



Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de enero de 2025



¿Qué encontrará adentro?	Página
Acerca de esta Lista de medicamentos	3
Cómo leer esta Lista de medicamentos	3
Cómo encontrar su medicamento	5
Lista de medicamentos	6
Preguntas frecuentes	38
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	42

Consulte su Lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 1 de octubre de 2024.* Acceda en línea para obtener información en tiempo real sobre los medicamentos que cubre su plan.

- **Cigna.com/druglist.** Seleccione **National Preferred 3 Tier** (National Preferred de 3 niveles) del menú desplegable. Luego escriba el nombre de su medicamento.
- **Aplicación myCigna[®] o myCigna.com[®].** Apenas empiece su nuevo año del plan, inicie sesión en su cuenta y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos).

¿Tiene preguntas?

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

* La Lista de medicamentos se creó originalmente el: 1 de enero de 2021

Última actualización: 1 de octubre de 2024, para los cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2025

Próxima actualización planificada: 1 de marzo de 2025, para los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2025

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de enero de 2025. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) de acuerdo con la condición que tratan.

La Lista de medicamentos se actualiza regularmente, de modo que este documento no muestra todos los medicamentos que cubre su plan. Además, también es posible que su plan no cubra todos los medicamentos incluidos en esta lista. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para ver la lista más actualizada de medicamentos cubiertos.

Cómo leer esta Lista de medicamentos

Use la tabla incluida abajo para entender cómo están cubiertos los medicamentos.*

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN		
Medicamento	Nivel	Notas
ALTACE	3	
amlodipine	1	
amlodipine- benazepril	1	
amlodipine-olmesartan	1	
amlodipine-valsartan	1	
atenolol	1	
bisoprolol	1	
bisoprolol-hctz	1	
CALAN SR	3	ST
CAMZYOS	2	SP, PA QL
candesartan	1	
CARDIZEM	3	
CARDIZEM CD	3	
CARDIZEM LA	3	
cartia xt	1	
carvedilol	1	
carvedilol er	1	
CATAPRES-TTS	3	QL
clonidine patch, tablet	1	QL
COREG CR	3	ST
CORGARD	3	ST
diltiazem tablet	1	
diltiazem 12hr er	1	
diltiazem 24hr er	1	
diltiazem 24hr er (cd)	1	
diltiazem 24hr er (la)	1	
diltiazem 24hr er (xr)	1	

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

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

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

Los medicamentos que tienen requisitos de cobertura adicionales o que están cubiertos de una determinada manera tienen una abreviatura junto al nombre en la columna Notas

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

Los medicamentos genéricos están escritos en **minúscula**

* Esta tabla es simplemente un ejemplo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

Los medicamentos de marca están escritos en mayúscula

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

Niveles

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

Nivel 1	Medicamentos genéricos. Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.	\$
Nivel 2	Medicamentos de marca preferida. Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa genérica de menor costo.	\$\$
Nivel 3	Medicamentos de marca no preferida. Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa genérica y/o de marca preferida.	\$\$\$

Letras (siglas) en la columna Notas

En esta Lista de medicamentos, algunos medicamentos tienen **letras (siglas)** junto al nombre en la columna Notas. Esto es lo que significan.

PA	Autorización previa*: Este medicamento necesita la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra. El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con los requisitos de cobertura para obtener el medicamento.
QL	Límite a la cantidad*: Su plan cubrirá solamente una determinada cantidad de este medicamento por vez. Si su médico quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que apruebe una cantidad mayor.
ST	Tratamiento escalonado*: Su plan no cubre este medicamento de alto costo hasta que usted primero haya probado al menos una opción de menor costo (por lo general un medicamento genérico o de marca preferida) y no le haya dado resultado. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de este medicamento.
AGE	Requisito de edad*: Su plan solo cubrirá este medicamento si usted tiene una determinada edad o se encuentra dentro de un determinado rango de edad. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido y su médico quiere que tome este medicamento, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que apruebe la cobertura.
SP	Este es un medicamento de especialidad , que se usa para tratar una condición médica compleja. Es posible que algunos planes limiten la cobertura a un suministro para 30 días y/o que le exijan usar una farmacia de especialidad preferida para recibir cobertura.

* 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.

PPACA	La reforma del cuidado de salud establecida por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés) exige que los planes cubran este medicamento/ producto preventivo al 100% o sin que usted tenga que pagar ninguna parte del costo (\$0).
OC	Los planes pueden decidir ofrecer cobertura para ciertos medicamentos, productos y/o clases de medicamentos que en general no están cubiertos. En esta Lista de medicamentos, estos medicamentos/productos tienen la abreviatura OC al lado del nombre. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para ver si su plan los cubre.

Cómo encontrar su medicamento

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

Condición	Página	Condición	Página
SIDA/VIH	6	CONDICIONES OCULARES	19, 20
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	6, 7	PRODUCTOS FEMENINOS	20
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	7	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	20, 21
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	7, 8	AGENTES HORMONALES	21-23
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	8, 9	INFECCIONES	23-25
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	9, 10	INFERTILIDAD	25
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	10	VARIOS	26, 27
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	10-12	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	27
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	12	NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	27, 28
CÁNCER	12-14	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	28
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	14	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	29-31
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	14, 15	ENFERMEDAD DE PARKINSON	31
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	15	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSIKÓTICOS	31, 32
PRODUCTOS DENTALES	15, 16	TRASTORNOS CONVULSIVOS	32, 33
DIURÉTICOS	16-18	CONDICIONES CUTÁNEAS	33-35
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	18	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	35
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	18	DEJAR DE FUMAR	35
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	18	ABUSO DE SUSTANCIAS	35
		MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	35, 36
		CONDICIONES URINARIAS	36
		VACUNAS	36, 37
		CONTROL DEL PESO	37

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

SIDA/VIH		
Medicamento	Nivel	Notas
abacavir-lamivudine	1	SP
APRETUDE	2	SP, PA, PPACA
BIKTARVY	2	SP
CIMDUO	2	SP
DESCOVY	2	SP
DOVATO	2	SP
efavirenz-emtricitabine-tenofovir	1	SP
emtricitabine-tenofovir 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg tablet	1	SP
emtricitabine-tenofovir 200-300 mg tablet	1	SP, PPACA
GENVOYA	2	SP
ISENTRESS	2	SP
ISENTRESS HD	2	SP
JULUCA	2	SP
ODEFSEY	2	SP
PREZISTA ORAL SUSPENSION, 75 MG, 150 MG TABLET	2	SP
PREZISTA 600 MG, 800 MG TABLET	2	SP
ritonavir	1	SP
SYMFI	2	SP
SYMFI LO	2	SP
SYMTUZA	2	SP
tenofovir	1	SP
TIVICAY	2	SP
TIVICAY PD	2	SP
TRIUMEQ	2	SP

SIDA/VIH (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
TRIUMEQ PD	2	SP
VIREAD POWDER, 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET	2	SP
VIREAD 300 MG TABLET	2	SP

ALERGIA/ROCIADORES NASALES		
Medicamento	Nivel	Notas
AUVI-Q	2	QL
azelastine 0.1% (137 mcg) spray	1	QL
azelastine-fluticasone	1	QL, ST
cromolyn oral concentrate	1	
desloratadine	1	QL
epinephrine auto-injector (by MYLAN SPECIALTY, TEVA USA)	1	QL
EPIPEN	2	PA, QL
EPIPEN JR	2	PA, QL
fluticasone spray	1	QL
GASTROCROM	3	
GRASTEK	2	PA
hydroxyzine oral solution, syrup	1	
hydroxyzine tablet	1	
hydroxyzine pamoate	1	
ipratropium spray	1	QL
mometasone spray	1	QL, ST
ODACTRA	2	PA
olopatadine spray	1	QL
ORALAIR	2	PA

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

ALERGIA/ROCIADORES NASALES (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
PATANASE	3	QL
RAGWITEK	2	PA
RYALTRIS	3	QL, ST
SYMJEPI	2	QL
VISTARIL	3	
XHANCE	2	QL, ST

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Medicamento	Nivel	Notas
ADLARITY	3	ST
ARICEPT	3	ST
donepezil	1	ST
donepezil odt	1	
EXELON	3	ST
memantine oral solution, tablet	1	
MEMANTINE 5-10 MG TITRATION PACK	3	
memantine er	1	
NAMENDA 5-10 MG TITRATION PACK	3	
NAMZARIC	2	ST
pyridostigmine oral solution	1	
pyridostigmine er	1	
rivastigmine	1	

ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR²

Medicamento	Nivel	Notas
alprazolam	1	
alprazolam er	1	

ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR (cont.)²

Medicamento	Nivel	Notas
alprazolam intensol	1	
alprazolam odt	1	
alprazolam xr	1	
amitriptyline	1	
ANAFRANIL	3	
ATIVAN TABLET	3	
AUVELITY	3	QL, ST
bupropion	1	
bupropion sr	1	QL
bupropion xl 150 mg, 300 mg tablet	1	QL
buspirone	1	
citalopram oral solution	1	
citalopram tablet	1	QL
clomipramine	1	
DESVENLAFAXINE ER 50 MG, 100 MG TABLET	3	QL, ST
desvenlafaxine succinate er 25 mg, 50 mg, 100 mg tablet	1	QL, ST
duloxetine	1	QL, ST
EMSAM	3	
escitalopram tablet	1	QL
FETZIMA	2	QL, ST
fluoxetine 10 mg, 20 mg, 40 mg capsule	1	QL
fluoxetine oral solution, 10 mg, 20 mg, 60 mg tablet	1	QL, ST
fluoxetine dr	1	QL, ST

