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

|  |  |
| --- | --- |
| **FAMILY CARE 不利福利认定通知书**  **NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION** | |
| Date Notice Mailed | |
| Member Name | Member ID: Member's ID or MCI Number |
| Member/Legal Decision Maker's Street Address | |
| Zip Code | |
| 亲爱的 Member Name， | |

|  |
| --- |
| **<<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.>>**  此通知书确认了我们关于 insert date 的讨论。  所涉及的服务和支持是： insert service in question  在使用 Resource Allocation Decision (RAD)（资源分配决策）流程审核选项后，我们作出以下决策：  **<<For denials of provider claims, delete the three sentences above and use the following six sentences in their place. Then delete these instructions.>>**  Insert provider name 要求我们针对您从他们处获得的服务或支持支付费用。这称为“索赔”。威斯康星州 Department of Health Services（健康服务部）决定，Insert provider name 无法针对此索赔支付费用。  索赔遭拒，并非您的错。您**无需**向我们、<<insert provider name>> 或任何其他人支付任何金额。  拒绝相关详情如下： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **终止当前服务。** | | | | | | | | |
| 拟采取诉讼的生效日期： | | | |  |  | | | |
| **减少当前服务。** | | | | | | | | |
| 拟采取诉讼的生效日期： | | | |  |  | | | |
| 当前级别说明： | |  | | | | | | |
| 减少后的新级别： | |  | | | | | | |
| **暂停当前服务。** | | | | | | | | |
| 拟采取诉讼的生效日期： | | |  | | |  | | |
| 预计恢复服务日期： | | |  | | |  | | |
| **拒绝服务或支持请求。** | | | | | | | | |
| 请求日期： |  | | | | | |  | |
| **限制对服务或支持的申请。** | | | | | | | | |
| 请求日期： |  | | | | | |  | |
| 已请求的级别说明： | |  | | | | | | |
| 经授权的服务或支持级别： | | |  | | | | | |
| **拒绝支付服务或支持的费用（会员请求）。** | | | | | | | | |
| 请求日期： |  | | | | | |  | |
| 提供服务的日期： | |  | | | | | | |
| 供应商： |  | | | | | | | |
| 拒绝支付金额： | | $ | | | | | |  |
| **拒绝支付服务或支持的费用（提供商索赔）。** | | | | | | | | |
| 服务或支持： | |  | | | | | |  |
| 拒绝的日期： | |  | | | | | |  |
| 索赔的日期： | |  | | | | | |  |
| 提供商/供应商： | |  | | | | | |  |
| **我们作出此决策的原因是：**  此服务或支持不是支持您结果的有效方式。  您不需要此项服务或者服务级别。  我们已经以另一种方式支持您的结果。  你接受的服务或支持未经授权。  已确定非正式支持，且已同意为您提供此项服务或支持。  该项服务或支持正由您的一位家人提供，且该项服务或支持将使与您同住的其他人受益。  其他： | | | | | | | | |
| 有关决策的说明：This explanation is for the member. MCO should include rationale used to make the decision and/or recommneded alternative(s) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 如果您不同意此决策，请在以下页面中描述您的选项。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 谨上  care manager name  Care Manger title  phone number  RN care manger name  RN Care Manager title  phone number | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **上诉权**   1. **如何对此决定提起上诉** | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **<<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>>**  您有权针对 Provider name 的索赔遭拒提出上诉，但您**无需**如此。无论您上诉与否，您都无需针对此次索赔向我们、 Provider name 或任何其他人支付任何金额。 |

|  |
| --- |
| 如果您对此决定有异议，可写信、致电、发送传真或发送电子邮件：  MCO name  MCO address  appropriate contact phone number  appropriate fax number  appropriate email address  您可以访问以下网站，获取上诉申请表：[www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm)，或者您也可以致电本通知文末所列的其中一家独立申诉机构。  **请在填妥的申请表或申请函中纳入本通知副本。** |
| 1. **申诉和上诉委员会**   我们将在 **MCO name** 收到您的申请后，与申诉和上诉委员会召开会议。委员会由多名 **MCO name** 代表以及至少一名同样接受我方服务的人士（或该名人士的代表）组成。  您有权亲自出席（可自行选择）。您可以随带一名辩护人、朋友、家人或证人。您还可以向委员会出示证据并提供证词。  您将收到一份对您的上诉的书面决定。如果您对申诉和上诉委员会的决定有异议，可申请举行州级公平听证会。查看以下 “州级公平听证会”部分，了解更多信息。 |

