

Lista de medicamentos que requieren receta médica *del plan de tres niveles de* **CIGNA 2006**



Cómo funciona su plan de medicamentos que requieren receta médica

Para ayudarle a surtir sus recetas, los planes de medicamentos que requieren receta médica de CIGNA le brindan acceso a más de 54.000 farmacias nacionales e independientes. Nuestros planes de medicamentos que requieren receta médica también le permiten ordenar sus recetas en línea, por teléfono o por correo a través de CIGNA Tel-Drug Home Delivery Pharmacy con entrega a domicilio para su comodidad. Verifique los materiales de su plan para aprender más acerca de la forma en que CIGNA Tel-Drug puede ayudarle. Para ayudarle a administrar el desembolso por los medicamentos que requieren receta médica, la lista de medicamentos que requieren receta médica de CIGNA adjunta está diseñada **para ayudarle a comprender lo que debe pagar** por estos medicamentos separando los medicamentos en genéricos, marcas preferenciales y categorías de marcas no preferenciales. La lista ofrece una amplia selección de medicamentos para cada categoría de cobertura para brindarle las opciones que necesita y para poder administrar sus costos en forma eficaz.



CIGNA

A Business of Caring.

SU PLAN DE TRES NIVELES DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA

Si los materiales de su plan y la tarjeta de identificación de CIGNA muestran tres pagos compartidos o tres niveles de coseguro para el plan de medicamentos que requieren receta médica, se le está ofreciendo un plan de tres niveles. El plan de medicamentos que requieren receta médica de tres niveles divide a los medicamentos en tres categorías o niveles:

Medicamentos genéricos (primer nivel): Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos, seguridad, dosis, calidad y potencia que el medicamento de marca, y se vende con el nombre químico o científico del medicamento. Estos medicamentos generalmente están cubiertos por el pago compartido o coseguro bajo un plan de tres niveles y típicamente tienen un costo menor que los medicamentos de marca.

Medicamentos de marcas preferenciales (segundo nivel): Los medicamentos de marcas preferenciales son los que generalmente no tienen un equivalente genérico y son más eficaces que otros medicamentos de la misma clase, o igualmente eficaces pero menos costosos. Estos medicamentos están cubiertos por el pago compartido o coseguro de marcas preferenciales bajo el plan.

Medicamentos de marcas no preferenciales (tercer nivel): Los medicamentos de marcas no preferenciales son los que generalmente tienen equivalentes genéricos y/o tienen una o más opciones de marcas preferenciales dentro de la misma clase de medicamentos. Estos medicamentos usualmente están cubiertos con el nivel máximo de pago compartido o coseguro.

Cómo sacar el máximo provecho a su plan de medicamentos que requieren receta médica

El costo de los medicamentos que requieren receta médica está aumentando. Afortunadamente, existen herramientas que le ayudan a administrar sus costos y a tomar las decisiones más apropiadas. En **myCIGNA.com**, encontrará herramientas que le ayudan a investigar y comparar miles de medicamentos diferentes, obtener costos reales para su desembolso de sus medicamentos por receta, y a conocer más sobre las opciones de tratamientos con medicamentos antes de visitar a su médico.

Entrega a domicilio de sus medicamentos

El programa CIGNA Tel-Drug Home Delivery Pharmacy es una característica valiosa del plan diseñada especialmente para quienes regularmente toman medicamentos que requieren receta médica. (incluso de sus medicamentos inyectables auto-administrados). Ofrece la comodidad de la entrega a domicilio de un suministro de hasta 90 días de su medicamento sin ningún cargo adicional. También puede ahorrar en las recetas que surte a través de CIGNA Tel-Drug de acuerdo con el plan específico que se le está ofreciendo. Consulte los detalles en los materiales de su plan. Por lo general, el tiempo de entrega de las nuevas recetas es de 7-14 días a partir del momento en que se recibe la información de la orden completa. Para su comodidad, los formularios para las órdenes de tel-drug están disponibles en www.cigna.com en la página “drug lists/ordering” (“listas de medicamentos y órdenes”). Para obtener más información sobre CIGNA Tel-Drug, llámenos sin cargo al 1.800.835.3784.

