# خطاب قرار التغطية

# *هام: للمساعدة في هذا الإخطار، اتصل بـ> at <Plan customer service phone number> Plan Name> >(TTY: <TTY number>) OR <Ombudsman or other program office على number> (TTY: <TTY number>) [<phone*

***<*Date of letter*>***

[*Insert Member name*]

هوية الخطة الصحية للعضو:

الخدمات/المواد التي يتناولها هذا الخطاب:

[*Insert additional field(s) as needed or when required by state, such as provider or Member Medicaid ID*]

يُطلق على <Plan name> في هذا الخطاب "خطتنا" أو "نحن". نحن عبارة عن خطة صحية تتعاقد مع Medicare أوMedicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] لتوفير التغطية لكلا البرنامجين. تقوم خطتنا بتنسيق خدمات Medicare و Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] الخاصة بك والأطباء والمستشفيات والصيدليات وغيرها من موفري خدمات الرعاية الصحية الخاصين بك.

### إن خطتنا <رفضت *or* جزئيًا *or* خفضت *or* أوقفت *or* علقت *or* غيرت> [*Insert if applicable*: السداد مقابل] الخدمات <المواد/الطبية *or* أدوية الجزء B *or* أدوية Medicaid> المذكورة أدناه:

[*Insert description of medical service/item or Part B drug or Medicaid drug, including the amount, duration, and scope, of what the enrollee requested (e.g., physical therapy visits 2 times per week for 1 year), and the outcome, denied, partially denied, reduced, stopped, suspended, or changed, and include the doctor or provider’s name if a particular doctor or provider requested the service or item. If a service or item request is partially denied, reduced, or changed, include specifically what was requested and what is approved (e.g., We are approving acupuncture services for 3 months instead of a full year, or We are approving moving a toilet to the south wall instead of the east wall of the bathroom, or We previously approved 18 acupuncture visits per year but are now reducing the visits to only allow 10.)*]

*[Insert if this is a post-service case for which there is no member liability*: **يُرجى العلم بأنه لن تصدر فواتير لك أو أنك لن تكون مدينًا بأي أموال مقابل هذه** *[insert as applicable:* **الخدمات/المواد الطبية** *or* **أدوية الجزء B** *or* **أدوية Medicaid هذه***]****.****]*

قامت خطتنا باتخاذ هذا القرار للأسباب التالية [*Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the medical service/item or Part B drug or Medicaid drug was denied and include state or federal law and/or Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions to support the decision in plain language. The plain language explanation of the decision should include: (1) relevant context for the decision (e.g., if the medical service/item or Part B drug or Medicaid drug was approved for the enrollee in the past, the description should include what was previously approved, when it was approved and by whom, and what has changed or is otherwise different now); (2) coverage information considered including Medicare and Medicaid coverage benefits; and, (3) if applicable, information on how or why the requested service or item is not supported by the enrollee’s needs – see instructions for more information*].

[*Insert if denial will result in a stoppage, suspension, or reduction of a service/ item or Medicare Part B drug or Medicaid drug the individual has already been receiving:* **ستقوم خطتنا** <**بتخفيض** *or* **إيقاف** *or* **تعليق**>*<***الخدمات/المواد الطبية** *or* **أدوية الجزء B** *or* **أدوية Medicaid** *>* الخاصة بك في *<***effective date** *>* راجع فقرة "كيفية مواصلة الحصول على <الخدمات/المواد الطبية *or* أدوية Medicare الدزء B *or* أدوية Medicaid> الخاصة بك أثناء استئنافك" لاحقًا للاطلاع على معلومات حول متابعة الحصول على <الخدمات/المواد الطبية *or* أدوية Medicare الجزء B *or* أدوية Medicaid> الخاصة بك أثناء استئنافك.*]*

## يحق لك استئناف قرارنا

يمكنك استئناف قرار خطتنا. شارك هذا الخطاب مع <طبيبك *or* موفر خدمة الرعاية الصحية الخاص بك> واسأله عن الخطوات التالية. إذا استأنفت وقامت خطتنا بتغيير قرارها، فقد تسدد مقابل <الخدمات*/*المواد الطبية *or* أدوية الجزء B *or* أدوية Medicaid>.

يمكنك أيضًا الاتصال بـ *plan phone number for appeal requests*> (*TTY*: *<TTY number>*)< وطلب نسخة مجانية من المعلومات التي استخدمناها في اتخاذ قرارنا. قد يتضمن ذلك السجلات الصحية، الإرشادات، وغيرها من المستندات. يجب أن تعرض هذه المعلومات على <طبيبك *or* موفر خدمة الرعاية الصحية الخاص بك> لمساعدتك على اتخاذ القرار إذا توجب عليك الاستئناف.

