



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 enero 2022 a junio 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	Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Ayvakit Tablet 50 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
chlorproMAZINE HCl Concentrate 100 MG/ML Oral	Mejora al Formulario	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	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Cosentyx Solution Prefilled Syringe 75 MG/0.5ML Subcutaneous	Límite de cantidad 4/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Dextroamphetamine Sulfate Tablet 15 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Dextroamphetamine Sulfate Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Dextroamphetamine Sulfate Tablet 30 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Difluprednate Emulsion 0.05 % Ophthalmic	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Dupixent Solution Pen-Injector 200 MG/1.14ML Subcutaneous	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Etravirine Tablet 100 MG Oral	Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Etravirine Tablet 200 MG Oral	Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Glyxambi Tablet 10-5 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Terapia escalonada	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Glyxambi Tablet 25-5 MG Oral	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, + Límite de cantidad 120	01.01.2022
Intelence Tablet 200 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	etravirine tableta 200 mg oral, + Límite de cantidad 120	01.01.2022

H5577_0680821_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,	01.01.2022
Kaletra Tablet 200-50 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	lopinavir-ritonavir tableta 200-50 mg oral, + Límite de cantidad 120	01.01.2022
Kloxxado Liquid 8 MG/0.1ML Nasal	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Lopinavir-Ritonavir Tablet 100-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Lopinavir-Ritonavir Tablet 200-50 MG Oral	Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Lumakras Tablet 120 MG Oral	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	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Nebivolol HCl Tablet 2.5 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Nebivolol HCl Tablet 20 MG Oral	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Nebivolol HCl Tablet 5 MG Oral	Límite de cantidad 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	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	Límite de cantidad 6/28	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
Ozempic (1 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 4 MG/3ML Subcutaneous	Límite de cantidad 6/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Panretin Gel 0.1 % External	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Potassium Chloride Crys ER Tablet Extended Release 15 MEQ Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Pravastatin Sodium Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Pravastatin Sodium Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Pravastatin Sodium Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Pravastatin Sodium Tablet 80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Rezurock Tablet 200 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
SUNItinib Malate Capsule 12.5 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
SUNItinib Malate Capsule 25 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
SUNItinib Malate Capsule 37.5 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
SUNItinib Malate Capsule 50 MG Oral	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, + Pre Autorización Inicio de Terapia	01.01.2022

