

Nombre del miembro: _____ **Fecha:** _____

Nombre del medicamento: _____

Fecha

Estimado miembro de Salud HUSKY:

Usted recibe este aviso porque la farmacia no pudo surtir su receta por el(los) siguiente(s) motivo(s):

☐ Usted tiene Medicare Parte D, que es el pagador principal de sus medicamentos, y no Salud HUSKY.

☐ El profesional que recetó el medicamento no está inscrito en el Programa de Asistencia Médica de Connecticut (CMAP).

☐ Usted recibirá, por única vez, un suministro del medicamento recetado para catorce (14) días o, si se trata de un opioide de acción prolongada, para siete (7) días.

☐ Usted ya recibió el suministro único de este medicamento, por lo que no podemos surtir esta receta.

☐ Es demasiado pronto para volver a surtir este medicamento.

☐ Este medicamento no está cubierto para los miembros mayores de 21 años.

☐ Este medicamento no está cubierto por Salud HUSKY debido a las normas federales.

☐ El código de diagnóstico presentado por el profesional que recetó el medicamento no permite que este medicamento tenga cobertura.

☐ Otro motivo (explique):

Si tiene alguna pregunta adicional, comuníquese con el Centro de Asistencia al Cliente de Gainwell llamando gratuitamente al 1-866-409-8430 o al TDD/TTY al 1-866-604-3470. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales por teléfono al (800) 842-1508 o por TDD/TTY al (800) 842-4524. También puede hablar de este asunto con su farmacéutico o con el profesional médico que le recetó el medicamento. Si no puede resolver el problema mediante alguno de estos medios, puede solicitar una audiencia por escrito dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de este aviso. Envíe su solicitud y una copia de este aviso a: Department of Social Services (Departamento de Servicios Sociales), Office of Legal Counsel, Regulations, and Administrative Hearings (Oficina de Asesoría Jurídica, Reglamentos y Audiencias Administrativas), 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105-3725. También puede enviar su solicitud por fax al (860) 424-5729 o por correo electrónico a olcrah.DSS@ct.gov. Si tiene preguntas generales sobre las audiencias, llame al 1-800-462-0134.



W-0534FH
(Rev. 05/23)

Estado de Connecticut Departamento de Servicios Sociales

Audiencia imparcial

SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con una medida que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) planea adoptar en su caso. Una audiencia es una reunión entre usted, un trabajador del DSS y un funcionario de audiencias. El funcionario de audiencias escuchará los hechos relacionados con su caso y determinará si la medida que planea adoptar el DSS es correcta o no.

Durante una audiencia, usted puede explicarle al funcionario de audiencias por qué no está de acuerdo con la medida que el DSS planea adoptar. Puede hablar en su propio nombre o pedirle a otra persona, como un amigo o familiar, que hable por usted. También puede pedirle a un abogado que lo represente. Si necesita asistencia legal, puede llamar al 1-800-453-3320 para comunicarse con los Servicios Legales de su área.

La mejor manera de solicitar una audiencia es mediante el Formulario de Solicitud de Audiencia adjunto.

Tiene sesenta (60) días a partir de la fecha del aviso del DSS para solicitar una audiencia.

CONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS

En virtud de la cobertura de medicamentos recetados de HUSKY A, C y D (Medicaid): si tenía cobertura para este medicamento antes de recibir este aviso y solicita una audiencia dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción, es posible que su cobertura para este medicamento continúe sin cambios hasta que el funcionario de audiencias tome una decisión sobre su caso.

Si solicita una audiencia **DESPUÉS** de la fecha de entrada en vigor de la medida del DSS (que entra en vigor diez [10] días después de que reciba este aviso), sus beneficios cambiarán. Si el funcionario de audiencias determina que la medida del DSS fue incorrecta, el DSS cumplirá la decisión del funcionario de audiencias y le proporcionará los beneficios que le correspondan.

CONSERVE ESTA PÁGINA EN SUS ARCHIVOS.



W-0534FH

USTED TIENE DERECHO A PRESENTAR UN RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN

Usted tiene derecho a presentar un reclamo por discriminación si considera que el Departamento de Servicios Sociales ha adoptado alguna medida en su contra debido a su raza, color de piel, religión, sexo, identidad o expresión de género, estado civil, edad, nacionalidad de origen, ascendencia, creencias políticas, orientación sexual, discapacidad intelectual, discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje o discapacidad física, incluida, entre otras, la ceguera.

Una persona con discapacidad puede solicitar y recibir una adaptación razonable o asistencia especial del Departamento de Servicios Sociales cuando sea necesaria para permitirle tener las mismas oportunidades significativas de participar en los programas administrados por el Departamento.

Si usted solicitó una adaptación o asistencia especial y nos negamos a proporcionársela, puede presentar un reclamo ante el director de la División de Acción Afirmativa del Departamento, o ante cualquiera de las agencias que se indican a continuación:

Comisionado de Servicios Sociales

Atención: Director de la División de Acción Afirmativa o Coordinador de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA)

55 Farmington Avenue

Hartford, CT 06105-3725

Teléfono: 1-860-424-5040, Línea gratuita: 1-800-842-1508, TDD: 1-800-842-4524

Fax: 1-860-424-4948

Comisión de Derechos Humanos y Oportunidades de Connecticut

450 Columbus Blvd

Hartford, CT 06103

Teléfono: 1-860-541-3400, Línea gratuita: 1-800-477-5737, TDD: 1-860-541-3459

Fax: 1-860-246-5265

Sitio web: <http://www.ct.gov/chro/site/default.asp>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Oficina de Derechos Civiles

JFK Federal Building, Room 1875

Boston, MA 02203

Teléfono: 1-617-565-1340, Línea gratuita: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

Fax: 1-617-565-3809

Sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>





W-0534FH
(Rev. 05/23)

Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales (DSS)

Ident. del cliente: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA DEL DSS

Utilice este formulario ÚNICAMENTE si desea solicitar una audiencia. Recuerde: antes de solicitar una audiencia, puede llamar al Centro de Asistencia al Cliente al 1-866-409-8430 para obtener ayuda, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 4:00 p. m.

1. No estoy de acuerdo con la decisión del DSS respecto de mi **COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS** para _____. Solicito una audiencia porque:

(Aunque proporcionar esta información es opcional, puede ayudarnos a prepararnos para su audiencia. Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio para escribir).

2. El mejor número de teléfono para comunicarse conmigo, incluido el código de área, es:
() _____

3. Si anteriormente tenía **cobertura para este medicamento recetado** y solicita una audiencia sobre la decisión del DSS relacionada con la continuación de dicha cobertura dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de este aviso, su cobertura de medicamentos recetados continuará sin cambios hasta que el funcionario de audiencias tome una decisión sobre su caso.

Por favor, marque una de las siguientes opciones:

☐ Quiero que el DSS mantenga mis beneficios tal como estaban antes de la decisión del DSS y hasta que el funcionario de audiencias tome una decisión sobre mi caso, si es posible.

☐ Quiero que el DSS haga el cambio en mis beneficios ahora. Si la decisión de la audiencia es favorable para mí, el DSS me otorgará los beneficios que me correspondan.

Si no marca ninguna casilla, sus beneficios continuarán sin cambios.

☐ Solicito una audiencia telefónica en lugar de una presencial en una oficina.

4. _____
Firma (obligatoria): _____ **Fecha** _____

Nombre completo (escriba en letra de imprenta)

5. Envíe por correo o fax esta solicitud cuando esté completa a: Department of Social Services (Departamento de Servicios Sociales), Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings (Oficina de Asesoría Jurídica, Reglamentos y Audiencias Administrativas), 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105-3725 Número de fax: (860) 424-5729. Si tiene preguntas sobre las audiencias, llame al 1-800-462-0134.

Si necesita un intérprete para la audiencia, indique el idioma: _____



Si es sordo o tiene una discapacidad auditiva y utiliza TDD/TTY, llame a nuestra línea directa TDD/TTY al 1-800-842-4524. El DSS también dispone de ayudas auxiliares para personas con discapacidad visual. Llame al 1-855-626-6632 para obtener información.

