



Anejo del Formulario 2 para Medicamentos Recetados de MCS Classicare 2023

Este documento le ofrece un resumen sobre los cambios que sufrió el Formulario 2 de Medicamentos Recetados de enero 2023 a diciembre 2023.

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 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 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
Amlodipine Besy-Benazepril HCl Capsule 10-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine Besy-Benazepril HCl Capsule 10-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Amlodipine Besy-Benazepril HCl Capsule 2.5-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine Besy-Benazepril HCl Capsule 5-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine Besy-Benazepril HCl Capsule 5-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine Besy-Benazepril HCl Capsule 5-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine Besylate-Valsartan Tablet 10-160 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine Besylate-Valsartan Tablet 10-320 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine Besylate-Valsartan Tablet 5-160 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine Besylate-Valsartan Tablet 5-320 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 10-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 10-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 10-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 10-80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 2.5-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 2.5-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 2.5-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 5-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 5-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 5-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Atorvastatin Tablet 5-80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Olmesartan Tablet 10-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Olmesartan Tablet 10-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Olmesartan Tablet 5-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Amlodipine-Olmesartan Tablet 5-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Atorvastatin Calcium Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Atorvastatin Calcium Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Atorvastatin Calcium Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Atorvastatin Calcium Tablet 80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Benazepril HCl Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Benazepril HCl Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Benazepril HCl Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Benazepril HCl Tablet 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Breztri Aerosphere Aerosol 160-9-4.8 MCG/ACT Inhalation	Límite de cantidad 10.7/30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Candesartan Cilexetil Tablet 16 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Candesartan Cilexetil Tablet 32 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Candesartan Cilexetil Tablet 4 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Candesartan Cilexetil Tablet 8 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Candesartan Cilexetil-HCTZ Tablet 16-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Candesartan Cilexetil-HCTZ Tablet 32-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Candesartan Cilexetil-HCTZ Tablet 32-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Digox Tablet 125 MCG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Digox Tablet 250 MCG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Ezetimibe-Simvastatin Tablet 10-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Ezetimibe-Simvastatin Tablet 10-20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Ezetimibe-Simvastatin Tablet 10-40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Ezetimibe-Simvastatin Tablet 10-80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Fluvastatin Sodium Capsule 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Fluvastatin Sodium Capsule 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Fluvastatin Sodium ER Tablet Extended Release 24 Hour 80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Irbesartan Tablet 150 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Irbesartan Tablet 300 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Irbesartan Tablet 75 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Irbesartan-Hydrochlorothiazide Tablet 150-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Irbesartan-Hydrochlorothiazide Tablet 300-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Lindane Shampoo 1 % External	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Losartan Potassium Tablet 100 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Losartan Potassium Tablet 25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Losartan Potassium Tablet 50 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Losartan Potassium-HCTZ Tablet 100-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Losartan Potassium-HCTZ Tablet 100-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Losartan Potassium-HCTZ Tablet 50-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Lovastatin Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Lovastatin Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Lovastatin Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Olmesartan Medoxomil Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Olmesartan Medoxomil Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Olmesartan Medoxomil Tablet 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Olmesartan Medoxomil-HCTZ Tablet 20-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Olmesartan Medoxomil-HCTZ Tablet 40-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Olmesartan Medoxomil-HCTZ Tablet 40-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Priorix Suspension Reconstituted Subcutaneous	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Procalamine SOLUTION 3 % Intravenous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Quadracel Suspension Prefilled Syringe 0.5 ML Intramuscular	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Quinapril HCl Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Quinapril HCl Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Quinapril HCl Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Quinapril HCl Tablet 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Quinapril-Hydrochlorothiazide Tablet 10-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Quinapril-Hydrochlorothiazide Tablet 20-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Quinapril-Hydrochlorothiazide Tablet 20-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Ramipril Capsule 1.25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Ramipril Capsule 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Ramipril Capsule 2.