

Próximos cambios para
**la lista de medicamentos de 2021 de Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan
(plan de Medicare-Medicaid)**

Actualizado 3/1/2021

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) Cal MediConnect Plan (plan de Medicare-Medicaid) puede agregar o quitar medicamentos de nuestra lista (lista de medicamentos) durante el año, o agregar reglas sobre si ciertos medicamentos están cubiertos y cuándo lo están.

Si SCFHP elimina un medicamento cubierto o realiza algún cambio en la lista de medicamentos, SCFHP publicará los cambios en nuestra página web e informará a los miembros afectados al menos sesenta (60) días calendario antes de la fecha de entrada en vigor del cambio. Sin embargo, si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) dice que algún medicamento que usted esté tomando no es seguro, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo sacaremos inmediatamente de la lista de medicamentos. También le enviaremos una carta para comunicárselo.

La tabla a continuación contiene los próximos cambios para la lista de medicamentos de SCFHP Cal MediConnect Plan: Estos cambios pueden afectarlo.

Fecha de entrada en vigor	Nombre del medicamento	Tipo de cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos
3/1/2021	BANZEL 40 MG/ML ORAL ORAL SUSP	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	RUFINAMIDE 40 MG/ML ORAL ORAL SUSP-1
3/1/2021	SAPHRIS 10 MG SUBLINGUAL TAB SUBL	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	ASENAPINE MALEATE 10 MG SUBLINGUAL TAB SUBL-1

Fecha de entrada en vigor	Nombre del medicamento	Tipo de cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos
3/1/2021	SAPHRIS 2.5 MG SUBLINGUAL TAB SUBL	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	ASENAPINE MALEATE 2.5 MG SUBLINGUAL TAB SUBL-1
3/1/2021	SAPHRIS 5 MG SUBLINGUAL TAB SUBL	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	ASENAPINE MALEATE 5 MG SUBLINGUAL TAB SUBL-1
3/1/2021	TECFIDERA 120-240 MG ORAL CAPSULE DR	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	DIMETHYL FUMARATE 120-240 MG ORAL CAPSULE DR-1
5/1/2021	ACID CONTROL 150 MG ORAL TABLET	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a
5/1/2021	ACID REDUCER 150 150 MG ORAL TABLET	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a
5/1/2021	ACID REDUCER 150 MG ORAL TABLET	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a

Fecha de entrada en vigor	Nombre del medicamento	Tipo de cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos
5/1/2021	ACID REDUCER 75 MG ORAL TABLET	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a
5/1/2021	HEARTBURN RELIEF 150 MG ORAL TABLET	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a
5/1/2021	HEARTBURN RELIEF 75 MG ORAL TABLET	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a
5/1/2021	RANITIDINE HCL 15 MG/ML ORAL SYRUP	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a
5/1/2021	RANITIDINE HCL 150 MG ORAL TABLET	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a
5/1/2021	RANITIDINE HCL 25 MG/ML INJECTION VIAL	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a
5/1/2021	RANITIDINE HCL 300 MG ORAL TABLET	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a

Fecha de entrada en vigor	Nombre del medicamento	Tipo de cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos
5/1/2021	RANITIDINE HCL 50 MG/2 ML INJECTION VIAL	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a
5/1/2021	RANITIDINE HCL 75 MG ORAL TABLET	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a
5/1/2021	WAL-ZAN 150 150 MG ORAL TABLET	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a
5/1/2021	WAL-ZAN 75 75 MG ORAL TABLET	DELETION OF DRUG FROM FORMULARY	REMOVAL OF DRUG FROM FORMULARY DUE TO FDA MANDATED MARKET WITHDRAWAL	n/a

Lo que usted y su médico pueden hacer

Le informamos acerca de estos cambios ahora para que usted y su médico tengan tiempo (al menos 60 días) para decidir qué hacer.

Según el tipo de cambio, se pueden considerar diferentes opciones. Por ejemplo:

- Quizás su médico puede encontrar un medicamento distinto en la lista de medicamentos de SCFHP Cal MediConnect que funcione de la misma manera para usted.
- Usted y su médico pueden pedirle al plan que haga una excepción por usted. Esto significa solicitarnos que aceptemos que el próximo cambio en la cobertura de un medicamento no se aplique a usted.
 - Su médico deberá explicarnos por qué esa excepción es médicamente necesaria para usted.
 - Consulte el Manual del miembro de SCFHP Cal MediConnect para saber cómo solicitar una excepción.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de quitar o cambiar la cobertura para cualquiera de estos medicamentos, también puede presentar una queja. Llame a Servicio al Cliente si desea presentar una queja. También puede enviarnos su queja escrita por correo a:

Attn: Grievances and Appeals
Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, consulte el Manual del miembro de SCFHP Cal MediConnect.

