



Anejo del Formulario 2 para Medicamentos Recetados de MCS Classicare 2021

Este documento le ofrece un resumen sobre los cambios que sufrió el Formulario 2 de Medicamentos Recetados de enero 2021 a mayo 2021.

Como usted sabe, 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 Explicación de Beneficios (EOB).

A continuación, encontrará una lista actualizada de los medicamentos recetados que han sido 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 2 de Medicamentos Recetados.

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|---------------------------------------|--|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Aminosyn II Solution 10 % Intravenous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Aptiom TABLET 200 MG ORAL | Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Aptiom TABLET 400 MG ORAL | Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Aptiom TABLET 800 MG ORAL | Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|---|--|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Budesonide-Formoterol Fumarate Aerosol 160-4.5 MCG/ACT Inhalation | Nivel 2 + Límite de cantidad 11 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Budesonide-Formoterol Fumarate Aerosol 80-4.5 MCG/ACT Inhalation | Nivel 2 + Límite de cantidad 11 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Deferiprone Tablet 500 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Desogestrel-Ethinyl Estradiol Tablet 0.15-30 MG-MCG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Dexamethasone Intensol Concentrate 1 MG/ML Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Dextrose-NaCl Solution 5-0.225 % Intravenous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Dicyclomine HCl Capsule 10 MG Oral | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Dicyclomine HCl Solution 10 MG/5ML Oral | Nivel 2 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Dicyclomine HCl Tablet 20 MG Oral | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Dimethyl Fumarate Capsule Delayed Release 120 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Dimethyl Fumarate Capsule Delayed Release 240 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Dojolvi Liquid 100 % Oral | Nivel 5 + Pre Autorización + Acceso limitado | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|--|--|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Doxazosin Mesylate Tablet 1 MG Oral | Nivel 1 + Límite de cantidad 60 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Doxazosin Mesylate Tablet 2 MG Oral | Nivel 1 + Límite de cantidad 60 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Doxazosin Mesylate Tablet 4 MG Oral | Nivel 1 + Límite de cantidad 60 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Duavee TABLET 0.45-20 MG ORAL | Nivel 4 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Dupixent Solution Pen-Injector 300 MG/2ML Subcutaneous | Nivel 5 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Emtricitabine Capsule 200 MG Oral | Nivel 2 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Enbrel Solution 25 MG/0.5ML Subcutaneous | Nivel 5 + Límite de cantidad 8/28 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Enspryng Solution Prefilled Syringe 120 MG/ML Subcutaneous | Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Patch Twice Weekly 0.025 MG/24HR Transdermal | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Patch Twice Weekly 0.0375 MG/24HR Transdermal | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Patch Twice Weekly 0.05 MG/24HR Transdermal | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Patch Twice Weekly 0.075 MG/24HR Transdermal | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Patch Twice Weekly 0.1 MG/24HR Transdermal | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|---|--|---------------------------|---|---------------------------------|
| Estradiol Patch Weekly 0.025 MG/24HR Transdermal | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Patch Weekly 0.0375 MG/24HR Transdermal | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Patch Weekly 0.05 MG/24HR Transdermal | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Patch Weekly 0.06 MG/24HR Transdermal | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Patch Weekly 0.075 MG/24HR Transdermal | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Patch Weekly 0.1 MG/24HR Transdermal | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Tablet 0.5 MG Oral | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Tablet 1 MG Oral | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol Tablet 2 MG Oral | Nivel 1 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol-Norethindrone Acet Tablet 0.5-0.1 MG Oral | Nivel 2 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Estradiol-Norethindrone Acet Tablet 1-0.5 MG Oral | Nivel 2 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Evrysdi Solution Reconstituted 0.75 MG/ML Oral | Nivel 5 + Pre Autorización + Acceso limitado | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Ferriprox Tablet 500 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | deferiprone tableta 500 mg oral Nivel 5 + Prior Authorization | 01.01.2021 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|--|--|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Fintepla Solution 2.2 MG/ML Oral | Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Fondaparinux Sodium Solution 2.5 MG/0.5ML Subcutaneous | Nivel 2 + Límite de cantidad 14 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Fyavolv TABLET 1-5 MG-MCG ORAL | Nivel 2 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Gavreto Capsule 100 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Inqovi Tablet 35-100 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Jinteli TABLET 1-5 MG-MCG Oral | Nivel 2 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| IamoTRigine Kit 25 & 50 & 100 MG Oral | Nivel 2 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Lovastatin Tablet 10 MG Oral | Nivel 1 + Límite de cantidad 60 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Lovastatin Tablet 20 MG Oral | Nivel 1 + Límite de cantidad 60 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| MenQuadfi Injectable Intramuscular | Nivel 3 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Menest Tablet 0.3 MG Oral | Nivel 4 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Menest TABLET 0.625 MG ORAL | Nivel 4 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Menest Tablet 1.25 MG Oral | Nivel 4 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Nivestym Solution 300 MCG/ML Injection | Nivel 4 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |

H5577_1110S1220_C

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|---|---------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Nivestym Solution 480 MCG/1.6ML Injection | Nivel 4 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Nivestym Solution Prefilled Syringe 300 MCG/0.5ML Injection | Nivel 4 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Nivestym Solution Prefilled Syringe 480 MCG/0.8ML Injection | Nivel 4 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Norethindrone-Eth Estradiol Tablet 1-5 MG-MCG Oral | Nivel 2 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Normosol-R SOLUTION Intravenous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Premarin Tablet 0.3 MG Oral | Nivel 3 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Premarin Tablet 0.45 MG Oral | Nivel 3 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Premarin Tablet 0.625 MG Oral | Nivel 3 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Premarin TABLET 0.9 MG Oral | Nivel 3 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Premarin Tablet 1.25 MG Oral | Nivel 3 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Rukobia Tablet Extended Release 12 Hour 600 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 60 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Scopolamine Patch 72 Hour 1 MG/3DAYS Transdermal | Nivel 2 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Sirturo Tablet 20 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Sylatron KIT 200 MCG Subcutaneous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |

H5577_1110S1220_C

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|---|--|---------------------------|---|---------------------------------|
| Sylatron KIT 300 MCG Subcutaneous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Tivicay PD Tablet Soluble 5 MG Oral | Nivel 4 + Límite de cantidad 360 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Transderm-Scop (1.5 MG) Patch 72 Hour 1 MG/3DAYS Transdermal | Nivel 3 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Trulicity Solution Pen-injector 0.75 MG/0.5ML Subcutaneous | Nivel 3 + Límite de cantidad 2/28 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Trulicity Solution Pen-injector 1.5 MG/0.5ML Subcutaneous | Nivel 3 + Límite de cantidad 2/28 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Trulicity Solution Pen-Injector 3 MG/0.5ML Subcutaneous | Nivel 3 + Límite de cantidad 2/28 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Trulicity Solution Pen-Injector 4.5 MG/0.5ML Subcutaneous | Nivel 3 + Límite de cantidad 2/28 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Xpovio (40 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Xpovio (40 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Xpovio (60 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Zostavax SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML Subcutaneous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 01.01.2021 |
| Atripla Tablet 600-200-300 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | efavirenz-emtricitab-tenofovir tableta 600-200-300 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | 02.01.2021 |

H5577_1110S1220_C

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|---|--|---------------------------|--|---------------------------------|
| Azelastine-Fluticasone Suspension 137-50 MCG/ACT Nasal | Nivel 2 + Límite de cantidad 23 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Demser Capsule 250 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | metyrosine capsula 250 mg oral, Nivel 5 | 02.01.2021 |
| Diacomit Capsule 250 MG Oral | Nivel 4 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Diacomit Capsule 500 MG Oral | Nivel 4 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Diacomit Packet 250 MG Oral | Nivel 4 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Diacomit Packet 500 MG Oral | Nivel 4 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Disulfiram Tablet 500 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Efavirenz-Emtricitab-Tenofovir Tablet 600-200-300 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Efavirenz-lamiVUDine-Tenofovir Tablet 400-300-300 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Efavirenz-lamiVUDine-Tenofovir Tablet 600-300-300 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Emtricitabine-Tenofovir DF Tablet 200-300 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Emtriva Capsule 200 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | emtricitabine capsula 200 mg oral, Nivel 2 | 02.01.2021 |
| Esbriet Tablet 267 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|--|--|---------------------------|---|---------------------------------|
| Farydak Capsule 15 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 6/21 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Fosfomicin Tromethamine Packet 3 GM Oral | Nivel 2 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Kionex SUSPENSION 15 GM/60ML ORAL | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Kuvan Packet 100 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | sapropterin dihydrochloride packet 100 mg oral, Nivel 5 + Pre Autorización | 02.01.2021 |
| Kuvan Packet 500 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | sapropterin dihydrochloride packet 500 mg oral, Nivel 5 + Pre Autorización | 02.01.2021 |
| Kuvan Tablet Soluble 100 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | sapropterin dihydrochloride tableta soluble 100 mg oral, Nivel 5 + Pre Autorización | 02.01.2021 |
| Lampit Tablet 120 MG Oral | Nivel 4 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Lampit Tablet 30 MG Oral | Nivel 4 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Lapatinib Ditosylate Tablet 250 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 180 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|---|------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| metyroSINE Capsule 250 MG Oral | Nivel 5 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Peganone TABLET 250 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Pegasys ProClick SOLUTION 180 MCG/0.5ML Subcutaneous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Roweepra TABLET 1000 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Roweepra Tablet 500 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Roweepra TABLET 750 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Roweepra XR Tablet Extended Release 24 Hour 500 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Roweepra XR Tablet Extended Release 24 Hour 750 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Sapropterin Dihydrochloride Packet 100 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02..01.2021 |
| Sapropterin Dihydrochloride Packet 500 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Sapropterin Dihydrochloride Tablet Soluble 100 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Sodium Polystyrene Sulfonate SUSPENSION 15 GM/60ML ORAL | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|--|--|--------------------------|---|---------------------------------|
| Symfi Lo Tablet 400-300-300 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | efavirenz-lamivudine-tenofovir tableta 400-300-300 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | 02.01.2021 |
| Symfi Tablet 600-300-300 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | efavirenz-lamivudine-tenofovir tableta 600-300-300 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | 02.01.2021 |
| Tecfidera Capsule Delayed Release 120 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | dimethyl fumarate capsula delayed release 120 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia | 02.01.2021 |
| Tecfidera Capsule Delayed Release 240 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | dimethyl fumarate capsula delayed release 240 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + PA2 | 02.01.2021 |
| Tramadol-Acetaminophen Tablet 37.5-325 MG Oral | Nivel 1 + Límite de cantidad 56/7 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Trelegy Ellipta Aerosol Powder Breath Activated 200-62.5-25 MCG/INH Inhalation | Nivel 4 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 02.01.2021 |
| Truvada Tablet 200-300 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | emtricitabine-tenofovir df tableta 200-300 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | 02.01.2021 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|---|--|---------------------------|---|---------------------------------|
| Tykerb Tablet 250 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | lapatinib ditosylate tableta 250 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 180 + Pre Autorización Inicio de Terapia | 02.01.2021 |
| Banzel Suspension 40 MG/ML Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | rufinamide suspension 40 mg/ml oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 2400 + Pre Autorización Inicio de Terapia | 03.01.2021 |
| Crixivan Capsule 400 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Dimethyl Fumarate Starter Pack 120 & 240 MG Oral | Nivel 2 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Humira Pen Pen-Injector Kit 80 MG/0.8ML Subcutaneous | Nivel 5 + Límite de cantidad 3/28 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Humira Prefilled Syringe Kit 10 MG/0.2ML Subcutaneous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Humira Prefilled Syringe Kit 20 MG/0.4ML Subcutaneous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Icosapent Ethyl Capsule 1 GM Oral | Nivel 2 + Límite de cantidad 120 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| metFORMIN HCl Solution 500 MG/5ML Oral | Nivel 1 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Nitrofurantoin Monohyd Macro Capsule 100 MG Oral | Nivel 2 + Límite de cantidad 60 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|---|--|---------------------------|--|---------------------------------|
| Onureg Tablet 200 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Onureg Tablet 300 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Pazeo SOLUTION 0.7 % OPHTHALMIC | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Retacrit Solution 10000 UNIT/ML Injection | Nivel 4 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Retacrit Solution 20000 UNIT/ML Injection | Nivel 4 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Riomet ER Suspension Reconstituted ER 500 MG/5ML Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Rufinamide Suspension 40 MG/ML Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 2400 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Sutab Tablet 1479-225-188 MG Oral | Nivel 4 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |
| Tecfidera 120 & 240 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg oral, Nivel 2 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia | 03.01.2021 |
| Vascepa Capsule 1 GM Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | icosapent ethyl capsule 1 gm oral, Nivel 2 + Límite de cantidad 120 | 03.01.2021 |
| Xywav Solution 500 MG/ML Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 540 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 03.01.2021 |

