUCTOS DENTALES

chlorhexidine		CLINPRO 5000
DENTA 5000 PLUS		FLORIVA+
DENTAGEL		FLUORIDEX
doxycycline hyclate		SENSITIVITY RELIEF
FLUORIDEX DAILY		PERIDEX
DEFENSE 1.1%		PREVIDENT 5000
ORALONE		DRY MOUTH
PERIOGARD		
SF 1.1% GEL		
SF 5000 PLUS		
sodium fluoride		
sodium fluoride		
5000 dry mouth		
sodium fluoride		
5000 plus		
triamcinolone		

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES		
glimepiride	BAQSIMI (QL)	ACCU-CHEK
glipizide	BASAGLAR (QL)	SMARTVIEW
glipizide er	BD INSULIN	CONTRL
glipizide xl	SYRINGE	SOLUTION
metformin	BD LANCETS	ACCUTREND
metformin er	BD PEN NEEDLE	GLUCOSE
	BYDUREON BCISE (PA,QL)	CONTROL
	BYETTA (PA,QL)	AUTOSHIELD DUO
	DEXCOM G6 (PA, QL)	PEN NEEDLE
	DROPLET	CEQUR
	DROPSAFE	CONTOUR METER
	FARXIGA (QL, ST)	CONTOUR NEXT
	FREESTYLE LIBRE 14	TEST STRIP
	DAY SENSOR (PA, QL)	CONTOUR NEXT EZ
	FREESTYLE LIBRE 2	CONTOUR TEST
	SENSOR (PA, QL)	STRIP
	GLYXAMBI (QL, ST)	CYCLOSET SENSOR
	HUMULIN R	KIT
	JANUMET (QL, ST)	FREESTYLE
	JANUMET XR (QL, ST)	FREEDOM LITE
	JANUVIA (QL, ST)	GLUCAGON
	JARDIANCE (QL, ST)	EMERGENCY KIT
	HUMALOG (QL)	(QL)
	HUMULIN (QL)	GLUCOCARD
	HUMULIN R (QL)	INPEN
	INSULIN LISPRO (QL)	GLUCOCARD SHINE
	INSULIN SYRINGE	CONNEX METER
	LEVEMIR (QL)	GLUCOCARD SHINE
	LYUMJEV (QL)	EXPRESS METER
	MICROLET NEXT	GUARDIAN RT
	LANCING DEVICE	CHARGER
	MULTI-LANCET	GUARDIAN TEST
	NANO 2ND GEN	PLUG
	PEN NEEDLE	KORLYM* (PA)
	NOVOFINE	MINIMED
	OMNIPOD DASH	RESERVOIR
	PODS (GEN 3/4/5)	PARADIGM
	(PA, QL)	POGO AUTOMATIC
	ONETOUCH ULTRA	BLOOD GLUCOSE
	TEST STRIP	SYSTEM
	ONETOUCH	PRECISION XTRA
	ULTRAMINI	KETONE-GLUC KIT
	ONETOUCH VERIO	RIOMET
	FLEX METER	TRUE METRIX
	ONETOUCH VERIO	
	IQ METER	
	ONETOUCH VERIO	
	METER	

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
DIABETES (cont.)		
	ONETOUCH VERIO	
	REFLECT METER	
	ONETOUCH VERIO	
	TEST STRIP	
	OZEMPIC (PA,QL)	
	RYBELSUS (PA, QL)	
	SOLIQUA 100-33	
	SYMLINPEN	
	SYNJARDY (QL, ST)	
	SYNJARDY XR (QL, ST)	
	TECHLITE	
	TRESIBA (QL)	
	TRIJARDY XR (ST, QL)	
	TRUEPLUS PEN	
	NEEDLE	
	TRUEPLUS SYRINGE	
	TRULICITY (PA, QL)	
	ULTRA-FINE PEN	
	NEEDLE	
	V-GO 20	
	V-GO 30	
	V-GO 40	
	VEO INSULIN	
	SYRINGE	
	VICTOZA (PA, QL)	
	XIGDUO XR (QL, ST)	
	XULTOPHY	
	ZEGALOGUE (QL)	
DIURÉTICOS		
acetazolamide tablet	KERENDIA (PA, QL)	ALDACTONE
acetazolamide er capsule		CAROSPIR
bumetanide tablet		DIURIL
chlorthalidone		INSPIRA
eplerenone		JYNARQUE* (PA)
furosemide		LASIX
solution, tablet		MAXZIDE
hydrochlorot-hiazide		
spironolactone		
torsemide		
triamterene-hctz		
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS		
ciprofloxacin-dexamethasone		CIPRO HC
neomycin-polymyxin		CIPRODEX
b-hydrocortisone		CIPRODEX
ofloxacin		CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE
		DERMOTIC
		OTOVEL

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

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

CONDICIONES OCULARES

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

PRODUCTOS FEMENINOS

GYNAZOLE 1		
miconazole 3 200		
mg		
terconazole		

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

CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS

alosetron*	AMITIZA	APRISO
ANUCORT-HC	CLENPIQ+	BONJESTA
balsalazide	ENTYVIO* (PA)	CANASA
cinacalcet*	LINZESS	CARAFATE
dicyclomine	NEXIUM DR 25 MG	CHOLBAM* (PA)
capsule, solution,	PACKET (QL)	DICLEGIS
tablet	NEXIUM DR 2 MG	GATTEX* (PA)
esomeprazole (QL)	PACKET (QL)	LITHOSTAT
famotidine 40	NEXIUM DR 5 MG	MOTOFEN
mg/5 ml	PACKET (QL)	MOVANTIK (PA)
suspension	PANCREAZE	OCALIVA* (PA)
GAVILYTE-C+	PENTASA	RAVICTI* (PA)
GAVILYTE-G+	SUPREP+	RECTIV
GAVILYTE-N+	SUTAB+	RELISTOR (PA)
GENTLE LAXATIVE	VIBERZI	SANCUSO (PA, QL)
TABLET+		SFROWASA
glycopyrrolate		SUCRAID* (PA)
tablet		SYMPROIC (PA)
HEMMOREX-HC		TRANSDERM-SCOP
hydrocortisone		URSO
lansoprazole^ (QL)		URSO FORTE
mesalamine		VARUBI (PA, QL)
mesalamine dr		VIOKACE
mesalamine er		
metoclopramide		
solution, tablet		
metoclopramide		
odt		
omeprazole^ (QL)		
ondansetron		
ondansetron odt		
pantoprazole ^		
(QL)		
peg		
3350-electrolyte+		
peg3350-sodium		
sulfate-sodium		
chloride-		
potassium		
chloride-sodium		
ascorbate-ascorbic		
acid+		
PEG-PREP+		
prochlorperazine		
tablet		
rabeprazole tablet^		
(QL)		
scopolamine		
sucralfate		

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

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

AGENTES HORMONALES

AMABELZ	COMBIPATCH	ACTHAR GEL* (PA)
budesonide dr	DUAVEE	ACTIVELLA
budesonide ec	ESTRING (QL)	ALORA (QL)
budesonide er (PA, QL)	ESTROGEL	ANDRODERM (PA, QL)
cabergoline (QL)	FORTEO* (PA, QL)	ANDROGEL (PA, QL)
desmopressin*	HUMATROPE* (PA)	ANGELIQ
dexamethasone intensol	LUPRON DEPOT* (PA)	AYGESTIN
DOTTI (QL)	LUPRON DEPOT-PED* (PA)	BIJUVA
estradiol (once weekly)	MYFEMBREE (PA, QL)	CETROTIDE*^ (PA)
estradiol 10mcg vaginal insert (QL)	NORDITROPIN	CLIMARA
estradiol (twice weekly) (QL)	FLEXPRO* (PA)	CLIMARA PRO
estradiol-	ORIAHNN (PA, QL)	CORTROPHIN* (PA)
norethindrone	ORILISSA (PA, QL)	CRINONE 4% GEL
acetat	PREMARIN TABLET, VAGINAL CREAM	CYTOMEL
EUTHYROX	APPLICATOR	DEPO-TESTOSTERONE
LEVO-T	PREMPHASE	DIVIGEL
levothyroxine tablet	PREMPRO	ELESTRIN
LEVOXYL	SEROSTIM* (PA)	EMFLAZA* (PA)
liothyronine	SOMATULINE DEPOT* (PA)	ESTRACE
LYLLANA (QL)		EVAMIST
medroxyprog-esterone		FENSOLVI* (PA)
methylpredn-isolone		IMVEXXY (QL)
MIMVEY		INTRAROSA (QL)
norethindrone		ISTURISA* (PA, QL)
NP THYROID		LANREOTIDE* (PA)
prednisone		LUPANETA PACK* (PA)
prednisone intensol		MEDROL
progesterone tablet		MENOSTAR (QL)
testosterone cypionate		MINIVELLE (QL)
YUVAFEM		MYFEMBREE (QL)
		OSPHENA (QL)
		PROMETRIUM
		RAYALDEE
		SANDOSTATIN LAR DEPOT* (PA)
		SKYTROFA* (PA)
		SOMAVERT* (PA)
		SUPPRELIN LA* (PA)
		TESTOPEL (PA)
		TERIPARATIDE* (PA, QL)
		TRIOSTAT
		TRIPTODUR* (PA)
		UNITHROID
		VAGIFEM (QL)
		VIVELLE-DOT (QL)

