



Insurance Company, Inc.

2024

Apéndice del formulario

A continuación, se incluye una lista de los cambios en el formulario para el año de beneficios 2024. Esta no es una lista completa de los medicamentos cubiertos por el plan de la Parte D. Los cambios en el formulario se reflejan en el formulario de 2024 que se puede descargar del sitio web de Care N' Care Insurance Company, Inc.

Para obtener una lista completa de los medicamentos cubiertos por Care N' Care Insurance Company, Inc. visite nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com o llame al equipo de experiencia del cliente al 1-877-374-7993, o al 711 los usuarios de TTY, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete (7) días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro.

BD: la Parte B frente a la Parte D,

NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2024

Table with 5 columns: Nombre del medicamento, Nivel actual del medicamento, Nivel nuevo del medicamento, Motivo del cambio, Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo. Rows include Abrysvo, AmBisome, Amphotericin B, Arexvy, and Austedo.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14

Última actualización: 07/24/2024

Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

2024

Apéndice del formulario

BD: la Parte B frente a la Parte D,
NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

Table with 5 columns: Nombre del medicamento, Nivel actual del medicamento, Nivel nuevo del medicamento, Motivo del cambio, Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo. Rows include medications like Bylvay, Cosentyx, Daybue, Flovent, and Haloette.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14

Última actualización: 07/24/2024

Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

2024

Apéndice del formulario

BD: la Parte B frente a la Parte D,
NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

Table with 5 columns: Nombre del medicamento, Nivel actual del medicamento, Nivel nuevo del medicamento, Motivo del cambio, Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo. Rows include Plasma-Lyte 148 Solution Intravenous, Talzenna Capsule 0.1 MG Oral, Talzenna Capsule 0.35 MG Oral, Tiotropium Bromide Monohydrate Capsule 18 MCG Inhalation, Vigadrone Tablet 500 MG Oral, Zejula Tablet 100 MG Oral, Zejula Tablet 200 MG Oral, Zejula Tablet 300 MG Oral, Breo Ellipta Aerosol Powder Breath Activated 50-25 MCG/INH Inhalation, Brimonidine Tartrate Solution 0.1 % Ophthalmic, Cefaclor Suspension Reconstituted 125 MG/5ML Oral.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14
Última actualización: 07/24/2024
Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

2024

Apéndice del formulario

BD: la Parte B frente a la Parte D,  
NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

| CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2024                    |                              |                             |                              |                                                            |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Nombre del medicamento                              | Nivel actual del medicamento | Nivel nuevo del medicamento | Motivo del cambio            | Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo |
| Cefaclor Suspension Reconstituted 375 MG/5ML Oral   | 2                            | NF                          | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                        |
| Ciprofloxacin HCl Tablet 100 MG Oral                | 1                            | NF                          | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                        |
| Clindamycin Phosphate Solution 300 MG/2ML Injection | 4                            | NF                          | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                        |
| EnilloRing Ring 0.12-0.015 MG/24HR Vaginal          | NF                           | 4                           | Mejorar Formulario           | N/A                                                        |
| Fruzaqla Capsule 1 MG Oral                          | NF                           | 5 + PA                      | Mejorar Formulario           | N/A                                                        |
| Fruzaqla Capsule 5 MG Oral                          | NF                           | 5 + PA                      | Mejorar Formulario           | N/A                                                        |
| glipiZIDE Tablet 2.5 MG Oral                        | NF                           | 1                           | Mejorar Formulario           | N/A                                                        |
| Isturisa Tablet 10 MG Oral                          | 5 + PA                       | NF                          | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                        |
| Lagevrio Capsule 200 MG Oral                        | NF                           | 1                           | Mejorar Formulario           | N/A                                                        |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 10 MG Oral      | NF                           | 4                           | Mejorar Formulario           | N/A                                                        |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 20 MG Oral      | NF                           | 4                           | Mejorar Formulario           | N/A                                                        |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 30 MG Oral      | NF                           | 4                           | Mejorar Formulario           | N/A                                                        |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 40 MG Oral      | NF                           | 4                           | Mejorar Formulario           | N/A                                                        |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 50 MG Oral      | NF                           | 4                           | Mejorar Formulario           | N/A                                                        |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 60 MG Oral      | NF                           | 4                           | Mejorar Formulario           | N/A                                                        |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 70 MG Oral      | NF                           | 4                           | Mejorar Formulario           | N/A                                                        |