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR (cont.)²

Medicamento	Nivel	Notas
fluvoxamine	1	QL
fluvoxamine er	1	QL, ST
lorazepam intensol	1	
lorazepam oral concentrate	1	
lorazepam tablet	1	
mirtazapine	1	
mirtazapine odt	1	
NUPLAZID	3	SP, PA, QL
PAMELOR	3	
paroxetine oral suspension	1	ST
paroxetine tablet	1	QL
paroxetine cr	1	QL, ST
paroxetine er	1	QL, ST
PAXIL	3	QL, ST
PAXIL CR	3	QL, ST
REMERON	3	
sertraline oral concentrate	1	
sertraline tablet	1	QL
trazodone	1	
TRINTELLIX	3	QL, ST
venlafaxine tablet	1	QL
venlafaxine er capsule	1	QL
venlafaxine er tablet	1	QL, ST
ZURZUVAE	2	SP, QL

ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS

Medicamento	Nivel	Notas
ADEMPAS	2	SP, PA, QL
ADVAIR HFA	2	PA, QL
AIRDUO DIGIHALER	3	PA, QL
AIRSUPRA	2	
albuterol	1	
albuterol hfa	1	QL
ambrisentan	1	SP, PA, QL
ANORO ELLIPTA	2	QL
ARNUITY ELLIPTA	2	QL
ASMANEX	2	QL
ASMANEX HFA	2	QL
ATROVENT HFA	3	QL
BREO ELLIPTA	2	PA, QL
breyna	1	PA, QL
BREZTRI AEROSPHERE	2	QL
BRONCHITOL	3	SP, PA
budesonide suspension	1	QL
budesonide-formoterol	1	PA, QL
COMBIVENT RESPIMAT	2	QL
DULERA	2	PA, QL
FASENRA PEN	2	SP, PA, QL
fluticasone-salmeterol 100-50, 250-50, 500-50	1	PA, QL
INCRUSE ELLIPTA	2	QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
KALYDECO	2	SP, PA, QL
montelukast	1	
NUCALA AUTO-INJECTOR, SYRINGE	2	SP, PA, QL
OFEV	2	SP, PA, QL
OPSUMIT	2	SP, PA, QL
OPSYNVI	2	SP, PA, QL
ORENITRAM ER	3	SP, PA, QL
ORENITRAM TITRATION KIT	3	SP, PA, QL
PROVENTIL HFA	3	QL
PULMOZYME	2	SP, PA
QVAR REDIHALER	2	QL
REVATIO ORAL SUSPENSION, TABLET	3	SP, PA, QL
SPIRIVA HANDIHALER	2	QL
SPIRIVA RESPIMAT	2	QL
STIOLTO RESPIMAT	2	QL
STRIVERDI RESPIMAT	2	QL
SYMBICORT	3	PA, QL
SYMDEKO	2	SP, PA, QL
TEZSPIRE	2	SP, PA, QL
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSPENSION	2	SP, PA, QL
TRELEGY ELLIPTA	2	QL
TRIKAFTA	2	SP, PA, QL
TYVASO	2	SP, PA
TYVASO DPI	2	SP, PA
UPTRAVI TABLET, TITRATION PACK	2	SP, PA, QL
VIJOICE	2	SP, PA, QL

ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
wixela inhub	1	PA, QL
XOLAIR	2	SP, PA, QL
YUPELRI	2	QL

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD²

Medicamento	Nivel	Notas
ADZENYS XR-ODT	3	ST
atomoxetine	1	
AZSTARYS	2	ST
COTEMPLA XR-ODT	3	ST
DAYTRANA	3	ST
dexmethylphenidate	1	
dexmethylphenidate er	1	
dextroamphetamine-amphetamine	1	
dextroamphetamine-amphetamine er	1	
EVEKEO ODT	3	
guanfacine er	1	
JORNAY PM	3	ST
METHYLIN	3	
methylphenidate	1	ST
methylphenidate cd	1	
methylphenidate er capsule	1	ST
methylphenidate er 10 mg, 18 mg, 20 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg tablet	1	
methylphenidate er (cd)	1	
methylphenidate er (la)	1	
methylphenidate la	1	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (cont.)²

Medicamento	Nivel	Notas
MYDAYIS	3	ST
QELBREE	3	ST
VYVANSE CAPSULE	3	ST
VYVANSE CHEWABLE TABLET	2	ST

MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

Medicamento	Nivel	Notas
aminocaproic acid oral solution, tablet	1	SP
DOPTELET	2	SP, PA, QL
EMPAVELI	2	SP, PA
ENDARI	3	PA
FABHALTA	2	SP, PA
FULPHILA	2	SP, PA, QL
HEMLIBRA	2	SP, PA
NIVESTYM	2	SP, PA
PROMACTA	2	SP, PA
TAVALISSE	2	SP, PA, QL
TAVNEOS	3	SP, PA, QL
tranexamic acid tablet	1	SP
VOYDEYA	2	SP, PA
ZIEXTENZO	2	SP, PA, QL

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/ PARA EL CORAZÓN

Medicamento	Nivel	Notas
ALTACE	3	
amlodipine	1	
amlodipine-benazepril	1	

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

Medicamento	Nivel	Notas
amlodipine-olmesartan	1	
amlodipine-valsartan	1	
atenolol	1	
bisoprolol-hctz	1	
CALAN SR	3	ST
CAMZYOS	2	SP, PA, QL
candesartan	1	
CARDIZEM	3	
CARDIZEM CD	3	
CARDIZEM LA	3	
cartia xt	1	
carvedilol	1	
carvedilol er	1	
CATAPRES-TTS	3	QL
clonidine patch	1	QL
clonidine tablet	1	
COREG CR	3	ST
CORGARD	3	ST
DEMSEER	3	PA
diltiazem tablet	1	
diltiazem 12hr er	1	
diltiazem 24hr er	1	
diltiazem 24hr er (cd)	1	
diltiazem 24hr er (la)	1	
diltiazem 24hr er (xr)	1	
dilt xr	1	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

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

Medicamento	Nivel	Notas
dofetilide	1	
droxidopa	1	SP, PA
ENTRESTO	2	QL
flecainide	1	
guanfacine	1	
hydralazine tablet	1	
icatibant	1	SP, PA, QL
irbesartan	1	
irbesartan-hctz	1	
labetalol tablet	1	
lisinopril	1	
lisinopril-hctz	1	
LOPRESSOR	3	ST
losartan	1	
losartan-hctz	1	
matzim la	1	
metoprolol tablet	1	
metoprolol er	1	
metyrosine	1	PA
MINIPRESS	3	
minoxidil tablet	1	
MULTAQ	2	
nadolol	1	
nebivolol	1	
nifedipine	1	
nifedipine er	1	

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

Medicamento	Nivel	Notas
NITROSTAT	3	
olmesartan	1	
olmesartan-amlodipine-hctz	1	
olmesartan-hctz	1	
ORLADEYO	3	SP, PA, QL
prazosin	1	
PROCARDIA XL	3	ST
propranolol oral solution, tablet	1	
propranolol er	1	
ramipril	1	
RANEXA	3	ST
ranolazine er	1	
sajazir	1	SP, PA, QL
TAKHZYRO	2	SP, PA, QL
taztia xt	1	
TEKTURN HCT	2	
telmisartan	1	
telmisartan-hctz	1	
TENORETIC 50	3	ST
TENORETIC 100	3	ST
TENORMIN	3	ST
tiadylt er	1	
TIAZAC	3	
valsartan tablet	1	ST
valsartan-hctz	1	
verapamil tablet	1	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

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

Medicamento	Nivel	Notas
verapamil er capsule	1	
verapamil er tablet	1	
verapamil er pm	1	
verapamil sr	1	
VERELAN	3	ST
VERELAN PM	3	ST
VERQUVO	2	QL
ZESTORETIC	3	
ZESTRIL	3	
ZIAC	3	ST

DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES

Medicamento	Nivel	Notas
ARIXTRA	3	SP
BRILINTA	2	
clopidogrel	1	
ELIQUIS	2	
enoxaparin	1	SP
fondaparinux	1	SP
FRAGMIN	2	SP
jantoven	1	
prasugrel	1	
warfarin	1	
XARELTO	2	
ZONTIVITY	3	PA

