重要事项：本通知解释您对我们的决定提出上诉的权利。请仔细阅读本通知。如果您需要帮助，请拨打最后一页“获得帮助和更多信息”下方所列的一个电话号码。

医疗承保拒绝通知

(Notice of Denial of Medical Coverage)

{Replace *Denial of Medical Coverage* with *付款拒绝*, if applicable}

|  |  |
| --- | --- |
| **日期：**Date Denial Mailed | **会员 ID 或 MCI 号码：**Enter Number |
| **可能变更的服务：**Insert Service in Question | **服务日期：**Click here to enter text. |
| **Effective Date of Intended Action：**Enter Date  **姓名：**  Enter Name | **提供者姓名：(optional)** Enter Provider Name |

**地址：:** Enter Street Address

Enter City, State, and Zip Code

**您 (Choose an item) 为 (Insert appropriate term)**

我们已经 (Insert appropriate term) (Insert appropriate term) 下列:

Insert service/item/drug in question

**为什么我们 (Choose an item) 您的 (Choose an item)？**

我们 (Insert appropriate term) 上列 (Insert appropriate term) 的原因是：

Click here to enter text, include rationale and alternatives

您应当将此项决定副本送给您的医生，以便您和您的医生讨论后续步骤。如果您的医生代表您申请承保，我们已经将此项决定副本送给您的医生。

**您有权对我们的决定提出上诉**

您有权Plan Name提出上诉申请来复审我们的决定 **。** 如果您在考虑上诉，请与会员权利专家联系，获得帮助。

**计划上诉：**在本通知日期后的**60个日历日**内向Plan Name提出上诉。如果您有充足的理由延长该截止期限，我们可以允许您有更多的时间提出上诉。请查阅“如何向Plan Name提出上诉” 一节，了解有关如何提出计划层级上诉的信息。

**在我们复审您的案例期间，如何维持您的Medicaid服务**

若您在 Enter effective date of intended action 之前提出上诉，则可以要求在 Plan Name 作出决定之前不要减少或终止Medicaid服务。若您败诉，您可能需要为从提出上诉到 Plan Name 作出决定所获得的额外服务付费。但是， 如果这给您带来沉重的财政负担，则可能不需要您来偿还这笔费用。

**如果您希望由其他人担任您的代理**

您可以请一名亲属、朋友、律师、医生或其他人担任您的代理。如果您希望有其他人担任您的代理，请打电话给我们，电话号码为 Click here to enter phone number(s)，以了解如何指定代表。 TTY 用户请致电 Click here to enter TTY number。您和您希望代理您的人均须在一项确认您希望这样做的陈述中签名和填写日期。您需要将该陈述邮寄或传真给我们。请自行留存一份陈述副本。

**您的案例文件副本**

您有权免费索取一份您的案例文件中与此项决定相关的信息副本。信息指文件、医疗记录和其他与决定相关的资料，包括在您上诉期间搜集的任何新的Plan Name或附加信息。如需索取您的案例文件副本，请致电Enter Contact Name，电话号码为Phone Number。

**有关您的上诉权利的重要信息**

**有两种类型的上诉 Plan Name**

**标准上诉 –** 我们会在收到您的上诉后的 (Insert appropriate term) 内对关于 (Insert appropriate term) 的标准上诉作出书面决定。关于服务或项目的决定，如果您要求延期或者我们需要有关您的案例的更多信息，我们可能需要更长的时间才能作出决定。如果我们需要额外的时间作出决定，我们会通知您，并会解释需要更多时间的原因。（关于 Medicare Part B 药物的决定不可延期）。如果您的上诉是有关您已经接受的 (Insert appropriate term) 付款，我们会在 **60 个日历日**内向您发出书面决定通知。

**快速上诉** – 我们会在收到您的上诉后的 **72 小时** 内告知快速上诉的决定。如果您或您的医生认为  
等候最多 (Insert appropriate term) 作出决定会对您的健康造成严重伤害，您可以提出快速上诉  
请求。如果您要求我们偿还您已收到的 (Insert appropriate term) 的款项，您无法提出加急上诉  
请求。

**如果医生为您提出加速上诉请求或支持您的请求，我们会自动批准您的加速上诉请求。** 如果您提出加速上诉请求，但未得到医生的支持，我们将决定您的请求是否需要加速上诉。如果我们没有批准您的快速上诉请求，我们会在 (Insert appropriate term ) 个历日内作出决定。

**如何向Plan Name提出上诉请求 Plan Name**

**步骤 1：** 您、您的代表、您的医生或服务提供者必须向我们提出上诉请求。请电洽specialist phone number ，请一位会员权利专家帮助您提出上诉。您还可以用提交申请表或信函的方式开始上诉程序。您可以从 Plan Name 获取申请表，或者向本文件文末所列其中一家独立的ombudsman机构索取申请表。或者您也可以点击进入以下网站获取表格 [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm).