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

INFECCIONES

acyclovir capsule, suspension, tablet	BARACLUDE SOLUTION*	AEMCOLO (QL)
albendazole	EPCLUSA* (PA, QL)	ALBENZA
amoxicillin	EURAX 10% CREAM	ALINIA
amoxicillin-clavulanate er	FOLLISTIM*^ (PA)	ARIKAYCE* (PA)
amoxicillin-clavulanate	HARVONI* (PA, QL)	BACTRIM
atovaquone	LAGEVRIO(EUA)(QL)	BACTRIM DS
atovaquone-proguanil	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR* (PA, QL)	BAXDELA TABLET (PA)
AVIDOXY	MAVYRET* (PA, QL)	CAYSTON* (PA, QL)
azithromycin packet, suspension, tablet	MOLNUPIRAVIR (QL)	CIPRO
cefdinir	PAXLOVID (QL)	CLEOCIN
cefuroxime tablet	PEGASYS* (PA)	CLINDESSE
cephalexin	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR* (PA, QL)	CRESEMBA CAPSULE (PA)
ciprofloxacin	SOVALDI* (PA, QL)	DARAPRIM* (PA)
clindamycin	TOBI PODHALER* (PA, QL)	DIFICID (QL)
COREMINO ER QL)	VEMLIDY*	e.e.s. 400
dapsone	VOSEVI* (PA, QL)	ELIMITE
doxycycline monohydrate	XIFAXAN (QL)	ERYPED 200
EMVERM		ERY-TAB DR
entecavir* (QL)		EURAX 10% LOTION
erythromycin		FLAGYL
erythromycin ethylsuccinate		KITABIS PAK* (PA, QL)
famciclovir		MACROBID
fluconazole		MACRODANTIN
hydroxychloroquine		MALARONE (PA)
ivermectin		NUVESSA
levofloxacin solution, tablet		NUZYRA TABLET* (PA, QL)
metronidazole gel, capsule, tablet		PLAQUENIL
minocycline		SYNAGIS* (PA)
minocycline er tablet (QL)		XOFLUZA (QL)
mondoxylene nl		
nitazoxanide		
nitrofurantoin		
nitrofurantoin monohydrate-macrocrystal		
nystatin		
suspension, tablet		

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

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

INFERTILIDAD

clomiphene ^	GONAL-F*^ (PA)	CRINONE^ ENDOMETRIN^ FOLLISTIM AQ*^ (PA) MAKENA* (PA) MENOPUR*^ (PA) NOVAREL*^ (PA) OVIDREL*^ (PA)
--------------	----------------	--

VARIOS

deferiprone 500mg* (PA) disulfiram sapropterin* (PA) sodium chloride inhalation vial, irrigation solution, vial	ACCU-CHEK CERDELGA* (PA) DROPLET LANCETS ESBRIET* (PA) MICROLET NITYR* (PA) ONETOUCH PRECISION XTRA STRENSIQ* (PA) TECHLITE LANCETS	AUSTEDO* (PA) BOTOX* (PA) CEREZYME* (PA) DYSPORE* (PA) EVRYSDI* (PA) INGREZZA* (PA) INGREZZA INITIATION PACK* (PA, QL) KETONE CARE TEST STRIP KETONE TEST STRIP KETOSTIX REAGENT NUEDEXTA (QL) ORFADIN* (PA) PALYNZIQ* (PA) POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGE PRECISION XTR B-KETONE STRIP TEGSEDI* (PA) TIGLUTIK* (PA) TRUEPLUS KETONE TEST STRIP VYNDAMAX* (PA, QL)
--	--	--

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

dalfampridine er* (PA) dimethyl fumarate* (PA) glatiramer* (PA) glatopa* (PA)	AUBAGIO* (PA) AVENOX* (PA) BAFIERTAM* (PA) BETASERON* (PA) EXTAVIA* (PA) GILENYA* (PA) KESIMPTA PEN* (PA) MAYZENT* (PA) PLEGRIDY* (PA) PONVORY* (PA) REBIF* (PA) VUMERITY* (PA) ZEPOSIA* (PA)	FIRDAPSE* (PA) MAVENCLAD* (PA) OCREVUS* (PA) PONVORY* (PA) TYSABRI* (PA)
--	---	--

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

NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS

betaine anhydrous* calcitriol capsule, solution^ cyanocobalamin dodex fluoride+ folic acid^+ klor-con 8 klor-con 10 MULTI-VITAMIN W-FLUORIDE- IRON+ MULTIVITAMIN WITH FLUORIDE+ MULTIVITAMIN- IRON-FLUORIDE potassium chloride 10%, capsule, conc, packet, tablet sevelamer carbonate sodium fluoride+ RI-VITE WITH FLUORIDE+ vitamin d2 1.25 mg (50,000 unit)^ VITAMINS A,C,D AND FLUORIDE+	LOKELMA PETITE OB COMPLETE VELPHORO VELTASSA	ACCRUFER AURYXIA (QL) CITRANATAL BLOOM CITRANATAL 90 DHA CITRANATAL ASSURE CITRANATAL B-CALM CITRANATAL DHA CITRANATAL HARMONY CITRANATAL RX DRISDOL FLORIVA+ K-TAB ER MEPHYTON NEEVO DHA OB COMPLETE PHOSLYRA POLY-VI-FLOR WITH IRON+ POLY-VI-FLOR+ POTASIUUM CL 2 MEQ/ML CONC PRENATE PRIMACARE QUFLORA PEDIATRIC 1 MG CHEWABLE TABLET+ QUFLORA PEDIATRIC 0.25 MG/ML DROP+ QUFLORA PEDIATRIC 0.5 MG/ ML DROP+ RENVELA ROCALTROL TRI-VI-FLOR+
--	--	--

PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

alendronate ibandronate 150 mg tablet* ibandronate 3 mg/3 ml syringe* ibandronate 3 mg/3 ml vial* raloxifene + risedronate dr	TYMLOS* (PA, QL)	ACTONEL (ST) ATELVIA (ST) BINOSTO (ST) EVISTA FOSAMAX (ST) PROLIA* (PA) XGEVA* (PA)
---	------------------	---

