



3. 진료를 받는 방법

사전 승인

일부 치료 유형의 경우, 담당 PCP나 전문의는 치료 전에 Health Net에 승인을 요청해야 합니다. 이를 사전 승인 요청이라고 합니다. Health Net이 해당 치료가 의학적으로 필요한지(요구되는지) 확인해야 한다는 의미입니다.

의학적으로 필요한 서비스는 귀하의 생명을 보호하고, 중증 질환 또는 장애가 발생하는 것을 방지하며, 진단받은 질병, 질환 또는 부상으로 인한 심각한 통증을 줄이는 데 합리적이고 필요한 서비스입니다. 만 21세 미만 가입자의 경우, Medi-Cal 서비스에는 신체적 또는 정신적 질환 또는 상태를 치료하고 완화하는 데 의학적으로 필요한 진료가 포함됩니다.

다음 서비스는 귀하가 Health Net 네트워크에 속하는 공급자로부터 받더라도 **항상** 사전 승인이 필요합니다.

- 응급 상황을 제외한 입원
- 응급 또는 긴급 상황을 제외하는 Health Net 서비스 지역 외부에서 받는 서비스
- 요양 시설(보건복지부 아급성 치료과와 계약된 성인 및 소아 아급성 치료 시설 포함) 또는 중간 치료 시설(발달장애인을 위한 중간 치료 시설(ICF/DD), ICF/DD-가활(ICF/DD-H), ICF/DD-간호(ICF/DD-N) 포함)에서의 장기 요양 또는 전문 간호 서비스
- 첨단 영상
- 비응급 상황에서의 의료 교통편 서비스

응급 구급차 서비스는 사전 승인이 필요하지 않습니다.



가입자 서비스에 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의해 주십시오.
Health Net이 주 7일, 하루 24시간 여기에 있습니다. 통화는 무료입니다. 또는
California 릴레이 회선(California Relay Line)에 711번으로 전화해 주십시오.
www.healthnet.com 을 방문해 주십시오.

표준 사전 승인 요청의 경우, **Health Net**은 귀하의 건강 상태에 따라 최대한 신속하게 요청에 답변해야 합니다. 단, 요청에 대한 결정(승인, 변경 또는 거부)을 내리는 데 합리적으로 필요하여 요청한 정보를 받은 날로부터 근무일 기준 5일을 초과해서는 안 됩니다. **Health Net**은 어떠한 경우에도 귀하의 요청을 접수한 날로부터 달력일 기준 7일 이내에 답변해야 합니다.

공급자 또는 **Health Net**이 표준 기간을 따르면 귀하의 생명이나 건강 또는 신체 기능을 획득, 유지 또는 회복할 능력에 심각한 위험을 초래할 수 있다고 판단하는 경우, **Health Net**은 더 신속한 사전 승인 결정을 내릴 것입니다. **Health Net**은 귀하의 건강 상태에 따라 최대한 신속하게 답변해야 합니다. 단, **Health Net**이 귀하의 요청을 접수한 날로부터 72시간을 초과해서는 안 됩니다.

경우에 따라, **Health Net**은 귀하의 사전 승인 요청에 대한 결정(승인, 변경 또는 거부)을 내리기 위해 더 많은 정보가 필요할 수 있습니다. 이 경우 **Health Net**은 결정을 내리기 위해 달력일 기준 14일을 더 사용할 수 있습니다. **Health Net**에서 필요한 정보를 받으면 귀하의 건강 상태에 따라 최대한 신속하게 결정을 내려야 합니다. 단, 표준 요청의 경우 근무일 기준 5일, 신속 요청의 경우 72시간을 초과해서는 안 됩니다. 귀하의 공급자는 표준 요청에 대해 **Health Net**에 답변 기한 연장을 요청할 수 있습니다. 귀하는 표준 또는 신속 요청에 대해 연장을 요청할 수 있습니다. 사전 승인 요청은 의사, 간호사 및 약사 등 임상 담당 직원 또는 의료 담당 직원이 검토할 것입니다.

Health Net은 보장 또는 서비스에 대한 검토자의 거부, 변경 또는 승인 결정에 어떠한 방식으로든 영향을 미치지 않습니다. **Health Net**에서 요청을 승인하지 않으면, **Health Net**은 귀하에게 결정 통지서(NOA) 서신을 발송할 것입니다. NOA에는 귀하가 결정에 동의하지 않을 경우 이의 신청을 제출하는 방법이 설명되어 있습니다.

