|  |
| --- |
| [Insert MCO logo here] |

|  |  |
| --- | --- |
| **FAMILY CARE إخطار تحديد المساعدات السلبية**  **NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION** | |
| Insert Date Notice Mailedتاريخ إرسال البريد الإلكتروني: | |
| Member ID: Member's ID or MCI Number | Member Name |
| Member/Legal Decision Maker's Street Address | |
| City, State Zip Code | |
| السيد/السيدة اسم العضو، | |

|  |
| --- |
| **<<Use the three sentences below for all adverse benefit determinations except denials of provider claims. Then delete the provider claim denial specific language and these instructions.>>**  هذا الإخطار تأكيد لمناقشتنا بتاريخ insert date.  الخدمة أو الدعم موضوع النقاش هي/هو: insert service in question  بعد مراجعة خيارات استخدامك لعملية Resource Allocation Decision (RAD) (قرار تخصيص الموارد)، قررنا ما يلي:  **<<For denials of provider claims, delete the three sentences above and use the following six sentences in their place. Then delete these instructions.>>**  طالبنا Insert provider name بالسداد مقابل الخدمة أو الدعم الذي حصلت عليه منا. ويُطلق على ذلك "مطالبة". وقد قررت Department of Health Services (إدارة الخدمات الصحية) بويسكونسن أنه لا يمكن تعويض  Insert provider name عن هذه المطالبة.  تجدر الإشارة إلى أن رفضنا هذه المطالبة **ليس** لخطأ منك. فأنت غير مسؤول عن سداد أي مبالغ لنا، أو لـ <<insert provider name>>، أو لأي شخص آخر.  وفيما يلي تفاصيل هذا الرفض: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **إنهاء الخدمة الحالية.** | | | | | | | | | | |
| تاريخ سريان الإجراء المقصود: | | | |  | | | | | |  |
| **تخفيض الخدمة الحالية.** | | | | | | | | | | |
| تاريخ سريان الإجراء المقصود: | | | |  | | | | | |  |
| وصف المستوى الحالي: | | |  | | | | | | | |
| المستوى الجديد بعد التخفيض: | | |  | | | | | | | |
| **تعليق الخدمة الحالية.** | | | | | | | | | | |
| تاريخ سريان الإجراء المقصود: | | | | |  | | | | |  |
| التاريخ المتوقع لاستئناف الخدمة: | | | | |  | | | | |  |
| **رفض طلب الحصول على الخدمة أو الدعم.** | | | | | | | | | | |
| تاريخ الطلب: |  | | | | | | |  | | |
| **محدودية الطلب للخدمات أوالدعم.** | | | | | | | | | | |
| تاريخ الطلب: |  | | | | | | |  | | |
| وصف المستوى المطلوب: | | | | | | |  | | | |
| المستوى المعتمد للخدمة أو الدعم: | | | | | | | |  | | |
| **رفض السداد مقابل الخدمة أو الدعم (طلب العضو).** | | | | | | | | | | |
| تاريخ الطلب: |  | | | | | | |  | | |
| تاريخ (تواريخ) توفير الخدمة: | | | | | |  | | | | |
| موفر الخدمة أو المورد: | |  | | | | | | | | |
| مبلغ السداد المرفوض: | | | | | | | $ | |  | |
| **رفض السداد مقابل الخدمة أو الدعم (مطالبة موفر الخدمة).** | | | | | | | | | | |
| الخدمة أو الدعم: | | | | | | |  | |  | |
| تاريخ (تواريخ) الرفض (حالات الرفض): | | | | | | |  | |  | |
| تاريخ (تواريخ) المطالبة (المطالبات): | | | | | | |  | |  | |
| موفر الخدمة/المورد: | | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | |
| **سبب القرار:**  الخدمة أو الدعم ليست أو ليس طريقة فعالة لدعم نتيجتك (نتائجك).  لست في حاجة إلى هذه الخدمة أو مستوى الخدمة أو الدعم هذا لدعم نتيجتك.  نحن ندعم نتيجتك بالفعل بطريقة أخرى.  لم يتم اعتماد الخدمة أو الدعم اللذان حصلت عليهما.  تم التعرف على داعم غير رسمي وقد وافق على تقديم هذه الخدمة أو الدعم لك.  يتم تقديم الخدمة أو الدعم من خلال أحد أفراد أسرتك، ويستفيد من الخدمة أو الدعم الأفراد الآخرين المقيمين معك.  أخرى: | | | | | | | | | | |
| شرح القرار: This explanation is for the member. MCO should include rationale used to make the decision and/or recommended alternative(s) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| إذا كنت ترفض هذا القرار، فإن الصفحات التالية تتضمن الخيارات المتوفرة لديك. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| وتفضلوا بقبول وافر التقدير والاحترام،  care manager name  care manger title  phone number  RN care manger name  RN Care Manager title  phone number | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **حقوق الاستئناف** |
| 1. **كيفية استئناف هذا القرار** |

