



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

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
Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulf Solution 17.5-3.13-1.6 GM/177ML Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Nucala Solution Prefilled Syringe 40 MG/0.4ML Subcutaneous	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Pentacel Suspension Reconstituted Intramuscular (96-30-68-1-80-2-16-3-64-20 var units)	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Priorix Suspension Reconstituted Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Procalamine SOLUTION 3 % Intravenous	3 + BD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Quadracel Suspension Prefilled Syringe 0.5 ML Intramuscular	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Recombivax HB Suspension 5 MCG/0.5ML Injection (prefilled syringe)	NF	3 + BD	Mejorar Formulario	N/A
Skyrizi Solution Cartridge 360 MG/2.4ML Subcutaneous	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Tenivac Injectable 5-2 LFU Intramuscular (Injection)	NF	3 + BD	Mejorar Formulario	N/A
Ticovac Suspension Prefilled Syringe 1.2 MCG/0.25ML Intramuscular	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
YF-VAX INJECTABLE Subcutaneous (2.5 mL in 1 vial, multi-dose)	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 2/1/2023				
Blephamide S.O.P. Ointment 10-0.2 % Ophthalmic	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

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
Digitex 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



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
Estradiol Gel 1 MG/GM Transdermal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Estradiol Gel 1.25 MG/1.25GM Transdermal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Gleostine CAPSULE 10 MG ORAL	NF	4 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Gleostine CAPSULE 100 MG ORAL	NF	4 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Gleostine CAPSULE 40 MG ORAL	NF	4+ PA	Mejorar Formulario	N/A
Intron A Solution Reconstituted 10000000 UNIT Injection	5 + BD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Intron A Solution Reconstituted 50000000 UNIT Injection	5 + BD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Menest Tablet 2.5 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Paser PACKET 4 GM ORAL	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Roflumilast Tablet 250 MCG Oral	NF	3 + QL 30	Mejorar Formulario	N/A
Skyrizi Solution Cartridge 180 MG/1.2ML Subcutaneous	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 4/1/2023				
Digitek TABLET 250 MCG ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Estradiol Valerate Oil 10 MG/ML Intramuscular	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Femynor Tablet 0.25-35 MG-MCG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Heplisav-B Solution Prefilled Syringe 20 MCG/0.5ML Intramuscular	NF	3 + BD	Mejorar Formulario	N/A
Krazati Tablet 200 MG Oral	NF	5 + QL 180 + 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
Leuprolide Acetate Injectable 22.5 MG Intramuscular	NF	4 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Norvir SOLUTION 80 MG/ML ORAL	4 + QL 480	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
oxyCODONE HCl ER Tablet ER 12 Hour Abuse-Deterrent 40 MG Oral	4 + QL 60	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
oxyCODONE HCl ER Tablet ER 12 Hour Abuse-Deterrent 80 MG Oral	4 + QL 60	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ozempic (0.25 or 0.5 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 2 MG/3ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Pirfenidone Capsule 267 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Sodium Oxybate Solution 500 MG/ML Oral	NF	5 + QL 540 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Sunlenca Tablet Therapy Pack 4 x 300 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Sunlenca Tablet Therapy Pack 5 x 300 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 5/1/2023				
Ezetimibe-Rosuvastatin Tablet 10-10 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ezetimibe-Rosuvastatin Tablet 10-20 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ezetimibe-Rosuvastatin Tablet 10-40 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ezetimibe-Rosuvastatin Tablet 10-5 MG Oral	3	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

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
Jaypirca Tablet 100 MG Oral	NF	5 + QL 60 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Jaypirca Tablet 50 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
lamoTRIGine Kit 21 x 25 MG & 7 x 50 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
lamoTRIGine Kit 42 x 50 MG & 14x100 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Lurasidone HCl Tablet 120 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Lurasidone HCl Tablet 20 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Lurasidone HCl Tablet 40 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Lurasidone HCl Tablet 60 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Lurasidone HCl Tablet 80 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Lytgobi (12 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 4 MG Oral	NF	5 + QL 84/28 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Lytgobi (16 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 4 MG Oral	NF	5 + QL 112/28 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Lytgobi (20 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 4 MG Oral	NF	5 + QL 140/28 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Methylphenidate HCl ER (OSM) Tablet Extended Release 45 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Methylphenidate HCl ER (OSM) Tablet Extended Release 63 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Orserdu Tablet 345 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Orserdu Tablet 86 MG Oral	NF	5 + QL 90 + 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
Pirmella 1/35 Tablet 1-35 MG-MCG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
QUetiapine Fumarate Tablet 150 MG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Rezlidhia Capsule 150 MG Oral	NF	5 + QL 60 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Ztalmy Suspension 50 MG/ML Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 6/1/2023				
Azelastine HCl SOLUTION 0.15 % NASAL	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Endocet TABLET 2.5-325 MG ORAL	NF	3 + QL 360	Mejorar Formulario	N/A
Erleada Tablet 240 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Gentak Ointment 0.3 % Ophthalmic	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Olopatadine HCl SOLUTION 0.2 % Ophthalmic	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Oxandrolone TABLET 10 MG ORAL	4 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Oxandrolone TABLET 2.5 MG ORAL	3 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Prednicarbate Ointment 0.1 % External	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 7/1/2023				
Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 12 MG Oral	NF	5 + QL 90 + 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
Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 24 MG Oral	NF	5 + QL 60 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 6 MG Oral	NF	5 + QL 90 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 20 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 30 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 40 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 60 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Emoquette Tablet 0.15-30 MG-MCG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Epivir HBV SOLUTION 5 MG/ML ORAL	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Gilenya Capsule 0.25 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Levofloxacin SOLUTION 25 MG/ML Intravenous	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Lumakras Tablet 320 MG Oral	NF	5 + QL 90 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Myorisan CAPSULE 10 MG ORAL	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Myorisan CAPSULE 20 MG ORAL	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Myorisan CAPSULE 30 MG ORAL	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