CÁNCER

Medicamento	Nivel	Notas
abiraterone	1	SP, PA, QL
ALECENSA	2	SP, PA, QL
ALUNBRIG	2	SP, PA, QL
anastrozole	1	PPACA
AUGTYRO	3	SP, PA
AYVAKIT	3	SP, PA, QL
BOSULIF	2	SP, PA, QL
BRAFTOVI	2	SP, PA, QL
BRUKINSA	2	SP, PA
CABOMETYX	2	SP, PA, QL
CALQUENCE	2	SP, PA, QL
capecitabine	1	SP, PA, QL
COMETRIQ	2	SP, PA, QL
COTELLIC	2	SP, PA, QL
ERIVEDGE	2	SP, PA, QL
ERLEADA	2	SP, PA, QL
everolimus	1	SP, PA, QL
exemestane	1	PPACA
EXKIVITY	2	SP, PA, QL
GAVRETO	2	SP, PA, QL
GLEOSTINE	2	
hydroxyurea	1	
IBRANCE	2	SP, PA, QL
ICLUSIG	2	SP, PA, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

CÁNCER (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
imatinib	1	SP, PA, QL
IMBRUVICA	2	SP, PA, QL
INLYTA	2	SP, PA, QL
JAKAFI	2	SP, PA, QL
KISQALI	2	SP, PA, QL
KISQALI FEMARA CO-PACK	2	SP, PA, QL
lenalidomide	1	SP, PA, QL
LENVIMA	2	SP, PA, QL
letrozole	1	
LONSURF	2	SP, PA
LORBRENA	2	SP, PA, QL
LUMAKRAS	3	SP, PA
LYNPARZA	2	SP, PA, QL
MEKINIST	2	SP, PA, QL
MEKTOVI	2	SP, PA, QL
mercaptopurine	1	
methotrexate tablet, 25 mg/ml, 50 mg/2 ml, 250 mg/10 ml, 1 gram/40 ml vial	1	
NERLYNX	2	SP, PA
NEXAVAR	3	SP, PA, QL
NINLARO	2	SP, PA, QL
NUBEQA	2	SP, PA, QL
ODOMZO	2	SP, PA, QL
ORGOVYX	3	SP, PA, QL
PIQRAY	2	SP, PA

CÁNCER (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
POMALYST	2	SP, PA
RETEVMO	3	SP, PA, QL
REVLIMID	2	SP, PA, QL
ROZLYTREK	2	SP, PA, QL
SCEMBLIX	2	SP, PA, QL
SPRYCEL	2	SP, PA, QL
STIVARGA	2	SP, PA, QL
TAFINLAR	2	SP, PA, QL
TAGRISSO	2	SP, PA, QL
TALZENNA	2	SP, PA, QL
tamoxifen	1	PPACA
TASIGNA	2	SP, PA, QL
temozolomide	1	SP, PA
TIBSOVO	2	SP, PA
TREXALL	3	
TUKYSA	3	SP, PA, QL
VENCLEXTA	2	SP, PA, QL
VENCLEXTA STARTING PACK	2	SP, PA, QL
VERZENIO	2	SP, PA, QL
VITRAKVI	2	SP, PA, QL
VIZIMPRO	2	SP, PA, QL
WELIREG	3	SP, PA
XALKORI	2	SP, PA, QL
XELODA	3	SP, PA, QL
XOSPATA	2	SP, PA, QL
XTANDI	2	SP, PA, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

CÁNCER (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
YONSA	2	SP, PA, QL
ZELBORAF	2	SP, PA, QL

MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL

Medicamento	Nivel	Notas
atorvastatin 10 mg, 20 mg tablet	1	QL, PPACA
CADUET	3	QL, ST
DOJOLVI	3	SP, PA
ezetimibe	1	
fenofibrate 43 mg, 67 mg, 130 mg, 134 mg, 200 mg capsule, tablet	1	ST
FENOGLIDE	3	ST
icosapent	1	PA
LIVALO	3	QL, ST
lovastatin	1	QL, PPACA
NEXLETOL	2	PA
NEXLIZET	2	PA
omega-3 ethyl esters	1	PA
pravastatin	1	QL, PPACA
REPATHA PUSHTRONEX	2	PA
REPATHA SURECLICK	2	PA
REPATHA SYRINGE	2	PA
rosuvastatin 5 mg, 10 mg tablet	1	QL, PPACA
simvastatin 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg tablet	1	QL, PPACA
VASCEPA	2	PA
ZYPITAMAG	3	QL, ST

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS

Medicamento	Nivel	Notas
ANNOVERA	3	QL, ST, PPACA
aurovela 24 fe	1	PPACA
aurovela fe	1	PPACA
BEYAZ	3	ST, PPACA
blisovi 24 fe	1	PPACA
blisovi fe	1	PPACA
charlotte 24 fe	1	PPACA
drospirenone-ethinyl estradiol	1	PPACA
ELLA	2	QL, PPACA
eluryng	1	PPACA
estarylla	1	PPACA
etonogestrel-ethinyl estradiol	1	PPACA
gemmily	1	PPACA
hailey 24 fe	1	PPACA
hailey fe	1	PPACA
jasmiel	1	PPACA
junel fe	1	PPACA
junel fe 24	1	PPACA
KYLEENA	2	SP, PPACA
larin 24 fe	1	PPACA
larin fe	1	PPACA
LILETTA	3	SP, PPACA
loryna	1	PPACA
lo-zumandimine	1	PPACA
merzee	1	PPACA
microgestin 24 fe	1	PPACA

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
microgestin fe	1	PPACA
mili	1	PPACA
MIRENA	2	SP, PPACA
mono-linyah	1	PPACA
nikki	1	PPACA
norethindrone-ethinyl estradiol-fe	1	PPACA
norgestimate-ethinyl estradiol	1	PPACA
nymyo	1	PPACA
ocella	1	PPACA
SKYLA	2	SP, PPACA
sprintec	1	PPACA
syeda	1	PPACA
tarina 24 fe	1	PPACA
tarina fe	1	PPACA
tarina fe 1-20 eq	1	PPACA
taysofy	1	PPACA
tilia fe	1	PPACA
tri-estarylla	1	PPACA
tri-legest fe	1	PPACA
tri-linyah	1	PPACA
tri-lo-estarylla	1	PPACA
tri-lo-marzia	1	PPACA
tri-lo-mili	1	PPACA
tri-lo-sprintec	1	PPACA
tri-mili	1	PPACA
tri-nymyo	1	PPACA

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
tri-sprintec	1	PPACA
tri-vylibra	1	PPACA
tri-vylibra lo	1	PPACA
vestura	1	PPACA
vylibra	1	PPACA
YAZ	3	ST, PPACA
zumandimine	1	PPACA

MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO

Medicamento	Nivel	Notas
benzonatate	1	
brompheniramine-pseudoephedrine-dm	1	
HYCODAN	3	
promethazine-dm	1	

PRODUCTOS DENTALES

Medicamento	Nivel	Notas
chlorhexidine 0.12% oral rinse	1	
CLINPRO 5000	3	
denta 5000 plus	1	
dentagel	1	
doxycycline hyclate 20 mg tablet	1	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE	3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	3	
JUST RIGHT 5000	3	
oralone	1	
PERIDEX	3	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

PRODUCTOS DENTALES (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
periogard	1	
PREVIDENT	3	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	3	
PREVIDENT 5000 PLUS	3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	3	
sf	1	
sf 5000 plus	1	
sodium fluoride	1	
sodium fluoride 5000 dry mouth	1	
sodium fluoride 5000 plus	1	
triamcinolone 0.1% paste	1	

DIABETES

Medicamento	Nivel	Notas
ACCU-CHEK AVIVA CONTROL SOLUTION	3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEVICE	2	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION	3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION	3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET KIT	2	
ACTOS	3	QL, ST
BAQSIMI	2	QL

DIABETES (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	2	
BD INSULIN SYRINGE	2	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	2	
BD ULTRA-FINE PEN NEEDLE	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE	2	
BYDUREON BCISE	2	PA, QL
BYETTA	2	PA, QL
CEQR SIMPLICITY	2	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	2	
CYCLOSET	3	
DEXCOM G6 RECEIVER, SENSOR, TRANSMITTER	2	PA, QL
DEXCOM G7 RECEIVER, SENSOR	2	PA, QL
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	2	
EXTENDED RESERVOIR	3	
FARXIGA	2	QL, ST
FREESTYLE INSULINX TEST STRIP	2	
FREESTYLE LIBRE 2 READER, SENSOR	2	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 3 READER, SENSOR	2	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER, SENSOR	2	PA, QL
FREESTYLE LITE TEST STRIP	2	
FREESTYLE PRECISION NEO TEST STRIP	2	
FREESTYLE TEST STRIP	2	
glimepiride	1	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

DIABETES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
glipizide 5mg, 10 mg tablet	1	
glipizide er	1	
glipizide xl	1	
GLYXAMBI	2	QL, ST
GUARDIAN RT CHARGER	3	
GUARDIAN TEST PLUG	3	
GVOKE	2	QL
HUMALOG CARTRIDGE, KWIKPEN, TEMPO PEN	2	
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	2	
HUMULIN 70-30	2	
HUMULIN N	2	
HUMULIN R	2	
ILET INFUSION-CONTACT DETACH	2	
ILET INFUSION KIT-INSET	2	
INPEN (FOR FIASP, HUMALOG, NOVOLOG)	3	
INSULIN GLARGINE-YFGN	2	
INSULIN LISPRO	2	
JANUMET	2	QL, ST
JANUMET XR	2	QL, ST
JANUVIA	2	QL, ST
JARDIANCE	2	QL, ST
LYUMJEV	2	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET	2	
metformin 500 mg, 850 mg, 1,000 mg tablet	1	

