

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA DE ADVANTAGE



Julio de 2015

La Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage les permite a usted y a su médico elegir los medicamentos más efectivos para usted. A continuación, encontrará una lista de los medicamentos más usados que están cubiertos por su plan.

Esta lista está diseñada para cubrir sus medicamentos que requieren receta médica en tres niveles. La cantidad que usted debe pagar depende del nivel al que pertenezca el medicamento elegido por usted y su médico. Si hay más de un medicamento apropiado para su afección, le sugerimos que hable con su médico sobre opciones de menor costo, como medicamentos genéricos y de marca preferida, para determinar si pueden ser adecuados para usted.

Contigo paso a paso.®



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

827292SP m 04/15

1^{er} nivel: Medicamentos genéricos: Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes, seguridad, dosis, calidad y concentración que sus equivalentes de marca. Generalmente pagará menos por los medicamentos genéricos en virtud de su plan.

2^{do} nivel: Medicamentos de marca preferida: Los medicamentos de marca preferida suelen costar más que un genérico, pero menos que los de marca no preferida en virtud de su plan.

3^{er} nivel: Medicamentos de marca no preferida: Los medicamentos de marca no preferida son aquellos que suelen tener alternativas genéricas y/o un medicamento de marca preferida dentro de la misma clase de medicamento. Generalmente pagará más por los medicamentos de marca no preferida en virtud de su plan.

Los símbolos de la lista significan

Si algún medicamento de la lista está marcado con alguno de los siguientes símbolos, es posible que su médico deba obtener una autorización de cobertura para ese medicamento.

PA: Es posible que se requiera **Autorización previa** por diferentes motivos. Para conocer los requisitos necesarios para obtener cobertura para algún medicamento en particular, no dude en llamarnos.

QL: **Límite de cantidad** significa que es posible que obtenga cobertura por una cantidad limitada de un medicamento en particular.

AGE: **Requisito de edad** significa que una persona debe pertenecer a un grupo de edad específico para que un medicamento en particular esté cubierto.

ST: **Tratamiento escalonado** es un programa de autorización previa que le exige que pruebe con otros medicamentos disponibles para tratar la misma afección antes de otorgar cobertura para el medicamento "ST".

* Los medicamentos marcados con un asterisco se consideran medicamentos de especialidad. Estos medicamentos deben obtenerse en una farmacia de especialidad preferida. Es posible que algunos planes cubran los medicamentos de especialidad según diferentes niveles de beneficios. Consulte la Lista de medicamentos de Specialty Pharmacy para obtener más información.

Nota importante

La Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage no cubre medicamentos que tienen alternativas que no requieren receta médica (OTC, por sus siglas en inglés) (por ejemplo, medicamentos que tratan afecciones de acidez estomacal y antihistamínicos no sedantes para tratar alergias) según su plan. En estos casos, los medicamentos de la misma clase que están disponibles con receta médica también están excluidos de la cobertura. Como ejemplos (la lista no es exhaustiva) se pueden mencionar los medicamentos para la alergia, como Allegra, Clarinex, Xyzal y cualquier genérico; y los medicamentos para la pirosis y las úlceras, como Nexium, Prilosec, Zantac y cualquier genérico.

La Reforma del Cuidado de Salud y usted

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), comúnmente denominada “reforma del cuidado de salud”, se sancionó el 23 de marzo de 2010. Esta importante legislación generará modificaciones en la cobertura médica de cada estadounidense. Cigna cumplirá con todas las disposiciones de la ley, incluidas aquellas que tienen un impacto en su plan de cobertura de farmacia. Por ejemplo, la cobertura de medicamentos que tradicionalmente no se han incluido en los planes de farmacia, como medicamentos específicos que no requieren receta médica (OTC), podría estar a su disposición sin costo alguno para usted. Como sucede con todos los medicamentos cubiertos, necesitaremos una receta de su médico para procesar el reclamo en virtud de su plan de farmacia (incluidos los medicamentos que no requieren receta médica).

Para conocer la información más actualizada, visite www.informedonreform.com o Cigna.com y busque el vínculo *Informed on Reform* (Informado sobre la Reforma).

Si tiene alguna pregunta

Recuerde que esta lista es solo una muestra de los medicamentos más usados y está sujeta a cambio. Puede usar la herramienta Prescription Drug Price Quote (Cotización de precios de medicamentos que requieren receta médica) disponible en myCigna.com para ver y comparar los precios de todos los medicamentos cubiertos por su plan. También puede llamar al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para hablar con un representante de servicio al cliente en cualquier momento.

Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (ADD)/TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD) Y ESTIMULANTES		
amphetamine/ dextroamphetamine amphetamine/ dextroamphetamine XR clonidine HCl dexmethylphenidate HCl dexmethylphenidate HCl ER dextroamphetamine guanfacine methamphetamine methylphenidate/ER/ ER 24 HR modafinil	Adderall XR	Adderall (PA, ST) Concerta (PA, ST) Daytrana (PA, ST) Desoxyn (PA, ST) Dexedrine (PA, ST) Evekeo (PA, ST) Focalin (PA, ST) Focalin XR Intuniv Kapvay Metadate CD (PA, ST) Nuvigil (PA) Provigil (PA) Quillivant XR (PA, ST) Ritalin (PA, ST) Ritalin LA 20 mg, 30 mg, 40 mg (PA, ST) Ritalin SR (PA, ST) Strattera Vyvanse Xyrem* (PA) Zenedi (PA, ST)

SIDA/VIH

abacavir* didanosine* lamivudine* lamivudine/zidovudine* nevirapine* stavudine* zidovudine* nevirapine ER*	Aptivus* Atripla* Crixivan* Emtriva* Epivir HBV* Epivir solution* Epzicom* Fuzeon* Intelence* Invirase* Isentress* Kaletra* Lexiva* Norvir* Prezista* Rescriptor* Reyataz* Selzentry* Sustiva* Truvada* Viracept* Viread*	Combivir* Complera* Edurant* Epivir* Evotaz* Fulyzaq Prezcobix* Retrovir* Stribild* Triumeq* Trizivir* Tybost* Videx* Viramune* Viramune XR* Vitekta* Zerit* Ziagen*
---	--	---

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
-----------	-------------------	----------------------

