

LISTA DE MEDICAMENTOS CON RECETA NATIONAL PREFERRED DE CIGNA



Cobertura a partir del 1 de julio de 2023

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista corta de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de Cigna a partir del 1 de julio de 2023.^{1,2} Los medicamentos están ordenados de acuerdo con la condición que tratan. Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula, y los medicamentos de marca están escritos en mayúscula.

La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido, por lo que esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre su plan. Además, también es posible que su plan específico no cubra todos los medicamentos incluidos en esta lista. Inicie sesión en la aplicación **myCigna**^{®3} o en **myCigna.com**[®], o consulte los materiales de su plan, para ver todos los medicamentos que cubre su plan.

Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

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

- **Autorización previa:** Determinados medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(PA)** junto al nombre. Su plan no cubrirá estos medicamentos a menos que su médico solicite y reciba la aprobación de Cigna.
- **Límites a la cantidad:** Algunos medicamentos tienen un límite a la cantidad. Esto significa que su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(QL)** junto al nombre. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.

- **Tratamiento escalonado:** Ciertos medicamentos de alto costo no están cubiertos hasta que usted haya probado primero una o más alternativas de menor costo.** Estos medicamentos tienen la abreviatura **(ST)** junto al nombre. Tiene muchas opciones cubiertas para elegir, que pueden usarse para tratar la misma condición.
- **Requisitos de edad:** Ciertos medicamentos solo estarán cubiertos si usted se encuentra dentro de un rango de edad específico. Estos medicamentos tienen la abreviatura **(AGE)** junto al nombre. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido, su plan solo cubrirá el medicamento si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna.

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

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



Elija genéricos y ahorre

Pregúntele a su médico si sería adecuado para usted tomar un medicamento genérico. Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos; en algunos casos, hasta un 85% menos.⁴



Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.

948519SP f CNPF 3T 4T 5T 6T Abridged 04/23

Cómo ver la Lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 1 de abril de 2023.* En Internet podrá ver la lista más actualizada de los medicamentos que cubre su plan.



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



Cigna.com/druglist. Seleccione el nombre de su Lista de medicamentos (**Cigna National Preferred**) y el nivel (por ejemplo, Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5) del menú desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.

¿Tiene preguntas?

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

Lista de medicamentos con receta National Preferred de Cigna

SIDA/VIH

BIKTARVY
CIMDUO
DESCOVY
DOVATO
GENVOYA
JULUCA
ODEFSEY
SYMFI
SYMFI LO
SYMTUZA
TEMIXYS
TRIUMEQ
TRIUMEQ PD

ALERGIA/ROCIADORES NASALES

azelastine nasal spray (QL)
epinephrine auto-injector (QL) (by MYLAN, TEVA)
EPIPEN, EPIPEN JR (PA, QL)
fluticasone nasal spray (QL)
GRASTEK (PA)
hydroxyzine
hydroxyzine pamoate
ipratropium (QL)
mometasone (QL, ST)
ODACTRA (PA)
olopatadine (QL)
ORALAIR (PA)
promethazine

RAGWITEK (PA)
SYMJEPI (QL)

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

NAMZARIC (ST)

ANSIEDAD/DEPRESIÓN/ TRASTORNO BIPOLAR

alprazolam
amitriptyline
bupropion
bupropion sr (QL)
bupropion xl (QL, ST)
buspirone
citalopram tablet (QL)
citalopram solution
desvenlafaxine er (QL, ST)
duloxetine (QL, ST)
escitalopram (QL, ST)
FETZIMA (QL, ST)
fluoxetine (ST)
lorazepam tab, oral conc.
mirtazapine
paroxetine tablet (QL)
paroxetine suspension (ST)
sertraline tablet (QL)
sertraline oral conc.
trazodone
venlafaxine er tab (QL, ST)
venlafaxine er cap (QL)

ASMA/EPOC/ CONDICIONES RESPIRATORIAS

ADEMPAS (PA, QL)
ADVAIR HFA (PA, QL)
albuterol
albuterol hfa (QL) (by CIPLA, PAR, PERRIGO, PROFICIENT RX & TEVA)
ANORO ELLIPTA (QL)
ARNUITY ELLIPTA (QL)
ASMANEX (QL)
ASMANEX HFA (QL)
BEVESPI AEROSPHERE (QL)
BREO ELLIPTA (PA, QL)
BREZTRI AEROSPHERE (QL)
budesonide (QL)
COMBIVENT RESPIMAT (QL)
DULERA (PA, QL)
FASENRA (PA, QL)
montelukast
NUCALA (PA, QL)
OFEV (PA, QL)
OPSUMIT (PA, QL)
QVAR REDIHALER (QL)
SEREVENT DISKUS (QL)
SPIRIVA HANDIHALER (QL)
SPIRIVA RESPIMAT (QL)
STIOLTO RESPIMAT (QL)

SYMBICORT (PA, QL)
tadalafil 20mg (PA, QL)
TEZSPIRE (PA)
TRACLEER (PA, QL)
TRELEGY ELLIPTA (QL)
UPTRAVI (PA, QL)
XOLAIR (PA, QL)
YUPELRI (QL)

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

atomoxetine
DAYTRANA (ST)
dexmethylphenidate er
dextroamphetamine/
amphetamine
dextroamphetamine/
amphetamine er
DYANAVEL XR (ST)
guanfacine er
methylphenidate
methylphenidate er tab
methylphenidate er cap (ST)
MYDAYIS (ST)
QUILLICHEW ER (ST)
QUILLIVANT XR (ST)
VYVANSE (ST)

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

^ No todos los planes cubren este medicamento. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan lo cubre.

Lista de medicamentos con receta National Preferred de Cigna

MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

DOPTELET (PA, QL)
EMPAVELI (PA)
FULPHILA (PA, QL)
TAVALISSE (PA, QL)
ZIENTENZO (PA, QL)

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN

amlodipine
amlodipine/benazepril
atenolol
benazepril
carvedilol
clonidine
diltiazem 24hr er (cd)
enalapril
ENTRESTO (QL)
hydralazine
irbesartan
labetalol
lisinopril
lisinopril/hctz
losartan
losartan/hctz
metoprolol
metoprolol succinate
nifedipine er
olmesartan
olmesartan/hctz
propranolol
propranolol er
ramipril
TAKHZYRO (PA, QL)
TEKTRUNA HCT
telmisartan
valsartan/hctz
VERQUVO (QL)

DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES

BRILINTA
clopidogrel
ELIQUIS (PA)
FRAGMIN
warfarin
XARELTO (PA)

