# 불리한 혜택 결정 통지서

# 귀하의 치료 요청에 관한 결정

#### 날짜

## *수혜자 이름* *치료제공자 이름*

*주소* *주소*

*시, 주, 우편 번호* *시, 주, 우편 번호*

### RE: *요청한 서비스*

요청한 제공자의 이름 님은 샌디에이고 카운티 행동건강 서비스(플랜)(Behavioral Health Services(The Plan))에 귀하가 이미 받은 다음 서비스에 대한 지급 승인을 요청했습니다. 요청한 서비스. 플랜은 귀하의 제공자가 요청한 지급을 거부했습니다.

거부 사유는 다음과 같습니다*쉬운 언어를 사용하여 다음 내용을 삽입: 1. 판결 이유에 대한 명확하고 간결한 설명.* *2. 조치를 뒷받침하는 특정 규정 및 승인 절차에 대한 인용을 포함하여 사용된 기준 또는 지침에 대한 설명. 3. 의학적 필요성에 관한 판결의 임상적 이유*.

**참고: 본 통지서는 서비스에 대한 청구서가 아닙니다. 귀하는 귀하가 받은 서비스에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다.**

이 판결이 잘못되었다고 생각하는 경우 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다. 동봉된 ‘귀하의 권리’ 정보 통지서에 이의 제기 방법이 설명되어 있습니다. 또한, 이의 제기와 관련하여 도움을 받을 수 있는 곳도 나와 있습니다. 이는 무료 법률 지원입니다. 귀하의 이의 제기에 도움이 될 수 있는 모든 정보 또는 문서를 이의 제기 시 함께 보내주시는 것이 좋습니다. 동봉된 ‘귀하의 권리’ 정보 통지서는 이의 제기를 요청할 때 따라야 하는 일정에 관한 정보를 제공합니다.

이 판결을 내리는 데 사용된 모든 정보의 무료 사본을 요청하실 수 있습니다. 여기에는 판결을 내리는 데 사용한 지침, 프로토콜 또는 기준의 사본이 해당됩니다. 이를 요청하려면 아래 나열된 기관 중 하나로 문의하십시오.

**이 통지서에 대해 궁금한 점이 있는 경우 플랜이 도움을 드릴 수 있습니다.**

* 외래 서비스에 대한 도움이 필요한 경우 오전 9시부터 오후 5시 사이에 보건 교육 및 지지를 위한 소비자 센터(CCHEA, Consumer Center for Health Education and Advocacy)에 1-877-734-3258번으로 전화하십시오.
* 입원 또는 상주 서비스에 대한 도움이 필요한 경우 오전 8시부터 오후 5시 사이에 JFS 환자 지지 프로그램(JFS Patient Advocacy Program)에 619-282-1134 또는 1-800-479-2233번으로 전화하십시오.
* 말하거나 듣는 것이 어려운 경우 오전 8시부터 오후 5시 사이에 TTY/TTD 711번으로 전화하여 도움을 받으십시오.

본 통지서 및/또는 플랜의 다른 문서가 대체 의사소통 형식으로 필요한 경우(예:

큰 글꼴, 점자 또는 전자 형식) 또는 자료를 읽는 데 도움이 필요한 경우 접근 및 위기 라인(ACL, Access and Crisis Line)에 1-888-724-7240번으로 전화하여 문의하십시오.

플랜이 만족스럽지 않거나 추가 도움이 필요한 경우 주 메디칼 관리 의료 행정감찰관 사무소(State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office)에서 모든 문의 사항에 대해 도와드릴 수 있습니다. 월요일부터 금요일(공휴일 제외), 오전 8시부터 오후 5시까지(태평양 표준시) 1-888-452-8609번으로 전화할 수 있습니다.

이 통지서는 귀하의 다른 메디칼(Medi-Cal) 서비스에 영향을 미치지 않습니다.

*서명칸*

동봉: ‘귀하의 권리’

언어 지원 공지

수혜자 차별금지 고지

*서신마다 통지서를 동봉*