



Anejo del Formulario 2 para Medicamentos Recetados de MCS Classicare 2022

Este documento le ofrece un resumen sobre los cambios que sufrió el Formulario 2 de Medicamentos Recetados de diciembre 2021 a enero 2022.

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 preautorizaciones, 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 preautorización, 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
Ayvakit Tablet 25 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Ayvakit Tablet 50 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
chlorproMAZINE HCl Concentrate 100 MG/ML Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
chlorproMAZINE HCl Concentrate 30 MG/ML Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Cosentyx Solution Prefilled Syringe 75 MG/0.5ML Subcutaneous	Nivel 5 + Límite de cantidad 4/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Dextroamphetamine Sulfate Tablet 15 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Dextroamphetamine Sulfate Tablet 20 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Dextroamphetamine Sulfate Tablet 30 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Difluprednate Emulsion 0.05 % Ophthalmic	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Dupixent Solution Pen-Injector 200 MG/1.14ML Subcutaneous	Nivel 5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Etravirine Tablet 100 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Etravirine Tablet 200 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Glyxambi Tablet 10-5 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 30 + Terapia escalonada	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Glyxambi Tablet 25-5 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 30 + Terapia escalonada	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Intelence Tablet 100 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	etravirine tableta 100 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 120	01.01.2022
Intelence Tablet 200 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	etravirine tableta 200 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 120	01.01.2022

H5577_0670821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Kaletra Tablet 100-25 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	lopinavir-ritonavir tableta 100-25 mg oral, Nivel 4	01.01.2022
Kaletra Tablet 200-50 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	lopinavir-ritonavir tableta 200-50 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 120	01.01.2022
Kloxxado Liquid 8 MG/0.1ML Nasal	Nivel 3	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Lopinavir-Ritonavir Tablet 100-25 MG Oral	Nivel 4	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Lopinavir-Ritonavir Tablet 200-50 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Lumakras Tablet 120 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 240 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Nebivolol HCl Tablet 10 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Nebivolol HCl Tablet 2.5 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Nebivolol HCl Tablet 20 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Nebivolol HCl Tablet 5 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad t 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Ozempic (0.25 or 0.5 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 2 MG/1.5ML Subcutaneous	Nivel 3 + Límite de cantidad 1.5/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Ozempic (1 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 2 MG/1.5ML Subcutaneous	Nivel 3 + Límite de cantidad 6/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022

H5577_0670821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Ozempic (1 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 4 MG/3ML Subcutaneous	Nivel 3 + Límite de cantidad 6/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Panretin Gel 0.1 % External	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Potassium Chloride Crys ER Tablet Extended Release 15 MEQ Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Pravastatin Sodium Tablet 10 MG Oral	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Pravastatin Sodium Tablet 20 MG Oral	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Pravastatin Sodium Tablet 40 MG Oral	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Pravastatin Sodium Tablet 80 MG Oral	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Rezurock Tablet 200 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
SUNItinib Malate Capsule 12.5 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
SUNItinib Malate Capsule 25 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
SUNItinib Malate Capsule 37.5 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
SUNItinib Malate Capsule 50 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Sutent CAPSULE 12.5 MG ORAL	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	sunitinib malate capsula 12.5 mg oral, Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	01.01.2022

H5577_0670821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Sutent CAPSULE 25 MG ORAL	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	sunitinib malate capsula 25 mg oral, Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	01.01.2022
Sutent CAPSULE 37.5 MG ORAL	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	sunitinib malate capsula 37.5 mg oral, Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	01.01.2022
Sutent CAPSULE 50 MG ORAL	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	sunitinib malate capsula 50 mg oral, Nivel5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	01.01.2022
Temazepam Capsule 15 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Temazepam Capsule 30 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Theophylline ER Tablet Extended Release 12 Hour 450 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Tradjenta TABLET 5 MG ORAL	Nivel 4 + Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
TriLyte Solution Reconstituted 420 GM Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Trijardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 5-2.5-1000 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 30 + Terapia escalonada	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Trijardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 10-5-1000 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 30 + Terapia escalonada	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Trijardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 12.5-2.5-1000 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 60 + Terapia escalonada	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022

H5577_0670821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Trijardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 25-5-1000 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 30 + Terapia escalonada	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Truseltiq (100MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 100 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Truseltiq (125MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 100 & 25 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Truseltiq (50MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 25 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Truseltiq (75MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 25 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Varenicline Tartrate Tablet 0.5 MG Oral	Nivel 3 + Límite de cantidad t 56/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Varenicline Tartrate Tablet 1 MG Oral	Nivel 3 + Límite de cantidad 56/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Welireg Tablet 40 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Xcopri (250 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 50 & 200 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Xofluza (40 MG Dose) Tablet Therapy Pack 1 x 40 MG Oral	Nivel 4	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Xofluza (40 MG Dose) Tablet Therapy Pack 2 x 20 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Xofluza (80 MG Dose) Tablet Therapy Pack 1 x 80 MG Oral	Nivel 4	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Xofluza (80 MG Dose) Tablet Therapy Pack 2 x 40 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022

H5577_0670821_C

Más adelante usted encontrará algunas definiciones que le ayudarán a entender los cambios realizados en Formulario 2 de Medicamentos Recetados.

Preautorización – 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 OSS 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)。