



# 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: 04/18/2024



## 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 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.

# DIFICID

---

## Productos Afectados

### Nivel 2:

- DIFICID TABLET 200 MG ORAL

## Detalles

---

<b>Criterios</b>	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 11

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización 04/18/2024

# 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

---

<b>Criterios</b>	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 11

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización 04/18/2024

# 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.
-----------	---

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 24446 – Versión 11

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización 04/18/2024

# SOLIQUA

---

## Productos Afectados

### Nivel 2:

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

## Detalles

---

<b>Criterios</b>	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 11

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización 04/18/2024

# TOPICAL ANTI-INFLAMMATORY

---

## Productos Afectados

### Nivel 2:

- *pimecrolimus cream 1 % external*
- *tacrolimus ointment 0.03 % external*
- *tacrolimus ointment 0.1 % external*

## Detalles

---

<b>Criterios</b>	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 11

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización 04/18/2024

## 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: 24446 – Versión 11

Fecha de Efectividad: 05/01/2024 Última Actualización 04/18/2024