

Kahilingan para sa Muling Pagpapasiya ng Pagtangga 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 Pagtangga 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 Pagtangga 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 benepisyong kapwa 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 հարկ է խոստում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Ձանգահարեք 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: Ձանգն 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. مستخدمى 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): ប្រមយកចិត្តទុកដាក់៖ 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. ໃຫ້ໂທຫາ ຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ເບີ 1-877-723-4795, ເຊິ່ງເປີດໃຫ້ບໍລິການ 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ຕັ້ງແຕ່ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງ ແລງ. ຜູ້ທີ່ໃຊ້ TTY/TDD ແມ່ນໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-735-2929 ຫຼື 711. ການໂທແມ່ນໂທຟຣີ.