DIABETES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
metformin er	1	QL
metformin er gastric	1	PA, QL
metformin er osmotic	1	PA, QL
metformin oral solution	1	ST
MICROLET 2 LANCING DEVICE	2	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE	2	
MINIMED INFUSION SET	2	
MINIMED MIO ADVANCE	2	
MINIMED QUICK SET	2	
MINIMED SILHOUETTE	2	
MINIMED SURE T	2	
MOUNJARO	2	PA, QL
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT, PODS (GEN5)	2	QL
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	2	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	2	QL
OMNIPOD DASH INTRO KIT, PODS (GEN 4)	2	QL
OMNIPOD GO PODS	2	QL
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	2	
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	2	
OSENI	3	QL, ST
OZEMPIC	2	PA, QL
PARADIGM RESERVOIR	2	
pioglitazone	1	QL
PRECISION XTRA	2	
RIOMET	3	ST

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

DIABETES (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
RYBELSUS	2	PA, QL
SEMGLEE (YFGN)	2	
SILHOUETTE INFUSION SET	2	
SOLIQUA 100-33	2	QL
SYMLINPEN	2	PA, QL
SYNJARDY	2	QL, ST
SYNJARDY XR	2	QL, ST
TOUJEO MAX SOLOSTAR	2	
TOUJEO SOLOSTAR	2	
TRESIBA	2	
TRIJARDY XR	2	ST
TRULICITY	2	PA, QL
V-GO 20, 30, 40	2	
XIGDUO XR	2	QL, ST

DIURÉTICOS

Medicamento	Nivel	Notas
acetazolamide tablet	1	
acetazolamide er	1	
ALDACTONE	3	
bumetanide tablet	1	
chlorthalidone	1	
DIURIL	3	
eplerenone	1	
furosemide oral solution, tablet	1	
hydrochlorothiazide	1	

DIURÉTICOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
INSPRA	3	
JYNARQUE	3	SP, PA, QL
KERENDIA	2	PA, QL
spironolactone	1	
tolvaptan	1	SP, PA, QL

MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS

Medicamento	Nivel	Notas
CIPRODEX	3	
ciprofloxacin-dexamethasone	1	
DERMOTIC	3	
neomycin-polymyxin-hydrocortisone	1	
ofloxacin drops	1	
OTOVEL	3	

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Medicamento	Nivel	Notas
CAVERJECT	2	PA, QL, OC
CIALIS	3	PA, QL, OC
EDEX	3	PA, QL, OC
MUSE	2	PA, QL, OC
sildenafil	1	PA, QL, OC
STENDRA	3	PA, QL, OC
tadalafil	1	PA, QL, OC
vardenafil	1	PA, QL, OC
VIAGRA	3	PA, QL, OC

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

CONDICIONES OCULARES		
Medicamento	Nivel	Notas
ALPHAGAN P	3	ST
AZASITE	2	
BETOPTIC S	3	
bimatoprost drops	1	PA
brimonidine	1	
brimonidine-timolol	1	
brinzolamide	1	
bromfenac sodium	1	
CEQUA	3	PA, QL
ciprofloxacin 0.3% eye drop	1	
COMBIGAN	3	ST
cyclosporine 0.05% eye emulsion	1	PA, QL
CYSTARAN	2	SP, PA
difluprednate	1	
dorzolamide-timolol	1	
erythromycin ointment	1	
EYSUVIS	2	PA, QL
fluorometholone	1	
FML LIQUIFILM	3	ST
ILEVRO	3	
INVELTYS	3	ST
latanoprost	1	PA
LOTEMAX	3	ST
LOTEMAX SM	3	ST
loteprednol	1	
MAXITROL	3	

CONDICIONES OCULARES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
MIEBO	2	PA, QL
moxifloxacin drops	1	
neomycin-polymyxin-dexamethasone	1	
OCUFLOX	3	
ofloxacin 0.3% eye drops	1	
OXERVATE	2	SP, PA
polymyxin b-trimethoprim	1	
PRED FORTE	3	
prednisolone 1% eye drops	1	
PROLENSA	3	
RESTASIS	3	PA, QL
RESTASIS MULTIDOSE	2	PA, QL
RHOPRESSA	3	
ROCKLATAN	3	PA
SIMBRINZA	3	
timolol	1	
TIMOPTIC EYE DROPS	3	ST
TIMOPTIC-XE	3	ST
TOBRADEX	3	
tobramycin 0.3% eye drops	1	
tobramycin-dexamethasone	1	
travoprost	1	PA
TYRVAYA	3	PA
VEVYE	3	PA, QL
VIGAMOX	3	
XDEMZY	2	SP, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

CONDICIONES OCULARES (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
XIIDRA	2	PA, QL
ZIRGAN	3	

PRODUCTOS FEMENINOS

Medicamento	Nivel	Notas
fem ph	1	
GYNAZOLE 1	3	
miconazole 3 vaginal suppository	1	
terconazole	1	

CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS

Medicamento	Nivel	Notas
alose tron	1	SP
anucort-hc	1	
aprepitant	1	QL
APRISO ER	3	
ASACOL HD	3	
BYLVAY	3	SP, PA, QL
CHOLBAM	2	SP, PA, QL
constulose	1	
CREON	2	
dexlansoprazole dr	1	QL, ST
DICLEGIS	3	QL
dicyclomine capsule, oral solution, tablet	1	
esomeprazole dr 20 mg, 40 mg capsule, packet	1	QL, ST
famotidine oral suspension	1	

CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
famotidine 40 mg tablet	1	
GATTEX	3	SP, PA
gavilyte-c	1	PPACA
gavilyte-g	1	PPACA
glycopyrrolate oral solution, tablet	1	
GOLYTELY	3	
hemmorex-hc	1	
hydrocortisone ac suppository	1	
KRISTALOSE	3	
lactulose	1	
lansoprazole dr odt	1	QL, ST
lansoprazole dr 30 mg capsule	1	
LEVBID	3	
LEVSIN	3	
LEVSIN-SL	3	
LINZESS	2	QL
LITHOSTAT	3	
LIVMARLI	3	SP, PA
lubiprostone	1	QL
mesalamine	1	
mesalamine dr	1	
mesalamine er	1	
metoclopramide oral solution, tablet	1	
metoclopramide odt	1	
misoprostol	1	
MOTOFEN	3	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
MOVANTI	2	QL
NULEV	3	
OCALIVA	2	SP, PA, QL
OLPRUVA	3	SP, PA
OMECLAMOX-PAK	3	QL
omeprazole dr 10 mg, 20 mg, 40 mg capsule	1	QL
ondansetron	1	QL
ondansetron odt 4 mg, 8 mg tablet	1	QL
PANCREAZE	2	
pantoprazole dr suspension packet	1	ST
pantoprazole dr tablet	1	QL
peg-3350 and electrolytes	1	PPACA
PENTASA 250 MG CAPSULE	2	
PENTASA 500 MG CAPSULE	3	
PEPCID 40 MG TABLET	3	
PHEBURANE	2	SP, PA
PROCTOCORT 30 MG SUPPOSITORY	3	ST
rabeprazole	1	
RECTIV	2	
RELISTOR SYRINGE, VIAL	2	ST
ROBINUL	3	
ROBINUL FORTE	3	
SALIVAMAX	3	
SANCUSO	3	QL
scopolamine	1	

CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
SFROWASA	3	
SUCRAID	2	SP, PA
sucrafate	1	
SYMPROIC	2	
TALICIA	2	QL
TRULANCE	2	
UCERIS RECTAL FOAM	2	
URSO	3	
URSO FORTE	3	
ursodiol	1	
VARUBI	2	QL
VIBERZI	2	
VIOKACE	2	
VOQUEZNA	3	ST
VOQUEZNA DUAL PAK	3	
VOQUEZNA TRIPLE PAK	3	
VOWST	3	SP
XERMELO	2	SP, PA, QL
ZENPEP	2	

AGENTES HORMONALES

Medicamento	Nivel	Notas
ACTHAR SELFJECT	3	SP, PA
ACTIVEVILLA	3	
amabelz	1	
ANGELIQ	3	
ARMOUR THYROID	2	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

AGENTES HORMONALES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
budesonide dr	1	
budesonide ec	1	
budesonide er	1	
cabergoline	1	QL
CETROTIDE	2	SP, OC
CLIMARA	3	QL
COMBIPATCH	2	
DDAVP AMPULE, VIAL	3	SP
DDAVP TABLET	3	
DEPO-ESTRADIOL	2	
DEPO-TESTOSTERONE	3	
desmopressin ampule, vial	1	SP
dexabliss	1	PA
dexamethasone elixir, tablet	1	
dexamethasone oral solution	1	
dexamethasone 6, 10, 13 day 1.5 mg tablet	1	PA
dexamethasone intensol	1	
dotti	1	QL
DUAVEE	2	
EGRIFTA SV	2	SP, PA
ERMEZA	3	ST
ESTRACE TABLET	3	
estradiol cream, tablet, vaginal tablet	1	
estradiol (once, twice weekly)	1	QL
estradiol-norethindrone	1	