Health Net에서 귀하의 요청을 검토하는 데 더 많은 정보나 시간이 필요한 경우, 귀하에게 연락할 것입니다.

Health Net 네트워크 외부 또는 서비스 지역 외부에서 진료를 받더라도 응급 치료에는 사전 승인이 필요하지 않습니다. 임신한 경우, 출산과 분만이 포함됩니다. 특정 민감 치료 서비스에 대해서는 사전 승인이 필요하지 않습니다. 민감 치료 서비스에 대한 자세한 내용은 이 장의 뒷부분에 나오는 “민감 치료”를 참조하시기 바랍니다.

사전 승인(선승인)에 관해 궁금한 점이 있으면, 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의하십시오.



가입자 서비스에 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. **Health Net**이 주 7일, 하루 24시간 여기에 있습니다. 통화는 무료입니다. 또는 California 릴레이 회선(California Relay Line)에 711번으로 전화해 주십시오. www.healthnet.com 을 방문해 주십시오.

2차 소견

귀하는 공급자가 귀하에게 필요하다고 한 치료나 귀하의 진단 또는 치료 계획에 대해 2차 소견을 원하실 수 있습니다. 예를 들어, 진단이 정확한지 확인하려고 하거나 처방된 치료나 수술이 필요한지에 확신이 없거나, 치료 계획을 따르려고 노력했지만 효과가 없었던 경우, 2차 소견이 필요하실 수 있습니다.

귀하 또는 귀하의 네트워크 소속 공급자가 2차 소견을 요청하고, 네트워크 소속 공급자로부터 2차 소견을 받을 경우 Health Net에서 2차 소견에 대한 비용을 지불합니다. 네트워크 소속 공급자로부터 2차 소견을 받기 위해 Health Net의 사전 승인이 필요하지 않습니다. 2차 소견을 받고자 하시는 경우, 이를 제공할 수 있는 자격을 갖춘 네트워크 공급자에게 의뢰해 드립니다.

2차 소견을 요청하고 공급자를 선택하는 데 도움이 필요하시면, 1-800-675-6110 (TTY 711)번으로 문의해 주십시오. 또한 2차 소견을 위한 진료 의뢰를 원하시는 경우, 귀하의 네트워크 소속 공급자가 도와드릴 수 있습니다.

귀하에게 2차 소견을 제공할 공급자가 Health Net 네트워크에 없는 경우, Health Net은 네트워크 비소속 공급자의 2차 소견에 대한 비용을 지불합니다. Health Net은 2차 소견을 위해 귀하가 선택한 공급자의 승인 여부를 귀하의 의료 상태에 따라 최대한 신속하게 알려야 합니다. 단, 귀하의 요청에 대한 결정을 내리는 데 합리적으로 필요하여 Health Net이 요청한 정보를 받은 날로부터 근무일 기준 5일을 초과해서는 안 됩니다. Health Net은 귀하의 요청을 접수한 날로부터 달력일 기준 7일 이내에 답변해야 합니다.

귀하에게 만성, 중증 또는 심각한 질환이 있거나 귀하의 생명, 사지, 중요 신체 부위 또는 신체 기능의 상실 등 건강에 즉각적이고 중대한 위협이 있는 경우, Health Net은 귀하의 요청을 접수한 후 72시간 이내에 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다.

Health Net이 귀하의 2차 소견 요청을 거부하는 경우 귀하는 고충 사항을 제기하실 수 있습니다. 고충 사항에 대한 자세한 내용은 본 안내서의 제6장 “불편 사항”을 참조해 주십시오.



가입자 서비스에 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. Health Net이 주 7일, 하루 24시간 여기에 있습니다. 통화는 무료입니다. 또는 California 릴레이 회선(California Relay Line)에 711번으로 전화해 주십시오. www.healthnet.com 을 방문해 주십시오.

4. 혜택 및 서비스

Health Net이 보장하는 Medi-Cal 혜택

치과 서비스

귀하가 **Los Angeles** 또는 **Sacramento** 카운티에 거주하는 경우, Medi-Cal은 Medi-Cal 치과 플랜(치과 관리 의료 플랜)을 통해 치과 서비스를 제공합니다.

