

Solicitud de nueva determinación por denegación de medicamentos con receta médica de Medicare

Debido a que nosotros, Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid), denegamos su solicitud de cobertura de (o pago por) un medicamento con receta médica, usted tiene derecho a pedirnos una nueva determinación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare para pedirnos una nueva determinación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

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

Fax: 1-408-874-1962

También nos puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio web en www.scfhp.com. Las solicitudes para una apelación expedita se pueden hacer por teléfono llamando al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929 o 711.

Quién puede hacer una solicitud: la persona que le receta puede pedirnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de su familia o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar un representante.

Información del miembro

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del miembro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: _____

Número de identificación del plan del miembro: _____

Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que hace esta solicitud no es el miembro:

Nombre del solicitante: _____

Relación del solicitante con el miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: _____

Documentación de representación para solicitudes de apelación presentadas por alguien que no es el miembro o la persona que receta al miembro:

Adjunte la documentación que demuestra la autoridad para representar al miembro (un Formulario CMS-1696 de Autorización de representación completo o un equivalente por escrito) si no se presentó al nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Medicamento con receta médica que usted está solicitando:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Compró usted el medicamento mientras espera por la apelación? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de la compra: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjuntar copia de recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información de la persona que receta

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax: _____

Persona de contacto en el consultorio: _____

Nota importante: Decisiones expeditas

Si usted o la persona que le receta consideran que esperar siete días por una decisión estándar podría poner en peligro grave su vida, salud o capacidad de recuperar el funcionamiento máximo, puede solicitar una decisión expedita (rápida). Si la persona que le receta indica que esperar siete días podría poner en riesgo grave su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 72 horas. Si no obtiene el apoyo de la persona que receta para obtener una apelación expedita, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación expedita si nos está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS.

(Si tiene una declaración de apoyo de la persona que le receta, adjúntela a esta solicitud.)

Explique sus razones para solicitar la apelación. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que usted considere que podría ayudar a su caso, como una declaración de la persona que receta y registros médicos pertinentes. Es posible que quiera hacer referencia a la explicación que proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare.

Firma de la persona que solicita la apelación (el miembro, la persona que le receta al miembro o el representante): _____

Fecha: _____

La discriminación es ilegal. El Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid) (Plan de Cal MediConnect de SCFHP) cumple las leyes federales y estatales de derechos civiles. El Plan de Cal MediConnect de SCFHP no discrimina, no excluye ni trata a las personas ilegalmente de manera diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, estado médico, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP presta:

- Apoyo y servicios gratis a personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor, como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
 - información por escrito en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Servicios de idioma gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - intérpretes calificados;
 - información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., llamando al 1-877-723-4795. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al 711. Si lo pide, este documento puede estar disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

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

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si cree que el Plan de Cal MediConnect de SCFHP no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente de otra manera por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, estado médico, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas y Apelaciones del Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Puede hacerlo por teléfono, por escrito, en persona o de forma electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., llamando al 1-877-723-4795. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al 711.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

**Attn: Grievance and Appeals Department
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave
San Jose, CA 95119**

- En persona: Vaya al consultorio de su médico o al Plan de Cal MediConnect de SCFHP y diga que quiere presentar una queja.
 - De forma electrónica: Visite el sitio web del Plan de Cal MediConnect de SCFHP en www.scfhp.com.
-

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA (DHCS) DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al **711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

**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**

Los formularios de quejas están disponibles en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- De forma electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.
-

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (DHHS) DE LOS EE. UU.

Si cree que lo han discriminado por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al **1-800-537-7697** (TTY/TDD).
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- De forma electrónica: Visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <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 serbisyong 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 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: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាស្រីលាវ ឬភាសាខ្មែរ មានការប្រឈមនឹងបញ្ហាភាសា ទូរស័ព្ទមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

ພາສາລາວ (Lao): ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ສໍາລັບທ່ານ. 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 nzaih 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 lungn ndorm ziagh hoc mingh 8 diemv lungn 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.