



MCS Classicare

2023 Formulario 2

(Criterios de Terapia Escalonada)

MCS Classicare Acceso (HMO-POS), MCS Classicare Activo (HMO), MCS Classicare CeroCeroCero (HMO C-SNP), MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Electrico (HMO), MCS Classicare En tu Casa (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Exacto (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Freedom (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare Intelicare (HMO), MCS Classicare Metro (HMO), MCS Classicare MAPD Group (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP); MCS Classicare Platino @Home (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Solido (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Total (HMO D-SNP)

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 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 plan HMO 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)。

Última Actualización: 11/21/2023



Terapia Escalonada

ANTIDEPRESSANTS

Productos Afectados

Nivel 2:

- 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

Detalles

Crterios
El reclamo pagará automáticamente por Fetzima o Trintellix si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro para 1 día de cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos de la lista de medicamentos cubiertos (formulario). De lo contrario, para Fetzima y Trintellix necesitan una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos de la lista de medicamentos cubiertos (formulario), O (2) antecedentes de eventos adversos con cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos del formulario, O (3) cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos del formulario están contraindicados.

DIFICID

Productos Afectados

Nivel 2:

- DIFICID TABLET 200 MG ORAL

Detalles

Criterios	El reclamo pagará automáticamente por Dificid, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de vancomycin. De lo contrario, para Dificid se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con Vancomycin O (2) historia de eventos adversos con Vancomycin O (3) Vancomycin está contraindicado.
------------------	--

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 23475 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023

NSAID

Productos Afectados

Nivel 2:

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

Detalles

Criterios	El reclamo pagará automáticamente por Celecoxib, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de cualquier NSAID genérico de la lista de medicamentos cubiertos. De lo contrario, para Celecoxib se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquier NSAID genérico de la lista de medicamentos cubiertos, (2) historia de eventos adversos con cualquier NSAID genérico de la lista de medicamentos cubiertos O (3) algún NSAID genérico de la lista de medicamentos cubiertos está contraindicado.
------------------	---

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 23475 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023

RYTARY

Productos Afectados

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	El reclamo pagará automáticamente por Rytary, si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de 1 día de cualquier combinación de carbidopa/levodopa. De lo contrario, para Rytary se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquier combinación de carbidopa/levodopa O (2) historia de eventos adversos con cualquier combinación de carbidopa/levodopa O (3) alguna combinación de carbidopa/levodopa está contraindicada.
------------------	---

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 23475 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023

SOLIQUA

Productos Afectados

Nivel 2:

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

Detalles

Criterios	El reclamo pagará Soliqua automáticamente si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos un suministro de un día de insuline glargine, Lantus o Toujeo. De lo contrario, para Soliqua se necesita una solicitud de excepción a la terapia gradual en la que se mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con insulín glargine, Lantus o Toujeo, O (2) historia de evento adverso con insulín gargine, Lantus o Toujeo, O (3) que insulín glargine, Lantus o Toujeo está contraindicado.
------------------	--

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 23475 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023

TOPICAL ANTI-INFLAMMATORY

Productos Afectados

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 al menos un suministro de 1 día de cualquier corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos. De lo contrario, para Pimecrolimus o Tacrolimus se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada que mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquier corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos O (2) historia de eventos adversos con cualquier corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos O (3) algún corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos está contraindicado.
------------------	--

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 23475 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023

Listado alfabético

C

celecoxib capsule 100 mg oral.....	3
celecoxib capsule 200 mg oral.....	3
celecoxib capsule 400 mg oral.....	3
celecoxib capsule 50 mg oral.....	3

D

DIFICID TABLET 200 MG ORAL	2
----------------------------------	---

F

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

P

pimecrolimus cream 1 % external.....	6
--------------------------------------	---

R

RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG ORAL	4
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG ORAL	4
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 48.75-195 MG ORAL	4
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG ORAL	4

S

SOLQUA SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML SUBCUTANEOUS.....	5
--	---

T

tacrolimus ointment 0.03 % external	6
tacrolimus ointment 0.1 % external	6
TRINTELLIX TABLET 10 MG ORAL.....	1
TRINTELLIX TABLET 20 MG ORAL.....	1
TRINTELLIX TABLET 5 MG ORAL.....	1

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 23475 – Versión 17

Fecha de Efectividad: 12/01/2023 Última Actualización 11/21/2023