

近期变更通知：  
**Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 计划)**  
**2021 年药物清单**

更新于 4/1/2021

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 计划) 可能在年内增加或删除处方集 (药物清单) 内的某些药物, 或就部分药物是否承保或承保时间而新增规则。

如果 SCFHP 删除任何承保药物或对药物清单作出任何变更, SCFHP 会在该变更生效日期前至少六十 (60) 个日历日于网站公布, 并通知涉及的会员。但是, 如果食品和药物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 通告您正在服用的药物不安全, 或者如果药物生产商下架某药物, 我们会立即将其从药物清单中删除。同时, 我们也会向您发函告知此事。

下表包含 SCFHP Cal MediConnect 计划药物清单的近期变更。这些变更可能会对您造成影响。

生效日期	药物名称	变更类型	变更原因	替代药物
2/27/2021	ALINIA 500 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	ALINIA 500 MG ORAL TABLET
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	BANZEL 40 MG/ML ORAL ORAL SUSP
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	TECFIDERA 120-240 MG ORAL CAPSULE DR

生效日期	药物名称	变更类型	变更原因	替代药物
5/1/2021	ATRIPLA 600-200MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	ATRIPLA 600-200MG ORAL TABLET
5/1/2021	BETHKIS 300 MG/4ML INHALATION AMPUL- NEB	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	BETHKIS 300 MG/4ML INHALATION AMPUL- NEB
5/1/2021	DEMSER 250 MG ORAL CAPSULE	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	DEMSER 250 MG ORAL CAPSULE
5/1/2021	EMTRIVA 200 MG ORAL CAPSULE	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	EMTRIVA 200 MG ORAL CAPSULE
5/1/2021	FERRIPROX 500 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	FERRIPROX 500 MG ORAL TABLET
5/1/2021	KUVAN 100 MG ORAL TABLET SOL	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	KUVAN 100 MG ORAL TABLET SOL

生效日期	药物名称	变更类型	变更原因	替代药物
5/1/2021	SYMFI 600-300MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	SYMFI 600-300MG ORAL TABLET
5/1/2021	SYMFI LO 400-300 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	SYMFI LO 400-300 MG ORAL TABLET
5/1/2021	TECFIDERA 120 MG ORAL CAPSULE DR	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	TECFIDERA 120 MG ORAL CAPSULE DR
5/1/2021	TECFIDERA 240 MG ORAL CAPSULE DR	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	TECFIDERA 240 MG ORAL CAPSULE DR
5/1/2021	TRUVADA 200-300 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	TRUVADA 200-300 MG ORAL TABLET
5/1/2021	TYKERB 250 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	TYKERB 250 MG ORAL TABLET



## 您和您的医生该如何应对

我们现告知您近期变更，以使您和您的医生有时间（至少 60 天）决定对策。

根据变更类型，您可以考虑不同的应对方法。例如：

- 或许您的医生可在 SCFHP Cal MediConnect 药物清单上找到对您有同等疗效的其他药物。
- 您和您的医生可要求本计划对您予以例外处理。这意味着要求我们同意，药物承保方面的近期变更不适用于您。
  - 您的医生需要告诉我们，为何对您予以例外处理是医疗所需。
  - 如需了解如何提出例外请求，请参阅 SCFHP Cal MediConnect 《会员手册》。

如对我们删除或变更任何药物承保事宜的决定有异议，您也可以向我们提出申诉。如需提出申诉，请致电客户服务部。您也可以来函提出申诉，邮寄地址为：

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

有关提出申诉的更多信息，请参阅 SCFHP Cal MediConnect 《会员手册》。

## 如有疑问

请于周一至周五早上 8:00 至晚上 8:00 致电 1-877-723-4795。TTY/TDD 用户请拨打 1-800-735-2929 或 711。此电话免费。

---

Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan（Medicare-Medicaid 计划）是一项健康计划，会员将与 Medicare 和 Medi-Cal 签约，并同时享受到两项计划的福利。

## 歧视是违法行为

**Santa Clara Family Health Plan (SCFHP)** 遵守适用的联邦民权法律，不因种族、肤色、原籍国家、年龄、残疾或性别而歧视他人。**SCFHP** 不因种族、肤色、原籍国家、年龄、残疾或性别而排挤他人或区别对待。

### SCFHP：

- 向残疾人士提供免费帮助和服务，协助其与我们展开有效沟通，例如：
  - 合格的手语翻译人员
  - 其他格式的书面信息（大字版、语音版、可使用的电子格式及其他格式）
- 向英语非第一语言的人士提供免费语言服务，例如：
  - 合格的口译人员
  - 以其他语言书写的信息

如需此类服务，请于周一至周五早上 8:00 至晚上 8:00 致电 **1-877-723-4795** 与客户服务部联系。TTY/TDD 用户请致电 **1-800-735-2929** 或 **711**。

如果您认为 SCFHP 未能提供上述服务或因种族、肤色、原籍国家、年龄、残疾或性别而歧视您，您可以提出申诉。

Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
6201 San Ignacio Ave  
San Jose, CA 95119  
电话：1-877-723-4795  
TTY/TDD 专线：1-800-735-2929 或 711  
传真：1-408-874-1962  
电子邮件：[CalMediConnectGrievances@scfhp.com](mailto:CalMediConnectGrievances@scfhp.com)

您可以亲自前往提交申诉，或选择通过信函、传真或电子邮件等方式提交申诉。如在申诉方面需要帮助，请向客户服务代表寻求帮助。

您也可以通过民权办公室投诉门户网站以电子方式 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或通过电邮或手机的方式向美国卫生和公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 民权办公室 (Office for Civil Rights) 提出投诉。

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

如需下载投诉表格，请访问 <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 հայերեն, Եթե խոսում 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):** เรียน: 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):** ເຊີນຊາບ: 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.