EmblemHealth

Solicitud de redeterminación del rechazo de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que nosotros, EmblemHealth, negamos su solicitud de cobertura de (o pago de) de un medicamento recetado. Tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión.

- Puede solicitar una apelación en el plazo de 65 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de rechazo de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en https://www.emblemhealth.com/resources/medicare/grievances-appeals.
- Las solicitudes de apelación acelerada se pueden realizar por teléfono al 877-444-7097 (TTY: 711), de 8am a 8pm, los siete días de la semana.

Este formulario puede enviarse por correo postal o fax:

Dirección:	Número de fax:
PO Box 2807	Apelaciones estándar: 866-854-2763
New York, NY 10116-2807	Apelaciones aceleradas: 866-350-2168

Quién puede hacer una solicitud: La persona que le receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un pariente o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para averiguar cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado		
Nombre del afiliado:		Fecha de nacimiento:
Dirección del afiliado:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Número de asegurado del afiliado:	
Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado:		
Nombre del solicitante:		
Relación del solicitante con el afiliado:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		
Documentación de representación para las solicitudes de apelación realizadas por alguien que no sea el afiliado o la persona que receta del afiliado: Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un equivalente por escrito) si no se presentó a nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su cobertura o llame al **1-800-MEDICARE**.		

Medicamentos recetados que solicita:		
Nombre del medicamento: Concentración/cantidad/dosis:		
¿Ha comprado el medicamento en espera de una apelación? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí": Fecha de compra: Monto pagado: $ (adjuntar 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 del consultorio:		

¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS. Si tiene una afirmación de respaldo de la persona que le receta, adjúntela a esta solicitud.**

- Si usted o la persona que le receta consideran que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida).
- Si la persona que le receta indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le comunicaremos automáticamente una decisión en un plazo de 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el apoyo de la persona que le receta para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debe estar cubierto.

- Adjunte cualquier información adicional que crea que puede ayudar con su caso, como una afirmación de la persona que le receta y los expedientes médicos.
- Incluya una copia del Aviso de rechazo de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

- La persona que le receta deberá explicar por qué no puede cumplir con las reglas de cobertura del plan médico o por qué los medicamentos requeridos por el plan médico no son médicamente adecuados para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o el representante):	Fecha**:**

EmblemHealth®

Y0026_205195_C

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia en idiomas y ayudas y servicios auxiliares

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **877-344-7364** (TTY: **711**; Oct. 1 through March 31: 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week; April 1 through Sept. 30: 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Saturday) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **877-344-7364** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 **877-344-7364**（文本电话：**711**）或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **877-344-7364** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **877-344-7364** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **877-344-7364** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **877-344-7364** (tty: **711**) o parla con il tuo fornitore.

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC y Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) son empresas de EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativos a las empresas de EmblemHealth.

יידיש (**Yiddish**) נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען אידס און באדינונגס פאר פראוויידינג אינפארמאציע אין צוטריטלעך פארמאטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן (**711**: TTY) **877-344-7364** אדער רעדן מיט דיין טרעגער.

বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। **877-344-7364** (TTY: **711**) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **877-344-7364** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

العربية (**Arabic**)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **877-344-7364** (**711**) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **877-344-7364** (TTY: **711**) ou parlez à votre fournisseur.

اردو (**Urdu**)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ (**711**: TTY) **877-344-7364** پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **877-344-7364** (TTY: **711**) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **877-344-7364** (TTY: **711**) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **877-344-7364** (TTY: **711**) ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

AVISO DE POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal

EmblemHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales, como los rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género y estereotipos de sexo. EmblemHealth no excluye a las personas ni las trata menos favorablemente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

EmblemHealth:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayuda y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
    - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Ofrece servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, lo que puede incluir:
    - Intérpretes calificados.
    - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el coordinador de derechos civiles llamando a Medicare Connect Concierge al **877-344-7364** (TTY: **711**; Horario de atención: del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado).

Si cree que EmblemHealth no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: el coordinador de derechos civiles por correo postal a la dirección EmblemHealth Grievance and Appeals Department, P.O. Box 2807, New York, NY 10116-2807; por fax al **866-854-2763**; o por teléfono a Medicare Connect Concierge al **877-344-7364**. (Marque **711** para los servicios TTY). Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o el portal para miembros. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Reclamos y Apelaciones de EmblemHealth está disponible para asistirlo. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo o teléfono a: **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201**; **800-368-1019**, (TTY: **800-537-7697**).

Los formularios de quejas están disponibles en **hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Este aviso está disponible en el sitio web de EmblemHealth: **espanol.emblemhealth.com/legal/nondiscrimination**.