CÁNCER

ALECENSA (PA)
ALUNBRIG (PA, QL)
anastrozole
BOSULIF (PA, QL)
CABOMETYX (PA, QL)
CALQUENCE (PA, QL)
COMETRIQ (PA, QL)
ERIVEDGE (PA, QL)
ERLEADA (PA)
IBRANCE (PA, QL)
IMBRUVICA (PA, QL)
INLYTA (PA, QL)
JAKAFI (PA, QL)
letrozole
LORBRENA (PA, QL)
LYNPARZA (PA, QL)
methotrexate
NINLARO (PA, QL)
NUBEQA (PA, QL)
ODOMZO (PA, QL)
REVLIMID (PA)
ROZLYTREK (PA, QL)
RUBRACA (PA, QL)
SPRYCEL (PA, QL)
STIVARGA (PA, QL)
TALZENNA (PA, QL)
tamoxifen
TASIGNA (PA, QL)
VERZENIO (PA, QL)
VITRAKVI (PA, QL)
VIZIMPRO (PA, QL)
XALKORI (PA, QL)
XTANDI (PA, QL)
YONSA (PA, QL)
ZEJULA (PA, QL)

MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

atorvastatin (QL)
ezetimibe (ST)
fenofibrate (ST)
LIVALO (QL, ST)
lovastatin (QL)
NEXLETOL (PA)
NEXLIZET (PA)
omega-3 acid ethyl esters (PA)
pravastatin (QL)
REPATHA (PA)

rosuvastatin (QL)
simvastatin (QL)
VASCEPA (PA)

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS

blisovi fe
drospirenone-ethinyl estradiol
estarylla
etonogestrel-ethinyl estradiol
junel fe
KYLEENA
MIRENA
norgestimate-ethinyl estradiol
SKYLA
sprintec
tri-sprintec

MEDICAMENTOS PARA LA TOS/ EL RESFRÍO

benzonatate
brompheniramine-pseudoephed-dm
promethazine-dm

PRODUCTOS DENTALES

chlorhexidine
doxycycline hyclate
triamcinolone acetonide

DIABETES

ACCU-CHEK LANCETS
BAQSIMI (QL)
BD AUTOSHIELD DUO NEEDLES
BD INSULIN SYRINGE
BD PEN NEEDLE
BD ULTRAFINE INSULIN SYRINGES, PEN NEEDLES
BYDUREON (PA, QL)
BYETTA (PA, QL)
CEQUR SIMPLICITY
DEXCOM RECEIVER (PA)
DEXCOM G6 SENSOR, TRANSMITTER (PA, QL)
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE
FARXIGA (QL, ST)

FREESTYLE INSULINX, TEST STRIPS, LITE TEST STRIP
FREESTYLE LIBRE READER (PA)
FREESTYLE LIBRE SENSOR (PA, QL)
glimepiride
glipizide
glipizide er
GLUCAGON EMERGENCY KIT (QL)
GLYXAMBI (QL, ST)
GVOKE (QL)
HUMALOG
HUMULIN
JANUMET (QL, ST)
JANUMET XR (QL, ST)
JANUVIA (QL, ST)
JARDIANCE (QL, ST)
LEVEMIR
LYUMJEV
metformin tablet
metformin solution (ST)
metformin er (QL)
MICROLET 2, NEXT LANCING DEVICE
MINIMED NEEDLE
MOUNJARO (PA, QL)
MULTI-LANCET
NANCO 2ND GEN PEN NEEDLE
OMNIPOD PODS (QL)
ONE TOUCH TEST STRIPS: ULTRA, VERIO; LANCETS
OZEMPIC (PA, QL)
PARADIGM
PRECISION XTRA
QUICK-SET PARADIGM
RYBELSUS (PA, QL)
SEGLUROMET (QL, ST)
SEMGLEE (YFGN)
SILHOUETTE
SOLIQUA (QL)
STEGLATRO (QL, ST)
STEGLUJAN (QL, ST)
SYMLINPEN (PA, QL)
SYNJARDY (QL, ST)
SYNJARDY XR (QL, ST)
TECHLITE LANCETS

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

^ No todos los planes cubren este medicamento. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan lo cubre.

Lista de medicamentos con receta National Preferred de Cigna

DIABETES (cont.)

TOUJEO
TRESIBA
TRIJARDY XR (ST)
TRULICITY (PA, QL)
ULTRA-FINE PEN NEEDLE
VEO INSULIN SYRINGE
V-GO
XIGDUO XR (QL, ST)
XULTOPHY (QL)

DIURÉTICOS

chlorthalidone
furosemide
hydrochlorothiazide
KERENDIA (PA, QL)
spironolactone
triamterene/hctz

MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS

ofloxacin

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

MUSE^ (PA, QL)
tadalafil^ (PA, QL) 2.5mg,
5mg, 10mg, 20mg

CONDICIONES OCULARES

AZASITE
ciprofloxacin
erythromycin eye ointment
ketorolac
latanoprost eye solution
(PA)
polymyxin/trimethoprim
eye solution
prednisolone eye
suspension
RESTASIS MULTIDOSE
(PA, QL)
XIIDRA (PA, QL)

CONDICIONES STROINTESTINALES/ PIROSIS

CREON
dicyclomine
esomeprazole (QL, ST)
famotidine 40mg
lansoprazole dr capsule
lansoprazole odt tablet
(QL, ST)

LINZESS (QL)
mesalamine
MOVANTIK (QL)
omeprazole (QL)
ondansetron (QL)
ondansetron odt (QL)
PANCREAZE
pantoprazole susp (ST)
pantoprazole dr (QL)
PENTASA 250MG CAP
promethazine
RECTIV
RELISTOR (ST)
sucralfate
SYMPROIC
TALICIA (QL)
TRULANCE
UCERIS FOAM
VARUBI (QL)
VIBERZI
VIOKACE
ZENPEP

AGENTES HORMONALES

ANDRODERM (PA, QL)
ARMOUR THYROID
COMBIPATCH
dexamethasone
dexamethasone day tab
(PA)
DUAVEE
estradiol
estradiol twice weekly (QL)
GENOTROPIN (PA)
levothyroxine
levoxyl
liothyronine
medroxyprogesterone
methylprednisolone
MYFEMBREE (PA)
NATESTO (PA, QL)
NORDITROPIN (PA)
np thyroid
OMNITROPE (PA)
ORIAHNN (PA)
ORILISSA (PA, QL)
prednisolone sodium
phosphate
prednisone
PREMARIN CREAM
progesterone
SOMAVERT (PA)

testosterone cypionate (PA)
testosterone packet, gel
pump, gel (PA, QL)

INFECCIONES

acyclovir
amoxicillin
amoxicillin/potassium
clavulanate
ARIKAYCE (PA)
azithromycin (PA)
BARACLUDE SOLUTION
BAXDELA (PA, QL)
cefdirinir
cefuroxime
cephalexin
ciprofloxacin
clindamycin oral
doxycycline hyclate (PA,
ST)
doxycycline monohydrate
(ST)
EMVERM (QL)
EPCLUSA (PA, QL)
erythromycin
fluconazole (QL)
HARVONI (PA, QL)
hydroxychloroquine
200mg tablet
KITABIS PAK (PA, QL)
levofloxacin (PA)
metronidazole
minocycline
nitrofurantoin macrocrystal
nystatin
oseltamivir (QL)
penicillin vk
SOLOSEC (QL)
sulfamethoxazole/
trimethoprim
terbinafine
TOBI PODHALER (PA, QL)
valacyclovir (QL)
VEMLIDY
VOSEVI (PA, QL)
XIFAXAN (QL)
ZEPATIER (PA, QL)