Mínimos, máximos y deducibles

Algunos planes también pueden tener montos máximos de desembolso que se aplican a sus pagos o a una cantidad deducible (cantidad fija de dólares) que usted debe alcanzar antes de que comience la cobertura de su plan de medicamentos que requieren receta médica. Por favor, verifique los materiales de su inscripción para determinar su cobertura y exclusiones de los medicamentos que requieren receta médica específicos.

** Si su plan de beneficios tiene un monto deducible deberá satisfacer el deducible antes de que se apliquen los pagos compartidos o coseguros de farmacia.*

Autorización previa para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos o dosis, su médico puede necesitar ponerse en contacto con CIGNA a fin de solicitar autorización previa para que su receta sea cubierta bajo el plan. Para determinar si requiere autorización previa para su medicamento recetado, consulte la casilla titulada “Understanding the CIGNA Prescription Drug List” (Cómo entender la lista de medicamentos que requieren receta médica de CIGNA).

CÓMO COMPRENDER LA LISTA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA MÉDICA DE CIGNA

Los medicamentos que figuran en esta lista representan los medicamentos que requieren receta médica de uso más frecuente. Si un medicamento específico no aparece en la lista en este documento, puede encontrar una lista completa de medicamentos y sus categorías de cobertura en www.cigna.com haciendo clic en "Drug Lists/Ordering" bajo "Popular Links."

Los medicamentos aprobados recientemente por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) entrarán en la lista de no preferenciales hasta su revisión por el CIGNA Pharmacy and Therapeutics Committee, un comité formado por médicos y farmacéuticos especialistas que revisan la seguridad y eficacia de los medicamentos nuevos.

Para obtener más detalles sobre los medicamentos que están específicamente cubiertos por su plan, visite mycigna.com o consulte los materiales de inscripción de su plan.

Clave de símbolos*

- PA:** Puede requerir autorización previa — su médico debe obtener una aprobación para que usted obtenga cobertura para este medicamento.
- QL:** Se pueden aplicar límites de cantidad — solamente puede obtener cobertura por un número limitado de este medicamento..
- EDAD:** Se pueden aplicar límites de edad — es posible que deba estar en un grupo etario especificado previamente para poder obtener cobertura para este medicamento.

**Estas calificaciones de cobertura pueden no corresponder a su plan específico. Por favor, consulte su material de inscripción para los detalles de cobertura específica del plan que se le está ofreciendo.*

SI TIENE ALGUNA PREGUNTAS

Estamos aquí para ayudarlo. Simplemente llame al Departamento de servicios a los miembros de CIGNA al número gratuito (800) que figura en su tarjeta de identificación cuando tenga una pregunta sobre los beneficios de CIGNA para los medicamentos que requieren receta médica, o visite nuestro sitio Web, www.cigna.com.

GENÉRICOS

MARCAS PREFERENCIALES

MARCAS NO PREFERENCIALES

ACIDEZ DE ESTÓMAGO/ÚLCERA

cimetidine	PREVACID (PA)	ACIPHEX (PA)
famotidine	PROTONIX (PA)	HELIDAC
metoclopramide	ZANTAC JARABE	NEXIUM (PA)
misoprostol		PEPCID RPD
nizatidine		PREVPAC
omeprazole		ZANTAC PASTILLAS
ranitidine		EFERVESCENTES/ PAQUETES
sucralfate		ZGERID (PA)

ALERGIA

demastine	ASTELIN	ALLEGRA
cyproheptadine	BECONASE AQ	ALLEGRA-D
fexofenadine	FLONASE	CLARINEX
flunisolide	NASAREL	NASACORT
fluticasone	RHINOCORT AQ	NASACORT AQ
hydroxyzine	SEMPREX-D	NASONEX
		TANAFED DMX
		ZYRTEC
		ZYRTEC-D

