



MCS Classicare

2025 Formulario 2

(Criterios de Terapia Escalonada)

MCS Classicare Del Caribe (HMO), MCS Classicare Exacto (HMO), MCS Classicare Excede (HMO), MCS Classicare Efectivo (HMO), MCS Classicare En Tu Hogar (HMO), MCS Classicare Essential (HMO-POS), MCS Classicare Firme (HMO), MCS Classicare Hero (HMO), MCS Classicare InteliCare (HMO), MCS Classicare MA-PD Grupo (HMO-POS), MCS Classicare Primero (HMO C-SNP), MCS Classicare Platino Ideal (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino MásCa\$h (HMO D-SNP), MCS Classicare Platino Máximo (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)。



Logo de Medicare Platino: Autorizado por la Oficina del Contralor Electoral OCE-SA_2024-01715

Última Actualización: 09/26/2024

H5577_2960824_C

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

Criterios de Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 2 – Formulario ID: 25511

Fecha de Efectividad: 01/01/2025 Última Actualización: 09/26/2024

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) historia 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.
------------------	---

Criterios de Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 2 – Formulario ID: 25511

Fecha de Efectividad: 01/01/2025 Última Actualización: 09/26/2024

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.
------------------	--

Criterios de Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 2 – Formulario ID: 25511

Fecha de Efectividad: 01/01/2025 Última Actualización: 09/26/2024

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 (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.
------------------	--

Criterios de Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 2 – Formulario ID: 25511

Fecha de Efectividad: 01/01/2025 Última Actualización: 09/26/2024

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.
------------------	---

Criterios de Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 2 – Formulario ID: 25511

Fecha de Efectividad: 01/01/2025 Última Actualización: 09/26/2024

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 para al menos un suministro de un día de insulina 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 insulina glargine, Lantus o Toujeo, O (2) historia de evento adverso con insulina glargine, Lantus o Toujeo, O (3) que la insulina glargine, Lantus o Toujeo está contraindicada.
------------------	---

Criterios de Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 2 – Formulario ID: 25511

Fecha de Efectividad: 01/01/2025 Última Actualización: 09/26/2024

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 (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.
------------------	---

Criterios de Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 2 – Formulario ID: 25511

Fecha de Efectividad: 01/01/2025 Última Actualización: 09/26/2024

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

Criterios de Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 2 – Formulario ID: 25511

Fecha de Efectividad: 01/01/2025 Última Actualización: 09/26/2024