VARIOS

AUSTEDO (PA, QL)
CERDELGA (PA, QL)
deferiprone (PA)

NITYR (PA)
NUEDEXTA (PA)
RADICAVA ORS (PA)
STRENSIQ (PA)
TEGSEDI (PA, QL)

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AUBAGIO (PA, QL)
AVONEX (PA, QL)
BAFIERTAM (PA, QL)
BETASERON (PA, QL)
FIRDAPSE (PA)
glatiramer (PA, QL)
glatopa (PA, QL)
KESIMPTA (PA, QL)
MAYZENT (PA, QL)
PLEGRIDY (PA, QL)
PONVORY (PA, QL)
REBIF (PA, QL)
REBIF REBIDOSE (PA, QL)
VUMERITY (PA, QL)
ZEPOSIA (PA, QL)

NUTRITIVOS/ ALIMENTICIOS

betaine anhydrous (PA)
LOKELMA (QL)
PHOSLYRA (QL)
potassium chloride er
VELPHORO (QL)
VELTASSA (ST, QL)

PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

alendronate (QL)
FORTEO (PA, QL)
TYMLOS (PA, QL)

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

acetaminophen/codeine
(PA, QL)
ACTEMRA (PA, QL)
AIMOVIG (PA, QL)
AJOVY (PA, QL)
AMJEVITA (by Amgen)
(PA, QL)
allopurinol
baclofen
BELBUCA (QL, ST)

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

^ No todos los planes cubren este medicamento. Inicie sesión en la aplicación [myCigna](#) o en [myCigna.com](#), o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan lo cubre.

Lista de medicamentos con receta National Preferred de Cigna

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

butalbital/acetaminophen/
caffeine
carisoprodol
celecoxib (ST)
colchicine tablets (ST)
cyclobenzaprine
diclofenac (ST, QL)
DUPIXENT (PA, QL)
EMGALITY (PA, QL)
ENBREL (PA, QL)
FLECTOR (QL, ST)
HUMIRA (PA, QL)
hydrocodone/
acetaminophen (PA, QL)
HYSINGLA ER (QL, ST)
ibu
ibuprofen susp, tablet
ketorlac (QL)
LICART PATCHES (QL, ST)
lidocaine patches (PA, QL)
meloxicam (QL)
methocarbamol
MITIGARE
naproxen
NURTEC ODT (PA, QL)
OTEZLA (PA, QL)
oxycodone (PA, QL)
oxycodone/acetaminophen
(PA, QL)
OXYCONTIN (QL, ST)
QULIPTA (PA, QL)
RASUVO (ST)
RINVOQ ER (PA, QL)
rizatriptan (QL)
SAVELLA (QL, ST)
SIMPONI 100 MG (PA, QL)
(ONLY FOR ULCERATIVE
COLITIS)
SKYRIZI (PA, QL)
STELARA (PA, QL)
sumatriptan (QL)

TALTZ (PA, QL)
tizanidine
tramadol (PA, QL)
TREMIFYA (PA, QL)
UBRELVY (PA, QL)
XELJANZ (PA, QL)
XELJANZ XR (PA, QL)
ZOMIG 2.5MG NASAL (QL,
ST)
ZTLIDO (PA)

ENFERMEDAD DE PARKINSON

INBRIJA (PA, QL)
KYNMOBI (PA, QL)
ropinirole

ESQUIZOFRENIA/ ANTIPSICÓTICOS

aripiprazole solution
aripiprazole tablet (QL)
LATUDA (QL)
olanzapine (QL)
quetiapine (QL)
risperidone solution
risperidone tablet (QL)

TRASTORNOS CONVULSIVOS

clonazepam
DILANTIN 30MG CAPSULE
EPIDIOLEX (PA)
FYCOMPA
gabapentin
lamotrigine
levetiracetam
NAYZILAM (PA, QL)
oxcarbazepine
pregabalin
topiramate

CONDICIONES CUTÁNEAS

ADBRY (PA, QL)
CIBINQO (PA, QL)
clindamycin (QL)

clobetasol (QL, ST)
clotrimazole/
betamethasone (QL)

ENSTILAR (QL, ST)
FINACEA 15% FOAM (ST)
fluocinonide (QL, ST)
halcinonide (ST)
isotretinoin
ketoconazole topical (QL)
metronidazole
MIRVASO (PA)
mupirocin (QL)
ONEXTON (ST)
REGRANEX (QL)
SANTYL (QL)
tacrolimus topical (QL, ST)
tretinoin (PA)
triamcinolone acetonide
(QL, ST)

TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

doxepin (QL, ST)
eszopiclone (QL)
SUNOSI (PA, QL)
temazepam
XYWAV (PA, QL)
zolpidem (QL)
zolpidem er (QL)

DEJAR DE FUMAR

bupropion sr (QL)
varenicline (QL)

ABUSO DE SUSTANCIAS

buprenorphine/naloxone
KLOXXADO (QL)
NARCAN (QL)
ZUBSOLV

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

tacrolimus

CONDICIONES URINARIAS

finasteride
GELNIQUE (QL)
MYRBETRIQ
oxybutynin er
phenazopyridine
tamsulosin

VACUNAS

MODERNA COVID
VACCINE
PFIZER COVID VACCINE
SHINGRIX

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

^ No todos los planes cubren este medicamento. Inicie sesión en la aplicación [myCigna](#) o en [myCigna.com](#), o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan lo cubre.

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas

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

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^ (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
SIDA/VIH	ATRIPLA	efavirenz-emtric-tenofovir disop
	COMPLERA	ODEFSEY
	DELSTRIGO	BIKTARVY, GENVOYA, ODEFSEY, SYMFI, SYMFI LO, SYMTUZA, TRIUMEQ
	PIFELTRO	efavirenz, EDURANT
	PREZCOBIX	atazanavir, lopinavir-ritonavir, ritonavir, PREZISTA
	STRIBILD	BIKTARVY, GENVOYA
	TRUVADA	emtricitabine/tenofovir (tdf)
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	BECONASE AQ, OMNARIS, QNASL, QNASL CHILDREN'S, ZETONNA	flunisolide, fluticasone, mometasone
	epinephrine	generic epinephrine auto-injector, EPIPEN, EPIPEN JR.
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	MESTINON	pyridostigmine
	NAMENDA XR	memantine er
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	AUVELITY	bupropion er, bupropion sr
	BUPROPION HCL XL 450 MG TABLET , FORFIVO XL, WELLBUTRIN XL	bupropion xl
	CELEXA, CITALOPRAM 30MG CAPSULE	citalopram tablets
	CYMBALTA	duloxetine
	DRIZALMA SPRINKLE	desvenlafaxine er, duloxetine, venlafaxine er, FETZIMA
	EFFEXOR XR	venlafaxine er
	LEXAPRO	escitalopram
	LOREEV XR	lorazepam tablets
	PEXEVA, VIIBRYD	citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline
	PRISTIQ	desvenlafaxine er
	PROZAC	fluoxetine
	SERTRALINE 150MG, 200MG CAPSULES	sertraline tablets
	SPRAVATO	olanzapine/fluoxetine, bupropion, desvenlafaxine er, duloxetine, escitalopram, mirtazapine, sertraline
	VALIUM	diazepam
	VENLAFAXINE BESYLATE ER	desvenlafaxine er, duloxetine, venlafaxine er
	VIIBRYD	vilazodone
	WELLBUTRIN SR	bupropion sr
XANAX	alprazolam	
XANAX XR	alprazolam er	
ZOLOFT	sertraline	
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	ADCIRCA	tadalafil
	AIRDUO RESPICLICK, BUDESONIDE-FORMOTEROL	fluticasone-salmeterol (by PRASCO, PROFICIENT RX), WIXELA INHUB, ADVAIR HFA, BREO ELLIPTA, DULERA, SYMBICORT

