

## 독립적 의료 심사 신청에 관한 정보 및 안내

보험 담당국에 독립 의료 심사를 신청하시기 전에 본 사안을 해결하기 위한 노력으로 보험 회사에 대한 이의제기/불만 신청서를 먼저 제출하셔야 합니다. 30일 이내에 만족스러운 답을 듣지 못하셨다면 신청서를 작성하셔서 불만사항에 관한 중요 서류의 사본을 첨부하여 신청서에 명시된 주소로 보내주십시오. 필요한 경우, 상황 설명과 보험회사의 결정에 동의할 수 없다는 설명이 담긴 추가 서류를 보내실 수도 있습니다. 이는 캘리포니아 보험 코드 섹션 12921.3 및 섹션 10169에 설명되어 있는 권리와 의무 내에서 그리고 귀하의 신청을 검토하는 과정에서 필요한 정보입니다. 귀하로부터 제공받은 정보에 관한 저희의 사생활 보호 정책을 검토하시기 바랍니다.

*본 독립적 의료 심사 신청서의 사본은 보험 회사 및 독립 의료 심사 기구에게 제공될 것입니다.*

귀하에게는 본인의 입장을 지지하는데 도움이 된다고 판단되는 정보 또는 서류를 제출할 권리가 있습니다.

담당국에서 케이스를 유지하고 있는 한 언제든지 제출하신 정보를 검토하실 수 있습니다. 모든 원본은 처리가 끝난 후 귀하에게 돌려드립니다.

**아래 경우의 문제 발생시 독립적 의료 심사 신청서를 제출하실 수 있습니다.**

치료 또는 서비스에 대해 의료적으로 필요하지 않다는 보험회사의 판단 또는 실험적이고 폴리시 조항에 포함되어 있지 않다는 보험회사의 판단에 따른 클레임 거부.

1. 보험회사의 의료적 필요성에 대한 의견에 따라 폴리시에 제시된 것 보다 적은 금액 제공.
2. 의료적 필요성에 관한 이의제기로 인해 클레임의 합의 지연.
4. 긴급 또는 응급 서비스에 대한 클레임 거부.

독립적 의료 심사 과정에서 1명 혹은 그 이상의 의사가 본 사안을 판단하고 그 의사들의 결정은 보험회사에 구속력을 갖습니다.

DEPARTMENT OF INSURANCE  
CLAIMS SERVICES BUREAU  
300 SOUTH SPRING STREET, SOUTH TOWER  
LOS ANGELES, CA 90013  
www.insurance.ca.gov



독립적 의료 심사 신청서

\_\_\_\_\_ 직장 전화번호: ( ) \_\_\_\_\_

성명

\_\_\_\_\_ 자택 전화번호 ( ) \_\_\_\_\_

현주소

\_\_\_\_\_

시 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

본 독립적 의료 심사 신청서의 사본은 보험 회사에게 제공될 것임을 숙지하십시오. 또한 다음 사항을 주지하여 주십시오:

- IMR 과정에 참여하지 않기로 결정할 경우, 이견있는 건강 관리 서비스와 관련하여 보험회사에 대한 법적 행동을 취할 법적 권리의 상실을 초래할 수 있습니다.
- 보험회사, 제휴 서비스 제공자 및 가입자가 본 사항에 대해 상당한 풀렌 의 제공자로부터 필요한 의료기록을 얻는데 동의한다는 귀하의 서명이 필요합니다.
- 귀하는 다음에 관해 직접 또는 서비스 제공자를 통해 정보 또는 서류를 제공할 권리가 있습니다.
  - 이견이 있는 건강 관리 서비스가 가입자의 건강 상태에서 의료적으로 필요한 조치였음을 나타내는 서비스 제공자의 권고.
  - 이견이 있는 건강 관리 서비스가 긴급 조치 또는 응급 상황에서 발생한 것을 감안하여 가입자의 건강 상태에서 의료적으로 필요한 조치였다는 의료 정보 또는 정당성.
  - 보험 회사 또는 서비스 제공자 결정에 관해 보험회사 또는 제휴 서비스 제공자가 가입 과정에서 가입자에게 제공한 모든 정보 및 관련이 있다고 생각되는 기타 추가 자료를 비롯, 가입자가 가입 과정에서 보험회사에 제출한 모든 서류의 사본을 포함하여 이견이 있는 건강 관리 서비스가 건강 상태에 대해 의료적으로 필요하거나 필요했다는 귀하의 입장을 지지하는데 도움이 되는 정보.

1. 보험회사 이름 및 폴리시/보험 증권 번호:

\_\_\_\_\_

2. 클레임 번호 및 의료 서비스 날짜 (복수 가능):

\_\_\_\_\_

3. 독립적 의료 심사에 관해 본 회사와 문의하신 적이 있습니까?

네 \_\_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_\_ (모든 서신 사본 제출)

4. 가입자 또는 신청자의 건강이 위급하고 심각하게 위협받고 있다면 체크하시고 진단 사항을 명시하십시오.

\_\_\_\_\_

5. 독립 의료 심사 기구로 넘겨진 이견이 있는 의료 서비스 또는 비용에 대해 간략히 설명하시고 해당 상태에서 귀하를 치료했던 의사들의 명단을 기재하십시오. 필요하시면 추가 용지를 사용하시기 바랍니다.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

본인은 보험회사와의 분쟁에 대해 독립적 의료 심사를 신청하는 바입니다. 본인은 관련 비의료 기록 및 정보를 비롯하여 의료, 정신 건강, 약물 및 알코올 등의 남용, HIV 기록, 진단 영상 기록과 기타 모든 종류의 서류 형태로 되어 있지 않은 기록을 포함해 권한의 범주 안에서 모든 의료 기록 및 정보를 공개할 것을 승인합니다. 이러한 승인은 모든 의료 서비스 제공자, 보험회사, 캘리포니아 보험 담당국 및 독립 의료 심사 기구에 의한

공개나 이들 상호간의 공개에 적용됩니다. 정보 제공 및 공개는 해당인 또는 주체가 건강 관리 서비스에 관한 불만 심사의 목적에 부합된다고 고려되는 범위 내에서만 승인됩니다. 이 경우 보험 담당국에서 내부적으로 사용되거나 법에 의해 승인되는 경우를 제외하고 아래 날짜로부터 1년 후에 만료됩니다. 만료 기간은 본 승인에 준하여 그 이전에 제공되지 않은 모든 정보에 적용됩니다. 승인은 언제든지 철회 또는 취소될 수 있습니다. 철회 또는 취소는 본 승인에 준하여 그 이전에 제공되지 않은 모든 정보에 적용됩니다. 제공된 정보는 정확하고 거짓이 없음을 확인합니다.

---

서명

날짜

Form 306

개정: 11/2002