

2024 Apéndice del formulario

A continuación, se incluye una lista de los cambios en el formulario para el año de beneficios 2024. 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 2024 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.

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 2024						
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 1/1/2024						
Abrysvo Solution Reconstituted 120 MCG/0.5ML Intramuscular	NF	3	Mejorar Formulario	N/A		
AmBisome Suspension Reconstituted 50 MG Intravenous	5 + BD	NF	Actualización del formulario	Amphotericin B Liposome Suspension Reconstituted 50 MG Intravenous, 5 + BD		
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		

Identificación del formulario: 24528 Ver. #7

Última actualización: 09/29/2023

Y0107_24_115_M



2024 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 2024						
Nombre del medicamento	Nivel actual del medicamento	Nivel nuevo del medicamento	Motivo del cambio	Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo		
Bylvay Capsule 400 MCG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A		
Bylvay Capsule 1200 MCG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A		
Bylvay (Pellets) Capsule Sprinkle 200 MCG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A		
Bylvay (Pellets) Capsule Sprinkle 600 MCG Oral	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A		
Cosentyx UnoReady Solution Auto-Injector 300 MG/2ML Subcutaneous	NF	5 + PA	Mejorar Formulario	N/A		
Daybue Solution 200 MG/ML Oral	NF	5 + QL 3600 + PA	Mejorar Formulario	N/A		
Flovent Diskus Aerosol Powder Breath Activated 50 MCG/ACT Inhalation	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A		
Flovent Diskus Aerosol Powder Breath Activated 100 MCG/ACT Inhalation	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A		
Flovent Diskus Aerosol Powder Breath Activated 250 MCG/ACT Inhalation	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A		
Flovent HFA Aerosol 44 MCG/ACT Inhalation	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A		
Flovent HFA Aerosol 110 MCG/ACT Inhalation	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A		
Flovent HFA Aerosol 220 MCG/ACT Inhalation	3	NF	Eliminación requerida de CMS	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		

Identificación del formulario: 24528 Ver. #7

Última actualización: 09/29/2023

Y0107_24_115_M



2024 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 2024							
Nombre del medicamento	Nivel actual del medicamento	Nivel nuevo del medicamento	Motivo del cambio	Medicamento alternativo, nivel del medicamento alternativo			
Plasma-Lyte 148 Solution Intravenous	3 + BD	NF	Actualización del formulario	Multiple Electro Type 1 pH 5.5 Solution Intravenous, 3 + BD			
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			
Tiotropium Bromide Monohydrate Capsule 18 MCG Inhalation	NF	3	Mejorar Formulario	N/A			
Vigadrone Tablet 500 MG Oral	NF	5 + 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			

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

Identificación del formulario: 24528 Ver. #7

Última actualización: 09/29/2023

Y0107 24 115 M



2024 Apéndice del formulario

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.

Identificación del formulario: 24528 Ver. #7

Última actualización: 09/29/2023

Y0107 24 115 M