



MCS Classicare 2022 Formulario 1 (Criterios de Terapia Escalonada)

MCS Classicare SuperRx (HMO); MCS Classicare MAPD Group (HMO)

En algunos casos, MCS Classicare requiere que usted trate ciertos medicamentos para su condición médica previo a cubrir otros medicamentos para la misma condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B son indicados para tratar su condición médica, MCS Classicare puede no cubrir el Medicamento B (“Paso 2”) a menos que usted haya tratado el Medicamento A primero (“Paso 1”). Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces MCS Classicare cubrirá el Medicamento B.

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

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182)。

Última Actualización: 11/19/2021

Terapia Escalonada

ANTIDEPRESSANTS

Productos Afectado

Nivel 2:

- DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG ORAL
- DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG ORAL
- DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG ORAL
- DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 60 MG ORAL
- FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG ORAL
- FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG ORAL
- FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG ORAL
- FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 80 MG ORAL
- FETZIMA TITRATION CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG ORAL
- TRINTELLIX TABLET 10 MG ORAL
- TRINTELLIX TABLET 20 MG ORAL
- TRINTELLIX TABLET 5 MG ORAL
- VIIBRYD STARTER PACK KIT 10 & 20 MG ORAL
- VIIBRYD TABLET 10 MG ORAL
- VIIBRYD TABLET 20 MG ORAL
- VIIBRYD TABLET 40 MG ORAL

Detalles

| Criteria |
|--|
| El reclamo pagará automáticamente Drizalma, Fetzima, Trintellix o Viibryd, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de 2 antidepresivos genéricos cualesquiera de la lista de medicamentos cubiertos. De lo contrario, para Drizalma, Fetzima, Trintellix o Viibryd se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con 2 antidepresivos genéricos cualesquiera de la lista de medicamentos cubiertos O (2) historia de eventos adversos con 2 antidepresivos genéricos cualesquiera de la lista de medicamentos cubiertos O (3) 2 antidepresivos genéricos cualesquiera de la lista de medicamentos cubiertos están contraindicados. |

DEXILANT

Productos Afectado

Nivel 2:

- DEXILANT CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG ORAL
- DEXILANT CAPSULE DELAYED RELEASE 60 MG ORAL

Detalles

| | |
|------------------|--|
| Criterios | El reclamo pagará automáticamente por Dexilant, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de cualquier PPI genérico de la lista de medicamentos cubiertos. De lo contrario, para Dexilant se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquier PPI genérico de la lista de medicamentos cubiertos O (2) historia de eventos adversos con cualquier PPI genérico de la lista de medicamentos cubiertos O (3) cualquier PPI genérico de la lista de medicamentos cubiertos está contraindicado. |
|------------------|--|

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 22571 – Versión 6

Fecha de Efectividad: 01/01/2022 Última Actualización 11/19/2021

DIFICID

Productos Afectado

Nivel 2:

- DIFICID TABLET 200 MG ORAL

Detalles

| | |
|------------------|--|
| Criterios | El reclamo pagará automáticamente por Dificid, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de vancomycin. De lo contrario, para Dificid se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con Vancomycin O (2) historia de eventos adversos con Vancomycin O (3) Vancomycin está contraindicado. |
|------------------|--|

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 22571 – Versión 6

Fecha de Efectividad: 01/01/2022 Última Actualización 11/19/2021

ICS/LABA/ANTICHOLINERGIC

Productos Afectado

Nivel 2:

- BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION
- TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH INHALATION
- TRELEGY ELLIPTA AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 200-62.5-25 MCG/INH INHALATION

Detalles

| | |
|------------------|---|
| Criterios | El reclamo pagará automáticamente por Trelegy o Breztri, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de un medicamento de nivel 1 escalonado de la lista de medicamentos cubiertos. De lo contrario, para Trelegy o Breztri se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con un medicamento de nivel 1 escalonado de la lista de medicamentos cubiertos O (2) historia de evento adverso con un medicamento de nivel 1 escalonado de la lista de medicamentos cubiertos, O (3) un medicamento de nivel 1 escalonado de la lista de medicamentos cubiertos está contraindicado. |
|------------------|---|

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 22571 – Versión 6

Fecha de Efectividad: 01/01/2022 Última Actualización 11/19/2021

LIVALO

Productos Afectado

Nivel 2:

- LIVALO TABLET 1 MG ORAL
- LIVALO TABLET 2 MG ORAL
- LIVALO TABLET 4 MG ORAL

Detalles

| Criterios | El reclamo pagará automáticamente por Livalo, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de cualquier estatina genérica de la lista de medicamentos cubiertos. De lo contrario, para Livalo se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquier estatina genérica de la lista de medicamentos cubiertos O (2) historia de eventos adversos con cualquier estatina genérica de la lista de medicamentos cubiertos O (3) alguna estatina genérica de la lista de medicamentos cubiertos está contraindicada. |
|------------------|---|
|------------------|---|