H5577_0680821_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, + 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, + 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, + Pre Autorización Inicio de Terapia	01.01.2022
Temazepam Capsule 15 MG Oral	Límite de cantidad 30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Temazepam Capsule 30 MG Oral	Límite de cantidad 30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Theophylline ER Tablet Extended Release 12 Hour 450 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Tradjenta TABLET 5 MG ORAL	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	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	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	Límite de cantidad 60 + Terapia escalonada	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Trijardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 25-5-1000 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Terapia escalonada	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Truseltiq (100MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 100 MG Oral	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	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	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	Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Varenicline Tartrate Tablet 0.5 MG Oral	Límite de cantidad t 56/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Varenicline Tartrate Tablet 1 MG Oral	Límite de cantidad 56/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2022
Welireg Tablet 40 MG Oral	+ 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	Mejora al Formulario	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	Mejora al Formulario	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Afinitor Disperz TABLET SOLUBLE 2 MG ORAL	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	everolimus tableta soluble 2 mg oral, + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	02.01.2022
Afinitor Disperz TABLET SOLUBLE 3 MG ORAL	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	everolimus tableta soluble 3 mg oral, + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	02.01.2022
Afinitor Disperz TABLET SOLUBLE 5 MG ORAL	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	everolimus tableta soluble 5 mg oral, + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	02.01.2022
Afinitor TABLET 10 MG ORAL	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	everolimus tableta 10 mg oral, + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	02.01.2022
Bystolic Tablet 10 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	nebivolol hcl tableta 10 mg oral, + Límite de cantidad 30	02.01.2022
Bystolic Tablet 2.5 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	nebivolol hcl tableta 2.5 mg oral, + Límite de cantidad 30	02.01.2022
Bystolic Tablet 20 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	nebivolol hcl tableta 20 mg oral, + Límite de cantidad 60	02.01.2022
Bystolic Tablet 5 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	nebivolol hcl tableta 5 mg oral, + Límite de cantidad 30	02.01.2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Chantix Tablet 0.5 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	varenicline tartrate tableta 0.5 mg oral, + Límite de cantidad 56/28	02.01.2022
Chantix Tablet 1 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	varenicline tartrate tableta 1 mg oral, + Límite de cantidad 56/28	02.01.2022
Durezol Emulsion 0.05 % Ophthalmic	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	difluprednate emulsion 0.05 % ophthalmic	02.01.2022
Everolimus Tablet 10 MG Oral	Límite de cantidad 30 +Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Everolimus Tablet Soluble 2 MG Oral	Límite de cantidad 30 +Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Everolimus Tablet Soluble 3 MG Oral	Límite de cantidad 30 +Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Everolimus Tablet Soluble 5 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Invega Hafyera Suspension Prefilled Syringe 1092 MG/3.5ML Intramuscular	Límite de cantidad 7/365 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Invega Hafyera Suspension Prefilled Syringe 1560 MG/5ML Intramuscular	Límite de cantidad 10/365 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Lybalvi Tablet 10-10 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Lybalvi Tablet 15-10 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Lybalvi Tablet 20-10 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Lybalvi Tablet 5-10 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Myrbetriq Suspension Reconstituted ER 8 MG/ML Oral	Límite de cantidad 300	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
PARoxetine HCl Suspension 10 MG/5ML Oral	Límite de cantidad 900	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Paxil SUSPENSION 10 MG/5ML ORAL	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	paroxetine hcl suspension 10 mg/5ml oral, + Límite de cantidad Remoción Aprobada por CMS 900	02.01.2022
Pentacel Suspension Reconstituted Intramuscular	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Proparacaine HCl Solution 0.5 % Ophthalmic	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Sertraline HCl Capsule 150 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Sertraline HCl Capsule 200 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Tavneos Capsule 10 MG Oral	Pre Autorización + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Xpovio (100 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Xpovio (40 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Xpovio (40 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Xpovio (60 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Xpovio (80 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2022
Atomoxetine HCl Capsule 10 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Atomoxetine HCl Capsule 18 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Atomoxetine HCl Capsule 25 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Besremi Solution Prefilled Syringe 500 MCG/ML Subcutaneous	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Dupixent Solution Prefilled Syringe 100 MG/0.67ML Subcutaneous	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Eprontia Solution 25 MG/ML Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Everolimus Tablet 1 MG Oral	BvD	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Exkivity Capsule 40 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Hydroxychloroquine Sulfate Tablet 100 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Hydroxychloroquine Sulfate Tablet 300 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Hydroxychloroquine Sulfate Tablet 400 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Ivermectin TABLET 3 MG ORAL	Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Ketoprofen Capsule 50 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Livmarli Solution 9.5 MG/ML Oral	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Methotrexate Tablet 2.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Naloxone HCl Liquid 4 MG/0.1ML Nasal	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Nylia 1/35 Tablet 1-35 MG-MCG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Picato Gel 0.015 % External	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Picato Gel 0.05 % External	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Scemblix Tablet 20 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Scemblix Tablet 40 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Skyrizi Pen Solution Auto-Injector 150 MG/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 3/84 + Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Skyrizi Solution Prefilled Syringe 150 MG/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 3/84 + Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Ticovac Suspension Prefilled Syringe 2.4 MCG/0.5ML Intramuscular	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2022
