

Dear HUSKY Health Client,

You are receiving this notice because HUSKY coverage for your prescription was denied. All prescriptions for this medication now require an updated Prior Authorization submitted by your prescribing practitioner.\* There is no updated Prior Authorization on file from your prescriber for this medication.

**If you have questions regarding denial of coverage for this prescription because no updated Prior Authorization is on file to obtain this medication, please contact your prescriber.** Please also feel free to contact the Department of Social Services at: PHONE (800) 842-1508 OR TDD/TTY (800) 842-4524. In addition, you may request a hearing should you feel that an updated Prior Authorization already is on file for this medication. You may request a hearing, in writing, at: Department of Social Services, Office of Legal Counsel, Regulations, and Administrative Hearings, 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105-3725, or hearings office fax number: (860) 424-5729. For general questions about hearings, call 1-800-462-0134 or email to [olcrah.DSS@ct.gov](mailto:olcrah.DSS@ct.gov)

\*42 U.S.C. §1396r-8(d)(1)(A); Conn. Gen. Stat. §17b-491a.



**W-0534FH**  
(Rev. 05/23)

State of Connecticut  
Department of Social Services

**Fair Hearing**

**YOUR RIGHT TO A HEARING**

You have the right to ask for a hearing if you do not agree with an action that the Department of Social Services (DSS) plans to take about your case. A hearing is a meeting with you, a DSS worker and a Hearing Officer. The Hearing Officer will listen to the facts of your case and decide if the action DSS plans to take is right or wrong.

At a hearing, you may tell the Hearing Officer why you do not agree with the action DSS plans to take. You may speak for yourself or have someone else, like a friend or relative, speak for you. You may also have a lawyer speak for you. If you want legal help, you may call 1-800-453-3320 for Legal Services in your area.

**The best way to ask for a hearing is to use the Hearing Request Form that is enclosed.**

**You have 60 days** from the date of the DSS notice to ask for a hearing.

**CONTINUATION OF BENEFITS**

**Under HUSKY A, C and D (Medicaid) prescription coverage:** If you previously had coverage for this medication prior to receiving this notice as a result of not having an updated prior authorization on file, and you ask for a hearing within 10 days of receipt of this notice, it may be possible for your coverage for this medication to continue as it was until the Hearing Officer decides your case.

If you ask for a hearing AFTER the effective date of DSS's action, (which is effective 10 days after receipt of this notice), your benefits will change. If the Hearing Officer decides that DSS's action was wrong, DSS will follow the Hearing Officer's order and provide you the benefits that it owes you.

KEEP THIS PAGE FOR YOUR RECORDS



W-0534FH

## **YOU HAVE THE RIGHT TO MAKE A DISCRIMINATION COMPLAINT**

You have the right to make a discrimination complaint if you think the Department of Social Services has taken action against you because of your race, color, religion, sex, gender identity or expression, marital status, age, national origin, ancestry, political beliefs, sexual orientation, intellectual disability, mental disability, learning disability or physical disability, including, but not limited to, blindness.

An individual with a disability may request and receive a reasonable accommodation or special help from the Department of Social Services when it is necessary to allow the individual to have an equal and meaningful opportunity to participate in programs administered by the Department.

If you asked for an accommodation or special help and we refused to provide it, you may make a complaint to the Department's Affirmative Action Division Director or any of the agencies listed below:

### **Commissioner of Social Services**

#### **Attention: Affirmative Action Division Director/ADA Coordinator**

55 Farmington Avenue

Hartford, CT 06105-3725

Telephone: 1-860-424-5040, Toll Free: 1-800-842-1508, TDD: 1-800-842-4524

Fax: 1-860-424-4948

### **Connecticut Commission on Human Rights and Opportunities**

450 Columbus Blvd

Hartford, CT 06103

Telephone: 1-860-541-3400, Toll Free: 1-800-477-5737, TDD: 1-860-541-3459

Fax: 1-860-246-5265

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

### **US Department of Health and Human Services**

#### **Office for Civil Rights**

JFK Federal Building, Room 1875

Boston, MA 02203

Telephone: 1-617-565-1340, Toll Free: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

