# [Insert Provider Name, Address, Phone Number]

# 보장 결정 서신

***중요 사항:*** *본 통지서와 관련하여 도움이 필요하시면,* ***SCAN Health Plan****에**800-559-3500(TTY: 711)번으로* ***연락하시거나 캘리포니아주 의료 서비스부(DHCS) 옴부즈맨 사무국****에 1-888-452-8609(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오.*

## <Date of Letter>

[*Insert Member name*]

[Member Address 01]

[Member Address 02]

가입자 건강 플랜 ID: [Member ID]

본 서신의 내용과 관련된 서비스/항목: [service/item that was requested].

[Group Name]은(는) SCAN과 계약을 맺은 의료 서비스 제공자입니다.

본 서신에서 SCAN Health Plan/[provider name]은(는) '당사 플랜' 또는 '당사'라고 합니다. SCAN은 Medicare 및 Medi-Cal과 계약하여 두 프로그램에 대한 보장을 제공하는 건강 플랜입니다. 저희 플랜은 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 서비스, 그리고 귀하의 담당 의사, 병원, 약국 및 기타 의료 서비스 제공자와 조율합니다.

### 당사 플랜은 아래에 열거된 <의료 서비스/물품 *or* 파트 B 의약품>을 <거부 *or* 부분 거부 *or* 축소 *or* 중단 *or* 유예 *or* 변경>했습니다.

[Free text - *Insert description of medical service/item or Part B drug, including the amount, duration, and scope, of what the enrollee requested (e.g., physical therapy visits 2 times per week for 1 year), and the outcome, denied, partially denied, reduced, stopped, suspended, or changed, and include the doctor or provider’s name if a particular doctor or provider requested the service or item. If a service or item request is partially denied, reduced, or changed, include specifically what was requested and what is approved (e.g., We are approving acupuncture services for 3 months instead of a full year, or We are approving moving a toilet to the south wall instead of the east wall of the bathroom, or We previously approved 18 acupuncture visits per year but are now reducing the visits to only allow 10.)*]

[*Insert this paragraph if this is a post-service case for which there is no member liability:* **이** [*insert as applicable:*  **의료 서비스/용품** *or* **파트 B 의약품**]**에 대해 귀하께서 청구받거나 지불해야 하는 금액은 없습니다.**]

당사 플랜은 다음과 같은 이유로 이러한 결정을 내렸습니다 [Free text - *Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the medical service/item or Part B drug was denied and include state or federal law and/or Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions to support the decision in plain language. The plain language explanation of the decision should include: (1) relevant context for the decision* *(e.g., if the medical service/item or Part B drug was approved for the enrollee in the past, the description should include what was previously approved, when it was approved and by whom, and what has changed or is otherwise different now); (2) coverage information considered including Medicare and Medi-Cal coverage benefits; and, (3) if applicable, information on how or why the requested service or item is not supported by the enrollee’s needs – see instructions for more information*].

[*Insert this paragraph if denial will result in a stoppage, suspension, or reduction of a medical service/item or Medicare Part B drug the individual has already been receiving:* **당사 플랜은** <**effective date**>**에 귀하의** <**의료 서비스/용품** *or* **파트 B 의약품**>**을** <**축소** *or* **중단** *or* **유예**>**합니다.** 이의 제기 기간 동안 <의료 서비스/용품 *or* Medicare 파트 B 의약품을 계속 받는 방법에 관한 정보는 본 서신 뒷부분에 있는 "이의 제기 기간 동안 의료 서비스/용품 *or* Medicare 파트 B 의약품>을 계속 받는 방법" 섹션을 참고하십시오.]

## 귀하는 당사의 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다.

당사 플랜의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 본 서신을 <의사 *or* 의료 서비스 제공자>와 공유하고 다음 단계에 대해 문의하십시오. 귀하가 이의를 제기하여 당사 플랜이 결정을 변경하는 경우, 당사는 <의료 서비스/용품 or 파트 B 의약품> 비용을 지급할 수 있습니다.

<provider phone number for appeal requests>(TTY: <TTY number>)번으로 전화하여 당사가 결정을 내리는 데 사용한 정보의 사본을 무료로 요청하실 수도 있습니다. 여기에는 의료 기록, 가이드라인, 기타 문서가 포함될 수 있습니다. 이의 제기 여부를 결정하는 데 도움이 되도록 이 정보를 담당 <의사 *or* 의료 서비스 제공자>에게 보여주어야 합니다.

[*Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text*] **까지 당사 플랜에 이의를 제기해야 합니다.** 합당한 이유가 있는 경우, 당사 플랜은 시간을 더 늘릴 수도 있습니다.

