



불리한 혜택 결정 통지 - 거부

치료 요청 관련 정보

날짜

수혜자 이름

주소

시, 주 우편번호

치료 제공자 이름

주소

시, 주 우편번호

제목: 요청된 서비스

요청자 이름은(는) 플랜에 대해 요청된 서비스에 승인을 요청했습니다. 이 요청은 거부되었습니다. 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.

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 데 사용한 지침, 프로토콜 또는 기준의 사본이 포함됩니다. 이를 요청하려면 전화번호(으)로 플랜에 연락하십시오.

귀하가 현재 서비스를 받고 있으며 저희가 이의 제기에 대해 결정하는 동안 계속 서비스를 받고자 하는 경우 이 서신 날짜로부터 10 일 이내 또는 플랜에서 서비스가 중단되거나 축소될 것이라고 이야기한 날짜 전에 이의 제기 요청을 해야 합니다.



플랜에서는 이 통지에 대한 모든 질문에 도움을 드릴 수 있습니다. 도움을 받으려면 *플랜 가입자 서비스 전화번호(으)*로 *플랜 운영 시간*에 연락하십시오. 말하거나 듣기에 문제가 있을 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 도움을 받고자 할 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 해 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

첨부: “가입자 권리”
언어 지원 태그라인
수혜자 차별 금지 통지

각 서신에 통지 첨부