**يجب أن تستأنف خطتنا بحلول** [*Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 65 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text*]**.** قد تمنحك خطتنا المزيد من الوقت إذا كان لديك سبب جيد.

## هناك نوعان من الاستئنافات

**تتضمن خطتنا نوعين من الاستئنافات — الاستئنافات القياسية والاستئنافات السريعة.**

1. إذا كنت تطالب **باستئناف قياسي**، فستمنحك خطتنا القرار الخطي في غضون
[*for a Part B drug, insert:* **7أيام تقويمية** *or for any other medical service/item, insert:***30** **يوم تقويمي** *or a shorter timeframe if required by the state*] **من حصولنا على استئنافك**.
2. إذا كنت تطالب **باستئناف سريع**، فستمنحك خطتنا القرار في غضون [*insert:* **72 ساعة** *or a shorter timeframe if required by the state*] **من حصولنا على استئنافك**. يمكنك المطالبة باستئناف سريع إذا رأى <طبيبك *or* موفر خدمة الرعاية الصحية> أن صحتك قد **تتضرر بشدة** بسبب الانتظار حتى
[*for a Part B drug, insert:* **7أيام تقويمية** *or for any other medical service/item, insert:* **30يوم تقويمي** *or a shorter timeframe if required by the state*] لاتخاذ القرار.

ستمنحك خطتنا استئناف سريع **تلقائي** إذا طالب <**طبيبك** *or* **موفر خدمة الرعاية الصحية الخاص بك**> **بمنحك استئنافًا سريعًا** أو إذا قام <**طبيبك** *or***موفر خدمة الرعاية الصحية الخاص بك**> **بدعم طلبك**. إذا طالبت باستئناف سريع دون دعم من <الطبيب *or*موفر خدمة الرعاية الصحية>، فستقرر خطتنا إذا ما كان يمكنك الحصول على استئناف سريع أم لا. إذا لم تعتمد خطتنا الاستئناف السريع، فسيُرسل إليك القرار بخصوص الاستئناف في غضون [*for a Part B drug, insert:***7  أيام تقويمية** *or for any other medical service/item, insert:*  **30يوم تقويمي** *or a shorter timeframe if required by the state*].

[*Delete if the letter is for a denial of a Part B drug or if the state does not allow extensions:* بالنسبة للاستئنافات القياسية والسريعة، قد يستغرق قرارانا وقتًا أطول إذا طالبت بمزيدٍ من الوقت أو إذا احتجنا لمزيد من المعلومات عنك. ستقوم خطتنا بإرسال خطاب لك وستخبرك في حال الحاجة إلى مزيد من الوقت والسبب وراء ذلك.]

## كيفية الاستئناف

يمكنك تقديم الاستئناف بنفسك أو بواسطة شخص ما ذكرته خطيًا بصفته ممثلك للتصرف بالنيابة عنك (مثل قريب، صديق، أو محامي) أو بواسطة <طبيبك *or* موفر خدمة الرعاية الصحية الخاص بك>. يمكنك الاتصال بخطتنا للاستئناف بإحدى هذه الطرق:

* **الهاتف:** اتصل على *plan phone number for appeal requests>* (TTY: *<TTY number>*)<
* **فاكس:** أرسل فاكسًا إلى *<plan fax number for appeal requests>*
* **البريد:** أرسل بريدًا إلى *<plan mailing address for appeal requests>*
* [*Insert if appropriate:* **شخصيًا:** سلم الاستئناف إلى *<plan in-person delivery address>]*

إذا كنت تستأنف خطيًا، فاحتفظ بنسخة. إذا اتصلت، فسنقوم بإرسال خطاب لك يخبرك بما قلته لنا على الهاتف.

عندما تستأنف، يجب أن تعطي خطتنا ما يلي:

