# Pismo odluke o osiguranju

# *VAŽNO: Za pomoć u vezi sa ovim obavještenjem, kontaktirajte <Plan Name> at <Plan customer service phone number> (TTY: <TTY number>) OR <Ombudsman or other program office> na <phone number> (TTY: <TTY number>)]*

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

[*Insert Member name*]

ID člana zdravstvenog plana:

Usluga/predmet ovoga pisma:

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

<Plan name> se u ovom pismu zove „naš plan” ili „mi”. Mi smo zdravstveni plan koji ima ugovor s programima Medicare i Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] za pružanje pokrića za oba programa. Naš plan koordinira vaše usluge u okviru plana Medicare i Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] i vaše ljekare, bolnice, apoteke i druge pružaoce zdravstvenih usluga.

### Naš plan <odbio *or* djelomično odbio *or* smanjio *or* obustavio *or* suspendirao *or* izmijenio> [*Insert if applicable*: plaćanje za] <medicinsku uslugu/predmet *or* lijek u okviru Dijela B *or* lijek u okviru Medicaid > naveden u nastavku:

[*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*: **Imajte na umu da vam se neće obračunati niti ćete morati platiti bilo kakav novac za ovu** *[insert as applicable:* **medicinsku uslugu/proizvod** *or* **lijek u okviru dijela B** *or* **lijek u okviru Medicaid***]****.****]*

Naš plan je donio ovu odluku jer [*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:* **Naš plan će** <**smanjiti** *or* **obustaviti** *or* **suspendirati**> **vašu** *<***medicinsku uslugu/predmet** *or* **lijek u okviru Dijela B** *or* **lijek u okviru Medicaid***>* na *<***effective date***>* Pogledajte odjeljak „Kako nastaviti dobijati vašu <medicinsku uslugu/predmet *or* lijek u okviru Medicare Dio B *or* lijek u okviru Medicaid> tokom vaše žalbe” dalje u ovom pismu za informacije o nastavku primanja vaše <medicinske usluge/predmeta *or* lijeka u okviru Medicare Dio B *or* lijeka u okviru Medicaid> tokom vaše žalbe.*]*

## Imate pravo žalbe na ovu odluku

Možete se žaliti na odluku našeg plana. Pokažite ovo pismo svom <ljekaru *or* pružaocu zdravstvenih usluga> i raspitajte se u vezi s narednim koracima. Ako podnesete žalbu i naš plan promijeni svoju odluku, možda ćemo vam platiti <medicinsku uslugu*/*predmet *or* Lijek u okviru Dijela B *or* lijek u okviru Medicaid>.

Također možete pozvati *<plan phone number for appeal requests*> (*TTY*: *<TTY number>*) i od nas zatražiti besplatnu kopiju informacija korištenih za donošenje odluka. To mogu biti zdravstveni kartoni, smjernice i drugi dokumenti. Pokažite ove informacije svom <ljekaru *or* pružaocu zdravstvenih usluga> kako biste dobili pomoć oko donošenja odluke o žalbi.

**Morate uložiti žalbu na naš plan do** [*Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text*]**.** Naš plan vam može dati više vremena ako imate opravdani razlog.

## Postoje dvije vrste žalbi

**Naš plan ima dvije vrste žalbi – standardne i brze žalbe.**

1. Ako zatražite **standardnu žalbu**, naš plan će vam poslati pisanu odluku u roku od [*for a Part B drug, insert:* **7 kalendarskih dana** *or for any other medical service/item, insert:* **30 kalendarskih dana** *or a shorter timeframe if required by the state*] **nakon što dobijemo vašu žalbu**.
2. Ako zatražite **brzu žalbu**, naš plan će donijeti odluku u roku od [*insert:* **72 sata** *or a shorter timeframe if required by the state*] **nakon što dobijemo vašu žalbu**. Brzu žalbu možete zatražiti ako vi ili vaš <ljekar *or* pružalac zdravstvenih usluga> smatrate da bi se vaše zdravlje moglo **ozbiljno ugroziti** ako budete čekali do [*for a Part B drug, insert:* **7 kalendarskih dana** *or for any other medical service/item, insert:* **30 kalendarskih dana** *or a shorter timeframe if required by the state*] na odluku.

Naš plan će **vam automatski** dati brzu žalbu ako vaš <**ljekar** *or* **pružalac zdravstvenih usluga**> **to zatraži za vas** ili ako vaš <**ljekar** *or***pružalac zdravstvenih usluga**> **podrži vaš zahtjev**. Ako zatražite brzu žalbu bez podrške svog <ljekara *or*pružaoca zdravstvenih usluga>, naš plan će odlučiti možete li dobiti brzu žalbu. Ako naš plan ne odobri brzu žalbu, odluku o žalbi donijet ćemo u roku od [*for a Part B drug, insert:* **7 kalendarskih dana** *or for any other medical service/item, insert:* **30 kalendarskih dana** *or a shorter timeframe if required by the state*].

