



가입자 불만사항 기재 양식

본 양식을 ab작성하신 후 관련 문서가 있을 경우 첨부하십시오. 양식과 서류를 다음 주소로 우송해 주십시오:
Attn: Grievance Coordinator, Anthem Blue Cross, P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.

Anthem Blue Cross ID 카드에 나와 있는 고객센터 또는 가입자서비스부 전화번호로 연락하여 가입자 불만사항을 제출하셔도 됩니다. 저희는 이 양식 또는 전화를 받은 날로부터 30일 이내에 회신을 드립니다.

날짜: _____

가입자 성명: _____ 가입자 ID 번호/CIN 번호: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전화번호 _____

불만사항 관련 정보

본 정보는 영구기록으로 남게 됩니다. 명확하고 알아 보기 쉽게 기입하십시오.

사고 날짜: _____

상황 설명 (용지가 더 필요한 경우 별도의 용지를 덧붙이십시오):

가입자 서명 (미성년자인 경우 부모 또는 보호자)

X _____ 날짜: _____

본 양식을 작성하는 데 도움이 필요하시면, Anthem Blue Cross ID 카드에 나와 있는 고객센터 또는 가입자서비스부 전화번호로 연락하십시오. 자세한 사항은 본 양식의 뒷면을 참조하십시오.

모든 Medi-Cal 가입자

귀하는 또한 발생 시기로부터 90일 이내에 주 공청회를 요구할 수도 있습니다. 다음 주소로 편지를 보내십시오:

**Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 19-37
Sacramento, CA 94244-2430**

귀하는 사회복지부(Department of Social Services) 번호 **1-800-952-5253**으로 직접 연락하실 수 있습니다.

귀하는 귀하에게 도움을 드릴 ombudsman 사무실에 **1-888-452-8609**로 연락할 수도 있습니다.

Healthy Families Program 가입자

귀하의 Anthem Blue Cross 혜택 동의서(Benefit Agreement)에는 중재 조항이 포함되어 있습니다. 귀하 또는 귀하의 대리인과 캘리포니아 Anthem Blue Cross 또는 관련 회사간의 소액 배상 요구 법정 관할 구역을 벗어나는 모든 분쟁은 중재를 통해 해결되어야 합니다. 중재를 시작하려면, 다음 주소로 서면 신청서를 제출해야 합니다.

**Attn: Appeals and Complaints Department
Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007**

서면 신청서가 접수되면, 귀하의 요청이 인정되며 귀하의 중재 절차에 관한 자세한 정보를 받게 됩니다.

로스앤젤레스 카운티 Medi-Cal 가입자

다음 주소와 번호로 연락하셔도 됩니다.

**Attn: Member Services
L.A. Care Health Plan
555 W. Fifth Street
Los Angeles, CA 90013
1-888-452-2273**

귀하는 귀하에게 도움을 드릴 ombudsman 사무실에 **1-888-452-8609**로 연락할 수도 있습니다. 귀하는 또한 발생 시기로부터 90일 이내에 주 공청회를 요구할 수도 있습니다. 다음 주소로 편지를 보내십시오:

**Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 19-37
Sacramento, CA 94244-2430**

귀하는 사회복지부(Department of Social Services) 번호 **1-800-952-5253**으로 직접 연락하실 수 있습니다. 서면 신청서가 접수되면, 귀하의 요청이 인정되며 귀하의 중재 절차에 관한 자세한 정보를 받게 됩니다.

모든 캘리포니아 Anthem Blue Cross 가입자

캘리포니아 관리보건국(Department of Managed Health Care)은 의료 서비스 보험 규제에 대한 책임을 지고 있습니다. 귀하의 보험에 대해 불만사항이 있을 경우, 먼저 해당 보험회사의 서비스 번호인 **1-800-407-4627**에 연락하셔야 하며 관리보건국에 연락하시기 전에 해당 보험 회사의 불만사항 처리 절차를 이용하셔야 합니다. 이 불만사항 처리 절차에 대한 사용은 귀하가 이용할 수 있는 잠재적 법적 권리 또는 법적 구제 수단을 금하지 않습니다. 긴급 상황에 관계된 불만 사항, 귀하의 보험회사가 만족스럽게 해결하지 못한 불만 사항 또는 30일 넘게 해결되지 못한 불만 사항에 대하여 도움이 필요하실 경우, 관리보건국에 연락하여 도움을 청하실 수 있습니다. 귀하는 독립 의료 검토(Independent Medical Review IMR)를 받으실 자격이 있으실 수 있습니다. 귀하께서 IMR을 받으실 자격이 있을 경우, IMR 절차는 제안된 서비스나 치료의 필요성과 관련된 보험 규정에 따른 의료 결정, 실험적 또는 연구 성격을 가진 치료에 대한 보험 보상범위 결정 및 응급상황 또는 긴급 의료 서비스 관련 지급 분쟁에 대한 공정한 검토를 제공할 것입니다. 관리보건국은 무료 전화 서비스 번호(**1-888-HMO-2219**)와 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 서비스 (**1-877-688-9891**)도 제공합니다. 관리보건국의 인터넷 웹사이트 <http://www.hmohelp.ca.gov>를 방문하시면 온라인 불만사항 기재 양식, IMR 신청서 및 작성 요령 등을 살펴볼 수 있습니다.