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

|  |
| --- |
| **FAMILY CARE****OBAVJEŠTENJE O NEGATIVNOJ ODLUCI O BENEFICIJAMA****NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION** |
| 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 |
| Poštovani/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.>>**Ovim obavještenjem se potvrđuje naš razgovor dana insert date.Predmet rasprave je sljedeća usluga ili podrška: insert service in questionNakon što smo sa vama razmotrili opcije primjenom postupka usvajanja Resource Allocation Decision (Odluke o dodjeli sredstava) (RAD), odlučili smo:**<<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 traži od nas da platimo za uslugu ili podršku koju ste vi dobili od njih. To se zove "zahtjev". Department of Health Services (Ministarstvo zdravstva) države Wisconsin je odlučilo da Insert provider name ne može biti plaćen za svoj zahtjev.Nije vaša greška što je zahtjev odbijen. **Niste** odgovorni za plaćanje bilo kojeg iznosa nama, <<insert provider name>>, ili bilo kome drugom.Detalji o ovom odbijanju su sljedeći: |

|  |
| --- |
| [ ]  **Ukinuti trenutnu uslugu.** |
| Datum stupanja na snagu predviđene radnje: |       |  |
| [ ]  **Smanjiti trenutnu uslugu.** |
| Datum stupanja na snagu predviđene radnje: |       |  |
| Opis trenutnog nivoa: |       |
| Novi nivo nakon smanjenja: |       |
| [ ]  **Obustaviti trenutnu uslugu.** |
| Datum stupanja na snagu predviđene radnje: |       |  |
| Očekivani datum ponovnog započinjanja usluge: |       |  |
| [ ]  **Odbiti zahtjev za pružanje usluge ili podrške.** |
| Datum zahtjeva: |       |  |
| [ ]  **Ograničiti zahtjev za usluge ili podršku.** |
| Datum zahtjeva: |       |  |
| Opis traženog nivoa: |       |
| Odobreni nivo usluge ili podrške: |       |
| [ ]  **Odbiti plaćanje usluge ili podrške (zahtjev člana).** |
| Datum zahtjeva: |       |  |
| Datum(i) pruženih usluga: |       |
| Pružatelj ili isporučitelj: |       |
| Iznos plaćanja koji se odbija: | $      |  |
| [ ]  **Odbiti plaćanje usluge ili podrške (zahtjev pružatelja usluga).** |
| Usluga ili podrška: |       |  |
| Datum(i) odbijanja: |       |  |
| Datum(i) zahtjeva: |       |  |
| Pružatelj usluga/Dobavljač: |       |  |
| **Razlog za našu odluku je sljedeći:** [ ]  Usluga ili podrška nisu efikasan način podrške vaših ishoda.[ ]  Nije vam potrebna ova usluga ili nivo usluge ili podrške za podršku vaših ishoda.[ ]  Mi već na drugi način dajemo podršku vašim ishodima.[ ]  Usluga ili podrška koju ste primili nisu odobreni.[ ]  Određena je neformalna podrška koja je saglasna da vam pruži ovu uslugu ili podršku. [ ]  Uslugu ili podršku obavlja član vašeg domaćinstva i od te usluge ili podrške imaju koristi druge osobe koje žive sa vama u domaćinstvu.[ ]  Drugo:       |
| Obrazloženje odluke: This detailed explanation is for the member. The rationale used to make the decision should always be included along with any recommended alternative(s). |
|  |
| Ako se ne slažete s ovom odlukom, na sljedećim stranicama su opisane mogućnosti koje imate. |
|  |
| S poštovanjem,care manager namecare manager titlephone number RN care manager nameRN Care Manager titlephone number |
|  |
| **Prava na ulaganje žalbe**1. **Kako uložiti žalbu na ovu odluku**
 |