|  |
| --- |
| **<<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. **继续享受服务**   如果您正在享受福利，且在福利变更前提出上诉申请，则可以继续享受相同福利，直至申诉和上诉委员会就您的上诉作出决定。  如果您希望在上诉期间继续享受福利，则在 **insert effective date of intended action** **或之前，**必须将您的申请盖上邮戳，并以传真或电子邮件形式发出。  如果申诉和上诉委员会裁定 **MCO name** 的决定正确，则您可能需要偿还在提出上诉申请至申诉和上诉委员会作出决定期间获得的额外福利。但如果这样做会给您带来较重的财务负担，则可能不会要求您偿还该笔费用。 |

|  |
| --- |
| 1. **向** MCO name **提出上诉的截止日期**   您应该尽快提起上诉。  在本通知第一页所列邮寄日期后 60 个日历日内，必须将您向 MCO name 提出的上诉盖上邮戳，并以传真或电子邮件形式发出。**重要提示:** 如果您希望在上诉期间继续享受福利，则在插入计划行动的生效日期或之前，必须将您的上诉申请盖上邮戳，并以传真或电子邮件形 MCO name**。** |
| 1. **加快处理您向** MCO name **提出的上诉**   您可以要求 **MCO name** 加快处理您的上诉。如果 **MCO name** 认为采用标准时长可能会严重损害您的健康或开展日常活动的能力，我们将同意对您应用更快速的上诉程序，即“快速上诉”。这意味着您将在申请后 72 小时内，收到对您的案件的决定。如果您想了解有关快速上诉的更多内容，请拨打MCO phone number，联系 **MCO name**。 |
| 1. **州级公平听证会**   如果您对申诉和上诉委员会就您的上诉作出的决定有异议，您有权要求举行州级公平听证会。  如果您要求举行州级公平听证会，将有一名独立的行政法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 参加您的听证会。您可以随带一名辩护人、朋友、家人或证人。您还可以在听证会上出示证据并提供证词。  **MCO name** 的会员权益专家可协助您提交公平听证申请。如需联系会员权利专家，请拨打Member Rights Specialist phone number。您也可以从本通知文末所列的其中一家独立申诉机构或通过以下网站获取听证会表格：[www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm)。  请将填妥的申请表或听证会申请函及本通知的副本寄至：  Family Care Request for Fair Hearing  Wisconsin Division of Hearings and Appeals  PO Box 7875  Madison, WI 53707-7875  传真：608-264-9885  **重要提示：**除非您收到申诉和上诉委员会就您的上诉作出的决定，或者 **MCO name** 未在收到您的上诉申请后 30 个日历日内向您发送书面决定，否则您无法申请举行州级公平听证会。  在收到申诉和上诉委员会就您的上诉作出的书面决定之日起计 90 个日历日内，您可申请举行州级公平听证会。如果 **MCO name** 未在收到您的上诉申请后 30 个日历日内向您发送书面决定，则上述 90 天期间将在此 30 个日历日结束之日起计算。 |
| 1. **谁能帮您了解本通知和您的权利？**    1. **MCO name** 的会员权利专家可向您说明您的权利，尝试以非正式的方式为您解决问题，并协助您提出上诉。会员权利专家**不能**代表您参加我们的申诉和上诉委员会会议或州级公平听证会。如需联系会员权利专家，请拨打Member Rights Specialist phone number。    2. 任何接受 Family Care 服务的人均可获得**独立申诉专员**的免费帮助。以下机构可为 Family Care 会员代辩： |
| **18 至 59 岁的会员：**  Disability Rights Wisconsin  免费电话：800-928-8778  电传打字机：711 |
| **60 岁及以上的会员：**  Wisconsin Board on Aging and Long Term Care  免费电话：800-815-0015  电传打字机：711 |
| **您的案件文件的副本**  您有权免费索取一份您的案件文件中与此项决定相关的信息副本。信息是指与此决定相关的所有文件、医疗记录和其他资料。如果您决定对此决定提出上诉，您有权在上诉期间获取由 **MCO name** 收集的新的或附加信息。如需获取您的案件文件副本，请拨打 phone number，联系 appropriate contact。 |