



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.com^{.2} 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)
	TEKTURNIA
	TEKTURNIA 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

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 NASALES	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 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
AIDS/HIV					
abacavir- lamivudine* (PA) efavirenz- emtricitabine- tenofovir* (QL) emtricitabine- tenofovir disop*+ etravirine* ritonavir* tenofovir* (PA)	BIKTARVY* (QL) DESCOVI*+ (PA) DOVATO* (QL) GENVOYA* (QL) ISENTRESS HD* (PA) ISENTRESS* JULUCA* (QL) PREZISTA* SYMTUZA* (QL) TIVICAY PD* TIVICAY* TRIUMEQ*(QL) TRIUMEQ PD* (QL)	APRETUDE*+ (PA) CABENUVA* (PA) CIMDUO* (PA) COMPLERA* (PA,QL) ODEFSEY* (PA,QL) PIFELTRO* (PA) PREZCOBIX* (PA) STRIBILD* (PA,QL) TEMIXYS* (PA)	bupropion (QL) bupropion sr (QL) bupropion xl 150 mg tablet (QL) bupropion xl 300 mg tablet (QL) buspirone citalopram (QL) clomipramine duloxetine (QL) escitalopram (QL) fluoxetine dr (QL) fluoxetine (QL) fluvoxamine (QL) fluvoxamine er (QL) lorazepam lorazepam intensol mirtazapine paroxetine cr (QL) paroxetine er (QL) paroxetine (QL) sertraline (QL) trazodone venlafaxine (QL) venlafaxine er (QL)		FETZIMA (QL, ST) PAXIL (QL, ST) PAXIL CR (QL, ST) NUPLAZID* (PA) PROZAC (QL, ST) REMERON SPRAVATO* (PA) TRINTELLIX (QL, ST) VIIBRYD (QL, ST) WELLBUTRIN SR (QL, ST) XANAX XANAX XR ZOLOFT (QL, ST)
ALLERGY/NASAL SPRAYS					
azelastine azelastine- fluticasone cromolyn oral concentrate desloratadine^ (QL) epinephrine (QL) fluticasone^ hydroxyzine hcl solution, syrup, tablet hydroxyzine pamoate ipratropium levocetirizine^ mometasone^ (QL) olopatadine promethazine solution, syrup, tablet		EPINEPHRINE PROFESSIONAL GASTROCROM GRASTEK (PA, QL) KARBINAL ER ODACTRA (PA, QL) ORALAIR (PA, QL) PATANASE RAGWITEK (PA, QL) regonol VISTARIL			
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER					
donepezil donepezil odt memantine memantine er (QL) pyridostigmine 60 mg/5 ml, 60 mg pyridostigmine er rivastigmine		ARICEPT EXELON MESTINON NAMENDA NAMENDA XR (QL) NAMZARIC (QL)	albuterol albuterol hfa (QL) alyq* (PA) ambrisentan* (PA) budesonide (QL) fluticasone- salmeterol (QL) ipratropium- albuterol montelukast tadalafil* (PA) treprostinil* (PA) wixela inhub (QL) albuterol albuterol hfa (QL) alyq* (PA) ambrisentan* (PA) budesonide (QL) fluticasone- salmeterol (QL) ipratropium- albuterol montelukast tadalafil* (PA)	ADEMPAS* (PA) ANORO ELLIPTA(QL) ATROVENT HFA (QL) BREZTRI AEROSPHERE (QL) DULERA (QL) FASENRA* (PA) FLOVENT DISKUS (QL) FLOVENT HFA (QL) INCRUSE ELLIPTA NUCALA* (PA) OFEV* (PA) OPSUMIT* (PA) QVAR REDIHALER SEREVENT DISKUS (QL) SPIRIVA (QL) SPIRIVA RESPIMAT (QL) STIOLTO RESPIMAT (QL) SYMBICORT (QL)	ADCIRCA* (PA) AIRDUO DIGIHALER (ST,QL) ARALAST NP* (PA) BRONCHITOL* (PA) COMBIVENT RESPIMAT (QL) DALIRESP (QL) GLASSIA* (PA) KALYDECO* (PA,QL) LETAIRIS* (PA) LONHALA MAGNAIR (PA,QL) ORENITRAM ER* (PA) ORKAMBI* (PA, QL) PROLASTIN C* (PA) PULMICORT RESPULE (QL) PULMOZYME* (PA) REVATIO 10 MG/ML, 20 MG* (PA) SINGULAIR TEZSPIRE* (PA)
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR⁵					
alprazolam alprazolam er alprazolam intensol alprazolam odt alprazolam xr amitriptyline		CELEXA (QL, ST) DESVENLAFAXINE ER (QL, ST) EFFEXOR XR (QL, ST) EMSAM (QL)			

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)			MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN			
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)	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) CORGARD (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)	
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD⁵			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)			
amphetamine (PA) atomoxetine (QL) dexmethylp- henidate (PA,QL) dexmethylp- 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) procenutra (PA, (QL))						
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS			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) PROCRT* (PA) RETACRIT* (PA) ZARXIO* (PA) ZIEXTENZO* (PA)			

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		

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

CÁNCER (cont.)

