**Template for**

**Notification of Non Covered Benefit Letter**

<<Date mailed>>

<<Member’s name>>

<<Street address>>

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

Estimado(a) <<Member Name>>

El <<Date>>, usted solicitó un <<Non-Covered Benefit>>. Esta carta es para informarle que el servicio/artículo que usted solicitó no forma parte del paquete de beneficios de Family Care y, por lo tanto, <<name of the MCO>> no le proveerá dicho servicio/artículo.

Si tiene preguntas sobre esta carta, póngase en contacto con un miembro de su equipo de atención médica en los números de teléfono que se indican abajo.

Atentamente,

<<Care Manager’s Name>>

Care Manager (Administrador de caso)

<<Telephone Number>>

<<RN Care Manager’s Name>>

RN Care Manager (Administrador de caso de RN)

<<Telephone Number>>

**¿Quién me puede ayudar a entender esta carta y mis derechos?**

Un especialista en los derechos de los miembros de <<Name of MCO>> puede informarle sobre sus derechos y ayudarle a presentar una queja formal. A menudo utilizan reuniones informales para resolver su problema. Para contactar a un especialista en los derechos de los miembros, llame al <<member rights specialist phone number>>.

Si quiere hablar con alguien externo a <<Name of MCO>>, póngase en contacto con un Ombudsman (Defensor del Pueblo) si tiene alguna inquietud. Un Ombudsman (Defensor del Pueblo) es un defensor o asistente. Ellos pueden responder a preguntas sobre quejas e informarle sobre sus derechos. Los servicios son gratuitos y confidenciales. La organización que debe contactar depende de su edad.

**Para miembros entre 18 y 59 años**:

Disability Rights Wisconsin

Línea gratuita: 800-928-8778

TTY: 711

Correo electrónico: info@drwi.org

**Para miembros de 60 años o más**:

Wisconsin Board on Aging and Long Term Care

Línea gratuita: 800-815-0015

TTY: 711

Correo electrónico: BOALTC@wisconsin.gov