



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.

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
Dosis/Requisitos/Límites					
Brukinsa 160 mg tablet	02/01/2026	Agregado Aregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Cimzia Starter Kit 400 mg/2 mL (200 mg/mL x2) subcutaneous syringe kit	02/01/2026	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
conjugated estrogens 0.3 mg tablet	02/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
conjugated estrogens 0.45 mg tablet	02/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
conjugated estrogens 0.625 mg tablet	02/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
conjugated estrogens 0.9 mg tablet	02/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
conjugated estrogens 1.25 mg tablet	02/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare

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

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

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
Dosis/Requisitos/Límites					
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 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 Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Valtya 1 mg-35 mcg tablet	02/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Tridacaine II 5 % topical patch	02/01/2026	Agregado Aregar Límite de Cantidad 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

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
Dosis/Requisitos/Límites					
Gleostine 10 mg capsule	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
Gleostine 100 mg capsule	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
Gleostine 40 mg capsule	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

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
Dosis/Requisitos/Límites					
Premarin 0.3 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
Premarin 0.45 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
Premarin 0.625 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

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento Genérico	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
Dosis/Requisitos/Límites					
Premarin 0.9 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
Premarin 1.25 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

*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 medicamento. 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 respalte 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.