

ASH Plans 상용 가입자를 위한 고충 제기 양식

Medicare Advantage 가입자는 이 양식을 작성하지 마시고, 대신 “캘리포니아주 Medicare Advantage Plan 가입자 이의 제기 및 고충 제기 양식”을 요청하십시오.

귀하는 성전환자 또는 성을 밝히고 싶지 않은 사람을 편안하게 맞이하는 직원 배치 계획을 수립하지 않는 것을 포함하여, 모든 의학적 진료나 서비스에 대한 고충 제기 권리를 가집니다. 고충 제기를 하려면 이 양식을 작성하십시오. ASH Plans 또는 가입자의 건강보험은 법률에 따라 30일 이내에 가입자에게 답변을 해야 합니다. 궁금하신 사항이 있다면 가입자 카드(ID)에 있는 전화번호로 전화하거나, 담당 의사의 진료실에 문의하실 수도 있습니다. 건강보험의 답변을 기다리는 동안 건강에 부정적 영향을 줄 수 있다면 전화하여 "신속 심사"를 요청하십시오.

다음 정보를 정자체로 기입하거나 입력해 주십시오.

가입자 이름(성, 이름, 중간이름 이니셜)

주소

집 전화번호(지역번호 포함)

시, 주, 우편번호

직장 전화번호(지역번호 포함)

회사 또는 그룹 이름

등록 또는 가입자 ID 번호

생년월일(mm/dd/yyyy)

가입자가 아닌 다른 사람이 이 고충 제기 양식을 접수할 경우, 다음 정보를 제공해 주십시오.

이름: _____ 낮시간 전화번호: _____

가입자와의 관계: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

고충을 제기하는 내용을 기술해 주십시오. 날짜, 시간, 관련자 이름, 장소 등을 기입해 주십시오.

고충 사항을 이해하는 데 도움이 될 수 있는 자료의 사본을 첨부해 주십시오.

페이지를 추가로 첨부할 경우 이 상자를 선택해 주십시오.

작성한 양식에 서명한 후 P.O. Box 509077, San Diego, CA 92150-9077로 우편 발송하거나 팩스를 877-404-2746번으로 보내 주십시오. 또는 해당된다면 작성한 양식을 가입자의 건강보험으로 제출해 주십시오. 자세한 내용은 보장 증명서를 참조해 주십시오.

날짜: _____ 가입자 서명: _____

날짜: _____ 대리인 서명: _____

가입자 또는 대리인 고지 사항:

캘리포니아 관리 보건의료부는 보건의료 서비스 플랜을 관장할 책임이 있습니다. 귀하의 헬스플랜에 불만이 있다면, 해당 부서에 연락하기 전에 먼저 자신의 헬스플랜 연락처인 **1-800-678-9133**에 전화하여 헬스플랜의 해당 불만제기 절차를 사용해야 합니다. 이 불만 처리 절차의 이용으로 인하여 귀하가 누릴 수 있는 잠재적인 법적 권리 또는 보상 추구가 금지되는 것은 아무 것도 없습니다. 응급 상황과 관련된 불만에 대해서 또는 귀하의 헬스플랜에서 만족스럽게 해결되지 않은 불만 혹은 미결 상태가 30일 이상 지속되는 불만에 대한 도움이 필요하다면, 귀하는 이 부서에 연락하여 도움을 청할 수 있습니다. 귀하는 또한 독립 의료 검토(IMR)의 자격이 될 수 있습니다. 귀하에게 IMR 자격이 있다면, IMR 절차는 제안된 서비스 또는 치료의 의료 필수 여부, 치료에 대한 포괄범위 결정의 성격이 실험적이거나 연구적이었는지 여부, 그리고 응급서비스 또는 긴급의료서비스에 대한 지불과 관련하여, 헬스플랜이 내린 의료 결정을 공정하게 검토할 것입니다. 이 부서에는 무료 전화 번호 (**1-888-466-2219**)와, 청각이나 발성에 어려움이 있는 사람을 위한 TDD 회선 (**1-877-688-9891**)을 이용할 수 있습니다. 이 부서의 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov에서는 청구 양식, IMR 신청서 양식, 안내를 온라인으로 받을 수 있습니다.

연방 직원: 연방 직원은 DMHC가 아닌 직원 관리 담당실(Office of Personnel Management, OPM)을 통해 추가적인 권리를 행사할 수 있습니다. 가입자가 건강보험에게 최초의 기각 또는 거절을 재심사하도록 요청한 후 OPM에게 기각 심사를 요청할 수 있다는 사실이 명시된 연방 직원 건강혜택(Federal Employees Health Benefits, FEHB) 프로그램 브로셔를 참조해 주십시오. OPM은 가입자의 건강보험이 가입자의 청구나 서비스 요청을 기각한 경우, 건강보험의 계약 조건을 올바르게 적용했는지 확인합니다. 심사 요청은 다음의 주소로 보내 주십시오 - Office of Personnel Management, Office of Insurance Programs Contracts Division IV, P. O. Box 436, Washington, D.C. 20044.

자영업 사업체의 직원: 가입자가 종업원퇴직소득보장법(Employee Retirement Income Security Act, ERISA)의 적용을 받는 고용주를 통해 건강보험에 가입한 경우, 가입자는 ERISA 502(a)절에 따라 민사소송을 제기할 권리를 가집니다. 우선 청구 이의 제기의 모든 필요한 심사가 완료되었으며, 가입자의 청구가 승인되었는지 확인하십시오. 그 다음 고용주의 혜택 플랜 관리자와 상담하여 고용주의 혜택 플랜이 ERISA의 적용을 받는지 확인하십시오. 또한 가입자와 건강보험에게는 중재와 같은 자발적인 대안적 분쟁해결 옵션이 있을 수 있습니다.

중요: 이 문서를 읽는 데 문제가 있거나 영어 이외의 언어 관련 요구사항이 있을 경우, 도움을 받으실 수 있습니다. 태평양 시간으로 월요일부터 금요일까지 오전 5시에서 오후 6시 사이에 1.800.678.9133번으로 전화하시면 됩니다. 이 서비스는 무료로 제공됩니다. 이 문서에 대해 가입자가 취해야 할 조치가 있을 수 있으므로 최대한 빨리 전화해 주실 것을 권장합니다.