**불리한 혜택 결정 통지**

**귀하의 치료 요청, 고충 및 이의 제기 적시 해결 실패 통지 관련**

*날짜*

*회원 이름 치료 서비스 제공자 이름*

*주소 주소*

*시, 주 우편번호 시, 주 우편번호*

**회신:** *요청한 서비스*

본 기관의 기록에 따르면 귀하는 *날짜*에 *서비스 제공자 이름* *또는* *서비스 제공자 이름*을 상대로 *고충 또는 이의 제기* 신청서를 제출하신 것으로 확인됩니다.안타깝게도 *서비스 제공자 이름*은 정해진 기간 내에 해당 *고충 또는 이의 제기*에 대한 검토를 완료하지 못했습니다.

귀하의 *고충 또는 이의 제기* 처리가 지연되어 죄송합니다. 본 기관은 해당 요청을 처리 중이며 가능한 한 빨리 결정 사항을 알려드리겠습니다.

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, 서비스 제공자 이름이 도움을 드릴 수 있습니다. 도움이 필요한 경우, *서비스 제공자 이름*으로 *업무 시간* *사이에* *전화 번호*로 전화하시기 바랍니다. 말하기나 듣기에 어려움이 있는 경우, *업무 시간* 사이에 TTY/TTD 번호 *EEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEEE*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.

서비스 제공자 이름이 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

사용 가능 언어 태그라인 알림