## 이의 제기에는 두 가지 종류가 있습니다.

**당사 플랜에는 표준 이의 제기와 빠른 이의 제기가 있습니다.**

1. **표준 이의 제기**를 요청하는 경우, **당사가 귀하의 이의 제기를 받은 후** 결정을 서면으로 [*for a Part B drug, insert:* **역일로 7일** *or**for any other medical service/item, insert:***역일로 30일]** 내로 보내드립니다.
2. **빠른 이의** 제기를 요청하는 경우, 당사 플랜은 **이의** **제기를 접수한 후** **72시간** 내로 결정을 내립니다. 귀하 또는 귀하의 <의사 *or* 의료 서비스 제공자>가 [*for a Part B drug, insert:* **역일로 7일까지** *or**for any other medical service/item, insert:* **역일로 30일까지**] 결정을 기다리는 동안 귀하의 건강 상태가 **심각하게 좋지 않아질 거**라고 생각하는 경우에는 빠른 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 귀하의 <**의사** *or* **의료 서비스 제공자**>**가** **귀하를 위해 이의 제기를 요청**하거나 귀하의<**의사** *or* **의료 서비스 제공자**>**가 귀하의 요청을 지원**하는 경우 당사 플랜은 **자동으로** 귀하에게 빠른 이의 제기를 제공합니다.<의사 *or*의료 서비스 제공자>의 지원 없이 빠른 이의 제기를 요청할 경우, 당사 플랜에서 귀하가 빠른 이의 제기를 할 수 있는지 여부를 결정합니다. 당사 플랜이 빠른 이의 제기를 승인하지 않는 경우, 당사는 귀하의 이의 제기에 대해 [*for a Part B drug, insert:* **역일로 7일** *or for any other medical service/item, insert:* **역일로 30일**] 내로 결정을 내립니다.

[*Delete this paragraph if the letter is for a denial of a Part B drug:* 표준 이의 제기와 빠른 이의 제기 모두 귀하가 시간을 더 요청하거나 당사가 귀하에게 추가 정보를 받아야 하는 경우 당사는 결정을 내리는 데 시간이 더 오래 걸릴 수 있습니다. 당사 플랜이 시간이 더 필요한 경우 서신을 보내 시간이 왜 더 필요한지 알려드릴 것입니다.]

## 이의를 제기하는 방법

귀하, 귀하를 대신할 대리인으로서 서면으로 지정된 사람(친척, 친구, 변호사 등) 또는 담당 <의사 *or* 의료 서비스 제공자>는 이의를 제기할 수 있습니다. 다음 방법 중에서 하나를 선택하여 당사 플랜에 연락해 이의를 제기할 수 있습니다.

* **전화:** 1-800-559-3500(TTY: 711)
* **팩스:** 1-562-989-0958
* **우편:** 다음 주소로 우편을 보내주십시오.

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

* **내방:** 이곳으로 전해 주십시오.

SCAN Health Plan  
3800 Kilroy Airport Way, Suite 100

Long Beach, CA 90806

서면으로 이의를 제기하는 경우 사본을 보관하십시오. 전화해 주시면 전화로 말씀하신 내용을 담은 서신을 보내드리겠습니다.

이의를 제기하는 경우, 당사 플랜 측에 다음을 제공해야 합니다.

* 본인 성함
* 귀하의 주소 또는 당사가 귀하의 이의 제기에 관한 정보를 보내야 하는 주소(현재 주소가 없는 경우에도 이의 제기를 할 수 있습니다.)
* 당사 플랜의 본인 가입자 번호
* 귀하가 당사의 결정에 이의를 제기하는 이유
* 표준 또는 빠른 이의 제기를 원하는 경우 (빠른 이의 제기가 필요하면 필요한 이유를 말씀해 주십시오.)
* 저희 플랜이 검토해 줬으면 하는 <의료 서비스/용품 *or* 파트 B 의약품>이 필요한 이유가 나타나 있는 모든 것. 예를 들어, 다음과 같은 것을 보내주실 수 있습니다.
  + 담당 <의사 *or* 의료 서비스 제공자>에게 받은 의료 기록
  + 담당 <의사 *or* 의료 서비스 제공자>에게 받은 서신(예: 빠른 이의 제기가 필요한 이유가 나타나 있는 <의사 *or* 의료 서비스 제공자>의 진술서)
  + 또는 <의료 서비스/용품 *or* 파트 B 의약품>이 필요한 이유가 나타나 있는 기타 정보

이의 제기 방법에 관한 자세한 정보를 얻으시려면, 가입자 서비스부   
1-800-559-3500(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 자세한 정보는 당사 플랜의 *가입자 안내서(보장 증명서),* 9장 문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)에서도 확인할 수 있습니다. *가입자 안내서(보장 증명서)* 최신 사본은 당사 웹사이트 www.scanhealthplan.com에서 확인하거나 당사 플랜에 전화하여 확인할 수 있습니다.

## 이의 제기 중에 <의료 서비스/용품 *or* 파트 B 의약품>을 계속 받는 방법

본 서신의 첫 페이지에 열거된 <의료 서비스/용품 *or* Medicare 파트 B 의약품>을 이미 받고 있는 경우, 이의 제기 중에도 계속 받도록 요청할 수 있습니다.

