

불만 제기 및 이의 신청 프로세스



걱정이나 문제가 있거나 행동 건강 서비스에 만족하지 않으신다면, **Behavioral Health Plan(BHP)**은 귀하의 우려가 간단하고 신속하게 해결되기를 바랍니다. 귀하 또는 귀하의 대리인은 **1(800) 779-0787** 번으로 소비자 지원부서 사무실로 불만 제기 또는 이의 신청을 할 수 있습니다. 귀하는 또한 불만 해결을 위한 프로세스가 있는지 담당 서비스 제공자에게 문의하실 수도 있습니다. **불만을 제기하시거나 이의 신청을 하시려면 불만 제기 및 이의 신청 양식을 사용하십시오.** 이의 신청은 소비자 지원 부서에만 제출할 수 있으며 서비스 제공자에게는 할 수 **없다**는 것에 유의하십시오. 귀하는 불만 제기 또는 이의 신청에 대해 차별이나 어떤 다른 불이익도 받지 않을 것입니다.

불만이란 아래 기술된 이의 제기 및 주 정부 공정 심의회 프로세스에서 다루어진 문제 중 하나가 아닌 행동 건강 서비스에 관한 모든 문제에 대한 불만의 표현으로 정의됩니다. 불만 사례로는 제공된 서비스 관리의 질, 직원의 무례함 등과 같은 대인 관계 측면 등이 있을 수 있습니다. **불만 제기 단계:**

- 구두 또는 서면으로 불만을 제기하십시오. 구두 불만은 서면으로 후속 조치를 취할 필요가 없습니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 조치를 취하게 할 수도 있습니다.
- 귀하는 언제든지 불만을 제기할 수 있습니다.
- 귀하는 불만 제기를 접수한 날로부터 **5일** 이내에 소인이 찍힌 불만 제기 접수 인정서를 받을 것입니다.
- **BHP** 는 불만을 접수한 후 **달력일 기준 90일** 이내에 이를 검토하여 그 결정에 대해 서면으로 귀하나 귀하의 대리인에게 통지합니다. **달력일 기준 90일** 이내에 귀하의 불만을 해결할 수 없는 경우, 귀하는 귀하의 권리와 불만에 대한 구체적인 정보에 대해 구두 및/또는 서면으로 즉시 통지를 받을 것입니다.
- 귀하가 연장을 요청하거나, **BHP** 가 추가 정보를 필요로 하고 연장이 귀하에게 이롭다고 여기는 경우에는 기간이 **달력일 기준 최대 14일**까지 연장될 수 있으며, 그러한 경우 **BHP** 가 귀하께 구두 및 서면으로 통지해 드릴 것입니다.

불만 제기처

With Alameda County Behavioral Health(ACBH):

전화: 1-800-779-0787 소비자 지원부서(Consumer Assistance)

청각 또는 언어 지원을 받으시려면, 711 번 California Relay Service 로 전화를 하시기 바랍니다

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

인편: Mental Health Association,

954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608 소재 소비자 지원부서(Consumer Assistance) 방문

서비스 제공자에게: 서비스 제공자가 내부적으로 귀하의 불만을 해결하거나 상기 **ACBH** 로 전달할 수 있습니다. 귀하의 서비스 제공자로부터 양식과 지원을 받을 수 있습니다.