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

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

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

acetaminophen-codeine (PA)	ACTEMRA* (PA)	ARAVA
allopurinol tablet	AIMOVIG (PA)	ARCALYST* (PA)
baclofen tablet	AJOVY (PA)	BENLYSTA* (PA)
buprenorphine patch (QL)	AVSOLA* (PA)	BUPRENEX
butalbital-acetaminophen-caffeine (QL)	BELBUCA (QL)	BUTRANS (QL)
buprenorphine (QL)	CIMZIA* (PA, QL)	CELEBREX (QL, ST)
butalbital-acetaminophen-caffeine (QL)	DUPIXENT* (PA)	COLCRYS
carisoprodol	DUROLANE*	DEPEN* (PA, QL)
celecoxib (QL)	EMGALITY (PA)	DUROLANE* (PA)
colchicine 0.6mg tablet	ENBREL* (PA, QL)	EC-NAPROSYN (ST)
cyclobenzaprine	EUFLEXXA* (PA)	ESGIC (QL)
diclofenac 1% gel (QL)	HUMIRA* (PA, QL)	EUFLEXXA* (PA)
diclofenac dr	HYSINGLA ER (PA)	FEXMID
diclofenac ec	INFLECTRA* (PA)	FIORICET (QL)
EC-NAPROXEN	MITIGARE	GABLOFEN
ECOTRIN EC 81 MG TABLET+	NURTEC ODT (PA, QL)	GELSIN-3 (PA)
eletriptan (QL)	OTENZA* (PA, QL)	HYALGAN* (PA)
ENDOCET (PA)	QULIPTA (PA, QL)	HYMOVIS* (PA)
febuxostat (QL)	RASUVO (PA)	ILARIS* (PA)
GEL-ONE* (PA)	REDITREX (PA)	ILUMYA* (PA, QL)
GLYDO	RINVOQ* (PA, QL)	KEVZARA* (PA, QL)
hydrocodone-acetaminophen (PA)	SIMPONI 100MG* (PA, QL)	MONOVISC* (PA)
IBU	SIMPONI ARIA* (PA)	NAPROSYN (ST)
ibuprofen	SKYRIZI* (PA, QL)	NUCYNTA (PA)
indomethacin	STELARA* (PA)	NUCYNTA ER (PA)
indomethacin er	TALTZ* (PA, QL)	OLUMIANT* (PA, QL)
ketorolac	TREMFYA* (PA, QL)	ORENCIA* (PA)
tromethamine (QL)	TRUDHESA (PA, QL)	ORTHOVISC* (PA)
leflunomide	UBRELVY (PA, QL)	OTREXUP (PA)
lidocaine 5% ointment (QL)	XELJANZ XR* (PA, QL)	OXAYDO (PA)
meloxicam tablet	XELJANZ* (PA, QL)	PERCOCET (PA)
metaxalone	XTAMPZA ER (PA)	PROCTOFOAM-HC
methocarbamol	ZTLIDO	RENFLEXIS* (PA)
morphine (PA)		ROXYBOND (PA)
morphine er (PA)		SAVELLA
oxycodone (PA)		SILIQ* (PA, QL)
oxycodone er (PA)		SKELAXIN
oxycodone-acetaminophen (PA)		SYNVISC* (PA)
		SYNVISC-ONE* (PA)
		TRILURON* (PA)
		ULORIC (QL)
		ULTRAM 50 MG TABLET (QL)
		XIAFLEX* (PA)
		ZANAFLEX
		ZEBUTAL (QL)
		ZOHYDRO ER (PA)
		ZYLOPRIM

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

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

penicillamine* (PA, QL)		
PROLATE TABLET (PA)		
rizatriptan (QL)		
sumatriptan (QL)		
SUPARTZ FX* (PA)		
tramadol 50 mg tablet (QL)		
tramadol er (QL)		
VANADOM		
VISCO-3* (PA)		

ENFERMEDAD DE PARKINSON

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

ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS⁵

aripiprazole (QL)	ABILIFY MAINTENA (QL)	ARISTADA (QL)
aripiprazole odt		FANAPT (QL, ST)
asenapine	LATUDA (QL)	INVEGA HAFYERA (QL, ST)
chlorpromazine tablet		INVEGA SUSTENNA (QL, ST)
olanzapine tablet		INVEGA TRINZA (QL, ST)
olanzapine odt		PERSERIS (QL)
paliperidone er (QL)		REXULTI (QL, ST)
quetiapine		RISPERDAL CONSTA (ST)
quetiapine er		SAPHRIS (ST)
risperidone		SECUADO (ST)
risperidone odt		SEROQUEL (ST)
ziprasidone tablet		SEROQUEL XR (ST)
		VRAYLAR (QL, ST)

TRASTORNOS CONVULSIVOS

carbamazepine	DILANTIN 30 MG CAPSULE (PA)	APTOM (PA, QL)
carbamazepine er	FYCOMPA (PA, QL)	BANZEL (PA, QL)
clonazepam	NAYZILAM (PA, QL)	BRIVIACT ORAL SOLUTION, TABLET (PA)
divalproex	VIMPAT 10MG/ML SOLUTION	
divalproex er		

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

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

TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)

EPITOL		CARBATROL (PA)
gabapentin		DEPAKOTE (PA)
lamotrigine		DEPAKOTE ER (PA)
lamotrigine (blue)		DEPAKOTE
lamotrigine (green)		SPRINKLE (PA)
lamotrigine (orange)		DIASTAT (PA)
lamotrigine er		DILANTIN 100 MG
lamotrigine odt		CAPSULE (PA)
lamotrigine odt (blue)		DILANTIN 50 MG
lamotrigine odt (green)		INFATAB (PA)
lamotrigine odt (orange)		EPIDIOLEX* (PA)
levetiracetam		FINTEPLA* (PA)
solution, tablet		KLONOPIN (PA)
levetiracetam er		LYRICA ORAL
oxcarbazepine		SOLUTION (PA)
pregabalin capsule,		NEURONTIN (PA)
solution		OXTELLAR XR (PA)
ROWEEPRA		PHENYTEK (PA)
rufinamide (PA, QL)		SPRITAM (PA)
SUBVENITE		TEGRETOL (PA)
SUBVENITE (BLUE)		TEGRETOL XR (PA)
SUBVENITE (GREEN)		VALTOCO (PA, QL
SUBVENITE (ORANGE)		VIMPAT 200MG/ML
topiramate		VIAL)
topiramate er		XCOPRI (PA, QL)
vigabatrin*		
vigadrone*		

CONDICIONES CUTÁNEAS

ACCUTANE	DBRY*	ANALPRAM HC
adapalene (PA)	CIBINQO* (PA,QL)	2.5%-1% LOTION
adapalene-benzoyl	EUCRISA (ST)	AVAR 9.5-5%
peroxide	TARGRETIN*	CLEANSING PADS
AMNESTEEM		BRYHALI (ST)
AVAR CLEANSER		calcipotriene foam
azelaic acid		CAPEX SHAMPOO
BP 10-1		(ST)
CLARAVIS		CLEOCIN T
CLINDACIN ETZ 1%		CLINDACIN ETZ KIT
PLEDGET		CLINDACIN PAC KIT
CLINDACIN P 1%		CLODERM (ST)
PLEDGETS		DRYSOL
clindamycin 1%		EFUDEX
foam, gel, lotion,		ELIDEL
pledget, solution		EVOCLIN
clindamycin-		NAFTIN
benzoyl		OPZELURA (PA)
peroxoxide		

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

CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

clindamycin-		PICATO
tretinoin		PRAMOSONE
clobetasol		PROTOPIC
CLODAN		REGRANEX (PA,QL)
clotrimazole-		SANTYL (QL)
betamethasone		TEMOVATE (ST)
dapsone gel		VALCHLOR*
fluocinonide		XEPI
fluorouracil cream,		
topical solution		
isotretinoin		
ketoconazole		
KETODAN		
metronidazole		
MYORISAN		
NEUAC GEL		
pimecrolimus		
ROSADAN		
sodium		
sulfacetamide-		
sulfur		
SSS 10-5		
SULFACLEANSE 8-4		
tacrolimus		
ointment		
tazarotene 0.1%		
cream		
tretinoin (PA)		
TRIDERM		
ZENATANE		

TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

doxepin (QL)	DAYVIGO (QL, ST)	HETLIOZ* (PA)
eszopiclone	SUNOSI (PA, QL)	HETLIOZ LQ* (PA)
modafinil (PA)		LUNESTA (ST)
zolpidem		SILENOR (QL, ST)
zolpidem er (QL)		WAKIX* (PA, QL)
		XYREM* (PA,QL)
		XYWAV* (PA,QL)

ABUSO DE SUSTANCIAS

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

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

everolimus 0.25 mg	PROGRAF 5 MG/ML	ASTAGRAF XL*
tablet*	AMPULE*	CELLCEPT ORAL
everolimus 0.5 mg		SUSPENSION,
tablet*		TABLET*
mycophenolate		ENVARSUS XR*
mofetil*		MYFORTIC*

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

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

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE (cont.)

mycophenolic acid*		NEORAL*
sirolimus*		PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET*
tacrolimus capsule*		PROGRAF 0.5 MG CAPSULE*
		PROGRAF 1 MG CAPSULE*
		PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET*
		PROGRAF 5 MG CAPSULE*
		RAPAMUNE*
		REZUROCK* (PA)
		ZORTRESS*

CONDICIONES URINARIAS

alfuzosin er	CYSTAGON*	AVODART
cevimeline		ELMIRON
dutasteride		EVOXAC
finasteride		FLOMAX
oxybutynin		K-PHOS ORIGINAL
oxybutynin er		PROSCAR
phenazopyridine		PYRIDIUM
potassium er		RAPAFLO (QL)
silodosin (QL)		UROCIT-K
solifenacin (QL)		UROXATRAL
tamsulosin		
tolterodine		
tolterodine er (QL)		

VACUNAS

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.

