



MCS Classicare 2020 Formulario 2 (Criterios de Terapia Escalonada)

MCS Classicare Platino Clásico (OSS D-PNE); MCS Classicare Platino Expreso (OSS D-PNE); MCS Classicare Platino Ideal (OSS D-PNE); MCS Classicare Platino MásCa\$h (OSS D-PNE); MCS Classicare Platino Progreso (OSS D-PNE); MCS Classicare Platino Te Lleva (OSS D-PNE); MCS Classicare Activo (OSS); MCS Classicare Essential (OSS-PDS); MCS Classicare InteliCare (OSS); MCS Classicare Primero (OSS C-PNE); MCS Classicare Te Mueve (OSS); MCS Classicare Grupos MAPD (OSS-PDS).

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 in 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 producto suscrito por MCS Advantage, Inc.

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. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

MCS Advantage, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

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: 4/22/2020



Terapia Escalonada

ANTIDEPRESSANTS

Productos Afectado

Nivel 2:

- DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG ORAL
- DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG ORAL
- DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG ORAL
- DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 60 MG ORAL
- 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
- VIIBRYD STARTER PACK KIT 10 & 20 MG ORAL
- VIIBRYD TABLET 10 MG ORAL
- VIIBRYD TABLET 20 MG ORAL
- VIIBRYD TABLET 40 MG ORAL

Detalles

Criterios	El reclamo pagará automáticamente por Drizalma, Fetzima, Trintellix o Viibryd si el afiliado tiene un reclamo pagado por un suministro de al menos 1 día de cualquiera de los 2 antidepresivos del formulario genérico O SUSPENSIÓN ORAL DE PAXIL O MARPLAN. De lo contrario, Drizalma, Fetzima, Trintellix o Viibryd requieren una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) historial de respuesta inadecuada al tratamiento con 2 antidepresivos genéricos del formulario, O (2) historial de eventos adversos con cualquiera 2 antidepresivos genéricos del formulario, O (3) cualquiera 2 antidepresivos genéricos del formulario están contraindicados.
------------------	---

CELECOXIB

Productos Afectado

Nivel 2:

- *celecoxib capsule 100 mg oral*
- *celecoxib capsule 200 mg oral*
- *celecoxib capsule 400 mg oral*
- *celecoxib capsule 50 mg oral*

Detalles

Crterios	La reclamación pagará automáticamente para Celecoxib si el afiliado tiene una reclamación pagada por al menos un suministro de cualquier formulario genérico AINE (NSAID). De lo contrario, Celecoxib requiere una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) Historial de respuesta inadecuada del tratamiento con cualquier formulario genérico AINE (NSAID), O (2) historial de eventos adversos con cualquier formulario genérico AINE (NSAID), O (3) cualquier formulario genérico AINE (NSAID) está contraindicado.
-----------------	--

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 20540 – Versión 10

Fecha de Efectividad: 05/01/2020 Última Actualización 04/22/2020

DIFICID

Productos Afectado

Nivel 2:

- DIFICID TABLET 200 MG ORAL

Detalles

Criterios	La reclamación pagará automáticamente para Dificid si el afiliado tiene una reclamación pagada por al menos un suministro de vancomycin. De lo contrario, Dificid requiere una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) Historial de respuesta inadecuada del tratamiento con vancomycin, O (2) historial de eventos adversos con vancomycin, O (3) vancomycin está contraindicado.
------------------	--

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 20540 – Versión 10

Fecha de Efectividad: 05/01/2020 Última Actualización 04/22/2020

PPI

Productos Afectado

Nivel 2:

- DEXILANT CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG ORAL
- DEXILANT CAPSULE DELAYED RELEASE 60 MG ORAL

Detalles

Criterios	La reclamación pagará automáticamente para Dexilant si el afiliado tiene una reclamación pagada por al menos un suministro de un día de uno de los siguientes: esomeprazole (Rx), omeprazole (Rx), lansoprazole (Rx), o pantoprazole. De lo contrario, Dexilant requiere una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) Historial de respuesta inadecuada del tratamiento con uno de los siguientes: esomeprazole (Rx), omeprazole (Rx), lansoprazole (Rx), o pantoprazole O (2) historial de eventos adversos con uno de los siguientes: esomeprazole (Rx), omeprazole (Rx), lansoprazole (Rx), o pantoprazole, O (3) uno de los siguientes: esomeprazole (Rx), omeprazole (Rx), lansoprazole (Rx), o pantoprazole está contraindicado.
-----------	---

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 20540 – Versión 10

Fecha de Efectividad: 05/01/2020 Última Actualización 04/22/2020

RYTARY

Productos Afectado

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	La reclamación pagará automáticamente para Rytary si el afiliado tiene una reclamación pagada por al menos un suministro de un día de cualquier combinación de carbidopa/levodopa. De lo contrario, Rytary requiere una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) Historial de respuesta inadecuada del tratamiento con cualquier combinación de carbidopa/levodopa, O (2) historial de eventos adversos con cualquier combinación de carbidopa/levodopa, O (3) cualquier combinación de carbidopa/levodopa, está contraindicado.
------------------	---

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 20540 – Versión 10

Fecha de Efectividad: 05/01/2020 Última Actualización 04/22/2020

SGLT2

Productos Afectado

Nivel 2:

