

# 혜택 부적합 결정 통지서

# - 귀하의 치료 요청에 관한 결정

####  Click or tap to enter a date.

Name of Beneficiary Name of Program/Clinic

## Address Address

City, State, Zip City, State, Zip

### 관련: Service Requested

Name of the requestor물었다. County Mental Health Plan (MHP) 승인하려면 service requested. 그러나 당 기관은 이 치료 요청을 승인할 수 없습니다. 이유는 다음과 같습니다. Add the following in clear language: 1. A clear and brief explanation of the decision; 2. Description of the standards or guidelines used, including specific regulations advocating for the decision or the approval process of the insurer and: 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.

대신, 다음과 같은 치료를 승인할 것입니다: The duration of the service or approved service.

본 결정이 잘못되었다고 생각하는 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 동봉한 "귀하의 권리" 정보에 이의 제기 방법이 설명되어 있습니다. 또한, 이의 제기를 위해 도움을 받을 수 있는 곳도 나와 있습니다. 이는 무료 법률 지원입니다. 이의 제기를 뒷받침할 만한 모든 정보나 서류와 함께 이의 제기를 제출하는 것이 좋습니다. 동봉한 "귀하의 권리" 정보 통지서에는 이의 제기를 요청할 때 따라야 할 일정 정보가 나와 있습니다.

본 결정을 내리는 데 이용된 모든 정보의 무료 사본을 요청하실 수 있습니다. 이러한 정보에는 당 기관에서 결정을 내리는 데 사용한 가이드라인, 프로토콜 또는 기준의 사본도 포함됩니다. 이를 요청하려면 (866) 308-3074번으로 Orange County MHP에 전화하십시오.

현재 서비스를 받고 있으며 당 기관에서 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 내리는 동안 계속 서비스를 받길 원하는 경우, 통지서에 기재된 날짜로부터 10일 내에 또는 귀하의 정신 건강 보험에서 서비스를 중단하거나 축소하는 날짜 이전에 이의 제기를 요청해야 합니다.

본 통지서와 관련한 문의 사항이 있는 경우 보험 사업자가 도움을 드릴 수 있습니다. 도움이 필요하시면 월요일~금요일 오전 8:00 ~ 오후 5:00 사이에 (866) 308-3074번으로 Orange County MHP에 전화하실 수 있습니다. 말하거나 듣는 데 불편함이 있는 경우, 월요일~금요일 오전 8:00 ~ 오후 5:00 사이에 TTY/TTD 번호인 (866) 308-3073번으로 전화하여 도움을 요청하실 수 있습니다.

보험 사업자를 통해 전달받은 본 통지서 및/또는 기타 문서를 큰 글씨체, 점자 또는 전자 형식으로 받길 원하거나 자료를 읽는 데 도움이 필요한 경우 (866) 308-3074번으로 전화하여 Orange County MHP에 연락하십시오.

보험 사업자의 도움이 만족스럽지 않거나 추가적인 도움이 필요한 경우, State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office에서 귀하의 모든 문의 사항에 대해 지원해 드릴 수 있습니다. 월요일~금요일(공휴일 제외) 오전 8:00 ~ 오후 5:00 (PST) 사이에 1-888-452-8609번으로 전화하실 수 있습니다.

본 통지서는 귀하의 다른 Medi-Cal 서비스에 어떠한 영향도 주지 않습니다.

*Ian Kemmer, LMFT*

*감독*

*권위 및 품질 개선 서비스*

동봉: "귀하의 권리"

 언어 지원 태그라인

 비차별 통지서

Enclosed notice with each letter