

병원 진료비 불만제기 양식

HCAI-Legal-560 (New 8/24/2023)

- ✓ 병원 진료비 불만제기 양식: HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.
- ✓ 당신의 불만제기에 대해 무료 지원을 받으시려면 보건 소비자 연합(Health Consumer Alliance)에 문의하실 수 있습니다. 홈페이지 healthconsumer.org 를 방문하거나 (888) 804-3536번으로 전화하십시오 .
- ✓ HCAI가 여러분의 진료비 납부 지원을 병원에서 부당하게 거부했는지 여부를 조사하려면, 여러분은 이 불만제기를 제출하기 전에 이미 납부금 할인 및/또는 자선 진료를 먼저 신청했어야만 합니다.
- ✓ 서류를 우편으로 보내는 경우에는, 서류의 사본만 보내십시오. 원본은 보내지 마십시오. 원본은 반환되지 않습니다.

제1편: 환자 정보

1. 이름, 중간 이름, 성 _____
2. 선호하는 이름(선택) _____
3. 성별: 여성 / 남성 / 알 수 없음 / 답변하기 원치 않음
4. 생년월일: _____
5. 환자가 사망했습니까? 예 아니요
6. 환자가 미성년자입니까? 예 아니요
7. 미성년자 환자의 경우, 환자의 부모 또는 법적 보호자의 성명을 정자체로 기재해 주십시오.: _____
8. 우편 주소, 시, 주, 우편번호(5자리), 국가명 _____
9. 대표 전화번호 _____
10. 보조 전화번호 _____
11. 이메일 주소 _____
12. 18세 미만 미성년자의 부모나 법적 보호자가 아닌 다른 누군가가 당신의 불만제기 제출을 돕고 있습니까? 예 아니요
만약 그렇다면, 위임 대리인 양식을 작성해 주십시오.

제2편: 가족 정보

환자가 18세 이상인 경우, 다음 관계자의 성명, 나이 및 관계를 작성하십시오: 배우자, 동거인, 21세 미만의 부양 자녀(집에서 거주하는지 여부와 관계 없음).

환자가 18세 미만인 경우, 다음 관계자의 성명, 나이, 및 관계를 작성하십시오: 부모, 돌보아주는 친척들, 해당 부모나 돌보아주는 친척들의 21세 미만인 자녀들(기록할 관계자들이 6명을 초과하는 경우, 11 페이지에 추가로 작성하십시오.)

번호	성명	나이	환자와의 관계
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

제3편: 병원 정보

13. 병원명: _____

14. 주소, 시, 주, 우편번호(5자리)

15. 도착일: _____ 16. 퇴원일: _____

17. 병원으로부터 서면으로 견적서를 받았습니까? 예 아니요
 만약 그렇다면, 증빙 서류를 가지고 있는 경우 첨부하십시오.

18. 병원에서 청구한 서비스의 날짜들: _____
 만약 입원을 2회 이상 했거나 서비스가 따로 여러 날짜로 구분된 경우, 불만제기를 개별적으로 구분해서 제출하십시오.

19. 문제의 해당 서비스에 대하여 금액의 얼마라도 지불한 적이 있습니까?
 예 아니요 잘 모름
 만약 그렇다면, 증빙 서류와 마지막 지불 날짜를 적으십시오(가능한 경우): _____

제4편: 의료보험 플랜 정보

20. 병원의 서비스가 자동차 사고, 범죄, 또는 업무 관련 부상과 같은 제3자에 의해 발생한 부상과 관련된 것입니까? 예 아니요 잘 모름

21. 문제의 서비스를 받은 날짜들 가운데 어느 때든지, 메디-칼(Medi-Cal), 메디케어(Medicare), 메디케어 보충 보험(Medicare Supplemental Insurance) 등과 같은 건강 플랜, 보험 플랜 및/또는 정부 보험 프로그램에 가입한 적이 있습니까? 예 아니요 잘 모름
 만약 그렇다면, 각 보장의 유형마다, 플랜의 명칭, 보장 유효 날짜, 그리고 회원 번호를 기록하고, 아래의 보장 유형들의 확인란에 표기하십시오(가능한 경우).

