

의료 정보 제공

가입자: 본 고불만사항에 관련한 상태에 대해 귀하를 진료한 서비스 제공자의 이름 및 전화번호를 작성해주십시오.

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

본인은 이에 본불만사항에 관련한 의료적 필요성에 따라 상기의 서비스 제공자(들)가 모든 의료 기록을 HEALTH NET 에 제공하는 것을 승인하고 요청합니다.

서명: _____ 날짜: _____

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

추가 질문이 있으시거나 본 사항에 대해 추가 지원이 필요하신 경우 무료전화 (800) 675-6110 또는 TTY/TDD 번호인 (800)-431-0964 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.



MEDI-CAL 관리 의료에서의 귀하의 권리

본 결정에 여전히 동의하지 않으시는 경우, 귀하는 다음과 같은 조치를 취할 수 있습니다.

- "독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR)" 및 건강 플랜과 관련이 없는 외부 검토자가 귀하의 케이스를 검토하도록 요청.
- "주 정부 청문회" 및 판사가 귀하의 케이스를 검토하도록 요청.

IMR 및 주 정부 청문회를 동시에 신청하실 수 있습니다. 귀하의 문제를 먼저 해결할 수 있는지 알아보기 위해 둘 중 하나를 먼저 요청하실 수도 있습니다. 예를 들어, 귀하가 IMR 을 먼저 요청했지만 결정에 동의하지 않는 경우 주 정부 청문회를 요청할 수 있습니다. 그러나 주 정부 청문회를 먼저 요청하시고 청문회가 이미 진행된 경우 IMR 을 요청하실 수 없습니다. 이러한 경우 주 정부 청문회가 최종 답변을 제공합니다.

IMR 또는 주 정부 청문회는 무료입니다.

혜택 지속 요청 방법

귀하가 현재 치료를 받고 있고 계속 치료를 받기 원하시는 경우 귀하는 "결정 통지서(Notice of Action)" 서신 또는 "이의제기 결정 통지서(Notice of Appeal Resolution)" 서신의 소인이 찍힌 날짜 또는 귀하에게 전달된 날짜로부터 **10 일** 이내 또는 귀하의 의사 그룹 또는 Health Net 에서 서비스를 중단할 것이라고 말한 날짜 이전에 이의제기를 신청해야 합니다. 귀하께서 이의제기를 할 때 계속 치료를 받기 원하다고 말씀하셔야 합니다. 귀하께서 다음의 모든 조건을 충족하는 경우 이의제기 또는 주 정부 청문회가 중단되는 동안 보장된 서비스를 계속 받도록 요청하실 수 있습니다.

- 1) 이의제기가 "결정 통지서" 서신의 날짜로부터 **60 일** 이내에 접수됨,
 - 2) 이전에 승인된 서비스의 종료, 중단 또는 축소에 대해 이의를 제기하고 있음,
 - 3) 보장된 서비스가 승인된 서비스 제공자에 의해 지시된 것임,
 - 4) 이전에 승인된 서비스의 보장 기간이 만료되지 않음, 그리고
 - 5) "결정 통지서" 서신이 발송된지 **달력일로 10 일** 이내 또는 제안된 행동의 예정된 효력발생일 이전에 보장된 서비스를 계속 받을 수 있도록 요청함.
-

독립 의료 심사(IMR)

귀하께서 IMR 을 원하시는 경우 귀하는 본 "이의제기 결정 통지서" 서신의 날짜로부터 **180 일** 이내에 요청해야 합니다. 아래 문단은 귀하에게 IMR 을 요청하는 방법에 대한 정보를 제공합니다. "불만사항"이란 "불편사항" 및 "이의제기"를 모두 포함하는 용어입니다.



MEDI-CAL 관리 의료에서의 귀하의 권리

캘리포니아주 관리보건국(California Department of Managed Health Care)은 건강보험 서비스 플랜 규제 업무를 담당하고 있습니다. 귀하의 건강플랜에 불만이 있을 경우, 관리보건국에 연락하기 전에 먼저 **1-800-675-6110** 번을 이용해 **Health Net** 으로 연락해 **Health Net** 의 이의제기 처리 과정을 이용해주시요. 불만사항 처리 과정 이용은 귀하의 잠재적 법적 권리나 보상을 침해하지 않습니다. 응급 상황과 관련된 불만사항 처리에 대한 도움이 필요한 경우, 귀하의 건강플랜을 통해 불만사항이 만족스럽게 처리되지 못한 경우, 또는 불만사항이 30 일이 넘게 해결되지 않고 남아 있는 경우, 관리보건국에 연락해 도움을 요청하실 수 있습니다. 귀하는 또한 독립 의료 심사(IMR)를 받으실 수도 있습니다. 귀하가 IMR의 자격이 있는 경우, 제기된 서비스 또는 치료에 대한 의학적인 필요성에 대해 건강보험이 내린 의학적 필요성, 실험적이거나 연구적 속성을 가진 치료에 대한 보장 결정 및 응급 또는 긴급 상황의 의료 서비스에 대한 비용 분쟁에 대해 IMR 절차를 통해 공정한 심사를 받게 됩니다. 관리보건국은 무료전화(**1-888-HMO-2219**)와 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 전화(**1-877-688-9891**)를 제공하고 있습니다. 불편사항 신고서, IMR 신청서 및 안내사항 등은 관리보건국 웹사이트 <http://www.hmohelp.ca.gov> 에서 온라인으로 이용하실 수 있습니다.

