



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 해제에 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.

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    날짜

가입자 서명  
(또는 가입자가 미성년자 또는 구금되어 있을 경우부모의 서명)

## 의료 정보 제공

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

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, Woodland Hills, CA 91367. 팩스 번호: (877) 831-6019.

## MEDI-CAL MANAGED CARE에서의 귀하의 권리

귀하의 의료적 치료에 대한 결정에 동의하지 않으시는 경우, 귀하는 이의제기를 신청하실 수 있습니다. 본 이의제기는 귀하의 HEALTH NET으로 신청됩니다

### 이의제기 신청 방법

귀하는 본 "결정 통지서" 서신의 날짜로부터 60일 이내에 이의신청을 제기해야 합니다. 그러나 현재 치료를 받고 있고 치료를 계속하기를 원하는 경우 본 서신의 소인 날짜 또는 귀하에게 배송된 날짜로부터 10일 이내에 또는 귀하의 의사 그룹 또는 Health Net에서 서비스가 종료될 것이라고 말한 날짜 이전에 이의제기를 신청해야 합니다. 귀하께서 이의제기를 할 때 계속 치료를 받기 원하다고 말씀하셔야 합니다.

이의제기는 전화, 서면 또는 온라인으로 하실 수 있습니다.

- 전화: (800) 675-6110번을 이용해 Health Net에 문의하십시오. 또는 청각 또는 언어 장애가 있으신 분은 TTY/TDD 번호 (800)-431-0964번을 이용하십시오.

- 서면: 이의신청서를 작성하거나 서신을 작성해 다음으로 보내십시오.

Health Net  
 Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department  
 P.O Box 10348  
 Woodland Hills, CA 91367

- 팩스 이용을 위한 팩스 번호: (877) 831-6019.
- 온라인: Health Net 웹사이트 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)을 방문하십시오.

귀하의 의사 진료소에서 이의제기 신청서를 이용하실 수 있습니다. 귀하의 건강 플랜에서도 신청서를 귀하께 보내드릴 수 있습니다.

귀하 본인이 이의제기를 하실 수 있습니다. 또는 친척, 친구, 대리인, 의사 또는 변호사가 귀하를 대신해 이의제기를 신청할 수도 있습니다. 귀하의 건강 플랜에서 검토하기를 원하는 모든 형태의 정보를 보내실 수 있습니다. 최초 결정을 내린 의사가 아닌 다른 의사가 귀하의 이의제기를 검토할 것입니다.

Health Net은 30일 이내에 귀하에게 답변을 드릴 것입니다. 그때 귀하는 "이의제기 결정 통지서" 서신을 받게 될 것입니다. 그러한 서신은 귀하에게 Health Net이 내린 결정에 대해 알려드릴 것입니다. **30일 이내에 서신을 받지 못하는 경우 다음 조치를 취하실 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 또는 주 정부 청문회를 요청하는 방법에 대한 지침을 위해 아래 섹션을 읽어보십시오.

### 신속한 이의제기

30일을 기다리는 것이 귀하의 건강을 해칠 수 있다고 생각하시면 72시간 이내에 답변을 받으실 수 있습니다. 이의제기를 신청하실 때 대기 시간이 귀하의 건강을 해치는 이유를 설명하십시오. 반드시 "신속한 이의제기"를 요청하는지 확인하십시오.

### 이의제기 결정에 동의하지 않는 경우

귀하께서 이의제기를 신청하셨고, 귀하의 건강 플랜에서 해당 서비스를 제공하지 않을 것이라는 "이의제기 결정 통지서" 서신을 받으신 경우 또는 결정에 대한 서신을 받지 않았고 30일이 지난 경우 귀하는 다음을 하실 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.

**IMR과 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 IMR을 먼저 요청했지만 결정에 동의하지 않는 경우 주 정부 청문회를 요청할 수 있습니다. 그러나 주 정부 청문회를 먼저 요청하시고 청문회가 이미 진행된 경우 IMR을 요청하실 수 없습니다. 이러한 경우 주 정부 청문회가 최종 답변을 제공합니다.

IMR 또는 주 정부 청문회는 무료입니다.

### **독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR)**

귀하께서 IMR을 원하는 경우 귀하의 건강 플랜에 먼저 이의제기를 신청해야 합니다. 귀하의 건강 플랜으로부터 30일 이내에 답변을 듣지 못하는 경우, 또는 귀하의 건강 플랜의 결정에 만족하지 못하는 경우 귀하는 IMR을 요청하실 수 있습니다. "이의제기 결정 통지서" 서신의 날짜로부터 **180일** 이내에 IMR을 요청해야 합니다.

이의제기를 먼저 하지 않고 바로 IMR을 요청하실 수 있습니다. 귀하의 건강이 즉각적인 위험에 처해 있거나 치료가 실험적 또는 조사적이라는 이유로 요청이 거절된 경우가 이에 해당됩니다.

아래 문단은 귀하에게 IMR 을 요청하는 방법에 대한 정보를 제공합니다. "불만사항"이란 "불편사항" 및 "이의제기"를 모두 포함하는 용어입니다.

캘리포니아주 관리보건국(California Department of Managed Health Care)은 건강보험 서비스 플랜 규제 업무를 담당하고 있습니다. 본인의 건강보험에 불만사항이 있을 경우, 보건관리부에 연락하기 전에 **(800) 675-6110** 번을 이용해 Health Net 으로 먼저 연락해 건강보험의 불만사항 처리 과정을 이용해야 합니다. 불만사항 처리 과정 이용은 귀하의 잠재적 법적 권리나 보상을 침해하지 않습니다. 응급 상황과 관련된 불만사항 처리에 대한 도움이 필요한 경우, 귀하의 건강보험을 통해 불만사항이 만족스럽게 처리되지 못한 경우, 혹은 불만사항이 30 일이 넘게 해결되지 않고 남아 있는 경우, 보건관리부에 연락해 도움을 요청하실 수 있습니다. 귀하는 또한 독립 의료 심사(IMR)를 받으실 수도 있습니다. 귀하가 IMR 의 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 장애자를 위한 TDD 전화(**1-877-688-9891**)를 제공하고 있습니다. 불편사항 신고서, IMR 신청서 및 안내 사항 등은 관리보건국 웹사이트 <http://www.hmohelp.ca.gov> 에서 온라인으로 이용하실 수 있습니다.

### **주 정부 청문회(State Hearing)**

주 정부 청문회를 원하시는 경우 "이의제기 결정 통지서" 서신의 날짜로부터 **120일** 이내에 요청하셔야 합니다. 주 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**

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 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.

#### **법률적 지원**

무료 법률적 지원을 받으실 수 있습니다. *[name and telephone number of the county's consumer rights* (으)로 전화하십시오. 또한 1-888-804-3536 번을 이용해 귀하의 카운티 내에 있는 지역 법률적 지원 협회(the local Legal Aid Society)로 연락하실 수도 있습니다.