

불리한 혜택 결정 통지서
귀하의 치료 요청에 관한 결정

날짜

수혜자 이름
주소
시, 주, 우편 번호

치료제공자 이름
주소
시, 주, 우편 번호

RE: 요청한 서비스

본 통지서는 샌디에이고 카운티 행동건강 서비스(플랜)(Behavioral Health Services(The Plan))에서 귀하의 상태가 전문정신건강 서비스를 받기 위한 의학적 필요성 기준을 충족하지 않는다고 결정했음을 알려드립니다.

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

귀하는 전문정신건강 서비스를 받을 자격을 충족하지 않았지만 *정신건강 서비스를 담당하는 의료 보험 또는 단체(예: 신체적의료제공자)에서 비전문정신건강 서비스를 받을 수도 있습니다. 그곳에 전화번호번호로 전화하실 수 있습니다. 해당되는 경우, 회원에게 필요한 치료 및/또는 추가 후속 조치를 조정하기 위해 플랜이 취한 추가 조치를 삽입합니다.*

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 1-877-734-3258 번으로 전화하십시오.

회사 레터헤드

- 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 1-800-479-2233 번으로 전화하십시오.
- 말하거나 듣는 것이 어려운 경우 오전 8시부터 오후 5시 사이에 TTY/TTD 711 번으로 전화하여 도움을 받으십시오.

현재 서비스를 받고 있고 이의 제기에 대한 판결을 기다리는 동안 서비스를 계속 받으려면, 이 서신에 기재된 날짜로부터 10일 이내에 또는 귀하의 정신건강보험에 서비스가 중단 또는 축소될 것이라고 명시된 날짜 이전에 주 공정회를 요청해야 합니다.

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 1-888-724-7240 번으로 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) 1-888-452-8609 번으로 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