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

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas (cont.)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO** (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)	albuterol sulfate hfa (by A-S Medication, Prasco), levalbuterol hfa, PROAIR DIGIHALER, PROAIR RESPICLICK, PROAIR HFA, PROVENTIL HFA, VENTOLIN HFA, XOPENEX HFA	albuterol hfa (by CIPLA, PAR, PERRIGO, PROFICIENT RX & TEVA)
	ARMONAIR DIGIHALER, ALVESCO, FLOVENT DISKUS, FLOVENT HFA, FLUTICASONE PROP HFA, PULMICORT FLEXHALER	ARNUITY ELLIPTA, ASMANEX, ASMANEX HFA, QVAR REDIHALER
	DALIRESP	ARNUITY ELLIPTA, ASMANEX HFA, FLOVENT HFA, INCRUSE ELLIPTA, QVAR REDIHALER, SEREVENT DISKUS, SPIRIVA RESPIMAT
	DUAKLIR PRESSAIR	ANORO ELLIPTA, BEVESPI AEROSPHERE, STIOLTO RESPIMAT
	FLUTICASONE-SALMETEROL (By A-S MEDICATION, TEVA)	fluticasone-salmeterol (by PRASCO, PROFICIENT RX), ADVAIR HFA, BREO ELLIPTA, DULERA, SYMBICORT
	FLUTICASONE-VILANTEROL	fluticasone-salmeterol, wixela inhub, ADVAIR HFA, BREO ELLIPTA, DULERA, SYMBICORT
	INCRUSE ELLIPTA	SPIRIVA RESPIMAT, SPIRIVA
	LETAIRIS	ambrisentan
	PERFOROMIST	formoterol fumarate
	PULMICORT	budesonide
	SINGULAIR	montelukast
	STRIVERDI RESPIMAT	SEREVENT DISKUS
	TADLIQ	sildenafil, tadalafil
	TUDORZA PRESSAIR	INCRUSE ELLIPTA, SPIRIVA RESPIMAT, SPIRIVA
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	ADDERALL, ADDERALL XR	dextroamphetamine-amphetamine
	AMPHETAMINE ER SUSPENSION	dextroamphetamine er, dextroamphetamine-amphetamine er, DYANAVEL XR, MYDAYIS, VYVANSE
	APTENSIO XR, CONCERTA, RITALIN LA	methylphenidate er
	EVEKEO	amphetamine sulfate
	FOCALIN	dexmethylphenidate
	FOCALIN XR	dexmethylphenidate er
	INTUNIV	guanfacine er
	METHYLPHENIDATE ER 72MG TAB, RELEXXII	dexmethylphenidate er, methylphenidate cd/er/la, QUILLICHEW ER, QUILLIVANT XR
	RITALIN	methylphenidate
	STRATTERA	atomoxetine
XELSTRYM	dextroamphetamine-amphetamine er, dextroamphetamine er, VYVANSE	
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	FYLNETRA, NEULASTA, NYVEPRIA, STIMUFEND, UDENYCA	FULPHILA, ZIEXTENZO
	MULPLETA	DOPTELET
	OXBRYTA	hydroxyurea, ADAKVEO, DROXIA
	SIKLOS	DROXIA
	TAVNEOS	azathioprine, cyclophosphamide, mycophenolate, RUXIENCE

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

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas (cont.)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/ PARA EL CORAZÓN	ASPRUZYO SPRINKLE ER, RANEXA ER	ranolazine er
	ATACAND	candesartan
	ATACAND HCT	candesartan-hctz
	AVALIDE	irbesartan-hctz
	AVAPRO	irbesartan
	AZOR	amlodipine-olmesartan
	BENICAR	olmesartan
	BENICAR HCT	olmesartan-hctz
	BYSTOLIC	atenolol, carvedilol, metoprolol succinate
	CONJUPRI, LEVAMLODIPINE	amlodipine, felodipine, nifedipine, nicardipine
	COREG	carvedilol
	CORLANOR	atenolol, bisoprolol, carvedilol, metoprolol succinate, metoprolol tartrate, propranolol
	COZAAR	losartan
	DIOVAN, VALSARTAN 4MG/ML SOLUTION	valsartan tablets
	DIOVAN HCT	valsartan-hctz
	EDARBI	candesartan, irbesartan, losartan, olmesartan, telmisartan, valsartan
	EDARBYCLOR	candesartan-hctz, irbesartan-hctz, losartan-hctz, olmesartan-hctz, valsartan-hctz, chlorthalidone plus valsartan
	EPANED SOLUTION	enalapril
	EXFORGE	amlodipine-valsartan
	EXFORGE HCT	amlodipine-valsartan-hctz
	FIRAZYR	icatibant
	HEMANGEOL 4.28 MG/ML ORAL SOLN	propranolol hcl (solution)
	HYZAAR	losartan-hctz
	INDERAL LA, INDERAL XL, INNOPRAN XL	propranolol er
	KAPSPARGO SPRINKLE	metoprolol succinate
	KATERZIA, NORLIQVA	amlodipine
	LOTREL	amlodipine-benazepril
	MICARDIS	telmisartan
	MICARDIS HCT	telmisartan-hctz
	NEXICLON XR	clonidine patches, tablets
	NORPACE, NORPACE CR	amiodarone hcl, quinidine sulfate, sotalol
	NORTHERA	desmopressin, fludrocortisone, indomethacin, midodrine, pyridostigmine
	NORVASC	amlodipine
	QBRELIS	lisinopril
	TEKTRUNA	aliskiren
	TIKOSYN	dofetilide
	TOPROL XL	metoprolol succinate
	TRIBENZOR	olmesartan-amlodipine-hctz

