Cambios a la
Lista de Medicamentos Cubiertos
IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 2025
Actualización: 1 de septiembre de 2025

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 Médicos 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 *Genérico*** **Dosis/Requisitos/Límites**	**Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio**	**Tipo de Cambio**	**Motivo del Cambio**	**Medicamento Alternativo ***	**Se Aplica a**
AVMAPKI-FAKZYNJA 0.8 MG-200 MG ORAL PACK	09/01/2025	Agregado Agregar 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**
		Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio			
Ciprofloxacin 0.2 % ear drops in a dropperette	09/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Eltrombopag 12.5 mg powder packet for oral suspension	09/01/2025	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Eltrombopag olamine 12.5 mg tablet	09/01/2025	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Eltrombopag olamine 25 mg oral powder packet	09/01/2025	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Eltrombopag olamine 25 mg tablet	09/01/2025	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Eltrombopag olamine 50 mg tablet	09/01/2025	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Eltrombopag olamine 75 mg tablet	09/01/2025	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Emtricitabine 200 mg-rilpivirine 25 mg-tenofovir disprox 300 mg tablet	09/01/2025	Agregado Agregar 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**
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	09/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ERZOFRI 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	09/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ERZOFRI 234 MG/1.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	09/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ERZOFRI 351 MG/2.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	09/01/2025	Agregado Agregar 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**	**Medicamento Alternativo ***	**Se Aplica a**
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	09/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	09/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET	09/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET	09/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRIJARDY XR 10 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	09/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRIJARDY XR 12.5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	09/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRIJARDY XR 25 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	09/01/2025	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**
TRIJARDY XR 5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	09/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Eslicarbazepine 200 mg tablet	08/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Eslicarbazepine 400 mg tablet	08/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Eslicarbazepine 600 mg tablet	08/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Eslicarbazepine 800 mg tablet	08/01/2025	Agregado Agregar 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**	**Medicamento Alternativo ***	**Se Aplica a**
SUNLENCA 300 MG TABLET	08/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
KALETRA 400 MG-100 MG/5 ML ORAL SOLUTION	08/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ELIQUIS 5 MG TABLET	08/01/2025	Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 22.5 MG IM SUSPENSION	07/01/2025	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
PAXLOVID 150 MG(6)-100 MG(5) TABLETS IN A DOSE PACK(SEVERE RENAL DOSE)	07/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Abirtega 250 mg tablet	06/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Auranofin 3 mg capsule	06/01/2025	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**
Clindamycin 150 mg/mL injection solution	06/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Clindamycin 150 mg/mL injection solution (4 ml)	06/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
EULEXIN 125 MG CAPSULE	06/01/2025	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
GOMEKLI 1 MG CAPSULE	06/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	06/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	06/01/2025	Agregado Agregar 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**	**Medicamento Alternativo ***	**Se Aplica a**
LEUKERAN 2 MG TABLET	06/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Mercaptopurine 20 mg/mL oral suspension	06/01/2025	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Metformin 750 mg tablet	06/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
NATACYN 5 % EYE DROPS,SUSPENSION	06/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OPIPZA 10 MG ORAL FILM	06/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OPIPZA 2 MG ORAL FILM	06/01/2025	Agregado Agregar 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**	**Medicamento Alternativo ***	**Se Aplica a**
OPIPZA 5 MG ORAL FILM	06/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
RALDESY 10 MG/ML ORAL SOLUTION	06/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
REVUFORJ 25 MG TABLET	06/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ROMVIMZA 14 MG CAPSULE	06/01/2025	Agregado Agregar 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	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
ROMVIMZA 20 MG CAPSULE	06/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ROMVIMZA 30 MG CAPSULE	06/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TABLOID 40 MG TABLET	06/01/2025	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	06/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET	06/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Isosorbide mononitrate 10 mg tablet	05/01/2025	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**