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
Myorisan CAPSULE 40 MG ORAL	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ozempic (0.25 or 0.5 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 2 MG/1.5ML Subcutaneous	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Posaconazole Suspension 40 MG/ML Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Primidone Tablet 125 MG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Rotarix Suspension Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Truseltiq (100MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 100 MG Oral	5 + QL 21/28 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Truseltiq (125MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 100 & 25 MG Oral	5 + QL 42/28 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Truseltiq (50MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 25 MG Oral	5 + QL 42/28 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Truseltiq (75MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 25 MG Oral	5 + QL 63/28 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Zokinvy Capsule 50 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Zokinvy Capsule 75 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 8/1/2023				
Abilify Asimtufii Prefilled Syringe 720 MG/2.4ML Intramuscular	NF	5 + QL 2.4/56	Mejorar Formulario	N/A
Abilify Asimtufii Prefilled Syringe 960 MG/3.2ML Intramuscular	NF	5 + QL 3.2/56	Mejorar Formulario	N/A
Bylvay (Pellets) Capsule Sprinkle 600 MCG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Cimetidine HCl Solution 300 MG/5ML Oral	2	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

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
Filspari Tablet 200 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Filspari Tablet 400 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Gefitinib Tablet 250 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Kalydeco Packet 13.4 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Kynmobi Film 10 MG Sublingual	5 + QL 150 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Kynmobi Film 15 MG Sublingual	5 + QL 150 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Kynmobi Film 20 MG Sublingual	5 + QL 150 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Kynmobi Film 25 MG Sublingual	5 + QL 150 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Kynmobi Film 30 MG Sublingual	5 + QL 150 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Levo-T Tablet 100 MCG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Levo-T TABLET 112 MCG ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Levo-T Tablet 125 MCG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Levo-T TABLET 137 MCG ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Levo-T TABLET 150 MCG ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Levo-T TABLET 175 MCG ORAL	1	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

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
Levo-T TABLET 200 MCG ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Levo-T Tablet 25 MCG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Levo-T TABLET 300 MCG ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Levo-T Tablet 50 MCG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Levo-T Tablet 75 MCG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Levo-T TABLET 88 MCG ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Mekinist Solution Reconstituted 0.05 MG/ML Oral	NF	5 + QL 1200 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Methsuximide Capsule 300 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Nitisinone Capsule 20 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 10-12.5 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 20-12.5 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 20-25 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Tafinlar Tablet Soluble 10 MG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Trikafta Therapy Pack 100-50-75 & 75 MG Oral	NF	5 + QL 84/28 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Trikafta Therapy Pack 80-40-60 & 59.5 MG Oral	NF	5 + QL 56/28 + 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
Turalio Capsule 125 MG Oral	NF	5 + QL 120 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Vancomycin HCl Solution Reconstituted 25 MG/ML Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 9/1/2023				
Clenpiq Solution 10-3.5-12 MG-GM - GM/175ML Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Darunavir Tablet 600 MG Oral	NF	5 + QL 60	Mejorar Formulario	N/A
Darunavir Tablet 800 MG Oral	NF	5 + QL 30	Mejorar Formulario	N/A
Imbruvica Tablet 560 MG Oral	5 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Lupron Depot-Ped (1-Month) Kit 7.5 MG Intramuscular	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Lupron Depot-Ped (3-Month) Kit 11.25 MG (Ped) Intramuscular	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Lupron Depot-Ped (6-Month) Kit 45 MG Intramuscular	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Procto-Pak Cream 1 % External	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Tirosint Capsule 37.5 MCG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Tirosint Capsule 44 MCG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Tirosint Capsule 62.5 MCG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Turalio Capsule 200 MG Oral	5 + QL 120 + PA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA 10/1/2023				



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
Abrysvo Solution Reconstituted 120 MCG/0.5ML Intramuscular	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Amphotericin B Liposome Suspension Reconstituted 50 MG Intravenous	NF	5 + BD	Mejorar Formulario	N/A
Arexvy Suspension Reconstituted 120 MCG/0.5ML Intramuscular	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Austedo XR Patient Titration Tablet Extended Release Therapy Pack 6 & 12 & 24 MG Oral	NF	5 + QL 42/28 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Daybue Solution 200 MG/ML Oral	NF	5 + QL 3600 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Haloette Ring 0.12-0.015 MG/24HR Vaginal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Multiple Electro Type 1 pH 5.5 Solution Intravenous	NF	3 + BD	Mejorar Formulario	N/A
Penicillin G Procaine Suspension 600000 UNIT/ML Intramuscular	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Talzenna Capsule 0.1 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Talzenna Capsule 0.35 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Zejula Tablet 100 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Zejula Tablet 200 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA	Mejorar Formulario	N/A
Zejula Tablet 300 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA	Mejorar Formulario	N/A



Insurance Company, Inc.

2023

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.