**Template for**

**Notification of Non Covered Benefit Letter**

<<Date mailed>>

<<Member’s name>>

<<Street address>>

<<City>> <<State>> <<Zip Code>>

السيد/ة <<Member Name>>

كنت قد طلبت <<Non-Covered Benefit>> بتاريخ <<Date>>. تم إرسال هذا الإخطار لإعلامك بأن
الخدمة/المادة التي طلبتها غير مشمولة بالتغطية في حزمة مخصصات Family Care ولذلك لن يتم توفيرها لك من خلال <<name of the MCO>>.

إذا كانت لديك أي أسئلة أخرى، فيُرجى التواصل مع أحد أعضاء فريق الرعاية الخاص بك على أرقام الهواتف المدرجة أدناه.

وتفضلوا بقبول وافر التقدير والاحترام،

<<Care Manager’s Name>>

Care Manager (مدير الرعاية)

<<Telephone Number>>

<<RN Care Manager’s Name>>

RN Care Manager (الممرضة المسجلة - مديرة رعايتك)

<<Telephone Number>>

**من يمكنه مساعدتي على فهم هذا الخطاب وحقوقي؟**

يمكن للمختص في حقوق الأعضاء بـ <<Name of MCO’s>> إخبارك بحقوقك ومساعدتك على تقديم تظلم. كثيرًا ما يستخدمون الاجتماعات غير الرسمية لحل مشكلتك. للتواصل مع أحد المختصين في حقوق الأعضاء، اتصل بـ <<member rights specialist phone number>>.

إذا كنت تريد الحديث مع شخص ما خارج <<Name of MCO>>، فاتصل بـOmbudsman (أمين المظالم) إذا كانت لديك أي مخاوف. Ombudsman (أمين المظالم) هو محامٍ أو مساعد. ويمكنه الإجابة عن أسئلة بخصوص التظلمات وإخبارك بحقوقك. الخدمات مجانية وسرية. تعتمد المنظمة التي يجب الاتصال بها على عمرك.

**بالنسبة للأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و59 سنة**:

 Disability Rights Wisconsin

رقم الاتصال المجاني: 800-928-8778

الهاتف النصي: 711

البريد الإلكتروني: info@drwi.org

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

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

رقم الاتصال المجاني: 800-815-0015

الهاتف النصي: 711

البريد الإلكتروني: BOALTC@wisconsin.gov