

Próximos cambios para  
**la lista de medicamentos de 2022 de Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan  
(plan de Medicare-Medicaid)**

Actualizado 6/1/2022

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.

<b>Fecha de entrada en vigor</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Tipo de cambio</b>	<b>Motivo del cambio</b>	<b>Medicamentos alternativos</b>
6/1/2022	VIMPAT 150 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	LACOSAMIDE 150 MG ORAL TABLET-1
6/1/2022	VIMPAT 50 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	LACOSAMIDE 50 MG ORAL TABLET-1
6/1/2022	VIMPAT 200 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	LACOSAMIDE 200 MG ORAL TABLET-1
6/1/2022	VIMPAT 100 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	LACOSAMIDE 100 MG ORAL TABLET-1

Fecha de entrada en vigor	Nombre del medicamento	Tipo de cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos
6/1/2022	APOKYN 10 MG/ML SUBCUTANE. CARTRIDGE	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	APOMORPHINE HCL 10 MG/ML SUBCUTANE. CARTRIDGE-1
6/1/2022	REVLIMID 5 MG ORAL CAPSULE	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	LENALIDOMIDE 5 MG ORAL CAPSULE-1
6/1/2022	REVLIMID 25 MG ORAL CAPSULE	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	LENALIDOMIDE 25 MG ORAL CAPSULE-1
6/1/2022	REVLIMID 15 MG ORAL CAPSULE	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	LENALIDOMIDE 15 MG ORAL CAPSULE-1
6/1/2022	REVLIMID 10 MG ORAL CAPSULE	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	LENALIDOMIDE 10 MG ORAL CAPSULE-1
6/1/2022	CYSTADANE 1G/SCOOP ORAL POWDER	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	BETAINE ANHYDROUS 1G/SCOOP ORAL POWDER-1

### 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 ilegal. El Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid) (Plan de Cal MediConnect de SCFHP) cumple las leyes federales y estatales de derechos civiles. El Plan de Cal MediConnect de SCFHP no discrimina, no excluye ni trata a las personas ilegalmente de manera diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, estado médico, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP presta:

- Apoyo y servicios gratis a personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor, como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
  - información por escrito en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Servicios de idioma gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - intérpretes calificados;
  - información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., llamando al 1-877-723-4795. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al 711. Si lo pide, este documento puede estar disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

**Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158  
1-877-723-4795 (TTY: 711)**

---

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si cree que el Plan de Cal MediConnect de SCFHP no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente de otra manera por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, estado médico, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas y Apelaciones del Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Puede hacerlo por teléfono, por escrito, en persona o de forma electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., llamando al 1-877-723-4795. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al 711.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

**Attn: Grievance and Appeals Department  
Santa Clara Family Health Plan  
6201 San Ignacio Ave  
San Jose, CA 95119**

- En persona: Vaya al consultorio de su médico o al Plan de Cal MediConnect de SCFHP y diga que quiere presentar una queja.
  - De forma electrónica: Visite el sitio web del Plan de Cal MediConnect de SCFHP en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).
- 

### **OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA (DHCS) DE CALIFORNIA**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al **711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

**Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413**

Los formularios de quejas están disponibles en [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- De forma electrónica: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).
- 

### **OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (DHHS) DE LOS EE. UU.**

Si cree que lo han discriminado por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al **1-800-537-7697** (TTY/TDD).
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- De forma electrónica: Visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

**English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-273-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. These services are free of charge.

**Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (TTY: 711). También hay ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y en letra grande. Llame al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (TTY: 711). Estos servicios no tienen costo.

**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-877-723-4795, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. (TTY: 711). Cũng có các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille và bản in chữ lớn. Hãy gọi 1-877-723-4795, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

**简体中文标语 (Chinese)**

注意：如您需要所说语言的协助，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711)。我们还为残障人士提供盲文版和大字版文件等相关帮助和服务。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711)。这些服务均免费提供。