ANALGÉSICOS Y ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

butorphanol nasal (QL)	ACTIQ (PA)	ARAVA (PA)
diclofenac	AVINZA	ARTHROTEC
etodolac	DURAGESIC (QL)	CELEBREX (PA)
flurbiprofen	ENBREL	FENTANYL ORALET
ibuprofen	HUMIRA (PA)	KINERET (PA)
indomethacin	KADIAN	NAPRELAN
ketoprofen	MSIR	PONSTEL
ketorolac (PA, QL)	OXYCONTIN (QL)	TALWIN COMPUESTO
leflunamide (PA)		VICOPROFEN
meclufenamate		ZYDONE
morphine SR		
nabumetone		
naproxen		
oxaprozin		
piroxicam		
sulindac		
tolmetin		
tramadol		

ANTICONCEPTIVOS**

Apri
Aranelle
Aviane
Camila
Enpress
Errin
Junel
Junel FE
Jolivette
Kariva
Leena
Lessina
Levora
Microgestin
Microgestin FE
Mononessa
Necon
Nortrel
Ogestrel
Portia
Previfem
Solia
Sprintec
Trinessa
Trivora
Tri-previfem
Tri-sprintec
Velivet
Zovia

ALESSE
DESOGEN
LOESTRIN
LOESTRIN FE
NORDETTE
ORTHOCEPT
ORTHO-EVRA
ORTHO-NOVUM 7-7-7
ORTHO TRI-CYCLEN-LO
OVCON 35
OVCON 50
OVRAL
OVRETTE
PLAN B
SEASONALE
TRI-NORINYL
TRIPHASIL
YASMIN

ESTROSTEP
LEVLEN
NUVARING
OVCON 35 (comprimidos
masticables)
PREVEN
TRILEVLEN

**** Verifique sus materiales de inscripción para determinar si estos medicamentos están cubiertos bajo su plan específico.**

ASMA

albuterol
cromolyn sodium
ipratropium solution
metaproterenol

ACCOLATE
ADVAIR
AEROBID
AEROBID-M
ASMANEX
ATROVENT INHALER
AZMACORT
COMBIVENT
FLOVENT
FLOVENT ROTADISK
INTAL AEROSOL
MAXAIR
PROVENTIL HFA
PULMICORT
QVAR
SEREVENT
SEREVENT DISKUS
SINGULAIR
XOLAIR (PA)

FORADIL
XOPENEX

CÁNCER

tamoxifen citrate

ARIMIDEX
FEMARA
GLEEVEC (PA)
ROFERON-A (PA)
TEMODAR (QL)

AROMASIN
FARESTON
IRESSA (PA)
NEXAVAR (PA)
XELODA

CARDIOVASCULARES

DILUYENTE DE LA SANGRE/ANTICOAGULANTE

heparin (QL)
ticlopidine
warfarin

ARIXTRA (QL)
FRAGMIN (QL)
INNOHEP (QL)
LOVENOX (QL)
PLAVIX

AGGRENOX
AGRYLIN (PA)
PLETAL

DISMINUCIÓN DEL COLESTEROL

colestiramina en polvo
gemfibrozil
lovastatin

LESCOL
LESCOL XL
LOFIBRA
TRICOR
NIASPAN
VYTORIN
WELCHOL
ZOCOR

ADVICOR
ALTOPREV
CRESTOR
LIPITOR
PRAVACHOL
ZETIA

CARDIOVASCULARES (continuación)

MEDICAMENTOS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA Y PARA EL CORAZÓN

acebutolol
atenolol
benazepril
benazepril/HCTZ
bisoprolol
bisoprolol/HCTZ
captopril
digoxin
diltiazem
diltiazem CD
disopyramide
doxazosin
enalapril
enalapril/HCTZ
felodipine
fosinopril
isosorbide dinitrate
isosorbide mononitrate
isradipine
labetalol
lisinopril
metoprolol
nadolol
nifedipine
nifedipine ER
prazosin
pindolol
procaïnamide
propranolol
quinapril/HCTZ
quinidine
sotalol
terazosin
timolol
verapamil
verapamil SR

