



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	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Aptiom TABLET 400 MG ORAL	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Aptiom TABLET 800 MG ORAL	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Budesonide-Formoterol Fumarate Aerosol 160-4.5 MCG/ACT Inhalation	Límite de cantidad 11	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
Budesonide-Formoterol Fumarate Aerosol 80-4.5 MCG/ACT Inhalation	Límite de cantidad 11	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Deferiprone Tablet 500 MG Oral	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	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Dicyclomine HCl Solution 10 MG/5ML Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Dicyclomine HCl Tablet 20 MG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Dimethyl Fumarate Capsule Delayed Release 120 MG Oral	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	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Dojolvi Liquid 100 % Oral	Pre Autorización + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Doxazosin Mesylate Tablet 1 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Doxazosin Mesylate Tablet 2 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021

H5577_1111S1220_C

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

H5577_1111S1220_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Estradiol Patch Weekly 0.05 MG/24HR Transdermal	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Weekly 0.06 MG/24HR Transdermal	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Weekly 0.075 MG/24HR Transdermal	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Weekly 0.1 MG/24HR Transdermal	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Tablet 0.5 MG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Tablet 1 MG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Tablet 2 MG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol-Norethindrone Acet Tablet 0.5-0.1 MG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol-Norethindrone Acet Tablet 1-0.5 MG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Evrysi Solution Reconstituted 0.75 MG/ML Oral	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, + Pre Autorización	01.01.2021
Fintepla Solution 2.2 MG/ML Oral	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	Límite de cantidad 14	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021

H5577_1111S1220_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Fyavolv TABLET 1-5 MG-MCG ORAL	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Gavreto Capsule 100 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Inqovi Tablet 35-100 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Jinteli TABLET 1-5 MG-MCG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
IamoTRigine Kit 25 & 50 & 100 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Lovastatin Tablet 10 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Lovastatin Tablet 20 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
MenQuadfi Injectable Intramuscular	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Menest Tablet 0.3 MG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Menest TABLET 0.625 MG ORAL	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Menest Tablet 1.25 MG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Nivestym Solution 300 MCG/ML Injection	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Nivestym Solution 480 MCG/1.6ML Injection	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021

H5577_1111S1220_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Nivestym Solution Prefilled Syringe 300 MCG/0.5ML Injection	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Nivestym Solution Prefilled Syringe 480 MCG/0.8ML Injection	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Norethindrone-Eth Estradiol Tablet 1-5 MG-MCG Oral	Remoción de Pre Autorización	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	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Premarin Tablet 0.45 MG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Premarin Tablet 0.625 MG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Premarin TABLET 0.9 MG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Premarin Tablet 1.25 MG Oral	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Rukobia Tablet Extended Release 12 Hour 600 MG Oral	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Scopolamine Patch 72 Hour 1 MG/3DAYS Transdermal	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Sirturo Tablet 20 MG Oral	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_1111S1220_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	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	Remoción de Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Trulicity Solution Pen-injector 0.75 MG/0.5ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2/28	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Trulicity Solution Pen-injector 1.5 MG/0.5ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2/28	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Trulicity Solution Pen-Injector 3 MG/0.5ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Trulicity Solution Pen-Injector 4.5 MG/0.5ML Subcutaneous	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	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	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	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, Límite de cantidad 30	02.01.2021

H5577_1111S1220_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	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,	02.01.2021
Diacomit Capsule 250 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021
Diacomit Capsule 500 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021
Diacomit Packet 250 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021
Diacomit Packet 500 MG Oral	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	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021
Efavirenz-lamiVUDine-Tenofovir Tablet 400-300-300 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021
Efavirenz-lamiVUDine-Tenofovir Tablet 600-300-300 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021
Emtricitabine-Tenofovir DF Tablet 200-300 MG Oral	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	02.01.2021
Esbriet Tablet 267 MG Oral	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021

