# 이의 제기 해결 통지서

#### 날짜

## *회원 이름* *치료제공자 이름*

*주소* *주소*

*시, 주, 우편 번호* *시, 주, 우편 번호*

### RE: *요청한 서비스*

귀하 또는*요청 제공자 또는 위임 대리인의 이름*,귀하의 대리인은 *요청한 서비스*의 [ ] 거부 [ ]  지연 [ ]  수정 [ ]  종료에 대한 이의를 제기했습니다.

플랜(Plan)은이의 제기를 검토한 후 원래 판결을 번복하기로 결정했습니다.

이제 이 요청은 승인되었습니다.

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

*플랜 또는 제공자* 은(는) 72시간 이내에 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.

**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 통지 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)에1-888-724-7240 또는 TTY/TDD 711번으로 전화하십시오.

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.

*서명칸*