



Anejo del Formulario 2 para Medicamentos Recetados de MCS Classicare 2024

Este documento le ofrece un resumen sobre los cambios que sufrió el Formulario 2 de Medicamentos Recetados de enero a mayo 2024.

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 2 de Medicamentos Recetados.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Abrysvo Solution Reconstituted 120 MCG/0.5ML Intramuscular	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
AmBisome Suspension Reconstituted 50 MG Intravenous	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	amphotericin b liposome suspension reconstituted 50 mg intravenous, BvD	01.01.2024
Amphotericin B Liposome Suspension Reconstituted 50 MG Intravenous	BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Arexvy Suspension Reconstituted 120 MCG/0.5ML Intramuscular	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Austedo XR Patient Titration Tablet Extended Release Therapy Pack 6 & 12 & 24 MG Oral	Límite de cantidad 42/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Cosentyx UnoReady Solution Auto-Injector 300 MG/2ML Subcutaneous	Límite de cantidad 8/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Daybue Solution 200 MG/ML Oral	Límite de cantidad 3600 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Flovent Diskus Aerosol Powder Breath Activated 100 MCG/ACT Inhalation	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Flovent Diskus Aerosol Powder Breath Activated 250 MCG/ACT Inhalation	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Flovent Diskus Aerosol Powder Breath Activated 50 MCG/ACT Inhalation	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Haloette Ring 0.12-0.015 MG/24HR Vaginal	Límite de cantidad 1/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Multiple Electro Type 1 pH 5.5 Solution Intravenous	BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Plasma-Lyte 148 Solution Intravenous	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	multiple electro type 1 ph 5.5 solution intravenous, BvD	01.01.2024

H5577_2460723_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Spiriva HandiHaler Capsule 18 MCG Inhalation	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	tiotropium bromide monohydrate capsule 18 mcg inhalation, Límite de cantidad 30	01.01.2024
Talzenna Capsule 0.1 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Talzenna Capsule 0.35 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Tiotropium Bromide Monohydrate Capsule 18 MCG Inhalation	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Vigadrone Tablet 500 MG Oral	Límite de cantidad 180 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Zejula Tablet 100 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Zejula Tablet 200 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Zejula Tablet 300 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2024
Alphagan P Solution 0.1 % Ophthalmic	No en Formulario	Mejora Aprobada por CMS	brimonidine tartrate solution 0.1 % ophthalmic	02.01.2024
Breo Ellipta Aerosol Powder Breath Activated 50-25 MCG/INH Inhalation	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024

H5577_2460723_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Brimonidine Tartrate Solution 0.1 % Ophthalmic	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Ciprofloxacin HCl Tablet 100 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Clindamycin Phosphate Solution 300 MG/2ML Injection	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
cycloSPORINE Emulsion 0.05 % Ophthalmic	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
EnilloRing Ring 0.12-0.015 MG/24HR Vaginal	Límite de cantidad 1/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Fruzaqla Capsule 1 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Fruzaqla Capsule 5 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Fulphila Solution Prefilled Syringe 6 MG/0.6ML Subcutaneous	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
HumaLOG Tempo Pen Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 40	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Insulin Glargine Solostar Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 40	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Insulin Glargine Solution 100 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 40	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Lagevrio Capsule 200 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Lithium Solution 8 MEQ/5ML Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Nevirapine ER Tablet Extended Release 24 Hour 100 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Ojjaara Tablet 100 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Ojjaara Tablet 150 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Ojjaara Tablet 200 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Olopatadine HCl Solution 0.1 % Ophthalmic	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Paxlovid (150/100) Tablet Therapy Pack 10 x 150 MG & 10 x 100MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Paxlovid (300/100) Tablet Therapy Pack 20 x 150 MG & 10 x 100MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024

H5577_2460723_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Sohonos Capsule 1 MG Oral	Límite de cantidad 28/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Sohonos Capsule 1.5 MG Oral	Límite de cantidad 56/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Sohonos Capsule 10 MG Oral	Límite de cantidad 56/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Sohonos Capsule 2.5 MG Oral	Límite de cantidad 28/28 +Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Sohonos Capsule 5 MG Oral	Límite de cantidad 28/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 10-1000 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 12.5-1000 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 25-1000 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 5-1000 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Synribo Solution Reconstituted 3.5 MG Subcutaneous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Truqap Tablet 160 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Truqap Tablet 200 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Vanflyta Tablet 17.7 MG Oral	Límite de cantidad 56/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Vanflyta Tablet 26.5 MG Oral	Límite de cantidad 56/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Viibryd Starter Pack KIT 10 & 20 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Xdemvy Solution 0.25 % Ophthalmic	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Zurzuva Capsule 20 MG Oral	Límite de cantidad 28/14 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Zurzuva Capsule 25 MG Oral	Límite de cantidad 28/14 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Zurzuva Capsule 30 MG Oral	Límite de cantidad 14/14 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2024
Accutane Capsule 30 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2024

