



Behavioral Health Department

Alameda County Health

Karyn Tribble, PsyD, LCSW

Director

불리한 혜택 결정 통지 - 시기 적절한 접근 치료 요청 관련 정보

날짜

수혜자 이름

주소

시, 주 우편번호

치료 제공자 이름

주소

시, 주 우편번호

제목: 요청된 서비스

가입자 또는 가입자의 제공자[요청 제공자 이름]은(는) 플랜에 대해 플랜에 획득 또는 승인을 요청했습니다. 플랜 또는 요청 제공자 이름은(는) 수 영업일 이내에 서비스를 제공하지 않았습니다. 저희 기록에는 요청일에 귀하가 서비스를 요청했거나 귀하를 대신하여 서비스가 요청되었다고 나와 있습니다.

시기적절한 서비스 제공이 지연되고 있는 점을 사과드립니다. 저희는 귀하의 요청을 처리하고 있으며 요청된 서비스를(을) 곧 제공해 드릴 것입니다.

이 결정에 대해 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.

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



Alameda County Behavioral Health Care Services

A Department of Alameda County
Health Care Service Agency

첨부 F

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