

Những Thay Đổi Sắp Tới Trong
Chương Trình Cal MediConnect của Chương trình Santa Clara Family Health Plan
(Chương Trình Medicare-Medicaid)
Danh Sách Thuốc 2021

Cập nhật 5/21/2021

Chương trình Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) có thể bổ sung hoặc loại bỏ các loại thuốc trong danh mục thuốc (danh sách thuốc) của chúng tôi trong suốt năm nay hoặc bổ sung các quy định về việc liệu một số loại thuốc nhất định có được bao trả hay không hoặc khi nào được bao trả.

Nếu SCFHP loại bỏ một loại thuốc được bao trả hoặc thay đổi bất kỳ điều gì trong danh sách thuốc, SCFHP sẽ đăng những thay đổi đó trên trang web của chúng tôi và thông báo cho các hội viên bị ảnh hưởng ít nhất sáu mươi (60) ngày trước ngày thay đổi có hiệu lực. Tuy nhiên, nếu Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (Food and Drug Administration, FDA) tuyên bố rằng một loại thuốc mà quý vị đang sử dụng không an toàn, hoặc nếu nhà sản xuất loại thuốc đó loại bỏ thuốc ra khỏi thị trường, chúng tôi sẽ bỏ loại thuốc đó ra khỏi danh sách thuốc ngay lập tức. Chúng tôi cũng sẽ gửi thư thông báo cho quý vị về điều đó.

Biểu đồ dưới đây có thông tin về những thay đổi sắp tới trong danh sách thuốc của SCFHP Cal MediConnect Plan. Những thay đổi này có thể ảnh hưởng đến quý vị.

Ngày có hiệu lực	Tên thuốc	Loại thay đổi	Lý do thay đổi	Các loại thuốc thay thế
5/1/2021	NORTHERA 100 MG ORAL CAPSULE	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	DROXIDOPA 100 MG ORAL CAPSULE-1
5/1/2021	NORTHERA 200 MG ORAL CAPSULE	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	DROXIDOPA 200 MG ORAL CAPSULE-1

Ngày có hiệu lực	Tên thuốc	Loại thay đổi	Lý do thay đổi	Các loại thuốc thay thế
5/1/2021	NORTHERA 300 MG ORAL CAPSULE	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	DROXIDOPA 300 MG ORAL CAPSULE-1
4/3/2021	LOTEMAX 0.5 % OPHTHALMIC DROPS GEL	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	LOTEPREDNOL ETABONATE 0.5 % OPHTHALMIC DROPS GEL-1
4/3/2021	TRUVADA 100-150 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	EMTRICITABINE- TENOFVIR DISOP 100-150 MG ORAL TABLET-1
4/3/2021	TRUVADA 133-200 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	EMTRICITABINE- TENOFVIR DISOP 133-200 MG ORAL TABLET-1
4/3/2021	TRUVADA 167-250 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	EMTRICITABINE- TENOFVIR DISOP 167-250 MG ORAL TABLET-1

Những điều quý vị và bác sĩ của quý vị có thể làm

Chúng tôi thông báo cho quý vị về những thay đổi này để quý vị và bác sĩ của quý vị có thời gian (ít nhất 60 ngày) để quyết định nên làm gì.

Tùy thuộc vào loại thay đổi, có thể có một số lựa chọn khác nhau để cân nhắc. Ví dụ:

- Bác sĩ của quý vị có thể tìm thấy một loại thuốc khác trong danh sách thuốc của SCFHP Cal MediConnect cũng có hiệu quả tốt với quý vị.
- Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu chương trình thực hiện một ngoại lệ dành cho quý vị. Điều này có nghĩa là yêu cầu chúng tôi chấp thuận việc không áp dụng thay đổi sắp tới về bao trả một loại thuốc với quý vị.
 - Bác sĩ của quý vị sẽ cần cho chúng tôi biết lý do tại sao việc thực hiện một ngoại lệ dành cho quý vị là cần thiết về mặt y tế.
 - Để biết những việc quý vị cần làm nhằm yêu cầu một ngoại lệ, hãy xem Sổ tay Hội viên Cal MediConnect của SCFHP.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi trong việc loại bỏ hoặc thay đổi bao trả cho bất kỳ loại thuốc nào, quý vị cũng có thể nộp đơn kháng nghị với chúng tôi. Vui lòng gọi Phòng Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị muốn nộp đơn kháng nghị. Quý vị cũng có thể muốn gửi đơn kháng nghị bằng văn bản cho chúng tôi qua đường bưu điện đến:

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

Để biết thêm thông tin về cách nộp đơn kháng nghị, hãy xem Sổ tay Hội viên Cal MediConnect của SCFHP.

