



LISTA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA DE 4 NIVELES DE CIGNA VALUE

Cobertura a partir del 1 de julio de 2021

Contigo paso a paso.®



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

876398SP x Value 4-Tier 04/21



¿Qué encontrará adentro?

Acerca de esta lista de medicamentos con receta	3
Cómo leer esta lista de medicamentos	3
Cómo encontrar su medicamento	5
Medicamentos de especialidad	19
Medicamentos que no están cubiertos	22
Preguntas frecuentes	39
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	43

Cómo ver la lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 1 de abril de 2021.* En Internet podrá ver la lista actualizada de los medicamentos que cubre su plan.



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



Cigna.com/PDL: Desplácese hacia abajo hasta que vea un archivo pdf de la **Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna (los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4).**

¿Tiene preguntas?

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

* Creación de la lista de medicamentos:
creada originalmente el 1 de octubre de 2011

Última actualización: 1 de abril de 2021, para los cambios
que empezarán a regir el 1 de julio de 2021

Próxima actualización planificada: 1 de junio de 2021, para
los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2021

Acerca de esta lista de medicamentos con receta

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles a partir del 1 de julio de 2021.^{1,2} Los medicamentos están agrupados según la condición que tratan, y luego se los ordena alfabéticamente (según el inglés) dentro de niveles que representan niveles de costo compartido.

Esta lista de medicamentos se actualiza bastante seguido, por lo que no es una lista completa de los medicamentos que cubre su plan. Además, también es posible que su plan específico no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver todos los medicamentos que cubre su plan.

Los medicamentos con receta que se usan para tratar alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y los genéricos) y pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec y los genéricos) no están cubiertos en la Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles. Esos medicamentos son considerados exclusiones del plan (o de beneficios). Puede obtener versiones de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) de estos medicamentos en la farmacia sin una receta.

Cómo leer esta lista medicamentos

Use la tabla incluida abajo para leer esta lista de medicamentos. **Este cuadro es solo un ejemplo.** Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles realmente cubre estos medicamentos.

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
INFECCIONES		
acyclovir capsule, suspension, tablet	Albenza	Alinia
amoxicillin	Baraclude solution**	Bactrim
amoxicillin-clavulanate ER	Cipro	Bactrim DS
amoxicillin-clavulanate	Daraprim** (PA)	Baraclude tablet* (QL)
atovaquone	E.E.S. 400	Cayston*
Avidoxy tablet	Epclusa** (PA)	Cleocin
azithromycin packet, suspension, tablet	Ery-Tab 333, 500mg	Clindesse
cefdinir	Harvoni** (PA)	Cresemba (PA)
cefixime	Kitabis Pak*	Dificid (QL)
cefuroxime tablet	Mavyret** (PA)	EryPed 200
cephalexin	Sovaldi** (PA)	Ery-Tab 250mg
ciprofloxacin	Thalomid** (PA)	Monurol
clarithromycin	Uretron D-S	Noxafil suspension, tablet
clarithromycin ER	Vibramycin syrup	Plaquenil
clindamycin	Vosevi** (PA)	Sulfatrim
Coremino (QL)		Suprax
dapsone		Tamiflu (QL)
doxycycline capsule, suspension, tablet		TOBI Podhaler**
doxycycline IR-DR		Uribel
Emverm		Urogesic-Blue
entecavir** (QL)		UTA
erythromycin		Valtrex
famciclovir		Vemlidy**
fluconazole		Vibramycin suspension
hydroxychloroquine		Xifaxan
		Zepatier** (PA)

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

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

Los **medicamentos de especialidad orales** tienen un asterisco (*) junto al nombre; los medicamentos de especialidad inyectables están enumerados en el Nivel 4 (páginas 19 a 21)

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

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

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

Los medicamentos genéricos aparecen escritos en **minúscula**

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna realmente cubre estos medicamentos.

Niveles

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

› Nivel 1 – Normalmente genéricos	(Medicamento con el costo más bajo)	\$
› Nivel 2 – Normalmente de marca preferida	(Medicamento de costo medio)	\$\$
› Nivel 3 – Normalmente de marca no preferida	(Medicamento de mayor costo)	\$\$\$
› Nivel 4 – Medicamentos de especialidad inyectables	(Medicamento con el costo más alto)	\$\$\$\$

Las abreviaturas al lado del nombre de los medicamentos

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

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

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

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

Los medicamentos de marca aparecen en mayúscula

En esta lista de medicamentos, los medicamentos de marca aparecen en mayúscula y los medicamentos genéricos aparecen en minúscula.

Los medicamentos de especialidad tienen un asterisco junto al nombre

Los medicamentos de especialidad se usan para tratar condiciones médicas complejas. En esta lista de medicamentos, los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en la página 19). Los medicamentos de especialidad orales están cubiertos en un nivel inferior (Niveles 1 a 3). Están ordenados alfabéticamente (según el inglés) de acuerdo con la condición que tratan y tienen un asterisco (*) junto al nombre.

Es posible que su plan también limite la cobertura a un suministro para 30 días y/o que le exija usar una farmacia de especialidad preferida para recibir cobertura. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver cómo su plan cubre estos medicamentos.

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

La reforma del cuidado de salud establecida por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés) exige que los planes cubran determinados medicamentos y productos preventivos al 100% o sin que usted tenga que pagar ninguna parte del costo (\$0). En esta lista de medicamentos, estos medicamentos tienen un signo de más (+) al lado del nombre. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver cómo su plan cubre estos medicamentos.

Exclusiones del plan o de beneficios

Su plan no cubre ciertos medicamentos y productos porque son considerados exclusiones del plan o de beneficios. Esto significa que no existe la opción de recibir cobertura a través del proceso de revisión de Cigna demostrando que usted necesita el medicamento para su tratamiento. En esta lista de medicamentos, estos medicamentos tienen un signo de intercalación (^) al lado del nombre. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver qué medicamentos están excluidos de su plan.

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	PRODUCTOS FEMENINOS	12
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	6	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	12, 13
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	6	AGENTES HORMONALES	13
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	6	INFECCIONES	13, 14
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	6, 7	INFERTILIDAD	14
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	7	VARIOS	14
MODIFICADORES DE LA SANGRE/ TRASTORNOS HEMORRÁGICOS	7	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	14
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	7, 8	NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	14, 15
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	8	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS	15
CÁNCER	8	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	15, 16
MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	9	ENFERMEDAD DE PARKINSON	16
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	9-11	ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	16
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	11	TRASTORNOS CONVULSIVOS	16
PRODUCTOS DENTALES	11	CONDICIONES CUTÁNEAS	16, 17
DIABETES	11	TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	17
DIURÉTICOS	11	DEJAR DE FUMAR	17
MEDICAMENTOS PARA LOS OÍDOS	11	ABUSO DE SUSTANCIAS	17
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	12	MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE	17
CONDICIONES OCULARES	12	CONDICIONES URINARIAS	17
		VACUNAS	17, 18
		CONTROL DEL PESO	18

Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en la página 19).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
SIDA/VIH			ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR (cont.)		
abacavir- lamivudine* (PA)	Biktarvy*	Atripla* (PA)	alprazolam ODT		Fetzima (ST, QL)
atazanavir* (PA)	Descovy** (PA)	CIMDUO* (PA)	alprazolam XR		Forfivo XL (ST, QL)
ritonavir*	Dovato*	Complera* (PA)	amitriptyline		Paxil (ST, QL)
tenofovir* (PA)	Genvoya*	Evotaz* (PA)	bupropion (QL)		Paxil CR (ST, QL)
	Isentress*	Intelence* (PA)	bupropion SR+^ (QL)		Prozac (ST, QL)
	Isentress HD* (PA)	Odefsey* (PA)	bupropion XL (QL)		Remeron
	Juluca*	Prezcobix* (PA)	bupirone		Sarafem (ST)
	Prezista*	Stribild* (PA)	citalopram (QL)		Trintellix (ST, QL)
	Selzentry* (PA)	Temixys* (PA)	clomipramine		Viibryd (ST, QL)
	SYMFI*		desvenlafaxine ER (QL)		Wellbutrin SR (ST, QL)
	SYMFI LO*		duloxetine (QL)		Xanax
	Symtuza*		escitalopram (QL)		Xanax XR
	Tivicay*		fluoxetine (QL)		Zoloft (ST, QL)
	Triumeq*		fluoxetine DR (QL)		
	Viread 150mg, 200mg, 250mg tablet, powder* (PA)		fluvoxamine (QL)		
			fluvoxamine ER (QL)		
			lorazepam oral concentrate tablet		
			lorazepam intensol		
			mirtazapine		
			mirtazapine ODT		
			paroxetine (QL)		
			paroxetine CR (QL)		
			paroxetine ER (QL)		
			sertraline (QL)		
			trazodone		
			venlafaxine (QL)		
			venlafaxine ER (QL)		
ALERGIA/ROCIADORES NASALES			ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS		
azelastine^		Clarinet-D 12 Hour	albuterol	ANORO ELLIPTA	Adcirca* (PA)
cromolyn		Gastrocrom	albuterol HFA	Atrovent HFA	Adempas* (PA)
cyproheptadine		GRASTEK (PA, QL)	alyq* (PA)	BREZTRI	Brovana
epinephrine (QL)		Karbinal ER	budesonide	AEROSPHERE	Combivent Respimat
flunisolide^		ODACTRA (PA, QL)	fluticasone- salmeterol	Dulera	Daliresp (QL)
fluticasone^		Patanase	montelukast	Flovent Diskus	Lonhala Magnair (PA)
hydroxyzine		RAGWITEK (PA, QL)	tadalafil 20mg* (PA)	Flovent HFA	Orenitram ER* (PA)
ipratropium		Vistaril	Wixela Inhub	INCRUSE ELLIPTA	Orkambi* (PA, QL)
mometasone^ (QL)				OFEV* (PA)	Perforomist (QL)
olopatadine				Opsumit* (PA)	Pulmicort Respule
promethazine				QVAR RediHaler	Pulmozyme* (PA)
				Serevent Diskus	Revatio oral suspension, tablet* (PA)
				Symbicort	Singulair
					Symdeko* (PA, QL)
					Tracleer tablet* (PA)
					Tyvaso* (PA)
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER					
donepezil		Aricept			
donepezil ODT		Exelon			
memantine		Mestinon			
memantine ER (QL)		Namenda			
pyridostigmine solution, 60mg tablet		Namenda XR (QL)			
pyridostigmine ER		Namzaric (QL)			
rivastigmine					
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR					
alprazolam		Celexa (ST, QL)			
alprazolam ER		Effexor XR (ST, QL)			
alprazolam intensol		EMSAM (QL)			

Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en la página 19).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)			MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN		
	Tracleer 32mg tablet for suspension* (PA) TRELEGY ELLIPTA Uptravi* (PA)		amiodarone tablet amlodipine amlodipine-benazepril amlodipine-olmesartan (QL) amlodipine-valsartan amlodipine-valsartan-HCTZ Adult Aspirin Regimen+ Aspir EC+ aspirin EC+ aspirin 325 mg tablet+ Aspir-Low+ atenolol Bayer Aspirin 325mg tablet+ benazepril benazepril-HCTZ candesartan candesartan-HCTZ cartia XT carvedilol carvedilol ER (QL) Children's Aspirin+ clonidine diltiazem diltiazem 12HR ER diltiazem 24HR ER diltiazem 24HR ER (CD) diltiazem 24HR ER (LA) diltiazem 24HR ER (XR) dofetilide (QL) doxazosin Ecotrin EC 81 mg tablet+ Ecpirin EC+ enalapril flecainide hydralazine tablet irbesartan irbesartan-HCTZ isosorbide mononitrate	Corlanor (PA) Entresto	Adalat CC BiDil (QL) Calan SR Cardizem LA (QL) Cardura Catapres Catapres-TTS 1 Catapres-TTS 2 Catapres-TTS 3 Coreg (ST) Coreg CR (ST, QL) Corgard (ST) Ecotrin EC 325mg tablet+ Epaned Hemangeol Inderal LA (ST) Inderal XL (ST) InnoPran XL (ST) Kapsargo Sprinkle (ST) Lopressor (ST) Minipress MULTAQ Nitrostat Northera* (PA) Norvasc Pacerone 100mg, 400mg (PA) Procardia Procardia XL Ranexa (QL) Rythmol SR (PA) Tenoretic 50 (ST) Tenoretic 100 (ST) Tenormin (ST) Tiazac Tikosyn (PA, QL) Toprol XL (ST) Verelan Verelan PM
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD					
atomoxetine (QL) clonidine ER dexmethylphenidate (PA age) dexmethylphenidate ER (PA age, QL) dextroamphetamine-amphetamine (PA age) dextroamphetamine-amphetamine ER (PA age, QL) guanfacine ER methylphenidate (PA age) methylphenidate CD (PA age, QL) methylphenidate ER (QL) methylphenidate ER (CD) (PA age, QL) methylphenidate ER (LA) (PA age, QL) methylphenidate LA (PA age, QL) Relexxii (PA age, QL)		Adderall (PA age, ST) Daytrana (PA age, QL) Evekeo (PA age, ST) Focalin (PA age, ST) Intuniv ER Kapvay ER Methylin (PA age) Quillivant XR (PA age, QL) Ritalin tablet (PA age, ST) Strattera (QL)			
MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS					
	Droxia	Amicar* Endari Lysteda* Promacta* (PA) Siklos (PA) Tavalisse* (PA)			

Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en la página 19).

NIVEL 1 \$			NIVEL 2 \$\$			NIVEL 3 \$\$\$					
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/ PARA EL CORAZÓN (cont.)						DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES (cont.)					
isosorbide mononitrate ER labetalol tablet lisinopril lisinopril-HCTZ losartan losartan-HCTZ Low Dose Aspirin EC+ Matzim LA metoprolol metoprolol ER nadolol nifedipine nifedipine ER olmesartan (QL) olmesartan-amlodipine-HCTZ olmesartan-HCTZ (QL) Pacerone 200mg tablet prazosin propafenone propafenone ER propranolol solution, tablet propranolol ER ramipril St. Joseph Aspirin+ ranolazine ER (QL) Taztia XT telmisartan (QL) telmisartan-HCTZ (QL) valsartan valsartan-HCTZ verapamil capsule, tablet verapamil ER verapamil ER PM verapamil SR						Jantoven prasugrel warfarin Effient Plavix Pradaxa (PA) Savaysa (PA, QL) Zontivity					
CÁNCER											
abiraterone* (PA) anastrozole+ capecitabine* (PA) exemestane+ imatinib* (PA) letrozole mercaptopurine methotrexate tamoxifen+ temozolomide* (PA)						Afinitor 10mg* (PA) Erivedge* (PA) Erleada* (PA) Gleostine IBRANCE* (PA) Nexavar* (PA) Revlimid* (PA) SPRYCEL* (PA) Sutent* (PA) Tassigna* (PA) Trexall Tykerb* (PA) Verzenio* (PA)			Afinitor 2.5mg, 5mg, 7.5mg* (PA) Afinitor Disperz* (PA) ALECENSA* (PA) Alunbrig* (PA) Bosulif* (PA) CABOMETYX* (PA) COMETRIQ* (PA) Gleevec* (PA) Imbruvica* (PA) Inlyta* (PA) Jakafi* (PA) Kisqali* (PA) Lenvima* (PA) Lonsurf* (PA) LORBRENA* (PA) Lynparza* (PA) Mekinist* (PA) Nerlynx* (PA) NINLARO* (PA) NUBEQA* (PA) Odomzo* (PA) Pomalyst* (PA) Purixan* Rubraca* (PA) Stivarga* (PA) Tafinlar* (PA) Tagrisso* (PA) Talzenna* (PA) Targetin capsule* (PA) Temodar capsule* (PA) Tykerb* (PA) Venclexta* (PA) VIZIMPRO* (PA) Votrient* (PA) XALKORI* (PA) Xeloda* (PA) Xtandi* (PA) Zejula* (PA)		
DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES											
aspirin-dipyridamole ER clopidogrel			BRILINTA Eliquis (PA) Xarelto (PA)			Aggrenox Bevyxxa (QL) Coumadin (PA)					

Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en la página 19).

NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$	NIVEL 1 \$	NIVEL 2 \$\$	NIVEL 3 \$\$\$
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)			PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS (cont.)		
Junel FE 24 ⁺			norgestimate-ethinyl estradiol ⁺		
Katlib FE ⁺			Norlyda ⁺		
Kalliga ⁺			Nortrel ⁺		
Kariva ⁺			Ocella ⁺		
Kelnor 1-35 ⁺			Option 2 ⁺		
Kelnor 1-50 ⁺			Orsythia ⁺ Philith ⁺		
Kurvelo ⁺			Pimtrea ⁺		
Larin ⁺			Pirmella ⁺		
Larin FE ⁺			Portia ⁺		
Larin 24 FE ⁺			Previfem ⁺		
Larissia ⁺			Reclipsen ⁺		
Leena 28 tablet ⁺			Rivelsa ⁺		
Lessina ⁺			Setlakin ⁺		
Levonest ⁺			Sharobel ⁺		
levonorgestrel ⁺			Simliya ⁺		
levonorgestrel- ethinyl estradiol ⁺			Simpesse ⁺ Sprintec ⁺		
levonorgestrel-ethinyl estradiol ethinyl estradiol ⁺			Sronyx ⁺		
Levora-28 ⁺			Syeda ⁺		
Lillow ⁺			Tarina 24 FE ⁺		
Loryna ⁺			Tarina FE 1-20 EQ ⁺		
Low-Ogestrel ⁺			Tilia FE 28 ⁺		
Lo-Zumandimine ⁺			Tri Femynor ⁺		
Lutera ⁺			Tri-Estarylla ⁺		
Lyza ⁺			Tri-Legest FE ⁺		
Marlissa ⁺			Tri-Linyah ⁺		
medroxyprogesterone 150mg/ml ⁺			Tri-Lo-Estarylla ⁺		
Melodetta 24 FE ⁺			Tri-Lo-Marzia ⁺		
Mibelas 24 FE ⁺			Tri-Lo-Mili ⁺		
Microgestin ⁺			Tri-Lo-Sprintec ⁺		
Microgestin FE ⁺			Tri-Mili ⁺		
Mili ⁺			Tri-Previfem ⁺		
Mono-Linyah ⁺			Tri-Sprintec ⁺		
My Choice ⁺			Trivora-28 ⁺		
My Way ⁺			Tri-Vylibra ⁺		
Necon ⁺			Tri-Vylibra Lo ⁺		
Nikki ⁺			Tulana ⁺		
Nora-BE ⁺			Tydemy ⁺		
norethindrone ⁺			VCF Contraceptive ⁺		
norethindrone- ethinyl estradiol ⁺			Velivet ⁺		
norethindrone- ethinyl estradiol-FE ⁺			Vienva ⁺		
			Viorele ⁺		
			Vyfemla ⁺		
			Vylibra ⁺		
			Wera		
			Wide Seal		
			Diaphragm ⁺		

Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en la página 19).

