

**Kahilingan para sa Muling Pagpapasiya ng Pagtanggì sa Niresetang Gamot
ng Medicare**

Dahil kami, sa Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), ay tinanggihan ang kahilingan mo para sa pagsaklaw ng (o pagbayad para sa) iniresetang gamot, mayroon kang karapatan para humiling sa amin ng muling pagpapasiya (apela) sa aming desisyon. Mayroon kang 60 araw mula sa petsa ng aming Paunawa ng Pagtanggì sa Nasasaklawang Iniresetang Gamot ng Medicare upang humiling sa amin ng muling pagpapasiya. Ang form na ito ay maaaring ipadala sa amin sa pamamagitan ng mail o fax:

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

Fax: 1-408-874-1962

Maaari ka ring humiling sa amin ng isang apela sa pamamagitan ng aming website sa www.scfhp.com. Ang mga kahilingan para sa minadaling apela ay maaaring gawin sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-877-723-4795, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY/TDD ay dapat tumawag sa 1-800-735-2929 o 711.

Sino ang Maaaring Gumawa ng Kahilingan: Ang iyong taga-reseta ay maaaring humiling ng apela sa ngalan mo. Kung nais mong ibang indibidwal (tulad ng miyembro ng pamilya o kaibigan) ang humiling ng isang apela para sa iyo, kinakailangan ang indibidwal na iyon ang iyong kinatawan. Makipag-ugnayan sa amin upang malaman kung paano pangalanan ang isang kinatawan.

Impormasyon ng Nagpatala

Pangalan ng Nagpatala: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____

Address ng Nagpatala: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Telepono: _____

Plan ID # ng Nagpatala: _____

Kumpletuhin LAMANG ang sumusunod na sekyon kung ang taong gumagawa ng kahilingang ito ay hindi ang nagpatala:

Pangalan ng Humiling: _____

Relasyon ng Humiling sa Nagpatala: _____

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Telepono: _____

Dokumentasyon para sa Pagkatawan para sa kahilingang apela gawa ng ibang tao maliban sa nagpatala at taga-reseta ng nagpatala:

Maglakip ng dokumentasyong nagpapakita ng kapangyarihang maging kinatawan ng nagpatala (isang kumpletong Form CMS-1696 ng Awtorisasyon ng Pagkatawan o isang nakasulat na katumbas) kung hindi ito nasumite sa antas ng pagtukoy sa nasasaklaw. Para sa karagdagang impormasyon sa pagtatalaga ng kinatawan, makipag-ugnayan sa iyong plano o sa 1-800-Medicare. (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Tumawag sa 1-800-486-2048 kung gumagamit ka ng TTY.

Hinihiling mong iniresetang gamot:

Pangalan ng gamot: _____ Lakas/dami/dosis: _____

Nabili mo ba ang gamot na may nakabinbing apela? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung "Oo":

Petsa ng pagbili: _____

Binayarang halaga: \$ _____ (ilakip ang kopya ng resibo)

Pangalan at numero ng telepono ng botika: _____

Impormasyon ng Taga-reseta

Pangalan: _____

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Telepono sa Tanggapan: _____ Fax: _____

Kontak na Tao sa Tanggapan: _____

Mahalagang Tandaan: Mga Minadaling Desisyon

Kung ikaw o ang iyong taga-reseta naniniwalang ang paghihintay ng 7 araw para sa isang karaniwang desisyon ay malubhang makakapinsala sa iyong buhay, kalusugan, o ang kakayahang mabawi ang maximum na kakayahan, maaari kang humingi ng minadaling (mabilis) desisyon. Kung ipinapahiwatig ng iyong taga-reseta na ang paghihintay ng 7 araw ay malubhang makakapinsala sa iyong kalusugan, awtomatiko naming ibibigay ang desisyon sa loob ng 72 oras. Kung hindi mo nakuha ang suporta ng iyong taga-reseta para sa isang minadaling apela, kami ang magpapasiya kung ang kaso mo ay nangangailangan ng mabilis na desisyon. Hindi ka maaaring humiling ng minadaling apela kung hinihiling mong bayaran ka namin para sa gamot na natanggap mo na.

☐ **LAGYAN NG TSEK ANG KAHON KUNG NANINIWALA KANG KAILANGAN MO NG ISANG DESISYON SA LOOB NG 72 ORAS.**

(Kung mayroon kang suportang pahayag mula sa iyong taga-reseta, ilakip iyon sa kahilingang ito.)

Ipaliwanag ang iyong mga dahilan para sa pag-aapela. Maglakip ng mga karagdagang pahina, kung kinakailangan. Maglakip ng anumang karagdagang impormasyon na sa paniniwala mo ay makakatulong sa iyong kaso, tulad ng pahayag mula sa iyong taga-reseta at mga may kaugnayang medikal na tala. Maaari kang mag-refer sa paliwanag na ibinigay namin sa Paunawa ng Pagtanggig sa Nasasaklawang Iniresetang Gamot ng Medicare.

