



LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE CIGNA NIVEL 3 (VALUE 3-TIER)

Cobertura desde el 1 de enero de 2023





¿Qué hay adentro?

Sobre 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	37
Exclusiones y limitaciones para la cobertura	41

Consulte la lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 08/01/2022.* Puede consultar en línea para ver la lista actual de medicamentos que cubre su plan.



myCigna®¹ App o myCigna.com®.² Haga clic en la pestaña Find Care & Costs. Luego seleccione Price a Medication y escriba el nombre de su medicamento.

¿Preguntas?

- › **myCigna.com:** Haga clic para hablar, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Este.
- › **Por teléfono:** Llame sin costo al número en su tarjeta de identificación de Cigna. Estamos aquí 24/7/365.

Sobre esta lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos recetados cubiertos con más frecuencia en la Lista de medicamentos recetados de Cigna Value 3-Tier desde el 1 de enero de 2023.^{3,4} Los medicamentos se mencionan por la condición que tratan, luego se mencionan alfabéticamente en los niveles (o los niveles de costo compartido). **La lista de medicamentos se revisa con frecuencia, por lo que no es una lista completa de los medicamentos que cubre su plan.** Además, puede que su plan específico no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o **myCigna.com** o consulte el material de su plan para ver todos los medicamentos que cubre su plan.

Los medicamentos con receta que se usan para tratar acidez/condiciones de ácido estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec y genéricos) no los cubre esta lista de medicamentos. Estos medicamentos se consideran exclusiones del plan (o beneficio). Puede recibir versiones de venta libre (OTC) en la farmacia sin una receta.

Cómo leer esta lista de medicamentos

Use la tabla abajo para ayudarlo a leer esta lista de medicamentos. Esta tabla es solo un ejemplo. Puede que no muestre cómo están cubiertos en realidad estos medicamentos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier.

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	El nivel (nivel de costos compartidos) le da una idea de cuánto podría pagar por un medicamento
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN/CORAZÓN		Los medicamentos se agrupan por la condición que tratan
afeditab CR amlodipine besylate amlodipine besylate-benazepril amlodipine-valsartan amlodipine-valsartan-HCTZ atenolol atenolol-chlorthalidone benazepril benazepril-HCTZ candesartan cilexetil cartia XT carvedilolclonidine digitek digox digoxin diltiazem ER diltiazem CD diltiazem dilt-XR enalapril flecainide acetate hydralazine irbesartan isosorbide mononitrat	BERINERT* (PA) BIDIL BYSTOLIC CINRYZE* (PA) COREG CR COZAAR (ST) DIOVAN (ST) DIOVAN HCT (ST) EDARBI (ST) EDARBYCLOR (ST) EXFORGE EXFORGE HCT FIRAZYR* (PA) HEMANGEOL INDERAL LA INDERAL XL INNOPRAN XL LOTREL MICARDIS (ST) MULTAQ NITRO-DUR NITROLINGUAL NITROMIST NITRONAL NITROSTAT NORTHERA* (PA) NORVASC RANEXA (ST) TEKTURNA TEKTURNA HCT	Los medicamentos se mencionan en orden alfabético en cada columna Los medicamentos de especialidad tienen un asterisco (*) a la par de ellos Los medicamentos de marca están en todas letras mayúsculas Los medicamentos genéricos están en todas letras minúsculas Los medicamentos que tienen más requisitos de cobertura tienen una abreviatura a la par de ellos

Esta tabla es solo una muestra. Puede que no muestre cómo están cubiertos en realidad estos medicamentos en la Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier.

Niveles

Los medicamentos cubiertos se dividen en niveles o niveles de costos compartidos. Generalmente, mientras más alto sea el nivel, más alto será el precio que pagará para surtir la receta.

› Nivel 1: generalmente genéricos	(medicamentos de costo más bajo)	\$
› Nivel 2: marcas generalmente preferidas	(medicamentos de costo medio)	\$\$
› Nivel 3: marcas generalmente no preferidas	(medicamentos de costo más alto)	\$\$\$

Abreviaturas a la par de los medicamentos

En esta lista, los medicamentos que tienen límites o más requisitos de cobertura tienen una abreviatura a la par de ellos.* Esto es lo que significan.

(PA)	Autorización previa: ciertos medicamentos necesitan aprobación de Cigna antes de que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen una (PA) a la par. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico lo pida, y reciba, aprobación de Cigna.
(QL)	Límites de cantidad: algunos medicamentos tienen un límite de cantidad. Esto significa que su plan solo cubrirá hasta una cierta cantidad durante un cierto período de tiempo. Estos medicamentos tienen una (QL) a la par. Su plan solo cubrirá una cantidad más grande si su médico lo pide, y recibe, aprobación de Cigna.
(ST)	Terapia escalonada: ciertos medicamentos de alto costo no se cubren hasta que pruebe una o más alternativas de costo más bajo primero.** Estos medicamentos tienen una (ST) a la par. Tiene muchas opciones cubiertas de la que puede elegir y se usan para tratar la misma condición.
(AGE)	Requisitos de edad: ciertos medicamentos solo se cubrirán si está en un rango específico de edad. Estos medicamentos tienen (AGE) a la par. Si no está en el rango de edad permitido, su plan cubrirá solo el medicamento si su médico pide, y recibe, aprobación de Cigna.

* Puede que estos requisitos de cobertura no se apliquen a su plan específico. Inicie sesión en la aplicación myCigna o myCigna.com o consulte el material de su plan para saber si su plan incluye requisitos de autorización previa, límites de cantidad, terapia escalonada o de edad.

** Si su médico siente que una alternativa no es la correcta para usted, él o ella puede preguntar a Cigna que considere aprobar la cobertura de su medicamento.

Los medicamentos de marca están en todas letras mayúsculas

En esta lista de medicamentos, los medicamentos genéricos están en todas letras minúsculas y los medicamentos de marca están en todas letras mayúsculas.

Los medicamentos de especialidad tienen un asterisco a la par de ellos

Los medicamentos de especialidad se usan para tratar condiciones médicas complejas. Algunos planes pueden limitar la cobertura a un surtido de 30 días o exigirle que use una farmacia de especialidades preferida para recibir la cobertura. En esta lista, los medicamentos de especialidad tienen un asterisco (*) a la par de ellos.

Los medicamentos preventivos sin costos compartidos tienen un signo de más a la par

La reforma de atención médica según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) exige que los planes cubran ciertos medicamentos preventivos y productos al 100%, o sin costos compartidos (\$0), para usted. En esta lista, estos medicamentos preventivos tienen un signo de más (+) a la par.

Puede que algunos planes cubran ciertos medicamentos no cubiertos

Los planes pueden elegir ofrecer cobertura de ciertos medicamentos/productos o clases de medicamentos que generalmente no están cubiertos. En esta lista, estos medicamentos/producto tienen un circunflejo (^) a la par.

Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o **myCigna.com** para consultar si su plan los cubre.

Cómo encontrar su medicamento

Primero, busque su condición médica en la lista alfabética abajo. Luego, vaya a esa página para ver los medicamentos cubiertos disponibles para tratar la condición.

Condición	Página	Condición	Página
Sida/VIH	6	GASTROINTESTINAL/ACIDEZ	12, 13
ALERGIA/AEROSOL NASAL	6	AGENTES HORMONALES	13
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	INFECCIONES	13, 14
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6	INFERTILIDAD	14
ASMA/EPOC/RESPIRATORIO	6, 7	MISCELÁNEOS	14
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	7	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	14
MODIFICADORES DE SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	7	NUTRICIONAL/DIETÉTICO	14, 15
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN/CORAZÓN	7, 8	PRODUCTOS PARA OSTEOPOROSIS	15
ANTICOAGULANTES	8	ANALGÉSICOS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	15
CÁNCER	8	ENFERMEDAD DE PARKINSON	15, 16
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	8	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	16
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	8, 10	TRASTORNOS CONVULSIVOS	16
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/RESFRIADO	10	CONDICIONES DE LA PIEL	16, 17
PRODUCTOS DENTALES	10, 11	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	17
DIABETES	11	DEJAR DE FUMAR	17
DIURÉTICOS	11	ABUSO DE SUSTANCIAS	17
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	11, 12	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	17
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	12	CONDICIONES DE TRACTO URINARIO	17
CONDICIONES DEL OJO	12	VACUNAS	17, 18
PRODUCTOS FEMENINOS	12	CONTROL DE PESO	18

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

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

SIDA/VIH

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

ALERGIA/AEROSOL NASAL

azelastine		GASTROCROM
azelastine-		GRASSTK (PA, QL)
fluticasone		KARBINAL ER
cromolyn oral		ODACTRA (PA, QL)
concentrate		ORALAIR (PA, QL)
desloratadine^ (QL)		PATANASE
fluticasone^		RAGWITEK (PA, QL)
hydroxyzine hcl		VISTARIL
solución, syrup,		
tableta		
hydroxyzine		
pamoate		
ipratropium		
levocetirizine^		
mometasone^ (QL)		
olopatadine		
promethazine		
solución, syrup,		
tableta		

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

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

ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR⁵

alprazolam		CELEXA (QL, ST)
alprazolam er		DESVENLAFAXINE ER
alprazolam intensol		(QL,ST)

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

ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR⁵(continúa)

alprazolam odt		EFFEXOR XR (QL, ST)
alprazolam xr		EMSAM (QL)
amitriptyline		FETZIMA (QL, ST)
bupropion (QL)		NUPLAZID* (PA)
bupropion sr (QL)		PAXIL (QL, ST)
bupropion xl 150 mg		PAXIL CR (QL, ST)
tableta (QL)		PROZAC (QL, ST)
bupropion xl 300 mg		REMERON
tableta (QL)		SPRAVATO* (PA)
buspirone		TRINTELLIX (QL, ST)
citalopram (QL)		WELLBUTRIN SR (QL, ST)
clomipramine		XANAX
duloxetine (QL)		XANAX XR
escitalopram (QL)		ZOLOFT (QL, ST)
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)		

ASMA/EPOC/RESPIRATORIO

albuterol	ADEMPAS* (PA)	ADCIRCA* (PA)
ALBUTEROL HFA	ANORO ELLIPTA	AIRDUO DIGIHALER
(QL)	(QL)	(QL,ST)
ALYQ* (PA)	ATROVENT HFA	BRONCHITOL* (PA)
AMBRISANTAN* (PA)	(QL)	COMBIVENT
budesonide (QL)	BREZTRI	RESPIMAT (QL)
fluticasone-	AEROSPHERE	DALIRESP (QL)
salmeterol (QL)	(QL)	KALYDECO* (PA, QL)
ipratropium-	DULERA (QL)	LETAIRIS* (PA)
albuterol	FASENRA PEN*	LONHALA MAGNAIR
montelukast	(PA)	(PA,QL)
TADALAFIL* (PA)	FLOVENT DISKUS	ORENITRAM ER* (PA)
wixela inhub (QL)	(QL)	ORKAMBI* (PA, QL)
	FLOVENT HFA(QL)	PULMICORT (QL)
	INCRUSE ELLIPTA	PULMOZYME* (PA)
	NUCALA *(PA)	REVATIO 10 MG/ML,
	OFEV* (PA)	20 MG* (PA)
	OPSUMIT* (PA)	SINGULAIR
	QVAR REDHALER	TEZSPIRE* (PA)
		TRIKAFTA* (PA, QL)

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

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

ASMA/EPOC/RESPIRATORIO (continúa)

	SEREVENT DISKUS (QL) SPIRIVA (QL) SPIRIVA RESPIMAT (QL) STIOLTO RESPIMAT (QL) SYMBICORT (QL) TRACLEER 32 MG TABLETA PARA SUSPENSIÓN* (PA) TRELEGY ELLIPTA (QL) UPTRAVI* (PA) XOLAIR* (PA)	
--	--	--

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

MODIFICADORES DE SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS (continúa)

	ELOCTATE*^ (PA) EMPAVELI* (PA) EPOGEN*^ (PA) ESPEROCT*^ (PA) JIVI*^ (PA) KOGENATES FS*^ (PA) KOVALTRY*^ (PA) NEULASTA* (PA) NIVESTYM*^ NOVOEIGHT*^ PROCRI*^ (PA) RETACRI*^ (PA) ZARXIO*^ ZIENTENZO (PA)	HEMLIBRA* (PA) LYSTEDA* NEUPOGEN* (PA) NYVEPRIA* (PA) PPROMACTA* (PA) SIKLOS (PA) TAVALLISSE* (PA) UDENCAYA* (PA)
--	--	--

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN/CORAZÓN

amlodipine amlodipine- benazepril amlodipine olmesartan (QL) amlodipine-valsartan atenolol benazepril bisoprolol bisoprolol-hctz candesartan cartia xt carvedilol CARVEDILOL ER (QL) clonidine diltiazem 12hr er diltiazem 24hr er diltiazem 24hr er (cd) diltiazem 24hr er (la) diltiazem 24hr er (xr) diltiazem DILT-XR DOFETILIDE (QL) droxidopa* enalapril flecainide hydralazine tableta icatibant* (PA) irbesartan labetalol tableta lisinopril lisinopril-hctz losartan	CORLANOR (PA) ENTRESTO (QL)	CALAN SR CARDIZEM LA 120MG (QL) CATAPRES-TTS 1 CATAPRES-TTS 2 CATAPRES-TTS 3 CINRYZE*^ (PA) CORCARD (ST) EPANED HAEGARDA* (PA) HEMANGEOL INDERAL LA (ST) INDERAL XL (ST) 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)
--	--------------------------------	---