AGENTES HORMONALES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
euthyrox	1	
EVAMIST	3	QL
fyremadel	1	SP, OC
GENOTROPIN	2	SP, PA
JATENZO	3	QL
levo-t	1	
levothyroxine tablet	1	
levoxyl	1	
liothyronine tablet	1	
lyllana	1	QL
MEDROL	3	
medroxyprogesterone tablet	1	
MENOSTAR	3	QL
methylprednisolone dose pack, tablet	1	
mimvey	1	
MYCAPSSA	3	SP, PA, QL
MYFEMBREE	2	PA
NGENLA	2	SP, PA
NOCDURNA	3	PA, QL
norethindrone 5 mg tablet	1	
np thyroid	1	
OMNITROPE	2	SP, PA
ORIAHNN	2	PA
ORLISSA	2	PA, QL
prednisone dose pack, solution	1	
prednisone tablet	1	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

AGENTES HORMONALES (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
prednisone intensol	1	
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPLICATOR	2	
progesterone capsule	1	
PROMETRIUM	3	
RAYALDEE	3	ST
RAYOS DR	3	PA
SEROSTIM	2	SP, PA
SOMAVERT	2	SP, PA
TARPEYO	3	SP, PA, QL
testosterone gel, gel pump, packet, solution	1	QL
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PACKET	3	QL
testosterone cypionate	1	
UCERIS 9 MG ER TABLET	3	
unithroid	1	
VOGELXO	3	QL
XYOSTED	2	QL
yuvafem	1	

INFECCIONES

Medicamento	Nivel	Notas
ACTICLATE	3	ST
acyclovir capsule, oral suspension, tablet	1	
AEMCOLO	3	QL
albendazole	1	QL

INFECCIONES (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
amoxicillin	1	
amoxicillin-clavulanate	1	
amoxicillin-clavulanate er	1	
ANCOBON	3	PA
ARAKODA	3	QL
ARIKAYCE	2	SP, PA
atovaquone	1	
atovaquone-proguanil	1	QL
avidoxy	1	
azithromycin packet, oral suspension, tablet	1	
BACTRIM	3	
BACTRIM DS	3	
BARACLUDE SOLUTION	2	SP
BAXDELA TABLET	2	QL
BETHKIS	3	SP, PA, QL
BREXAFEMME	3	QL, ST
CAYSTON	2	SP, PA, QL
cefdinir	1	
cefepodoxime	1	
cefuroxime tablet	1	
cephalexin	1	
CIPRO	3	
ciprofloxacin tablet	1	
clarithromycin	1	
clarithromycin er	1	
CLEOCIN CAPSULE	3	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

INFECCIONES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
clindamycin capsule	1	
CLINDESSE	3	
coremino	1	ST
croton	1	
DARAPRIM	3	SP, PA
DIFICID	3	QL
DIFLUCAN	3	
doxycycline hyclate capsule, 75 mg, 100 mg, 150 mg tablet	1	ST
doxycycline ir-dr	1	ST
doxycycline monohydrate 150 mg capsule	1	ST
E.E.S. 200	3	
e.e.s. 400	1	
EMVERM	2	QL
entecavir	1	SP
EPCLUSA	2	SP, PA, QL
ERYPED	3	
ery-tab dr 250 mg, 333 mg tablet	1	
ERY-TAB DR 500 MG TABLET	3	
erythromycin capsule, oral suspension, tablet	1	
famciclovir	1	QL
FLAGYL	3	
fluconazole	1	QL
flucytosine	1	PA
fosfomicin	1	

INFECCIONES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
HARVONI	2	SP, PA, QL
hydroxychloroquine	1	
IMPAVIDO	2	PA, QL
itraconazole	1	QL
KITABIS PAK	2	SP, PA, QL
LAGEVRIO (EUA)	2	QL
levofloxacin oral solution, tablet	1	
LIVTENCITY	3	SP, PA, QL
LYMEPAK	3	
MACROBID	3	
MACRODANTIN	3	
MALARONE	3	QL
MEPRON	3	
methenamine	1	
metronidazole capsule, tablet, vaginal gel	1	
minocycline	1	
minocycline er tablet	1	ST
MINOLIRA ER	3	ST
mondoxyne nl	1	
nitazoxanide	1	QL
nitrofurantoin mono-macro	1	
NUZYRA 150 MG TABLET	3	SP, QL
nystatin oral suspension, tablet	1	
oseltamivir	1	QL
PAXLOVID	2	QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

INFECCIONES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
PEGASYS	2	SP, QL
penicillin vk	1	
permethrin	1	
posaconazole oral suspension, tablet	1	PA
PREVYMIS TABLET	2	SP, QL
PRIFTIN	2	
SEYSARA	3	ST
SOLODYN	3	ST
SOLOSEC	2	QL
SPORANOX	3	QL
sulfamethoxazole-tmp oral suspension, tablet	1	
sulfamethoxazole-tmp ds tablet	1	
sulfatrim	1	
TAMIFLU	3	QL
TARGADOX	3	ST
terbinafine tablet	1	
THALOMID	2	SP, PA, QL
TOBI PODHALER	2	SP, PA, QL
tobramycin ampule	1	SP, PA, QL
valacyclovir	1	QL
VALCYTE	3	
valganciclovir	1	
VANCOCIN	3	PA, QL
vancomycin capsule, oral solution	1	PA, QL
vandazole	1	

INFECCIONES (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
VEMLIDY	2	SP
VIBRAMYCIN	3	ST
VIVJOA	3	SP, PA, QL
VOSEVI	2	SP, PA, QL
XACIATO	2	
XENLETA TABLET	3	
XIFAXAN	2	QL
XOFLUZA	3	QL
ZEPATIER	2	SP, PA, QL
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION, PACKET, TABLET	3	
ZITHROMAX TRI-PAK	3	
ZYVOX ORAL SUSPENSION, TABLET	3	PA

INFERTILIDAD		
Medicamento	Nivel	Notas
clomiphene	1	OC
CRINONE 8% GEL	2	OC
ENDOMETRIN	3	ST, OC
FOLLISTIM AQ	3	SP, ST, OC
GONAL-F	2	SP, ST, OC
GONAL-F RFF	2	SP, ST, OC
GONAL-F RFF REDI-JECT	2	SP, ST, OC
MENOPUR	2	SP, OC
NOVAREL	2	SP, QL, OC
OVIDREL	2	SP, OC
PREGNYL	3	SP, QL, ST, OC

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

VARIOS		
Medicamento	Nivel	Notas
acamprosate	1	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET	2	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	2	
ADDYI	3	PA, OC
AEROCHAMBER	2	
AEROCHAMBER MECHANICAL VENT	2	
AEROCHAMBER PLUS	2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	2	
AEROTRACH PLUS	2	
AEROVENT PLUS	2	
AUSTEDO	2	SP, PA, QL
AUSTEDO XR	2	SP, PA, QL
AUSTEDO XR TITRATION KIT	2	SP, PA, QL
BREATHRITE	2	
CARBAGLU	2	SP, PA
CERDELGA	2	SP, PA, QL
cinacalcet	1	SP, PA
CLEVER CHOICE CHAMBER	2	
COMPACT SPACE CHAMBER	2	
deferiprone	1	SP, PA
DROPLET LANCET	2	
EASIVENT	2	
EVRYSDI	3	SP, PA, QL
EXSERVAN	3	SP, PA

VARIOS (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
FLEXICHAMBER	2	
GALAFOLD	3	SP, PA, QL
HAEGARDA	2	SP, PA, QL
HORIZANT	3	ST
INGREZZA	3	SP, PA, QL
INGREZZA INITIATION PACK	3	SP, PA, QL
INGREZZA SPRINKLE	3	SP, PA, QL
KETONE CARE TEST STRIP	2	
KETONE TEST STRIP	2	
KETOSTIX REAGENT	2	
MICROCHAMBER	2	
MICROLET LANCET	2	
MICROSPACER	2	
MYALEPT	2	SP, PA
NITYR	2	SP, PA
NUEDEXTA	2	PA
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	2	
ONETOUCH ULTRASOFT LANCET	2	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	2	
OPTICHAMBER DIAMOND	2	
ORFADIN	3	SP, PA
PALYNZIQ	2	SP, PA, QL
POCKET CHAMBER	2	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	2	
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	2	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

VARIOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	2	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	2	
RADICAVA ORS	2	SP, PA
RITEFLO	2	
sapropterin	1	SP, PA
sodium chloride inhalation vial, irrigation solution	1	
SOFT TOUCH LANCET	2	
SPACE CHAMBER MASK	2	
STRENSIQ	2	SP, PA
SURE-T INFUSION 23" SET	2	
TEGLUTIK	3	SP, PA
TEGSEDI	2	SP, PA, QL
TIGLUTIK	3	SP, PA
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	2	
VEOZAH	3	
VORTEX	2	
VORTEX VHC MASK	2	
VOXZOGO	3	SP, PA
VYLEESI	3	SP, PA, QL, OC
VYNDAMAX	2	SP, PA

