

**NOTIFICA DELLA DECISIONE RELATIVA AL RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE
DA PARTE DEL PROGRAMMA MEDICAID**

DATA DI NOTIFICA:		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE		
NUMERO DI PRATICA		NUMERO CIN		
NOME PRATICA (e generalità di chi offre domicilio, se presente) E INDIRIZZO				
N. TELEFONO GENERALE PER DOMANDE O ASSISTENZA _____				
OPPURE Incontro con agenzia _____				
Informazioni e assistenza per udienza imparziale _____				
Accesso agli atti _____				
Informazioni sull'assistenza legale _____				
N. UFFICIO	N. UNITÀ	MATR. OPERATORE	NOME UNITÀ O OPERATORE	N. TELEFONO

Con la presente notifica intendiamo informarla della decisione presa da questo Dipartimento circa il rimborso delle spese mediche.

- I fornitori elencati nel documento allegato OHIP-0032 (modulo Medical Assistance Reimbursement Detail) dovranno essere pagati per i servizi che hanno fornito a lei o ai suoi dipendenti per gli importi indicati. Nel modulo sono forniti i dettagli che lei ci ha inviato.
- Le stiamo inviando per posta un assegno di \$ _____. Questo importo rappresenta un rimborso (pagamento) a lei per i servizi medici da lei pagati. Nel modulo allegato sono forniti i dettagli relativi agli importi di rimborso.

Questi pagamenti vengono effettuati in seguito alla sua udienza imparziale, all'esame/al riesame dell'agenzia o in seguito a un caso giudiziario, in conformità alle notifiche datate _____.

Ai fini del calcolo dell'importo degli assegni, il Dipartimento ha riesaminato le spese che lei ci ha inviato. Il totale di tali spese è stato di \$ _____. Le eventuali spese rifiutate sono indicate insieme a una descrizione delle motivazioni del rifiuto nel documento allegato OHIP-0032 (modulo Medical Assistance Reimbursement Detail).

Le eventuali spese residue dovranno essere pagate in base alla tariffa Medicaid applicata al momento della prestazione dei servizi (al netto del suo reddito in eccesso, se presente).

- Le spese fornite non sono rimborsabili dal Medical Assistance Program. Le motivazioni del rifiuto sono indicate nel documento allegato OHIP-0032 (modulo Medical Assistance Reimbursement Detail).

La legge e/o la norma che ci conferisce questo potere è l'articolo 18 NYCRR 360-7.5(a)(1).

*LE NORME STABILISCONO CHE VENGA COMUNICATE IMMEDIATAMENTE A QUESTO DIPARTIMENTO LE
EVENTUALI MODIFICHE A ESIGENZE, REDDITO, RISORSE, SISTEMAZIONE ABITATIVA O INDIRIZZO*

**LEI HA IL DIRITTO DI IMPUGNARE QUESTA DECISIONE
SI ASSICURI DI LEGGERE IL RETRO DI QUESTA NOTIFICA PER INFORMAZIONI
SU COME IMPUGNARE LA DECISIONE**

DIRITTO A UN INCONTRO: può richiedere un incontro per rivedere queste azioni. Se desidera un incontro, dovrà farne richiesta il prima possibile. All'incontro, se riconosciamo di aver preso la decisione errata o se, per le informazioni forniteci, stabiliamo di cambiare la nostra decisione, intraprenderemo un'azione correttiva e gliene daremo comunicazione. Potrà richiedere un incontro chiamandoci al numero riportato nella prima pagina di questa notifica oppure inviandoci una richiesta per iscritto all'indirizzo riportato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Questo numero va usato solo per richiedere un incontro. **Non è la procedura per richiedere un'udienza imparziale.** Richiedendo un incontro ha comunque diritto ad ottenere un'udienza imparziale. Se desidera che i sussidi rimangano invariati (assistenza continua) fino all'esito dell'udienza imparziale, deve richiedere un'udienza imparziale nel modo descritto di seguito. Per le informazioni su come richiedere un'udienza imparziale, legga di seguito.