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD⁵

amphetamine (PA) atomoxetine (QL) dexamethylp- henidate (PA) dexamethylp- henidate er (PA, QL) dextroamphetamine -amphetamine (PA,QL) dextroamp- hetamine- amphetamine er (PA, QL) guanfacine er (QL) methylphenidate (PA) methylphenidate er (la) (PA, QL) methylphenidate cd (PA, QL) methylphenidate er (cd) (PA, QL) methylphenidate la (PA, QL) procentra (PA,QL)		ADDERALL (PA,QL,ST) DAYTRANA (PA, QL) FOCALIN (PA,QL,ST) INTUNIV (QL) METHYLIN (PA,QL) QUILLIVANT XR (PA, QL) RITALIN (PA,QL,ST) STRATTERA (QL) zenzedi 5 mg, 10 mg tableta (PA,ST,QL)
--	--	---

MODIFICADORES DE SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

aminocaproic acid 0.25 gram/ml, 500 mg, 1,000 mg* tranexamic acid 650 mg*	ADYNOVATE*^ (PA) AFSTYLA*^ (PA) ARANESP*^ (PA) DROXIA	ADVATE*^ (PA) CABLIVI*^ (PA) DOPTLET* (PA) FULPHILA* (PA) GRANIX* (PA)
---	--	--

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

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

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN/CORAZÓN (continúa)

losartan-hctz		VERELAN
matzim la		VERELAN PM
metoprolol succinate		ZIAC (ST)
metoprolol tableta		ZONTIVITY
nadolol		
nebivolol (QL)		
nifedipine		
nifedipine er		
olmesartan (QL)		
olmesartan-amlodipine-hctz		
olmesartan-hctz (QL)		
prazosin		
propranolol tableta		
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 tableta		
verapamil sr		

ANTICOAGULANTES

clopidogrel	BRILINTA	EFFIENT
enoxaparin* (QL)	ELIQUIS (PA)	LOVENOX* (QL)
jantoven	FRAGMIN* (QL)	PLAVIX
prasugrel	XARELTO (PA)	PRADAXA (PA)
warfarin		

CÁNCER

abiraterone* (PA)	ALECENSA*	ALUNBRIG* (PA,QL)
anastrozole+	(PA,QL)	AYVAKIT* (PA, QL)
capecitabine* (PA)	CABOMETYX*	BOSULIF* (PA,QL)
everolimus* (PA,QL)	(PA)	BRAFTOVI* (PA)
exemestane+	CALQUENCE*	BRUKINSA (PA,QL)
imatinib* (QL)	(PA)	COMETRIQ* (PA,QL)
letrozole	ERIVEDGE* (PA)	EXKIVITY* (PA)
methotrexate	ERLEADA* (PA)	ICLUSIG* (PA,QL)
tamoxifen+	IMBRUVICA*	INLYTA* (PA)
temozolomide* (PA)	(PA,QL)	JAKAFI* (PA,QL)
	GLEOSTINE	KISQALI* (PA)
	IBRANCE* (PA,QL)	KISQALI FEMARA
	GLEOSTINE	CO-PACK* (PA)

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

CÁNCER (continúa)

IBRANCE* (PA,QL)	LORBRENA* (PA,QL)
LYNPARZA*	LUMAKRAS* (PA, QL)
(PA,QL)	LENVIMA* (PA)
NUBEQA* (PA)	LONSURF* (PA)
REVLIMID*	MEKINIST* (PA,QL)
(PA,QL)	MEKTOVI* (PA,QL)
RUBRACA*	NERLYNX* (PA)
(PA,QL)	NINLARO* (PA,QL)
SPRYCEL* (PA,QL)	ODOMZO* (PA)
TREXALL	ORGOVYX* (PA)
VERZENIO* (PA)	POMALYST* (PA,QL)
XTANDI* (PA)	ROZLYTREK* (PA)
	STIVARGA* (PA,QL)
	SUTENT* (PA,QL)
	TAFINLAR* (PA,QL)
	TAGRISSO* (PA)
	TALZENNA* (PA,QL)
	TASIGNA* (PA,QL)
	TEMODAR
	CÁPSULA* (PA)
	TUKYSA* (PA)
	VENCLEXTA
	PAQUETE DE
	INICIO* (PA)
	VENCLEXTA* (PA)
	VITRAKVI* (PA)
	VIZIMPRO* (PA)
	XALKORI* (PA,QL)
	XELODA* (PA)
	XOSPATA* (PA)
	ZEJULA* (PA,QL)

MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

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

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS			PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (continúa)		
AFIRMELLE+	LO LOESTRIN	ANNOVERA	ENSKYCE+		
AFTERA+	FENEXPLANON*+	BEYAZ	ERRIN+		
ALTAVERA+		ELLA+	ESTARYLLA+		
ALYACEN+		KYLEENA*+	ethynodiol-ethinyl		
AMETHIA+		LAYOLIS FE+	estradiol+		
AMETHYST+		LILETTA*+	etonogestrel-ethinyl		
APRI+		LOESTRIN FE	estradiol+		
ARANELLE+		MICROGESTIN 24 FE	FALMINA+		
ASHLYNA+		MINASTRIN 24 FE	FEMCAP+		
AUBRA+		MIRENA*+	FEMYNOR+		
AUBRA EQ+		NEXTSTELLIS	GEMMILY+		
AUROVELA+		NUVARING	HAILEY+		
AUROVELA FE+		PARAGARD T 380-	HAILEY FE+		
AUROVELA 24 FE+		A*+	HAILEY 24 FE+		
AVIANE+		SAFYRAL	HEATHER+		
AYUNA+		SKYLA*+	ICLEVIA+		
AZURETTE+		YASMIN 28	INCASSIA+		
BALZIVA+		YAZ	ISIBLOOM+		
BLISOVI FE+			JAIMIESS+		
BLISOVI 24 FE+			JASMIEL+		
BRIELLYN+			JENCYCLA+		
CAMILA+			JOLESSA+		
CAMRESE+			JULEBER+		
CAMRESE LO+			JUNEL+		
CAYA CONTOURED+			JUNEL FE+		
CAZIAN+T			JUNEL FE 24+		
CHARLOTTE 24 FE+			KAITLIB FE+		
CHATEAL+			KALLIGA+		
CHATEAL EQ+			KARIVA+		
CRYSELLE+			KELNOR 1-35+		
CYRED+			KELNOR 1-50+		
CYRED EQ+			KURVELO+		
DASETTA+			LARIN+		
DAYSEE+			LARIN FE+		
DEBLITANE+			LARIN 24 FE+		
desogestrel-ethinyl			LARISSIA+		
estradiol+			LEENA+		
desogestrel-ethinyl			LESSINA+		
estradiol - ethinyl			LEVONEST+		
estradiol+			levonorgestrel-		
DOLISHALE+			ethinyl estradiol+		
drospirenone-			levonorgestrel-		
ethinyl estradiol-			ethinyl estradiol		
levomefolate+			ethinyl estradiol+		
drospirenone-ethinyl			LEVORA+		
estradiol+			LILLOW+		
ELINEST+			LOJAIMIESS+		
ELURYNG+			LORYNA+		
ENPRESSE+			LOW-OGESTREL+		

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (continúa)

LO-ZUMANDIMINE+		
LUTERA+		
LYLEQ+		
LYZA+		
MARLISSA+		
medroxyprogest- erone+		
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+		
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+		

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

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (continúa)

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

MEDICAMENTOS PARA LA TOS/RESFRIADO

bromphen-iramine- pseudoephed -dm		HYCODAN (PA, QL)
promethazine-dm		TUXARIN ER (PA, QL)
		TUZISTRA XR (PA, QL)

PRODUCTOS DENTALES

chlorhexidine		CLINPRO 5000
DENTA 5000 PLUS		FLORIVA+^
DENTAGEL		FLUORIDEX
doxycycline hyclate		SENSITIVITY RELIEF
FLUORIDEX DAILY		PERIDEX
DEFENSE 1.1%		PREVIDENT 5000
ORALONE		DRY MOUTH
PERIOGARD		
SF 1.1% GEL		
SF 5000 PLUS		

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
PRODUCTOS DENTALES (continúa)			DIABETES (continúa)		
sodium fluoride sodium fluoride 5000 boca seca sodium fluoride 5000 plus triamcinolone acetonide			TRUE METRIX SOLUCIÓN DE CONTROL TRUEPLUS AGUJA DE PLUMA TRUEPLUS SYRINGE ULTRA-FINE MICRO AGUJA DE PLUMA JERINGA DE INSULINA VEO	ONETOUCH ULTRA TIRAS REACTIVAS ONETOUCH VERIO TIRAS REACTIVAS OZEMPIC (PA, QL) RYBELSUS (PA, QL) SOLIQUA 100-33 SYMLINPEN SYNJARDY (QL, ST) SYNJARDY XR (QL, ST) TRESIBA (QL) TRIARDY XR (ST, QL) TRULICITY (PA, QL) V-GO 20 V-GO 30 V-GO 40 VICTOZA (PA, QL) XIGDUO XR (QL, ST) XULTOPHY ZEGALOGUE (QL))	
DIABETES			DIURÉTICOS		
ACCU-CHEK LANCETAS ACCU-CHEK SMARTVIEW SOLUCIÓN DE CONTROL ACCUTREND CONTROL DE GLUCOSA AUTOSHIELD DUO AGUJA DE PLUMA BD JERINGA DE INSULINA BD LANCETAS BD AGUJA DE PLUMA SOLUCIÓN CONTORNO MICROGOTA DROPSAFE glimepiride glipizide glipizide er glipizide xl GUARDIAN RT CHARGER GUARDIAN TEST PLUG INPEN JERINGA DE INSULINA JERINGA DE INSULINA U-500 metformin metformin er MICROLET NEXT DISPOSITIVO DE LANCETAS MINIMED RESERVOIR MULTI-LANCET NANO 2ND GEN AGUJA DE PLUMA NOVOFINE PARADIGM TECHLITE	BAQSIMI (QL) BASAGLAR (QL) BYDUREON BCISE (PA, QL) BYETTA (PA, QL) DEXCOM G6 RECEIVER, SENSOR, TRANSMISOR (PA, QL) FARXIGA (QL, ST) FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (PA, QL) FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (PA, QL) FREESTYLE LIBRE LECTOR (PA, QL) GLYXAMBI (QL, ST) HUMALOG (QL) HUMULIN (QL) HUMULIN R INSULIN LISPRO (QL) JANUMET (QL, ST) JANUMET XR (QL, ST) JANUVIA (QL, ST) JARDIANCE (QL, ST) LEVEMIR (QL) LYUMJEV OMNIPOD DASH PODS, INTRO KIT (GEN 3,4,5) (QL)	CEQR CONTOUR NEXT TIRAS REACTIVAS CONTOUR TIRAS REACTIVAS CYCLOSET GLUCAGON EMERGENCY KIT (QL) KORLYM* (PA) PRECISION XTRA KETONE-GLUC KIT RIOMET	acetazolamide tableta acetazolamide er cápsula bumetanide tableta chlorthalidone eplerenone furosemide solución, tableta hydrochloro- thiazide spironolactone torsemide triamterene-hctz	KERENDIA (PA, QL)	TRIAMTERENE-HCTZ CAROSPIR DIURIL JYNARQUE* (PA) LASIX MAXZIDE
			MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS		
			ciprofloxacin- dexamethasone		CIPRODEX CIPROFLOXACIN- FLUOCINOLONE

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

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

MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS (continúa)

neomycin-polymyxin b-hydrocortisone ofloxacin		CIPRO HC CORTISPORIN-TC DERMOTIC OTOVEL
---	--	--

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

sildenafil^ (QL) TADALAFIL^ (QL) vardenafil^ (QL)		CIALIS^ (QL, ST) MUSE^ (PA, QL) STENDRA^ (QL, ST) VIAGRA^ (QL, ST)
---	--	---

CONDICIONES DEL OJO

BIMATOPROST (QL) brimonidine brinzolamide ciprofloxacin difluprednate dorzolamide-timolol erythromycin fluorome-tholone latanoprost loteprednol moxifloxacin gotas para los ojos 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 BETOPTIC S BROMSITE COSOPT COSOPT PF CYSTADROPS* (PA, QL) CYSTARAN* (PA, QL) DUREZOL FLAREX FML FORTE 0.25% GOTAS PARA LOS OJOS FML LIQUIFILM 0.1% GOTAS PARA LOS OJOS FML S.O.P. 0.1% UNGUENTO ILEVRO INVELTYS ISTALOL LASTACRAFT LOTEMAX LOTEMAX SM MAXITROL OCUFLOX OXERVATE* (PA) POLYTRIM PRED FORTE PROLENSA RHOPRESSA ROCKLATAN TIMOPTIC TIMOPTIC OCUDOSE TIMOPTIC-XE
--	--	--

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

CONDICIONES DEL OJO (continúa)

