# 承保决定函

# *重要说明：如果就本通知需要获取帮助，请通过<Plan Name> at <Plan customer service phone number> (TTY: <TTY number>) OR <Ombudsman or other program office>联系<phone number> (TTY: <TTY number>)]*

***<*Date of letter*>***

[*Insert Member name*]

会员健康计划 ID：

本信函所述之服务/项目：

[*Insert additional field(s) as needed or when required by state, such as provider or Member Medicaid ID*]

本信函中，<Plan name>统称为“我们的计划”或“我们”。我们是一项承包 Medicare 和 Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] 的健康计划，以便为两个项目提供保险服务。我们的计划能够协调您的 Medicare 和 Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] 服务，并为您调配医生、医院、药房和其他医疗服务提供者。

### 我们的计划<已拒绝*or* 已部分拒绝*or* 已减少*or* 已终止*or* 已中止 *or* 已变更> [*Insert if applicable*:支付下列]<医疗服务/项目*or* B 部分药物*or* Medicaid 药物>的费用：

[*Insert description of medical service/item or Part B drug or Medicaid drug, including the amount, duration, and scope, of what the enrollee requested (e.g., physical therapy visits 2 times per week for 1 year), and the outcome, denied, partially denied, reduced, stopped, suspended, or changed, and include the doctor or provider’s name if a particular doctor or provider requested the service or item. If a service or item request is partially denied, reduced, or changed, include specifically what was requested and what is approved (e.g., We are approving acupuncture services for 3 months instead of a full year, or We are approving moving a toilet to the south wall instead of the east wall of the bathroom, or We previously approved 18 acupuncture visits per year but are now reducing the visits to only allow 10.)*]

*[Insert if this is a post-service case for which there is no member liability*:**请注意，就此** *[insert as applicable:***医疗服务/项目** *or* **B 部分药物** *or* **Medicaid 药物而言，***]****.*****您不会收到账单或欠任何款项***]*。

我们的计划做出此决定的理由如下[*Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the medical service/item or Part B drug or Medicaid drug was denied and include state or federal law and/or Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions to support the decision in plain language. The plain language explanation of the decision should include: (1) relevant context for the decision (e.g., if the medical service/item or Part B drug or Medicaid drug was approved for the enrollee in the past, the description should include what was previously approved, when it was approved and by whom, and what has changed or is otherwise different now); (2) coverage information considered including Medicare and Medicaid coverage benefits; and, (3) if applicable, information on how or why the requested service or item is not supported by the enrollee’s needs – see instructions for more information*].

[*Insert if denial will result in a stoppage, suspension, or reduction of a service/ item or Medicare Part B drug or Medicaid drug the individual has already been receiving:***我们的计划将**于 *<***effective date***>*<**减少***or* **终止***or* **中止**>**支付您的***<***医疗服务/项目** *or* **B 部分药物** *or* **Medicaid 药物费用***>*请参阅本函后文“如何在申诉期间保有您的<医疗服务/项目 *or* Medicare B 部分药物 *or* Medicaid 药物> ”部分，了解有关在申诉期间保有您的 <医疗服务/项目 *or* Medicare B 部分药物 *or* Medicaid 药物>的信息*]*

## 您有权对我们的决定提出申诉

您可以对我们的计划的决定提出申诉。请与您的<医生*or* 医疗服务提供者> 分享此信函，并询问后续步骤。如果在您提出申诉后，我们的计划更改了其决定，那么我们可能会为<医疗服务*/*项目 *or* B 部分药物*or* Medicaid 药物>支付费用。

您也可以致电 *<plan phone number for appeal requests*> (*TTY*: *<TTY number>*)，请求我们免费提供一份我们做出决定所参考的信息的副本。其中可能包含健康记录、指南和其他文档。您应该向您的<医生*or* 医疗服务提供者>提供这些资料，以帮助您决定是否应该提出申诉。

**您必须在**[*Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text*]**之前对我们的计划提出申诉。** 如果您的理由充分，那么我们的计划可能会宽限更多时日。

## 申诉分为两种类型

**我们的计划有两种申诉类型：标准申诉和快速申诉。**

1. 如果您要求提出**标准申诉**，那么我们的计划将[*for a Part B drug, insert:* **在收到您申诉后 7 个日历日** *or for any other medical service/item, insert:* **30 个日历日** *or a shorter timeframe if required by the state*] 内向您发送一份书面决定。
2. 如果您要求提出**快速申诉**，那么我们的计划将 [*insert:* **在收到您申诉后** **72 小时** *or a shorter timeframe if required by the state*] 内向您提供一份书面决定。如果您的<医生 *or* 医疗服务提供者>认为等待 [*for a Part B drug, insert:* **7 个日历日** *or for any other medical service/item, insert:* **30 个日历日** *or a shorter timeframe if required by the state*]才会收到决定会**严重有损您的健康**，您可以要求提出快速申诉。

