



Anejo del Formulario 1 para Medicamentos Recetados de MCS Classicare 2021

Este documento le ofrece un resumen sobre los cambios que sufrió el Formulario 1 de Medicamentos Recetados de enero 2021 a enero 2021.

Como usted sabe, 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 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
Aminosyn II Solution 10 % Intravenous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Aptiom TABLET 200 MG ORAL	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Aptiom TABLET 400 MG ORAL	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Aptiom TABLET 800 MG ORAL	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Budesonide-Formoterol Fumarate Aerosol 160-4.5 MCG/ACT Inhalation	Nivel 2 + Límite de cantidad 11	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Budesonide-Formoterol Fumarate Aerosol 80-4.5 MCG/ACT Inhalation	Nivel 2 + Límite de cantidad 11	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Deferiprone Tablet 500 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Desogestrel-Ethinyl Estradiol Tablet 0.15-30 MG-MCG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Dexamethasone Intensol Concentrate 1 MG/ML Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Dextrose-NaCl Solution 5-0.225 % Intravenous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Dicyclomine HCl Capsule 10 MG Oral	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Dicyclomine HCl Solution 10 MG/5ML Oral	Nivel 2	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Dicyclomine HCl Tablet 20 MG Oral	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Dimethyl Fumarate Capsule Delayed Release 120 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Dimethyl Fumarate Capsule Delayed Release 240 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Dojolvi Liquid 100 % Oral	Nivel 5 + Pre Autorización + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Doxazosin Mesylate Tablet 1 MG Oral	Nivel 1 + Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Doxazosin Mesylate Tablet 2 MG Oral	Nivel 1 + Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Doxazosin Mesylate Tablet 4 MG Oral	Nivel 1 + Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Duavee TABLET 0.45-20 MG ORAL	Nivel 4	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Dupixent Solution Pen-Injector 300 MG/2ML Subcutaneous	Nivel 5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Emtricitabine Capsule 200 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Enbrel Solution 25 MG/0.5ML Subcutaneous	Nivel 5 + Límite de cantidad 8/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Enspryng Solution Prefilled Syringe 120 MG/ML Subcutaneous	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Twice Weekly 0.025 MG/24HR Transdermal	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Twice Weekly 0.0375 MG/24HR Transdermal	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Twice Weekly 0.05 MG/24HR Transdermal	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Estradiol Patch Twice Weekly 0.075 MG/24HR Transdermal	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Twice Weekly 0.1 MG/24HR Transdermal	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Weekly 0.025 MG/24HR Transdermal	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Weekly 0.0375 MG/24HR Transdermal	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Weekly 0.05 MG/24HR Transdermal	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Weekly 0.06 MG/24HR Transdermal	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Weekly 0.075 MG/24HR Transdermal	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Patch Weekly 0.1 MG/24HR Transdermal	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Tablet 0.5 MG Oral	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Tablet 1 MG Oral	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol Tablet 2 MG Oral	Nivel 1	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol-Norethindrone Acet Tablet 0.5-0.1 MG Oral	Nivel 2	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Estradiol-Norethindrone Acet Tablet 1-0.5 MG Oral	Nivel 2	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Evrydsi Solution Reconstituted 0.75 MG/ML Oral	Nivel 5 + Pre Autorización + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021

H5577_258S0920_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Ferriprox Tablet 500 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	deferiprone tableta 500 mg oral, Nivel 5 + Pre Autorización	01.01.2021
Fintepla Solution 2.2 MG/ML Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Fondaparinux Sodium Solution 2.5 MG/0.5ML Subcutaneous	Nivel 2 + Límite de cantidad 14	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Fyavolv TABLET 1-5 MG-MCG ORAL	Nivel 2	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Gavreto Capsule 100 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Inqovi Tablet 35-100 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Jinteli TABLET 1-5 MG-MCG Oral	Nivel 2	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
IamoTRlgine Kit 25 & 50 & 100 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Lovastatin Tablet 10 MG Oral	Nivel 1 + Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Lovastatin Tablet 20 MG Oral	Nivel 1 + Límite de cantidad 60	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
MenQuadfi Injectable Intramuscular	Nivel 3	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Menest Tablet 0.3 MG Oral	Nivel 4	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Menest TABLET 0.625 MG ORAL	Nivel 4	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Menest Tablet 1.25 MG Oral	Nivel 4	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Nivestym Solution 300 MCG/ML Injection	Nivel 4 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Nivestym Solution 480 MCG/1.6ML Injection	Nivel 4 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Nivestym Solution Prefilled Syringe 300 MCG/0.5ML Injection	Nivel 4 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Nivestym Solution Prefilled Syringe 480 MCG/0.8ML Injection	Nivel 4 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Norethindrone-Eth Estradiol Tablet 1-5 MG-MCG Oral	Nivel 2	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Normosol-R SOLUTION Intravenous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Premarin Tablet 0.3 MG Oral	Nivel 3	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Premarin Tablet 0.45 MG Oral	Nivel 3	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Premarin Tablet 0.625 MG Oral	Nivel 3	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Premarin TABLET 0.9 MG Oral	Nivel 3	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Premarin Tablet 1.25 MG Oral	Nivel 3	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Premphase Tablet 0.625-5 MG Oral	Nivel 3	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Prempro TABLET 0.3-1.5 MG ORAL	Nivel 3	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Prempro TABLET 0.45-1.5 MG ORAL	Nivel 3	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Prempro Tablet 0.625-2.5 MG Oral	Nivel 3	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Prempro TABLET 0.625-5 MG ORAL	Nivel 3	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Rukobia Tablet Extended Release 12 Hour 600 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Scopolamine Patch 72 Hour 1 MG/3DAYS Transdermal	Nivel 2	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Sirturo Tablet 20 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Sylatron KIT 200 MCG Subcutaneous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Sylatron KIT 300 MCG Subcutaneous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Tivicay PD Tablet Soluble 5 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 360	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Transderm-Scop (1.5 MG) Patch 72 Hour 1 MG/3DAYS Transdermal	Nivel 3	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Trulicity Solution Pen-injector 0.75 MG/0.5ML Subcutaneous	Nivel 3 + Límite de cantidad 2/28	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Trulicity Solution Pen-injector 1.5 MG/0.5ML Subcutaneous	Nivel 3 + Límite de cantidad 2/28	Mejora Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021

H5577_258S0920_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Trulicity Solution Pen-Injector 3 MG/0.5ML Subcutaneous	Nivel 3 + Límite de cantidad 2/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Trulicity Solution Pen-Injector 4.5 MG/0.5ML Subcutaneous	Nivel 3 + Límite de cantidad 2/28	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Xpovio (40 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Xpovio (40 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Xpovio (60 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021
Zostavax SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML Subcutaneous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2021

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). 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 producto 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)。