State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM – KOREAN
DMHC 20-224 New: 04/06 Rev: 09/25

독립 의료 검토 신청서(IMR)/불만양식

중요정보

귀하의 IMR 신청서/불만양식을 온라인으로 다음에 제출할 수 있습니다: www.DMHC.ca.gov

- **무료:** IMR/소비자 불만 처리는 무료입니다.
- **신속:** IMR 은 보통 45 일 내에 결정되며, 긴급 의료문제인 경우 7 일 이내에 결정됩니다.
- **성공률:** 약 **73** 퍼센트 의 환자들이 IMR 을 통해 요청한 서비스를 받습니다.
- **최종:** 건강보험은 IMR 결정을 따라야 하며 즉시 해당 서비스를 제공해야 합니다.

환자 정보

이름_____ 중간 이니셜____ 성_____

환자의 생년월일 (mm/dd/yyyy)_____

성별: ☐ 남성 ☐ 여성 ☐기타_____

미성년자에 대한 제출인 경우 부모나 보호자의 성명_____

주소 _____

도시 _____ 주_____ ZIP _____

주요 전화번호 # _____ 이메일 주소 _____

이 이메일 주소로 연락/서신을 받기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요 (예, 저희의 이메일을 받으시면, 보안적인 이메일 커뮤니케이션을 위해 비밀번호를 만드셔야 합니다)

건강보험명_____ 환자의 멤버십 번호#_____

의료그룹명 (의료그룹에 속한 경우)_____

고용주_____

누군가가 귀하의 불만을 해결하도록 도와주기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예라고 답하셨으면, 첨부된 "승인된 지원 양식"을 작성해 주십시오.

Medi-Cal이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예라고 답하셨으면, 주 공정 심의회에 요청서를 제출하셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

메디케어 또는 메디케어 어드밴티지가 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

귀하의 건강보험에 불만 또는 고충을 제출하셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

이미 받은 의료 서비스에 대해 지불을 받기를 희망하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예라고 답하셨으면, 서비스 일자와 제공기관의 이름을 적어 주십시오:

귀하의 건강 문제

(필요할 경우, 별도의 종이를 사용하고 다른 서류를 첨부하십시오.)

향후 서비스에 대해 귀하의 건강보험이 지불하기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

향후 서비스에 대해 귀하의 건강보험이 지불하기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

귀하의 건강 상태와 의사의 진단에 대해 말씀해 주시겠습니까? (구체적으로 적어 주십시오)_____

귀하가 요구하는 의료치료/서비스 및/또는 약물치료는 무엇입니까? (구체적으로 적어 주십시오)

귀하의 건강보험이 귀하의 치료를 거부, 지연, 또는 수정했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예라고 답하셨으면, 아래의 이유 중에서 표기하십시오: (하나의 항목에 체크표시 하십시오)

☐ 의학적으로 필요하지 않음 ☐ 실험적이거나 조사대상임 ☐ 응급이 아님/긴급하지 않음
☐ 보험▯ 적용▯ 혜택이▯ 아님 ☐ 기타 (아래에 설명해 주십시오)

이 상태에 대해 진료, 치료 또는 조언을 해준 귀하의 주치의 및 기타 기관의 이름과 전화번호를 적어 주십시오.

_____귀하의 상태를 네트워크 외 제공기관에 보여준 적이 있습니까?
☐ 예 ☐ 아니요

예라고 답하셨으면, 이 양식에 해당 의료기록을 포함시켜 주십시오.

귀하의 건강보험에서 발생한 문제를 간단하게 설명해 주십시오. 예를 들어, 해당 문제가 진료거부, 미지급 청구서, 진료 약속이나 약물 치료 문제 또는 건강보험에서 보상대상 취소인지 설명해 주십시오.

의료정보 공개

본인은 관리보건부(DMHC, 이하 본 부처)에서 본인의 건강보험의 문제에 대한 결정을 내려주도록 요청합니다. 본인은 본 부처가 본인의 독립의료검토(IMR) 신청서/불만양식을 검토하여 해당 불만이 IMR 또는 본 부처의 불만 절차에 자격대상인지를 결정해 주도록 요청합니다. 본인은 이 문제를 검토하기 위해 과거와 현재의 의료제공기관 및 본인의 보험플랜에서 본인의 의료 기록을 공개하도록 승인합니다. 이 기록에는 의료, 정신건강, 약물남용, HIV, 진단용 이미지 보고 및 본인의 사례와 연관된 기타 기록이 포함될 수 있습니다. 또한 이 기록에는 본인의 사례와 연관된 비 의료기록 및 기타 기록이 포함될 수 있습니다. 본인은 본 부처가 이 기록 및 정보를 검토한 후 이를 본인의 보험플랜에 송부하도록 승인합니다. 본인의 승인은 법률에서 승인하는 경우를 제외하고, 아래 날짜로부터 1년 간 유효합니다. 예를 들어, 법에 의거 본 부처에서 내부적으로 본인의 정보를 계속 사용할 수 있습니다. 본인은 원할 경우 승인 유효기간을 미리 종료할 수 있습니다. 이 페이지에 제공한 모든 정보는 사실입니다.

