**[*HEALTH PLAN OR MEDICAL GROUP/IPA LETTERHEAD*]**

**[Use 12-Point Font]**

#  Medicare Advantage

# 요청한 서비스가 신속 기준을 충족하지 않습니다.

[*Date*]

[*Name of Patient*] 환자 이름: [patient name]

[*or Representative*] 환자 ID 번호: [patient ID #]

[*Address*] 건강 플랜 이름: SCAN Health Plan

 건강 플랜 전화번호: (800) 559-3500

 서비스 제공자 이름: [provider name]

요청된 서비스: [requested service]

신속 요청 날짜 및 시간: [date/time of expedited req]

 주치의 이름: [attending physician’s name]

안녕하십니까? [*Patient’s Name*] 님,

위에 언급된 서비스를 승인하기 위해 72시간의 신속한 초기 결정과 관련하여 귀하가 요청한 내용에 대한 답변입니다.

귀하의 요청을 검토한 결과, 이용 가능한 정보에 근거하여 귀하의 요청이 Medicare 및 Medicaid 서비스(CMS)의 ‘시간 민감성’ 정의를 충족하지 않는다고 판단했습니다. 당사는 (1) 귀하의 요청이 ‘시간에 민감한’ 정의를 충족하는 경우 귀하의 요청에 대한 검토를 신속하게 완료해야 합니다. 또는 (2) 의사는 귀하의 신속 검토 요청을 지지합니다. 시간 민감성은 "표준 결정 프로세스의 시간 프레임이 가입자의 생명 또는 건강을 심각하게 위태롭게 하거나 가입자가 최대 기능을 회복할 수 있는 능력을 위태롭게 할 수 있는 상황"으로 정의됩니다. 귀하의 요청이 이 두 가지 기준 중 어느 것도 충족하지 못했기 때문에 표준 검토 프로세스로 전달되었습니다.

당사는 귀하의 요청을 접수한 날로부터 역일로 14일 이내에 가능한 한 빨리 귀하의 요청을 처리하기 위해 모든 노력을 기울일 것이며 검토가 완료되면 귀하에게 통지를 드릴 것입니다.

귀하는 72시간의 신속한 초기 결정에 대한 요청을 다시 제출할 권리가 있습니다. 신속 검토에 대한 귀하의 요청을 지지하는 의사가 있고 의사가 14일을 기다리는 것이 귀하의 건강에 심각한 해를 끼칠 수 있다고 지적하는 경우, 요청은 자동으로 신속 처리됩니다.

또한 심사를 신속히 처리하지 않기로 한 당사의 결정에 대해 건강 플랜에 신속하게 구두 또는 서면으로 고충을 제기할 수 있습니다. 고충 처리 절차를 통해 가입자는 거부된 청구 또는 서비스 이외의 문제에 대해 건강 플랜에 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하의 건강 플랜은 24시간 이내에 신속 고충 제기에 응답해야 합니다.

신속 고충을 제기하려면 귀하 또는 위임받은 대리인이 귀하의 서면 고충을 다음 주소로 전화, 우편 또는 팩스로 보내야 합니다.

**SCAN**

**Attn: Grievance and Appeals Department**

**P.O. Box 22644**

**Long Beach, CA 90801-5644**

**(800) 559-3500**

**팩스: (562) 989-0958**

또한 추가 정보를 반드시 제출해야 하는 것은 아니지만 건강 상태가 변경되거나 이 문제와 관련된 추가 정보가 있는 경우 즉시 당사에 연락하는 것이 중요합니다.

추가 질문이나 정보가 있으시면 1-(XXX)-XXX-XXXX 번 또는 TDD/TTY (XXX)-XXX-XXXX번으로 [*add the hours of operation*] 사이에 연락해 주십시오.

감사합니다.

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

이름

[Title]