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

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas (cont.)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO** (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES	AGGRENOX	aspirin-dipyridamole er
	ASPIRIN-OMEPRAZOLE, YOSPRALA	aspirin plus omeprazole, esomeprazole, lansoprazole, pantoprazole, rabeprazole
	LOVENOX	enoxaparin
	PLAVIX	clopidogrel
	PRADAXA, SAVAYSA	ELIQUIS, XARELTO
CÁNCER	AFINITOR, AFINITOR DISPERZ	everolimus
	ARIMIDEX	anastrozole
	BESREMI	HYDROXYUREA, PEGASYS
	FOTIVDA	everolimus, CABOMETYX, INLYTA, LENVIMA, NEXAVAR, SUTENT, VOTRIENT
	GLEEVEC	imatinib
	INQOVI	decitabine
	INREBIC	JAKAFI
	KISQALI, KISQALI FEMARA CO-PACK, PIQRAY	IBRANCE, VERZENIO
	ONUREG	azacitidine, decitabine
	QINLOCK	imatinib, NEXAVAR, SPRYCEL, STIVARGA, SUTENT, TASIGNA, VOTRIENT
	REZLIDHIA	TIBSOVO
	SCEMBLIX	imatinib, BOSULIF, ICLUSIG, SPRYCEL, TASIGNA
	TARGRETIN CAPSULE	bexarotene
	TEPMETKO	TABRECTA
	TRUSELTIQ	PEMAZYRE
	XATMEP	methotrexate
	XPOVIO	DARZALEX, KYPROLIS, NINLARO, POMALYST, REVLIMID, THALOMID, VELCADE
ZYTIGA	abiraterone	
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	ALTOPREV, EZALLOR SPRINKLE	atorvastatin, fluvastatin er, lovastatin, pravastatin, rosuvastatin, simvastatin tablets, LIVALO
	ANTARA, FENOFIBRATE CAPSULE , LIPOFEN	fenofibrate, fenofibric acid
	CRESTOR	rosuvastatin
	LIPITOR	atorvastatin
	LOVAZA	omega-3 acid ethyl esters
	PRALUENT	REPATHA
	ROSUVASTATIN-EZETIMIBE	ezetimibe, atorvastatin, rosuvastatin
	TRICOR	fenofibrate
	VYTORIN	ezetimibe-simvastatin
	WELCHOL	colesevelam hcl
	ZETIA	ezetimibe
	ZOCOR	simvastatin

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

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas (cont.)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{**} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	ANNOVERA	generic oral contraceptives, XULANE PATCHES
	BALCOLTRA	AVIANE, LARISSIA, LESSINA, levonorgestrel-eth estradiol, SRONYX, VIENVA
	ESTROSTEP FE	TRI-LEGEST FE, TILIA FE
	GENERESS FE	KAITLIB FE, LAYOLIS FE, norethindrone-estradiol-iron
	LO LOESTRIN FE	BLISOLVI FE, BLISOLVI 24 FE, HAILEY FE, JUNEL FE, LARIN FE, MELODETTA 24 FE, norethindrone- eth estradiol fe
	LOESTRIN	AUROVELA, JUNEL, LARIN, MICROGESTIN, norethindrone-ethinyl estradiol
	LOESTRIN FE	AUROVELA FE, BLISOLVI FE, JUNEL FE, LARIN FE, MICROGESTIN FE, norethindrone-ethinyl estradiol fe, TARINA FE
	LOSEASONIQUE	AMETHIA LO, CAMRESE LO, levonorg-estradiol, LOJAIMIESS
	MINASTRIN 24 FE MIRCETTE	MIBELAS, norethindrone-ethinyl estradiol fe AZURETTE, BEKYREE, desogestrone estradiol, KARIVA, PIMTREA, SIMLIYA, VIORELE
	NATAZIA	BLISOLVI FE, drospirenone-ethinyl estradiol, ESTARYLLA, JUNEL FE, TRI-SPRINTEC
	NEXTSTELLIS	AUROVELA FE, BLISOLVI FE, drospirenone ethinyl estradiol, ESTARYLLA, JUNEL FE, TRI-SPRINTEC, SPRINTEC
	NUVARING	eluryng, etonogestrel-ethinyl estradiol
	PHEXXI	FC2 FEMALE CONDOM, FEMCAP, GYNOL, VCF
	QUARTETTE	FAYOSIM, levonorg-estradiol, RIVELSA
	SAYFRAL	drospirenone-estradiol, TYDEMY
	SEASONIQUE	AMETHIA, ASHLYNA, CAMRESE, DAYSEE, JAIMIESS, levonorg-esgradiol, SIMPESSE
	SLYND	generic progestin-only oral contraceptives
	TAYTULLA	GEMMILY, norethindrone-eth estradiol fe
	TWIRLA	BLISOVI FE, etonogestrel-ethinyl estradiol, HAILEY FE, JUNEL FE, XULANE
	TYBLUME	altavera, aviane, falmina, lessina, portia
YASMIN	OCELLA, SYEDA, ZARAH	
DIABETES	ADLYXIN, VICTOZA	BYDUREON, BYETTA, OZEMPIC, TRULICITY
	ADMELOG, ADMELOG SOLOSTAR, AFREZZA	HUMALOG
	ARKRAY, HOME AIDE DIAGNOSTICS, HTL-STREFA, NIPRO DIAGNOSTICS, SIMPLE DIAGNOSTICS, ULTIMED, AND ALL OTHER DIABETIC PEN NEEDLES & SYRINGES THAT ARE NOT BY BECTON DICKINSON (BD)	BD INSULIN PEN NEEDLE UF MINI, BD NANO PEN NEEDLE, BD ULTRA-FINE PEN NEEDLE, BD INSULIN SYRINGE
	ALOGLIPTIN, NESINA, ONGLYZA, TRADJENTA	JANUVIA
	ALOGLIPTIN-METFORMIN, JENTADUETO, JENTADUETO XR, KAZANO, KOMBIGLYZE XR	JANUMET, JANUMET XR
	ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE	pioglitazine, JANUVIA