**如果您的**<**医生***or* **医疗服务提供者**>**为您提出请求**，或者如果您的<**医生***or***医疗服务提供者**>**支持您提出请求，**那么我们的计划将**自动**为您提供快速申诉通道。如果您未获得<医生*or*医疗服务提供者>的支持，那么将由我们的计划决定您能否提出快速申诉。如果我们的计划不予批准快速申诉，我们将在[*for a Part B drug, insert:* **7 个日历日** *or for any other medical service/item, insert:* **30 个日历日** *or a shorter timeframe if required by the state*]. **内针对您的申诉向您提供一份书面决定。**

[*Delete if the letter is for a denial of a Part B drug or if the state does not allow extensions:* 无论是标准申诉还是快速申诉，如果您要求宽限更多时日或如果我们需要您提供更多信息，那么可能需要更长时间才能做出决定。如果我们需要更多的时间以及了解原因，那么我们的计划将向您发送一封信函并告知您此事。]

## 如何申诉

您、您以书面形式指定的代表您行事的人员（例如亲戚、朋友或律师）或您的<医生*or* 医疗服务提供者>均可提出申诉。您可以通过以下方式联系我们的计划以进行申诉：

* **电话：** 致电 *<plan phone number for appeal requests>* (TTY: *<TTY number>*)
* **传真：** 发送传真至 *<plan fax number for appeal requests>*
* **寄信地址：** 邮寄至 *<plan mailing address for appeal requests>*
* [*Insert if appropriate:* **亲自递送：**交付给 *<plan in-person delivery address>]*

如果您是以书面形式提出申诉，请保存一份副本。如果您通过拨打电话提出申诉，我们稍后会向您发送一份信函，其中包括您致电告知我们的事宜。

您提出申诉时，必须向我们的计划提供以下信息：

* 您的姓名
* 您的住址或者可以接收有关您申诉的信息的地址。（如果您没有现居地址，仍能提出申诉。）
* 您在我们的计划中的会员号
* 您对我们的决定提出申诉的原因
* 您是想要提出标准申诉还是快速申诉。（如果需要提出快速申诉，请告知原因）
* 您希望我们的计划审查的任何您需要<医疗服务/项目*or* B 部分药物 *or* Medicaid 药物>的证明资料。例如，您可以向我们发送：
	+ <医生*or* 医疗服务提供者>提供的医疗记录；
	+ <医生 *or* 医疗服务提供者>提供的信函（例如<医生 *or* 医疗服务提供者>提供的声明，其中说明您需要提出快速申诉的原因）；或
	+ 其他证明您需要<医疗服务/项目*or* B 部分药物 *or* Medicaid 药物>的信息

如需了解有关如何申诉的更多信息，请通过*<toll-free plan Member Services phone number>* (TTY: *<toll-free TTY number>*)致电会员服务。您也可以在我们的计划[*insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses*], [*p*lans may insert chapter and/or section reference, as applicable]部分获取更多信息。如需获取有关最新的[*insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses*] 副本，请随时前往*<web address>* 访问我们的网站或致电联系我们的计划。

## *[Optional to delete this section if the decision relates to a medical service/item or Medicare Part B drug or Medicaid drug that has not been received by the enrollee under a previous authorization of the medical service/item or Medicare Part B drug or Medicaid drug:*如何在申诉期间保有您的<医疗服务*/*项目*or* B 部分药物*or* Medicaid 药物>

如果您之前已经获得本信函第一页中所列出的<医疗服务/项目*or* Medicare B 部分药物*or* Medicaid 药物 >，那么即使在申诉期间，您也可以要求继续使用。

* **您必须在** [*Insert continuation of benefits request filing date in month, date, year format. Date will be the later of the following: (1) 15 calendar days from date of letter or (2) date the decision takes effect. Insert date in bold text*] **之前提出申诉并要求我们的计划继续提供您所需的**<**医疗服务*/*项目***or* **Medicare B 部分药物***or* **Medicaid 药物**>
* 有关如何联系我们的计划，请参阅本信函前文的“如何申诉”部分。
* 如果您在[*Insert continuation of benefits request filing date*], 之前要求我们的计划继续提供您所需的<医疗服务*/*项目*or* Medicare B 部分药物*or* Medicaid 药物> ，您的<医疗服务*/*项目*or* Medicare B 部分药物*or* Medicaid 药物>将在申诉期间按原样提供。
* 如果是您的<医生*or* 医疗服务提供者>为您提交申诉，而您希望继续使用<医疗服务*/*项目*or* Medicare B 部分药物*or* Medicaid 药物>，那么您的<医生*or* 医疗服务提供者>必须先获得您的书面同意。

