

Medicare-ի կողմից դեղատոմսային դեղի մերժման վերանայման հայց

Քանի որ մենք՝ Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) բժշկական ապահովագրության պլանը, մերժել ենք Ձեր՝ դեղատոմսային դեղի ծածկման (կամ դրա վճարման) վերաբերյալ հայցը, Դուք իրավունք ունեք մեզ խնդրել վերանայել (բողոքարկել) մեր որոշումը: Դուք Medicare-ի կողմից դեղատոմսային դեղի ծածկման մերժման վերաբերյալ մեր ծանուցման օրվանից 60 օրվա ընթացքում պետք է խնդրեք մեզ վերանայել այն: Այս ձևաթուղթը կարող էք մեզ ուղարկել էլեկտրոնային փոստով կամ ֆաքսով.

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

Ֆաքսի համարը՝
1-877-713-6189

Դուք նաև կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը մեր՝ www.healthnet.com/calmediconnect կայքի միջոցով: Արագացված բողոքարկման հայցերը կարող եք ներկայացնել՝ զանգահարելով 1-855-464-3571 (Los Angeles County) or 1-855-464-3572 (San Diego County) հեռախոսահամարներով (TTY՝ 711): Աշխատանքային ժամերն են՝ 8:00-ից մինչև 20:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Աշխատանքային ժամերից դուրս կամ շաբաթ-կիրակի և տոն օրերին Դուք կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Ով կարող է հայց ներկայացնել. Ձեր նշանակողն ինքը կարող է բողոքարկել Ձեր անունից: Եթե ցանկանում եք, որ մեկ այլ անձ (օրինակ՝ ընտանիքի անդամը կամ ընկերը) Ձեր համար բողոքարկման հայց ներկայացնի, այդ անձը պետք է լինի Ձեր ներկայացուցիչը: Դիմեք մեզ՝ իմանալու, թե ինչպես նշել ներկայացուցչին:

Անդամագրվածի վերաբերյալ տեղեկություններ

Անդամագրվածի անունը _____ Ծննդյան ամսաթիվը _____

Անդամագրվածի հասցեն _____

Քաղաքը _____ Նահանգը _____ Փոստային դասիչը _____

Հեռախոսահամարը _____

Անդամագրվածի նույնականացման համարը _____

Այս բաժինը լրացրեք ՄԻԱՅՆ այն դեպքում, եթե դիմողն անդամագրված անձը չէ.

Դիմողի անունը _____

Դիմողի փոխհարաբերությունը անդամագրվածի հետ _____

Հասցեն _____

Քաղաքը _____ Նահանգը _____ Փոստային դասիչը _____

Հեռախոսահամարը _____

Բողոքարկման հայցի փաստաթղթերը անդամագրվածից կամ անդամագրվածի նշանակողից գատ այլ անձի կողմից ներկայացնելիս.

Կցեք փաստաթղթեր՝ նշելով այն մարմինը, որը ներկայացնում է անդամագրվածին (լրացված Ներկայացուցչի լիազորման **CMS-1696** ձևաթուղթ կամ դրան համարժեք գրավոր փաստաթուղթ), եթե այն չի ներկայացվել ծածկույթի որոշման մակարդակով:
Ներկայացուցիչ նշանակելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Ձեր պլանին կամ **1-800-Medicare (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարներով (**TTY՝ 1-877-486-2048**)՝ շուրջօրյա և առանց հանգստյան օրերի:

Ձեր կողմից հայցվող դեղատոմսային դեղը.

Դեղի անվանումը՝ _____ Դեղաչափը/քանակը/չափաբաժինը՝ _____

Դուք գնե՞լ եք դեղը, որի համար սպասում եք վերանայման հայցի պատասխանի:
 Այո Ոչ

Եթե «Այո».
Գնման ամսաթիվը՝ _____ Վճարված գումարը՝ \$ _____
(կցեք անդորրագիրը)

Դեղատան անվանումը և հեռախոսահամարը՝ _____

Նշանակողի վերաբերյալ տեղեկություններ

Անունը _____

Հասցեն _____

Քաղաքը _____ Նահանգը _____ Փոստային դասիչը _____

Աշխատանքային հեռախոսահամարը _____ Ֆաքսի համարը _____

Գրասենյակի կոնտակտային անձը _____

Կարևոր նշում՝ արագացված որոշումներ

Եթե Ձեր նշանակողը կարծում է, որ ստանդարտ որոշման համար 7 օր սպասելը կարող է լրջորեն վտատգել Ձեր կյանքը, առողջությունը կամ առավելագույն գործունակությունը վերականգնելու կարողությունը, Դուք կարող եք խնդրել որոշում կայացնել արագացված (արագ) ընթացակարգով: Եթե Ձեր նշանակողը նշում է, որ 7 օր սպասելը կարող է լրջորեն վտանգել Ձեր առողջությունը, մենք 72 ժամվա ընթացքում ավտոմատ կերպով Ձեզ կներկայացնենք որոշումը: Եթե արագացված գործընթացով որոշում ստանալու հարցում չստանաք Ձեր նշանակողի աջակցությունը, մենք կորոշենք, թե արդյոք Ձեր դեպքի համար արագ որոշում կայացնելու անհրաժեշտություն կա: Դուք չեք կարող պահանջել արագացված ընթացակարգով որոշում, եթե մեզ խնդրում եք փոխհատուցել արդեն իսկ ստացած դեղի համար:

ՆՇԵՔ ԱՅՍ ՎԱՆԴԱԿԸ, ԵԹԵ ԿԱՐԾՈՒՄ ԵՔ, ՈՐ 72 ԺԱՍՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԿԱՅԱՑՎՈՂ ՈՐՈՇՄԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԵՔ (եթե Ձեր նշանակողից օժանդակող տեղեկանք ունեք, այն այս հայցին կցեք):

Խնդրում ենք բացատրել բողոքարկման Ձեր պատճառները: Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ էջեր: Կցեք ցանկացած լրացուցիչ տեղեկություն, որն, ըստ Ձեզ, կարող է օգնել Ձեր գործին, օրինակ, տեղեկանք Ձեր նշանակողից և համապատասխան բժշկական փաստաթղթեր: Միգուցե Ձեզ անհրաժեշտ լինի հղվել Medicare-ի կողմից դեղատոմսային դեղի ծածկման մերժման վերաբերյալ ծանուցման մեջ մեր կողմից տրված բացատրությանը և խնդրել Ձեր նշանակողին նշել Պլանի ծածկման չափանիշը, եթե առկա է, ինչպես դա նշված է Պլանի մերժման նամակում կամ Պլանի այլ փաստաթղթերում: Անհրաժեշտ կլինի ստանալ Ձեր նշանակողի կարծիքը՝ բացատրելու, թե ինչու չեք կարող համապատասխանել Պլանի ծածկման չափանիշին և/կամ ինչու Պլանի կողմից պահանջվող դեղերը համապատասխան չեն Ձեզ բժշկական տեսանկյունից:

Վերանայման հայց ներկայացնող անձի (անդամագրվածի կամ ներկայացուցչի) ստորագրությունը

_____ Ամսաթիվ՝ _____

Health Net Community Solutions, Inc.-ը բժշկական ապահովագրության ծրագիր է, որը պայմանագրեր ունի և՛ Medicare-ի, և՛ Medi-Cal-ի հետ՝ անդամագրվածներին երկու ծրագրերի ապահովագրական նպաստները տրամադրելու:

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، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً 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 صباحاً 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

ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Ջանգահարեք 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 8시부터 오후 8시까지 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.

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