

**불리한 혜택 결정 통지 - 지급 거부
치료 요청 관련 정보**

날짜

수혜자 이름
주소
시, 주 우편번호

치료 제공자 이름
주소
시, 주 우편번호

제목: 요청된 서비스

요청 제공자 이름은 플랜에 이미 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 사유입니다.

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

플랜에서는 이 통지에 대한 모든 질문에 도움을 드릴 수 있습니다. 도움을 받으려면 플랜 가입자 서비스 전화번호(으)로 플랜 운영 시간에 연락하십시오.





말하거나 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*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