

가입자 불만사항/불편사항 양식

날짜: _____

모든 정보는 정자체로 기입하십시오.

불편사항 정보:

이름 _____ () 직장 전화번호 _____ () 자택 전화번호 _____

주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

불편사항에 관련된 사람(들) 이름:

이름 _____ #: _____ ID 번호 _____

이름 _____ #: _____ ID 번호 _____

이름 _____ #: _____ ID 번호 _____

불편사항 내용: [적용되는 것에 모두 표시]

_____ 마케팅 _____ 가입 해제의 어려움 _____ 가입자 청구서
_____ 품질 _____ 교통 _____ 편리한 진료 이용
_____ 응급 진료 _____ 직원 태도 _____ 승인

기타: _____

문제점 설명: 발생일자: _____ 위치: _____

서비스 제공자 이름 _____

문제/불편사항을 자세히 설명하십시오.

추가 용지가 필요한 경우 본 양식의 뒷면을 이용하십시오.

가입자 서명 _____

날짜 _____

(또는 가입자가 미성년자이거나 거동이 불편한 경우 부모의 서명)

의료 정보 제공

가입자: 본 불만사항에 관련한 증상에 대해 귀하를 진료한 서비스 제공자의 이름 및 전화번호를 기입해주시요.

제공된 모든 의료 기록은 엄격한 기밀로 처리되며 귀하의 불만사항을 검토하는 목적으로만 사용됩니다.

본인은 이에 본 불만사항에 관련한 의료적 필요성에 따라 상기의 서비스 제공자(들)가

서명: _____ **날짜:** _____

(가입자 외 서명의 경우) 관계: _____
(어머니, 아버지, 보호자)

추가 질문이 있으시거나 본 사항에 대해 추가 지원이 필요하신 경우 무료 전화 (800) 675-6110 (TTY: 711)번을 이용해 가입자 서비스 부서로 문의하십시오. 작성을 완료하신 후 본 양식을 다음 주소로 보내십시오. Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. 팩스 번호: (877) 831-6019.

California 보건 관리부는 의료 서비스 플랜 규제 업무를 담당하고 있습니다. 귀하의 건강 보험에 불만 사항이 있을 경우, 보건 관리부에 연락하기 전에 먼저 귀하의 건강 보험 **1-800-675-6110** 번으로 연락해 건강 보험의 불만 사항 처리 과정을 이용하십시오. 불만 사항 처리 과정 이용은 귀하의 잠재적 법적 권리나 보상을 침해하지 않습니다. 응급 상황과 관련된 불만 사항 처리에 대한 도움이 필요한 경우, 귀하의 건강 보험을 통해 불만 사항이 만족스럽게 처리되지 못한 경우, 또는 불만 사항이 30 일이 넘게 해결되지 않고 남아 있는 경우, 보건 관리부에 연락해 도움을 요청하실 수 있습니다. 귀하는 또한 독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR)를 받으실 수도 있습니다. 귀하가 독립 의료 심사(IMR)의 자격이 있는 경우, 제기된 서비스 또는 치료에 대한 의학적인 필요성에 대해 건강 보험이 내린 의학적 필요성, 실험적이거나 연구적 속성을 가진 치료에 대한 보장 결정 및 응급 또는 긴급 상황의 의료 서비스에 대한 비용 분쟁에 대해 독립 의료 심사(IMR) 절차를 통해 공정한 심사를 받게 됩니다. 보건 관리부는 또한 무료 전화(**1-888-466-2219**) 및 청각 및 언어 장애를 위한 TDD 전화(**1-877-688-9891**)를 제공하고 있습니다. 불편 사항 신고서, 독립 의료 심사(IMR) 신청서 및 안내 사항 등은 보건 관리부 웹사이트(www.dmhca.ca.gov)에서 온라인으로 이용하실 수 있습니다.