



Anejo del Formulario 1 para Medicamentos Recetados de MCS Classicare 2026

Este documento le ofrece un resumen sobre los cambios que sufrió el Formulario 1 de Medicamentos Recetados de enero de 2026 a febrero de 2026.

MCS Classicare puede añadir o eliminar medicamentos de nuestro formulario durante el año. Si nosotros eliminamos medicamentos de nuestro formulario o le añadimos pre-autorizaciones, límites de cantidad y/o restricción en la terapia escalonada a un medicamento y/o movemos un medicamento a otro nivel de copago o coaseguro, nosotros le notificaremos a los afiliados afectados a través de la Carta sobre cambios al formulario o la hoja de Explicación de Beneficios (EOB).

A continuación, encontrará una lista actualizada de los medicamentos recetados que han sido incluidos, eliminados o que haya cambiado en las restricciones de pre-autorización, límite de cantidad, terapia escalonada y/o cambio de nivel de costo compartido en el Formulario 1 de Medicamentos Recetados.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Brukinsa Capsule 80 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Carbidopa-Levodopa ER Capsule Extended Release 23.75-95 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 360 + Terapia escalonada Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Carbidopa-Levodopa ER Capsule Extended Release 36.25-145 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 270 + Terapia escalonada Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Carbidopa-Levodopa ER Capsule Extended Release 48.75-195 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 360 + Terapia escalonada Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Carbidopa-Levodopa ER Capsule Extended Release 61.25-245 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 300 + Terapia escalonada Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Dificid Tablet 200 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	fidaxomicin tablet 200 mg, Nivel 5 + Terapia escalonada Inicio de Terapia	01.02.2026
Endocet Tablet 10-325 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Endocet Tablet 2.5-325 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Endocet Tablet 5-325 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Endocet Tablet 7.5-325 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Exxua Tablet Extended Release 24 Hour 18.2 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Exxua Tablet Extended Release 24 Hour 36.3 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Exxua Tablet Extended Release 24 Hour 54.5 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Exxua Tablet Extended Release 24 Hour 72.6 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Fidaxomicin Tablet 200 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 20/10 + Terapia escalonada Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Glycerol Phenylbutyrate Liquid 1.1 GM/ML Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Haloette Ring 0.12-0.015 MG/24HR Vaginal	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Ogsiveo Tablet 50 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Prolia Solution Prefilled Syringe 60 MG/ML Subcutaneous	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	bildyos solution prefilled syringe 60 mg/ml subcutaneous, Nivel 4 + Límite de cantidad 1/180 + Pre Autorización Inicio de Terapia	01.02.2026
Ravicti Liquid 1.1 GM/ML Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	glycerol phenylbutyrate 1.1 gm/ml oral, Tier 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	01.02.2026
Rytary Capsule Extended Release 23.75-95 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	carbidopa-Levodopa ER capsule extended release 23.75-95 mg oral, Nivel 4 + Límite de cantidad 360	01.02.2026

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Rytary Capsule Extended Release 36.25-145 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	carbidopa-Levodopa ER capsule extended release 36.25-145 mg oral, Nivel 4 + Límite de cantidad 270	01.02.2026
Rytary Capsule Extended Release 48.75-195 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	carbidopa-Levodopa ER capsule extended release 48.75-195 mg oral, Nivel 4 + 360	01.02.2026
Rytary Capsule Extended Release 61.25-245 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	carbidopa-Levodopa ER capsule extended release 61.25-245 mg oral, Nivel 4 + Límite de cantidad 300	01.02.2026
Simlandi (1 Syringe) Prefilled Syringe Kit 80 MG/0.8ML Subcutaneous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Testosterone Gel 10 MG/ACT (2%) Transdermal	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Vigpoder Packet 500 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.02.2026
Xgeva Solution 120 MG/1.7ML Subcutaneous	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	bilprevda solution 120mg/1.7ml subcutaneous, Nivel 5 + Límite de cantidad 1.7/28 + Pre Autorización	01.02.2026

Más adelante usted encontrará algunas definiciones que le ayudarán a entender los cambios realizados en Formulario 1 de Medicamentos Recetados:

Pre-autorización – Esto significa que su médico debe llamar al plan antes de que el plan cubra el medicamento. Su médico debe demostrar que el medicamento es médicamente necesario para que sea cubierto.

Límites de Cantidad – Esto significa que hay un límite en la cantidad del medicamento u otra forma de dosis que usted puede obtener a la vez.

Terapia Escalonada – Esto significa que uno o más medicamentos similares de costo menor se deben utilizar antes que el medicamento de terapia escalonada sea cubierto.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta notificación, puede comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Cliente al 787-620-2530 (área metro) o al 1-866-627-8183 (libre de costo). Los afiliados con impedimentos auditivos deben llamar al 1-866-627-8182 (TTY). Horario de servicio es lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., del 1ro de octubre al 31 de marzo. Desde el 1ro de abril al 30 de septiembre es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Recuerde que contamos con Centros de Servicios convenientemente localizados alrededor de la Isla para atender las necesidades de nuestros afiliados. En MCS estamos para servirle.

MCS Classicare es un plan HMO ofrecido por MCS Advantage, Inc.