



Anejo del Formulario 2 para Medicamentos Recetados de MCS Classicare 2020

Este documento le ofrece un resumen sobre los cambios que sufrió el Formulario 2 de Medicamentos Recetados de Enero 2020 a Mayo 2020.

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 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 2 de Medicamentos Recetados.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Abilify MyCite Tablet 10 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 +Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Abilify MyCite Tablet 15 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 +Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Abilify MyCite Tablet 2 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Abilify MyCite Tablet 20 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 +Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Abilify MyCite Tablet 30 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 +Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Abilify MyCite Tablet 5 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Avonex Kit 30 MCG Intramuscular	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Bivigam Solution 10 GM/100ML Intravenous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Cefixime Capsule 400 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Corlanor Solution 5 MG/5ML Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 300 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
DiazePAM GEL 2.5 MG RCT	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
DiazePAM GEL 10 MG RCT	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Enbrel Mini Solution Cartridge 50 MG/ML Subcutaneous	Nivel 5 + Límite de cantidad 8.2/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Ery-Tab Tablet Delayed Release 250 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	erythromycin base tablet delayed release 250 mg oral, Nivel 2	01.01.2020
Ery-Tab Tablet Delayed Release 333 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	erythromycin base tablet delayed release 333 mg oral, Nivel 2	01.01.2020
Ery-Tab Tablet Delayed Release 500 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	erythromycin base tablet delayed release 500 mg oral, Nivel 2	01.01.2020
Erythromycin Base Tablet Delayed Release 250 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Erythromycin Base Tablet Delayed Release 333 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Erythromycin Base Tablet Delayed Release 500 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Febuxostat Tablet 40 MG Oral	Nivel 2 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Febuxostat Tablet 80 MG Oral	Nivel 2 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Inrebic Capsule 100 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Inveltys Suspension 1 % Ophthalmic	Nivel 4	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Jolivette Tablet 0.35 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Lyrica Capsule 100 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	pregabalin capsule 100 mg oral, Nivel 2 + Límite de cantidad 90	01.01.2020
Lyrica Capsule 150 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	pregabalin capsule 150 mg oral, Nivel 2 +Límite de cantidad 60	01.01.2020
Lyrica Capsule 200 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	pregabalin capsule 200 mg oral, Nivel 2 + Límite de cantidad 90	01.01.2020
Lyrica Capsule 225 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	pregabalin capsule 225 mg oral, Nivel 2 + Límite de cantidad 60	01.01.2020
Lyrica Capsule 25 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	pregabalin capsule 25 mg oral, Nivel 2 + Límite de cantidad 60	01.01.2020
Lyrica Capsule 300 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	pregabalin capsule 300 mg oral, Nivel 2 + Límite de cantidad 60	01.01.2020
Lyrica Capsule 50 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	pregabalin capsule 50 mg oral, Nivel 2 + Límite de cantidad 90	01.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Lyrica Capsule 75 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	pregabalin capsule 75 mg oral, Nivel 2 + Límite de cantidad 60	01.01.2020
Lyrica Solution 20 MG/ML Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	pregabalin solution 20 mg/ml oral, Nivel 2 + Límite de cantidad 900	01.01.2020
Mavyret Tablet 100-40 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 84/365 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Mayzent Tablet 0.25 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 210 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Mayzent Tablet 2 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 +Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Midazolam INJ 10MG/10ML	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Midazolam INJ 10MG/2ML	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Midazolam INJ 2MG/2ML	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Midazolam INJ 5MG/5ML	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Midazolam INJ 5MG/ML	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
MonoNessa Tablet 0.25-35 MG-MCG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Nubeqa Tablet 300 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Picato GEL 0.015 % EXTERNAL	Nivel 3	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Picato GEL 0.05 % EXTERNAL	Nivel 3	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Pregabalin Capsule 100 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 90	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Pregabalin Capsule 150 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Pregabalin Capsule 200 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 90	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Pregabalin Capsule 225 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Pregabalin Capsule 25 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Pregabalin Capsule 300 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Pregabalin Capsule 50 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 90	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Pregabalin Capsule 75 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Pregabalin Solution 20 MG/ML Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 900	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020