		TOBRADEX TOBRADEX ST VIGAMOX ZERVATE ZIRGAN ZYLET
--	--	--

PRODUCTOS FEMININOS

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

GASTROINTESTINAL/ACIDEZ

alosetron* ANUCORT-HC balsalazide cinacalcet* dicyclomine cápsula, solución, tableta esomeprazole 20 mg cápsula, 40 mg cápsula, paquetes^ (QL) famotidine 40 mg/ 5 ml suspensión GAVILYTE-C+ GAVILYTE-G+ GAVILYTE-N+ GENTLE LAXATIVE TABLETA+ HEMMOREX-HC hydrocortisone lansoprazole^ (QL) mesalamine mesalamine dr mesalamine er metoclopramide solución, tableta metoclopramide odt OMEPRAZOLE^ (QL) ondansetron ondansetron odt pantoprazole ^ (QL) peg 3350- electrolyte+ peg3350-sodium sulfate-sodium chloride-potassium chloride-sodium ascorbate-ascorbic acid+	AMITIZA CLENPIQ+ ENTYVIO*^ (PA) LINZESS NEXIUM DR 2.5 MG PAQUETE (QL) NEXIUM DR 5 MG PAQUETE (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) SALIVAMAX SANCUSO (PA, QL) SFROWASA SUCRAID* (PA) SYMPROIC (PA) TRANSDERM-SCOP URSO URSO FORTE VARUBI (PA, QL) VIOKACE
---	---	--

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

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

GASTROINTESTINAL/ACIDEZ (continúa)

PEG-PREP+
prochlorperazine
tableta
rabeprazole tableta^
(QL)
scopolamine
sucralfate

AGENTES HORMONALES

AMABELZ	CETROTIDE*^	ACTIVELLA
budesonide dr	(PA)	ALORA (QL)
budesonide ec	COMBIPATCH	ANDRODERM (PA,
budesonide er (PA,	DUAVEE	QL)
QL)	ESTRING (QL)	ANDROGEL (PA, QL)
CABERGOLINE (QL)	ESTROGEL	ANGELIQ
desmopressin	FORTEO* (PA, QL)	AYGESTIN
dexamethasone	HUMATROPE*	BIJUVA
intensol	(PA)	BYNFEZIA* (PA)
DOTTI (QL)	LUPRON	CRINONE 4% GEL
LEVOXYL	DEPOT*^ (PA)	CYTOMEL
	LUPRON DEPOT-	DEPO-
	PED*^ (PA)	TESTOSTERONE
	MYFEMBREE (PA,	EMFLAZA* (PA)
	QL)	EVAMIST
	NORDITROPIN	FENSOLVI*^ (PA)
	FLEXPRO* (PA)	INTRAROSA (QL)
	ORIAHNN (PA,	ISTURISA* (PA, QL)
	QL)	LANREOTIDE*^ (PA)
	ORILISSA (PA, QL)	LUPANETA PACK*^
	PREMARIN	(PA)
	TABLETA,	MEDROL
	APLICADOR DE	MENOSTAR (QL)
	CREMA VAGINAL	MYFEMBREE
	PREMPHASE	(QL)
	PREMPRO	OSPHEA (QL)
	SEROSTIM* (PA)	PROMETRIUM
	SOMATULINE	RAYALDEE
	DEPOT*^ (PA)	SANDOSTATIN LAR
	SOMAVERT* (PA)	DEPOT*^ (PA)
		teriparatide* (PA, QL)
		UNITHROID

INFECCIONES

acyclovir cápsula,	BARACLUDE	AEMCOLO (QL)
suspensión, tableta	SOLUCIÓN*	ALINIA
albendazole	EPCLUSA* (PA,	ARIKAYCE* (PA)
amoxicillin	QL)	BACTRIM
amoxicillin-		BACTRIM DS
clavulanate er		

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

INFECCIONES (continúa)

amoxicillin-	EURAX 10%	BAXDELA 450 MG
clavulanate	CREAM	TABLETA (PA)
atovaquone	HARVONI* (PA,	CAYSTON* (PA, QL)
atovaquone-	QL)	CIPRO
proguanil	LAGEVRIO (EUA)	CLEOCIN
AVIDOXY	(QL)	CLINDESSE
azithromycin paquete,	LEDIPASVIR-	CRESEMBA CÁPSULA
suspensión, tabletas	SOFOSBUVIR*	(PA)
cefdinir	(PA,QL)	DARAPRIM* (PA)
cefuroxime tabletas	MAVYRET* (PA,	DIFICID* (PA, QL)
cephalexin	QL)	E.E.S. 400
ciprofloxacin	PAXLOVID (QL)	ELIMITE
clindamycin	PEGASYS* (PA)	ERTAPENEM
COREMINO ER QL)	SOFOSBUVIR-	ERYPED 200
dapsone	VELPATASVIR*	ERY-TAB DR
doxycycline	(PA,QL)	EURAX 10% LOCIÓN
monohydrate	SOVALDI* (PA,	FLAGYL
EMVERM	QL)	GAMUNEX
entecavir* (QL)	TOBI	INVANZ
erythromycin	PODHOLDER	KITABIS PAK* (PA,
erythromycin	(PA,QL)	QL)
ethylsuccinate	VEMLIDY*	MACROBID
famciclovir	VOSEVI* (PA,QL)	MACRODANTIN
fluconazole	XIFAXAN (QL)	MALARONE (PA)
hydroxychlor-		NUVESSA
oquine		NUZYRA 150 MG
ivermectin (PA)		TABLETA* (PA, QL)
levofloxacin solución,		PLAQUENIL (PA)
tableta		POSACONAZOLE
metronidazole gel,		SUSPENSIÓN
cápsula, tableta		PREVYMIS TABLETA*
minocycline		PRIFTIN
minocycline er tableta		SIVEXTRO 200 MG
(QL)		TABLETA(PA)
mondoxynel		SKLICE
nitazoxanide		SOLOSEC
nitrofurantoin		STROMEKTOL (PA)
nitrofurantoin		SULFATRIM
monohydrate-		TAMIFLU (QL)
macrocrystal		URIBEL
nystatin suspensión,		VALTREX
tableta		XENLETA 600MG
oseltamivir (QL)		TABLETA(PA, QL)
penicillin v		XOFLUZA (QL)
potassium		ZEPATIER* (PA,QL)
posaconazole tableta		ZITHROMAX
ribavirin*		ZITHROMAX TRI-PAK
sulfamethoxazole-		ZYVOX
trimethoprim		SUSPENSIÓN,
suspensión, tableta		TABLETA (PA)

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

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

INFECCIONES (continúa)

terbinafine		
tetracycline		
tobramycin ampolla* (PA, QL)		
valacyclovir		
valganciclovir		
vancomycin cápsula, solución		
vandazole		

INFERTILIDAD

clomiphene ^	GONAL-F*^ (PA) NOVAREL*^ (PA) OVIDREL*^ (PA)	CRINONE 8% GEL^ ENDOMETRIN^ FOLLISTIM*^ (PA)
--------------	--	--

MISCELÁNEOS

ACCU-CHEK	ACE AEROSOL	ADDYI^ (PA, QL)
deferiprone 500mg* (PA)	CLOUD	AUSTEDO* (PA)
disulfiram	ENHANCER (QL)	EVRYSDI* (PA)
LANCETAS DE	AEROCHAMBER	INGREZZA
MICROGOTAS	MINI (QL)	INITIATION PACK* (PA, QL)
KETONE TIRA PARA	AEROCHAMBER	INGREZZA* (PA)
PRUEBA	MV (QL)	NUDEXTA (QL)
KETONE TIRA PARA	AEROCHAMBER	ORFADIN* (PA)
PRUEBA	PLUS FLOW-VU (QL)	PALYNZIQ* (PA)
KETOSTIX REAGENTE	AEROCHAMBER	TEGSEDI* (PA)
MICROLET	Z-STAT PLUS (QL)	TIGLUTIK* (PA)
ONETOUCH	AEROTRACH PLUS (QL)	VYLEESI*^ (PA, QL)
LANCETAS	AEROVENT	VYNDAMAX* (PA, QL)
POGO CARTUCHO	PLUS (QL)	
DE PRUEBA	BREATHRITE (QL)	
AUTOMÁTICO	CERDELGA* (PA)	
PRECISION XTRA	CLEVER CHOICE	
sapropterin* (PA)	HOLDING	
sodium chloride	CHAMBER (QL)	
inhalación vial,	COMPACT SPACE	
irrigación solución,	CHAMBER (QL)	
vial	EASIVENT (QL)	
TECHLITE LANCETAS	ESBRIET* (PA)	
TRUEPLUS KETONE	FLEXICHAMBER	
TIRA PARA PRUEBA	(QL)	
	INSPIRACHA-	
	MBER (QL)	
	MICROCHAMBER	
	(QL)	
	MICROSPACER	
	(QL)	

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

MISCELÁNEOS (continúa)

	NITYR* (PA)	
	OPTICHAMBER	
	DIAMOND (QL)	
	POCKET	
	CHAMBER (QL)	
	PRO COMFORT	
	ESPACIADOR CON	
	MÁSCARILLA (QL)	
	PROCARE	
	ESPACIADOR CON	
	MÁSCARILLA	
	PARA NIÑO (QL)	
	RITEFLO (QL)	
	SPACE CHAMBER	
	(QL)	
	SPACE CHAMBER-	
	MASCARILLA	
	MEDIANA (QL)	
	SPACE CHAMBER-	
	MASCARILLA	
	PEQUEÑA (QL)	
	STRENSIQ* (PA)	
	VORTEX (QL)	
	FROG	
	MASCARILLA(QL)	
	VORTEX VHC	
	LADYBUG	
	MASCARILLA (QL)	

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

dalfampridine er* (PA)	AVONEX* (PA)	FIRDAPSE* (PA,QL)
dimethyl fumarate* (PA)	AUBAGIO* (PA)	MAVENCLAD* (PA)
glatiramer* (PA)	BAFIERTAM* (PA)	
glatopa* (PA)	BETASERON* (PA)	
	EXTAVIA* (PA)	
	GILENYA* (PA)	
	KESIMPTA PEN*	
	MAYZENT* (PA)	
	PLEGRIDY* (PA)	
	PONVORY* (PA)	
	REBIF* (PA)	
	VUMERITY* (PA)	
	ZEPOSIA* (PA)	

NUTRICIONAL/DIETÉTICO

betaine anhydrous*	DRISDOL^	ACCRUFER^
calcitriol cápsula,	FLORIVA	AURYXIA (QL)
solución	TABLETA	CITRANATAL 90 DHA
cyanocobalamin	MASTICABLE+	CITRANATAL ASSURE
dodex	LOKELMA	CITRANATAL
fluoride+^	NEEVO DHA^	B-CALM
folic acid^		
klor-con		

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

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

NUTRICIONAL/DIETÉTICO (continúa)

KLOR-CON 8 MEQ TABLETA	OB COMPLETE PREMIER	CITRANATAL BLOOM TABLETA^
KLOR-CON 10 MEQ TABLETA	OB COMPLETE PREMIER	CITRANATAL DHA
potassium chloride 10%, cápsula, paquete, tableta	POLY-VI-FLOR CON HIERRO+	CITRANATAL HARMONY
sevelamer carbonate	POLY-VI-FLOR+	DRISDOL^
vitamin d2 1.25 mg (50,000 unidades)^	PRENATE^	K-TAB ER
VITAMINS A,C,D Y FLUORIDE+	QUFLORA	MEPHYTON^
	PEDIATRIC 1 MG TABLETA	OB COMPLETE^
	MASTICABLE+	PHOSLYRA
	QUFLORA	PRENATE
	PEDIATRIC 0.25 MG/ML	PRIMACARE
	DROP+	REVELA
	QUFLORA	ROCALTROL^
	PEDIATRIC 0.5 MG/ML	
	DROP+	
	TRI-VI-FLOR+	
	VELTASSA	
	VELPHORO	

PRODUCTOS PARA OSTEOPOROSIS

alendronate	FOSAMAX PLUS	ACTONEL (ST)
ibandronate 150 mg tableta	D (ST)	ATELVIA (ST)
	TYMLOS* (PA, QL)	BINOSTO (ST)
raloxifene + risedronate		EVISTA
risedronate dr		FOSAMAX (ST)

ANALGÉSICOS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

ACETAMINOPHEN- CODEINE (PA)	ACTEMRA* (PA, QL)	ARAVA
allopurinol tableta	AIMOVIG (PA)	ARCALYST* (PA)
baclofen tableta	AJOVY (PA)	BENLYSTA* (PA)
buprenorphine parche(QL)	AVSOLA*^ (PA)	BUTRANS (QL)
butalbital-	BELBUCA (QL)	CELEBREX (QL, ST)
acetaminophen-	CIMZIA* (PA, QL)	DEPEN* (PA,QL)
caffeine (QL)	DUPIXENT* (PA)	EC-NAPROSYN (ST)
carisoprodol	EMGALITY (PA)	ESGIC (QL)
CELECOXIB (QL)	ENBREL* (PA, QL)	FEXMID
colchicine 0.6 mg tableta	HYSINGLA ER (PA)	FIORICET (QL)
cyclobenzaprine	HUMIRA* (PA,QL)	ILARIS*^ (PA)
DICLOFENAC 1% GEL (QL)	INFLECTRA*^ (PA)	ILUMYA* (PA, QL)
diclofenac dr	MITIGARE	KEVZARA* (PA, QL)
diclofenac ec	NURTEC ODT (PA, QL)	NAPROSYN (ST)
EC-NAPROXEN	OTEXLA* (PA, QL)	NUCYNTA (PA)
	OTREXUP (PA)	NUCYNTA ER (PA)
		OLUMIANT* (PA, QL)
		ORENCIA* (PA, QL)
		OTREXUP (PA)