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Medicamento	Nivel	Notas
AVONEX	2	SP, PA, QL
AVONEX PEN	2	SP, PA, QL
BAFIERTAM	2	SP, PA, QL

ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
BETASERON	2	SP, PA, QL
dalfampridine er	1	SP, PA, QL
dimethyl	1	SP, PA, QL
FIRDAPSE	2	SP, PA
glatiramer	1	SP, PA, QL
glatopa	1	SP, PA, QL
KESIMPTA PEN	2	SP, PA, QL
MAVENCLAD	3	SP, PA, QL
MAYZENT	2	SP, PA, QL
PLEGRIDY	2	SP, PA, QL
PLEGRIDY PEN	2	SP, PA, QL
PONVORY	2	SP, PA, QL
REBIF	2	SP, PA, QL
REBIF REBIDOSE	2	SP, PA, QL
VUMERITY	2	SP, PA, QL

NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS

Medicamento	Nivel	Notas
ACCRUFER	3	OC
AURYXIA	3	
betaine anhydrous	1	SP, PA
calcidol	1	OC
calcitriol ampule, capsule, oral solution, vial	1	OC
CEREFOLIN NAC	3	OC
DEPLIN-ALGAL OIL	3	OC
ergocalciferol	1	OC

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
folic acid 400 mcg, 800 mcg. 0.4 mg, 0.8 mg tablet	1	PPACA
FOLTX	3	OC
klor-con packet	1	
klor-con tablet	1	
klor-con m	1	
K-TAB ER 20 MEQ TABLET	3	
lanthanum	1	QL
LOKELMA	2	QL
METANX	3	OC
MONOFERRIC	3	PA, OC
NASCOBAL	2	QL, ST, OC
NEEVODHA	3	OC
OB COMPLETE	3	OC
OB COMPLETE ONE	3	OC
OB COMPLETE PETITE	3	OC
OB COMPLETE PREMIER	3	OC
OB COMPLETE WITH DHA	3	OC
PHOSLYRA	2	QL
potassium chloride packet, 10% (20 meq/15ml), (40 meq/30ml), 20% (40 meq/15ml) oral solution	1	
potassium chloride er capsule, tablet	1	
PRENATE CHEWABLE	3	OC
PRENATE DHA	3	OC

NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
PRENATE ELITE	3	OC
PRENATE ENHANCE	3	OC
PRENATE ESSENTIAL	3	OC
PRENATE MINI	3	OC
PRENATE PIXIE	3	OC
PRENATE RESTORE	3	OC
PRIMACARE	3	OC
REVELA	3	QL
ROCALTROL	3	ST, OC
sevelamer	1	QL
VELPHORO	2	QL
VELTASSA	2	QL
vitamin d2 400 unit, 1.25 mg (50,000 unit)	1	OC

PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS

Medicamento	Nivel	Notas
alendronate oral solution	1	QL
alendronate tablet	1	QL
BINOSTO	3	QL, ST
EVISTA	3	
FOSAMAX	3	QL, ST
ibandronate tablet	1	QL
raloxifene	1	PPACA
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	3	SP, PA, QL
TYMLOS	2	SP, PA, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

Medicamento	Nivel	Notas
acetaminophen-codeine	1	PA, QL
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	2	SP, PA, QL
ACTEMRA ACTPEN	2	SP, PA, QL
ADALIMUMAB-ADAZ(CF)	2	SP, PA, QL
ADALIMUMAB-ADAZ(CF) PEN	2	SP, PA, QL
ADALIMUMAB-ADB(M)CF	2	SP, PA, QL
ADALIMUMAB-ADB(M)CF PEN	2	SP, PA, QL
ADALIMUMAB-ADB(M)CF PEN CROHNS	2	SP, PA, QL
ADALIMUMAB-ADB(M)CF PEN PS-UV	2	SP, PA, QL
AIMOVIG AUTO-INJECTOR	2	PA, QL
AJOVY AUTO-INJECTOR, SYRINGE	2	PA, QL
allopurinol tablet	1	
ARAVA	3	QL
ARCALYST	3	SP, PA, QL
baclofen oral suspension, tablet	1	
BELBUCA	2	PA, QL
BENLYSTA AUTO-INJECTOR, SYRINGE	2	SP, PA, QL
buprenorphine	1	PA
butalbital-acetaminophen-caffeine	1	
CAMBIA	3	QL, ST
carisoprodol	1	
celecoxib	1	
colchicine	1	ST
cyclobenzaprine	1	
cyclobenzaprine er	1	PA

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
CYLTEZO(CF)	2	SP, PA, QL
CYLTEZO(CF) PEN	2	SP, PA, QL
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	2	SP, PA, QL
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	2	SP, PA, QL
diclofenac potassium	1	QL, ST
diclofenac sodium topical solution	1	QL, ST
diclofenac er	1	
DUEXIS	3	ST
DUPIXENT PEN	2	SP, PA, QL
DUPIXENT SYRINGE	2	SP, PA, QL
EC-NAPROSYN	3	ST
ec-naproxen	1	
eletriptan	1	QL
EMGALITY PEN	2	PA, QL
EMGALITY SYRINGE	2	PA, QL
ENBREL	2	SP, PA, QL
ENBREL MINI	2	SP, PA, QL
ENBREL SURECLICK	2	SP, PA, QL
endocet	1	PA, QL
ENSPRYNG	2	SP, PA
ESGIC	3	PA
febuxostat	1	ST
FEXMID	3	PA
FIORICET 50-300-40 MG CAPSULE	3	PA
FLECTOR	2	QL, ST
glydo	1	QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
GRALISE ER	3	ST
hydrocodone-acetaminophen	1	PA, QL
hydromorphone oral solution, suppository, tablet	1	PA, QL
hydromorphone er	1	PA, QL
HYSINGLA ER	2	PA, QL
ibu	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension	1	
ibuprofen 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg, 50 mg suppository	1	
indomethacin er	1	
ketorolac carpject, syringe, tablet, vial	1	QL
leflunomide	1	QL
LICART	2	QL, ST
lidocaine jelly, 4 % solution, 5 % ointment, patch	1	PA, QL
lidocaine viscous	1	
meloxicam tablet	1	QL
methocarbamol 500 mg, 750 mg tablet	1	
MIGRANAL	3	QL, ST
MITIGARE	2	ST
morphine oral concentrate, oral solution, suppository, syringe, tablet	1	PA, QL

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
morphine er	1	PA, QL
NAPRELAN	3	ST
NAPROSYN	3	ST
naproxen oral suspension	1	ST
naproxen kit, 250 mg, 375 mg, 500 mg tablet	1	
naproxen dr	1	
NURTEC ODT	2	PA, QL
OMVOH PEN	2	SP, PA, QL
OMVOH SYRINGE	2	SP, PA
OTEZLA	2	SP, PA, QL
oxycodone	1	PA, QL
oxycodone-acetaminophen	1	PA, QL
OXYCONTIN	2	PA, QL
prolate tablet	1	PA, QL
QULIPTA	2	PA, QL
RASUVO	2	ST
REYVOW	3	PA, QL
RINVOQ	2	SP, PA, QL
RINVOQ LQ	2	SP, PA, QL
rizatriptan	1	QL
ROXICODONE	3	PA, QL
SAVELLA	2	QL, ST
SIMLANDI(CF) AUTO-INJECTOR	2	SP, PA, QL
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR, SYRINGE	2	SP, PA, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
SIMPONI ARIA	3	SP, PA
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	2	SP, PA, QL
SKYRIZI ON-BODY	2	SP, PA, QL
SKYRIZI PEN	2	SP, PA, QL
SOTYKTU	2	SP, PA, QL
SPRIX	3	QL, ST
STELARA SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL	2	SP, PA, QL
sumatriptan	1	QL
TALTZ AUTO-INJECTOR, SYRINGE	2	SP, PA, QL
tizanidine	1	
TOSYMRA	3	QL, ST
tramadol 50 mg tablet	1	PA, QL
tramadol er tablet	1	PA, QL
TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR, SYRINGE	2	SP, PA, QL
TYENNE AUTO-INJECTOR, SYRINGE	2	SP, PA
UBRELVY	2	PA, QL
vanadom	1	
XELJANZ	2	SP, PA, QL
XELJANZ XR	2	SP, PA, QL
ZANAFLEX	3	
zebutal	1	
ZEMBRACE SYMTOUCH	3	QL, ST
ZEPOSIA	2	SP, PA, QL
ZOMIG NASAL SPRAY	3	QL, ST
ZTLIDO	2	PA
ZYLOPRIM	3	

ENFERMEDAD DE PARKINSON

Medicamento	Nivel	Notas
AZILECT	3	ST
benztropine tablet	1	
carbidopa-levodopa	1	
carbidopa-levodopa er	1	
DUOPA	3	SP, PA
INBRIJA	2	SP, PA, QL
NEUPRO	3	
NOURIANZ	3	SP, PA, QL
pramipexole	1	
pramipexole er	1	
ropinirole	1	
ropinirole er	1	
RYTARY	3	
SINEMET	3	

