



불만 및 항변 절차

저희는 귀하가 받은 진료에 불만족인지 여부와, 저희의 서비스가 거부되거나, 감소하거나, 지연되거나, 종료된 데 대하여 우려가 있는지를 알고 싶습니다. 귀하의 불만 사항을 검토하는 절차가 있습니다. 저희는 귀하와 함께 문제 해결을 위해 같이 노력하고 싶습니다.

귀하는 친구, 친척, 또는 누구든지 자신을 대신하여 위임 대리인으로 활동할수 있도록 요청할수 있는 권한이 있습니다. 귀하가 대리인을 지정 할 시, 대리인과 귀하의 상황을 설명하기 전에, 귀하의 서면 허가가 필요합니다.

불만

행동 건강 플랜이 제공하는 서비스에 불만족할 경우, 귀하는 언제나 불만 제기가 가능합니다. 불만 제기 방법은 여러 가지가 있습니다:

- 귀하는 이 시설에서 제공된 불만/항변 양식과 회신용 봉투를 사용하거나, 온라인으로 www.ochealthinfo.com/dmc-ods에서 작성 할 수 있습니다.
- 귀하는 **(866) 308-3074** 또는 **TDD (866) 308-3073**로 전화하여 귀하의 불만을 접수하고 제출 할수 담당자와 통화 할 수 있습니다.
- 귀하는 치료 제공자에게 (실무자 또는 기관 대리인) 불만을 접수를 요청하고, 그들은 불만/항변 양식을 작성하고 대신 제출해드릴 것입니다.

항변

귀하가 Medi-Cal 멤버라면, 몇 가지 서비스는 수급하기 이전에 건강 플랜에 의한 사전 권한 부여가 필요합니다. 귀하의 행동 건강 제공자가 귀하에게 현재 실시되는 서비스가 필요하다고 생각하지만, 건강 플랜이 사전에 권한을 부여한 서비스를 거부, 축소, 지연, 종료할 경우, 귀하는

이 조치에 대한 재검토를 신청할 수 있습니다. 이 절차를 항변이라고 부릅니다. 건강 플랜에서 해당 서비스가 의학적으로 필수적이지 않다고 판단하여 거부한다면, 귀하는 이 조치의 재검토를 신청할 수 있습니다. 이 절차 또한 항변이라고 부릅니다. 항변 제기에는 세 가지 방법이 있습니다.

귀하는 72 시간 이내에 결정을 내려야 하는 촉진 항변을 신청할 수 있으며, 이 신청은 지연된 결정이 귀하의 중요한 생활 기능의 획득, 유지 또는 재획득 능력을 비롯한 당신의 행동 건강 문제에 심각한 문제를 발생시킬 수 있다고 믿을 때 취하는 조치입니다.

- 귀하는 이 시설에서 제공된 불만/항변 양식과 회신용 봉투를 사용하거나, 온라인으로 www.ochealthinfo.com/dmc-ods에서 작성 할 수 있습니다
- 귀하는 **(866) 308-3074** 또는 **TDD (866) 308-3073**로 전화하여 귀하의 불만을 접수하고 제출 할수 담당자와 통화 할 수 있습니다
- 귀하는 치료 제공자에게 (실무자 또는 기관 대리인) 불만을 접수를 요청하고, 그들은 불만/항변 양식을 작성하고 대신 제출해드릴 것입니다.

주 정당성 청문회

귀하가 Medi-Cal 멤버인 경우, 건강 플랜이 귀하의 사전 권한부여 서비스 가운데 어느 것이라도 거부, 축소, 지연 또는 종료한다면, 귀하는 위에 설명된 항변 절차가 끝난 후 주 정당성 청문회를 요구할 수 있습니다. 이 절차를 개시하는 방법은 세 가지입니다:

- 캘리포니아 주 웹사이트
<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
에서 온라인 양식으로 주 정당성 청문회 신청서를 작성하십시오.
- 불리한 혜택 결정 통보 양식을 받았다면, 이 양식의 뒷면에 주 정당성 청문회 신청서와 설명서를 찾을수 참고 하십시오.
- 귀하는 캘리포니아 주 전화 번호, (800) 952-5253 or TTD (800) 952-8349 로 직접 통화 할수 있습니다.

우려 사항이 있다면, 서비스 책임자 또는 프로그램 관리자와

대화하여 이 문제가 해결 가능한지 알아보시기 바랍니다. 귀하의 우려 사항을 정식 불만으로 제소하는 것이 낫다고 생각한다면, 본 시설에 있는 서류 양식을 작성하여 제출하거나, 시설의 서비스 대리인에게 당신의 불만 접수 도움을 요청하실 수 있습니다.

본 시설의 시행자 대리인:

전화번호: