



KAHILINGAN PARA SA PAGPAPASYA UKOL SA SAKLAW SA INIRERESETANG GAMOT NG MEDICARE

Maaaring ipadala sa amin ang form na ito sa pamamagitan ng koreo o fax:

Address: Medicare Part D
Prior Authorization Department
P.O. Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741

Numero ng Fax:
1-800-977-8226

Maaari din kayong humiling sa amin ng pagpapasya ukol sa pagsaklaw sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-464-3571 (para sa Los Angeles County), 1-855-464-3572 (para sa San Diego County), o sa pamamagitan ng aming website sa www.healthnet.com/calmediconnect. Para sa mga gumagamit ng TTY, 711. Ang mga oras ay mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Lunes hanggang Biyernes. Maaaring hilingin sa inyong mag-iwan ng mensahe pagkatapos ng mga oras ng trabaho, kapag Sabado at Linggo, at kapag holiday. Tatawagan namin kayo sa loob ng susunod na araw ng negosyo.

Sino ang Maaaring Gumawa ng Kahilingan: Maaaring humiling sa amin ng pagpapasya ukol sa pagsaklaw ang inyong tagapagreseta sa ngalan ninyo. Kung gusto ninyong ibang indibidwal (gaya ng miyembro ng pamilya o kaibigan) ang gumawa ng kahilingan para sa inyo, dapat ay kinatawan ninyo ang indibidwal na iyon. Makipag-ugnayan sa amin upang malaman kung paano magtakda ng kinatawan.

Impormasyon ng Nagpapatala

Pangalan ng Nagpapatala		Petsa ng Kapanganakan:
Address ng Nagpapatala		
Lungsod	Estado	Zip Code
Telepono	Member ID # ng Nagpapatala	

Kumpletuhin LANG ang sumusunod na seksyon kung ang taong gumagawa ng kahilingang ito ay hindi ang nagpapatala o tagapagreseta:

Pangalan ng Humihiling		
Kaugnayan ng Humihiling sa Nagpapatala		
Address		
Lungsod	Estado	Zip Code
Telepono		

Dokumentasyon ng pagkatawan para sa mga kahilingang ginawa ng isang taong hindi ang nagpapatala o ang tagapagreseta ng nagpapatala:

Ilakip ang dokumentasyong nagpapakita ng awtoridad na kumatawan sa nagpapatala (isang nakumpletong Form ng Awtorisasyon sa Pagkatawan CMS-1696 o isang nakasulat na dokumentong katumbas nito). Para sa higit pang impormasyon sa pagtatalaga ng kinatawan, makipag-ugnayan sa inyong plano o sa 1-800-Medicare.

Pangalan ng inireresetang gamot na hinihiling ninyo (kung alam, isama ang tapang at dami ng hinihiling bawat buwan):

Uri ng Kahilingan sa Pagpapasya ukol sa Pagsaklaw

- Kailangan ko ng gamot na wala sa listahan ng mga sinasaklaw na gamot ng plano (pagbubukod sa pormularyo).*
- Gumagamit ako ng gamot na dating kasama sa listahan ng mga sinasaklaw na gamot ng plano, ngunit inalis na o inalis sa listahang ito sa taon ng plano (pagbubukod sa pormularyo).*
- Humihiling ako ng paunang pahintulot para sa gamot na inireseta ng aking tagapagreseta.*
- Humihiling ako ng pagbubukod sa kinakailangan na sumubok ako ng isa pang gamot bago ko makuha ang gamot na inireseta ng aking tagapagreseta (pagbubukod sa pormularyo).*
- Humihiling ako ng pagbubukod sa limitasyon ng plano ukol sa bilang ng mga gamot (limitasyon sa dami) na matatanggap ko upang makuha ko ang bilang ng mga gamot na inireseta ng aking tagapagreseta (pagbubukod sa pormularyo).*
- Naniningil ang aking plano sa gamot ng mas mataas na copayment para sa gamot na inireseta ng aking tagapagreseta kumpara sa sinisingil nito para sa ibang gamot na nagbibigay-lunas sa aking kundisyon, at gusto kong bayaran ang mas mababang copayment (pagbubukod sa pag-tier).*
- Gumagamit ako ng gamot na dating kasama sa tier na may mababang copayment, ngunit inililipat na sa o inilipat sa tier na may mas mataas na copayment (pagbubukod sa pag-tier).*
- Siningil ako ng aking plano sa gamot ng mas mataas na copayment para sa isang gamot kaysa sa dapat nitong singilin.
- Gusto kong mabayaran ang aking nagastos para sa sinasaklaw na inireresetang gamot na binayaran ko mula sa sarili kong bulsa.