환자 또는 부모 성명 (정자체) _____

환자 또는 부모 서명_____ 날짜_____

우편이나 팩스 정보에 대해서는 안내장을 참고해 주십시오.

통계 정보

귀하에게 다음 정보를 자발적으로 제공하도록 요청합니다. 이 정보의 제공 시 본 부처가 문제의 유형을 파악하는데 도움이 됩니다. 보건 및 안전법 제 1374.30 조에 의거 본 부처는 이 정보를 연구와 통계 목적으로 수집할 수 있습니다. 이 정보의 제공은 선택사항이며 어떠한 방법으로든 IMR 또는 불만결정에 영향을 미치지 않습니다.

주요 사용 언어:_____

귀하의 주요 언어로 저희와 연락/서신을 주고받기를 원하십니까? 예 ☐

인종/민족:_____

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM – KOREAN
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 01/20

지원승인양식

- 다른 사람에게 귀하의 독립의료검토(IMR) 또는 불만을 돕도록 승인하고 싶으시면, 아래 파트 A 및 B를 작성하십시오.

- 귀하가 18 세 미만의 자녀를 위해 이 IMR/불만 양식을 제출하는 부모 또는 법적 보호자인 경우, 이 양식을 작성할 필요가 없습니다.

- 만약 금치산자 또는 불능이어서 이 양식을 작성할 수 없는 환자를 위해 귀하가 이 IMR/불만을 제출하는 경우이고, 귀하가 이 환자를 대행할 법적 권한이 있는 경우, 파트 B 만 작성해 주십시오. 또한 의료보호결정에 대한 위임장 또는 해당 환자를 위해 결정을 할 수 있다고 기재한 기타 서류를 첨부해 주십시오.

파트 A: 환자가 작성

본인은 파트 B 의 아래 사람이 본인을 도와 관리보건부(DMHC, 이하 본 부처)에 본인의 IMR 또는 불만을 제출하도록 승인합니다. 본인은 본 부처 및 IMR 직원이 본인의 건강상태와 아래 사람의 보호에 관한 정보를 공유하도록 승인합니다. 이 정보에는 정신건강치료, HIV 치료 또는 테스트, 알코올 또는 약물 치료, 또는 기타 의료정보가 포함될 수 있습니다.

본인은 본인의 IMR 또는 불만에 관련된 정보만 공유되는 것으로 알고 있습니다.

이 지원에 대한 본인의 승인은 자발적이며 이를 종료할 권리를 갖습니다. 이를 종료하고 싶으면, 서면으로 작성해야 합니다.

환자 이름 (정자체) _____

환자 서명_____
날짜_____

파트 B: 환자를 돕는 사람이 작성

도움을 제공하는 사람의 이름 (정자체)_____
주소_____
도시_____ 주_____ ZIP_____

환자와의 관계_____

주요 전화번호_____

보조 전화번호_____

이메일 주소_____

☐ 의료결정에 대한 위임장 또는 기타 법적서류가 첨부되어 있습니다.

독립의료검토신청서/불만양식

질문이 있으신 경우 본 부처로 1-888-466-2219 또는 TDD 1-877-688-9891 로 문의 주시기 바랍니다. 이 전화는 무료입니다.

제출하시기 전에:

대부분의 경우, 본 부처에 불만 또는 IMR 신청서를 제출하시기 전에 귀하의 건강보험을 통해 불만 또는 이의제기 절차를 거쳐야 합니다. 귀하의 건강보험은 30 일 이내에, 또는 귀하의 문제가 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 주는 경우에는 3 일 이내에 귀하께 결정을 알려드려야 합니다.

만일 귀하의 치료가 실험적/조사 대상이라는 이유로 귀하의 건강보험이 치료를 거부한 경우에는, IMR 신청서를 작성하시기 전에 건강보험의 불만 또는 이의제기 절차에 참여하실 필요는 없습니다.

