



MCS Classicare 2019 Formulario 2 (Criterios de Terapia Escalonada)

MCS Classicare Essential (OSS-PDS); MCS Classicare ExceD (OSS); MCS Classicare Platino Ideal (OSS PNE); MCS Classicare Platino Progreso (OSS PNE); MCS Classicare Platino Cómodo (OSS PNE); MCS Classicare Platino Clásico (OSS PNE); MCS Classicare Platino MásCa\$h (OSS PNE); MCS Classicare Platino OTC (OSS PNE); 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 Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato. El formulario puede cambiar en cualquier momento. Se le notificará de ser necesario.

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: 12/12/2018



ANTIDEPRESSANTS

Productos Afectado

Nivel 2:

- FORFIVO XL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 450 MG ORAL
- TRINTELLIX TABLET 10 MG ORAL
- TRINTELLIX TABLET 20 MG ORAL
- TRINTELLIX TABLET 5 MG ORAL

Detalles

Criterios	La reclamación pagará automáticamente para Forfivo XL o Trintellix si el beneficiario tiene una reclamación paga de al menos un día de suplido de cualquiera dos antidepresivos genéricos en formulario o Paxil en suspensión oral o Marplan. De otra manera, Forfivo XL o Trintellix requiere solicitar una excepción de cubierta por terapia escalonada indicando: (1) historial de respuesta inadecuada al tratamiento con cualquiera dos medicamentos genéricos antidepresivos en formulario o (2) historial de un evento adverso con cualquiera dos medicamentos genéricos antidepresivos en formulario o (3) cualquiera dos medicamentos antidepresivos que estén contraindicados.
------------------	--

ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS

Productos Afectado

Nivel 2:

- FANAPT TABLET 1 MG ORAL
- FANAPT TABLET 10 MG ORAL
- FANAPT TABLET 12 MG ORAL
- FANAPT TABLET 2 MG ORAL
- FANAPT TABLET 4 MG ORAL
- FANAPT TABLET 6 MG ORAL
- FANAPT TABLET 8 MG ORAL
- FANAPT TITRATION PACK TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG ORAL
- SAPHRIS TABLET SUBLINGUAL 10 MG SUBLINGUAL
- SAPHRIS TABLET SUBLINGUAL 2.5 MG SUBLINGUAL
- SAPHRIS TABLET SUBLINGUAL 5 MG SUBLINGUAL
- VRAYLAR CAPSULE 1.5 MG ORAL
- VRAYLAR CAPSULE 3 MG ORAL
- VRAYLAR CAPSULE 4.5 MG ORAL
- VRAYLAR CAPSULE 6 MG ORAL
- VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG ORAL
- ZYPREXA RELPREVV SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG INTRAMUSCULAR

Detalles

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

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

Criterios
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.

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.
------------------	--

ICS/LABA

Productos Afectado

Nivel 2:

- ADVAIR DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE INHALATION
- ADVAIR DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250-50 MCG/DOSE INHALATION
- ADVAIR DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 500-50 MCG/DOSE INHALATION
- ADVAIR HFA AEROSOL 115-21 MCG/ACT INHALATION
- ADVAIR HFA AEROSOL 230-21 MCG/ACT INHALATION
- ADVAIR HFA AEROSOL 45-21 MCG/ACT INHALATION

Detalles

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

LIVALO

Productos Afectado

Nivel 2:

- LIVALO TABLET 1 MG ORAL
- LIVALO TABLET 2 MG ORAL
- LIVALO TABLET 4 MG ORAL

Detalles

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

NEUPRO

Productos Afectado

Nivel 2:

- NEUPRO PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR TRANSDERMAL
- NEUPRO PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR TRANSDERMAL
- NEUPRO PATCH 24 HOUR 3 MG/24HR TRANSDERMAL
- NEUPRO PATCH 24 HOUR 4 MG/24HR TRANSDERMAL
- NEUPRO PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR TRANSDERMAL
- NEUPRO PATCH 24 HOUR 8 MG/24HR TRANSDERMAL

Detalles

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

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.

PROLIA

Productos Afectado

Nivel 2:

- PROLIA SOLUTION 60 MG/ML
SUBCUTANEOUS

Detalles

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

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.

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	
	La reclamación pagará automáticamente para Farxiga, Jardiance, Synjardy o Xigduo si el beneficiario tiene una reclamación paga para al menos un día de suplido para metformin o cualquier producto en combinación con Metformin. De otra manera, Farxiga, Jardiance, Synjardy o Xigduo requiere una solicitud de excepción por terapia escalonada indicando lo siguiente: (1) historial de respuesta inadecuada a tratamiento con Metformin o cualquier producto en combinación con metformin, o (2) historial de un evento adverso a metformin o cualquier producto en combinación con Metformin, o (3) que metformin o cualquier producto en combinación con Metformin esté contraindicado.

