

오렌지 카운티
정신 건강 플랜

수혜자 안내서

특수 정신 건강 서비스

405 W. 5th St.
Santa Ana, CA 92701



목차

기타 언어 및 형식.....	4
비차별조항 공시.....	5
일반 정보.....	10
메디칼 프로그램에 대한 정보.....	20
귀하 또는 귀하가 아는 사람이 도움이 필요한지 확인하는 방법	29
특수 정신 건강 서비스 이용법	37
의학적 필요성이란 무엇입니까?.....	52
서비스 제공자 선택	60
서비스의 범위	64
정신 건강 플랜의 부정적 혜택 결정.....	84

문제 해결 과정: 불만 또는 항소의 접수.....	92
불만 처리 과정	97
항소 처리 과정 (일반 및 속성).....	103
주 심의회	115
사전의료지시서	123
수혜자 책임 및 권리	127

기타 언어 및 형식

기타 언어

수혜자 안내서 및 다른 자료는 무료로 다른 언어로 받을 수 있습니다. 오렌지 카운티 정신 건강 서비스로 전화하십시오. 전화는 무료입니다.

다른 매체 형식

이 정보는 무료로 점자, 18포인트 대 활자 인쇄물 또는 음성 파일 같은 다른 보조 매체 양식으로 받을 수 있습니다. 오렌지 카운티 정신 건강 서비스로 전화하십시오. 전화는 무료입니다.

통역사 서비스

가족이나 친구를 통역사로 이용할 필요가 없습니다. 무료 통역사, 언어 및 문화 서비스가 주 7일, 24시간 제공됩니다. 이 안내서를 다른 언어로 받거나, 통역을 구하거나, 언어 및 문화 서비스에 도움을 받고 싶으면 오렌지 카운티 정신 건강 서비스로 전화하십시오. 전화는 무료입니다.

비차별조항 공시

차별은 법에 위배됩니다. 오렌지 카운티 정신 건강 및 회복 서비스는 주 및 연방민권법을 따릅니다. 오렌지 카운티 정신 건강 및 회복 서비스는 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 이유로 사람들을 불법적으로 차별, 배제 또는 다르게 대우하지 않습니다.

오렌지 카운티 정신 건강 및 회복 서비스는 다음을

제공합니다.

- 장애가 있는 사람들이 더 잘 의사 소통할 수 있도록 다음과 같은 무료 지원 및 서비스:
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 다른 형식의 서면 정보 (큰 활자, 점자, 오디오 또는 접근 가능한 전자 형식)
- 다음과 같이 모국어가 영어가 아닌 사람들을 위한 무료 언어 서비스:
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 866-308-3074로 전화하여 주 7일, 하루 24시간 오렌지 카운티 정신 건강 및 회복 서비스에 문의하십시오. 또는 잘 듣거나 말할 수 없는 경우 TTY / TDD : 866-308-3073으로 전화하십시오. 요청 시 이 문서는 점자, 큰 활자, 오디오 또는 액세스 가능한 전자 형식으로 제공될 수 있습니다.

이용자 불만 절차

오렌지 카운티 정신 건강 및 회복 서비스가 이러한

서비스를 제공하지 못했거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 근거로 다른 방식으로 불법적으로 차별을 받았다고 생각되는 경우 다음 주소로 불만을 제기할 수 있습니다. HCA 시민권 코디네이터, 켈리 사벳 (Kelly K. Sabet), LCSW, CHC, CHPC, CCO. 전화, 서면, 직접 또는 전자적으로 불만을 제기할 수 있습니다.

- 전화: 714-568-5614로 전화하여 평일 오전 8:00에서 오후 5:00 사이에 HCA 시민권 코디네이터인 켈리 사벳 (Kelly K. Sabet), LCSW, CHC, CHPC, CCO 에 문의하십시오. 또는 잘 듣거나 말할 수 없는 경우 TTY/TDD: 866-308-3073으로 전화하십시오.
- 서면: 불만 양식을 작성하거나 편지를 작성하여 다음 주소로 보내십시오.

HCA 시민권 코디네이터, 켈리 사벳 (Kelly K. Sabet),
LCSW, CHC, CHPC, CCO

405 W. 5th St, Ste. 212, Santa Ana, CA 92701

- 직접: 의료 제공자의 사무실이나 오렌지 카운티 정신

건강 및 회복 서비스를 방문하여 불만을 제기하고 싶다고 말하십시오.

- 전자적으로: <https://www.ocalthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/quality-services-compliance/grievances-and-appeals> 에서 오렌지 카운티 정신 건강 및 회복 서비스 웹사이트를 방문하십시오.

시민권 사무소 – 캘리포니아 의료 서비스부

또한 캘리포니아 의료 서비스부, 시민권 사무소에 전화, 서면 또는 전자적으로 시민권 불만을 제기 할 수 있습니다.

- 전화: 916-440-7370으로 전화하십시오. 잘 말하거나들을 수없는 경우 711 (캘리포니아 주 릴레이)로 전화하십시오.
- 서면: 불만 양식을 작성하거나 다음 주소로 편지를

보내십시오.

Department of Health Care Services Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413

- 불만 양식은 다음에서 구할 수 있습니다.

<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>

- 전자적으로: CivilRights@dhcs.ca.gov 이메일을 보냅니다.
-

시민권 사무소 – 미국 보건 복지부

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별을 받았다고 생각되면 전화, 서면 또는 전자적으로 미국 보건복지부, 시민권 사무국에 시민권 불만을 제기할 수도 있습니다.

- 전화: 1-800-368-1019로 전화하십시오. 잘 말하거나 들을 수 없는 경우 전화하십시오.

TTY/TDD 1-800-537-7697.

- 서면: 불만 양식을 작성하거나 다음 주소로 편지를 보내십시오.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

- 불만 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에서 구할 수 있습니다.
- 전자적으로: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 의 시민권 불만 제기 포털 사무소를 방문하십시오.

일반 정보

왜 이 안내서를 읽는 것이 중요합니까?

오렌지 카운티 정신건강서비스(Orange County

Mental Health Services)와 메디칼 정신건강플랜 (Medi-Cal Mental Health Plan)에 오신 것을 환영합니다. 오렌지 카운티 정신건강서비스는 메디칼 수혜 자격이 있는 오렌지 카운티 주민에게 소비자 중심, 문화적 역량 있는 다양한 서비스를 제공하고 있습니다. 이 정신건강플랜을 통하여 성인, 가족, 어린이, 청소년들이 다음의 정신 건강 서비스를 받으실 수 있습니다. 이 안내서는 귀하에게 중요한 정보들을 가지고 있으므로 주의해서 읽어주시기 바랍니다.

안내서는 오렌지 카운티를 통해 메디칼 특수 정신 건강 서비스를 받는 방법을 알려드립니다. 이 안내서는 귀하의 혜택과 보건 관리를 받는 방법에

관해 설명합니다. 이 안내서는 많은 질문에 대한
응답도 제공합니다.

설명 내용:

- 귀하의 정신건강플랜을 통해 특수 정신 건강
서비스를 받는 방법

- 받을 수 있는 혜택 • 질문이나 문제가 있는
경우 해결 방법

- 메디칼 수혜자의 책임과 권리

지금 이 안내서를 읽지 않을 예정이면 나중에 읽을
수 있도록 잘 보관하셔야 합니다. 이 안내서 및 기타
문서 자료는

http://www.ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal

에서 전자문서로 받으실 수 있습니다. 인쇄본을
원하시면 정신 건강 플랜에 요청 후 5일 이내에
무료로 받으실 수 있습니다. 인쇄본을 원하시면
오렌지 카운티 정신 건강 플랜에 전화하십시오.

이 안내서를 현재 Medi-Cal 프로그램에 가입했을 때
받은 정보와 함께 활용하십시오.

**이 안내서를 귀하의 모국어 또는 다른 매체 형식으로
원하십니까?**

영어가 모국어가 아니면, 무료 통역사 서비스를 제공할 수
있습니다. 오렌지 카운티 정신건강서비스로 전화하십시오.
정신건강플랜은 주 7일 24시간 운영됩니다. 이 안내서 또는
다른 문서 자료를 대 활자 인쇄물, 점자 또는 음성으로
원하면 오렌지 카운티 정신건강플랜 전화 1-800-723-
8641로 연락할 수 있습니다. 귀하의 정신건강플랜에서
도와드립니다. 이 안내서 또는 다른 문서 자료를 영어 이외
언어로 원하면 귀하의 정신건강플랜 으로 연락하십시오.
귀하의 정신건강플랜의 전화는 귀하 모국어로
도와드립니다.

이 정보는 다음의 언어들로 제공됩니다.

Arabic:

رفوتم يف ةببرعلا . لوصحلل بلع ةخسن لصتا جمانربب ةحصلا هجوملا mental
health plan) بلع مقرلا 723-8641 (800).

اذه لا بينك

Chinese:

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (800) 723-8641。

Farsi:

این کتابچه راهنما، به فارسی موجود است. برای دریافت یک نسخه، لطفاً با دفتر طرح سلامت روانی به شماره (800) 723-8641 تماس بگیرید.

Korean:

이 책자는 한국어로 구할 수 있습니다. 책자를

구하고 싶다면 정신건강플랜 연락처(800) 723-

8641에 전화하세요.

Spanish:

Este folleto está disponible en español. Para obtener una copia, por favor comuníquese con mental health plan (Plan de Salud Mental) al (800) 723-8641.

Vietnamese:

Cẩm nang này có sẵn bằng tiếng Việt. Để có được bản sao, xin vui lòng liên lạc văn phòng mental health plan qua số điện thoại (800) 723-8641.

나의 정신 건강 플랜의 의무 사항은 무엇입니까?

귀하의 정신 건강 플랜은 다음 책임이 있습니다:

- 귀하가 카운티 또는 그 제공자 네트워크에서 특수 정신 건강 서비스를 받을 자격이 있는지 판단할 책임.
- 특수 정신 건강 서비스가 필요한지 여부를 결정하기 위한 심리평가 제공
- 귀하가 정신 건강 플랜 에서 서비스 받을 방법을 일주일에 7 일 하루 24 시간 응답하며 알려주는 무료 전화번호를 제공할 책임. 1-800-723-8641
- 귀하가 필요하면, 정신 건강 플랜 에서

보장하는 정신 건강 치료를 받을 수
있도록 충분한 서비스 제공자를 확보할
책임.

- 정신 건강 플랜 에서 제공하는 서비스에
관해 귀하에게 알리고 귀하를 교육할 의무
- 귀하의 모국어 또는 (필요하면) 무료 통역사를
통해 서비스를 제공하고 이 통역사 서비스가
제공됨을 알려줄 책임.
- 다른 언어 또는 점자나 대 활자 인쇄물 같은
대체 형식으로 제공되는 서비스 안내를 문서
정보나 오디오 형식으로 제공할 책임. 다음의
언어로 서비스 제공이 가능합니다: 영어,
스페인어, 베트남어, 아랍어, 페르시아어,

한국어, 중국어

- 이 안내서 정보에 많은 변경이 있을 예정인 경우, 변경 유효 날짜보다 최소 30 일 이전에 변경 통지서를 제공할 책임. 많은 변경으로 고려되는 내용에는 제공 서비스의 양과 유형의 증가나 감소, 네트워크 내 서비스 제공자 숫자의 증가나 감소, 또는 정신 건강 플랜 를 통해 받게 될 혜택에 영향을 줄 수 있는 모든 변경 사항이 해당합니다.
- 필요에 따라 귀하의 진료를 제공 하는 다른 플랜 또는 조직과 조정하여 진료 전환을 용이하게 합니다. 수혜자를 위한 진료의뢰서의 절차가 끝나고 새로운 제공자가 수혜자의

진료를 수락하도록 돕습니다.

메디칼 프로그램에 대한 정보

누가 메디칼 을 받을 수 있나요?

Medi-Cal 에서 어떤 유형의 의료보험을 받을 수 있는지 결정하기 위해서는 여러 요인이 검토됩니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- 귀하의 수입
- 귀하의 나이
- 같이 사는 아이가 있으면 그 아이의 나이
- 임신, 시각장애 또는 장애 유무
- Medicare 수혜 여부

Medi-Cal 자격을 위해서는 반드시 캘리포니아주에 거주하고 있어야 합니다. Medi-Cal 자격이 된다고 생각하면 다음에서 신청 방법을 알아보십시오.

어떻게 Medi-Cal 을 신청합니까?

메디칼은 연중 언제든지 신청할 수 있습니다. 다음 방법의 하나를 선택해서 신청할 수 있습니다. 각 구체적인 주소와 연락처는 다음 웹사이트에서 찾을 수 있습니다.

<http://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.

- 우편으로: 다음 웹사이트 주소의 약식 신청서를 사용하여 Medi-Cal 을 신청하십시오 영어 및 기타 언어로 제공.

<http://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal>

cal/eligibility/Pages/SingleStreamApps.aspx.

작성한 신청서를 가까운 카운티 사무실로

보내십시오.:

Santa Ana Social Services

Agency Regional Center

1928 S. Grand Ave., Bldg. B

Santa Ana, CA 92705

- 전화로: 전화로 신청하려면 가까운 카운티

사무실로 전화하십시오.

(800) 281-9799

- 방문: 직접 방문해서 신청하려면 지역 카운티

사무소인 아래 주소로 찾아 가십시오. 여기에서

신청서를 작성하는 데 도움을 받을 수 있습니다.

다른 카운티 에 거주하는 경우 위에 있는

웹사이트를 참조 하십시오.

Santa Ana Social Services

Agency Regional Center

1928 S. Grand Ave., Bldg. B

Santa Ana, CA 92705

- 온라인: 온라인 주소 www.benefitscal.com 또는 www.coveredca.com 에서 신청하십시오.

메디칼은 카운티 단계에서 제공되므로 귀하의
신청서는 귀하 카운티의 소셜 서비스 사무실로
안전하게 직접 전송됩니다.

Santa Ana Social Services Agency Regional
Center

1928 S. Grand Ave., Bldg. B

Santa Ana, CA 92705

신청하는 데 도움이 필요하거나 질문이 있으면

훈련받은 공인 가입 상담사(Certified Enrollment Counselor, CEC)에게 무료로 연락할 수 있습니다. 1-
800-300-1506 으로 전화하거나 웹사이트 주소
<http://www.coveredca.com/get-help/local> 에서
가까운 CEC 를 찾아보십시오.

여전히 메디칼 프로그램에 관해 질문이 있으면 다음
웹사이트에서 더 알아볼 수 있습니다:
<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Steps-to-Medi-Cal.aspx>.

응급 서비스란 어떤 것입니까?

응급 서비스는 정신 의학적 응급 의료 상황을
포함한 예상치 않은 의료 상황을 겪고 있는

수혜자를 위한 서비스입니다. 응급 의료 상황은 그 증세가 아주 심해서(극심한 통증을 동반할 가능성도 있음) 보통 사람이 다음 상황이 언제든지 발생할 수 있을 것으로 예상하는 상황입니다:

- 그 사람의 건강(또는, 임산부인 경우에는 태아의 건강)이 심각한 문제에 빠질 수 있는 경우
- 신체 기능에 심각한 문제가 있을 경우
- 신체 장기 또는 부분에 심각한 문제가 있을 경우

정신 의학적 응급 의료 상황은 보통 사람이 다른 사람이 다음 상황에 부딪혔다고 생각하는 경우입니다:

- 정신병으로 보이는 이유로 자기 자신 또는 다른 사람에게 현재 위험이 되는 경우
- 정신병으로 보이는 이유로 즉시 음식 먹기, 옷 입기, 또는 거주지에 있지 못한 경우

메디칼 회원에게는 일주일에 7일 하루 24시간 응급 서비스가 제공됩니다. 응급 서비스에는 사전 승인이 요구되지 않습니다. 메디칼 프로그램은 응급 상황이 의료적 또는 정신의학적(감정적 또는 정신적) 상황 여부와 관계없이 응급 상황에는 보험 서비스를 제공합니다. 메디칼에 가입되어 있으면 응급실 방문이 설령 응급상황이 아닌 것으로 판명되더라도 이에 대한 비용이 청구되지 않습니다. 응급

상황이라고 생각되면 911로 전화하거나, 병원이나 다른 장소로 가서 도움을 받으십시오.

교통편이 제공됩니까?

본인이 직접 교통편을 제공할 수 없으며 메디칼에서 보장하는 특정 서비스를 받아야 하는 의료적 필요성이 있는 메디칼 회원에게는 비응급 교통편과 비의료적 교통편이 제공될 수 있습니다. 교통편 지원이 필요하면 관리 의료(Managed Care) 플랜에 연락해서 정보와 도움을 받으십시오. 메디칼이 있지만, 관리 의료 플랜에 가입되어 있지 않은 상태이며 비의료적 교통편이 필요하면, 승인받은 유면허 전문 의료 교통편 회사에 직접 전화하거나 의료 보건 관리 제공자에게 전화해서 지역 내

교통편 제공자에 관해 물어볼 수 있습니다.

운수회사에 연락하면 그들은 귀하의 예약 날짜와

시간 정보를 물어볼 것입니다. 비응급 의료

교통편이 필요하면 귀하의 제공자가 비 응급 의료

교통편을 처방할 수 있고 귀하가 예약 방문을

다녀올 수 있도록 교통편을 조정하기 위해 귀하의

교통편 제공자와 연락을 취해줄 것입니다.

자살 충동이 느껴지면 누구에게 연락합니까?

본인 또는 아는 사람이 위기에 처해 있음을 알게

되면 **988** 또는 **1-800-273-TALK(8255)**의 전국 자살

방지 생명의 전화(National Suicide Prevention

Lifeline)로 연락하십시오.

위기 상황에서 도움을 구하고 가까운 정신 건강

프로그램에 연락하려는 주민은 다음으로

연락하십시오:

The mobile Crisis Assessment Team (CAT): Call OC
Links 24/7 at (855) 625-4657

24/7 Emotional Support Warmline: (877) 910-WARM /
(877) 910-9276

Mental Health Plan: (800) 723-8641

귀하 또는 귀하가 아는 사람이 도움이 필요한지 확인하는 방법

내게 도움이 필요한지 어떻게 알 수 있습니까?

많은 사람들이 인생에서 어려운 시기를 보내고 정신

건강 문제를 경험할 수 있습니다. 기억해야 할 가장

중요한 점은 도움을 받을 수 있다는 것입니다. 귀하

또는 귀하의 가족 구성원이 Medi-Cal 수혜 자격이 있고 정신 건강 서비스가 필요한 경우 (800) 723-8641로 정신 건강 플랜 액세스 라인에 전화해야 합니다. 귀하의 관리 의료 계획은 귀하 또는 가족 구성원이 관리 의료 계획이 보장하지 않는 정신 건강 서비스가 필요하다고 생각하는 경우 귀하의 정신 건강 계획에 연락하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 정신 건강 플랜은 귀하에게 필요할 수 있는 서비스 제공자를 찾는 데 도움을 줄 것입니다.

귀하 또는 가족 구성원이 다음 징후 중 하나 이상을 보이는 경우 귀하의 정신 건강 플랜에 전화해야 합니다.

- 하루 중 대부분 거의 매일 우울함(절망감, 무기력, 또는 침체한 기분) 또는 살고 싶지

않은 느낌

- 일반적으로 좋아하던 활동에 대한 흥미 상실
- 단기간의 현저한 체중 감소 또는 증가
- 지나치게 많거나 적은 잠
- 육체적 활동의 감소 또는 과다
- 거의 매일 피곤함을 느낌
- 내가 쓸모없다는 느낌 또는 지나친 죄책감
- 생각, 집중 및/또는 결정에 대한 어려움
- 수면 욕구 감소(몇 시간만 자고 나도 '휴식한' 느낌)
- 정신이 없을 정도로 빠르게 지나가는 생각들
- 너무 빨리 말하거나 말을 멈출 수 없음
- 사람들이 자신을 잡으러 온다는 생각

- 다른 사람이 듣지 못하는 목소리 뭉/또는 소리가 들림
- 다른 사람이 보지 못하는 물체가 보임
- 우울감 (절망감, 무력감, 또는 매우 침체된 느낌) 으로 직장이나 학교에 갈 수 없음
- 개인위생(청결함)에 관심이 없어짐
- 사람들을 이해하고 관계 맺는 데 어려움 있음
- 다른 사람을 피함
- 이유 없이 자주 울게 됨
- 자주 화를 내고 이유 없이 '폭발'함
- 극심한 감정 변화
- 대부분 시간에 초조하거나 걱정이 많음

- 다른 사람들이 이상하거나 기괴하다고

생각하는 행동을 함

아이 또는 청소년이 도움이 필요한지 어떻게 알 수 있습니까?