Zortress Tablet 1 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	everolimus tableta 1 mg oral, + BvD	03.01.2022
Accutane Capsule 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022
Biktarvy Tablet 30-120-15 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Brimonidine Tartrate-Timolol Solution 0.2-0.5 % Ophthalmic	Límite de cantidad 10/25	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl Film 12-3 MG Sublingual	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl Film 2-0.5 MG Sublingual	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl Film 4-1 MG Sublingual	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022
Buprenorphine HCl-Naloxone HCl Film 8-2 MG Sublingual	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022
Ciprofloxacin-Dexamethasone Suspension 0.3-0.1 % Otic	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022
Desogestrel-Ethinyl Estradiol Tablet 0.15-30 MG-MCG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022
Intron A Solution 10000000 UNIT/ML Injection	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022
Intron A Solution 6000000 UNIT/ML Injection	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022
Ketoprofen Capsule 75 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022
Tri-Previfem Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2022
Adapalene Gel 0.1 % External	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Aminosyn-PF Solution 7 % Intravenous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
amLODIPine-Valsartan-HCTZ Tablet 10-160-12.5 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
amLODIPine-Valsartan-HCTZ Tablet 10-160-25 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
amLODIPine-Valsartan-HCTZ Tablet 10-320-25 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
amLODIPine-Valsartan-HCTZ Tablet 5-160-12.5 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
amLODIPine-Valsartan-HCTZ Tablet 5-160-25 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Carbaglu Tablet 200 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	carglumic acid 200 mg oral tableta, + Pre Autorización	05.01.2022
Carglumic Acid Tablet 200 MG Oral	Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Cefuroxime Sodium Solution Reconstituted 7.5 GM Injection	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Citalopram Hydrobromide Capsule 30 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Digoxin Tablet 62.5 MCG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Maraviroc Tablet 150 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Maraviroc Tablet 300 MG Oral	Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Mavyret Packet 50-20 MG Oral	Pre-Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Rinvoq Tablet Extended Release 24 Hour 30 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre-Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Selzentry Tablet 150 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	maraviroc 150 mg oral tableta, Límite de cantidad 60	05.01.2022
Selzentry Tablet 300 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	maraviroc 300 mg oral tableta, + Límite de cantidad 120	05.01.2022
Talzenna Capsule 0.5 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre-Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Talzenna Capsule 0.75 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre-Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Ursodiol Capsule 200 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Ursodiol Capsule 400 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
Xarelto Suspension Reconstituted 1 MG/ML Oral	Límite de cantidad 900	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2022
amLODIPine Besy-Benazepril HCl Capsule 10-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine Besy-Benazepril HCl Capsule 10-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine Besy-Benazepril HCl Capsule 2.5-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine Besy-Benazepril HCl Capsule 5-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine Besy-Benazepril HCl Capsule 5-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine Besy-Benazepril HCl Capsule 5-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Amlodipine Besylate-Valsartan Tablet 10-160 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine Besylate-Valsartan Tablet 10-320 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine Besylate-Valsartan Tablet 5-160 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine Besylate-Valsartan Tablet 5-320 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
amLODIPine-Atorvastatin Tablet 10-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 10-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
amLODIPine-Atorvastatin Tablet 10-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
amLODIPine-Atorvastatin Tablet 10-80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
amLODIPine-Atorvastatin Tablet 2.5-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
amLODIPine-Atorvastatin Tablet 2.5-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
amLODIPine-Atorvastatin Tablet 2.5-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 5-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 5-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 5-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 5-80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine-Olmesartan Tablet 10-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine-Olmesartan Tablet 10-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine-Olmesartan Tablet 5-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Amlodipine-Olmesartan Tablet 5-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Atorvastatin Calcium Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Atorvastatin Calcium Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Atorvastatin Calcium Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Atorvastatin Calcium Tablet 80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Aztreonam Solution Reconstituted 2 GM Injection	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Benazepril HCl Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Benazepril HCl Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Benazepril HCl Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Benazepril HCl Tablet 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Betaine Powder Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Candesartan Cilexetil Tablet 16 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Candesartan Cilexetil Tablet 32 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Candesartan Cilexetil Tablet 4 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Candesartan Cilexetil Tablet 8 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Candesartan Cilexetil-HCTZ Tablet 16-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Candesartan Cilexetil-HCTZ Tablet 32-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Candesartan Cilexetil-HCTZ Tablet 32-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Ezetimibe-Simvastatin Tablet 10-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Ezetimibe-Simvastatin Tablet 10-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Ezetimibe-Simvastatin Tablet 10-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Ezetimibe-Simvastatin Tablet 10-80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Farydak Capsule 10 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Farydak Capsule 15 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Farydak Capsule 20 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Fluoroplex Cream 1 % External	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Fluvastatin Sodium Capsule 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Fluvastatin Sodium Capsule 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Fluvastatin Sodium ER Tablet Extended Release 24 Hour 80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
