



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. #10

Última actualización: 03/19/2024

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, Daybue, Flovent, and Haloette.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #10

Última actualización: 03/19/2024

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, etc.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #10
Última actualización: 03/19/2024
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 Breo Ellipta, Brimonidine, Cefaclor, etc.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #10

Última actualización: 03/19/2024

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 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
Lithium Solution 8 MEQ/5ML Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Nevirapine ER Tablet Extended Release 24 Hour 100 MG Oral	4 + QL 90/30	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ojjaara Tablet 100 MG Oral	NF	5 + QL 30/30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Ojjaara Tablet 150 MG Oral	NF	5 + QL 30/30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Ojjaara Tablet 200 MG Oral	NF	5 + QL 30/30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Olopatadine HCl Solution 0.1 % Ophthalmic	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Paxlovid (150/100) Tablet Therapy Pack 10 x 150 MG & 10 x 100MG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Paxlovid (300/100) Tablet Therapy Pack 20 x 150 MG & 10 x 100MG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
PAZOPanib HCl Tablet 200 MG Oral	NF	5 + QL 120/30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Pitavastatin Calcium Tablet 1 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Pitavastatin Calcium Tablet 2 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Pitavastatin Calcium Tablet 4 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Sohonos Capsule 1 MG Oral	NF	5 + QL 28/28 + PA	Mejorar Formulario	N/A

Identificación del formulario: 24528 Ver. #10

Última actualización: 03/19/2024

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 Sohonos Capsule, Synjardy XR Tablet, Synribo Solution, and Vanflyta Tablet.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #10

Última actualización: 03/19/2024

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 Vanflyta, Viibryd, Xdemvy, Zurzuvae, Accutane, Akeega, Amcinonide, Augtyro, Kalydeco, and Lisdexamfetamine.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #10

Última actualización: 03/19/2024

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 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
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

Identificación del formulario: 24528 Ver. #10

Última actualización: 03/19/2024

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 Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulf Solution, Nocurna Tablet, Paromomycin Sulfate Capsule, etc.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #10

Última actualización: 03/19/2024

Y0107\_24\_115\_M



Insurance Company, Inc.

2024

*Apéndice del formulario*

**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. 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.



Insurance Company, Inc.

*2024*

*Apéndice del formulario*

Identificación del formulario: 24528 Ver. #10

Última actualización: 03/19/2024

Y0107\_24\_115\_M