[*Delete if the letter is for a denial of a Part B drug or if the state does not allow extensions:* Kada su u pitanju i standardne i brze žalbe, postupak donošenja odluke može trajati duže ako zatražite više vremena ili ako nam bude trebalo više informacija od vas. Naš plan će vam poslati pismo i obavijestiti vas ukoliko nam bude trebalo više vremena i zašto.]

## Kako uložiti žalbu

Žalbu možete uložiti vi, osoba koju ste pisanim putem imenovali kao svog predstavnika koji djeluje u vaše ime (npr. srodnik, prijatelj ili advokat) ili vaš <ljekar *or* pružalac zdravstvenih usluga>. S našim planom možete kontaktirati da uložite žalbu na jedan od sljedećih načina:

* **Telefon:** Pozovite *<plan phone number for appeal requests>* (TTY: *<TTY number>*)
* **Faks:** Pošaljite faks na *<plan fax number for appeal requests>*
* **Pošta:** Pošaljite poštu *<plan mailing address for appeal requests>*
* [*Insert if appropriate:* **Lična isporuka:** Isporučite je *<plan in-person delivery address>]*

Zadržite kopiju ako žalbu šaljete pisanim putem. U slučaju telefonskog poziva, poslat ćemo vam pismo kojim navodimo šta ste nam rekli putem telefona.

Kada podnosite žalbu, našem planu morate navesti sljedeće:

* ime i prezime
* adresu ili adresu na koju trebamo poslati podatke o žalbi. (Ako trenutno nemate adresu, i dalje možete uložiti žalbu.)
* članski broj u okviru našeg plana
* razlog (ili razloge) žalbe na odluku
* želite li standardnu ili brzu žalbu. (Ako želite brzu žalbu, navedite zašto.)
* Sve što želite da naš plan ispita što pokazuje zašto vam je potrebna <medicinska usluga/predmet *or* lijek u okviru Dijela B *or* lijek u okviru Medicaid>. Npr. možete nam poslati:
	+ Zdravstveni karton od svog <ljekara *or* pružaoca zdravstvenih usluga>,
	+ Pisma od svog <ljekara *or* pružaoca zdravstvenih usluga> (npr. izjava vašeg <ljekara *or* pružaoca zdravstvenih usluga> u kojoj se navodi zašto vam je potrebna brza žalba), ili
	+ Druga informacija koja objašnjava zašto vam je potrebna <medicinska usluga/predmet *or* lijek u okviru Dijela B *or* lijek u okviru Medicaid>

Da biste dobili više informacija o tome kako uložiti žalbu, pozovite službu za članove na broj *<toll-free plan Member Services phone number>* (TTY: *<toll-free TTY number>*). Također možete pronaći više informacija u [*insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses*], [*p*lans may insert chapter and/or section reference, as applicable] našeg plana. Ažurirana kopija dokumenta [*insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses*] uvijek je dostupna na našoj web lokaciji na *<web address>* ili pozivom našeg plana.

## *[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:* Kako da nastavite primati vašu <medicinsku uslugu*/*predmet *or* lijek u okviru Dijela B *or* lijek u okviru Medicaid> tokom vaše žalbe

Ako već primate <medicinsku uslugu/predmet *or* lijek u okviu Medicare Dio B *or* lijek u okviru Medicaid > s prve stranice ovog pisma, možete zatražiti da nastavite s primanjem navedenog tokom trajanja žalbe.

* **Morate uložiti žalbu i zatražiti od našeg plana da nastavite dobijati vašu** <**medicinsku uslugu*/*stavku** *or* **lijek u okviru Medicare Dio B** *or* **lijek u okviru Medicaid**> **do** [*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*].
* Informacije o tome kako možete kontaktirati s našim planom potražite u prethodnom odjeljku „Kako uložiti žalbu” iz ovog pisma.
* Ako zatražite od našeg plana da nastavi vašu <medicinsku uslugu*/*predmet *or* lijek u okviru Medicare Dio B *or* lijek u okviru Medicaid> do [*Insert continuation of benefits request filing date*], vaša <medicinska usluga*/*predmet *or* lijek u okviru Medicare Dio B *or* lijek u okviru Medicaid> ostat će isti tijekom vaše žalbe.
* Ako vaš <ljekar *or* pružalac zdravstvenih usluga> podnosi žalbu u vaše ime a želite nastaviti da primate vašu <medicinsku uslugu*/*predmet *or* lijek u okviru Medicare Dio B *or* lijek u okviru Medicaid>, onda vaš <ljekar *or* pružalac zdravstvenih usluga> mora navesti vaš pisani pristanak.