ALTACE
COREG
CORGARD
COZAAR
DIOVAN
DIOVAN HCT
HYZAAR
INDERAL LA
INNOPRAN XL
LANOXICAPS
LANOXIN
LOTREL
MAVIK
MINIZIDE
NORPACE CR
NORVASC
PROCANBID
TARKA
TIKOSYN
TOPROL XL
UNIRETIC

AVALIDE
AVAPRO
BENICAR
BENICAR HCT
BETAPACE AF
CARDENE SR
CARTROL
CATAPRES TTS
COVERA-HS
DYNACIRC
DYNACIRC CR
LEVATOL
LEXXEL
MICARDIS
MICARDIS HCT
MONOPRIL
MONOPRIL HCT
PLENDIL
SULAR
TEVETEN
TEVETEN HCT
VASCOR
VERELAN PM

CONVULSIONES

carbamazepine
clonazepam
gabapentin
valproate

DEPAKOTE
DIASTAT
DIASTAT ACUDIAL
DILANTIN
GABITRIL
KEPPRA
LAMICTAL
NEURONTIN (solución)
TEGRETOL XR
TOPAMAX
TRILEPTAL
ZONEGRAN

CARBATROL
NEURONTIN
(comprimidos
y cápsulas)

**DÉFICIT DE ATENCIÓN/
DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
(ADD/ADHD, por sus siglas en inglés)**

amphetamine/
dextroamphetamine
methamphetamine
methylphenidate
pemoline

ADDERALL XR
CONCERTA
DESOXYN
METADATE CD
METADATE ER
RITALIN LA
STRATTERA

FOCALIN

DEPRESIÓN

amitriptyline
amoxapine
bupropion
bupropion SR
citalopram
desipramine
doxepin
fluoxetine
fluvoxamine
imipramine
mirtazapine
nefazodone
nortriptyline
paroxetine
trazodone

EFFEXOR
EFFEXOR XR
PAXIL CR
VIVACTIL
WELLBUTRIN XL
ZOLOFT

CELEXA
CYMBALTA
LEXAPRO
MARPLAN
PROZAC SEMANAL
REMERON SOLUCIÓN-
COMPRIMIDOS
TOFRANIL-PM

GENÉRICOS

MARCAS PREFERENCIALES

MARCAS NO PREFERENCIALES

DIABETES

acetoexamide
chlorpropamide
glimepiride
glipizide
glucagon (QL)
glyburide
glyburide/metformin
glyburide micronized
metformin
tolazamide
tolbutamide

AVANDAMET
AVANDIA
FORTAMET
GLUCOPHAGE XR
HUMALOG
HUMULIN
LANTUS
NOVOLIN
NOVOLOG
NOVOLOG MIX
TIRITAS DE PRUEBA DE MARCA ACCU-CHEK
TIRITAS DE PRUEBA ONE TOUCH
PRANDIN
PRECOSE

ACTOS
AMARYL
GLYCRON
GLYSET
STARLIX

ENFERMEDAD DE PARKINSON

amantadine
bromocriptine
carbidopa/levodopa
carbidopa/levodopa SA
pergolide

APOKYN (PA)
REQUIP

COMTAN
MIRAPEX
TASMAR

ENFERMEDADES DE LA PIEL

alclometasone
betamethasone dipropionate
betamethasone valerate
clobetasol propionate
desonide
desoximetasone
diflorasone
fluocinolone
fluocinonide
hydrocortisone
isotretinoin (QL)
tretinoin (EDAD)

ALDARA
BENZACLIN
CLODERM
CYCLOCORT
DERMA-SMOOTHIE
DESOWEN
DIFFERIN (EDAD)
DOVONEX
KLARON
LOCOID (solución)
MENTAX
METROGEL
METROLOTION
RETIN-A MICRO GEL (EDAD)
SORIATANE