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

ANALGÉSICOS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (continúa)

ECOTRIN EC 81 MG TABLETA+	QULIPTA (PA,QL)	OXAYDO (PA)
eletriptan (QL)	RASUVO (PA)	PERCOCET (PA)
ENDOCET (PA)	REDITREX (PA)	PROCTOFOAM-HC
FEBUXOSTAT (QL)	RINVOQ* (PA, QL)	RASUVO (PA)
GLYDO	SIMPONI100MG INYECCIÓN	REMICADE*^ (PA)
hydrocodone-	EN PLUMA,	ROXYBOND (PA)
acetaminophen (PA)	JERINGA* (PA, QL)	SAVELLA
IBU	SIMPONI ARIA* (PA)	SILIQ* (PA, QL)
ibuprofen	SKYRIZI* (PA, QL)	ULTRAM 50 MG TABLETA(QL)
indomethacin	STELARA 45MG, 90MG* (PA, QL)	ZANAFLEX
indomethacin er	TALTZ* (PA, QL)	ZEBUTAL (QL)
ketorolac	TREMFYA* (PA, QL)	ZOHYDRO ER (PA)
tromethamine (QL)	TRUDHESA (PA, QL)	
leflunomide	UBRELVY (PA, QL)	
lidocaine 5% ungüento(QL)	XELJANZ* (PA, QL)	
lidocaine 5% patch	XELJANZ XR* (PA, QL)	
lidocaine viscous	XTAMPZA ER (PA)	
meloxicam tableta	ZTLIDO	
metaxalone		
methocarbamol		
morphine (PA)		
morphine er (PA)		
oxycodone (PA)		
oxycodone er (PA)		
oxycodone-		
acetaminophen (PA)		
penicillamine* (PA,QL)		
PROLATE TABLETA(PA)		
rizatriptan (QL)		
sumatriptan (QL)		
tramadol 50 mg tableta (QL)		
tramadol er (QL)		
VANADOM		

ENFERMEDAD DE PARKINSON

benztropine tableta	KYNMOBI (PA)	AZILECT (QL)
carbidopa-levodopa		DUOPA*
carbidopa-levodopa er		INBRIJA* (PA)
pramipexole		MIRAPEX ER (QL)
PRAMIPEXOLE ER (QL)		NEUPRO
RASAGILINE (QL)		NOURIANZ* (PA, QL)
		OSMOLEX ER (QL)
		RYTARY

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

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

ENFERMEDAD DE PARKINSON (continúa)

ROPINIROLE ER ROPINIROLE		SINEMET 10-100 SINEMET 25-100 TASMAR XADAGO (ST)
-----------------------------	--	---

ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS⁵

ARIPIRAZOLE (QL) aripiprazole odt asenapine chlorpromazine tableta olanzapine tableta olanzapine odt PALIPERIDONE ER (QL) quetiapine quetiapine er risperidone risperidone odt ziprasidone tableta	LATUDA (QL)	FANAPT (QL, ST) INVEGA (QL, ST) REXULTI (QL, ST) RISPERDAL (ST) SAPHRIS (ST) SECUADO (ST) SEROQUEL (ST) SEROQUEL XR (ST) VRAYLAR (QL, ST)
---	-------------	---

TRASTORNOS CONVULSIVOS

carbamazepine carbamazepine er clonazepam divalproex divalproex er EPITOL gabapentin lamotrigine lamotrigine (azul) lamotrigine (verde) lamotrigine (naranja) lamotrigine er lamotrigine odt lamotrigine odt (azul) lamotrigine odt (verde) lamotrigine odt (naranja) levetiracetam solución, tableta levetiracetam er oxcarbazepine pregabalin cápsula, solución ROWEEPR rufinamide (PA,QL) SUBVENITE SUBVENITE (AZUL)	DILANTIN 30 MG CÁPSULA (PA) FYCOMPA (PA, QL) NAYZILAM (PA, QL) VIMPAT 10 MG/ ML SOLUCIÓN VIMPAT SOLUCIÓN, TABLETA(PA)	APTOM (PA, QL) BANZEL (PA, QL) BRIVIACT SOLUCIÓN ORAL, TABLETA(PA) CARBATROL (PA) DEPAKOTE (PA) DEPAKOTE ER (PA) DEPAKOTE SPRINKLE (PA) DIASTAT (PA) DILANTIN 100 MG CÁPSULA (PA) EPIDIOLEX* (PA) FINTEPLA* (PA) KLONOPIN (PA) LYRICA SOLUCIÓN ORAL (PA) NEURONTIN (PA) OXTELLAR XR (PA) PHENYTEK (PA) SPRITAM (PA) TEGRETOL (PA) TEGRETOL XR (PA) VALTOCO (PA, QL) XCOPRI (PA, QL)
---	---	---

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

TRASTORNOS CONVULSIVOS (continúa)

SUBVENITE (VERDE) SUBVENITE (NARANJA) topiramate topiramate er vigabatrin* vigadrone*		
---	--	--

CONDICIONES DE LA PIEL

ACCUTANE ADAPALENE (PA) adapalene-benzoyl peroxide AMNESTEEM AVAR LIMPIADOR azelaic acid BP 10-1 AVAR LIMPIADOR azelaic acid betamethasone augmented betamethasone dipropionate BP 10-1 calcipotriene crema, ungüento, solución calcipotriene- betamethasone CLARAVIS CLINDACIN ETZ 1% COMPRESA CLINDACIN P 1% COMPRESAS clindamycin 1% foam, gel, loción, compresa, solución clindamycin-benzoyl peroxide clindamycin- tretinoin clobetasol CLODAN clotrimazole- betamethasone dapsone gel fluocinonide fluorouracil crema, solución tópica sotretinoin ketoconazole KETODAN	ADBRY* (PA) CIBINQO* (PA,QL) EUCRISA (ST)	ANALPRAM HC 2.5%-1% LOCIÓN AVAR 9.5-5% PADS DE LIMPIEZA BRYHALI (ST) calcipotriene foam CAPEX SHAMPOO (ST) CLEOCIN T CLINDACIN ETZ KIT CLINDACIN PAC KIT CLODERM (ST) DRYSOL EFUDEX EVOCLIN NAFTIN OPZELURA (PA) PICATO PRAMOSONE SANTYL (QL) REGRANEX (PA,QL) TEMOVATE (ST) VALCHLOR* XENLETA 600 MG TABLETA(PA, QL) XEPI
--	---	---

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

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

CONDICIONES DE LA PIEL (continúa)

metronidazole MYORISAN NEUAC GEL pimecrolimus ROSADAN sodium sulfacetamide- sulfur SSS 10-5 SULFACLEANSE 8-4 tacrolimus ungüento tazarotene 0.1% crema TRETINOIN (PA) TRIDERM ZENATANE		
---	--	--

TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

eszopiclone MODAFINIL (PA) zolpidem ZOLPIDEM ER (QL)	DAYVIGO (QL, ST) SUNOSI (PA, QL)	HETLIOZ LQ* (PA) HETLIOZ* (PA) LUNESTA (ST) WAKIX* (PA, QL) XYREM* (PA, QL) XYWAV* (PA, QL)
---	-------------------------------------	--

DEJAR DE FUMAR⁵

bupropion sr 150 mg tableta+^ varenicline+^		APO-VARENICLINE^ CHANTIX+^ (PA) NICORETTE+ NICOTROL NS+^ NICOTROL+^
---	--	---

ABUSO DE SUSTANCIAS

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

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTES

everolimus 0.25 mg tableta* everolimus 0.5 mg tableta* mycophenolate mofetil* mycophenolic acid* sirolimus* tacrolimus cápsula*		ASTAGRAF XL* CELLCEPT SUSPENSIÓN ORAL, TABLETA* ENVARUS XR* MYFORTIC* NEORAL* PROGRAF 0.2 MG PAQUETE GRANULADO* PROGRAF 0.5 MG CÁPSULA*
---	--	--

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

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTES (continúa)

		PROGRAF 1 MG CÁPSULA* PROGRAF 1 MG PAQUETE GRANULADO* PROGRAF 5 MG CÁPSULA* RAPAMUNE* REZUROCK* (PA) ZORTRESS*
--	--	---

CONDICIONES DE TRACTO URINARIO

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 PYRIDIMUM RAPAFLO (QL) UROCIT-K UROXATRAL
---	-----------	--

VACUNAS

No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o **myCigna.com** o consulte el material de su plan para averiguar cómo las cubre su plan específico.

BEXSERO+ BOOSTRIX TDAP+ COMIRNATY+ DAPTACEL DTAP+ DENGAXIA+ DIPHThERIA- TETANUS TOXOIDS-PED+ GARDASIL 9+ HEPLISAV-B+ HIBERIX+ INFANRIX DTAP+ IPOL+ ANSEN VACUNA DEL COVID-19 (EUA)+ KINRIX+ MENACTRA+ JMNQUADFI+	NOVAVAX COVID-19 VACC, ADJ (EUA)+
--	--------------------------------------

Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier

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 **myCigna.com** o consulte el material de su plan para averiguar cómo las cubre su plan específico.

MENVEO A-C-Y-
W-135-DIP+
M-M-R II
VACCINE+
MODERNA COVID
(12Y UP) VAC
(EUA)+
MODERNA COVID
(6M-5Y) VACC
(EUA)+
MODERNA
COVID-19
BOOSTER
(EUA)+
PEDIARIX+
PEDVAXHIB+
PENTACEL+
PFIZER COVID
(12Y UP)
VAC(EUA)+
PFIZER COVID (5-
11Y) VAC (EUA)+
PFIZER COVID
(6M-4Y) VAC
(EUA)+
PFIZER VACUNA
DEL COVID-19
(EUA)+

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 **myCigna.com** o consulte el material de su plan para averiguar cómo las cubre su plan específico.

PNEUMOVAX 23+
PREHEVBRIO+
PREVNAR 13+
PREVNAR 20+
PROQUAD+
QUADRACEL
DTAP-IPV+
R ECOMBIVAX
HB+
SHINGRIX+ (QL)
SPIKEVAX COVID
(18Y UP) VACC+
TDVAX+
TENIVAC+
TRUMENBA+
TWINRIX+
VARIVAX
VACCINE+
VAXELIS+
VAXNEUVANCE+

CONTROL DE PESO

megestrol suspensión phentermine ^	WEGOVY^ (PA, QL)	CONTRACE^ (PA) QSYMIA^ (PA) SAXENDA^ (PA)
--	---------------------	---

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas

Estos medicamentos no los cubre la Lista de medicamentos con receta de Cigna Value 3-Tier.^{^^}
Sin embargo, hay otros medicamentos disponibles que se usan para tratar esta misma condición médica. Estos se mencionan abajo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
SIDA/VIH	ATRIPLA*	efavirenz-emtricitabine-tenofovir*
	COMBIVIR*	lamivudine-zidovudine*
	EMTRIVA*	emtricitabine*
	EPIVIR*	lamivudine*
	EPZICOM*	abacavir-lamivudine*
	INTELENCE 100MG, 200MG TABLETA*	etravirine*
	KALETRA*	lopinavir-ritonavir*
	LEXIVA 700MG TABLETA*	fosamprenavir 700mg tableta*
	NORVIR 100MG TABLETA*	ritonavir 100mg tableta*
	RETROVIR CÁPSULA, SYRUP*	zidovudine cápsula, syrup*
	REYATAZ CÁPSULA*	atazanavir cápsulas*
	SUSTIVA*	efavirenz*
	SYMFI*	efavirenz-lamivudine-tenofovir*
	SYMFI LO*	
	TRIZIVIR*	abacavir-lamivudine-zidovudine tableta*
	TRUVADA*	emtricitabine-tenofovir*
	VIRAMUNE*	nevirapine*
	VIRAMUNE XR*	nevirapine ER*
	VIREAD 300MG TABLETA*	tenofovir 300mg tableta*
	ZIAGEN*	abacavir*
ALERGIA/AEROSOL NASAL	AUVI-Q	epinephrine auto-inyectores
	EPIPEN	
	EPIPEN JR	
	SYMJEPI	
	carbinoxamine 6mg tableta	carbinoxamine 4mg tableta
	RYVENT	
	dexchlorpheniramine	carbinoxamine oral solución
	RYCLORA	cyproheptadine syrup
		hydroxyzine syrup
	DYMISTA	azelastine-fluticasone
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER		Esteroides nasales genéricos (por ejemplo, fluticasone)
	EPINEPHRINE 0.15 MG, 0.3 MG AUTO-INYECTOR	EPIPEN genérica (también se llama epinephrine)
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	pyridostigmine 30mg tableta (QL)	pyridostigmine 60mg tableta
	ANAFRANIL	clomipramine
	APLENZIN	bupropion XL 150, 300 mg tabletas
	ATIVAN TABLETA	lorazepam
	LOREEV XR	
	bupropion xl 450mg tableta	bupropion xl 150mg tabletas
	FORFIVO XL	
	CITALOPRAM HBR	citalopram tableta
	CYMBALTA	desvenlafaxineER
		duloxetine
		escitalopram