ESQUIZOFRENIA/ANTIPSIÓTICOS²

Medicamento	Nivel	Notas
ABILIFY MYCITE	3	QL
aripiprazole oral solution	1	
aripiprazole tablet	1	QL
aripiprazole odt	1	QL
asenapine	1	QL
CAPLYTA	3	QL
chlorpromazine oral concentrate, tablet	1	
clozapine	1	
clozapine odt	1	
GEODON CAPSULE	3	QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS (cont.)²

Medicamento	Nivel	Notas
INVEGA	3	QL
LYBALVI	3	QL
olanzapine tablet	1	QL
olanzapine odt	1	QL
paliperidone er	1	QL
quetiapine	1	QL
quetiapine er	1	QL
REXULTI	3	QL
RISPERDAL	3	QL
risperidone tablet	1	QL
risperidone oral solution	1	
risperidone odt	1	QL
SECUADO	3	QL
VRAYLAR	3	QL
ziprasidone	1	QL
ZYPREXA TABLET	3	QL
ZYPREXA ZYDIS	3	QL

TRASTORNOS CONVULSIVOS

Medicamento	Nivel	Notas
APTIOM	3	
BRIVIACT ORAL SOLUTION, TABLET	3	ST
carbamazepine	1	
carbamazepine er	1	
CARBATROL ER	3	
clonazepam tablet	1	
clonazepam odt	1	

TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
DEPAKOTE	3	ST
DEPAKOTE ER	3	ST
DEPAKOTE SPRINKLE	3	ST
DIASTAT	3	
DILANTIN 30 MG CAPSULE	2	
DILANTIN 100 MG, 125 MG CAPSULE, INFATAB, ORAL SUSPENSION	3	
divalproex	1	
divalproex er	1	
ELEPSIA XR	3	ST
EPIDIOLEX	2	SP, PA
epitol	1	
FYCOMPA	2	
gabapentin capsule, tablet	1	
gabapentin oral solution	1	
lacosamide oral solution, tablet	1	
LAMICTAL XR STARTER KIT (BLUE, GREEN, ORANGE)	3	ST
lamotrigine starter kit (blue, green, orange)	1	
lamotrigine tablet	1	
lamotrigine dispersable tablet	1	
lamotrigine er	1	
lamotrigine odt	1	
levetiracetam oral solution, tablet	1	
levetiracetam er	1	
NAYZILAM	2	PA, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

TRASTORNOS CONVULSIVOS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
oxcarbazepine	1	
OXTELLAR XR	3	ST
PHENYTEK	3	
pregabalin	1	
QUDEXY XR	3	ST
roweepra	1	
SPRITAM	3	ST
subvenite	1	
subvenite starter kit	1	
SYMPAZAN	3	PA
TEGRETOL	3	
TEGRETOL XR	3	
topiramate tablet	1	
topiramate sprinkle capsule	1	
topiramate er	1	ST
TROKENDI XR	3	ST
VALTOCO	2	PA, QL
vigabatrin	1	SP, PA, QL
vigadrone	1	SP, PA, QL
XCOPRI	3	QL

CONDICIONES CUTÁNEAS

Medicamento	Nivel	Notas
ABSORICA	3	ST
ACZONE	3	ST
adapalene-benzoyl peroxide	1	
ADBRY AUTO-INJECTOR, SYRINGE	2	SP, PA, QL

CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
AKLIEF	3	PA, ST
amnestem	1	
AMZEEQ	3	ST
ARAZLO	3	PA
avar	1	
azelaic acid	1	
bp 10-1	1	ST
BRYHALI	3	ST
CAPEX SHAMPOO	3	ST
CIBINQO	2	SP, PA, QL
claravis	1	
CLEOCIN T	3	QL, ST
clindacin etz pledget	1	
clindacin p pledget	1	
clindamycin 1% gel	1	QL, ST
clindamycin-benzoyl peroxide	1	
clobetasol	1	QL, ST
CLOBEX	3	QL, ST
clodan shampoo	1	QL, ST
CLODERM	3	ST
clotrimazole-betamethasone	1	QL
dapsone	1	
DENAVIR	3	
DIFFERIN CREAM, LOTION, GEL PUMP	3	ST
DROPSAFE PREP PAD	2	
DUOBRII	3	QL, ST

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
EFUDEX	3	
ENSTILAR	2	QL, ST
EPIDUO FORTE	3	ST
EPSOLAY	3	ST
EUCRISA	2	QL, ST
EVOCLIN	3	QL, ST
EXTINA	3	QL, ST
FINACEA 15% FOAM	2	ST
FINACEA 15% GEL	3	ST
fluorouracil cream, topical solution	1	
halobetasol	1	ST
HALOG	3	ST
isotretinoin	1	
JUBLIA	3	ST
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY	3	QL, ST
ketoconazole cream, foam, shampoo	1	QL, ST
ketodan	1	QL, ST
LITFULO	3	SP, PA, QL
METROCREAM	3	ST
METROGEL TOPICAL 1% GEL	3	ST
metronidazole cream, lotion, gel pump, topical gel	1	
MIRVASO	2	PA
mupirocin 2% ointment	1	QL
myorisan	1	
NAFTIN	3	QL

CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
neuac gel	1	
OLUX	3	QL, ST
ONEXTON	3	ST
OPZELURA	3	PA, QL
pimecrolimus	1	QL, ST
PRAMOSONE	3	ST
REGRANEX	2	QL
RETIN-A	3	
RETIN-A MICRO PUMP 0.06%, 0.08% GEL	3	
RHOFADE	3	PA
rosadan cream, gel	1	
SANTYL	2	QL
sodium sulfacetamide	1	
SOOLANTRA	3	QL, ST
sss 10-5	1	
sulfacleanse 8-4	1	ST
SUMAXIN	3	ST
TACLONEX	3	QL
tacrolimus ointment	1	QL, ST
tazarotene cream, gel	1	PA
TEMOVATE	3	QL, ST
tretinoin 0.025%, 0.05%, 0.1% cream, gel	1	
triamcinolone 0.147 mg/g spray	1	QL, ST
trianex	1	ST

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
triderm	1	ST
tritocin	1	ST
TWYNEO	3	ST
VALCHLOR	2	SP, PA
VECTICAL	3	
VTAMA	3	PA, ST, QL
WYNZORA	3	QL, ST
XEPI	3	QL, ST
YCANTH	3	SP
zenatane	1	
ZORYVE 0.3% CREAM, FOAM	3	PA, QL, ST

TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

Medicamento	Nivel	Notas
BELSOMRA	3	QL, ST
DAYVIGO	3	QL, ST
doxepin tablet	1	QL, ST
eszopiclone	1	QL
HETLIOZ	3	SP, PA, QL
HETLIOZ LQ	3	SP, PA, QL
LUMRYZ	2	SP, PA, QL
modafinil	1	PA, QL
QUVIVIQ	3	QL, ST
RESTORIL	3	
SILENOR	3	QL, ST
SODIUM OXYBATE	2	SP, PA, QL
SUNOSI	2	PA, QL

TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES (cont.)

Medicamento	Nivel	Notas
WAKIX	3	SP, PA, QL
XYWAV	2	SP, PA, QL
zolpidem sublingual tablet, tablet	1	QL
zolpidem er	1	QL

DEJAR DE FUMAR²

Medicamento	Nivel	Notas
APO-VARENICLINE	2	QL, PPACA
bupropion sr 150 mg	1	QL, PPACA
NICOTROL	3	QL, PPACA
NICOTROL NS	3	QL, PPACA
varenicline	1	QL, PPACA

ABUSO DE SUSTANCIAS

Medicamento	Nivel	Notas
buprenorphine-naloxone	1	
KLOXXADO	2	QL
NARCAN	3	QL
OPVEE	3	
ZUBSOLV	2	

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

Medicamento	Nivel	Notas
ASTAGRAF XL	3	SP, PA
CELLCEPT CAPSULE, ORAL SUSPENSION, TABLET	3	SP
everolimus 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg tablet	1	SP
LUPKYNIS	2	SP, PA, QL

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
mycophenolate capsule, oral suspension, tablet	1	SP
mycophenolic acid	1	SP
MYFORTIC	3	SP
PROGRAF GRANULE PACKET	2	SP
PROGRAF CAPSULE	3	SP
RAPAMUNE	3	SP
REZUROCK	3	SP, PA, QL
sirolimus	1	SP
tacrolimus capsule	1	SP
ZORTRESS	3	SP

CONDICIONES URINARIAS		
Medicamento	Nivel	Notas
alfuzosin er	1	
CYSTAGON	2	SP
dutasteride	1	ST
ELMIRON	2	
finasteride 5 mg tablet	1	
FLOMAX	3	ST
GELNIQUE	2	QL
GEMTESA	3	
K-PHOS NO.2	3	
K-PHOS ORIGINAL	2	
MYRBETRIQ	2	
oxybutynin oral solution, syrup, 5 mg tablet	1	

CONDICIONES URINARIAS (cont.)		
Medicamento	Nivel	Notas
oxybutynin er	1	
phenazopyridine 100 mg, 200 mg tablet	1	
PROSCAR	3	ST
silodosin	1	
solifenacin	1	
tamsulosin	1	
THIOLA EC	3	SP, PA
tolterodine	1	
tolterodine er	1	
tropium	1	
tropium er	1	
UROKIT-K	3	

VACUNAS		
No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com , o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.		
Medicamento	Nivel	Notas
ADACEL TDAP	2	PPACA
BEXSERO	2	PPACA
BOOSTRIX TDAP	2	PPACA
ENGERIX-B	2	PPACA
GARDASIL 9	2	PPACA
HAVRIX	2	PPACA
HEPLISAV-B	2	PPACA
MENACTRA	2	

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Lista de medicamentos con receta National Preferred de 3 niveles de Cigna Healthcare

VACUNAS (cont.)

