



**Health Net of California, LLC**

**기밀 - 보호되는 건강 정보**

**HEALTH NET 가입자 불만사항 양식**

이름: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

가입자 ID 번호: \_\_\_\_\_ 그룹 번호: \_\_\_\_\_

주소:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

주간 전화 번호 \_\_\_\_\_

참여 의사 그룹: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Health Net of California, Inc. (Health Net)에 불만을 느끼게 되신 상황에 관해 자세히 설명해주시요. 가능한 한 날짜, 관련된 사람 및 시설을 전부 기재하는 것이 중요합니다. 귀하의 문제와 관련된 클레임 또는 받으신 청구서의 원본을 포함해주시요. (귀하의 기록을 위해 복사해두십시오.) 필요한 경우 뒷면 또는 추가 용지를 이용하십시오. 이 양식과 서류를 Health Net, Appeals and Grievances Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348로 우편 또는 (877) 831-6019번을 이용해 팩스로 보내십시오.

**문제점 설명:** 발생일자: \_\_\_\_\_ 발생 장소: \_\_\_\_\_  
서비스 제공자 이름: \_\_\_\_\_

문제/불만사항을 자세히 설명하십시오:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

추가 공간이 필요하신 경우 본 양식의 뒷면을 이용하십시오.

Health Net은 귀하께 만족을 드릴 수 있는 높은 품질의 의료 관리를 제공하기 위해 노력하고 있습니다. 이를 위해 저희는 귀하께서 겪으신 모든 서비스의 문제점에 대해 알고자 합니다. 본 양식을 작성함으로써 귀하는 저희의 높은 기준을 지속적으로 유지하는 데 필요한 정보를 제공해주시게 됩니다. 저희는 30일 이내에 귀하께 응답을 드릴 것입니다. 이러한 결정의 지연이 귀하의 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 된다고 생각하는 경우, 1-800-522-0088번을 이용해 고객 서비스 부서로 신속 검토를 요청하십시오.

캘리포니아주 관리보건국(California Department of Managed Health Care)은 건강관리 서비스 플랜 규제 업무를 담당하고 있습니다. 귀하의 건강보험에 불만사항이 있는 경우, 관리보건국에 연락하기 전에 먼저 **1-800-522-0088, TTY: 711** 번으로 연락해 귀하의 건강보험의 불만사항 처리 과정을 이용해주십시오. 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 30일이 넘게 해결되지 않고 남아 있는 경우, 관리보건국에 연락해 도움을 요청하실 수 있습니다. 귀하는 또한 독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR)를 받으실 수도 있습니다. 독립 의료 심사(IMR)의 대상이 되는 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 독립 의료 심사(IMR)를 통해 공정한 심사를 받게 됩니다. 또한 언어 장애가 있으신 분은 관리보험국 무료 전화 (**1-888-466-2219**) 및 TDD 전화 (**1-877-688-9891**)를 이용하실 수 있습니다. 불만사항 양식, 독립 의료 심사(IMR) 신청서 및 지침 등은 관리보건국 웹사이트 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) 에서 확인하실 수 있습니다.