ENERGIX-B ADULT+	AFLURIA QUAD
ENERGIX-B	2021-22 (6-35MO)+
PEDIATRIC-ADOLESCENT+	BEXSERO+
	BOOSTRIX TDAP+
	COMIRNATY+
	DAPTACEL DTAP+
	DENGVAIXIA+
	DIPHTheria-TETANUS
	TOXOIDS-PED+
	FLUAD QUAD
	2021-2022+
	FLUARIX QUAD
	2021-2022+
	FLUBLOK QUAD
	2021-2022+

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

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.

	FLUCELVAX QUAD
	2021-2022+
	FLULAVAL QUAD
	2021-2022+
	FLULAVAL QUAD
	2021-2022+
	FLUZONE HIGH-DOSE QUAD
	2021-22+
	FLUZONE QUAD
	2021-2022+
	GARDASIL 9+
	HEPLISAV-B+
	HIBERIX+
	INFANRIX DTAP+
	IPOLO+
	ANSSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)+
	KINRIX+
	MENACTRA+
	MENQUADFI+
	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP+
	M-M-R II VACCINE+
	MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)+
	MODERNA COVID-19 VACCINE (EUA)+
	MODERNA COVID (12Y UP) VAC (EUA)+
	MODERNA COVID (6M-5Y) VACC (EUA)+
	NOVAVAX COVID-19 VACC, ADJ (EUA)+
	PEDIARIX+
	PEDVAXHIB+
	PENTACEL+
	PFIZER COVID (12Y UP) VAC(EUA)+
	PFIZER COVID (5-11Y) VAC (EUA)+

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

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

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.

		PFIZER COVID (6M-4Y) VACC (EUA)+ PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)+ PNEUMOVAX 23+ PREHEVBRIO+ PREVNAR 13+ PREVNAR 20+ PROQUAD+ QUADRACEL DTAP-IPV VIAL+ RECOMBIVAX HB+ SHINGRIX+ (QL) SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACC+ TDVAX+ TENIVAC+ TRUMENBA+ TWINRIX+ VARIVAX VACCINE+ VAXELIS+ VAXNEUVANCE+
--	--	---

CONTROL DEL PESO

megestrol suspension		
-------------------------	--	--

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas

Estos medicamentos no están cubiertos en la Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna.^^ **No obstante, hay otros medicamentos disponibles que se usan para tratar la misma condición.** Se enumeran a continuación.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^ (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
SIDA/VIH	ATRIPLA*	efavirenz-emtricitabine-tenofovir*
	COMBIVIR*	lamivudine-zidovudine*
	EMTRIVA*	emtricitabine*
	EPIVIR*	lamivudine*
	EPZICOM*	abacavir-lamivudine*
	INTELENCE 100MG, 200MG TABLET*	etravirine*
	KALETRA*	lopinavir-ritonavir*
	LEXIVA 700MG TABLET*	fosamprenavir 700mg tablet*
	NORVIR 100MG TABLET*	ritonavir 100mg tablet*
	RETROVIR CAPSULE, SYRUP*	zidovudine capsule, syrup*
	REYATAZ CAPSULE*	atazanavir capsules*
	SUSTIVA*	efavirenz*
	SYMFI* SYMFI LO*	efavirenz-lamivudine-tenofovir*
	TRIZIVIR*	abacavir-lamivudine-zidovudine tablet*
	TRUVADA*	emtricitabine-tenofovir*
	VIRAMUNE*	nevirapine*
	VIRAMUNE XR*	nevirapine ER*
	VIREAD 300MG TABLET*	tenofovir 300mg tablet*
	ZIAGEN*	abacavir*
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	AUVI-Q EPIPEN EPIPEN JR SYMJEPI	epinephrine auto-injectors
	carbinoxamine 6mg tablet RYVENT	carbinoxamine 4mg tablet
	dexchlorpheniramine RYCLORA	carbinoxamine oral solution cyproheptadine syrup hydroxyzine syrup
	DYMISTA	azelastine-fluticasone Generic nasal steroids (e.g. fluticasone)
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	pyridostigmine 30mg tablet (QL)	pyridostigmine 60mg tablet
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	ANAFRANIL	clomipramine
	APLENZIN	bupropion XL 150, 300 mg tablets
	ATIVAN TABLET LOREEV XR	lorazepam
	bupropion xl 450mg tablet FORFIVO XL	bupropion xl 150mg tablets
	CITALOPRAM HBR	citalopram tablet
	CYMBALTA	desvenlafaxine ER duloxetine escitalopram
	DRIZALMA SPRINKLE	duloxetine dr capsules
	LEXAPRO	escitalopram

^^ Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR (cont.)	PAMELOR	nortriptyline capsules
	PARNATE	tranylcypromine
	PEXEVA	paroxetine paroxetine cr
	PRISTIQ	desvenlafaxine succinate er bupropion sr duloxetine escitalopram sertraline venlafaxine er
	TOFRANIL	imipramine
	WELLBUTRIN XL	bupropion xl escitalopram fluoxetine
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	ADVAIR HFA ADVAIR DISKUS AIRDUO RESPICLICK BREO ELLIPTA	DULERA fluticasone-salmeterol SYMBICORT WIXELA INHUB
	ALVESCO ARMONAIR DIGIHALER ARNUITY ELLIPTA ASMANEX, ASMANEX HFA PULMICORT FLEXHALER	FLOVENT DISKUS FLOVENT HFA QVAR
	ARCAPTA NEOHALER STRIVERDI RESPIMAT	SEREVENT DISKUS
	BEVESPI AEROSPHERE DUAKLIR PRESSAIR	ANORO ELLIPTA STIOLTO RESPIMAT
	BROVANA	arformoterol
	budesonide-formoterol	SYMBICORT
	ELIXOPHYLLIN	theophylline er theophylline oral solution
	ALBUTEROL HFA levalbuterol hfa PROAIR DIGIHALER PROAIR HFA PROAIR RESPICLICK PROVENTIL HFA VENTOLIN HFA XOPENEX HFA	Generic PROAIR or PROVENTIL (albuterol hfa)
	PERFOROMIST	formoterol
	TUDORZA PRESSAIR	INCRUSE ELLIPTA SPIRIVA RESPIMAT
	YUPELRI	ANORO ELLIPTA BREZTRI AEROSPHERE INCRUSE ELLIPTA SPIRIVA STIOLTO RESPIMAT TRELEGY ELLIPTA
	ZYFLO	montelukast zafirlukast zileuton er

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	ADDERALL XR ADHANSIA XR ADZENYS ER ADZENYS XR-ODT APTENSIO XR AZSTARYS CONCERTA COTEMPLA XR-ODT DYANAVEL XR FOCALIN XR JORNAY PM MYDAYIS QUILLICHEW ER RITALIN LA VYVANSE	dexmethylphenidate er dextroamphetamine-amphetamine er methylphenidate er
	DESOXYN	methamphetamine
	DEXEDRINE	dexmethylphenidate er dextroamphetamine er dextroamphetamine-amphetamine er
	EVEKEO ODT	amphetamine dexmethylphenidate dextroamphetamine methamphetamine methylphenidate
	methylphenidate er 72mg tablet RELEXXII	methylphenidate er 36mg tablet
	QELBREE	atomoxetine
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	ACCUPRIL	quinapril
	ACCURETIC	quinapril-hctz
	ALTACE	ramipril
	ATACAND	candesartan
	ATACAND HCT	candesartan-hctz
	AVALIDE	irbesartan-hctz
	AVAPRO	irbesartan-hctz
	AZOR	amlodipine-olmesartan
	BENICAR	olmesartan
	BENICAR HCT	olmesartan-hctz
	BETAPACE	sotalol
	BYSTOLIC	generic beta blockers (e.g. metoprolol; atenolol)
	CARDIZEM	diltiazem
	CARDIZEM CD	diltiazem CD
	CONJUPRI	amlodipine felodipine er nicardipine nifedipine
	CONSENSI	amlodipine celecoxib
	COZAAR	losartan
	DIOVAN	valsartan

