**Template for**

**Notification of Non Covered Benefit Letter**

<<Date mailed>>

<<Member’s name>>

<<Street address>>

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

尊敬的 <<Member Name>>

您于 <<Date>> 申请了 <<Non-Covered Benefit>>。本信函旨在告知您，您所申请的服务/项目不属于 Family Care 福利包的一部分，因此 <<name of the MCO>> 将不会向您提供此服务/项目。

如对本信函存有任何疑问，请拨打下列号码与您的护理团队成员联系。

顺致敬意！

<<Care Manager’s Name>>

Care Manager（护理经理）

<<Telephone Number>>

<<RN Care Manager’s Name>>

RN Care Manager（注册护士护理经理）

<<Telephone Number>>

**谁能帮助我理解这封信函以及我的权利？**

<<Name of MCO>> 会员权利专员可以向您介绍您所拥有的权利并帮助您提交申诉。通常情况下，他们会通过非正式会议来解决您的问题。如需联系会员权利专员，请致电 <<member rights specialist phone number>>。

如果您希望与除 <<Name of MCO>> 外的人员沟通，请在存有疑虑时联系 Ombudsman（监察专员）。Ombudsman（监察专员）既可以是维权专员，也可以是协助人员。他们可以回答关于申诉的问题，并向您介绍您所拥有的权利。该等服务将以保密方式免费提供。我们将视您的年龄决定需要联系的组织。

**年龄介于 18 至 59 岁之间的会员**：

Disability Rights Wisconsin

免费电话： 800-928-8778

TTY： 711

电子邮箱： [info@drwi.org](mailto:info@drwi.org)

**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

电子邮箱： [BOALTC@wisconsin.gov](mailto:BOALTC@wisconsin.gov)