GaviLyte-N with Flavor Pack SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Invega Trinza Suspension Prefilled Syringe 273 MG/0.88ML Intramuscular	Límite de cantidad 0.88/90 + Pre-Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Invega Trinza Suspension Prefilled Syringe 410 MG/1.32ML Intramuscular	Límite de cantidad 1.32/90 + Pre-Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Invega Trinza Suspension Prefilled Syringe 819 MG/2.63ML Intramuscular	Límite de cantidad 2.63/90 + Pre-Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Invirase Tablet 500 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Irbesartan Tablet 150 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Irbesartan Tablet 300 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Irbesartan Tablet 75 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Irbesartan-Hydrochlorothiazide Tablet 150-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Irbesartan-Hydrochlorothiazide Tablet 300-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Kinrix Suspension Intramuscular	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Lacosamide Tablet 100 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Lacosamide Tablet 150 MG Oral	Límite de cantidad 61	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Lacosamide Tablet 200 MG Oral	Límite de cantidad 62	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Lacosamide Tablet 50 MG Oral	Límite de cantidad 63	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Lenalidomide Capsule 10 MG Oral	Pre-Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Lenalidomide Capsule 15 MG Oral	Pre-Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Lenalidomide Capsule 25 MG Oral	Pre-Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Lenalidomide Capsule 5 MG Oral	Pre-Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Losartan Potassium Tablet 100 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Losartan Potassium Tablet 25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Losartan Potassium Tablet 50 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Losartan Potassium-HCTZ Tablet 100-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Losartan Potassium-HCTZ Tablet 100-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Losartan Potassium-HCTZ Tablet 50-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Lovastatin Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Lovastatin Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Lovastatin Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Olmesartan Medoxomil Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Olmesartan Medoxomil Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Olmesartan Medoxomil Tablet 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Olmesartan Medoxomil-HCTZ Tablet 20-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Olmesartan Medoxomil-HCTZ Tablet 40-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Olmesartan Medoxomil-HCTZ Tablet 40-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Quadracel Suspension Intramuscular (58 UNT/ML)	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Quinapril HCl Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Quinapril HCl Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Quinapril HCl Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Quinapril HCl Tablet 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Quinapril-Hydrochlorothiazide Tablet 10-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Quinapril-Hydrochlorothiazide Tablet 20-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Quinapril-Hydrochlorothiazide Tablet 20-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Ramipril Capsule 1.25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Ramipril Capsule 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Ramipril Capsule 2.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Ramipril Capsule 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Rosuvastatin Calcium Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Rosuvastatin Calcium Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Rosuvastatin Calcium Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Rosuvastatin Calcium Tablet 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Simvastatin Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Simvastatin Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Simvastatin Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Simvastatin Tablet 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Simvastatin Tablet 80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Tekturna HCT Tablet 150-12.5 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Tekturna HCT Tablet 150-25 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Telmisartan Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Telmisartan Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Telmisartan Tablet 80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Telmisartan-Amlodipine TABLET 40-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Telmisartan-Amlodipine TABLET 40-5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Telmisartan-Amlodipine TABLET 80-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Telmisartan-Amlodipine TABLET 80-5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Telmisartan-HCTZ Tablet 40-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Telmisartan-HCTZ Tablet 80-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Telmisartan-HCTZ Tablet 80-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Temixys Tablet 300-300 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Trandolapril Tablet 1 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Trandolapril Tablet 2 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Trandolapril Tablet 4 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Valsartan Tablet 160 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Valsartan Tablet 320 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Valsartan Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Valsartan Tablet 80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Valsartan-Hydrochlorothiazide Tablet 160-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Valsartan-Hydrochlorothiazide Tablet 160-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022

H5577_0680821_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Valsartan-Hydrochlorothiazide Tablet 320-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Valsartan-Hydrochlorothiazide Tablet 320-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Valsartan-Hydrochlorothiazide Tablet 80-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2022
Vimpat Tablet 100 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	lacosamide tableta 100 mg tableta oral + Límite de cantidad 60	06.01.2022
Vimpat Tablet 150 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	lacosamide tableta 150 mg oral + Límite de cantidad 60	06.01.2022
Vimpat Tablet 200 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	lacosamide tableta 200 mg oral + Límite de cantidad 60	06.01.2022
Vimpat Tablet 50 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	lacosamide tableta 50 mg oral + Límite de cantidad 60	06.01.2022

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).

H5577_0680821_C

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 HMO 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)。