ACCESSO AL FASCICOLO PERSONALE E ALLE COPIE DEI DOCUMENTI: per aiutarla a prepararsi per l'udienza, ha il diritto di consultare il fascicolo personale del caso. Se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia dei documenti del suo fascicolo che consegneremo al funzionario incaricato dell'udienza. Inoltre, se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia degli altri documenti del suo fascicolo di cui potrebbe aver bisogno per prepararsi all'udienza imparziale. Se ci contatta telefonicamente o per posta, metteremo inoltre gratuitamente a sua disposizione materiali specifici della polizza di cui necessita per decidere se richiedere un'udienza imparziale o per prepararsi all'udienza. I materiali della polizza che potremmo mettere a sua disposizione comprendono il seguente tipo di documenti: direttive amministrative, messaggi del sistema informativo generale, lettere informative, parti della guida di riferimento Medicaid, newsletter di aggiornamento Medicaid del Department of Health e promemoria del sovrintendente locale. Per richiedere materiali specifici della polizza, documenti o per conoscere la procedura di consultazione del fascicolo, ci contatti al numero telefonico "Accesso agli atti" indicato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Se desidera una copia gratuita dei materiali specifici della polizza o dei documenti del fascicolo personale del caso, dovrà farne richiesta con largo anticipo. Questi le verranno forniti in un tempo ragionevole prima della data fissata per l'udienza. I documenti le saranno spediti per posta soltanto se ne richiede specificamente l'invio.

DIRITTO A UN'UDIENZA IMPARZIALE: se ritiene che l'azione intrapresa sia errata, potrà richiedere un'udienza imparziale di Stato:

- 1) **Telefono:** può chiamare il numero verde valido su tutto il territorio dello Stato: 800-342-3334 (TENGA QUESTA NOTIFICA A PORTATA DI MANO AL MOMENTO DELLA CHIAMATA) **OPPURE**
- 2) **Fax:** invii una copia di questa notifica al numero di fax (518) 473-6735; **OPPURE**
- 3) **Online:** compili e invii il modulo di richiesta online disponibile all'indirizzo: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **OPPURE**
- 4) **Per posta:** invii una copia **compilata** di questa notifica al seguente indirizzo: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conservi una copia per riferimento.

Desidero un'udienza imparziale. L'azione intrapresa dall'agenzia è errata perché: _____

Nome in stampatello: _____ Numero pratica _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

Firma del cliente: _____ Data: _____

HA 60 GIORNI DI TEMPO DALLA DATA DI QUESTA NOTIFICA PER RICHIEDERE UN'UDIENZA IMPARZIALE: se richiede un'udienza imparziale, lo Stato le invierà una notifica contenente la data e l'ora dell'udienza. Ha il diritto di essere rappresentato/a da un consulente legale, un parente, un amico/a o un'altra persona, oppure di rappresentarsi da solo/a. All'udienza lei, il suo legale o altro rappresentante avrà l'opportunità di presentare prove documentali e orali con cui dimostrare i motivi per cui l'azione non andrebbe intrapresa, nonché l'opportunità di rivolgere domande a chiunque sia chiamato in udienza. Ha inoltre il diritto di presentare testimoni per deporre a suo favore. All'udienza dovrà portare ogni documento che possa essere utile alla presentazione del suo caso, come la presente notifica, buste paga, ricevute, fatture sanitarie, spese di riscaldamento, accertamenti medici, lettere ecc.

ASSISTENZA LEGALE: se ha bisogno di assistenza legale gratuita, potrà ottenerla contattando la Legal Aid Society (Società per il patrocinio legale gratuito) locale o altro ente di patrocinio legale gratuito. Può trovare l'ufficio Legal Aid Society o l'ente di patrocinio legale più vicino cercando nelle Pagine Gialle alla voce "Lawyers" oppure chiamando il numero indicato nella prima pagina di questa notifica.

INFORMAZIONI: se desidera ulteriori informazioni sul suo caso, sulle modalità per richiedere un'udienza imparziale, consultare il fascicolo personale oppure ottenere ulteriori copie di documenti, ci chiami ai numeri di telefono riportati nella parte superiore della prima pagina di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica.

ATTENZIONE: i minori di 19 anni d'età che non hanno diritto a iscriversi a Medicaid o ad altri programmi di assicurazione sanitaria potrebbero avere diritto a iscriversi al programma di assicurazione sanitaria Child Health Plus. Questo piano fornisce assistenza sanitaria per minori. Per informazioni, chiami il numero 1-800-698-4543.