H5577_1111S1220_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Farydak Capsule 15 MG Oral	Límite de cantidad 6/21 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021
Fosfomycin Tromethamine Packet 3 GM Oral	Mejora al Formulario	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, Pre Autorización	02.01.2021
Kuvan Packet 500 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	sapropterin dihydrochloride packet 500 mg oral, 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, Pre Autorización	02.01.2021
Lampit Tablet 120 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021
Lampit Tablet 30 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021
Lapatinib Ditosylate Tablet 250 MG Oral	Límite de cantidad 180 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021
metyroSINE Capsule 250 MG Oral	Mejora al Formulario	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

H5577_1111S1220_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
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	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021
Sapropterin Dihydrochloride Packet 500 MG Oral	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2021
Sapropterin Dihydrochloride Tablet Soluble 100 MG Oral	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
Symfi Lo Tablet 400-300-300 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	efavirenz-lamivudine-tenofovir tableta 400-300-300 mg oral, 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-	02.01.2021

H5577_1111S1220_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
			300-300 mg oral, Límite de cantidad 30	
Tecfidera Capsule Delayed Release 120 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	dimethyl fumarate capsula delayed release 120 mg oral, 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, Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	02.01.2021
Tramadol-Acetaminophen Tablet 37.5-325 MG Oral	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	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, Límite de cantidad 30	02.01.2021
Tykerb Tablet 250 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	lapatinib ditosylate tableta 250 mg oral, Límite de cantidad 180 + Pre Autorización Inicio de Terapia	02.01.2021

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Banzel Suspension 40 MG/ML Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	rufinamide suspension 40 mg/ml oral, 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	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	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	Límite de cantidad 120	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2021
metFORMIN HCl Solution 500 MG/5ML Oral	Nivel1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2021
Nitrofurantoin Monohyd Macro Capsule 100 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2021
Onureg Tablet 200 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2021
Onureg Tablet 300 MG Oral	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

H5577_1111S1220_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Retacrit Solution 10000 UNIT/ML Injection	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2021
Retacrit Solution 20000 UNIT/ML Injection	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	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	Mejora al Formulario	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, + 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, + Límite de cantidad 120	03.01.2021
Xywav Solution 500 MG/ML Oral	Límite de cantidad 540 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2021
Alinia Tablet 500 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	nitazoxanide tablet 500mg oral, 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

H5577_1111S1220_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
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	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2021
Iclusig Tablet 10 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2021
Iclusig Tablet 30 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2021
Lyleq Tablet 0.35 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2021
Nitazoxanide Tablet 500 MG Oral	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	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2021
Orgovyx Tablet 120 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2021
Oseltamivir Phosphate Capsule 45 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2021
Oseltamivir Phosphate Capsule 75 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2021
Oseltamivir Phosphate Suspension Reconstituted 6 MG/ML Oral	Límite de cantidad 720	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2021

H5577_1111S1220_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
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	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2021
Xalkori CAPSULE 200 MG ORAL	Límite de cantidad 120 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2021
Xalkori CAPSULE 250 MG ORAL	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	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2021
Emtricitabine-Tenofovir DF Tablet 133-200 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2021
Emtricitabine-Tenofovir DF Tablet 167-250 MG Oral	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	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2021

H5577_1111S1220_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Lubiprostone Capsule 24 MCG Oral	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2021
Lubiprostone Capsule 8 MCG Oral	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2021
Mayzent Starter Pack Tablet Therapy Pack 0.25 MG Oral	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	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2021
Periogard Solution 0.12 % Mouth/Throat	Mejora al Formulario	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
Temixys Tablet 300-300 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2021
Tepmetko Tablet 225 MG Oral	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	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2021

H5577_1111S1220_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Truvada Tablet 100-150 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	emtricitabine-tenofovir df tableta 100-150 mg oral, + Límite de cantidad 30	05.01.2021
Truvada Tablet 133-200 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	emtricitabine-tenofovir df tableta 133-200 mg oral, + Límite de cantidad 30	05.01.2021
Truvada Tablet 167-250 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	emtricitabine-tenofovir df tableta 167-250 mg oral, + Límite de cantidad 30	05.01.2021
Xeljanz Solution 1 MG/ML Oral	Límite de cantidad 300 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2021
Xtandi Tablet 40 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2021
Xtandi Tablet 80 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición 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.

H5577_1111S1220_C

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)。

