



## DualChoice

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

<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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
ERLEADA 240 MG TABLET	06/01/2023	Agregado  Aumentar 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 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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
<i>Doxycycline monohydrate 40 mg capsule, immediate - delay release</i>	06/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Teriflunomide 14 mg tablet</i>	06/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Teriflunomide 7 mg tablet</i>	06/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Amlodipine 10 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Amlodipine 10 mg-valsartan 320 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Amlodipine 5 mg-valsartan 160 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado Aumentar 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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
JAYPIRCA 100 MG TABLET	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
JAYPIRCA 50 MG TABLET	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lamotrigine 100 mg disintegrating tablet</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lamotrigine 200 mg disintegrating tablet</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lamotrigine 25 mg (21)- 50 mg (7) tablet, disintegrating, pack</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lamotrigine 25 mg (35) tablets in a dose pack</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lamotrigine 25 mg (42)-100 mg (7) tablets in a dose pack</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lamotrigine 25 mg (84)-100 mg (14) tablets in a dose pack</i>	05/01/2023	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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
<i>Lamotrigine 25 mg disintegrating tablet</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lamotrigine 25 mg(14)- 50 mg(14)- 100 mg(7) tablet, disintegrating, pack</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lamotrigine 50 mg disintegrating tablet</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lamotrigine 50mg (42)- 100 mg (14) tablet, disintegrating, pack</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lurasidone 120 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lurasidone 20 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lurasidone 40 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado Aumentar 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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
		Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)			
<i>Lurasidone 60 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lurasidone 80 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TABLET)	05/01/2023	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TABLET)	05/01/2023	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TABLET)	05/01/2023	Agregado 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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
ORSERDU 345 MG TABLET	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ORSERDU 86 MG TABLET	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OZEMPIC 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Quetiapine 150 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado Aumentar 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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
REZLIDHIA 150 MG ORAL CAPSULE	05/01/2023	Agregado	Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Subvenite 100 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Subvenite 150 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Subvenite 200 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Subvenite 25 mg tablet</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) tablets in a dose pack</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Subvenite starter (green) kit 25 mg (84)- 100 mg (14) tablet, dose pack</i>	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)- 100 mg (7) tablet, dose pack</i>	05/01/2023	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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
TAKHZYRO 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TAKHZYRO 300 MG/2 ML (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE	05/01/2023	Agregado Aumentar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ZTALMY 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	05/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Epinephrine 0.3 mg auto-injection</i>	04/01/2023	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<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



<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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
<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
<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

<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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
<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
<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

<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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
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 Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
SKYRIZI ON-BODY 180 MG/ 1.2 ML WEAR INJECTION	03/01/2023	Agregado Requiere PA	--	--	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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
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
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

<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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
<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
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

<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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
<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
<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

<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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
<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
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

<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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
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
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



<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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
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
<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

<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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
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 INTRAVENEOS 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
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

<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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
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
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

<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>Medicament o Alternativo *</b>	<b>Se Aplica a</b>
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
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

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
NUTRILIPID 20% INTRAVENEOSUS EMULSION	02/01/2023	Cambia PA a PA (BvD)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
INTRALIPID 30 % IINTRAVENEOSUS 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.*