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Ramipril Capsule 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Rosuvastatin Calcium Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Rosuvastatin Calcium Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Rosuvastatin Calcium Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Rosuvastatin Calcium Tablet 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Simvastatin Tablet 10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Simvastatin Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Simvastatin Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Simvastatin Tablet 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Simvastatin Tablet 80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Skyrizi Solution Cartridge 360 MG/2.4ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2.4/56 +Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Telmisartan Tablet 20 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Telmisartan Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Telmisartan Tablet 80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Telmisartan-Amlodipine Tablet 40-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Telmisartan-Amlodipine Tablet 40-5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Telmisartan-Amlodipine Tablet 80-10 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Telmisartan-Amlodipine Tablet 80-5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Telmisartan-HCTZ Tablet 40-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Telmisartan-HCTZ Tablet 80-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Telmisartan-HCTZ Tablet 80-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Ticovac Suspension Prefilled Syringe 1.2 MCG/0.25ML Intramuscular	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Trandolapril Tablet 1 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Trandolapril Tablet 2 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Trandolapril Tablet 4 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Trelegy Ellipta Aerosol Powder Breath Activated 100-62.5-25 MCG/INH Inhalation	Límite de cantidad 60/30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Trelegy Ellipta Aerosol Powder Breath Activated 200-62.5-25 MCG/INH Inhalation	Límite de cantidad 60/30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Valsartan Tablet 160 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Valsartan Tablet 320 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Valsartan Tablet 40 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Valsartan Tablet 80 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Valsartan-Hydrochlorothiazide Tablet 160-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Valsartan-Hydrochlorothiazide Tablet 160-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Valsartan-Hydrochlorothiazide Tablet 320-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Valsartan-Hydrochlorothiazide Tablet 320-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Valsartan-Hydrochlorothiazide Tablet 80-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2023
Blephamide S.O.P. Ointment 10-0.2 % Ophthalmic	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Calquence Tablet 100 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Caplyta Capsule 10.5 MG Oral	Límite de cantidad 30/30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Caplyta Capsule 21 MG Oral	Límite de cantidad 30/30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Daliresp Tablet 500 MCG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	roflumilast tablet 500 mcg oral, Límite de cantidad 30/30	02.01.2023
Descovy Tablet 120-15 MG Oral	Límite de cantidad 30/30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Digitek TABLET 125 MCG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Enbrel Solution Reconstituted 25 MG Subcutaneous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Flurazepam HCl Capsule 15 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Flurazepam HCl Capsule 30 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Furosemide SOLUTION 10 MG/ML INJECTION (4ML SYRINGE)	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Hyftor Gel 0.2 % External	Límite de cantidad 20/25 +Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Icosapent Ethyl Capsule 0.5 GM Oral	Límite de cantidad 240/30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Imbruvica Suspension 70 MG/ML Oral	Límite de cantidad 216/27 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Intron A Solution Reconstituted 18000000 UNIT Injection	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Jynneos Suspension 0.5 ML Subcutaneous	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Ketoprofen Capsule 50 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Lenalidomide Capsule 2.5 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Lenalidomide Capsule 20 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Norethindron-Ethinyl Estrad-Fe Tablet 1-20/1-30/1-35 MG-MCG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Noxafil Packet 300 MG Oral	Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Orkambi Packet 75-94 MG Oral	Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Pentacel Suspension Reconstituted Intramuscular (96-30-68-1-80-2-16-3-64-20 var units)	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Pirfenidone Tablet 534 MG Oral	Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
ProAir HFA Aerosol Solution 108 (90 Base) MCG/ACT Inhalation	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Roflumilast Tablet 500 MCG Oral	Límite de cantidad 30/30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Skyrizi (150 MG Dose) Prefilled Syringe Kit 75 MG/0.83ML Subcutaneous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Tazarotene Gel 0.05 % External	Límite de cantidad 100/30 + Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Tazarotene Gel 0.1 % External	Límite de cantidad 100/30 + Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Tazorac Gel 0.05 % External	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	tazarotene gel 0.05 % external, Límite de cantidad 100/30 + Pre Autorización	02.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Tazorac Gel 0.1 % External	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	tazarotene gel 0.1 % external,Límite de cantidad 100/30 + Pre Autorización	02.01.2023
Venlafaxine Besylate ER Tablet Extended Release 24 Hour 112.5 MG Oral	Límite de cantidad 60/30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Zonisade Suspension 100 MG/5ML Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2023
