

오늘 날짜: _____

메릴랜드 보험국

불만 사항 양식 생명 및 건강 보험

이 양식을 사용하여 보험회사에 대한 불만 사항을 제출하세요

메릴랜드 보험국(MIA)은 메릴랜드의 보험 산업을 규제하고 보험 회사와 건강 보험 계획이 보험 법률에 따라 행동하도록 보장함으로써 소비자를 보호하는 독립적인 주 기관입니다.

1. 연락처 정보

이름: _____ 보험가입자/환자와의 관계: _____

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

집 전화: _____ 업무용 전화: _____

휴대전화: _____ 이메일: _____

보험/환자 정보 (위와 다른 경우)

피보험자 이름: _____

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

집 전화: _____ 업무용 전화: _____

휴대전화: _____ 이메일: _____

보험가입자를 대리할 권한이 있습니까? 예 아니요

2. 보험 정보

보험 회사: _____	
보험 유형:	<input type="checkbox"/> 연금 <input type="checkbox"/> 신용 생활/장애
<input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 건강 <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> 생명 <input type="checkbox"/> 장기 관리 <input type="checkbox"/> 메디케이드	
<input type="checkbox"/> 메디케어 보충제 <input type="checkbox"/> 메디케어 <input type="checkbox"/> 기타: _____	
보험 유형:	<input type="checkbox"/> 단체 <input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 모름
단체인 경우 단체 보험소유자의 이름: _____	
보험 또는 회원 번호: _____	클레임 번호 : _____
클레임 시작 날짜: _____	
보험을 어떻게 구입하셨습니까? _____	
보험생산자 (에이전트) 이름 (해당하는 경우): _____	
주소: _____	
도시: _____	주: _____ 우편 번호: _____
전화번호: _____	

가능한 경우 보험증 또는 보험 약관 사본을 첨부해주세요.

의료 보험 청구 또는 사전 승인 거부에 대한 불만 사항인 경우:

거부 처분에 대해 항소를 했습니까? 예 아니요

이미 치료를 받았습니까? 예 아니요

건강 관리가 시급합니까? 그렇다면 아래에서 이유를 예 아니요

6. 결의안

귀하의 보험 회사가 어떤 조치를 취하기를 원합니까? _____

증빙 서류를 보내십니까? 예 아니요

만약 그렇다면, 원본 서류는 보내지 말고 사본만 보내주세요.

참고: 의료 기록을 확보해야 할 수도 있으므로 보험 가입자/환자에게 첨부된 "의료 정보 공개"에 서명하도록 합니다.

7. 서류 제출

이 양식을 작성한 후에는 해당 양식과 보험 회사의 편지 또는 거부 사본, 의료 기록 또는 기타 중요하다고 생각되는 기록 등 모든 증빙 서류를 우편 또는 팩스로 보내 주세요.

Maryland Insurance Administration

200 St. Paul Place, Suite 2700

Baltimore, Maryland 21202

팩스: 410-468-2260 또는 410-468-2270 (의료 필요성 불만 사항)

이메일: lhcomplaints.mia@maryland.gov

질문이 있나요?

보험 소비자 핫라인으로 문의하세요

1-800-492-6116

또는

410-468-2244

의료 정보 공개에 대한 승인

본 양식에 서명함으로써, 본인은 법무장관실의 보건교육 및 옹호부(HEAU) 및/또는 메릴랜드 보험청(MIA)에 고소장을 제출하기를 원하거나 본인을 대신하여 고소장을 제출하도록 의료 서비스 제공자에게 권한을 부여합니다.