이의 신청은 불리한 혜택 결정(Adverse Benefit Determination, ABD)에 대한 BHP의 심사입니다. 불리한 혜택 결정이란 BHP 또는 BHP가 계약한 제공자가 Medi-Cal 행동 건강 관리 서비스에 관해 취한 다음과 같은 조치를 의미합니다: 1) 서비스의 종류 또는 수준, 의료 필요성, 적정성, 설정 또는 보장되는 혜택의 효과에 근거한 결정을 포함하여 요청된 서비스의 거부 또는 제한된 승인, 2) 이전에 승인된 서비스의 축소, 중단 또는 종료, 3) 서비스에 대한 지불의 전부 또는 일부의 거부, 4) 적시에 서비스를 제공하지 못함, 5) 요구되는 불만 제기 및 이의 신청의 표준 해결 기한 내에 행동을 하지 못함, 또는 6) 수혜자의 재무 부채 분쟁에 대한 요청 거부. 귀하의 행동 건강 서비스에 대한 BHP의 결정은 귀하에게 개인적으로 제공되거나 발송된 불리한 혜택 결정 통지서(Notice of Adverse Benefit Determination, NOABD)에 설명되어 있습니다. 이의 신청 단계:

- Medi-Cal 수혜자만 Medi-Cal 행동 건강 서비스에 대해 NOABD에 관해 ACBH에 표준 또는 신속 이의 신청을 할 수 있습니다.
- NOABD 날짜로부터 60 일 이내에 직접, 전화로 또는 서면으로 이의를 신청하십시오. 구두로 이의 신청을 하는 경우, 귀하는 서명한 서면 이의 신청서로 후속 조치를 해야 합니다. NOABD 를 받지 못했다면, 신청에 대한 마감일은 없으므로 언제든지 신청할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 조치를 취하게 할 수도 있습니다.
- NOABD 가 귀하에게 발송 또는 제공된 날로부터 달력일 기준 10 일 이내에 이의 신청을 한 경우, 요청 시 이의 신청이 계류 중인 동안 귀하의 혜택이 지속될 것입니다.
- 이의 신청 접수로부터 달력일 기준 5 일 이내에 소인이 찍힌 귀하의 이의 신청 접수 인정서를 받게 됩니다.
- BHP 는 이의 신청서 접수 후 30 일 이내에 이를 검토하고 결정에 대해 귀하 또는 귀하의 대리인에게 서면으로 통지해 드립니다. 이 기간 동안 귀하는 증거와 증언을 제시하고 법적 및 사실에 입각한 주장을 하는 등 구두 또는 서면 지원 문서를 제공할 수 있습니다.
- 귀하가 연장을 요청하거나, BHP 가 추가 정보를 필요로 하고 연장이 귀하에게 이롭다고 여기는 경우에는 기간이 달력일 기준 최대 14 일까지 연장될 수 있으며, 그러한 경우 BHP 가 귀하께 구두 및 서면으로 통지해 드릴 것입니다.
- 불만 제기 결과에 만족하지 않는 수혜자는 이의 신청을 이용할 수 없습니다.

30 일을 기다리는 것이 정신 건강이나 물질 사용 장애 상태 및/또는 최대 기능을 확보, 유지 또는 회복하기 위한 능력에 중대하게 해가 될 수 있다고 생각되는 경우, 신속 이의 신청을 요청할 수 있습니다. BHP 가 귀하의 이의 신청이 신속 이의 신청 요건에 해당한다고 동의하는 경우, BHP 는 신속 이의 신청이 접수된 후 72 시간 이내에 이를 해결할 것입니다. 신속 이의 신청 단계:

- 불리한 혜택 결정(NOABD) 통지서 날짜로부터 60 일 이내에 직접, 전화 또는 서면으로 신속 이의 신청을 하십시오. 신속 이의 신청에 대한 구두 및 직접 요청은 서면으로 작성하지 않아도

됩니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 조치를 취하게 할 수도 있습니다.

- NOABD 가 귀하에게 발송 또는 제공된 날로부터 달력일 기준 10 일 이내에 이의 신청을 한 경우, 요청 시 신속 이의 신청이 계류 중인 동안 귀하의 혜택이 지속될 것입니다.
- BHP 는 신속 이의 신청서 접수 후 72 시간 이내에 이를 검토하고 이의 신청 해결 통지서(Notice of Appeal Resolution, NAR)로 귀하나 귀하의 대리인에게 통지하고 구두로도 통지해 드릴 수 있습니다. 이 기간 동안 귀하는 증거와 증언을 제시하고 법적 및 사실에 입각한 주장을 하는 등 구두 또는 서면 지원 문서를 제공할 수 있습니다.
- 귀하가 연장을 요청하거나, BHP 가 추가 정보를 필요로 하고 연장이 귀하에게 이롭다고 여기는 경우에는 기간이 달력일 기준 기간이 최대 14 일까지 연장될 수 있습니다.
- BHP 가 귀하의 이의 신청이 신속 이의 신청에 적합하지 않다고 결정하는 경우, 즉시 구두로 그리고 서면으로 달력일 기준 2 일 이내에 통지해 드릴 것입니다. 귀하의 이의 신청은 이후 표준 이의 신청 절차를 따릅니다.

이의 신청처

Alameda County ACBH:

전화: 1-800-779-0787 소비자 지원부서(Consumer Assistance)

청각 또는 언어 지원을 받으시려면, 711 번 California Relay Service 로 전화를 하시기 바랍니다

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

인편: Mental Health Association,

954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608 소재 소비자 지원부서(Consumer Assistance) 방문

귀하가 BHP 이의 신청 절차를 모두 소진했다면 캘리포니아주 사회복지부(California Department of Social Services)가 실시하는 독립 심사인 주 정부 공정 심의회를 요청할 권리가 있습니다. 주 정부 공정 심의회에 대한 요청은 각 이의 해결 통지서(NAR)에 포함되어 있습니다. BHP 가 개인적으로 귀하께 NAR 를 제공한 날 또는 소인 일로부터 120 일 이내에 요청을 제출해야 합니다. 귀하는 NOABD 의 수령 여부와 상관없이 주 정부 공정 심의회를 요청할 수 있습니다. 심의회를 기다리는 동안 동일한 서비스를 유지하기 위해서는, NAR 이 우편으로 또는 개인적으로 제공된 날 또는 서비스 변경 발효일 이전 중 나중일 기준 10 일 이내에 심의회를 요청해야 합니다. 주 정부는 표준 심의회의 경우 달력일 기준 요청일 3 일 이내에, 또한 신속 심의회의 경우 요청일로부터 90 일 이내에 결정에 도달해야 합니다. BHP 는 BHP 의 ABD 를 바꾸는 통지서 수령일로부터 72 시간 이내에 즉시 분쟁 중인 서비스를 제공 또는 승인해야 합니다. 주 정부 공정 심의회는 1(800) 952-5253 번을 통해 전화로 또는 TTY 1 (800) 952-8349, <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>로 온라인을 통해 또는 다음 주소로 서면으로 요청할 수 있습니다. California Department of Social Services/State Hearings Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430.

불만 제기 또는 이의 신청 절차에 대한 더 자세한 정보에 대해서는, 담당 서비스 제공자에게 **Medi-Cal Mental Health Services 가이드** 또는 **약물 Medi-Cal Services 가이드** 사본을 요청하십시오. 양식 작성에 대한 질문이나 도움이 필요하시면, 서비스 제공자에게 문의하시거나, 다음 번호로 전화하시기 바랍니다.

소비자 지원부서: 1(800) 779-0787

불만 또는 이의 신청

본 양식은 불만 제기 또는 이의 신청에 사용됩니다. 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하시면 담당 서비스 제공자에게 도움을 요청하시거나 (800) 779-0787 번으로 소비자 지원부서로 전화하십시오. 서명된 **기밀정보 공개 승인서**를 이 양식과 함께 제출해야 합니다. 불만 제기 또는 이의 신청은 귀하의 서비스 제공자(MD, 사례 관리자, 임상사, 프로그램 감독자 등)에게 제출하거나 소비자 지원부서에 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606 으로 직접 우편을 보내실 수 있습니다. 이 양식의 양면을 모두 작성하십시오.

