

**2021**  
**Apéndice del formulario**

A continuación, se incluye una lista de los cambios en el formulario para el año de beneficios 2021. 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 2021 que se puede descargar del sitio web de **Care N' Care Health Plan**.

Para obtener una lista completa de los medicamentos cubiertos por **Care N' Care Health Plan**, visite nuestro sitio web en [www.cnhealthplan.com](http://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, ST: tratamiento escalonado

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2021</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>
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA</b> <b>1/1/2021</b>				
Aminosyn II Solution 10 % Intravenous	4 + BD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Deferiprone Tablet 500 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Desogestrel-Ethinyl Estradiol Tablet 0.15-30 MG-MCG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Dexamethasone Intensol Concentrate 1 MG/ML Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Dextrose-NaCl Solution 5-0.225 % Intravenous	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Dimethyl Fumarate Capsule Delayed Release 120 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Dimethyl Fumarate Capsule Delayed Release 240 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Dojolvi Liquid 100 % Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Dupixent Solution Pen-Injector 300 MG/2ML Subcutaneous	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A

2021

**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, ST: tratamiento escalonado

**CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2021**

Nombre del medicamento	Nivel actual del medicamento	Nivel nuevo del medicamento	Motivo del cambio	Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo
Emtricitabine Capsule 200 MG Oral	NF	4 + QL 30	Mejorar Formulario	N/A
Enbrel Solution 25 MG/0.5ML Subcutaneous	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Enspryng Solution Prefilled Syringe 120 MG/ML Subcutaneous	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Evrysdi Solution Reconstituted 0.75 MG/ML Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Fintepla Solution 2.2 MG/ML Oral	NF	4 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Gavreto Capsule 100 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Halog Solution 0.1 % External	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Inqovi Tablet 35-100 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Kesimpta Solution Auto-Injector 20 MG/0.4ML Subcutaneous	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
lamoTRIGine Kit 25 & 50 & 100 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Lorcet Plus TABLET 7.5-325 MG Oral	2 + QL 360	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
MenQuadfi Injectable Intramuscular	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
metFORMIN HCl Solution 500 MG/5ML Oral	4	3	Mejorar Formulario	N/A
Normosol-R SOLUTION Intravenous	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Riomet ER Suspension Reconstituted ER 500 MG/5ML Oral	4	3	Mejorar Formulario	N/A
Rukobia Tablet Extended Release 12 Hour 600 MG Oral	NF	5 + QL 60	Mejorar Formulario	N/A
Sirturo Tablet 20 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Sylatron KIT 200 MCG Subcutaneous	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Sylatron KIT 300 MCG Subcutaneous	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

Identificación del formulario: 21516 Ver. # 5

Última actualización: 12/08/2020

Y0107S\_19\_316\_C



Insurance Company, Inc.

2021

**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, ST: tratamiento escalonado

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2021</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>
Tivicay PD Tablet Soluble 5 MG Oral	NF	4 + QL 360	Mejorar Formulario	N/A
Tolvaptan Tablet 30 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Trulicity Solution Pen-Injector 3 MG/0.5ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Trulicity Solution Pen-Injector 4.5 MG/0.5ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Xpovio (40 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Xpovio (40 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Xpovio (60 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Zostavax SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML Subcutaneous	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

**Care N' Care Health Plan** 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 Health Plan** que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Para solicitar una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de uso, comuníquese con el 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.

Identificación del formulario: 21516 Ver. # 5

Última actualización: 12/08/2020

Y0107S\_19\_316\_C



**2021**  
***Apéndice del formulario***

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Para obtener información adicional, llame al conserje de atención médica de Care N' Care Health Plan Healthcare al 1-877-374-7993.

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer service 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 es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.