ACLOVATE
APHTHASOL
CUTIVATE
LOCOID (crema, pomada)
LUXIQ (PA)
PANRETIN
RAPTIVA (PA)
REGRANEX (PA)
TAZORAC
ULTRAVATE

GENÉRICOS

MARCAS PREFERENCIALES

MARCAS NO PREFERENCIALES

ENFERMEDADES DE LOS OJOS

carbachol
ciprofloxacin
levobunolol
pilocarpine
pilocarpine/epinephrine
timolol

ACULAR
ALOMIDE
ALPHAGAN P
AZOPT
BETIMOL
BETOPTIC S
CILOXAN (pomada)
IOPIDINE
LIVOSTIN
PATANOL
TOBRADEX
TRAVATAN
TRUSOPT
VIGAMOX
VOLTAREN
XALATAN
ZADITOR

ACULAR PF
ALAMAST
ALOCRIL
ALREX
COSOPT
EMADINE
LOTEMAX
TIMOPTIC DROPERETTE

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

BETASERON (PA)
COPAXONE (PA)

AVONEX (PA)
REBIF (PA)

ESQUIZOFRENIA

clozapine
haloperidol
loxapine
thiothixene

MOBAN
RISPERDAL
SEROQUEL
ZYPREXA

ABILIFY
GEODON

HORMONAS DE CRECIMIENTO

HUMATROPE (PA)
NUTROPIN (PA)
NUTROPIN AQ (PA)
NUTROPIN DEPOT (PA)

GENOTROPIN (PA)
NORDITROPIN (PA)
NORDIFLEX
TEV-TROPIN (PA)

INFECCIONES

acyclovir
amantadine
amoxicillin
amoxicillin/clavulanate
ampicillin
azithromycin
(comprimidos) (QL)
cefaclor
cefaclor ext. rel.
cefadroxil
cefprozil
cefuroxime
cephalexin
cephradine
ciprofloxacin
clarithromycin
clindamycin
dicloxacillin
doxycycline
erythromycin
erythromycin/
sulfisoxazole
fluconazole
(QL: sólo 150 mg)
griseofulvin
metronidazole
minocycline
nitrofurantoin
nystatin
ofloxacin
penicillin v potassium
rimantadine
SMX/TMP
tetracycline

ACTIMMUNE (PA)
BARACLUDE
BIAXIN XL
CIPRO HC OTIC
EPIVIR HBV
FLOXIN OTIC
GRIFULVIN
GRIS-PEG
LAMISIL (PA, QL)
LEVAQUIN
MICOSTATIN
COMPRIMIDOS
OMNICEF
PEGASYS (PA)
PRIMSOL
ROCEPHIN (PA)
VALTREX
VFEND (PA)

AUGMENTIN
AUGMENTIN ES-600
AUGMENTIN XR
AVELOX
BIAXIN
CEDAX
CEFZIL
DYNABAC
FAMVIR
FLAGYL ER
HEPSERA
INFERGEN (PA)
KEFTAB
LORABID
MAXAQUIN
MONUROL
NEGGRAM
PEG INTRON (PA)
PENETREX
PENLAC (PA)
REBETRON (PA)
RELENZA (QL)
ROFERON-A (sólo
para hepatitis) (PA)
SPORANOX (PA, QL)
SUPRAX
TAMIFLU (QL)
TEQUIN
VANTIN
ZAGAM
ZITHROMAX
(comprimidos) (QL)
ZYVOX (PA)

MIGRAÑA

acetaminophen/
caffeine/butalbital

D.H.E. 45 (QL)
IMITREX (QL)
MIGRANAL (QL)
ZOMIG (QL)
ZOMIG ZMT (QL)

AMERGE (QL)
AXERT (QL)
FROVA (QL)
MAXALT (QL)
MAXALT MLT (QL)
RELPAK (QL)

NÁUSEAS Y VÓMITOS

prochlorperazine
promethazine
trimethobenzamide

KYRIL (PA) (inyectable)
ZOFRAN (QL)
ZOFRAN C (PA) (inyectable)
ZOFRAN ODT (QL)

ANZEMET (QL)
EMEND (QL)
KYTRIL (QL)
(comprimidos)
MARINOL
SCOPACE

OSTEOPOROSIS

EVISTA
FOSAMAX
MIACALCIN (PA)