XTANDI* (PA)	LUMAKRAS* (PA, QL)
ZIRABEV* (PA)	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)

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)
--	--	---

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 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)					PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)	
AFIRMELLE+ ALTAVERA+ ALYACEN+ AMETHIA+ AMETHYST+ APRI+ ARANELLE+ ASHLYNA+ AUBRA+ AUBRA EQ+ AUROVELA FE+ AUROVELA 24 FE+ AVIANE+ AYUNA+ AZURETTE+ BALZIVA+ BLISOVI FE+ BLISOVI 24 FE+ BRIELLYN+ CAMILA+ CAMRESE+ CAMRESE LO+ CAYA CONTOURED+	LO LOESTRIN FE	ANNOVERA BEYAZ CAYA CONTOURED+ ELLA+ FEMCAP+ KYLEENA*+ LAYOLIS FE+ LILETTA*+ LOESTRIN FE MICROGESTIN 24 FE MINASTRIN 24 FE MIRENA*+ NEXPLANON*+ NEXTSTELLIS NUVARING PARAGARD T 380-A*+ SAFYRAL SKYLA*+ TWIRLA+ wide seal diaphragm+ YASMIN 28	YAZ	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 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)					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+					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 hydrocodone- homatropine (PA,QL) promethazine-dm					HYCODAN (PA, QL) TUXARIN ER (PA, QL) TUZISTRA XR (PA, QL)
PRODUCTOS DENTALES					
chlorhexidine DENTA 5000 PLUS DENTAGEL doxycycline hyclate FLUORIDEX DAILY DEFENSE 1.1% ORALONE PERIOGARD SF 1.1% GEL SF 5000 PLUS sodium fluoride sodium fluoride 5000 dry mouth sodium fluoride 5000 plus triamcinolone					CLINPRO 5000 FLORIVA+ FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF PERIDEX PREVENTID 5000 DRY MOUTH

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$			
DIABETES					DIABETES (cont.)			
glimepiride glipizide glipizide er glipizide xl metformin metformin er	BAQSIMI (QL) BASAGLAR (QL) BD INSULIN SYRINGE BD LANCETS BD PEN NEEDLE BYDUREON BCISE (PA,QL) BYETTA (PA,QL) DEXCOM G6 (PA, QL) DROPLET DROPSAFE FARXIGA (QL, ST) FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (PA, QL) FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (PA, QL) GLYXAMBI (QL, ST) HUMULIN R JANUMET (QL, ST) JANUMET XR (QL, ST) JANUVIA (QL, ST) JARDIANCE (QL, ST) HUMALOG (QL) HUMULIN (QL) HUMULIN R (QL) INSULIN LISPRO (QL) INSULIN SYRINGE LEVEMIR (QL) LYUMJEV (QL) MICROLET NEXT LANCING DEVICE MULTI-LANCET NANO 2ND GEN PEN NEEDLE NOVOFINE OMNIPOD DASH PODS (GEN 3/4/5) (PA, QL) ONETOUCH ULTRA TEST STRIP ONETOUCH ULTRAMINI ONETOUCH VERIO FLEX METER ONETOUCH VERIO IQ METER ONETOUCH VERIO METER	ACCU-CHEK SMARTVIEW CTRL SOLUTION ACCUTREND GLUCOSE CONTROL AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE CEQUR CONTOUR METER CONTOUR NEXT TEST STRIP CONTOUR NEXT EZ CONTOUR TEST STRIP CYCLOSET SENSOR KIT FREESTYLE FREEDOM LITE GLUCAGON EMERGENCY KIT (QL) GLUCOCARD INPEN GLUCOCARD SHINE CONNEX METER GLUCOCARD SHINE EXPRESS METER GUARDIAN RT CHARGER GUARDIAN TEST PLUG KORLYM* (PA) MINIMED RESERVOIR PARADIGM POGO AUTOMATIC BLOOD GLUCOSE SYSTEM PRECISION XTRA KETONE-GLUC KIT RIOMET TRUE METRIX	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) TRIARDY 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 acetazolamide er capsule bumetanide tablet chlorthalidone eplerenone furosemide solution, tablet hydrochlorot- hiazide spironolactone torsemide triamterene-hctz	KERENDIA (PA, QL)	ALDACTONE CAROSPIR DIURIL INSPRA JYNARQUE* (PA) LASIX MAXZIDE				
			MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS					
		ciprofloxacin- dexamethasone neomycin- polymyxin b-hydrocortisone ofloxacin			CIPRO HC CIPRODEX CIPRODEX CIPROFLOXACIN- FLUOCINOLONE DERMOTIC OTOVEL			

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
CONDICIONES OCULARES					
bimatoprost (QL) brimonidine brinzolamide ciprofloxacin difluprednate dorzolamide- timolol erythromycin fluorometholone latanoprost loteprednol moxifloxacin eye drops neomycin- polymyxin b-dexamethasone ofloxacin polymyxin b sulfate- trimethoprim prednisolone timolol tobramycin- dexamethasone travoprost	CEQUA COMBIGAN EYSUVIS (QL) SIMBRINZA XIIDRA	ACUVAIL ALPHAGAN P ALREX AZASITE AZOPT BESIVANCE BETIMOL BETOPTICS S BROMSITE COSOPT COSOPT PF CYSTADROPS* (PA, QL) CYSTARAN* (PA, QL) DURYSTA* (PA) DUREZOL FLAREX FML FORTE 0.25% EYE DROPS FML LIQUIFILM 0.1% EYE DROP FML S.O.P. 0.1% OINTMENT 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	alostreron* ANUCORT-HC balsalazide cinacalcet* dicyclomine capsule, solution, tablet esomeprazole (QL) famotidine 40 mg/5 ml suspension GAVILYTE-C+ GAVILYTE-G+ GAVILYTE-N+ GENTLE LAXATIVE TABLET+ glycopyrrolate tablet HEMMOREX-HC hydrocortisone lansoprazole^ (QL) mesalamine mesalamine dr 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	AMITIZA CLENPIQ+ ENTYVIO* (PA) LINZESS NEXIUM DR 25 MG PACKET (QL) NEXIUM DR 2 MG PACKET (QL) NEXIUM DR 5 MG PACKET (QL) PANCREAZE PENTASA SUPREP+ SUTAB+ VIBERZI	APRISO BONJESTA CANASA CARAFATE CHOLBAM* (PA) DICLEGIS GATTEX* (PA) LITHOSTAT MOTOFEN MOVANTIK (PA) OCALIVA* (PA) RAVICTI* (PA) RECTIV RELISTOR (PA) SANCUSO (PA, QL) SFROWASA SUCRAID* (PA) SYMPROIC (PA) TRANSDERM-SCOP URSO URSO FORTE VARUBI (PA, QL) VIOKACE
PRODUCTOS FEMENINOS					
GYNAZOLE 1 miconazole 3 200 mg terconazole					

