



가입자 불만 제기 및 이의 제기 양식

1단계:

가입자 서비스부 담당자에게 연락하여 귀하의 불만 사항에 대해 상의하시기 바랍니다. 담당자가 신속히 귀하의 문제를 해결해드릴 수 있습니다. 더 자세한 정보를 원하시면 1-866-333-3530로 연락하시면 CCA Health 가입자 서비스 담당자가 도와드릴 수 있습니다. (TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오.) 업무 시간은 10월1일부터 3월 31일까지 기간에는 공휴일을 제외하고 주 7일 오전 8시부터 오후 8시 중에 전화해 주시고, 4월

1일부터 9월 30일까지 기간에는 공휴일을 제외하고 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시 중에 전화해 주십시오. 휴일이나 비영업 시간 중에 수신된 메시지는 영업일을 기준으로 하루 안에 회신해 드립니다.

2단계:

아래의 가입자 불만 제기 및 이의 제기 신청서를 가능한 한 자세히 작성해 주시기 바랍니다. 귀하의 우려 사항을 직접 기술한 서신을 보내실 수도 있습니다.

3단계:

다른 사람을 지정하여 귀하의 불만이나 이의 제기를 대리하게 하는 경우, 귀하와 귀하가 지정한 대리인(Appointment of Representative, AOR)이 대리인 지정 양식을 작성하여 보내주셔야 합니다. CCA Health 가입자 서비스 담당자에게 연락하여 AOR 양식을 우편으로 보내달라고 하십시오. AOR 양식은 당사의 웹사이트에서도 구하실 수 있습니다: www.ccahealthca.org.

상기의 필요 서류들을 모두 함께 보내주시면 적시에 검토하는 데 도움이 됩니다.

4단계:

이 양식을 다 작성하셨으면 이 양식 및/또는 대리인 지정 서류를 팩스, 1-866-207-6539로 보내주시거나 다음 주소로 우편을 통해 보내주십시오:

CCA Health California
Attention: Grievances and Appeals Department
18000 Studebaker Road, Suite 150
Cerritos, CA 90703

가입자 이름:	주간 연락처:
주소:	
가입자 ID 번호:	이벤트 발생일:
불만이나 이의 제기 대상인 서비스 날짜:	
관련 기관 또는 서비스 제공자의 이름(해당 경우):	
기관 또는 서비스 제공자 전화번호:	기관 또는 서비스 제공자 주소:



불만 사항에 관한 내용을 적어주십시오. 지면이 더 필요하시면 추가 페이지를 첨부하셔도 됩니다.

Lined area for writing a complaint.

가입자의 서명: _____ 날짜: _____

(귀하의 이의 제기를 처리하려면 반드시 서명과 날짜가 있어야 합니다.)

CCA Health California 는 Medicare와 계약된 Medicare Advantage HMO 플랜입니다. 이 플랜의 가입은 계약갱신 시에 결정됩니다. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-333-3530 (TTY: 711). 주의: 한국어를 사용하는 가입자는 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 1-866-333-3530(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-333-3530 (TTY:711). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-333-3530 (TTY : 711).