정신 건강 플랜 액세스 라인에 (800) 723-8641로

연락하거나 자녀 또는 십대가 정신 건강 문제의

징후를 보인다고 생각하는 경우 관리 의료 플랜에

연락하여 선별 검사 및 평가를 받을 수 있습니다.

귀하의 자녀 또는 십대가 Medi-Cal 자격이 있고 정신

건강 플랜 평가에서 정신 건강 플랜에서 보장하는

특수 정신 건강 서비스가 필요하다고 판단되면 정신

건강 플랜은 귀하의 자녀 또는 십대가 서비스를 받을

수 있도록 주선합니다. 귀하의 관리 의료 계획은

또한 귀하의 자녀 또는 십대 청소년이 관리 의료
계획이 보장하지 않는 정신 건강 서비스가
필요하다고 생각하는 경우 귀하의 정신 건강 계획에
연락하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 육아가 정신
적으로 부담스러운 부모나 정신 건강 문제가 있는
부모를 위한 서비스도 있습니다.

다음 확인 목록은 귀하의 아이가 정신 건강 서비스
같은 도움이 필요한지의 평가에 도움이 될 수
있습니다. 하나 이상 징후가 있거나 오랜 기간
존재한다면 전문가 도움이 필요한 더욱 심각한
문제임을 의미할 수 있습니다. 여기 주의 깊게 봐야
할 몇 가지 징후가 있습니다.

- 집중하지 못하거나 가만히 있지 못해 신체적

위험에 처하거나 학교에서 문제를 겪음

- 일상 활동을 방해하는 과도한 걱정이나 두려움
- 이유 없이 갑자기 압도적인 두려움이 나타남. 때때로 심박수가 빨라지거나 호흡이 가빠짐
- 2주 이상 매우 슬프거나 다른 사람에게서 멀어져 일상 활동에 문제를 일으킴
- 관계에 문제를 일으키는 극심한 기분 변화
- 급격한 행동 변화
- 체중 감량을 위해 먹지 않거나 토하거나 완하제를 사용함
- 알코올 또는 약물의 반복 사용
- 자신이나 타인을 해칠 수 있는 심각하고 통제 불능의 행동

- 자해 또는 자살 을 계획 또는 시도
- 반복적인 싸움, 무기 사용 또는 다른 사람을 해치려는
심각한 계획

특수 정신 건강 서비스 이용법

특수 정신 건강 서비스란 무엇입니까?

특수 정신 건강 서비스는 일반 의사가 치료할 수 없는 정신적 질병 또는 감정적 문제를 가진 사람을 위한 서비스입니다. 이 질병이나 문제는 개인의 일상 활동을 영위에 방해가 될 만큼 심각한 상태입니다.

특수 정신 건강 서비스에는 다음이 포함됩니다:

- 정신 건강 서비스
- 약물 지원 서비스
- 집중 사례관리
- 정신과적 위기 중재 서비스

- 정신과적 위기 안정 서비스
- 정신질환자 성인 입주 치료 서비스
- 정신질환자 위기 입주 치료 서비스
- 낮 시간 치료 집중 서비스
- 낮 시간 재활
- 정신과 병원 입원 서비스
- 정신과 보건 시설 서비스
- 동료 지원 서비스 (특정 카운티의 성인에게만

제공되지만 미성년자는 거주 카운티에 관계없이 조기 및
주기적 선별 검사, 진단 및 치료 서비스를 통해 받을 수
있음)

위에 수록된 특수 정신 건강 서비스에 추가하여 21 세
미만 수혜자는 조기 및 주기적

선별검사, 진단 및 치료 (Early and Periodic
Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT)

혜택에 따라 추가 서비스도 받을 수 있습니다. 그
서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 집에서의 집중 서비스
- 집중 관리의 조정
- 행동 치료 서비스
- 치료 위탁 양육

제공되는 각 특수 정신 건강 서비스에 관해 더 많이
알고 싶으면 이 안내서의 "서비스 범주(Scope of
Services)" 부분을 참조하십시오.

특수 정신 건강 서비스는 어떻게 받을 수 있습니까?

특수 정신 건강 서비스가 필요하다고 생각되면 정신 건강 플랜으로 연락해서 초기 평가를 위한 예약을 요청하십시오. 카운티 무료 전화번호로 전화하면 됩니다. 귀하가 수혜자인 경우 관리 의료 계획에서 정신 건강 서비스에 대한 평가를 요청할 수도 있습니다. 관리 의료 계획에서 귀하가 특수 정신 건강 서비스에 대한 기준을 충족한다고 판단하는 경우, 관리 의료 계획은 귀하가 정신 건강 플랜을 통해 정신 건강 서비스를 받도록 전환하는 데 도움을 줄 것입니다. 정신 건강 서비스를 이용하기 위한 잘못된 방법은 없습니다. 서비스 제공자가 서비스가 귀하에게 임상적으로 적절하다고 판단하고 같은 기간 동안 귀하의 메디칼 관리 의료 계획을 통해 특수 정신 건강

서비스와 비전문 정신 건강 서비스를 조정 하에
중복되지 않고 받을 수도 있습니다.

귀하의 주치의, 학교, 가족, 보호자, 메디칼 관리 의료
플랜, 또는 다른 카운티 기관 등을 포함한 다른
사람이나 기관이 정신 건강 플랜을 연락 해 특수
정신 건강 서비스를 귀하를 대신해 진료의뢰를 할
수도 있습니다. 일반적으로, 응급 상황인 경우가
아니면, 진료의뢰절차는 귀하의 승인, 또는 아이인
경우에는 부모 또는 보호자 승인을 요구합니다.

귀하의 정신 건강 플랜은 귀하가 정신 건강 서비스
기준을 충족하는지에 대한 초기 평가 요청을 거부할
수는 없습니다.

특수 정신 건강 서비스는 정신 건강 플랜 (카운티)
또는 정신 건강 플랜과 계약을 맺은 다른 제공자 (예:
클리닉/병원, 치료센터, 지역사회 기관 또는 개인
서비스 제공자)에 의해 서비스가 제공됩니다.

어디에서 특수 정신 건강 서비스를 받을 수 있습니까?

특수 정신 건강 서비스는 현재 거주하는 카운티에서
받을 수 있거나 필요한 경우 카운티 외부에서 전문
정신 건강 서비스를 받을 수 있습니다. 오렌지
카운티 정신 건강 서비스는 오렌지 카운티 전체에
적용됩니다. 오렌지 카운티 정신 건강 서비스는
어린이, 청소년, 성인 및 노인을 위한 전문 정신 건강
서비스를 제공합니다. 21세 미만인 경우 조기 및
정기 검사, 진단 및 치료 (Early and Periodic

Screening, Diagnostic, and Treatment) 에 따라 추가
보장 및 혜택을 받을 자격이 있습니다. 오렌지
카운티 정신 건강 서비스를 통해 제공되는 서비스에
대해 자세히 알아보려면 오전 8시~오후 6시 사이에
(855) OC-LINKS에 전화하여 행동 건강
내비게이터에 연결하거나 OC Links 웹사이트에서
열린 채팅 시간 안에 OC Links 채팅 아이콘을
클릭하십시오:

<http://www.ocalinkinfo.com/bhs/about/nit/oclinks>
[/](#)

귀하의 정신 건강 플랜은 귀하가 특수 정신 건강
서비스를 이용할 수 있는 기준을 충족하는지 여부를

결정할 것입니다. 충족 시 정신 건강 플랜은 평가를 받도록 의뢰절차를 할 것입니다. 전문 정신 건강 서비스를 이용할 수 있는 기준을 충족하지 못하는 경우, 비전문 정신 건강 서비스가 필요한지 여부를 결정할 수 있는 메디칼 관리 케어 플랜 또는 서비스별 수가제 제공자에게 의뢰됩니다. 귀하의 정신 건강 플랜 또는 정신 건강 플랜을 대신하는 제공자가 귀하가 원하거나 받아야 한다고 생각하는 서비스를 거부, 제한, 축소, 지연 또는 종료하는 경우, 귀하는 정신 건강 플랜으로부터 거부 사유를 알리는 서면 통지("불리한 혜택 결정 통지서"라고 함)를 받을 권리와 항소 및/또는 주 청문회를 제출할 수 있다고 통보 받을 권리가 있습니다. 또한 귀하는

거부 사유 결정에 동의하지 않을 경우 항소를
요청할 권리가 있습니다. 통지에 대한 귀하의
권리와 정신 건강 플랜의 결정에 동의하지 않는
경우 해야 할 일에 관한 추가 정보는 아래에서
확인할 수 있습니다.

귀하의 정신 건강 플랜은 귀하가 필요한 치료를
받을 수 있는 제공자를 찾는 데 도움이 될 것입니다.
정신 건강 플랜은 귀하의 집에서 가장 가까운
제공자 또는 귀하의 필요를 충족시킬 시간 및 거리
기준 내에서 귀하를 추천해야 합니다.

언제 특수 정신 건강 서비스를 받을 수 있습니까?

귀하의 정신 건강 플랜은 귀하가 서비스를 받기 위해 예약할 때는 주에서 정한 예약 시간 기준을 따라야 합니다. 정신 건강 플랜은 반드시 다음 예약 시간 기준을 충족하는 예약 시간을 제공해야 합니다.

- 정신 건강 플랜과 비응급 서비스를 시작하기 위한 요청은 10 근무일 이내;
 - 응급 상황에 대한 서비스 요청은 48 시간 이내;
 - 정신과 의사와의 예약 요청은 15 근무일 이내;
- 그리고,
- 진행 중인 조건의 경우 사전 예약 후 10일 근무일 이내

귀하의 정신 건강 플랜은 귀하가 정신 건강 플랜에서 서비스를 받을 수 있도록 정부의 예약 시간 표준을 안에 . 정신 건강 플랜은 귀하에게 약속을 제공해야 합니다.

그러나 서비스 제공자가 더 긴 대기 시간이 적절하고 유해하지 않다고 판단한 경우 이러한 대기 시간이 더 길어질 수 있습니다.

내게 어떤 서비스가 필요한지 누가 결정합니까?

