



Anejo del Formulario 2 para Medicamentos Recetados de MCS Classicare 2025

Este documento le ofrece un resumen sobre los cambios que sufrió el Formulario 2 de Medicamentos Recetados de enero 2025 a abril 2025.

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
Amoxicillin-Pot Clavulanate Tablet Chewable 200-28.5 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Austedo XR Patient Titration Tablet Extended Release Therapy Pack 12 & 18 & 24 & 30 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Austedo XR Tablet Extended Release 24 Hour 18 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Ciprofloxacin HCl Solution 0.2 % Otic	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Corlanor 5 mg tablet	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	ivabradine hcl tablet 5 mg oral, Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	01.01.2025
Corlanor 7.5 mg tablet	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	ivabradine hcl tablet 7.5 mg oral, Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	01.01.2025
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 20 MG Oral	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 30 MG Oral	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 40 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 60 MG Oral	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Endari 5-gram oral powder packet	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	l-glutamine packet 5 gm oral, Límite de cantidad 180 + Pre Autorización	01.01.2025
Entresto Capsule Sprinkle 15-16 MG Oral	Límite de cantidad 240	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Entresto Capsule Sprinkle 6-6 MG Oral	Límite de cantidad 240/31	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
GaviLyte-N with Flavor Pack Solution Reconstituted 420 GM Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
HumaLOG Junior KwikPen Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 45	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
HumaLOG KwikPen Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 45	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
HumaLOG Mix 50/50 KwikPen Suspension Pen-injector (50-50) 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 45	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
HumaLOG Mix 75/25 KwikPen Suspension Pen-injector (75-25) 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 45	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
HumaLOG Solution Cartridge 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 45	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
HumaLOG Tempo Pen Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 45	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
HumuLIN 70/30 KwikPen Suspension Pen-Injector (70-30) 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 45	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
HumuLIN N KwikPen Suspension Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 45	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Insulin Lispro (1 Unit Dial) Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 45	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Insulin Lispro Junior KwikPen Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 45	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Insulin Lispro Prot & Lispro Suspension Pen-Injector (75-25) 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 45	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Ivabradine HCl Tablet 5 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Ivabradine HCl Tablet 7.5 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Lantus SoloStar Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 45	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Leukeran Tablet 2 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
L-Glutamine Packet 5 GM Oral	Límite de cantidadt 180 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
MResvia Suspension Prefilled Syringe 50 MCG/0.5ML Intramuscular	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Natacyn Suspension 5 % Ophthalmic	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Ojemda Tablet 100 MG Oral (16 pack)	Límite de cantidad 24/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Ojemda Tablet 100 MG Oral (24 pack)	Límite de cantidad 24/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Otezla Tablet 20 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Otezla Tablet Therapy Pack 4 x 10 & 51 x20 MG Oral	Límite de cantidad 55/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Retevmo Tablet 120 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Retevmo Tablet 160 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Retevmo Tablet 40 MG Oral	Límite de cantidad 180 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Retevmo Tablet 80 MG Oral	Límite de cantidad 120 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
SandIMMUNE Solution 100 MG/ML Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Soliqua Solution Pen-injector 100-33 UNT-MCG/ML Subcutaneous	Quantity Limit 45 + Terapia escalonada Inicio de terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Tabloid Tablet 40 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Vaxchora Suspension Reconstituted Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2025
Augtyro Capsule 160 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Azithromycin Packet 1 GM Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Cobenfy Capsule 100-20 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Cobenfy Capsule 125-30 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Cobenfy Capsule 50-20 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Cobenfy Starter Pack Capsule Therapy Pack 50-20 & 100-20 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Dasatinib Tablet 100 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Dasatinib Tablet 140 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Dasatinib Tablet 20 MG Oral	Límite de cantidad 90 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Dasatinib Tablet 50 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Dasatinib Tablet 70 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Dasatinib Tablet 80 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Descovy Tablet 120-15 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Descovy Tablet 200-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Desogestrel-Ethinyl Estradiol Tablet 0.15-30 MG-MCG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Diphtheria-Tetanus Toxoids DT Suspension 25-5 LFU/0.5ML Intramuscular	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Emtricitabine-Tenofovir DF Tablet 200-300 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Ergoloid Mesylates Tablet 1 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
fentaNYL Citrate Lozenge On A Handle 1200 MCG Buccal	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
FentaNYL Citrate Lozenge On A Handle 1600 MCG Buccal	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025