* اسمك
* عنوانك أو العنوان الذي يجب أن نرسل المعلومات المتعلقة باستئنافك عليه. (لا يزال بإمكانك الاستئناف حتى وإن لم يكن لديك عنوان حالي).
* رقم عضويتك في خطتنا
* سبب (أسباب) استئنافك قرارنا
* إذا كنت تريد استئنافًا قياسيًا أم سريعًا. (بالنسبة للاستئناف السريع، أخبرنا بسبب الحاجة إليه).
* أي شيء تريد من خطتنا النظر فيه يوضح سبب حاجتك إلى <الخدمات/المواد الطبية *or* أدوية الجزء B *or* أدوية Medicaid>. على سبيل المثال، يمكنك إرسال ما يلي إلينا:
	+ السجلات الطبية من <طبيبك *or* موفر خدمة الرعاية الصحية الخاص بك>،
	+ خطابات من <طبيبك *or* موفر الرعاية الصحية الخاص بك> (مثل إقرار من <طبيبك *or* موفر خدمة الرعاية الصحية الخاص بك> يذكر سبب حاجتك إلى استئناف سريع)، أو
	+ معلومات أخرى تذكر سبب حاجتك إلى <الخدمات/المواد الطبية *or* أدوية الجزء B *or* أدوية Medicaid>

للاطلاع على مزيد من المعلومات عن كيفية الاستئناف، اتصل بخدمات الأعضاء على *<toll-free plan Member Services phone number>* (TTY: *<toll-free TTY number>*). كما يمكنك العثور على مزيد من المعلومات في خطتنا [*insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses*]، [*p*lans may insert chapter and/or section reference, as applicable]. توجد نسخة حديثة من [*insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses*] متوفرة على الدوام على موقعنا *<web address>* أو من خلال الاتصال بخطتنا.

## *[Optional to delete this section if the decision relates to a medical service/item or Medicare Part B drug or Medicaid drug that has not been received by the enrollee under a previous authorization of the medical service/item or Medicare Part B drug or Medicaid drug:* كيفية متابعة الحصول على <الخدمات*/*المواد الطبية الخاصة بك *or* أدوية الجزء B *or* أدوية Medicaid> أثناء استئنافك

إذا كنت تحصل بالفعل على <الخدمات/المواد الطبية *or* أدوية Medicare الجزءB  *or* Medicaid > الواردة في الصفحة الأولى من هذا الخطاب، فيمكنك المطالبة بمتابعة الحصول عليها أثناء استئنافك.

* **يجب أن تستأنف وتطالب خطتنا بمتابعة حصولك على** <**الخدمات*/*المواد الطبية** *or* **أدوية Medicare الجزء B** *or* **أدوية Medicaid**> **بحلول** [*,Insert continuation of benefits request filing date in month, date year format. Date will be the later of the following: (1) 15 calendar days from date of letter or (2) date the decision takes effect. Insert date in bold text*].
* انظر فقرة "كيفية الاستئناف" السابقة في هذا الخطاب لمعرفة معلومات عن كيفية الاتصال بخطتنا.
* إذا طالبت خطتنا بمتابعة <الخدمات*/*المواد الطبية *or* أدوية Medicare الجزءB *or* أدوية Medicaid> بحلول [*Insert continuation of benefits request filing date*] ، فستظل <الخدمات*/*المواد الطبية *or* أدوية Medicare الجزءB *or* أدوية Medicaid> كما هي أثناء استئنافك.
* إذا قام <طبيبك *or* موفر خدمة الرعاية الصحية الخاص بك> بتقديم استئناف بالنيابة عنك وأردت متابعة الحصول على <الخدمات*/*المواد الطبية *or* أدوية Medicare الجزء B *or* أدوية Medicaid >، فيجب على <طبيبك *or* موفر خدمة الرعاية الصحية الخاص بك> تضمين موافقتك الخطية.

## ماذا يحدث بعد ذلك

بعد تقديمك الاستئناف، ستقوم خطتنا بإرسال خطاب قرار الاستئناف إليك لإخبارك إذا ما كنا اعتمدنا أم رفضنا الاستئناف. إذا استمر رفض خطتنا [*Insert if applicable*: السداد مقابل] <الخدمات/المواد الطبية *or* أدوية Medicare الجزء B *or* أدوية Medicaid> الواردة في الصفحة الأولى من قرار التغطية هذا، فسيخبرك خطاب قرار الاستئناف بما يحدث بعد ذلك، كمعلومات عن استئناف المستوى 2 لـMedicare أو كيفية المطالبة *<state name>* بجلسة استماع عادلة [*Insert if appropriate:* ( التي يُطلق عليها أيضًا *<state-specific term for Fair Hearing>*)].

## ما الذي يجب القيام به في حال الحاجة إلى مساعدة في تقديم الاستئناف

يمكنك مطالبة شخص ما بتقديم الاستئناف والتصرف بالنيابة عنك. يجب أن تذكره أولاً وخطيًا بصفته "ممثلك" باتباع الخطوات أدناه. قد يكون ممثلك أحد الأقارب، صديق، محامٍ، طبيب، موفر خدمة الرعاية الصحية، أو شخص آخر تثق فيه.