귀하의 보험플랜에서 귀하의 청원에 대한 서면답변을 발송한 후 6 개월 이내에 IMR 을 제출해야 합니다. 만일 시기적절하게 제출을 할 수 없게 한 특수한 상황이 있는 경우 6 개월 이후에도 귀하의 신청서를 제출할 수 있습니다. 만약 IMR 의 자격 대상이 되는 문제에 대해 본 부처에 불만을 제출하지 않기로 결정한 경우, 귀하가 요청하는 서비스 또는 치료와 관련하여 귀하의 보험플랜에 대해 법적 조치를 추구할 귀하의 권리를 포기하는 것임을 알아 두시기 바랍니다.

제출 방법:

1. 온라인으로 제출: www.DMHC.ca.gov. [이 방법은 가장 빠른 방법입니다.]
   또는
   IMR 신청서/불만양식을 작성한 후 서명.

2. 귀하의 IMR 또는 불만 제출을 다른 사람이 도와주길 원하시면, "지원승인양식"을 작성해 주십시오. **귀하와 귀하를 도와주도록 승인된 사람 모두 본 양식에 서명해야 합니다.**
3. 네트워크 외 의료서비스 제공기관의 의료기록이 있으시면, 귀하의 IMR 신청서/불만양식에 포함시켜 주십시오. 귀하의 보험플랜에서는 네트워크 내 의료서비스 제공기관의 의료기록을 제공합니다.
4. 귀하의 요청을 뒷받침하는 다른 서류를 포함시킬 수도 있습니다. 하지만, 이 불만과 관련하여 귀하와 귀하의 보험플랜 사이에 주고 받은 서류나 통신문을 제공하실 필요는 없습니다. 본 부처는 조사의일환으로 이 정보를 귀하의 보험플랜에서 직접 확보합니다.
5. 온라인으로 제출하지 않으신다면, 양식 및 근거 서류를 우편 또는 팩스로 보내십시오.
   Department of Managed Health Care Help Center
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725
   팩스: 916-255-5241

다음 절차는 무엇입니까?

본 부처는 귀하의 사례가 IMR 또는 불만 자격 대상인지 결정합니다. 사례가 의료적 필요성 또는 실험적/조사 대상에 근거하여 의료 서비스가 지연, 수정, 또는 거부된 경우, IMR 자격 대상이 됩니다.

IMR 자격 대상이 아닌 사례들은 소비자 불만 절차를 통해 처리됩니다. 이러한 사례들로는 보험 적용이 안되는 혜택에 대한 의료서비스 거부, 클레임 지급 분쟁, 보험 적용 취소, 진료의 품질, 공제금/본인부담 비용과 같은 문제들이 포함됩니다.

본 부처는 귀하가 IMR 의 자격 대상인지를 알려주는 서신을 7 일 이내에 발송합니다. 귀하의 불만이 IMR 자격 대상이라고 본 부처가 결정한 경우, 귀하의 사례는 해당 검토를 수행할 주 계약업체에 할당됩니다. 이 계약업체는 독립의료검토기구로도 불립니다. 귀하의 의료기록을 포함하여 귀하의 불만과 관련되어 지원센터에서 보유한 모든 정보는 이 검토기구로 보내집니다. 검토기구는 보통 45 일 이내에, 또는 귀하의 사례가 긴급한 경우 7 일 이내에 결정합니다. 본 부처가 그 결정을 서신으로 보내드립니다.

만일 본 부처가 귀하의 불만이 소비자 불만 절차를 통해 검토되어야 하는 것으로 결정한 경우, 귀하의 문제에 대한 결정은 30 일 이내에 이루어집니다. 본 부처가 해당 결정을 서신으로 보내드립니다.
정보실무법 1977 (캘리포니아 민법 제 1798.17)에 의거 다음 통지를 해야 합니다.

- 캘리포니아의 Knox-Keene 법에 의거 본 부처는 건강보험플랜을 규제하고 보험플랜 가입자의 불만을 조사할 권한을 갖습니다.
- 본 부처의 지원센터는 귀하의 개인정보를 사용하여 귀하의 보험플랜 문제를 조사하고 자격대상인 경우 IMR을 제공합니다.
- 귀하는 이 정보를 본 부처에게 자발적으로 제공합니다. 이 정보를 반드시 제공할 필요는 없습니다. 하지만, 만약 정보를 제공하지 않을 경우, 본 부처는 귀하의 불만을 조사하거나 IMR을 제공할 수 없습니다.
- 본 부처는 필요 시 귀하의 개인정보를 보험플랜, 제공기관, 및 IMR을 수행하는 검토기구와 공유할 수 있습니다.
- 또한 본 부처는 법에 의거 필요하거나 승인된 경우 다른 정부기관과 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.
- 귀하는 귀하의 개인정보를 볼 권리가 있습니다. 이를 위해, 본 부처의 Records Request Coordinator, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725로 연락하시거나 916-322-6727로 전화 주십시오.