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR (continúa)	DRIZALMA SPRINKLE	duloxetine dr cápsulas
	LEXAPRO	escitalopram
	PAMELOR	nortriptyline cápsulas
	PARNATE	tranylcypromine
	PEXEVA	paroxetine paroxetine cr
	PRISTIQ	desvenlafaxine succinate er bupropion sr duloxetine escitalopram sertraline venlafaxine er
	TOFRANIL	imipramine
	WELLBUTRIN XL	bupropion xl escitalopram fluoxetine
ASTHMA/COPD/RESPIRATORY	ADVAIR HFA	DULERA
	ADVAIR DISKUS	fluticasone-salmeterol
	AIRDUO RESPICLICK	SYMBICORT
	BREO ELLIPTA	WIXELA INHUB
	ALBUTEROL HFA	PROAIR genérico o PROVENTIL (albuterol hfa)
	levalbuterol hfa	
	PROAIR DIGIHALER	
	PROAIR HFA	
	PROAIR RESPICLICK	
	PROVENTIL HFA	
	VENTOLIN HFA	
	XOPENEX HFA	
	ALVESCO	FLOVENT DISKUS
	ARMONAIR DIGIHALER	FLOVENT HFA
	ARNUITY ELLIPTA	QVAR
	ASMANEX, ASMANEX HFA	
	PULMICORT FLEXHALER	
	ARCAPTA NEOHALER	SEREVENT DISKUS
	STRIVERDI RESPIMAT	
	BEVESPI AEROSPHERE	ANORO ELLIPTA
	DUAKLIR PRESSAIR	STIOLTO RESPIMAT
	BROVANA	arformoterol
	budesonide-formoterol	SYMBICORT
	ELIXOPHYLLIN	theophylline er theophylline oral solución
	PERFORMIST	formoterol
	TUDORZA PRESSAIR	INCRUSE ELLIPTA
		SPIRIVA RESPIMAT

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
ASMA/EPOC/RESPIRATORIO (continúa)	YUPELRI	ANORO ELLIPTA BREZTRI AEROSPHERE INCRUSE ELLIPTA SPIRIVA STIOLTO RESPIMAT TRELEGY ELLIPTA
	ZYFLO	montelukast zafirlukast zileuton er
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	ADDERALL XR	dexmethylphenidate er
	ADHANSIA XR	dextroamphetamine-amphetamine er
	ADZENYS ER	methylphenidate er
	ADZENYS XR-ODT	
	APTENSIO XR	
	AZSTARYS	
	CONCERTA	
	COTEMPLA XR-ODT	
	DYANAVEL XR	
	FOCALIN XR	
	JORNAY PM	
	MYDAYIS	
	QUILLICHEW ER	
	RITALIN LA	
	VYVANSE	
	DESOXYN	methamphetamine
	DEXEDRINE	dexmethylphenidate er dextroamphetamine er dextroamphetamine-amphetamine er
	EVEKEO ODT	amphetamine dexmethylphenidate dextroamphetamine methamphetamine methylphenidate
	methylphenidate er 72mg tableta	methylphenidate er 36mg tableta
	RELEXXII	
	QELBREE	atomoxetine
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN/CORAZÓN	ACCUPRIL	quinapril
	ACCURETIC	quinapril-hctz
	ALTACE	ramipril
	ATACAND	candesartan
	ATACAND HCT	candesartan-hctz
	AVALIDE	irbesartan-hctz
	AVAPRO	irbesartan-hctz
	AZOR	amlodipine-olmesartan
	BENICAR	olmesartan
	BENICAR HCT	olmesartan-hctz
	BETAPACE	sotalol
	BYSTOLIC	beta bloqueadores genéricos (por ejemplo, metoprolol; atenolol)

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN/CORAZÓN (continúa)	CARDIZEM	diltiazem
	CARDIZEM CD	diltiazem CD
	CONJUPRI	amlodipine felodipine er nicardipine nifedipine
	CONSENSI	amlodipine celecoxib
	COZAAR	losartan
	DIOVAN	valsartan
	DIOVAN HCT	valsartan-hctz
	EDARBI	ARB genéricas (por ejemplo, losartan; valsartan)
	EDARBYCLOR	ARB genéricas + HCTZ (por ejemplo, losartan-HCTZ)
	EXFORGE	amlodipine-valsartan
	EXFORGE HCT	amlodipine-valsartan hctz
	FIRAZYR*	icatibant
	GONITRO	nitroglycerin tableta sublingual o spray
	HYZAAR	losartan-hctz
	ISORDIL	isosorbide dinitrate
	ISORDIL TITRADOSE	
	LANOXIN	digoxin
	LOTENSIN	benazepril
	LOTENSIN HCT	benazepril-hctz
	LOTREL	amlodipine-benazepril
	MICARDIS	telmisartan
	MICARDIS HCT	telmisartan-hctz
	MULTAQ	amiodarone disopyramide dofetilide flecainide propafenone quinidine sotalol af
	PRINIVIL	lisinopril
	ZESTRIL	
	TEKTURNA	aliskiren
	TEKTURNA HCT	inhibidor de ACE genérico+ HCT (por ejemplo, benazepril-HCT)
	TRIBENZOR	olmesartan-amlodipine-hctz
	VASERETIC	enalapril-hctz
	VASOTEC	enalapril
	ZESTORETIC	lisinopril-hctz
ANTICOAGULANTES	aspirin-omeprazole	aspirin o enteric aspirin
	YOSPRALA	

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
CÁNCER	BESREMI\$*	hydroxyurea cápsula
	CYCLOPHOSPHAMIDE TABLETA*	cyclophosphamide cápsula*
	NILANDRON	nilutamide
	TARCEVA*	erlotinib
	YONSA*	abiraterone
	ZYTIGA*	
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	ANTARA	fenofibrate
	FENOGLIDE	
	ALTOPREV	lovastatin+ atorvastatin+ simvastatin+ rosuvastatin+
	CRESTOR	rosuvastatin+
	EZALLOR SPRINKLE	generic statins (por ejemplo, atorvastatin; simvastatin)
	FLOLIPID	
	LIVALO	
	SIMVASTATIN 20mg/5ml SUSPENSIÓN	
	NEXLIZET	
	JUXTAPID*	REPATHA
	PRALUENT	
	LESCOL XL	fluvastatin er+
	LIPITOR	atorvastatin+ ezetimibe-simvastatin rosuvastatin+
	NEXLETOL	generic statins (por ejemplo, atorvastatin; simvastatin)
	ROSUVASTATIN-EZETIMIBE	
	ROSZET	ezetimibe-simvastatin
	niacin 500mg tableta	niacin er
	NIACOR	
	PRAVACHOL	pravastatin+
	VYTORIN	ezetimibe-simvastatin
	ZYPITAMAG	atorvastatin+ lovastatin+ pravastatin+ rosuvastatin+ simvastatin+
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	BALCOLTRA	anticonceptivos orales genéricos
	NATAZIA	
	NEXTSTELLIS	
	SLYND	
	TAYTULLA	
	TWIRLA	
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/RESFRIADO	benzonatate 150mg	benzonatate 100mg, 200mg
	TUSSICAPS	hydrocodone-chlorpheniramine er suspensión promethazine con syrup de codeína

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
DIABETES	ACCU-CHEK TIRAS REACTIVAS	ONE TOUCH TIRAS REACTIVAS (por ejemplo, Ultra; Verio)
	CVS TIRAS REACTIVAS	
	ADVOCATE TIRAS REACTIVAS	
	ASSURE TIRAS REACTIVAS	
	CONTOUR TIRAS REACTIVAS	
	EASY TALK PLUS II TIRAS REACTIVAS	
	FREESTYLE TIRAS REACTIVAS	
	RELION TIRAS REACTIVAS	
	ADLYXIN	BYDUREON
		BYETTA
		metformin
		OZEMPIC
		TRULICITY
		VICTOZA
	ADMELOG ADMELOG	HUMALOG
	SOLOSTAR	LYUMJEV
	APIDRA, APIDRA SOLOSTAR	
	FIASP	
	FIASP FLEXTOUCH	
	FIASP PENFILL	
	INSULIN ASPART	
	INSULIN GLARGINE	
	NOVOLOG	
	RIGHTTEST GT333 TIRAS REACTIVAS	
	AFREZZA	HUMALOG
		HUMULIN R
		LYUMJEV
	alogliptin	JANUMET
	alogliptin-metformin	JANUMET XR
	JENTADUETO	JANUVIA
	JENTADUETO XR	metformin
	KAZANO	
	KOMBIGLYZE XR	
	NESINA	
	ONGLYZA	
	TRADJENTA	
	alogliptin-pioglitazone	JANUMET
	OSENI	JANUMET XR J
		ANUVIA
		pioglitazone
	FORTAMET	metformin er (genérico para GLUCOPHAGE XR)
	GLUMETZA	
	metformin er gastric	
	metformin er osmotic	
	GLUCAGEN HYPOKIT	BAQSIMI
	GVOKE	glucagon emergency kit (genérico)
		ZEGALOGUE
	INSULIN ASPART PRO	HUMALOG MIX
	NOVOLOG MIX	
	INVOKAMET	SYNJARDY
	INVOKAMET XR	SYNJARDY XR
	SEGLUROMET	XIGDUO XR

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
DIABETES (continúa)	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
	EDECRIN ethacrynic acid	bumetanide furosemide torsemide
	THALITONE	chlorthalidone
	ALOCRIL ALOMIDE	cromolyn
CONDICIONES DEL OJO	LUMIGAN TRAVATAN Z VYZULTA XALATAN XELPROS ZIOPTAN	bimatoprost latanoprost travoprost
	RESTASIS RESTASIS MULTIDOSE	cyclosporine 0.05% emulsión para los ojos XIIDRA
	ANUSOL-HC 25MG SUPOSITORIO	hydrocortisone 25mg supositorio
	ASACOL HD COLAZAL DELZICOL DIPENTUM	balsalazide mesalamine tabletas o cápsulas PENTASA sulfasalazine
	BYLVAY* LIVMARLI*	cholestyramine polvo/paquete rifampin ursodiol tableta
	CORTIFOAM UCERIS 2MG RECTAL FOAM	COLOCORT hydrocortisone
	CREON PERTZYE ZENPEP	PANCREAZE
GASTROINTESTINAL/ACIDEZ	DARTISLA glycopyrrolate 1.5mg tableta ROBINUL, ROBINUL FORTE	glycopyrrolate 1mg tableta glycopyrrolate 2mg tableta
	GIMOTI*	metoclopramide solución oral o tableta
	GOLYTELY+ MOVIPREP+ NULYTELY CON SABOR PAQUETES+ OSMOPREP+ PLENVU+	CLENPIQ+ GAVILYTE-C+ GAVILYTE-G+ GAVILYTE-N+ PEG 3350 ELECTROLYTE+ SUPREP+ SUTAB+

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
GASTROINTESTINAL/ACIDEZ (continúa)	KRISTALOSE lactulose 10gm paquete	CONSTULOSE ENULOSE lactulose solución oral
	LIBRAX	chlordiazepoxide
	LOTRONEX*	alosetron*
	lubiprostone	AMITIZA
	MARINOL SYNDROS	dronabinol
	MOTEGRITY TRULANCE ZELNORM	AMITIZA LINZESS
	NEXIUM 10MG, 20MG, 40MG PAQUETE, 20MG, 40MG CÁPSULA	esomeprazole paquetes, esomeprazole magnesium
	OMECLAMOX-PAK PYLERA TALICIA	lansoprazole-amoxicillin-clarithromycin pak
	RELTONE	ursodiol
	ROWASA	mesalamine rectal enema suspensión
	SENSIPAR*	cinacalcet
	ursodiol 200 mg, 400 mg cápsula	ursodiol 300mg cápsula ursodiol tableta
	ZOFRAN	ondansetron
	ZUPLENZ	ondansetron ondansetron odt
AGENTES HORMONALES	ALKINDI SPRINKLE	hydrocortisone 5mg tableta
	DDAVP NOCDURNA	desmopressin aerosol nasal o tabletas
	DEXABLISS dexamethasone 6, 10, 13 días 1.5MG tabletas	dexamethasone 1.5mg tableta
	DXEVO HIDEX TAPERDEX ZCORT	
	FORTESTA JATENZO NATESTO TESTIM VOGELXO XYOSTED	topical testosterone genérica
	GENOTROPIN* NUTROPIN AQ NUSPIN* OMNITROPE* SAIZEN* SAIZEN-SAIZENPREP* ZOMACTON*	HUMATROPE* NORDITROPIN*
	HEMADY	dexamethasone 5mg tableta
	MYCAPSSA*	BYNFEZIA*
	ORTIKOS	budesonide cápsula

