

2022
Apéndice del formulario

A continuación, se incluye una lista de los cambios en el formulario para el año de beneficios 2022. 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 2022 que se puede descargar del sitio web de **Care N' Care (HMO/PPO)**.

Para obtener una lista completa de los medicamentos cubiertos por **Care N' Care (HMO/PPO)**, visite nuestro sitio web en www.cnhealthplan.com o llame al conserje de atención médica de Care N' Care Health Plan 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, LA: este medicamento con receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias, NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022				
Nombre del medicamento	Nivel actual del medicamento	Nivel nuevo del medicamento	Motivo del cambio	Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 1/1/2022				
Ayvakit Tablet 25 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Ayvakit Tablet 50 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
chlorproMAZINE HCl Concentrate 100 MG/ML Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
chlorproMAZINE HCl Concentrate 30 MG/ML Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Clovique Capsule 250 MG Oral	5 + PA1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Dupixent Solution Pen-Injector 200 MG/1.14ML Subcutaneous	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Etravirine Tablet 100 MG Oral	NF	5 + QL 120	Mejorar Formulario	N/A
Etravirine Tablet 200 MG Oral	NF	5 + QL 60	Mejorar Formulario	N/A

2022

Apéndice del formulario

BD: la Parte B frente a la Parte D, LA: este medicamento con receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias, NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022

Nombre del medicamento	Nivel actual del medicamento	Nivel nuevo del medicamento	Motivo del cambio	Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo
Intence Tablet 100 MG Oral	5 + QL 120	NF	Actualización del formulario	etravirine tablet 100 mg oral, 5 + QL 120
Intence Tablet 200 MG Oral	5 + QL 60	NF	Actualización del formulario	etravirine tablet 200 mg oral, 5 + QL 60
Kaletra Tablet 100-25 MG Oral	3 + QL 300	NF	Actualización del formulario	lopinavir-ritonavir tablet 100-25 mg oral, 3 + QL 300
Kaletra Tablet 200-50 MG Oral	3 + QL 120	NF	Actualización del formulario	lopinavir-ritonavir tablet 200-50 mg oral, 3 + QL 120
Kloxxado Liquid 8 MG/0.1ML Nasal	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Lopinavir-Ritonavir Tablet 100-25 MG Oral	NF	3 + QL 300	Mejorar Formulario	N/A
Lopinavir-Ritonavir Tablet 200-50 MG Oral	NF	3 + QL 120	Mejorar Formulario	N/A
Lumakras Tablet 120 MG Oral	NF	5 + QL 240 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Potassium Chloride Crys ER Tablet Extended Release 15 MEQ Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Rezurock Tablet 200 MG Oral	NF	5 + PA1 + LA	Mejorar Formulario	N/A
SUNItinib Malate Capsule 12.5 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
SUNItinib Malate Capsule 25 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
SUNItinib Malate Capsule 37.5 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
SUNItinib Malate Capsule 50 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A

Identificación del formulario: 22370 Ver. # 8

Última actualización: 11/29/2021

Y0107_22_149SP_C

2022
Apéndice del formulario

BD: la Parte B frente a la Parte D, LA: este medicamento con receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias, NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022				
Nombre del medicamento	Nivel actual del medicamento	Nivel nuevo del medicamento	Motivo del cambio	Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo
Sutent Capsule 12.5 MG Oral	5 + PA2	NF	Actualización del formulario	sunitinib malate capsule 12.5 mg oral, 5 + PA2
Sutent Capsule 25 MG Oral	5 + PA2	NF	Actualización del formulario	sunitinib malate capsule 25 mg oral, 5 + PA2
Sutent Capsule 37.5 MG Oral	5 + PA2	NF	Actualización del formulario	sunitinib malate capsule 37.5 mg oral, 5 + PA2
Sutent Capsule 50 MG Oral	5 + PA2	NF	Actualización del formulario	sunitinib malate capsule 50 mg oral, 5 + PA2
Theophylline ER Tablet Extended Release 12 Hour 450 MG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Tirosint-SOL Solution 37.5 MCG/ML Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Tirosint-SOL Solution 44 MCG/ML Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Tirosint-SOL Solution 62.5 MCG/ML Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Trikafta Tablet Therapy Pack 50-25-37.5 & 75 MG Oral	NF	5 + PA1 + LA	Mejorar Formulario	N/A
TriLyte Solution Reconstituted 420 GM Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Xcopri (250 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 50 & 200 MG Oral	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Xofluza (40 MG Dose) Tablet Therapy Pack 1 x 40 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Xofluza (40 MG Dose) Tablet Therapy Pack 2 x 20 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

2022
Apéndice del formulario

BD: la Parte B frente a la Parte D, LA: este medicamento con receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias, NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022				
Nombre del medicamento	Nivel actual del medicamento	Nivel nuevo del medicamento	Motivo del cambio	Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo
Xofluza (80 MG Dose) Tablet Therapy Pack 2 x 40 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 1/1/2022 - ADICIONES				
Cosentyx Solution Prefilled Syringe 75 MG/0.5ML Subcutaneous	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Dextroamphetamine Sulfate Tablet 15 MG Oral	NF	4 + QL 120	Mejorar Formulario	N/A
Dextroamphetamine Sulfate Tablet 20 MG Oral	NF	4 + QL 90	Mejorar Formulario	N/A
Dextroamphetamine Sulfate Tablet 30 MG Oral	NF	4 + QL 60	Mejorar Formulario	N/A
Difluprednate Emulsion 0.05 % Ophthalmic	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Nebivolol HCl Tablet 10 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Nebivolol HCl Tablet 2.5 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Nebivolol HCl Tablet 20 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Nebivolol HCl Tablet 5 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Panretin Gel 0.1 % External	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Truseltiq (100MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 100 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Truseltiq (125MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 100 & 25 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Truseltiq (50MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 25 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Truseltiq (75MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 25 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Varenicline Tartrate Tablet 0.5 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Varenicline Tartrate Tablet 1 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A

2022
Apéndice del formulario

BD: la Parte B frente a la Parte D, LA: este medicamento con receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias, NF: no aparece en el formulario, PA: autorización previa, QL: límite de cantidad para 30 días

CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022				
Nombre del medicamento	Nivel actual del medicamento	Nivel nuevo del medicamento	Motivo del cambio	Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo
Welireg Tablet 40 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Xofluza (80 MG Dose) Tablet Therapy Pack 1 x 80 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A

Care N' Care (HMO/PPO) 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 (HMO/PPO)** 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.

2022
Apéndice del formulario

Care N' Care es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.