



MCS Classicare 2025 Formulario 1 (Criterios de Terapia Escalonada)

MCS Classicare MA-PD Grupos (HMO), MCS Classicare RxMax (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 ofrecido por MCS Advantage, Inc.

Última Actualización: 12/09/2025

Terapia Escalonada

ANTIDEPRESIVOS

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

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

Detalles

Criterios	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 se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada en la que se mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos de lista de medicamentos cubiertos (formulario), O (2) historia de eventos adversos con cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos de la lista de medicamentos cubiertos (formulario), O (3) cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) está contraindicado.
------------------	--

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

DIFICID

Productos Afectados

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 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

JOURNAVX-1

Productos Afectados

Nivel 2:

- JOURNAVX TABLET 50 MG ORAL

Detalles

Criterios	Pendiente de revisión de CMS
------------------	------------------------------

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

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

Criterios	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 (formulario). 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 (formulario), O (2) historia de eventos adversos con cualquier NSAID genérico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario), O (3) algún NSAID genérico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) está contraindicado.
------------------	--

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

PITAVASTATIN

Productos Afectados

Nivel 2:

- *pitavastatin calcium tablet 1 mg oral*
- *pitavastatin calcium tablet 2 mg oral*
- *pitavastatin calcium tablet 4 mg oral*

Detalles

Criterios	El reclamo pagará automáticamente el pitavastatin 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 (formulario). De lo contrario, para el pitavastatin se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquier otra estatina genérica de la lista de medicamentos cubiertos (formulario), O (2) historia de eventos adversos con cualquier otra estatina genérica de la lista de medicamentos cubiertos (formulario), O (3) cualquier otra estatina genérica de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) está contraindicada.
------------------	--

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

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

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 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

SOLIQUEA

Productos Afectados

Nivel 2:

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

Detalles

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

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

ANTIINFLAMATORIO TÓPICO

Productos Afectados

Nivel 2:

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

Detalles

Criterios	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 (formulario). 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 (formulario), O (2) historia de eventos adversos con cualquier corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) O (3) algún corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) está contraindicado.
------------------	---

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

Listado alfabético

C

celecoxib capsule 100 mg oral.....	4
celecoxib capsule 200 mg oral.....	4
celecoxib capsule 400 mg oral.....	4
celecoxib capsule 50 mg oral.....	4

D

DIFICID TABLET 200 MG ORAL	2
----------------------------------	---

F

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

J

JOURNAVX TABLET 50 MG ORAL	3
----------------------------------	---

P

pimecrolimus cream 1 % external.....	8
--------------------------------------	---

pitavastatin calcium tablet 1 mg oral	5
pitavastatin calcium tablet 2 mg oral	5
pitavastatin calcium tablet 4 mg oral	5

R

RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG ORAL	6
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG ORAL	6
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 48.75-195 MG ORAL	6
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG ORAL	6

S

SOLQUA SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML SUBCUTANEOUS.....	7
--	---

T

tacrolimus ointment 0.03 % external	8
tacrolimus ointment 0.1 % external	8
TRINTELLIX TABLET 10 MG ORAL.....	1
TRINTELLIX TABLET 20 MG ORAL.....	1
TRINTELLIX TABLET 5 MG ORAL.....	1

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 1 – Formulario ID: 26262

Fecha de Efectividad: 01/01/2026 Última Actualización: 12/09/2025

Notice of availability of language assistance services and auxiliary aids and services

English: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Chinese: 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) 로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Arabic: المساعدات والخدمات المساعدات تتوفر لك متاحة المجانية اللغوية المساعدة خدمات فإن ، العربية تتحدث كنت إذا المساعدات والخدمات المساعدات 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) بالرقم اتصل. مجاناً إليها الوصول يمكن بتنسيقات المعلومات لتوفير المناسبة 8182).

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो मु भाषा सहायता से वाएं आपके लिए उपल हैं। सुलभ परारूपो में जानकारी परदान करने के लिए उपयु सहायक एड्स और सेवाएं भी निः शु उपल हैं। कॉल 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

Japanese: 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) に電話します。