NIVEL 1 \$			NIVEL 2 \$\$			NIVEL 3 \$\$\$																																																																																																																																																																																																																																			
DISFUNCIÓN ERÉCTIL						PRODUCTOS FEMENINOS																																																																																																																																																																																																																																			
sildenafil tablet^ (QL)			tadalafil mg^ (PA, QL)			vardenafil^ (QL)			Fem pH			GYNAZOLE 1			miconazole 3 vaginal suppository			terconazole			AVC																																																																																																																																																																																																																				
Caverject^ (PA, QL)			Cialis^ (ST, QL)			MUSE^ (PA, QL)			STENDRA^ (ST, QL)			VIAGRA^ (ST, QL)																																																																																																																																																																																																																													
CONDICIONES OCULARES						CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS																																																																																																																																																																																																																																			
azelastine^			brimonidine			ciprofloxacin			dorzolamide			dorzolamide-timolol			epinastine^			erythromycin			fluorometholone			gatifloxacin			latanoprost			moxifloxacin			neomycin-polymyxin B-dexamethasone			ofloxacin			polymyxin B-TMP			prednisolone			timolol			tobramycin			tobramycin-dexamethasone																																																																																																																																																																																						
Combigan			EYsuVIS (QL)			Restasis			Simbrinza			ACUVAIL			Alphagan P			Alrex			AzaSite			Azopt			Besivance			BETIMOL			Betoptic S			BromSite			Ciloxan			Cosopt			Cosopt PF			Cystaran* (PA, QL)			DUREZOL			Flarex			ILEVRO			INVELTYS			Istalol			LOTEMAX			LOTEMAX ointment			LOTEMAX SM			Maxitrol			Moxeza			Nevanac			Ocuflax			Oxervate* (PA)			Polytrim			Pred Forte			PROLENSA			Rhopressa			Rocklatan			TIMOPTIC			TIMOPTIC-XE			TobraDex			TobraDex ST			Trusopt			Vigamox			Zirgan			Zylet			Zymaxid																																																																																																								
Alophen+			Anucort-HC			balsalazide			bisacodyl+			Bisa-Lax+			chlordiazepoxide-clidinium			cinacalcet*			ClearLax+			dicyclomine capsule, solution, tablet			diphenoxylate-atropine			dronabinol			Ducodyl+			famotidine suspension			GaviLyte-C+			GaviLyte-G+			GaviLyte-N+			GentleLax+			GlycoLax+			HealthyLax+			Hemmorex-HC			hydrocortisone			LaxaClear+			mesalamine			mesalamine DR			metoclopramide solution, tablet			metoclopramide ODT			ondansetron			ondansetron ODT			PEG 3350 and Electrolytes+			PEG-Prep+			Phenadoz			polyethylene glycol 3350+			PowderLax+			prochlorperazine suppository, tablet			Amitiza			CLENPIQ+			Nexium DR			2.5mg, 5mg packet (QL)			Pancreaze DR			Pentasa			Prepopik+			SUPREP+			SUTAB+			Viberzi			Akynzeo capsule (PA, QL)			Apriso			Bonjesta			Canasa			Carafate			Cholbam* (PA)			Correctol+			Diclegis			Donnatal			Dulcolax EC+			Kristalose			Lialda			LITHOSTAT			Lomotil			MiraLax+			Motofen			Movantik (PA)			MuGard			NeutraSal 538mg packet			Ocaliva* (PA)			Ravicti* (PA)			RECTIV			RELISTOR (PA)			SalivaMAX			SANCUSO (PA, QL)			sfRowasa			Sucraid* (PA)			Symproic (PA)			Transderm-Scop			Urso			Urso Forte			VARUBI (PA, QL)			Viokace			Xermelo* (PA)		

Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en la página 19).

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

CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS (cont.)

promethazine		
Promethegan		
ranitidine syrup		
sucralfate		
TriLyte With Flavor Packets ⁺		
ursodiol		

AGENTES HORMONALES

Amabelz	Duavee	Activella
budesonide EC	Oriahnn (PA, QL)	Alora (QL)
budesonide ER (PA, QL)	Orilissa (PA, QL)	ANDRODERM (PA, QL)
cabergoline (QL)	Premarin cream, tablet	AndroGel (PA, QL)
CovARYX	PREMPHASE	Angeliq
CovARYX HS	PREMPRO	Armour Thyroid
Decadron		Bijuva
desmopressin solution, spray, tablet		Climara
dexamethasone elixir, liquid, tablet		Climara Pro
dexamethasone intensol		CombiPatch
EEMT		Crinone 4%
EEMT H.S.		Cytomel
estradiol (QL)		Depo-Testosterone
estradiol- norethindrone		Divigel
estrogen- methyltestosterone		Elestrin
levothyroxine tablet		Emflaza* (PA)
Levo-T		Entocort EC
Levoxyl		Estrace
liothyronine tablet		Estring (QL)
Lopreeza		EstroGel
medroxyprogesterone		Euthyrox
methimazole		Evamist
methylprednisolone dosepak, tablet		Imvexxy (QL)
Mimvey		Intrinsa
Mimvey LO		levothyroxine capsule (PA)
Nature-Throid		Lupaneta Pack*^ (PA)
NP Thyroid		Medrol
prednisolone		Menostar (QL)
prednisolone ODT		Minivelle (QL)
prednisone		Noctiva (PA)
prednisone intensol		Osphena
progesterone capsule		Prometrium
testosterone (PA, QL)		

AGENTES HORMONALES (cont.)

testosterone cypionate		Royaldee
thyroid		Synthroid
Westhroid		teriparatide* (PA, QL)
WP Thyroid		Tirosint (PA)
Yuvafem (QL)		Tirosint-SOL (PA)
		Unithroid
		Vagifem (QL)
		Vivelle-Dot (QL)

INFECCIONES

acyclovir capsule, suspension, tablet	Baraclude sol* EPCLUSA* (PA, QL)	Aemcolo DR (QL)
albendazole	Firvanq	Albenza
amoxicillin	HARVONI* (PA, QL)	Alinia
amoxicillin- clavulanate	ledipasvir- sofosbuvir* (PA)	ARIKAYCE* (PA)
amoxicillin- clavulanate ER	MAVYRET* (PA)	Bactrim
atovaquone	Sofosbuvir- Velpatasvir* (PA)	Bactrim DS
atovaquone- proguanil	SOVALDI* (PA, QL)	Baxdela tablet (PA)
Avidoxy	Thalomid* (PA)	Cayston* (PA, QL)
azithromycin suspension, tablet (QL)	TOBI Podhaler* (PA, QL)	Cipro suspension, tablet
cefdirinir	VOSEVI* (PA)	Cleocin capsule, vaginal cream, vaginal ovule
cefepodoxime	Xifaxan (QL)	Cleocin Pediatric
cefuroxime tablet		Clindesse
cephalexin		Cresemba capsule (PA)
ciprofloxacin tablet		DARAPRIM* (PA)
clarithromycin		DIFICID (QL)
clarithromycin ER		Elimite
clindamycin		EryPed 200
Coremino (QL)		Eurax
dapsone tablet		Flagyl
doxycycline		Keflex
Emverm		Kitabis Pak* (PA, QL)
entecavir* (QL)		Levaquin
erythromycin		Macrobid
erythromycin ES		Macrochantin
famciclovir		Malarone (PA)
fluconazole		MetroGel-Vaginal
hydroxychloroquine (QL)		Monurol
itraconazole		Natroba
		Noxafil suspension
		Nuessa
		NUZYRA tablet* (QL)

Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en la página 19).