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
AGENTES HORMONALES			INFECCIONES		
AMABELZ budesonide dr budesonide ec budesonide er (PA, QL) cabergoline (QL) desmopressin* dexamethasone intensol DOTTI (QL) estradiol (once weekly) estradiol 10mcg vaginal insert (QL) estradiol (twice weekly) (QL) estradiol- norethindrone acetat EUTHYROX LEVO-T levothyroxine tablet LEVOXYL liothyronine LYLLANA (QL) medroxyprog- esterone methylpredn- isolone MIMVEY norethindrone NP THYROID prednisone prednisone intensol progesterone tablet testosterone cypionate YUVAFEM	COMBIPATCH DUAVEE ESTRING (QL) ESTROGEL FORTEO* (PA, QL) HUMATROPE* (PA) LUPRON DEPOT* (PA) LUPRON DEPOT- PED* (PA) MYFEMBREE (PA, QL) NORDITROPIN FLEXPRO* (PA) ORIAHNN (PA, QL) ORILISSA (PA, QL) PREMARIN TABLET, VAGINAL CREAM APPLICATOR PREMPHASE PREMPRO SEROSTIM* (PA) SOMATULINE DEPOT*(PA)	ACTHAR GEL* (PA) ACTIVELLA ALORA (QL) ANDRODERM (PA, QL) ANDROGEL (PA, QL) ANGELIQ AYGESTIN BIJUVA CETROTIDE*^ (PA) CLIMARA CLIMARA PRO CORTROPHIN* (PA) CRINONE 4% GEL CYTOMEL DEPO- TESTOSTERONE DIVIGEL ELESTRIN EMFLAZA* (PA) ESTRACE EVAMIST FENSOLVI* (PA) IMVEXXY (QL) INTRAROSA (QL) ISTURISA* (PA, QL) LANREOTIDE* (PA) LUPANETA PACK* (PA) MEDROL MENOSTAR (QL) MINIVELLE (QL) 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)	acyclovir capsule, suspension, tablet albendazole amoxicillin amoxicillin- clavulanate er amoxicillin- clavulanate atovaquone atovaquone- proguanil AVIDOXY azithromycin packet, suspension, tablet cefdinir cefuroxime tablet cephalexin ciprofloxacin clindamycin COREMINO ER QL) dapsose doxycycline monohydrate EMVERM entecavir* (QL) erythromycin erythromycin ethylsuccinate famciclovir fluconazole hydroxychlo- roquine ivermectin levofloxacin solution, tablet metronidazole gel, capsule, tablet minocycline minocycline er tablet (QL) monodoxine nl nitazoxanide nitrofurantoin nitrofurantoin monohydrate- macrocrystal nystatin suspension, tablet	BARACLUDE SOLUTION* EPCLUSIA* (PA, QL) EURAX 10% CREAM FOLLISTIM*^ (PA) HARVONI* (PA, QL) LAGEVRIO(EUA)(QL) LEDIPASVIR- SOFOSBUVIR* (PA,QL) Mavyret* (PA, QL) MOLNUPIRAVIR (QL) PAXLOVID (QL) PEGASYS* (PA) SOFOSBUVIR- VELPATASVIR* (PA,QL) SOVALDI* (PA, QL) TOBI PODHALER* (PA,QL) VEMLIDY* VOSEVI* (PA,QL) XIFAXAN (QL)	AEMCOLO (QL) ALBENZA ALINIA ARIKAYCE* (PA) BACTRIM BACTRIM DS BAXDELA TABLET (PA) CAYSTON* (PA, QL) CIPRO CLEOCIN CLINDESSE CRESEMDA CAPSULE (PA) DARAPRIM* (PA) DIFIDIC (QL) e.e.s. 400 ELIMITE ERYPED 200 ERY-TAB DR EURAX 10% LOTION FLAGYL KITABIS PAK* (PA, QL) MACROBID MACRODANTIN MALARONE (PA) NUVESSA NUZYRA TABLET* (PA, QL) PLAQUENIL SYNAGIS* (PA) XOFLUZA (QL)