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

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas (cont.)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO** (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
DIABETES (cont.)	APIDRA, APIDRA SOLOSTAR, INSULIN ASPART, INSULIN LISPRO, NOVOLOG	HUMALOG
	ASCENSIA (BREEZE, CONTOUR) GLUCOGUARD, ONETOUCH SOLUTIONS STARTER KIT , ROCHE (ACCU-CHEK), TRIVIDIA (TRUETEST, TRUETRACK) All other test strips that are not listed as preferred	FREESTYLE FREEDOM, FREESTYLE INSULINX, FREESTYLE LITE METER, PRECISION XTRA, ONE TOUCH ULTRAMINI, ONE TOUCH VERIO, ONETOUCH VERIO FLEX
	FIASP	HUMALOG, LYUMJEV
	GLUCAGEN HYPOKIT, GLUCAGON EMERGENCY KIT, ZEGALOGUE	BAQSIMI, GLUCAGON EMERGENCY KIT (Lilly), GVOKE
	GLUMETZA, METFORMIN HCL 625MG TABLET	metformin
	INSULIN GLARGINE	LEVEMIR, TOUJEO SOLOSTAR, TRESIBA
	INVOKAMET, INVOKAMET XR	SEGLUROMET, SYNJARDY, SYNJARDY XR, XIGDUO XR
	INVOKANA	FARXIGA, JARDIANCE, STEGLATRO
	KORLYM, RECORLEV	ketoconazole, LYSODREN
	LANTUS, SEMGLEE	SEMGLEE (YFGN) PEN, TOUJEO, TRESIBA, LEVEMIR
	NOVOFINE, NOVOFINE AUTOCOVER, NOVOFINE PLUS, NOVOTWIST, OWEN MUMFORD PEN NEEDLES	BD INSULIN PEN NEEDLE UF MINI, BD NANO PEN NEEDLE, BD ULTRA-FINE PEN NEEDLE
	NOVOLIN, RELION NOVOLIN	HUMULIN
	QTERN	GLYXAMBI, STEGLUJAN
DIURÉTICOS	CAROSPIR	spironolactone
	FUROSCIX, SOAANZ	bumetanide tablets, ethacrynic acid tablets, furosemide tablets, torsemide tablets
	SAMSCA	tolvaptan
	THALITONE	chlorthalidone
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	ciprofloxacin-fluocinolone, CIPRO HC OTIC SUSPENSION	ciprofloxacin-dexamethasone
	CETRAXAL	ciprofloxacin otic, ofloxacin otic
CONDICIONES OCULARES	ACUVAIL, BROMSITE, NEVANAC	bromfenac drops, diclofenac drops, ketorolac drops
	ALOCRIL, ALOMIDE, PAZEO, ZERVIATE	azelastine drops, bepotastine, cromolyn drops, epinastine drops, olopatadine drops
	ALREX, VERKAZIA	azelastine, bepotastine, cromolyn sodium, dexamethasone, epinastine, fluorometholone, olopatadine
	AZOPT	brinzolamide
	BEPREVE	bepotastine besilate
	BESIVANCE, CILOXAN OINTMENT	ciprofloxacin drops, gatifloxacin drops, levofloxacin drops, moxifloxacin drops, ofloxacin drops

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

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas (cont.)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES OCULARES (cont.)	BETIMOL, ISTALOL	betaxolol 0.5% ophthalmic solution, carteolol 1% os, levobunolol 0.25% and 0.5% os, metipranolol 0.3% os, timolol maleate 0.25% and 0.5% ophthalmic gel, timolol maleate 0.25% and 0.5%os, timolol maleate 0.5% os (generic to TIMOPTIC OCUDOSE)
	COSOPT	dorzolamide-timolol
	COSOPT PF	brimonidine 0.2%/ timolol 0.5% solution, dorzolamide 2%/timolol 0.5% solution
	CYSTDROPS	CYSTARAN
	DUREZOL	difluprednate
	DURYSTA, XELPROS, ZIOPTAN	bimatoprost drops, latanoprost drops, travoprost drops
	FLAREX, FML FORTE, MAXIDEX, PRED MILD	dexamethasone drops, fluorometholone drops, loteprednol drops, prednisolone drops
	RHOPRESSA, ROCKLATAN	betaxolol hcl, bimatoprost, dorzolamide-timolol, latanoprost, levobunolol hcl, timolol maleate, travoprost
	TIMOPTIC OCUDOSE	betaxolol drops, brimonidine 0.15% drops, brimonidine 0.2% drops, levobunolol drops, timolol drops
	TOBRADEX ST EYE DROPS, ZYLET	tobramycin/dexamethasone (drops)
	TRAVATAN Z	travoprost
	VABYSMO	EYLEA
	XALATAN	latanoprost drops
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS	ACIPHEX	rabeprazole
	ACIPHEX SPRINKLE, DEXILANT, ESOMEPRAZOLE STRONTIUM, PRILOSEC RX, RABEPRAZOLE DR SPRINKLE, ZEGERID	esomeprazole, lansoprazole, omeprazole, pantoprazole, rabeprazole
	AKYNZEO	granisetron, ondansetron, aprepitant, VARUBI TABLETS
	AMITIZA, IBSRELA, MOTEGRITY, ZELNORM	LINZESS, TRULANCE
	ANTIVERT	meclizine
	ANZEMET	oral granisitron, oral ondansetron
	ASACOL HD, CANASA, LIALDA	mesalamine
	BONJESTA ER	doxylamine succ-pyridoxine hcl
	CLENPIQ, OSMOPREP, PLENVU, SUPREP, SUTAB	gavilyte-g, peg 3350 electrolyte, trilyte with flavor packets
	CORTIFOAM	hydrocortisone enema, UCERIS FOAM
	CUVPOSA, DARTISLA	glycopyrrolate tablets
	DELZICOL	mesalamine dr
	DIPENTUM	balsalazide, mesalamine dr, mesalamine er, sulfasalazine, PENTASA

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

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas (cont.)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{**} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS (cont.)	EMEND	aprepitant
	HELIDAC, PYLERA	lansoprazole-amoxicillin-clarithromycin, TALICIA
	LIBRAX	clidinium with chlordiazepoxide
	LOTRONEX	alosetron
	MOVIPREP	peg-electrolyte solution
	MYTESI	diphenoxylate/atropine, loperamide
	NEXIUM	esomeprazole
	PERTZYE	CREON, ZENPEP
	PREVACID RX	lansoprazole
	PROTONIX	pantoprazole
	RAVICTI	sodium phenylbutyrate, PHEBURANE
	RELTONE	ursodiol
	SENSIPAR	cinacalcet
	TRANSDERM-SCOP	scopolamine
AGENTES HORMONALES	ALKINDI SPRINKLE	hydrocortisone
	ANDROGEL, KYZATREX, TESTIM	testosterone
	BIJUVA, PREMPHASE, PREMPRO	AMABELZ, estradiol-norethindrone acetate, FYAVOLV, JINTELI, MIMVEY, norethindrone-ethinyl estradiol
	CLIMARA PRO	COMBIPATCH
	CRINONE 4%	medroxyprogesterone, megestrol, norethindrone, progesterone
	CYTOMEL	liothyronine
	DIVIGEL, EVAMIST	estradiol patches
	ELESTRIN, ESTRACE, ESTROGEL, MINIVELLE, VIVELLE DOT	estradiol
	EMFLAZA	prednisone solution, prednisone tablets
	ESTRING, IMVEXXY	estradiol cream, estradiol tablets, yuvafem, PREMARIN CREAM
	FEMRING, INTRAROSA	estradiol cream, estradiol patches, estradiol tablets, yuvafem, PREMARIN CREAM,
	HEMADY	dexamethasone
	HUMATROPE, NUTROPIN AQ NUSPIN, SAIZEN, SAIZENPREP, SKYTROFA, ZOMACTON	GENOTROPIN, NORDITROPIN
	ISTURISA	SIGNIFOR
	MENEST, PREMARIN TABLET	estradiol tablets
	NOCTIVA	desmopressin
	OSPHENA	estradiol cream, yuvafem, PREMARIN CREAM
	RECORLEV	ketoconazole, LYSODREN
	SANDOSTATIN LAR	SOMATULINE DEPOT
	SIGNIFOR LAR	SIGNIFOR, SOMATULINE DEPOT