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14

Última actualización: 07/24/2024

Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

2024

Apéndice del formulario

BD: la Parte B frente a la Parte D,
NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2024

Table with 5 columns: Nombre del medicamento, Nivel actual del medicamento, Nivel nuevo del medicamento, Motivo del cambio, Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo. Rows include Lithium Solution, Nevirapine ER Tablet, Ojjaara Tablet, Olopatadine HCl Solution, Paxlovid, PAZOPanib HCl Tablet, Pitavastatin Calcium Tablet, and Sohonos Capsule.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14

Última actualización: 07/24/2024

Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

2024

*Apéndice del formulario*

BD: la Parte B frente a la Parte D,  
 NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2024</b>                       |                                     |                                    |                              |                                                                   |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del medicamento</b>                                 | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo</b> |
| Sohonos Capsule 5 MG Oral                                     | NF                                  | 5 + QL 28/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 10-1000 MG Oral   | 3                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 12.5-1000 MG Oral | 3                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 25-1000 MG Oral   | 3                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 5-1000 MG Oral    | 3                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Synribo Solution Reconstituted 3.5 MG Subcutaneous            | 5 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Tretinoin Microsphere Pump Gel 0.08 % External                | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Truqap Tablet 160 MG Oral                                     | NF                                  | 5 + QL 64/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Truqap Tablet 200 MG Oral                                     | NF                                  | 5 + QL 64/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Turqoz Tablet 0.3-30 MG-MCG Oral                              | NF                                  | 2                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Vanflyta Tablet 17.7 MG Oral                                  | NF                                  | 5 + QL 56/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Vanflyta Tablet 26.5 MG Oral                                  | NF                                  | 5 + QL 56/28 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Viibryd Starter Pack KIT 10 & 20 MG Oral                      | 3                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Xdemvy Solution 0.25 % Ophthalmic                             | NF                                  | 4 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Zurzuvae Capsule 20 MG Oral                                   | NF                                  | 5 + QL 28/14 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14

Última actualización: 07/24/2024

Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

2024

*Apéndice del formulario*

BD: la Parte B frente a la Parte D,  
 NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2024</b>                |                                     |                                    |                              |                                                                   |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del medicamento</b>                          | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo</b> |
| Zurzuvae Capsule 25 MG Oral                            | NF                                  | 5 + QL 28/14 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Zurzuvae Capsule 30 MG Oral                            | NF                                  | 5 + QL 14/14 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| <b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA<br/>03/01/2024</b>     |                                     |                                    |                              |                                                                   |
| Accutane Capsule 30 MG Oral                            | 4                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Akeega Tablet 100-500 MG Oral                          | NF                                  | 5 + QL 60/30 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Akeega Tablet 50-500 MG Oral                           | NF                                  | 5 + QL 60/30 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Amcinonide LOTION 0.1 % EXTERNAL                       | 4                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Augtyro Capsule 40 MG Oral                             | NF                                  | 5 + QL 240/30 + PA                 | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Kalydeco Packet 5.8 MG Oral                            | NF                                  | 5 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Tablet Chewable 10 MG Oral | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Tablet Chewable 20 MG Oral | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Tablet Chewable 30 MG Oral | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Tablet Chewable 40 MG Oral | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Tablet Chewable 50 MG Oral | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14