주요 보장	보장 날짜	회원 번호
<input type="checkbox"/> 상업적/고용주 제공 <input type="checkbox"/> 메디-칼(Medi-Cal) <input type="checkbox"/> 메디케어(Medicare) <input type="checkbox"/> 메디케어 보충 보험(Medicare Supplemental Insurance)		

보조 보장	보장 날짜	회원 번호
<input type="checkbox"/> 상업적/고용주 제공 <input type="checkbox"/> 메디-칼(Medi-Cal) <input type="checkbox"/> 메디케어(Medicare) <input type="checkbox"/> 메디케어 보충 보험(Medicare Supplemental Insurance)		

기타 보장	보장 날짜	회원 번호
<input type="checkbox"/> 상업적/고용주 제공 <input type="checkbox"/> 메디-칼(Medi-Cal) <input type="checkbox"/> 메디케어(Medicare) <input type="checkbox"/> 메디케어 보충 보험(Medicare Supplemental Insurance)		

기타 보장	보장 날짜	회원 번호
<input type="checkbox"/> 상업적/고용주 제공 <input type="checkbox"/> 메디-칼(Medi-Cal) <input type="checkbox"/> 메디케어(Medicare) <input type="checkbox"/> 메디케어 보충 보험(Medicare Supplemental Insurance)		

22. 병원에서 청구하는 서비스에 대한 청구에서 건강 플랜, 보험 플랜 및/또는 정부 보험 프로그램에서 어느 일부분이라도 처리했습니까? 예 아니요 해당사항 없음 잘 모름

23. 만약 그렇다면, 환자가 건강 플랜, 보험 플랜 또는 정부 보험 프로그램에 해당 거부에 대해 불만제기나 항소를 한 적이 있습니까? 예 아니요 해당사항 없음 잘 모름

만약 그렇다면, 건강 플랜, 보험 플랜 또는 정부 보험 프로그램의 결정 통보 서신 사본과 불만제기 또는 항소가 해결된 날짜를 포함하십시오(가능한 경우).

24. 불만제기 또는 항소가 해결된 날짜(이에 해당되고 가능한 경우): _____

제5편: 부채 추심 정보

25. 해당 병원이 이 진료비 부채를 이미 채권 추심 대상으로 판매했거나 당신이 채권 추심 대상으로 보내질 위험에 처해있습니까? 예 아니요 잘 모름

26. 만약 그렇다면, 해당 부채가 신용 조사 기관에 보고되었거나 당신의 신용 보고서/점수에 영향을 미쳤습니까? 예 아니요 잘 모름 해당사항 없음
 만약 그렇다면, 귀하의 신용 보고서 사본을 제출하십시오.

27. 채권 추심자의 성명: _____

28. 채권이 추심에 매각된 날짜: _____

29. 계좌번호: _____

이 불만제기를 제출할 때 제공한 모든 정보는 본인이 아는 한 사실이며 정확합니다.

환자의 이름(정자로 기록)

환자 또는 법적 대리인의 서명

참고 사항: 만약 환자가 의학적 및/또는 재정적 결정을 내릴 수 없거나, 불만제기에 대해 대리인의 도움을 원하거나, 또는 환자가 사망한 경우, 첨부된 위임 대리인 양식을 작성하십시오. 환자의 유효한 서명이 없는 경우, 위임된 대리인은 환자의 위임된 대리인의 역할을 할 수 있는 법적 권한을 입증하는 문서를 제공해야 합니다. 예를 들면, 대리인 위임장, 후견인 서류, 집행인 임명장 등입니다.