* [*Insert continuation of benefits request filing date in month, date, year format. Date will be the later of the following: (1) 10 calendar days from date of letter (or later than 10 calendar days, if required by the state) or (2) date the decision takes effect. Insert date in bold text*]**까지 이의를 제기하여 귀하의** <**의료 서비스/용품** *or* **Medicare 파트 B 의약품**>**을 계속 받을 수 있도록 요청해야 합니다*.***
* 당사 플랜에 연락하는 방법에 대한 정보는 본 서신의 앞부분에 있는 "이의 제기 방법" 섹션을 참고해 주십시오.
* [*Insert continuation of benefits request filing date*]까지 <의료 서비스/용품 *or* Medicare 파트 B 의약품>을 계속 요청하실 경우, 이의 제기 중에도 <의료 서비스/용품 *or* Medicare 파트 B 의약품>은 동일하게 유지됩니다.
* 귀하의 <의사 *or* 의료 서비스 제공자>가 귀하를 대신하여 이의 제기를 제기하고 귀하가 <의료 서비스/용품 *or* Medicare 파트 B 의약품>을 계속 받기를 원하는 경우, 귀하의 <의사 *or* 의료 서비스 제공자>는 귀하의 서면 동의서가 반드시 필요합니다.

## 그 다음 절차

귀하가 이의를 제기한 후, 당사 플랜은 귀하에게 이의 제기 승인 또는 거부를 알리는 이의 제기 결정 서신을 보냅니다. 당사 플랜이 본 보장 결정 서신의 첫 페이지에 열거한 <의료 서비스/용품*or* 파트 B 의약품>을 계속 거부하는 경우, 이의 제기 결정 서신으로 Medicare 레벨 2 이의 제기에 관한 정보 또는 주 공정 심리라고도 불리는 공정 심리를 캘리포니아주에 요청하는 방법 등 이후 절차를 알려드릴 것입니다.

## 이의 제기와 관련된 도움이 필요한 경우 해야 할 일

다른 사람이 귀하를 대신하여 이의를 제기하고 조치를 취하도록 할 수 있습니다. 아래 단계에 따라, 먼저 서면으로 귀하의 '대리인' 자격을 지정해야 합니다. 친척, 친구, 변호사, 의사, 의료 서비스 제공자 또는 귀하가 신뢰하는 사람이 귀하의 대리인이 될 수 있습니다.

다른 사람이 귀하를 대신해 이의를 제기하고자 하는 경우:

* 1-800-559-3500번(TTY: 711)으로 당사 플랜에 전화하여 대리인을 지정하는 방법을 문의해 주십시오. 또는 <https://www.medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me>에 방문하여 확인하십시오.
* 귀하와 귀하의 대리인은 이것이 귀하가 원하는 것임을 진술하는 진술서에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.
* 서명한 진술서를 우편이나 팩스로 당사에 보내주십시오.

SCAN Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

팩스: 1-562-989-0958

* 사본을 보관해 두십시오.

## 도움 받기 및 추가 정보

* SCAN Health Plan **가입자 서비스:** 1-800-559-3500번(TTY: 711)으로 전화하십시오. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 또는 [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com)에 방문하실 수 있습니다.
* **캘리포니아주 의료 서비스부(DHCS) 옴부즈맨 사무국**: 1-888-452-8609(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이의 제기에 문제가 있는 경우, 옴부즈맨 사무소에서 답변해 드릴 수 있습니다. 다음에 해야 할 일을 이해할 수 있도록 도움을 드릴 수도 있습니다. 이들은 당사 플랜 또는 어떠한 보험 회사나 건강 플랜과도 관련이 없습니다. 서비스는 무료입니다.
* **건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP):** 전화 1-800-434-0222번으로 연락하십시오. HICAP 상담사들은 이의 제기 방법을 포함한 Medicare 문제와 관련된 도움을 드릴 수 있습니다. HICAP은 어떤 보험 회사나 건강 플랜과도 연관되어 있지 않습니다. 서비스는 무료입니다.
* **Medicare:** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 전화해 주십시오(TTY 사용자는 1-877-486-2048번). 또는 [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)에 방문해 주십시오.
* **옴부즈맨 Medi-Cal 관리형 진료 및 정신 건강 사무소:** 1-888-452-8609   
  로 전화하십시오.
* **Medicare 권리 센터:** 1-800-333-4114번으로 전화하거나 [www.medicarerights.org](http://www.medicarerights.org/)에 방문하십시오.
* **노인 돌봄 센터 위치 찾기(Eldercare Locator)**: 1-800-677-1116번으로 전화하거나 [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov)에 방문하여 거주 지역사회에서 도움을 구하십시오.

본 문서는 스페인어, 중국어 또는 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 받을 수 있습니다. 1-800-559-3500번(TTY: 711)으로 전화하십시오. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 통화는 무료입니다.

귀하는 Medicare 정보를 큰 활자, 점자, 오디오와 같은 이용 가능한 형식으로 받을 권리가 있습니다. 또한 차별을 받았다고 생각하는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다. 자세한 정보는 Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는   
1-877-486-2048번으로 전화하시면 됩니다.