[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**보장 요청 기각 통지**

**날짜:** LETTER\_DATE

**가입자 이름:** MEMBER\_FIRST\_NAME MEMBER\_MIDDLE\_NAME MEMBER\_LAST\_NAME

**가입자 주소:**

MEMBER\_MAILING\_ADD1 MEMBER\_MAILING\_ADD2

MEMBER\_MAILING\_CITY, MEMBER\_MAILING\_STATE MEMBER\_MAILING\_ZIP

**가입자 ID 번호:** BSUBSCRIBER\_IDBMEMBER\_SUFFIX

|  |  |
| --- | --- |
| 건강 플랜 이름: SCAN Health Plan | 전화: 1-800-559-3500 (TTY: 711) |

귀하가 <insert date>에제출한 보장 요청을 기각했습니다.

다음과 같은 이유로 귀하의 요청을 처리할 수 없습니다. <*explain the specific reason for dismissal and what is missing from the request -- e.g., person making the request is not a proper party and there isn’t an appointment of representation (AOR) form. See* [*42 CFR §§ 422.568(g)*](https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-422/section-422.568#p-422.568(g))*,* [*422.631(e)*](https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-422/section-422.631#p-422.631(e))*,* [*423.568(i)*](https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-423/section-423.568#p-423.568(i)) *and the* [*Parts C & D Enrollee Grievances, Organization/Coverage Determinations, and Appeals Guidance*](https://www.cms.gov/medicare/appeals-grievances/prescription-drug) *for when it may be appropriate to dismiss a coverage request.*>

[For inadequate AOR:] 요청과 함께 제출된 대리인 임명(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 [Free text: Include Why/What is missing in the form to make it invalid (examples: no signature; out of date) is missing.]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 제출하십시오.

[For invalid requestor:] 요청을 제기한 개인 또는 단체는 적절한 대리인 임명(AOR) 양식을 수령하지 않고는 귀하를 대신하여 그러한 요청을 할 수 없습니다. 현재 AOR 양식을 작성하여 제출하십시오.

[For death – request from physician:] 가입자 님이 사망하셨다는 소식을 들었습니다. 이 정보가 올바르지 않은 경우 SCAN에 연락해 주십시오.

[For timely verbal/written request for withdrawal of their initial determination request:] 기존 요청을 철회해 달라는 요청을 받았습니다.

**다음에 수행할 작업**

**보장 요청을 기각하는 당사의 결정에 동의하지 않을 경우,** 다음 두 가지 옵션이 있습니다.

1. 당사가 귀하의 보장 요청을 부당하게 기각했다고 생각하는 경우(예: 귀하가 <*insert reason* (e.g., you are a proper party)>(이)라고 믿는 경우), 귀하는 당사에 기각 검토를 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의 제기는 본 기각 통지일로부터 **65일(역일**) 이내에 다음 주소로접수되어야 합니다. 이의 제기 시 모든 지원 정보와 더불어 **본 *보장 기각 통지* 사본을 포함하여** 기각이 부당하다고 생각하는 이유를 설명하십시오. 고충 및 이의제기부에 연락하여 이의를 제기하십시오.

SCAN Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

Tel: 1-800-559-3500

TTY 사용자 전화: 711

Fax: 1-562-989-0958

1. 귀하는 당사에 기각 조치를 보류(취소)하도록 요청할 수 있습니다. <*insert reason* *for finding good cause--e.g., a finding that the person who made the request is a proper party*>(으)로 인하여 기각을 취소할 합당한 사유가 있다고 판단되는 경우, 당사는 기각을 취소하고 귀하의 보장 요청을 검토할 것입니다. 이 기각을 취소하기 위한 귀하의 요청은 이 통지일로부터 **6개월** 이내에 다음 주소로당사 사무실에 접수되어야 합니다. 요청 시 모든 지원 정보와 더불어 본 *보장 요청 기각 통지*의 사본을 포함하십시오.

[Insert Provider Name, Address, Phone Number, Fax Number]

이 통지에 대해 궁금한 점이 있으면 다음으로 문의하십시오.

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]