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
AGENTES HORMONALES (continúa)	RAYOS	methylprednisolone prednisone
	LEVOTHYROXINE CÁPSULA SYNTHROID TIROSINT TIROSINT-SOL	levothyroxine tableta
	THYQUIDITY	EUTHYROX LEVO-T levothyroxine tableta LEVOXYL
	UCERIS 9MG ER TABLETA	budesonide 9mg tableta dexamethasone hydrocortisone methylprednisolone prednisolone prednisone
	ARMOUR THYROID WP THYROID	np thyroid
INFECCIONES	ACTICLATE DORYX DORYX MPC MINOCIN 50MG PEL CÁPSULA MINOCYCLINE ER 45, 90, 135MG CÁPSULA MINOLIRA ER MONODOX SEYSARA SOLODYN soloxide TARGADOX VIBRAMYCIN 100MG CÁPSULA XIMINO	generic products (por ejemplo, doxycycline; minocycline)
	ARAKODA	atovaquone-proguanil doxycycline hydroxychloroquine mefloquine quinine
	AUGMENTIN AUGMENTIN XR	amoxicillin/clavulanate
	BARACLUDE TABLETA*	entecavir tableta*
	BETHKIS* TOBI*	tobramycin solución para inhalar*
	BREXAFEMME DIFLUCAN	fluconazole
	doxycycline hyclate dr 80mg tableta	productos genéricos (por ejemplo, minocycline)
	DOXYCYCLINE IR-DR LYMEPAK ORACEA	doxycycline hyclate dr 50mg tableta doxycycline monohydrate 50mg tableta minocycline er 45mg
	E.E.S. 200 ERYPED 400	erythromycin gránulos erythromycin
	HUMATIN	paromomycin

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
INFECCIONES (continúa)	MEPRON	atovaquone
	MYCOBUTIN	rifabutin
	nitrofurantoin 25mg/5ml suspensión	nitrofurantoin cápsula sulfamethoxazole-trimethoprim suspensión
	NOXAFIL DR 100MG TABLETA	posaconazole dr 100mg tableta
	SITAVIG	acyclovir tableta famciclovir tableta valacyclovir tableta
	SPORANOX	itraconazole
	TOLSURA	oral itraconazole
	VALCYTE	valganciclovir
	VANCOCIN	vancomycin solución oral o cápsula
	ZOVIRAX	acyclovir
MISCELÁNEOS	EXSERVAN*	riluzole* TIGLUTIK*
	HORIZANT	gabapentin
	KUVAN*	sapropterin tableta y paquete en polvo*
	SYPRINE*	penicillamine* trientine*
	XENAZINE*	tetrabenazine*
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	AMPYRA*	dalfampridine er*
	COPAXONE*	AVONEX* BETASERON* EXTAVIA* glatiramer* GLATOPA* KESIMPTA* PLEGRIDY* REBIF*
	TECFIDERA*	AUBAGIO* BAFIERTAM* dimethyl* GILENYA* MAYZENT* PONVORY* VUMERITY*
NUTRICIONAL/DIETÉTICO	AZESCHEW	Cualquier vitamina prenatal genérica
	AZESCO	
	DERMACINRX PRENATRIX	
	DERMACINRX PRENATRYL	
	PNV TABS 20-1	
	PREGEN DHA	
	PREGENNA	
	TRINAZ	
	ZALVIT	
	NASCOBAL	cyanocobalamin inyección

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
ANALGÉSICOS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	ALLZITAL	butalbutal-acetaminophen 50-325mg tableta
	BUPAP butalbital-acetaminophen 25-35mg, 50-300mg tabletas	
	AMERGE	triptans genéricos (por ejemplo, sumatriptan; naratriptan)
	ERGOMAR	
	FROVA 2.5MG TABLETA	
	MAXALT	
	MAXALT MLT	
	RELPAX	carisoprodol chlorzoxazone 500mg cyclobenzaprine tabletas methocarbamol orphenadrine er metaxalone
	AMRIX	
	cyclobenzaprine er	
	BACLOFEN	baclofen tableta
	CAMBIA	NSAID genéricos (por ejemplo, celecoxib; meloxicam)
	DUEXIS	
	ELYXYB	
	fenoprofen 200mg cápsula	
	fenoprofen 400mg cápsula	
	FENORTHO	
	ibuprofen-famotidine	
	INDOCIN	
	indomethacin 20mg cápsula	
	ketoprofen 25mg cápsula	
	lofena	
	meloxicam 5mg, 10mg cápsula	
	NALFON 400MG CÁPSULA	
	NAPRELAN	
	NAPROSYN 125MG/5ML SUSPENSIÓN	
	naproxen	
	naproxen sodium cr	
	naproxen sodium er	
	naproxen-esomeprazole mag	
	RELAFEN, RELAFEN DS	
	TIVORBEX	
	VIMOVO	
	VIVLODEX	
	ZIPSOR	
	ZORVOLEX	
	chlorzoxazone 250mg	chlorzoxazone 500mg
	chlorzoxazone 375mg	methocarbamol 500mg
	chlorzoxazone 750mg	
	CONZIP	tramadol tramadol er
	COSENTYX*	ENBREL* HUMIRA* OTEZLA* STELARA 45MG, 90MG* TALTZ*

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
ANALGÉSICOS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (continúa)	CUPRIMINE*	penicillamine* trientine*
	D.H.E.45	dihydroergotamine inyección
	diclofenace 1.3% patch diclofenac 1.5% solución diclofenac 35mg cápsula FLECTOR LICART PENNSAID VOLTAREN 1% GEL	nsaid genéricos (por ejemplo, celecoxib; meloxicam) diclofenac 1% gel
	dihydroergotamine 4mg/ml spray IMITREX AEROSOL NASAL MIGRANAL ONZETRA XSAIL ZOLMITRIPTAN AEROSOL NASAL ZOMIG	sumatriptan aerosol nasal
	GLOPERBA	colchicine probenecid-colchicine
	GRALISE	gabapentin
	IMITREX CARTUCHO IMITREX INYECTOR EN PLUMA IMITREX TABLETA	dihydroergotamine sumatriptan dihydroergotamine eletriptan rizatriptan sumatriptan tabletas
	KETOROLAC 15.75MG AEROSOL NASAL SPRIX	ketorolac tableta
	KINERET*	ACTEMRA* ENBREL* HUMIRA* XELJANZ/XR*
	levorphanol	codeine con acetaminophen hydrocodone con acetaminophen HYSINGLA ER oxycodone con acetaminophen tramadol XTAMPZA ER
	LIDODERM	lidocaine 5% patch
	LORZONE	chlorzoxazone 500mg cyclobenzaprine tableta
	NORGESIC FORTE orphenadrine-aspirin-cafeine ORPHENGESIC FORTE	chlorzoxazone 500mg tableta metaxalone methocarbamol orphenadrine ER
	OXYCONTIN	HYSINGLA ER MORPHABOND ER XTAMPZA ER
	OZOBAX	baclofen tableta

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
ANALGÉSICOS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (continúa)	PROLATE SOLUCIÓN	oxycodone-acetaminophen tableta
	QDOLO	tramadol 50mg tableta
	QULIPTA	NURTEC ODT
	REYVOW	triptans genéricos(por ejemplo, sumatriptan; naratriptan) NURTEC ODT UBRELVY
	ROXICODONE	oxycodone
	SIMPONI* 50MG/0.5ML	ACTEMRA* ENBREI* HUMIRA* STELARA 45MG, 90MG* TALTZ* XELJANZ/XR*
	SORIATANE	acitretin
	SUBSYS	fentanyl píldora o tableta bucal
	tizanidine 2 mg, 4 mg, 6 mg cápsula	tizanidine 2mg tableta tizanidine 4mg tableta
	TOSYMRA	sumatriptan
	tramadol 100mg	tramadol
	TREXIMET	sumatriptan-naproxen
	vtol lq	butalbital-acetaminophen-caffeine cápsula o tabletas phrenilin forte
	ZEMBRACE SYMTOUCH	dihydroergotamine sumatriptan
	ZOMIG ZMT	zolmitriptan odt
ENFERMEDAD DE PARKINSON	DHIVY	carbidopa/levodopa
	GOCOVRI	amantadine
	LODOSYN	carbidopa
	ONGENTYS	entacapone
	ZELAPAR	selegiline tabletas o cápsulas
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	ABILIFY	aripiprazole
	ABILIFY MYCITE	paliperidone er risperidone
	CAPLYTA	aripiprazole
	LYBALVI	olanzapine paliperidone er quetiapine quetiapine er risperidone ziprasidone

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS (continúa)	GEODON CÁPSULA	aripiprazole paliperidone er ziprasidone
	VERSACLOZ	clozapine clozapine odt
	ZYPREXA	aripiprazole olanzapine tabletas paliperidone er
	ZYPREXA ZYDIS	aripiprazole olanzapine olanzapine odt
TRASTORNOS CONVULSIVOS	ELEPSIA XR KEPPRA XR	levetiracetam er
	EPRONTIA	topiramate sprinkle cápsula topiramate tableta
	FELBATOL	felbamate
	KEPPRA SOLUCIÓN, TABLETA	levetiracetam
	LAMICTAL	lamotrigine
	LAMICTAL TAB KIT (AZUL, VERDE, NARANJA)	lamotrigine starter kit (azul, verde, naranja)
	LAMICTAL ODT	lamotrigine odt
	LAMICTAL ODT KIT (AZUL, VERDE, NARANJA)	lamotrigine odt starter kit (azul, verde naranja)
	LAMICTAL XR	lamotrigine er
	LAMICTAL XR KIT (AZUL, VERDE, NARANJA)	
	LYRICA	duloxetine
	LYRICA CR	gabapentin
	pregabalin er	lidocaine 5% parche tópico pregabalin
	MYSOLINE	primidone
	QUDEXY XR	topiramate er
	TROKENDI XR	
	SABRIL*	vigabatrin*
	SYMPAZAN	clobazam
	TOPAMAX	topiramate
	TRILEPTAL	oxcarbazepine
	ZONEGRAN	zonisamide
CONDICIONES DE LA PIEL	ABSORICA	CLARAVIS
	ABSORICA LD	isotretinoin
		MYORISAN
		ZENATANE

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
CONDICIONES DE LA PIEL (continúa)	ACANYA	Use productos genéricos (por ejemplo, adapalene; tretinoin; clindamycin-benzoyl peroxide)
	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	
	acyclovir crema, ungüento	acyclovir tableta
	DENAVIR	famciclovir tableta
	ZOVIRAX	valacyclovir tableta
	adapalene swab	adapalene 0.1% crema adapalene 0.1% loción adapalene 0.3% gel tazarotene 0.1% crema tretinoin crema, gel, micro gel
	ALDARA imiquimod 3.75% ZYCLARA	imiquimod 5% crema
	ANUSOL-HC 2.5% CREMA	hydrocortisone 2.5% crema rectal
	APEXICON E	betamethasone crema, ungüento
	CORDRAN 4 MCG/SQ CM TAPE LARGO	clobetasol
	diflorasone	halobetasol crema, ungüento
	PSORCON	
	BENZACLIN	clindamycin-benzoyl peroxide
	NEUAC 1.2-5% KIT	
	calcipotriene foam	calcipotriene crema, ungüento, solución calcitriol ungüento tazarotene crema
	CARAC	fluorouracil 0.5% crema
	CLINDAGEL	clindamycin gel clindamycin solución tópica
	CLINDAMYCIN 1% GEL	clindamycin 1% gel (genérico Cleocin T) dapsone 5% gel erythromycin 2% gel
	CLOBEX	clobetasol loción, shampoo, spray

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
CONDICIONES DE LA PIEL (continúa)	CONDYLOX	imiquimod 5% crema paquete
	VEREGEN	podofilox 0.5% solución tópica
	CORDRAN CREMA, LOCIÓN, UNGÜENTO	betamethason fluocinolone fluticasone
	CUTIVATE	betamethasone loción fluticasone topical loción triamcinolone loción
	diclofenac 3% gel KLISYRI	FLUOROPLEX fluorouracil imiquimod 5% crema
	DOVONEX	calcipotriene crema
	doxepin 5% crema PRUDOXIN ZONALON	esteroide tópico genérico (por ejemplo, betamethasone) tacrolimus tópico
	DUOBRII	
	ENSTILAR TACLONEX	halobetasol más tazarotene crema calcipotriene crema, ungüento, solución calcipotriene-betamethasone ungüento tazarotene crema betamethasone tópico
	ERTACZO	ketoconazole crema
	EXELDERM oxiconazole OXISTAT SULCONAZOLE	econazole crema ketoconazole crema naftifine crema
	EXTINA	ketoconazole crema ketoconazole foam
	FINACEA METROCREAM METROGEL SOOLANTRA ZILXI	azelaic acid topical metronidazole
	flurandrenolide hydrocortisone 1% loción	betamethasone fluocinolone fluticasone
	halobetasol foam LEXETTE	augmented betamethasone dipropionate betamethasone dipropionate crema, ungüento clobetasol fluocinonide 0.1% crema halobetasol crema, ungüento
	HALOG SOLUCIÓN	clobetasol crema, ungüento halobetasol crema, ungüento
	IMPEKLO	betamethasone dipropionate crema, ungüento clobetasol fluocinonide 0.1% crema halobetasol crema, ungüento