Amcinonide Cream 0.1 % External	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Auvelity Tablet Extended Release 45-105 MG Oral	Límite de cantidad 60/30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Daliresp Tablet 250 MCG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	roflumilast tableta 250 mcg oral + Límite de cantidad 30/30	03.01.2023
Diclofenac Epolamine Patch 1.3 % External	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Diphtheria-Tetanus Toxoids DT SUSPENSION 25-5 LFU/0.5ML Intramuscular	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Gleostine CAPSULE 10 MG ORAL	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Gleostine CAPSULE 100 MG ORAL	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Gleostine CAPSULE 40 MG ORAL	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Intron A Solution Reconstituted 10000000 UNIT Injection	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Intron A Solution Reconstituted 50000000 UNIT Injection	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Menest Tablet 2.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Paser Packet 4 GM Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Roflumilast Tablet 250 MCG Oral	Límite de cantidad 30/30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Skyrizi Solution Cartridge 180 MG/1.2ML Subcutaneous	Límite de cantidad 1.2/56 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
TDVAX Suspension 2-2 LF/0.5ML Intramuscular	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Tenivac Injectable 5-2 LFU Intramuscular	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Tenivac Injectable 5-2 LFU Intramuscular (Injection)	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2023
Amjevita Solution Auto-Injector 40 MG/0.8ML Subcutaneous	Límite de cantidad 6/28 +Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
Amjevita Solution Prefilled Syringe 20 MG/0.4ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
Amjevita Solution Prefilled Syringe 40 MG/0.8ML Subcutaneous	Límite de cantidad 6/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
Digitek TABLET 250 MCG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Esbriet Capsule 267 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	pirfenidone capsula 267 mg oral + Pre Autorización	04.01. 2023
Heplisav-B Solution Prefilled Syringe 20 MCG/0.5ML Intramuscular	BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
Krazati Tablet 200 MG Oral	Límite de cantidad 180/30 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
Leuprolide Acetate Injectable 22.5 MG Intramuscular	Límite de cantidad 1/90 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
Norvir SOLUTION 80 MG/ML ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
oxycodone HCl ER Tablet ER 12 Hour Abuse-Deterrent 40 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
oxycodone HCl ER Tablet ER 12 Hour Abuse-Deterrent 80 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
Ozempic (0.25 or 0.5 MG/DOSE) Solution Pen-	Límite de cantidad 3/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Injector 2 MG/3ML Subcutaneous				
Pirfenidone Capsule 267 MG Oral	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
Sodium Oxybate Solution 500 MG/ML Oral	Límite de cantidad 540 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
Sunlenca Tablet Therapy Pack 4 x 300 MG Oral	Límite de cantidad 4/180	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
Sunlenca Tablet Therapy Pack 5 x 300 MG Oral	Límite de cantidad 5/180	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01. 2023
Albuterol Sulfate HFA Aerosol Solution 108 (90 Base) MCG/ACT Inhalation	Límite de cantidad 36/30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Jaypirca Tablet 100 MG Oral	Límite de cantidad 60/30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Jaypirca Tablet 50 MG Oral	Límite de cantidad 30/30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
IamoTRIGine Kit 21 x 25 MG & 7 x 50 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
IamoTRIGine Kit 42 x 50 MG & 14x100 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Lurasidone HCl Tablet 120 MG Oral	Límite de cantidad 30/30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Lurasidone HCl Tablet 20 MG Oral	Límite de cantidad 30/30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Lurasidone HCl Tablet 40 MG Oral	Límite de cantidad 30/30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Lurasidone HCl Tablet 60 MG Oral	Límite de cantidad 30/30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Lurasidone HCl Tablet 80 MG Oral	Límite de cantidad 60/30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Lytgobi (12 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 4 MG Oral	Límite de cantidad 84/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Lytgobi (16 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 4 MG Oral	Límite de cantidad 112/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Lytgobi (20 MG Daily Dose) Tablet Therapy Pack 4 MG Oral	Límite de cantidad 140/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Methylphenidate HCl ER (OSM) Tablet Extended Release 45 MG Oral	Límite de cantidad 30/30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Methylphenidate HCl ER (OSM) Tablet Extended Release 63 MG Oral	Límite de cantidad 30/30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Orserdu Tablet 345 MG Oral	Límite de cantidad 30/30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Orserdu Tablet 86 MG Oral	Límite de cantidad 90/30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
QUetiapine Fumarate Tablet 150 MG Oral	Límite de cantidad 60/30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Rezlidhia Capsule 150 MG Oral	Límite de cantidad 60/30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Ztalmy Suspension 50 MG/ML Oral	Límite de cantidad 1100/30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2023
Androderm Patch 24 Hour 2 MG/24HR Transdermal	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2023
Androderm Patch 24 Hour 4 MG/24HR Transdermal	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2023
Azelastine HCl SOLUTION 0.15 % NASAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2023
Endocet TABLET 2.5-325 MG ORAL	Límite de cantidad 30/360	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2023
Erleada Tablet 240 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2023
Gentak Ointment 0.3 % Ophthalmic	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2023
Jentaduet XR Tablet Extended Release 24 Hour 2.5-1000 MG Oral	Límite de cantidad 60/30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Olopatadine HCl SOLUTION 0.2 % Ophthalmic	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2023
Oxandrolone TABLET 10 MG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2023
Oxandrolone TABLET 2.5 MG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2023
Prednicarbate Ointment 0.1 % External	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	06.01.2023
Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 12 MG Oral	Límite de cantidad 90 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 24 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 6 MG Oral	Límite de cantidad 90 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 20 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 30 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 40 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 60 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Epivir HBV Solution 5 MG/ML Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
levoFLOXacin Solution 25 MG/ML Intravenous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Lumakras Tablet 320 MG Oral	Límite de cantidad 90 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Myorisan Capsule 10 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Myorisan Capsule 20 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Myorisan Capsule 30 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Myorisan Capsule 40 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Noxafil Suspension 40 MG/ML Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	posaconazole suspensión 40 mg/ml oral + Pre Autorización	07.01.2023
Ozempic (0.25 or 0.5 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 2 MG/1.5ML Subcutaneous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Posaconazole Suspension 40 MG/ML Oral	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Primidone Tablet 125 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Rotarix Suspension Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Truseltiq (100MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 100 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Truseltiq (125MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 100 & 25 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Truseltiq (50MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 25 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Truseltiq (75MG Daily Dose) Capsule Therapy Pack 25 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Zokinvy Capsule 50 MG Oral	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Zokinvy Capsule 75 MG Oral	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	07.01.2023
Abilify Asimtufii Prefilled Syringe 720 MG/2.4ML Intramuscular	Límite de cantidad 2.4/56 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Abilify Asimtufii Prefilled Syringe 960 MG/3.2ML Intramuscular	Límite de cantidad 3.2/56 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Amjevita Solution Prefilled Syringe 10 MG/0.2ML Subcutaneous	Límite de cantidad 4/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Celontin Capsule 300 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	methsuximide capsula 300 mg oral	08.01.2023
Cimetidine HCl Solution 300 MG/5ML Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Filspari Tablet 200 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Filspari Tablet 400 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Gefitinib Tablet 250 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
HumaLOG Tempo Pen Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Insulin Glargine Solostar Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Insulin Glargine Solution 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Iressa Tablet 250 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	gefitinib tableta 250 mg oral, + Pre Autorización	08.01.2023
Kalydeco Packet 13.4 MG Oral	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Kynmobi Film 10 MG Sublingual	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Kynmobi Film 15 MG Sublingual	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Kynmobi Film 20 MG Sublingual	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Kynmobi Film 25 MG Sublingual	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Kynmobi Film 30 MG Sublingual	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Levo-T Tablet 100 MCG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Levo-T TABLET 112 MCG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Levo-T Tablet 125 MCG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Levo-T TABLET 137 MCG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Levo-T TABLET 150 MCG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Levo-T TABLET 175 MCG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Levo-T TABLET 200 MCG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Levo-T Tablet 25 MCG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Levo-T TABLET 300 MCG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Levo-T Tablet 50 MCG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Levo-T Tablet 75 MCG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Levo-T TABLET 88 MCG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Mekinist Solution Reconstituted 0.05 MG/ML Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Methsuximide Capsule 300 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 10-12.5 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 20-12.5 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 20-25 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Tafinlar Tablet Soluble 10 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Turalio Capsule 125 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Vancomycin HCl Solution Reconstituted 25 MG/ML Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	08.01.2023
Arexvy Suspension Reconstituted 120 MCG/0.5ML Intramuscular	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Abrysvo Solution Reconstituted 120 MCG/0.5ML Intramuscular	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Darunavir Tablet 600 MG Oral	Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Darunavir Tablet 800 MG Oral	Límite de cantidad 30	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
FentaNYL Citrate Lozenge on a Handle 1200 MCG Buccal	Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
FentaNYL Citrate Lozenge On A Handle 1600 MCG Buccal	Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
FentaNYL Citrate Lozenge On A Handle 200 MCG Buccal	Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
FentaNYL Citrate Lozenge on a Handle 400 MCG Buccal	Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
FentaNYL Citrate Lozenge on a Handle 600 MCG Buccal	Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
FentaNYL Citrate Lozenge on a Handle 800 MCG Buccal	Límite de cantidad 120	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
FentaNYL Patch 72 Hour 100 MCG/HR Transdermal	Límite de cantidad 10	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
fentaNYL Patch 72 Hour 12 MCG/HR Transdermal	Límite de cantidad 10	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
FentaNYL Patch 72 Hour 25 MCG/HR Transdermal	Límite de cantidad 10	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