|  |
| --- |
| **<<Include the paragraph directly below for denials of provider claims and delete these instructions.  If the adverse benefit determination is unrelated to a denial of a provider’s claim, delete the paragraph below and these instructions>>**  يحق لك استئناف رفض مطالبة Provider name، ولكنك **غير** مطالب بالقيام بذلك. وسواء قمت بالاستئناف أم لا، فأنت لست مسؤولاً عن سداد أي مبالغ تتعلق بهذه المطالبة لنا، أو لـ Provider name، أو لأي شخص آخر. |

|  |
| --- |
| إذا كنت لا توافق على هذا القرار، الإشعار، الاتصال، الفاكس أو البريد الإلكتروني:  MCO name  MCO address  appropriate contact phone number  appropriate fax number  appropriate email address    يمكنك الحصول على نموذج طلب الاستئناف عبر الإنترنت على [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm)، أو عبر الاتصال بإحدى وكالات التظلم المستقلة المدرجة في نهاية هذا الإخطار.  **قم بإرفاق نسخة من هذا الإخطار مع نموذج الطلب المكتمل أو الخطاب.** |
| 1. **لجنة التظلمات والاستئناف**   بعد أن يتلقى MCO name طلبك، سنقوم بتنظيم اجتماعًا مع لجنة التظلمات والاستئناف. تتكون اللجنة من ممثلي MCO name وشخص واحد على الأقل يتلقى أيضًا خدمات منا (أو يمثل شخصًا يفعل ذلك).  لديك الحق في الحضور شخصيًا إذا أردت. يمكنك إحضار مناصر، أو صديق أو أحد أفراد الأسرة أو شاهد لمساعدتك. يمكنك أيضًا تقديم أدلة وشهادات لهذه اللجنة.  سوف تتلقى قرارًا كتابيًا بشأن استئنافك. إذا كنت لا توافق على قرار لجنة التظلم والاستئناف، فيمكنك طلب جلسة استماع رسمية عادلة. انظر قسم "جلسة الاستماع الرسمية العادلة" أدناه لمزيدٍ من المعلومات. |

|  |
| --- |
| **<<Delete the “3. Continuation of services” section in its entirety for situations involving a request for a new service, a member request for payment of a service/support, or a denial of a provider’s claim. Keep the section for reductions, suspensions, or terminations of a current service. After deciding whether to include or exclude the section, delete these instructions.>>**   1. **استمرار الخدمات**   إذا كنت تحصل على مزايا وقمت بطلب استئناف قبل تغيير المزايا الخاصة بك، فيمكنك الاستمرار في الحصول على نفس المزايا حتى تتخذ لجنة التظلمات والاستئناف قرارًا بشأن الاستئناف الخاص بك.  إذا كنت تريد الاحتفاظ بالمزايا الخاصة بك أثناء تقديم الاستئناف، **فيجب إرسال طلبك عبر البريد، الفاكس أو البريد الإلكتروني بحلول أو قبل insert effective date of intended action**.  إذا قررت لجنة التظلمات والاستئناف أن قرار MCO name ، كان صحيحًا، فقد تحتاج إلى سداد تكلفة المزايا الإضافية التي تلقيتها خلال الفترة بين تقديم طلب الاستئناف وقرار لجنة التظلمات والاستئناف. ومع ذلك، إذا سبب لك ذلك عبئًا ماليًا كبيرًا، فقد لا يُطلب منك سداد هذه التكلفة. |

