



Anejo del Formulario 3 para Medicamentos Recetados de MCS Classicare 2025

Este documento le ofrece un resumen sobre los cambios que sufrió el Formulario 1 de Medicamentos Recetados de enero 2025 a febrero 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 1 de Medicamentos Recetados.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Augtyro Capsule 160 MG Oral	Nivel 5 + 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	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Cobenfy Capsule 125-30 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Cobenfy Capsule 50-20 MG Oral	Nivel 5 + 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	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Dasatinib Tablet 100 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Dasatinib Tablet 140 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Dasatinib Tablet 20 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 90 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Dasatinib Tablet 50 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Dasatinib Tablet 70 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Dasatinib Tablet 80 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Descovy Tablet 120-15 MG Oral	Nivel 5	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Descovy Tablet 200-25 MG Oral	Nivel 5	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025

H5577_3010824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
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	Nivel 2	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
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

H5577_3010824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Fintepla Solution 2.2 MG/ML Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Gallifrey Tablet 5 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Hadlima PushTouch Solution Auto-Injector 40 MG/0.4ML Subcutaneous	Nivel 5 + 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	Nivel 5 + 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	Nivel 5 + 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	Nivel 5 + Límite de cantidad 6/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
HYDROcodone-Acetaminophen Solution 10-325 MG/15ML Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 2700	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Itovebi Tablet 3 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Itovebi Tablet 9 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Lazcluze Tablet 240 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Lazcluze Tablet 80 MG Oral	Nivel 5 + 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	Nivel 2 + Límite de cantidad 540 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Levalbuterol HCl Nebulization Solution 0.63 MG/3ML Inhalation	Nivel 2 + Límite de cantidad 540 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Levalbuterol HCl Nebulization Solution 1.25 MG/0.5ML Inhalation	Nivel 2 + Límite de cantidad 540 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Levalbuterol HCl Nebulization Solution 1.25 MG/3ML Inhalation	Nivel 2 + 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	Nivel 5 + 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Menest Tablet 2.5 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Nicotrol Inhaler 10 MG Inhalation	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	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 20-12.5 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Quinapril-hydroCHLOROthiazide Tablet 20-25 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Rinvoq LQ Solution 1 MG/ML Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 360 + Pre Autorización	CMS Approved Addition	Not Apply	02.01.2025

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
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	Nivel 5 + 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	Nivel 5 + Límite de cantidad 6/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
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, Nivel 5 + 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, Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	02.01.2025

H5577_3010824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Sprycel Tablet 70 MG Oral	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	dasatinib tablet 70 mg oral, Nivel 5 + 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, Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	02.01.2025
Tazarotene Cream 0.05 % External	Nivel 2 + 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, Nivel 2 + Pre Autorización	02.01.2025
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	Nivel 5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Tremfya Solution Prefilled Syringe 200 MG/2ML Subcutaneous	Nivel 5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025

H5577_3010824_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
TRI-NYMYO 28 DAY PACK	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Voranigo Tablet 10 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2025
Voranigo Tablet 40 MG Oral	Nivel 5 + 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

Más adelante usted encontrará algunas definiciones que le ayudarán a entender los cambios realizados en Formulario 1 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_3010824_C