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
INFERTILIDAD					
clomiphene ^	GONAL-F*^ (PA)	CRINONE^ ENDOMETRIN^ FOLLISTIM AQ*^ (PA) MAKENA* (PA) MENOPUR*^ (PA) NOVAREL*^ (PA) OVIDREL*^ (PA)	betaine anhydrous* calcitriol capsule, solution^ cyanocobalamin dodex fluoride+ folic acid^+ klor-con 8 klor-con 10 MULTI-VITAMIN	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+ POTASUM 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+ REVELA ROCALTROL TRI-VI-FLOR+
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) DYSPORT* (PA) EVRYSDI* (PA) INGREZZA* (PA) INGREZZA INITIATION PACK* (PA, QL) KETONE CARE TEST STRIP KETONE TEST STRIP KETOSTIX REAGENT NUDEXTA (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)	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+ POTASUM 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+ REVELA ROCALTROL TRI-VI-FLOR+
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) VUMERTY* (PA) ZEPOSIA* (PA)	FIRDAPSE* (PA) MAVENCLAD* (PA) OCREVUS* (PA) PONVORY* (PA) TYSABRI* (PA)	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)
PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS					

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA			ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)		
acetaminophen- codeine (PA) allopurinol tablet baclofen tablet buprenorphine patch (QL) butalbital- acetaminophen- caffeine (QL) buprenorphine (QL) butalbital- acetaminophen- caffeine (QL) carisoprodol celecoxib (QL) colchicine 0.6mg tablet cyclobenzaprine diclofenac 1% gel (QL) diclofenac dr diclofenac ec EC-NAPROXEN ECOTRIN EC 81 MG TABLET+ eletriptan (QL) ENDOCET (PA) febuxostat (QL) GEL-ONE* (PA) GLYDO hydrocodone- acetaminophen (PA) IBU ibuprofen indomethacin indomethacin er ketorolac tromethamine (QL) leflunomide lidocaine 5% ointment (QL) meloxicam tablet metaxalone methocarbamol morphine (PA) morphine er (PA) oxycodone (PA) oxycodone er (PA) oxycodone- acetaminophen (PA)	ACTEMRA* (PA) AIMOVIG (PA) AOVY (PA) AVSOLA* (PA) BELBUCA (QL) CIMZIA* (PA, QL) DUPIXENT* (PA) DUROLANE* EMGALITY (PA) ENBREL* (PA, QL) EUFLEXXA* (PA) HUMIRA* (PA, QL) HYISINGLA ER (PA) INFLECTRA* (PA) MITIGARE NURTEC ODT (PA, QL) OTEZLA* (PA, QL) QULIPTA (PA, QL) RASUVO (PA) REDITREX (PA) RINVOQ* (PA, QL) SIMPONI 100MG* (PA, QL) SIMPONI ARIA* (PA) SKYRIZI* (PA, QL) STELARA* (PA) TALTZ* (PA, QL) TREMFYA* (PA, QL) TRUDHESA (PA, QL) UBRELVY (PA, QL) XELJANZ XR* (PA, QL) XELJANZ* (PA, QL) XTAMPZA ER (PA) ZTLIDO	ARAVA ARCALYST* (PA) BENLYSTA* (PA) BUPRENEX BUTRANS (QL) CELEBREX (QL, ST) COLCRYS DEPEN* (PA, QL) DUROLANE* (PA) EC-NAPROSYN (ST) ESGIC (QL) EUFLEXXA* (PA) FEXMID FIORICET (QL) GABLOFEN GELSYN-3 (PA) HYALGAN* (PA) HYMOVIS* (PA) ILARIS* (PA) ILUMYA* (PA, QL) KEVZARA* (PA, QL) MONOVISC* (PA) NAPROSYN (ST) NUCYNTA (PA) NUCYNTA ER (PA) OLUMIANT* (PA, QL) ORENCIA* (PA) ORTHOVISC* (PA) OTREXUP (PA) OXAYDO (PA) PERCOCET (PA) PROTOFOAM-HC RENFLEXIS* (PA) ROXYBOND (PA) SAVELLA SILIQ* (PA, QL) SKELAXIN SYNVISC* (PA) SYNVISC-ONE* (PA) TRILURON* (PA) ULORIC (QL) ULTRAM 50 MG TABLET (QL) XIAFLEX* (PA) ZANAFLEX ZEBUTAL (QL) ZOHYDRO ER (PA) ZYLOPRIM	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			ENFERMEDAD DE PARKINSON		
			benztropine tablet carbidopa- levodopa carbidopa- levodopa er pramipexole pramipexole er (QL) rasagiline (QL) ropinirole er ropinirole	KYNMOBI (PA)	AZILECT (QL) DUOPA* INBRIJA* (PA) MIRAPEX ER (QL) NEUPRO NOURIANZ* (PA, QL) OSMOLEX ER (QL) RYTARY SINEMET 10-100 SINEMET 25-100 TASMAR XADAGO (ST)
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS⁵			ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS⁵		
			ariprazole (QL) ariprazole odt asenapine chlorpromazine tablet olanzapine tablet olanzapine odt paliperidone er (QL) quetiapine quetiapine er risperidone risperidone odt ziprasidone tablet	ABILIFY MAINTENA (QL) LATUDA (QL)	ARISTADA (QL) FANAPT (QL, ST) INVEGA HAFYERA (QL, ST) INVEGA SUSTENNA (QL, ST) INVEGA TRINZA (QL, ST) PERSERIS (QL) REXULTI (QL, ST) RISPERDAL CONSTA (ST) SAPHRIS (ST) SECUADO (ST) SEROQUEL (ST) SEROQUEL XR (ST) VRAYLAR (QL, ST)
TRASTORNOS CONVULSIVOS			TRASTORNOS CONVULSIVOS		
			carbamazepine carbamazepine er clonazepam divalproex divalproex er	DILANTIN 30 MG CAPSULE (PA) FYCOMPA (PA, QL) NAYZILAM (PA, QL) VIMPAT 10MG/ML SOLUTION	APTOIM (PA, QL) BANZEL (PA, QL) BRIVIACT ORAL SOLUTION, TABLET (PA)