ALERGIA

Los medicamentos para la alergia que tengan medicamentos que no requieren receta médica equivalentes dentro de la clase están excluidos (como Clarinex, Xyzal, y sus genéricos, etc.).

azelastine HCl azelastine nasal budesonide clemastine fumarate cyproheptadine cyproheptadine HCl epinastine epinephrine (QL) flunisolide nasal fluticasone nasal hydroxyzine ipratropium nasal montelukast olopatadine nasal spray triamcinolone acetonide nasal	Epipen 2 pk (QL) Epipen Jr (QL)	Astelin Astepro Atrovent (nasal) AUVI-Q (QL) Beconase AQ (PA, ST) Children's QNASL Dymista (PA, ST) Flonase (PA, ST) Karbinal ER Nasonex Omnaris (PA, ST) Patanase QNASL (PA, ST) Rhinocort AQ (PA, ST) Semprex-D Singulair Veramyst Zetonna (PA, ST)
---	------------------------------------	--

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

donepezil HCl galantamine hydrobromide rivastigmine tartrate capsules		Aricept Aricept ODT Exelon Namenda XR Razadyne Razadyne ER
--	--	---

ANSIEDAD

alprazolam buspirona		Lorazepam Intensol Niravam
-------------------------	--	-------------------------------

ASMA Y AFECCIONES RESPIRATORIAS

albuterol sulfate (solución nebulizadora) aminophylline budesonide (solución nebulizadora) caffeine citrate cromolyn sodium (solución nebulizadora) dyphylline guaifenesin/theophylline ipratropium bromide (solución nebulizadora) levalbuterol HCl (solución nebulizadora)	Advair, Advair HFA Anoro Ellipta Atrovent HFA Breo Ellipta Foradil ProAir HFA Qvar Spiriva Xolair* (PA)	Accolate Accuneb nebulizer (PA, ST) Adcirca* (PA) Adempas* (PA) Aerospan Alvesco Arcapta Arnuity Ellipta Asmanex Asmanex HFA Atrovent HFA Brovana nebulizer (PA, ST) Combivent Respimat Daliresp Dulera
---	---	---

Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
ASMA Y AFECIONES RESPIRATORIAS (CONTINUACIÓN)		
metaproterenol sulfate (jarabe, comprimidos) montelukast sodium prednisolone sod phosphate racedipine HCl sildenafil* (PA) terbutaline sulfate theophylline anhydrous zafirlukast		Esbriet* (PA) Flovent Diskus/HFA Incruse Ellipta (PA, ST) Letairis* Ofev* (PA) Opsumit* (PA) Orapred ODT Orenitram ER* (PA) Performist (PA, ST) Proventil HFA Pulmicort Pulmozyme* (PA) Revatio* (PA) S-2 Racedipine Serevent Singulair Striverdi Respimat Symbicort Tracleer* Tudorza Pressair (PA, ST) Tyvaso* Ventavis* Ventolin HFA Xopenex HFA Xopenex nebulizer (PA, ST)
ANTICONCEPTIVOS		
<i>Consulte sus materiales de inscripción para determinar si estos medicamentos están cubiertos en virtud de su plan específico.</i>		
Altavera Alyacen Ameithia Amethia Lo Amethyst Apri Aranelle Aubra Aviane Azurette Balziva Briellyn Camila Camrese Camrese Lo Caziant Chateal Cryselles Cyclafem Dasetta		Angeliq BeYaz Brevicon Cyclessa Depo-Provera Subq Desogen Ella Estrostep FE Femcon FE Generess FE Jolivettes Lo Seasonique Loestrin Loestrin FE Lomedia 24 FE Minastrin 24 FE Mircette Modicon Natazia Norinyl 1+35

GENÉRICOS

MARCAS PREFERIDAS

MARCAS NO PREFERIDAS

ANTICONCEPTIVOS (CONTINUACIÓN)

Consulte sus materiales de inscripción para determinar si estos medicamentos están cubiertos en virtud de su plan específico.

Daysee
 desogestrel-ethinyl estradiol
 Elinest
 Emoquette
 Enpress
 Enskyce
 Errin
 Estarylla
 ethinyl estradiol/
 drospirenone
 Falmina
 Gianvi
 Gildagia
 Gildess
 Heather
 Introvale
 Jencycla
 Jolessa
 Junel
 Junel FE
 Kariva
 Kelnor
 Kurvelo
 Larin
 Larin FE
 Leena
 Lessina
 Levonest
 levonorgestrel
 levonorgestrel-ethetra
 levonorgestrel-ethin
 estradiol
 Levora
 l-norgest-eth estr/
 ethin estra
 Loryna
 Low-Ogestrel
 Lutera
 Lyza
 Marlissa
 Microgestin
 Microgestin FE
 Mononessa
 Mono-Linyah
 Myzila
 Necon
 Next Choice
 Nora-Be

Norinyl 1+50
 Nor-QD
 Nuvaring
 Ortho Evra
 Ortho Micronor
 Ortho Tri-Cyclen LO
 Ortho-Cept
 Ortho-Cyclen
 Ortho-Novum 7-7-7
 Ortho-Tri-Cyclen
 Ovcon 35
 Quartette
 Safyral
 Seasonale
 Seasonique
 Tri-Norinyl
 Yasmin 28
 Yaz

Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
ANTICONCEPTIVOS (CONTINUACIÓN)		
<i>Consulte sus materiales de inscripción para determinar si estos medicamentos están cubiertos en virtud de su plan específico.</i>		
<p>noreth a-et estra/ fe fumarate norethindrone norethindrone-ethinyl estradiol norgestimate-ethinyl estradiol norgestrel-ethinyl estradiol Nortrel Ocella Ogestrel Orsythia Philith Pimtrea Pirmella Portia Previfem Quasense Reclipsen Sprintec Sronyx Syeda Tilia FE Tri-Estarylla Tri-Legest FE Tri-Linyah Trinessa Tri-Previfem Tri-Sprintec Trivora Velivet Viorele Vyfemla Wera Wymzya FE Xulane Zarah Zenchent Zenchent FE Zeosa Zovia</p>		

