

이의제기 양식

가입자 정보

가입자 이름 (성) (이름)	생년 월일: 월 일 연도	가입 효력 발생일: 월 일 연도
주소 (거리) (시) (주)	(우편번호)	
전화번호 (집) (직장)	이의제기 가입자를 포함한 가족 내 플랜 가입자 수:	
가입자 이름과 다른 경우 양식 작성자 이름		(주간 전화번호)

문제가 발생한 곳은 어디입니까? (약국, 병원 또는 클리닉의 이름)	사건 발생일: 월 일 연도
귀하를 제외하고 누가 관련되어 있습니까? (가능한 경우 관련된 직원 이름 기재.)	
발생한 일에 대해 최대한 상세하게 설명하십시오. (사건의 순서 및 문제가 귀하에게 어떤 영향을 미쳤는지 포함하십시오.)	
첨부 참조	

캘리포니아주 관리보건국(Department of Managed Health Care, DMHC)은 건강 관리 서비스 플랜을 규제할 책임이 있습니다. Blue Shield Promise에 이의가 있으신 경우 귀하는 DMHC에 문의하기 전에 **1-800-605-2556**(청각 장애가 있으신 경우 TDD/TTY **1-877-735-2929**)번을 이용해 Blue Shield Promise로 먼저 전화해 Blue Shield Promise의 이의제기 절차를 이용하셔야 합니다. 이의제기 절차 이용은 귀하의 어떠한 잠재적 법적 권리나 치료의 기회도 제한하지 않습니다. 응급 상황에 관련된 이의사항, Blue Shield Promise에서 만족스럽게 해결하지 못한 이의사항 또는 30일 넘게 해결되지 않은 이의사항에 대해 도움이 필요한 경우, DMHC로 문의해 도움을 받으실 수 있습니다. 귀하는 또한 독립적 의료 평가(Independent Medical Review, IMR)를 받으실 수 있습니다. IMR의 자격에 해당되는 경우, IMR 절차는 해당 서비스 또는 치료의 의학적 필요성, 실험적 또는 조사적 단계 치료에 대한 보험적용 결정 및 응급 또는 긴급 의료 서비스에 대한 지급 분쟁과 관련해 건강플랜이 내린 의료 결정에 대한 공정한 평가를 제공합니다. 관리보건국은 또한 무료 전화(**1-888-466-2219**) 및 청각 및 언어 장애인들을 위한 TDD 라인 (**1-877-688-9891**)을 운영하고 있습니다. 관리보건국 인터넷 웹사이트 <http://www.hmohelp.ca.gov>는 불만제기 양식, IMR 신청서 및 안내사항을 온라인으로 제공합니다.

요청된 조치

본 문제에 대해 어떤 조치가 내려지기를 원하십니까?	첨부 참조
------------------------------	--------------

이의제기 접수자:	본인이 직접 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 온라인 <input type="checkbox"/>	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">날짜</div> 가입자 서명 (선택) 본인은 플랜에서 삼십(30)일 이내에 본인에게 연락해 본인의 불만제기에 대한 조사 및/또는 조치에 대해 알려줄 것이라는 점을 이해합니다.
접수 날짜: 접수 시간		



발생한 사건 설명:

요청된 조치:

(담당자 작성란)

결과/해결:

(신속한 재고요청일 경우에만 작성)

가입자는 72시간의 재고요청 절차에 대해 구두로 설명 및 통지를 받았습니다. 예 아니요

이의제기 접수자:

접수된 날짜: