[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

의료 보장 거부 통지

**날짜:LETTER DATE 가입자 번호:** BSUBSCRIBER

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

<Insert other identifying information, as necessary (e.g., provider name, enrollee’s Medicaid number, service subject to notice, date of service)>

**귀하의 의료 서비스/항목에 대한 보장이 <Insert appropriate term: 부분적으로 승인, 거부>되었습니다.**

저희는 귀하 또는 귀하의 담당 의사가 요청한 아래 나열된 <의료 서비스/물품 또는 파트 B 의약품>을 <Insert appropriate term: 거부, 부분 승인, 중단, 축소, 유예>했습니다.

[Free text]

**보장이 <Insert appropriate term: 거부, 부분 승인, 중단, 축소, 일시 중단>된 이유는 무엇입니까?**

저희는 다음과 같은 이유로 위에 열거된 <*의료 서비스/물품 또는 파트 B 의약품>*을 <Insert appropriate term: 거부, 부분 승인, 중단, 축소, 유예>했습니다. {Provide specific rationale for decision and include State or Federal law and/or Evidence of Coverage provisions to support decision}:

이 결정문의 사본을 담당 의사와 공유하고 다음 단계를 논의하십시오. 의사가 귀하를 대신하여 보장을 요청한 경우, 저희는 이미 이 거부 통지서의 사본을 의사에게 보냈습니다.

**귀하는 당사의 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다.**

귀하는 본 통지일로부터 **65일(역일)** 이내에 SCAN 에 이의 제기를 하여 당사의 결정을 검토해 줄 것을 요청할 권리가 있습니다. 65일 이후에 이의 제기를 하는 경우 이의 제기가 지연된 이유를 설명해야 합니다. 다음 페이지에서 “SCAN 에 이의 제기를 하는 방법”을 참조하십시오.

[**귀하의 사례를 검토하는 동안 서비스를 유지하는 방법:** 당사가 서비스를 중단 또는 축소하는 경우, 귀하는 사례가 검토되는 동안 서비스를 계속 받을 수 있습니다. **서비스를 지속하려면** 본 통지일로부터 **10일 이내에** 또는 서비스 중단 또는 축소 이전 중 나중에 해당하는 시점 전에 **이의를 제기해야 합니다**. 의사가 서비스를 계속 받아야 한다는 데 반드시 동의해야 합니다. 이의 제기가 받아들여지지 않는 경우 이러한 서비스에 대한 비용을 귀하가 지불해야 할 수 있습니다.]

**다른 사람이 귀하를 대리하기를 원하는 경우**

친척, 친구, 변호사, 의사 또는 그 외 사람을 귀하의 대리인으로 지정할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대리하기를 원하는 경우, 1-800-559-3500 번으로 전화하여 대리인을 지정하는 방법을 알아보십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오.

**귀하의 이의 제기 권리에 관한 중요 정보**

**SCAN 에 이의 제기를 할 때는 2가지 종류가 있습니다.**

**표준 이의 제기**

* **서비스 요청**: 아직 받지 않은 서비스의 경우, 귀하의 이의 제기를 받은 후 서면 결정을 <insert appropriate timeframe for 의료 서비스/물품 또는 Medicare 파트 B 의약품: 30일, 7일>[insert for requests for medical service/item 내로 알려드립니다. 귀하가 연장을 요청하시거나 저희가 귀하의 사례에 관해 추가 정보가 필요한 경우 결정이 더 오래 걸릴 수도 있습니다. 추가로 시간이 더 걸리는 경우 말씀드리고 시간이 더 필요한 이유를 설명해 드리겠습니다.]
* **지급 요청**:귀하가 이미 받은 <의료 서비스/물품 또는 Medicare 파트 B 의약품>의 지불과 관련된 이의 제기의 경우, 60일 이내에 서면으로 결정을 알려드립니다. 귀하가 이미 받은 <의료 서비스/물품 또는 Medicare 파트 B 의약품>의 환급을 요청하는 경우에는 빠른 이의 제기를 요청할 수 없습니다.

**빠른 이의 제기(서비스 요청에만 사용 가능)**

* 이의 제기를 접수한 후 72시간이내에 빠른 이의 제기에 대한 결정을 알려드립니다. 귀하 또는 담당 의사가 표준 이의 제기를 기다리는 것이 귀하의 건강을 심각하게 해칠 수 있다고 생각하는 경우 빠른 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
* 의사가 귀하를 위해 빠른 이의 제기를 요청하거나 귀하의 요청을 지원하는 경우 자동으로 빠른 이의 제기가 진행됩니다. 의사의 지원이 없는 빠른 이의 제기의 경우, 빠른 이의 제기가 필요한지 저희가 결정합니다. 빠른 이의 제기가 이루어지지 않으면 표준 이의 제기로 처리됩니다.