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)					
EPITOL gabapentin lamotrigine lamotrigine (blue) lamotrigine (green) lamotrigine (orange) lamotrigine er lamotrigine odt lamotrigine odt (blue) lamotrigine odt (green) lamotrigine odt (orange) levetiracetam solution, tablet levetiracetam er oxcarbazepine pregabalin capsule, solution ROWEEPRA rufinamide (PA, QL) SUBVENITE SUBVENITE (BLUE) SUBVENITE (GREEN) SUBVENITE (ORANGE) topiramate topiramate er vigabatrin* vigadron*		CARBATROL (PA) DEPAKOTE (PA) DEPAKOTE ER (PA) DEPAKOTE SPRINKLE (PA) DIASTAT (PA) DILANTIN 100 MG CAPSULE (PA) DILANTIN 50 MG INFATAB (PA) EPIDIOLEX* (PA) FINTEPLA* (PA) KLOONOPIN (PA) LYRICA ORAL SOLUTION (PA) NEURONTIN (PA) OXTELLAR XR (PA) PHENYTEK (PA) SPRITAM (PA) TEGRETOL (PA) TEGRETOL XR (PA) VALTOCO (PA, QL) VIMPAT 200MG/ML VIAL) XCOPRI (PA, QL)	clindamycin-tretinoin clobetasol CLODAN clotrimazole-betamethasone dapsona gel fluocinonide fluorouracil cream, topical solution isotretinoin ketoconazole KETODAN metronidazole MYORISAN NEUAC GEL pimecrolimus ROSADAN sodium sulfacetamide-sulfur SSS 10-5 SULFACEANSE 8-4 tacrolimus ointment tazarotene 0.1% cream tretinoin (PA) TRIDERM ZENATANE	PICATO PRAMOSONE PROTOPIC REGRANEX (PA,QL) SANTYL (QL) TEMOVATE (ST) VALCHLOR* XEPI	
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)					
ACCUTANE adapalene (PA) adapalene-benzoyl peroxide AMNESTEEM AVAR CLEANSER azelaic acid BP 10-1 CLARAVIS CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET CLINDACIN P 1% PLEDGETS clindamycin 1% foam, gel, lotion, pledget, solution clindamycin-benzoyl peroxide	DBRY* CIBINQO* (PA,QL) EUCRISA (ST) TARGRETIN*	ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION AVAR 9.5-5% CLEANSING PADS BRYHALI (ST) calcipotriene foam CAPEX SHAMPOO (ST) CLEOCINT CLINDACIN ETZ KIT CLINDACIN PAC KIT CLODERM (ST) DRYSL EFUDEX ELIDEL EVOCLIN NAFTIN OPZELURA (PA)	doxepin (QL) eszopiclone modafinil (PA) zolpidem zolpidem er (QL)	DAYVIGO (QL, ST) SUNOSI (PA, QL)	HETLIOZ* (PA) HETLIOZ LO* (PA) LUNESTA (ST) SILENOR (QL, ST) WAKIX* (PA, QL) XYREM* (PA,QL) XYWAV* (PA,QL)
CONDICIONES CUTÁNEAS					
TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES					
ABUSO DE SUSTANCIAS					
MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE					
everolimus 0.25 mg tablet* everolimus 0.5 mg tablet* mycophenolate mofetil*	PROGRAF 5 MG/ML AMPULE*	ASTAGRAF XL* CELLCEPT ORAL SUSPENSION, TABLET* ENVARSUS XR* MYFORTIC*			

Lista de medicamentos con receta Advantage de 3 niveles de Cigna

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE (cont.)					VACUNAS
mycophenolic acid* sirolimus* tacrolimus capsule*		NEORAL* PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET* PROGRAF 0.5 MG CAPSULE* PROGRAF 1 MG CAPSULE* PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET* PROGRAF 5 MG CAPSULE* RAPAMUNE* REZUROCK* (PA) ZORTRESS*		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.	
CONDICIONES URINARIAS					FLUCELVAX QUAD 2021-2022+ FLULALVAL QUAD 2021-2022+ FLULALVAL QUAD 2021-2022+ FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2021-22+ FLUZONE QUAD 2021-2022+ GARDASIL 9+ HEPLISAV-B+ HIBERIX+ INFANRIX DTAP+ IPOL+ ANSEN 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)+
alfuzosin er cevimeline dutasteride finasteride oxybutynin oxybutynin er phenazopyridine potassium er silodosin (QL) solifenacin (QL) tamsulosin tolterodine tolterodine er (QL)	CYSTAGON*	AVODART ELMIRON EVOXAC FLOMAX K-PHOS ORIGINAL PROSCAR PYRIDIUM RAPAFLO (QL) UROCIT-K UROXATRAL			
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.
ENGERIX-B ADULT+ ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT+		AFLURIA QUAD 2021-22 (6-35MO)+ BEXSERO+ BOOSTRIX TDAP+ COMIRNATY+ DAPTACEL DTAP+ DENGVAXIA+ DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED+ FLUAD QUAD 2021-2022+ FLUARIX QUAD 2021-2022+ FLUBLOK QUAD 2021-2022+			

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+
PREHEVBRIA+
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 ^{^^} <i>(Sin cobertura)</i>	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
SIDA/VIH	ATRIPLA* COMBIVIR* EMTRIVA* EPIVIR* EPZICOM* INTELENCE 100MG, 200MG TABLET* KALETRA* LEXIVA 700MG TABLET* NORVIR 100MG TABLET* RETROVIR CAPSULE, SYRUP* REYATAZ CAPSULE* SUSTIVA* SYMFI* SYMFI LO* TRIZIVIR* TRUVADA* VIRAMUNE* VIRAMUNE XR* VIREAD 300MG TABLET* ZIAGEN*	efavirenz-emtricitabine-tenofovir* lamivudine-zidovudine* emtricitabine* lamivudine* abacavir-lamivudine* etravirine* lopinavir-ritonavir* fosamprenavir 700mg tablet* ritonavir 100mg tablet* zidovudine capsule, syrup* atazanavir capsules* efavirenz* efavirenz-lamivudine-tenofovir* abacavir-lamivudine-zidovudine tablet* emtricitabine-tenofovir* nevirapine* nevirapine ER* tenofovir 300mg tablet* abacavir*
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	AUVI-Q EPIPEN EPIPEN JR SYMJEPI carbinoxamine 6mg tablet RYVENT	epinephrine auto-injectors 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 APLENZIN ATIVAN TABLET LOREEV XR	clomipramine bupropion XL 150, 300 mg tablets 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 PARNATE PEXEGA PRISTIQ TOFRANIL WELLBUTRIN XL	nortriptyline capsules tranylcypromine paroxetine paroxetine cr desvenlafaxine succinate er bupropion sr duloxetine escitalopram sertraline venlafaxine er imipramine bupropion xl escitalopram fluoxetine
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	ADVAIR HFA ADVAIR DISKUS AIRDUO RESPICLICK BREO ELLIPTA ALVESCO ARMONAIR DIGIHALER ARNUITY ELLIPTA ASMANEX, ASMANEX HFA PULMICORT FLEXHALER ARCAPTA NEOHALER STRIVERDI RESPIMAT BEVESPI AEROSPHERE DUAKLIR PRESSAIR BROVANA budesonide-formoterol ELIXOPHYLLIN ALBUTEROL HFA levalbuterol hfa PROAIR DIGIHALER PROAIR HFA PROAIR RESPICLICK PROVENTIL HFA VENTOLIN HFA XOPENEX HFA PERFOROMIST TUDORZA PRESSAIR YUPELRI ZYFLO	DULERA fluticasone-salmeterol SYMBICORT WIXELA INHUB FLOVENT DISKUS FLOVENT HFA QVAR SEREVENT DISKUS ANORO ELLIPTA STIOLTO RESPIMAT arformoterol SYMBICORT theophylline er theophylline oral solution Generic PROAIR or PROVENTIL (albuterol hfa) formoterol INCRUSE ELLIPTA SPIRIVA RESPIMAT ANORO ELLIPTA BREZTRI AEROSPHERE INCRUSE ELLIPTA SPIRIVA STIOLTO RESPIMAT TRELEGY ELLIPTA montelukast zaflukast 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 DESOXYN DEXEDRINE EVEKEO ODT methylphenidate er 72mg tablet RELEXXII QELBREE	dexmethylphenidate er dextroamphetamine-amphetamine er methylphenidate er methamphetamine dexmethylphenidate er dextroamphetamine er dextroamphetamine-amphetamine er amphetamine dexmethylphenidate dextroamphetamine methamphetamine methylphenidate methylphenidate er 36mg tablet atomoxetine
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	ACCUPRIL ACCURETIC ALTACE ATACAND ATACAND HCT AVALIDE AVAPRO AZOR BENICAR BENICAR HCT BETAPACE BYSTOLIC CARDIZEM CARDIZEM CD CONJUPRI CONSENSI COZAAR DIOVAN	quinapril quinapril-hctz ramipril candesartan candesartan-hctz irbesartan-hctz irbesartan-hctz amlodipine-olmesartan olmesartan olmesartan-hctz sotalol generic beta blockers (e.g. metoprolol; atenolol) diltiazem diltiazem CD amlodipine felodipine er nicardipine nifedipine amlodipine celecoxib losartan 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 EDARBI EDARBYCLOR EXFORGE EXFORGE HCT FIRAZYR* GONITRO HYZAAR ISORDIL ISORDIL TITRADOSE LANOXIN LOTENSIN LOTENSIN HCT LOTREL MICARDIS MICARDIS HCT MULTAQ	valsartan-hctz generic ARBs (e.g. losartan; valsartan) generic ARBs + HCTZ (e.g. losartan-HCTZ) amlopidine-valsartan amlopidine-valsartan hctz icatibant nitroglycerin sublingual tablet or spray losartan-hctz isosorbide dinitrate digoxin benazepril benazepril-hctz amlodipine-benazepril telmisartan telmisartan-hctz amiodarone disopyramide dofetilide flecainide propafenone quinidine sotalol af lisinopril aliskiren generic ACE inhibitor + HCT (e.g. benazepril-HCT) olmesartan-amlodipine-hctz enalapril-hctz enalapril lisinopril-hctz
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	aspirin-omeprazole YOSPRALA	aspirin or enteric aspirin
CÁNCER	BESREMI* CYCLOPHOSPHAMIDE TABLET* NILANDRON TARCEVA* YONSA* ZYTIGA*	hydroxyurea capsule cyclophosphamide capsule* nilutamide erlotinib abiraterone
