Запрос на пересмотр решения об отказе в страховом покрытии рецептурного препарата в рамках программы Medicare

Поскольку в рамках плана страхования Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) Вам было отказано в страховом покрытии (оплате) рецептурного препарата, Вы праве направить запрос о пересмотре принятого ранее решения (подать апелляцию). Срок для подачи запроса составляет 60 дней со дня получения Уведомления об отказе в страховом покрытии рецептурного препарата в рамках программы Medicare. Эту форму можно отослать нам по почте или факсу:

Адрес:
Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
Attention: Appeals and Grievances Department
P.O. Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422

Номер факса:
1-877-713-6189

Вы также можете обжаловать решение через наш веб-сайт по адресу: www.healthnet.com/calmediconnect. Ускоренные апелляционные запросы можно подать по телефону 1-855-464-3571 (Los Angeles County) or 1-855-464-3572 (San Diego County) (телетайп: 711). Часы работы: с 8:00 до 20:00, с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни Вы можете оставлять сообщения. Мы перезвоним Вам на следующий рабочий день.

Кто может подать запрос: Апелляция может также подаваться от Вашего имени врачом, выписавшим лекарственный препарат. Если Вы хотите, чтобы запрос о пересмотре был направлен от Вашего имени другим лицом (например, членом семьи или другом), то такое лицо должно выступать в качестве Вашего представителя. Свяжитесь с нами для получения информации о том, как назначать представителя.

Информация об участнике

Ф.И.О. участника _____ Дата рождения _____

Адрес участника _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Номер телефона _____

Идентификационный номер участника _____

Заполните следующий раздел ТОЛЬКО в том случае, если лицо, направляющее запрос, не является участником:

Имя запрашивающего лица _____

Кем запрашивающее лицо приходится участнику _____

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Номер телефона _____

Документы, подтверждающие назначение представителя (для запроса от лица, не являющегося участником или врачом участника, выписавшим лекарство):

Прикрепите документы, подтверждающие право представлять участника (заполненную форму о назначении представителя [Authorization of Representation Form] CMS-1696 или аналогичный документ в письменной форме), если таковой не был подан на этапе принятия решения о предоставлении страхового покрытия. Для получения дополнительной информации о назначении представителя свяжитесь с представителем вашего страхового плана или позвоните по номеру 1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048), круглосуточно и без выходных.

Запрашиваемое лекарственное средство, отпускаемое по рецепту:

Название препарата: _____ Дозировка/количество/доза: _____

Вы приобрели препарат, являющийся предметом апелляции? ☐ Да ☐Нет

Если «Да»:
Дата покупки: _____ Уплаченная сумма: $ _____
(приложите копию чека)

Название и номер телефона аптеки: _____

Информация о враче,**выписавшем лекарство**

Название _____

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Рабочий телефон _____ Факс _____

Контактное лицо в офисе _____

Важное примечание: Ускоренные решения
Если Вы или Ваш врач, выписавший лекарство, считаете, что ожидание стандартного решения в течение 7 дней поставит под серьезную угрозу Вашу жизнь, здоровье или шансы восстановить функции Вашего организма в максимальном объеме, Вы можете подать запрос на ускоренное (быстрое) рассмотрение. Если Ваш врач, выписавший лекарство, укажет, что в процессе 7-дневного ожидания Ваше состояние может значительно ухудшиться, мы предоставим Вам решение в автоматическом режиме в течение 72 часов. Если Ваш врач, выписавший лекарство, не предоставил Вам подтверждающие документы для ускоренного рассмотрения апелляции, мы примем решение о необходимости быстрого рассмотрения Вашего вопроса. Вы не можете подать запрос на ускоренное рассмотрение апелляции в случае, если Вы просите нас компенсировать стоимость полученного Вами лекарства.

☐**ПОСТАВЬТЕ ГАЛОЧКУ В ЭТОМ ПОЛЕ, ЕСЛИ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ВАМ НЕОБХОДИМО РЕШЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ 72 ЧАСОВ (если у Вас есть обоснование от Вашего врача, выписавшего лекарство, то приложите его к этому запросу).**

Пожалуйста, укажите причины подачи апелляции. При необходимости прикрепите дополнительные страницы. Приложите любую дополнительную информацию, которая, по Вашему мнению, может оказаться существенной, например, выданное Вашим врачом обоснование и соответствующую медицинскую документацию. Вы можете прочитать объяснение, которое мы предоставили в Уведомлении об отказе в страховом покрытии рецептурного препарата в рамках плана Medicare, и попросить Вашего врача ознакомиться с критериями покрытия, перечисленными в Плане, если таковые имеются, как указано в письме об отказе в рамках Плана или в других документах в рамках Плана. Для объяснения того, почему Вы не можете соответствовать критериям покрытия в рамках Плана и/или почему препараты, необходимые согласно Плану, не подходят Вам по медицинским показаниям, потребуется информация от Вашего врача, который назначил Вам препарат.

_____

_____

_____

Подпись лица, подающего апелляцию (участник или представитель):

_____ **Дата:** _____

Компания Health Net Community Solutions, Inc. предлагает медицинский страховой план, заключивший договоры с программами Medicare и Medi-Cal. Эти договоры позволяют плану предоставлять своим участникам страховое покрытие по обеим программам.

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 in Los Angeles County or 1-855-464-3572 in San Diego County (TTY: 711) from 8:00 a.m. to 8:00 p.m, Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوافر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا اتصل بالرقم 1-855-464-3571 في Los Angeles County والرقم 1-855-464-3572 في San Diego County (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات ، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Զանգահարեք 1-855-464-3571 Los Angeles County-ում կամ 1-855-464-3572 San Diego County-ում (TTY՝ 711) երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

CAMBODIAN (KHMER)

ចំណាប់អារម្មណ៍៖ បើសិនអ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស សេវាជំនួយខាងភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ហៅលេខ 1-855-464-3571 ក្នុង Los Angeles County ឬ 1-855-464-3572 ក្នុង San Diego County (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពី ម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានហៅបកមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅគឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។

CHINESE

請注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Los Angeles County 1-855-464-3571 或 San Diego County 1-855-464-3572 (聽障專線：711)。週一至週五，上午 8 點到下午 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。
我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

FARSI

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره 1-855-464-3571 در Los Angeles County یا 1-855-464-3572 در San Diego County (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است

KOREAN
알림:귀하께서한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Los Angeles County: 1-855-464-3571 또는 San Diego County: 1-855-464-3572 (TTY: 711)번으로 월요일 - 금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.

RUSSIAN
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 в Los Angeles County или 1-855-464-3572 в San Diego County (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.

SPANISH
ATENCIÓN: Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 en Los Angeles County o 1-855-464-3572 en San Diego County (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

TAGALOG
PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika, nang walang singil. Tawagan ang 1-855-464-3571 sa Los Angeles County o 1-855-464-3572 sa San Diego County (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.

VIETNAMESE
XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Vui lòng gọi 1-855-464-3571 ở Los Angeles County hoặc 1-855-464-3572 ở San Diego County (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.

Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends, and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

FLY045760EH00 (7/20)

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego)（TTY: 711）。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오 .

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles)، 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।.

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).