



**Cambios a la
Lista de Medicamentos Cubiertos 2019
IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
Actualizado 1 de julio de 2019**

Es posible que (para agregar o retirar medicamentos) IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 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 de IEHP DualChoice, IEHP DualChoice publicará los cambios en nuestro sitio web y notificaremos a los Miembros afectados por lo menos treinta (30) días naturales antes de la fecha de entrada en vigor del cambio realizado en la Lista de Medicamentos Cubiertos de IEHP DualChoice. 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. Además, 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.

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
<i>Ambrisentan 10 mg tablet</i>	07/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Ambrisentan 5 mg tablet</i>	07/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Deferasirox 125 mg dispersible tablet</i>	07/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
<i>Deferasirox 250 mg dispersible tablet</i>	07/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Deferasirox 500 mg dispersible tablet</i>	07/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
BALVERSA 3 MG TABLET	07/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
BALVERSA 4 MG TABLET	07/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
BALVERSA 5 MG TABLET	07/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	07/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sevelamer hcl 400 mg tablet</i>	07/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Tadalafil 20 mg tablet (antihypertensive)</i>	07/01/2019	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
LETAIRIS 10 MG TABLET	07/01/2019	Se Elimina el	Medicamento	Usar fórmula genérica u	Todos los

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento <i>Genérico</i> Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
		Medicamento de Marca	Genérico Disponible	otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Miembros de Medicare
LETAIRIS 5 MG TABLET	07/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
EXJADE 125 MG DISPERSIBLE TABLET	07/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
EXJADE 250 MG DISPERSIBLE TABLET	07/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
EXJADE 500 MG DISPERSIBLE TABLET	07/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
VERSACLOZ 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	06/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Tarina 24 Fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet</i>	06/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
NIVESTYM 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION	06/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
					Medicare
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION	06/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fluticasone 100 mcg-salmeterol 50 mcg/dose blistr powdr for inhalation</i>	06/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fluticasone 250 mcg-salmeterol 50 mcg/dose blistr powdr for inhalation</i>	06/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fluticasone 500 mcg-salmeterol 50 mcg/dose blistr powdr for inhalation</i>	06/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Ranolazine ER 1,000 mg tablet,extended release,12 hr</i>	06/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Ranolazine ER 500 mg tablet,extended release,12 hr</i>	06/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	06/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	06/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION	06/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
RANEXA 1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	06/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
RANEXA 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	06/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN	05/01/2019	Agregado Requiere Terapia Escalonada Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN	05/01/2019	Agregado Requiere Terapia Escalonada Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Albuterol sulfate hfa 90 mcg/actuation aerosol inhaler</i>	05/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet</i>	05/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Wixela inhub 100 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation</i>	05/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Wixela inhub 250 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation</i>	05/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Wixela inhub 500 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation</i>	05/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
<i>Praziquantel 600 mg tablet</i>	05/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sirolimus 1 mg/ml oral solution</i>	05/01/2019	Agregado Requiere PA (BvD)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Toremifene 60 mg tablet</i>	05/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Vigabatrin 500 mg tablet</i>	05/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	05/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
SABRIL 500 MG TABLET	05/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
BILTRICIDE 600 MG TABLET	05/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
FARESTON 60 MG TABLET	05/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
<i>Alyq 20 mg tablet</i>	04/01/2019	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Albendazole 200 mg tablet</i>	04/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
SYMPAZAN 5 MG ORAL FILM	04/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
SYMPAZAN 20 MG ORAL FILM	04/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
SYMPAZAN 10 MG ORAL FILM	04/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
PROMACTA 12.5 MG ORAL POWDER PACKET	04/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Tri-vylibra Lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet</i>	04/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Nevirapine 50 mg/5 ml oral suspension</i>	04/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Pimecrolimus 1 % topical cream</i>	04/01/2019	Agregado	---	---	Todos los

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
		Requiere PA			Miembros de Medicare
ALBENZA 200 MG TABLET	04/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
ELIDEL 1 % TOPICAL CREAM	04/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
ADCIRCA 20 MG TABLET	04/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
VIRAMUNE 50 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	04/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
<i>Epinephrine 0.3 mg/0.3 ml injection, auto-injector</i>	03/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>IBU 600 mg tablet</i>	03/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>IBU 800 mg tablet</i>	03/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
RETACRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	03/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
RETACRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION	03/01/2019	Agregado	---	---	Todos los

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento <i>Genérico</i> Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
SOLUTION		Requiere PA			Miembros de Medicare
RETACRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	03/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
RETACRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	03/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	03/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Hailey 24 Fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet</i>	03/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Tri-Estarylla (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet</i>	03/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XOSPATA 40 MG TABLET	03/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
DAURISMO 100 MG TABLET	03/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
DAURISMO 25 MG TABLET	03/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento <i>Genérico</i> Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	03/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
VITRAKVI 20 MG/ML ORAL SOLUTION	03/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	03/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Mesalamine 1,000 mg rectal suppository</i>	03/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	03/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Potassium chloride 20 meq oral packet</i>	03/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sumatriptan 6 mg/0.5 ml subcutaneous syringe</i>	03/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
FIRVANQ 25 MG/ML ORAL SOLUTION	03/01/2019	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
FIRVANQ 50 MG/ML ORAL SOLUTION	03/01/2019	Agregado	---	---	Todos los