- FARXIGA TABLET 10 MG ORAL
- FARXIGA TABLET 5 MG ORAL
- JARDIANCE TABLET 10 MG ORAL
- JARDIANCE TABLET 25 MG ORAL
- SYNJARDY TABLET 12.5-1000 MG ORAL
- SYNJARDY TABLET 12.5-500 MG ORAL
- SYNJARDY TABLET 5-1000 MG ORAL
- SYNJARDY TABLET 5-500 MG ORAL
- SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG ORAL
- SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG ORAL
- SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG ORAL
- SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-500 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
- XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-500 MG ORAL

Detalles

Criterios	Reclamación pagará automáticamente por Farxiga, Jardiance, Synjardy o Xigduo si el afiliado tiene un reclamo pagado por al menos 1 día de suministro de metformina o cualquier producto combinado de metformina. De lo contrario, Farxiga, Jardiance, Synjardy o Xigduo requieren una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) historial de respuesta inadecuada al tratamiento con metformina o cualquier producto de combinación de metformina, O (2) historial de eventos adversos con metformina o cualquier producto de combinación de metformina, O (3) la metformina o cualquier producto de combinación de metformina está contraindicado.
------------------	---

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 20540 – Versión 10

Fecha de Efectividad: 05/01/2020 Última Actualización 04/22/2020

SOLQUA

Productos Afectado

Nivel 2:

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

Detalles

Criterios	La reclamación pagará automáticamente para Soliqua si el afiliado tiene una reclamación pagada por al menos un suministro de un día de cualquier agente de nivel de paso 1 (LANTUS, TOUJEO). De lo contrario, Soliqua requiere una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) Historial de respuesta inadecuada del tratamiento con el agente nivel de paso 1, O (2) historial de eventos adversos con el agente nivel de paso 1, O (3) el agente del nivel de paso 1 está contraindicado.
------------------	---

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 20540 – Versión 10

Fecha de Efectividad: 05/01/2020 Última Actualización 04/22/2020

TOPICAL ANTI-INFLAMMATORY

Productos Afectado

Nivel 2:

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

Detalles

Criterios	El reclamo pagará automáticamente por Pimecrolimus o Tacrolimus si el afiliado tiene un reclamo pagado por un suministro de al menos 1 día de cualquier corticosteroide tópico del formulario. De lo contrario, Pimecrolimus o Tacrolimus requieren una solicitud de excepción de terapia escalonada que indique: (1) historial de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquier corticosteroide tópico en el formulario, O (2) historial de eventos adversos con cualquier corticosteroide tópico en el formulario, O (3) cualquier corticosteroides tópico en el formulario está contraindicado.
------------------	--

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 20540 – Versión 10

Fecha de Efectividad: 05/01/2020 Última Actualización 04/22/2020

Listado alfabético

C

celecoxib capsule 100 mg oral.....	2
celecoxib capsule 200 mg oral.....	2
celecoxib capsule 400 mg oral.....	2
celecoxib capsule 50 mg oral.....	2

D

DEXILANT CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG ORAL.....	4
DEXILANT CAPSULE DELAYED RELEASE 60 MG ORAL.....	4
DIFICID TABLET 200 MG ORAL	3
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG ORAL	1
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG ORAL	1
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG ORAL	1
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 60 MG ORAL	1

F

FARXIGA TABLET 10 MG ORAL	6
FARXIGA TABLET 5 MG ORAL	6
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

J

JARDIANCE TABLET 10 MG ORAL.....	6
JARDIANCE TABLET 25 MG ORAL.....	6

P

pimecrolimus cream 1 % external.....	8
--------------------------------------	---

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 20540 – Versión 10

Fecha de Efectividad: 05/01/2020 Última Actualización 04/24/2020

R

RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG ORAL	5
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG ORAL	5
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 48.75-195 MG ORAL	5
RYTARY CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG ORAL	5

S

SOLIQUA SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML SUBCUTANEOUS.....	7
SYNJARDY TABLET 12.5-1000 MG ORAL.....	6
SYNJARDY TABLET 12.5-500 MG ORAL	6
SYNJARDY TABLET 5-1000 MG ORAL	6
SYNJARDY TABLET 5-500 MG ORAL..	6
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG ORAL.....	6
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG ORAL.....	6
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG ORAL.....	6
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL	6

T

tacrolimus ointment 0.03 % external	8
tacrolimus ointment 0.1 % external	8
TRINTELLIX TABLET 10 MG ORAL.....	1
TRINTELLIX TABLET 20 MG ORAL.....	1
TRINTELLIX TABLET 5 MG ORAL.....	1

V

VIIBRYD STARTER PACK KIT 10 & 20 MG ORAL	1
VIIBRYD TABLET 10 MG ORAL	1
VIIBRYD TABLET 20 MG ORAL	1

VIIBRYD TABLET 40 MG ORAL 1
X
 XIGDUO XR TABLET EXTENDED
 RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG
 ORAL..... 6
 XIGDUO XR TABLET EXTENDED
 RELEASE 24 HOUR 10-500 MG ORAL
 6

XIGDUO XR TABLET EXTENDED
 RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG
 ORAL..... 6
 XIGDUO XR TABLET EXTENDED
 RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
 6
 XIGDUO XR TABLET EXTENDED
 RELEASE 24 HOUR 5-500 MG ORAL 6

Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario II – Formulario ID: 20540 – Versión 10

Fecha de Efectividad: 05/01/2020 Última Actualización 04/24/2020