



## Clever Care 가입자 진정제기 및 이의제기 양식 – Part C

이 양식은 귀하에게 제공된 치료나 의료 서비스의 모든 측면과 관련하여, 제안을 하거나 공식 진정 또는 이의를 제기하는 데 사용하기 위한 것입니다. Clever Care Health Plan, Inc.는 **법률이 요구하는 바대로**, 진정제기나 이의제기에 대응해야 하며, 해당 상황을 해결하기 위한 상세한 절차를 마련해 두고 있습니다. 궁금한 사항은 다음 번호로 저희에게 전화해 주세요: **1-833-283-9888**. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 다음 번호로 **TTY/TDD**에 전화해 주세요:711.

다음 정보를 입력해 주세요:

회원 이름

회원 ID 번호

주소

전화번호

시, 주, 우편번호

이메일 주소 (옵션)

수권 대리인: 회원 이외의 다른 사람이 진정을 제기하는 경우, “이의 또는 진정을 제기할 수 있는 사람”이라는 섹션을 검토하시고 다음 정보를 제공해 주세요:

이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

회원과의 관계: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

도시, 주, 우편번호: \_\_\_\_\_

· 승인 / · 클레임 번호(옵션): \_\_\_\_\_ 사건

날짜: \_\_\_\_\_

진정제기의 성격, 제공 날짜와 시간, 관련자, 장소 등을 적어 주세요.

---



---



---



---



---

진정 또는 이의는 사건 발생 **60일** 이내에 서면으로 제출할 수 있습니다. 진정 또는 이의제기와 관련이 있을 수 있는 모든 추가 정보의 사본을 첨부하세요.

회원 이름: \_\_\_\_\_ 서명: \_\_\_\_\_

제출자 이름: \_\_\_\_\_ 서명: \_\_\_\_\_



귀하 또는 귀하의 대리인은 귀하의 서명이 있는 서면으로 된 진정제기 또는 이의제기 요청서를 아래의 주소로 전달하거나 우편 또는 이메일로 보내야 합니다:

Clever Care Health Plan  
Attn: Appeals & Grievances Department  
660 W Huntington Drive, Suite 200  
Arcadia, CA 91007-3424

팩스: (657) 276-4715

속성 이의제기 또는 진정제기의 경우, 1-833-283-9888번으로 전화하세요.

## 이의 또는 진정을 제기할 수 있는 사람은 누구인가?

귀하 자신 또는 귀하를 대리하여 행동하도록 귀하에 의해 지명된 자(수권 대리인)가 이의를 제기할 수 있습니다. 귀하는 친척, 친구, 변호사, 의사 또는 다른 누군가를 귀하의 대리인으로 지명할 수 있습니다.

대리인 지명 방법에 대해 자세히 알고 싶으시면, 다음 번호로 전화해 주세요: 1-833-388-8168. TTY 사용자는 711로 전화하십시오.

타인이 귀하를 대리하여 행동하기를 원하는 경우, 귀하와 귀하의 수권 대리인은 본 양식의 첫 페이지에 서명하고 날짜를 기입해 저희에게 보내셔야 합니다. 귀하를 대리하여 행동하도록 지명하는 지명 내역서 역할을 할 것입니다.

## 귀하의 이의제기 권리에 관한 중요한 정보

### **Clever Care Health Plan**에는 두 종류의 이의제기가 있습니다

**표준 이의제기** - 귀하의 서면 이의제기를 받고 **30일** 이내에 저희가 서면으로 결정을 알려 드리는 것이 표준 이의제기입니다. 귀하가 연장을 요청하거나 저희에게 귀하에 케이스에 대한 추가 정보가 필요한 경우 결정을 내리는데 더 많은 시간이 소요될 수 있습니다. 저희가 추가적으로 시간을 소요하는 경우 귀하에게 알려드릴 것이며 시간이 더 필요한 이유를 설명해드릴 것입니다. 귀하의 이의제기가 본인이 이미 제공받은 의료 서비스/용품의 비용 지급에 관한 것이라면 저희는 **60일** 이내에 서면으로 결정을 알려 드립니다. 귀하의 이의제기가 파트 B 약품에 관한 것이라면, **7일** 이내에 서면으로 결정을 알려 드립니다.