귀하가 **Sacramento** 카운티에 거주하는 경우, Medi-Cal 치과 플랜(치과 관리 의료 플랜)에 가입해야 합니다.

자세한 내용은 Medi-Cal 건강 관리 옵션

웹사이트(<https://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx>)에서 확인해 주십시오.

귀하가 **Los Angeles** 카운티에 거주하는 경우, 귀하는 행위별 수가제(FFS) Medi-Cal 치과에 남아있거나 Medi-Cal 치과 플랜(치과 관리 의료 플랜)을 선택할 수 있습니다.

치과 플랜을 선택 또는 변경하시려면, Medi-Cal 건강 관리 옵션에 1-800-430-4263번으로 연락해 주십시오. 귀하는 PACE 또는 SCAN 플랜과 Medi-Cal 치과 플랜(치과 관리 의료 플랜)에 동시에 가입할 수 없습니다.

Medi-Cal은 다음을 포함한 치과 서비스를 보장합니다.

- 전체 및 부분 의치
- 크라운(기성/기공소)
- 검사, X-레이, 치아 세척 등의 진단 및 예방 치과 서비스
- 통증 조절을 위한 응급 치료
- 충전
- 자격 요건을 충족하는 아동의 교정
- 치근관 치료(전근/후근)
- 치주 스케일링과 치근 활택술
- 발치
- 국소 불소 도포

Los Angeles 또는 **Sacramento** 카운티에 거주하며 치과 서비스에 대해 궁금한 점이 있거나 자세한 내용을 알아보고 싶고, Medi-Cal 치과 플랜(치과 관리 의료 플랜)에 가입되어 있는 경우, 배정된 Medi-Cal 치과 플랜(치과 관리 의료 플랜)에 문의해 주십시오.



가입자 서비스에 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. Health Net이 주 7일, 하루 24시간 여기에 있습니다. 통화는 무료입니다. 또는 California 릴레이 회선(California Relay Line)에 711번으로 전화해 주십시오. www.healthnet.com 을 방문해 주십시오.

기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스

행위별 수가제(FFS) Medi-Cal 또는 기타 Medi-Cal 프로그램을 통해 받을 수 있는 서비스

Health Net에서 보장하지 않는 일부 서비스를 FFS Medi-Cal 또는 기타 Medi-Cal 프로그램을 통해 받으실 수 있습니다. Health Net은 Health Net이 아닌 다른 프로그램에서 보장하는 서비스를 포함하여 의학적으로 필요한 모든 서비스를 받으실 수 있도록 다른 프로그램과 협력합니다. 이 섹션에는 이러한 서비스 중 일부가 나열되어 있습니다. 자세한 내용은 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의해 주십시오.

치과 서비스

귀하가 **Amador, Calaveras, Inyo, Mono, San Joaquin, Stanislaus, Tulare, Tuolumne** 카운티에 거주하는 경우, 귀하의 치과 서비스에 대해 Medi-Cal 치과 FFS는 Medi-Cal FFS와 동일합니다. 치과 서비스를 받기 전에 치과 서비스 공급자에게 귀하의 Medi-Cal BIC 카드를 제시하셔야 합니다. 해당 공급자가 치과 FFS를 받는지, 그리고 귀하가 치과 서비스를 보장하는 관리 의료 플랜에 가입되어 있지는 않은지 확인하십시오.

Medi-Cal은 Medi-Cal 치과를 통해 다음과 같은 광범위한 치과 서비스를 보장합니다.

- 전체 및 부분 의치
- 크라운(기성/기공소)
- 검사, X-레이, 치아 세척 등의 진단 및 예방 치과 서비스
- 통증 조절을 위한 응급 치료
- 충전
- 자격 요건을 충족하는 아동의 교정
- 치근관 치료(전근/후근)
- 치주 스케일링과 치근 활택술
- 발치
- 국소 불소 도포

치과 서비스에 대해 궁금하신 점이 있거나 자세한 내용을 알아보시려면, Medi-Cal 치과에 1-800-322-6384(TTY 1-800-735-2922 또는 711)번으로 문의해 주십시오. 또한 Medi-Cal 치과 웹사이트(<https://www.dental.dhcs.ca.gov>)를 참조하실 수도 있습니다.