H5577_064S0819_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Rhopressa Solution 0.02 % Ophthalmic	Nivel 3	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Rinvoq Tablet Extended Release 24 Hour 15 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Rocklatan Solution 0.02-0.005 % Ophthalmic	Nivel 3	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Skyrizi (150 MG Dose) Prefilled Syringe Kit 75 MG/0.83ML Subcutaneous	Nivel 5 + Límite de cantidad 8/28 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Sotalol HCl (AF) TABLET 80 MG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Sotalol HCl (AF) TABLET 160 MG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Suprax Capsule 400 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	cefixime capsule 400 mg oral, Nivel 2	01.01.2020
Symjepi Solution Prefilled Syringe 0.15 MG/0.3ML Injection	Nivel 3 + Límite de cantidad 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Symjepi Solution Prefilled Syringe 0.3 MG/0.3ML Injection	Nivel 3 + Límite de cantidad 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Theophylline ER Tablet Extended Release 12 Hour 100 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Theophylline ER Tablet Extended Release 12 Hour 200 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
TOLAZamide Tablet 250 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
TOLAZamide Tablet 500 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Turalio Capsule 200 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Uloric Tablet 40 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	febuxostat tablet 40 mg oral, Nivel 2 + Pre Autorización Inicio de Terapia	01.01.2020
Uloric Tablet 80 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	febuxostat tablet 80 mg oral, Nivel 2 + Pre Autorización Inicio de Terapia	01.01.2020
Xpovio (100 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Xpovio (60 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Xpovio (80 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Xpovio (80 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2020
Clarinet Syrup 0.5 MG/ML Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Dextrose-NaCl SOLUTION 5-0.33 % Intravenous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 20 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 60 + Terapia Escalonada Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 30 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 60 + Terapia Escalonada Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 40 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 60 + Terapia Escalonada Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 60 MG Oral	Nivel 4 + Límite de cantidad 60 + Terapia Escalonada Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Esomeprazole Strontium CAPSULE DELAYED RELEASE 49.3 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
GaviLyte-G SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Glatiramer Acetate Solution Prefilled Syringe 20 MG/ML Subcutaneous	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Glatiramer Acetate Solution Prefilled Syringe 40 MG/ML Subcutaneous	Nivel 5 + Límite de cantidad 12/28 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
KCl in Dextrose-NaCl Solution 20-5-0.33 MEQ/L-%-% Intravenous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Mavyret Tablet 100-40 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Methyclothiazide Tablet 5 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Metoprolol Tartrate Tablet 37.5 MG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Metoprolol Tartrate Tablet 75 MG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Nadolol-Bendroflumethiazide Tablet 40-5 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Nayzilam Solution 5 MG/0.1ML Nasal	Nivel 4	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Oxervate Solution 0.002 % Ophthalmic	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Rebetol Solution 40 MG/ML Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Sofosbuvir-Velpatasvir Tablet 400-100 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Tiadyt ER Capsule Extended Release 24 Hour 360 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Vosevi TABLET 400-100- 100 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Zykadia CAPSULE 150 MG ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	02.01.2020
Afinitor Tablet 2.5 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	everolimus tablet 2.5 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	03.01.2020
Afinitor Tablet 5 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	everolimus tablet 5 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 120 + Pre Autorización Inicio de Terapia	03.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Afinitor Tablet 7.5 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	everolimus tablet 7.5 mg oral, Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Pre Autorización Inicio de Terapia	03.01.2020
Apriso Capsule Extended Release 24 Hour 0.375 GM Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	mesalamine er capsule extended release 24 hour 0.375 gm oral, Nivel 2 + Límite de cantidad 120	03.01.2020
Assure ID Insulin Safety Syr 29G X 1/2" 1 ML	Nivel 3 + Límite de cantidad 120	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Brukinsa Capsule 80 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Carafate Suspension 1 GM/10ML Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	sucralfate suspension 1 gm/10ml oral, Nivel 4	03.01.2020
Ciprofloxacin SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%) ORAL	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Comfort Assist Insulin Syringe 29G X 1/2" 1 ML	Nivel 3 + Límite de cantidad 120	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Esbriet Tablet 267 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020

