Važno: Ovo obavještenje objašnjava vaše pravo da uložite žalbu na našu odluku. Pažljivo pročitajte ovo obavještenje. Ako vam je potrebna pomoć, možete nazvati jedan od brojeva navedenih na posljednjoj stranici pod naslovom "Potražite pomoć i više informacija.”

Obavještenje o odbijanju pokrića medicinskog osiguranja

(Notice of Denial of Medical Coverage)

{Replace *Denial of Medical Coverage* with *Odbijanje plaćanja*, if applicable}

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:** Date Denial Mailed | **Korisnikov ID ili MCI broj:** Enter Number |
| **Usluga koja je predmet ovog Obavještenja:** Insert Service in Question | **Datum usluge:** Click here to enter text. |
| **Datum stupanja na snagu predviđene radnje:** Enter Date | **Ime pružatelja usluga:  (optional)** Enter Provider Name |

**Ime i prezime:**  Enter Name

**Adresa:** Enter Street Address

Enter City, State, and Zip Code

**Vaš Choose an item je Insert appropriate term**

Mi smo Insert appropriate term Insert appropriate term kako je navedeno u nastavku:

Insert service/item/drug in question

**Zašto smo Choose an item  Choose an item?**

Mi smo Insert appropriate term Insert appropriate term iz sljedećeg razloga:

Click here to enter text, include rationale and alternatives

Primjerak ove odluke trebate pokazati svom ljekaru kako biste vi i vaš ljekar mogli porazgovarati o sljedećim koracima. Ako je vaš ljekar tražio pokriće osiguranja u vaše ime, mi smo vašem ljekaru poslali primjerak ove odluke.

**Imate pravo uložiti žalbu na našu odluku**

Imate pravo zatražiti od Plan Name da razmotri našu odluku tako što ćete nam uložiti žalbu**.** Ako razmatrate ulaganje žalbe, kontaktirajte stručnjaka za prava članova radi dobivanja pomoći.

**Žalba Planu:** Uložite žalbu kod Plan Name u roku od **60 kalendarskih dana** od datuma ovog obavještenja. Možemo vam odobriti više vremena ako imate dobar razlog za propuštanje roka. Pogledajte odjeljak pod nazivom: “Kako uložiti žalbu kod Plan Name” za informacije o tome kako uložiti žalbu koja se odnosi na plan.

**Kako da zadržite svoje Medicaid usluge dok razmatramo vaš predmet**

Ako uložite žalbu prije Enter effective date of intended action, možete zatražiti da vaše Medicaid usluge ne budu smanjene ili prekinute dok Plan Name ne donese odluku. Ako izgubite slučaj po osnovu vaše žalbe, možda ćete morati vratiti novac za dodatne usluge koje ste dobili tokom perioda od podnošenja žalbe do donošenja odluke od strane Plan Name. Međutim, ako taj povraćaj novca predstavlja veliki finansijski problem, možda se od vas neće tražiti da vratite taj novac.

**Ako želite da vas neko drugi zastupa**

Možete imenovati rođaka, prijatelja, advokata, ljekara ili neku drugu osobu da vas zastupa. Ako želite da vas neko drugi zastupa, nazovite nas na: Click here to enter phone number(s) da biste saznali kako da imenujete svog zastupnika. TTY korisnici trebaju nazvati Click here to enter TTY number. Vi i osoba koju želite da vas zastupa, morate potpisati i staviti datum na izjavu kojom potvrđujete da upravo to želite. Tu izjavu ćete morati da nam pošaljete poštom ili faksom. Sačuvajte primjerak dokumenta radi vaše evidencije.

**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 odluku, uključujući i nove ili dodatne informacije koje Plan Name prikuplja tokom postupka vaše žalbe. Da biste zatražili primjerak spisa o vašem predmetu, kontaktirajte Enter Contact Name na Phone Number.