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	ANTARA FENOGLIDE ALTOPREV CRESTOR	fenofibrate lovastatin+ atorvastatin+ simvastatin+ rosuvastatin+ 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 JUXTAPID* PRALUENT LESCOL XL LIPITOR NEXLETOL ROSVASTATIN-EZETIMIBE ROSZET niacin 500mg tablet NIACOR PRAVACHOL VYTORIN ZYPITAMAG	generic statins (e.g. atorvastatin; simvastatin) REPATHA fluvastatin er+ atorvastatin+ ezetimibe-simvastatin rosuvastatin+ generic statins (e.g. atorvastatin; simvastatin) ezetimibe-simvastatin niacin er pravastatin+ ezetimibe-simvastatin atorvastatin+ lovastatin+ pravastatin+ rosuvastatin+ simvastatin+
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	BALCOLTRA NATAZIA NEXTSTELLIS SLYND TAYTULLA TWIRLA	generic oral contraceptives
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	benzonatate 150mg TUSSICAPS	benzonatate 100mg, 200mg 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 RIGHTEST GT333 TEST STRIPS ADLYXIN	ONE TOUCH TEST STRIPS (e.g. Ultra; Verio) 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 OSENI	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
	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
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	GOLYTELY+ MOVIPREP+ NULYTELY WITH FLAVOR PACKS+ OSMOPREP+ PLENUVU+	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*
	Ibuprofene	AMITIZA
	MARINOL SYNDROS	dronabinol
	MOTEGRITY 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 OMECLAMOX-PAK PYLERA TALICIA RELTONE ROWASA SENSIPAR* URSODIOL 200 MG, 400 MG CAPSULE ZOFTRAN ZUPLENZ	esomeprazole packets, esomeprazole magnesium lansoprazole-amoxicillin-clarithromycin pak ursodiol mesalamine rectal enema suspension cinacalcet ursodiol 300mg capsule ursodiol tablet ondansetron ondansetron ondansetron odt
AGENTES HORMONALES	ALKINDI SPRINKLE ARMOUR THYROID WP THYROID CORTROSYN DDAVP NOCDURNA DEXABLISS dexamethasone 6, 10, 13 Day 1.5MG tablets DXEVO HIDEX TAPERDEX ZCORT FORTESTA JATENZO NATESTO TESTIM VOGELXO XYOSTED GENOTROPIN* NUTROPIN AQ NUSPIN* OMNITROPE* SAIZEN* SAIZEN-SAIZENPREP* ZOMACTON*	hydrocortisone 5mg tablet np thyroid cosyntropin desmopressin nasal spray or tablets dexamethasone 1.5mg tablet generic topical testosterone HUMATROPE* NORDITROPIN*
	HEMADY LEVOTHYROXINE CAPSULE SYNTHROID TIROSINT TIROSINT-SOL MYCAPSSA* ORTIKOS RAYOS	dexamethasone 5mg tablet Generic SYNTHROID (also called levothyroxine tablet) budesonide capsule 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 LYMPEAK 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
	NOXAFL 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
	VANCOCIN	vancomycin oral solution or capsule
	ZOVIRAX	acyclovir
VARIOS	EXSERVAN*	riluzole* TIGLUTIK*
	HORIZANT	gabapentin
	KUVAN*	sapropterin tablet & powder packet*
	SPRINE*	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* VUMERTY*
	AZESCHEW	Any generic prenatal vitamin
	AZESCO	
	DERMACINRX PRENATRIX	
	DERMACINRX PRENATRYL	
	PNV TABS 20-1	
	PREGEN DHA	
	PREGENNA	
NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	TRINAZ	
	ZALVIT	
	NASCOBAL	cyanocobalamin injection
	ALLZITAL	
	BUPAP	
	butalbital-acetaminophen 25-35mg, 50-300mg tablets	butalbital-acetaminophen 50-325mg tablet
	AMERGE	
	ERGOMAR	
	FROVA 2.5MG TABLET	generic triptans (e.g. sumatriptan; naratriptan)
	MAXALT	
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	MAXALT MLT	
	RELPAX	
	AMRIX	carisoprodol
	cyclobenzaprine er	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 CAMBIA 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 naproxen naproxen sodium cr naproxen sodium er naproxen-esomeprazole mag RELAFEN RELAFEN DS TIVORBEX VIMOVO VIVLODEX ZIPSOR ZORVOLEX	baclofen tablet Generic NSAID (e.g. celecoxib; meloxicam)
	chlorzoxazone 250mg chlorzoxazone 375mg chlorzoxazone 750mg	chlorzoxazone 500mg methocarbamol 500mg
	CONZIP	tramadol tramadol er
	COSENTYX*	ENBREL* HUMIRA* OTEZLA* STELARA* TALTZ*
	CUPRIMINE*	penicillamine* trientine*
	D.H.E.45	dihydroergotamine injection
	diclofenace 1.3% patch diclofenac 1.5% solution diclofenac 35mg capsule FLECTOR LICART PENNSAID VOLTAREN 1% GEL	generic nsaid (e.g. celecoxib; meloxicam) diclofenac 1% gel
	dihydroergotamine 4mg/ml spray IMITREX NASAL SPRAY MIGRANAL ONZETRA XSAIL ZOLMITRIPTAN NASAL SPRAY ZOMIG	sumatriptan nasal spray

