

Clever Care 회원 불만 및 이의 제기 신청서 - 파트 C

본 양식은 귀하께 제공된 치료 또는 서비스의 모든 측면에 대해 공식적인 불만(Complaint) 또는 이의 제기(Appeal)를 신청하기 위한 것입니다. Clever Care Health Plan은 관련 법률에 따라 귀하의 불만 또는 이의 제기에 반드시 답변해야 할 의무가 있습니다. 당사는 이러한 상황을 해결하기 위한 상세한 절차를 마련하고 있습니다. 문의 사항이 있으시면 전화: 1-833-283-9888로 연락해 주시기 바랍니다. 청각 또는 언어 장애가 있으신 경우 TTY/TDD: 711로 연락해 주십시오.

아래 사항을 인쇄체로 작성하거나 입력해 주십시오:

회원 성명:	회원 ID 번호:
주소:	도시, 주, 우편번호:
전화번호:	이메일 주소(선택):

권한이 있는 대리인(Authorized Representative): 회원 본인이 아닌 다른 사람이 불만 또는 이의 제기를 신청하는 경우, “불만 또는 이의 제기 신청 가능 대상” 항목을 확인하신 후 아래 정보를 기재해 주십시오:

성명:	전화번호:
회원과의 관계:	
주소:	도시, 주, 우편번호:
<input type="checkbox"/> 임명서(Authorization) / <input type="checkbox"/> 청구 번호(Claim #):	사건 발생일:

관련된 날짜, 시간, 인물, 장소 등을 포함하여 불만 내용을 상세히 작성해 주십시오.

불만 제기는 사건 발생일로부터 60일 이내에 제기하실 수 있습니다. 이의 제기는 거부 통지일로부터 65일 이내에 신청하실 수 있습니다. 불만 또는 이의 제기와 관련된 추가 자료가 있는 경우 사본을 첨부해 주십시오.

회원 성명:	서명:
제출자 성명:	서명:



회원 본인 또는 대리인은 서명된 서면 불만 또는 이의 제기 신청서를 아래 주소로 우편 또는 팩스로 제출해 주십시오:

Clever Care Health Plan
Attn: Appeals & Grievances Department
7711 Center Ave Ste 100
Huntington Beach, CA 92647

팩스: (657) 276-4715

긴급한 이의 제기 또는 불만 제기 신청은 1-833-283-9888로 전화해 주시기 바랍니다.

불만 또는 이의 제기 신청 가능 대상

회원 본인 또는 회원이 지정한 권한이 있는 대리인(Authorized Representative)은 이의 제기를 신청할 수 있습니다. 회원은 가족, 친구, 변호사, 의사 또는 기타 원하는 사람을 대리인으로 지정할 수 있습니다.

대리인 지정 방법에 대해 알고 싶으시면 다음 번호로 연락해 주십시오: 1-833-808-8164. TTY 사용자는 711로 전화해 주십시오.

귀하를 대신하여 행동할 사람을 지정하려는 경우, 귀하와 귀하의 권한이 있는 대리인은 본 양식 1페이지에 서명하고 날짜를 기재하여 제출해야 합니다. 이 서류는 해당인을 귀하의 대리인으로 지정하는 확인서 역할을 합니다.

귀하의 이의 제기 권리에 관한 중요한 정보

Clever Care Health Plan에는 두 종류의 이의 제기가 있습니다

표준 이의 제기 - 회원님께서 서면으로 제출한 표준 이의 제기에 대하여, 당사는 접수 후 30일 이내에 서면으로 결정 결과를 통지합니다. 회원님께서 기한 연장을 요청하거나 사건과 관련하여 추가 정보가 필요한 경우, 결정이 지연될 수 있습니다. 이 경우 지연 사유와 예상 소요 기간을 안내해 드릴 것입니다. 이미 받은 의료 서비스/항목의 비용 지급과 관련된 이의 제기는, 60일 이내에 서면 결정 결과를 알려드립니다. 파트 B 약품 관련 이의 제기는, 7일 이내에 서면 결정 결과를 알려드립니다.