**Tagalog Tagline (Tagalog)**

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى الحصول على المساعدة بلغتك، فاتصل بالرقم 1-877-723-4795، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. (الهاتف النصي لضعاف السمع والعم (TTY: 711) المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والطباعة الكبيرة، متوفرة أيضًا. اتصل بالرقم 1-877-723-4795، من الاثنين إلى الجمعة، 8 صباحًا إلى 8 مساءً. (الهاتف النصي لضعاف السمع والعم (TTY: 711) يتم تقديم هذه الخدمة مجانًا.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-877-723-4795 համարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 20:00: (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև օգնություններ և ծառայություններ հաշմանդամ անձանց համար, ինչպես՝ բրայլի այբուբենով և խոշոր տպատառերով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-877-723-4795 համարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 20:00: (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

**ພາສາຂາວ (Cambodian)**

កំណត់ចំណាំ: កំណត់ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-877-723-4795 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ម៉ោង ៨ យប់។ (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងការបោះពុម្ពផ្សព្វផ្សាយមានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-877-723-4795 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ ៨ ល្ងាច។ (TTY: 711) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر نیاز به دریافت کمک به زبان خودتان دارید، از دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح الی 8 شب با 4795-723-877-1 تماس بگیرید. کمک و خدمات رسانی به کسانی که ناتوانی خاصی دارند، مثلاً چاپ اسناد با خط بریل و حروف بزرگ نیز امکان پذیر است. از دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح الی 8 شب با 4795-723-877-1 تماس بگیرید. (TTY: 711). این خدمات رایگان هستند.

**हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो सोमवार से शुक्रवार, प्रातः 8 बजे से रात्रि 8 बजे तक 1-877-723-4795 पर कॉल करें। (TTY: 711) विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। सोमवार से शुक्रवार, प्रातः 8 बजे से रात्रि 8 बजे तक 1-877-723-4795 पर कॉल करें। (TTY: 711) ये सेवाएं निःशुल्क रूप से उपलब्ध हैं।

**Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau 1-877-723-4795, Hauv Hnub Monday txog Hnub Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. (TTY: 711). Kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab luam kom loj, puav leej muaj. Hu rau 1-877-723-4795, Hnub Monday txog Hnub Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)**

注意: 母国語での対応が必要な場合は、月～金の午前8時～午後8時の時間帯で 1-877-723-4795 (TTY: 711) にお問い合わせください。視覚障害者向けに点字や大活字の文書などの支援サービスも利用できます。月～金の午前8時～午後8時の時間帯で 1-877-723-4795 (TTY: 711) にお問い合わせください。これらのサービスは無料でご利用いただけます。

**한국어 태그라인 (Korean)**

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-877-723-4795 번으로 문의하십시오(월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시). (TTY: 711). 장애인을 위한 지원과 서비스(예: 브라우 점자 문서, 큰 활자)도 이용하실 수 있습니다. 1-877-723-4795 번으로 문의하십시오 (월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시). (TTY: 711). 서비스는 무료입니다.

**ແຫາໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ແຈ້ງເຕືອນ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ 1-877-723-4795, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. (TTY: 711). ເຄື່ອງຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ກໍ່ມີເຊັ່ນກັນ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-723-4795, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

### **Mien Tagline (Mien)**

CAU FIM JANGX LONGX: Beiv taux meih qiemx zuqc heuc tengx faan benx meih nyei fingz waac nor douc waac lorx taux 1-877-723-4795, yiem liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx (TTY: 711). Mbenc maaih sou-nzangc benx nzangc-pokc aengx caux aamz benx domh sou-daan liouh bun wuaaic fangx mienh longc. Douc waac lorx taux 1-877-723-4795, yiem liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx (TTY: 711). Naaiv se baeqc benx wang-henh nzie weih gong maiv zuqc feix zinh nyaanh oc.

### **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY: 711) ਵਿਕਲਾਂਗ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY: 711) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-4795 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-4795 (линия TTY:711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

หมายเหตุ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทร 1-877-723-4795 วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมีบริการความช่วยเหลือสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-877-723-4795 วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА. Ви можете отримати довідку вашою мовою, зателефонувавши за номером 1-877-723-4795 з понеділка по п'ятницю, з 8:00 до 20:00 (телетайп: 711). Також доступна допомога та послуги для осіб з обмеженими фізичними можливостями, наприклад документи, надруковані великим шрифтом або шрифтом Брайля. Телефонуйте за номером 1-877-723-4795 з понеділка по п'ятницю, з 8:00 до 20:00 (телетайп: 711). Ці послуги надаються безкоштовно.