

Mga Nalalapit na Pagbabago sa
Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
2021 na Listahan ng Gamot

Petsa ng pagbabago 4/1/2021

Ang Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ay maaaring magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa Formulary (listahan ng gamot) sa loob ng isang taon, o di kaya'y magdagdag ng mga panuntunan ukol sa kung o kailan sinasakop ang mga partikular na gamot.

Kung aalisin ng SCFHP ang isang gamot o kung may pagbabago sa listahan ng gamot, ipo-post ang mga pagbabago sa aming website at aabisuhan ang mga apektadong miyembro ng hindi bababa sa animnapung (60) araw sa kalendaryo bago ang petsa ng pagkakaroon ng bisa ng pagbabago. Gayunpaman, kung sasabihin ng Food and Drug Administration (FDA) na hindi ligtas ang gamot na iniinom ninyo o di kaya'y aalisin ito ng tagagawa ng gamot sa merkado, kaagad namin itong tatanggalin sa listahan ng gamot. Magpapadala rin kami ng sulat sa inyo na nagsasabi sa inyo tungkol dito.

Ang chart sa ibaba ay tinatala ang mga nalalapit na pagbabago sa listahan ng gamot ng SCFHP Cal MediConnect Plan. Maaari kayong maapektuhan ng mga pagbabagong ito.

Petsa ng Pagkakaroon ng Bisa	Pangalan ng Gamot	Uri ng Pagbabago	Dahilan ng Pagbabago	Alternatibong Gamot
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

Petsa ng Pagkakaroon ng Bisa	Pangalan ng Gamot	Uri ng Pagbabago	Dahilan ng Pagbabago	Alternatibong Gamot
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
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

Petsa ng Pagkakaroon ng Bisa	Pangalan ng Gamot	Uri ng Pagbabago	Dahilan ng Pagbabago	Alternatibong Gamot
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
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

Petsa ng Pagkakaroon ng Bisa	Pangalan ng Gamot	Uri ng Pagbabago	Dahilan ng Pagbabago	Alternatibong Gamot
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

Ano ang maaari ninyong gawin ng inyong doktor

Ipinapaalam namin ang mga pagbabagong ito ngayon upang mabigyan kayo ng doktor ninyo ng sapat na panahon (hindi bababa ng 60 araw) upang mapagpasyahan ang susunod ninyong gagawin.

Depende sa uri ng pagbabago, maaaring may mga ibang opsyon na isasaalang-alang. Halimbawa:

- Marahil ay maaaring humanap ng ibang gamot ang inyong doktor sa listahan ng gamot ng SCFHP Cal MediConnect na pareho ang bisa para sa inyo.
- Maaari kayong humiling ng inyong doktor sa plan na gumawa ng pagbubukod para sa inyo. Nangangahulugan ito na hinihiling ninyo na sumang-ayon kami na ang nalalapit na pagbabago sa sakop ng isang gamot ay hindi naaangkop sa inyo.
 - Kinakailangang ipaalam ng inyong doktor kung bakit medikal na pangangailangan para sa inyo ang pagbibigay ng pagbubukod.
 - Upang malaman kung paano humiling ng pagbubukod, tingnan ang Handbook ng Miyembro ng SCFHP Cal MediConnect.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming pasya na alisin o baguhin ang sakop ng alinmang gamot, maaari din kayong maghain ng karaingan sa amin. Pakitawagan ang Serbisyo sa Customer kung gusto ninyong maghain ng karaingan sa amin. Maaari ding kayong maghain ng karaingan sa pamamagitan ng pagsulat sa amin sa:

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

Para sa karagdagang impormasyon sa paghahain ng karaingan, tingnan ang Handbook ng Miyembro ng SCFHP Cal MediConnect.

Kung mayroon kayong mga tanong

Tumawag sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY/TDD sa 1-800-735-2929 o 711. Libre ang pagtawag.

Ang Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal para maibigay ang mga benepisyo ng parehong programa sa mga nagpatala.

Ang Diskriminasyon ay Labag sa Batas

Sumusunod ang Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) sa mga naaangkop na Pampederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian. Ang SCFHP ay hindi nagtatangi ng mga tao o hindi nagpapakita ng ibang pakikitungo dahil sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

Ang SCFHP ay:

- Nagbibigay ng mga libreng tulong at serbisyo sa mga taong may kapansanan upang mahusay silang makipag-ugnayan sa amin, gaya ng:
 - Mga kwalipikadong interpreter ng sign language
 - Nakasulat na impormasyon sa iba pang mga format (malaking print, audio, mga naa-access na electronic na format, iba pang mga format)
- Nagbibigay ng mga libreng serbisyo sa wika sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing wika, gaya ng:
 - Mga kwalipikadong interpreter
 - Impormasyong nakasulat sa iba pang mga wika

Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito, makipag-ugnayan sa Serbisyo para sa Customer sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Para sa mga gumagamit ng TTY/TDD, tumawag sa 1-800-735-2929 o 711.

Kung naniniwala kang hindi naibigay ng SCFHP ang mga serbisyong ito o nandiskrimina ito sa ibang paraan batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian, maaari kang maghain ng karaingan sa:

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

Maaari kang maghain ng karaingan nang personal o sa pamamagitan ng koreo, fax o email. Kung kailangan mo ng tulong sa paghahain ng hinaing, maaari kang tulungan ng kinatawan ng Serbisyo para sa Customer.

Maaari ka ring maghain ng reklamo sa mga karapatang sibil sa U.S. Department of Health and Human Services (Kagawaran ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S.), Office for Civil Rights (Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil), sa electronic na paraan sa Office for Civil Rights Complaint Portal, na makikita sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o sa pamamagitan ng koreo o telepono sa:

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

Ang mga form ng reklamo ay makukuha sa <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): 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.