



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. #15

Última actualización: 08/20/2024

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 medications like Bylvay Capsule, Cosentyx, Flovent, and Haloette.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #15

Última actualización: 08/20/2024

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. #15

Última actualización: 08/20/2024

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 Cefaclor Suspension Reconstituted 375 MG/5ML Oral, Ciprofloxacin HCl Tablet 100 MG Oral, Clindamycin Phosphate Solution 300 MG/2ML Injection, EnilloRing Ring 0.12-0.015 MG/24HR Vaginal, Fruzaqla Capsule 1 MG Oral, Fruzaqla Capsule 5 MG Oral, glipiZIDE Tablet 2.5 MG Oral, Isturisa Tablet 10 MG Oral, Lagevrio Capsule 200 MG Oral, Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 10 MG Oral, Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 20 MG Oral, Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 30 MG Oral, Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 40 MG Oral, Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 50 MG Oral, Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 60 MG Oral, Lisdexamfetamine Dimesylate Capsule 70 MG Oral.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #15

Última actualización: 08/20/2024

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 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. #15

Última actualización: 08/20/2024

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 Sohonos Capsule, Synjardy XR Tablet, Synribo Solution, etc.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #15

Última actualización: 08/20/2024

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 Zurzuvae, Accutane, Akeega, Amcinonide, Augtyro, Kalydeco, and Lisdexamphetamine.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #15

Última actualización: 08/20/2024

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 Lisdexamphetamine, Narcan, Ogsiveo, Podofilox, Vigpoder, Zenpep, Bosulif, Bromfenac, Humira, Iwilfin, Na Sulfate, and Nocurna.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #15

Última actualización: 08/20/2024

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 Paromomycin Sulfate Capsule 250 MG Oral, Penbraya Suspension Reconstituted Intramuscular, Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 10-1000 MG Oral, etc.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #15

Última actualización: 08/20/2024

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
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. #15

Última actualización: 08/20/2024

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, Trientine, Xolair, Alvaiz, Clindamycin, Nitroglycerin, and Theophylline.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #15

Última actualización: 08/20/2024

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
Vraylar Capsule Therapy Pack 1.5 & 3 MG Oral	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 07/01/2024				
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
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 08/01/2024				
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. #15

Última actualización: 08/20/2024

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
Libervant Film 15 MG Buccal	NF	4 + QL 10/30	Mejorar Formulario	N/A
Libervant Film 5 MG Buccal	NF	4 + QL 10/30	Mejorar Formulario	N/A
Libervant Film 7.5 MG Buccal	NF	4 + QL 10/30	Mejorar Formulario	N/A
Varenicline Tartrate Tablet 1 MG Oral (56 pack)	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 09/01/2024				
Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 30 MG Oral	NF	5 + QL 30/30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 36 MG Oral	NF	5 + QL 30/30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 42 MG Oral	NF	5 + QL 30/30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 48 MG Oral	NF	5 + QL 30/30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Diclofenac Sodium Gel 1 % External	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
GlucaGen HypoKit Solution Reconstituted 1 MG Injection	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Kionex Suspension 15 GM/60ML Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Ogsiveo Tablet 100 MG Oral	NF	5 + QL 56/28 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Ogsiveo Tablet 150 MG Oral	NF	5 + QL 56/28 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Ojemda Suspension Reconstituted 25 MG/ML Oral	NF	5 + QL 96/28 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Ojemda Tablet 100 MG Oral	NF	5 + QL 24/28 + PA	Mejorar Formulario	N/A

Identificación del formulario: 24528 Ver. #15

Última actualización: 08/20/2024

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 Scemblix Tablet 100 MG Oral, Taztia XT CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG Oral, etc.

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.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #15

Última actualización: 08/20/2024

Y0107_24_115_M



Insurance Company, Inc.

2024

Apéndice del formulario

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. 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.