

## Member Appeal or Grievance Form



Health Net of California (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. 1-800-839-2172으로 전화하거나 웹사이트 [www.healthnet.com](http://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.

- 1-800-839-2172번을 이용해 Health Net 가입자 서비스 부서로 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](http://www.healthnet.com)
- 이 양식을 작성하여 우편이나 팩스로 제출하십시오.

우편: Health Net of California  
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.

## Member Appeal or Grievance Form



FROM



health net

| 파트 1: 가입자 정보 |                |       |
|--------------|----------------|-------|
| 이름과 성:       | ID#:           | 생년월일: |
| 주소:          | 도시:            | 우편번호: |
| 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: 거부 서신의 사본을 첨부하십시오.

| Date | Time | Location | Observations |
|------|------|----------|--------------|
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |
|      |      |          |              |

## Member Appeal or Grievance Form



실험적 치료나 용품이 거부되었고 말기 질환을 앓고 있는 경우 회의를 요청할 수 있습니다.

저는 말기 질환을 앓고 있으며 회의를 요청합니다. ☐

### 파트 3: 정보 제공

보장 취소, 철회 또는 비갱신 이외의 이유로 제기된 불만 사항의 경우, 불만 사항의 원인이 된 사건 또는 조치가 발생한 날로부터 365일 이내에 Health Net에 불만 사항 또는 이의 제기를 제기해야 합니다. 보장 취소, 철회 또는 비갱신과 관련하여 제기된 불만 사항에 대해서는 해지 통지 후 180일 이내에 Health Net에 불만 사항을 제출해야 합니다. 귀하의 Health Net ID 카드의 모든 정보 및 우려 사항 또는 문제의 자세한 정보를 포함해야 합니다.

귀하의 이의 신청 또는 불만 사항이 긴급한 경우, 귀하는 "신속한 검토"를 요청하실 수 있습니다. 심각한 통증, 생명, 사지 또는 주요 신체 기능의 잠재적 손실 등(단, 이에 국한되지 않음) 건강에 대한 즉각적이고 심각한 위협과 관련된 이의 제기는 접수된 날로부터 3일 이내에 검토될 수 있습니다.

이의 제기 또는 불만 사항 접수 후 5일 이내에 서신을 받으실 것입니다.

서신에는 귀하의 요청을 처리할 Health Net 케이스 코디네이터의 이름, 주소 및 전화번호 및 귀하의 요청이 접수된 날짜가 포함될 것입니다.

귀하의 요청에 대해 논의하려면 Health Net 이의 신청 및 고충 처리 부서에 연락하실 수 있습니다. 요청을 접수한 날로부터 30일 이내에 Health Net 케이스 코디네이터가 이의 제기 또는 불만 사항에 대한 해결책을 설명하는 서신을 우편으로 발송합니다.

귀하의 불만 사항 또는 이의 신청을 Health Net이 해결하지 않았거나 만족스럽게 해결되지 않은 경우 언제든지 보건 관리부(Department of Managed Health Care, DMHC)에 연락하실 수 있습니다.

## Member Appeal or Grievance Form



### **California Department of Managed Health Care (DMHC)**

California Department of Managed Health Care는 의료 서비스 플랜 규제 업무를 담당하고 있습니다. 귀하의 건강 보험에 불만 사항이 있을 경우, 보건 관리부에 연락하기 전에 우선 **(1-800-839-2172)**번으로 귀하의 건강 보험에 연락해 건강 보험의 불만 사항 절차를 이용해주십시오. 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 의료 심사(IMR) 신청서 및 안내 사항 등은 보건 관리부의 웹사이트 **[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)**에서 온라인으로 이용하실 수 있습니다.

### **상원 법안(SB) 923 트랜스젠더, 성별 다양성 또는 간성(TGI) 포용 의료법**

귀하의 의료 제공자 또는 Health Net 직원이 귀하에게 트랜스 포용적인 진료를 제공하지 못한 경우 귀하는 Health Net 및 DMHC에 불만 사항을 제출할 권리가 있습니다.

트랜스 포용적 의료 서비스는 TGI로 식별되는 개인에 대한 치료 표준에 부합하고, 개인의 신체적 자율성을 존중하며, 개인의 성별을 추정하지 않고, 성별 유동성과 비전통적 성별 표현을 수용하며, 모든 사람을 포용하는 마음, 이해 및 존중으로 대하는 포괄적 의료 서비스로 정의됩니다[HSC § 1367.043(d)(3)].

#### **파트 4: 서명**

가입자 또는 위임 대리인의 서명

날짜

가입자 또는 공식 대리인의 이름(인쇄체)

## English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call the Customer Contact Center at the number on your ID card or call Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). For California marketplace, call IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) or Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711). For Group Plans through Health Net, call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة اللازمة، يرجى التواصل مع مركز خدمة العملاء عبر الرقم المبين على بطاقتك أو الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة: (TTY: 711) 1-800-839-2172. للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة عبر الرقم: (TTY: 711) 1-888-926-4988. لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم (TTY: 711) 1-800-522-0088.

## Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange՝ 1-800-839-2172 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Կալիֆոռնիայի համար զանգահարեք IFP On Exchange՝ 1-888-926-4988 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ Փոքր բիզնեսի համար՝ 1-888-926-5133 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Health Net-ի Խմբային ծրագրերի համար զանգահարեք 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

## Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助，請撥打您會員卡上的電話號碼與客戶聯絡中心聯絡或者撥打健康保險交易市場外的 Individual & Family Plan (IFP) 專線：1-800-839-2172（聽障專線：711）。如為加州保險交易市場，請撥打健康保險交易市場的 IFP 專線 1-888-926-4988（聽障專線：711），小型企業則請撥打 1-888-926-5133（聽障專線：711）。如為透過 Health Net 取得的團保計畫，請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）。

## Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, अपने आईडी कार्ड में दिए गए नंबर पर ग्राहक सेवा केंद्र को कॉल करें या व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) ऑफ एक्सचेंज: 1-800-839-2172 (TTY: 711) पर कॉल करें। कैलिफोर्निया बाजारों के लिए, आईएफपी ऑन एक्सचेंज 1-888-926-4988 (TTY: 711) या स्मॉल बिजनेस 1-888-926-5133 (TTY: 711) पर कॉल करें। हेल्थ नेट के माध्यम से ग्रुप प्लान के लिए 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntauv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab, hu xovtooj rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj Ntawm tus npawb nyob ntawm koj daim npav ID lossis hu rau Tus Neeg thiab Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) Ntawm Kev Sib Hloov Pauv: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Rau California qhov chaw kiab khw, hu rau IFP Ntawm Qhov Sib Hloov Pauv 1-888-926-4988 (TTY: 711) lossis Lag Luam Me 1-888-926-5133 (TTY: 711). Rau Cov Pab Pawg Chaw Npaj Kho Mob hla Health Net, hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプが必要な場合は、IDカードに記載されている番号で顧客連絡センターまでお問い合わせいただくか、Individual & Family Plan (IFP) (個人・家族向けプラン) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711) までお電話ください。カリフォルニア州のマーケットプレイスについては、IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) または Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711) までお電話ください。Health Netによるグループプランについては、1-800-522-0088 (TTY: 711) までお電話ください。

## Khmer

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Off Exchange របស់គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) តាមរយៈលេខ៖ 1-800-839-2172 (TTY: 711)។ សម្រាប់ទីផ្សាររដ្ឋ California សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី On Exchange របស់គម្រោង IFP តាមរយៈលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ឬក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មខ្នាតតូចតាមរយៈលេខ 1-888-926-5133 (TTY: 711)។ សម្រាប់គម្រោងជាក្រុមតាមរយៈ Health Net សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។

## Korean

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며 일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로 고객센터 센터에 연락하시거나 개인 및 가족 플랜(IFP)의 경우 Off Exchange: 1-800-839-2172(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스의 경우 IFP On Exchange 1-888-926-4988(TTY: 711), 소규모 비즈니스의 경우 1-888-926-5133(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. Health Net을 통한 그룹 플랜의 경우 1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

## Navajo

Doo bą́ąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóot'íí. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolnít. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih ninaaltsoos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' bikáá' éí doodago kojí' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí kojí' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí kojí' hólne' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí kojí' hólne' 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Persian (Farsi)

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با مرکز تماس مشتریان به شماره روی کارت شناسایی یا طرح فردی و خانوادگی (IFP) Off Exchange) به شماره: 1-800-839-2172 (TTY:711) تماس بگیرید. برای بازار کالیفرنیا، با IFP On Exchange شماره 1-888-926-4988 (TTY:711) یا کسب و کار کوچک 1-888-926-5133 (TTY:711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق Health Net، با 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید.

### **Punjabi (Punjabi)**

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਔਫ਼ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਐਨ ਐਕਸਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੇਲ ਬਿਜਨੇਸ ਨੂੰ 1-888-926-5133 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਰਾਹੀਂ ਸਾਮੂਹਿਕ ਪਲੈਨਾਂ ਲਈ, 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

### **Russian**

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь, звоните по телефону Центра помощи клиентам, указанному на вашей карте участника плана. Вы также можете позвонить в отдел помощи участникам не представленным на федеральном рынке планов для частных лиц и семей (IFP) Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711). Участники планов от California marketplace: звоните в отдел помощи участникам представленным на федеральном рынке планов IFP (On Exchange) по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711) или в отдел планов для малого бизнеса (Small Business) по телефону 1-888-926-5133 (TTY: 711). Участники коллективных планов, предоставляемых через Health Net: звоните по телефону 1-800-522-0088 (TTY: 711).

### **Spanish**

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación o llame al plan individual y familiar que no pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para planes del mercado de seguros de salud de California, llame al plan individual y familiar que pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-888-926-4988 (TTY: 711); para los planes de pequeñas empresas, llame al 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para planes grupales a través de Health Net, llame al 1-800-522-0088 (TTY: 711).

### **Tagalog**

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, tumawag sa Customer Contact Center sa numerong nasa ID card ninyo o tumawag sa Off Exchange ng Planong Pang-indibidwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP): 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para sa California marketplace, tumawag sa IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) o Maliliit na Negosyo 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para sa mga Planong Pang-grupo sa pamamagitan ng Health Net, tumawag sa 1-800-522-0088 (TTY: 711).

### **Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบนบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โทรมา TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โทรมา TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โทรมา TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โทรมา TTY: 711)

**Vietnamese**

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi Chương Trình Bảo Hiểm Cá Nhân & Gia Đình (IFP) Phi Tập Trung: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Đối với thị trường California, vui lòng gọi IFP Tập Trung 1-888-926-4988 (TTY: 711) hoặc Doanh Nghiệp Nhỏ 1-888-926-5133 (TTY: 711). Đối với các Chương Trình Bảo Hiểm Nhóm qua Health Net, vui lòng gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017549EH00 (12/17)