# 불리한 혜택 결정 통지 - 지급 거부

# 치료 요청 관련 정보

#### 날짜

## *수혜자 이름* *치료 제공자 이름*

*주소* *주소*

*시, 주 우편번호* *시, 주 우편번호*

### 제목: *요청된 서비스*

*요청 제공자 이름* 은 *플랜*에이미 받은 다음 서비스에 대한 지급 승인을 요청했습니다. *요청된 서비스.* 플랜은 해당 제공자의 지급 요청을 거부했습니다. 거부 사유는*이해하기 쉬운 언어를 사용하여 작성하십시오. 1. 결정 사유에 대한 명확하고 간결한 설명,* *2. 이 조치를 지지하는 특정 규정 및 승인 절차에 대한 인용을 포함하여 사용된 기준 또는 지침에 대한 설명, 그리고 3. 의학적 필요성에 관한 임상적 결정 사유*입니다.

**참고: 이 양식은 서비스에 대한 청구서가 아닙니다. 귀하는 받은 서비스에 대한 비용을 지불할 필요가 없습니다.**

결정이 적절하지 않다고 생각될 경우 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.

이 결정을 하는 데 사용된 모든 정보의 무료 사본을 요청할 수 있습니다. 여기에는 저희가 결정을 하는 데사용한지침, 프로토콜 또는 기준의 사본이 포함됩니다. 이를 요청하려면 *전화번호*(으)로 *플랜*에연락하십시오.

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

이 통지 및/또는 플랜의 다른 문서를

큰 활자체, 점자 또는 전자 형식 등 대체 통신 형식으로 받아야 하거나 자료를 읽는 데 도움이 필요한 경우 *전화번호*(으)로 연락하여 *플랜*에문의하십시오.

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 해 드릴 수 있습니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(휴일 제외), 1-888-452-8609로 연락할 수 있습니다.

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

*서명란*

첨부: “가입자 권리”

 언어 지원 태그라인

 수혜자 차별 금지 통지

*각 서신에 통지 첨부*