|  |
| --- |
| 1. **الموعد النهائي لتقديم الاستئناف مع** MCO name   يجب عليك تقديم طلب الاستئناف في أقرب وقت ممكن.  يجب أن يكون طلب الاستئناف الخاص بك لـ MCO name مرسلًا عبر البريد، الفاكس، أو البريد الإلكتروني في موعد لا يتجاوز 60 يومًا من تاريخ الإرسال المُوضح في الصفحة الأولى من هذا الإخطار. **هام**: إذا كنت ترغب في استمرار المزايا الخاصة بك أثناء الاستئناف، فيجب أن ترسل طلب الاستئناف عبر البريد، الفاكس، أو البريدالإلكتروني ادخل تاريخ دخول. **insert effective date of intended action.** |
| 1. **تعجيل طلب الاستئناف الخاص بك مع** MCO name   يمكنك أن تطلب من MCO name تعجيل طلب الاستئناف الخاص بك. إذا قرر MCO name أن المدة القياسية لمعالجة الاستئناف قد تضر بصحتك أو قدرتك على أداء أنشطتك اليومية بشكل خطير، فسنمنحك استئناف أسرع يسمى "استئناف عاجل". هذا يعني أنك ستتلقى قرارًا بشأن قضيتك في غضون 72 ساعة من طلبك. إذا كنت تريد معرفة المزيد عن الاستئناف العاجل، تواصل مع MCO name على MCO phone number. |
| 1. **جلسة الاستماع العادلة الرسمية**   لديك الحق في طلب جلسة استماع عادلة رسمية إذا كنت لا توافق على قرار لجنة التظلمات والاستئناف بشأن الاستئناف الخاص بك.  إذا كنت تطالب بجلسة استماع عادلة رسمية، فستحصل على جلسة استماع لدى قاضي إداري مستقل. يمكنك إحضار مناصر، أو صديق أو أحد أفراد الأسرة أو شاهد لمساعدتك. يمكنك أيضًا تقديم أدلة وشهادات في جلسة الاستماع.  يمكن لمتخصص في حقوق الأعضاء MCO name مساعدتك في تقديم طلب جلسة استماع عادلة. للتواصل متخصص في حقوق الأعضاء، اتصل بـ Member Rights Specialist phone number. يمكنك أيضًا الحصول على نموذج طلب جلسة الاستماع من إحدى وكالات التظلم المستقلة والمُدرجة في نهاية هذا الإخطار أو عبر الإنترنت على [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm).  أرسل نموذج الطلب الكامل أو الخطاب المطالب بجلسة استماع ونسخة من هذا الإخطار إلى:  Family Care Request for Fair Hearing  Wisconsin Division of Hearings and Appeals  PO Box 7875  Madison, WI 53707-7875  الفاكس:608-264-9885  **ملحوظة هامة:** لا يمكنك طلب جلسة استماع عادلة رسمية قبل صدور قرار لجنة التظلمات بشأن الاستئناف الخاص بك أو أن يفشل MCO name في إرسال قرارًا كتابيًا إليك في غضون 30 يومًا من تلقي الاستئناف الخاص بك.  لديك 90 يومًا من تاريخ تلقيك للقرار الكتابي الخاص بلجنة التظلم والاستئناف بشأن طلب الاستئناف الخاص بك من أجل طلب جلسة استماع عادلة رسمية. إذا فشل MCO name في إرسال قرارًا كتابيًا إليك في غضون 30 يومًا من استلام الاستئناف الخاص بك، فإن مدة 90 يومًا تبدأ في اليوم التالي لانتهاء فترة الثلاثين يومًا. |
| 1. **من يمكنه مساعدتك في فهم هذا الإخطار والحقوق التي تتمتع بها؟**    1. يمكن للمتخصص في حقوق الأعضاء MCO name إطلاعك على حقوقك، ومحاولة حل تساؤلاتك بشكل غير رسمي، بالإضافة إلى مساعدتك في تقديم الاستئناف. **لا يستطيع** المتخصص في حقوق الأعضاء تمثيلك في اجتماع مع لجنة التظلمات والاستئناف الخاصة بنا أو في جلسة الاستماع العادلة الرسمية. للتواصل متخصص في حقوق الأعضاء، اتصل بـ Member Rights Specialist phone number.    2. يمكن لأي شخص يتلقى خدمات Family Care الحصول على مساعدة مجانية من **وكالة تظلم مستقلة**. تدافع الهيئات التالية عن أعضاء Family Care: |
| **بالنسبة للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و59 سنة:**  Disability Rights Wisconsin  الرقم المجاني: 800-928-8778  رقم المبرقة الكاتبة: 711 |
| **بالنسبة للأعضاء البالغين من العمر 60 سنة فما فوق:**  Wisconsin Board on Aging and Long-Term Care  الرقم المجاني: 800-815-0015  رقم المبرقة الكاتبة: 711 |
| **نسخة من ملف قضيتك**  يحق لك الحصول على نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بهذا القرار في ملف قضيتك. المعلومات تعني جميع الوثائق، السجلات الطبية، والمواد الأخرى المتعلقة بهذا القرار. إذا قررت استئناف هذا القرار، فلديك الحق في الحصول على أي معلومات جديدة أو إضافية قام MCO name بجمعها خلال فترة الاستئناف. لطلب نسخة من ملف قضيتك، تواصل مع appropriate contact على phone number. |