## Šta je sljedeće

Nakon što uložite žalbu, naš plan će vam poslati pismo odluke na žalbu u kojem će vam saopštiti jesmo li odobrili ili odbili vašu žalbu. Ako naš plan ponovo odbije [*Insert if applicable*: plaćanje za] <medicinske usluge/predmet *or* lijek u okviru Medicare Dio B *or* lijek u okviru Medicaid> s prve strane ovog Pisma odluke o osiguranju, u pismu odluke na žalbu navest će se sljedeći koraci, npr. informacije o žalbi na programu Medicare 2. nivoa ili kako zatražiti *<state name>* Pravično saslušanje od države [*Insert if appropriate:* ( koje se također naziva *<state-specific term for Fair Hearing>*)].

## Šta uraditi ako vam je potrebna pomoć kod žalbe

Žalbu može uložiti neko drugi i djelovati za vas. Tu osobu prvo morate pisanim putem imenovati kao svog „predstavnika” slijedeći dolje navedene korake. Vaš predstavnik može biti srodnik, prijatelj, advokat, ljekar, pružalac zdravstvenih usluga ili neka druga osoba od povjerenja.

Ako želite da žalbu uloži neko umjesto vas:

* Pozovite naš plan na *<plan phone number for representative requests>* (TTY: *<TTY number>*) kako biste saznali kako možete imenovati tu osobu kao svog predstavnika. Ili možete posjetiti [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.*]
* Vi i vaš predstavnik morate potpisati i datirati izjavu kojom se navodi da je to ono što želite.
* Pošaljite nam potpisanu izjavu poštom ili faksom na:

*<plan address for representative requests>*

*<plan fax number for representative requests>*

* Zadržite kopiju.

## Potražite pomoć i više informacija

* **<Plan name> Usluge za članove:** Pozovite *<toll-free plan Member Services phone number>* (TTY: *<toll-free TTY number>*), *<days and hours of operation>*. Možete posjetiti i *<plan website>.*
* [*If the state uses an Ombudsman or other enrollee support program, insert the following language, with state-specific information here:* **Nezavisni ombudsman**: Nezavisni ombudsman može odgovoriti na pitanja ako imate problem sa žalbom. Također vam mogu pomoći shvatiti što trebate učiniti sljedeće. Nisu povezani s našim planom niti s bilo kojom osiguravajućom kućom ili zdravstvenim planom. Njihove usluge su besplatne.]

**Za članove od 18 do 59 godina starosti:**

**Prava osoba sa invaliditetom u Wisconsin**

Besplatni telefon: 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/)

**Za članove od 60 i više godina starosti:**

**Wisconsin Board on Aging and Long Term Care (Odbor za dugoročnu njegu i njegu starijih)**

Besplatni telefon: 800-815-0015

TTY: 711

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

* **Aging and Disability Resource Centers (Resursni centri za starenje i invalidnost, ADRC):** Posjetite [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer) da pronađete najbliži ADRC.
* **Wisconsin State Health Insurance Assistance Program (Državni program pomoći zdravstvenog osiguranja, SHIP)**: Pozovite 800-242-1060 (tekstni telefon (TTY): 711). Savjetnici linije za pomoć Medigap mogu vam pomoći oko svih problema s programom Medicare, uključujući kako zatražiti žalbu. Linija za hitne slučajeve Medigap nije povezana s bilo kojom osiguravajućom kućom ili zdravstvenim planom. Njihove usluge su besplatne. <https://longtermcare.wi.gov/Pages/Medigap.aspx>
* **Medicare:** Pozovite 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 sata dnevno, 7 dana u sedmici (korisnici TTY mogu pozvati 1-877-486-2048). Ili posjetite [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).
* **Centar za prava na Medicare:** Pozovite 1-800-333-4114, ili posjetite [www.medicarerights.org](http://www.medicarerights.org/).
* **Servis za pronalaženje usluga njege za starije Eldercare Locator**: Pozovite 1‑800‑677-1116 ili posjetite [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov) da biste potražili pomoć u svojoj zajednici.
* Pitanja o lijekovima na recept

**Za članove od 18 do 59 godina starosti:** Pozovite liniju za pomoć s beneficijama za lijekove osoba s invaliditetom na 800-926-4862.

**Za članove od 60 i više godina starosti:** Pozovite Liniju za pomoć za Dio D i lijekove na recept na 855-677-2783.

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

Ovaj dokument možete besplatno dobiti na [*Insert, as appropriate*: *<*non-English language(s)> or] drugim formatima kao što su velika slova, Brajevo pismo ili u audio formatu. Pozovite *<toll‑free phone and TTY numbers, days and hours of operation>*. Ovaj poziv je besplatan.

Imate pravo dobiti informacije o Medicare u pristupačnom formatu, kao što su velika slova, Brajevo pismo ili u audio formatu. Također imate pravo podnijeti pritužbu ako smatrate da ste diskriminirani. Posjetite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), ili pozovite 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) za više informacija. TTY korisnici mogu nazvati 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)*]*