Nếu quý vị có câu hỏi

Hãy gọi 1-877-723-4795, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Người dùng TTY/TDD nên gọi số 1-800-735-2929 hoặc 711. Cuộc gọi được miễn phí.

Chương Trình Cal MediConnect của Santa Clara Family Health Plan (Chương Trình Medicare-Medicaid) là một chương trình bảo hiểm sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp các phúc lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh tham gia.

Phân Biệt Đối Xử là Vi Phạm Pháp Luật

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. SCFHP không loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác biệt vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

SCFHP:

- Cung cấp dịch vụ hỗ trợ miễn phí cho những người khuyết tật để giao tiếp với chúng tôi có hiệu quả, như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ năng lực
 - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể tiếp cận, các định dạng khác)
- Cung cấp miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, như:
 - Thông dịch viên đủ năng lực
 - Thông tin được trình bày bằng ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ Dịch Vụ Khách Hàng theo số điện thoại 1-877-723-4795 (TTY: 711), từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Nếu bạn tin rằng SCFHP không cung cấp những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính, bạn có thể nộp đơn khiếu nại với:

Attn: Grievance and Appeals Department
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave
San Jose, CA 95119
Điện thoại: 1-877-723-4795
TTY: 711
Fax: 1-408-874-1962
Email: CalMediConnectGrievances@scfhp.com

Bạn có thể trực tiếp nộp đơn khiếu nại hoặc gửi qua đường bưu điện, chuyển fax, hoặc email. Nếu quý vị cần hỗ trợ nộp đơn khiếu nại, người đại diện Dịch Vụ Khách Hàng luôn sẵn sàng giúp quý vị.

Bạn cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền lên U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ), Office for Civil Rights (Văn Phòng Dân Quyền) bằng hình thức điện tử qua Office for Civil Rights Complaint Portal, có trên trang <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua đường bưu điện hoặc bằng điện thoại tại:

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

Các mẫu khiếu nại có trên trang www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.



Language Assistance Services

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de ayuda de idiomas gratis disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi là miễn phí.

中文 (Chinese): 注意: 如果您说中文, 您可申请免费语言援助服务。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) 与客户服务部联系。本电话免费。

Tagalog (Tagalog): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyonang tulong sa wika na walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Mamimili sa 1-877-723-4795 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ang pagtawag ay libre.

한국어(Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일 오전 8시부터 저녁 8시까지 1-877-723-4795 (TTY: 711)번으로 고객 서비스부에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Զանգահարեք հաճախորդների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-877-723-4795 (TTY: 711), երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժ. 8:00 - 20:00: Զանգն անվճար է:

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 (телетайп: 711), с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک‌زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارد. روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح الی 8 شب، با واحد خدمات مشتریان به شماره 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

日本語 (Japanese) : ご注意 : 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。カスタマーサービス 1-877-723-4795 (TTY : 711) までお電話下さい。サービス時間帯は月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 8 時までです。通話は無料です。

Ntawv Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm tus xov tooj 1-877-723-4795 (TTY: 711), hnuv Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Qhov hu no yog hu dawb xwb.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-723-4795 (TTY: 711) 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ।

:العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 1-877-723-4795 (الهاتف النصي لضعاف السمع) (TTY: 711 من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً. الاتصال مجاني.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आप हिंदी, भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 (TTY: 711) पर, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 से शाम 8:00 बजे तक कॉल करें यह कॉल निःशुल्क है।

ภาษาไทย (Thai): โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย จะมีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ติดต่อศูนย์บริการลูกค้าได้ที่ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ได้ในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. ไม่มีค่าใช้จ่ายในการโทร

ខ្មែរ (Khmer): ជូនចំពោះ៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសា សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រម៉ោង 8 ព្រឹក។ ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

ພາສາລາວ (Lao): ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ສໍາລັບທ່ານ. ໂທຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າໄດ້ທີເບີ 1-877-723-4795 (TTY: 711), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ໂທຟຣີ.