제6편: 정보의 공개

HCAI-Legal-562 (New 8/24/23)

본인, [환자의 이름을 정자로 기록] _____은 [병원 명칭을 정자로 기록] _____이(가) 병원 공정 청구법 및 관련 규정을 준수였는지 여부를 판단하는 것을 목적으로 캘리포니아 보건의료접근정보부(HCAI), 병원비 불만제기 프로그램(HBCP)에 본인이 제출했거나 본인을 대신하여 제출된 불평제기와 관련된 재정 정보, 청구서, 의료 기록, 정신 건강 기록, 약물 남용 장애 기록, 에이즈 기록, 진단 영상을 포함하되 이에 국한되지 않는 전체 건강 기록을 공유하는 것을 허락합니다.

본인은 본인의 약물 남용 장애 기록이 있다면 해당 기록이 기밀 유지를 관할하는 연방 규정 및 약물 남용 장애 환자 기록 42 C.F.R., 2부와 1996년 건강 보험 양도 및 책임법(HIPAA), 45 C.F.R. pts 160 & 164에 따라 보호된다는 것을 이해합니다. 그리고 본인의 약물 남용 장애 기록은 규정에 의해 달리 정해지 않는 한 본인의 서면 동의 없이는 공개할 수 없다는 것도 이해합니다.

본인의 건강 정보를 공유하도록 하는 이 승인은 HCAI에서의 불만제기가 해결될 때까지 유효합니다. 본인은 언제든지 자신의 건강 정보 공유에 대한 승인을 취소할 수 있다는 것을 이해합니다. 본인이 원한다면 서면으로 취소 서류를 다음 주소로 보면 됩니다:

Department of Health Care Access and Information
Hospital Fair Billing Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

달리 취소되지 않는 한, 본 승인은 본인이 이 양식에 서명한 날짜로부터 12개월 후 또는 불만제기가 종결되는 날짜 중 더 빠른 날짜에 만료됩니다. 최소는 HBCP 또는 다른 사람들이 이미 의료 정보 공개에 대한 본인의 사전 동의에 의존한 경우를 제외하고, HBCP가 본인의 서면 요청을 받으면 발효됩니다.

본인은 건강 정보 공개 승인이 자발적인 것이지만 이 공개에 서명하지 않으면 HBCP가 병원비 청구에 대한 나의 불만제기를 처리할 수 없다는 것을 이해합니다.

법률에서 요구하지 않는 한, 캘리포니아 법률은 HCAI가 또 다른 승인을 받지 않는 한 HCAI가 본인의 건강 정보를 더 이상 공개하는 것을 금지합니다. 본인은 법적으로 기밀을 유지할 필요가 없는 사람에게 본인이 건강 정보를 공개하도록 승인한 경우, 해당 정보가 더 이상 주 또는 연방 기밀 유지법에 의해 보호되지 않을 수 있음을 이해합니다.

본인은 이 승인서의 사본을 받을 권리가 있음을 이해합니다.

환자 서명: _____ 날짜: _____

당신의 이름을 정자체로 기재하십시오: _____

미성년자의 부모나 법적 보호자, 또는 의료 대리인 등 개인을 대신할 법적 권한이 있는 사람이 이 양식을 작성하는 경우, 다음 정보를 작성하십시오:

이 양식을 작성하는 사람의 이름: _____

이 양식을 작성하는 사람의 서명: _____

날짜: _____

이 사람이 이 양식에 서명할 수 있는 법적 권한을 어떻게 갖고 있는지 아래에 설명하십시오. _____

인구통계학적 정보

다음 인구통계학적 질문은 보고 및 분석 목적으로만 사용됩니다. 이 정보는 선택 사항입니다. 이 정보의 제공을 원하지 않아도 당신의 불만제기 처리 결과에는 어떤 영향도 미치지 않습니다.

1. 언어

말할 때 선호하는 언어: _____

당신이 선호하는 언어로 의사소통하기를 원합니까? 예 아니요

2. 인종 및/또는 민족

/ ?

