# 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*

*귀하 또는 귀하의 제공자(요청한 제공자의 이름)* 님은 샌디에이고 카운티 행동건강 서비스(플랜)(Behavioral Health Services(The Plan))에 *요청한 서비스*에 대한 획득 또는 승인을 요청했습니다. 저희의 기록에 따르면 *요청한 날짜*에 귀하가 서비스를 요청했거나 귀하를 대신한 사람이 서비스를 요청했습니다*.* 플랜은 아직 요청에 대한 판결을 내리지 않았습니다.

이 요청에 대한 처리가 지연된 점 사과드립니다. 귀하의 요청을 처리하는 중이며 최대한 빨리 *귀하 또는 귀하의 제공자(요청한 제공자의 이름)* 님께 판결을제공하겠습니다.

귀하는 이 판결에 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 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.

이 통지서 및/또는 플랜의 기타 문서가 큰 글꼴, 점자 또는 전자 형식과 같은 대체 의사소통 형식으로 필요하거나 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