

이의 신청 절차: 개인 및 가족

귀하와 귀하의 가족 모두가 합리적인 비용의 건강 보험을 가질 수 있도록 돕는 것은 NY State of Health의 목표입니다. 이를 위해, 당국은 귀하에게 검증된 건강 보험에 가입할 수 있는 기회를 제공해 드리고 있습니다. 경우에 따라 보험료 납부에 있어서도 도움을 받으실 수 있습니다.

또한 당국은 Medicaid 또는 Child Health Plus와 같은 정부 지원 프로그램신청자들이 가입 자격을 갖추고 있는지 결정하는 업무를 수행하고 있습니다. 자격이 된다면, 귀하 또는 귀하의 자녀가 무비용/저비용으로 의료 서비스를 받을 수 있습니다

경우에 따라 귀하는 당국이 내리는 판정에 동의하지 않을 수도 있습니다. 이럴 경우, 당국에 해당 판정에 대한 재검토 및 변경을 요청할 수 있습니다. 이런 요청을 "이의 신청"이라고 합니다.

당국의 결정에 대한 이의 신청 규정은 **이의 신청 절차: 개인 및 가족**에 나와 있습니다.

이의 신청이 가능한 당국의 결정

- 건강 보험에 가입하려는 당사자 또는 그 가족이 건강보험시장 가입 규정에 부합하지 않는다는 결정 예: 귀하는 뉴욕주 거주자가 아니거나 현재 수감 중일 경우
- 건강보험시장에서 가입한 건강 보험의 비용에 대해 연방 정부의 지원을 받을 수 있는 규정에 부합하지 않는다는 결정
- 재정 지원을 신청한 경우, 가입자가 납부하도록 산정된 월 보험료에 대한 결정
- Medicaid 또는 Child Health Plus 에 대한 보장 규정에 부합하지 않는다는 결정
- 자녀가 Child Health Plus 프로그램에 대한 자격을 갖춘 경우, Child Health Plus 보장에 대해 지불하도록 산정된 비용에 대한 결정

- "특별 가입 기간" 동안 건강보험시장에서 보험에 가입할 수 있는 규정에 부합하지 않는다는 결정
- 건강보험시장에서 유보한 결정 예: 의무 기간 **45 일 이내**에 Medicaid 보장 내역에 대한 규정 부합 여부를 알리는 통지문을 받지 못한 경우
- 건강보험시장에서 초기에 내린 결정을 변경하겠다는 결정
- 이의 신청 요청이 유효하지 않다는 결정

NY State of Health 에 이의 신청하는 방법

이의 신청 문의 연락처

전화: 1-855-355-5777

팩스: 1-855-900-5557

우편: NY State of Health, P.O. Box 11729, Albany, NY 12211

어떤 방법을 선택하든지, 이의 신청 요청 시 반드시 다음 사항을 따라주셔야 합니다.

1. 당국이 발송한 건강보험시장(마켓플레이스 계정) ID 그리고 이의 신청하려는 결정 사항이 명시되어 있는 통지문의 날짜를 알려주시고, 통지문을 받지 못한 경우, 생년월일, 소셜 시큐리티 번호 또는 기타 식별 정보를 제공해 주십시오. 건강보험시장(마켓플레이스) 통지문 상단 근처에서 마켓플레이스 계정 ID 를 확인하실 수 있습니다. 계정 ID 는 “AC”로 시작됩니다.

2. 본 통지일로부터 달력일 기준 **60 일** 이내에 회신해 주십시오.
3. 해당 결정이 바뀌어야 한다고 생각하는 이유를 알려주십시오.
4. 그 이유를 뒷받침해 줄 자료를 팩스나 우편으로 보내주십시오.
5. 본인의 건강 상태로 인해 신속한 이의 신청 절차의 진행을 원하는 경우 명확히 명시해 주십시오.

일반적인 이의 신청 절차는 시작부터 종료까지 **90 일**이 소요됩니다.

급행 이의 신청의 경우 가능한 빠른 시일 내 결정을 내리도록 할 것입니다.

이의 신청 급행 처리

요청 시, 이의 신청에 대한 신속한 처리를 원하는 이유를 명시해야 합니다. 예를 들어, 건강 상태가 일반 처리 기간을 기다리는 동안 훨씬 악화될 가능성이 있는 경우 급행 처리를 요청해야 합니다. 이의 신청의 급행 처리 요청 이유를 뒷받침할 수 있는 담당의의 소견을 당국으로 보내야 합니다.