주 정부 청문회(State Hearing)

귀하께서 주 정부 청문회를 원하시는 경우, 이전의 불리한 혜택 결정(Adverse Benefit Determination)이 부분적으로 또는 전부 유지된다는 내용을 알리는 본 "이의제기 결정 통지서"(NAR)의 날짜로부터 **120 일** 이내에 요청해야 합니다. 그러나 귀하가 현재 치료를 받고 있고 계속 치료를 받기 원하시는 경우, 본 서신의 소인이 찍힌 날짜 또는 귀하에게 전달된 날짜로부터 **10 일** 이내 또는 귀하의 건강 플랜에서 서비스를 중단할 것이라고 말한 날짜 이전에 주 정부 청문회를 신청해야 합니다. 귀하가 주 정부 청문회를 요청할 때 계속 치료를 받기 원하다고 말씀하셔야 합니다.

주 정부 청문회는 전화 또는 서면으로 신청하실 수 있습니다.

- 전화: **1-800-952-5253** 번으로 전화하십시오. 이 전화는 통화 중일 수 있습니다 나중에 다시 전화하라는 메시지가 나올 수 있습니다. 청각 또는 언어 장애가 있으신 분은 **TTY/TDD** 번호 **1-800-952-8349** 번을 이용하십시오.
- 서면: 주 정부 청문회 양식을 작성하거나 서신을 다음 주소로 보내십시오.

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430



MEDI-CAL 관리 의료에서의 귀하의 권리

주 정부 청문회 양식은 본 서신에 포함되어 있습니다. 귀하의 이름, 주소, 전화번호, 사회보장번호 및 주 정부 청문회를 원하는 이유를 반드시 기재하십시오. 주 정부 청문회 신청에 도움을 받고 있는 경우 도와준 사람의 이름과 주소, 전화번호도 신청 양식이나 편지에 기재하십시오. 통역 서비스가 필요하시면, 저희에게 사용 언어를 알려주십시오. 통역 서비스는 무료입니다. 저희가 통역사를 제공해드립니다.

주 정부 청문회를 요청하신 후 귀하의 케이스에 대해 결정을 내리고 답변을 드리기까지 최대 90일이 소요될 수 있습니다. 그렇게 오래 기다리는 것이 귀하의 건강을 해칠 수 있다고 판단되는 경우 귀하는 영업일로 3일 이내에 답변을 받으실 수 있습니다. 귀하의 의사 또는 건강 플랜에 귀하를 대신해 서신을 작성해달라는 요청을 하십시오. 귀하의 케이스가 결정되는 데 최대 90일까지 기다리게 되면 어떻게 귀하의 생명, 건강, 최대 기능 달성, 유지 또는 회복 능력에 심각한 위해가 되는지에 대한 설명을 서신에 자세히 명시해야 합니다. 그런 다음, "**신속한 청문회**"를 요청하고 이러한 편지를 청문회 신청서와 함께 제출하십시오.

귀하 본인이 주 정부 청문회에서 답변할 수 있습니다. 또는 친척, 친구, 대리인, 의사 또는 변호사가 귀하를 대신할 수 있습니다. 귀하를 대신해 다른 사람이 답변하기를 원하는 경우, 귀하는 주 정부 청문회 사무소에 해당 사람이 귀하를 대신해 답변할 수 있다고 알려야 합니다. 이러한 사람을 "승인된 대리인"이라고 부릅니다.

법률 지원

귀하는 무료 법률 지원을 받으실 수 있습니다. 해당 카운티의 소비자 권리 핫라인(consumer rights hotline)으로 전화하십시오. 또한 1-888-804-3536 번을 이용해 귀하의 카운티 내에 있는 지역 법률 지원 협회(local Legal Aid Society)로 전화하실 수도 있습니다.



Health Net®

MEDI-CAL 관리 의료에서의 귀하의 권리

카운티	소비자 권리
Fresno	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website http://www.centralcallegal.org
Kern	California Rural Legal Assistance, Inc. 601 High Street (map) Suite C Delano, CA 93215 Phone (661) 725 - 4350 Website http://crla.org Email info@crla.org
Kings	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website http://www.centralcallegal.org
Los Angeles	Center for Health Care Rights 520 South Lafayette Park Place Suite 214 Los Angeles, CA 90057 Toll Free (800) 824 - 0780 Email center@healthcarerights.org
Madera	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website http://www.centralcallegal.org



Health Net®

MEDI-CAL 관리 의료에서의 귀하의 권리

카운티	소비자 권리
Riverside	California Rural Legal Assistance, Inc 1460 6th Street Coachella, CA 92236 Phone (760) 398 - 7261 Website http://crla.org Email info@crla.org
Sacramento	Community Legal Services - McGeorge School of Law 3200 Fifth Avenue Sacramento, CA 95818 Phone (916) 340 - 6080
San Bernardino	California Rural Legal Assistance, Inc 1460 6th Street Coachella, CA 92236 Phone (760) 398 - 7261 Website http://crla.org Email info@crla.org
San Diego	California Rural Legal Assistance, Inc. 640 Civic Center Drive #108 Vista, CA 92084 Phone (760) 966 - 0511 Website http://crla.org Email info@crla.org
San Joaquin	Legal Services of Northern California Phone: (888) 354-4474
Stanislaus	Central California Legal Services, Inc. Phone: (559) 570-1200
Tulare	Central California Legal Services, Inc. Phone: (559) 570-1200