ACTONEL
FORTEO (PA)
SKELID

PROBLEMAS DE VEJIGA

oxybutynin

DITROPAN XL
ELMIRON
OXYTROL

DETROL
DETROL LA

PRÓSTATA

doxazosin
prazosin
terazosin

FLOMAX
PROSCAR (EDAD)

AVODART

SIDA/VIH

didanosine
zidovudine

AGENERASE
APTIVUS
CRIXIVAN
EMTRIVA
EPIVIR
EPZICOM
FORTOVASE
FUZEON (PA)
HIVID
INVIRASE
KALETRA
LEXIVA
NORVIR
RESCRIPTOR
RETROVIR
REYATAZ
SUSTIVA
TRIZIVIR
TRUVADA
VIDEX
VIRACEPT
VIRAMUNE
VIREAD
ZERIT
ZIAGEN

RETROVIR
(comprimidos)

SUSTITUCIÓN DE HORMONAS

estradiol
estrogens, esterified
estropipate
levothyroxine
medroxyprogesterone
thyroid

ALORA
ANDRODERM
ANDROGEL
CYTOMEL
DOSTINEX (QL)
ESTRADERM
ESTRATEST
ESTRATEST H.S.
LEVOTHROID
LEVOXYL
MENEST
PREMARIN
PREMARIN DOSIS BAJA
PREMPHASE
PREMPRO
PREMPRO DOSIS BAJA
PROMETRIUM
SYNTHROID
TESTIM
TESTODERM
UNITHROID
VIVELLE

ACTIVELLA
CENESTIN
COMBIPATCH
FEMHRT
FEMRING
ORTHO-PREFEST
VAGIFEM

VARIOS

allopurinol
amylase/lipase/protease
azathioprine
calcitriol
desmopressin
folic acid
leucovorin
methotrexate
naltrexone (QL)
tizanidine

AMBIEN
AMBIEN CR
ARICEPT
ARICEPT ODT
COLAZAL
EPIPEN (QL)
EPIPEN JR. (QL)
NIMOTOP
PRIFTIN
PROAMATINE
PULMOZYME (PA)
REVIATIO (PA)
SOMAVERT (PA)
SPIRIVA
SUPPRELIN (PA)
SYNAREL (PA, QL)
THALOMID
TOBI
TREXALL

ARAVA (PA)
INCRELEX (PA)
LARIAM (PA, QL)
LIDODERM PARCHE
MALARONE (PA)
ORAP
PROVIGIL (PA)
SONATA
SUCRAID
VERSED JARABE

A excepción de los requerimientos de la ley y de los términos específicos de su plan, generalmente no se brinda cobertura para:

