# 불리한 혜택 결정 통지

**귀하의 치료 요청 및 지불 거부 관련**

*날짜*

*회원 이름 치료 서비스 제공자 이름*

*주소 주소*

*시, 주 우편번호 시, 주 우편번호*

**회신:** *요청한 서비스*

*요청한 서비스 제공자 이름*이(가) *서비스 제공자 이름*에게 다음 의료 서비스에 대한 지불에 대한 승인을 요청했으며, 해당 서비스는 이미 귀하에게 제공되었습니다: *요청한 서비스*.해당 플랜은 귀하의 의료 서비스 제공자의 지불 요청을 거부했습니다. 거부 이유는 다음과 같습니다*.*

*1. 결정 이유에 대한 명확하고 간결한 설명,*

1. *해당 조치를 뒷받침하는 구체적인 규정 및 승인 절차에 대한 인용 등 적용된 기준 또는 지침에 대한 설명, 및*
2. *의학적 필요성 관련 해당 결정에 대한 임상적 이유.*

# 참고: 본 문서는 의료 서비스에 대한 청구서가 아닙니다. 귀하는 받은 의료 서비스에 대한 비용을 지불할 의무가 없습니다.

귀하가 이 결정이 잘못되었다고 생각할 경우, 이의를 제기할 수 있습니다. 동봉된 '귀하의 권리' 정보 통지서에는 이의 제기 방법이 설명되어 있습니다. 또한 이의 제기에 대한 도움을 받을 수 있는 장소도 알려드립니다. 이는 무료로 제공되는 법률 지원입니다. 이의 제기에 도움이 될 수 있는 정보나 서류가 있다면 이의 제기 신청서와 함께 보내주시기 바랍니다. 동봉된 '귀하의 권리' 정보 통지서에는 이의 제기를 신청할 때 준수해야 할 일정이 나와 있습니다.

귀하는 본 결정을 내리는 데 사용된 모든 정보의 사본을 무료로 요청할 수 있습니다. 여기에는 본 기관이 결정을 내리는 데 사용한 지침, 프로토콜 또는 기준 사항의 사본이 포함됩니다. 이를 요청하려면 *서비스 제공자 이름*에 *전화 번호*로 연락해 주시기 바랍니다.

본 통지서에 대해 궁금한 점이 있는 경우, 서비스 제공자 이름이 도움을 드릴 수 있습니다. 도움이 필요한 경우, *서비스 제공자 이름*에 *업무 시간* 사이이에 *플랜 회원 서비스 전화 번호*로 전화하시기 바랍니다. 말하기나 듣기에 어려움이 있는 경우, *업무 시간* 사이에 TTY/TTD 번호 *TTY/TTD 번호*로 전화하여 도움을 요청하시기 바랍니다.

본 통지서 및/또는 서비스 제공자 이름의 기타 문서를 읽기 위해 큰 활자, 점자 또는 전자 형식과 같은 대체 의사소통 형식이 필요하거나, 자료를 읽는 데 도움이 필요한 경우 *서비스 제공자 이름*에 *전화 번호*로 전화하여 문의하시기 바랍니다.

플랜이 제공한 도움에 대해 만족스럽지 않거나 추가적인 도움이 필요한 경우, 해당 주의 Medi-Cal 관리형 의료 서비스 옴부즈맨 사무소에 문의하시면 도움을 받을 수   
있습니다. 월요일-금요일, 오전 8시-오후 5시(PST)까지(공휴일 제외), 1-888-452-8609로 전화하시기 바랍니다.

이 통지는 귀하의 다른 Medi-Cal 서비스에 영향을 미치지 않습니다.

*서비스 제공자 기관 인사말*

동봉: Medi-Cal 관리형 의료 체계에 따른 귀하의 권리

가용성 통지 태그라인

차별 금지 고지