

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 4/1/2021

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.

<b>Ngày có hiệu lực</b>	<b>Tên thuốc</b>	<b>Loại thay đổi</b>	<b>Lý do thay đổi</b>	<b>Các loại thuốc thay thế</b>
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

<b>Ngày có hiệu lực</b>	<b>Tên thuốc</b>	<b>Loại thay đổi</b>	<b>Lý do thay đổi</b>	<b>Các loại thuốc thay thế</b>
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	DEMSEER 250 MG ORAL CAPSULE	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	DEMSEER 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

<b>Ngày có hiệu lực</b>	<b>Tên thuốc</b>	<b>Loại thay đổi</b>	<b>Lý do thay đổi</b>	<b>Các loại thuốc thay thế</b>
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

<b>Ngày có hiệu lực</b>	<b>Tên thuốc</b>	<b>Loại thay đổi</b>	<b>Lý do thay đổi</b>	<b>Các loại thuốc thay thế</b>
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

## **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, từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Những người sử dụng TTY/TDD gọi số 1-800-735-2929 hoặc 711.

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: Appeals and Grievances Department  
Santa Clara Family Health Plan  
6201 San Ignacio Ave  
San Jose, CA 95119  
TTY/TDD: 1-800-735-2929 hoặc 711  
Fax: 1-408-874-1962  
Email: [CalMediConnectGrievances@scfhp.com](mailto: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 <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 հարկ է խոստում 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.