



## DualChoice

**Cambios a la  
Lista de Medicamentos Cubiertos  
IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 2026  
Actualización: 1 de febrero de 2026**

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 son revisados y aprobados por 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. Usted 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<br/>Medicamento DE MARCA<br/>REGISTRADA Medicamento<br/>Genérico<br/><br/>Dosis/Requisitos/Límites</b> | <b>Fecha en la que<br/>Entrará en<br/>Vigencia el<br/>Cambio</b> | <b>Tipo de Cambio</b>   | <b>Motivo del<br/>Cambio</b> | <b>Medicamento<br/>Alternativo *</b> | <b>Se Aplica a</b>                   |
|--|--|---|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Brukina 160 mg tablet  | 02/01/2026   | Agregado<br><br>Agregar Límite<br>de Cantidad<br>Requiere PA<br>(Solo en caso de<br>Nuevo Inicio) | --                           | --                                   | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |
| Cimzia Starter Kit 400 mg/2<br>mL (200 mg/mL x2)<br>subcutaneous syringe kit   | 02/01/2026   | Agregado<br><br>Requiere PA   | --                           | --                                   | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |
| conjugated estrogens 0.3 mg<br>tablet  | 02/01/2026   | Agregado  | --                           | --                                   | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |
| conjugated estrogens 0.45 mg<br>tablet   | 02/01/2026   | Agregado  | --                           | --                                   | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |
| conjugated estrogens 0.625 mg<br>tablet  | 02/01/2026   | Agregado  | --                           | --                                   | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |
| conjugated estrogens 0.9 mg<br>tablet  | 02/01/2026   | Agregado  | --                           | --                                   | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |
| conjugated estrogens 1.25 mg<br>tablet   | 02/01/2026   | Agregado  | --                           | --                                   | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |

| <b>Medicamentos Afectados</b><br><b>Medicamento DE MARCA</b><br><b>REGISTRADA Medicamento</b><br><i>Genérico</i><br><br><b>Dosis/Requisitos/Límites</b> | <b>Fecha en la que</b><br><b>Entrará en</b><br><b>Vigencia el</b><br><b>Cambio</b> | <b>Tipo de Cambio</b>   | <b>Motivo del</b><br><b>Cambio</b> | <b>Medicamento</b><br><b>Alternativo *</b> | <b>Se Aplica a</b>             |
|---|--|---|------------------------------------|--|--------------------------------|
| Exxua 18.2 mg tablet,extended release   | 02/01/2026   | Agregado<br><br>Agregar Límite de Cantidad<br>Requiere PA<br>(Solo en caso de Nuevo Inicio) | --                                 | --   | Todos los Miembros de Medicare |
| Exxua 36.3 mg tablet,extended release   | 02/01/2026   | Agregado<br><br>Agregar Límite de Cantidad<br>Requiere PA<br>(Solo en caso de Nuevo Inicio) | --                                 | --   | Todos los Miembros de Medicare |
| Exxua 54.5 mg tablet,extended release   | 02/01/2026   | Agregado<br><br>Agregar Límite de Cantidad<br>Requiere PA<br>(Solo en caso de Nuevo Inicio) | --                                 | --   | Todos los Miembros de Medicare |

| <b>Medicamentos Afectados</b><br><b>Medicamento DE MARCA</b><br><b>REGISTRADA Medicamento</b><br><i>Genérico</i><br><br><b>Dosis/Requisitos/Límites</b> | <b>Fecha en la que</b><br><b>Entrará en</b><br><b>Vigencia el</b><br><b>Cambio</b> | <b>Tipo de Cambio</b>   | <b>Motivo del</b><br><b>Cambio</b> | <b>Medicamento</b><br><b>Alternativo *</b> | <b>Se Aplica a</b>             |
|---|--|---|------------------------------------|--|--------------------------------|
| Exxua 72.6 mg tablet,extended release   | 02/01/2026   | Agregado<br><br>Agregar Límite de Cantidad<br>Requiere PA<br>(Solo en caso de Nuevo Inicio) | --                                 | --   | Todos los Miembros de Medicare |
| fidaxomicin 200 mg tablet   | 02/01/2026   | Agregado<br><br>Agregar Límite de Cantidad  | --                                 | --   | Todos los Miembros de Medicare |
| Inluriyo 200 mg tablet  | 02/01/2026   | Agregado<br><br>Agregar Límite de Cantidad<br>Requiere PA<br>(Solo en caso de Nuevo Inicio) | --                                 | --   | Todos los Miembros de Medicare |
| lomustine 10 mg capsule   | 02/01/2026   | Agregado  | --                                 | --   | Todos los Miembros de Medicare |
| lomustine 100 mg capsule  | 02/01/2026   | Agregado  | --                                 | --   | Todos los Miembros de Medicare |
| lomustine 40 mg capsule   | 02/01/2026   | Agregado  | --                                 | --   | Todos los Miembros de Medicare |

