



불리한 혜택 결정 통지 - 승인 지연 치료 요청 관련 정보

날짜

수혜자 이름

주소

시, 주 우편번호

치료 제공자 이름

주소

시, 주 우편번호

제목: 요청된 서비스

가입자 또는 가입자의 제공자(요청 제공자 이름)은(는) 요청된 서비스에 대해 플랜에 획득 또는 승인을 요청했습니다. 저희 기록에는 요청일에 귀하가 서비스를 요청했거나 귀하를 대신하여 서비스가 요청되었다고 나와 있습니다. 플랜은(는) 아직 이 요청에 대해 결정을 내리지 않았습니다.

이 요청 처리가 지연되고 있는 점 사과드립니다. 저희는 귀하의 요청을 처리하는 중이며 결정을 통해 가입자 또는 가입자의 제공자(요청 제공자 이름)를(을) 가능한 빨리 제공해 드릴 것입니다.

이 결정에 대해 이의 제기할 수 있습니다. 첨부된 “가입자 권리” 정보 통지에 이의 제기 방법이 나와 있습니다. 또한 이의 제기 시 도움을 받을 수 있는 곳도 나와 있습니다. 이는 무료 법률 지원을 의미합니다. 이의 제기 시 도움이 되는 모든 정보 또는 문서를 첨부할 것을 권장합니다. 첨부된 “가입자 권리” 정보 통지에는 이의 제기 시 준수해야 할 일정이 나와 있습니다.

플랜에서는 이 통지에 대한 모든 질문에 도움을 드릴 수 있습니다. 도움을 받으려면 플랜 가입자 서비스 전화번호(으)로 플랜 운영 시간에 연락하실 수 있습니다. 말하기나 듣기에 문제가 있을 경우 도움을 받으려면 운영 시간에 TTY/TTD 번호 TTY/TTD 번호(으)로 연락하십시오.

이 통지 및/또는 플랜의 기타 문서를 큰 활자체, 점자 또는 전자 형식 등 대체 통신 형식으로 받아야 하거나



자료를 읽는 데 도움이 필요한 경우 *전화번호*(으)로
연락하여 *플랜*에 문의하십시오.

플랜에서 만족스럽게 도와드리지 않고/않거나 추가 도움이 필요한 경우 해당 주
Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨 사무소(**Medi-Cal Managed Care Ombudsman
Office**)에서 모든 질문에 대해 답변을 드릴 수 있습니다. 월요일~금요일, 오전
8 시~오후 5 시(휴일 제외), **1-888-452-8609** 로 연락할 수 있습니다.

이 통지는 귀하의 기타 모든 **Medi-Cal** 서비스에 영향을 미치지 않습니다.

서명란

첨부된 “가입자 권리”
언어 지원 태그라인
수혜자 차별 금지 통지

(각 서신에 통지 첨부)