H5577_064S0819_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Everolimus Tablet 2.5 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Prior Authorization New Starters	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Everolimus Tablet 5 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 120 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Everolimus Tablet 7.5 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60 + Prior Authorization New Starters	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Exel Comfort Point Pen Needle 29G X 12MM	Nivel 3 + Límite de cantidad 120	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Isentress Tablet 400 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 60	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Isosorbide Dinitrate ER Tablet Extended Release 40 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Isosorbide Dinitrate Tablet 40 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Mesalamine ER Capsule Extended Release 24 Hour 0.375 GM Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 120	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Namenda XR Titration Pack CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7 & 14 & 21 & 28 MG Oral	Nivel 3	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Nebupent Solution Reconstituted 300 MG Inhalation	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	pentamidine isethionate solution reconstituted 300 mg inhalation, Nivel 4 + BvD	03.01.2020
Nitrofurantoin Macrocrystal Capsule 100 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 120	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Nitrofurantoin Macrocrystal Capsule 25 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 480	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Nitrofurantoin Macrocrystal Capsule 50 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 240	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Nitrofurantoin Monohyd Macro Capsule 100 MG Oral	Nivel 2 + Límite de cantidad 240	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Noxafil Tablet Delayed Release 100 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	posaconazole tablet delayed release 100 mg oral, Nivel 5 + Pre Autorización	03.01.2020
Pentam Solution Reconstituted 300 MG Injection	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	pentamidine isethionate solution reconstituted 300 mg injection, Nivel 4 + BvD	03.01.2020
Pentamidine Isethionate Solution Reconstituted 300 MG Inhalation	Nivel 4 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Pentamidine Isethionate Solution Reconstituted 300 MG Injection	Nivel 4 + BvD	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Preferred Plus Insulin Syringe 28G X 1/2" 0.5 ML	Nivel 3 + Límite de cantidad 120	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Reli-On Insulin Syringe 29G 0.3 ML	Nivel 3 + Límite de cantidad 120	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Repaglinide-metFORMIN HCl Tablet 1-500 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Repaglinide-metFORMIN HCl Tablet 2-500 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Sucralfate Suspension 1 GM/10ML Oral	Nivel 4	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Terbinafine HCl Tablet 250 MG Oral	Nivel 1 + Límite de cantidad 120	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020
Travatan Z Solution 0.004 % Ophthalmic	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	travoprost (bak free) solution 0.004 % ophthalmic, Nivel 2 + Límite de cantidad 2.5/25	03.01.2020
Travoprost (BAK Free) Solution 0.004 % Ophthalmic	Nivel 2 + Límite de cantidad 2.5/25	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	03.01.2020

