[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**서비스 이용 전 요청에 대한 기각 통지**

[Date]

[Name of Member]

[Address]

|  |
| --- |
| 안녕하십니까? [Name of Member] 님,  저희는 최근 다음과 같은 요청을 받았습니다. [Insert**:** brief description of requested outpatient care/pre-services].  죄송하지만, 해당 요청 건을 현재 처리해드릴 수 없습니다.  이유는 다음과 같습니다.  [For inadequate AOR:] 요청과 함께 제출된 대리인 지명(AOR) 양식이 현재 유효하지 않습니다. [Free text: Include **Why/What is missing** in the form to make it invalid (examples: no signature; out of date) is missing.] 업데이트된 AOR 양식을 제출해 주십시오.  [For invalid requestor:] 요청을 하는 개인 또는 기관은 적절한 대리인 지명(AOR) 양식 접수 없이는 귀하에 대한 요청을 하는 것이 허용되지 않습니다. 최신 AOR 양식을 기입한 후 제출해 주십시오.  [For death – request from physician:] 저희는 이 가입자분께서 돌아가셨다는 정보를 받았습니다. 만약 이 정보가 틀린 정보라면 SCAN으로 연락해 주시기 바랍니다.  [For timely verbal/written request for withdrawal of their initial determination request:] 저희는 원래의 요청을 철회해달라는 요청을 받았습니다. |
| **귀하께서 다음으로 할 수 있는 조치**   1. 이러한 결정에 대해 이의 제기를 하실 수 있습니다. 귀하의 이의 제기는 본 기각 통지 날짜를 기준으로 **역일로 60일** 이내에 접수되어야 합니다.   본 ***보장 요청 기각 통지***의 사본과 함께 귀하의 이의 제기를 뒷받침하는 정보를 동봉해 주시고 기각 결정이 맞지 않다고 생각하시는 이유의 설명을 포함시켜 주십시오. 이의 제기를 하시려면 저희 고충 및 이의 제기부로 연락해 주십시오. |
| SCAN  Attn: Grievance and Appeals Department  P.O. Box 22644  Long Beach, CA 90801-5644  전화: 1-800-559-3500  TTY 사용자 전화: 711  팩스: 1-562-989-0958 |
| 1. 이 기각 결정을 취소해줄 것을 요청하려면 저희 가입자 서비스 팀에게 연락해 주십시오. 또는 귀하의 요청을 뒷받침하는 추가 정보를 포함하여 서면 요청을 하실 수도 있습니다.   이 기각 결정을 취소해달라는 귀하의 요청은 본 통지 날짜로부터 반드시 **6개월** 이내로 접수되어야 합니다. 귀하의 요청을 뒷받침하는 정보와 함께 이 *보장 요청 기각 고지* 사본을 포함시켜 주십시오. |
| [Insert Provider Name, Address, Phone Number] |

**궁금한 점이 있으십니까?**

SCAN 가입자 서비스부가 도와 드리겠습니다.

1-800-559-3500 (TTY: 711)번으로 연락해 주십시오.

* 10월 1일-3월 31일 기간 중 업무 시간: 주 7일, 오전 8시-오후 8시.
* 4월 1일-9월 30일 기간 중 업무 시간: 월요일-금요일, 오전 8시-오후 8시.
* 휴일과 업무 시간 외 시간에 수신된 메시지는 업무일로 1일 이내에 답변을 드립니다.]

[C: Requesting Provider Name]

[Requesting Provider Address]

[C: PCP]

[PCP Address]