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

Medicamento	Nivel	Notas
MENQUADFI	2	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	2	PPACA
M-M-R II VACCINE	2	PPACA
PNEUMOVAX 23	2	PPACA
PREVNAR 20	2	PPACA
RECOMBIVAX HB	2	PPACA
SHINGRIX	2	PPACA
TWINRIX	2	PPACA
VAQTA	2	PPACA
VARIVAX VACCINE	2	PPACA

CONTROL DEL PESO

Medicamento	Nivel	Notas
CONTRAVE	3	PA, QL, OC
IMCIVREE	3	SP, PA, QL, OC
phentermine	1	PA, QL, OC
QSYMIA	3	PA, QL, OC
WEGOVY	2	PA, QL, OC
ZEPBOUND PEN-INJECTOR	2	PA, QL, OC

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

Nivel 1 – Genéricos

Nivel 2 – Marcas preferidas

Nivel 3 – Marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

OC – Cobertura opcional

Preguntas frecuentes

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

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

R. Revisamos y actualizamos regularmente la Lista de medicamentos de su plan para garantizar la cobertura de medicamentos seguros, clínicamente eficaces y de bajo costo. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Estos cambios pueden incluir:

- **Pasar un medicamento a un nivel de costos más bajo.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento de marca a un nivel de costos más alto cuando haya un genérico disponible.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costos más alto y/o dejar de cubrir un medicamento.** Esto suele suceder dos veces al año, el 1 de enero y el 1 de febrero.
- **Agregar requisitos de cobertura adicionales para un medicamento.**

Cuando hacemos un cambio que afecta la cobertura de un medicamento que está tomando, le avisamos antes de que el cambio entre en vigor. De esta manera, usted tiene tiempo de hablar con su médico sobre las opciones disponibles. Solo usted y su médico pueden decidir qué es lo mejor para su tratamiento.

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

R. Para ayudar a reducir sus costos de cuidado de la salud totales, su plan no cubre determinados medicamentos de marca de alto costo que tienen alternativas de menor costo. Esto se debe a que estas opciones de menor costo actúan de una manera igual o similar al medicamento no cubierto. Si está tomando un medicamento que no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar ese medicamento a través del proceso de revisión de la cobertura.

También hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una "exclusión del plan o del beneficio". Esto significa que el medicamento o el producto no está en la Lista de

medicamentos de su plan, y no existe la opción de pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través del proceso de revisión de la cobertura. Por ejemplo, su plan no cubre, o "excluye", medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

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

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

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

R. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos. Si su medicamento tiene la abreviatura **PA** o **ST** al lado del nombre, necesita aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la abreviatura **QL** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la abreviatura **AGE** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

R. Medicamentos de alto costo que se usan para tratar muchas condiciones, tales como:

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

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

R. La FDA considera que algunos medicamentos solo son clínicamente apropiados para personas de determinada edad o dentro de un determinado rango de edad.

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

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

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que usted cumpla con los requisitos de cobertura para obtener

el medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para consultar el estado de su aprobación.

Si su medicamento no se aprueba, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

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

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

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

R. Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el consultorio de su médico deberá comunicarse con Cigna Healthcare y pedirnos que aprobemos una cantidad mayor.

P. ¿Todos los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos están aprobados por la FDA?

R. Sí.

P. ¿Mi plan cubre medicamentos aprobados recientemente por la FDA?

R. Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Desde la

Preguntas frecuentes (cont.)

fecha de aprobación de la FDA, la decisión puede demorar hasta seis meses. Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través del proceso de revisión de la cobertura.

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

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

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

R. Los medicamentos preventivos se usan para prevenir el desarrollo de determinadas condiciones o para evitar que vuelvan. Estas condiciones incluyen, entre otras, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis, carencia nutritiva prenatal y derrame cerebral.

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

R. Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.³

P. ¿Qué es el costo compartido?

R. Es la cantidad que usted paga de su bolsillo por un medicamento con receta cubierto y/o un servicio de cuidado de la salud o un servicio relacionado elegible. Para algunos planes, el costo compartido es un copago; para otros planes, es un coseguro.

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

R. Puede usar un medicamento que está cubierto en un nivel inferior (por ejemplo, un medicamento genérico o de marca preferida) o pedir que le despachen un suministro para 90 días (si su plan lo permite). Debería consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

R. Un medicamento genérico es igual que su versión de marca en cuanto a seguridad, eficacia, calidad, concentración y formulación, así como en la manera en que se toma y se usa.⁴

Los medicamentos de marca están protegidos por patentes. Las patentes impiden que otros fabricantes vendan versiones genéricas del medicamento de marca. Una vez que finaliza una patente, otras compañías pueden producir y vender una versión genérica del medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca patentado por el fabricante.

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

R. Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.

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

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

Preguntas frecuentes (cont.)

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos. El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

P. Mi farmacia no está en la red de mi plan. ¿Me pueden seguir despachando medicamentos con receta allí?

R. Para aprovechar al máximo la cobertura de su plan, debería usar una farmacia de la red. Si su plan ofrece cobertura fuera de la red, usted pagará su costo compartido fuera de la red para que le despachen un medicamento allí.

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.⁵

Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

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

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional⁶
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Suministro máximo para 90 días de una vez⁷
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

1. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para pasar su receta electrónicamente. Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). ○
2. Llame al consultorio de su médico. Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones) electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. ○

3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al **800.835.3784**. Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Accredo® para medicamentos de especialidad

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados de Accredo puede ayudarle. Ellos le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad a su hogar (o al lugar que usted elija).⁸ También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional.

- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados
- Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- Le ayudarán a encontrar maneras de pagar sus medicamentos
- Envío rápido sin costo adicional
- Renovaciones sencillas y recordatorios
- Lleve el control de sus medicamentos en línea y haga un seguimiento de sus pedidos

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Para obtener más información sobre Accredo, visite **Cigna.com/specialty**.

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

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

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:⁹

- Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos.
- Medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre.
- Medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare lo apruebe.
- Dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan.
- Medicamentos que no son médicamente necesarios.
- Medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular.
- Medicamentos que no están aprobados por la FDA.
- Dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos.
- Medicamentos usados para la fertilidad,¹⁰ la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹⁰ o para mejorar el desempeño atlético.
- Cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos.
- Agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje.
- Reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo.
- Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos.
- Recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad.
- La cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T.
- Más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias.
- Productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

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

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

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despache la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta o que el reembolso quede sujeto a las disposiciones sobre copago, coseguro o deducible de su plan. Es posible que algunas características descritas en este documento no se apliquen a su plan de salud específico, y las características del plan pueden variar según el lugar y el tipo de plan. Consulte los documentos de su plan para conocer los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta de su plan.



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID.
3. Los precios que se muestran en myCigna no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite myCigna para obtener más información.
4. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. [fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers](https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers).
5. No todos los planes ofrecen Express Scripts® Pharmacy y Accredo como opciones de farmacia cubiertas. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan. Cigna Healthcare tiene una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan. No se le aplicará ninguna penalidad, sin importar dónde despache sus recetas.
6. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
7. Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para 90 días y solo pueden envasarse en cantidades más reducidas. Por ejemplo, tres paquetes de anticonceptivos orales equivalen a un suministro para 84 días. Si bien no es un "suministro para 90 días", de todas maneras se considera una receta para 90 días.
8. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.
9. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
10. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan.

Para obtener ayuda en español, llame al número que aparece en su tarjeta de Cigna Healthcare.

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

Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group.

La discriminación es ilegal.

Cobertura médica

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

Cigna Healthcare:

- 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 aparece en su tarjeta de ID y pídale a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.



Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad 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 Healthcare

Nondiscrimination Complaint Coordinator
P.O. Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta ID 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 a:

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 Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, 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 St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. Y Cigna HealthCare of Texas, 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 Healthcare 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 Healthcare, 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 Healthcare 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 Healthcare, 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 Healthcare 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 Healthcare, 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 Healthcare, 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 Healthcare 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 Healthcare 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 Healthcare, 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 Healthcare 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 Healthcare 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 Healthcare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 Healthcare 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 Healthcare-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 می شود. برای مشتریان فعلی Cigna Healthcare لطفاً با شماره ای 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 شماره گیری کنید).