H5577_064S0819_C

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Ayvakit Tablet 100 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Ayvakit Tablet 200 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Ayvakit Tablet 300 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia + Acceso limitado	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
CVS Gauze Sterile PAD 2"X2"	Nivel 3	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Depen Titratabs Tablet 250 MG Oral	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	penicillamine tablet 250 mg oral, Nivel 2 + Pre Autorización Inicio de Terapia	04.01.2020
Dextroamphetamine Sulfate Solution 5 MG/5ML Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Diastat AcuDial Gel 10 MG Rectal	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	diazepam gel 10 mg rectal, Nivel 2	04.01.2020
Diastat AcuDial Gel 20 MG Rectal	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	diazepam gel 20 mg rectal, Nivel 2	04.01.2020
Diastat Pediatric Gel 2.5 MG Rectal	No en Formulario	Cambio Aprobado por CMS	diazepam gel 2.5 mg rectal, Nivel 2	04.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
DiazePAM GEL 20 MG Rectal	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Euthyrox Tablet 100 MCG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Euthyrox Tablet 112 MCG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Euthyrox Tablet 125 MCG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Euthyrox Tablet 137 MCG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Euthyrox Tablet 150 MCG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Euthyrox Tablet 175 MCG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Euthyrox Tablet 200 MCG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Euthyrox Tablet 25 MCG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Euthyrox Tablet 50 MCG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Euthyrox Tablet 75 MCG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Euthyrox Tablet 88 MCG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Fenofibric Acid Tablet 105 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Fenofibric Acid Tablet 35 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Fluoroplex Cream 1 % External	Nivel 4	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Humira Pediatric Crohns Start 40 MG/0.8ML Subcutaneous (6 PACK)	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Humira Pediatric Crohns Start Prefilled Syringe Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Klor-Con Sprinkle Capsule Extended Release 8 MEQ Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Lotemax Gel 0.5 % Ophthalmic	Nivel 4 + Límite de cantidad 5/15	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Lotemax SM Gel 0.38 % Ophthalmic	Nivel 4 + Límite de cantidad 5/15	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
PEG 3350/Electrolytes Solution Reconstituted 240 GM Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
penicillAMINE Tablet 250 MG Oral	Nivel 2 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Sodium Lactate Solution 5 MEQ/ML Intravenous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Sylatron KIT 600 MCG Subcutaneous	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
TOLBUTamide Tablet 500 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
traMADol HCl Tablet 100 MG Oral	Nivel1 + Límite de cantidad 28/7	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020
Xeljanz XR Tablet Extended Release 24 Hour 22 MG Oral	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Prior Authorization	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	04.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Albuterol Sulfate HFA Aerosol Solution 108 (90 Base) MCG/ACT Inhalation	Nivel 2 + Límite de cantidad 17	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Alendronate Sodium Tablet 40 MG Oral	No Aplica	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Alendronate Sodium Tablet 5 MG Oral	No Aplica	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
AVC Vaginal Cream 15 % Vaginal	No Aplica	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Chlorothiazide Tablet 250 MG Oral	No Aplica	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Chlorothiazide Tablet 500 MG Oral	No Aplica	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Farydak Capsule 15 MG Oral	No Aplica	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Flurbiprofen TABLET 50 MG ORAL	No Aplica	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Riomet ER Suspension Reconstituted ER 500 MG/5ML Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Secuado Patch 24 Hour 3.8 MG/24HR Transdermal	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Secuado Patch 24 Hour 5.7 MG/24HR Transdermal	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Secuado Patch 24 Hour 7.6 MG/24HR Transdermal	Nivel 5 + Límite de cantidad 30 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Tazverik Tablet 200 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Tiadylt ER Capsule Extended Release 24 Hour 120 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Tiadylt ER Capsule Extended Release 24 Hour 180 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Tiadylt ER Capsule Extended Release 24 Hour 240 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Tiadylt ER Capsule Extended Release 24 Hour 300 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Tiadylt ER Capsule Extended Release 24 Hour 420 MG Oral	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO AL FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA DE MEDICAMENTO	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Valtoco 10 MG Dose Liquid 10 MG/0.1ML Nasal	Nivel 4	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Valtoco 15 MG Dose Liquid Therapy Pack 7.5 MG/0.1ML Nasal	Nivel 4	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Valtoco 20 MG Dose Liquid Therapy Pack 10 MG/0.1ML Nasal	Nivel 4	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020
Valtoco 5 MG Dose Liquid 5 MG/0.1ML Nasal	Nivel 4	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	05.01.2020

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 (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)。

Aviso para informar al público sobre los requisitos de accesibilidad y no discriminación

MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS Advantage, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MCS Advantage, Inc.:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas.

Si considera que MCS Advantage, Inc. no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al siguiente: Centro de Llamadas, MCS Advantage, Inc., Centro de Llamadas, PO BOX 191720, San Juan, PR 00919-1720, 787-620-2530 (área metropolitana), 1-866-627-8183 (libre de cargos), 1-866-627-8182 (usuarios de TTY), 787-620-1337 (fax).

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestro Centro de Llamadas está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de

EE. UU., de manera electrónica a través del portal para querellas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>