

관리의료 거절에 대한 주정부 청문 신청 양식
**(FORM TO FILE A STATE HEARING FROM A
MANAGED CARE DENIAL)**

다음 전화번호로 연락하여 주정부 청문을 신청할 수 있습니다 — **1-800-743-8525**. TDD 사용자 전화번호: **1-800-952-8349**. 아래와 같은 방법으로도 청문을 신청할 수 있습니다.

- 다음 웹사이트에서 온라인으로 청문 신청:
WWW.CDSS.CA.GOV
- 이 양식을 작성한 후에 주정부 청문부서에 **916-309-3487** 번으로 팩스를 보내거나, 수신자부담 전화 **1-833-281-0903** 번으로 연락
- 이 양식을 작성한 후에 다음 이메일 주소로 발송
SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV
- (유의사항: 이 양식을 이메일로 보내는 경우, *State Hearings Division* 에 속하지 않은 사람이 귀하의 이메일을 가로챌 위험성이 있다는 점을

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

알려드립니다. 신청서를 더 안전하게 보낼 수 있는 방법을 고려하시기 바랍니다.)

- 이 주정부 청문 신청서를 아래 주소로 우편 발송:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-433
Sacramento, CA 94244-2430

이 양식 작성에 무료 도움이 필요하실 경우, 첨부된 '귀하의권리' 고지('Your Rights' Notice)에 있는 법률 구조 전화번호로 문의하시기 바랍니다

나는 내 건강보험에 대한 결정에 동의하지 않습니다.
의사가 요청한 치료, 약물, 장비나 서비스에 관해
진술합니다. 동의하지 않는 이유:

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

(공간이 더 필요할 경우, 다른 종이에 적은 다음 이 양식에 첨부하십시오.)

수혜자에 관한 **아래의정보를 알려주십시오**
(이 사람이 의료 혜택을 거부당한 사람입니다)

성명: _____

출생일: _____

주소(우편물을 받을 수 있는 곳):

전화번호: _____

우리가 귀하에게 이메일로 연락하는 것을

허락하시겠습니까? [] 예 [] 아니요

허락하는 경우, 귀하의 이메일 주소:

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

귀하의 **Medi-Cal BIC** 카드번호 또는 사회보장번호
(있는 경우):

귀하는 스트레이트 Medi-Cal (**Fee for Service**) 또는
관리의료(**Managed Care**)에 가입한 상태입니까?

관리의료인 경우, 귀하의 건강보험 이름은
무엇입니까?

수혜자에 해당하는 모든 질문에 답하십시오

나의 의사가 이 건강보험 급여를 요청한 날짜:

건강보험이 이 건강보험 급여를 거절한 날짜:

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

나는 건강보험에 이 건에 대해 이의신청을 했다.

예 [] 며칠이었습니까? _____ 아니요 []

건강보험이 나의 이의신청에 대해 답을 했다.

예 [] 며칠이었습니까? _____ 아니요 []

건강보험에 신속한 (72 시간) 이의신청을 하셨습니까?

[] 예 [] 아니요

건강보험이 72 시간 이내에 이의신청에 대한 결정을
내렸습니까? [] 예 [] 아니요

본인의 청문을 위해 필요한 사항 (해당하는 경우 이
상자에 표시하십시오):

- 내 상황이 긴급하기 때문에 신속한 청문이
필요합니다. 본인이 이의신청을 제기한 건은 매우
신속하게 결정되어야 하므로, 최대 90 일까지
기다릴 수 없습니다. 신속한 결정이 내려지지 않을
경우, 발생할 일은 다음과 같습니다.

귀하가 최대 90 일까지 *기다릴 수 없는 이유를
설명하십시오.* 설명하지 않을 경우, 귀하의
이의신청 건은 신속히 처리되지 않으며 정상적인
일정에 따라 처리됩니다. 담당 의사의 편지를
제출하거나, 기다릴 수 없는 이유를 보여주는
계획서를 제출할 수 있습니다.

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

- 지속적인 서비스 / 보조금 지급 보류 중: 판정관이 제 이의신청 건을 결정할 때까지 내가 받는 치료를 지속시켜 주십시오. (귀하가 계속 받고 싶은 치료에 관해 기술하고, 건강보험이 치료를 중지했거나 중지하려고 계획 중인 일자를 알려주십시오):

- 무료 통역사를 원합니다. 나의 언어나 방언:

- 나는 장애가 있으므로 나의 청문에 참석하는 데 도움이 되는 합리적인 편의를 원합니다. 본인이 원하는 편의 내용:

- 나는 청문에서 다른 사람이 나를 대변해(대리) 주기를 원합니다. 대변인은 이 청문과 관련된 나의

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

의료 기록을 본 후에 청문에 올 수 있습니다. 본인이
대리인으로 선택한 사람:

이름: _____

전화번호: _____

주소:

나의 서명: _____

오늘 일자: _____

건강보험이 있을 경우, 귀하의 건강보험에서 받은 서신
(이의신청 결정서) 사본과 함께 이 양식을 보내십시오.

(사본 보관을 원하실

경우, 보내기 전에 복사하십시오.)