Attachment 7 - English

(CRS Regional Contractor Letterhead)

Notice to ALTCS/Acute Care Contractor of Non-Coverage by Children's Rehabilitative Services

To (ALTCS/Acute Care Contractor)

Date:

Re: *(Member name, CRS #, AHCCCS #)*

A CRS provider or member has asked that (*name of CRS clinic*) approve: *(describe services including date requested)*

The *(name region*) CRS Regional Medical Director has reviewed and denied the requested service as not covered by CRS.

This decision is based on the following: *(Any decisions to deny or reduce a service must be made by a physician, who has appropriate clinical expertise in treating the member's condition or disease. The explanation must be complete and specify the relevant laws, rules, policies etc. for the action. The explanation must also be both member and fact specific, describing the member's condition and the reasons supporting the denial.)*

If you disagree with this decision, you have the right to appeal the decision and file a Request for Review in writing with the CRS Regional Medical Director no later than 10 business days after receipt of this notice.

Sincerely,

_____

Medical Director

Cc: Requesting Physician/Provider
File copy
CRSA

Attachment 7 - Spanish

(*Usar Papel de Membrete del Contratista Regional de CRS*)

Aviso al Contratista del Programa de ALTCS/Acute Care
No Proporcionar Cobertura de Servicios por parte de CRS

A: Nombre del Contratista

Fecha:

Acerca de: (Nombre del miembro, # miembro de CRS e # identificación de AHCCCS)

Un proveedor de CRS o un miembro de CRS ha pedido que (*nombre de la clínica de CRS*) apruebe: (*describa los servicios solicitados, incluyendo la fecha que fueron solicitados*).

El Director Regional Médico de CRS (*nombre de la región*) ha revisado y negado el servicio solicitado por que no es un servicio que esta cubierto por CRS.

Esta decisión se basa en lo siguiente: *(Cualquier decisión para negar o para reducir un servicio debe ser hecha por un médico, el cual tiene pericia clínica apropiada en tratar la condición o la enfermedad del paciente o miembro. La explicación debe ser completa y especificar las leyes relevantes, las reglas y las pólizas, etc. para la acción tomada. Esta explicación debe especificar los hechos y también ser concretamente para el miembro, describiendo la condición del mismo y las razones que apoyen la negación de este servicio.)*

Si usted no esta de acuerdo con esta decisión, tiene el derecho de apelar la decisión y someter por escrito una Solicitud para Revisión al Director Regional Médico de CRS, a no mas tardar 10 días laborales después de recibir esta carta.

Sinceramente,

_____

Director Médico

C.C: Solicitud enviada por parte del Doctor/Proveedor
Copia de Archivo
CRSA