



## DualChoice

### Cambios a la Lista de Medicamentos Cubiertos IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 2024 Actualización: 1 de mayo de 2024

Es posible que (para agregar o retirar medicamentos) IEHP DualChoice (HMO D-SNP) modifique la Lista de Medicamentos Cubiertos a lo largo del año con base en nuevas pruebas clínicas y en la disponibilidad de los productos en el mercado. Todos los cambios los revisa y aprueba un grupo selecto de Doctores y Farmacéuticos que ejercen actualmente su profesión.

Si IEHP DualChoice retira un medicamento Cubierto de la Parte D o hace algún cambio en la Lista de Medicamentos Cubiertos, nosotros publicaremos los cambios en nuestro sitio web. También notificaremos a los Miembros afectados por lo menos treinta (30) días del calendario antes de la fecha de entrada en vigor del cambio realizado. Sin embargo, si la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) considera que un medicamento incluido en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos no es seguro o si el fabricante retira el medicamento del mercado, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestra lista de medicamentos cubiertos. Debe saber que los medicamentos genéricos son igualmente eficaces que los medicamentos de marca registrada, y por lo regular cuestan menos. Si hay una versión genérica de un medicamento de marca registrada, las farmacias de nuestra red de servicios le suministrarán la versión genérica.

La siguiente tabla describe el próximo cambio que se realizará en nuestra lista de medicamentos cubiertos y que podría afectarle.

<b>Medicamentos Afectados</b> <b>Medicamento DE MARCA REGISTRADA</b> <b>Medicamento <i>Genérico</i></b> <b>Dosis/Requisitos/Límites</b>	<b>Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio</b>	<b>Tipo de Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamento Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
IXCHIQ 1,000 TCID50/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	05/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare

<b>Medicamentos Afectados</b> <b>Medicamento DE MARCA REGISTRADA</b> <b>Medicamento <i>Genérico</i></b> <b>Dosis/Requisitos/Límites</b>	<b>Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio</b>	<b>Tipo de Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamento Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
MOTPOLY XR 100 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	05/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
MOTPOLY XR 150 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	05/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
MOTPOLY XR 200 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE	05/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ROZLYTREK 50 MG ORAL PELLETS IN PACKET	05/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	05/01/2024	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	05/01/2024	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare

<b>Medicamentos Afectados</b> <b>Medicamento DE MARCA REGISTRADA</b> <b>Medicamento <i>Genérico</i></b> <b>Dosis/Requisitos/Límites</b>	<b>Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio</b>	<b>Tipo de Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamento Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	05/01/2024	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XOLAIR 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	05/01/2024	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Mifepristone 300 mg tablet	05/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Dabigatran etexilate 110 mg capsule	05/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare

<b>Medicamentos Afectados</b> <b>Medicamento DE MARCA REGISTRADA</b> <b>Medicamento <i>Genérico</i></b> <b>Dosis/Requisitos/Límites</b>	<b>Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio</b>	<b>Tipo de Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamento Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2024	Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
BOSULIF 100 MG CAPSULE	04/01/2024	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
BOSULIF 50 MG CAPSULE	04/01/2024	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XALKORI 150 MG ORAL PELLETS	04/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XALKORI 20 MG ORAL PELLETS	04/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare

<b>Medicamentos Afectados</b> <b>Medicamento DE MARCA REGISTRADA</b> <b>Medicamento <i>Genérico</i></b> <b>Dosis/Requisitos/Límites</b>	<b>Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio</b>	<b>Tipo de Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamento Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
XALKORI 50 MG ORAL PELLETS	04/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
IWILFIN 192 MG TABLET	04/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	04/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	04/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	04/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	04/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Sodium,potassium,mag sulfates 17.5 gram-3.13 gram-1.6 gram oral soln	04/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
PENBRAYA (PF) 5 MCG-120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	04/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare

<b>Medicamentos Afectados</b> <b>Medicamento DE MARCA REGISTRADA</b> <b>Medicamento <i>Genérico</i></b> <b>Dosis/Requisitos/Límites</b>	<b>Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio</b>	<b>Tipo de Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamento Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
Risperidone microspheres ER 12.5 mg/2 mL intramuscular susp,ext release	04/01/2024	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Risperidone microspheres ER 25 mg/2 mL intramuscular susp,ext release	04/01/2024	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Risperidone microspheres ER 37.5 mg/2 mL intramuscular susp,ext release	04/01/2024	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Risperidone microspheres ER 50 mg/2 mL intramuscular susp,ext release	04/01/2024	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AKEEGA 100 MG-500- MG TABLET	03/01/2024	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AKEEGA 50 MG-500 MG TABLET	03/01/2024	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ZENPEP 60,000-189,600-252,600 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	03/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare

<b>Medicamentos Afectados</b> <b>Medicamento DE MARCA REGISTRADA</b> <b>Medicamento <i>Genérico</i></b> <b>Dosis/Requisitos/Límites</b>	<b>Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio</b>	<b>Tipo de Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamento Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
KALYDECO 5.8 MG ORAL GRANULES IN PACKET	03/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OGSIVEO 50 MG TABLET	03/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	03/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Vigpoder 500 mg oral powder packet</i>	03/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
BALVERSA 3 MG TABLET	03/01/2024	Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
BREO ELLIPTA 50 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare

<b>Medicamentos Afectados</b> <b>Medicamento DE MARCA REGISTRADA</b> <b>Medicamento Genérico</b> <b>Dosis/Requisitos/Límites</b>	<b>Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio</b>	<b>Tipo de Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamento Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
<i>Breyna 80 mcg-4.5 mcg inhalation/actuation HFA aerosol inhaler</i>	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Breyna 160 mcg-4.5mcg inhalation/actuation HFA aerosol inhaler</i>	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>EnilloRing 0.12 mg-0.015 mg/24 hr vaginal ring</i>	02/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Kourzeq 0.1 % dental paste</i>	02/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LAGEVRIO 200 MG CAPSULE (EUA)	02/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare

<b>Medicamentos Afectados</b> <b>Medicamento DE MARCA REGISTRADA</b> <b>Medicamento <i>Genérico</i></b> <b>Dosis/Requisitos/Límites</b>	<b>Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio</b>	<b>Tipo de Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamento Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
OJJAARA 100 MG TABLET	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OJJAARA 150 MG TABLET	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OJJAARA 200 MG TABLET	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK	02/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
PAXLOVID 150 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK (RENAL DOSE)	02/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRUQAP 160 MG TABLET	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare

<b>Medicamentos Afectados</b> <b>Medicamento DE MARCA REGISTRADA</b> <b>Medicamento <i>Genérico</i></b> <b>Dosis/Requisitos/Límites</b>	<b>Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio</b>	<b>Tipo de Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamento Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
TRUQAP 200 MG TABLET	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Turqoz (28) 0.3 mg-30 mcg tablet</i>	02/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
VANFLYTA 17.7 MG TABLET	02/01/2024	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
VANFLYTA 26.5 MG TABLET	02/01/2024	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare

<b>Medicamentos Afectados</b> <b>Medicamento DE MARCA REGISTRADA</b> <b>Medicamento Genérico</b> <b>Dosis/Requisitos/Límites</b>	<b>Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio</b>	<b>Tipo de Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamento Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
<i>Brimonidine 0.1 % eye drops</i>	02/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fluticasone propionate 50 mcg/actuation blister powder for inhalation</i>	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fluticasone propionate 100 mcg/actuation blister powder for inhalation</i>	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fluticasone propionate 250 mcg/actuation blister powder for inhalation</i>	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Glipizide 2.5 mg tablet</i>	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lithium citrate 8 mEq/5 mL oral solution</i>	02/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Pazopanib 200 mg tablet</i>	02/01/2024	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Clindamycin 600 mg/4 mL intravenous solution</i>	02/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare

<b>Medicamentos Afectados</b> <b>Medicamento DE MARCA REGISTRADA</b> <b>Medicamento Genérico</b> <b>Dosis/Requisitos/Límites</b>	<b>Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio</b>	<b>Tipo de Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamento Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
<i>Clindamycin 150 mg/mL injection solution (6 ml)</i>	02/01/2024	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Budesonide-formoterol fumarate 80-4.5 mcg inhalation/actuation aerosol inhaler</i>	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Budesonide-formoterol fumarate 160-4.5mcg inhalation/actuation aerosol inhaler</i>	02/01/2024	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	02/01/2024	Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER	02/01/2024	Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare

\*Los medicamentos alternativos son medicamentos que están en la misma categoría/clase terapéutica, o en el mismo nivel de costo compartido que los medicamentos no aprobados. Solo su Doctor puede determinar si la alternativa que se sugiere aquí es adecuada para usted debido al funcionamiento del medicamentos. Por favor pregunte a su Doctor si este medicamento es adecuado para usted. Esta no es una lista completa de todas las alternativas de la lista de medicamentos cubiertos por IEHP DualChoice para el medicamento que eligió.

En la mayoría de los casos, IEHP DualChoice solo le permitirá usar un medicamento no aprobado, si es que el medicamento alternativo o el medicamento de menor nivel podría empeorar su condición médica. O, si pudiera provocarle efectos médicos adversos o que dañarían de manera grave su salud.

Si cree que debería usar un medicamento que no está en nuestra lista o está restringido, puede comunicarse con nosotros y solicitar una apelación. **Cuando solicite una apelación, debe presentar una declaración de su Doctor que respalde su solicitud.**

Posteriormente, debemos decidir si usted puede usar el medicamento o no, dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de la persona o el Doctor que le receta el medicamento. Puede solicitar una apelación acelerada (rápida) si usted o su Doctor consideran que esperar podría dañar de manera grave su salud. Si se aprueba su solicitud de una apelación acelerada (rápida), debemos tomar una decisión en un plazo máximo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de la persona o el Doctor que le receta el medicamento.

Si tiene alguna pregunta o necesita contactarnos, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al **1-877-273-IEHP (4347)**, 8am – 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-718-4347**.

*IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO que tiene contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.*