NIVEL 1			NIVEL 2			NIVEL 3					
\$			\$\$			\$\$\$					
NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS (cont.)						ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)					
phytonadione tablet^		PrimaCare	hydromorphone solution, suppository, tablet (PA)	UBRELVY (PA, QL)	Otrexup (PA)						
potassium chloride capsule, packet, tablet		Renvela	hydromorphone ER (PA)	XELJANZ* (PA, QL)	Oxaydo (PA)						
Prena1 Pearl Prenatal+		VELPHORO	IBU	XELJANZ XR* (PA, QL)	Percocet (PA)						
Prenatal Vitamin+		Veltassa	ibuprofen 400mg, 600mg, 800mg suspension, tablet	XTAMPZA ER (PA)	Procort						
sevelamer vitamin D2^		Vitafof+	indomethacin capsule	ZTlido	proctofoam-HC						
		VitaPearl	indomethacin ER		Qmiiz ODT (ST, QL)						
PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS											
alendronate (QL)	Fosamax Plus D (ST)	Actonel (ST)	ketorolac (QL)		Roxybond (PA)						
calcitonin-salmon		Atelvia (ST)	leflunomide		Savella						
ibandronate tablet		Binosto (ST)	lidocaine (QL)		Skelaxin						
raloxifene+		Boniva tablet (ST)	lidocaine-prilocaine		Tylenol-Codeine No.#3 (PA)						
risedronate		Evista	Lorcet (PA)		Uloric (QL)						
risedronate DR		Fosamax (ST)	Lorcet HD (PA)		Ultram (QL)						
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA											
acetaminophen-codeine (PA)	AJOVY (PA)	Abstral (PA)	Lortab (PA)		Zanaflex						
allopurinol	Aimovig (PA)	Analpram HC	meloxicam		Zebutal (QL)						
baclofen tablet	BELBUCA (QL)	Arava	Metaxall		Zohydro ER (PA)						
buprenorphine (QL)	Emgality (PA)	Arymo ER (PA)	metaxalone		Zyloprim						
butalbital-acetaminophen-caffeine (QL)	Hysingla ER (PA)	Butrans (QL)	methocarbamol tablet								
carisoprodol	Morphabond ER (PA)	CELEBREX (ST, QL)	morphine concentrate, solution, suppository (PA)								
celecoxib (QL)	Nuretec ODT (PA, QL)	COLCRYS	morphine ER (PA)								
colchicine	OTEZLA* (PA, QL)	Depen* (PA)	nabumetone								
cyclobenzaprine	Rasuvo (PA)	Duragesic (PA)	Nalfon 600mg (ST)								
DermacinRx Empricaine	RediTrex (PA)	EC-Naprosyn (ST)	Nalocet (PA)								
DermacinRx Prizopak	RINVOQ ER* (PA, QL)	Esgic (QL)	naproxen								
diclofenac (QL)		Fexmid	oxycodone (PA)								
diclofenac ER		Kadian (PA)	oxycodone ER (PA)								
EC-Naproxen		Lidoderm	oxycodone-acetaminophen (PA)								
eletriptan (QL)		Mitigare	Phrenilin Forte (QL)								
endocet (PA)		Mobic (ST)	Primlev (PA)								
etodolac		MS Contin (PA)	rizatriptan (QL)								
etodolac ER		Nalfon 400 mg (ST)	sumatriptan (QL)								
fentanyl (PA)		Naprosyn (ST)	sumatriptan-naproxen (QL)								
Fioricet (QL)		Norco (PA)	tizanidine								
frovatriptan (QL)		NUCYNTA (PA)									
Glydo		NUCYNTA ER (PA)									
hydrocodone-acetaminophen (PA)		Olumiant* (PA, QL)									

Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en la página 19).

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

CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)

ketoconazole		
metronidazole		
mupirocin Myorisan (QL)		
Neuac gel		
oxiconazole		
pimecrolimus		
Procto-Med HC		
Procto-Pak		
Proctosol-HC		
Proctozone-HC		
Rosadan cream, gel sodium		
sulfacetamide-sulfur SSS 10-5		
Sulfacleanse 8-4		
tacrolimus ointment		
tazarotene cream		
tretinoin (PA age)		
tretinoin microsphere (PA age)		
triamcinolone		
Triderm		
Zenatane (QL)		

TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES

armodafinil (PA)	DAYVIGO (ST, QL)	Hetlioz* (PA)
eszopiclone	SUNOSI (PA, QL)	Lunesta (ST)
modafinil (PA)		Rozerem (ST, QL)
temazepam		Silenor (ST, QL)
zolpidem		Wakix* (PA, QL)
zolpidem ER (QL)		XYREM* (PA)

DEJAR DE FUMAR

bupropion SR ⁺		CHANTIX [^]
NicoDerm CQ 21mg/24hr ⁺		NicoDerm CQ 7mg/24hr, 14mg/24hr ⁺
Nicorelief ⁺		Nicorette ⁺
nicotine gum ⁺		Nicotrol ⁺ ^
nicotine lozenge ⁺		Nicotrol NS ⁺ ^
nicotine patch ⁺		Zyban [^]
Quit 2 ⁺		
Quit 4 ⁺		

ABUSO DE SUSTANCIAS

buprenorphine-naloxone	Lucemyra (QL) NARCAN (QL) Zubsolv	Bunavail Suboxone
------------------------	---	----------------------

MEDICAMENTOS PARA TRASPLANTE

azathioprine tablet*		Astagraf XL*
mycophenolate capsule, suspension, tablet*		Cellcept capsule, suspension, tablet*
mycophenolic acid*		Envarsus XR*
sirolimus*		Myfortic*
tacrolimus capsule*		Prograf capsule, granule packet*
		Rapamune*
		Zortress*

CONDICIONES URINARIAS

cevimeline	Cystagon*	Avodart
darifenacin ER (QL)		Elmiron
finasteride 5mg		Evoxic
oxybutynin		Flomax
oxybutynin ER		Proscar
phenazopyridine		Pyridium
potassium ER		RAPAFLO (QL)
silodosin (QL)		Thiola*
solifenacin (QL)		Thiola EC*
tamsulosin		Urocit-K
tolterodine		
tolterodine ER (QL)		
tropium		
tropium ER		

VACUNAS

Las vacunas ahora están cubiertas por su beneficio de farmacia. 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.

	ActHIB ⁺	FluMist Quad Nasal ⁺
	Adacel Tdap ⁺	Rotarix ⁺
	Afluria Quad ⁺	RotaTeq ⁺
	BEXSERO ⁺	
	Boostrix Tdap ⁺	
	DAPTACEL DTaP ⁺	
	Diphtheria and Tetanus Toxoids-ped ⁺	
	Engerix-B ⁺	
	FLUAD ⁺ FLUARIX	
	QUADRIVALENT ⁺	
	FLUBLOK	
	QUADRIVALENT ⁺	
	FLUCELVAX	
	QUADRIVALENT ⁺	
	FLULAVAL	
	QUADRIVALENT ⁺	

Lista de medicamentos con receta Value de 4 niveles de Cigna

Los medicamentos de especialidad inyectables están cubiertos en el Nivel 4 (la lista está en la página 19).

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

VACUNAS

Las vacunas ahora están cubiertas por su beneficio de farmacia. 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.

	Fluzone High-dose ⁺	
	Fluzone Quadrivalent Pedi ⁺	
	Fluzone Quadrivalent ⁺	
	GARDASIL 9 ⁺	
	HAVRIX ⁺	
	HEPLISAV-B ⁺	
	Hiberix ⁺	
	Infanrix DTaP ⁺	
	IPOL ⁺	
	KINRIX ⁺	
	Menactra ⁺	
	Menveo A-C-Y-W-135-DIP ⁺	
	M-M-R II ⁺	
	PEDIARIX ⁺	
	PedvaxHIB ⁺	
	Pentacel ⁺	
	PNEUMOVAX 23 ⁺	
	Prevnar 13 ⁺	
	ProQuad ⁺	
	Quadracel DTaP-IPV ⁺	
	Recombivax HB ⁺	
	SHINGRIX ⁺	
	TdVax ⁺	
	Tenivac ⁺	
	Trumenba ⁺	
	Twinrix ⁺	
	VAQTA ⁺	
	VARIVAX ⁺	
	ZOSTAVAX ⁺	

CONTROL DEL PESO

Lomaira [^]		Contrave [^] (PA)
phentermine [^]		Qsymia [^] (PA)
		Saxenda [^] (PA)

Medicamentos de especialidad inyectables

Los medicamentos de especialidad que se indican a continuación están cubiertos en el Nivel 4 y necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
ACTEMRA syringe (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
ACTEMRA ACTPen* (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Actimmune (PA)	CÁNCER
Apokyn (PA)	ENFERMEDAD DE PARKINSON
Aranesp^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Arixtra (QL)	DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES
AVONEX (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
AVSOLA^ (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Benlysta auto-injector syringe (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
BETASERON (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
Bynfezia (PA)	AGENTES HORMONALES
Cetrotide^ (PA)	AGENTES HORMONALES
chorionic gonadotropin^ (PA)	INFERTILIDAD
Cimzia (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
DUPIXENT (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Egrifta (PA)	AGENTES HORMONALES
Enbrel (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
enoxaparin (QL)	DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES
Entyvio^ (PA)	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS
Epogen^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
EXTAVIA (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
Fasenra Pen (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
Fensolvi^ (PA)	AGENTES HORMONALES
Follistim AQ^ (PA)	INFERTILIDAD
fondaparinux (QL)	DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES
Forteo (PA, QL)	AGENTES HORMONALES
Fragmin (QL)	DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES
Fulphila (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Ganirelix^ (PA)	AGENTES HORMONALES
Gattex (PA)	CONDICIONES GASTROINTESTINALES/PIROSIS
glatiramer (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
Glatopa (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
Gonal-f^ (PA)	INFERTILIDAD
Gonal-f RFF^ (PA)	INFERTILIDAD
Granix^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
HAEGARDA (PA)	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN
Hemlibra (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Humatrope (PA)	AGENTES HORMONALES