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN (cont.)	DIOVAN HCT	valsartan-hctz
	EDARBI	generic ARBs (e.g. losartan; valsartan)
	EDARBYCLOR	generic ARBs + HCTZ (e.g. losartan-HCTZ)
	EXFORGE	amlodipine-valsartan
	EXFORGE HCT	amlodipine-valsartan hctz
	FIRAZYR*	icatibant
	GONITRO	nitroglycerin sublingual tablet or spray
	HYZAAR	losartan-hctz
	ISORDIL ISORDIL TITRADOSE	isosorbide dinitrate
	LANOXIN	digoxin
	LOTENSIN	benazepril
	LOTENSIN HCT	benazepril-hctz
	LOTREL	amlodipine-benazepril
	MICARDIS	telmisartan
	MICARDIS HCT	telmisartan-hctz
	MULTAQ	amiodarone disopyramide dofetilide flecainide propafenone quinidine sotalol af
	PRINIVIL ZESTRIL	lisinopril
	TEKTURNA	aliskiren
	TEKTURNA HCT	generic ACE inhibitor + HCT (e.g. benazepril-HCT)
	TRIBENZOR	olmesartan-amlodipine-hctz
	VASERETIC	enalapril-hctz
	VASOTEC	enalapril
	ZESTORETIC	lisinopril-hctz
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	aspirin-omeprazole YOSPRALA	aspirin or enteric aspirin
CÁNCER	BESREMI*	hydroxyurea capsule
	CYCLOPHOSPHAMIDE TABLET*	cyclophosphamide capsule*
	NILANDRON	nilutamide
	TARCEVA*	erlotinib
	YONSA* ZYTIGA*	abiraterone
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	ANTARA FENOGLIDE	fenofibrate
	ALTOPREV	lovastatin+ atorvastatin+ simvastatin+ rosuvastatin+
	CRESTOR	rosuvastatin+

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL (cont.)	EZALLOR SPRINKLE FLOLIPID LIVALO SIMVASTATIN 20mg/5ml SUSPENSION NEXLIZET	generic statins (e.g. atorvastatin; simvastatin)
	JUXTAPID* PRALUENT	REPATHA
	LESCOL XL	fluvastatin er+
	LIPITOR	atorvastatin+ ezetimibe-simvastatin rosuvastatin+
	NEXLETOL ROSUVASTATIN-EZETIMIBE ROSZET	generic statins (e.g. atorvastatin; simvastatin) ezetimibe-simvastatin
	niacin 500mg tablet NIACOR	niacin er
	PRAVACHOL	pravastatin+
	VYTORIN	ezetimibe-simvastatin
	ZYPITAMAG	atorvastatin+ lovastatin+ pravastatin+ rosuvastatin+ simvastatin+
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	BALCOLTRA NATAZIA NEXTSTELLIS SLYND TAYTULLA TWIRLA	generic oral contraceptives
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	benzonatate 150mg	benzonatate 100mg, 200mg
	TUSSICAPS	hydrocodone-chlorpheniramine er suspension promethazine with codeine syrup
DIABETES	ACCU-CHEK TEST STRIPS CVS TEST STRIPS ADVOCATE TEST STRIPS ASSURE TEST STRIPS CONTOUR TEST STRIPS EASY TALK PLUS II FREESTYLE TEST STRIPS RELION TEST STRIPS RIGHTTEST GT333 TEST STRIPS	ONE TOUCH TEST STRIPS (e.g. Ultra; Verio)
	ADLYXIN	BYDUREON BYETTA metformin OZEMPIC TRULICITY VICTOZA

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
DIABETES (cont.)	ADMELOG ADMELOG SOLOSTAR APIDRA, APIDRA SOLOSTAR FIASP FIASP FLEXTOUCH FIASP PENFILL INSULIN ASPART NOVOLOG	HUMALOG LYUMJEV
	AFREZZA INSULIN GLARGINE	HUMALOG HUMULIN R LYUMJEV
	alogliptin alogliptin-metformin JENTADUETO JENTADUETO XR KAZANO KOMBIGLYZE XR NESINA ONGLYZA TRADJENTA	JANUMET JANUMET XR JANUVIA metformin
	alogliptin-pioglitazone OSENİ	JANUMET JANUMET XR JANUVIA pioglitazone
	FORTAMET GLUMETZA metformin er gastric metformin er osmotic	metformin er (generic to GLUCOPHAGE XR)
	GLUCAGEN HYPOKIT GVOKE	glucagon emergency kit (generic) BAQSIMI ZEGALOGUE
	INSULIN ASPART PRO NOVOLOG MIX	HUMALOG MIX
	INVOKAMET INVOKAMET XR SEGLUROMET	SYNJARDY SYNJARDY XR XIGDUO XR
	INVOKANA STEGLATRO	FARXIGA JARDIANCE metformin
	LANTUS LANTUS SOLOSTAR SEMGLEE TOUJEO MAX SOLOSTAR TOUJEO SOLOSTAR	BASAGLAR LEVEMIR TRESIBA FLEXTOUCH
	NOVOLIN	HUMULIN
	QTERN STEGLUJAN	GLYXAMBI metformin TRIJARDY XR

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
DIURÉTICOS	EDECIN ethacrynic acid	bumetanide furosemide torsemide
	THALITONE	chlorthalidone
CONDICIONES OCULARES	ALOCRIL ALOMIDE	cromolyn
	LUMIGAN TRAVATAN Z VYZULTA XALATAN XELPROS ZIOPTAN	bimatoprost latanoprost travoprost
	RESTASIS TYRVAYA	cyclosporine 0.05% eye emulsion XIIDRA
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	ANUSOL-HC 25MG SUPPOSITORY	hydrocortisone 25mg suppository
	ASACOL HD COLAZAL DELZICOL DIPENTUM	balsalazide mesalamine tablets or capsules PENTASA sulfasalazine
	BYLVAY* LIVMARLI*	cholestyramine powder/packet rifampin ursodiol tablet
	CORTIFOAM UCERIS 2MG RECTAL FOAM	COLOCORT hydrocortisone
	CREON PERTZYE ZENPEP	PANCREAZE
	GIMOTI*	metoclopramide oral solution or tablet
	DARTISLA glycopyrrolate 1.5mg tablet ROBINUL ROBINUL FORTE	glycopyrrolate 1mg tablet glycopyrrolate 2mg tablet
	GOLYTELY+ MOVIPREP+ NULYTELY WITH FLAVOR PACKS+ OSMOPREP+ PLENVU+	CLENPIQ+ GAVILYTE-C+ GAVILYTE-G+ GAVILYTE-N+ PEG 3350 ELECTROLYTE+ SUPREP+ SUTAB+
	KRISTALOSE lactulose 10gm packet	CONSTULOSE ENULOSE lactulose oral solution
	LIBRAX	chlordiazepoxide
	LOTRONEX*	alosetron*
	lubiprostone	AMITIZA
	MARINOL SYNDROS	dronabinol
	MOTTEGRITY TRULANCE ZELNORM	AMITIZA LINZESS