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
		Requiere PA Requiere Límite de Cantidad			Miembros de Medicare
<i>Hydroxyzine hcl 10 mg tablet</i>	03/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Hydroxyzine hcl 25 mg tablet</i>	03/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Hydroxyzine hcl 50 mg tablet</i>	03/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
CANASA 1, 000 MG RECTAL SUPPOSITORY	03/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
<i>Abiraterone 250 mg tablet</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR INHALATION VIA NEBULIZATION	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
MEKTOVI 15 MG TABLET	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Clobazam 10 mg tablet</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Clobazam 2.5 mg/ml oral suspension</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Clobazam 20 mg tablet</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
SYM TUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET	02/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Colesevelam 3.75 gram oral powder packet</i>	02/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
VIZIMPRO 15 MG TABLET	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
VIZIMPRO 30 MG TABLET	02/01/2019	Agregado	---	---	Todos los

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento <i>Genérico</i> Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
		Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad			Miembros de Medicare
VIZIMPRO 45 MG TABLET	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Dalfampridine er 10 mg tablet, extended release, 12 hr</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet</i>	02/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet</i>	02/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
PIFELTRO 100 MG TABLET	02/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET	02/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
COPIKTRA 15 MG CAPSULE	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
COPIKTRA 25 MG CAPSULE	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo	---	---	Todos los Miembros de

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento <i>Genérico</i> Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
		en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad			Medicare
BRAFTOVI 50 MG CAPSULE	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Ertapenem 1gram solution for injection</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ZORTRESS 1 MG TABLET	02/01/2019	Agregado Requiere PA (BvD)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Itraconazole 10 mg/ml oral solution</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ORKAMBI 100 MG-125 MG ORAL GRANULES IN PACKET	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ORKAMBI 150 MG-188 MG ORAL GRANULES IN PACKET	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo	---	---	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento <i>Genérico</i> Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
		Inicio)Requiere Límite de Cantidad			
TIBSOVO 250 MG TABLET	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TAKHZYRO 300 MG/2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Ledipasvir 90 mg-sofosbuvir 400 mg tablet</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3) CAPSULE	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
LENVIMA 4 MG CAPSULE	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
LORBRENA 100 MG TABLET	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de	---	---	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento <i>Genérico</i> Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
		Cantidad			
LORBRENA 25 MG TABLET	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Molindone 10 mg tablet</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Molindone 25 mg tablet</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Molindone 5 mg tablet</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Morphine er 40 mg capsule, extended release pellets</i>	02/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Nafcillin 2 gram solution for injection</i>	02/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Nafcillin 2 gram intravenous solution</i>	02/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
<i>Nafcillin 2 gram/100 ml in dextrose (iso-osmotic) intravenous piggyback</i>	02/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
NUPLAZID 10 MG TABLET	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
NUPLAZID 34 MG CAPSULE	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XARELTO 2.5 MG TABLET	02/01/2019	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sofosbuvir 400 mg-velpatasvir 100 mg tablet</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sotalol 120 mg tablet</i>	02/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TALZENNA 1 MG CAPSULE	02/01/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
		Requiere Límite de Cantidad			
<i>Testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) transdermal gel pump</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Vancomycin 250 mg intravenous solution</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA (BvD)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Vancomycin 750 mg intravenous solution</i>	02/01/2019	Agregado Requiere PA (BvD)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Clindamycin 150 mg/ml injection solution</i>	02/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Clindamycin 300 mg/2 ml intravenous solution</i>	02/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Clindamycin 900 mg/6 ml intravenous solution</i>	02/01/2019	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ZYTIGA 250 MG TABLET	02/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
ONFI 10 MG TABLET	02/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
ONFI 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION	02/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
ONFI 20 MG TABLET	02/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
AMPYRA 10 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	02/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
INVANZ 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION	02/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
INVANZ 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION	02/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
SPORANOX 10 MG/ML ORAL SOLUTION	02/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
ANDROGEL 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) TRANSDERMAL GEL PUMP	02/01/2019	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
LENVIMA 18 MG/DAY (10 MG X 1 AND 4 MG X 2) CAPSULE	01/30/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de	---	---	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento <i>Genérico</i> Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo*	Se Aplica a
		Cantidad			
LENVIMA 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE	01/30/2019	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare

*Los medicamentos alternativos son medicamentos que están en la misma categoría o clase terapéutica, o en el mismo nivel de costo compartido que el medicamento afectado. Solo su Doctor puede determinar si la alternativa que se sugiere aquí es adecuada para usted debido a la naturaleza individualizada de la terapia con 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.

Generalmente, IEHP DualChoice solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del plan, el medicamento de menor nivel o las restricciones de utilización adicionales no son igual de eficaces para tratar su condición o le provocan efectos médicos negativos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitar que tomemos una decisión de cobertura inicial sobre una excepción a la lista de medicamentos cubiertos, al nivel o a las restricciones de utilización. **Al solicitar una excepción a la lista de medicamentos cubiertos, al nivel o a las restricciones de utilización, debe presentar una declaración de su Doctor que respalde su solicitud.** Generalmente, debemos tomar nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de la persona o el Doctor que le receta el medicamento. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su Doctor consideran que esperar hasta 72 horas para obtener una decisión podría dañar de manera grave su salud. Si se aprueba su solicitud de una excepción acelerada, 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, 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/TDD deben llamar al 1-800-718-4347.

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.