|  |
| --- |
| **<<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>>**Imate pravo žalbe na odbijanje zahtjeva Provider name, ali to **niste** dužni učiniti. Bez obzira da li se žalite ili ne, niste odgovorni za plaćanje bilo kojeg iznosa za ovaj zahtjev nama, Provider name, ili bilo kome drugom. |

|  |
| --- |
| Ako se ne slažete sa ovom odlukom, pišite, pozovite telefonom, pošaljite faks ili elektronsku poštu:MCO nameMCO addressappropriate contact phone numberappropriate fax numberappropriate email addressObrazac zahtjeva žalbe možete dobiti na internetu na [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm), ili ako pozovete jednu od nezavisnih ombudsman agencija navedenih na kraju ovog obavještenja.**Zajedno sa popunjenim obrascem zahtjeva ili pismom priložite i primjerak ovog obavještenja.**  |
| 1. **Komisija za pritužbe i žalbe (Grievance and Appeal Committee)**

Nakon što MCO name primi vaš zahtjev, zakazaćemo sastanak sa našom Komisijom za pritužbe i žalbe (Grievance and Appeal Committee). Komisija se sastoji od predstavnika iz organizacije MCO name i bar jedne osobe koja takođe prima usluge od nas (ili zastupnika te osobe). Ako želite, imate pravo prisustvovati sastanku lično. Možete dovesti zastupnika, prijatelja, člana porodice ili svjedoka. Takođe, možete iznijeti dokaze i izjave svjedoka pred ovog komisijom.Dobićete pisanu odluku na vašu žalbu. Ako se ne slažete sa odlukom Komisije za pritužbe i žalbe (Grievance and Appeal Committee), možete zatražiti pravičnu raspravu pred državnim organom. Za više informacija pogledajte odjeljak „pravična rasprava pred državnim organom“ u nastavku.**<<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. **Nastavak usluga**

Ako ostvarujete beneficije i ako uložite žalbu prije promjena vaših beneficija, možete nastaviti da dobivate iste beneficije sve dok Komisija sa pritužbe i žalbe (Grievance and Appeal Committee) ne donese odluku po osnovu vaše žalbe. Ako želite zadržati svoje beneficije tokom postupka žalbe, **vaš zahtjev mora biti poslat poštom, faksom ili elektronskom poštom na dan ili prije insert effective date of intended action**. Ako Komisija sa pritužbe i žalbe (Grievance and Appeal Committee) odluči da je odluka organizacije MCO name ispravna, možda ćete morati vratiti novac za dodatne beneficije koje ste dobili tokom perioda od podnošenja žalbe do donošenja odluke od strane Komisije sa pritužbe i žalbe (Grievance and Appeal Committee). Međutim, ako taj povraćaj novca predstavlja veliki finansijski problem, možda se od vas neće tražiti da vratite taj novac. |

|  |
| --- |
| 1. **Rok za podnošenje žalbe kod organizacije MCO name**

Vašu žalbu morate uložiti što je prije moguće.Vaša žalba kod organizacije MCO name mora biti poslata poštom, faksom ili elektronskom poštom najkasnije do 60 kalendarskih dana od datuma kada je ovo obavještenje poslato poštom, što je navedeno na prvoj stranici obavještenja. **Važno**: Ako želite nastaviti da dobivate beneficije tokom postupka žalbe, vaš zahtjev mora biti poslat poštom, faksom ili elektronskom poštom do **insert effective date of intended action.** |
| 1. **Ubrzavanje postupka rješavanja vaše žalbe kod organizacije MCO name**

Možete zatražiti od organizacije MCO name da ubrza postupak rješavanja žalbe. Ako organizacija MCO name odluči da bi standardno vrijeme za rješavanje žalbe moglo ozbiljno narušiti vaše zdravlje ili sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti, odobrićemo vam brži postupak rješavanja žalbe, pod nazivom “žalba po ubrzanom postupku.” To znači da ćete dobiti odluku po osnovu vašeg predmeta u roku od 72 sata od datuma vašeg zahtjeva. Ako želite saznati više o ubrzanom postupku rješavanja žalbi, kontaktirajte organizaciju MCO name na MCO phone number. |
| 1. **Pravična rasprava pred državnim organom**

