



# **MCS Classicare 2019 Formulario 3 (Criterios de Terapia Escalonada)**

MCS Classicare InteliCare (HMO) / MCS Classicare Activo (HMO)

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 Afectados

### 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 Afectados

#### 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

Criterios	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 Afectados

#### 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 Afectados**

#### **Nivel 2:**

- DIFICID TABLET 200 MG ORAL

### **Detalles**

---

<b>Criterios</b>	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 Afectados

#### 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

---

<b>Criterios</b>	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 Afectados

### Nivel 2:

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

## Detalles

---

<b>Criterios</b>	
	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 Afectados

### 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 Afectados

#### 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 Afectados**

#### **Nivel 2:**

- PROLIA SOLUTION 60 MG/ML  
SUBCUTANEOUS

### **Detalles**

<b>Criterios</b>	
	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 Afectados

### 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

---

<b>Criterios</b>	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 Afectados

#### 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	
	<p>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.</p>

# SOLQUA

---

## Productos Afectados

### Nivel 2:

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

## Detalles

---

<b>Criterios</b>	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 Afectados

#### Nivel 2:

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

### Detalles

---

<b>Criterios</b>	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 Afectados

### Nivel 2:

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

## Detalles

<b>Criterios</b>	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**

ADVAIR DISKUS AEROSOL POWDER  
BREATH ACTIVATED 100-50  
MCG/DOSE INHALATION ..... 5

ADVAIR DISKUS AEROSOL POWDER  
BREATH ACTIVATED 250-50  
MCG/DOSE INHALATION ..... 5

ADVAIR DISKUS AEROSOL POWDER  
BREATH ACTIVATED 500-50  
MCG/DOSE INHALATION ..... 5

ADVAIR HFA AEROSOL 115-21  
MCG/ACT INHALATION ..... 5

ADVAIR HFA AEROSOL 230-21  
MCG/ACT INHALATION ..... 5

ADVAIR HFA AEROSOL 45-21  
MCG/ACT INHALATION ..... 5

**C**

celecoxib capsule 100 mg oral..... 3

celecoxib capsule 200 mg oral..... 3

celecoxib capsule 400 mg oral..... 3

celecoxib capsule 50 mg oral..... 3

**D**

DEXILANT CAPSULE DELAYED  
RELEASE 30 MG ORAL..... 8

DEXILANT CAPSULE DELAYED  
RELEASE 60 MG ORAL..... 8

DIFICID TABLET 200 MG ORAL ..... 4

**E**

ELIDEL CREAM 1 % EXTERNAL..... 13

**F**

FANAPT TABLET 1 MG ORAL ..... 2

FANAPT TABLET 10 MG ORAL ..... 2

FANAPT TABLET 12 MG ORAL ..... 2

FANAPT TABLET 2 MG ORAL ..... 2

FANAPT TABLET 4 MG ORAL ..... 2

FANAPT TABLET 6 MG ORAL ..... 2

FANAPT TABLET 8 MG ORAL ..... 2

FANAPT TITRATION PACK TABLET 1  
& 2 & 4 & 6 MG ORAL..... 2

FARXIGA TABLET 10 MG ORAL ..... 11

FARXIGA TABLET 5 MG ORAL ..... 11

FORFIVO XL TABLET EXTENDED  
RELEASE 24 HOUR 450 MG ORAL ... 1

**J**

JARDIANCE TABLET 10 MG ORAL.... 11

JARDIANCE TABLET 25 MG ORAL.... 11

**L**

LIVALO TABLET 1 MG ORAL..... 6

LIVALO TABLET 2 MG ORAL ..... 6

LIVALO TABLET 4 MG ORAL ..... 6

**N**

NEUPRO PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR  
TRANSDERMAL..... 7

NEUPRO PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR  
TRANSDERMAL..... 7

NEUPRO PATCH 24 HOUR 3 MG/24HR  
TRANSDERMAL..... 7

NEUPRO PATCH 24 HOUR 4 MG/24HR  
TRANSDERMAL..... 7

NEUPRO PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR  
TRANSDERMAL..... 7

NEUPRO PATCH 24 HOUR 8 MG/24HR  
TRANSDERMAL..... 7

**P**

PROLIA SOLUTION 60 MG/ML  
SUBCUTANEOUS..... 9

**R**

RYTARY CAPSULE EXTENDED  
RELEASE 23.75-95 MG ORAL ..... 10

RYTARY CAPSULE EXTENDED  
RELEASE 36.25-145 MG ORAL ..... 10

RYTARY CAPSULE EXTENDED  
RELEASE 48.75-195 MG ORAL ..... 10

RYTARY CAPSULE EXTENDED  
RELEASE 61.25-245 MG ORAL ..... 10

**S**

SAPHRIS TABLET SUBLINGUAL 10 MG  
SUBLINGUAL..... 2

SAPHRIS TABLET SUBLINGUAL 2.5  
MG SUBLINGUAL..... 2

SAPHRIS TABLET SUBLINGUAL 5 MG  
SUBLINGUAL ..... 2

SOLQUA SOLUTION PEN-INJECTOR  
100-33 UNT-MCG/ML  
SUBCUTANEOUS..... 12

SYNJARDY TABLET 12.5-1000 MG  
ORAL..... 11



Terapia Escalonada

MCS Classicare Formulario 3 – ID: 19562 - Versión 6

Efectivo: 01/01/2019

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