**신속 이의제기** - 귀하의 이의를 접수한 후 **72시간** 이내에 신속 이의제기에 대한 결정을 알려 드립니다. 귀하 또는 담당의가 생각하기에, 결정을 통보 받기까지 최대 **30일**을 기다리는 것이 귀하의 건강에 심각한 해가 될 수 있다고 여겨지는 경우, 귀하는 신속 이의제기를 요청하실 수 있습니다. 귀하가 이미 제공받은 의료 서비스/용품에 관한 비용 지급을 요청하시는 경우, 신속 이의제기를 요청하실 수 없습니다.

의사가 귀하를 위해 요청하거나 담당의가 귀하의 요청을 지지하는 경우 저희는 자동적으로 신속 이의제기를 진행할 것입니다. 의사의 지지 없이 신속 이의제기를 요청하시는 경우, 저희는 귀하의 요청이 신속 이의제기를 요하는지 결정할 것입니다. 저희가 신속 이의제기를 제공하지 않는 경우, 저희는 **30일** 이내에 결정을 알려 드립니다.



## 다음 절차는 무엇인가?

귀하가 이의제기를 요청하였으며 저희가 계속해서 의료 서비스/용품에 대한 귀하의 요청을 거부하는 경우, 저희는 자동으로 귀하의 케이스를 독립 검토 기관으로 보내게 됩니다. 독립 검토 기관이 귀하의 요청을 거부하는 경우, 서면 결정 통지문에 귀하의 추가적인 이의제기 권리 여부가 설명되어 있습니다.

## 귀하의 진정(고충) 제기 권리에 관한 중요 정보

일반적으로 고객센터팀에 연락하는 것이 첫 번째 단계입니다. 할 일이 있으면 고객센터팀에 알려십시오. 전화: (833) 388-8168 (TTY: 711), 10월 1일 ~ 3월 31일에는 오전 8시 ~ 오후 8시, 주 7일이며, 4월 1일 ~ 9월 30일에는 평일 오전 8시 ~ 오후 8시입니다.

전화하기를 원치 않는 경우(또는 전화했지만 만족하지 않는 경우), 귀하는 진정 사항을 작성하여 우리에게 보낼 수 있습니다. 귀하가 진정 사항을 작성하여 우리에게 보낸 경우에는 우리도 서면으로 대응할 것입니다.

**표준 진정제기** - 대부분의 진정제기는 우리가 귀하의 진정제기를 받은 후 **30력일** 이내에 답하게 됩니다. 귀하가 연장을 요청하는 경우 또는 우리에게 귀하 케이스에 대한 추가 정보가 필요한 경우, 응답을 하는데 더 많은 시간이 소요될 수 있습니다. 저희가 추가적으로 시간을 소요하는 경우 귀하에게 알려드릴 것이며 시간이 더 필요한 이유를 설명해드릴 것입니다.

**신속 진정제기** - 우리가 귀하의 “신속 보장 결정” 또는 “신속 이의제기” 요청을 거부했기 때문에 진정을 제기하시는 경우, 또는 우리가 보장 결정이나 이의제기에 연장을 취하는 경우, 우리는 자동으로 “신속 진정제기”를 적용해 드립니다. 귀하에게 “신속 진정” 처리가 적용된다는 것은 우리가 귀하에게 답변을 24시간 이내에 드린다는 뜻입니다.

## 도움 및 추가 정보 제공받기

- Clever Care 고객센터팀 수신자부담 전화: (833) 808-8164 TTY 사용자 전화: 711.  
보험 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시에서 오후 8시까지이며, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시에서 오후 8시까지입니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답됩니다.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227), 하루 24시간, 주7일. TTY 사용자 전화: 1-877-486-2048.
- Medicare 권리 센터(Medicare Rights Center): 1-888-HMO-9050.
- Elder Care Locator: 1-800-677-1116 또는 [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov)를 통해 귀하의 지역사회에서 도움을 구하십시오.
- 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP) - California 주 건강보험 지원 프로그램: 1-800-434-0222. TTY 사용자 전화: 711.