



**Cambios a la
Lista de Medicamentos Cubiertos
IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 2022
Actualización: 1 de noviembre de 2022**

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
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT- 20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	11/01/2022	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
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	11/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	11/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	11/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	11/01/2022	Agregado Requiere PA (BvD)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	11/01/2022	Agregado Requiere PA (BvD)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sodium,potassium,mag sulfates 17.5 gram-3.13 gram-1.6 gram oral soln</i>	10/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Methylphenidate 10 mg/9 hr daily transdermal patch</i>	10/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Methylphenidate 15 mg/9 hr daily transdermal patch</i>	10/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Methylphenidate 20 mg/9 hr daily transdermal patch</i>	10/01/2022	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>Methylphenidate 30 mg/9 hr daily transdermal patch</i>	10/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	10/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3 CCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	10/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
NUCALA 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	10/01/2022	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	10/01/2022	Se Elimina PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET	10/01/2022	Se Elimina PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET	10/01/2022	Se Elimina PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
VONJO 100 MG CAPSULE	10/01/2022	Se Elimina Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XALKORI 200 MG CAPSULE	10/01/2022	Se Elimina Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XALKORI 250 MG CAPSULE	10/01/2022	Se Elimina 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>Vancomycin 125 mg capsule</i>	10/01/2022	Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Vancomycin 250 mg capsule</i>	10/01/2022	Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION	10/01/2022	Aumentar Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Bexarotene 1 % topical gel</i>	09/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
COPIKTRA 15 MG CAPSULE	09/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
COPIKTRA 25 MG CAPSULE	09/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Metformin 625 mg oral tablet</i>	09/01/2022	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
		Requiere Terapia Escalonada			
<i>Sorafenib 200 mg tablet</i>	09/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Vilazodone 10 mg tablet</i>	09/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Vilazodone 20 mg tablet</i>	09/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Vilazodone 40 mg tablet</i>	09/01/2022	Agregado Requiere 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
<i>Chlorpromazine 100 mg/ml oral concentrate</i>	09/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Chlorpromazine 30 mg/ml oral concentrate</i>	09/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sertraline 200 mg capsule</i>	09/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sertraline 150 mg capsule</i>	09/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Everolimus (antineoplastic) 2 mg tablet for oral suspension</i>	09/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
FELBATOL 600 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	09/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Varenicline 0.5 mg tablet</i>	09/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Varenicline 1 mg tablet</i>	09/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	08/01/2022	Se Elimina PA Nivel Más Bajo	--	--	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
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS	08/01/2022	Se Elimina PA Nivel Más Bajo	--	--	Todos los Miembros de Medicare
XIIDRA 5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	08/01/2022	Se Elimina PA Nivel Más Bajo	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fluticasone propionate 110 mcg/actuation HFA aerosol inhaler</i>	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fluticasone propionate 220 mcg/actuation HFA aerosol inhaler</i>	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lacosamide 10 mg/ml oral solution</i>	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fluticasone furoate 100 mcg- vilanterol 25 mcg/dose inhalation powder</i>	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fluticasone furoate 200 mcg- vilanterol 25 mcg/dose inhalation powder</i>	08/01/2022	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>Pirfenidone 267 mg tablet</i>	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Pirfenidone 801 mg tablet</i>	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
VONJO 100 MG CAPSULE	08/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Fluticasone propionate 44 mcg/actuation hfa aerosol inhaler</i>	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRIZIVIR 300 MG-150 MG- 300 MG TABLET	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Varenicline 0.5 mg (11)-1 mg (42) tablets in a dose pack</i>	08/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Cyclosporine 0.05 % eye drops in a dropperette</i>	08/01/2022	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
RINVOQ 45 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
SELZENTRY 300 MG TABLET	08/01/2022	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
APOKYN 10 MG/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	08/01/2022	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
CYSTADANE 1 GRAM/1.7 ML ORAL POWDER	08/01/2022	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
VIMPAT 100 MG TABLET	08/01/2022	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
VIMPAT 150 MG TABLET	08/01/2022	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
VIMPAT 200 MG TABLET	08/01/2022	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
VIMPAT 50 MG TABLET	08/01/2022	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la lista de	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
				medicamentos cubiertos	
REVLIMID 10 MG CAPSULE	08/01/2022	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
REVLIMID 15 MG CAPSULE	08/01/2022	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
REVLIMID 25 MG CAPSULE	08/01/2022	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
REVLIMID 5 MG CAPSULE	08/01/2022	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la misma categoría terapéutica de la	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
				lista de medicamentos cubiertos	
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	08/01/2022	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
ESBRIET 267 MG TABLET	08/01/2022	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
ESBRIET 801 MG TABLET	08/01/2022	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
TRIUMEQ PD 60 MG-5 MG-30 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	08/01/2022	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>Apomorphine 10 mg/ml subcutaneous cartridge</i>	08/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Betaine 1 gram/scoop oral powder</i>	08/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lacosamide 100 mg tablet</i>	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lacosamide 150 mg tablet</i>	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lacosamide 200 mg tablet</i>	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lacosamide 50 mg tablet</i>	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lenalidomide 10 mg capsule</i>	08/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lenalidomide 15 mg capsule</i>	08/01/2022	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
		Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)			
<i>Lenalidomide 25 mg capsule</i>	08/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Lenalidomide 5 mg capsule</i>	08/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Maraviroc 300 mg tablet</i>	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Glycopyrrolate 1.5 mg tablet</i>	08/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
CIMDUO 300 MG-300 MG	08/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Aztreonam 2 gram solution for injection</i>	08/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	08/01/2022	Agregado Requiere PA (BvD)	--	--	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 30 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	05/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Citalopram 30 mg capsule</i>	05/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Digoxin 62.5 mcg (0.0625 mg) tablet</i>	05/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Maraviroc 150 mg tablet</i>	05/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TALZENNA 0.5 MG CAPSULE	05/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TALZENNA 0.75 MG CAPSULE	05/01/2022	Agregado Requiere 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
SELZENTRY 150 MG TABLET	05/01/2022	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
LANOXIN 62.5 MCG (0.0625 MG) TABLET	05/01/2022	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
BIKTARVY 30 MG-120 MG-15 MG TABLET	04/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TICOVAC 2.4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	03/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
BESREMI 500 MCG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	03/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
SCEMBLIX 20 MG TABLET	03/01/2022	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
		Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)			
SCSEMBLIX 40 MG TABLET	03/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Everolimus (immunosuppressive) 1 mg tablet</i>	03/01/2022	Agregado Requiere PA (BvD)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Hydroxychloroquine 100 mg tablet</i>	03/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Hydroxychloroquine 300 mg tablet</i>	03/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Hydroxychloroquine 400 mg tablet</i>	03/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
EXKIVITY 40 MG CAPSULE	03/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Naloxone 4 mg/actuation nasal spray</i>	03/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
EPRONTIA 25 MG/ML ORAL SOLUTION	03/01/2022	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
		Requiere Límite de Cantidad			
OXBRYTA 300 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	03/01/2022	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS	03/01/2022	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
ZORTRESS 1 MG TABLET	03/01/2022	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
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	02/01/2022	Agregado Requiere PA	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Dextroamphetamine 15 mg tablet</i>	02/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Dextroamphetamine 30 mg tablet</i>	02/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Diclofenac potassium 25 mg tablet</i>	02/01/2022	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
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL	02/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1) CAPSULE	02/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRUSELTIQ 125MG/DAY(100 MG X1-25MG X1) CAPSULE	02/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRUSELTIQ 50 MG/DAY (25 MG X 2) CAPSULE	02/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3) CAPSULE	02/01/2022	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			
WELIREG 40 MG TABLET	02/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	02/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	02/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LYBALVI 10-10 MG TABLET	02/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LYBALVI 15-10 MG TABLET	02/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
LYBALVI 20-10 MG TABLET	02/01/2022	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
LYBALVI 5-10 MG TABLET	02/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
PENTACEL (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	02/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	02/01/2022	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Azathioprine 100 mg oral tablet</i>	02/01/2022	Agregado Requiere PA (BvD)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Azathioprine 75 mg oral tablet</i>	02/01/2022	Agregado Requiere PA (BvD)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Dextroamphetamine sulfate 20 mg oral tablet</i>	02/01/2022	Agregado	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Everolimus (antineoplastic) 10 mg tablet</i>	02/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Everolimus 3 mg tablet for oral suspension</i>	02/01/2022	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
		Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)			
<i>Everolimus 5 mg tablet for oral suspension</i>	02/01/2022	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	--	--	Todos los Miembros de Medicare
<i>Paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	02/01/2022	Agregado Requiere Límite de Cantidad	--	--	Todos los Miembros de Medicare
PAXIL 10 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	02/01/2022	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
AFINITOR DISPERZ 3 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	02/01/2022	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
AFINITOR DISPERZ 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION	02/01/2022	Se Elimina el Medicamento de Marca	Medicamento Genérico Disponible	Usar fórmula genérica u otros productos en la	Todos los Miembros de Medicare

Medicamentos Afectados Medicamento DE MARCA REGISTRADA Medicamento <i>Genérico</i> Dosis/Requisitos/Límites	Fecha en la que Entrará en Vigencia el Cambio	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo *	Se Aplica a
				misma categoría terapéutica de la lista de medicamentos cubiertos	
AFINITOR 10 MG TABLET	02/01/2022	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

*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.