급행 처리 요청이 받아들여지면, 가능한 빠른 시일에 전화 공청회가 이루어질 수 있도록 날짜를 결정합니다.

급행 처리 요청이 거부되면, 서면으로 거부 사유를 알려드립니다. 또한 전화 공청회 날짜와 전화 공청회와 관련한 귀하의 권리에 대해서도 알려드릴 것입니다.

이의 신청 처리 기간 동안의 건강 보험 보장 유지 방법

Medicaid 보장을 받고 있는 경우...

Medicaid 보장 중단 또는 축소 통지문에 기재된 날짜로부터 **10 일** 이내에 이의 신청을 요청하게 되면 해당 이의 신청 처리 기간 동안 건강 보험 보장이 지속됩니다. 통지문에 기재된 날짜로부터 **60 일** 이내에 해당 결정 사항에 대해 이의를 신청할 수 있지만, 통지문 날짜로부터 **10 일**이 지난 후 이의를 신청한 경우 보장은 중단됩니다.

건강보험시장(마켓플레이스)을 통해 가입한 다른 건강 보험의 보장을 받고 있는 경우...

이의 신청을 요청할 결정에 대한 통지문에 기재된 날짜로부터 **60 일** 이내에 이의 신청을 요청하게 되면 해당 이의 신청 처리 기간 동안 건강 보험 보장이 지속됩니다.

공청회 개시 이의 신청 절차 전/후

귀하...	NY State of Health / 당국...
<p>귀하가 이의 신청 요청을 발송하였습니다.</p>	<p>당국은 귀하의 요청이 접수되었음을 알리는 통지문을 발송합니다. 이의 신청 대상이 되는 결정에 대하여 60일 이내에 이의를 신청한 경우(1 페이지 참조), 공청회 날짜가 결정됩니다.</p> <p>또는</p> <p>당국이 해당 요청을 받아 드릴 수 없다는 통지문을 발송합니다.</p>
<p>귀하가 이의를 신청한 문제를 "해결" 또는 바로잡을 수 있는 정보를 당사로 발송하였습니다.</p>	<p>당국이 귀하가 보낸 정보가 문제 해결을 위한 충분한 정보라고 받아들이면, 공청회 시간이 결정됩니다.</p> <p>또는</p> <p>정보가 충분하지 못하다고 고려되면 당국이 귀하의 이의 신청 요청을 기각하게 됩니다(기각 통지문). 또한 해당 결정이 귀하의 건강 관리에 어떤 영향을 미치는지에 대해 설명해 드립니다.</p>
<p>귀하가 신청한 이의에 대해 문제를 해결할 수 있는 자세한 정보를 발송하지 못하였습니다.</p>	<p>당국은 귀하의 이의 신청 요청을 기각합니다(기각 통지문). 또한 해당 결정이 귀하의 건강 관리에 어떤 영향을 미치는지에 대해 설명해 드립니다.</p>
<p>귀하가 해당 기각을 "취소" 또는 "무효"해야 하는 "정당한 사유"를 제시합니다. 예: 질병 또는 직접 통제할 수 없는 상황</p>	<p>당국이 귀하의 사유를 받아드려, 해당 기각을 취소합니다. 그리고 공청회 날짜를 결정합니다.</p> <p>또는</p> <p>당국이 해당 요청을 받아들일 수 없다는 통지문을 발송합니다.</p>

이의 신청 공청회 시

당국에 해당 결정을 변경해야 하는 충분한 이유를 제시해야 합니다. 귀하의 케이스를 뒷받침할 자료를 팩스나 우편으로 보내주셔야 합니다. 귀하의 케이스의 결정과는 관련이 없는 공청회 심리 사무관이 판결을 내리게 됩니다.

공청회 심리 사무관에게 이의 신청과 관련해 귀하가 제공한 서류 및 정보와 함께 귀하의 건강보험시장(마켓플레이스) 신청서가 전달 됩니다. 공청회 심리 사무관은 공청회 전체 내용을 기록해야 합니다. 대부분의 경우, 공청회 후 2~3 주 내에, 공청회 심리 사무관이 기록을 검토하고 판결문을 준비하게 됩니다. 판결문에는 판결 내용이 설명되어 있으며, 해당 판결이 귀하 또는 귀하 가족의 건강 보장에 어떤 영향을 미치는지를 설명합니다.

판결문에는 또한 해당 판결문에 동의하지 않을 경우 미국 보건복지부에 해당 판결문에 대한 이의를 신청하는 방법 및/또는 소송을 제기하는 방법이 설명되어 있습니다.

