

**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](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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>1/1/2022</b>				
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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>
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

**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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>
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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>
Xofluza (80 MG Dose) Tablet Therapy Pack 2 x 40 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 1/1/2022 - ADICIONES</b>				
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
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 2/1/2022</b>				
Adapalene Solution 0.1 % External	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
azaTHIOprine Tablet 100 MG Oral	NF	3 + BD	Mejorar Formulario	N/A
azaTHIOprine Tablet 75 MG Oral	NF	3 + BD	Mejorar Formulario	N/A
Cyclafem 1/35 Tablet 1-35 MG-MCG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Cyclafem 7/7/7 Tablet 0.5/0.75/1-35 MG-MCG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Everolimus Tablet 10 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Everolimus Tablet Soluble 2 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Everolimus Tablet Soluble 3 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Everolimus Tablet Soluble 5 MG Oral	NF	5 + QL 60 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Invega Hafyera Suspension Prefilled Syringe 1092 MG/3.5ML Intramuscular	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Invega Hafyera Suspension Prefilled Syringe 1560 MG/5ML Intramuscular	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Lybalvi Tablet 10-10 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Lybalvi Tablet 15-10 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Lybalvi Tablet 20-10 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A

Identificación del formulario: 22370 Ver. # 16

Última actualización: 08/23/2022

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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>
Lybalvi Tablet 5-10 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Osmolex ER Tablet Extended Release 24 Hour 258 MG Oral	4 + QL 30	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
PARoxetine HCl Suspension 10 MG/5ML Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Pentacel Suspension Reconstituted Intramuscular	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Proparacaine HCl Solution 0.5 % Ophthalmic	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Sertraline HCl Capsule 150 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Sertraline HCl Capsule 200 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Tavneos Capsule 10 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Xpovio (100 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Xpovio (40 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Xpovio (40 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Xpovio (60 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Xpovio (80 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA</b> <b>3/1/2022</b>				
Besremi Solution Prefilled Syringe 500 MCG/ML Subcutaneous	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Dupixent Solution Prefilled Syringe 100 MG/0.67ML Subcutaneous	NF	5 + PA1	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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>
Eprontia Solution 25 MG/ML Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Everolimus Tablet 1 MG Oral	NF	5 + BD	Mejorar Formulario	N/A
Exkivity Capsule 40 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Ezetimibe-Rosuvastatin Tablet 10-10 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Ezetimibe-Rosuvastatin Tablet 10-20 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Ezetimibe-Rosuvastatin Tablet 10-40 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Ezetimibe-Rosuvastatin Tablet 10-5 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Hydroxychloroquine Sulfate Tablet 100 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Hydroxychloroquine Sulfate Tablet 300 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Hydroxychloroquine Sulfate Tablet 400 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Ivermectin TABLET 3 MG ORAL	2	2 + PA2	Actualización del formulario	N/A
Ketoprofen Capsule 50 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Livmarli Solution 9.5 MG/ML Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Livtency Tablet 200 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Morphine Sulfate ER Capsule Extended Release 24 Hour 40 MG Oral	4 + QL 60	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Naloxone HCl Liquid 4 MG/0.1ML Nasal	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Nylia 1/35 Tablet 1-35 MG-MCG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Picato Gel 0.015 % External	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Picato Gel 0.05 % External	4	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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>
Scemblix Tablet 20 MG Oral	NF	5 + QL 60 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Scemblix Tablet 40 MG Oral	NF	5 + QL 300 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Ticovac Suspension Prefilled Syringe 2.4 MCG/0.5ML Intramuscular	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Vancomycin HCl Solution Reconstituted 250 MG Intravenous	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Zarah Tablet 3-0.03 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 4/1/2022</b>				
Accutane Capsule 10 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Biktarvy Tablet 30-120-15 MG Oral	NF	5 + QL 30	Mejorar Formulario	N/A