您的申请必须包括：

* 您的姓名
* Address
* 会员号码
* 上诉原因
* 标准上诉或快速上诉 (若是快速上诉，请说明原因)。
* 您希望我们审查的任何证据，例如医疗记录、医生信函（比如医生对您快速上诉的支持声明）或解释您为什么需要 (Insert appropriate term) 的其他信息。如果您需要此类信息，请打电话给您的医生。

如果您要求上诉，但又错过了截止日期，则可以要求延期，但应列出错过的原因。

我们建议您自行留存一份送交给我们的所有文件的副本。

**步骤 2：** 邮寄、传真或亲自递送您的上诉申请。或者按照以下电话号码给我们打电话。

**标准上诉：** 地址：Click here to enter text.

电话： Click here to enter phone number

传真： Click here to enter fax.

电子邮件： Click here to enter email.

计划办公时间：

如果您打电话提出标准上诉请求，我们将给您写信，确认您在电话中告诉我们的信息。

**加速上诉：** 电话：Click here to enter phone number.

传真： Click here to enter fax number.

电子邮件： Click here to enter email.

**下一步会怎样？**

如果 您要求上诉，并且我们继续拒绝您的 Medicare服务的insert “payment of (的付款)” if applicable.请求， 我们会向您发出书面决定通知，并会自动将您的案例送交一位位独立审查员。 **如果独立审查员拒绝您的请求，书面决定将解释您是否有其他上诉权利。**

如果您正在对Medicaid或非Medicare承保服务或支持提出上诉， 我们将不会将您的案例送交独立审查员。相反，如果您对我们的决定有异议，则可以请求举行州级公平听证会。

|  |
| --- |
| 如何提出Medicaid州级公平听证会请求  如果Plan Name拒绝您的上诉请求，您可以按照以下步骤来请求举行州级公平听证会。  步骤 1：您或您的代表必须在拒绝上诉请求通知日起 90 个历日内，以书面形式请求举行州级公平听证会。  您的书面申请必须包括：   * 您的姓名 * Address * 会员号码 * 请求举行州级公平听证会的原因 * 您希望我们审查的任何证据，例如医疗记录、医生信函或解释您为什么需要该物品或服务的其他信息。如果您需要此类信息，请打电话给您的医生。   **步骤 2：** 将您的请求发送至：  Request for Fair Hearing  Wisconsin Division of Hearings and Appeals  PO Box 7875  Madison, WI 53707-7875  传真： 608-264-9885  (If not applicable, delete entire sentence) 本通知的一份副本已经发送至： |

**获得帮助和更多信息**

* Plan Name

免费电话： Click here to enter toll free phone number

TTY 用户请致电： Click here to enter TTY phone number

计划办公时间：

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，一周 7 天，每天 24 小时。TTY用户请致电：  
  1-877-486-2048
* Medicare Rights Center: 1-888-HMO-9050
* Elder Care Locator: 1-800-677-1116或 [www.eldercare.acl.gov](https://eldercare.acl.gov/)，以在您的社区寻求帮助。
* Plan Name会员权利专家会向您说明您的权利，以非正式的方式解决您的问题，并协助您提出上诉。会员权利专家**不能**在申诉和上诉委员会召开的会议上Plan Name或州级公平听证会上代表您。如需联系Plan Name会员权利专家，请拨打specialist phone number 。
* 任何接受PACE服务的人都可以获得独立的ombudsman的免费帮助。以下机构为PACE会员提供维权服务：

**18 至 59 岁的会员：**

**Disability Rights Wisconsin**

免费电话： 800-928-8778

TTY: 711

**60 岁及以上的会员：**

**Wisconsin Board on Aging and Long Term Care**

免费电话： 800-815-0015

TTY: 711

May insert instructions for how enrollees can receive this notice in an alternate language or format from the plan.

**PRA披露声明**根据 1995 年的Paperwork Reduction Act， 除非显示有效的OMB control number，否则任何人均无需对信息搜集做出回应。本信息搜集的有效OMB control number为 0938-0829。完成本信息搜集所需的时间估计为每次回复10分钟，包括阅读说明、搜索现有数据来源、搜集所需的数据、完成和审查信息搜集的时间。如果您对时间估算的准确性有任何意见，或对改进此表格有任何建议，请写信给 CMS,   
7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CMS 在其计划和活动中不歧视任何人。如需索取本出版物的其他格式，请致电 1-800-MEDICARE 或发送电子邮件至：AltFormatRequest@cms.hhs.gov