1. Cualquier medicamento o medicina de venta libre que no requiere receta médica según las leyes federales o estatales, y cualquier medicamento o medicina que sea equivalente a un medicamento de venta libre que no sea insulina.
2. Medicamentos que son un equivalente terapéutico según lo determina el Comité de Farmacia y Terapéutica de CIGNA HealthCare por estar al menos uno de los medicamentos de esta clase disponible sin receta médica.
3. Cualquier medicamento inyectable para tratar la infertilidad, y los medicamentos inyectables que requieren supervisión de un médico y comúnmente no se consideran medicamentos auto-administrados. Los siguientes son ejemplos de los medicamentos que requieren supervisión de un médico: Los medicamentos inyectables que se utilizan para tratar la hemofilia y el virus sincitial respiratorio (RSV, por sus siglas en inglés), los medicamentos inyectables de quimioterapia, y los agentes endocrinos y metabólicos.
4. Cualquier medicamento que sea de tipo experimental o de investigación, de acuerdo a la definición establecida en el resumen del Plan.
5. Medicamentos que requieren receta médica aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) que se usen con fines que no sean los aprobados por esa entidad, a menos que se reconozca que el medicamento se puede utilizar en el tratamiento de la indicación particular en uno de los compendios de referencia estándar (The United States Pharmacopeia Drug Information, The American Medical Association Drug Evaluations o The American Hospital Formulary Service Drug Information) o en la literatura médica. El término "publicaciones médicas" se refiere a los estudios científicos publicados en revistas médicas profesionales nacionales revisadas por colegas.
6. Cualquier artículo, dispositivo y aparato que requiera o no requiera receta médica (como los artículos para la ostomía).
7. Todos los anticonceptivos y dispositivos para el control de la natalidad que requieren receta médica.
8. Productos anticonceptivos implantables.
9. Cualquier medicamento para la fertilidad.
10. Cualquier medicamento por receta o fármaco para el tratamiento de disfunciones sexuales, incluyendo, entre otros, la disfunción eréctil, eyaculación retrasada, anorgasmia y disminución de la libido.
11. Cualquier vitamina que requiera receta médica (que no sean vitaminas prenatales), complementos alimenticios y productos con fluoruro.
12. Medicamentos que requieren receta que se utilicen con fines cosméticos como medicamentos para reducir las arrugas, para estimular el crecimiento del cabello, así como medicamentos para controlar la transpiración y cremas para reducir la apariencia de las manchas de la piel.
13. Cualquier tipo de pastillas dietéticas o supresores del apetito (anoréticos).
14. Productos que requieren receta para dejar de fumar.
15. Agentes para inmunización, productos biológicos para la inmunización contra alergias, suero biológico, sangre, plasma sanguíneo y otros productos sanguíneos o fracciones y medicamentos que se usan como profilaxis para viajes.
16. Reemplazo de medicamentos que requieren receta y suministros relacionados que hayan sido perdidos o hurtados.
17. Medicamentos utilizados para mejorar el desempeño atlético.
18. Medicamentos que un Miembro debe tomar o recibir mientras esté internado en un hospital, centro de enfermería especializada, hogar de descanso o una institución similar con licencia que tenga dentro de sus instalaciones, o que permita la operación dentro de sus instalaciones, un centro para surtir productos farmacéuticos.
19. Recetas que se vayan a surtir más de un año después de la fecha original en que se emitieron.

CIGNA se reserva el derecho de realizar cambios a esta lista de medicamentos sin previo aviso. Su plan puede cubrir otros medicamentos, por favor, consulte a sus materiales de inscripción para más detalles. CIGNA HealthCare no se hace responsable por cualquier decisión de medicamento(s) tomada por quién realiza la receta médica o el farmacéutico. CIGNA puede recibir pagos de los fabricantes de ciertos medicamentos de marca preferenciales que puede compartir o no con su plan de acuerdo con su arreglo con CIGNA. Dependiendo del diseño del plan, las condiciones del mercado, la extensión de los pagos de los fabricantes que se comparte con su plan y otros factores, como la fecha del servicio, el medicamento de marca preferencial puede representar o no el medicamento de marca de menor costo disponible en el mercado dentro de su clase para usted y/o su plan.

“CIGNA HealthCare” y “CIGNA” se refieren a las diversas subsidiarias en servicio de CIGNA Corporation. Los productos y servicios son proporcionados por estas subsidiarias y no por CIGNA Corporation. Estas subsidiarias incluyen Connecticut General Life Insurance Company, Tel-Drug, Inc. y sus afiliadas, CIGNA Behavioral Health, Inc., Intracorp, y HMO o las compañías de servicio subsidiarias de CIGNA Health Corporation y CIGNA Dental Health, Inc. “CIGNA Tel-Drug” se refiere a Tel-Drug, Inc. y Tel-Drug of Pennsylvania, L.L.C., que son también subsidiarias en operación de CIGNA Corporation. En Arizona, los planes de HMO se ofrecen a través de CIGNA HealthCare of Arizona, Inc. En California, los planes de HMO se ofrecen a través de CIGNA HealthCare of California, Inc. En Virginia, los planes de HMO se ofrecen a través de CIGNA HealthCare of Virginia, Inc. y CIGNA HealthCare Mid-Atlantic, Inc. En North Carolina, los planes de HMO se ofrecen a través de CIGNA HealthCare of North Carolina, Inc. Los demás planes médicos en estos estados están asegurados o administrados por Connecticut General Life Insurance Company.



CIGNA

A Business of Caring.