



**Cambios a la
Lista de Medicamentos Cubiertos
2020 IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
Actualizado 1 de agosto de 2020**

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>micafungin 100 mg intravenous solution</i>	8/1/2020	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>micafungin 50 mg intravenous solution</i>	8/1/2020	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
QINLOCK 50 MG TABLET	8/1/2020	Agregado Requiere PA	---	---	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
		(Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad			
RETEVMO 40 MG CAPSULE	8/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
RETEVMO 80 MG CAPSULE	8/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TUKYSA 150 MG TABLET	8/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TUKYSA 50 MG TABLET	8/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI 100 MG TABLET	8/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI 150 MG TABLET	8/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI 200 MG TABLET	8/1/2020	Agregado Requiere PA	---	---	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
		(Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad			
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250 MG/DAY (200 MG X 1 AND 50 MG X 1) TABLETS	8/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI MAINTENANCE PACK 350 MG/DAY (200 MG X 1 AND 150 MG X 1) TABLETS	8/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)-25 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	8/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)-200 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	8/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XCOPRI TITRATION PACK 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK	8/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>ziprasidone 20 mg/mL (final concentration) intramuscular solution</i>	8/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
MYCAMINE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION	8/1/2020	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
MYCAMINE 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION	8/1/2020	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
GEODON 20 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) INTRAMUSCULAR SOLUTION	8/1/2020	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>Insulin lispro (U-100) 100 unit/mL subcutaneous half-unit pen</i>	7/1/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Diazoxide 50 mg/mL oral suspension</i>	7/1/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Pyrimethamine 25 mg tablet</i>	7/1/2020	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	7/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	7/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
PEMAZYRE 13.5 MG TABLET	7/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
PEMAZYRE 4.5 MG TABLET	7/1/2020	Agregado Requiere PA	---	---	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
		(Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad			
PEMAZYRE 9 MG TABLET	7/1/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Insulin lispro protamine-lispro 100 unit/mL (75-25) subcutaneous pen</i>	7/1/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
PROMACTA 25 MG ORAL POWDER PACKET	7/1/2020	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	7/1/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	7/1/2020	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
DARAPRIM 25 MG TABLET	7/1/2020	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
CAPLYTA 42 MG CAPSULE	06/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
IBRANCE 100 MG TABLET	06/01/2020	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
IBRANCE 125 MG TABLET	06/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
IBRANCE 75 MG TABLET	06/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg tablet</i>	06/01/2020	Agregado Requiere PA (BvD) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg tablet</i>	06/01/2020	Agregado Requiere PA (BvD) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg tablet</i>	06/01/2020	Agregado Requiere PA (BvD) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sotalol AF 160 mg tablet</i>	06/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Sotalol AF 80 mg tablet</i>	06/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ZORTRESS 0.25 MG TABLET	06/01/2020	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
ZORTRESS 0.5 MG TABLET	06/01/2020	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
ZORTRESS 0.75 MG TABLET	06/01/2020	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
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	05/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
SECUADO 5.7 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	05/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
SECUADO 7.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH	05/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	05/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
VALTOCO 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY	05/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
VALTOCO 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	05/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
VALTOCO 15 MG/2 SPRAY(7.5MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY	05/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
TAZVERIK 200 MG TABLET	05/01/2020	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
AYVAKIT 100 MG TABLET	04/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
AYVAKIT 200 MG TABLET	04/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
AYVAKIT 300 MG TABLET	04/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Diazepam 12.5 mg-15 mg-17.5 mg-20 mg rectal kit</i>	04/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Diazepam 2.5 mg rectal kit</i>	04/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Diazepam 5 mg-7.5 mg-10 mg rectal kit</i>	04/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
Esbriet 267 mg tablet	04/01/2020	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Penicillamine 250 mg tablet</i>	04/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Tramadol 100 mg tablet</i>	04/01/2020	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>Triamcinolone acetonide 0.05 % topical ointment</i>	04/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
XELJANZ XR 22 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	04/01/2020	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
DEPEN 250 MG TABLET	04/01/2020	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
OXERVATE 0.002 % EYE DROPS	03/01/2020	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
OXBRYTA 500 MG TABLET	03/01/2020	Agregado Requiere PA Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	03/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Everolimus (antineoplastic) 2.5 mg tablet</i>	03/01/2020	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Everolimus (antineoplastic) 5 mg tablet</i>	03/01/2020	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Everolimus (antineoplastic) 7.5 mg tablet</i>	03/01/2020	Agregado Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Travoprost 0.004 % eye drops</i>	03/01/2020	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>Pentamidine 300 mg solution for injection</i>	03/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Pentamidine 300 mg solution for inhalation</i>	03/01/2020	Agregado Requiere PA (BvD)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
EXJADE 125 MG DISPERSIBLE TABLET	03/01/2020	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
EXJADE 250 MG DISPERSIBLE TABLET	03/01/2020	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
EXJADE 500 MG DISPERSIBLE TABLET	03/01/2020	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 2.5 MG TABLET	03/01/2020	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 5 MG TABLET	03/01/2020	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 7.5 MG TABLET	03/01/2020	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
PENTAM 300 MG SOLUTION FOR INJECTION	03/01/2020	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
NEBUPENT 300 MG SOLUTION FOR INHALATION	03/01/2020	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
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS	03/01/2020	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
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE	02/01/2020	Agregado Requiere PA	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Ciprofloxacin 0.3 %-Fluocinolone 0.025 % (0.25 Ml) Ear Solution</i>	02/01/2020	Agregado	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	02/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	02/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY	02/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio)	---	---	Todos los Miembros de Medicare
<i>Posaconazole 100 Mg Tablet, Delayed Release</i>	02/01/2020	Agregado Requiere PA	---	---	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
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	02/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	02/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	02/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	Todos los Miembros de Medicare
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	02/01/2020	Agregado Requiere PA (Solo en caso de Nuevo Inicio) Requiere Límite de Cantidad	---	---	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 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.