Lagda ng taong humiling ng apela (ang nagpatala, o taga-reseta o kinatawan ng nagpatala): _____

Petsa: _____

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



Labag sa batas ang diskriminasyon. Sumusunod ang Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) (SCFHP Cal MediConnect) sa mga Pang-estado at Pederal na batas sa mga karapatang sibil. Ang SCFHP Cal MediConnect Plan ay hindi nandiskrimina, nagsasantabi ng mga tao, o nakikitungo sa kanila sa ibang paraan nang labag sa batas dahil sa kanilang kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, pisikal na kapansanan, kondisyong medikal, henetikong impormasyon, katayuan sa kasal, gender, pagkakakilanlan ng kasarian, o seksuwal na oryentasyon.

Nagbibigay ang SCFHP Cal MediConnect ng:

- Mga libreng tulong at serbisyo sa mga taong may mga kapansanan upang matulungan silang makipag-usap nang mas madali, gaya ng:
 - Mga kwalipikadong sign language interpreter
 - Mga nakasulat na impormasyon sa iba pang format (malaking print, audio, mga naa-access na elektronikong format, iba pang format)
- Mga libreng serbisyo sa wika sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing ginagamit na wika, gaya ng:
 - Mga kwalipikadong interpreter
 - Impormasyong nakasulat sa iba pang wika

Kung kailangan mo ng mga ganitong serbisyo, makipag-ugnayan sa SCFHP Cal MediConnect mula 8 a.m. hanggang 8:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-877-723-4795. Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa 711. Kapag hiniling, maaaring gawing available sa iyo ang dokumentong ito sa braille, malaking print, audiocassette, o elektronikong anyo. Para makakuha ng kopya sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa:

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

PAANO MAGHAIN NG HINAING

Kung naniniwala kang hindi naibigay ng SCFHP Cal MediConnect ang mga serbisyong ito o labag sa batas na nandiskrimina ito sa ibang paraan batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, pisikal na kapansanan, kondisyong medikal, henetikong impormasyon, katayuan sa kasal, gender, pagkakakilanlan ng kasarian, o seksuwal na oryentasyon, maaari kang maghain ng hinaing sa SCFHP Cal MediConnect. Maaari kang maghain ng hinaing sa pamamagitan ng telepono, pagsulat, pagpunta nang personal, o sa elektronikong paraan:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Makipag-ugnayan sa SCFHP Cal MediConnect mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-877-723-4795. Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa 711.

- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang isang form ng reklamo o sumulat at ipadala ito sa:
Attn: Grievance and Appeals Department
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave
San Jose, CA 95119
- Sa personal: Bisitahin ang tanggapan ng iyong doktor o ng SCFHP Cal MediConnect at sabihin na gusto mong maghain ng hinaing.
- Sa elektronikong paraan: Bisitahin ang website ng SCFHP Cal MediConnect sa www.scfhp.com.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

Maaari ka ring maghain ng reklamo tungkol sa mga karapatang sibil sa Office of Civil Rights ng California Department of Health Care Services sa pamamagitan ng telepono, pagsulat, o sa elektronikong paraan:

- Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa **916-440-7370**. Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang mabuti, tumawag sa **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang isang form ng reklamo o sumulat sa:

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

Available ang mga form ng reklamo sa http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Sa elektronikong paraan: Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Kung naniniwala kang ikaw ay nadiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian, maaari ka ring maghain ng reklamo tungkol sa mga karapatang sibil sa Office for Civil Rights ng U.S. Department of Health and Human Services sa pamamagitan ng telepono, pagsulat, o sa elektronikong paraan:

- Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa **1-800-368-1019**. Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang isang form ng reklamo o sumulat sa:

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

Makakakuha ng mga form ng reklamo sa <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Sa elektronikong paraan: Bisitahin ang Office for Civil Rights Complaint Portal sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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.

: (Farsi) فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک‌زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارد. روزهای دوشنبه تا جمعه، از 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), hnub 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: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាស្នេហាជំនួយផ្នែកភាសាមានជួនជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រម៉ោង 8 ព្រឹក។ ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

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

Mien Tagline (Mien): JANGX LONGX: Beiv taux meih benx gorngv ang gitv waac nyei mienh nor, duqv mbenc maaiah nzie weih gong tengx wang-henh faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv nyaanh, mbenc nzoih liouh bun meih longc. Douc waac daaih lorx taux nzie weih zipv kaeqv gorn zangc yiem njiec naaiv 1-877-723-4795 (TTY: 711), yiem naaiv liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz bouc dauh, yiem 8 diemv lungv ndorm ziagh hoc mingh 8 diemv lungv muonz. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc cuotv nyaanh oc.

Примітка українською (Ukrainian): УВАГА: Якщо ви розмовляєте англійською мовою, ви можете безкоштовно скористатися доступними послугами перекладача. Телефонуйте до служби підтримки клієнтів за номером 1-877-723-4795 (телефонний пристрій із текстовим вводом [Teletype TTY]: 711), понеділок-п'ятниця, з 8:00 до 20:00. Дзвінок безкоштовний.