

# 혜택 부적합 결정 통지서

# - 치료 요청에 관한 결정

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

##  Beneficiary’s Name Treating Organization’s Name

 Address Address

 City, State Zip City, State Zip

### 관련: Service requested

Name of requestor 은 Orange County Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) 에 service requested을 승인하도록 요청했으며 요청이 거부되었습니다. 거부 이유는 다음과 같습니다. Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.

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) 308-3074번으로Orange County DMC-ODS에전화하십시오.

현재 서비스를 받고 있으며 당 기관에서 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 내리는 동안 계속 서비스를 받길 원하는 경우, 통지서에 기재된 날짜로부터 10일 내에 또는 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 DMC-ODS에 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 받 원하거나 자료를 읽는 데 도움이 필요한 경우 (866) 308-3074번으로 전화하여 Orange County DMC-ODS에 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.

*Azahar V. Lopez, PsyD, CHC*

*Assistant Deputy Director*

*Quality Management Services (QMS)*

동봉: "귀하의 권리"

 언어 지원 태그라인

 수혜자 비차별 통지서

*Enclose notice with each letter*