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
PROBLEMAS DE VEJIGA		
flavoxate oxybutynin/XL potassium citrate ER tolterodine tartrate/LA trospium chloride	VESIcare	Detrol (PA,ST) Detrol LA (PA, ST) Ditropan XL (PA,ST) Elmiron Enablex (PA,ST) Gelnique (PA,ST) Myrbetriq (PA,ST) Oxytrol (PA,ST) (para hombres únicamente) Sanctura (PA,ST) Sanctura XR (PA, ST) Toviaz Urocit-K

CÁNCER		
anastrozole azacitidine* bicalutamide* capecitabine cyclophosphamide* exemestane flutamide* letrozole lomustine tamoxifen citrate temozolomide* (PA)	Droxia Fareston Gleevec* (PA) Granix* Hexalen* Leukeran Lupron* (PA) Lysodren Matulane* Myleran Neulasta* (PA) Neupogen* (PA) Nexavar* (PA) Proleukin* (PA) Revlimid* (PA) Sprycel* (PA) Sutent* (PA) Tarceva* (PA) Targretin* Tasigna* (PA) Thalomid* (PA) Tykerb* (PA) Xeloda* Zolinza* (PA)	Afinitor* (PA) Afinitor* Disperz (PA) Arimidex Aromasin Bosulif* (PA) Caprelsa* (PA) Casodex* Cometriq* (PA) Erivedge* (PA) Femara Ibrance* (PA) Imbruvica* (PA) Inlyta* (PA) Jakafi* (PA) Lenvima* (PA) Lynparza* (PA) Mekinist* (PA) Pomalyst* (PA) Purixan* Stivarga* (PA) Sylatron* (PA) Sylvant* (PA) Tafinlar* (PA) Valchlor* Votrient* (PA) Xalkori* (PA) Xtandi* (PA) Zelboraf* (PA) Zydelig* (PA) Zykadia* (PA) Zytiga* (PA)

Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
CARDIOVASCULARES		
DILUYENTES DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTES		
anagrelide*	Arixtra (QL)*	Aggrenox
cilostazol	Xarelto	Agrylin*
clopidogrel		Brillinta
dipyridamole		Effient
enoxaparin (QL)*		Eliquis (PA, ST)
fondaparinux (QL)*		Fragmin (QL)
heparin		Lovenox (QL)*
Jantoven		Plavix
ticlopidine		Pletal
warfarin		Pradaxa (PA, ST)
		Savaysa (PA, ST)
		Zontivity
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA/PARA EL CORAZÓN		
acebutolol HCl	Benicar	Accupril (PA,ST)
acetazolamide	Benicar HCT	Accuretic (PA,ST)
amiloride HCl		Aceon (PA,ST)
amlodipine besylate		Altace (PA,ST)
amlodipine besylate/ benazepril		Amturide
amlodipine/atorvastatin		Atacand (PA, ST)
calcium		Atacand HCT (PA, ST)
amlodipine/valsartan		Avalide (PA, ST)
amlodipine/valsartan/HCTZ		Avapro (PA, ST)
apresoline		Azor
atenolol		Betapace AF
benazepril HCl		Bystolic
benazepril HCl/amlodipine		Cardura
benazepril HCl/HCTZ		Cardura XL
bendroflumethiazide/ nadolol		Catapres, Catapres TTS
betaxolol HCl		Coreg
bisoprolol fumarate		Coreg CR
bisoprolol/HCTZ		Corgard
bumetanide		Cozaar (PA, ST)
candesartan		Diovan (PA, ST)
candesartan cilexetil		Diovan HCT (PA, ST)
candesartan HCTZ		Dutoprol
captopril		Edarbi (PA, ST)
captopril/HCTZ		Edarbychlor (PA, ST)
carvedilol		Exforge
chlorothiazide		Exforge HCT
chlorthalidone		Hemangeol
chlorthalidone/atenolol		Hyzaar (PA, ST)
clonidine		Inderal LA
clonidine HCl		Innopran XL
Clorpres		Levatol
diltiazem		Lotensin (PA,ST)
diltiazem 24HR ER		Lotensin HCT (PA,ST)
		Lotrel
		Mavik (PA, ST)

CARDIOVASCULARES (CONTINUACIÓN)

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA/PARA EL CORAZÓN

doxazosin mesylate		Micardis (PA, ST)
enalapril maleate		Micardis HCT (PA, ST)
enalapril maleate/HCTZ		Norpace
eplerenone		Norpace CR
eprosartan mesylate		Norvasc
felodipine		Nymalize
fosinopril sodium		Prinivil
fosinopril sodium/HCTZ		Prinzide (PA,ST)
furosemide		Rythmol SR
guanfacine		Sotylize
hydralazine HCl		Sular
hydrochlorothiazide		Tarka
hydrochlorothiazide/ amilor HCl		Tekamlo
hydroflumethiazide		Tekturna
indapamide		Tekturna HCT
irbesartan		Teveten (PA, ST)
irbesartan/HCTZ		Teveten HCT (PA, ST)
isradipine		Toprol XL
labetalol HCl		Tribenzor
lisinopril		Vaseretic (PA,ST)
lisinopril/HCTZ		Vasotec (PA,ST)
losartan potassium		Verelan
losartan potassium/HCTZ		Zestoretic (PA,ST)
methazolamide		Zestril (PA,ST)
methyl dopa		
methyl dopa/HCTZ		
metolazone		
metoprolol succinate		
metoprolol tartrate		
metoprolol/HCTZ		
minoxidil		
moexipril HCl		
moexipril HCl/HCTZ		
nadolol		
nicardipine HCl		
nifedipine		
nimodipine		
perindopril erbumine		
pindolol		
prazosin HCl		
propranolol HCl		
propranolol/HCTZ		
quinapril		
quinapril HCl/HCTZ		
ramipril (cápsulas únicamente)		
reserpine		
sotalol HCl		
spironolactone		

Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
CARDIOVASCULARES (CONTINUACIÓN)		
MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA/PARA EL CORAZÓN		
spironolactone/HCTZ telmisartan telmisartan/amlodipine telmisartan/HCTZ terazosin HCl timolol maleate torsemide trandolapril triamterene/HCTZ valsartan valsartan/HCTZ Vecamyl-mecamylamine HCl verapamil verapamil SR		
OTROS		
amiodarone digoxin disopyramide flecainide isosorbide dinitrate isosorbide mononitrate nitroglycerin procainamide propafenone SR		Lanoxin Multaq Nitrolingual Spray Nitromist Ranexa (PA, ST) Rythmol SR Tikosyn
MEDICAMENTOS PARA REDUCIR EL COLESTEROL		
atorvastatin cholestyramine cholestyramine/aspartame cholestyramine/sucrose colestipol fenofibrate fenofibrate, micronized fenofibric acid fluvastatin gemfibrozil lovastatin niacin omega-3-acid ethyl esters pravastatin sodium simvastatin	Crestor Zetia	Advicor Altprev (PA, ST) Antara Caduet Colestid Fenoglide Juxtapid* (PA) Kynamro* (PA) Lescol Lescol XL Lipitor (PA, ST) Liptruzet (PA, ST) Livalo (PA, ST) Lofibra Lovaza Mevacor (PA, ST) Niaspan Pravachol (PA, ST) Simcor TriCor Trilipix Vascepa (PA, ST)

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
-----------	-------------------	----------------------

MEDICAMENTOS PARA REDUCIR EL COLESTEROL (CONTINUACIÓN)

		Vytorin (PA, ST) Welchol Zocor (PA, ST)
--	--	---

DEPRESIÓN

amitriptyline bupropion bupropion SR citalopram desipramine duloxetine HCl escitalopram fluoxetine flvoxamine imipramine mirtazapine nortriptyline paroxetine paroxetine CR protriptyline sertraline trazodone venlafaxine venlafaxine XR		Aplenzin (PA,ST) Brintellix (PA,ST) Celexa (PA,ST) Cymbalta (PA, ST) Desvenlafaxine ER (PA, ST) Desvenlafaxine Fumarate ER (PA,ST) Effexor XR (PA, ST) Emsam Fetzima (PA,ST) Forfivo XL (PA,ST) Khedeza (PA,ST) Lexapro (PA,ST) Luvox CR Marplan Oleptro (PA, ST) Paxil (PA,ST) Paxil CR (PA,ST) Pexeva (PA, ST) Pristiq Prozac (PA,ST) Remeron Sarafem (PA,ST) Tofranil Venlafaxine HCl ER (PA,ST) Viibryd (PA,ST) Vivactil Wellbutrin (PA,ST) Wellbutrin SR (PA,ST) Wellbutrin XL Zolofit (PA,ST)
---	--	--

DIABETES

acarbose chlorpropamide glimepiride glipizide glipizide ER glipizide/metformin HCl glyburide glyburide micronized glyburide/metformin metformin HCl metformin ER nateglinide	Apidra Apidra SoloStar BD Insulin Syringe Bydureon (QL) Byetta Glucagen Hypokit Humalog Humulin Invokamet Invokana Janumet Janumet XR	Accu-Chek test strips Actoplus Met Actoplus Met XR Actos Afrezza (PA) Amaryl Avandamet Avandaryl Avandia Cycloset Duetact Farxiga (PA,ST)
---	--	--

Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
DIABETES (CONTINUACIÓN)		
pioglitazone pioglitazone/glimepiride pioglitazone/metformin repaglinide tolazamide tolbutamide	Januvia Kombiglyze XR Lantus Lantus SoloStar NovoFine/NovoTwist needles One Touch test strips Onglyza	Fortamet Glucagon Emergency Kit (QL) Glucophage XR Glycron Glyset Glyxambi (PA,ST) Jardiance (PA, ST) Jentaduetto (PA, ST) Kazano (PA, ST) Levemir Metaglip Nesina (PA, ST) Novolin Novolog Oseni (PA, ST) Prandimet Prandin Precose Starlix Symlin (QL) Tanzeum (PA, QL, ST) Tadjenta (PA, ST) Trulicity (PA, ST) VGo Victoza Xigduo XR (PA, ST)
ENDOCRINAS Y METABÓLICAS – OTRAS AFECIONES		
allopurinol cabergoline (QL) desmopressin* flouxymesterone megestrol acetate octreotide* (PA)	Increlex* (PA) Lupron Depot-PED* (PA) Megace ES Nilandron Sandostatin LAR* (PA) Somavert* (PA)	colchicine Colcrys Egrifta* (PA) Megace Mitigare Sandostatin* (PA) Signifor* (PA) Signifor LAR* (PA) Somatuline Depot* (PA) Uloric
AFECIONES OCULARES		
apraclonidine HCl atropine azelastine brimonidine bromfenac bromfenac sodium ciprofloxacin diclofenac dorzolamide dorzolamide/timolol	Travatan Z	Acular LS Alamast Alocril Alomide Alphagan P 0.1% Alrex AzaSite Azopt Besivance Betoptic S

GENÉRICOS

MARCAS PREFERIDAS

MARCAS NO PREFERIDAS

AFECCIONES OCULARES (CONTINUACIÓN)

epinastine
flurbiprofen
gatifloxacin
ketorolac
latanoprost
levofloxacin
pilocarpine
timolol
tobramycin/dexamethasone
travoprost
trifluridine

Ciloxan
Cosopt
Cystaran
Durezol
Emadine
Ilevro
Iopidine
Lastacaft
Lotemax
Maxidex
Moxeza
Optivar
Pataday
Patanol
Pazeo
Prolensa
Rescula
Restasis
Simbrinza (PA, ST)
Timoptic
Tobradex
Trusopt
Vexol
Vigamox
Voltaren
Xalatan
Zioptan (PA, ST)
Zymaxid

GASTROINTESTINALES (NO PIROSIS/ÚLCERA)

balsalazide
belladonna alkaloids/
phenobarbital
budesonide
cromolyn sodium (solución)
PEG 3350/potassium/
sodium bicarb/salt
PEG 3350/potassium/
sodium bicarb/salt/
sodium sulf
triamcinolone acetoneide

Asacol HD
Cimzia* (PA)
Creon
Humira* (PA)
Lialda
Pentasa
Zenpep

Amitiza
Apriso
Canasa
Colazal
Delzicol
Donnatal
Entocort EC
Entyvio* (PA)
Giazo
Linzess
Movantik (PA)
Pancreaze
Prepopik
Relistor* (PA)
Remicade* (PA)
Simponi* (PA)
Simponi Aria* (PA)
Suclear
Sucraid*
Uceris
Ultresa

Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
PIROSIS/ÚLCERA		
<i>Los medicamentos para la pirosis y las úlceras que tengan medicamentos que no requieren receta médica equivalentes dentro de la clase están excluidos (como Prilosec y sus genéricos, etc.).</i>		
metoclopramide HCl misoprostol sucralfate lansoprazole/amoxicillin/ clarithromycin		
SUSTITUCIÓN DE HORMONAS		
estradiol estradiol/norethindrone acetate estropipate ethinyl estradiol levothyroid levothyroxine sodium Levoxyl liothyronine medroxyprogesterone progesterone, micronized testosterone cypionate testosterone enanthate thyroid Unithroid	Premarin Testim (QL)	Activella Alora Anadrol-50 (PA) Androderm (QL) Androgel (QL) Armour Thyroid Axiron (PA, QL, ST) Cenestin Combipatch Cytomel Depo-Testosterone Divigel Enjuvia Estrace Femhrt Femring Fortesta (PA, QL, ST) Menest Minivelle Prefest Premphase Prempro Prometrium Striant (QL) Synthroid testosterone gel (QL) Vagifem Vivelle-Dot Vogelxo
INFECCIONES		
adefovir dipivoxil* acyclovir amantadine amoxicillin/ER amoxicillin/clavulanate atovaquone azithromycin cefador ER cefadroxil cefdinir	Alferon N* (PA) Baraclude* Epivir HBV* Intron-A* (PA) Peg Intron* (PA) Pegasys* (PA) Tamiflu (QL)	Acticlate (PA, ST) Augmentin Augmentin ES 600 Augmentin XR Bethkis* Biaxin Biaxin XL Cedax Cipro Cipro HC Otic

GENÉRICOS

MARCAS PREFERIDAS

MARCAS NO PREFERIDAS

INFECCIONES (CONTINUACIÓN)

cefditoren
 cefprozil
 ceftibuten dihydrate
 ceftriaxone
 cefuroxime axetil
 cephalixin
 ciprofloxacin
 clarithromycin
 clindamycin
 cycloserine
 doxycycline
 entacavir
 erythromycin
 famciclovir
 fluconazole
 flucytosine
 ganciclovir
 gentamicin sulfate
 griseofulvin
 griseofulvin microsize
 griseofulvin ultramicrosize
 itraconazole (QL)
 ketoconazole
 lamivudine*
 metronidazole
 minocycline
 minocycline SR
 Moderiba*
 moxifloxacin HCl
 mupirocin
 nitrofurantoin
 nystatin
 ofloxacin
 penicillin v potassium
 ribavirin*
 rifabutin
 rifampin
 rimantadine
 sulfamethoxazole/
 trimethoprim
 terbinafine (QL)
 terconazole
 tetracycline
 tobramycin
 valacyclovir
 valganciclovir
 vancomycin
 voriconazole (PA)

Cipro XR
 Ciprodex
 Coartem (QL)
 Copegus*
 Difucid (PA)
 Famvir
 Flagyl 375
 Flagyl ER
 Garamycin
 Grifulvin V
 Gris-Peg
 Hepsera*
 Keflex
 Kitabis Pak*
 Lamisil (QL)
 Levaquin
 Malarone (PA)
 Monurol
 Moxatag
 Mycostatin (comprimidos)
 Noxafil
 Olysio* (PA)
 Onmel (PA, QL, ST)
 Penlac
 Priftin
 Primsol
 Rebetol*
 Relenza (QL)
 Rocephin
 Sirturo
 Sitavig
 Sivextro (PA)
 Solodyn (PA, ST)
 Spectracef
 Sporanox (QL)
 Suprax
 Tobi*
 Tobi Podhaler*
 Tyzeka*
 Urelle
 Uribel
 UTA
 Valcyte
 Valtrex
 Vfend (PA)
 Vibramycin
 Zithromax
 Zyvox (PA)

Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
MIGRAÑA		
acetaminophen/cafeine/ butalbital dihydroergotamine mesylate (QL) isomethepten/caf/ acetaminophen naratriptan (QL) rizatriptan (QL) sumatriptan (QL) zolmitriptan (QL)		Amerge (QL) Axert (QL) Cafergot DHE 45 (QL) Frova (QL) Imitrex (QL) Maxalt (QL) Maxalt MLT (QL) Migranal (QL) Relpax (QL) Sumavel DosePro (QL) Treximet (QL) Zomig/Zomig ZMT (QL) Zomig nasal (QL)
ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
	Avonex/Avonex Pen* (PA) Copaxone* (PA) Rebif* (PA) Rebif Rebidose* (PA) Tecfidera* (PA)	Ampyra* (PA) Aubagio* (PA) Betaseron* (PA) Extavia* (PA) Gilenya* (PA) Plegridy* (PA)
NÁUSEAS Y VÓMITOS		
dronabinol granisetron ondansetron prochlorperazine promethazine trimethobenzamide		Akynzeo* (QL) Anzemet inj* (PA) Anzemet tabs* (QL) Diclegis Emend* (QL) Marinol Sancuso (QL) Scopace Zofran (inyectable, comprimidos, solución) Zuplenz (PA, QL, ST)
OSTEOPOROSIS		
alendronate sodium calcitonin-salmon etidronate disodium Fortical ibandronate sodium syringe* ibandronate sodium tablet raloxifene HCl risedronate	Forteo*	Actonel (PA, ST) Atelvia (PA, ST) Binosto (PA, ST) Boniva syringe* (PA, ST) Boniva tab (PA, ST) Evista Fosamax (PA, ST) Fosamax Plus D (PA, ST) Miacalcin Skelid (PA, ST)

ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA

buprenorphine	Actimmune* (PA)	Abstral (PA)
butalbital/acetaminophen	Cimzia* (PA)	Actemra* (PA)
butalbital/acetamin/caff/ codeine	Humira* (PA)	Actiq (PA)
butorphanol nasal (QL)	Rheumatrex*	Adazin
celecoxib (QL)	Savella	Ansaid (PA, ST)
codeine phos/carisoprodol/ asa	Trexall*	Arthrotec (PA, ST)
codeine phosphate		Avinza (QL)
codeine phosphate/aspirin		Butrans (QL)
codeine sulfate		Cambia
diclofenac		Celebrex (QL, ST)
diclofenac/misoprostol		Conzip (PA, QL, ST)
dihy-cod tt/apap/caffeine		Demerol (PA,ST)
etodolac		Dilaudid (PA,ST)
fenopropfen		Dipentum
fentanyl citrate (PA)		Duexis (PA, ST)
(piruleta/paleta)		Duragesic (QL)
fentanyl transdermal (QL)		Embeda (QL)
flurbiprofen		Enbrel* (PA)
hydrocodone bitartrate/apap		Exalgo (QL)
hydrocodone bitartrate/ aspirin		Fentora (PA)
hydromorphone HCl		Fioricet w/codeine
ibuprofen		Flector (PA, QL, ST)
ibuprofen/hydrocod bit		Fycompa
indomethacin		Horizant (PA, ST)
ketoprofen		Hycet (PA,ST)
ketorolac (QL)		Hysingla ER (QL)
leflunomide		Indocin (supositorio)
levorphanol tartrate		Kadian (QL)
lidocaine		Kineret* (PA)
meclofenamate		Lazanda (PA)
mefenamic acid		Lidoderm
meloxicam		Lidopin
meperidine HCl		Lidovex
methotrexate*		Lortab (PA,ST)
migergot		Lyrice
morphine sulfate (QL)		Mobic (PA, ST)
nabumetone		MS Contin (QL)
naproxen		Nalfon (PA,ST)
naproxen sodium		Naprelan (PA, ST)
opium		Norco (PA,ST)
opium/belladonna alkaloids		Nucynta (QL, ST)
orphenadrine/aspirin/ caffeine		Nucynta ER (QL)
oxaprozin		Onsolis (PA)
oxycodone ER (QL)		Opana (QL)
oxycodone HCl		Opana ER (QL)
		Oxecta (PA,ST)
		Otrexup* (PA)
		OxyContin (QL)
		Pain Relief
		Panlor SS

Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
ALIVIO DEL DOLOR Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA (CONTINUACIÓN)		
oxycodone HCl/ acetaminophen oxycodone/aspirin oxymorphone oxymorphone HCl pentazocine HCl/ acetaminophen pentazocine HCl/ naloxone HCl piroxicam sulindac tolmetin tramadol ER (QL) tramadol HCl (QL) tramadol HCl/ acetaminophen (QL)		Pennsaid Percocet (PA,ST) Percodan (PA,ST) Ponstel (PA, ST) Primlev (PA,ST) Prodrin Rasuvo* (PA) Rayos (PA, ST) Relyyks Relyyt Remicade* (PA) Roxicet (PA,ST) Roxicodone (PA,ST) Ryzolt Scar Silvera Simponi* (PA) Simponi Aria* (PA) Skelaxin Solaice Sprix (QL) Suboxone (PA) Subsys (PA) Synalgos-DC (PA,ST) Synvexia TC Trezix (PA, ST) Ultracet (PA, QL, ST) Ultram (PA, QL, ST) Ultram ER (PA, QL, ST) Velma Vicodin/ES/HP (PA,ST) Viciprofen (PA,ST) Vimovo (PA, QL, ST) Voltaren Gel (PA, ST) Voltaren XR Xartemis XR (PA, QL, ST) Xeljanz* (PA) Xodol (PA,ST) Zohydro (QL) Zorvolex (PA, ST)
ENFERMEDAD DE PARKINSON		
amantadine benztropine bromocriptine carbidopa carbidopa/levodopa carbidopa/levodopa CR carbidopa/levodopa/ entacapone	Azilect Lodosyn Tasmar	Apokyn* (PA) Comtan Eldepryl Mirapex Mirapex ER Neupro Northera* (PA) Parcopa

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
-----------	-------------------	----------------------

ENFERMEDAD DE PARKINSON (CONTINUACIÓN)

entacapone pramipexole pramipexole ER ropinirole ropinirole XL selegiline		Requip Requip XL Rytary Sinemet CR Stalevo Zelapar
--	--	---

PRÓSTATA

alfuzosin doxazosin finasteride leuprolide acetate* (PA) prazosin tamsulosin terazosin	Zoladex* (PA)	Avodart Firmagon* (PA) Flomax Jalyn Proscar Rapaflo Uroxatral
--	---------------	---

ESQUIZOFRENIA

clozapine haloperidol loxapine olanzapine olanzapine/fluoxetine HCl quetiapine risperidone thiothixene ziprasidone		Abilify Abilify Discmelt Clozaril (PA, ST) Fanapt (PA, ST) Fazaclo (PA, ST) Geodon (PA, ST) Invega (PA, ST) Latuda (PA, ST) Orap Risperdal/Risperdal M (PA,ST) Saphris (PA, ST) Seroquel (PA, ST) Seroquel XR Symbyax Versacloz (PA,ST) Zyprexa (PA, ST) Zyprexa Zydys (PA, ST)
--	--	---

CONVULSIÓN

carbamazepine clonazepam diazepam divalproex ethosuximide felbamate gabapentin lamotrigine levetiracetam oxcarbazepine phenytoin tiagabine HCl topiramate	Celontin Diastat Diastat Acudial Dilantin (30 mg únicamente) Gabitril (12 y 16 mg únicamente) Keppra Lamictal ODT Peganone	Aptiom Banzel Carbatrol Depakote (todas las presentaciones) Dilantin Felbatol Gabitril (2 y 4 mg únicamente) Keppra XR Lamictal/ XR Lyrica Neurontin Oxtellar XR Potiga
---	--	---

Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
CONVULSIONES (CONTINUACIÓN)		
valproate valproate sodium zonisamide		Qudexy XR Saphris Stavzor Tegretol XR Topamax topiramate XR caps Trileptal Vimpat Zarontin Zonegran
AFECCIONES CUTÁNEAS		
acitretin adapaleno (AGE) aldometasone dipropionate amcinonide Amnesteem (QL) Apexicon E (diflorasone diacetate) crema benzoyl peroxide betamethasone betamethasone dipropionate betamethasone dipropionate/propylene glycol betamethasone valerate calcipotriene calcipotriene- betamethasone calcitriol ointment Claravis (QL) clincamycin phosphate/ benzoyl peroxide gel clobetasol propionate clobetasol propionate/emoll clocortolone pivalate desonide desoximetasone diclofenac sodium diflorasone diacetate fluocinolone acetonide fluocinonide fluocinonide/emollient fluorouracil topical fluticasone propionate halobetasol prop/ ammonium lac halobetasol propionate hydrocortisone	Carac Fluoroplex Furacin Humira* (PA) Targretin gel*	Absorica (QL) Acanya Aclovate (PA, ST) Ala-Scalp HP (PA, ST) Alcortin A Aldara Aqua Glycolic HC (PA, ST) Atralin (AGE) Avar Avar LS Avita Bactroban Benoxylodoxy 30 Benzacilin Benzamycin Pak Benzefoam Capex Shampoo (PA, ST) Carmol HC (PA, ST) Clindacin Pac Clobex (PA, ST) Clodan (PA, ST) Cloderm (PA, ST) Condylox Cordran (PA, ST) Cordran SP (PA, ST) Cosentyx* (PA) Cutivate (PA, ST) Derma-Smoothe/FS (PA, ST) Dermasorb AF Dermasorb HC (PA,ST) Dermasorb TA (PA,ST) Dermasorb XM Dermatop (PA, ST) Desonate (PA, ST) Desowen (PA, ST) Differin (AGE) Diprolene (PA, ST) Diprolene AF (PA, ST)

GENÉRICOS

MARCAS PREFERIDAS

MARCAS NO PREFERIDAS

AFECCIONES CUTÁNEAS (CONTINUACIÓN)

hydrocortisone acetate/ aloe vera		Dovonex
hydrocortisone acetate/urea		Doxycycline IR-DR
hydrocortisone butyrate		Duac
hydrocortisone valerate		Ecoza
imiquimod		Elidel (PA, ST)
isotretinoin (QL)		Elocon (PA, ST)
methoxsalen, rapid		Enbrel* (PA)
metronidazole		Epiduo
mometasone		Exelderm
podofilox		First Hydrocortisone (PA, ST)
prednicarbate		Halog (PA, ST)
salicylic acid		Hydro 35
Sotret (QL)		Jublia (PA, ST)
sulfacetamide		Kenalog aerosol (PA, ST)
sulfacetamide sodium		Keralac
sulfacetamide sodium/sulfur		Kerydin (PA, ST)
sulfacetamide/sulfur/ cleanser		Klaron
tacrolimus ointment		Locoid (crema, ungüento, solución, loción)
tretinoína (AGE)		Locoid Lipocream (PA, ST)
triamcinolone acetonide		Loprox shampoo
urea		Luxiq (PA, ST)
		Luzu
		Metrogel
		Metro lotion
		Naftin
		Neuac
		Noritate
		Nucort (PA, ST)
		Olux (PA, ST)
		Olux-E (PA, ST)
		Onexton
		Oracea
		Otezla* (PA)
		Ovace Plus cream, lotion and wash
		Pandel (PA, ST)
		Panretin*
		Pediaderm HC/TA (PA, ST)
		Plexion
		Protopic (PA, ST)
		Regranex (PA)
		Remicade* (PA)
		Retin-A cream (PA, AGE)
		Retin-A Micro (PA, AGE)
		Retin-A Micro Pump (PA, AGE)
		Riaz
		Rosula
		Scalacort DK (PA, ST)

Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
AFECCIONES CUTÁNEAS (CONTINUACIÓN)		
		Solaraze Soolantra Soriatane Sorilux Stelara* (PA) Sumadan XLT Synalar (PA, ST) Synalar TS (PA, ST) Taconex Tazorac Temovate (PA, ST) Texacort (PA, ST) Topicort (PA, ST) Topicort LP (PA, ST) Tretin-X (PA) Ultrasal-ER Ultravate (PA, ST) Ultravate X (PA, ST) Umecta Vanos (PA, ST) Vectical Verdeso (PA, ST) Vytone Xolegel Ziana Zyclara (PA, ST)
SUEÑO		
eszopiclone zaleplon zolpidem zolpidem ER		Ambien (PA, ST) Ambien CR (PA, ST) Belsomra (PA, ST) Edluar (PA, ST) Intermezzo (PA, ST) Lunesta (PA, ST) Rozerem (PA, ST) Silenor Sonata (PA, ST) Zolpimist (PA, ST)
TRASPLANTE		
azathioprine* cyclosporine* mycophenolate moefetil* mycophenolate sodium* sirolimus* tacrolimus*	Azasan* Cellcept* Prograf* Rapamune* Sandimmune*	Imuran* Myfortic* Neoral* Zortress*

GENÉRICOS

MARCAS PREFERIDAS

MARCAS NO PREFERIDAS

VITAMINAS

**Todos los planes cubren todas las vitaminas prenatales que requieren receta médica genéricas, aunque no figuren en esta lista. Genéricos disponibles cuando se incluye un ^.*

calcitriol
cyanocobalamin
folic acid

Nestabs^
Nestabs ABC
Nestabs DHA^
OB Complete^
OB Complete DHA^
OB Complete One
OB Complete Petite
OB Complete Premier
OB Complete with DHA
Prefera OB
Prefera-OB ONE^
Prefera-OB Plus DHA^

Active OB^
Cadeau DHA
Citranatal 90 DHA
Citranatal Assure^
Citranatal DHA
Citranatal Harmony^
Citranatal Rx
Eligen B12
Feriva 21-7
Folet DHA
Folet One
Infanate Balance
MaxFe
Nascobal
Natelle One^
Neevo DHA
Prenaisance Next-B
Prenatal 19^
Prenate AM
Prenate Chewable
Prenate DHA
Prenate Elite
Prenate Enhance
Prenate Essential
Prenate Mini
Prenate Pixie
Prenate Restore
Prenate Star
Select-OB
TL Folate
Tricare Prenatal DHA One
Vinate DHA
Virt-Bal DHA^
Vita Fol-OB DHA
Vitafof Nano
Vita-Fol One
Vitafof Ultra
VitaMedMD Plus Rx
VitaMedMD Redichew RX
Vitapearl
VP CH Ultra

VARIOS

aminocaproic acid*
buprenorphine
buprenorphine HCl/
naloxone HCl (PA)
cyclobenzaprine

Aranesp* (PA)
Cortifoam
Epifoam
Epogen* (PA)
Fosrenol

Ana-Lex
Analpram Advanced
Analpram-E
Analpram HC
Arcalyst* (PA)

Lista de medicamentos que requieren receta médica de Advantage

GENÉRICOS	MARCAS PREFERIDAS	MARCAS NO PREFERIDAS
	VARIOS (CONTINUACIÓN)	
doxercalciferol	Harvoni* (PA)	Brisdelle (QL)
hydrocodone/ chlorpheniramine suspension	Leukine*	Bunavail (PA)
hydrocortisone	Procrit* (PA)	Buphenyl
ivermectin	Renvela	Cerdelga* (PA)
leucovorin*	Sovaldi* (PA)	Cuvposa
levocarnitine		Evzio
lidocaine-hydrocortisone- aloe		Feriva FA
lindane		Ferric citrate
megestrol		Gattex* (PA)
methocarbamol		Hectorol
naltrexone		Hetlioz (PA)
paricalcitol*		Ilaris* (PA)
pentoxifylline		Klor-Con M15
pramoxine/hydrocortisone		Kuvan*
pseudoephed/hydrocodone/ cpm		Lupaneta Pack* (PA)
quinine sulfate		Lysteda*
riluzole*		Metopirone
sodium phenylbutyrate		Mircera* (PA)
sodium polystyrene sulfonate		Natroba
spinosad		Neo-Synalar
tizanidine		Nimotop
tranexamic acid*		Nymalize
		Nuedexta
		Obredon
		Oxandrin (PA)
		Phoslo
		Phoslyra
		Procysbi* (PA)
		Promacta* (PA)
		Pulmozyme* (PA)
		Ravicti* (PA)
		Rectiv
		Renagel
		Revia
		Rilutek*
		Sklice
		SPS
		Stromectol
		Suboxone (PA)
		Tussicaps
		Tussionex
		Uceris
		Ulesfia
		Velphoro
		Viekira Pak* (PA)
		Vituz
		Zanaflex
		Zavesca* (PA)
		Zemplar*
		Zubsolv (PA)
		Zutripro

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos, a excepción de lo exigido por ley o por los términos de su plan específico:

1. Cualquier medicamento que pueda adquirirse sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) y no requiera receta médica según lo establecido por la ley federal o estatal, y cualquier medicamento que sea una alternativa farmacéutica a un medicamento que no requiere receta médica, a excepción de la insulina. [Como ejemplos se pueden mencionar Benadryl, Maalox, Sudafed PE, etc., disponibles sin receta].
2. Medicamentos que se consideren equivalentes desde el punto de vista terapéutico, según lo determinado por el Comité de Farmacia y Terapéutica de Cigna HealthCare, en los que al menos uno de los medicamentos de la clase pueda adquirirse sin receta médica. [Como ejemplos se pueden mencionar los equivalentes con receta al Allegra, Claritin y Zyrtec disponibles sin receta (Allegra D, Clarinex, Xyzal), y los equivalentes con receta al Prevacid, Prilosec y Zantac disponibles sin receta (Aciphex, Kapidex, Nexium, Acid, Pepcid, Zantac)].
3. Medicamentos para la infertilidad inyectables y cualquier medicamento inyectable que requiera supervisión de un profesional de atención médica y que no sea considerado normalmente como un medicamento autoadministrado. A continuación se incluyen ejemplos de medicamentos supervisados por un profesional de atención médica: medicamentos inyectables usados para tratar la hemofilia y el virus respiratorio sincitial (RSV, por sus siglas en inglés), medicamentos inyectables para quimioterapia, y medicamentos para trastornos endocrinos y metabólicos.
4. Cualquier medicamento que sea experimental o se encuentre en investigación, según la definición incluida en la descripción resumida del plan.
5. Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (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 en alguno de los compendios de referencia estándar (la publicación United States Pharmacopoeia-Drug Information [Información sobre medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos] o la base de datos American Hospital Formulary Service-Drug Information) o en literatura médica. Literatura médica significa estudios científicos publicados en una revista médica profesional nacional revisada por colegas médicos.
6. Cualquier dispositivo, aparato y suministro que requiere o que no requiere receta médica (como materiales para estoma).
7. Productos anticonceptivos implantables.
8. Medicamentos de fertilidad.
9. Medicamentos usados para el tratamiento de una disfunción sexual, que incluye, a modo de ejemplo, disfunción eréctil, eyaculación tardía, anorgasmia y disminución de la libido.
10. Cualquier vitamina que requiera receta médica (que no sean vitaminas prenatales), suplementos alimenticios y productos con flúor.
11. Medicamentos que se utilicen con fines estéticos, como medicamentos para reducir las arrugas, para estimular el crecimiento del cabello, así como medicamentos para controlar la transpiración y cremas para reducir las manchas de la piel.
12. Pastillas dietéticas o supresores del apetito (anorexígenos).
13. Productos que requieren receta médica para dejar de fumar.
14. Agentes de inmunización, 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 (prevención de enfermedades relacionadas con los viajes).
15. Reemplazo de medicamentos que requieren receta médica y suministros relacionados debido a pérdida o robo.
16. Medicamentos usados para mejorar el desempeño atlético.
17. Medicamentos que debe tomar el afiliado o que se le deben administrar mientras sea paciente en un hospital con licencia, instalaciones de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos.
18. Recetas que tengan más de un año desde la fecha de emisión original.
19. Cualquier medicamento para tratar la deficiencia de la hormona humana de crecimiento.

Cigna se reserva el derecho de efectuar cambios a esta 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.



"Cigna" y el logo "Tree of Life" son marcas de servicio registradas, y "Contigo paso a paso." es una marca de servicio, de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados por dichas subsidiarias operativas, o a través de ellas, y no por Cigna Corporation. Dichas subsidiarias operativas incluyen a Connecticut General Life Insurance Company, Cigna Health and Life Insurance Company, Tel-Drug, Inc., Tel-Drug of Pennsylvania, L.L.C. y HMO subsidiarias de Cigna Health Corporation. "Cigna Specialty Pharmacy Services" se refiere a la división de medicamentos de especialidad de Tel-Drug, Inc. y Tel-Drug of Pennsylvania, L.L.C., que operan comercialmente como Cigna Home Delivery Pharmacy. Los modelos se usan con fines ilustrativos únicamente.