***TANDAAN: Kung humihiling ka ng pagbubukod sa pormularyo o pag-tier, DAPAT ay magbigay ng pahayag ang iyong tagapagreseta na sumusuporta sa iyong kahilingan. Maaaring kinakailangan ng pansuportang impormasyon para sa mga kahilingang napapailalim sa paunang pahintulot (o anupamang kinakailangan sa pamamahala sa paggamit). Maaaring gamitin ng inyong tagapagreseta ang kalakip na “Pansuportang Impormasyon para sa Kahilingan sa Pagbubukod o Paunang Pahintulot” upang suportahan ang inyong kahilingan.**

Karagdagang impormasyong dapat naming isaalang-alang (*maglakip ng anumang pansuportang dokumento*):

Mahalagang Paalala: Mga Pinabilis na Pasya

Kung naniniwala kayo o ang inyong tagapagreseta na lubos na makakasama sa inyong buhay, kalusugan, o kakayahang mapanumbalik ang dating kalagayan kapag naghintay nang 72 oras para sa karaniwang pasya, maaari kayong humiling ng pinabilis (mabilis) na pasya. Kung isaad ng inyong tagapagreseta na maaaring lubos na makasama sa inyong kalusugan kapag naghintay nang 72 oras, awtomatiko namin kayong bibigyan ng pasya sa loob ng 24 na oras. Kung hindi ninyo makuha ang suporta ng inyong tagapagreseta para sa isang pinabilis na kahilingan, magpapasya kami kung kinakailangan ng mabilis na pasya para sa inyong sitwasyon. Hindi kayo maaaring humiling ng pinabilis na pagpapasya ukol sa saklaw kung pinapabayaran ninyo sa amin ang inyong nagastos para sa isang gamot na natanggap na ninyo.

LAGYAN NG CHECK ANG KAHONG ITO KUNG NANINIWALA KAYONG KAILANGAN NINYO NG PASYA SA LOOB NG 24 NA ORAS (kung mayroon kayong pansuportang pahayag mula sa inyong tagapagreseta, ilakip ito sa kahilingang ito).

Lagda:	Petsa:
---------------	---------------

Pansuportang Impormasyon para sa Kahilingan sa Pagbubukod o Paunang Pahintulot

Hindi maaaring iproseso ang mga kahilingan para sa PAGBUBUKOD SA PORMULARYO at PAG-TIER nang walang pansuportang pahayag ng isang tagapagreseta. Maaaring kinakailangan ng pansuportang impormasyon para sa mga kahilingan sa PAUNANG PAHINTULOT.

KAHILINGAN PARA SA PINABILIS NA PAGSUSURI: Sa pamamagitan ng paglalagay ng check sa kahong ito at paglagda sa ibaba, pinapatotohanan kong maaaring lubos na malagay sa panganib ang buhay o kalusugan ng nagpapatala o ang kakayahang mapanumbalik ang dating kalagayan ng nagpapatala kapag nilapat ang 72 oras na yugto ng panahon para sa karaniwang pagsusuri.

Impormasyon ng Tagapagreseta		
Pangalan		
Address		
Lungsod	Estado	Zip Code
Telepono sa Tanggapan	Fax	
Lagda ng Tagapagreseta	Petsa	

Diagnosis at Impormasyong Medikal		
Gamot:	Tapang at Daanan ng Pagpapainom:	Dalas:
Bagong Reseta O Petsa ng Pagsisimula sa Therapy:	Inaasahang Tagal ng Therapy:	Dami:
Taas/Timbang:	Mga Allergy sa Gamot:	Diagnosis:
Batayang Katuwiran para sa Kahilingan		

(Mga) alternatibong gamot na ipinagbabawal o nakaraang sinubukan, ngunit may nakakasamang epekto, hal., tapang ng lason, allergy, o hindi nakakagamot [Tukuyin sa ibaba: (1) (Mga) gamot na ipinagbabawal o sinubukan; (2) nakakasamang epekto para sa bawat isa; (3) kung hindi nakakagamot, tagal ng therapy sa bawat gamot]

Stable ang pasyente sa (mga) kasalukuyang gamot; malaki ang posibilidad ng partikular na nakakasamang klinikal na epekto na may pagbabago sa gamot [Tukuyin sa ibaba: Inaasahang partikular na nakakasamang klinikal na epekto]

Medikal na pangangailangan para sa ibang anyo ng dosis at/o mas mataas na dosis [Tukuyin sa ibaba: (1) (Mga) anyo ng dosis at/o sinubukang dosis; (2) ipaliwanag ang medikal na dahilan]

Kahilingan para sa pagbubukod sa tier ng pormularyo [Tukuyin sa ibaba: (1) Mga gamot na nasa pormularyo o mas pinipiling gamot na ipinagbabawal o sinubukan at pumalya, o sinubukan at hindi kasingbisa ng hinihiling na gamot; (2) kung hindi nakakagamot, tagal ng therapy sa bawat gamot at nakakasamang epekto; (3) kung hindi kasingbisa, tagal ng therapy sa bawat gamot at epekto]

Iba pa (ipaliwanag sa ibaba)

Kinakailangang Paliwanag _____

Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa Medicare at Medi-Cal upang ibigay ang mga benepisyo ng parehong programa sa mga nagpapatala.

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 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.

Health Net Cal MediConnect 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 on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

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 on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, 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). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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 լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត 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).