H5577_1110S1220_C

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|--|--|---------------------------|--|---------------------------------|
| Alinia Tablet 500 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | nitazoxanide tablet 500mg oral, Nivel 2 + Límite de cantidad 6 | 04.01.2021 |
| Cortisone Acetate Tablet 25 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Didanosine Capsule Delayed Release 250 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Didanosine Capsule Delayed Release 400 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Hemady Tablet 20 MG Oral | Nivel 4 + Pre Autorización Inicio de Terapiar | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Iclusig Tablet 10 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Iclusig Tablet 30 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Lyleq Tablet 0.35 MG Oral | Nivel 2 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Nitazoxanide Tablet 500 MG Oral | Nivel 2 + Límite de cantidad 6 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Normosol-M in D5W Solution Intravenous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Nylia 7/7/7 Tablet 0.5/0.75/1-35 MG-MCG Oral | Nivel 2 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Orgovyx Tablet 120 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|---|---|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Oseltamivir Phosphate Capsule 45 MG Oral | Nivel 2 + Límite de cantidad 60 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Oseltamivir Phosphate Capsule 75 MG Oral | Nivel 2 + Límite de cantidad 60 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Oseltamivir Phosphate Suspension Reconstituted 6 MG/ML Oral | Nivel 2 + Límite de cantidad 720 | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Stavudine Capsule 15 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Stavudine Capsule 20 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Stavudine Capsule 30 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Stavudine Capsule 40 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Tilia Fe Tablet 1-20/1-30/1-35 MG-MCG Oral | Nivel 1 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Xalkori CAPSULE 200 MG ORAL | Nivel 5 + Límite de cantidad 120 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Xalkori CAPSULE 250 MG ORAL | Nivel 5 + Límite de cantidad 120 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 04.01.2021 |
| Anadrol-50 TABLET 50 MG Oral | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Emtricitabine-Tenofovir DF Tablet 100-150 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Emtricitabine-Tenofovir DF Tablet 133-200 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |

H5577_1110S1220_C

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|--|--|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Emtricitabine-Tenofovir DF Tablet 167-250 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Lidocaine HCl Urethral/Mucosal Gel 2 % External | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Loteprednol Etabonate Gel 0.5 % Ophthalmic | Nivel 2 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Lubiprostone Capsule 24 MCG Oral | Nivel 2 + Límite de cantidad 60 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Lubiprostone Capsule 8 MCG Oral | Nivel 2 + Límite de cantidad 60 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Mayzent Starter Pack Tablet Therapy Pack 0.25 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Nymyo Tablet 0.25-35 MG-MCG Oral | Nivel 1 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Periogard Solution 0.12 % Mouth/Throat | Nivel 1 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Somatuline Depot Solution 120 MG/0.5ML Subcutaneous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Somatuline Depot Solution 60 MG/0.2ML Subcutaneous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Somatuline Depot Solution 90 MG/0.3ML Subcutaneous | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Symjepi Solution Prefilled Syringe 0.15 MG/0.3ML Injection | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Symjepi Solution Prefilled Syringe 0.3 MG/0.3ML Injection | No en Formulario | Remoción Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO | RAZON PARA CAMBIO | ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO | FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO |
|---|---|--------------------------|---|---------------------------------|
| Temixys Tablet 300-300 MG Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Tepmetko Tablet 225 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Tri-Nymyo Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG Oral | Nivel 1 | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Truvada Tablet 100-150 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | emtricitabine-tenofovir df tableta 100-150 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad30 | 05.01.2021 |
| Truvada Tablet 133-200 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | emtricitabine-tenofovir df tableta 133-200 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad30 | 05.01.2021 |
| Truvada Tablet 167-250 MG Oral | No en Formulario | Mejora Aprobada por CMS | emtricitabine-tenofovir df tableta 167-250 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 30 | 05.01.2021 |
| Xeljanz Solution 1 MG/ML Oral | Nivel 5 + Límite de cantidad 300 + Pre Autorización | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Xtandi Tablet 40 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Xtandi Tablet 80 MG Oral | Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia | Adición Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Zarxio Solution Prefilled Syringe 300 MCG/0.5ML Injection | Nivel 4 + Pre Autorización | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |
| Zarxio Solution Prefilled Syringe 480 MCG/0.8ML Injection | Nivel 4 + Pre Autorización | Mejora Aprobada por CMS | No Aplica | 05.01.2021 |

Más adelante usted encontrará algunas definiciones que le ayudarán a entender los cambios realizados en Formulario 2 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). 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 producto suscrito por MCS Advantage, Inc.

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

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).

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)。