



Anejo del Formulario 1 para Medicamentos Recetados de MCS Classicare 2019

Este documento le ofrece un resumen sobre los cambios que sufrió el Formulario 1 de Medicamentos Recetados de Diciembre 2018 a Enero 2019.

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 hoja de explicación de beneficios (EOB).

A continuación encontrará una lista actualizada de los medicamentos recetados, ya sean eliminados o que hayan cambiado; el estatus de la pre autorización, el límite de cantidad, restricción en la terapia escalonada o cambio de nivel de copago o coaseguro, de nuestro Formulario 1 de Medicamentos Recetados.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO A FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Auryxia TABLET 1 GM 210 MG(Fe) ORAL	Nivel 4 + Pre Autorización	Cambio Aprobado por CMS	No Aplica	01.01.2019
Cimduo Tablet 300-300 MG Oral	Nivel 5	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
Dalfampridin Tablet Extended Release 12 Hour 10 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
DiazePAM GEL 10 MG RCT	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
DiazePAM GEL 2.5 MG RCT	Nivel 2	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO A FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Estropipate Tablet 1.5 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
Farxiga TABLET 10 MG Oral	Nivel 3 + Cantidad Limitada 30 + Terapia Escalonada Inicio de Terapia	Mejora al Formulario	No Aplica	01.01.2019
Farxiga TABLET 5 MG ORAL	Nivel 3 + Cantidad Limitada 60 + Terapia Escalonada Inicio de Terapia	Mejora al Formulario	No Aplica	01.01.2019
Humira Pen-CD/UC/HS Starter Pen-Injector Kit 80 MG/0.8ML Subcutaneous	Nivel 5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
Humira Pen-Ps/UV Starter Pen-Injector Kit 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML Subcutaneous	Nivel 5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
Incassia Tablet 0.35 MG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
Ketoprofen Capsule 75 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
MIDAZOLAM INJ 10/10ML	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
MIDAZOLAM INJ 10MG/2ML	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
MIDAZOLAM INJ 2MG/2ML	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
MIDAZOLAM INJ 5MG/5ML	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
MIDAZOLAM INJ 5MG/ML	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO A FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
NUPLAZID CAP 34MG	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
NUPLAZID TAB 10MG	Nivel 5 + Pre Autorización Inicio de Terapia	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
SOTALOL HCL TAB 120MG	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
Sotalol HCl (AF) TABLET 160 MG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
Sotalol HCl (AF) TABLET 80 MG Oral	Nivel 1	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
Symbicort Aerosol 160-4.5 MCG/ACT Inhalation	Nivel 3	Mejora al Formulario	No Aplica	01.01.2019
Symbicort Aerosol 80-4.5 MCG/ACT Inhalation	Nivel 3	Mejora al Formulario	No Aplica	01.01.2019
Vectura Tablet 3-0.02 MG Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
Xeljanz Tablet 10 MG Oral	Nivel 5 + Pre Autorización	Adición Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
Xigduo XR Tablet Extended Release 24 Hour 10-1000 MG Oral	Nivel 3 + Cantidad Limitada 30 + Terapia Escalonada Inicio de Terapia	Mejora al Formulario	No Aplica	01.01.2019
Xigduo XR Tablet Extended Release 24 Hour 10-500 MG Oral	Nivel 3 + Cantidad Limitada 30 + Terapia Escalonada Inicio de Terapia	Mejora al Formulario	No Aplica	01.01.2019
Xigduo XR Tablet Extended Release 24 Hour 2.5-1000 MG Oral	Nivel 3 + Cantidad Limitada 60 + Terapia Escalonada Inicio de Terapia	Mejora al Formulario	No Aplica	01.01.2019

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	TIPO DE CAMBIO A FORMULARIO	RAZON PARA CAMBIO	ALTERNATIVA	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO
Xigduo XR Tablet Extended Release 24 Hour 5-1000 MG Oral	Nivel 3 + Cantidad Limitada 60 + Terapia Escalonada Inicio de Terapia	Mejora al formulario	No Aplica	01.01.2019
Xigduo XR Tablet Extended Release 24 Hour 5-500 MG Oral	Nivel 3 + Cantidad Limitada 60 + Terapia Escalonada Inicio de Terapia	Mejora al formulario	No Aplica	01.01.2019
Zenpep Capsule Delayed Release Particles 25000 UNIT Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019
Zenpep Capsule Delayed Release Particles 5000 UNIT Oral	No en Formulario	Remoción Aprobada por CMS	No Aplica	01.01.2019

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 o farmacéutico 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 libre de costo al 1(866)627-8183. Los afiliados con impedimentos auditivos (TTY/TDD) deben llamar al 1(866)627-8182. Nuestro horario de servicio es de <lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 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 producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al Centro de Servicio al Cliente al (787)620-2530 área metro, libre de costo al 1(866)627-8183 o TTY/TDD al 1(866)627-8182 para más información.

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 the 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。

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)。