**SCAN 에 이의 제기를 하는 방법**

**제1단계:** 귀하, 대리인 또는 담당 의사는 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 귀하의 서면 요청에 반드시 포함되어야 할 사항:

* 본인 성함
* 주소
* 플랜 가입자 번호
* 이의 제기 이유
* 표준 이의 제기를 원하는지 또는 빠른 이의 제기를 원하는지 여부(빠른 이의 제기의 경우 그 이유를 설명)
* 당사에서 검토해 주기를 원하는 의료 기록, 의사 진술서 또는 <의료 서비스/물품 또는 Medicare 파트 B 의약품>이 필요한 이유를 설명하는 기타 정보와 같은 증거.

이의 제기를 하는 데 마감 시한을 놓치신 경우에는 연장을 요청할 수 있으며 여기에는 지연 사유가 포함되어야 합니다.

저희에게 제출하는 모든 서류의 사본을 기록용으로 보관해 두십시오. 귀하는 이의 제기 이전 또는 도중에 당사가 결정을 내리는 데 사용한 의료 기록 및 기타 서류의 열람을 요청할 수 있습니다. 또한 당사가 결정을 내리는 데 사용한 지침의 사본을 무료로 요청할 수도 있습니다.

**제2단계:** 우편, 전화, 팩스 또는 온라인으로 이의 제기를 제출하십시오.

**표준 이의 제기의 경우:**

우편 주소:

SCAN Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

1-800-559-3500

TTY 사용자 전화: 711

팩스:

팩스: 1-562-989-0958

웹사이트:

www.scanhealthplan.com

직접 제출 주소:

SCAN Health Plan

3800 Kilroy Airport Way, Suite 100

Long Beach, CA 90806

**빠른 이의 제기:**

전화: 1-800-559-3500

TTY 사용자 전화: 711

팩스: 1-562-989-0958

웹 사이트: www.scanhealthplan.com

**향후 진행 절차는 어떻게 되나요?**

귀하가 이의 제기를 하는 데 저희가 계속해서 <medical service/item or Medicare Part B drug>에 대한 귀하의 요청을 거부하는 경우, 저희는 귀하의 사례를 자동으로 독립 심사기관으로 이관합니다. 독립 심사기관에서 귀하의 요청을 거부하는 경우, 서면으로 결정을 알리고 귀하께 추가로 이의 제기를 할 권리가 있는지 설명해드립니다.

**도움 받기 및 추가 정보**

* SCAN 수신자 부담 전화: 1-800-559-3500. TTY 사용자 전화: 711. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 또는 www.scanhealthplan.com에 방문하십시오.
* 1-800-MEDICARE **Medicare:** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227), 주 7일, 24시간 운영. TTY 사용자 전화: 1‑877‑486‑2048.
* **Medicare 권리 센터:** 1-888-HMO-9050.
* **Elder Care 위치 찾기:** 1-800-677-1116 또는 [Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx](http://Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx)로 전화하여 지역사회에서 도움을 받으십시오.
* **주 건강 보험 프로그램:** 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하여 무료로 맞춤형 건강 보험 상담을 받으십시오. SHIPhelp.org를 방문하거나 1-877-839-2675로 전화하여 지역의 SHIP 연락처를 받으십시오.

**다른 형식으로 정보 받기**

귀하는 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같이 접근 가능한 형식으로 Medicare 정보를 받을 권리가 있습니다. 또한 차별을 받았다고 생각하는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다. 자세한 내용은 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://gcc02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.medicare.gov%2Fabout-us%2Fnondiscrimination%2Faccessibility-nondiscrimination.html&data=05%7C01%7CSabrina.Edmonston%40cms.hhs.gov%7Cf9660dff7be64273aaca08da37806d63%7Cd58addea50534a808499ba4d944910df%7C0%7C0%7C637883321967786495%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=JicYRpGPqKvuHzPrkxsak8cYevEYUNvJOAvziqekgWg%3D&reserved=0)를 방문하거나 1‑800‑MEDICARE(1‑800‑633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하시면 됩니다.

**PRA 공개 성명**

1995년 문서감축법에 따라 유효한 OMB 관리 번호가 표시되어 있지 않으면, 정보 수집에 응하지 않아도 됩니다. 이 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-0829입니다. 이 정보 수집은 의료 서비스 또는 지불 요청의 전부 또는 일부가 거부될 때 Medicare 건강 플랜이 제공해야 하는 통지를 위한 것입니다. 이 정보 수집을 완료하는 데 걸리는 시간은 지시 사항 검토, 기존 데이터 리소스 검색, 필요한 데이터 수집 및 정보 수집을 검토하고 완료하는 데 걸리는 시간을 포함하여 응답당 평균 10분 미만으로 예상됩니다. 이 정보 수집은 문서감축법의 제1852(g)(1)(B)조와 42 CFR 422.568, 422.572, 417.600(b), 417.840에 명시된 파트 422의 하위 파트 M의 규제 권한에 따라 의무사항입니다. 예상 시간의 정확성에 관한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있는 경우 다음으로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports ClearanceOfficer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.