Última actualización: 07/24/2024

Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

2024

*Apéndice del formulario*

BD: la Parte B frente a la Parte D,  
 NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2024</b>                           |                                     |                                    |                              |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del medicamento</b>                                     | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo</b> |
| Lisdexamfetamine Dimesylate Tablet Chewable 60 MG Oral            | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Narcan Liquid 4 MG/0.1ML Nasal                                    | 3                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Ogsiveo Tablet 50 MG Oral                                         | NF                                  | 5 + QL 180/30 + PA                 | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Podofilox Gel 0.5 % External                                      | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Vigpoder Packet 500 MG Oral                                       | NF                                  | 5 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Zenpep Capsule Delayed Release Particles 60000-189600 UNIT Oral   | NF                                  | 3                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| <b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 04/01/2024</b>                    |                                     |                                    |                              |                                                                   |
| Bosulif Capsule 100 MG Oral                                       | NF                                  | 5 + QL 180/30 + PA                 | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Bosulif Capsule 50 MG Oral                                        | NF                                  | 5 + QL 30/30 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Bromfenac Sodium Solution 0.07 % Ophthalmic                       | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Humira-CD/UC/HS Starter Pen-Injector Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous | 5 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Iwilfin Tablet 192 MG Oral                                        | NF                                  | 5 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulf Solution 17.5-3.13-1.6 GM/177ML Oral | NF                                  | 3                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Nocurna Tablet Sublingual 27.7 MCG Sublingual                     | 4                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Nocurna Tablet Sublingual 55.3 MCG Sublingual                     | 4                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14

Última actualización: 07/24/2024

Y0107\_24\_115\_M





Insurance Company, Inc.

2024

Apéndice del formulario

BD: la Parte B frente a la Parte D,
NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

Table with 5 columns: Nombre del medicamento, Nivel actual del medicamento, Nivel nuevo del medicamento, Motivo del cambio, Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo. Rows include various medications like Paromomycin Sulfate, Penbraya, Synjardy XR, Xalkori, Zilbrysq, Bromfenac, and Dabigatran.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14
Última actualización: 07/24/2024
Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

2024

*Apéndice del formulario*

BD: la Parte B frente a la Parte D,  
 NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2024</b>                       |                                     |                                    |                              |                                                                   |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del medicamento</b>                                 | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo</b> |
| Emcyt CAPSULE 140 MG ORAL                                     | 3                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Heather Tablet 0.35 MG Oral                                   | NF                                  | 2                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Ixchiq Solution Reconstituted Intramuscular                   | NF                                  | 3                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Joenja Tablet 70 MG Oral                                      | NF                                  | 5 + QL 60/30 + PA                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| miFEPRISStone Tablet 300 MG Oral                              | NF                                  | 5 + QL 120/30 + PA                 | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Motpoly XR Capsule Extended Release 24 Hour 100 MG Oral       | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Motpoly XR Capsule Extended Release 24 Hour 150 MG Oral       | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Motpoly XR Capsule Extended Release 24 Hour 200 MG Oral       | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Natpara Cartridge 100 MCG Subcutaneous                        | 5 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Natpara Cartridge 25 MCG Subcutaneous                         | 5 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Natpara Cartridge 50 MCG Subcutaneous                         | 5 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Natpara Cartridge 75 MCG Subcutaneous                         | 5 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Rivfloza Solution 80 MG/0.5ML Subcutaneous                    | NF                                  | 5 + QL 0.5/30 + PA                 | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Rivfloza Solution Prefilled Syringe 128 MG/0.8ML Subcutaneous | NF                                  | 5 + QL 0.8/30 + PA                 | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Rivfloza Solution Prefilled Syringe 160 MG/ML Subcutaneous    | NF                                  | 5 + QL 1/30 + PA                   | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14

Última actualización: 07/24/2024

Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

2024

Apéndice del formulario

BD: la Parte B frente a la Parte D,
NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2024

Table with 5 columns: Nombre del medicamento, Nivel actual del medicamento, Nivel nuevo del medicamento, Motivo del cambio, Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo. Rows include various medications like Rozlytrek, Xolair, Alvaiz, Clindamycin, Nitroglycerin, and Theophylline.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14

