

Health Net Community Solutions (Health Net) 는 귀하의 우려를 중요하게 생각합니다. 귀하가 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하 또는 다른 사람이 거부된 서비스에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 귀하가 받은 진료나 치료가 만족스럽지 않은 경우 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

귀하의 서비스 제공자 또는 귀하가 선택한 사람이 귀하를 대신하여 이의나 불만 사항을 제기하는 경우 저희는 귀하의 서면 동의를 받아야 합니다. 귀하의 이의 제기 또는 불만 사항과 관련한 의료 기록을 받기 위해 저희는 귀하의 서면 동의가 필요할 수 있습니다. 1-800-675-6110으로 전화하거나 웹사이트 www.healthnet.com 을 통해 Health Net 가입자 서비스부에 연락해 양식을 받아보실 수 있습니다.

- 대리인 위임 양식
- 의료 기록 공개 양식

귀하의 이의제기 또는 불만 사항과 관련된 서류나 정보를 포함시키십시오. 이의 제기 또는 불만 사항은 다음의 방법으로 보내실 수 있습니다.

- Health Net 가입자 서비스부에 1-800-675-6110번으로 전화하십시오. 필요한 경우 언어 서비스를 이용할 수 있습니다.
- 청각 및 언어 장애인용 711(TTY)
- 다음 웹사이트에서 온라인으로 이의 제기 또는 불만 사항을 작성하십시오. www.healthnet.com
- 이 양식을 작성하여 우편이나 팩스로 제출하십시오.

우편: Health Net Community Solutions
Attn: Member Appeals and Grievance Department
PO Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348
또는
팩스 번호 1-877-831-6019

가입자 자료는 점자, 대형 활자체, 오디오 등과 같은 다른 형식으로도 준비되어 있습니다.

Member Appeal or Grievance Form



파트 1: 가입자 정보		
이름과 성:	ID#:	생년월일:
주소:	도시:	우편번호:
전화번호:	전화하기 가장 좋은 시간:	

파트 2: 이의 제기 또는 불만 사항에 대한 정보	
제공자 이름:	서비스 날짜/발생 날짜:
클레임 번호:	참조 번호:

우려 사항과 원하는 조치를 알려주십시오. 포함할 내용: 제공자 이름, 서비스 날짜, 클레임 또는 참조 번호.

이의 제기의 경우: 결정 통지서 사본을 첨부하십시오.

--

실험적 치료나 용품이 거부되었고 말기 질환을 앓고 있는 경우 회의를 요청할 수 있습니다.

저는 말기 질환을 앓고 있으며 회의를 요청합니다.

파트 3: 정보 제공

결정 통지서는 서비스를 거부, 지연, 변경 또는 종료할 것임을 귀하에게 알리는 공식 서신입니다. 불만 사항은 언제든지 보낼 수 있습니다.

귀하의 이의 제기 또는 불만 사항이 귀하의 건강에 즉각적이거나 심각한 위협을 수반하는 경우 빠른 검토를 요청하십시오. 귀하의 이의제기 또는 불만사항을 접수된 시점으로부터 72시간 이내에 검토할 것입니다.

이의 제기 또는 불만 사항 접수 후 5일 이내에 서신을 받으실 것입니다.

귀하의 케이스를 담당할 Health Net 직원이 자세한 정보를 얻기 위해 귀하에게 연락할 수도 있습니다.

Health Net이 귀하의 우려사항을 해결하는 방법에 만족하지 않으시면 DMHC 또는 DHCS에 연락하십시오.

California Department of Managed Health Care (DMHC)

California Department of Managed Health Care는 의료 서비스 플랜 규제 업무를 담당하고 있습니다. 귀하의 건강 보험에 불만 사항이 있을 경우, 보건 관리부에 연락하기 전에 우선 **(1-800-675-6110, TTY:711)**번으로 귀하의 건강 보험에 연락해 건강 보험의 불만 사항 절차를 이용하십시오. 불만 사항 처리 절차를 이용한다고 해서 귀하가 이용할 수 있는 귀하의 잠재적 법적 권리나 보상이 제한되는 것은 아닙니다. 응급 상황과 관련된 불만 사항, 귀하의 건강 보험을 통해 만족스럽게 처리되지 못한 불만 사항, 또는 30일이 넘게 해결되지 않고 남아 있는 불만 사항에 도움이 필요한 경우, 보건 관리부에 연락해 도움을 요청하실 수 있습니다. 귀하는 또한 독립 의료 심사(IMR, Independent Medical Review)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. 본 부서에는 또한 청각 및 언어 장애인을 위한 무료 전화번호 **(1-888-466-2219)** 와 TDD 전화**(1-877-688-9891)**가 있습니다. 불만 사항 신고 양식, 독립 의료 심사(IMR) 신청서 및 안내 사항 등은 보건 관리부의 웹사이트 www.dmhc.ca.gov에서 온라인으로 이용하실 수 있습니다.



상원 법안(SB) 923 트랜스젠더, 성별 다양성 또는 간성(TGI) 포용 의료법

귀하의 의료 제공자 또는 Health Net 직원이 귀하에게 트랜스 포용적인 진료를 제공하지 못한 경우 귀하는 Health Net 및 DMHC에 불만 사항을 제출할 권리가 있습니다.

트랜스 포용적 의료 서비스는 TGI로 식별되는 개인에 대한 치료 표준에 부합하고, 개인의 신체적 자율성을 존중하며, 개인의 성별을 추정하지 않고, 성별 유동성과 비전통적 성별 표현을 수용하며, 모든 사람을 포용하는 마음, 이해 및 존중으로 대하는 포괄적 의료 서비스로 정의됩니다[HSC § 1367.043(d)(3)].

California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman

또한 캘리포니아주 보건 복지부(DHCS) 옴부즈맨 사무소(California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman)에 전화하여 도움을 요청할 수도 있습니다. 옴부즈맨 사무소(Office of the Ombudsman)는 Medi-Cal 수혜자가 관리 의료 플랜의 가입자로서 자신의 권리와 책임을 최대한 활용하도록 돕습니다. 더 자세한 사항을 알아보시려면 무료 전화 **1-888-452-8609**번으로 월요일부터 금요일 사이 오전 8시부터 오후 5시까지 전화하십시오.

파트 4: 서명

가입자 또는 위임 대리인의 서명

날짜

가입자 또는 공식 대리인의 이름(인쇄체)