## 下一步

您提出申诉后，我们的计划将向您发送一封申诉决定函，您可得知我们是批准还是否决您的申诉。如果我们的计划仍然拒绝[*Insert if applicable*: 为本《承保决定函》第一页所列出的<医疗服务/项目*or* Medicare B 部分药物*or* Medicaid 药物>付款，那么申诉决定函将告知您关于下一步的指南，例如提供 Medicare 第 2 级别申诉的相关信息或如何要求*<state name>* 举办一场公平听证会[*Insert if appropriate:* ( （也称*<state-specific term for Fair Hearing>*)].）的流程。

## 如果您需要申诉帮助，应该采取什么行动

您可请其他人为您提出申诉并代表您行事。您须遵循以下步骤，首先以书面形式将他们指定为您的“代表”。“代表”可以是您的亲戚、朋友、律师、医生、医疗服务提供者或其他信任之人。

如果您希望其他人为您提出申诉：

* 请致电*<plan phone number for representative requests>* (TTY: *<TTY number>*)联系我们的计划，了解如何指定他人成为您的代表。或者，您也可以访问 [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](http://Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me). [*Plans may replace with a plan-specific web address that explains how members can appoint a representative.*]
* 您和您的代表必须签署一份声明，表明内容符合您的需求。
* 请将已签署好的声明邮寄至或传真至：

*<plan address for representative requests>*

*<plan fax number for representative requests>*

* 保存一份副本。

## 获取帮助和更多信息

* **<Plan name> 会员服务：**致电*<toll-free plan Member Services phone number>* (TTY: *<toll-free TTY number>*), *<days and hours of operation>*。您也可以访问 *<plan website>.*
* [*If the state uses an Ombudsman or other enrollee support program, insert the following language, with state-specific information here:***独立申诉专员**：如果您在申诉时遇到问题，独立申诉专员可以解答。他们也可以帮助您了解后续步骤。他们是独立于我们的计划或任何保险公司或健康计划的第三方。其服务均为无偿提供。]

**18 至 59 岁的会员：**

**Wisconsin 残障人士权利**

免费电话： 800-928-8778

TTY: 711

[www.disabilityrightswi.org/learn/family-care-and-iris-ombudsman-program](http://www.disabilityrightswi.org/learn/family-care-and-iris-ombudsman-program/)

**60 岁及以上的会员：**

**Wisconsin Board on Aging and Long Term Care（Wisconsin 老龄人士及长期护理委员会）**

免费电话： 800-815-0015

TTY: 711

<https://longtermcare.wi.gov/Pages/Ombudsman.aspx>

* **Aging and Disability Resource Centers（老年人和残障人士资源中心，ADRC）** 请访问 [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer)查找离您最近的 ADRC。
* **Wisconsin State Health Insurance Assistance Program（Wisconsin 州健康保险援助计划，SHIP）**：请致电 800-242-1060 (TTY: 711)。Medigap 热线顾问可以帮助您解决 Medicare 问题，包括如何提出申诉。Medigap 热线是独立于任何保险公司或健康计划的第三方。其服务均为无偿提供。 <https://longtermcare.wi.gov/Pages/Medigap.aspx>
* **Medicare：** 请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，全天候提供服务（TTY 用户可以拨打 1-877-486-2048）。或者，您也可以访问 [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).
* **Medicare 权利中心：** 请致电 1-800-333-4114，或访问 [www.medicarerights.org](http://www.medicarerights.org/).
* **老年人护理定位器**：请致电 1-800-677-1116，或访问 [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov) 寻求社区帮助。
* 处方药物问题

**18 至 59 岁的会员：**请致电 800-926-4862 联系残障药物福利热线。

**60 岁及以上的会员：** 请致电 855-677-2783 联系 D 部分及处方药物热线。

* [*If applicable, insert other state or local aging/disability resources contact information*.]

您可以免费获取本文档的 [*Insert, as appropriate*: *<*non-English language(s)> or] 其他格式的版本，如大字印刷、盲文或音频。致电*<toll-free phone and TTY numbers, days and hours of operation>*。可免费拨打。

您有权请求以无障碍格式提供 Medicare 信息，如大字印刷、盲文或音频。如果您觉得自己受到了歧视，您也有权提出投诉。请访问 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，了解更多信息。TTY 用户可以拨打 1-877-486-2048。

*[Insert appropriate language taglines from* [*https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx*](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx)*]*