

이의제기 및 재고 요청 양식

지침:

- 아래 영역에 모두 정자체로 작성하거나 컴퓨터로 입력해 주십시오. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하실 수 있습니다.
- 작성한 양식을 다음으로 제출해 주십시오.



우편: Blue Shield of California Promise Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
3840 Kilroy Airport Way
Long Beach, CA 90806



팩스: (323) 889-2228

질문이 있으시거나 본 양식에 관하여 도움이 필요하시면 고객 서비스에 (800) 605-2556(TTY: 711)번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 전화해 주십시오.

가입자 정보

본 양식의 용도: ☐ 이의제기 ☐ 재고 요청 **Blue Shield Promise 작성 전용**, 접수 날짜:

가입자 이름: 생년월일: 가입자 ID 번호:

거리 주소: 시: 우편 번호(ZIP):

전화번호: 대체 전화번호:

양식을 작성하는 사람의 이름
(가입자 이름과 다른 경우): 관계: 대리인 전화번호:

(아래 영역은 선택 사항임)

출생 성(성별): 성 정체성: 성적 지향:

혼인 여부: 가입자 대명사: 인종:

히스패닉계, 라틴계 또는 스페인계입니까? 민족:

이의제기 또는 재고 요청의 성격

문제가 발생한 곳은 어디입니까? (약국, 병원 또는 클리닉의 이름) 문제 발생일:

귀하를 제외하고 누가 관련되어 있습니까? (가능한 경우 관련된 직원 이름 기재)

문제를 자세히 설명해 주십시오.

재고 요청에만 해당: 재고 요청을 하려는 서비스 기재(거절 서신의 승인 번호를 적어주십시오):

검토 결과

해당 문제를 해결하기 위해 어떤 시도를 해보셨나요?

귀하의 문제에 대한 좋은 해결책은 무엇이라고 생각하시나요?:

서명:	날짜:
-----	-----

케이스는 누가 접수시킬 수 있나요?

Blue Shield Promise 가입자는 모두 케이스를 접수시킬 수 있습니다. 귀하는 반드시 문제가 발생하거나 또는 혜택이 거부된 날짜에 자격이 있는 가입자여야 합니다.

다른 사람이 귀하를 대리하기를 원하시는 경우, 그 사람은 반드시 귀하의 승인을 받아야 합니다. 이는 대리인 지명(AOR) 양식을 작성하거나 법적 대리인임을 증명하는 다른 서면 자료를 제출하여 할 수 있습니다. AOR 양식을 받으시려면 (800) 605-2556(TTY: 711)번으로 고객 서비스팀에 전화하십시오. [blueshieldca.com/en/bsp](https://www.blueshieldca.com/en/bsp)에서 온라인으로 AOR 양식을 받으실 수도 있습니다.

의료제공자는 대리인 승인 양식 없이 귀하를 대신해 재고 요청을 제출할 수 있습니다. 이는 의료제공자가 귀하를 치료하는 데 필요한 서비스가 방해받고 있기 때문입니다.

이의제기는 무엇입니까?

불만 제기(이의제기)는 귀하가 Blue Shield Promise 또는 의료제공자에게 받는 서비스에 문제가 있거나 만족하지 못하는 경우를 말합니다. 이의제기의 예시 중 하나로, 담당 의사에게 예약하는 데 너무 오래 기다리는 경우를 들 수 있습니다. 이의제기에는 시간 제한이 없습니다.

캘리포니아 법(의료 상태, 임신 상태, 인종, 장애, 혈통, 출신 국가, 종교, 연령, 성별, 성 정체성, 성별 표현, 성적 지향 또는 혼인 여부 포함)에 따라 여러 보호 대상 특성을 기반으로 차별 대상이 되었을 수 있다고 생각하시는 경우 이의를 제기하실 수 있습니다. 또한 플랜 직원이 귀하에게 트랜스젠더를 포용하는 진료를 제공하지 않았다고 생각하시는 경우에도 이의를 제기하실 수 있습니다.

재고 요청은 무엇입니까?

재고 요청은 Blue Shield Promise가 귀하의 서비스에 대해 저희가 내린 결정을 검토 및 변경하도록 요청하는 것입니다. 저희가 서비스를 거절, 지연, 변경 또는 종료한다고 설명하는 결정 통지서(Notice of Action, NOA)를 귀하에게 보내 드리고 귀하가 저희 결정에 동의하지 않는 경우 귀하는 재고 요청을 하실 수 있습니다. 또한 보험적용이 되는 서비스에 대한 비용을 지불하지 않는 것도 포함됩니다. 재고 요청의 한 예는 귀하가 거부된 수술에 동의하지 않는 경우입니다. 재고 요청은 반드시 결정 통지서(NOA)에 기재된 날짜로부터 달력일로 60일 이내에 해야 합니다.

절차 및 소요 기간

귀하의 이의제기가 접수되면 문제를 조사할 이의제기 및 재고 요청 코디네이터가 배정됩니다. 귀하의 이의제기가 접수되었다는 것을 알리는 서신이 5일 이내에 귀하에게 발송됩니다. 이의제기 및 재고 요청 코디네이터가 귀하에게 전화하여 보고된 문제에 대한 질문을 드릴 것입니다. 해당 절차가 끝나면 이의제기 및 재고 요청 코디네이터가 전화와 서신으로 조사 결과를 귀하에게 통보합니다.

대부분의 이의제기 및 재고 요청은 달력일로 30일 이내에 조사합니다.

심각한 건강 문제와 관련된 긴급 문제가 있는 경우 속결(빠른) 검토를 시작합니다. 72시간 이내에 결정된 내용을 알려드립니다. 속결 검토를 요청하시려면 (800) 605-2556(TTY: 711)번으로 고객 서비스팀에 전화하십시오.

Blue Shield of California Promise Health Plan은 관리보건국의 요구에 따라 다음 사항을 귀하에게 알려야 합니다.

캘리포니아주 관리보건국은 의료 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. 귀하의 건강플랜에 이의가 있으신 경우 관리보건국에 문의하기 전에 먼저 귀하의 건강플랜에 (800) 605-2556(TTY: 711)번으로 전화하여 건강플랜 이의제기 절차를 밝으셔야 합니다. 이의제기 절차를 이용한다고 해서 어떠한 잠재적 법적 권리나 귀하가 이용할 수 있는 보상의 기회가 제한되지는 않습니다. 응급 상황에 관련된 이의제기, 귀하의 건강플랜에서 만족스럽게 해결하지 못한 이의제기, 또는 30일이 넘게 해결되지 않은 이의제기에 대해 도움이 필요한 경우, 관리보건국으로 문의해 지원을 받으실 수 있습니다. 귀하는 또한 독립적 의료 평가(IMR)를 받으실 수 있습니다. 귀하가 IMR을 받을 자격이 되는 경우, IMR 절차는 제기된 서비스 또는 치료의 의학적 필요성과 관련해 건강플랜이 내린 의학적 결정, 실험적 또는 조사적인 성격의 치료에 대한 보험적용 결정 및 응급 또는 긴급 의학적 서비스에 대한 지급 분쟁을 공정하게 평가할 것입니다. 관리보건국은 무료 전화인 (888) 466-2219, TDD 라인 (877) 688-9891번을 운영하고 있습니다. 관리보건국 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov에서는 불만 제기 양식, IMR 신청서 및 안내 사항을 온라인으로 제공합니다.

Blue Shield of California Promise Health Plan is contracted with L.A. Care Health Plan to provide Medi-Cal managed care services in Los Angeles County.

Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association
Medi_25_060_LA_040425

A53596MDC-LA-FF-KO_0125