

오늘 일자: _____

메릴랜드 보험 관리국
(Maryland Insurance
Administration)

불만신고서
생명보험 및 의료보험

이 양식을 사용하여 보험 회사에 대한 불만 사항을 제출하십시오.

메릴랜드 보험 관리국 (MIA)은 보험 회사 및 건강 보험이 보험법에 따라 영업행위를 진행하도록 보장함으로써 메릴랜드의 보험 산업을 규제하고 소비자를 보호하는 독립적인 주 정부 기관입니다.

1. 신고인 연락처

이름: _____ 피보험자/환자와의 관계: _____
주소: _____
도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
주택 전화: (____) _____ 직장 전화: (____) _____
휴대전화: _____ 이메일: _____

피보험자/환자 정보 (신고인과 다를 경우)

피보험자 이름: _____
주소: _____
도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
주택 전화: (____) _____ 직장 전화: (____) _____
휴대전화: _____ 이메일: _____

피보험자를 대신할 권한이 있습니까? 예 아니오

2. 보험 정보

보험회사 _____
보험 종류: 연금 신용 생명/장애
 치과 장애 의료 HMO 생명 장기간호 메디케이드
 메디케어 보충 보험 메디케어 기타: _____
보험 종류: 그룹 개인 모름
그룹인 경우, 그룹 보험계약자 이름: _____
보험증 또는 가입자 번호: _____ 청구 번호: _____
청구 개시일: _____ / _____ / _____
어떻게 보험에 가입하였습니까? _____
제작자 (대리인) 이름 (적용가능할 경우): _____
주소: _____
도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
전화번호: (____) _____

가능할 경우, 보험 카드 또는 보험 증서 사본을 첨부하십시오.

귀하의 불만이 건강 보험 청구 또는 사전 허가 거부에 관한 것이라면:

거부에 대해 항소했습니까? 예 아니오

이미 진료를 받았습니까? 예 아니오

치료가 시급히 필요합니까? 만약 그렇다면, 그 이유를 위에 설명하십시오. 예 아니오

6. 해결

귀하의 보험회사가 어떻게 해 주기를 원하십니까? _____

증빙 서류를 보내십니까? 예 아니오

보내실 경우, 원본 서류를 보내지 마시고, 사본을 보내주십시오.

주: 첨부된 “의료정보공개” 서류에 피보험자/환자가 서명하도록 하십시오. 저희가 의료기록을 확보해야 할 수도 있습니다.

7. 서류 제출

이 양식을 작성한 후 이 양식과 함께 보험 회사의 편지 또는 거부 통지서, 의료 기록 또는 귀하가 중요하다고 생각하는 기타 기록과 같은 모든 증빙 서류의 사본을 우편이나 팩스로 보내주십시오.

Maryland Insurance Administration

St. Paul Place, Suite 2700

Baltimore, Maryland 21202

팩스: 410-468-2260

또는

410-468-2270 (의학적 필수 사항 불만 제기용)

질문이 있습니까?

저희의 보험 소비자 핫라인인

1-800-492-6116

또는

410-468-2244 로 연락하시기 바랍니다.

의료 정보 공개 승인

이 양식에 서명함으로써 법무부 장관 사무실 산하 의료 교육 및 옹호부 (Health Education and Advocacy Unit, HEAU) 및/또는 메릴랜드 주 보험 관리국 (Maryland Insurance Administration, MIA)에 본인이 직접 불만을 제기하거나, 또는 의료 서비스 제공자가 본인을 대신하여 불만 제기 하는 것을 승인합니다.