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

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas (cont.)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
AGENTES HORMONALES (cont.)	SYNTHROID	euthyrox, levo-t, levothyroxine, levoxyl, unithroid
	THYQUIDITY, TIROSINT, TIROSINT SOL	euthyrox, levo-t, levothyroxine sodium, levoxyl, unithroid
	TLANDO	TOPICAL, GENERIC TESTOSTERONE, ANDRODERM
	VAGIFEM	estradiol, YUVAFEM
INFECCIONES	ALINIA 500MG TABLET	NITAZOXANIDE
	BARACLUDE	entecavir
	DORYX	doxycycline hyclate
	DORYX MPC, DOXYCYCLINE 40MG CAPSULE, DOXYCYCLINE DR 80MG TABLET	doxycycline hyclate, doxycycline monohydrate
	FIRVANQ	vancomycin capsules
	LAMPIT	benznidazole
	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	HARVONI
	MAVYRET, SOVALDI	EPCLUSA, HARVONI, VOSEVI, ZEPATIER
	MINOCYCLINE ER CAPSULES, XIMINO	minocycline er tablets
	NATROBA	spinosad
	NOXAFIL	posaconazole
	ORACEA	doxycycline hyclate, doxycycline monohydrate, azelaic acid, ivermectin, metronidazole
	PLAQUENIL	hydroxychloroquine
	SITAVIG	acyclovir oral or cream, famciclovir, valacyclovir
	SOFOSBUVIR-VELPATASVIR	EPCLUSA
	TOBI SOLUTION	tobramycin
	TOLSURA	itraconazole
VALTRES	valacyclovir	
VARIOS	ESBRIET CAPSULE, PIRFENIDONE 534MG TAB	pirfenidone tablets, OFEV
	ESBRIET TABLET	pirfenidone
	EXJADE, JADENU, JADENU SPRINKLE	deferasirox
	XENAZINE	tetrabenazine
	ZAVESCA	miglustat
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	AMPYRA	dalfampridine er
	EXTAVIA	AVONEX, BETASERON, PLEGRIDY, REBIF
	GILENYA	fingolimod
	TASCENSO ODT	fingolimod, BAFIERTAM, MAYZENT, PONVORY, VUMERITY, ZEPOSIA
	TECFIDERA	dimethyl fumarate
NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	CYSTADANE 1 GRAM/SCOOP POWDER	betaine anhydrous
	FOSRENOL POWDER PACKET	lanthanum, sevelamer, PHOSLYRA, VELPHORO
	RENAGEL	sevelamer

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

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas (cont.)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	ALLOPURINOL 200MG TABLET	allopurinol
	AMRIX	cyclobenzaprine
	APADAZ, benzhydrocodone- acetaminophen	hydrocodone-acetaminophen
	BACLOFEN 5 MG/5 ML SOLUTION, FLEQSUVY, LYVISPAH	baclofen tablets
	BUPAP	acetaminophen-butalbital
	BUTRANS	buprenorphine
	CELEBREX	celecoxib
	CIMZIA, ILUMYA, ORENCIA SYRINGE, SIMPONI 50mg/ml	ENBREL, HUMIRA, OTEZLA, RINVOQ ER, STELARA SC, TALTZ, XELJANZ
	COLCHICINE CAPSULE, COLCRY5	colchicine tablets, MITIGARE
	CONZIP, TRAMADOL ER	tramadol er
	COSENTYX, SILIQ, SOTYKTU	TALTZ, ENBREL, HUMIRA, OTEZLA, SKYRIZI, STELARA, TREMFYA
	CUPRIMINE	penicillamine
	DICLOFENAC EPOLAMINE PATCH	FLECTOR PATCHES
	DICLOFENAC 35MG CAPSULE, INDOMETHACIN, KETOROLAC NASAL SPRAY, TIVORBEX, VIVLODEX, ZIPSOR, ZORVOLEX	diclofenac, indomethacin, ibuprofen, meloxicam, naproxen, nabumetone
	ELYXYB	celecoxib
	FENOPROFEN CAPSULE, FENORTHO, NALFON CAPSULE	fenopropfen tablets, etodolac, flurbiprofen, ibuprofen, meloxicam, nabumetone
	FENTANYL BUCCAL TABLET, FENTORA, LAZANDA, SUBSYS	fentanyl lozenges
	HYDROCORT-PRAMOXINE, PROCTOFOAM-HC	pramoxine/hydrocortisone
	IMITREX	sumatriptan
	INDOCIN 25MG/5ML SUSPENSION	ibuprofen (suspension), naproxen (suspension)
	INDOCIN 50 MG SUPPOSITORY	etodolac, flurbiprofen, ibuprofen, indomethacin, ketoprofen, meloxicam, naproxen sodium
	KEVZARA, KINERET, OLUMIANT	ACTEMRA, ENBREL, HUMIRA, RINVOQ ER, XELJANZ
	LIDOCAINE-TETRACAINE, PLIAGLIS	lidocaine-prilocaine, lidocaine cream
	LIDODERM	lidocaine cream
	MAXALT, MAXALT MLT	rizatriptan
	MELOXICAM	ibuprofen
	METHOCARBAMOL 1000MG TABLET	methocarbamol
	NUCYNTA	hydrocodone-acetaminophen, morphine, oxycodone, tramadol, tramadol-acetaminophen
	NUCYNTA ER, OXYCODONE ER, XTAMPZA ER	hydromorphone er, morphine er, oxymorphone er, HYSINGLA ER, OXYCONTIN
	ONZETRA XSAIL	sumatriptan
OTREXUP	RASUVO	

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

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas (cont.)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)	OZOBAX	oral baclofen tablets
	PENNSAID	diclofenac topical, FLECTOR PATCHES
	PERCOCET, PRIMLEV, PROLATE	oxycodone-acetaminophen
	QDOLO	tramadol (generic tablet)
	REDITREX	methotrexate inj, RASUVO
	RELAFEN DS	nabumetone, etodolac, flurbiprofen, ibuprofen, ketoprofen, meloxicam, oxaprozin
	RELPAX	eletriptan
	ROXYBOND	oxycodone
	SEGLENTIS	celecoxib, tramadol tablets
	TRAMADOL	tramadol
	TRAMADOL HCL 25MG/5ML CUP	tramadol tablets
	TREXIMET	sumatriptan-naproxen
	ULORIC	febuxostat
	VIMOVO	naproxen-esomeprazole
	ZOLMITRIPTAN NASAL SPRAY, ZOMIG TABLET,	zolmitriptan
ENFERMEDAD DE PARKINSON	APOKYN	KYNMOBI
	DHIVY	carbidopa-levodopa
	GOCOVRI	amantadine capsules, amantadine tablets, amantadine oral solution
	ONGENTYS	entacapone
	XADAGO, ZELAPAR	rasagiline, selegiline
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	ABILIFY	aripiprazole
	LYBALVI	aripiprazole, asenapine, olanzapine, paliperidone er, quetiapine, quetiapine er, LATUDA
	QUETIAPINE, SEROQUEL	quetiapine
	SAPRHIS	asenapine
	SEROQUEL XR	quetiapine er
TRASTORNOS CONVULSIVOS	BANZEL	rufinamide
	EPRONTIA	topiramate sprinkle caps
	FINTEPLA	DIACOMIT, EPIDIOLEX
	KEPPRA, KEPPRA XR	levetiracetam
	KLONOPIN	clonazepam
	LAMICTAL	lamotrigine
	LAMICTAL ODT	lamotrigine odt
	LAMICTAL XR	lamotrigine er
	LYRICA, LYRICA CR	pregabalin
	NEURONTIN	gabapentin
ONFI	clobazam	