가입자 서비스에 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. Health Net이 주 7일, 하루 24시간 여기에 있습니다. 통화는 무료입니다. 또는 California 릴레이 회선(California Relay Line)에 711번으로 전화해 주십시오. www.healthnet.com 을 방문해 주십시오.

5. 아동 및 청소년 웰케어

만 21세 미만의 아동 및 청소년 가입자는 가입하는 즉시 필요한 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 이를 통해 발달 및 전문 서비스를 포함하여 적절한 예방, 치과 및 정신 건강 서비스를 받을 수 있습니다. 이 장에서는 이러한 서비스에 대해 설명합니다.

행위별 추가제(FFS) Medi-Cal 또는 기타 프로그램을 통해 받을 수 있는 기타 서비스

치과 검진

아기의 잇몸을 매일 수건으로 부드럽게 닦아 깨끗하게 유지해 주십시오. 생후 4~6개월이 되면 유치가 나기 시작하면서 “이썸이(teething)”가 시작됩니다. 아기의 첫 번째 치아가 나오는 즉시 또는 만 1세 생일 중 더 빠른 시점에 아기의 첫 치과 진료를 예약하셔야 합니다.

다음 Medi-Cal 치과 서비스는 무료입니다.

만 0~3세의 영아

- 아기의 첫 치과 방문
- 아기의 첫 치과 검사
- 치과 검진(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- X-레이
- 치아 세정(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 불소 바니시(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 충전
- 발치(치아 제거)
- 응급 치과 서비스
- *진정(의학적으로 필요한 경우)

만 4~12세 어린이

- 치과 검진(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- X-레이
- 불소 바니시(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 치아 세정(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 어금니 실란트
- 충전
- 치근관
- 발치(치아 제거)
- 응급 치과 서비스
- *진정(의학적으로 필요한 경우)



가입자 서비스에 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. Health Net이 주 7일, 하루 24시간 여기에 있습니다. 통화는 무료입니다. 또는 California 릴레이 회선(California Relay Line)에 711번으로 전화해 주십시오. www.healthnet.com 을 방문해 주십시오.

만 13~20세 청소년

- 치과 검진(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- X-레이
- 불소 바니시(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 치아 세정(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 자격이 되는 경우 교정(교정기)
- 충전
- 크라운
- 치근관
- 부분 및 전체 의치
- 치주 스케일링과 치근 활택술
- 발치(치아 제거)
- 응급 치과 서비스
- *진정(의학적으로 필요한 경우)

* 공급자는 국소 마취가 의학적으로 적합하지 않은 이유를 판단하고 문서화하며 해당 치과 치료가 사전 승인되었거나 사전 승인이 필요하지 않은 경우, 진정 및 전신 마취를 고려해야 합니다.

국소 마취를 할 수 없고 대신 진정 또는 전신 마취를 할 수 있는 몇 가지 이유는 다음과 같습니다.

- 신체적, 행동적, 발달적 또는 정서적 상태로 인해 공급자의 치료 시도에 환자의 반응이 어려운 경우
- 주요 회복 또는 외과적 시술이 필요한 경우
- 비협조적인 아동
- 주사 부위의 급성 감염
- 국소 마취제로 통증 조절이 되지 않는 경우

치과 서비스에 대해 궁금하신 점이 있거나 자세한 내용을 알아보시려면, Medi-Cal 치과 고객 서비스 전화에 1-800-322-6384(TTY 1-800-735-2922 또는 711)번으로 문의하시거나 <https://smilecalifornia.org/> 를 방문해 주십시오.



가입자 서비스에 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의해 주십시오.
Health Net이 주 7일, 하루 24시간 여기에 있습니다. 통화는 무료입니다. 또는
California 릴레이 회선(California Relay Line)에 711번으로 전화해 주십시오.
www.healthnet.com 을 방문해 주십시오.

6. 문제 보고 및 해결

주 공청회

주 공청회는 Health Net과 캘리포니아 사회 복지 서비스부(California Department of Social Services, CDSS) 판사와의 회의입니다. 판사가 귀하의 문제를 해결하기 위해 돕고 Health Net이 올바른 결정을 내렸는지 여부를 판단합니다. 귀하가 이미 Health Net에 이의 신청을 했음에도 불구하고 여전히 당사의 결정에 만족하지 않거나 30일이 경과했음에도 제기한 이의 신청에 대한 결정을 통보받지 못한 경우에는 주 공청회를 요청할 권리가 있습니다.