귀하, 귀하의 제공자, 그리고 정신 건강 플랜이 모두 참여하여 귀하가 정신 건강 플랜을 통해서 받을 서비스를 결정합니다. 정신 건강 전문가가 귀하와 이야기하고 귀하의 필요에 따라 어떤 종류의 전문

정신 건강 서비스가 적절한지 결정하는 데 도움을
줄 것입니다.

도움을 요청하기 위해 정신 건강 진단이나 특정 정신
질환 건강 상태가 있는지 알 필요는 없습니다. 정신
건강 플랜은 귀하의 상태를 평가하여 이러한 정보를
얻을 수 있도록 도와드릴 것 입니다. 일상 생활에
부정적인 영향을 미치는 정신 건강 장애가 있는지
또는 치료를 받지 않을 경우 삶에 부정적인 영향을
미칠 가능성이 있는 정신 건강 장애 또는 의심되는
정신 건강 장애가 있는지 여부를 제공자는 평가 해
드릴 것 입니다.

제공자가 이 평가를 수행하는 동안 필요한 서비스를

받으십시오. 정신 건강 진단이나 특정 정신 건강
상태가 없어도 평가 기간 동안 서비스를 받을 수
있습니다.

21세 미만인 경우 외상, 아동 복지 시스템 참여, 청소년
사범 개입 또는 노숙 경험으로 인해 정신 건강 상태가
있는 경우 특수 정신 건강 서비스를 이용할 수도
있습니다. 또한 귀하가 21세 미만인 경우 정신 건강
플랜은 귀하의 정신 건강 상태를 교정하거나 개선하는 데
도움이 되는 의학적으로 필요한 서비스를 제공해야
합니다. 정신 건강 상태를 유지, 지원, 개선 또는 더 견디기
쉬울 수 있도록 할 때 의학적으로 필요한 서비스로 간주됩니다.

일부 서비스는 정신 건강 플랜의 사전 승인이 필요할 수

있습니다. 정신 건강 플랜은 자격을 갖춘 전문가를 고용하여 서비스 승인을 검토해야 합니다. 이 검토 과정을 전문 정신 건강 서비스의 사전 승인이라고 합니다. 정신 건강 플랜의 승인 절차는 특정 일정을 따라야 합니다. 표준 사전 승인의 경우 정신 건강 플랜은 귀하의 상태가 요구하는 한 빨리 제공자의 요청에 따라 결정해야 합니다. 예를 들어, 플랜은 승인 결정을 서두르고 서비스 요청을 받은 후 72시간 이내, 정신 건강 플랜이 요청을 받은 후 달력일 기준 14일 이내에 귀하의 건강 상태와 관련된 기간을 기준으로 통지를 제공해야 합니다.

귀하 또는 귀하의 제공자가 요청하거나 정신 건강 플랜이 귀하의 제공자로부터 더 많은 정보를 얻어야 하고 이에 대한 정당성을 제공하는 경우 타임라인을 최대 14일까지

추가로 연장할 수 있습니다. 연장이 필요할 수 있는
경우의 예는 정신 건강 플랜이 제공자로부터 추가 정보를
받은 경우 제공자의 치료 요청을 승인할 수 있다고
생각하는 경우입니다. 정신 건강 플랜이 제공자의 요청
일정을 연장하는 경우 카운티에서 연장에 대한 서면
통지를 보낼 것입니다.

사전 승인이 필요한 서비스에는 집중 가정 기반 서비스,
주간 치료 집중, 주간 재활, 치료 행동 서비스 및 치료 위탁
보호가 포함됩니다. 정신 건강 플랜에 사전 승인 절차에
대한 자세한 정보를 요청할 수 있습니다. 정신 건강
플랜에 전화하여 추가 정보를 요청하십시오.

정신 건강 플랜이 요청된 서비스를 거부, 지연, 축소 또는

종료하는 경우, 정신 건강 플랜은 귀하에게 서비스가 거부되었음을 알리는 불리한 혜택 결정 통지서를 보내고, 귀하가 항소를 제기할 수 있음을 알리고, 이의 제기 방법에 대한 정보를 제공해야 합니다. 귀하의 서비스를 거부하거나 동의하지 않는 기타 조치를 취하기로 한 정신 건강 플랜의 결정에 동의하지 않을 때 불만 또는 이의 제기를 제기할 수 있는 귀하의 권리에 대해 자세히 알아보려면 84페이지의 정신 건강에 의한 불리한 혜택 결정 섹션을 참조하십시오.

의학적 필요성이란 무엇입니까?

귀하가 받는 서비스는 귀하의 상태를 해결하기 위해 의학적으로 필요하고 적절해야 합니다. 21세 이상의 개인의 경우 귀하의 생명을 보호하거나 심각한 질병이나

장애를 예방하거나 심한 통증을 완화하기 위해

합리적이고 필요한 경우 서비스가 의학적으로 필요합니다.

21세 미만의 개인의 경우, 서비스가 정신 건강 상태를

교정, 유지, 지원, 개선 또는 더 견딜 수 있게 만드는 경우

서비스가 의학적으로 필요합니다. 정신 건강 상태를 유지,

지원, 개선 또는 더 견딜 수 있게 만드는 서비스는

의학적으로 필요한 것으로 간주되며 조기 및 정기 검진,

진단 및 치료 서비스로 보장됩니다.

정신 건강 플랜 에서 보장하지 않는 다른 정신 건강

서비스는 어떻게 받을 수 있습니까?

Medi-Cal 관리 의료 플랜에 가입되어 있으면 그 프로그램을 통해서 다음 외래 정신 건강 서비스를 받을 수 있습니다.

- 개인, 그룹 및 가족 정신 건강 진단 및 치료.
- 임상적으로 지시된 경우 정신 건강 상태를 평가하기 위한 심리 및 신경심리학적 검사.
- 약물치료 감시를 위한 통원 환자 서비스.
- 정신과 상담.
- 실험실 검사, 약물(대부분의 의약품은 행위별수가제 메디칼 프로그램에 따라 보장됩니다), 의료용품 및 보충제 포함한 통원 환자 서비스.

이 서비스 중 하나를 받으려면 Medi-Cal 관리 의료

플랜으로 직접 전화하십시오. Medi-Cal 관리 의료 플랜에 가입되어 있지 않으면, Medi-Cal을 취급하는 개별 서비스 제공자 및 병원에서 이 서비스를 받을 수 있습니다. 정신 건강 플랜은 귀하를 도울 수 있는 제공자 및 병원을 찾기를 돕거나 제공자 및 병원을 찾는 여러 방법을 제공할 수 있습니다.

Medi-Cal을 취급하는 모든 약국은 정신 건강 치료를 위한 처방 약을 지을 수 있습니다. 약국에서 조제하는 대부분의 처방약은 귀하의 관리 의료 플랜이 아닌 행위별수가제 메디칼 프로그램에 따라 보장된다는 점에 유의하십시오.

정신 건강 플랜로 제공되지 않는 다른 Medi-Cal

서비스(1차 관리/의료 서비스)는 어떻게 받을 수 있습니까?

관리 의료 (Managed Care) 플랜에 가입한 경우, 플랜에서 의료 서비스 제공자를 찾을 책임이 있습니다. 관리 의료 (Managed Care) 플랜에 가입되어 있지 않고 "일반" Medi-Cal(행위별수가제 메디칼 이라고도 함)이 있는 경우 Medi-Cal을 받는 모든 의료 서비스 제공자에게 갈 수 있습니다. 서비스를 받기 시작하기 전에 반드시 Medi-Cal이 있다고 제공자에게 알려야 합니다. 그렇지 않으면, 서비스 청구서를 받게 될 수 있습니다.

가족계획 서비스를 위해서는 보건 플랜 밖의 제공자를 이용할 수 있습니다.

알코올이나 약물 문제가 있으면 어떻게 합니까?

알코올이나 약물치료 서비스가 필요하다고 생각되면 귀하
카운티의 알코올 및 약물 프로그램 부서로 연락하십시오:

Orange County Drug Medi-Cal Organized Delivery System information

DMC-ODS서비스를 제공받으려면 주 7일 24시간 수혜자
액세스 라인 (Beneficiary Access Line) 800-723-8641로
연락하십시오. ODS플랜에 관한 추가 정보를 원하시면
멤버 서비스 855-625-4657로 월-금 오전 8시부터
오후 6시사이에 연락하십시오. 귀하는 Medi-Cal 수혜자로서
필요한 알코올이나 약물치료 서비스 수혜 자격이 있습니다.

다음의 웹사이트를 방문하셔도 됩니다:

www.ocalthinfo.com/dmc-ods

어떤 이유로 정신 질환 입원 서비스가 필요할 수 있나요?

쉽게 치료될 수 없는 정신적 질병이나 정신 질병
증세가 있으며 정신적 질병이나 정신 질병 증세
때문에 다음이 발생할 수 있는 경우에는 병원에
입원해야 할 수 있습니다.

- 지금 귀하나 다른 사람에게 위험이 되거나 심각한
재물 파괴 가능성이 있을 때
- 음식, 의복 및 주거를 제공 또는 사용할 수 없을 때
- 귀하의 육체 건강에 심각한 해가 될 가능성이 있을
때
- 정신적 질병 때문에 최근 활동 기능이 현저히
떨어졌을 때

- 병원에서만 제공될 수 있는 정신과적 평가,
약물치료 또는 기타 치료가 필요할 때

서비스 제공자 선택

내가 필요한 특수 정신 건강 서비스 제공자를 어떻게 찾습니까?

정신 건강 플랜는 온라인에 현 제공자 주소록을 게시할 의무가 있습니다. 현재 제공자에 대한 질문이 있거나 개정된 제공자 주소록을 받고 싶으면 웹사이트 주소,

http://www.ochhealthinfo.com/bhs/about/medi_cal를

방문하거나 무료 전화로 연락하십시오. 목록을 요청하면 서면 또는 우편으로 받아볼 수 있습니다.

정신 건강 플랜는 귀하의 서비스 제공자 선택에 몇 가지 제한을 둘 수 있습니다. 전문 정신 건강 서비스를 처음 받기 시작할 때 정신 건강 플랜에 최소 두 곳의 서비스 제공자를

처음 선택하도록 요청할 수 있습니다. 정신 건강 플랜은 반드시 귀하의 제공자 변경을 허용해야 합니다. 귀하가 제공자 변경을 요청하면 정신 건강 플랜은 적어도 두 제공자 사이에서 선택하는 것을 허용해야 합니다.

