



불리한 혜택 결정 통지 - 전달 시스템 치료 요청 관련 정보

날짜

수혜자 이름

주소

시, 주 우편번호

치료 제공자 이름

주소

시, 주 우편번호

제목: 요청된 서비스

이 통지는 정신건강 플랜에서 귀하의 정신건강 상태가 전문 정신건강 서비스를 받을 자격이 되는 의학적 필요 기준에 부합하지 않다고 결정했음을 알려드립니다. 이해하기 쉬운 언어를 사용하여 작성하십시오. 1. 이 조치를 지지하는 특정 규정 및 플랜 승인 절차에 대한 인용을 포함하여 사용된 기준 또는 지침에 대한 설명, 그리고, 2. 의학적 필요성에 관한 임상적 결정 사유.

전문 정신건강 서비스를 받을 자격이 없더라도 정신건강 서비스를 담당하는 건강 플랜 또는 독립체(예: 신체 의료 서비스 제공자)에서 비전문 정신건강 서비스를 받을 수 있습니다. 전화번호(으)로 연락하십시오 해당하는 경우 귀하에게 필요한 진료 및/또는 추가 후속 진료를 조정하기 위해 정신건강 플랜에서 취한 추가 조치를 기입하십시오.

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 서비스를 계속 받고자 하는 경우 이 서신 날짜로부터 **10** 일 이내 또는 정신건강 플랜에서 서비스가 중단되거나 축소될 것이라고 이야기한 날짜 전에 이의 제기를 요청해야 합니다.

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 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 대한 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

첨부된 “가입자 권리”
언어 지원 태그라인
수혜자 차별 금지 통지

각 서신에 통지 첨부