귀하는 당사의 이의 신청 결정 공지(NAR) 서신 날짜로부터 120일 이내에 주 공청회를 요청하셔야 합니다. 이의 신청 기간 동안 지원 비용 지급 보류를 받았고, 주 공청회에서 결정이 내려질 때까지 계속 받기를 원하시면, NAR 서신 날짜로부터 10일 이내 또는 당사가 알려드린 서비스가 중단일 이전 중 더 늦은 날짜까지 주 공청회를 요청하셔야 합니다.

주 공청회에서 최종 결정을 내릴 때까지 이의 신청 대기 중 지원(Aid Paid Pending)을 계속 받는 데 도움이 필요하시면, Health Net에 연중무휴 하루 24시간 언제든지 1-800-675-6110 번으로 문의해 주십시오. 듣거나 말하는 것이 불편하신 경우 TTY 711번으로 전화해 주십시오. 귀하의 위임 대리인이나 공급자가 귀하의 서면 허가를 받아 귀하 대신 주 공청회를 요청할 수 있습니다.

경우에 따라 귀하는 이의 신청 절차를 완료하지 않고 주 공청회를 요청하실 수 있습니다.

예를 들어, 귀하의 서비스에 대해 Health Net이 귀하에게 정확하게 또는 적시에 통지하지 않은 경우 이의 신청 절차를 완료하지 않고도 주 공청회를 요청하실 수 있습니다. 이것을 권리의 소진(Deemed Exhaustion)이라고 합니다. 다음은 권리의 소진으로 간주되는 몇 가지 예입니다.

- 당사가 귀하가 선호하는 언어로 결정 통지서(NOA) 또는 NAR 서신을 제공하지 않은 경우
- 귀하의 권리에 영향을 미치는 실수를 한 경우
- 귀하에게 NOA 서신을 제공하지 않은 경우
- 귀하에게 NAR 서신을 제공하지 않은 경우



가입자 서비스에 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. Health Net이 주 7일, 하루 24시간 여기에 있습니다. 통화는 무료입니다. 또는 California 릴레이 회선(California Relay Line)에 711번으로 전화해 주십시오. www.healthnet.com 을 방문해 주십시오.

- NAR 서신에 오류가 있는 경우
- 귀하의 이의 신청에 대해 30일 이내에 결정을 내리지 못한 경우
- 귀하의 사례가 긴급하다고 판단했으나 72시간 이내에 귀하의 이의 신청에 답변하지 않은 경우

귀하는 다음과 같은 방법으로 주 공청회를 요청하실 수 있습니다.

- **전화:** CDSS의 주 공청회 담당 부서에 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349 또는 711)번으로 전화
- **우편:** 이의 신청 결정 공지와 함께 제공된 양식을 작성하여 다음 주소로 우편 발송

California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814

- **온라인:** www.cdss.ca.gov 에서 온라인으로 공청회를 요청해 주십시오.
- **이메일:** 이의 신청 결정 공지와 함께 제공된 양식을 작성하여 Scopeofbenefits@dss.ca.gov 로 이메일을 보내 주십시오.
 - 참고: 이메일로 발송하는 경우, 주 공청회 부서 이외의 다른 사람이 이메일을 가로챌 위험이 있습니다. 더 안전한 방법을 사용하여 요청을 보내는 것이 좋습니다.
- **팩스:** 이의 신청 결정 공지와 함께 제공된 양식을 작성하여 주 공청회 담당 부서에 팩스 번호 1-916-309-3487번 또는 수신자 부담 1-833-281-0903번으로 보내 주십시오.

주 공청회를 요청하는 데 도움이 필요하시면, 당사가 도와드릴 수 있습니다. 당사는 무료 언어 서비스를 제공해 드릴 수 있습니다. 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의하시면 됩니다.

공청회에서 판사에게 Health Net의 결정에 동의하지 않는 이유를 설명하게 됩니다.

Health Net은 판사에게 당사의 결정을 내린 이유에 대해 설명하게 됩니다. 판사가 귀하의 사례에 대해 결정을 내리는 데에는 최대 90일이 소요될 수 있습니다. Health Net은 판사의 결정을 따라야 합니다.