**Važne informacije o vašim pravima ulaganja žalbe**

**Postoje 2 vrste žalbi kod Plan Name**

**Standardna žalba –** Poslaćemo vam pisanu odluku u vezi vaše standardne žalbe koja se odnosi na Insert appropriate term u roku od Insert appropriate term dana kada primimo vašu žalbu. Za odluke vezane za usluge ili stavke, donošenje odluke može duže potrajati ako zatražite produženje ili ako nam budu potrebne dodatne informacije o vašem predmetu. Obavijestićemo vas ako nam bude potrebno više vremena i objasnićemo vam zašto nam je potrebno više vremena. (Nije moguće dobiti produženje za odluke vezane za Medicare Part B lijekove). Ako se vaša žalba odnosi na plaćanje za Insert appropriate term koju ste već primili, poslaćemo vam pismenu odluku u roku od **60 kalendarskih dana**.

**Žalba po ubrzanom postupku** – Poslaćemo vam odluku u vezi vaše žalbe po ubrzanom postupku u roku od **72 sata** od dana kada primimo vašu žalbu. Možete zatražiti rješavanje žalbe po ubrzanom postupku ako vi ili vaš ljekar smatrate da vaše zdravlje može biti ozbiljno narušeno ako čekate do Insert appropriate term na odluku. Ne možete tražiti rješavanje žalbe po ubrzanom postupku ako od nas tražite da vam vratimo novac za Insert appropriate term koju ste već dobili.

**Automatski ćemo vam odobriti rješavanje žalbe po ubrzanom postupku ako ljekar to zatraži za vas ili podrži vaš zahtjev.** Ako zatražite rješavanje žalbe po ubrzanom postupku bez dobivanja podrške od ljekara, mi ćemo odlučiti da li vaš zahtjev treba brzo rješavanje žalbe. Ako vam ne odobrimo rješavanje žalbe po ubrzanom postupku, poslaćemo vam odluku u roku od Insert appropriate term.

**Kako uložiti žalbu kod Plan Name**

**1. korak:**  Vi, vaš zastupnik, vaš ljekar ili pružatelj usluga morate nama uložiti žalbu. Nazovite specialist phone number da biste zatražili da vam stručnjak za prava članova pomogne da uložite žalbu. Postupak možete započeti i slanjem obrasca zahtjeva ili pisma. Obrazac zahtjeva možete dobiti od Plan Name ili od jedne od nezavisnih ombudsman agencija navedenih na kraju ovog dokumenta. Ili možete otići na internet i preuzeti obrazac sa [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm).

Vaš zahtjev mora sadržati sljedeće:

* Vaše ime i prezime
* Adresu
* Članski broj
* Razlog za žalbu
* Da li želite rješavanje žalbe po standardnom ili ubrzanom postupku (za žalbe po ubrzanom postupku, objasnite zašto vam je to potrebno).
* Sve podatke koje želite da pregledamo, kao što su medicinska dokumentacija, dopisi ljekara (na primjer, izjava podrške ljekara ako tražite ubrzani postupak žalbe) ili druge informacije koje objašnjavaju zašto vam treba Insert appropriate term. Nazovite svog ljekara ako su vam potrebne ove informacije.

Ako tražite ulaganje žalbe a propustili ste rok, možete zatražiti produženje roka i navesti razlog zašto kasnite.

Preporučujemo vam da sačuvate primjerak svih dokumenata koje nam pošaljete za vašu evidenciju.

**2. korak:** Pošaljite poštom, faksom, elektronskom poštom ili lično predajte vašu žalbu. Ili nas nazovite na broj u nastavku.

**Za standardnu žalbu:** Adresa: Click here to enter text.

Telefon: Click here to enter phone number

Faks: Click here to enter fax.

Email: Click here to enter email.

Radno vrijeme Plana:

Ako uložite standardnu žalbu telefonom, poslaćemo vam pismo u kome potvrđujemo šta ste nam rekli.

**Za žalbu po ubrzanom postupku:** Telefon: Click here to enter phone number.

Faks: Click here to enter fax number.

Email: Click here to enter email.

**Šta će se sljedeće dogoditi?**

Ako uložite žalbu a mi nastavimo da vam odbijamo zahtjev za insert “plaćanje (payment of)” if applicable. Medicare usluge, poslaćemo vam pisanu odluku i automatski ćemo poslati vaš predmet nezavisnom procjenitelju. **Ako nezavisni procjenitelj odbije vaš zahtjev, u pisanoj odluci će biti objašnjeno da li imate prava na dodatnu žalbu.**

Ako se žalite na Medicaidpokrivenu ili nepokrivenu Medicare uslugu ili podršku, nećemo poslati vaš predmet nezavisnom procjenitelju. Umjesto toga, možete zatražiti pravičnu raspravu pred državnim organom ako se ne slažete sa našom odlukom.

|  |
| --- |
| Kako tražiti pravičnu raspravu pred državnim organom za Medicaid  Ako Plan Name odbije vaš žalbeni zahtjev, možete preduzeti korake navedene u nastavku kako biste zatražili pravičnu raspravu pred državnim organom.  1. korak: Vi ili vaš zastupnik morate tražiti pravičnu raspravu pred državnim organom pisanim putem u roku od 90 kalendarskih dana od datuma obavještenja u kojem se odbija vaša žalba.  Vaš pisani zahtjev mora sadržati sljedeće:   * Vaše ime i prezime * Adresu * Članski broj * Razlog za traženje pravične rasprave * Sve podatke koje želite da pregledamo, kao što su medicinska dokumentacija, dopisi ljekara ili druge informacije koje objašnjavaju zašto vam je potrebna stavka ili usluga. Nazovite svog ljekara ako su vam potrebne ove informacije.   **Korak 2:** Vaš zahtjev pošaljite na adresu:  Request for Fair Hearing  Wisconsin Division of Hearings and Appeals  PO Box 7875  Madison, WI 53707-7875  Faks: 608-264-9885  (If not applicable, delete entire sentence) Primjerak ovog obavještenja je poslat: |

* **Potražite pomoć i više informacija**Plan Name

Besplatni broj telefona: Click here to enter toll free phone number

TTY korisnici trebaju nazvati: Click here to enter TTY phone number

Radno vrijeme Plana:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 sata, 7 dana u sedmici. TTY korisnici trebaju nazvati: 1-877-486-2048
* Medicare Rights Center: 1-888-HMO-9050
* Elder Care Locator: 1-800-677-1116 ili [www.eldercare.acl.gov](https://eldercare.acl.gov/) za pronalaženje pomoći u vašoj zajednici.
* Plan NameStručnjak za prava članova 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 Plan Name Komisijom za pritužbe i žalbe (Grievance & Appeal Committee) ili na pravičnoj raspravi pred državnim organom. Da biste kontaktirali stručnjaka za prava članova iz organizacije Plan Namenazovite specialist phone number .
* Sve osobe koje primaju PACE usluge mogu dobiti besplatnu pomoć od nezavisne agencije ombudsman. Sljedeće agencije zastupaju PACE članove:

**Za članove od 18 do 59 godina starosti:**

**Disability Rights Wisconsin**

Besplatni broj telefona: 800-928-8778

TTY: 711

**Za članove od 60 godina i starije:**

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

Besplatni broj telefona: 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 Izjava o otkrivanju informacija** U skladu sa zakonom Paperwork Reduction Act iz 1995. godine, osobe nisu obavezne odazvati se zahtjevima za prikupljanje informacija, osim ako je prikazan važeći OMB control number. Važeći OMB control numberza ovo prikupljanje informacija je 0938-0829. Vrijeme potrebno za davanje informacije iz ovog zahtjeva je u prosjeku 10 minuta po upitniku, uključujući vrijeme za čitanje uputstava, pretraživanje postojećih izvora podataka, prikupljanje potrebnih podataka te popunjavanje i pregled upitnika za prikupljanje informacija. Ako imate bilo kakvih komentara koji se odnose na tačnost procijenjenog vremena ili prijedloge za poboljšanje ovog obrasca, molimo vas da se obratite pisanim putem na adresu: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CMS ne sprovodi diskriminaciju u okviru svojih programa i aktivnosti. Da biste zatražili ovu publikaciju u drugom formatu, nazovite 1-800-MEDICARE ili pošaljite e-poruku na: AltFormatRequest@cms.hhs.gov