^{^^} 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 probencid-colchicine
	GRALISE	gabapentin
	IMITREX CARTRIDGE IMITREX PEN INJECTOR	dihydroergotamine sumatriptan
	IMITREX TABLET	dihydroergotamine eletriptan rizatriptan sumatriptan tablets
	INFILXIMAB*	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 SUBSYS tizanidine 2 mg, 4 mg, 6 mg capsule TOSYMRA tramadol 100mg TREXIMET vtol lq ZEMBRACE SYMTOUCH ZOMIG ZMT	acitretin fentanyl lozenge or buccal tablet tizanidine 2mg, 4mg tablet sumatriptan tramadol sumatriptan-naproxen butalbital-acetaminophen-caffeine capsule or tablets phrenilin forte dihydroergotamine sumatriptan zolmitriptan odt
ENFERMEDAD DE PARKINSON	DHIVY GOCOVRI LODOSYN ONGENTYS ZELAPAR	carbidopa/levodopa amantadine carbidopa entacapone selegiline tablets or capsules
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	ABILIFY ABILIFY MYCITE CAPLYTA LYBALVI GEODON CAPSULE VERSACLOZ ZYPREXA ZYPREXA ZYDIS	aripiprazole paliperidone er risperidone aripiprazole olanzapine paliperidone er quetiapine quetiapine er risperidone ziprasidone aripiprazole paliperidone er ziprasidone clozapine clozapine odt aripiprazole olanzapine tablets paliperidone er aripiprazole olanzapine olanzapine odt
TRASTORNOS CONVULSIVOS	ELEPSIA XR KEPPRA XR EPRONTIA FELBATOL KEPPRA SOLUTION, TABLET LAMICTAL LAMICTAL TAB KIT (BLUE, GREEN, ORANGE)	levetiracetam er topiramate sprinkle capsule, tablet felbamate levetiracetam lamotrigine 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 LAMICTAL ODT KIT (BLUE, GREEN, ORANGE) LAMICTAL XR LAMICTAL XR KIT (BLUE, GREEN, ORANGE) LYRICA LYRICA CR pregabalin er	lamotrigine odt lamotrigine odt starter kit (blue, green orange) lamotrigine er duloxetine gabapentin lidocaine 5% topical patch pregabalin
	MYOSOLINE QUDEXY XR TROKENDI XR	primidone topiramate er
	SABRIL* SYMPAZAN TOPAMAX TRILEPTAL ZONEGRAN	vigabatrin* clobazam topiramate oxcarbazepine zonisamide
CONDICIONES CUTÁNEAS	ABSORICA ABSORICA LD ACANYA ACZONE AKLIEF AKTIPAK ALTRENO AMZEEQ ARAZLO ATRALIN AVITA AZELEX DIFFERIN EPIDUO FORTE FABIOR ONEXTON RETIN-A RETIN-A MICRO RETIN-A MICRO PUMP tazarotene 0.1% foam TAZORAC TRETIN-X VELTIN WINLEVI ZIANA	CLARAVIS isotretinoin MYORISAN ZENATANE Use generic products (e.g. adapalene; tretinoin; clindamycin-benzoyl peroxide) Use generic products (e.g. adapalene; tretinoin; clindamycin-benzoyl peroxide)
	acyclovir cream, ointment DENAVIR ZOVIRAX adapalene swab	acyclovir tablet famciclovir tablet valacyclovir tablet 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	betamethasone cream, ointment
	CORDRAN 4 MCG/SQ CM TAPE LARGE diflorasone PSORCON	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) dapson 5% gel erythromycin 2% gel
	CLOBEX	clobetasol lotion, shampoo, spray
	CONDYLOX VEREGEN	imiquimod 5% cream packet podoflox 0.5% topical solution
	CORDRAN CREAM, LOTION, OINTMENT	betamethason 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	azelaic acid
	METROCREAM	topical metronidazole
	METROGEL	
	SOOLANTRA	
	ZILXI	
	flurandrenolide	betamethasone
	hydrocortisone 1% lotion	fluocinolone fluticasone
	halobetasol foam	augmented betamethasone dipropionate
	LEXETTE	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	ciclopirox topical solution
	KERYDIN	itraconazole capsules
	tavaborole	terbinafine tablets
	KENALOG 0.147MG/GM SPRAY	desoximetasone 0.05% cream, ointment
	triamcinolone ointment	fluocinolone 0.025% ointment
	triamcinolone spray	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	betamethasone cream
	nolix	fluocinolone cream
	PANDEL	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	betamethasone dipropionate cream, ointment
	OLUX-E	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	aclometasone 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
	PROCYSB*	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 (TDHAH)
- 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 **informedenreform.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 médicaamente 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 médicaamente 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 médicaamente 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, otras formatos);
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

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

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

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

Vietnamese - XIN LƯU Ý: Quý vị được cung 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, 인어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주세요. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 디아일 711)번으로 전화해주세요.

Tagalog - PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kawalukuyang customer ng Cigna, bawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumuwag 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).

- يرجى الاشارة إلى خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم لصالح Cigna. يرجى الاتصال بالرقم المدون على ظهر بطلكم الشخصي Arabic
أو اتصل بـ :TTY) 1.800.244.6224

French Creole - ATANSYON: Gen sèvis à di nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rete nimevo ki déyé kat ID ou. Sinon, rete nimevo 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: marca 711).

Polish - UWAGA: w celu skorzystania z dostępnnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1.800.244.6224 (TTY: wybierz 711).

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

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

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

- ترجى خدمات كشك زيني، به صورت زين، به شعار زين، مي زين، يرجى مشتريان قطبي Cigna. لطفاً يا شعب زين، كدز زين، پشت کارت شنلی شعبت زین، پگزید. زن غیر انسورت باشند، 1.800.244.6224، علی پگزید (نعم، زن و زن، شنلی زن، شعب زن، پگزید) Persian (Farsi)