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS (cont.)	NEXIUM 10MG, 20MG, 40MG PACKET, 20MG, 40MG CAPSULE	esomeprazole packets, esomeprazole magnesium
	OMECLAMOX-PAK PYLERA TALICIA	lansoprazole-amoxicillin-clarithromycin pak
	RELTONE	ursodiol
	ROWASA	mesalamine rectal enema suspension
	SENSIPAR*	cinacalcet
	URSODIOL 200 MG, 400 MG CAPSULE	ursodiol 300mg capsule ursodiol tablet
	ZOFRAN	ondansetron
	ZUPLENZ	ondansetron ondansetron odt
AGENTES HORMONALES	ALKINDI SPRINKLE	hydrocortisone 5mg tablet
	ARMOUR THYROID WP THYROID	np thyroid
	CORTROSYN	cosyntropin
	DDAVP NOCDURNA	desmopressin nasal spray or tablets
	DEXABLISS dexamethasone 6, 10, 13 Day 1.5MG tablets DXEVO HIDEX TAPERDEX ZCORT	dexamethasone 1.5mg tablet
	FORTESTA JATENZO NATESTO TESTIM VOGELXO XYOSTED	generic topical testosterone
	GENOTROPIN* NUTROPIN AQ NUSPIN* OMNITROPE* SAIZEN* SAIZEN-SAIZENPREP* ZOMACTON*	HUMATROPE* NORDITROPIN*
	HEMADY	dexamethasone 5mg tablet
	LEVOTHYROXINE CAPSULE SYNTHROID TIROSINT TIROSINT-SOL	Generic SYNTHROID (also called levothyroxine tablet)
	MYCAPSSA*	BYNFEZIA*
	ORTIKOS	budesonide capsule
	RAYOS	methylprednisolone prednisone

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
AGENTES HORMONALES (cont.)	THYQUIDITY	EUTHYROX LEVO-T levothyroxine tablet LEVOXYL
	UCERIS 9MG ER TABLET	budesonide 9mg tablet dexamethasone hydrocortisone methylprednisolone prednisolone prednisone
INFECCIONES	ACTICLATE DORYX DORYX MPC LYMEPAK MINOCIN 50MG PEL CAPSULE MINOCYCLINE ER 45, 90, 135MG CAPSULE MINOLIRA ER MONODOX SEYSARA SOLODYN soloxide TARGADOX VIBRAMYCIN 100MG CAPSULE XIMINO	Generic products (e.g. doxycycline; minocycline)
	ARAKODA	atovaquone-proguanil doxycycline hydroxychloroquine mefloquine quinine
	AUGMENTIN AUGMENTIN XR	amoxicillin/clavulanate
	BARACLUDE TABLET*	entecavir tablet*
	BETHKIS* TOBI*	tobramycin inhalation solution*
	BREXAFEMME DIFLUCAN	fluconazole
	doxycycline hyclate dr 80mg tablet	generic products (e.g. minocycline)
	DOXYCYCLINE IR-DR ORACEA	doxycycline hyclate dr 50mg tablet doxycycline monohydrate 50mg tablet minocycline er 45mg
	E.E.S. 200 ERYPED 400	erythromycin granules erythromycin
	HUMATIN	paromomycin
	MEPRON	atovaquone
	MYCOBUTIN	rifabutin
	nitrofurantoin 25mg/5ml suspension	nitrofurantoin capsule sulfamethoxazole-trimethoprim suspension
	NOXAFIL DR 100MG TABLET	posaconazole dr 100mg tablet
	SITAVIG	acyclovir tablet famciclovir tablet valacyclovir tablet
	SPORANOX	itraconazole
	TOLSURA	oral itraconazole

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
INFECCIONES (cont.)	VALCYTE	valganciclovir
	VANCOGIN	vancomycin oral solution or capsule
	ZOVIRAX	acyclovir
VARIOS	EXSERVAN*	riluzole* TIGLUTIK*
	HORIZANT	gabapentin
	KUVAN*	sapropterin tablet & powder packet*
	SYPRINE*	penicillamine* trientine*
	XENAZINE*	tetrabenazine*
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	AMPYRA*	dalfampridine er*
	COPAXONE*	AVONEX* BETASERON* EXTAVIA* glatiramer* GLATOPA* KESIMPTA* PLEGRIDY* REBIF*
	TECFIDERA*	AUBAGIO* BAFIERTAM* dimethyl* GILENYA* MAYZENT* PONVORY* VUMERITY*
NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	AZESCHEW AZESCO DERMACINRX PRENATRIX DERMACINRX PRENATRYL PNV TABS 20-1 PREGEN DHA PREGENNA TRINAZ ZALVIT	Any generic prenatal vitamin
	NASCOBAL	cyanocobalamin injection
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	ALLZITAL BUPAP butalbital-acetaminophen 25-35mg, 50-300mg tablets	butalbital-acetaminophen 50-325mg tablet
	AMERGE ERGOMAR FROVA 2.5MG TABLET MAXALT MAXALT MLT RELPAK	generic triptans (e.g. sumatriptan; naratriptan)
	AMRIX cyclobenzaprine er	carisoprodol chlorzoxazone 500mg cyclobenzaprine tablets methocarbamol orphenadrine er metaxalone

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)	BACLOFEN	baclofen tablet
	CAMBIA	Generic NSAID (e.g. celecoxib; meloxicam)
	DUEXIS	
	ELYXYB	
	fenoprofen 200mg capsule	
	fenoprofen 400mg capsule	
	FENORTHO	
	ibuprofen-famotidine	
	INDOCIN	
	indomethacin 20mg capsule	
	ketoprofen 25mg capsule	
	lofena	
	meloxicam 5mg, 10mg capsule	
	NALFON 400MG CAPSULE	
	NAPRELAN	
	NAPROSYN 125MG/5ML SUSPENSION	chlorzoxazone 500mg
	naproxen	
	naproxen sodium cr	
	naproxen sodium er	
	naproxen-esomeprazole mag	
	RELAFEN	
	RELAFEN DS	
	TIVORBEX	
	VIMOVO	
	VIVLODEX	
	ZIPSOR	
	ZORVOLEX	
	chlorzoxazone 250mg	methocarbamol 500mg
	chlorzoxazone 375mg	
	chlorzoxazone 750mg	tramadol tramadol er
	CONZIP	
	COSENTYX*	ENBREL* HUMIRA* OTEZLA* STELARA* TALTZ*
	CUPRIMINE*	penicillamine* trientine*
	D.H.E.45	dihydroergotamine injection
	diclofenac 1.3% patch	generic nsaid (e.g. celecoxib; meloxicam) diclofenac 1% gel
	diclofenac 1.5% solution	
	diclofenac 35mg capsule	
	FLECTOR	
	LICART	
	PENNSAID	
	VOLTAREN 1% GEL	sumatriptan nasal spray
	dihydroergotamine 4mg/ml spray	
	IMITREX NASAL SPRAY	
	MIGRANAL	
	ONZETRA XSAIL	
	ZOLMITRIPTAN NASAL SPRAY	
	ZOMIG	

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)	GLOPERBA	colchicine probenecid-colchicine
	GRALISE	gabapentin
	IMITREX CARTRIDGE IMITREX PEN INJECTOR	dihydroergotamine sumatriptan
	IMITREX TABLET	dihydroergotamine eletriptan rizatriptan sumatriptan tablets
	INFLIXIMAB*	AVSOLA* INFLECTRA*
	KETOROLAC 15.75MG NASAL SPRAY SPRIX	ketorolac tablet
	KINERET*	ACTEMRA* ENBREL* HUMIRA* XELJANZ/XR*
	levorphanol	codeine with acetaminophen hydrocodone with acetaminophen HYSINGLA ER oxycodone with acetaminophen tramadol XTAMPZA ER
	LIDODERM	lidocaine 5% patch
	LORZONE	chlorzoxazone 500mg cyclobenzaprine tablet
	NORGESIC FORTE orphenadrine-aspirin-caffeine ORPHENGESIC FORTE	chlorzoxazone 500mg tablet metaxalone methocarbamol orphenadrine ER
	OXYCONTIN	HYSINGLA ER MORPHABOND ER XTAMPZA ER
	OZOBAX	baclofen tablet
	PROLATE SOLUTION	oxycodone-acetaminophen tablet
	QDOLO	tramadol 50mg tablet
	QULIPTA	NURTEC ODT
	REMICADE*	AVSOLA* INFLECTRA*
	REYVOW	generic triptans (e.g. sumatriptan; naratriptan) NURTEC ODT UBRELVY
	ROXICODONE	oxycodone
	SIMPONI* 50MG/0.5ML	ACTEMRA* ENBREL* HUMIRA* STELARA* TALTZ* XELJANZ/XR*

