



# MCS Classicare 2023 Formulario 1 (Criterios de Terapia Escalonada)

**MCS Classicare SuperRx (HMO); MCS Classicare MAPD Group (HMO-POS)**

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: 11/21/2023

## Terapia Escalonada

# ANTIDEPRESSANTS

---

### Productos Afectados

#### Nivel 2:

- 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

### Detalles

---

Crterios
El reclamo pagará automáticamente por Fetzima o Trintellix si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro para 1 día de cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos de la lista de medicamentos cubiertos (formulario). De lo contrario, para Fetzima y Trintellix necesitan una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos de la lista de medicamentos cubiertos (formulario), O (2) antecedentes de eventos adversos con cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos del formulario, O (3) cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos del formulario están contraindicados.

# DIFICID

---

## Productos Afectados

### Nivel 2:

- DIFICID TABLET 200 MG ORAL

## Detalles

---

<b>Criterios</b>	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: 23474 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023

# LIVALO

---

## Productos Afectados

### Nivel 2:

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

## Detalles

<b>Criterios</b>	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: 23474 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023

# NSAID

---

## Productos Afectados

### Nivel 2:

- *celecoxib capsule 100 mg oral*
- *celecoxib capsule 200 mg oral*
- *celecoxib capsule 400 mg oral*
- *celecoxib capsule 50 mg oral*

## Detalles

---

<b>Criterios</b>	El reclamo pagará automáticamente por Celecoxib, 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, para Celecoxib se 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, (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: 23474 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023

# RYTARY

---

## Productos Afectados

### 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

---

<b>Criterios</b>	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: 23474 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023

# SOLIQUA

---

## Productos Afectados

### Nivel 2:

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

## Detalles

---

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

---

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 23474 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023

# TOPICAL ANTI-INFLAMMATORY

---

## Productos Afectados

### Nivel 2:

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

## Detalles

---

<b>Criterios</b>	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.
------------------	--

---

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 23474 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023



## Listado alfabético

<b>C</b>	
celecoxib capsule 100 mg oral.....	4
celecoxib capsule 200 mg oral.....	4
celecoxib capsule 400 mg oral.....	4
celecoxib capsule 50 mg oral.....	4
<b>D</b>	
DIFICID TABLET 200 MG ORAL .....	2
<b>F</b>	
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
<b>L</b>	
LIVALO TABLET 1 MG ORAL .....	3
LIVALO TABLET 2 MG ORAL .....	3
LIVALO TABLET 4 MG ORAL .....	3
<b>P</b>	
pimecrolimus cream 1 % external.....	7
<b>R</b>	
RYTARY CAPSULE EXTENDED	
RELEASE 23.75-95 MG ORAL .....	5
RYTARY CAPSULE EXTENDED	
RELEASE 36.25-145 MG ORAL .....	5
RYTARY CAPSULE EXTENDED	
RELEASE 48.75-195 MG ORAL .....	5
RYTARY CAPSULE EXTENDED	
RELEASE 61.25-245 MG ORAL .....	5
<b>S</b>	
SOLQUA SOLUTION PEN-INJECTOR	
100-33 UNT-MCG/ML	
SUBCUTANEOUS.....	6
<b>T</b>	
tacrolimus ointment 0.03 % external .....	7
tacrolimus ointment 0.1 % external .....	7
TRINTELLIX TABLET 10 MG ORAL.....	1
TRINTELLIX TABLET 20 MG ORAL.....	1
TRINTELLIX TABLET 5 MG ORAL.....	1

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario I – Formulario ID: 23474 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023