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
HUMIRA (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Ilaris^ (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
ILUMYA (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Increlex (PA)	AGENTES HORMONALES
Inflectra^(PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Kalbitor^ (PA)	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN
Kesimpta (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
KEVZARA (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Lovenox (QL)	DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES
Lupron Depot^ (PA)	AGENTES HORMONALES
LUPRON DEPOT-PED^ (PA)	AGENTES HORMONALES
Menopur^ (PA)	INFERTILIDAD
Myalept (PA)	VARIOS
Natpara (PA)	AGENTES HORMONALES
Neulasta^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Neulasta Onpro^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Neupogen^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Nivestym^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Norditropin FlexPro (PA)	AGENTES HORMONALES
Novarel^ (PA)	INFERTILIDAD
Nucala auto-injector, syringe (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
Nyvepria (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
ORENCIA syringe (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Ovidrel^ (PA)	INFERTILIDAD
Palyngiq (PA)	VARIOS
Pegasys (PA)	INFECCIONES
Plegridy (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
PROCRIT^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Rebif (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
Rebif Rebidose (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
Remicade^ (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Retacrit^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Ruconest^ (PA)	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN
Sandostatin^ (PA)	AGENTES HORMONALES
Sandostatin LAR Depot^ (PA)	AGENTES HORMONALES
Serostim (PA)	AGENTES HORMONALES
Simponi 100mg/ml (PA, QL) PAIN RELIEF	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Simponi Aria* (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Skyrizi (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Somatuline Depot^ (PA)	AGENTES HORMONALES
Somavert (PA)	AGENTES HORMONALES
Stelara syringe, 45mg/0.5ml vial (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
Strensiq (PA)	VARIOS
Takhzyro (PA)	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN
Taltz (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Tegsedi (PA)	VARIOS
teriparatide (PA, QL)	AGENTES HORMONALES
Tremfya (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
TYMLOS (PA, QL)	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS
UDENYCA^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Vyleesi^ (PA, QL)	VARIOS
Xolair (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
Zarxio^	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
ZIEXTENZO (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Zorbtive (PA)	AGENTES HORMONALES

Medicamentos que no están cubiertos

Su plan cubre otros medicamentos que se usan para tratar la misma condición.^ ^ Estos medicamentos se enumeran abajo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
SIDA/VIH	Combivir*	lamivudine-zidovudine*
	Epivir*	lamivudine*
	Epzicom*	abacavir-lamivudine*
	Kaletra solution*	lopinavir-ritonavir*
	Lexiva tablet*	fosamprenavir*
	Norvir tablet*	ritonavir*
	Retrovir capsule, syrup*	zidovudine*
	Reyataz capsule*	atazanavir*
	Sustiva*	efavirenz*
	Trizivir*	abacavir-lamivudine-zidovudine*
	Truvada*	emtricitabine-tenofovir*
	Viramune*	nevirapine*
	Viramune XR*	nevirapine ER*
	Viread* 300mg tablet	tenofovir*
	Ziagen*	abacavir*
ALERGIA/ROCIADORES NASALES	Auvi-Q EpiPen, EpiPen Jr SYMJEPI	epinephrine
	DYMISTA	azelastine-fluticasone
	RyVent carbinoxamine 6mg tablet	carbinoxamine 4mg tablet
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	pyridostigmine 30 mg tablet	pyridostigmine
ANSIEDAD/DEPRESIÓN/TRASTORNO BIPOLAR	Anafranil	clomipramine
	Aplenzin	bupropion XL
	Ativan tablet	lorazepam
	Cymbalta	duloxetine
	Drizalma Sprinkle DR	duloxetine
	Lexapro	escitalopram
	Pamelor	nortriptyline
	Parnate	tranylcypromine
	Pexeva	paroxetine/CR/ER
	Pristiq	bupropion XL duloxetine
	Tofranil	imipramine
Wellbutrin XL	bupropion XL, fluoxetine	
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS	ADVAIR DISKUS ADVAIR HFA AirDuo RespiClick BREO ELLIPTA	Dulera fluticasone-salmeterol Symbicort Wixela Inhub

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS (cont.)	Alvesco ARNUITY ELLIPTA Asmanex Asmanex HFA Pulmicort Flexhaler	Flovent QVAR
	Arcapta Neohaler	Serevent Diskus
	ArmonAir Digihaler	Flovent Diskus Flovent HFA QVAR Redihaler
	Bevespi Aerosphere Stiolto Respimat Utibron Neohaler	ANORO ELLIPTA
	Elixophyllin	theophylline
	ProAir HFA ProAir RespiClick Proventil HFA Ventolin HFA	albuterol HFA
	Seebri Neohaler Spiriva Spiriva Respimat Tudorza Pressair	INCRUSE ELLIPTA
	Striverdi Respimat	Serevent Diskus
	Xopenex HFA	albuterol HFA levalbuterol HFA
	YUPELRI	ANORO ELLIPTA INCRUSE ELLIPTA TRELEGY ELLIPTA
Zyflo	montelukast zafirlukast zileuton ER	
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	Adderall XR ADHANSIA XR Adzenys ER Adzenys XR-ODT Aptensio XR Concerta ER Cotempla XR-ODT Dynavel XR Focalin XR Jornay PM Mydayis QuilliChew ER Ritalin LA Vyvanse	dexamethylphenidate ER dextroamphetamine-amphetamine ER methylphenidate CD methylphenidate ER (CD) methylphenidate LA
	Desoxyn	methamphetamine
	Dexedrine	dexamethylphenidate ER, dextroamphetamine ER, dextroamphetamine-amphetamine ER
	Evekeo ODT	amphetamine dexamethylphenidate dextroamphetamine methamphetamine methylphenidate

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN	Accupril	quinapril
	Accuretic	quinapril-HCTZ
	Altace	ramipril
	Atacand	candesartan
	Atacand HCT	candesartan-HCTZ
	Avalide	irbesartan-HCTZ
	Avapro	irbesartan
	Azor	amlodipine-olmesartan
	Benicar	olmesartan
	Benicar HCT	olmesartan-HCTZ
	Betapace	sotalol
	Bystolic	atenolol, bisoprolol, carvedilol, labetalol, metoprolol succinate, metoprolol tartrate
	Cardizem	diltiazem
	Cardizem CD	diltiazem ER diltiazem ER (CD)
	Conjupri	amlodipine, felodipine, nifedipine, nicardipine
	Consensi	amlodipine celecoxib
	Cozaar	losartan
	Diovan	valsartan
	Diovan HCT	valsartan-HCTZ
	Edarbi	candesartan, eprosartan, irbesartan, losartan, olmesartan, telmisartan, valsartan
	Edarbyclor	candesartan-HCTZ, irbesartan-HCTZ, losartan-HCTZ, olmesartan-HCTZ, telmisartan-HCTZ, valsartan-HCTZ
	Exforge	amlodipine-valsartan
	Exforge HCT	amlodipine-valsartan-HCTZ
	Firazyr*	icatibant*
	Hyzaar	losartan-HCTZ
	Isordil	isosorbide dinitrate
	Isordil Titradoso	isosorbide dinitrate
	Lanoxin tablet	digoxin
	Lotensin	benazepril
	Lotensin HCT	benazepril-HCTZ
	Lotrel	amlodipine-benazepril
	Micardis	telmisartan