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)	SORIATANE	acitretin
	SUBSYS	fentanyl lozenge or buccal tablet
	tizanidine 2 mg, 4 mg, 6 mg capsule	tizanidine 2mg, 4mg tablet
	TOSYMRA	sumatriptan
	tramadol 100mg	tramadol
	TREXIMET	sumatriptan-naproxen
	vtol lq	butalbital-acetaminophen-caffeine capsule or tablets phrenilin forte
	ZEMBRACE SYMTOUCH	dihydroergotamine sumatriptan
	ZOMIG ZMT	zolmitriptan odt
ENFERMEDAD DE PARKINSON	DHIVY	carbidopa/levodopa
	GOCOVRI	amantadine
	LODOSYN	carbidopa
	ONGENTYS	entacapone
	ZELAPAR	selegiline tablets or capsules
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	ABILIFY ABILIFY MYCITE	aripiprazole paliperidone er risperidone
	CAPLYTA LYBALVI	aripiprazole olanzapine paliperidone er quetiapine quetiapine er risperidone ziprasidone
	GEODON CAPSULE	aripiprazole paliperidone er ziprasidone
	VERSACLOZ	clozapine clozapine odt
	ZYPREXA	aripiprazole olanzapine tablets paliperidone er
	ZYPREXA ZYDIS	aripiprazole olanzapine olanzapine odt
	ELEPSIA XR KEPPRA XR	levetiracetam er
	EPRONTIA	topiramate sprinkle capsule, tablet
TRASTORNOS CONVULSIVOS	FELBATOL	felbamate
	KEPPRA SOLUTION, TABLET	levetiracetam
	LAMICTAL	lamotrigine
	LAMICTAL TAB KIT (BLUE, GREEN, ORANGE)	lamotrigine starter kit (blue, green, orange)

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)	LAMICTAL ODT	lamotrigine odt
	LAMICTAL ODT KIT (BLUE, GREEN, ORANGE)	lamotrigine odt starter kit (blue, green orange)
	LAMICTAL XR LAMICTAL XR KIT (BLUE, GREEN, ORANGE)	lamotrigine er
	LYRICA LYRICA CR pregabalin er	duloxetine gabapentin lidocaine 5% topical patch pregabalin
	MYSOLINE	primidone
	QUDEXY XR TROKENDI XR	topiramate er
	SABRIL*	vigabatrin*
	SYMPAZAN	clobazam
	TOPAMAX	topiramate
	TRILEPTAL	oxcarbazepine
	ZONEGRAN	zonisamide
CONDICIONES CUTÁNEAS	ABSORICA ABSORICA LD	CLARAVIS isotretinoin MYORISAN ZENATANE
	ACANYA ACZONE AKLIEF AKTIPAK ALTRENO AMZEEQ ARAZLO ATRALIN AVITA AZELEX DIFFERIN	Use generic products (e.g. adapalene; tretinoin; clindamycin-benzoyl peroxide)
	EPIDUO FORTE FABIOR ONEXTON RETIN-A RETIN-A MICRO RETIN-A MICRO PUMP tazarotene 0.1% foam TAZORAC TRETIN-X VELTIN WINLEVI ZIANA	Use generic products (e.g. adapalene; tretinoin; clindamycin-benzoyl peroxide)
	acyclovir cream, ointment DENA VIR ZOVIRAX	acyclovir tablet famciclovir tablet valacyclovir tablet
	adapalene swab	adapalene 0.1% cream adapalene 0.1% lotion adapalene 0.3% gel tazarotene 0.1% cream tretinoin cream, gel, micro gel

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	ALDARA imiquimod 3.75% ZYCLARA	imiquimod 5% cream
	ANUSOL-HC 2.5% CREAM	hydrocortisone 2.5% rectal cream
	APEXICON E CORDRAN 4 MCG/SQ CM TAPE LARGE diflorasone PSORCON	betamethasone cream, ointment clobetasol halobetasol cream, ointment
	BENZACLIN NEUAC 1.2-5% KIT	clindamycin-benzoyl peroxide
	calcipotriene foam	calcipotriene cream, ointment, solution calcitriol ointment tazarotene cream
	CARAC	fluorouracil 0.5% cream
	CLINDAGEL	clindamycin gel clindamycin topical solution
	CLINDAMYCIN 1% GEL	clindamycin 1% gel (generic Cleocin T) dapsone 5% gel erythromycin 2% gel
	CLOBEX	clobetasol lotion, shampoo, spray
	CONDYLOX VEREGEN	imiquimod 5% cream packet podofilox 0.5% topical solution
	CORDRAN CREAM, LOTION, OINTMENT	betamethasone fluocinolone fluticasone
	CUTIVATE	betamethasone lotion fluticasone topical lotion triamcinolone lotion
	diclofenac 3% gel KLISYRI	FLUOROPLEX fluorouracil imiquimod 5% cream
	DOVONEX	calcipotriene cream
	doxepin 5% cream PRUDOXIN ZONALON	generic topical steroid (e.g. betamethasone) topical tacrolimus
	DUOBRII	halobetasol plus tazarotene cream
	ENSTILAR TACLONEX	calcipotriene cream, ointment, solution calcipotriene-betamethasone ointment tazarotene cream topical betamethasone
	ERTACZO	ketoconazole cream
	EXELDERM oxiconazole OXISTAT SULCONAZOLE	econazole cream ketoconazole cream naftifine cream

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	EXTINA	ketoconazole cream ketoconazole foam
	FINACEA METROCREAM METROGEL SOOLANTRA ZILXI	azelaic acid topical metronidazole
	flurandrenolide hydrocortisone 1% lotion	betamethasone fluocinolone fluticasone
	halobetasol foam LEXETTE	augmented betamethasone dipropionate betamethasone dipropionate cream, ointment clobetasol fluocinonide 0.1% cream halobetasol cream, ointment
	HALOG SOLUTION	clobetasol cream, ointment halobetasol cream, ointment
	IMPEKLO	betamethasone dipropionate cream, ointment clobetasol fluocinonide 0.1% cream halobetasol cream, ointment
	IMPOYZ	clobetasol cream, ointment betamethasone dipropionate cream, ointment halobetasol cream, ointment
	JUBLIA KERYDIN tavaborole	ciclopirox topical solution itraconazole capsules terbinafine tablets
	KENALOG 0.147MG/GM SPRAY triamcinolone ointment triamcinolone spray	desoximetasone 0.05% cream, ointment fluocinolone 0.025% ointment flurandrenolide 0.05% ointment hydrocortisone 0.2% ointment mometasone 0.1% cream
	LOCOID	betamethasone lotion fluocinolone cream fluticasone cream hydrocortisone ointment prednicarbate ointment triamcinolone cream
	LOCOID LIPOCREAM nolix PANDEL	betamethasone cream fluocinolone cream fluticasone cream
	LOPROX 0.77% CREAM 1% SHAMPOO	ciclopirox cream, shampoo
	LUZU	econazole cream ketoconazole cream luliconazole
	NORITATE	azelaic acid metronidazole cream metronidazole gel
	OLUX OLUX-E	betamethasone dipropionate cream, ointment clobetasol cream, foam, ointment halobetasol cream, ointment

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	OPZELURA	EUCRISA pimecrolimus tacrolimus ointment
	QBREXZA	DRYSOL
	SERNIVO	betamethasone
	SORILUX	calcipotriene cream, ointment, solution calcitriol ointment tazarotene cream
	TRIANEX	triamcinolone cream
	TRIDESILON	alclometasone desonide triamcinolone
	ULTRAVATE LOTION ULTRAVATE X	betamethasone ointment clobetasol cream, lotion, ointment halobetasol cream, ointment
	VANOS	clobetasol cream fluocinonide 0.1% cream halobetasol cream
	VECTICAL	calcitriol ointment calcipotriene ointment tazarotene cream
	VERDESO	desonide cream desonide ointment
	WYNZORA	betamethasone calcipotriene calcipotriene-betamethasone fluocinolone fluticasone mometasone triamcinolone cream
	XERESE	acyclovir tablet famciclovir tablet plus hydrocortisone prescription cream valacyclovir tablet
	XOLEGEL	ciclopirox 0.77% gel ciclopirox 1% shampoo ketoconazole 2% cream ketoconazole 2% foam selenium sulfide 2.5% lotion sodium sulfacetamide 10% shampoo
TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	AMBIEN	zolpidem
	AMBIEN CR	zolpidem er
	ATIVAN TABLET	lorazepam
	BELSOMRA	DAYVIGO
	EDLUAR	zolpidem or zolpidem er
	NUVIGIL	armodafinil
	PROVIGIL	modafinil
	RESTORIL	temazepam