적용되는 모든 항목과 하위 항목을 고르고 추가 세부정보를 아래 공간에 적으십시오. 참고로, 두 개 이상의 그룹을 선택할 수 있습니다.

미국 인디언 또는 알래스카 원주민

아래에 세부정보를 작성하십시오.

나바호 네이션 기입 옵션: _____

아시아인 또는 아시아계 미국인

아래에 세부정보를 작성하십시오.

아시아 인도인 캄보디아인 중국인 필리핀인 몽족 일본인 한국인

라오스인 파키스탄인 베트남인 기입 옵션: _____

흑인 또는 아프리카계 미국인

아래에 세부정보를 작성하십시오.

아프리카계 미국인 바베이도스인 에티오피아인 가나인 아이티인 자메이카인

케냐 나이지리아인 소말리아인 남아프리카공화국인 수단인

기입 옵션: _____

히스패닉 또는 라틴계

아래에 세부정보를 작성하십시오.

콜롬비아인 쿠바인 도미니카인 에콰도르인 과테말라인 온두라스인

멕시코인 또는 멕시코계 미국인 푸에르토 리코인 엘살바도르인 스페인인

기입 옵션: _____

1977년 정보 사용법 고시

1977년 정보 사용법(캘리포니아 민법 제 1798.17조)에서는 다음 사항을 고지하도록 규정 합니다:

- 보건 및 안전법 제 127436조는 보건의료접근정보부(HCAI)에 병원의 납입금 할인 및/또는 자선 치료 정책과 관련된 병원 진료비 불만제기를 조사할 수 있는 권한을 부여합니다.
- HCAI의 병원비 공정 청구 프로그램은 당신의 개인 정보를 사용하여 병원비 청구 불만제기를 조사합니다.
- 필수 사항은 아니지만, 이 정보를 자발적으로 HCAI에 제공할 수 있습니다. 그러나 요청한 정보를 제공하지 않으면 HCAI가 당신의 불만제기를 조사하지 못할 수도 있습니다.
- HCAI는 귀하의 불만제기를 조사하기 위해 필요에 따라 당신의 개인 정보를 병원 및 서비스 제공자와 공유할 수 있습니다.
- HCAI는 법에 따라 요구되거나 허용되는 경우 다른 정부 기관과 당신의 정보를 공유할 수도 있습니다.
- 당신은 본인의 개인정보를 열람할 권리가 있습니다. 추가 정보가 필요하거나 HCAI가 관리하는 개인 식별 데이터의 개인 정보 보호에 대해 질문이 있는 경우 다음 주소로 개인 정보 보호 담당자에게 문의하십시오.

Department of Health Care Access and Information
 Privacy Officer
 2020 West El Camino, Suite 800
 Sacramento, CA 95833
Privacy.Officer@HCAI.ca.gov
hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

제출하기 전에

병원에서 진료비 납입 지원을 부당하게 거부했는지 HCAI가 조사하기를 원하시면 서비스를 받은 병원에 이미 재정 지원을 신청하셨어야 합니다. 아직 병원에 신청하지 않으셨다면, 신청 방법에 대한 자세한 내용을 해당 병원에 문의하십시오. 도움이 필요하시면 보건 소비자 연합(Health Consumer Alliance)에 888-804-3536으로 전화하시거나 healthconsumer.org 를 방문하여 자세한 내용을 확인하실 수 있습니다.

제출 방법

1. HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov 에 온라인으로 제출하십시오(이것이 가장 빠른 제출 방법입니다). 온라인 지침을 따르고 불만제기 양식에 서명하십시오.
2. 위임 대리인을 사용하는 경우, '위임 대리인 양식'을 작성하십시오.

