



Insurance Company, Inc.

2023

Apéndice del formulario

A continuación, se incluye una lista de los cambios en el formulario para el año de beneficios 2023. 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 2023 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.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a su equipo de experiencia del cliente para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

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 2023

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 1/1/2023				
Caziant TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Digox Tablet 125 MCG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Digox Tablet 250 MCG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Engerix-B Suspension 20 MCG/ML Injection (prefilled syringe)	NF	3 + BD	Mejorar Formulario	N/A
Lindane Shampoo 1 % External	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A



Insurance Company, Inc.

2023

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 Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulf Solution, Nucala Solution, Pentacel Suspension, etc.



Insurance Company, Inc.

2023

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 2023				
Nombre del medicamento	Nivel actual del medicamento	Nivel nuevo del medicamento	Motivo del cambio	Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo
Calquence Tablet 100 MG Oral	NF	5 + QL 60 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Caplyta Capsule 10.5 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Caplyta Capsule 21 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Dabigatran Etexilate Mesylate Capsule 150 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Dabigatran Etexilate Mesylate Capsule 75 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Descovy Tablet 120-15 MG Oral	NF	5 + QL 30	Mejorar Formulario	N/A
Digitek TABLET 125 MCG ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Enbrel Solution Reconstituted 25 MG Subcutaneous	5 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Fingolimod HCl Capsule 0.5 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Furosemide SOLUTION 10 MG/ML INJECTION (4ML SYRINGE)	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Hyftor Gel 0.2 % External	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Icosapent Ethyl Capsule 0.5 GM Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Imbruvica Suspension 70 MG/ML Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Intron A Solution Reconstituted 18000000 UNIT Injection	5 + BD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Jynneos Suspension 0.5 ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Ketoprofen Capsule 50 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Larissia Tablet 0.1-20 MG-MCG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Lenalidomide Capsule 2.5 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Lenalidomide Capsule 20 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A



Insurance Company, Inc.

2023

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 2023				
Nombre del medicamento	Nivel actual del medicamento	Nivel nuevo del medicamento	Motivo del cambio	Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo
Norethindron-Ethinyl Estrad-Fe Tablet 1-20/1-30/1-35 MG-MCG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Noxafil Packet 300 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Orkambi Packet 75-94 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Pentacel Suspension Reconstituted Intramuscular (96-30-68-1-80-2-16-3-64-20 var units)	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Pirfenidone Tablet 534 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
ProAir HFA Aerosol Solution 108 (90 Base) MCG/ACT Inhalation	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Roflumilast Tablet 500 MCG Oral	NF	3 + QL 30	Mejorar Formulario	N/A
Skyrizi (150 MG Dose) Prefilled Syringe Kit 75 MG/0.83ML Subcutaneous	5 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Tazarotene Gel 0.05 % External	NF	4 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Tazarotene Gel 0.1 % External	NF	4 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Venlafaxine Besylate ER Tablet Extended Release 24 Hour 112.5 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Zonisade Suspension 100 MG/5ML Oral	NF	4 + QL 900	Mejorar Formulario	N/A
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 3/1/2023				
Amcinonide Cream 0.1 % External	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Auvelity Tablet Extended Release 45-105 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Estradiol Gel 0.25 MG/0.25GM Transdermal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Estradiol Gel 0.5 MG/0.5GM Transdermal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Estradiol Gel 0.75 MG/0.75GM Transdermal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Estradiol Gel 1 MG/GM Transdermal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A



Insurance Company, Inc.

2023

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 Estradiol Gel, Gleostine CAPSULE, Intron A Solution, Menest Tablet, Paser PACKET, Roflumilast Tablet, and Skyrizi Solution.

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.



Insurance Company, Inc.

2023

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.