

불리한 혜택 결정 통지 - 불안 및 이의 제기의 시기적절한 해결 치료 요청 관련 정보

날짜

수혜자 이름
주소
시, 주 우편번호

치료 제공자 이름
주소
시, 주 우편번호

제목: [요청된 서비스]

저희 기록에 귀하는 *제기*일자로 *불안 또는 이의 제기*에 *불안 또는 이의 제기*를 신청했다고 나와 있습니다. 불행하게도 *플랜*은 요구되는 기간 내에 *불안 또는 이의 제기* 검토를 완료하지 못했습니다.

귀하의 *불안 또는 이의 제기* 처리가 지연되고 있는 점을 사과드립니다. 저희는 귀하의 요청을 처리하는 중이며 가능한 빨리 결정을 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 시간*에 연락하실 수 있습니다. 말하거나 듣기에 문제가 있을 경우 도움을 받으려면 *운영 시간*에 TTY/TTD 번호 *TTY/TTD 번호*(으)로 연락하십시오.

부록 I - 불안 및 이의 제기



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