H5577_3000824_C

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	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
fentaNYL Citrate Lozenge On A Handle 400 MCG Buccal	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
fentaNYL Citrate Lozenge On A Handle 600 MCG Buccal	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
fentaNYL Citrate Lozenge On A Handle 800 MCG Buccal	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
fentaNYL Citrate Tablet 800 MCG Buccal	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Fintepla Solution 2.2 MG/ML Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Gallifrey Tablet 5 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Hadlima PushTouch Solution Auto-Injector 40 MG/0.4ML Subcutaneous	Límite de cantidad 6/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Hadlima PushTouch Solution Auto-Injector 40 MG/0.8ML Subcutaneous	Límite de cantidad 6/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Hadlima Solution Prefilled Syringe 40 MG/0.4ML Subcutaneous	Límite de cantidad 6/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Hadlima Solution Prefilled Syringe 40 MG/0.8ML Subcutaneous	Límite de cantidad 6/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
HYDROcodone-Acetaminophen Solution 10-325 MG/15ML Oral	Límite de cantidad 2700	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Itovebi Tablet 3 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Itovebi Tablet 9 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Lazcluze Tablet 240 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Lazcluze Tablet 80 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Levalbuterol HCl Nebulization Solution 0.31 MG/3ML Inhalation	Límite de cantidad 540 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Levalbuterol HCl Nebulization Solution 0.63 MG/3ML Inhalation	Límite de cantidad 540 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Levalbuterol HCl Nebulization Solution 1.25 MG/0.5ML Inhalation	Límite de cantidad 540 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Levalbuterol HCl Nebulization Solution 1.25 MG/3ML Inhalation	Límite de cantidad 540 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
levoFLOXacin Solution 0.5 % Ophthalmic	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Lumakras Tablet 240 MG Oral	Límite de cantidad 120 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Menest Tablet 0.3 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Menest Tablet 0.625 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Menest Tablet 1.25 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Menest Tablet 2.5 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Naloxone HCl Liquid 4 MG/0.1ML Nasal	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Nymyo Tablet 0.25-35 MG-MCG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
oxyCODONE HCl ER Tablet ER 12 Hour Abuse-Deterrent 10 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
oxyCODONE HCl ER Tablet ER 12 Hour Abuse-Deterrent 20 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Quadracel Suspension Intramuscular	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 10-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 20-12.5 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 20-25 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Rotarix Suspension Reconstituted Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Selzentry Tablet 25 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Selzentry Tablet 75 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Simlandi (2 Pen) Auto-Injector Kit 40 MG/0.4ML Subcutaneous	Límite de cantidad 6/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Simlandi (2 Syringe) Prefilled Syringe Kit 40 MG/0.4ML Subcutaneous	Límite de cantidad 6/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Sprycel Tablet 100 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	dasatinib tablet 100 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	02.01.2025
Sprycel Tablet 140 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	dasatinib tablet 140 mg ora, Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización	02.01.2025
Sprycel Tablet 20 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	dasatinib tablet 20 mg oral + Límite de cantidad 90 + Pre Autorización	02.01.2025
Sprycel Tablet 50 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	dasatinib tablet 50 mg oral + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	02.01.2025
Sprycel Tablet 70 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	dasatinib tablet 70 mg oral + Límite de cantidad 60 + Prior Authorization	02.01.2025
Sprycel Tablet 80 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	dasatinib tablet 80 mg oral + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	02.01.2025
Tazarotene Cream 0.05 % External	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Tazorac Cream 0.05 % External	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	tazarotene cream 0.05 % external + Pre Autorización	02.01.2025

