



MCS Classicare 2021 Formulario 2 (Criterios de Terapia Escalonada)

Grupos MCS Classicare MA-PD (OSS-PDS); MCS Classicare Activo (OSS); MCS Classicare AhorraRx (OSS); MCS Classicare Efectivo (OSS); MCS Classicare Essential (OSS-PDS); MCS Classicare MediCa\$h (OSS); MCS Classicare Platino @Home (OSS D-PNE); MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE); MCS Classicare Platino Ideal (OSS D-PNE); MCS Classicare Platino MásCa\$h (OSS D-PNE); MCS Classicare Platino Progreso (OSS D-PNE); MCS Classicare Platino Recarga (OSS D-PNE); MCS Classicare Primero (OSS C-PNE).

En algunos casos, MCS Classicare requiere que usted trate ciertos medicamentos para su condición médica previo a cubrir otros medicamentos para la misma condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B son indicados para tratar su condición médica, MCS Classicare puede no cubrir el Medicamento B (“Paso 2”) a menos que usted haya in tratado el Medicamento A primero (“Paso 1”). Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces MCS Classicare cubrirá el Medicamento B.

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc.

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).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 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)。

H5577_257S0920_C



Última Actualización: 20/04/2021

Terapia Escalonada

ANTIDEPRESSANTS

Productos Afectado

Nivel 2:

- DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG ORAL
- DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG ORAL
- DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG ORAL
- DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 60 MG ORAL
- FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG ORAL
- FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG ORAL
- FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG ORAL
- FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 80 MG ORAL
- FETZIMA TITRATION CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG ORAL
- TRINTELLIX TABLET 10 MG ORAL
- TRINTELLIX TABLET 20 MG ORAL
- TRINTELLIX TABLET 5 MG ORAL
- VIIBRYD STARTER PACK KIT 10 & 20 MG ORAL
- VIIBRYD TABLET 10 MG ORAL
- VIIBRYD TABLET 20 MG ORAL
- VIIBRYD TABLET 40 MG ORAL

Detalles

Criterios	El reclamo pagará automáticamente por Drizalma, Fetzima, Trintellix o Viibryd si el afiliado tiene un reclamo pagado por un suministro de al menos 1 día de cualquiera de los 2 antidepresivos del formulario genérico. De lo contrario, Drizalma, Fetzima, Trintellix o Viibryd requieren una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) historial de respuesta inadecuada al tratamiento con 2 antidepresivos genéricos del formulario, O (2) historial de eventos adversos con cualquiera 2 antidepresivos genéricos del formulario, O (3) cualquier 2 antidepresivos genéricos del formulario que estén contraindicados.
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CELECOXIB

Productos Afectado

Nivel 2:

- *celecoxib capsule 100 mg oral*
- *celecoxib capsule 200 mg oral*
- *celecoxib capsule 400 mg oral*
- *celecoxib capsule 50 mg oral*

Detalles

Criterios	La reclamación pagará automáticamente para Celecoxib si el afiliado tiene una reclamación pagada por al menos un suministro de cualquier NSAID genérico disponible en el formulario. De lo contrario, Celecoxib requiere una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) Historial de respuesta inadecuada del tratamiento con cualquier NSAID genérico disponible en el formulario, O (2) historial de eventos adversos con cualquier NSAID genérico disponible en el formulario, O (3) cualquier NSAID genérico disponible en el formulario está contraindicado.
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 21543 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 01/05/2021 Última Actualización: 20/04/2021

DEXILANT

Productos Afectado

Nivel 2:

- DEXILANT CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG ORAL
- DEXILANT CAPSULE DELAYED RELEASE 60 MG ORAL

Detalles

Criterios	El reclamo pagará automáticamente por Dexilant si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de cualquier PPI genérico del formulario. De lo contrario, Dexilant requiere una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) historial de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquier PPI genérico del formulario, O (2) historial de eventos adversos con cualquier PPI genérico del formulario, O (3) cualquier PPI genérico del formulario está contraindicado.
------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 21543 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 01/05/2021 Última Actualización: 20/04/2021

DIFICID

Productos Afectado

Nivel 2:

- DIFICID TABLET 200 MG ORAL

Detalles

Criterios	La reclamación pagará automáticamente para Dificid si el afiliado tiene una reclamación pagada por al menos un suministro de vancomycin. De lo contrario, Dificid requiere una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) Historial de respuesta inadecuada del tratamiento con vancomycin, O (2) historial de eventos adversos con vancomycin, O (3) vancomycin está contraindicado.
------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 21543 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 01/05/2021 Última Actualización: 20/04/2021

RYTARY

Productos Afectado

Nivel 2:

- RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG ORAL
- RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG ORAL
- RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 48.75-195 MG ORAL
- RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG ORAL

Detalles

Criterios	La reclamación pagará automáticamente para Rytary si el afiliado tiene una reclamación pagada por al menos un suministro de un día de cualquier combinación de carbidopa/levodopa. De lo contrario, Rytary requiere una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) Historial de respuesta inadecuada del tratamiento con cualquier combinación de carbidopa/levodopa, O (2) historial de eventos adversos con cualquier combinación de carbidopa/levodopa, O (3) cualquier combinación de carbidopa/levodopa, está contraindicado.
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 21543 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 01/05/2021 Última Actualización: 20/04/2021

SGLT2

Productos Afectado

Nivel 2:

- FARXIGA TABLET 10 MG ORAL
- FARXIGA TABLET 5 MG ORAL
- JARDIANCE TABLET 10 MG ORAL
- JARDIANCE TABLET 25 MG ORAL
- SYNJARDY TABLET 12.5-1000 MG ORAL
- SYNJARDY TABLET 12.5-500 MG ORAL
- SYNJARDY TABLET 5-1000 MG ORAL
- SYNJARDY TABLET 5-500 MG ORAL
- SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG ORAL
- SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG ORAL
- SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG ORAL
- SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-500 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-500 MG ORAL

Detalles

Criterios	El reclamo pagará de forma automática por Farxiga, Jardiance, Synjardy o Xigduo si el afiliado tiene un reclamo pagado para un suministro de al menos 1 día de metformina o cualquier otro producto combinado con metformina. De lo contrario, para Farxiga, Jardiance, Synjardy o Xigduo se necesita una solicitud de excepción para una terapia escalonada, que indique: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con metformina o cualquier otro producto combinado con metformina, O (2) historia de reacción adversa con metformina o cualquier otro producto combinado con metformina, O (3) la metformina o cualquier otro producto combinado con metformina están contraindicados. Se puede autorizar Farxiga, Xigduo si el paciente tiene insuficiencia cardíaca o si el paciente tiene diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular establecida o múltiples factores de riesgo cardiovascular para reducir el riesgo de una hospitalización por insuficiencia cardíaca. Se puede autorizar Jardiance, Synjardy si se usa para reducir el riesgo de reacciones cardiovasculares adversas mayores o el riesgo de hospitalizaciones en adultos con diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular establecida
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 21543 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 01/05/2021 Última Actualización: 20/04/2021

SOLQUA

Productos Afectado

Nivel 2:

- SOLIQUA SOLUTION PEN-INJECTOR
100-33 UNT-MCG/ML
SUBCUTANEOUS

Detalles

Criterios	El reclamo pagará automáticamente por Soliqua si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de un día de Lantus o Toujeo. De lo contrario, Soliqua requiere una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) Historial de respuesta inadecuada al tratamiento con Lantus o Toujeo, O (2) Historial de eventos adversos con Lantus o Toujeo, O (3) Lantus o Toujeo están contraindicados.
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 21543 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 01/05/2021 Última Actualización: 20/04/2021

TOPICAL ANTI-INFLAMMATORY

Productos Afectado

Nivel 2:

- *pimecrolimus cream 1 % external*
- *tacrolimus ointment 0.03 % external*
- *tacrolimus ointment 0.1 % external*

Detalles

Criterios	El reclamo pagará automáticamente por Pimecrolimus o Tacrolimus si el afiliado tiene un reclamo pagado por un suministro de al menos 1 día de cualquier corticosteroide tópico del formulario. De lo contrario, Pimecrolimus o Tacrolimus requieren una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) historial de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquier corticosteroide tópico en el formulario, O (2) historial de eventos adversos con cualquier corticosteroide tópico en el formulario, O (3) cualquier corticosteroides tópico en el formulario está contraindicado.
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 21543 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 01/05/2021 Última Actualización: 20/04/2021

Listado alfabético

C

celecoxib capsule 100 mg oral.....	2
celecoxib capsule 200 mg oral.....	2
celecoxib capsule 400 mg oral.....	2
celecoxib capsule 50 mg oral.....	2

D

DEXILANT CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG ORAL.....	3
DEXILANT CAPSULE DELAYED RELEASE 60 MG ORAL.....	3
DIFICID TABLET 200 MG ORAL	4
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG ORAL	1
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG ORAL	1
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG ORAL	1
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 60 MG ORAL	1

F

FARXIGA TABLET 10 MG ORAL	6
FARXIGA TABLET 5 MG ORAL	6
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG ORAL ...	1
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG ORAL	1
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG ORAL	1
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 80 MG ORAL	1
FETZIMA TITRATION CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG ORAL.....	1

J

JARDIANCE TABLET 10 MG ORAL.....	6
JARDIANCE TABLET 25 MG ORAL.....	6

P

pimecrolimus cream 1 % external.....	8
--------------------------------------	---

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 21543 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 01/05/2021 Última Actualización: 20/04/2021

R

RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG ORAL	5
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG ORAL	5
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 48.75-195 MG ORAL	5
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG ORAL	5

S

SOLIQUA SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML SUBCUTANEOUS.....	7
SYNJARDY TABLET 12.5-1000 MG ORAL.....	6
SYNJARDY TABLET 12.5-500 MG ORAL	6
SYNJARDY TABLET 5-1000 MG ORAL	6
SYNJARDY TABLET 5-500 MG ORAL..	6
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG ORAL.....	6
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG ORAL.....	6
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG ORAL.....	6
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL	6

T

tacrolimus ointment 0.03 % external	8
tacrolimus ointment 0.1 % external	8
TRINTELLIX TABLET 10 MG ORAL.....	1
TRINTELLIX TABLET 20 MG ORAL.....	1
TRINTELLIX TABLET 5 MG ORAL.....	1

V

VIIBRYD STARTER PACK KIT 10 & 20 MG ORAL	1
VIIBRYD TABLET 10 MG ORAL	1
VIIBRYD TABLET 20 MG ORAL	1

VIIBRYD TABLET 40 MG ORAL 1
X
 XIGDUO XR TABLET EXTENDED
 RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG
 ORAL..... 6
 XIGDUO XR TABLET EXTENDED
 RELEASE 24 HOUR 10-500 MG ORAL
 6

XIGDUO XR TABLET EXTENDED
 RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG
 ORAL..... 6
 XIGDUO XR TABLET EXTENDED
 RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
 6
 XIGDUO XR TABLET EXTENDED
 RELEASE 24 HOUR 5-500 MG ORAL 6

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 21543 – Versión 12

Fecha de Efectividad: 01/05/2021 Última Actualización: 20/04/2021