



DualChoice

Cambios a la Lista de Medicamentos Cubiertos IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 2026 Actualización: 1 de abril 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 Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
sevelamer carbonate 2.4 gram oral powder packet	04/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
sevelamer carbonate 0.8 gram oral powder packet	04/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
sevelamer carbonate 800 mg tablet	04/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
sevelamer HCl 400 mg tablet	04/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
sevelamer HCl 800 mg tablet	04/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Hailey Fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet	04/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
calcium acetate(phosphate binders) 667 mg tablet	04/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet	04/01/2026	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
perampanel 0.5 mg/mL oral suspension	04/01/2026	Agregado Agregar Límite de Cantidad Agregar Terapia Escalonada	--	--	Todos los Miembros de Medicare
sodium polystyrene sulfonate 15 gram/60 mL oral suspension	04/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Shingrix (PF) 50 mcg/0.5 mL intramuscular syringe	04/01/2026	Agregado Agregar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Hyrnuo 10 mg tablet	04/01/2026	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
Vraylar 0.5 mg capsule	04/01/2026	Agregado Agregar Límite de Cantidad Agregar Terapia Escalonada	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Vraylar 0.75 mg capsule	04/01/2026	Agregado Agregar Límite de Cantidad Agregar Terapia Escalonada	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Exxua 18.2 mg (32 tabs) tablet, ER 24 hr dose pack	04/01/2026	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
calcium acetate(phosphate binders) 667 mg capsule	04/01/2026	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
Fycompa 0.5 mg/mL oral suspension	04/01/2026	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
Ensacove 100 mg capsule	03/01/2026	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Ensacove 25 mg capsule	03/01/2026	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
Koselugo 5 mg sprinkle capsule	03/01/2026	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Koselugo 7.5 mg sprinkle capsule	03/01/2026	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Prezcobix 675 mg-150 mg tablet	03/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Selarsdi 45 mg/0.5 mL subcutaneous solution	03/01/2026	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Subvenite 10 mg/mL oral suspension	03/01/2026	Agregado 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
metoprolol tartrate 37.5 mg tablet	03/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
metoprolol tartrate 75 mg tablet	03/01/2026	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ustekinumab-aauz 45 mg/0.5 mL subcutaneous syringe	03/01/2026	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ustekinumab-aauz 90 mg/mL subcutaneous syringe	03/01/2026	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ustekinumab 45 mg/0.5 mL subcutaneous solution	03/01/2026	Medicamento de Marca Eliminado	Biosimilar disponible	Utilice una formulación biosimilar u otros productos de la misma categoría terapéutica de la Lista de Medicamentos Cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
Stelara 45 mg/0.5 mL subcutaneous solution	03/01/2026	Medicamento de Marca Eliminado	Biosimilar disponible	Utilice una formulación biosimilar u otros productos de la misma categoría terapéutica de la Lista de Medicamentos Cubiertos	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
Stelara 45 mg/0.5 mL subcutaneous syringe	03/01/2026	Medicamento de Marca Eliminado	Biosimilar disponible	Utilice una formulación biosimilar u otros productos de la misma categoría terapéutica de la Lista de Medicamentos Cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
Stelara 90 mg/mL subcutaneous syringe	03/01/2026	Medicamento de Marca Eliminado	Biosimilar disponible	Utilice una formulación biosimilar u otros productos de la misma categoría terapéutica de la Lista de Medicamentos Cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
ustekinumab 45 mg/0.5 mL subcutaneous syringe	03/01/2026	Medicamento de Marca Eliminado	Biosimilar disponible	Utilice una formulación biosimilar u otros productos de la misma categoría terapéutica de la Lista de Medicamentos Cubiertos	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
ustekinumab 90 mg/mL subcutaneous syringe	03/01/2026	Medicamento de Marca Eliminado	Biosimilar disponible	Utilice una formulación biosimilar u otros productos de la misma categoría terapéutica de la Lista de Medicamentos Cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
Brukina 160 mg tablet	02/01/2026	Agregado Agregar 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

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
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
Exxua 18.2 mg tablet,extended release	02/01/2026	Agregado Agregar 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 Agregar 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 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
Exxua 72.6 mg tablet,extended release	02/01/2026	Agregado Agregar Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
fidaxomicin 200 mg tablet	02/01/2026	Agregado Agregar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
Inluriyo 200 mg tablet	02/01/2026	Agregado Agregar 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 Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
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 Agregar 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 Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
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 Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
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 Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
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 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.