



**Cambios a la
Lista de Medicamentos Cubiertos
IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 2021
Actualizado 1 de septiembre de 2021**

Es posible que (para agregar o retirar medicamentos) IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 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 de IEHP DualChoice, IEHP DualChoice publicará los cambios en nuestro sitio web y notificaremos a los Miembros afectados por lo menos treinta (30) días naturales antes de la fecha de entrada en vigor del cambio realizado en la Lista de Medicamentos Cubiertos de IEHP DualChoice. 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. Además, 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
<i>Rufinamide 200 mg tablet</i>	09/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Rufinamide 400 mg tablet</i>	09/01/2021	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
		Requiere Límite de Cantidad			
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	09/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Norethindrone 1 mg-ethinyl estradiol 20 mcg (21)-iron 75 mg (7) tablet</i>	09/01/2021	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
SKYRIZI 150 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	09/01/2021	Agregado Aplicable Agregar PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
SKYRIZI 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	09/01/2021	Agregado Aplicable Agregar PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
BANZEL 200 MG TABLET	09/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
BANZEL 400 MG TABLET	09/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY (150 MG X 1 AND 100 MG X 1) TABLETS	08/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XPOVIO 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET	08/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere 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
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2) TABLET	08/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XPOVIO 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET	08/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XPOVIO 40 MG TWICE WEEK (40 MG X 2) TABLET	08/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1) TABLET	08/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XTANDI 40 MG TABLET	07/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XTANDI 80 MG TABLET	07/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC ULCER COLITIS STARTER 80 MG/0.8 ML SUBCUT KIT	07/01/2021	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
FOTIVDA 0.89 MG CAPSULE	07/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
FOTIVDA 1.34 MG CAPSULE	07/01/2021	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
<i>Desogestrel 0.15 mg-ethinyl estradiol 0.03 mg tablet</i>	06/01/2021	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Droxidopa 100 mg capsule</i>	06/01/2021	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Droxidopa 200 mg capsule</i>	06/01/2021	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Droxidopa 300 mg capsule</i>	06/01/2021	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Cyclophosphamide 25 mg tablet</i>	06/01/2021	Agregado Requiere PA (B vs D)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Cyclophosphamide 50 mg tablet</i>	06/01/2021	Agregado Requiere PA (B vs D)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
UKONIQ 200 MG TABLET	06/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
NORTHERA 100 MG CAPSULE	06/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
NORTHERA 200 MG CAPSULE	06/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
NORTHERA 300 MG CAPSULE	06/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en 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
TRUVADA 167 MG-250 MG TABLET	05/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
TRUVADA 133 MG-200 MG TABLET	05/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET	05/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lubiprostone 24 mcg capsule</i>	05/01/2021	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lubiprostone 8 mcg capsule</i>	05/01/2021	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XELJANZ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	05/01/2021	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TEPMETKO 225 MG TABLET	05/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TEMIXYS 300 MG-300 MG TABLET	05/01/2021	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Disulfiram 500 mg tablet</i>	05/01/2021	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
<i>Emtricitabine 167 mg-tenofovir disoproxil fumarate 250 mg tablet</i>	05/01/2021	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Emtricitabine 133 mg-tenofovir disoproxil fumarate 200 mg tablet</i>	05/01/2021	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Emtricitabine 100 mg-tenofovir disoproxil fumarate 150 mg tablet</i>	05/01/2021	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ALINIA 500 MG TABLET	04/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
ORGOVYX 120 MG TABLET	04/01/2021	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ICLUSIG 30 MG TABLET	04/01/2021	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ICLUSIG 10 MG TABLET	04/01/2021	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Nitazoxanide 500 mg tablet</i>	04/01/2021	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TRELEGY ELLIPTA 200 MCG- 62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION	04/01/2021	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46) capsule, delayed release</i>	03/01/2021	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
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT	03/01/2021	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Abiraterone 500 mg tablet</i>	03/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Armodafinil 150 mg tablet</i>	03/01/2021	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Armodafinil 250 mg tablet</i>	03/01/2021	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Armodafinil 50 mg tablet</i>	03/01/2021	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Armodafinil 200 mg tablet</i>	03/01/2021	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Asenapine 10 mg sublingual tablet</i>	03/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Asenapine 2.5 mg sublingual tablet</i>	03/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere 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