Fax: 1-617-565-3809

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



W-0534FH



State of Connecticut  
Department of Social Services

Client ID: \_\_\_\_\_

**W-0534FH**  
(Rev. 05/23)

**DSS HEARING REQUEST FORM**

**Use this form ONLY if you want a hearing. Remember: Before you ask for a hearing, you may call the Client Assistance Center for help at 1-866-409-8430, Monday-Friday, 7:30 am to 4:00 pm.**

1. I do not agree with DSS's decision about my: **PRESCRIPTION COVERAGE** for \_\_\_\_\_  
I am asking for a hearing because: \_\_\_\_\_

(While optional, this additional information may help us in preparing for your hearing. Please use the back of this form if you need more room to write.)

2. The best telephone number to reach me, including area code, is: (    ) \_\_\_\_\_
3. If you were previously getting **coverage for this prescription** and you ask for a hearing about DSS's decision about continuing prescription coverage within 10 days of the receipt of this notice, your prescription coverage will stay as it was until the Hearing Officer decides your case.

**Please check one of the following:**

- ☐ I want DSS to keep my benefits the way they were before DSS's decision and until the Hearing Officer decides my case if that is possible. I understand that I will not need to pay DSS back for any medical benefits even if the hearing decision is not in my favor.
- ☐ I want DSS to make the change to my benefits now. If the hearing decision is in my favor, DSS will give me any benefits that are due to me.

**If you do not check a box, your benefits will stay the way they were.**

☐ I am requesting a telephone hearing instead of an in-person office hearing.

4.

\_\_\_\_\_  
**Signature (Required)**

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Full Name (Please print)

5. Mail or fax this completed request to: Department of Social Services, Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings, 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105-3725 Fax Number: (860) 424-5729. For questions about hearings, call 1-800-462-0134.

If you need an interpreter for the hearing, please state which language: \_\_\_\_\_

If you are deaf or hearing impaired and have a TDD/TTY, call our TDD/TTY hotline at 1-800-842-4524.

DSS also has auxiliary aids for the visually impaired. Call 1-855-626-6632 for information.



W-0534FH



**W-0534FHS**  
(Rev. 05/23)

## Estado de Connecticut Departamento de Servicios

### **Audiencia Imparcial**

#### **SU DERECHO A UNA AUDIENCIA**

Tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con alguna medida que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) planea tomar en relación con su caso. Una audiencia es una reunión con usted, un trabajador del DSS y un Oficial de Audiencias. El Oficial de Audiencias escuchará los hechos de su caso y decidirá si la medida que el DSS planea tomar es correcta o incorrecta.

En la audiencia, puede explicarle al Oficial de Audiencias por qué no está de acuerdo con la medida que el DSS planea tomar. Puede hablar por sí mismo o pedirle a otra persona, como un amigo o familiar, que hable por usted. También puede pedirle a un abogado que hable por usted. Si necesita ayuda legal, puede llamar al 1-800-453-3320 para obtener servicios legales en su área.

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

Tiene 60 días a partir de la fecha de la notificación del DSS para solicitar una audiencia.

#### **CONTINUACIÓN DE LOS BENEFICIOS**

##### **Bajo la cobertura de medicamentos recetados de HUSKY A, C y D (Medicaid):**

Si anteriormente tenía cobertura para este medicamento antes de recibir este aviso debido a que no hay una autorización previa actualizada en su expediente, y solicita una audiencia dentro de los 10 días posteriores a la recepción de este aviso, es posible que su cobertura para este medicamento continúe como estaba hasta que el Oficial de Audiencias decida su caso.

Si solicita una audiencia DESPUÉS de la fecha efectiva de la acción del DSS (la cual entra en vigor 10 días después de recibir este aviso), sus beneficios cambiarán. Si el Oficial de Audiencias decide que la acción del DSS fue incorrecta, el DSS seguirá la orden del Oficial de Audiencias y le proporcionará los beneficios que se le adeudan.

