



DualChoice

Cambios a la Lista de Medicamentos Cubiertos IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 2023 Actualización: 1 de abril 2023

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.

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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
<i>Epinephrine 0.3 mg auto-injection</i>	04/01/2023	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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
<i>Haloperidol decanoate 250 mg/5 ml vial</i>	04/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Haloperidol decanoate 100 mg/ml vial</i>	04/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
KRAZATI 200 MG ORAL TABLET	04/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Leuprolide depot 22.5 mg intramuscular vial</i>	04/01/2023	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Pirfenidone 267 mg capsule</i>	04/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TADLIQ 20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	04/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Topiramate er 100 mg capsule</i>	04/01/2023	Agregado Aumentar 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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
<i>Topiramate er 25 mg capsule</i>	04/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Topiramate er 50 mg capsule</i>	04/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Topiramate er 100 mg sprinkle capsule</i>	04/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Topiramate er 150 mg sprinkle capsule</i>	04/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Topiramate er 200 mg sprinkle capsule</i>	04/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Topiramate er 25 mg sprinkle capsule</i>	04/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Topiramate er 50 mg sprinkle capsule</i>	04/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRINGE	04/01/2023	Agregado Requiere PA (BvD)	--	--	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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
<i>Sodium oxybate 0.5 g/ml solution</i>	04/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	04/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	04/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE	03/01/2023	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	03/01/2023	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE	03/01/2023	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Roflumilast 250 mcg tablet</i>	03/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	03/01/2023	Agregado Aumentar 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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
		Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)			
SKYRIZI ON-BODY 180 MG/ 1.2 ML WEAR INJECTION	03/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OXBRYTA 300 MG TABLET	03/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>	03/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	03/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Azithromycin 500 mg tablet (3 pack)</i>	03/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Azithromycin 250 mg tablet (6 pack)</i>	03/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
CAPLYTA 10.5 MG CAPSULE	02/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad 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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
CAPLYTA 21 MG CAPSULE	02/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fingolimod 0.5 mg capsule</i>	02/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Icosapent ethyl 500 mg capsule</i>	02/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
JYNNEOS(PF)(NATIONAL STOCKPILE) 0.5X TO 3.95X 10EXP8/0.5ML SUBCUT SUSP	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lenalidomide 2.5 mg capsule</i>	02/01/2023	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lenalidomide 20 mg capsule</i>	02/01/2023	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Methocarbamol 1000 mg tablet</i>	02/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
ORKAMBI 75 MG-94 MG GRANULES IN PACKET	02/01/2023	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
RELYVRIO 3 GRAM-1 GRAM POWDER PACKET	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Roflumilast 0.5 mg tablet</i>	02/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Tazarotene 0.05 % topical gel</i>	02/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Tazarotene 0.1 % topical gel</i>	02/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Norethindrone-e.estradiol-iron 1mg-20 (24)/75 mg (4) capsule</i>	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Merzee 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule</i>	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Esomeprazole magnesium 20 mg capsule</i>	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Dabigatran etexilate 150 mg capsule</i>	02/01/2023	Agregado Aumentar 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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
<i>Dabigatran etexilate 75 mg capsule</i>	02/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Finzala 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet</i>	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Mesalamine ER 0.375 gram capsule, extended release 24 hr</i>	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Mesalamine ER 500 mg capsule, extended release</i>	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Norethindrone-eth. Estradiol-iron 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg (9) tablet</i>	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Dexamethasone 0.5 mg/5 ml solution</i>	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sodium chloride 0.9% irrigation solution</i>	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	02/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN	02/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	02/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MALEATE) 100 MG TABLET	02/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
HYFTOR 0.2 % TOPICAL GEL	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
IMBRUVICA 140 MG TABLET	02/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
IMBRUVICA 280 MG TABLET	02/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	02/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad 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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
PHEBURANE 483 MG/GRAM GRANULES	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Venlafaxine besylate ER 112.5 mg tablet, extended release 24 hr</i>	02/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
SKYRIZI ON-BODY 360 MG/2.4 SUBCUTANEOUS INJECTION	02/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRITOCIN 0.05% OINTMENT	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
DESCOVY 120 MG-15 MG TABLET	02/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Pirfenidone 534 mg tablet</i>	02/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION	02/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Insulin pen needle</i>	02/01/2023	Se Elimina Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	02/01/2023	Se Elimina 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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
<i>Insulin syringe (disp) u-100 1 ml</i>	02/01/2023	Se Elimina Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Needles, insulin disp., safety</i>	02/01/2023	Se Elimina Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	02/01/2023	Se Elimina Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ORKAMBI 100 MG-125 MG GRANULE PACKET	02/01/2023	Se Elimina Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	02/01/2023	Se Elimina Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ORKAMBI 150 MG-188 MG GRANULE PACKET	02/01/2023	Se Elimina Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	02/01/2023	Se Elimina Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ZEMAIRA 1000 MG INTRAVENEOUS VIAL	02/01/2023	Se Elimina PA (BvD)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI 50-100 MG PAK	02/01/2023	Se Elimina PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI 12.5-25 MG PAK	02/01/2023	Se Elimina PA	--	--	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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
XCOPRI 150-200 MG PAK	02/01/2023	Se Elimina PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI 250 MG/DAY PACK	02/01/2023	Se Elimina PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI 100 MG TABLET	02/01/2023	Se Elimina PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI 150 MG TABLET	02/01/2023	Se Elimina PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	02/01/2023	Se Elimina PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI 200 MG TABLET	02/01/2023	Se Elimina PA Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI 50 MG TABLET	02/01/2023	Se Elimina PA Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Vancomycin 125 mg capsule</i>	02/01/2023	Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Vancomycin 250 mg capsule</i>	02/01/2023	Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	02/01/2023	Aumentar Límite de Cantidad Cambia PA a PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
LUPRON DEPOT 11.25 MG SYRINGEKIT	02/01/2023	Cambia PA a PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LUPRON DEPOT 22.5 MG SYRINGEKIT	02/01/2023	Cambia PA a PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGEKIT	02/01/2023	Cambia PA a PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LUPRON DEPOT 30 MG SYRINGEKIT	02/01/2023	Cambia PA a PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LUPRON DEPOT 45 MG SYRINGEKIT	02/01/2023	Cambia PA a PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGEKIT	02/01/2023	Cambia PA a PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ELIGARD 22.5 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE	02/01/2023	Cambia PA a PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ELIGARD 30 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE	02/01/2023	Cambia PA a PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ELIGARD 45 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE	02/01/2023	Cambia PA a PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ELIGARD 7.5 MG SUBCUTANEOUS SYRINGE	02/01/2023	Cambia PA a PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	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	Medicament o Alternativo *	Se Aplica a
FLEBOGAMMA DIF 10% INTRAVENEOUS VIAL	02/01/2023	Cambia PA a PA (BvD)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
GAMMAGARD LIQUID 10% INJECTION VIAL	02/01/2023	Cambia PA a PA (BvD)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
GAMUNEX-C 1 G/10 ML INJECTION VIAL	02/01/2023	Cambia PA a PA (BvD)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
NUTRILIPID 20% INTRAVENEOUS EMULSION	02/01/2023	Cambia PA a PA (BvD)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
INTRALIPID 30 % IINTRAVENEOUS EMULSION	02/01/2023	Cambia PA a PA (BvD)	--	--	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.

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/TDD 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.