| <b>Medicamentos Afectados</b><br><b>Medicamento DE MARCA</b><br><b>REGISTRADA Medicamento</b><br><i>Genérico</i><br><br><b>Dosis/Requisitos/Límites</b> | <b>Fecha en la que</b><br><b>Entrará en</b><br><b>Vigencia el</b><br><b>Cambio</b> | <b>Tipo de Cambio</b>                                 | <b>Motivo del</b><br><b>Cambio</b> | <b>Medicamento</b><br><b>Alternativo *</b>  | <b>Se Aplica a</b>             |
|---|--|---|------------------------------------|---|--------------------------------|
| Luizza 1 mg-20 mcg tablet   | 02/01/2026   | Agregado  | --                                 | --  | Todos los Miembros de Medicare |
| Luizza 1.5 mg-30 mcg tablet   | 02/01/2026   | Agregado  | --                                 | --  | Todos los Miembros de Medicare |
| Otezla XR 75 mg tablet,extended release   | 02/01/2026   | Agregado<br>Requiere PA                               | --                                 | --  | Todos los Miembros de Medicare |
| Otezla XR Initiation 10 mg-20 mg-30 mg tablet and 75 mg tablet,ER pack  | 02/01/2026   | Agregado<br>Requiere PA                               | --                                 | --  | Todos los Miembros de Medicare |
| Valtva 1 mg-35 mcg tablet   | 02/01/2026   | Agregado  | --                                 | --  | Todos los Miembros de Medicare |
| Tridacaine II 5 % topical patch   | 02/01/2026   | Agregado<br>Agregar Límite de Cantidad<br>Requiere PA | --                                 | --  | Todos los Miembros de Medicare |
| DIFICID 200 MG TABLET   | 02/01/2026   | Medicamento de Marca Eliminado                        | Medicamento Genérico Disponible    | Utilice la formulación genérica u otros productos de la misma categoría terapéutica que figuren en la Lista de Medicamentos Cubiertos | Todos los Miembros de Medicare |

| <b>Medicamentos Afectados</b><br><b>Medicamento DE MARCA</b><br><b>REGISTRADA Medicamento</b><br><b>Genérico</b><br><br><b>Dosis/Requisitos/Límites</b> | <b>Fecha en la que</b><br><b>Entrará en</b><br><b>Vigencia el</b><br><b>Cambio</b> | <b>Tipo de Cambio</b>             | <b>Motivo del</b><br><b>Cambio</b>    | <b>Medicamento</b><br><b>Alternativo *</b>  | <b>Se Aplica a</b>                   |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Gleostine 10 mg capsule   | 02/01/2026   | Medicamento de<br>Marca Eliminado | Medicamento<br>Genérico<br>Disponible | Utilice la formulación<br>genérica u otros<br>productos de la misma<br>categoría terapéutica<br>que figuren en la Lista<br>de Medicamentos<br>Cubiertos | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |
| Gleostine 100 mg capsule  | 02/01/2026   | Medicamento de<br>Marca Eliminado | Medicamento<br>Genérico<br>Disponible | Utilice la formulación<br>genérica u otros<br>productos de la misma<br>categoría terapéutica<br>que figuren en la Lista<br>de Medicamentos<br>Cubiertos | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |
| Gleostine 40 mg capsule   | 02/01/2026   | Medicamento de<br>Marca Eliminado | Medicamento<br>Genérico<br>Disponible | Utilice la formulación<br>genérica u otros<br>productos de la misma<br>categoría terapéutica<br>que figuren en la Lista<br>de Medicamentos<br>Cubiertos | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |

| <b>Medicamentos Afectados</b><br><b>Medicamento DE MARCA</b><br><b>REGISTRADA Medicamento</b><br><b>Genérico</b><br><br><b>Dosis/Requisitos/Límites</b> | <b>Fecha en la que</b><br><b>Entrará en</b><br><b>Vigencia el</b><br><b>Cambio</b> | <b>Tipo de Cambio</b>             | <b>Motivo del</b><br><b>Cambio</b>    | <b>Medicamento</b><br><b>Alternativo *</b>  | <b>Se Aplica a</b>                   |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Premarin 0.3 mg tablet  | 02/01/2026   | Medicamento de<br>Marca Eliminado | Medicamento<br>Genérico<br>Disponible | Utilice la formulación<br>genérica u otros<br>productos de la misma<br>categoría terapéutica<br>que figuren en la Lista<br>de Medicamentos<br>Cubiertos | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |
| Premarin 0.45 mg tablet   | 02/01/2026   | Medicamento de<br>Marca Eliminado | Medicamento<br>Genérico<br>Disponible | Utilice la formulación<br>genérica u otros<br>productos de la misma<br>categoría terapéutica<br>que figuren en la Lista<br>de Medicamentos<br>Cubiertos | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |
| Premarin 0.625 mg tablet  | 02/01/2026   | Medicamento de<br>Marca Eliminado | Medicamento<br>Genérico<br>Disponible | Utilice la formulación<br>genérica u otros<br>productos de la misma<br>categoría terapéutica<br>que figuren en la Lista<br>de Medicamentos<br>Cubiertos | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |

| <b>Medicamentos Afectados</b><br><b>Medicamento DE MARCA</b><br><b>REGISTRADA Medicamento</b><br><b>Genérico</b><br><br><b>Dosis/Requisitos/Límites</b> | <b>Fecha en la que</b><br><b>Entrará en</b><br><b>Vigencia el</b><br><b>Cambio</b> | <b>Tipo de Cambio</b>             | <b>Motivo del</b><br><b>Cambio</b>    | <b>Medicamento</b><br><b>Alternativo *</b>  | <b>Se Aplica a</b>                   |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Premarin 0.9 mg tablet  | 02/01/2026   | Medicamento de<br>Marca Eliminado | Medicamento<br>Genérico<br>Disponible | Utilice la formulación<br>genérica u otros<br>productos de la misma<br>categoría terapéutica<br>que figuren en la Lista<br>de Medicamentos<br>Cubiertos | Todos los<br>Miembros<br>de Medicare |
| Premarin 1.25 mg tablet   | 02/01/2026   | Medicamento de<br>Marca Eliminado | Medicamento<br>Genérico<br>Disponible | Utilice la formulación<br>genérica u otros<br>productos de la misma<br>categoría terapéutica<br>que figuren en la Lista<br>de Medicamentos<br>Cubiertos | Todos los<br>Miembros<br>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.*