[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**중요 사항:** 본 통지에는 당사의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있는 귀하의 권리가 설명되어 있습니다. 본 통지를 자세히 읽어 주십시오. 도움이 필요하시면, 마지막 페이지에 있는 '도움 받기 및 추가 정보'에 기재된 번호 중 한 곳으로 연락하실 수 있습니다.

의료 보장 거부 통지

**날짜:** [Letter Date] **가입자 번호:** [Member ID]

**이름:** [Member Name]

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

**귀하의 요청이 [Insert appropriate term:**부분적으로 승인, 거부**]**되었습니다.

저희는 귀하 또는 귀하의 담당 의사인 [provider name]이(가) 요청한 아래 나열된 의료 서비스/물품 또는 파트 B 의약품을 [Insert appropriate term: 거부, 부분 승인, 중단, 축소, 유예]했습니다.

[Free text]

**귀하의 요청을 거부한 이유는?**

저희는 [provide specific rationale for decision and include State or Federal law and/or Evidence of Coverage provisions to support decision]의 이유로 위에 적힌 의료 서비스/물품 또는 파트 B 의약품을 [Insert appropriate term: 거부, 부분 승인, 중단, 축소, 유예]했습니다.

[Free text]

이 결정문의 사본을 담당 의사와 공유하여 차후 단계를 의논하셔야 합니다. 의사가 귀하를 대신하여 보장을 요청한 경우, 저희는 이 결정문의 사본을 의사에게 보내드렸습니다.

**귀하는 당사의 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다.**

귀하는 SCAN에 이의 제기를 함으로써 당사의 결정을 검토해 줄 것을 요청할 권리가 있습니다.

**플랜 이의 제기:** 본 통지 날짜로부터 **60일** 이내에 SCAN에 이의 제기를 하십시오. 마감 시한을 놓친 정당한 이유가 있는 경우, 추가의 시간을 드릴 수 있습니다. 플랜 차원에서 이의 제기를 하는 방법에 관한 정보는 'SCAN에 이의 제기를 하는 방법' 섹션을 참고하십시오.

**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, SCAN에 1-800-559-3500번으로 전화하여 대리인 지정 방법에 대해 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오. 귀하와 귀하를 대리하고자 하는 사람 모두 진술서에 서명하고 날짜를 기입하여 이것이 귀하가 원하는 바임을 확인해야 합니다. 이 진술서를 저희에게 우편이나 팩스로 보내주셔야 합니다. 사본을 기록용으로 보관해 두십시오.

**귀하의 이의 제기 권리에 관한 중요 정보**

***SCAN의 이의 제기에는 2가지 종류가 있습니다.***

**표준 이의 제기 –** 귀하의 이의 제기를 접수한 후 서비스/물품에 대해 ***30일*** 이내에 또는 파트 B 의약품에 대해 ***7일*** 이내에 표준 이의 제기에 대한 결정을 서면으로 보내드립니다. 귀하가 연장을 요청하시거나 저희가 귀하의 사례에 관해 추가 정보가 필요한 경우 결정이 더 오래 걸릴 수도 있습니다.추가 시간이 더 걸리는 경우 귀하에게 말씀드리고 시간이 더 필요한 이유를 설명해 드리겠습니다. 이의 제기 건이 귀하가 이미 받은 의료 서비스/물품 또는 파트 B 의약품의 비용 지불에 관한 것인 경우, **60일** 이내에 서면으로 결정을 알려드립니다.

**빠른 이의 제기** – 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **72시간** 이내에 빠른 이의 제기에 대한 결정을 알려드립니다. 귀하 또는 의사가 결정이 나오기까지 의료 서비스/물품에 대해 최대 **30일**을 또는 파트 B 의약품에 대해 **7일**을 기다리게 되면 귀하의 건강을 심각하게 해칠 수 있다고 생각하는 경우 빠른 이의 제기를 할 수 있습니다. 귀하가 이미 받은 의료 서비스/물품 또는 파트 B 의약품의 환급을 요청하는 경우에는 신속 이의 제기를 요청할 수 없습니다.

**의사가 귀하를 위해 빠른 이의 제기를 하거나 의사가 귀하의 요청을 지원하는 경우 자동으로 빠른 이의 제기가 진행됩니다.** 의사의 지원 없이 빠른 이의 제기를 하는 경우, 빠른 이의 제기가 필요한지 저희가 결정합니다. 저희가 빠른 이의 제기를 진행하지 않을 경우, 의료 서비스/물품에 대해서는 **30일** 내로, 또는 파트 B 의약품에 대해서는 **7일** 내로 결정을 알려드립니다.

**SCAN에 이의 제기를 하는 방법**

**제1단계:** 귀하, 대리인 또는 담당 의사, [provider name]은(는) 당사에 이의 제기를 요청해야 합니다. 귀하의 서면 요청에 포함되어야 할 사항:

* 귀하의 이름
* 주소
* 가입자 번호
* 이의 제기 이유
* 표준 이의 제기를 원하는지 빠른 이의 제기를 원하는지 선택(빠른 이의 제기인 경우, 그 이유를 설명)
* 당사에서 검토해 주기를 원하는 의료 기록, 의사의 편지(가령, 귀하가 빠른 이의 제기를 하는 경우 의사의 옹호 진술서)와 같은 증거 또는 의료 서비스/물품 또는 파트 B 의약품이 필요한 이유를 설명하는 기타 정보. 이 정보가 필요하시면 담당 의사에게 전화하십시오.

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

저희가 귀하에게 보내는 모든 서류는 기록용으로 사본을 보관하시길 권합니다. 귀하는 이의 제기 이전 또는 도중에 당사가 결정하기 위해 이용한 의료 기록 및 기타 서류의 열람을 요청할 수 있습니다. 또한, 귀하는 당사가 결정하기 위해 사용한 지침의 사본을 무료로 요청할 수도 있습니다.

**제2단계:** 귀하의 이의 제기를 우편이나 팩스로 하시거나 직접 전달해 주십시오. 저희에게 전화하시거나 전자식으로 이의 제기를 하실 수도 있습니다.

**표준 이의 제기의 경우:**

우편 주소:

SCAN

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

웹사이트: www.scanhealthplan.com

**향후 진행 절차는 어떻게 되나요?**

귀하가 이의 제기를 하는 데 저희가 계속해서 귀하의 의료 서비스/물품 또는 파트 B 의약품 요청을 거부하는 경우, 귀하의 사례를 자동으로 독립 심사기관에 보냅니다. **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(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 www.eldercare.acl.gov로 전화하여 지역 사회에서 도움을 받으십시오.

**PRA 공개 고지** 1995년 문서감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라 유효한 OMB 관리 번호가 표시되어 있지 않으면, 정보 수집에 응하지 않아도 됩니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-0829입니다. 이 정보 수집을 완료하는 데 걸리는 시간은 지시 사항 검토와 기존의 데이터 출처 검색, 필요한 데이터 수집 및 정보 수집을 완료하고 검토하는 데 걸리는 시간을 포함하여 평균 10분이 걸릴 것으로 예상됩니다. 예상 시간의 정확성에 관한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있으시면 다음으로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

귀하는 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 Medicare 정보를 받을 권리가 있습니다. 또한 차별을 받았다고 생각되는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다.   
[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 문의하십시오.  
자세한 정보가 필요하시면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 다음 번호로 전화해 주십시오.  
1-877-486-2048.