^{^^} Este medicamento no está cubierto en esta Lista de medicamentos. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando una receta de un medicamento que no está cubierto, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO** (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	ZOLPIMIST	doxepin eszopiclone zaleplon zolpidem zolpidem ER
ABUSO DE SUSTANCIAS	EVZIO	naloxone auto-injector NARCAN
	AZASAN* azathioprine 75 mg, 100 mg tablet*	azathioprine 50mg tablet*
MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	LUPKYNIS*	BENLYSTA* tacrolimus*
CONDICIONES URINARIAS	DETROL	darifenacin er oxybutynin tolterodine
	DETROL LA	darifenacin er oxybutynin er tolterodine er
	DITROPAN XL	oxybutynin er
	GELNIQUE MYRBETRIQ OXYTROL TOVIAZ VESICARE LS	darifenacin er oxybutynin er tolterodine er trospium er
	GEMTESA	darifenacin er oxybutynin oxybutynin er solifenacin tolterodine tolterodine er trospium
	PROCYSBI*	CYSTAGON*
	THIOLA* THIOLA EC*	tiopronin*
	VESICARE	darifenacin er oxybutynin er solifenacin tolterodine er trospium er

Preguntas frecuentes

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

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

R. Cigna revisa y actualiza periódicamente la Lista de medicamentos con receta. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Estos cambios pueden incluir:^{3,4}

- **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. Intentamos ofrecerle muchas opciones entre las que elegir para tratar su condición médica.

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

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

Es posible que su plan también excluya determinados medicamentos o productos de la cobertura. Esto se conoce como una “exclusión del plan (o de beneficios)”. Por ejemplo, su plan no incluye:

- Medicamentos con receta que se usan para tratar la pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec y cualquier genérico) y las alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y cualquier genérico). Estos medicamentos están disponibles sin una receta médica.
- Medicamentos que se usan para tratar condiciones relacionadas con el estilo de vida, como medicamentos para la infertilidad, para la disfunción eréctil o para dejar de fumar.⁶
- Medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

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

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

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

R. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos. Si su medicamento tiene la leyenda **(PA)** o **(ST)** al

Preguntas frecuentes (cont.)

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

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

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

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

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

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

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

Cigna revisará la información que proporcione su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con las pautas de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. Si usted cumple con las pautas, se aprobará la cobertura de su medicamento. También puede iniciar sesión en **myCigna.com** o en la aplicación **myCigna** para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Del lado izquierdo de la página, abajo de *Prior Authorization* (Autorización previa), haga clic en el botón *View List* (Ver lista).

Si no cumple con las pautas, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna con los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

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

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

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

R. Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.⁷

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

R. Es posible que pueda ahorrar dinero si se pasa a un medicamento que está en un nivel inferior (por ejemplo, un medicamento genérico o de marca preferida) o si le despachan un suministro para 90 días, si su plan lo permite. Debería consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

P. ¿Los genéricos actúan de la misma manera que los medicamentos de marca?

R. Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.⁸ Los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos, y la misma concentración, formulación, eficacia, calidad y seguridad.

P. ¿Cuáles son las diferencias entre los medicamentos genéricos y los de marca?

R. Puede que los medicamentos tengan un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color diferente a los medicamentos de marca. También es posible que difieran en su sabor, los conservantes que contienen, su envase y/o el etiquetado, y su fecha de vencimiento. Los medicamentos genéricos pueden tener un aspecto distinto al de los de marca, pero son igual de seguros y eficaces.

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos.⁸ El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos que los de marca no significa que sean medicamentos 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 recibir la cobertura dentro de la red que ofrece su plan, tendrá que pasarse a una farmacia de la red de su plan. Si su plan ofrece cobertura fuera de la red, usted pagará los costos de los servicios fuera de la red para que le despachen un medicamento allí.

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.⁹

Entrega a domicilio con Express Scripts® Pharmacy

Express Scripts® Pharmacy, nuestra farmacia de entrega a domicilio, es una opción conveniente cuando está tomando un medicamento en forma regular para tratar una condición médica permanente. Es sencilla y segura, y le permite ir menos veces a la farmacia. Para obtener más información, visite **Cigna.com/homedelivery**.

- › Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- › El envío estándar no tiene costo adicional¹⁰
- › Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- › Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez
- › Reciba la ayuda de amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- › Opciones de pago flexibles

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

1. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego simplemente haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). 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, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Accredo®, una farmacia de especialidad de Cigna

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. Ellos le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad a su hogar (o al lugar que usted elija).¹¹ También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional. Para obtener más información, visite **Cigna.com/specialty**.

- › Es muy fácil administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- › Envío rápido, sin costo adicional¹⁰
- › Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos
- › Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad
- › Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- › Ayuda para aplicar a programas externos de asistencia para copagos y otras opciones

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Asegúrese de llamar a Accredo alrededor de dos semanas antes de su próxima renovación para que tengan tiempo de obtener una nueva receta del consultorio de su médico.

P. ¿Dónde puedo obtener más información sobre mis beneficios de farmacia?

R. Puede usar las herramientas y recursos en línea que encontrará en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para comprender mejor su cobertura de farmacia. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos, ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico y ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura. También puede administrar sus pedidos de medicamentos con receta para entrega a domicilio.

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:¹¹

- medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos;
- medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre;
- medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna lo apruebe;
- dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan;
- medicamentos que no son medicamento necesarios;
- medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular;
- medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA);
- dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos;
- medicamentos usados para la fertilidad¹², la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹² o para mejorar el desempeño atlético;
- cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos;
- agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje;
- reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo;
- medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que opere en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos;
- recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad;
- la cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T;
- más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias;
- productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

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

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



1. La descarga y el uso de la aplicación **myCigna** están sujetos a los términos y las condiciones de la aplicación y las tiendas en línea desde las cuales se descargue. Se aplican los cargos estándares de las compañías de telefonía celular y uso de datos. Las funciones efectivamente disponibles de la aplicación pueden variar según su plan y su perfil de seguridad individual.
2. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en **myCigna.com** (así como tampoco sus padres o tutores).
3. Es posible que las leyes estatales de **Connecticut, Louisiana, New York y Texas** le exijan a su plan que cubra su medicamento en su nivel de beneficios actual hasta que su plan se renueve. Esto significa que si el medicamento que usted está tomando se elimina de la Lista de medicamentos, pasa a un nivel de costo compartido más alto o necesita aprobación de Cigna antes de que su plan lo cubra, estos cambios no pueden comenzar hasta la fecha de renovación de su plan. Para averiguar si estas leyes estatales se aplican a su plan, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
4. Es posible que la legislación estatal de **Illinois** le exija a su plan que cubra sus medicamentos en su nivel de beneficios actual hasta que su plan se renueve. Esto significa que si usted en este momento tiene la aprobación a través de un proceso de revisión para que su plan cubra su medicamento, el/los cambio(s) en la Lista de medicamentos indicado(s) aquí tal vez no le afecte(n) hasta la fecha de renovación de su plan. Si usted en este momento no tiene la aprobación a través de un proceso de revisión de la cobertura, puede seguir recibiendo cobertura en su nivel de beneficios actual si su médico lo solicita. Para averiguar si esta ley estatal se aplica a su plan, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
5. Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de **Delaware**: los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
6. Por lo general, el plan no cubre medicamentos para dejar de fumar, a excepción de lo exigido por ley o por los términos de su plan específico. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan, incluida una lista completa de exclusiones y limitaciones, se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
7. 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.
8. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. <https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers>.
9. No todos los planes ofrecen el servicio de entrega a domicilio y Accredo como opciones de farmacia cubiertas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan.
10. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
11. 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.
12. 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.
13. Es posible que los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como las leyes de seguro del estado de **Delaware**, cubran medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan.

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

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

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. También pueda 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 LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님께서는 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 – يرجى الانتباه: خدمات الترجمة اللغوية متاحة لكم لخدمات Cigna الحاليين. يرجى الاتصال بالرقم المذكور على بطاقتكم الشخصية. (TTY: اتصل بـ 1.800.244.6224 / اتصل بـ 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis àd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki deyè kart 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. Wszelkie 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 (uteni 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 تلفن‌های 711 را شامل می‌گردد).