

저희는 당신이 받은 돌봄에 불만족인지 여부와, 저희의 서비스가 거부되거나, 감소하거나, 지연되거나, 종료된 데 대하여 관심이 있는지를 알고 싶습니다. 당신의 제소를 심사하는 절차가 있습니다. 저희들은 당신과 함께 문제 해결을 위해 같이 노력하고 싶습니다.

당신은 친구, 친지, 또는 귀하가 선택한 사람에게 귀하를 대신하는 대리인의 역할을 하도록 요청할 수 있습니다. 귀하가 대리인을 지정하는 경우, 귀하의 상황에 대해 그들과 상의하기 전에 귀하의 서면 승인이 필요합니다.

불만

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

- 이 시설에서 제공하는 불만/항변 양식 및 주소를 쓴 회신용 봉투를 사용할 수 있습니다.
- 당신은 전화 (866) 308-3074 또는 TDD (866) 308-3073 로 통화하여 당신의 불만을 접수할 사람에게 말할 수 있습니다.
- 당신은 당신이 불만을 접수하고자 하는 처치 실무자 (실무자 또는 기관 대리인 가운데 아무나)에게 말할 수 있고, 그들은 불만/항변 양식을 작성하여 이것을 당신을 위해 접수할 것입니다.

항변

당신이 Medi-Cal 멤버라면, 몇 가지 서비스는 수급하기 이전에 건강 플랜에 의한 사전 권한 부여가 필요합니다. 당신의 행동 건강 시행자가 당신에게 현재 실시되는 서비스가 필요하다고 생각하지만, 건강 플랜이 당신이 사전에 권한을 부여한 서비스를 거부, 축소, 지연, 종료할 경우, 당신은 이 조치에 대한 재검토를 신청할 수 있습니다. 이 절차를 항변이라고 부릅니다. 건강 플랜에서 해당 서비스가 의학적으로 필수적이지 않다고 판단하여 거부한다면, 당신은 이 조치의 재검토를 신청할 수 있습니다. 이 절차 또한 항변이라고 부릅니다. 항변 제소에는 세 가지 방법이 있습니다.

당신은 72 시간 이내에 결정을 내려야 하는 촉진 항변을 신청할 수 있는데, 이 신청은 결정의 연기가 당신의 중요한 생활 기능의 획득, 유지 또는 재획득 능력을 비롯한 당신의 행동 건강 문제에 심각한 문제를 발생시킬 수 있다고 믿을 때 취하는 조치입니다.

- 이 시설에서 제공하는 불만/항변 양식 및 주소를 쓴 회신용 봉투를 사용할 수 있습니다.
- 전화 (866) 308-3074 또는 TDD 전화 (866) 308-3073 으로 통화하여 당신의 항변을 접수할 사람에게 말할 수 있습니다.
- 치료 시행자(직원 또는 시설의 대표)에게 항변을 제출하고 싶다고 알리면, 당신과 함께 불만/항변 양식을 작성하고 대신 제출해드릴 것입니다.

주 정당성 성문외

당신이 Medi-Cal 멤버이고, 건강 플랜이 당신의 사전 권한부여 서비스가운데 어느 것이라도 거부, 축소, 지연 또는 종료한다면, 당신은 위에 설명한 항변 절차가 끝난 후 주 정당성 청문회를 요구할 수 있습니다. 이 절차를 개시하는 방법은 두 가지입니다:

- 이 시설에서 제공하거나 환자 권리 옹호자로부터 받은 주 정당성 청문회 신청서를 작성하십시오.
- 불리한 혜택 결정 통보 양식을 받았다면 이 양식의 뒷면에 주 정당성 청문회 신청서가 있습니다.

우려 사항이 있다면, 서비스 책임자 또는 프로그램 관리자와 대화하여 이 문제가 해결 가능한지 알아보시기 바랍니다. 당신의 우려 사항을 정식 불만으로 제소하는 것이 낫다고 생각한다면, 본 시설에 있는 서류 양식을 한 부 작성하여 제출하거나, 시설의 시행자 대리인 또는 환자 권리 옹호 서비스와 접촉하여 당신의 불만 접수를 도와 달라고 할 수도 있습니다.

보건소 환자 권리 옹호 서비스:

당신은 불만/항변 절차 이전, 도중, 이후 가운데 언제라도 환자 권리 옹호 서비스에 접근할 수 있습니다.

보건소 환자 권리 옹호 서비스
(800) 668-4240

**본 시설의
시행자 대리인:**