Ako se ne slažete sa odlukom po osnovu vaše žalbe koju je donijela Komisija za pritužbe i žalbe (Grievance and Appeal Committee), imate pravo zatražiti pravičnu raspravu pred državnim organom. Ako zatražite pravičnu raspravu pred državnim organom, imaćete raspravu pred nezavisnim administrativnim sudijom (Administrative Law Judge (ALJ)). Možete dovesti zastupnika, prijatelja, člana porodice ili svjedoka. Takođe, možete iznijeti dokaze i izjave svjedoka na raspravi. Stručnjak za prava članova iz organizacije MCO name vam može pomoći oko podnošenja zahtjeva za pravičnu raspravu pred državnim organom. Da biste kontaktirali stručnjaka za prava članova, nazovite Member Rights Specialist phone number. Obrazac za raspravu možete takođe dobiti i od jedne od nezavisnih ombudsman agencija navedenih na kraju ovog obavještenja ili na internetu na [www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236.htm).Pošaljite popunjeni obrazac zahtjeva ili pismo u kojem tražite raspravu, kao i primjerak ovog obavještenja na adresu: Family Care Request for Fair HearingWisconsin Division of Hearings and AppealsPO Box 7875Madison, WI 53707-7875Faks: 608-264-9885**Važna napomena:** Ne možete zatražiti pravičnu raspravu pred državnim organom dok ne dobijete odluku na vašu žalbu od Komisije za pritužbe i žalbe (Grievance and Appeal Committee) ili dok vam organizacija MCO name ne pošalje pisanu odluku u roku od 30 kalendarskih dana od dana prijema žalbe. Imate 90 kalendarskih dana od dana kada primite pisanu odluku po osnovu vaše žalbe od Komisije za pritužbe i žalbe (Grievance and Appeal Committee) da zatražite pravičnu raspravu pred državnim organom. Ako vam organizacija MCO name ne pošalje pisanu odluku u roku od 30 kalendarskih dana od dana prijema vaše žalbe, 90 dana počinje da se računa od dana nakon isteka perioda od 30 kalendarskih dana.  |
| 1. **Ko vam može pomoći da razumijete ovo obavještenje i vaša prava?**
	1. Stručnjak za prava članova iz organizacije MCO name vas može informisati o vašim pravima, pokušati da neformalno riješi vaše probleme i pomoći vam u podnošenju žalbe. Stručnjak za prava članova vas **ne može** zastupati na sastanku sa Komisijom za pritužbe i žalbe (Grievance and Appeal Committee) ili na pravičnoj raspravi pred državnim organom. Da biste kontaktirali stručnjaka za prava članova, nazovite Member Rights Specialist phone number.
	2. Sve osobe koje primaju Family Care usluge mogu dobiti besplatnu pomoć od **nezavisnog ombudsmana**. Sljedeće agencije zastupaju Family Care članove:
 |
| **Za članove od 18 do 59 godina starosti:**Disability Rights Wisconsin Besplatni broj telefona: 800-928-8778TTY: 711 |
| **Za članove od 60 godina i starije:**Wisconsin Board on Aging and Long Term Care Besplatni broj telefona: 800-815-0015TTY: 711 |
| **Primjerak spisa iz vašeg predmeta** Imate pravo na besplatan primjerak informacija iz spisa o vašem predmetu koji se odnosi na ovu odluku. Informacije uključuju sve dokumente, medicinsku dokumentaciju i druge materijale koji se odnose na ovu odluku. Ako odlučite da uložite žalbu na ovu odluku, imate pravo na sve nove ili dodatne informacije koje je organizacija MCO name prikupila tokom postupka vaše žalbe. Da biste zatražili primjerak spisa o vašem predmetu, kontaktirajte appropriate contact na phone number. |