정신 건강 플랜은 가입자가 적시에 치료를 받을 수 있도록 하고, 필요한 경우 정신 건강 플랜이 보장하는 정신건강 치료 서비스를 받을 수 있도록 가까운 곳에 충분한 의료 제공자가 있는지 확인할 책임이 있습니다.

정신 건강 플랜의 계약 제공자가 더 이상 전문 정신 건강 서비스를 제공하지 않기로 결정하는 경우가 있습니다. 정신 건강 플랜 제공자는 더 이상 정신 건강 플랜과 계약을 맺을 수 없으며, 자체적으로 또는 정신 건강 플랜의 요청에 따라

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스 환자를 더 이상 받을 수 없습니다. 이 경우가 발생하면 정신 건강 플랜은 반드시 그 제공자에게 특수 정신 건강 치료를 받는 모든 사람에게 문서로 통보할 충분한 노력을 기울여야 합니다. 수혜자에 대한 통지는 종료 발효일 30일 전 또는 정신 건강 플랜이 제공자의 업무 중단을 알게 된 후 15일 후에 제공되어야 합니다. 이 경우가 발생하면, 귀하와 제공업체가 동의하는 경우, 귀하의 정신 건강 플랜은 정신 건강 플랜을 떠난 이 제공자로부터 계속 서비스를 받도록 허락해야 합니다. 이를 '의료 관리 지속'이라고 하며 아래에 설명되어 있습니다.

현재 제공자에게서 계속 서비스를 받을 수 있습니까?

또한, 이미 정신 건강 서비스를 다른 정신 건강 플랜, 관리 의료 플랜 또는 개별 Medi-Cal 의사로부터 받는 중이면, “의료 관리의 지속”을 요청하여 다음 경우를 포함하지만, 이에 제한되지 않는, 특정 상황에서 최대 12개월까지 현 제공자에게서 치료받을 수 있습니다.

- 귀하가 요청하는 제공자와 이미 관계가 존재하는 경우;
- 계속된 치료를 위해 현재 제공자와 계속 관계해야 할 필요가 있는 경우 또는 새로운 제공자로 변경하면 귀하의 정신 건강 상태에 해가 될 수 있는 경우;
- 귀하 제공자가 자격이 있으며 Medi-Cal 요건을 충족하는 경우; 그리고
- 제공자가 정신 건강 플랜과 계약을 위한 정신 건강 플랜 약관에 동의하는 경우.

서비스의 범위

귀하가 특수 정신 건강 서비스에 대한 기준을 충족하면 필요에 따라 다음 서비스가 제공될 수 있습니다. 귀하의 제공자와 귀하가 함께 협조하여 어떤 서비스가 귀하에게 최선일지 결정합니다.

정신 건강 서비스

- 정신 건강 서비스는 정신 질환이 있는 환자가 일상생활을 해나갈 기법을 개발하는 데 도움을 주는 개인, 그룹 또는 가족 기반 치료 서비스입니다. 이 서비스에는 서비스를 받는 사람에 대한 서비스 향상을 위해 제공자가 하는 업무도 포함됩니다. 이 유형의 업무에는 다음이 포함됩니다: 귀하가 서비스를

필요한지 그리고 그 서비스가 도움이 되는지를
확인하기 위한 평가; 귀하의 정신 건강 치료의 목표
및 제공될 특정 서비스를 결정하기 위한 개발 계획;
그리고, "주변 인물과의 협력"인데 이는 귀하의
일상생활 능력을 향상하고

약물 지원 서비스

- 이 서비스에는 정신 질환 치료 약의 처방, 투여,
분배 및 감독 그리고 정신 질환 치료 약에 대한
교육이 포함됩니다. 약물 지원 서비스는 병원
또는 제공자 사무실에서, 전화나 원격진료, 또는
귀하의 집 또는 다른 지역사회의 장소에서
제공될 수 있습니다.

집중 사례 관리

- 이 서비스는 정신 질환이 있는 사람이 스스로 서비스를 받기 어려울 수 있을 때 그들이 의료적, 교육적, 사회적, 직업 전 및 직업적, 재활, 또는 기타 지역사회 서비스를 받는 것을 도와줍니다. 집중 사례 관리는 계획 개발; 의사소통, 조정, 추천; 회원의 서비스 및 서비스 전달 시스템에 대한 접속 확인을 위한 서비스 전달 모니터링; 그리고, 회원의 진척도 모니터링이 포함되지만 이에 국한 되지는 않습니다.

위기 중재 서비스

- 이 서비스는 즉각적인 조치가 필요한 응급 상황을 해결하기 위해 제공됩니다. 위기 중재 서비스의 목적은 지역사회 주민을 도와서 그들이 병원에 입원하지

않도록 하는 것입니다. 위기 중재 서비스는 최대 8시간까지 지속할 수 있으며 병원 또는 제공자 사무실에서, 전화나 원격진료, 또는 귀하의 집 또는 다른 지역사회 장소에서 제공될 수 있습니다.

위기 안정화 서비스

- 이 서비스는 즉각적인 조치가 필요한 응급 상황을 해결하기 위해 제공됩니다. 위기 안정화 서비스는 24시간 미만 지속할 수 있으며 반드시 면허가 있는 24시간 운영되는 보건 관리 시설, 병원의 외래 환자 프로그램, 또는 위기 안정화 서비스를 제공하도록 인증된 제공자 시설에서 제공되어야 합니다.

성인 입주 치료 서비스

- 이 서비스는 정신 질환이 있는 사람에게 입주 치료 서비스를 제공하는 면허 받은 시설에서 사는 사람에게 정신 건강 치료와 기술 습득을 제공합니다. 이 서비스는 일주일에 7일 하루 24시간 제공됩니다. Medi-Cal에서는 성인 입주 치료 서비스를 제공하는 시설에 머무는 숙식비는 보험으로 처리하지 않습니다.

위기 거주 치료 서비스

- 이 서비스는 심한 정신 질환 또는 감정적 위기가 있지만, 정신 병원에서의 관리는 필요 없는 사람에게 정신 건강 치료와 기술 습득을 제공합니다. 이 서비스는 면허를 받은 시설에서 일주일에 7일 하루 24시간 제공됩니다. Medi-Cal에서는 위기 입주 치료

서비스를 제공하는 시설에 머무는 숙식비는 보험으로
처리하지 않습니다.

주간 집중 치료 서비스

- 이 서비스는 이 서비스가 없이는 병원이나 다른
24시간 관리 시설에 머물어야만 하는 그룹이나
사람들에게 정신 건강 치료를 제공하는 체계적인
프로그램입니다. 이 프로그램은 하루에 적어도
3시간 지속합니다. 사람들은 저녁에는 자기
집으로 돌아갈 수 있습니다. 이 프로그램에는
기술 습득 활동과 치료뿐만 아니라 정신과
치료가 포함됩니다.

주간 재활

- 이는 정신 질환이 있는 사람이 일상생활 대처

기법을 개발하고 정신 질환 증상의 더 효과적인
관리법 습득을 도와주기 위해 고안된 체계적인
프로그램입니다. 이 프로그램은 하루에 적어도
3시간 지속합니다. 이 프로그램에는 기술 습득
활동과 치료가 포함됩니다.

정신과 입원 서비스

- 이는 유면허 정신 건강 전문가에 의해 해당
환자가 24시간의 집중적인 정신 건강 치료를
받아야 한다는 결정에 따라 면허 받은
정신병원에서 제공되는 서비스입니다.

정신과 건강 시설 서비스

- 이 서비스는 심각한 정신 건강 질병에 대한

24시간의 재활 치료를 전문으로 하는 면허받은
정신 건강 시설에서 제공됩니다. 정신 건강
시설은 반드시 그 시설에 있는 사람들의 육체적
건강 관리 요건을 충족할 동의서를 가까운 병원
또는 진료소와 맺고 있어야 합니다.

아이, 청소년 및/또는 만 21세 미만의 젊은 성인을 위한 특별 서비스가 있습니까?

21세 미만 수혜자는 조기 및 주기적 선별검사, 진단
및 치료(Early and Periodic Screening, Diagnostic,
and Treatment, EPSDT)라고 불리는 혜택을 통해
추가 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다.

조기 및 주기적 선별검사, 진단 및 치료 서비스를

받을 자격이 되려면, 수혜자는 반드시 21세

미만으로서 전면적인 Medi-Cal이 있어야 합니다.

조기 및 주기적 선별검사, 진단 및 치료는 모든 정신

건강 질환의 치료나 개선 서비스를 보장합니다.

정신 건강 상태를 유지, 지원, 개선 또는 더 견딜 수

있게 만드는 서비스는 정신 건강 상태를 돕는

것으로 간주되며 따라서 의학적으로 필요한 것으로

간주되고 조기 및 정기 검진, 진단 및 치료 서비스로

보장됩니다.

조기 및 주기적 선별검사, 진단 및 치료 서비스 혜택에 관해

질문이 있으면 800-723-8641으로 전화 또는 이

웹사이트를 방문하세요: [DHCS Early and Periodic](#)

[Screening, Diagnostic, and Treatment webpage.](#)

아이, 청소년 및 21세 미만의 젊은 성인을 위해 다음 서비스도 정신 건강 플랜에서 제공합니다: 행동 치료 서비스(Therapeutic Behavioral Services), 집중 관리 조정(Intensive Care Coordination), 집에서의 집중 서비스(Intensive Home Based Services) 및 위탁 치료 관리(Therapeutic Foster Care) 서비스.

행동 치료 서비스(TBS)

행동 치료 서비스는 21세까지 수혜자를 위한 집중적이고, 개별화된, 단기 외래환자 치료 중재 서비스입니다. 이 서비스를 받는 개인은 심각한 감정 장애가 있으며 스트레스가 많은 변화나 삶의 위기를 경험하고 있으며, 그들의 치료 계획 문서에 명시된 결과 달성을 위해

단기적인 특정 지원 서비스를 추가로 필요합니다.

행동 치료 서비스는 귀하에게 심각한 감정적 문제가
있으면 각 정신 건강 플랜를 통해 제공되는 특수
정신 건강 서비스의 한 유형입니다. 행동 치료
서비스를 받으려면, 정신 건강 서비스를 받아야
하고, 21세 미만이며, 전면적인 Medi-Cal이 있어야
합니다.

- 귀하가 집에서 살고 있으면, 행동 치료 서비스
직원이 귀하와 일대일로 협력하여 귀하가 아주
심각한 감정적 문제를 가진 아이, 청소년 및
21세 미만의 청소년을 위한 그룹 주거 시설 같은
더 높은 단계 관리가 필요한 곳으로 가는 것을

방지할 목적으로 심각한 행동 문제를
개선합니다.

- 귀하가 아주 심각한 감정적 문제를 가진 아이,
청소년 및 21세 미만의 청소년을 위한 그룹 주거
시설에 머물고 있으면, 행동 치료 서비스 직원이
귀하와 협력하여 귀하가 위탁 가정이나 귀하의
집과 같은 더 낮은 단계 관리가 필요한 곳으로
이주할 수 있도록 합니다.

행동 치료 서비스는 귀하와 귀하 가족, 관리자, 또는
보호자가 문제 행동을 해결하고 귀하가 성공하도록
하는 행동을 증가하는 새 방법을 배우는 것을
도와줍니다. 귀하, 행동 치료 서비스 직원, 그리고
귀하 가족, 관리자, 또는 보호자는 서로 한 팀이

되어 귀하가 더는 TBS를 필요하지 않을 때까지
단기간 문제가 있는 행동을 해결합니다. 귀하는 TBS
동안 귀하, 귀하 가족, 관리자, 또는 보호자 및 행동
치료 서비스 직원이 어떤 일을 할 것인지 그리고
언제 어디서 행동 치료 서비스가 이루어질지를
설명하는 TBS 계획서를 갖게 됩니다. 행동 치료
서비스 직원은 귀하가 문제 행동에 도움이 필요할
확률이 많은 대부분 장소에서 귀하와 함께 일할 수
있습니다. 여기에는 귀하의 집, 위탁 가정, 그룹 주거
시설, 학교, 주간 치료 프로그램 및 지역사회의 여러
다른 장소가 포함됩니다.

집중 관리의 조정

집중 관리의 조정은 전면적인 Medi-Cal 자격을 갖추고

이 서비스에 대한 의료적 필요성을 충족하는 21세 미만 수혜자를 평가하고, 관리 계획을 짜고, 서비스를 조정하기 위한 목표 대상 케이스 관리 서비스입니다.

집중 관리의 조정 서비스 요소에는 평가; 서비스 계획 수립 및 적용; 감시 및 적응; 그리고 서비스 이전이 포함됩니다. ICC 서비스는 아이, 그 가족 및 연관된 아이에게 서비스를 제공하는 시스템 사이의 협조 관계를 보장하기 위한 아이 및 가족 팀(Child and Family Team, CFT) 설립을 포함한 통합 실습 모델(Integrated Core Practice Model, ICPM) 원칙을 통해 제공됩니다.

아이 및 가족 팀은 공식 지원(예: 관리 조정자, 제공자

및 아이에게 서비스를 제공하는 기관의 케이스 관리자), 자연적 지원(예: 식구, 이웃, 친구 및 종교인) 그리고 고객의 계획 수립과 적용을 위해 함께 일하며 아이들과 그 가족이 목표에 도달하도록 도울 책임이 있는 다른 사람들을 포함합니다. 집중 관리의 조정 는 다음을 수행하는 집중 관리의 조정은 조정자도 제공합니다:

- 의료적으로 필요한 서비스가 반드시 힘을 기반으로 하여, 각 개인에 맞추어, 고객 위주로, 문화 및 언어적으로 경쟁력이 있는 방법으로 접속되고, 조정되고, 제공되도록 하는 역할.
- 서비스와 지원이 아이의 필요성에 따라 안내되도록 하는 역할.

- 아이, 그 가족 및 그들에게 서비스를 제공하는 데
연관된 시스템 사이에 협조적 관계가 성립하도록
돕는 역할.
- 부모/관리사의 아이의 필요성에 따라 지원하는
역할.
- 집중 관리의 조정의 설정을 돕고 계속된 지원을
제공하는 역할.
- 아이가 그들의 지역사회에서 서비스를 받을 수
있도록 제공자와 아이에게 서비스를 제공하는
시스템 전체에 걸친 관리 방법을 조직하고
일치시키는 역할.

재택 집중 서비스

재택 집중 서비스는 아이/청소년의 기능에 방해가 되는 정신 건강 질환을 변경 또는 개선할 목적으로 만들어진 개별화된, 힘을 기반으로 한 중재이며 그 목적은 아이/청소년이 집과 지역사회에서 성공적으로 기능하는데 필요한 기술을 배우는 것을 돕고, 아이/청소년 가족이 아이/청소년이 집과 지역사회에서 성공적으로 기능하는 것을 도울 능력을 향상하는 것입니다.

재택 집중 서비스는, 평가, 계획 수립, 치료, 재활 및 주변 사람 협조 등을 포함하지만, 이에 제한되지 않는 가족의 전반적인 서비스 계획 조정과 함께 아이 및 가족 팀에 의한 설립을 포함한 통합 실습 모델에 따라 수립된 개별화된 치료 계획에 따라 제공됩니다. 재택 집중 서비스는 21세 미만으로서 전면적인 Medi-Cal이 있고, 이 서비스에 대한

의료적 필요성을 충족하는 수혜자에게 제공됩니다.

치료 위탁 보호

치료 위탁 보호 서비스 모델은 21세까지의 복잡한 감정적 및 행동적 필요성이 있는 미성년자에게 단기의 집중적인, 외상성 정보를 포함한, 개별화된 특수 정신 건강 서비스를 제공할 수 있도록 합니다. 이 서비스에는 계획 수립, 재활 및 주변 사람 협조 등이 포함됩니다. 치료 위탁 보호에서는 아이들이 집중적으로 감시하는, 훈련받은, 치료 위탁 보호를 지원하는 부모들과 함께 있도록 돕니다.

전화 또는 원격 의료로 이용 가능한 서비스

전화 또는 원격 의료로 제공할 수 있는 서비스:

- 정신 건강 서비스
- 약물 지원 서비스
- 위기 중재 서비스
- 목표 케이스 관리
- 집중 관리 조정
- 동료 지원 서비스

이러한 서비스의 일부 측면은 원격 진료 또는 전화를 통해 제공될 수 있습니다:

- 주간 집중 치료 서비스
- 주간 재활
- 성인 입주 치료 서비스
- 위기 거주 치료 서비스
- 위기 안정화 서비스

전화 또는 원격 의료로 제공할 수 없는 서비스:

- 정신과 건강 시설 서비스
- 정신과 입원 서비스
- 행동 치료 서비스
- 집에서의 집중 서비스
- 위탁 치료 관리 서비스**

정신 건강 플랜의 부정적 혜택 결정 (부정적 혜택 결정)

정신 건강 플랜가 내가 원하거나 필요하다고 생각하는 서비스를 거부하면 내게 어떤 권리가 있습니까?

귀하가 원하거나 반드시 받아야 한다고 생각하는 서비스를 귀하의 정신 건강 플랜 또는 정신 건강 보험을 대신하는 의료 제공자가 거부, 제한, 지연 또는 중단하면, 귀하에게는 정신 건강 플랜에서 통보(“부정적 혜택 결정 통지서”)를 받을 권리가 있습니다. 귀하에게는 항소를 요청해서 그 결정에 동의하지 않을 권리도 있습니다. 다음은 이 통지서 및 귀하가 정신 건강 플랜 결정에 동의하지 않는 경우 귀하 권리에 관해 설명하고 있습니다.

부정적 혜택 결정이란 무엇입니까?

부정적 혜택 결정은 정신 보험 플랜이 취한 다음 조치 중 하나를 의미하는 것으로 정의됩니다.

1. 서비스 유형 또는 수준, 의학적 필요성, 적절성, 설정 또는 보장 혜택의 효과에 근거한 결정을 포함하여 요청된 서비스의 거부 또는 제한적 승인;
2. 이전에 승인된 서비스의 축소, 일시 중단 또는 종료;
3. 서비스에 대한 결제의 전부 또는 일부를 거부하는 행위;
4. 적시에 서비스를 제공하지 못하는 경우;
5. 불만 및 이의 제기의 표준 해결에 필요한 기간 내에 조치를 취하지 않는 경우 (정신 건강 플랜에 고충을 제기했는데 90일 이내에 고충에 대한 서면 결정으로

응답하지 않는 경우. 정신 건강 플랜에 이의신청을
제기했는데 30일 이내에 이의신청에 대한 서면
결정으로 응답하지 않는 경우, 또는 신속 이의 제기를
제기하고 72시간 이내에 응답을 받지 못한 경우);
또는

6. 수혜자의 재정적 책임에 대한 이의를 제기하는 요청을
거부하는 행위.

부정적 혜택 결정 통보란 무엇입니까?

부정적 혜택 결정 통지서는 귀하와 귀하의 제공자가 귀하가
받아야 할 것으로 믿는 서비스를 정신 건강 플랜 가 거부,
제한, 지연 또는 종료하기로 하여 정신 건강 플랜 에서
귀하에게 보내는 편지입니다. 여기에는 서비스에 대한 지불
거부, 서비스가 보장되지 않는다는 주장에 근거한 거부,

서비스가 의학적으로 필요하지 않다는 주장에 근거한 거부, 서비스가 잘못된 전달 체계에 대한 거부, 재정적 책임에 대한 분쟁 요청에 대한 거부가 포함됩니다. 부정적 혜택 결정 통지서는 귀하의 불만, 항소, 또는 속성 항소가 제때 해결되지 않았거나, 정신 건강 플랜의 서비스 제공 시간 기준 안에 귀하가 서비스를 받지 못한 경우 이를 알려주기 위해서도 사용됩니다.

통보 시기

정신 건강 플랜은 이전에 승인된 전문 정신 건강 서비스의 종료, 중단 또는 축소에 대한 조치 날짜 최소 10일 전에 수혜자에게 통지서를 우편으로 발송해야 합니다. 또한 정신 건강 플랜은 지불 거부 결정 또는 요청된 전문 정신 건강 서비스의 전부

또는 일부를 거부, 지연 또는 수정하는 결정이
내려진 날로부터 영업일 기준 2일 이내에
수혜자에게 통지서를 우편으로 발송해야 합니다.

부정적인 혜택 결정 통지서에는 어떤 내용이 포함되어 있나요?

부정적인 혜택 결정 통지서는 다음 내용을
알려드립니다:

- 정신 건강 플랜 결정 중 귀하와 귀하가 서비스를 받는 데 영향을 준 결정.
- 결정 유효일 및 결정 이유.
- 결정을 내렸을 때 따랐던 연방 또는 주 법.
- 정신 건강 플랜 결정에 관해 귀하가 동의하지 않을 때 이의신청을 제기할 수 있는 귀하가 권리.

