

이의 제기 및 불만사항 양식



Blue Shield의 Medicare Advantage 플랜 회원 및 Blue Shield의 Medicare 처방약 플랜 회원이 사용합니다. 이의 제기 및/또는 불만 요청 (불만 및 이의 제기에 대한 설명은 뒷면을 참조하세요)

회원 이름:	회원 ID 번호:
주소:	권한을 부여받은 대리인:
핸드폰 번호:	

이의 제기

이의를 제기하려는 거부된 서비스 또는 청구 번호

서비스를 제공받은 날짜:	의료 서비스 제공자 이름:
분쟁 중인 총 금액: \$	회원이 지불한 금액(있는 경우): \$

이의 신청 요청을 명확하고, 읽기 쉽고, 자세한 형식으로 설명해 주세요. 청구서/고지서 사본, 의료 기록 또는 거부 통지(가능한 경우) 등 도움이 될 수 있다고 생각되는 정보를 반드시 제공해 주시기 바랍니다.

표준 이의 제기(재결정) 요청은 거부 통지일로부터 60일 이내에 서면으로 제출되어야 합니다. 고객 서비스부에 전화하면 표준 이의 제기가 시작되지만 귀하의 서면 요청 없이는 처리될 수 없습니다.

불만

귀하의 불만사항이나 문제를 설명해 주세요.

불만 사항은 사건 발생 후 60일 이내에 구두 또는 서면으로 제기할 수 있습니다. Blue Shield 회원 ID 카드에 기재된 전화번호로 고객 서비스부에 연락하면만 사항을 제기할 수 있습니다.

서명: _____ 날짜: _____
회원(또는 대리인) 서명(대리인의 경우 첨부된 대리인 임명(AOR) 양식을 작성해 주십시오)

이 양식을 Blue Shield of California Medicare 이의 제기 및 고충 처리 부서로 보내주십시오.

양식 우편 제출: P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856 또는 팩스 (916) 350-6510	직접 제출: 6300 Canoga Ave. Woodland Hills, CA 91367
--	--

불만이란 무엇입니까?

귀하의 치료 품질에 관한 불만 사항을 포함하여 당사나 네트워크 의료서비스 제공자 또는 약국 중 하나에 대해 귀하가 제기하는 불만의 유형입니다. 이러한 유형의 불만 사항에는 보장이거나 지불 분쟁이 포함되지 않습니다.

조직의 결정이란 무엇입니까?

조직의 결정은 Blue Shield 65 Plus 또는 플랜을 대신하는 개인 주치의 또는 의사 그룹과 같은 사람이 귀하를 대신하여 서비스에 대한 비용 지불이나 서비스 제공 요청을 승인하거나 거부하는 최초 결정입니다.

보장 결정이란 무엇입니까?

귀하에게 처방된 의료 서비스나 약품을 플랜에서 보장하는지 여부와 해당 서비스나 처방에 대해 귀하가 지불해야 하는 금액(있는 경우)에 대한 결정입니다. 일반적으로 처방전을 약국에 가져갔고 약국에서 해당 처방전은 귀하의 플랜에서 보장하지 않는다고 말하는 경우 이는 보장 결정이 아닙니다. 귀하가 동의하지 않는 경우 보장에 대한 공식적인 결정을 요청하려면 전화하거나 플랜에 서신을 보내야 합니다.

이의 제기란 무엇입니까?

이의 제기는 의료 서비스 요청이나 처방약 보장 거부, 서비스에 대한 비용 지불 거부, 이미 받은 약품에 대한 비용 지불을 거부하는 결정에 동의하지 않는 경우에 귀하가 할 수 있는 일입니다. 귀하가 받고 있는 서비스를 중단하는 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 예를 들어 귀하가 받을 수 있어야 한다고 생각하는 약품, 물품 또는 서비스에 대해 당사 플랜이 비용을 지불하지 않는 경우 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다.

당사가 귀하의 의료 서비스 요청이나 서비스 지불의 일부를 거부하는 경우, 귀하는 당사에 결정을 재고해달라고 요청할 수 있습니다. 이를 '이의 제기' 또는 '재심 요청'이라고 합니다.

또한 보장 결정에서 파트 D 처방약에 대한 귀하의 요청 중 일부를 거부하는 경우 귀하는 당사에 결정을 재고해달라고 요청할 수 있습니다. 이를 '재결정 요청'이라고 합니다.

불만 및/또는 이의를 제기하는 방법에 대한 전체 설명을 보려면 귀하의 *보장 범위의 증서*를 참조하십시오.