

고충 및 이의 제기 절차



행동 건강 서비스에 대한 우려 사항이나 문제, 또는 서비스에 만족하지 못하신 경우, 행동 건강 플랜(BHP)은 귀하의 우려 사항이 편리하고 신속하게 해결되도록 지원합니다. 귀하 또는

귀하의 대리인은 소비자 지원실(전화번호:

1(800) 779-0787)에 고충 사항 또는 이의

신청을 제기할 수 있습니다. 또한 귀하의

서비스 제공자에게 고충 사항을 해결하는

절차에 대해 문의할 수 있습니다. **고충 및 이의**

제기서를 사용하여 고충이나 이의를

제기하거나 신청하시기 바랍니다. 이의

신청은 반드시 소비자 지원 담당자에게

제출해야 합니다. 서비스 제공자에게는

제출하지 마십시오. 귀하는 **고충 또는 이의**

제기서를 제출한 데 대해 어떤 차별이나

처벌을 받지 않습니다.

고충 사항이란 아래에 제시된 것과 같이 귀하의 행동 건강 서비스와 관련된 모든 사항과 관련된 불만족의 표현을 의미합니다. 이의 제기 및 주 공청회 절차에서 다루는 문제는 제외됩니다. 고충 사항의 예시는 다음과 같습니다. 제공되는 서비스의 질, 대인관계적 측면 - 담당 직원의 무례함 등

고충 제기 절차:

- 고충 사항은 구두 또는 서면으로 제출할 수 있습니다. 구두로 고충 사항을 제기한 경우, 서면 작성하는 후속 조치를 취할 필요가 없습니다. 귀하는 다른 사람이 귀하를 대신하여 절차를 수행하도록 위임할 수 있습니다.
- 언제든지 고충 사항을 제기할 수 있습니다.
- 귀하는 귀하의 고충 사항이 접수된 소인 날짜로부터 5일 이내에 서면으로 고충 제기서 접수증을 받게 됩니다.

- BHP는 귀하의 고충 사항 접수 후 역일 30일 이내에 이를 검토하고 결정 사항을 귀하 또는 귀하의 대리인에게 서면으로 통지합니다. 고충 사항이 30일 이내에 해결되지 않을 경우, 귀하의 권리와 고충 사항에 관한 구체적인 관련 정보를 신속히 구두 및/또는 서면으로 통지해 드립니다.

알라미다 카운티 행동 건강 부서(ACBHD)의 고충 사항 접수처:

전화: 1-800-779-0787 소비자 지원실

청각 또는 언어 표현에 도움이 필요하시면
캘리포니아 중계 서비스(California Relay
Service) 711로 전화하시기 바랍니다.

미국 우편: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400,
Oakland, CA 94606

방문: 정신 건강 협회 소비자 지원실 방문,
2855 Telegraph Ave, Suite 501,
Berkeley, CA 94705

의료 제공자를 통한 방법: 담당 의료 제공자가 귀하의 고충을 내부적으로 해결하거나 ACBHD로 안내합니다. 의료 제공자로부터 작성 양식과 도움을 받을 수 있습니다.

이의 제기란 불리한 혜택 결정(ABD)에 대한 BHP의 재검토 과정 신청을 의미합니다. 불리한 혜택 결정이란 Medi-Cal 행동 건강 관리 서비스와 관련하여 BHP 또는 BHP와 계약한 서비스 제공자가 취하는 다음 조치 중 어느 하나를 의미합니다. 1) 요청된 서비스의 거부 또는 제한적 승인. 여기에는 서비스 유형 또는 서비스 수준, 의학적 필요성, 적절성, 환경 또는 보장 혜택의 효과성에 기반한 결정이 포함됨, 2) 이전에 승인된 서비스의 축소, 중단 또는 종료, 3) 서비스에 대한 지급의 전부 또는 일부 거부, 4) 서비스를 적시에 제공하지 못하는 경우, 5) 고충 및 이의 제기 신청의 표준 절차 진행에 정해진 기간 내에 조치를 취하지 못한 경우, 또는 6) 수혜자가 재정적 책임에 대해 제기한 이의 제기 요청을 거부한 경우. BHP가 귀하의

행동 건강 서비스에 대해 내린 결정은 귀하에게 발송되거나 직접 전달되는 **불리한 혜택 결정 통지서(NOABD)** 서신에 명시되어 있습니다. **이의 제기 신청 절차:**

- Medi-Cal 수혜자만이 Medi-Cal 행동 건강 서비스에 대한 NOABD(불리한 혜택 결정 통지서)와 관련하여 BHP에 표준 이의 제기 또는 신속 이의 제기 신청을 할 수 있습니다.
- NOABD를 받은 날짜로부터 60일 이내에 직접 방문, 전화 또는 서면으로 이의를 제기하시기 바랍니다. 구두로 이의를 제기하는 경우, 반드시 귀하가 서명한 서면 이의 제기 신청서를 제출해야 합니다. 귀하가 NOABD를 수령하지 않은 경우, 제출 기한이 없으므로 언제든지 제출할 수 있습니다. 귀하는 다른 사람이 귀하를 대신하여 절차를 수행하도록 위임할 수 있습니다.

- NOABD가 발송되거나 귀하에게 전달된 날로부터 역일 10일 이내에 귀하가 이의 제기를 신청하는 경우, 귀하의 요청에 따라, 이의 제기가 보류 중인 동안 귀하의 혜택을 계속 받을 수 있습니다.
- 귀하는 귀하의 이의 제기가 접수된 소인 날짜로부터 5일 이내에 서면으로 이의 제기서 접수증을 받게 됩니다.
- BHP는 귀하의 이의 제기 신청서 접수 후 30일 이내에 이를 검토하고 결정 사항을 귀하 또는 귀하의 대리인에게 서면으로 통지합니다. 이 기간 동안 귀하는 증거 및 증언을 제시하는 등 구두 또는 서면으로 증빙 자료를 제출하고 법적 및 사실적 주장을 할 수 있습니다.
- 고충 처리 결과에 만족하지 못하는 수혜자는 이의 제기를 신청할 수 없습니다.

30일간의 대기 기간이 귀하의 정신 건강 또는 약물 사용 장애 상태 및/또는 신체적 기능 회복의 최대치 달성, 유지 또는 회복 능력에 심각한 위협이 될 수 있다고 판단될 경우 신속 이의 제기 절차를 신청할 수 있습니다. BHP가 귀하의 이의 신청이 신속 이의 신청을 위한 요건을 충족한다는 데 동의하는 경우, BHP는 신속 이의 신청 접수 후 72시간 내에 이를 해결합니다. **신속 이의 제기 신청 절차:**

- 불리한 혜택 결정 통지서(NOABD)를 받은 날짜로부터 60일 이내에 직접 방문, 전화 또는 서면으로 신속 이의 제기 신청을 하시기 바랍니다. 구두 및 대면으로 요청하는 신속 이의 제시 신청은 서면으로 제출할 필요가 없습니다. 귀하는 다른 사람이 귀하를 대신하여 절차를 수행하도록 위임할 수 있습니다.

- NOABD가 발송되거나 귀하에게 전달된 날로부터 역일 10일 이내에 귀하가 신속 이의 제기를 신청하는 경우, 귀하의 요청에 따라, 이의 제기가 보류 중인 동안 귀하의 혜택을 계속 받을 수 있습니다.
- BHP는 귀하의 신속 이의 제시 신청을 접수한 후 72시간 이내에 이를 검토하고 귀하 또는 귀하의 대리인에게 이의 제기 결정 통지서(NAR)로 서면 통지해야 합니다. 또는 구두로도 통지할 수 있습니다. 이 기간 동안 귀하는 증거 및 증언을 제시하는 등 구두 또는 서면으로 증빙 자료를 제출하고 법적 및 사실적 주장을 할 수 있습니다.
- BHP가 귀하의 이의 제기 신청이 신속 이의 제기 절차 대상에 해당하지 않는다고 결정할 경우, 2일 이내에 구두 및 서면으로 즉시 귀하에게 통지합니다. 그러면 귀하의 이의 제기는 이후 표준 이의 제기 절차를 따르게 됩니다.

ACBHD의 이의 제기 신청 접수처:

전화: 1-800-779-0787 소비자 지원실

청각 또는 언어 표현에 도움이 필요하시면
캘리포니아 중계 서비스(California Relay
Service) 711로 전화하시기 바랍니다.

미국 우편: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400,
Oakland, CA 94606

방문: 정신 건강 협회 소비자 지원실 방문,
2855 Telegraph Ave, Suite 504,
Berkeley, CA 94705

BHP의 진정 절차를 완료했지만 문제가 만족스럽게
해결되지 않은 경우, 캘리포니아 사회복지부가
실시하는 독립적 조사인 **주 공정 청문회**를 요청할
권리가 있습니다. 주 공정 청문회 요청서는 각 진정
해결 통지서(NAR)에 포함되어 있습니다. 소인 날짜
또는 BHP가 개별적으로 NAR을 제공한 날로부터
120일 이내에 요청서를 제출해야 합니다. NOABD
수령 여부와 관계없이 주 공청회를 요청할 수

있습니다. 청문회를 기다리는 동안 같은 서비스를 계속 이용하려면 NAR을 우편으로 수령하거나 개별 수령한 날로부터 10일 이내 또는 서비스 변경 발효일 중 더 늦은 날짜 이전에 청문회를 요청해야 합니다. 주 정부는 표준 청문회 요청일로부터 역일 90일 이내에 결정을 내려야 하며 신속 청문회의 경우 요청일로부터 3일 이내에 결정을 내려야 합니다. BHP는 BHP의 ABD를 번복하도록 통지를 받은 날로부터 72시간 이내에 즉시 분쟁 중인 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다. 주 공청회를 요청하려면 전화(1(800) 952-5253, TTY 이용 시: 711), 온라인 접속(<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>), 또는 서면 작성의 경우 아래 주소를 이용하시기 바랍니다. 캘리포니아 사회 복지부/주 청문회 부서, P.O. 사서함 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430.

고충 및 이의 제기 절차에 대한 자세한 정보를
알아보시려면 의료 제공자에게 *Medi-Cal* 정신 건강
서비스 안내서 또는 *약물 Medi-Cal 서비스 안내서*
사본을 요청하시기 바랍니다. 양식 작성에 대해
궁금한 점이 있거나 도움이 필요한 경우 의료
제공자에게 문의하거나 다음 번호로 전화하시기
바랍니다.

소비자 지원실: 1(800) 779-0787