Si tiene alguna pregunta

Llame al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita.

Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con Medi-Cal para proporcionarles beneficios de ambos programas a los miembros.

La discriminación es en contra de la ley

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SCFHP no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

SCFHP:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, puede comunicarse con Servicio al cliente llamando al 1-877-723-4795, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711.

Si considera que SCFHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Attn: Appeals and Grievances Department
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave
San Jose, CA 95119
Phone: 1-877-723-4795
TTY/TDD: 1-800-735-2929 o 711
Fax: 1-408-874-1962
Correo electrónico: CalMediConnectGrievances@scfhp.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un representante de Servicio al cliente está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Language Assistance Services

English: ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. TTY/TDD users should call 1-800-735-2929 or 711. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795, từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Những người sử dụng TTY/TDD gọi đến số 1-800-735-2929 hoặc 711. Cuộc gọi được miễn phí.

中文 (Chinese): 注意：如果您说中文，将为您提供免费的语言服务。请致电 1-877-723-4795 联系客户服务部，工作时间是周一至周五早上 8:00 至晚上 8:00。TTY/TDD 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。这是免费电话。

Tagalog – Filipino (Tagalog): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Customer sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Dapat tumawag ang mga TTY/TDD user sa 1-800-735-2929 o 711. Libre ang tawag.

한국어 (Korean): 주의:한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시 사이에 1-877-723-4795 번으로 고객 서비스 부서에 전화해 주십시오. TTY/TDD 사용자는 1-800-735-2929 번 또는 711 번으로 전화해 주시면 됩니다.통화료는 무료입니다.

Հայերեն (Armenian): Ուշադրութեամբ հարկ է խոստում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Չանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն 1-877-723-4795 հեռախոսահամարով երկուշաբթիից ուրբաթ՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը: TTY/TDD օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-735-2929 կամ 711: Չանգն անվճար է:

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Звоните в службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Лица, пользующиеся телетайпом / телекоммуникационными устройствами для глухих (TTY/TDD), могут связаться по номерам 1-800-735-2929 или 711. Звонки бесплатные.

فارسی (Persian, Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، سرویس های دستیار زبان به صورت رایگان در دسترس هستند. از طریق شماره 1-877-723-4795 روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 عصر با سرویس مشتری تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD می توانند از طریق شماره 1-800-735-2929 یا 711 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

日本語 (Japanese): 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語サービスをご利用いただけます。月曜日から金曜日、午前 8 時～午後 8 時に対応のカスタマーサービス(1-877-723-4795)までご連絡ください。TTY/TDD ご利用の方は、1-800-735-2929 または 711 に電話してください。通話料金は無料です。

Hmoob (Hmong): LUS CEEV:Yog koj hais lus Hmoob, peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu Rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm 1-877-723-4795, hnuv Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Tus xov tooj rau cov neeg TTY/TDD hu rau 1-800-735-2929 lossis 711. Yog tus xov tooj hu dawb.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਤੋਂ ਰਾਤ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਤੇ, 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY/TDD ਵਰਤਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ 1-800-735-2929 ਜਾਂ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

العربية(Arabic):
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً . اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-877-723-4795 ، من الإثنين إلى الجمعة، 8 ص إلى 8 م. مستخدم الهاتف النصي/جهاز الاتصال لضعاف السمع يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-735-2929 أو 711. اتصل مجاناً.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। आप सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात के 8 बजे तक ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 पर कॉल कर सकते हैं। TTY/TDD उपयोगकर्ताओं को 1-800-735-2929 या 711 पर कॉल करना चाहिए। कॉल निःशुल्क है।

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทรติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าที่ 1-877-723-4795 ได้ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. ผู้ใช้ TTY/TDD สามารถโทรติดต่อได้ที่ 1-800-735-2929 หรือ 711 โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

ខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian): ប្រមូលកិច្ចទុកដាក់: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សេវាផ្នែកទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខ 1 877 723 4795 អាចរកបាន ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY/TDD គួរតែទូរស័ព្ទមកលេខ 1 800 735 2929 ឬ 711 ។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

ພາສາລາວ (Lao): ເຊັນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ເບີ 1-877-723-4795, ເຊິ່ງເປີດໃຫ້ບໍລິການ 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ຕັ້ງແຕ່ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ. ຜູ້ທີ່ໃຊ້ TTY/TDD ແມ່ນໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-735-2929 ຫຼື 711. ການໂທແມ່ນໂທຟຣີ.