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 22571 – Versión 6

Fecha de Efectividad: 01/01/2022 Última Actualización 11/19/2021

NSAID

Productos Afectado

Nivel 2:

- *celecoxib capsule 100 mg oral*
- *celecoxib capsule 200 mg oral*
- *celecoxib capsule 400 mg oral*
- *celecoxib capsule 50 mg oral*
- *diclofenac epolamine patch 1.3 % external*

Detalles

| | |
|-----------------|---|
| Criteria | El reclamo pagará automáticamente por parche de Celecoxib o Diclofenac epolamina al 1.3 %, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de cualquier NSAID genérico de la lista de medicamentos cubiertos. De lo contrario, el parche de Celecoxib o Diclofenac epolamina al 1.3 % necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquier NSAID genérico de la lista de medicamentos cubiertos O (2) historia de eventos adversos con cualquier NSAID genérico de la lista de medicamentos cubiertos O (3) algún NSAID genérico de la lista de medicamentos cubiertos está contraindicado. |
|-----------------|---|

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 22571 – Versión 6

Fecha de Efectividad: 01/01/2022 Última Actualización 11/19/2021

RYTARY

Productos Afectado

Nivel 2:

- RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG ORAL
- RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG ORAL
- RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 48.75-195 MG ORAL
- RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG ORAL

Detalles

| | |
|------------------|---|
| Criterios | El reclamo pagará automáticamente por Rytary, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de cualquier combinación de carbidopa/levodopa. De lo contrario, para Rytary se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquier combinación de carbidopa/levodopa O (2) historia de eventos adversos con cualquier combinación de carbidopa/levodopa O (3) alguna combinación de carbidopa/levodopa está contraindicada. |
|------------------|---|

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 22571 – Versión 6

Fecha de Efectividad: 01/01/2022 Última Actualización 11/19/2021

SGLT2

Productos Afectado

Nivel 2:

- FARXIGA TABLET 10 MG ORAL
- FARXIGA TABLET 5 MG ORAL
- GLYXAMBI TABLET 10-5 MG ORAL
- GLYXAMBI TABLET 25-5 MG ORAL
- JARDIANCE TABLET 10 MG ORAL
- JARDIANCE TABLET 25 MG ORAL
- SYNJARDY TABLET 12.5-1000 MG ORAL
- SYNJARDY TABLET 12.5-500 MG ORAL
- SYNJARDY TABLET 5-1000 MG ORAL
- SYNJARDY TABLET 5-500 MG ORAL
- SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG ORAL
- SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG ORAL
- SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG ORAL
- SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
- TRIJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG ORAL
- TRIJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG ORAL
- TRIJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-5-1000 MG ORAL
- TRIJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-2.5-1000 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-500 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-500 MG ORAL

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 22571 – Versión 6

Fecha de Efectividad: 01/01/2022 Última Actualización 11/19/2021

Detalles

| | |
|------------------|---|
| Criterios | <p>El reclamo pagará automáticamente por Farxiga, Jardiance, Synjardy o Xigduo, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de metformina, gliburida o cualquier producto de combinación de metformina. De lo contrario, para Farxiga, Jardiance, Synjardy o Xigduo se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historial de respuesta inadecuada al tratamiento con metformina, gliburida o cualquier producto de combinación de metformina O (2) historial de evento adverso con metformina, gliburida o cualquier producto de combinación de metformina O (3) la metformina, la gliburida o cualquier producto de combinación de metformina está contraindicado. Se aprobará el uso de Farxiga, Xigduo y Jardiance si el paciente tiene insuficiencia cardíaca o si el paciente tiene diabetes mellitus tipo 2 y una enfermedad cardiovascular establecida o múltiples factores de riesgo cardiovascular para reducir el riesgo de hospitalización por insuficiencia cardíaca. Se aprobará Farxiga si el paciente tiene una enfermedad renal crónica en riesgo de progresión. Se aprobará el uso de Jardiance y Synjardy para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores o el riesgo de hospitalizaciones en adultos con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular establecida.</p> |
|------------------|---|

SOLIQUA

Productos Afectado

Nivel 2:

- SOLIQUA SOLUTION PEN-INJECTOR
100-33 UNT-MCG/ML
SUBCUTANEOUS

Detalles

| | |
|------------------|---|
| Criterios | El reclamo pagará automáticamente por Soliqua, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de un día de Lantus o Toujeo. De lo contrario, para Soliqua se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con Lantus o Toujeo O (2) historia de evento adverso con Lantus o Toujeo O (3) Lantus o Toujeo está contraindicado. |
|------------------|---|

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 22571 – Versión 6

Fecha de Efectividad: 01/01/2022 Última Actualización 11/19/2021

TOPICAL ANTI-INFLAMMATORY

Productos Afectado

Nivel 2:

- *pimecrolimus cream 1 % external*
- *tacrolimus ointment 0.03 % external*
- *tacrolimus ointment 0.1 % external*