주 공청회가 진행되는 동안 시간이 걸리면 귀하의 생명, 건강 또는 완전한 기능에 위험이 생길 수 있기 때문에 CDSS가 신속히 결정을 내려주기를 귀하가 원하는 경우, 귀하, 귀하의 위임 대리인 또는 담당 공급자가 CDSS에 연락하여 신속(빠른) 주 공청회를 요청하실 수 있습니다. CDSS는 Health Net으로부터 귀하의 전체 사례 파일을 받은 날로부터 근무일 기준 3일 이내에 결정을 내려야 합니다.



가입자 서비스에 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. Health Net이 주 7일, 하루 24시간 여기에 있습니다. 통화는 무료입니다. 또는 California 릴레이 회선(California Relay Line)에 711번으로 전화해 주십시오. www.healthnet.com 을 방문해 주십시오.

7. 권리와 책임

Health Net 가입자에게는 특정한 권리와 책임이 있습니다. 이 장에서는 이러한 권리와 책임에 대해 설명합니다. 또한 Health Net의 가입자로서 귀하에게 권리가 있는 법적 통지도 포함되어 있습니다.

결정 통지서

Health Net은 Health Net이 의료 서비스 요청을 거부, 지연, 종료 또는 수정하는 경우 귀하에게 결정 통지서(NOA)를 발송합니다. Health Net의 결정에 동의하지 않으시면 언제든지 Health Net에 이의를 신청하실 수 있습니다. 이의 신청에 대한 중요한 정보는 본 안내서의 제6장 “이의 신청” 섹션을 참조해 주십시오. Health Net이 발송하는 NOA에는 귀하가 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 가지는 모든 권리가 안내되어 있습니다. Health Net 또는 Health Net의 하청업체가 아닌 다른 업체로부터 이러한 통지서를 받은 경우, 즉시 Health Net에 연락해 주십시오.

통지서 내용

Health Net이 의학적 필요성을 근거로 귀하의 서비스를 전부 또는 일부 거부, 지연, 수정, 종료, 중단 또는 축소하는 경우, NOA에는 다음 사항이 포함되어야 합니다.

- Health Net이 취하려는 조치에 대한 설명
- Health Net의 결정 이유에 대한 명확하고 간결한 설명
- Health Net의 결정 방식(Health Net이 적용한 규칙 포함)
- 결정에 대한 의학적 사유. Health Net은 귀하의 상태가 해당 규칙이나 지침을 충족하지 못하는 이유를 명확하게 제시해야 합니다.
- NOA와 관련된 모든 문서 및 기록의 사본을 무료로 요청할 수 있는 귀하의 권리에 대한 정보



가입자 서비스에 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의해 주십시오. Health Net이 주 7일, 하루 24시간 여기에 있습니다. 통화는 무료입니다. 또는 California 릴레이 회선(California Relay Line)에 711번으로 전화해 주십시오. www.healthnet.com 을 방문해 주십시오.

번역

Health Net은 모든 고충 사항 및 이의 신청 통지서를 포함한 서면 가입자 정보를 일반적인 선호 언어로 완전히 번역하여 제공해야 합니다.

완전히 번역된 통지서에는 Health Net이 의료 서비스 요청을 거부, 지연, 수정, 종료, 중단 또는 축소하기로 결정한 의학적 이유가 포함되어야 합니다.

귀하가 선호하는 언어로 작성된 번역이 제공되지 않을 경우, Health Net은 귀하가 받은 정보를 이해할 수 있도록 귀하가 선호하는 언어로 구두 지원을 제공해야 합니다.

LTR066518KP00



가입자 서비스에 1-800-675-6110(TTY 711)번으로 문의해 주십시오.
Health Net이 주 7일, 하루 24시간 여기에 있습니다. 통화는 무료입니다. 또는
California 릴레이 회선(California Relay Line)에 711번으로 전화해 주십시오.
www.healthnet.com 을 방문해 주십시오.