Isosorbide mononitrate 20 mg tablet	05/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE	05/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AUSTEDO XR 12 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	05/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AUSTEDO XR 18 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	05/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AUSTEDO XR 24 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	05/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AUSTEDO XR 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	05/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad 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
AUSTEDO XR 36 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	05/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AUSTEDO XR 42 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	05/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AUSTEDO XR 48 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	05/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AUSTEDO XR 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	05/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AUSTEDO XR TITRATION (WEEK 1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24HR DOSE PK	05/01/2025	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AUSTEDO XR TITRATION KIT(WEEK 1-4) 6 MG-12 MG-24 MG TABLET,ER DOSEPACK	05/01/2025	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**
VELTASSA 1 GRAM ORAL POWDER PACKET	05/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Fluoxetine 40 mg capsule	05/01/2025	Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Carbamazepine 200 mg chewable tablet	04/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Mesna 400 mg tablet	04/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Timolol 0.5 % eye drops	04/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Topiramate 50 mg sprinkle capsule	04/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
DANZITEN 71 MG TABLET	03/01/2025	Agregado Agregar 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	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
DANZITEN 95 MG TABLET	03/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
IMKELDI 80 MG/ML ORAL SOLUTION	03/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
REVUFORJ 110 MG TABLET	03/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
REVUFORJ 160 MG TABLET	03/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
PHENYTEK 200 MG CAPSULE	03/01/2025	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**
PHENYTEK 300 MG CAPSULE	03/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
COBENFY 100 MG-20 MG CAPSULE	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
COBENFY 125 MG-30 MG CAPSULE	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
COBENFY 50 MG-20 MG CAPSULE	02/01/2025	Agregado Agregar 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**	**Medicamento Alternativo ***	**Se Aplica a**
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG/100 MG-20 MG CAPSULES IN A DOSE PACK	02/01/2025	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Dasatinib 100 mg tablet	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Dasatinib 140 mg tablet	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Dasatinib 20 mg tablet	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Dasatinib 50 mg tablet	02/01/2025	Agregado Agregar 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	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
Dasatinib 70 mg tablet	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Dasatinib 80 mg tablet	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Gallifrey 5 mg tablet	02/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ITOVEBI 3 MG TABLET	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ITOVEBI 9 MG TABLET	02/01/2025	Agregado Agregar 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**	**Medicamento Alternativo ***	**Se Aplica a**
LAZCLUZE 240 MG TABLET	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LAZCLUZE 80 MG TABLET	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LUMAKRAS 240 MG TABLET	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Oxcarbazepine ER 150 mg tablet,extended release 24 hr	02/01/2025	Agregado Agregar 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	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
Oxcarbazepine ER 300 mg tablet,extended release 24 hr	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Oxcarbazepine ER 600 mg tablet,extended release 24 hr	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Quinapril 10 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 12.5 mg tablet	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Quinapril 20 mg-hydrochlorothiazide 25 mg tablet	02/01/2025	Agregado Agregar 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**
RINVOQ LQ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Tazarotene 0.05 % topical cream	02/01/2025	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
VORANIGO 10 MG TABLET	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
VORANIGO 40 MG TABLET	02/01/2025	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Mometasone 50 mcg/actuation nasal spray	02/01/2025	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
OXBRYTA 300 MG TABLET	02/01/2025	Eliminado	Retirado del Mercado	L-glutamine	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
OXBRYTA 300 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	02/01/2025	Eliminado	Retirado del Mercado	L-glutamine	Todos los Miembros de Medicare
OXBRYTA 500 MG TABLET	02/01/2025	Eliminado	Retirado del Mercado	L-glutamine	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 médico puede determinar si la alternativa que se sugiere aquí es adecuada para usted debido al funcionamiento del medicamentos. Por favor, pregunte a su médico 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 médico 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 médico que le receta el medicamento. Puede solicitar una apelación acelerada (rápida) si usted o su médico 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 médico 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.[i]