- 정신 건강 플랜에 대한 항소 접수 방법.
- 귀하의 항소에 대한 정신 건강 플랜의 결정에
만족하지 않는 경우 주(State)에 심의회를
요청하는 방법.
- 속성 항소 또는 속성 주 심의회를 요청하는 방법.
- 항소 접수 또는 주 심의회 요청 방법에 관해
도움을 받는 방법.
- 얼마 기간 안에 항소를 접수하거나 주 심의회를
요청해야 하는지.
- 항소 또는 주 위원회 결정을 기다리는 동안 계속
서비스를 받을 권리, 이러한 서비스의 지속을
요청하는 방법 및 이러한 서비스 비용이 Medi-
Cal에서 보장되는지 여부.

- 계속 서비스를 받기 원하면 항소 접수 또는 주 심의회 요청을 해야만 하는 때.

부정적 혜택 결정 통보를 받으면 어떻게 해야 하나요?

부정적 혜택 결정 통보를 받으면 반드시 그 양식에 나와 있는 정보를 주의 깊게 읽어야 합니다. 이 양식을 제대로 이해할 수 없으면 다른 사람에게 도움을 요청하거나 정신 건강 플랜에서 도와줄 수 있습니다. 정신 건강 플랜에서 귀하의 서비스가 중단 또는 축소된다고 알려주었지만, 귀하가 그 결정에 동의하지 않으면 귀하에게는 그 결정에 관해 항소를 요청할 권리가 있습니다. 항소 또는 주 심의회 결정이 날 때까지는 계속 서비스를 받을 수도 있습니다. 반드시 부정적 혜택 결정 통지서를 받은 날짜로부터 10일

이내 또는 변경 유효일 이전에 서비스의 지속을
요청해야만 합니다

문제 해결 과정: 불만 또는 항소의 접수

정신 건강 플랜서 원하는 서비스를 받지 못하면 어떻게 해야 할까요?

귀하의 정신 건강 플랜에는 귀하가 원하거나 받는 특수 정신 건강 서비스와 관련된 모든 문제에 대한 불만이나 문제의 해결 과정이 있어야 합니다. 이는 문제 해결 과정이라 불리며 다음 과정이 포함될 수 있습니다.

1. 불만 처리 과정 – 부정적 혜택 결정을 제외한

귀하의 모든 특수 정신 건강 서비스 또는 정신 건강 플랜에 관한 불만족의 표현.

2. 항소 과정 – 정신 건강 플랜 또는 귀하의

서비스 제공자에 의한 귀하의 특수 정신 건강

서비스에 대한 결정(예: 서비스 거부, 해지 또는 축소)의 검토.

3. 주 심의회 과정 – 정신 건강 플랜가 귀하의 항소를 거부하여 주 행정법 판사 앞에서 행정적인 공청회를 요청하는 과정.

불만 처리, 항소, 또는 주 심의회의 접수는 절대로 귀하에게 불리하게 작용하지 않으며 귀하가 받는 서비스에도 영향을 주지 않습니다. 불만 처리나 항소 접수는 귀하가 필요한 서비스를 받는 것과 귀하의 특수 정신 건강 서비스의 모든 문제 해결에 도움이 됩니다. 불만 처리나 항소 접수는 정신 건강 플랜 서비스 개선에 도움이 될 정보를 제공하므로 정신 건강 플랜에도 도움이 됩니다. 불만 처리나 항소가

종료되면 정신 건강 플랜는 귀하와 관련된 모든 사람에게 최종 결과를 통보합니다. 귀하의 주 심의회가 종료되면 주 심의회 사무국에서 귀하와 다른 관련된 모든 사람에게 최종 결과를 통보합니다. 다음에서 각 문제 해결 과정에 관해 더 자세히 알아보십시오.

항소, 불만 처리 또는 주 심의회 접수를 위한 도움을 받을 수 있습니까?

정신 건강 플랜에는 이 과정을 귀하에게 설명해주고 문제에 관해 불만 처리 또는 항소로 접수하거나 주 심의회를 요청해줄 사람이 있습니다. 또한, 정신 건강 플랜는 귀하가 ‘속성’ 과정으로 불리는 과정에 대한 자격이 있는지의 결정에도 도울 수 있는데, 속성 과정은 귀하의 건강과

안정성에 위험이 있으면 항소가 더 빨리 검토되고 처리될 수 있습니다. 또한, 귀하는 특수 정신 건강 서비스 제공자를 포함한 자신을 대신해줄 다른 사람을 승인할 수도 있습니다.

도움이 필요하면, 전화 1-866-308-3074 또는 TTY 1-866-308-3073으로 연락하십시오.

정신 건강 보험은 불만 사항 또는 이의 제기와 관련된 양식 및 기타 절차 단계를 작성하는 데 합리적인 지원을 제공해야 합니다. 여기에는 통역 서비스 및 통역사를 통한 무료 TTY/TDD 제공이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

주에서 내 문제/질문을 도와줄 수 있나요?

월요일부터 금요일(공휴일 제외) 오전 8시부터 오후
5시까지 보건 관리 서비스 부서(Department of Health Care
Services), 옴부즈맨(민원도우미) 사무국으로 전화 **(888)**

452-8609 또는 이메일

MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.로 연락할 수

있습니다.

참조: 이메일 메시지는 기밀이 유지되지 않을 수 있습니다.

이메일 메시지에는 개인 정보를 포함하지 마십시오.

가까운 법률 지원 사무실이나 다른 그룹에서 무료로 법률
지원을 받을 수도 있습니다. 캘리포니아주 소셜 서비스

부서(CDSS)의 공공 문의 및 응답 유닛 전화 **(800) 952-**

5253(TTY는 **(800) 952-8349**)으로 연락해서 공청회 권리에
관해 질문할 수도 있습니다.

불만 처리 과정

불만이란 무엇인가요?

불만은 항소 및 주 심의회 과정에서 처리되지 않는
귀하의 특수 정신 건강 서비스에 대한 모든 불편함에
대한 표현입니다.

불만 처리 과정이란 무엇인가요?

불만 처리 과정은 귀하의 서비스 또는 정신 건강
플랜에 대한 귀하의 불만 또는 불평을 검토하는 정신
건강 플랜의 과정입니다.

언제든지 구두 또는 서명으로 불만을 접수할 수
있으며 불만을 접수해도 귀하의 권리나 서비스가

없어지지 않습니다. 불만을 접수해도 귀하 제공자가
곤경에 빠지지도 않습니다.

귀하는 다른 사람, 옹호자 또는 서비스 제공자를
자신을 대신해줄 사람으로 승인할 수 있습니다. 다른
사람을 귀하를 대신할 사람으로 승인하면 정신 건강
플랜은 정신 건강 플랜가 그 사람에게 귀하 정보를
공개하도록 허락하는 양식을 귀하에게 서명할 것을
요구할 수 있습니다.

불만에 대한 결정을 내리는 정신 건강 플랜 에서
일하는 모든 사람은 반드시 그 결정을 내릴 자격을
갖춰야 하고 이전의 어떤 결정 과정 단계에도
참여하지 않았어야 합니다.

언제 불만을 접수할 수 있나요?

특수 정신 건강 서비스에 만족하지 않거나 정신 건강 플랜에 대한 다른 우려 사항이 있으면 언제든지 정신 건강 플랜에 불만을 접수할 수 있습니다.

어떻게 불만을 접수합니까?

불만 접수에 대한 도움을 받으려면 귀하의 정신 건강 플랜로 연락하면 됩니다. 불만은 구두 또는 문서로 접수할 수 있습니다. 구두 불만을 문서로 다시 보낼 필요는 없습니다. 문서로 불만을 접수하고 싶으면 정신 건강 플랜에서 미리 주소가 적힌 봉투를 모든 제공자 사무실에 준비하여 귀하가 우편으로 보낼 수 있도록 하고 있습니다. 미리 주소가 적힌 봉투가 없으면 불만 접수 우편을 이 안내서 앞면에 기재된 주소로 직접 보내면 됩니다.

정신 건강 플랜가 내 불만을 접수했는지 어떻게 확인합니까?

정신 건강 플랜는 서면 확인을 통해 귀하 불만이
접수되었음을 알려야 합니다.

내 불만은 언제 결정됩니까?

정신 건강 플랜는 반드시 귀하가 불만을 접수한
날로부터 달력 일로 90일 안에 귀하 불만에 관해
결정해야 합니다. 귀하가 연장 신청을 하거나 정신
건강 플랜에서 추가 정보가 필요하고 그 지연이
귀하에게 도움이 된다고 생각하는 경우에는 최대 14
달력 일까지 연장될 수 있습니다. 귀하에게 도움이
되는 기간 연장의 예로는 정신 건강 플랜가 귀하 또는

관련된 다른 사람에게서 정보를 구하기 위해 약간의
추가 시간이 있으면 귀하 불만을 해결할 수 있다고
믿는 경우입니다.

정신 건강 플랜가 내 불만에 관해 결정을 내렸는지 어떻게 확인합니까?

귀하의 불만에 관한 결정이 내려지면 정신 건강
플랜는 귀하 또는 귀하의 대리인에게 문서로
통보합니다. 정신 건강 플랜가 귀하 또는 다른 모든
해당 불만 당사자에게 제때 통보하지 않으면 정신
건강 플랜는 귀하가 주 심의회를 요청할 권리를
알려주는 부정적 혜택 결정 통지서를 보내게 됩니다.
귀하의 정신 건강 플랜는 제한 시간 만기일에 부정적
혜택 결정 통지서를 보낼 것입니다. 부정적 혜택 결정

통지서를 받지 못하면 정신 건강 플랜에 연락해서
추가 정보를 받으십시오.

불만 접수에는 마감일이 있습니까?

아니요, 불만은 언제든지 접수할 수 있습니다.

항소 처리 과정 (일반 및 속성)

귀하의 정신 건강 플랜은 귀하가 동의하지 않는 정신 건강 플랜의 결정에 이의를 제기하고 특수 정신 건강 서비스에 관한 정신 건강 플랜 또는 제공자의 특정 결정의 검토 요청을 허락할 의무가 있습니다. 검토 신청에는 두 가지 방법이 있습니다. 하나는 일반 항소 과정을 사용하는 것이고, 두 번째는 속성 항소 과정의 사용입니다. 이 두 형태의 항소는 비슷하지만, 속성 항소를 하기 위해서는 충족해야 하는 특정 요건이 있습니다. 특정 요건에 대한 설명은 아래에 있습니다.