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA	
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN (cont.)	Micardis HCT	telmisartan-HCTZ	
	Prinvil Zestril	lisinopril	
	Tarka	trandolapril-verapamil ER	
	Tekturna	aliskiren, enalapril, irbesartan, lisinopril, losartan, olmesartan, ramipril, valsartan	
	Tekturna HCT	benazepril-HCTZ, irbesartan-HCTZ, lisinopril-HCTZ, losartan-HCTZ, olmesartan-HCTZ, telmisartan-HCTZ, valsartan-HCTZ	
	Tribenzor	olmesartan-amlodipine-HCTZ	
	Vaseretic	enalapril-HCTZ	
	Vasotec	enalapril	
	Zestoretic	lisinopril-HCTZ	
DILUYENTES DE LA SANGRE/ ANTICOAGULANTES	Yosprala	aspirin, enteric aspirin	
CÁNCER	Nilandron	nilutamide	
	Tarceva*	erlotinib*	
	Yonsa* Zytiga*	abiraterone*	
	MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL	Antara Fenoglide	fenofibrate
Altoprev Ezallor Sprinkle FloLipid Livalo Nexletol Nexlizet Zypitamag		atorvastatin+ lovastatin+ pravastatin+ rosuvastatin+ simvastatin+	
Crestor Lipitor		atorvastatin+ ezetimibe-simvastatin rosuvastatin+	
Lescol XL		fluvastatin ER+	
Nexletol		Generic statins (e.g. atorvastatin, simvastatin) ezetimibe	
Pravachol		pravastatin+	
Vytorin		ezetimibe-simvastatin	
PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS		Balcoltra Natazia Taytulla	desogestrel-ethinyl estradiol ethinyl estradiol+ drospirenone-ethinyl estradiol+ drospirenone-ethinyl estradiol-levomefolate+
		Slynd	norethindrone+
		MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO	benzonatate 150mg
	TussiCaps		hydrocodone-chlorpheniramine ER promethazine-codeine

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
DIABETES	Accu-Chek test strips, Accutrend glucose, Contour test strips, Glucogard test strips, Precision Xtra test strips, True Metrix test strips, Truetrack test strips	One Touch test strips (e.g. Ultra; Verio)
	Adlyxin	Byetta Bydureon Ozempic Trulicity Victoza
	Admelog, Afrezza Apidra, Apidra SoloStar Fiasp Jentadueto Jentadueto XR Kazano Insulin Aspart,Novolog	Humalog Humulin Lyumjev
	alogliptin alogliptin-metformin Onglyza Nesina Tadjenta	Janumet Janumet XR Januvia metformin
	alogliptin-pioglitazone Kombiglyze XR Oseni	Janumet Janumet XR Januvia pioglitazone
	Fortamet ER Glumetza metformin ER (generic to Fortamet and Glumetza)	metformin ER
	GlucaGen HypoKit Gvoke	Baqsimi Glucagon Emergency Kit
	Invokamet Invokamet XR	metformin Segluromet Synjardy Synjardy XR Xigduo XR
	Invokana	Farxiga Jardiance metformin Steglatro
	Lantus Semglee Toujeo SoloStar	BASAGLAR Levemir TRESIBA
	Novolin	Humulin
	QTERN Steglujan	Glyxambi metformin Trijardy XR

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
DIURÉTICOS	Edecrin ethacrynic acid	bumetanide furosemide torsemide
CONDICIONES OCULARES	Alocril Alomide	cromolyn
	Cequa Restasis MultiDose Xiidra	Restasis
	LUMIGAN Travatan Z VYZULTA Xalatan Xelpros Zioptan	bimatoprost latanoprost travoprost
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS	Anusol HC suppository	hydrocortisone
	Asacol HD Colazal Delzicol Dipentum	balsalazide mesalamine mesalamine DR mesalamine ER Pentasa sulfasalazine sulfasalazine DR
	CoLyte with Flavor Packets ⁺ GoLytely ⁺ MoviPrep ⁺ NuLYTELY with flavor packs ⁺ OsmoPrep ⁺ PLENVU ⁺	Clenpiq ⁺ GaviLyte-C ⁺ GaviLyte-G ⁺ GaviLyte-N ⁺ PEG-3550 and Electrolyte+ Prepopik ⁺ SuPrep ⁺
	Cortifoam UCERIS foam	Colocort hydrocortisone
	CREON Pertzye Zenpep	Pancreaze

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES GASTROINTESTINALES/ PIROSIS (cont.)	Librax	chlordiazepoxide-clidinium
	Linzess lubiprostone Motegrity Trulance Zelnorm	Amitiza
	Marinol SYNDROS	dronabinol
	Nexium DR 10mg, 20mg, 40mg packet	esomeprazole
	Omeclamox-Pak PYLERA Talia	lansoprazole-amoxicillin-clarithromycin
	Reltone	ursodiol
	Rowasa	mesalamine
	Sensipar*	cinacalcet*
	Zofran	ondansetron
	Zuplenz	ondansetron ondansetron ODT
	AGENTES HORMONALES	Alkindi Sprinkle
DDAVP nasal spray, solution, tablet		desmopressin
Dxevo TaperDex		dexamethasone
Fortesta Natesto Testim Vogelxo XYOSTED		testosterone testosterone cypionate testosterone enanthate
Genotropin* Nutropin AQ Nuspin* Omnitrope* Saizen* Saizen-Saizenprep* ZOMACTON*		Humatrope* Norditropin Flexpro*
JATENZO		testosterone
Nocdurna		desompression
Ortikos ER		budesonide EC
Rayos		methylprednisolone, prednisone
THYQUIDITY		Euthyrox, Levo-T, levothyroxine, levoxyl, Uni-throid
Uceris tablets		budesonide ER dexamethasone hydrocortisone methylprednisolone prednisolone prednisone

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA	
INFECCIONES	Acticlate Doryx Doryx MPC Minocin capsule Minolira ER Seysara Solodyn TargaDOX Vibramycin capsule Ximino	doxycycline hyclate doxycycline monohydrate minocycline minocycline ER tetracycline	
	Arakoda	atovaquone-proguanil doxycycline hyclate doxycycline monohydrate hydroxychloroquine mefloquine quinine	
	Augmentin	amoxicillin-clavulanate amoxicillin-clavulanate ER	
	Baraclude tablet*	entecavir tablet	
	BETHKIS* TOBI	Kitabis Pak tobramycin	
	Diflucan	fluconazole	
	E.E.S. 200 Eryped 400	erythromycin ethylsuccinate	
	Mepron	atovaquone	
	Mycobutin	rifabutin	
	Noxafil tablet	posaconazole	
	ORACEA	doxycycline hyclate doxycycline monohydrate minocycline ER	
	Sitavig	acyclovir famciclovir valacyclovir	
	Sporanox TOLSURA	itraconazole	
	Vancocin	vancomycin	
	Zovirax	acyclovir	
	VARIOS	Horizant	gabapentin
		Ingrezza*	Austedo*
		KUVAN*	sapropterin*
		SYPRINE*	penicillamine* trientine*
		Xenazine*	tetrabenazine*

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	Ampyra ER*	dalfampridine ER*
	AUBAGIO*	bafiertam* dimethyl* Gilenya* Mayzent* Vumerity* Zeposia*
	COPAXONE*	Betaseron* Extavia* glatiramer* Glatopa* Kesimpta* Plegridy* Rebif*
	Tecfidera*	Gilenya* Mayzent* Vumerity* Zeposia*
NUTRITIVOS/ALIMENTICIOS	Azesco PreGenna Trinaz	Any generic prenatal vitamin
	NASCOBAL	cyanocobalamin injection
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA	Allzital BUPAP	butalbital-acetaminophen
	Amerge Ergomar Frova Maxalt Maxalt MLT RELPAX	almotriptan eletriptan frovatriptan naratriptan rizatriptan sumatriptan
	Amrix	carisoprodol chlorzoxazone cyclobenzaprine methocarbamol orphenadrine ER
	CAMBIA DUEXIS Fenortho Indocin NAPRELAN Tivorbex Vimovo Vivlodex Zipsor Zorvolex	celecoxib diclofenac sodium ibuprofen indomethacin meloxicam naproxen
	ConZip	Tramadol Tramadol ER

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)	ConZip	Tramadol Tramadol ER
	Cosentyx*	Enbrel* HUMIRA* Otezla* Skyrizi* Stelara* Taltz*
	Cuprimine*	penicillamine* trientine*
	D.H.E. 45	dihydroergotamine
	diclofenac 1.3% patch diclofenac 1.5% solution Flector 1.3% patch PENNSAID Voltaren 1% gel	celecoxib diclofenac sodium ibuprofen meloxicam naproxen
	Gralise	gabapentin
	Imitrex	dihydroergotamine eletriptan rizatriptan sumatriptan
	ketorolac nasal spray Sprix	ketorolac
	Kineret*	Actemra* Actemra ACTPen* Enbrel* Humira (CF) Pediatric Crohn's* Humira (CF) Pen* Xeljanz* Xeljanz XR*
	levorphanol	codeine with acetaminophen hydrocodone with acetaminophen Hysingla Morphabond ER oxycodone with acetaminophen Tramadol Xtampza ER
	Licart	celecoxib diclofenac sodium ibuprofen meloxicam naproxen
	Lorzone	chlorzoxazone cyclobenzaprine
	MIGRANAL ONZETRA Xsail	dihydroergotamine sumatriptan
	OxyContin	Hysingla ER Morphabond ER Xtampza ER

