



Solicitud de Redeterminación de la Denegación de la Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare

Debido a que nosotros, Health Net, rechazamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento que requiere receta médica, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días desde la recepción del Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:
Health Net
Attn: Appeals and Grievances Dept.
P.O. Box 10450
Van Nuys, CA 91410-0450

Número de fax:
1-844-273-2671

También puede solicitarnos una apelación en nuestro sitio web en ca.healthnetadvantage.com. Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden hacerse por teléfono llamando al 1-800-275-4737, TTY: 711.

Quién Puede Hacer una Solicitud: la persona que le receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar a un representante.

Información de la Persona Inscrita

Nombre de la persona inscrita _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de la persona inscrita _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación de la persona inscrita _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace esta solicitud no es la persona inscrita:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con la persona inscrita _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para las solicitudes de apelación hechas por otra persona que no sea la persona inscrita o la persona que le receta:

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito), si no se presentó en el nivel de determinación de la cobertura. Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan al 1-800-Medicare.

Medicamento que requiere receta médica que usted está solicitando:

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

¿Ha comprado el medicamento cuya apelación está pendiente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de la compra: _____ Cantidad pagada: \$ _____ (adjunte una copia del 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 Aceleradas

Si usted o la persona que le receta consideran que la espera de 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar una función al máximo, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que le receta indica que la espera de 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. Si no tiene el respaldo de la persona que le receta para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que le recetó el medicamento, adjúntela a esta solicitud).**

Explique los motivos de su apelación. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Adjunte toda información adicional que considere que puede ayudar con su caso, como una declaración de la persona que le receta y los expedientes médicos relevantes.

Recomendamos que se remita a la explicación que brindamos en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare y que le pida a la persona que le receta que aborde los criterios de cobertura del Plan, si se encuentran disponibles, como se establecen en la carta de denegación del Plan o en los otros documentos del Plan. Los aportes de la persona que le receta serán necesarios para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos que el Plan requiere no son médicamente adecuados para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita o su representante):

_____ Fecha: _____

Section 1557 Non-Discrimination Language Notice of Non-Discrimination

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

Health Net:

- 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, audio, 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 Health Net's Member Services telephone number listed for your state on the Member Services Telephone Numbers by State Chart. From October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Health Net 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 in the chart below and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Member Services 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 (TTY: 1-800-537-7697).

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

Member Services Telephone Numbers by State Chart

State	Telephone Number and Plan Type
California	1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); (TTY: 711)
Oregon	1-888-445-8913 (HMO and PPO); (TTY: 711)

English: Language assistance services, auxiliary aids and services, and other alternative formats are available to you free of charge. To obtain this, please call the number above.

Español (Spanish): Servicios de asistencia de idiomas, ayudas y servicios auxiliares, y otros formatos alternativos están disponibles para usted sin ningún costo. Para obtener esto, llame al número de arriba.

简体中文(Chinese): 可以免费为您提供语言协助服务、辅助用具和服务以及其他格式。如有需要，请拨打上述电话号码。

Tiếng Việt (Vietnamese): Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, các trợ cụ và dịch vụ phụ thuộc, và các dạng thức thay thế khác hiện có miễn phí cho quý vị. Để có được những điều này, xin gọi số điện thoại nêu trên.

Tagalog (Tagalog): Mayroon kang makukuhang libreng tulong sa wika, auxiliary aids at mga serbisyo, at iba pang mga alternatibong format. Upang makuha ito, mangyaring tawagan ang numerong nakasulat sa itaas.

한국어(Korean): 언어 지원 서비스, 보조적 지원 및 서비스, 기타 형식의 자료를 무료로 이용하실 수 있습니다. 이용을 원하시면 상기 전화번호로 연락해 주십시오.

Armenian: ՈւժԴԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ

فارسي (Persian): خدمات ترجمه، حمایت های؛ خدمات کمکی و سایر انواع دیگر به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. برای به دست یابی به این خدمات، لطفاً با شماره تلفن بالا تماس بگیرید.

Русский язык (Russian): Вам могут быть бесплатно предоставлены услуги по переводу, вспомогательные средства и услуги, а также материалы в других, альтернативных, форматах. Чтобы получить их, позвоните, пожалуйста, по указанному выше номеру телефона.

日本語 (Japanese): 言語支援サービス、補助器具と補助サービス、その他のオプション形式を無料でご利用いただけます。ご利用をお考えの方は、上記の番号にお電話ください。

(Arabic): خدمات المساعدة اللغوية والمعينات والخدمات الإضافية وغيرها من الأشكال البديلة متاحة لك مجاناً. للحصول عليها، يرجى الاتصال بالرقم أعلاه.

ਪੰਜਾਬੀ (Panjabi): ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਬਦਲਵੇਂ ਫਾਰਮੈਟ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਦੇ ਲਈ ਵਿਰਾਮ ਕਰਕੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian): សេវាកម្មជំនួយភាសា ជំនួយជំនួសនិងសេវាកម្មនានា នឹងទទួលបានឥតគិតថ្លៃ សេវាផ្សេងៗទៀត ដែលសេវាកម្មកអាចរកបានសោយឥតគិតថ្លៃ។ សេវាទទួលបានព័ត៌មានសនេះ ៖ ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលខេត្តសៀមរាប។

Ntawv Hmoob (Hmong): Muaj kev pab txhais lus, khoom pab mloog txhais lus thiab lwm yam kev pab pub dawb rau koj. Xav tau tej no, thov hu rau tus nab npawb saum toj saud.

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं, सहायक उपकरण और सेवाएं, और अयि वैकल्पिक फ़ॉर्म आपके लिए निः शुल्क उपलब्ध हैं। इन्हें प्राप्त करने के लिए, कृपया उपरोक्त नंबर पर कॉल करें।

ไทย Thai): การช่วยเหลือด้านภาษา อุปกรณ์และบริการเสริม รวมทั้งรูปแบบทางเลือกอื่น ๆ มีให้ท่านใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากต้องการขอรับบริการเหล่านี้ กรุณาติดต่อ

Українська мова (Ukrainian): Вам можуть бути безкоштовно надані послуги з перекладу, допоміжні засоби та послуги, а також матеріали в інших, альтернативних, форматах. Щоб одержати їх, зателефонуйте, будь ласка, за номером телефону, який зазначений вище.

Română (Romanian): Servicii de asistență lingvistică, ajutoare și servicii auxiliare, precum și alte formate alternative vă stau la dispoziție în mod gratuit. Pentru a le obține, apălați numărul de mai sus.

Cushite (Cushite): Tajaajila qarqaarsa afaanii, qarqaarsa deeggarsaa fi tajaajilaa, fi qarqaarsi akkaataa biroo bilisaan siif laatama. Tajaajila kanniin argachuuf maaloo lakkoofsa asii olii bilbili.

Deutsch (German): Sprachunterstützung, Hilfen und Dienste für Hörbehinderte und Gehörlose sowie weitere alternative Formate werden Ihnen kostenlos zur Verfügung gestellt. Um eines dieser Serviceangebote zu nutzen, wählen Sie die o. a. Rufnummer.

Français (French) : Des services gratuits d'assistance linguistique, ainsi que des services d'assistance supplémentaires et d'autres formats sont à votre disposition. Pour y accéder, veuillez appeler le numéro ci-dessus.