[*Date*]

[*Name of Beneficiary or Representative*]

[*Address*]

수혜자 이름: [*Name*] 공급자 이름: [*Name*]

가입자 ID 번호: [*ID #*] 요청된 서비스: [*Service*]

건강 보험 이름: SCAN Health Plan [표준 요청 날짜: [*Standard Req Date]]*

건강 보험 전화번호: (800) 559-3500 [긴급 요청 날짜: [*Exped Req Date*]]

진료 의사 이름: [*Attend Phy* *Name*] [긴급 요청 시간: [Exped Req *Time*]]

안녕하십니까? [*Beneficiary’s Name*] 님,

이 서신은 귀하 또는 귀하의 담당 의사의 [*긴급 72(72)시간-delete if not applicable*] 위에 언급된 서비스에 관한 초기 결정 요청에 대한 답변입니다. 우리는 검토를 [*72시간 or 역일 기준 14일*] 이후로 확장해야 합니다.

귀하의 요청의 경우, [*insert #*] 역일 기준 날짜 연장이 필요한 이유는 다음과 같습니다.

선택 사항 1: 귀하 또는 귀하의 담당 의사가 추가 정보를 얻기 위해 연장을 요청했습니다. *[Medicare Advantage Organization (MAO) or its delegated provider group must explain how the need for this additional information is justified and in the interest of the member.]*

선택 사항 2: 요청하신 추가 정보를 바탕으로 해당 요청을 승인할 수 있을 것입니다. *[Medicare Advantage Organization (MAO) or its delegated provider group must explain how the need for this additional information is justified and in the interest of the member. For example, the receipt of additional medical evidence from non-contracted providers or additional tests may change an MAO’s or provider group’s decision to deny.]*

귀하의 [*긴급 72(72)시간]*을 연장할 수 없습니다.-*delete if not applicable*] 긴급 요청 또는 표준 요청 날짜로부터 역일 기준 14일(14) 이상 연장을 요청합니다.

이 연장 기간 동안, [*insert description of what the beneficiary must do in lay terms*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

당사의 결정 연기에 동의하지 않을 경우 건강 보험 플랜에 긴급 구두 또는 서면으로 고충을 제기할 수 있습니다. 고충 처리 절차를 통해 가입자는 청구 또는 서비스 거부 이외의 문제에 대해 건강 보험에 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하의 건강 보험 플랜은 긴급 고충 접수 시 접수 후 24(24)시간 이내에 응답해야 합니다. 신속한 고충 처리를 위해 귀하 또는 귀하의 위임 대리인이 다음 주소로 전화, 우편 또는 팩스로 고충 처리를 제출해야 합니다.

SCAN

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

 (800) 559-3500

팩스: (562) 989-0958

[*긴급 delete if not applicable*]을 완료하기 위해 가능한 한 빨리 필요한 정보를 얻도록 계속해서 최선을 다하겠습니다. 추가 질문이나 정보가 있으시면 [운영 시간 추가]시간 이내에 1-(XXX)-XXX-XXXX 또는 TDD/TTY 1-(XXX-XXXX)번으로 연락 주시거나, 팩스 번호 1-(XXX)-XXX-XXXX로 정보를 보내 주십시오.

감사합니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

이름

제목

참조: [*Provider, if provider requested*]