**MEDI-CAL에 따른 가입자 권리**

이 통지 및/또는 플랜의 기타 문서를 큰 활자체, 점자 또는 전자 형식 등 대체 통신 형식으로 받아야 하거나 자료를 읽는 데 도움이 필요한 경우 1-888-246-3333으로 연락하여 행동 건강 액세스 센터(Behavioral Health Access Center)에 문의하십시오.

**귀하의 정신 건강 또는 물질 사용 장애 치료에 대한 결정에 동의하지 않을 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기는 귀하의 플랜에 제기합니다.**

**이의 제기 방법**

이의를 제기하려면 “불리한 혜택 결정에 대한 통지” 서신을 받은 날로부터 **60 일입니다.** **귀하가 현재 치료를 받고 있으며 계속 받고자 하는 경우 이 서신 날짜로부터 10일 이내에** 또는 플랜에서 서비스가 중단될 것이라고 이야기한 날짜 전에 이의 제기 신청을 해야 합니다. 이의 제기 신청 시 치료를 계속 받기를 원한다고 이야기해야 합니다.

전화 또는 서면으로 이의 제기를 할 수 있습니다. 전화를 통해 이의 제기를 하는 경우 서명한 서면 이의 제기서를 첨부해야 합니다. 행동 건강 서비스는 도움이 필요할 경우 무상 지원을 제공할 것입니다.

• 전화로 이의 제기하려면: 운영 시간(오전 8시~오후 5시)에 415-255-3632로 전화하여 불만/이의 제기 사무실로 문의하십시오. 또한 1-888-246-3333으로 행동 건강 액세스 센터에 하루 24시간, 주 7일 연락할 수 있습니다. 또는 듣거나 말하는 데 문제가 있는 경우 TDD로 연락하십시오. 1-888-484-7200.

• 서면으로 이의 제기하려면: 이의 제기 양식을 작성하거나 플랜에 서신을 작성하여 다음으로 보내주십시오.

**Alameda County Behavioral Health**

**Quality Assurance Office w/ Grievance/Appeal**

**2000 Embarcadero Cove, Suite 400**

**Oakland, CA 94606**

귀하의 제공자가 이의 제기 양식을 제공할 것입니다. 행동 건강 서비스에서도 귀하에게 양식을 보내드릴 수 있습니다.

혼자서 이의 제기를 할 수 있습니다. 혹은 귀하를 대신하여 친척, 친구,

대변인, 제공자 또는 변호사와 같은 사람에게 이의 제기를 하도록 할 수 있습니다. 이러한 사람을

“공인 대리인”이라고 합니다. 귀하는 플랜에서 검토해주길 원하는 모든 유형의 정보를 보낼 수 있습니다. 귀하의 이의 제기는 최초 결정을 내린 사람이 아닌 다른 사람이 검토합니다.

귀하의 플랜에서는 30일 이내에 답변을 드립니다. 그 때 귀하는 “이의 제기 해결 통지” 서신을 받게 됩니다. 이 서신에는 플랜이 어떤 결정을 내렸는지 알려드립니다. **30일 이내에 플랜 결정에 대한 서신을 받지 못한 경우 “주정부 심의회”를 요청하여 판사가 귀하의 사례를 검토하게 됩니다.**. 주정부 심의회를 요청하는 방법에 대한 지침은 아래 항을 읽으십시오.

**긴급 이의 제기**

30일을 기다리는 것이 귀하의 건강을 해칠 것이라고 판단될 경우 72시간 이내에 답변을 받을 수도 있습니다. 이의를 제기할 때 기다리는 동안 건강을 해치게 되는 이유를 기입하십시오. 반드시 “**긴급 이의 제기**”를 요청하십시오.

**주정부 심의회**

이의 제기를 신청하여 귀하의 플랜에서 계속 서비스를 제공하지 않겠다고 알리는 “이의 제기 해결 통지” 서신을 받았거나  **귀하에게 결정 사실을 알리는 서신을 받지 않고**

**30일이 지난 경우** 귀하는 “주정부 심의회”를 요청할 수 있고 판사가 귀하의 사례를 검토할 것입니다. 귀하는 주정부 심의회에 대한 비용을 지불할 필요가 없습니다.

귀하는 “이의 제기 해결 통지” 서신을 받은 날로부터 **120일** 이내에 주정부 심의회를

요청해야 합니다. 귀하는 전화로, 전자적으로 또는 서면으로 주정부 심의회를 요청할 수 있습니다.

• 전화로: **1-800-952-5253**으로 연락하십시오. 또는 듣거나 말하는 데 문제가 있는 경우

**TTY/TDD 1-800-952-8349**로 연락하십시오

• 전자적으로: 온라인으로 주정부 심의회를 요청할 수 있습니다. 전자 양식을 작성하려면 ‘캘리포니아 사회복지부’ 웹사이트를 방문하십시오. <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>

서면으로: 주정부 심의회 양식을 작성하거나 다음으로 서신을 보내 주십시오.

**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, 생년월일, 주정부 심의회를 원하는 이유를 반드시 기입하십시오. 누군가 주정부 심의회 요청을 도와주는 경우,

DHCS – 불리한 혜택 결정 통지 “가입자 권리” 문서

DHCS – 불리한 혜택 결정 통지 “가입자 권리” 문서

영어 18/07

양식 또는 서신에 귀하의 이름, 주소 및 전화번호를 추가하십시오. 통역사가 필요한 경우

어떤 언어를 사용하는지 알려주십시오. 통역 비용은 지불할 필요가 없습니다. 저희가 통역사를 마련해 드립니다.

주정부 심의회를 요청한 후 귀하의 사례에 대해 결정하고 답변을 보내는데 최대 90일이 소요될 수 있습니다. 너무 오래 기다린다고 생각되면 3영업일 이내에 답변을 받을 수도 있습니다. 귀하를 위해 제공자나 플랜에 서신을 작성하도록 요청하거나 가입자 본인이 서신을 작성할 수 있습니다. 서신에는 귀하의 사례가 결정될 때까지

최대 90일 동안 기다릴 경우, 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능을 얻거나 유지하거나 회복할 수 있는 능력에 얼마나 중대하게 해를 끼치게 되는지 상세히 설명해야 합니다. 그런 다음 **“긴급 심의회”**를 요청하고 심의회 요청서를 제출하십시오.

**“공인 대리인”**

주정부 심의회에서 본인이 직접 진술하거나 친척, 친구, 대변인, 제공자 또는 변호사와 같이 누군가가 귀하를 위해 진술할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 진술하도록 할 경우 해당 개인이 귀하를 위해 진술하도록 허용되었다는 사실을 주정부 심의회 사무실에 알려야 합니다 이 사람을 “공인 대리인”이라고 합니다.

**법적 도움**

귀하는 무료로 법적 도움을 받을 수 있습니다. 1-888-804-3536으로 해당 카운티의 현지 법률 지원

프로그램에 연락할 수도 있습니다.