fentaNYL Patch 72 Hour 50 MCG/HR Transdermal	Límite de Cantidad 10	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
fentaNYL Patch 72 Hour 75 MCG/HR Transdermal	Límite de Cantidad 10	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Imbruvica Tablet 560 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Jentaduetto TABLET 2.5-850 MG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Lupron Depot-Ped (1-Month) Kit 7.5 MG Intramuscular	Límite de cantidad 1 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Lupron Depot-Ped (3-Month) Kit 11.25 MG (Ped) Intramuscular	Límite de cantidad 1/90 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Lupron Depot-Ped (6-Month) Kit 45 MG Intramuscular	Límite de cantidad 1/180 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Prezista Tablet 600 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	darunavir tableta 600 mg oral + Límite de cantidad 60	09.01.2023
Prezista Tablet 800 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	darunavir tableta 800 mg oral + Límite de cantidad 30	09.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Procto-Pak Cream 1 % External	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Trelstar Mixject Suspension Reconstituted 11.25 MG Intramuscular	Límite de cantidad 1/90 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Trelstar Mixject Suspension Reconstituted 22.5 MG Intramuscular	Límite de cantidad 1/90 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Trelstar Mixject Suspension Reconstituted 3.75 MG Intramuscular	Límite de cantidad 1 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
Turalio Capsule 200 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	09.01.2023
AmBisome Suspension Reconstituted 50 MG Intravenous	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	amphotericin b liposome suspension reconstituted 50 mg intravenous + BvD	10.01.2023
Amphotericin B Liposome Suspension Reconstituted 50 MG Intravenous	BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Austedo XR Patient Titration Tablet Extended Release Therapy Pack 6 & 12 & 24 MG Oral	Límite de cantidad 42/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Daybue Solution 200 MG/ML Oral	Límite de cantidad 3600 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Haloette Ring 0.12-0.015 MG/24HR Vaginal	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Multiple Electro Type 1 pH 5.5 Solution Intravenous	BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Ozempic (0.25 or 0.5 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 2 MG/3ML Subcutaneous	Límite de cantidad 3/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Restricción Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Ozempic (1 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 4 MG/3ML Subcutaneous	Límite de cantidad 6/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Restricción Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Ozempic (2 MG/DOSE) Solution Pen-Injector 8 MG/3ML Subcutaneous	Límite de cantidad 3/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Restricción Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Plasma-Lyte 148 Solution Intravenous	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	multiple electro type 1 ph 5.5 solution intravenous + BvD	10.01.2023
Rybelsus Tablet 14 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Restricción Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Rybelsus Tablet 3 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Restricción Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Rybelsus Tablet 7 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Restricción Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Talzenna Capsule 0.1 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Talzenna Capsule 0.35 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Trulicity Solution Pen-Injector 0.75 MG/0.5ML Subcutaneous	Límite de cantidad 4/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Restricción Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Trulicity Solution Pen-Injector 1.5 MG/0.5ML Subcutaneous	Límite de cantidad 4/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Restricción Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Trulicity Solution Pen-Injector 3 MG/0.5ML Subcutaneous	Límite de cantidad 4/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Restricción Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Trulicity Solution Pen-Injector 4.5 MG/0.5ML Subcutaneous	Límite de cantidad 4/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Restricción Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Zejula Tablet 100 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Zejula Tablet 200 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Zejula Tablet 300 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	10.01.2023
Cosentyx UnoReady Solution Auto-Injector 300 MG/2ML Subcutaneous	Límite de cantidad 8/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	11.1.2023
Nevirapine ER Tablet Extended Release 24 Hour 100 MG Oral	No en Formulario	Restricción Aprobada por CMS	No Aplica	11.1.2023
Vigadrone Tablet 500 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	11.1.2023
Breo Ellipta Aerosol Powder Breath Activated 50-25 MCG/INH Inhalation	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023
Brinzolamide Suspension 1 % Ophthalmic	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023

H5577_8261022_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Fulphila Solution Prefilled Syringe 6 MG/0.6ML Subcutaneous	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023
Lithium Solution 8 MEQ/5ML Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023
Ojjaara Tablet 100 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023
Ojjaara Tablet 150 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023
Ojjaara Tablet 200 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023
Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 10-1000 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023
Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 12.5-1000 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023
Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 25-1000 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 5-1000 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023
Vanflyta Tablet 17.7 MG Oral	Límite de cantidad 56/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023
Vanflyta Tablet 26.5 MG Oral	Límite de cantidad 56/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023
Xdemvy Solution 0.25 % Ophthalmic	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	12.1.2023

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). 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

H5577_8261022_C

estamos para servirle.

MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc.

Plan de Salud
medicare
PLATINO
Administración de Seguros de Salud
Gobierno de Puerto Rico