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA	
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (cont.)	REYVOW	almotriptan eletriptan frovatriptan naratriptan sumatriptan succinate Nurtec ODT Ubrelvy	
	Roxicodone	oxycodone	
	Siliq*	Enbrel* HUMIRA (CF) Pen* Stelara* Taltz* Tremfya*	
	Simponi* 50mg/0.5ml	Actemra ACTPen* Enbrel* Humira (CF) Pen* Stelara* Taltz* Xeljanz*	
	Soriatane	acitretin	
	SUBSYS	fentanyl	
	Tosymra	sumatriptan	
	tramadol 100mg	tramadol	
	Treximet	diclofenac sodium eletriptan ibuprofen naproxen rizatriptan sumatriptan sumatriptan-naproxen	
	Vanatol LQ Vanatol S	butalbital-acetaminophen-caffeine	
	Zembrace SYMTOUCH	dihydroergotamine sumatriptan succinate	
	Zomig	rizatriptan sumatriptan succinate zolmitriptan	
	Zomig nasal spray	dihydroergotamine sumatriptan	
	Zomig ZMT	zolmitriptan ODT	
	ENFERMEDAD DE PARKINSON	Gocovri	amantadine
		Lodosyn	carbidopa
		Ongentys	entacapone
Requip XL		ropinirole ER	
Zelapar		selegiline	
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS	Abilify	aripiprazole	
	Abilify MyCite	paliperidone ER	
	Geodon capsule	risperidone	
	FazaClo	clozapine	
	Versacloz	clozapine ODT	

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
ESQUIZOFRENIA/ANTIPSICÓTICOS (CONT.)	Zyprexa	aripiprazole olanzapine paliperidone ER
	Zyprexa Zydis	aripiprazole olanzapine olanzapine ODT
TRASTORNOS CONVULSIVOS	Felbatol	felbamate
	Keppra oral solution, tablet	levetiracetam
	Keppra XR	levetiracetam ER
	Lamictal	lamotrigine
	Lamictal (blue, green, orange)	lamotrigine (blue, green, orange)
	Lamictal ODT	lamotrigine ODT
	Lamictal ODT (Blue, Green, Orange)	lamotrigine ODT (blue)
	Lamictal XR	lamotrigine ER
	Lamictal XR (Blue, Green, Orange)	
	Lyrica	duloxetine
	Lyrica CR	gabapentin lidocaine pregabalin
	Mysoline	primidone
	Qudexy XR	topiramate ER
	Trokendi XR	
	Sabril*	vigabatrin*
	Sympazan	clobazam
	Topamax	topiramate
Trileptal	oxcarbazepine	
Zonegran	zonisamide	
CONDICIONES CUTÁNEAS	Acanya	clindamycin-benzoyl peroxid
	Aczone	adapalene
	AKLIEF	adapalene-benzoyl peroxide
	Altreno	clindamycin
	Atralin	clindamycin-benzoyl peroxide
	Amzeeq	dapsone
	Avita	sodium sulfacetamide-sulfur
	dapsone 7.5% gel	tretinoin
	EPIDUO FORTE	
	ONEXTON	
	RETIN-A	
	RETIN-A MICRO	
	Aktipak	adapalene adapalene-benzoyl peroxide clindamycin clindamycin-benzoyl peroxide dapsone erythromycin-benzoyl peroxide sodium sulfacetamide-sulfur
	Aldara	imiquimod 5%
	Zyclara	

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	Anusol-HC cream	hydrocortisone
	Apexicon E diflorasone Impoyz Psorcon	betamethasone clobetasol propionate halobetasol
	Arazlo Fabior Tazorac	adapalene adapalene-benzoyl peroxide clindamycin clindamycin-benzoyl peroxide dapsone tazarotene tretinoin
	Azelex	adapalene adapalene-benzoyl peroxide azelaic acid clindamycin clindamycin-benzoyl peroxide dapsone tretinoin
	Bensal HP	salicylic acid
	BenzaClin Neuac Kit	clindamycin-benzoyl peroxide
	Carac	fluorouracil
	Clindagel	clindamycin
	Clobex	clobetasol
	Condylox	imiquimod podofilox
	Cordran	betamethasone dipropionate betamethasone valerate clobetasol fluocinolone fluticasone halobetasol
	Cutivate lotion	betamethasone fluticasone triamcinolone
	Denavir ZOVIRAX cream, ointment	acyclovir famciclovir valacyclovir
	diclofenac 3% gel	Fluoroplex fluorouracil imiquimod Picato
	DIFFERIN	adapalene adapalene-benzoyl peroxide clindamycin-benzoyl peroxide dapsone tretinoin

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	Dovonex	calcipotriene
	Duobrii	halobetasol tazarotene
	Enstilar Taclonex	betamethasone dipropionate augmented betamethasone valerate calcipotriene calcipotriene-betamethasone DP tazarotene
	ERTACZO Extina	ketoconazole cream
	Exelderm	topical econazole topical ketoconazole topical oxiconazole
	Finacea MetroCream MetroGel Noritate Soolantra Zilxi	azelaic acid, topical metronidazole
	flurandrenolide hydrocortisone butyrate lipid cream, lotion Locoid Lipocream Pandel	betamethasone valerate fluocinolone fluticasone
	HALOG LEXETTE Ultravate X	clobetasol halobetasol
	Impeklo	topical betamethasone (augmented) 0.05%, clobetasol 0.05%, fluocinolide 0.1%, halobetasol 0.05%
	JUBLIA Kerydin	ciclopirox itraconazole terbinafine
	Kenalog spray	triamcinolone
	Locoid	betamethasone valerate fluocinolone fluticasone hydrocortisone butyrate prednicarbate triamcinolone
	Loprox cream, shampoo	ciclopirox
	LUZU	econazole ketoconazole cream luliconazole oxiconazole
	Olux Olux-E	betamethasone clobetasol emulsion clobetasol propionate halobetasol

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA	
TRASTORNOS CONVULSIVOS	Abilify Abilify MyCite Geodon capsule	aripiprazole paliperidone ER risperidone	
	Felbatol	felbamate	
	Keppra oral solution, tablet	levetiracetam	
	Keppra XR	levetiracetam ER	
	Lamictal	lamotrigine	
	Lamictal (blue, green, orange)	lamotrigine (blue, green, orange)	
	Lamictal ODT	lamotrigine ODT	
	Lamictal ODT (Blue, Green, Orange)	lamotrigine ODT (blue)	
	Lamictal XR Lamictal XR (Blue, Green, Orange)	lamotrigine ER	
	Lyrica Lyrica CR	duloxetine gabapentin lidocaine pregabalin	
	Mysoline	primidone	
	Qudexy XR Trokendi XR	topiramate ER	
	Sabril*	vigabatrin*	
	Sympazan	clobazam	
	Topamax	topiramate	
	Trileptal	oxcarbazepine	
	Zonegran	zonisamide	
	CONDICIONES CUTÁNEAS	Acanya	clindamycin-benzoyl peroxid
		Aczone	adapalene
AKLIEF		adapalene-benzoyl peroxide	
Altreno		clindamycin	
Atralin		clindamycin-benzoyl peroxide	
Amzeeq		dapsone	
Avita		sodium sulfacetamide-sulfur	
dapsone 7.5% gel		tretinoin	
EPIDUO FORTE			
ONEXTON			
RETIN-A			
RETIN-A MICRO			
Aktipak		adapalene adapalene-benzoyl peroxide clindamycin clindamycin-benzoyl peroxide dapsone erythromycin-benzoyl peroxide sodium sulfacetamide-sulfur	
Aldara Zyclara		imiquimod 5%	

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
CONDICIONES CUTÁNEAS (cont.)	Oxistat	ketoconazole oxiconazole
	Prudoxin Zonalon	clobetasol desonide fluocinonide mometasone tacrolimus triamcinolone
	Sernivo	clobetasol triamcinolone
	Sorilux	calcipotriene calcitriol tazarotene
	Trianex	triamcinolone
	Tridesilon	alclometasone desonide triamcinolone
	Ultravate lotion	betamethasone dipropionate augmented clobetasol halobetasol
	Vanos	clobetasol fluocinonide halobetasol
	Vectical	calcitriol calcipotriene tazarotene
	VELTIN	adapalene adapalene-benzoyl peroxide clindamycin clindamycin-benzoyl peroxide clindamycin-tretinoin dapsone tretinoin
	Wynzora	betamethasone DP, calcipotriene, calci- potriene-betamethasone DP, fluocinolone, fluticasone, mometasone, trimacinolone
	XERESE	acyclovir famciclovir hydrocortisone valacyclovir
	Xolegel	ciclopirox ketoconazole selenium sodium sulfacetamide
	Ziana	adapalene clindamycin clindamycin-tretinoin tretinoin

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO^^	ALTERNATIVA(S) GENÉRICA(S) Y/O DE MARCA PREFERIDA
TRASTORNOS DEL SUEÑO/SEDANTES	Ambien	zolpidem
	Ambien CR	zolpidem ER
	Ativan tablet	lorazepam
	Belsomra	DAYVIGO
	Edluar	zolpidem zolpidem ER
	Nuvigil	armodafinil
	Provigil	modafinil
	Restoril	temazepam
	ZolpiMiST	doxepin eszopiclone zaleplon zolpidem zolpidem ER
ABUSO DE SUSTANCIAS	Evzio	naloxone Narcan
CONDICIONES URINARIAS	Detrol	darifenacin ER oxybutynin tolterodine
	Detrol LA	darifenacin ER oxybutynin ER tolterodine ER
	Ditropan XL	oxybutynin ER
	Enablex	darifenacin ER
	Gelnique Myrbetriq Toviaz	darifenacin ER oxybutynin ER tolterodine ER trospium ER
	Procysbi*	Cystagon*
	VESIcare	darifenacin ER oxybutynin ER solifenacin tolterodine ER trospium ER

^^ Estos medicamentos necesitan la aprobación de Cigna para que su plan los cubra. Si su médico considera que un medicamento alternativo no es adecuado para usted, podrá pedirle a Cigna que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura del medicamento. Si no consigue la aprobación y le siguen despachando esta receta, usted le pagará a la farmacia directamente de su bolsillo el costo total del medicamento. Y el costo no puede aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo.