본인은 HEAU 및/또는 MIA 가 본인의 의료서비스 제공자, 보험회사, HMO 및 기타 주 또는 연방 정부 기관에 연락하여 본인이 제기하거나 본인을 대신하여 제기한 불만과 관련하여 의료 기록, 정신 건강 또는 약물 남용 기록 및/또는 보험 관련 정보를 얻는 것을 승인합니다. 본인은 의료 서비스 제공자 및 보험 회사가 본인이 직접 또는 본인을 대신하여 HEAU 및/또는 MIA 에 접수한 불만과 관련된 모든 의료 기록, 정신 건강 또는 약물 남용 기록 및/또는 보험 정보를 공개할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인의 의료보험 플랜에 따른 치료, 지급, 등록 또는 혜택 수혜 자격이 본인의 동 승인서에 대한 서명 여부와 상관이 없음을 이해합니다. 그러나, 본인이 이 승인서에 서명하지 않으면 HEAU 와 MIA 가 내 불만을 처리할 수 없음을 이해합니다.

본인은 HEAU 및/또는 MIA 가 본인의 의료 기록 및 기타 불만과 관련된 정보를 의료 서비스 제공자, 보험 회사, HMO 및 기타 주 또는 연방 정부 기관에, 본인이 제기한 불만의 해결을 지원할 수 있도록 공개 또는 재발급하도록 허가합니다. 본인은 본인의 불만을 중재하거나, 보험 회사에 불만을 제기하거나 항소를 진행하거나, MIA 또는, 불만 사항을 해결할 수 있는 다른 주 또는 연방 정부 기관에 불만을 제기함으로써 HEAU 가 본인을 지원하는 것을 승인합니다.

본인의 불만이 MIA 에 부처지거나 제출된 경우, 본인은 MIA 가 의료 서비스 제공자, 보험 회사, HMO, 독립 검토 기관, 의료 전문가 및 기타 정부 기관 또는 계약 업체들에 본인의 의료 기록을 공개하는 것을 승인합니다.

불만을 조사하고 불만 조사의 결과로 필요한 조치를 하는 과정에서 제공된 정보가 재공개될 가능성이 있으며, 이 경우 동 정보는 더는 연방법에 따라 개인 정보 보호를 받을 수 없습니다. 본인은 본인의 경험에 대한 정보를 메릴랜드 보건 의료 시장에 대한 통계 정보를 개발하거나 HMO 의 서비스 질을 조사하는 데 사용될 수 있으나, 본인의 신원 및 의료 기록의 기밀성은 메릴랜드 및 연방 정부의 법에 따라 유지됨을 이해합니다.

이 승인은 1 년 동안 유효합니다. 이 승인은 불만 사항이 해결되면 자동으로 해지됩니다. 본인은 본인의 불만 제기가 MIA 에 부처지거나 제출된 경우, 건강 교육 및 옹호부 또는 메릴랜드 보험 관리국에 통지하는 것으로 본 승인을 언제든지 취소할 수 있으며, 이 경우 동 부서는 본인에게 승인 취소 서명을 위한 양식을 제공할 것임을 이해합니다. 본 승인을 받은 각 당사자에게 동 승인 해지 사본이 제공됩니다. 본인은 의료 서비스 제공자 및/또는 보험 회사가 본 승인을 근거로 취한 조치에 대해서는 취소가 적용되지 않는다는 것을 이해합니다.

다음 페이지에 서명하십시오.

서명

일자:

관계: 이 자료에 서명 한 사람이 환자가 아닌 경우 환자와의 관계를 알려주십시오.

환자 이름

환자의 생년월일

환자의 의료보험 가입 번호

주: 18 세 이상의 모든 환자는 법적 보호자, 개인 대리인이 없거나 이 양식을 작성하지 못하거나 권한을 위임받지 않은 한 이 동의서에 서명해야 합니다. 상기 예외 사항의 경우, 서명자는 후견인, 대리인, 무능력 또는 기타 권한 위임에 대한 서면 증빙을 이 동의서와 함께 제출해야 합니다. 부모 또는 보호자는 특정 상황을 제외하고는 미성년자를 대신하여 서명해야 합니다. 메릴랜드 법에 따라 18 세 미만의 사람이 부모 또는 보호자의 동의 없이 의료적 치료에 동의할 수 있는 경우, 환자의 서명만 필요합니다.