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

|  |
| --- |
| **FAMILY CARE****AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS****NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION** |
| Fecha de envío: Insert Date Notice Mailed |
| Member Name | Member ID: Member's ID or MCI Number |
| Member/Legal Decision Maker's Street Address |
| City, State Zip Code |
| Estimado/a 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.>>**Este aviso corrobora la conversación que tuvimos el insert date.El servicio o ayuda en cuestión es: insert service in question Después de revisar las opciones con usted usando el proceso de Resource Allocation Decision (RAD) (Decisión de asignación de recursos), hemos decidido:**<<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 nos solicitó el pago del servicio o apoyo prestado. Esto se conoce como “reclamación”. El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin resolvió que Insert provider name no puede recibir el pago de su reclamación.No es su culpa que la reclamación haya sido denegada. Usted **no** es responsable de pagar ningún monto a nosotros, a <<insert provider name>>, ni a nadie.Los detalles de esta denegación son los siguientes: |

|  |
| --- |
| [ ]  **Finalizar el servicio actual.** |
| Fecha efectiva de la acción prevista: |       |  |
| [ ]  **Reducir el servicio actual.** |
| Fecha efectiva de la acción prevista: |       |  |
| Descripción del nivel actual: |       |
| Nuevo nivel tras la reducción: |       |
| [ ]  **Suspender el servicio actual.** |
| Fecha efectiva de la acción prevista: |       |  |
| Fecha esperada de reanudación del servicio: |       |  |
| [ ]  **Denegar solicitud de servicio o ayuda.** |
| Fecha de solicitud: |       |  |
| [ ]  **Límitar la solicitud de servicios o ayuda.** |
| Fecha de solicitud: |       |  |
| Descripción del nivel solicitado: |       |
| Nivel autorizado de servicio o ayuda: |       |
| [ ]  **Denegar pago por servicio o ayuda (solicitud del miembro).** |
| Fecha de solicitud: |       |  |
| Fecha(s) de prestación de servicio: |       |
| Proveedor o suministrador: |       |
| Importe del pago denegado: | $      |  |
| **[ ]  Denegar pago de servicio o apoyo (reclamación del proveedor).** |
| Servicio o apoyo:  |       |
| Fecha(s) de la(s) denegación(es):  |       |
| Fecha(s) de la(s) reclamación(es):  |       |
| Proveedor/Prestador:  |       |
| **El motivo de nuestra decisión es que**: [ ]  El servicio o ayuda no es una manera efectiva para ayudarle con su(s) resultado(s).[ ]  Usted no necesita este servicio o nivel de servicio o ayuda para apoyarle con su resultado.[ ]  Ya estamos ayudándole con su resultado de otra manera.[ ]  El servicio o ayuda que recibía no fue autorizado.[ ]  Se identificó un recurso de ayuda informal y se acordó la entrega de este servicio o ayuda. [ ]  El servicio o ayuda lo está realizando un miembro de su grupo familiar y dicho servicio o ayuda beneficia a otras personas que residen en el grupo familiar con usted.[ ]  Otro motivo:       |
| Explicación de la decisión: This detailed explanation is for the member. The rationale used to make the decision should always be included along with any recommended alternative(s). |
|  |
| Si no está de acuerdo con esta decisión, le presentamos varias posibilidades en las páginas siguientes. |
|  |
| Atentamente:care manager namecare manager titlephone number RN care manager nameRN Care Manager titlephone number |
| **Derechos de apelación** |
| 1. **Cómo apelar esta decisión**
 |

|  |
| --- |
| **<<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>>**Tiene derecho a apelar la denegación de la reclamación de Provider name pero **no** tiene la obligación de hacerlo. Independientemente de si apela o no, usted no es responsable de pagar ningún monto por esta reclamación a nosotros, a Provider name, ni a nadie. |

|  |
| --- |
| Si no está de acuerdo con esta decisión, escriba, llame o envíe un fax o correo electrónico:MCO nameMCO addressappropriate contact phone numberappropriate fax numberappropriate email addressPuede obtener el formulario de Solicitud de Apelación en [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm), o puede llamar a una de las agencias independientes de ombudsman que se indican al final de este aviso.**Incluya una copia de este aviso junto a su carta o formulario de solicitud completado.** |
| 1. **Comité de quejas y apelaciones (Grievance and Appeal Committee)**

Una vez que MCO name reciba su solicitud, programaremos una reunión con nuestro Comité de quejas y apelaciones. El comité está compuesto por representantes de MCO name y al menos una persona que está recibiendo nuestros servicios (o que representa a alguien que está recibiendo nuestros servicios). Tiene derecho a comparecer en persona si lo desea. Puede traer un defensor, un amigo, un familiar, o testigos. También puede presentar pruebas y testimonios al comité.Recibirá una decisión por escrito sobre su apelación. Si no está de acuerdo con la decisión del Comité de quejas y apelaciones, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. Para obtener más información, consulte la sección “Audiencia imparcial estatal” que se encuentra más abajo. |

|  |
| --- |
| **<<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. **Continuación de los servicios**

Si está recibiendo beneficios y solicita una apelación, antes de que sus beneficios cambien, puede seguir recibiendo los mismos beneficios hasta que el Comité de quejas y apelaciones tome una decisión respecto a su apelación. Si desea seguir recibiendo beneficios durante el periodo de apelación, **debe enviar su solicitud marcada con el matasellos del correo postal, por fax o correo electrónico en un plazo no mayor al insert effective date of intended action, o antes**. Si el Comité de quejas y apelaciones decide que la decisión de MCO name fue correcta, es posible que deba reembolsar los beneficios que recibió desde la fecha en que presentó su solicitud de apelación y la fecha en que el Comité de quejas y apelaciones tomó una decisión. No obstante, si esto supone una gran carga financiera, es posible que no tenga que reembolsar estos gastos. |

|  |
| --- |
| 1. **Fecha límite para presentar su apelación con MCO name**

Debe presentar su apelación lo antes posible.Debe enviar su apelación a MCO name marcada con el matasellos del correo postal, por fax o correo electrónico dentro del plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de envío que figura en la primera página de este aviso. **Importante**: Si desea seguir recibiendo beneficios durante el periodo de apelación, debe enviar su apelación marcada con el matasellos del correo postal, por fax o correo electrónico el **insert effective date of intended action.** |
| 1. **Cómo agilizar su apelación con MCO name**

Puede solicitar a MCO name que agilice su apelación. Si MCO name decide que el lapso de tiempo estándar para resolver su apelación podría dañar seriamente su salud o capacidad para realizar sus actividades cotidianas, le concederemos una “apelación expedita”. Esto significa que recibirá una decisión sobre su caso dentro de 72 horas a partir de la presentación de su solicitud. Si desea obtener más información sobre una apelación expedita, comuníquese con MCO name al MCO phone number. |
| 1. **Audiencia imparcial estatal**

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal si no está de acuerdo con la decisión del Comité de quejas y apelaciones sobre su apelación. Si solicita una audiencia imparcial estatal, se le otorgará una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) independiente. Puede traer un defensor, un amigo, un familiar, o testigos. También puede presentar pruebas y testimonios durante la audiencia. El especialista en derechos del miembro de MCO name puede ayudarle a presentar una solicitud de audiencia imparcial. Para contactar a un especialista en derechos del miembro, llame al Member Rights Specialist phone number. También puede obtener el formulario de audiencia a través de una de las agencias independientes de ombudsman que se indican al final de este aviso o en línea en: [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm)Envíe el formulario de solicitud completo o una carta solicitando una audiencia y una copia de este aviso a: Family Care Request for Fair HearingWisconsin Division of Hearings and AppealsPO Box 7875Madison, WI 53707-7875Fax: 608-264-9885**Nota importante:** No puede solicitar una audiencia imparcial estatal hasta que haya recibido la decisión del Comité de quejas y apelaciones sobre su apelación o bien, si MCO name no le envía una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. A partir de la fecha en que recibió por escrito la decisión del Comité de Quejas y Apelaciones respecto de su apelación, tiene 90 días calendario para solicitar una audiencia imparcial estatal. Si MCO name no le envía una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación, el plazo de 90 días para solicitar una audiencia imparcial comenzará automáticamente el día posterior a la fecha en que se cumplan 30 días desde la recepción de su apelación.  |
| 1. **¿Quién puede ayudarle a comprender este aviso y sus derechos?**
	1. El especialista en derechos de miembros de MCO name puede informarle sobre sus derechos, tratar de resolver sus dudas de manera informal y ayudarle a presentar una apelación. El especialista en derechos del miembro **no** puede actuar como su representante en una reunión con el Comité de quejas y apelaciones o en una audiencia imparcial estatal. Para contactar a un especialista en derechos del miembro, llame al Member Rights Specialist phone number.
	2. Las personas que reciban servicios de Family Care pueden obtener ayuda gratuita a través de una **agencia independiente de ombudsman**. Las agencias indicadas a continuación defienden a miembros de Family Care:
 |
| **Para miembros de 18 a 59 años de edad:**Disability Rights Wisconsin Número gratuito: 800-928-8778TTY: 711 |
| **Para miembros de 60 años de edad y más:**Wisconsin Board on Aging and Long Term Care Número gratuito: 800-815-0015TTY: 711 |
| **Copia del expediente de su caso** Tiene derecho a obtener una copia gratuita de la información del expediente de su caso relacionada con esta decisión. Esta información se refiere a todos los documentos, registros médicos y otros materiales relacionados con esta decisión. Si decide apelar esta decisión, tiene derecho a acceder a cualquier información nueva o adicional que MCO name haya recopilado durante su apelación. Para solicitar una copia del expediente de su caso, comuníquese con appropriate contact al phone number. |