본인은 HEAU 및/또는 MIA가 본인의 의료 서비스 제공자, 보험 회사, HMO 및 기타 주 또는 연방 정부 기관에 연락하여 본인 또는 본인을 대신하여 제기한 불만 사항과 관련된 의료 기록, 정신 건강 또는 약물 남용 기록 및/또는 보험 정보를 얻을 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 본인 또는 본인을 대신하여 HEAU 및/또는 MIA에 제출한 불만 사항과 관련된 의료 기록, 정신 건강 또는 약물 남용 기록 및/또는 보험 정보를 공개할 수 있는 권한을 의료 서비스 제공자 및 보험 회사에 부여합니다. 본인은 치료, 지불, 등록 또는 건강 보험에 따른 혜택 자격은 본 승인서에 서명하는지 여부에 따라 달라질 수 없음을 이해합니다. 그러나 승인서에 서명하지 않을 경우 HEAU와 MIA가 제 불만 사항을 처리할 수 없다는 것을 알고 있습니다.

본인은 HEAU 및/또는 MIA에 저의 의료 기록 및 불만 사항과 관련된 기타 정보를 의료 기관, 보험 회사, HMO 및 불만 사항 해결에 도움이 될 수 있는 기타 주 또는 연방 정부 기관에 공개하거나 재공개할 권한을 부여합니다. 본인은 HEAU가 저의 불만 사항을 조정하거나, 본인의 보험 회사에 불만 사항을 제기하거나, 본인의 불만 사항 해결에 도움을 줄 수 있는 MIA 또는 기타 주 또는 연방 정부 기관에 불만 사항을 제기함으로써 본인을 도울 수 있는 권한을 부여합니다.

제 불만 사항이 MIA에 회부되거나 제출되는 경우, 저는 MIA가 제 의료 기록을 의료 서비스 제공자, 보험 회사, HMO, 독립 검토 기관, 의료 전문가 및 기타 정부 기관 또는 제 불만 사항 해결에 도움이 될 수 있는 계약자에게 공개할 권한을 부여합니다.

불만 사항을 조사하고 불만 사항 조사 결과 필요한 조치를 추구하는 과정에서 제공된 정보가 재공개될 가능성이 있으며, 이 경우 해당 정보는 연방법에 따라 더 이상 개인 정보 보호를 받지 못할 수 있습니다. 본인은 본인의 경험에 대한 정보가 메릴랜드의 의료 시장에 대한 통계 정보를 개발하거나 HMO의 진료 품질을 검사하는 데 사용될 수 있다는 것을 이해하지만, 제 신원과 의료 기록의 기밀성은 메릴랜드와 연방법에 따라 보호될 것입니다.

이 권한은 1년 동안 유효합니다. 불만 사항이 해결되면 자동으로 취소됩니다. 본인은 현의 불만 사항이 MIA에 회부되거나 제출된 경우 보건 교육 및 옹호 부서나 보험국에 통보하여 언제든지 이 승인을 취소할 수 있다는 것을 알고 있으며, 이곳에서 본인의 취소를 확인하는 서명 양식을 제공할 것임을 이해합니다. 본 승인이 제공된 각 당사자에게 취소 사본이 제공됩니다. 의료 서비스 제공자 및/또는 보험 회사가 이 승인에 따라 조치를 취한 경우에는 취소가 적용되지 않는다는 것을 이해합니다.

다음 페이지의 서명

서명

날짜

관계: 이 공개 양식에 서명하는 사용자가 환자가 아닌 경우 환자와의 관계를 알려주십시오.

환자 이름

환자의 생년월일

환자 건강 보험 회원번호

참고 사항: 18세 이상의 모든 환자는 법적 보호자, 개인 대리인이 있거나, 무능력자이거나, 이 양식을 작성하기 위한 권한을 위임받은 경우를 제외하고는 본 동의서에 직접 서명해야 합니다. 위의 경우에 해당한다면, 서명자는 이 동의서와 함께 후견인, 대표자, 무능력자 또는 기타 권한 위임에 대한 면 증명을 제출해야 합니다. 부모나 보호자는 특정한 상황을 제외하고는 독립하지 않은 미성년자를 대신하여 서명해야 합니다. 메릴랜드 법에 따라 18세 미만의 사람이 부모나 보호자의 동의 없이 건강 관리 치료에 동의할 수 있는 경우, 환자의 서명만 있으면 됩니다.