



**Behavioral Health  
Department**

Alameda County Health

**Karyn Tribble, PsyD, LCSW**

Director

**불리한 혜택 결정 통지 - 비용 부담  
비용 부담 관련 정보**

날짜

수혜자 이름

주소

시, 주 우편번호

치료 제공자 이름

주소

시, 주 우편번호

**제목:** 요청된 서비스

플랜은(는) *이의 제기된 비용 부담에 대한 설명 기입(예: 비용 부담, 공동 보험, 기타 책임)*에 관하여 비용 부담에 대한 귀하의 *이의 제기*를 거부했습니다. 그 이유는 *이해하기 쉬운 언어를 사용하여 거부 사유에 대해 명확하고 간결한 설명 기재*. 추가 정보가 필요한 경우 어떤 추가 정보가 필요한지 *및/또는* 필요할 경우, 어떤 추가 조치를 취해야 하는지 명시합니다.

결정이 적절하지 않다고 생각될 경우 *이의 제기*할 수 있습니다. 첨부된 “가입자 권리” 정보 통지에 *이의 제기 방법*이 나와 있습니다. 또한 *이의 제기 시 도움*을 받을 수 있는 곳도 나와 있습니다. 이는 무료 법률 지원을 의미합니다. *이의 제기 시 도움*이 되는 모든 정보 또는 문서를 첨부할 것을 권장합니다. 첨부된 “가입자 권리” 정보 통지에는 *이의 제기 시 준수*해야 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 플랜*에 연락하십시오.

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.



Alameda County Behavioral Health Care Services

A Department of Alameda County  
Health Care Service Agency

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 대해 답변을 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*