



Anthem Blue Cross  
 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company  
 회원 불만사항 수렴 양식

지시 사항: 본 양식을 작성하신 후 모든 증빙 자료를 첨부하여 주십시오. 작성된 양식은 우편주소 P.O. Box 60007, Los Angeles, CA. 90060-0007로 우대 회원 불만 수렴 담당자(Priority Member Grievance) 앞으로 보내 주십시오. 아니면, 회원 카드에 나와 있는 무료 전화번호로 전화하여 서비스 상담원에게 대신 양식을 작성해달라고 요청하십시오. Anthem Blue Cross가 본 양식을 접수한 날로부터 30일 이내에 답변을 받게 됩니다.

회원명: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_  
 회원 번호: (회원 카드 참조) \_\_\_\_\_ 그룹 번호: (회원 카드 참조) \_\_\_\_\_  
 회원 주소: \_\_\_\_\_  
 주간 연락가능 전화번호: ( ) \_\_\_\_\_  
 야간 연락가능 전화번호: ( ) \_\_\_\_\_

*회원 본인 또는 회원의 배우자가 아닌 경우에는, 다음 사항을 기재해 주십시오:*

성명: \_\_\_\_\_ 회원과의 관계 \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_  
 주간 연락가능 전화번호: ( ) \_\_\_\_\_  
 야간 연락가능 전화번호: ( ) \_\_\_\_\_  
 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

**불만 사항**

불만사항을 상세히 설명하되 되도록 많은 정보를 제공해 주십시오. 불만사항이 의료서비스 제공자에 대한 경우에는, 서비스 제공자의 신원과 서비스를 받은 날짜를 확인해 주십시오. 귀하가 환자 본인이 아닌 경우에는 환자의 이름을 나열해 주십시오.

필요시 별도의 용지를 첨부하여 주십시오.

서비스 제공자 이름: \_\_\_\_\_ 서비스 받은 날짜: \_\_\_\_\_ 환자: \_\_\_\_\_

상세 내용: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

타당한 해결책은 무엇이라고 생각하십니까? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

다음 통지문은 귀하의 건강 보장이 관리보건국(Department of Managed Health Care)에 의해 관장되는 경우에 제공됩니다.

귀하의 건강 보험이 관리보건국에 의해 관장되지 않는 경우, 다음 통지문은 귀하에게 해당되지 않습니다.

귀하의 상소권에 대해서는 귀하의 보장 범위 설명서를 참고하십시오.

캘리포니아 관리보건국은 건강 치료 서비스 플랜의 규제를 책임지고 있습니다. 건강 플랜에 대한 불만 사항이 있는 경우에는 관리보건국에 연락하기 전에 우선 **귀하의 ID 카드에 나와 있는 무료 전화번호**로 해당 건강 플랜에 전화하여 귀하의 건강 플랜 불만 처리절차를 활용해야 합니다.

이러한 불만 처리 절차는 귀하가 향후에 활용할 수 있는 잠재적인 법적 권리나 구제책에 영향을 주지 않습니다. 응급 상황과 관련된 불만사항, 귀하의 건강 플랜에 의해 만족스럽게 해결되지 않은 불만사항, 또는 30일 이상 해결되지 않은 채 남아있는 불만사항에 대하여 도움이 필요한 경우에는 관리보건국에 연락하여 지원을 요청할 수 있습니다.

귀하는 또한 개별 의료 심사(IMR)에 대한 자격도 있습니다. 귀하가 개별의료심사(IMR) 자격이 있는 경우, 개별의료심사(IMR) 절차는 제안된 서비스 또는 치료의 의학적 필요성, 실험용 또는 본질적으로 연구용인 치료에 대한 보장 범위 판단, 그리고 응급 또는 긴급 의료 서비스에 대한 비용지불 분쟁과 관련하여 건강 플랜에 의하여 이루어진 의료 결정에 대해 공정하게 심사합니다. 관리보건국은 시각 및 청각 장애인을 위한 무료 전화번호(**1-888-HMO-2219**)와 TDD 회선 (**1-877-688-9891**)도 제공하고 있습니다. 관리보건국의 인터넷 웹사이트 <http://www.hmohelp.ca.gov>에는 온라인 불만 수렴 양식, 개별의료심사(IMR) 신청 양식과 지시 사항들이 있습니다.

### 불치병에 대한 권리

귀하가 불치병(1년 이내에 사망할 가망이 높은 치료 불가능하거나 돌이킬 수 없는 상태)을 앓고 있으며 신청한 치료가 실험 또는 연구 목적으로 판단되어 거부되었다면, 귀하는 불만 처리 절차로써 귀하의 사례에 대해 저희와 상의하실 수 있는 권리가 있습니다. 귀하가 이에 적용되며 저희와 상의를 원하시면 **1-800 365-0609**이나 언어 또는 청각 장애인들을 위한 TDD 회선인 **1-866-333-4823**으로 연락하실 수 있습니다. 이 통지에 설명된 바와 같이 이 권리는 귀하께서 이용하실 수 있는 기타 분쟁 해결 옵션에 추가됩니다.

For Blue Cross use only: Blue Cross Representative:	Unit/Location:	Date:
--------------------------------------------------------	----------------	-------

Anthem Blue Cross는 Blue Cross of California의 상표입니다. Anthem Blue Cross와 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company는 Blue Cross Association의 독립 면허권자입니다. ® ANTHEM은 등록된 상표입니다. ® The Blue Cross 명칭과 기호는 Blue Cross Association의 등록된 상표입니다.