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Thalomid Capsule 150 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Thalomid Capsule 200 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Tivicay Tablet 10 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Tivicay Tablet 25 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Tremfya Solution Auto-Injector 200 MG/2ML Subcutaneous	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Tremfya Solution Prefilled Syringe 200 MG/2ML Subcutaneous	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Voranigo Tablet 10 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Voranigo Tablet 40 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
ZyPREXA Relprevv Suspension Reconstituted 210 MG Intramuscular	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
CARBAMAZEPIN CHW 200MG	Mejora al Formulario	Adición	N/A	03.01.205
Danziten Tablet 71 MG Oral	Límite de cantidad 112/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
Danziten Tablet 95 MG Oral	Límite de cantidad 112/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
DIPHENHYDRAM INJ 50MG/ML	Mejora al Formulario	Adición	N/A	03.01.205

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Droxia Capsule 200 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
Droxia Capsule 300 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
Droxia Capsule 400 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
ERZOFRI INJ 117/0.75	Límite de cantidad 0.75/21 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición	N/A	03.01.205
ERZOFRI INJ 156MG/ML	Límite de cantidad 1/21 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición	N/A	03.01.205
ERZOFRI INJ 234/1.5	Límite de cantidad 1.5/21 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición	N/A	03.01.205
ERZOFRI INJ 351/2.25	Límite de cantidad 2.25/21 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición	N/A	03.01.205
ERZOFRI INJ 39/0.25	Límite de cantidad 0.25/21 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición	N/A	03.01.205
ERZOFRI INJ 78/0.5ML	Límite de cantidad 0.5/21 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición	N/A	03.01.205
Imkeldi Solution 80 MG/ML Oral	Límite de cantidad 280/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
MESNA TAB 400MG	Mejora al Formulario	Adición	N/A	03.01.205
OPIPZA MIS 10MG	Límite de cantidad 90 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición	N/A	03.01.205
OPIPZA MIS 2MG	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición	N/A	03.01.205

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
OPIPZA MIS 5MG	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición	N/A	03.01.205
Phenytek Capsule 200 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
Phenytek Capsule 300 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
PreHevbrio Suspension 10 MCG/ML Intramuscular	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
Revuforj Tablet 110 MG Oral	Límite de cantidad 120 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
Revuforj Tablet 160 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
STAVUDINE CAP 15MG	Límite de cantidad 60	Adición	N/A	03.01.205
STAVUDINE CAP 20MG	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
STAVUDINE CAP 30MG	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
STAVUDINE CAP 40MG	Límite de cantidad 60	Adición	N/A	03.01.205
TOPIRAMATE CAP 50MG	Mejora al Formulario	Remoción Aprobada por CMS	N/A	03.01.205
carBAMazepine Tablet Chewable 200 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Evrysdi TABS 5 MG	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Gomekli CAPS 1 MG	Límite de cantidad 224/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Gomekli CAPS 2 MG	Límite de cantidad 112/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Gomekli TBSO 1 MG	Límite de cantidad 224/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Journavx TABS 50 MG	Límite de cantidad 28/14 + Terapia escalonada Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Lagevrio Capsule 200 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Mesna Tablet 400 MG Oral	Mejora al Formulario	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Mesnex Tablet 400 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	mesna tableta 400 mg oral,	04.01.2024
Prevymis Packet 120 MG Oral	Límite de cantidad 120 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Prevymis Packet 20 MG Oral	Límite de cantidad 120 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Rybelsus (Formulation R2) TABS 1.5 MG	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización	Adición	No Aplica	04.01.2024
Rybelsus (Formulation R2) TABS 4 MG	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización	Adición	No Aplica	04.01.2024
Rybelsus (Formulation R2) TABS 9 MG	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización	Adición	No Aplica	04.01.2024
Simlandi (1 Syringe) Prefilled Syringe Kit 80 MG/0.8ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024

H5577_3000824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Simlandi (2 Syringe) Prefilled Syringe Kit 20 MG/0.2ML Subcutaneous	Límite de cantidad 3/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Timolol Hemihydrate Solution 0.5 % Ophthalmic	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Topiramate Capsule Sprinkle 50 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024

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 estamos para servirle.

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

H5577_3000824_C

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)。