Última actualización: 07/24/2024

Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

2024

*Apéndice del formulario*

BD: la Parte B frente a la Parte D,  
 NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

| <b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2024</b>                                                    |                                     |                                    |                              |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del medicamento</b>                                                              | <b>Nivel actual del medicamento</b> | <b>Nivel nuevo del medicamento</b> | <b>Motivo del cambio</b>     | <b>Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo</b> |
| Vraylar Capsule Therapy Pack 1.5 & 3 MG Oral                                               | 4                                   | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| <b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 07/01/2024</b>                                             |                                     |                                    |                              |                                                                   |
| Baclofen Tablet 15 MG Oral                                                                 | NF                                  | 1                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Estradiol Gel 0.75 MG/1.25 GM (0.06%) Transdermal                                          | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Mirabegron ER Tablet Extended Release 24 Hour 25 MG Oral                                   | NF                                  | 3                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Mirabegron ER Tablet Extended Release 24 Hour 50 MG Oral                                   | NF                                  | 3                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Xcopri Tablet 25 MG Oral                                                                   | NF                                  | 4                                  | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Yargesa Capsule 100 MG Oral                                                                | NF                                  | 5 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Zilbrysq Solution Prefilled Syringe 16.6 MG/0.416ML Subcutaneous                           | NF                                  | 5 + PA                             | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| <b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 08/01/2024</b>                                             |                                     |                                    |                              |                                                                   |
| Exkivity Capsule 40 MG Oral                                                                | 5 + QL 120/30 + PA                  | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Humira-Ped<40kg Crohns Starter Prefilled Syringe Kit 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML Subcutaneous | 5 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Humira-Ped>=40kg Crohns Start Prefilled Syringe Kit 80 MG/0.8ML Subcutaneous               | 5 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Humira-Ps/UV/Adol HS Starter Pen-Injector Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous                     | 5 + PA                              | NF                                 | Eliminación requerida de CMS | N/A                                                               |
| Libervant Film 10 MG Buccal                                                                | NF                                  | 4 + QL 10/30                       | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |
| Libervant Film 12.5 MG Buccal                                                              | NF                                  | 4 + QL 10/30                       | Mejorar Formulario           | N/A                                                               |

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14

Última actualización: 07/24/2024

Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

2024

Apéndice del formulario

BD: la Parte B frente a la Parte D,
NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2024

Table with 5 columns: Nombre del medicamento, Nivel actual del medicamento, Nivel nuevo del medicamento, Motivo del cambio, Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo. Rows include Libervant Film 15 MG Buccal, Libervant Film 5 MG Buccal, Libervant Film 7.5 MG Buccal, and Varenicline Tartrate Tablet 1 MG Oral (56 pack).

Care N' Care Insurance Company, Inc. seguirá cubriendo los medicamentos en cuestión para las personas inscritas que tomen los medicamentos en el momento del cambio durante el resto del año del plan, siempre y cuando el medicamento siga siendo médicamente necesario, el médico del miembro lo siga recetando y no haya sido retirado por cuestiones de seguridad.

Si retiramos medicamentos de nuestro formulario o agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado en relación con un medicamento, o si movemos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, puede solicitar a Care N' Care Insurance Company, Inc. que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Para solicitar una excepción al formulario, la clasificación por niveles o la restricción de uso, comuníquese con el Equipo de experiencia del cliente al 1-877-374-7993, o al 711 los usuarios de TTY, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete (7) días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Comuníquese con el Equipo de experiencia del cliente al 1-877-374-7993 para obtener información adicional.

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Experience Team at 1-877-374-7993 for additional information.

Los beneficiarios deben usar las farmacias de la red para tener acceso al beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, la prima o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14

Última actualización: 07/24/2024

Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

*2024*

*Apéndice del formulario*

Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones.

---

Care N' Care Insurance Company, Inc. (Care N' Care) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #14

Última actualización: 07/24/2024

Y0107\_24\_115\_M