본인은 다음을 신청합니다. (한 가지 선택) 불만 제기 이의 신청

이의 신청을 신속 이의 처리 과정을 통해 처리되도록 요청하시는 경우, 여기에 체크 표시하십시오. (신속 이의 신청 요건 참조)

귀하의 주소와 전화번호는 중요합니다. 이러한 정보는 불만 제기 또는 이의 신청 결과에 대해 귀하께 연락하기 위해 필요합니다. **출력하십시오.**

귀하의 이름: _____

귀하의 주소: _____

귀하의 주간 전화번호: _____ 생년월일: _____

위 번호로 메시지를 남길 수 있습니까? 예 아니요

현재 서비스 제공자: _____

해당하는 경우, 귀하의 대리인: _____

대리인 주소: _____

대리인 주간 전화번호: _____



다음 질문에 대해 주십시오. 필요한 경우, 추가 페이지를 첨부하십시오.

문제가 무엇입니까? _____

문제를 해결하기 위해 무엇을 하셨습니까? _____

어떤 해결책을 바라십니까? _____

소비자(또는 소비자의 대리인) 서명

날짜

귀하는 불만 제기 또는 이의 신청에 대해 차별 또는 다른 어떤 불이익도 받지 않을 것입니다. 귀하의 기밀 정보는 주 및 연방법에 따라 항상 보호됩니다. 이의 제기 절차가 완료된 후에는 주 정부 공정 심의회(State Fair Hearing)를 요청할 수 있습니다.

기밀 정보 공개 승인

(이 양식의 양면을 모두 기입하십시오)

소비자 성	이름	중간 이름	생년월일
-------	----	-------	------

도로 주소	시	우편번호	주간 전화번호
-------	---	------	---------

소셜 시큐리티 번호 *(필수)

본인은 다음으로부터 본인의 보호 대상 건강 정보(PHI)를 요청합니다.

보건의료 제공자 이름	전화
-------------	----

도로 주소	시/주	우편번호	팩스 번호(알려진 경우)
-------	-----	------	---------------

그리고 이를 다음 대상에게 공개합니다. ACBH – QA Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

본인은 본인의 의무기록으로부터 다음 PHI 를 공개하는 것을 승인합니다.

- 응급실 기록
- 병리검사 슬라이드/보고서
- 실험실 보고서
- 항목별 청구 기록
- 방사선 검사 보고서
- 퇴원 요약지



- 예방접종 기록
- 병력, 신체검사, 상담
- 전체 의무기록(모든 페이지)
- 수술 보고서
- 기타: _____

주 및 연방법은 다음 정보를 보호합니다. 이 정보가 귀하에게 적용되는 경우, 이 정보를 공개/수신하고자 하는지 표시하십시오(해당하는 경우 날짜 포함).

- | | | |
|---------------------|----------------------------|------------------------------|
| 정신 건강 기록 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 정신요법 기록 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| HIV 검사 및 결과 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 알코올, 약물 또는 물질 남용 기록 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 유전 기록 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |

의료 양식 포함 기간: 구체적 날짜 _____ ~ _____ 또는

과거, 현재 및 향후 모든 만남/방문

정보 요청의 목적: 불만 또는 이의 신청 해결

이 동의는 본 문서에 따라 조치가 취해진 범위를 제외하고, 언제든지 아래 서명자에 의해 철회될 수 있으며, 이전에 철회되지 않은 경우 동의 일로부터 6 개월에 종료됩니다. 서명자는 서면으로 또는 구두로 소비자 지원부서(Consumer Assistance)에 고지하여 이러한 공개를 철회할 수 있습니다.

고객 또는 승인된 대리인 서명

날짜

이름(정자체)

환자와의 관계(해당하는 경우)

의무기록 정보의 공개는 공개의 목적을 암묵적으로 명시한 경우를 제외하고는 금지됩니다. 보호 대상 SUD 정보의 재공개 금지: 42 CFR 파트 2 는 이러한 기록의 무단 공개를 금지합니다.