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
CONDICIONES DE LA PIEL (continúa)	IMPOYZ	clobetasol crema, ungüento betamethasone dipropionate crema, ungüento halobetasol crema, ungüento
	JUBLIA	ciclopirox solución tópica
	KERYDIN	itraconazole cápsulas
	tavaborole	terbinafine tabletas
	KENALOG 0.147MG/GM SPRAY	desoximetasone 0.05% crema, ungüento
	triamcinolone ungüento	fluocinolone 0.025% ungüento
	triamcinolone spray	flurandrenolide 0.05% ungüento hydrocortisone 0.2% ungüento mometasone 0.1% crema
	LOCOID	betamethasone loción fluocinolone crema fluticasone crema hydrocortisone ungüento prednicarbate ungüento triamcinolone crema
	LOCOID LIPOCREMA	betamethasone crema
	nolix	fluocinolone crema
	PANDEL	fluticasone crema
	LOPROX 0.77% CREMA 1% SHAMPOO	ciclopirox crema, shampoo
	LUZU	econazole crema ketoconazole crema luliconazole
	mupirocin 2% crema	mupirocin 2% ungüento
	NORITATE	azelaic acid metronidazole crema metronidazole gel
	OLUX	betamethasone dipropionate crema, ungüento
	OLUX-E	clobetasol crema, foam, ungüento halobetasol crema, ungüento
	OPZELURA	EUCRISA pimecrolimus tacrolimus ungüento
	QBREXZA	DRYSOL
	SERNIVO	betamethasone
	SORILUX	calcipotriene crema, ungüento, solución calcitriol ungüento tazarotene crema
	TRIANEX	triamcinolone crema
	TRIDESILON	alclometasone desonide triamcinolone
	ULTRAVATE LOTION	betamethasone ungüento
	ULTRAVATE X	clobetasol crema, loción, ungüento halobetasol crema, ungüento
	VANOS	clobetasol crema fluocinonide 0.1% crema halobetasol crema

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
CONDICIONES DE LA PIEL (continúa)	VECTICAL	calcitriol ungüento calcipotriene ungüento tazarotene crema
	VERDESO	desonide crema desonide ungüento
	WYNZORA	betamethasone calcipotriene calcipotriene-betamethasone fluocinolone fluticasone mometasone triamcinolone crema
	XERESE	acyclovir tableta famciclovir tableta más hydrocortisone crema con receta valacyclovir tableta
	XOLEGEL	ciclopirox 0.77% gel ciclopirox 1% shampoo ketoconazole 2% crema ketoconazole 2% foam selenium sulfide 2.5% loción sodium sulfacetamide 10% shampoo
TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	AMBIEN	zolpidem
	AMBIEN CR	zolpidem er
	ATIVAN TABLETA	lorazepam
	BELSOMRA	DAYVIGO
	EDLUAR	zolpidem o zolpidem er
	NUVIGIL	armodafinil
	PROVIGIL	modafinil
	RESTORIL	temazepam
	ZOLPIMIST	doxepin eszopiclone zaleplon zolpidem zolpidem ER
ABUSO DE SUSTANCIAS	EVZIO	naloxone auto-inyector NARCAN
MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTES	AZASAN* azathioprine 75 mg, 100 mg tableta*	azathioprine 50mg tableta*
	LUPKYNIS*	BENLYSTA* tacrolimus*
	DETROL	darifenacin er oxybutynin tolterodine
CONDICIONES DE TRACTO URINARIO	DETROL LA	darifenacin er oxybutynin er tolterodine er
	DITROPAN XL	oxybutynin er

^{^^} Esta lista no cubre este medicamento. Si su médico siente que un medicamento diferente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento no cubierto. Si no recibe la aprobación y continúa surtiendo la receta de un medicamento que no está cubierto, usted pagará de su bolsillo el costo completo de su medicamento directamente a la farmacia. Además, no se puede aplicar el costo a su deducible anual o el máximo de gastos de bolsillo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (no cubierto)	ALTERNATIVAS GENÉRICAS O DE MARCAS PREFERIDAS
CONDICIONES DE TRACTO URINARIO (continúa)	GELNIQUE	darifenacin er
	MYRBETRIQ	oxybutynin er
	OXYTROL	tolterodine er
	TOVIAZ	trospium er
	VESICARE LS	
	GEMTESA	darifenacin er oxybutynin oxybutynin er solifenacin tolterodine tolterodine er trospium
	PROCYSBI*	CYSTAGON*
	THIOLA*	tiopronin*
	THIOLA EC*	
	VESICARE	darifenacin er oxybutynin er solifenacin tolterodine er trospium er

Preguntas frecuentes

Entender su cobertura de medicamentos con receta puede ser confuso. Aquí hay respuestas a algunas preguntas frecuentes.

P. ¿Por qué hacen cambios a la lista de medicamentos?

R. Cigna revisa regularmente y actualiza la lista de medicamentos con receta. Hacemos cambios por muchos motivos, como cuando hay nuevos medicamentos disponibles o ya no están disponibles, o cuando cambia el precio de un medicamento. Estos cambios pueden incluir:^{3,4}

- **Mover un medicamento a un nivel de precio más bajo.** Esto puede pasar en cualquier momento durante el año.
- **Mover un medicamento de marca a un nivel de precio más alto cuando un genérico está disponible.** Esto puede pasar en cualquier momento durante el año.
- **Mover un medicamento a un nivel de precio más alto o no cubrir más un medicamento.** Esto pasa generalmente dos veces al año: el 1 de enero y el 1 de julio.
- **Agregar más requisitos de cobertura a un medicamento.**

Cuando hacemos un cambio que afecta la cobertura de un medicamento que usted toma, le avisaremos antes que pase. De esta manera, usted tiene tiempo para hablar con su médico sobre sus opciones. Tratamos de darle muchas opciones de las que puede elegir para tratar su condición médica.

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

R. Para ayudar a reducir sus costos generales de atención médica, su plan no cubre ciertos medicamentos de marca de alto costo porque tienen una alternativa de bajo costo y cubierta que se usa para tratar la misma condición médica. Quiere decir, la alternativa funciona igual o similar que un medicamento no cubierto. Si toma un medicamento que su plan no cubre y su médico siente que una alternativa no es la correcta para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura.

Su plan también puede excluir ciertos medicamentos o productos de la cobertura. Esto se conoce también como una “exclusión del plan (o beneficio)”. Por ejemplo, su plan excluye:

- Los medicamentos con receta que se usan para tratar acidez/condiciones de ácido estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec y cualquier genérico). Estos están disponibles de venta libre sin una receta.

- Los medicamentos que se usan para tratar condiciones de estilo de vida como la infertilidad, la disfunción eréctil, dejar de fumar.⁶
- Medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. no aprueba.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubren?

R. La Lista de medicamentos con receta de Cigna se desarrolla con la ayuda del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) de Cigna, que es un grupo de médicos y farmacéuticos que ejercen, la mayoría de ellos trabajan fuera de Cigna. El grupo se reúne con regularidad para revisar la evidencia e información médica que dan las agencias federales, los fabricantes de medicamentos, las asociaciones de médicos profesionales, las organizaciones nacionales y las revistas revisadas por colegas sobre la seguridad y efectividad de los medicamentos que son recién aprobados por la FDA y los medicamentos que están ya en el mercado. El Equipo de Decisión Comercial de Cigna Pharmacy Management® luego da una mirada a los resultados de la revisión clínica del Comité de P&T y al valor general del medicamento y otros factores antes de agregarlo, o quitarlo, de la lista de medicamentos.

P. ¿Por qué ciertos medicamentos necesitan aprobación antes de que los cubra mi plan?

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

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

R. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o **myCigna.com** o consulte el material de su plan para obtener más información sobre cómo su plan cubre sus medicamentos. Si su medicamento tiene una **(PA)** o **(ST)** a la par, su medicamento necesita aprobación antes de que su plan lo cubra. Si tiene una **(QL)** a la par, puede que necesite aprobación dependiendo de la cantidad que surta. Si tiene una **(AGE)** a la par, puede que necesite aprobación dependiendo del rango de edad cubierto para el medicamento.

Preguntas frecuentes (continúa)

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Los medicamentos que:

- › Puedan ser inseguros cuando se combinan con otros medicamentos
- › Tengan una alternativa disponible con costo más bajo y sean igualmente efectiva
- › Deberían usarse para ciertas condiciones médicas
- › Con frecuencia se pueden usar mal o de los cuales se puede abusar

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente tienen cantidades limitadas?

R. Los medicamentos que:

- › Con frecuencia se toman en cantidades más grandes que, o por más tiempo, que lo que es apropiado
- › Con frecuencia se pueden usar mal o de los cuales se puede abusar

P. ¿Qué tipos de medicamentos exigen una terapia escalonada?

R. La el programa de terapia escalonada incluye medicamentos que se usan para tratar muchas condiciones, incluyendo, entre otros:

- › ADD/ADHD
- › Colesterol alto
- › Alergias
- › Osteoporosis
- › Problemas de vejiga
- › Dolor
- › Problemas respiratorios
- › Depresión
- › Condiciones de la piel
- › Presión alta
- › Trastornos del sueño

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

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

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

R. Pida al consultorio de su médico que se comunique con Cigna para que podamos empezar el proceso de revisión de cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se encargarán de todo por usted. En caso de que el consultorio los pida, ellos pueden descargar un formulario de solicitud del portal del proveedor de Cigna en **cignaforhcp.com**.

Cigna revisará la información que su médico dé para asegurarse de que su medicamento cumpla las directrices de cobertura. Enviaremos a usted y a su médico una carta con la decisión y los siguientes pasos. Puede tomar de 1 a 5 días para nos comuniquemos con usted. Siempre puede verificar con el consultorio de su médico para averiguar si se tomó una decisión. Si cumple las directrices, su medicamento se aprobará para cobertura. También puede iniciar sesión en **myCigna.com** o la aplicación **myCigna** para consultar el estado de su aprobación. Haga clic en Recetas (Prescriptions), luego elija Mis medicamentos (My Medications) del menú desplegable. En el lado izquierdo de la página, bajo “Autorización previa” (Prior Authorization), haga clic en el botón “Ver lista” (View List).

Si no cumple las directrices, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando a Cigna una solicitud por escrito mencionado por qué debería aprobarse el medicamento.

P. ¿Qué pasa si trato de surtir una receta que necesita aprobación, pero no recibo la aprobación antes de tiempo?

R. Cuando su farmacéutico trate de surtir su receta, él o ella verá que el medicamento necesita aprobación previa. Ya que no recibió la aprobación antes de tiempo, la cobertura de su plan no se aplicará. Lo que significa que su plan no cubrirá el costo de su medicamento. Debería pedir a su médico que se comunique con Cigna para empezar el proceso de revisión de cobertura. O, puede elegir pagar su costo completo de sus gastos de bolsillo directamente a la farmacia (el costo no se puede aplicar a su deducible anual o al máximo de gastos de bolsillo).

P. ¿Qué pasa si trato de surtir una receta que tiene un límite de cantidad?

R. Su farmacéutico solo surtirá la cantidad que cubre su plan. Si quiere surtir más que lo que está permitido, el consultorio de su médico necesitará comunicarse con Cigna para pedir aprobación para cobertura.

P. ¿La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. aprueba todos los medicamentos en esta lista?

R. Sí. Todos los medicamentos los aprueba la FDA.

Preguntas frecuentes (continúa)

P. ¿Mi lista de medicamentos cubre los medicamentos recién aprobados por la FDA?

R. Puede su lista de medicamentos no cubra por los primeros seis meses los medicamentos recién aprobados después de recibir la aprobación de la FDA. Estos incluyen, entre otros, medicamentos, suministros médicos o dispositivos cubiertos según los planes de beneficios de farmacia estándar. Revisaremos todos los medicamentos recién aprobados para ver si deberían cubrirse y, de ser así, en qué nivel. Si su médico siente que un medicamento que está cubierto actualmente no es el correcto para usted, él o ella puede pedir a Cigna que considere aprobar la cobertura del medicamento recién aprobado.

P. ¿Qué medicamentos están cubiertos según la ley de reforma de atención médica?

R. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio y de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) se conoce frecuente como la “reforma de atención médica”, que se firmó como una ley el 23 de marzo de 2010. Según la ley, ciertos medicamentos preventivos (incluyendo algunos productos de venta libre) pueden estar disponibles para usted sin ningún costo compartido (\$0), dependiendo de su plan. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o **myCigna.com** o consulte el material de su plan para obtener más información sobre cómo su plan cubre los medicamentos preventivos. También puede consultar la lista de Medicamentos preventivos sin costos compartidos de PPACA en **Cigna.com/PDL**.

Para obtener más información sobre la reforma de atención médica, vaya a **informedonreform.com** o **Cigna.com**.

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

R. Cuando usted o su médico consideren el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de precio más bajo están disponibles y qué farmacias ofrecen el mejor precio pueden ayudarlo a evitar sorpresas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o **myCigna.com** y use la herramienta Precio de un medicamento (Price a Medication) para ver cuánto costará su medicamento antes que llegue a la encimera de la farmacia o,

incluso antes de que deje el consultorio de su médico.⁷

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

R. Puede ahorrar dinero al cambiar a un medicamento que está en un nivel más bajo (por ejemplo, genéricos o marcas preferidas) o surtiendo un suministro de 90 días, si el plan lo permite. Debería hablar con su médico para obtener más información sobre si una de estas opciones puede funcionar para usted.

P. ¿Los genéricos funcionan igual que los medicamentos de marca?

R. Sí. Un medicamento genérico funciona de la misma manera y da el mismo beneficio clínico que su versión de marca.⁸ Los medicamentos genéricos y de marca tiene los mismos ingredientes activos, concentración, forma de dosis, efectividad, calidad y seguridad.

P. ¿Qué diferencias hay entre los medicamentos genéricos y de marca?

R. Los medicamentos pueden verse diferentes. Por ejemplo, los genéricos pueden tener diferente forma, tamaño o color que el medicamento de marca. También puede tener un sabor diferente, contener preservantes diferentes, venir en diferente empaque o con diferente etiquetas y puede tener una fecha de vencimiento diferente. Los genéricos pueden verse diferente que los medicamentos de marca, pero son igual de seguros y efectivos.

