

Solicitud para una redeterminación

Si se le denegó su primera solicitud de determinación de cobertura, tiene el derecho de pedir una nueva determinación de cobertura, lo que incluye el pedido de medicamentos que no se encuentren en nuestra lista de medicamentos cubiertos. Esto recibe el nombre de apelación. Debe pedir una apelación dentro de los 60 días calendarios contados a partir de la primera denegación. Puede pedir más tiempo si tiene una buena razón por no cumplir con la fecha límite.

Puede pedir una excepción si cree que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos. También puede solicitarnos excepciones a las siguientes reglas:

- Autorización previa
- Terapia escalonada
- Límite de cantidad

También puede solicitar una excepción de categoría si usted cree que debería recibir un medicamento a un costo compartido más bajo. Su médico debe indicarnos por qué necesita esta excepción.

Usted, su médico o su representante pueden solicitar una apelación urgente o estándar, por estos medios:

- Llamando al plan de Molina Healthcare, al número de teléfono que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación de Molina
- Enviando su apelación por correo a Molina Healthcare a 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, Utah 84074
 - Incluya su nombre, dirección, número de identificación de miembro y el motivo de su apelación

Si su apelación consiste en un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos, su médico debe indicar que todos los demás medicamentos de la lista no serán eficaces para usted. Entonces consideraremos su caso. Si se deniega su apelación, puede solicitar que alguien externo a Molina Healthcare la revise. Si no está de acuerdo con su decisión, solicite otra apelación. Si esto ocurre, se le notificarán sus derechos de apelación.

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

Senior Whole Health of New York complies with Federal civil rights laws. **Senior Whole Health of New York** does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Senior Whole Health of New York provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose first language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **Senior Whole Health of New York** at 833-671-0440. For TTY/TDD services, call 711.

If you believe that **Senior Whole Health of New York** has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with **Senior Whole Health of New York** by:

Mail: 15 Metrotech Center 11th Floor, Brooklyn, New York 11201,
Phone: 877-353-0185 (for TTY/TDD services, call 711)
Fax: 855-838-7998
In person: 15 Metrotech Center, 11th Floor, Brooklyn, New York 11201
Email: SWHNYGandA@MolinaHealthcare.com

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

Web: Office for Civil Rights Complaint Portal at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Mail: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
Phone: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877-353-0185 TTY/TDD 711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Spanish
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 877-353-0185 TTY/TDD711.	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم هاتف الصم والبكم 877-353-0185 TTY/TDD 711 (رقم)	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 877-353-0185 TTY/TDD711 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 877-353-0185 (телетайп: TTY/TDD 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 877-353-0185 TTY/TDD 711.	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 877-353-0185 TTY/TDD711.	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 877-353-0185 TTY/TDD 711	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 877-353-0185 TTY/TDD 711	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Tagalog
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে ফোন করুন ১-৮৭৭-৩৫৩-০১৮৫ TTY/TDD 711	Bengali
KUJDES: Nëse fliitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 877-353-0185 TTY/TDD 711	Urdu