**불리한 혜택 결정 통지**

**귀하의 치료 요청 및 적시 이용 통지 관련**

*날짜*

*회원 이름 치료 서비스 제공자 이름*

*주소 주소*

*시, 주 우편번호 시, 주 우편번호*

**회신:** *요청한 서비스*

*귀하 또는 귀하의 서비스 제공자, 요청한 서비스 제공자 이름*이(가) *요청된 서비스를 제공하거나 승인할 것을 플랜에 요청했습니다.* *요청한 서비스 제공자 이름*은(는) 영업일 *일 수*일 이내에 서비스를 제공하지 않았습니다. 본 기관의 기록에 따르면 *날짜*에 귀하가 서비스를 요청했거나 귀하를 대신하여 해당 서비스가 요청되었습니다*.*

적시에 서비스를 제공하지 못해 죄송합니다. 본 기관은 귀하의 요청을 처리 중이며 *요청된 서비스*를 곧 제공하겠습니다.

귀하는 이 결정에 대해 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.

본 통지서에 대해 궁금한 점이 있는 경우, *플랜*이 도움을 드릴 수 있습니다. 도움이 필요한 경우, *플랜*으로 *업무 시간* *사이에* *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 플랜의 기타 문서를 읽기 위해 큰 활자, 점자 또는 전자 형식과 같은 대체 의사소통 형식이 필요하거나, 자료를 읽는 데 도움이 필요한 경우 *플랜*에 *전화 번호*로 전화하여 문의하시기 바랍니다.

*플랜*이 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.

*카운티 고충 처리팀*

동봉*: Medi-Cal 관리형 의료 체계에 따른 귀하의 권리*

사용 가능 언어 태그라인 알림