3. 최근 W-2 사본이나 6개월치 급여명세서를 첨부하십시오.
4. 다음과 같이 당신의 요청을 뒷받침하는 기타 문서를 포함할 수 있습니다:
 - 병원에서 작성한 견적서 서류.
 - 청구된 서비스에 대한 납입금 지불을 나타내는 모든 문서.
 - 청구된 서비스에 관해 당신의 건강 플랜 또는 정부 보험 프로그램과의 모든 의사소통 내용.
 - 의료비 채무가 추심 대상으로 매각되었거나 추심 대상으로 보내질 위험이 있다는 증거.
 - 당신의 신용 점수가 영향을 받은 경우, 당신의 신용 보고서 사본.

참고로, 당신의 불만제기에 나열된 서비스 날짜와 관련된 문서만 검토됩니다.

5. 온라인으로 제출하지 않는 경우, 불만제기 양식과 증빙 서류를 다음 주소로 우편으로 보내십시오:

Department of Health Care Access and Information
Hospital Bill Complaint Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

추가 가족 구성원 부록

HCAI-Legal-564 (New 8/24/23)

추가할 가족 구성원이 있는 경우 이 페이지를 작성하십시오. 더 많은 공간이 필요한 경우 이 페이지의 추가 사본을 만들어 불만제기와 함께 제출하십시오.

가족 정보

환자가 18세 이상인 경우, 다음 관계자의 성명, 나이 및 관계를 작성하십시오: 배우자, 동거인, 21세 미만의 부양 자녀(집에서 거주하는지 여부와 관계 없음).

환자가 18세 미만인 경우, 다음 관계자의 성명, 나이, 및 관계를 작성하십시오: 부모, 돌보아주는 친척들, 해당 부모나 돌보아주는 친척들의 21세 미만인 자녀들.

번호	성명	나이	환자와의 관계
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

승인된 대리인 양식

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- 귀하가 타인에게 자신을 대리하거나 귀하의 불만 사항에 대해 돕도록 허락하고자 하시면, 아래의 파트 A와 B를 작성하십시오.
- 귀하가 18세 미만의 어린이를 대신하여 불만사항을 제출하는 부모나 법적 보호자라면, 이 양식을 작성할 필요가 없습니다.
- 귀하가 환자를 대신하여 불만사항을 제출하고 법으로 해당 환자를 대신하도록 지정되었다면, 아래의 파트 B만 작성하십시오. 반드시 해당 환자의 위임받은 대리인의 역할을 하도록 법적인 권한을 부여한 서류의 사본을 첨부하여야 합니다.

파트 A: 환자가 작성

본인은 아래의 파트 B에 명시된 사람이 보건 진료 접근 및 정보부(HCAI)에 제출한 불만사항에서 본인을 대신하여 역할을 하도록 허락합니다. 본인은 HCAI 직원이 재정 정보, 본인의 건강 상태 및 관련된 진료에 관한 정보를 아래에 명시된 사람과 공유하는 것을 허락합니다. 본인은 이러한 기록에 재정 정보, 청구서, 의료, 정신 건강, 약물 남용, 에이즈, 진단 영상 보고서 및 해당 불만 사항과 관련된 다른 기록이 포함될 수 있음을 이해하고 인정합니다.

이 대의권에 대한 본인의 승인은 자발적이며, 본인이 이를 종료할 권리가 있습니다. 본인이 종료하고자 한다면, 본인은 이를 서면으로 하여야 합니다.

1. 환자 서명

2. 환자 이름을 정자로 작성

3. 날짜: _____

파트 B: 환자를 보조하는 사람이 작성

4. 환자 이름: _____

5. 위임받은 대리인의 이름: _____

6. 환자와의 관계: _____

7. 우편 주소, 시, 주, 우편번호(5자리), 국가명

8. 전화번호

9. 이메일 주소

10. 위임받은 대리인의 서명

11. 날짜

12. 환자의 위임된 대리인 역할을 할 수 있는 법적 권한을 증명하는 본인의 서류가 첨부되어 있습니다. (해당되는 경우 표기하십시오).