

이의 제기 및 불만 양식



Blue Shield의 Medicare Advantage 플랜 가입자와 Blue Shield의 Medicare 처방약 플랜 가입자가 사용할 수 있습니다. 이의 제기 및/또는 불만 제기 요청 (불만 사항 및 이의 제기에 대한 설명은 뒷면 참조)

가입자 이름:	가입자 ID 번호:
주소:	
전화번호:	권한을 부여받은 대리인:

이의 제기

거부된 서비스 또는 이의를 제기하고자 하는 청구 번호:

서비스 날짜:	의료 서비스 제공자 이름:
분쟁 총액: \$	가입자가 지불한 금액(있는 경우): \$

귀하의 이의 제기 요청 내용을 명확하고, 읽기 쉽고, 자세한 형식으로 설명해 주십시오. 청구/청구서, 의료 기록 또는 거부 통지서 사본 등 도움이 될 수 있는 정보가 있으면 제공해 주십시오.

표준 이의 제기(재결정) 요청은 거부 통지일로부터 65일 이내에 서면으로 제출해야 합니다. 고객 서비스부에 전화하면 표준 이의 제기가 시작되지만, 귀하의 서면 요청이 없으면 처리할 수 없습니다.

불만 사항

귀하의 불만 사항이나 문제점을 설명해 주십시오.

불만 사항은 사고 발생 후 60일 이내에 구두 또는 서면으로 제기할 수 있습니다. 귀하의 Blue Shield 가입자 ID 카드에 기재된 전화번호로 당사 고객 서비스부에 연락하여 불만을 제기하십시오.

서명: _____ 날짜: _____
가입자(또는 대리인) 서명 (대리인일 경우, 첨부된 대리인 임명(AOR) 양식을 작성해 주시기 바랍니다)

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

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

불만 사항이란 무엇입니까?

귀하가 당사 또는 당사 네트워크 서비스 제공자나 약국에 대해 제기하는 불만 유형으로, 여기에는 치료 품질과 관련된 불만이 포함됩니다. 이 유형의 불만은 보장이거나 지불 분쟁과 관련이 없습니다.

조직 결정이란 무엇입니까?

조직 결정은 Blue Shield 65 Plus 또는 귀하의 주치의 또는 플랜을 대신하여 행동하는 의사 그룹과 같은 사람이 귀하로 인해 또는 귀하를 대신하여 이루어진 서비스에 대한 대금 지불 또는 서비스 제공 요청을 승인하거나 거부하는 최초의 결정입니다.

보장 결정이란 무엇입니까?

귀하에게 처방된 의료 서비스나 약품이 플랜에서 보장하는 대상인지 여부와 얼마의 금액을 지불해야 하는지에 대한 결정이자 해당되는 경우 해당 서비스나 처방약에 대해 귀하가 비용을 지불해야 하는 결정입니다. 일반적으로 처방약을 약국에 가져갔는데, 약국에서 해당 처방약을 귀하의 플랜에서 보장하지 않는다고 말하는 경우, 이는 보장 결정이 아닙니다. 동의하지 않을 경우, 보장에 대한 공식적인 결정을 요청하기 위해 플랜에 전화하거나 서신을 보내야 합니다.

이의 제기란 무엇입니까?

이의 제기란 의료 서비스 요청이나 처방약 보장 거부, 또는 이미 받은 서비스나 약품에 대한 대금 지불 거부 결정에 동의하지 않을 때 하는 조치입니다. 현재 받고 있는 서비스를 중단한다는 결정에 동의하지 않을 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 예를 들어 귀하가 받을 수 있다고 생각하는 약품, 물품 또는 서비스에 대한 비용을 당사 플랜에서 지불하지 않는 경우 이의를 제기할 수 있습니다.

당사가 귀하의 의료 서비스 요청이나 서비스 비용 지불 중 일부를 거부하는 경우, 귀하는 당사에 결정을 재고해 달라고 요청할 수 있습니다. 이것을 "이의 제기" 또는 "재결정 요청"이라고 합니다.

또한, 당사가 파트 D 처방약에 대한 귀하의 요청 중 일부를 보장 결정에서 거부하는 경우, 귀하는 당사에 결정을 재고해 달라고 요청할 수 있습니다. 이것을 "재결정 요청"이라고 합니다.

불만 및/또는 이의를 제기하는 방법에 대한 전체적인 설명은 *Evidence of Coverage*(보장 범위 증명서)를 참조하십시오.