Health Net 은 적용 가능한 주와 연방 인권법을 준수하고 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 정신적 장애, 신체적 장애, 성별(임신, 성적 지향, 성 정체성 포함), 종교, 조상, 민족 정체성, 의료 상태, 유전적 정보, 결혼 여부, 젠더를 이유로 사람을 차별하거나 제외하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Health Net 제공 서비스:

- 당사와 효과적으로 소통하실 수 있도록 장애가 있는 분들에게 다음과 같은 보조 인력과 서비스를 무료로 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수어 통역사
 - 다른 형식의 서면 정보(대형 활자 인쇄본, 오디오, 장애인용 전자 형식 및 기타 형식)
- 영어가 주 언어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 적시에 적시에 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 서면 정보
 - 이러한 서비스가 필요하시면 연중무휴 하루 24 시간 언제든지 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.

요청 시 본 문서는 점자, 대형 활자 인쇄본, 오디오 카세트 또는 전자 형식으로 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받아보시려면, 다음으로 전화하거나 서신을 보내십시오.

Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

고객 서비스 센터 1-800-675-6110 (TTY: 711)

California 중계 서비스 711

Health Net 에서 이러한 서비스를 제공하지 못했다거나, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 성별(임신, 성적 지향, 성 정체성 포함), 정신적 장애, 신체적 장애, 종교, 조상, 민족 정체성, 의료 상태, 유전적 정보, 결혼 여부, 젠더에 근거하여 다른 방식으로 차별했다고 생각하는 경우, 1557 Coordinator 에 고충 사항을 제기하실 수 있습니다.

전화 또는 대면, 우편, 팩스, 이메일을 통해서도 고충 사항을 제기하실 수 있습니다. 고충 사항을 제기하는 데 도움이 필요하신 경우 **1557 Coordinator** 에서 도와드릴 수 있습니다.

- 전화: 855-577-8234 (TTY: 711)번으로 전화해주십시오. 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 (동부 표준시).
- 팩스: 1-866-388-1769
- 서면: 서신을 작성하여 Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631 로 보내 주십시오.
- 온라인: SM_Section1557Coord@centene.com 으로 이메일을 보내 주십시오. 이 통지서는 Health Net 웹사이트(https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discriminationnotice-medi-cal.html)에서 확인하실 수 있습니다.
- 대면: 담당 의사의 사무실 또는 Health Net 을 직접 방문하여 고충 사항을 제기하고자 한다고 말씀하십시오.

California 보건 복지부 인권 사무국에 전화, 서면 또는 온라인으로 인권 관련 불편 사항을 제기하실 수도 있습니다.

- 전화: 916-440-7370 번으로 전화해 주십시오. 듣거나 말하는 것이 불편한 경우, 711 번으로 전화해 주십시오.
- 서면: 불편 사항 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413 으로 보내 주십시오.
불편 사항 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 에서 받아 보실 수 있습니다.
- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내 주십시오.

인권 관련 불편 사항은 전화 또는 서면으로 접수하거나, 미국 보건 복지부 인권 사무국의 인권 사무국 불편 사항 접수 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 를 통해 온라인으로 접수하실 수 있으며, 우편 또는 전화로 접수하실 수도 있습니다.

- 서면: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- 전화: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- 온라인: 불편 사항 양식은 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html> 에서 받아 보실 수 있습니다.

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (TTY: 711) 1-800-675-6110 تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, զանգահարեք 1-800-675-6110 (TTY: 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ խոշոր տպագրությամբ: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងជាអក្សរធ្លាក់ជាកម្រិតផ្គត់ផ្គង់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese (Simplified): 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电 1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如盲文和大字版文档。这些服务免费为您提供。

Chinese (Traditional): 如果您或您正在幫助的其他人需要語言服務，請致電 1-800-675-6110 (TTY: 711)。另外，還為殘疾人士提供輔助和服務，例如盲文和大字版文件。這些服務對您免費提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با خط بزرگ و چاپ درشت نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)।

विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे 'ब्रेल' लिपि और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、点字や大活字の文書などの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 점자 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານດິດໂຕບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Beiv hnangv meih ganh a'fai meih tengx ga'hlen mienh, se gorngv qiemx zuqc longc tengx porv waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-675-6110 (TTY: 711). Mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong tengx waaic fangx mienh, beiv zoux sou benx nzangc-pokc bun hluo aengx caux domh nzangc. Naaiv deix gong-bou jauv-louc mv zuqc heuc meih ndortv nyaanh cingv.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы, выполненные шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en braille y en letra grande. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumentong nasa braille at mga malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyonang ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น เอกสารในรูปแบบอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ บริการ เหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1-800-675-6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và bản in khổ lớn. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.