**MANTENGA ESTA PÁGINA PARA SUS  
ARCHIVOS**

## **TIENE EL DERECHO DE PRESENTAR UNA QUEJA DE DISCRIMINACIÓN**

Usted tiene el derecho a presentar una queja por discriminación si cree que el Departamento de Servicios Sociales ha tomado medidas en su contra por motivo de raza, color, religión, sexo, identidad o expresión de género, estado civil, edad, origen nacional, ascendencia, creencias políticas, orientación sexual, discapacidad intelectual, discapacidad mental, problemas de aprendizaje o incapacidad física, incluyendo, pero sin limitarse a, la ceguera.

Una persona que tenga una discapacidad puede solicitar y recibir un acomodo razonable o ayuda especial del Departamento de Servicios Sociales cuando sea necesario para permitir que se tenga una oportunidad equitativa y significativa de participar en los programas administrados por el Departamento.

Si usted solicitó un acomodo o ayuda especial y nos negamos a proveerlo, usted puede presentar una queja antes el Director de la División de Acción Afirmativa del Departamento o ante cualquiera de las agencias que aparecen a continuación:

### **Comisionado de Servicios Sociales**

#### **Atención: Director/Coordinador ADA de la División de Acción Afirmativa**

55 Farmington Avenue

Hartford, CT 06105-3725

Teléfono: 1-860-424-5040, Llamada 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, Llamada gratuita: 1-800-477-5737, TDD: 1-860-541-3459

Fax: 1-860-246-5265

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

### **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.**

#### **Oficina de Derechos Civiles**

JFK Federal Building, Room 1875

Boston, MA 02203

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

Fax: 1-617-565-3809

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



W-0534FHS



**W-0534FHS**  
(Rev. 05/23)

Estado de Connecticut  
Departamento de Servicios

Numero de identificación del  
cliente \_\_\_\_\_

**FORMULARIO PARA SOLICITAR AUDIENCIA DEL DSS**

Utilice este formulario **SOLO** si desea una audiencia. Recuerde: antes de solicitar una audiencia puede llamar y pedir ayuda al el Centro de Atención al Cliente al 1-866-409-8430. Lunes - Viernes, 7:30 am al 4:00 pm.

1. No estoy de acuerdo con la decisión del DSS acerca de mi: **COBERTURA DE RECETA MÉDICA** para: \_\_\_\_\_  
(Favor de marcar con un circulo el(los) programa(s) correspondiente(s))

Solicito una audiencia porque: \_\_\_\_\_

(Mientras opcional, la información adicional nos ayuda a prepararnos para su audiencia. Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio para escribir.)

2. El mejor número de teléfono para conseguirme, incluyendo el código de área, es el: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. Si anteriormente estaba recibiendo cobertura para esta **receta médica** y solicita una **audiencia** sobre la decisión del **DSS** respecto a la continuación de la cobertura de la receta **dentro de los 10 días posteriores a la recepción de este aviso**, su cobertura para esta receta **se mantendrá como estaba** hasta que el **Oficial de Audiencias** decida su caso.

**Favor de marcar una de las opciones a continuación:**

☐ Quiero que el **DSS** mantenga mis beneficios **de la misma manera que estaban antes de la decisión del DSS**, y que continúen así **hasta que el Oficial de Audiencias decida mi caso**, si eso es posible. Entiendo que **no tendré que reembolsar al DSS por ningún beneficio médico**, incluso si la decisión de la audiencia **no es a mi favor**..

☐ Quiero que el DSS haga el cambio a mis beneficios ahora. Si la decisión de la audiencia me favorece, el DSS ha de darme los beneficios adeudados.

**Si no marca uno de los encasillados, los beneficios permanecerán tal y como estaban.**

☐ Estoy solicitando una audiencia telefónica en lugar de una audiencia en la oficina en persona.

4. \_\_\_\_\_

**Firma (necesario)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo (en letra de molde)**



W-0534FHS

5. Devuelva por fax o correo la solicitud completa a: Department of Social Services, Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings, 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105-3725 Teléfono Fax : (860) 424-5729. Para preguntas acerca de las audiencias, llame al 1-800-462-0134.

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

Si es sordo o con discapacidad auditiva y tiene un TDD/TTY, llame a nuestra línea de acción TDD/TTY al 1-800-842-4524. El DSS cuenta además con recursos de ayuda auxiliares para discapacitados visuales. Para información, llame al 1-855-626-6632.



W-0534FHS