إذا كنت تريد من شخص ما تقديم الاستئناف بالنيابة عنك:

* اتصل بخطتنا على *plan phone number for representative requests>* (TTY: *<TTY number>*)*<* لمعرفة كيفية ذكر هذا الشخص بصفته ممثلك. أو، يمكنك زيارة [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](http://Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me). [*Plans may replace with a plan-specific web address that explains how members can appoint a representative.*]
* يجب أن تقوم أنت وممثلك بتوقيع وتأريخ بيان ينص على أن هذه رغبتك.
* أرسل البيان الموقع بالبريد أو الفاكس إلينا على:

*<plan address for representative requests>*

*<plan fax number for representative requests>*

* احتفظ بنسخة.

## طلب المساعدة والمزيد من المعلومات

* **<Plan name> خدمات الأعضاء:** اتصل على *<toll-free plan Member Services phone number>* (TTY: *<toll-free TTY number>*), *<days and hours of operation>*. يمكنك أيضًا زيارة
*<plan website>.*
* [*If the state uses an Ombudsman or other enrollee support program, insert the following language, with state-specific information here:* **أمين المظالم المستقل**: يمكن لأمين المظالم المستقل الإجابة عن الأسئلة إذا كنت تواجه مشكلة في استئنافك. كما يمكنه مساعدتك على فهم ما الذي يجب أن تقوم به لاحقًا. تجدر الإشارة إلى أن أمين المظالم المستقل غير مرتبط بخطتنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. وخدماتهم مجانية.]

**للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 59 سنة:**

**حقوق الإعاقة في Wisconsin**

الرقم المجاني: 800-928-8778

TTY: 711

[www.disabilityrightswi.org/learn/family-care-and-iris-ombudsman-program](http://www.disabilityrightswi.org/learn/family-care-and-iris-ombudsman-program/)

**بالنسبة للأعضاء البالغين من العمر 60 سنة فما فوق:**

**Wisconsin Board on Aging and Long Term Care (مجلس ولاية Wisconsin لرعاية المسنين والرعاية طويلة الأجل)**

الرقم المجاني: 800-815-0015

TTY: 711

<https://longtermcare.wi.gov/Pages/Ombudsman.aspx>

* **Aging and Disability Resource Centers (مراكز موارد الشيخوخة والإعاقة) (ADRC):** تفضل بزيارة [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer) للعثور على ADRC الأقرب إليك.
* **Wisconsin State Health Insurance Assistance Program (برنامج مساعدة التأمين الصحي بولاية Wisconsin) (SHIP)** : اتصل على 800-242-1060 (TTY: 711). يمكن لمستشاري خط مساعدة Medigap مساعدتك في موضوعات Medicare، بما في ذلك كيفية المطالبة باستئناف. خط مساعدة Medigap غير مرتبط بأي شركة تأمين أو خطة صحية. وخدماتهم مجانية. <https://longtermcare.wi.gov/Pages/Medigap.aspx>
* **Medicare:** اتصل على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار اليوم وطوال الأسبوع (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048). أو، زيارة [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).‬‬
* **مركز حقوق Medicare:** اتصل على1-800-333-4114 ، أو تفضل بزيارة [www.medicarerights.org](http://www.medicarerights.org/). ‬‬
* **محدد موقع رعاية المسنين**: اتصل على1-800-677-1116 ، أو تفضل بزيارة [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov) للعثور على المساعدة في مجتمعك.‬‬
* أسئلة العقاقير الطبية

**للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 59 سنة:** اتصل بخط المساعدة الخاص بمزايا عقاقير الإعاقة على 800-926-4862.

**بالنسبة للأعضاء البالغين من العمر 60 سنة فما فوق:** اتصل بالجزء D وخط مساعدة العقاقير الطبية على 855-677-2783.

* [*If applicable, insert other state or local aging/disability resources contact information*.]

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا [*Insert, as appropriate*: *<*non-English language(s)> or] بتنسيقات أخرى، كمطبوعات كبيرة، لغة برايل، أو صوتي. اتصل على *<toll-free phone and TTY numbers, days and hours of operation>*. هذه المكالمة مجانية.

يحق لك الحصول على معلومات Medicare بتنسيق يسهل الوصول إليه، كمطبوعات كبيرة، لغة برايل، أو صوتي. كما يحق لك إرسال شكوى إذا شعرت بتعرضك للتمييز. تفضل بزيارة [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)، أو اتصل على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

*[Insert appropriate language taglines from* [*https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx*](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx)*]*