<i>Asenapine 5 mg sublingual tablet</i>	03/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ONUREG 200 MG TABLET	03/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ONUREG 300 MG TABLET	03/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Chlordiazepoxide-clidinium 5 mg- 2.5 mg capsule</i>	03/01/2021	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
RETACRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION	03/01/2021	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Icosapent ethyl 1 gram capsule</i>	03/01/2021	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Rufinamide 40 mg/mL oral suspension</i>	03/01/2021	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TECFIDERA 120 MG (14)-240 MG (46) CAPSULE,DELAYED RELEASE	03/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
ZYTIGA 500 MG TABLET	03/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría	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
				terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	
SAPHRIS 10 MG SUBLINGUAL TABLET	03/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
SAPHRIS 5 MG SUBLINGUAL TABLET	03/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE	03/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION	03/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
GAVRETO 100 MG CAPSULE	02/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TRULICITY 3 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	02/01/2021	Agregado Agregar Terapia Escalonada	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	02/01/2021	Agregado Agregar Terapia Escalonada	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fluorouracil 0.5 % topical cream</i>	02/01/2021	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Efavirenz 600 Mg-Emtricitabine 200 mg-Tenofovir Disoprox 300 mg tablet</i>	02/01/2021	Agregado Requiere 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
<i>Lapatinib 250 mg tablet</i>	02/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Emtricitabine 200 mg-Tenofovir Disoproxil Fumarate 300 mg tablet</i>	02/01/2021	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Efavirenz 600 mg-Lamivudine 300 mg-Tenofovir Disoproxil 300 mg tablet</i>	02/01/2021	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Dimethyl Fumarate 120 mg capsule, delayed release</i>	02/01/2021	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Dimethyl Fumarate 240 mg capsule, delayed release</i>	02/01/2021	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sapropterin 500 mg oral powder packet</i>	02/01/2021	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sapropterin 100 mg oral powder packet</i>	02/01/2021	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sapropterin 100 mg soluble tablet</i>	02/01/2021	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
FARYDAK 15 MG CAPSULE	02/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Emtricitabine 200 mg capsule</i>	02/01/2021	Agregado Requiere 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
<i>Efavirenz 400 mg-Lamivudine 300 mg-Tenofovir Disoproxil 300 mg tablet</i>	02/01/2021	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
DIACOMIT 250 MG CAPSULE	02/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
DIACOMIT 500 MG CAPSULE	02/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
DIACOMIT 500 MG ORAL POWDER PACKET	02/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
DIACOMIT 250 MG ORAL POWDER PACKET	02/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	02/01/2021	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Metyrosine 250 mg capsule</i>	02/01/2021	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ATRIPLA 600 MG-200 MG-300 MG TABLET	02/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
TYKERB 250 MG TABLET	02/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
TRUVADA 200 MG-300 MG TABLET	02/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en 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
SYMFI 600 MG-300 MG TABLET	02/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
TECFIDERA 120 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	02/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
TECFIDERA 240 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	02/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
KUVAN 500 MG ORAL POWDER PACKET	02/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
KUVAN 100 MG ORAL POWDER PACKET	02/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
KUVAN 100 MG SOLUBLE TABLET	02/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
EMTRIVA 200 MG CAPSULE	02/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
SYMFI LO 400 MG-300 MG-300 MG TABLET	02/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	Todos los Miembros de Medicare
DEMSER 250 MG CAPSULE	02/01/2021	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría	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
				terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	

*Los medicamentos alternativos son medicamentos que están en la misma categoría o clase terapéutica, o en el mismo nivel de costo compartido que el medicamento afectado. Solo su Doctor puede determinar si la alternativa que se sugiere aquí es adecuada para usted debido a la naturaleza individualizada de la terapia con 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.

Generalmente, IEHP DualChoice solo aprobará su solicitud de una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del plan, el medicamento de menor nivel o las restricciones de utilización adicionales no son igual de eficaces para tratar su condición o le provocan efectos médicos negativos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitar que tomemos una decisión de cobertura inicial sobre una excepción a la lista de medicamentos cubiertos, al nivel o a las restricciones de utilización. **Al solicitar una excepción a la lista de medicamentos cubiertos, al nivel o a las restricciones de utilización, debe presentar una declaración de su Doctor que respalde su solicitud.** Generalmente, debemos tomar nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de la persona o el Doctor que le receta el medicamento. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su Doctor consideran que esperar hasta 72 horas para obtener una decisión podría dañar de manera grave su salud. Si se aprueba su solicitud de una excepción acelerada, 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, 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 Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.