SOLIQUA

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.
------------------	---

TOPICAL ANTI-INFLAMMATORY

Productos Afectado

Nivel 2:

- ELIDEL CREAM 1 % EXTERNAL
- *tacrolimus ointment 0.1 % external*
- *tacrolimus ointment 0.03 % external*

Detalles

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

ULORIC

Productos Afectado

Nivel 2:

- ULORIC TABLET 40 MG ORAL
- ULORIC TABLET 80 MG ORAL

Detalles

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

Listado alfabético

A		J	
ADVAIR DISKUS AEROSOL POWDER		JARDIANCE TABLET 10 MG ORAL....	11
BREATH ACTIVATED 100-50		JARDIANCE TABLET 25 MG ORAL....	11
MCG/DOSE INHALATION	5	L	
ADVAIR DISKUS AEROSOL POWDER		LIVALO TABLET 1 MG ORAL	6
BREATH ACTIVATED 250-50		LIVALO TABLET 2 MG ORAL	6
MCG/DOSE INHALATION	5	LIVALO TABLET 4 MG ORAL	6
ADVAIR DISKUS AEROSOL POWDER		N	
BREATH ACTIVATED 500-50		NEUPRO PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR	
MCG/DOSE INHALATION	5	TRANSDERMAL.....	7
ADVAIR HFA AEROSOL 115-21		NEUPRO PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR	
MCG/ACT INHALATION	5	TRANSDERMAL.....	7
ADVAIR HFA AEROSOL 230-21		NEUPRO PATCH 24 HOUR 3 MG/24HR	
MCG/ACT INHALATION	5	TRANSDERMAL.....	7
ADVAIR HFA AEROSOL 45-21		NEUPRO PATCH 24 HOUR 4 MG/24HR	
MCG/ACT INHALATION	5	TRANSDERMAL.....	7
C		NEUPRO PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR	
celecoxib capsule 100 mg oral	3	TRANSDERMAL.....	7
celecoxib capsule 200 mg oral	3	NEUPRO PATCH 24 HOUR 8 MG/24HR	
celecoxib capsule 400 mg oral	3	TRANSDERMAL.....	7
celecoxib capsule 50 mg oral	3	P	
D		PROLIA SOLUTION 60 MG/ML	
DEXILANT CAPSULE DELAYED		SUBCUTANEOUS.....	9
RELEASE 30 MG ORAL.....	8	R	
DEXILANT CAPSULE DELAYED		RYTARY CAPSULE EXTENDED	
RELEASE 60 MG ORAL.....	8	RELEASE 23.75-95 MG ORAL	10
DIFICID TABLET 200 MG ORAL	4	RYTARY CAPSULE EXTENDED	
E		RELEASE 36.25-145 MG ORAL	10
ELIDEL CREAM 1 % EXTERNAL.....	13	RYTARY CAPSULE EXTENDED	
F		RELEASE 48.75-195 MG ORAL	10
FANAPT TABLET 1 MG ORAL	2	RYTARY CAPSULE EXTENDED	
FANAPT TABLET 10 MG ORAL	2	RELEASE 61.25-245 MG ORAL	10
FANAPT TABLET 12 MG ORAL	2	S	
FANAPT TABLET 2 MG ORAL	2	SAPHRIS TABLET SUBLINGUAL 10 MG	
FANAPT TABLET 4 MG ORAL	2	SUBLINGUAL	2
FANAPT TABLET 6 MG ORAL	2	SAPHRIS TABLET SUBLINGUAL 2.5	
FANAPT TABLET 8 MG ORAL	2	MG SUBLINGUAL.....	2
FANAPT TITRATION PACK TABLET 1		SAPHRIS TABLET SUBLINGUAL 5 MG	
& 2 & 4 & 6 MG ORAL.....	2	SUBLINGUAL	2
FARXIGA TABLET 10 MG ORAL	11	SOLIQUA SOLUTION PEN-INJECTOR	
FARXIGA TABLET 5 MG ORAL	11	100-33 UNT-MCG/ML	
FORFIVO XL TABLET EXTENDED		SUBCUTANEOUS.....	12
RELEASE 24 HOUR 450 MG ORAL ...	1		

SYNJARDY TABLET 12.5-1000 MG
ORAL..... 11
SYNJARDY TABLET 12.5-500 MG ORAL
..... 11
SYNJARDY TABLET 5-1000 MG ORAL
..... 11
SYNJARDY TABLET 5-500 MG ORAL 11
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG
ORAL..... 11
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG
ORAL..... 11
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG
ORAL..... 11
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
..... 11

T
tacrolimus ointment 0.03 % external 13
tacrolimus ointment 0.1 % external 13
TRINTELLIX TABLET 10 MG ORAL..... 1
TRINTELLIX TABLET 20 MG ORAL..... 1
TRINTELLIX TABLET 5 MG ORAL..... 1

U
ULORIC TABLET 40 MG ORAL 14
ULORIC TABLET 80 MG ORAL 14

V
VRAYLAR CAPSULE 1.5 MG ORAL 2
VRAYLAR CAPSULE 3 MG ORAL 2
VRAYLAR CAPSULE 4.5 MG ORAL 2
VRAYLAR CAPSULE 6 MG ORAL 2
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK
1.5 & 3 MG ORAL 2

X
XIGDUO XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG
ORAL..... 11
XIGDUO XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 10-500 MG ORAL
..... 11
XIGDUO XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG
ORAL..... 11
XIGDUO XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
..... 11
XIGDUO XR TABLET EXTENDED
RELEASE 24 HOUR 5-500 MG ORAL
..... 11

Z
ZYPREXA RELPREVV SUSPENSION
RECONSTITUTED 210 MG
INTRAMUSCULAR 2