빠른 이의 제기 - 회원님이 서면 또는 구두로 제출한 빠른 이의 제기에 대하여, 당사는 접수 후 72시간 내에 신속하게 결정해 드립니다. 회원님 또는 담당 의사께서, 30일 동안 기다릴 경우 건강에 심각한 위험이 발생할 수 있다고 판단하는 경우 빠른 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 이미 받은 의료 서비스/항목의 비용 지급을 요청하는 경우에는 빠른 이의 제기를 신청할 수 없습니다.

의사가 회원님을 대신하여 빠른 이의 제기를 요청하거나, 의사가 회원님의 요청을 지지하는 경우, 자동으로 빠른 이의 제기가 처리됩니다. 회원님께서 의사의 지지 없이 빠른 이의 제기를 요청하는 경우, 당사는 해당 요청이 빠른 처리 대상인지 판단합니다. 빠른 이의 제기가 승인되지 않을 경우, 결정은 접수일로부터 30일 이내에 통지됩니다.

다음 절차

회원님께서 이의 제기를 제출했음에도 의료 서비스/항목 요청이 거부되면, 해당 사건은 자동으로 독립 심사 기관으로 넘어갑니다. 독립 심사 기관이 귀하의 요청을 거부하면, 결정서에 추가로 이의 제기할 수 있는 권리가 있는지 안내됩니다.

불만(고충 제기) 권리에 대한 중요 안내

일반적으로, 회원 서비스에 전화하는 것이 첫 번째 단계입니다. 추가로 필요하신 조치가 있을 경우, 회원 서비스에서 안내해 드리도록 하겠습니다. 회원 서비스 연락처는 1-833-808-8164 (TTY: 711) 입니다. 운영 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 매일(주 7일) 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일(주 5일) 오전 8시부터 오후 8시까지입니다.

전화 상담을 원하지 않으실(또는 상담 후 만족하지 못하신) 경우, 불만 제기를 서면으로 제출하실 수 있습니다. 불만 제기를 서면으로 제출하시면, 당사는 서면으로 답변드릴 것입니다.

표준 불만 제기 - 대부분의 불만 제기는 접수 후 달력일 기준 30일 이내에 답변됩니다. 회원님께서 처리 기한 연장을 요청하거나 사건과 관련하여 추가 정보가 필요한 경우, 답변이 다소 지연될 수 있습니다. 지연되는 경우, 그 사유와 예상 소요 기간을 안내해 드릴 것입니다.

빠른 불만 제기 - 회원님께서 불만 제기를 하는 이유가 “빠른 보장 결정(fast coverage decision)” 또는 “빠른 이의 제기(fast appeal)” 요청이 거부되었거나, 보장 결정 또는 이의 제기 처리 기간이 연장되었기 때문인 경우, 당사는 자동으로 “빠른 불만 제기(fast complaint)”를 적용합니다. “빠른 불만 제기”가 적용되면, 24시간 이내에 답변을 받으실 수 있습니다.

도움 및 추가 정보 제공받기

- Clever Care 회원 서비스 무료 전화: 1-833-808-8164. TTY 사용자 전화: 711.
- 운영 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 매일(주 7일) 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일(주 5일) 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. 휴일 또는 근무 시간 외에 받은 메시지는 다음 영업일 이내에 회신됩니다.
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연중무휴(주 7일, 하루 24시간) 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해 주십시오.
- 메디케어 권리 센터(Medicare Rights Center): 1-888-HMO-9050 (1-888-466-9050).
- 고령자 돌봄 위치 찾기(Elder Care Locator): 1-800-677-1116 또는 www.eldercare.acl.gov에서 커뮤니티 내 지원을 찾아보실 수 있습니다.
- 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP, Health Insurance Counseling and Advocacy Program) - 캘리포니아 주 건강 보험 지원 프로그램(California's State Health Insurance Assistance Program): 1-800-434-0222. TTY 사용자 전화번호: 711.