Brimonidine Tartrate-Timolol Solution 0.2-0.5 % Ophthalmic	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Bylvay (Pellets) Capsule Sprinkle 200 MCG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Bylvay Capsule 1200 MCG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Bylvay Capsule 400 MCG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Desogestrel-Ethinyl Estradiol Tablet 0.15-30 MG-MCG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Hepatamine Solution 8 % Intravenous	4 + BD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Intron A Solution 10000000 UNIT/ML Injection	5 + BD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Intron A Solution 6000000 UNIT/ML Injection	5 + BD	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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>
Ketoprofen Capsule 75 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Oravig Tablet 50 MG Buccal	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Tri-Previfem Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
VariZIG Solution 125 UNIT/1.2ML Intramuscular	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 5/1/2022</b>				
Adapalene Gel 0.1 % External	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Aminosyn-PF Solution 7 % Intravenous	4 + BD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
amLODIPine-Valsartan-HCTZ Tablet 10-160-12.5 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
amLODIPine-Valsartan-HCTZ Tablet 10-160-25 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
amLODIPine-Valsartan-HCTZ Tablet 10-320-25 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
amLODIPine-Valsartan-HCTZ Tablet 5-160-12.5 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
amLODIPine-Valsartan-HCTZ Tablet 5-160-25 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Blephamide Suspension 10-0.2 % Ophthalmic	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Carglumic Acid Tablet 200 MG Oral	NF	5	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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>
Cefuroxime Sodium Solution Reconstituted 7.5 GM Injection	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Citalopram Hydrobromide Capsule 30 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Maraviroc Tablet 150 MG Oral	NF	3 + QL 240	Mejorar Formulario	N/A
Maraviroc Tablet 300 MG Oral	NF	3 + QL 120	Mejorar Formulario	N/A
Mavyret Packet 50-20 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Moxeza Solution 0.5 % Ophthalmic	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
OxyCODONE HCl ER Tablet ER 12 Hour Abuse-Deterrent 15 MG Oral	4 + QL 60	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
OxyCODONE HCl ER Tablet ER 12 Hour Abuse-Deterrent 30 MG Oral	4 + QL 60	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
OxyCODONE HCl ER Tablet ER 12 Hour Abuse-Deterrent 60 MG Oral	4 + QL 60	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Rinvoq Tablet Extended Release 24 Hour 30 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Talzenna Capsule 0.5 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Talzenna Capsule 0.75 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Xarelto Suspension Reconstituted 1 MG/ML Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 6/1/2022</b>				
Aztreonam Solution Reconstituted 2 GM Injection	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Betaine Powder Oral	NF	5	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
Farydak Capsule 10 MG Oral	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Farydak Capsule 15 MG Oral	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Farydak Capsule 20 MG Oral	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Fluoroplex Cream 1 % External	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
GaviLyte-N with Flavor Pack SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Invirase Tablet 500 MG Oral	5 + QL 120	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Kinrix Suspension Intramuscular	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Lacosamide Tablet 100 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Lacosamide Tablet 150 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Lacosamide Tablet 200 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Lacosamide Tablet 50 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Lenalidomide Capsule 10 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Lenalidomide Capsule 15 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Lenalidomide Capsule 25 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Lenalidomide Capsule 5 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Phexxi Gel 1.8-1-0.4 % Vaginal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Pyrukynd Tablet 20 MG Oral	NF	5 + QL 56/28 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Pyrukynd Tablet 5 MG Oral	NF	5 + QL 56/28 + PA1	Mejorar Formulario	N/A

Identificación del formulario: 22370 Ver. # 16

Última actualización: 08/23/2022

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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>
Pyrukynd Tablet 50 MG Oral	NF	5 + QL 56/28 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Pyrukynd Taper Pack Tablet Therapy Pack 5 MG Oral	NF	5 + QL 7/7 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Pyrukynd Taper Pack Tablet Therapy Pack 7 x 20 MG & 7 x 5 MG Oral	NF	5 + QL 14/14 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Pyrukynd Taper Pack Tablet Therapy Pack 7 x 50 MG & 7 x 20 MG Oral	NF	5 + QL 14/14 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Quadracel Suspension Intramuscular (58 UNT/ML)	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Tekturna HCT Tablet 150-12.5 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Tekturna HCT Tablet 150-25 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Temixys Tablet 300-300 MG Oral	5 + QL 30	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 7/1/2022</b>				
cycloSPORINE Emulsion 0.05 % Ophthalmic	NF	3 + QL 60	Mejorar Formulario	N/A
Deferiprone Tablet 1000 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Dexlansoprazole Capsule Delayed Release 30 MG Oral	NF	3 + QL 30	Mejorar Formulario	N/A
Dexlansoprazole Capsule Delayed Release 60 MG Oral	NF	3 + QL 30	Mejorar Formulario	N/A
Lithium Solution 8 MEQ/5ML Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ozempic (1 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 2 MG/1.5ML Subcutaneous	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