Detalles

| | |
|-----------------|--|
| Crterios | El reclamo pagará automáticamente por Pimecrolimus o Tacrolimus, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de cualquier corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos. De lo contrario, para Pimecrolimus o Tacrolimus se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquier corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos O (2) historia de eventos adversos con cualquier corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos O (3) algún corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos está contraindicado. |
|-----------------|--|

Listado alfabético

B

BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 4

C

celecoxib capsule 100 mg oral 6

celecoxib capsule 200 mg oral 6

celecoxib capsule 400 mg oral 6

celecoxib capsule 50 mg oral 6

D

DEXILANT CAPSULE DELAYED

RELEASE 30 MG ORAL 2

DEXILANT CAPSULE DELAYED

RELEASE 60 MG ORAL 2

diclofenac epolamine patch 1.3 % external 6

DIFICID TABLET 200 MG ORAL 3

DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE

DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG ORAL 1

DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE

DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG ORAL 1

DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE

DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG ORAL 1

DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE

DELAYED RELEASE SPRINKLE 60 MG ORAL 1

F

FARXIGA TABLET 10 MG ORAL 8, 9

FARXIGA TABLET 5 MG ORAL 8, 9

FETZIMA CAPSULE EXTENDED

RELEASE 24 HOUR 120 MG ORAL ... 1

FETZIMA CAPSULE EXTENDED

RELEASE 24 HOUR 20 MG ORAL 1

FETZIMA CAPSULE EXTENDED

RELEASE 24 HOUR 40 MG ORAL 1

FETZIMA CAPSULE EXTENDED

RELEASE 24 HOUR 80 MG ORAL 1

FETZIMA TITRATION CAPSULE ER 24

HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG ORAL 1

G

GLYXAMBI TABLET 10-5 MG ORAL 8, 9

GLYXAMBI TABLET 25-5 MG ORAL 8, 9

J

JARDIANCE TABLET 10 MG ORAL.. 8, 9

JARDIANCE TABLET 25 MG ORAL.. 8, 9

L

LIVALO TABLET 1 MG ORAL 5

LIVALO TABLET 2 MG ORAL 5

LIVALO TABLET 4 MG ORAL 5

P

pimecrolimus cream 1 % external 11

R

RYTARY CAPSULE EXTENDED

RELEASE 23.75-95 MG ORAL 7

RYTARY CAPSULE EXTENDED

RELEASE 36.25-145 MG ORAL 7

RYTARY CAPSULE EXTENDED

RELEASE 48.75-195 MG ORAL 7

RYTARY CAPSULE EXTENDED

RELEASE 61.25-245 MG ORAL 7

S

SOLIQUA SOLUTION PEN-INJECTOR

100-33 UNT-MCG/ML SUBCUTANEOUS 10

SYNJARDY TABLET 12.5-1000 MG

ORAL 8, 9

SYNJARDY TABLET 12.5-500 MG ORAL

..... 8, 9

SYNJARDY TABLET 5-1000 MG ORAL 8,

9

SYNJARDY TABLET 5-500 MG ORAL. 8,

9

SYNJARDY XR TABLET EXTENDED

RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG

ORAL 8, 9

SYNJARDY XR TABLET EXTENDED

RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG

ORAL 8, 9

SYNJARDY XR TABLET EXTENDED

RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG

ORAL 8, 9

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 22571 – Versión 6

Fecha de Efectividad: 01/01/2022 Última Actualización 11/19/2021

SYNJARDY XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
..... 8, 9

T

tacrolimus ointment 0.03 % external 11

tacrolimus ointment 0.1 % external 11

TRELEGY ELLIPTA AEROSOL
POWDER BREATH ACTIVATED 100-
62.5-25 MCG/INH INHALATION 4

TRELEGY ELLIPTA AEROSOL
POWDER BREATH ACTIVATED 200-
62.5-25 MCG/INH INHALATION 4

TRIJARDY XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG
ORAL..... 8, 9

TRIJARDY XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG
ORAL..... 8, 9

TRIJARDY XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 25-5-1000 MG
ORAL..... 8, 9

TRIJARDY XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 5-2.5-1000 MG
ORAL..... 8, 9

TRINTELLIX TABLET 10 MG ORAL..... 1

TRINTELLIX TABLET 20 MG ORAL..... 1

TRINTELLIX TABLET 5 MG ORAL..... 1

V

VIIBRYD STARTER PACK KIT 10 & 20
MG ORAL 1

VIIBRYD TABLET 10 MG ORAL 1

VIIBRYD TABLET 20 MG ORAL 1

VIIBRYD TABLET 40 MG ORAL 1

X

XIGDUO XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG
ORAL..... 8, 9

XIGDUO XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 10-500 MG ORAL
..... 8, 9

XIGDUO XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG
ORAL..... 8, 9

XIGDUO XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
..... 8, 9

XIGDUO XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 5-500 MG ORAL8,
9

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 22571 – Versión 6

Fecha de Efectividad: 01/01/2022 Última Actualización 11/19/2021