

본 통지는 캘리포니아 법에 의거해 귀하에게 제공되어야 합니다.

귀하는 등록된 의료 보험 제공기관에 포함되지 않은 병원에서 응급 치료를 받았습니다. 주법에 의거해 응급 치료는 진료 장소에 상관 없이 귀하의 의료 보험에서 비용을 지불해야 합니다. 귀하를 치료한 의사는 추가 치료를 위해 귀하를 다른 병원으로 이송해도 안전하다는 판단을 내렸습니다. 더 이상 응급 치료가 필요하지 않기 때문에 귀하의 의료 보험에서 해당 병원에서의 추가 치료를 승인하지 않았습니다. 귀하의 의료 보험에서 의료 보험 제공기관 소속 병원으로의 이송을 예약해두었습니다. 이송에 동의하신다면 의료 보험에서 새로운 병원에서의 치료 비용을 지불하게 됩니다. 귀하는 치료에 대해 공제액, 가입자 부담금, 또는 공동 보험료만 지불하시면 됩니다. 귀하의 의료 보험에서 부담하는 다른 병원으로의 이송 비용에 대해서는 공제액, 가입자 부담금, 또는 공동 보험료를 지불하실 필요가 없습니다.

추가적인 치료를 처음 병원에서 받기로 결정하신 경우에는 더 이상 응급 치료가 필요없기 때문에 치료비 전액을 부담하셔야 합니다. 치료비에는 의사 진찰비, 병원비 및 모든 검사, 방사선 또는 귀하가 받는 기타 서비스가 포함될 수 있습니다. 안전한 이송이 어렵다고 생각하는 경우에는 의사와 상담하십시오. 추가 문의사항이 있는 경우에는

- 의료 보험 가입자 서비스 부서에 문의하십시오. 전화번호는 의료 보험 가입자 카드를 참조하십시오. 의료 보험에 대한 민원을 제기하실 수도 있습니다.
- Department of Managed Health Care 민원 센터 전화번호는 1-888-466-2219입니다. 민원 센터는 1년 365일 연중무휴로 이용 가능합니다. 민원 센터는 귀하의 문제를 해결하기 위해 귀하의 의료 보험과 협력할 수 있지만, 해당 병원에 머무르는 경우에는 치료비 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.

Medicare 의료 보험의 경우에는 추가적인 이의제기 권리가 있습니다. 귀하의 Medicare 의료 보험에서 다른 병원으로의 이송을 결정한 경우에는 보험사에 신속한 이의제기 처리를 요청할 수 있습니다. 이 경우 귀하의 보험사는 신속하게 결정을 내려야 합니다. 이의제기를 원하는 경우에는 의료 보험사에 전화를 하거나 팩스를 보내고 신속 이의제기 처리를 요청하십시오. 친척이나 의사 등 다른 사람이 귀하를 대신해 전화를 하거나 팩스를 보낼 수 있습니다. 귀하가 '승인서'라 불리는 서면 허가서를 제공한 경우에 의사 또는 친구/친척이 귀하를 대신해 전화를 하거나 팩스를 보낼 수 있습니다. 이의제기가 거부된 경우에 Medicare는 자동으로 귀하의 의료 보험사 이외의 심사자가 귀하의 사안을 검토하게 합니다. 심사자의 결정에 동의하지 않는 경우에는 추가적인 이의제기 권리에 대해 알려드립니다.