Identificación del formulario: 22370 Ver. # 16

Última actualización: 08/23/2022

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**

<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>
Ozempic (2 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 8 MG/3ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
PreHevbrio Suspension 10 MCG/ML Intramuscular	NF	3 + BD	Mejorar Formulario	N/A
Previfem Tablet 0.25-35 MG-MCG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Rinvoq Tablet Extended Release 24 Hour 45 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Triumeq PD Tablet Soluble 60-5-30 MG Oral	NF	5 + QL 180	Mejorar Formulario	N/A
Varenicline Tartrate 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42 Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Zimhi Solution Prefilled Syringe 5 MG/0.5ML Injection	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 8/1/2022</b>				
Abacavir-lamiVUDine-Zidovudine Tablet 300-150-300 MG Oral	5 + QL 60	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Chantix Continuing Month Pak Tablet 1 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Chantix Starting Month Pak Tablet 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42 Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Chantix Tablet 0.5 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Chantix Tablet 1 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Chlorzoxazone Tablet 250 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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>
Fluticasone Furoate-Vilanterol Aerosol Powder Breath Activated 100-25 MCG/INH Inhalation	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Fluticasone Furoate-Vilanterol Aerosol Powder Breath Activated 200-25 MCG/INH Inhalation	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Fluticasone Propionate HFA Aerosol 110 MCG/ACT Inhalation	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Fluticasone Propionate HFA Aerosol 220 MCG/ACT Inhalation	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Fluticasone Propionate HFA Aerosol 44 MCG/ACT Inhalation	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Isosorb Dinitrate-hydrALAZINE Tablet 20-37.5 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Lacosamide Solution 10 MG/ML Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Nizatidine Solution 15 MG/ML Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ondansetron HCl Tablet 24 MG Oral	1 + BD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
oxyCODONE-Acetaminophen Solution 5-325 MG/5ML Oral	NF	3 + QL 1080	Mejorar Formulario	N/A
Pirfenidone Tablet 267 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Pirfenidone Tablet 801 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Trizivir Tablet 300-150-300 MG Oral	NF	5 + QL 60	Mejorar Formulario	N/A
Ukoniq Tablet 200 MG Oral	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Vonjo Capsule 100 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A

Identificación del formulario: 22370 Ver. # 16

Última actualización: 08/23/2022

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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>9/1/2022</b>				
Bexarotene Gel 1 % External	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Camzyos Capsule 10 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Camzyos Capsule 15 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Camzyos Capsule 2.5 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Camzyos Capsule 5 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Fesoterodine Fumarate ER Tablet Extended Release 24 Hour 4 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Fesoterodine Fumarate ER Tablet Extended Release 24 Hour 8 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Flutamide Capsule 125 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
levOCARNitine Solution 1 GM/10ML Oral	1 + BD	1	Mejorar Formulario	N/A
levOCARNitine Tablet 330 MG Oral	1 + BD	1	Mejorar Formulario	N/A
Mayzent Starter Pack Tablet Therapy Pack 0.25 MG Oral	NF	4 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Mayzent Tablet 1 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Methyldopa Tablet 250 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Methyldopa Tablet 500 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Orsythia Tablet 0.1-20 MG-MCG Oral	2	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

<b>CAMBIOS EN EL FORMULARIO DE 2022</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>
SORafenib Tosylate Tablet 200 MG Oral	NF	5 + QL 120 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Tekturna HCT Tablet 300-12.5 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Tekturna HCT Tablet 300-25 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Vijoice Tablet Therapy Pack 125 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Vijoice Tablet Therapy Pack 200 & 50 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Vijoice Tablet Therapy Pack 50 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Vilazodone HCl Tablet 10 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Vilazodone HCl Tablet 20 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Vilazodone HCl Tablet 40 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

2022  
*Apéndice del formulario*

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