

## 독립 의료 검토 신청서(IMR)/불만양식

### 중요정보

귀하의 **IMR 신청서/불만양식**을 온라인으로 다음에 제출할 수 있습니다: [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.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 60 퍼센트 의 환자들이 IMR 을 통해 요청한 서비스를 받습니다.

### 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 # \_\_\_\_\_ 보조 전화번호 # \_\_\_\_\_

이메일 주소 \_\_\_\_\_

이 이메일 주소로 연락/서신을 받기를 원하십니까?  예  아니요

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: \_\_\_\_\_

**지원승인양식**

- 다른 사람에게 귀하의 독립의료검토(IMR) 또는 불만을 돕도록 승인하고 싶으시면, 아래 파트 A 및 B를 작성하십시오. (양쪽 당사자 모두 본 양식에 서명해야 합니다)
- 귀하가 18 세 미만의 자녀를 위해 이 IMR/불만 양식을 제출하는 부모 또는 법적 보호자인 경우, 이 양식을 작성할 필요가 없습니다.
- 만약 금지산자 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) \_\_\_\_\_

도움을 제공하는 사람의 서명 \_\_\_\_\_

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.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.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 조사의 일환으로 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?

## 독립의료검토신청서/불만양식

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 7일 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 **IMR**을 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 **IMR**을 제공할 수 없습니다.
- 본 부처는 필요 시 귀하의 개인정보를 보험플랜, 제공기관, 및 **IMR**을 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 95814-2725**로 연락하시거나 **916-322-6727**로 전화 주십시오.