Preguntas frecuentes

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

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

R. Cigna revisa y actualiza periódicamente la lista de medicamentos con receta. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento.

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

Estos cambios pueden incluir:^{1,2}

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

Cuando hacemos un cambio que afecta la cobertura de un medicamento que está tomando, le avisamos antes de que el cambio entre en vigor. De esta manera, usted tiene tiempo de hablar con su médico sobre las opciones disponibles.

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

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

Es posible que su plan también excluya determinados medicamentos o productos de la cobertura. Esto se conoce como una “exclusión del plan (o de beneficios)”. Con los medicamentos excluidos, no existe la opción de recibir cobertura a través del proceso de revisión de la cobertura de Cigna.

Por ejemplo, su plan no incluye:

- Medicamentos con receta que se usan para tratar la pirosis u otras condiciones de acidez estomacal (por ejemplo, Nexium, Prilosec y cualquier genérico) y las alergias (por ejemplo, Allegra, Clarinex, Xyzal y cualquier genérico). Estos medicamentos están disponibles sin una receta médica.
- Medicamentos que se usan para tratar condiciones relacionadas con el estilo de vida, como medicamentos para la infertilidad, para bajar de peso, para la disfunción eréctil o para dejar de fumar.³
- Medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

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

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

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

R. Medicamentos que se usan para tratar muchas condiciones, incluidas, a modo de ejemplo:

- › Trastorno por déficit de atención (ADD)/ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD)
- › 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. Algunos medicamentos solo se consideran clínicamente apropiados si la persona que los toma se encuentra 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 para que podamos comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna en **cignaforhcp.com**.

Cigna revisará la información que proporcione su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con las pautas de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. Si usted cumple con las pautas, se aprobará la cobertura de su medicamento. Si no cumple con las pautas, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna con los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

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

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

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

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

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

R. Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la aplicación **myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.⁴

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

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

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

R. Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.⁵ Los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos, y la misma concentración, formulación, eficacia, calidad y seguridad.

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

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

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos.⁵ El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos que los de marca no significa que sean medicamentos de menor calidad.

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.⁶

Entrega a domicilio con Express Scripts® Pharmacy

Express Scripts® Pharmacy, nuestra farmacia de entrega a domicilio, es una opción conveniente cuando está tomando un medicamento en forma regular para tratar una condición médica permanente. Es sencilla y segura, y le permite ir menos veces a la farmacia.

- › Es muy fácil pedir, administrar y hacer el seguimiento de sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- › El envío estándar no tiene costo adicional⁷
- › Renovaciones automáticas y recordatorios de renovaciones
- › Obtenga un suministro máximo para 90 días de una vez
- › Reciba la ayuda de amables farmacéuticos las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- › Opciones de pago flexibles

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

1. Visite my.cigna.com/choosehomedelivery.

Siga las instrucciones en línea para saber cómo 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, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Accredo, una farmacia de especialidad de Cigna

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

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

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro.

Asegúrese de llamar a Accredo alrededor de dos semanas antes de su próxima renovación para que tengan tiempo de obtener una nueva receta del consultorio de su médico. Para obtener más información sobre Accredo, visite Cigna.com/specialty.

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

R. El mejor lugar para comenzar es la aplicación **myCigna** o **myCigna.com**. Allí encontrará todo lo que necesita saber sobre la cobertura de su plan.

- › Vea qué medicamentos cubre su plan
- › Compare los costos de sus medicamentos⁴
- › Pase fácilmente su receta de su farmacia minorista a nuestra farmacia de entrega a domicilio
- › Lleve el control de sus medicamentos de entrega a domicilio⁶
- › Encuentre una farmacia minorista de la red
- › Vea información sobre su plan (reclamos, detalles de la cobertura y mucho más)
- › Hágle una pregunta a un farmacéutico

Exclusiones y limitaciones

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

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

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



1. Es posible que la legislación estatal de **Texas** y **Louisiana** le exija a su plan que cubra su medicamento en su nivel de beneficios actual hasta que su plan se renueve. Esto significa que si el medicamento que usted está tomando se elimina de la lista de medicamentos, pasa a un nivel de costo compartido más alto o necesita aprobación de Cigna antes de que su plan lo cubra, estos cambios no pueden comenzar hasta la fecha de renovación de su plan. Para averiguar si estas leyes estatales se aplican a su plan, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
2. Es posible que la legislación estatal de **Illinois** le exija a su plan que cubra sus medicamentos en su nivel de beneficios actual hasta que su plan se renueve. Esto significa que si usted en este momento tiene la aprobación a través de un proceso de revisión para que su plan cubra su medicamento, el/los cambio(s) en la lista de medicamentos indicado(s) aquí tal vez no le afecte(n) hasta la fecha de renovación de su plan. Si usted en este momento no tiene la aprobación a través de un proceso de revisión de la cobertura, puede seguir recibiendo cobertura en su nivel de beneficios actual si su médico lo solicita. Para averiguar si esta ley estatal se aplica a su plan, llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID de Cigna.
3. Por lo general, el plan no cubre medicamentos para dejar de fumar, a excepción de lo exigido por ley o por los términos de su plan específico. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan, incluida una lista completa de exclusiones y limitaciones, se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
4. Los precios no están garantizados, y el hecho de que se muestre un precio no es garantía de que estará cubierto. Sus costos y su cobertura pueden cambiar en el momento de despachar la receta en la farmacia, y los costos de los medicamentos pueden variar de una farmacia a otra. Por ejemplo, el precio de venta minorista de su farmacia por un medicamento específico puede ser menor que el precio que se muestra. La cobertura y los precios pueden cambiar.
5. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drug Facts". Última actualización de la página: 1 de junio de 2018.
6. No todos los planes ofrecen el servicio de entrega a domicilio y Accredo como opciones de farmacia cubiertas. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan.
7. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
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.

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

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

DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW

Medical coverage

Cigna complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Cigna does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Cigna:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact customer service at the toll-free number shown on your ID card, and ask a Customer Service Associate for assistance.

If you believe that Cigna has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by sending an email to ACAGrievance@Cigna.com or by writing to the following address:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

If you need assistance filing a written grievance, please call the number on the back of your ID card or send an email to ACAGrievance@Cigna.com. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)
Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



All Cigna products and services are provided exclusively by or through operating subsidiaries of Cigna Corporation, including Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Cigna Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc., and HMO or service company subsidiaries of Cigna Health Corporation and Cigna Dental Health, Inc. The Cigna name, logos, and other Cigna marks are owned by Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CLASE DE MEDICAMENTO
Kesimpta (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
KEVZARA (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Lupron Depot^ (PA)	CÁNCER
Myalept (PA)	VARIOS
Natpara (PA)	AGENTES HORMONALES
Neulasta^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Neupogen^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Nivestym^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Norditropin FlexPro (PA)	AGENTES HORMONALES
Novarel^ (PA)	INFERTILIDAD
Nucala (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
Nyvepria (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
ORENCIA syringe (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Ovidrel^ (PA)	INFERTILIDAD
Palynziq (PA)	VARIOS
Pegasys (PA)	INFECCIONES
Plegridy (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
PROCRIT^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Rebif (PA)	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
Remicade^ (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Retacrit^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Ruconest^ (PA)	INFERTILIDAD
Serostim (PA)	AGENTES HORMONALES
Simponi ARIA (PA)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Simponi (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Skyrizi (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Somatuline Depot^ (PA)	AGENTES HORMONALES
Somavert (PA)	AGENTES HORMONALES
Stelara syringe, 45mg/0.5ml vial (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Strensiq (PA)	VARIOS
Takhzyro (PA)	MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL/PARA EL CORAZÓN
Taltz (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
Tegsedi (PA)	VARIOS
teriparatide (PA, QL)	AGENTES HORMONALES
Tremfya syringe (PA, QL)	ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA
TYMLOS (PA, QL)	PRODUCTOS PARA LA OSTEOPOROSIS
UDENYCA^ (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Vyleesi^ (PA, QL)	VARIOS
Xolair (PA)	ASMA/EPOC/CONDICIONES RESPIRATORIAS
Zarxio^	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
ZIEXTENZO (PA)	MODIFICADORES DE LA SANGRE/TRASTORNOS HEMORRÁGICOS
Zorbtive (PA)	AGENTES HORMONALES