

近期变更通知:

Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 计划)

2022 年药物清单

更新于 6/1/2022

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
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

生效日期	药物名称	变更类型	变更原因	替代药物
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

生效日期	药物名称	变更类型	变更原因	替代药物
07/01/2022	ZYTIGA 250 MG ORAL TABLET	FORMULARY DELETION	FORMULARY DELETION	
05/01/2022	CARBAGLU 200 MG ORAL TAB DISPER	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	CARGLUMIC ACID 200 MG ORAL TAB DISPER-1
05/01/2022	SELZENTRY 150 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO	MARAVIROC 150 MG ORAL TABLET-1

生效日期	药物名称	变更类型	变更原因	替代药物
			ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	
05/01/2022	SELZENTRY 300 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	MARAVIROC 300 MG ORAL TABLET-1

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 Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 计划) (SCFHP Cal MediConnect) 遵守州和联邦民权法律。SCFHP Cal MediConnect 不会出于性别、种族、肤色、宗教信仰、血统、国籍、族群认同、年龄、精神残疾、身体残疾、疾病、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向等因素而非法歧视、排挤或区别对待任何人。

SCFHP Cal MediConnect 提供：

- 促进残疾人士沟通交流的免费帮助和服务，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、可供视障人士阅读使用的电子格式及其他格式）
- 针对英语非第一语言人士的免费语言服务，例如：
 - 合格的口译人员
 - 以其他语言书写的信息

如需这些服务，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 SCFHP Cal MediConnect，电话号码为 1-877-723-4795。如果您有听说障碍，请拨打 711。我们可根据要求提供此文件的盲文版、大字版、盒式录音磁带版或电子版。如需获取这些替代格式的副本，请致电或写信至：

Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158
1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711)

如何提出申诉

如果您认为 SCFHP Cal MediConnect 出于性别、种族、肤色、宗教信仰、血统、国籍、族群认同、年龄、精神残疾、身体残疾、疾病、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向等因素而未能提供上述服务或以其他方式非法歧视您，您可以向 SCFHP Cal MediConnect 申诉和上诉部门提出申诉。您可以通过致电、写信、亲自造访或以电子方式来提出申诉：

- **致电**：请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 SCFHP Cal MediConnect，电话号码为 1-877-723-4795。或者，如果您有听说障碍，请拨打 711。
- **写信**：请填写投诉表格或写信并寄至：

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

- **亲自造访**：请前往您的医生办公室或 SCFHP Cal MediConnect，亲自诉说您的申诉意向。
- **电子方式**：请访问 SCFHP Cal MediConnect 网站：www.scfhp.com。

民权办公室 - 加州卫生健康服务部

您也可以**通过**致电、写信或以电子方式向加州卫生健康服务部 (California Department of Health Care Services) 民权办公室 (Office for Civil Rights) 提出民权投诉:

- **致电** : 请致电 **916-440-7370**。如果您有听说障碍, 请致电 **711** (电讯转接服务)。
- **写信** : 请填写投诉表格或寄信至:

**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**

投诉表格可从 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 下载。

- **电子方式** : 请发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。
-

民权办公室 - 美国卫生和公众服务部

如果您认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别等因素而受到歧视, 您可以通过致电、写信或以电子方式向美国卫生和公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 民权办公室提出民权投诉:

- **致电** : 请致电 **1-800-368-1019**。如果您有听说障碍, 请拨打 **TTY/TDD 专线 1-800-537-7697**。
- **写信** : 请填写投诉表格或寄信至:

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

投诉表格可从 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 下载。

- **电子方式** : 请访问民权办公室投诉门户网站: <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 والعمى (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 والعمى (TTY: 711) يتم تقديم هذه الخدمة مجانًا.)

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք 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:

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 ਪ੍ਰਿੰਟ 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.