

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.

가입자 이의 제기 또는 불만 사항 양식



파트 1: 가입자 정보		
이름과 성:	ID#:	생년월일:
주소:	도시:	우편 번호:
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(Notice of Action) 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 통지서(Notice of Action) 날짜로부터 달력일로 60일 이내에 이의 제기를 제출할 수 있습니다. 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.

캘리포니아 보건 관리부(DMHC)

캘리포니아 보건 관리부는 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 의료심사(IMR) 신청서 및 안내 사항 등은 보건 관리부의 웹사이트 www.dmhc.ca.gov 에서온라인으로 이용하실 수 있습니다.

캘리포니아 보건 복지부(DHCS) 옴부즈맨 사무소

또한 캘리포니아주 보건 복지부(DHCS)의 옴부즈맨 사무소에 전화하여 도움을 요청할 수도 있습니다. 옴부즈맨 사무소는 Medi-Cal 수혜자가 관리 의료 플랜의 가입자로서 자신의 권리와 책임을 최대한 활용하도록 돕습니다. 자세한 내용을 알아보려면 무료 전화 **1-888-452-8609**로 문의하십시오.

파트 4: 서명

가입자 또는 위임 대리인의 서명

날짜

가입자 또는 공식 대리인의 이름(인쇄체)

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 accessible PDF and large print documents, 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 (1-800-675-6110 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

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

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារព្រីនជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese: 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，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

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 چاپ درشت و PDF دسترس‌پذیر 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 सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले 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 PDF 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、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・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: 액세스 가능한 PDF 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 ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buac Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

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। ਅਪਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, 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 в специальном формате PDF или напечатанные 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 letra grande y en archivos PDF accesibles. 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 naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyang ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ 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 в спеціальному форматі PDF 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 dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.

Health Net은 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 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 서면 정보
 - 이러한 서비스가 필요하시면 연중무휴 하루 24시간 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 Net에서 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 Coordinator에 고충 사항을 제기하실 수 있습니다.

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

- 전화: 855-577-8234(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
- 팩스: 1-866-388-1769
- 서면: 서신을 작성하여 Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631로 보내 주십시오.

온라인: SM_Section1557Coord@centene.com으로 이메일을 보내 주십시오. 이 통지서는 Health Net 웹사이트(https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html)에서 확인하실 수 있습니다.

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

- 전화: 916-440-7370번으로 전화해 주십시오. 듣거나 말하는 것이 불편한 경우, 711번으로 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 95899-7413으로 보내 주십시오.
불편 사항 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 받아 보실 수 있습니다.
- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내 주십시오.

미국 보건 복지부 인권 사무국의 인권 사무국 불편 사항 접수 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 통해 인권 관련 불편 사항을 온라인으로 접수하시거나, 우편 또는 전화를 통해 접수하실 수도 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697(TDD)

불편 사항 양식은 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>에서 받아 보실 수 있습니다.