Los genéricos generalmente cuestan mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta 85% menos.⁸ Solo porque los genéricos cuestan menos que las marcas, no significa que son medicamentos con menor calidad.

P. Mi farmacia no está en la red de mi plan. ¿Puedo seguir surtiendo mis recetas allí?

R. Para recibir la cobertura dentro de la red según su plan, necesitará cambiar a una farmacia dentro de la red de su plan. Si su plan ofrece cobertura fuera de la red, pagará los costos fuera de la red para surtir una receta allí.

P. ¿Puedo surtir mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca entrega en casa.⁹

Preguntas frecuentes (continúa)

La entrega en casa con Express Scripts® Pharmacy

Express Scripts® Pharmacy, nuestra farmacia de entrega en casa, es una opción conveniente cuando toma un medicamento regularmente para tratar una condición médica continua. Es simple y seguro, y le ahorra viajes a la farmacia. Para obtener más información, vaya a **Cigna.com/homedelivery**.

- › Pida, maneje, rastree y pague con facilidad sus medicamentos por teléfono o en línea
- › Envío estándar sin ningún costo más¹⁰
- › Resurtido automático o recordatorios de resurtido
- › Surta un suministro de hasta de 90 días en un solo momento
- › Farmacéuticos de ayuda disponibles 24/7
- › Opciones de pago flexibles

Aquí hay tres formas sencillas de empezar.

1. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o myCigna.com para mover electrónicamente su receta.** Haga clic en la pestaña Recetas (Prescriptions) y seleccione Mis medicamentos (My Medications) del menú desplegable. Luego, solo haga clic en el botón a la par del nombre de su medicamento para mover sus recetas. o
2. **Llame al consultorio de su médico.** Pídale que envíen electrónicamente una receta por 90 días (con resurtido) a Express Scripts Home Delivery. o
3. **Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarlo a transferir su receta. Tenga su tarjeta de identificación de Cigna, la información de contacto de su médico y el nombre de su medicamento listos cuando llame.

Accredo®, una farmacia de especialidades de Cigna

Si toma un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo

de farmacéuticos y enfermeros entrenados en especialidad de Accredo pueden ayudarlo. Ellos surtirán y enviarán su medicamento de especialidad a su casa (o el lugar de su elección).¹¹ También le darán la atención y el apoyo personalizado que necesita para manejar su terapia, sin ningún costo más. Para obtener más información, vaya a **Cigna.com/specialty**.

- › Maneje y rastree con facilidad sus medicamentos por teléfono o en línea
- › Envío rápido, sin ningún costo más¹⁰
- › Resurtido fácil y recordatorios gratuitos
- › 24/7 acceso a farmacéuticos y enfermeros entrenados en especialidad
- › Servicios de atención personalizada como entrenamiento sobre cómo administrar su medicamento
- › Ayuda para aplicar a programas de ayuda de copago de terceros y otras opciones

Para comenzar a usar Accredo, llame a **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 10:00 p. m. CST y sábado de 7:00 a. m. a 4:00 p. m. CST. Asegúrese de llamar a Accredo aproximadamente dos semanas antes de su próximo resurtido para que tengan tiempo de recibir una nueva receta del consultorio de su médico.

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

R. Puede usar las herramientas y recursos en línea en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** para ayudarlo a entender mejor su cobertura de farmacia. Puede averiguar cuánto cuesta su medicamento, ver qué medicamentos cubre su plan, encontrar una farmacia dentro de la red, hacer preguntas a un farmacéutico y ver sus reclamos e información de cobertura de farmacia. También puede administrar sus recetas con entrega en casa.

Exclusiones y limitaciones para cobertura

Los planes de beneficios médicos varían pero, en general, para ser elegible para cobertura la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) debe aprobar el medicamento, un profesional de la atención médica debe recetarlos, usted debe comprarlos en una farmacia autorizada y este debe ser médicamente necesario. Si su plan da cobertura para ciertos medicamentos preventivos con receta sin ningún costo compartido, puede que se le exija usar una farmacia dentro de la red para surtir la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, puede que no se cubra la receta. Ciertos medicamentos pueden necesitar autorización previa, o estar sujetos a terapia escalonada, límites de cantidad u otros requisitos de la administración de utilización.

Generalmente los planes no dan la cobertura para los siguientes según el beneficio de farmacia, excepto como lo exija la ley del estado o federal, o por los términos de su plan específico:¹²

- › medicamentos de venta libre (OTC) medicamentos (aquellos que no exigen receta) excepto insulina, a menos que la ley del estado o federal exija la cobertura de estos medicamentos;
- › los medicamentos con receta o suministros para los que hay una receta o un equivalente terapéutico OTC o una alternativa terapéutica;
- › los medicamentos inyectables administrados por un médico cubiertos según el beneficio médico del plan, a menos que esté cubierto de otra manera según la lista de medicamentos con receta del plan o aprobados por Cigna;
- › dispositivos de implante anticonceptivo cubiertos según el beneficio médico del plan;
- › los medicamentos que no son médicamente necesarios;
- › medicamentos experimentales o de investigación, incluyendo medicamentos aprobados por FDA que se usan para propósitos distintos a aquellos aprobados por FDA, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de una indicación particular;
- › los medicamentos que no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA);
- › los dispositivos, suministros y aparatos con receta y sin receta distintos a esos suministros mencionados específicamente como cubiertos;
- › los medicamentos que se usan para fertilidad¹³, disfunción sexual, propósitos cosméticos, pérdida de peso, dejar de fumar¹³ o mejorar el rendimiento deportivo;
- › vitaminas con receta (distintas a las vitaminas prenatales) o suplementos dietéticos, a menos que la ley del estado o federal exija la cobertura de esos productos;
- › agentes para inmunización, productos biológicos para inmunización de alergia, suero biológico, sangre, plasma sanguíneo y otros productos de la sangre o fracciones y medicamentos que se usan para profilaxis para un viaje;
- › reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo;
- › medicamentos que debería tomar o administrarse a una persona cubierta mientras que son un paciente en un hospital autorizado, un centro de enfermería capacitado, casa de descanso o institución similar que opera en sus instalaciones o permite que opere en sus instalaciones un centro para suministrar productos farmacéuticos;
- › recetas de más de un año desde la fecha de expedición o
- › cobertura para medicamentos con receta por la cantidad surtida (suministro de días) que es más que el límite aplicable de suministro, o es menos que cualquier mínimo de suministro aplicable que se menciona en el Programa, o que es más que los límites de cantidad o los límites de dosis que el Comité de P&T establece.
- › más de una receta o resurtido para un período de suministro de receta dado para el mismo medicamento, recetado por uno o más médicos y surtidos por una o más farmacias.
- › medicamentos con receta surtidos fuera de la jurisdicción de Estados Unidos, excepto como sea necesario para tratamiento de emergencia o de urgencia.

Además de las exclusiones estándar de farmacia del plan, puede que no se cubran ciertos medicamentos nuevos aprobados por la FDA (incluyendo, entre otros, medicamentos, suministros médicos o dispositivos que están cubiertos según los planes de beneficios de farmacia estándar) durante los primeros seis meses de disponibilidad en el mercado a menos que Cigna los apruebe como médicamente necesarios.

Cigna se reserva el derecho de hacer cambios a la Lista de medicamentos sin aviso. Su plan puede cubrir ciertos otros medicamentos; consulte su material de inscripción para más información. Cigna no se responsabiliza por cualquier decisión de medicamentos que tome el médico o farmacéutico. Cigna puede recibir pagos de los fabricantes de ciertos medicamentos de marca preferidos y, en situaciones limitadas, ciertos medicamentos de marca no preferidos, que puedan o no compartirse con su plan dependiendo de su acuerdo con Cigna. Dependiendo del diseño del plan, las condiciones del mercado, el grado en el que los pagos del fabricante se compartan con su plan y otros factores a partir de la fecha del servicio, el medicamento de marca preferido puede o no representar el medicamento de marca con el menor costo en su clase para usted o su plan.



1. La descarga y el uso de la aplicación de **myCigna** están sujetos a los términos y condiciones de la aplicación y de las tiendas en línea de donde se descargó. Los cargos estándar del operador de teléfonos y de uso de datos se aplican. Las funciones reales de la aplicación disponibles pueden variar dependiendo de su plan y su perfil de seguridad individual.
2. Los clientes menores de 13 años (o su padre/madre/tutor) no se podrán inscribir en **myCigna.com**.
3. Puede que las leyes del estado en **Connecticut, Louisiana, Nueva York y Texas** exijan que su plan cubra su medicamento en su nivel de beneficios actual hasta que se renueve su plan. Esto significa que si sacan su medicamento de la lista de medicamentos, lo mueven a un nivel de costos compartidos más alto o necesita aprobación de Cigna antes de que su plan lo cubra, puede que estos cambios no empiecen hasta la renovación de su plan. Para obtener más información sobre si estas leyes del estado se aplican a su plan, llame a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de identificación de Cigna.
4. Puede que la ley del estado en **Illinois** exija que su plan cubra sus medicamentos en su nivel de beneficios actual hasta que se renueve su plan. Esto significa que si actualmente tiene aprobación para que su plan cubra su medicamento mediante un proceso de revisión, puede que los cambios de la lista de medicamentos que se mencionan aquí no lo afecten hasta su fecha de renovación de su plan. Si actualmente no tiene la aprobación mediante un proceso de revisión de cobertura, puede seguir recibiendo la cobertura en su nivel de beneficios actual si su médico lo pide. Para saber si esta ley del estado se aplica a su plan, llame a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de identificación de Cigna.
5. Para planes asegurados que deben seguir las leyes de seguros del estado de **Delaware**: Los medicamentos antidepresivos de marca, para dejar de fumar, para trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD) y antipsicóticos que no tienen un equivalente genérico disponible se cubrirán como nivel 2 (marca preferida). Esto es verdadero aun si el medicamento se menciona como nivel 3 (marca no preferida) en la lista de medicamentos de su plan. Para obtener más información sobre cómo sus planes específicos cubren estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o **myCigna.com** o llame a Servicio al Cliente al número en su tarjeta de identificación de Cigna.
6. Generalmente los planes no cubren los medicamentos para dejar de fumar, excepto como lo exija la ley o los términos de su plan específico. Los costos y la información completa de la cobertura de medicamentos con receta del plan, incluyendo una lista completa de exclusiones y limitaciones, se mencionan en los documentos del plan. Si hay diferencias entre la información que se da aquí y los documentos del plan, la información en los documentos del plan prevalece por completo.
7. No se garantizan los precios que se muestran en **myCigna** y la cobertura está sujeta a los términos y condiciones de su plan. Visite **myCigna** para obtener más información.
8. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU., "Generic Drugs: Questions and Answers. (Medicamentos genéricos: Preguntas y respuestas)" Última actualización 03/16/21. <https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers>.
9. No todos los planes ofrecen la entrega en casa y Accredo como opciones de farmacia cubiertas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o **myCigna.com** o consulte el material de su plan para obtener más información sobre las farmacias en la red de su plan.
10. Los costos de envío estándar se incluyen como parte de su plan de receta.
11. Como lo permita la ley. Para medicamentos administrados por un proveedor de atención médica, Accredo enviará directamente el medicamento al consultorio de su médico.
12. Los costos y la información completa de la cobertura de medicamentos con receta del plan se mencionan en los documentos del plan. Si hay diferencias entre la información que se da aquí y los documentos del plan, la información en los documentos del plan prevalece por completo.
13. Los planes que deben seguir las leyes de seguros del estado, como las de **Delaware**, pueden dar cobertura para medicamentos de infertilidad y para dejar de fumar aun si esta lista de medicamentos establece que puede que su plan no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación **myCigna** o **myCigna.com** o consulte el material de su plan.

La disponibilidad del producto puede variar por lugar y el tipo de plan y está sujeta a cambio. Todas las pólizas de seguro médico colectivo y los planes de beneficios médicos contienen exclusiones y limitaciones. Para los costos e información de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna.

Todos los productos y servicios de Cigna se prestan exclusivamente por o mediante las subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo 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 o compañías subsidiarias de servicios de Cigna Health Corporation, incluyendo 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, Inc. Formularios de póliza: OK - HP-APP-1 et al., OR - HP - POL38 02-13, TN - HP-POL43/HC-CER1V1 et al. (CHLIC); GSA-COVER, et al. (CHC-TN). El nombre, el logotipo, "Together all the way." de Cigna 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 de seguro médico

Cigna cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. Cigna no excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Cigna:

- Da ayuda y presta servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información por escrito en otros formatos (en letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratis de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número de llamada sin costo que está en su tarjeta de identificación y pida ayuda a un Asociado de Atención al Cliente.

Si cree que Cigna no prestó estos servicios o discriminó de otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con un correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com o escribiendo a la dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint
Coordinator PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita ayuda para presentar una queja formal por escrito, llame al número al reverso de su tarjeta de identificación o envíe un correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica en el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo 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)
Puede encontrar los formularios de quejas en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna se prestan exclusivamente por, y mediante, subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo 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 o compañías subsidiarias de servicio de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logotipos de Cigna y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Para clientes actuales de Cigna, llame al número al reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (TTY: marque 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

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

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

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

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).