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

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas (cont.)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{**} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)	SABRIL POWDER PACKET	vigabatrin, vigadrone
	SABRIL TABLET	vigabatrin
	TOPAMAX	topiramate
	TRILEPTAL	oxcarbazepine
	VIMPAT SOLUTION, TABLET	lacosamide
	ZONEGRAN, ZONISADE	zonisamide
CONDICIONES CUTÁNEAS	ABSORICA LD	accutane, amnesteem, claravis, isotretinoin, myorisan, zenatane
	ACANYA	clindamycin-benzoyl peroxide
	ALCORTIN A	hydrocortisone, betamethasone, clobetasol, fluocinolone, fluocinonide, mometasone, mupirocin
	ANUSOL-HC	hydrocortisone
	ATRALIN	tretinoin
	CALCIPOTRIENE FOAM, SORILUX	calipotriene, calcitriol
	CARAC, FLUOROURACIL CREAM, KLISYRI	diclofenac 3% gel, fluorouracil 2% solution, fluorouracil 5% cream, imiquimod 5% cream
	CLENIA PLUS, SULFACET-SULFUR 9%-4.25% SUSP	sodium sulfacetamide sulfur
	CLINDAGEL	clindamycin gel, erythromycin gel
	CLOCORTOLONE CREAM PUMP	betamethasone, fluocinolone, triamcinolone
	CONDYLOX	podoflox, imiquimod
	DRYSOL	over-the-counter alternatives
	ECOZA, LULICONAZOLE, SULCONAZOLE NITRATE, XOLEGEL	ciclopirox, econazole, ketoconazole, naftifine, oxiconazole
	ELIDEL	pimecrolimus
	ERTACZO, OXISTAT	ciclopirox, clotrimazole, econazole nitrate, ketoconazole, naftifine hcl, oxiconazole nitrate
	FABIOR, TAZORAC GEL	tazarotene 0.1% cream, tretinoin
	HALOBETASOL FOAM, IMPEKLO, IMPOYZ, LEXETTE	betamethasone, clobetasol, desoximetasone, diflorasone, fluocinonide, halobetasol propionate
	KERYDIN	tavaborole
	LOCOID, LOCOID LIPOCREAM	hydrocortisone
	MICONAZOLE-ZINC-PETRO, VUSION	miconazole, clotrimazole, ketoconazole, nystatin
	NORITATE	metronidazole
	QBREXZA	certain, BROMI-LOTION
	RETIN-A MICRO	tretinoin microsphere 0.04% & 0.1%
	SERNIVO	betamethasone, desoximetasone, fluocinolone, fluocinonide, triamcinolone
	TAZORAC CREAM , TAZAROTENE 0.1% FOAM	tazarotene 0.1% cream
	TOPICORT SPRAY	desoximetasone

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

Medicamentos que no están cubiertos y sus alternativas cubiertas (cont.)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ^{^^} (Sin cobertura)	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	ULTRAVATE	halobetasol propionate
	VANOS	fluocinonide
	VELTIN	clindamycin-benzoyl peroxide, clindamycin-tretinoin, erythromycin- benzoyl peroxide, tretinoin, ONEXTON
	VERDESO	desonide
	VEREGEN	imiquimod, podoflox
	WINLEVI	clindamycin topical, clindamycin-tretinoin, erythromycin topical, tretinoin, ONEXTON
	XERESE	acyclovir (cream), acyclovir (oral), famciclovir, valacyclovir
	ZILXI	azelaic acid, metronidazole, ROSULA, FINACEA
	ZOVIRAX OINTMENT	acyclovir
	ZYCLARA	imiquimod 5% cream
TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	AMBIEN	zolpidem
	AMBIEN CR	zolpidem er
	DORAL, QUAZEPAM	estazolam, lorazepam
	LUNESTA	eszopiclone
	NUVIGIL	armodafinil
	PROVIGIL	modafinil
	ROZEREM	ramelteon
	XYREM	SODIUM OXYBATE, XYWAV
ABUSO DE SUSTANCIAS	BUNAVAIL	buprenorphine/naloxone, ZUBSOLV
	LUCEMYRA	clonidine
	SUBOXONE	buprenorphine-naloxone
	ZIMHI	naloxone syringe (generic)
MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	ENVARUS XR	tacrolimus
	LUPKYNIS	mycophenolate, prednisone
CONDICIONES URINARIAS	AVODART	dutasteride
	DETROL	tolterodine
	DETROL LA	tolterodine er
	ENTADFI	finasteride 5mg, tadalafil 5mg
	PROCYSBI	CYSTAGON
	PYRIDIUM	phenazopyridine hcl
	RAPAFLO	silodosin
	THIOLA	tiopronin
	UROXATRAL	alfuzosin er
	VESICARE	solifenacin
VESICARE LS	oxybutynin, oxybutynin er	

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



1. Si está tomando un medicamento que tendrá una cobertura diferente a partir del 1 de julio, es posible que no se vea afectado por el/los cambio(s) en ese momento. Esto se debe a que en **Connecticut, Louisiana, New York y Texas** hay leyes estatales que quizás le exijan a su plan que siga cubriendo su medicamento como hasta ahora, hasta que comience el nuevo año de su plan. Por ejemplo, si Cigna hace un cambio en un medicamento incluido en su Lista de medicamentos el 1 de julio, pero el nuevo año de su plan no comienza hasta el 1 de noviembre, el/los cambio(s) no le afectará(n) hasta el 1 de noviembre. Usted deberá recordar que su cobertura cambiará en ese momento. Para averiguar si estas leyes estatales se aplican a su plan, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
2. Es posible que la legislación estatal de **Illinois** le exija a su plan que cubra sus medicamentos en su nivel de beneficios actual hasta que su plan se renueve. Esto significa que si usted en este momento tiene la aprobación a través de un proceso de revisión para que su plan cubra su medicamento, el/los cambio(s) en la Lista de medicamentos indicado(s) aquí tal vez no le afecte(n) hasta la fecha de renovación de su plan. Si usted en este momento no tiene la aprobación a través de un proceso de revisión de la cobertura, puede seguir recibiendo cobertura en su nivel de beneficios actual si su médico lo solicita. Para averiguar si esta ley estatal se aplica a su plan, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
3. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en **myCigna.com** (así como tampoco sus padres o tutores).
4. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. <https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers>.

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

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

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

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

Cigna:

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

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

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

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

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

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

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



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

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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