H5577_2460723_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Akeega Tablet 100-500 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2024
Akeega Tablet 50-500 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2024
Augtyro Capsule 40 MG Oral	Límite de cantidad 240 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2024
Kalydeco Packet 5.8 MG Oral	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2024
Ogsiveo Tablet 50 MG Oral	Límite de cantidad 180 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2024
Vigpoder Packet 500 MG Oral	Límite de cantidad 180 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2024
Zenpep Capsule Delayed Release Particles 60000-189600 UNIT Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2024
Adalimumab-adbm (2 Pen) Auto-Injector Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Adalimumab-adbm (2 Syringe) Prefilled Syringe Kit 10 MG/0.2ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Adalimumab-adbm (2 Syringe) Prefilled Syringe Kit 20 MG/0.4ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2/28 +Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Adalimumab-adbm (2 Syringe) Prefilled Syringe Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous	Límite de cantidad 6/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Adalimumab-adbm(CD/UC/HS Strt) Auto-Injector Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous	Límite de cantidad 6/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Adalimumab-adbm(Ps/UV Starter) Auto-Injector Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous	Límite de cantidad 4/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Amjevita Solution Auto-Injector 40 MG/0.4ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Amjevita Solution Auto-Injector 80 MG/0.8ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Amjevita Solution Prefilled Syringe 40 MG/0.4ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Amjevita-Ped 15kg to <30kg Solution Prefilled Syringe 20 MG/0.2ML Subcutaneous	Límite de cantidad 2/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Bosulif Capsule 100 MG Oral	Límite de cantidad 180 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Bosulif Capsule 50 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
HumaLOG Mix 50/50 SUSPENSION (50-50) 100 UNIT/ML Subcutaneous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024

H5577_2460723_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Humira-CD/UC/HS Starter Pen-Injector Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Iwilfin Tablet 192 MG Oral	Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Mayzent Starter Pack Tablet Therapy Pack 12 x 0.25 MG Oral	Límite de cantidad 210 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Na Sulfate-K Sulfate-Mg Sulf Solution 17.5-3.13-1.6 GM/177ML Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Paromomycin Sulfate Capsule 250 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Penbraya Suspension Reconstituted Intramuscular	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Ramelteon Tablet 8 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 10-1000 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 12.5-1000 MG Oral	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 25-1000 MG Oral	Límite de cantidad 30	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Synjardy XR Tablet Extended Release 24 Hour 5-1000 MG Oral	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Temazepam Capsule 22.5 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Temazepam Capsule 7.5 MG Oral	Límite de cantidad 30 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Xalkori Capsule Sprinkle 150 MG Oral	Límite de cantidad 180 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Xalkori Capsule Sprinkle 20 MG Oral	Límite de cantidad 240 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Xalkori Capsule Sprinkle 50 MG Oral	Límite de cantidad 120 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Zilbrysq Solution Prefilled Syringe 23 MG/0.574ML Subcutaneous	Límite de cantidad 16.072/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Zilbrysq Solution Prefilled Syringe 32.4 MG/0.81ML Subcutaneous	Límite de cantidad 22.68/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2024
Emcyt CAPSULE 140 MG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Heather Tablet 0.35 MG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024

H5577_2460723_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Insulin Glargine Max SoloStar Solution Pen-Injector 300 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 40	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Insulin Glargine Solostar Solution Pen-Injector 300 UNIT/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 40	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Jentaducto Tablet 2.5-850 MG Oral	Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Joenja Tablet 70 MG Oral	Límite de cantidad 60 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Levo-T Tablet 100 MCG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Levo-T TABLET 112 MCG ORAL	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Levo-T Tablet 125 MCG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Levo-T TABLET 137 MCG ORAL	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Levo-T TABLET 150 MCG ORAL	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Levo-T TABLET 175 MCG ORAL	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024

H5577_2460723_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Levo-T TABLET 200 MCG ORAL	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Levo-T Tablet 25 MCG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Levo-T TABLET 300 MCG ORAL	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Levo-T Tablet 50 MCG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Levo-T Tablet 75 MCG Oral	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Levo-T TABLET 88 MCG ORAL	Mejora al Formulario	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
miFEPRIStone Tablet 300 MG Oral	Límite de cantidad 120 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Rivfloza Solution 80 MG/0.5ML Subcutaneous	Límite de cantidad .5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Rivfloza Solution Prefilled Syringe 128 MG/0.8ML Subcutaneous	Límite de cantidad .8 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Rivfloza Solution Prefilled Syringe 160 MG/ML Subcutaneous	Límite de cantidad 1 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024

H5577_2460723_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Rozlytrek Packet 50 MG Oral	Límite de cantidad 360 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Trientine HCl Capsule 500 MG Oral	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Xolair Solution Auto-Injector 150 MG/ML Subcutaneous	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Xolair Solution Auto-Injector 300 MG/2ML Subcutaneous	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Xolair Solution Auto-Injector 75 MG/0.5ML Subcutaneous	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024
Xolair Solution Prefilled Syringe 300 MG/2ML Subcutaneous	Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2024

Más adelante usted encontrará algunas definiciones que le ayudarán a entender los cambios realizados en Formulario 2 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

H5577_2460723_C

(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.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

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).

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)。

