



MCS Classicare

2024 Formulario 2

(Criterios de Terapia Escalonada)

MCS Classicare Del Caribe (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Exacto (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare Intelicare (HMO), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP), MCS Classicare MAPD Group (HMO-POS), MCS Classicare Platino Del Sur (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Maximo (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Progreso (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: 02/20/2024



Terapia Escalonada

ANTIDEPRESSANTS

Productos Afectado

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

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 24446 – Versión 9

Fecha de Efectividad: 03/01/2024 Última Actualización 02/20/2024

Detalles

Criterios	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 se necesita una solicitud de excepción a la terapia escalonada en la que se mencione: (1) historia de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos de lista de medicamentos cubiertos (formulario), O (2) antecedentes de eventos adversos con cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos de la lista de medicamentos cubiertos (formulario), O (3) cualquiera de los 2 antidepresivos genéricos de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) está contraindicado.
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 24446 – Versión 9

Fecha de Efectividad: 03/01/2024 Última Actualización 02/20/2024

DIFICID

Productos Afectado

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: 24446 – Versión 9

Fecha de Efectividad: 03/01/2024 Última Actualización 02/20/2024

NSAID

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	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 (formulario). 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 (formulario), O (2) historia de eventos adversos con cualquier NSAID genérico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario), O (3) algún NSAID genérico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) está contraindicado.
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 24446 – Versión 9

Fecha de Efectividad: 03/01/2024 Última Actualización 02/20/2024

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	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: 24446 – Versión 9

Fecha de Efectividad: 03/01/2024 Última Actualización 02/20/2024

SOLIQUA

Productos Afectado

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 para 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 escalonada 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: 24446 – Versión 9

Fecha de Efectividad: 03/01/2024 Última Actualización 02/20/2024

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 al menos un suministro de 1 día de cualquier corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario). 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 (formulario), O (2) historia de eventos adversos con cualquier corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) O (3) algún corticosteroide tópico de la lista de medicamentos cubiertos (formulario) está contraindicado.
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 24446 – Versión 9

Fecha de Efectividad: 03/01/2024 Última Actualización 02/20/2024

Listado alfabético

C

celecoxib capsule 100 mg oral.....	4
celecoxib capsule 200 mg oral.....	4
celecoxib capsule 400 mg oral.....	4
celecoxib capsule 50 mg oral.....	4

D

DIFICID TABLET 200 MG ORAL	3
----------------------------------	---

F

FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG ORAL	1, 2
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG ORAL .	1, 2
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG ORAL .	1, 2
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 80 MG ORAL .	1, 2
FETZIMA TITRATION CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG ORAL.....	1, 2

P

pimecrolimus cream 1 % external.....	7
--------------------------------------	---

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

SOLQUA SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML SUBCUTANEOUS.....	6
------------------------------------------------------------------------	---

T

tacrolimus ointment 0.03 % external	7
tacrolimus ointment 0.1 % external	7
TRINTELLIX TABLET 10 MG ORAL.	1, 2
TRINTELLIX TABLET 20 MG ORAL.	1, 2
TRINTELLIX TABLET 5 MG ORAL...	1, 2

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 24446 – Versión 9

Fecha de Efectividad: 03/01/2024 Última Actualización 02/20/2024