공청회 판결문에 대해 이의를 신청하는 방법에 대한 자세한 내용은

<https://www.healthcare.gov> 를 방문하거나 카운티 변호사 협회, 법률 지원 단체, 법률 서비스 등에 문의하십시오.

NY State of Health 이의 신청 절차 상의 중요 사항

- 공청회 심리 사무관은 귀하 및 공청회에 참여하게 되는 다른 관련자들과 통화를 하게 됩니다. 조용한 장소에서 이 전화에 응하셔야 합니다.
- 전화 공청회 시 귀하의 케이스에 도움을 줄 사람(가족, 친구, 변호사 등)들과 함께 하실 수 있습니다. 공청회 시 변호사로부터 도움을 받거나 귀하를 대리하는 대리인이 있는 경우, 공청회 날짜까지 건강보험시장(마켓플레이스)에 소송 의뢰 합의서 또는 수권 대리인 지명서를 보내야 합니다. 수권 대리인 지명서는 [여기](#)에서 다운로드 받을 수 있습니다. 또한, 건강보험시장(마켓플레이스) 측에도 통화 시 대리 업무를 수행하는 상비 대리인이 있을 수 있습니다.
- 건강보험시장(마켓플레이스)에 자료를 보내거나 귀하 케이스를 뒷받침해 줄 사람(증인)이 통화를 할 수 있도록 할 수 있습니다. 건강보험시장(마켓플레이스)에서도 동일하게 일을 처리할 수 있습니다.
- 공청회 담당관은 건강보험시장(마켓플레이스) 대리인 또는 귀하 및 귀하의 대리인에게 질문을 할 수 있습니다.
- 건강보험시장(마켓플레이스) 대리인은 귀하 또는 귀하의 대리인 및 증인에게 질문을 하고, 귀하 또는 귀하의 대리인도 건강보험시장(마켓플레이스) 대리인에게 질문을 할 수 있습니다.
- 귀하는 선호하는 언어로 대화가 가능한 사람을 요청할 수 있고 건강보험시장(마켓플레이스)에서는 이를 준비해야 합니다. 공청회 지연을 방지하기 위해서, 공청회가 열리기 며칠 전에 언어 지원을 요청해야 합니다.
- 공청회 전에 추가 증거 제출을 원하는 경우, 공청회 날짜 또는 시간에 참석할 수 없는 경우, 또는 공청회와 관련하여 다른 궁금한 점이나 우려 사항이 있는 경우, 고객 서비스 센터로 문의하십시오(연락처는 2 페이지 참조).
- 귀하는 불일치 사안 해결을 포함하여 그 어떤 사유로든 공청회 전 언제든지 귀하의 이의 신청 또는 공청회를 취소할 수 있습니다.
- 공청회를 요청하였는데, 귀하가 정해진 날짜와 시간에 전화 통화가 어려운 경우, 가능한 빨리 고객 서비스로 연락하여 다른 날짜로 공청회를 변경해 달라고 요청해야 합니다.
- 공청회에 참석하지 못하는 경우, 귀하의 이의 신청은 기각됩니다. 귀하가 불참석에 관한 정당한 사유를 서면으로 기각 통지문 날짜로부터 30 일 이내에 건강보험시장(마켓플레이스)에 제시하는 경우, 건강보험시장(마켓플레이스)에서 새로운 공청회 날짜를 잡을 수 있습니다.

- 공청회 심리 사무관은 공청회 전체 내용을 기록해야 합니다. 귀하는 양 당사자가 제출한 자료, 녹음물 및 그 사본을 포함하여 공청회 전체 기록을 검토할 수 있습니다.

개인 마켓플레이스에서의 이의 신청과 관련한 법적 권한

연방 규정집(Code of Federal Regulations, CFR), Title 45, Part 155, Subpart D	개인 마켓에서의 교환 기능: 교환 참여 및 합리적 보험료 프로그램 자격 결정
CFR, Title 45, Part 155, Subpart F	교환 참여 및 합리적 보험료 프로그램 자격 결정에 대한 이의 신청
CFR, Title 45, Part 155, Subpart G	개인 마켓에서의 교환 기능: 면제에 대한 자격 결정
CFR, Title 42, Part 431, Subpart E	신청인 및 수혜자를 위한 공청회
뉴욕주 행정규정(New York Code of Rules and Regulations, NYCRR), Title 18, Part 358	공청회