일반 항소는 무엇입니까?

일반 항소는 귀하가 필요하다고 생각하는 서비스에

대한 거부 또는 변경이 포함된 정신 건강 플랜 또는
제공자와의 문제에 대한 검토 요청입니다. 일반
항소를 요구하면 정신 건강 플랜은 최대 30일 안에
검토를 마쳐야 합니다. 30일을 기다리면 귀하 건강이
위험해지리라고 생각되면 반드시 '속성' 항소를
요구해야 합니다.

일반 항소 과정은:

- 귀하의 구두 또는 문서를 통한 항소 접수를
허락합니다.
- 항소 접수가 귀하 또는 귀하 제공자에게 절대로
불리하게 작용하지 않습니다.
- 제공자를 포함하여 귀하로 하여금 다른 사람이 귀하를
대신하도록 허락합니다. 다른 사람이 귀하를

대신하도록 승인하면 정신 건강 플랜는 정신 건강 플랜가 귀하 정보를 그 대리인에게 공개하는 것을 허락하는 문서에 서명할 것을 요구할 수 있습니다.

- 부정적 혜택 결정 통지서의 소인이 찍힌 날짜 또는 인편으로 직접 배달된 날짜로부터 달력 일로 10일까지인 의무적 시간 안에 항소를 신청하면 계속 혜택을 받을 수 있게 됩니다. 항소가 계류 중인 동안에 계속되는 서비스에 관해서는 비용을 낼 필요가 없습니다. 하지만, 혜택 유지 신청을 하고 항소의 최종 결정이 귀하가 받는 서비스의 중단 또는 축소로 결정되면 항소 계류 기간의 서비스 비용을 지급해야 할 수 있습니다.
- 귀하의 항소에 대한 결정권자들이 결정을 내릴 자격을

갖추고 있고 이전 어떤 단계의 검토 또는 결정에도 참여하지 않았음을 확인합니다.

- 귀하 또는 귀하 대리인이 항소 기간 중 고려되는 귀하의 의료 기록 및 다른 모든 서류나 기록을 포함한 귀하의 케이스 파일을 조사할 수 있도록 허락합니다.
- 귀하가 직접 또는 서면을 통해 증거 및 사실 또는 법적 주장을 할 적절한 기회를 가질 수 있도록 합니다.
- 귀하, 귀하 대리인, 또는 사망한 회원의 재산에 대한 법정 대리인이 항소 당사자로 포함될 수 있도록 합니다.
- 귀하에게 서면 확인서를 보내 귀하의 항소가 검토되는 중임을 알려드립니다.
- 정신 건강 플랜와의 항소 과정이 완료되면 귀하에게

주 심의회를 요청할 권리가 있음을 알려드립니다.

언제 항소를 접수할 수 있나요?

다음 경우 언제라도 정신 건강 플랜에 항소를 접수할 수 있습니다

- 정신 건강 플랜 또는 계약한 제공자 중 하나가 귀하가 의료적 필요성 기준을 충족하지 못하기 때문에 어떤 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스도 받을 자격이 없다고 결정한 경우.
- 귀하의 제공자가 귀하에게 특수 정신 건강 서비스가 필요하다고 생각하여 정신 건강 플랜에 승인을 요청했지만, 정신 건강 플랜가 이에 동의하지 않고 귀하 제공자의 요청을 거부하거나 서비스 유형이나 주기를 변경한

경우.

- 귀하의 제공자가 정신 건강 플랜에 승인을 요청했지만, 정신 건강 플랜가 결정하기 위한 추가 정보가 필요하여 승인 과정을 제때 완료하지 못한 경우.
- 정신 건강 플랜가 설정한 시간대에 따라 정신 건강 플랜가 귀하에게 서비스를 제공하지 않은 경우.
- 정신 건강 플랜가 귀하의 필요를 충족할 만큼 제때 서비스를 제공하지 않는다고 생각하는 경우.
- 불만 처리, 항소 또는 속성 항소가 제시한 안에 해결되지 않은 경우.

- 귀하와 귀하의 제공자가 귀하가 필요한 특수

정신 건강 서비스에 동의하지 않는 경우.

어떻게 항소를 접수할 수 있나요?

항소 접수에 도움을 받기 위해서는 정신 건강 플랜에 (866) 308-3074번으로 연락할 수 있습니다. 정신 건강 플랜은 귀하가 항소를 우편으로 보낼 수 있도록 모든 제공자 사무실에 주소가 미리 적힌 봉투를 준비하고 있습니다. 미리 주소가 적힌 봉투가 없으면, 불만 접수 우편을 이 안내서 앞에 나와 있는 주소로 직접 보내거나, AQISGrievance@ochca.com로 이메일을 보내거나, 팩스 번호 714-834-6575로 보내십시오.

내 항소에 대한 결정이 내려졌는지 어떻게 알 수 있나요?

정신 건강 플랜은 귀하의 항소 결정에 관해 문서로 귀하 또는 귀하 대리인에게 통보합니다. 통지서에는 다음 정보가 포함되어 있습니다.

- 항소 해결 과정의 결과
- 항소 결정이 내려진 날짜
- 항소가 귀하에게 전적으로 유리하게 해결되지

않았다면, 통지서에는 귀하가 주 심의회를 요청할 권리 및 그 접수 절차에 관한 정보도 포함됩니다.

항소 접수에는 마감일이 있습니까?

항소는 반드시 부정적 혜택 결정 통지서 날짜로부터

60일 안에 접수해야 합니다. 부정적 혜택 결정

통지서를 받지 않으면 항소 접수에 대한 마감일이

없습니다. 따라서, 이 유형의 항소는 언제든지 접수할

수 있습니다.

내 항소는 언제 결정되나요?

정신 건강 플랜은 귀하의 항소 요청을 접수한 날짜로부터 달력 일로 30일 안에 반드시 귀하의 항소에 관해 결정을 내려야 합니다. 귀하가 연장 신청을 하거나 정신 건강 플랜가 추가 정보가 필요하고 그 지연이 귀하에게 도움이 된다고 생각하는 경우 최대 14 달력 일까지 연장될 수 있습니다. 귀하에게 도움이 되는 연장의 예로서는 정신 건강 플랜가 귀하 또는 관련된 다른 사람에게 정보를 구하기 위해 약간의 추가 시간이 있으면 귀하의 항소를 승인할 수 있다고 믿는 경우입니다.

항소 결정을 위한 30일을 기다릴 수 없으면 어떻게 하나요?

항소 과정이 속성 항소 과정의 조건을 맞추면 더 빨리
진행될 수 있습니다.

속성 항소란 무엇입니까?

속성 항소란 항소를 결정하는 더 빠른 방법입니다.

속성 항소 과정은 일반 항소 과정과 비슷한 과정을
따릅니다. 하지만, 반드시 일반 항소를 기다리면

귀하의 정신 건강이 악화함을 보여야 합니다. 또한,

속성 항소 과정은 일반 항소 과정과는 다른 마감

시간을 따릅니다. 정신 건강 플랜은 속성 항소의

검토에 72시간을 두고 있습니다. 구두로 속성 항소를

요청할 수 있습니다. 속성 항소를 문서로 요청할

필요는 없습니다.

언제 속성 향소를 접수할 수 있습니까?

만약 일반 향소 결정을 위해 달력 일로 30일을 기다리면 귀하의 생명, 건강 또는 최대한의 신체 기능을 유지, 보존 또는 다시 얻는 능력에 위험이 생길 것으로 생각하면 속성 향소 해결을 요청할 수 있습니다. 정신 건강 플랜가 귀하의 요청이 속성 향소 요건을 충족한다고 동의하면 정신 건강 플랜는 향소가 접수된 지 72시간 안에 귀하의 속성 향소를 해결할 것입니다. 귀하가 연장 신청을 하거나 정신 건강 플랜가 추가 정보가 필요하고 그 지연이 귀하에게 도움이 된다고 생각하는 경우 최대 14 달력

일까지 연장될 수 있습니다. 정신 건강 플랜가 시간을 연장하면 정신 건강 플랜는 그 시간 연장에 대한 이유를 문서로 설명할 것입니다.

정신 건강 플랜가 귀하의 요청이 속성 항소 요건을 충족하지 않는다고 결정하면 정신 건강 플랜는 신속한 구두 통보를 위해 적절히 노력하고 그 결정에 대한 이유를 달력 일로 2일 안에 서면으로 통보해야 합니다. 그리고 나면, 귀하의 항소는 이 섹션 앞부분에 설명된 일반 항소 기간을 따르게 됩니다. 귀하의 항소가 속성 항소 기준을 충족하지 않는다는 정신 건강 플랜 결정에 동의하지 않으면 불만을 접수할 수 있습니다. 일단 정신 건강 플랜가 귀하의 속성 항소를 해결하면 정신 건강 플랜는 귀하와 모든

관련 당사자에게 구두 및 서면으로 통보합니다.

주 심의회

주 심의회란 무엇입니까?

주 심의회란 Medi-Cal 프로그램에 따라 귀하가 귀하에게 보장된 특수 정신 건강 서비스를 받는 것을 보장하기 위해 캘리포니아주 사회서비스부 소속의 행정법 판사가 수행하는 독립적 검토입니다. 캘리포니아주 사회서비스부 소속의 교육부 웹사이트에 추가 자료가 있습니다:

<https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>

나의 주 심의회 권리는 어떤 것이 있습니까?

귀하에게는 다음 권리가 있습니다:

- 행정법 판사(주 심의회라고도 부름) 앞에서 공청회를 가질 권리

- 주 심의회 요청 방법에 관해 들을 권리.
- 주 심의회에서 발표를 관장하는 규정에 관해 들을 권리.
- 의무 기간 안에 주 심의회를 요청하면 주 심의회 과정 동안 귀하가 요청하면 계속해서 혜택을 받을 권리

언제 주 심의회를 접수할 수 있습니까?

다음 경우에는 언제나 주 심의회를 접수할 수 있습니다:

- 귀하가 항소를 접수한 후 정신 건강 플랜에서 항소 요청을 거부했다고 알리는 항소 해결 편지를 받았을 때.
- 귀하의 불만, 항소 또는 속성 항소가 제때 해결되지 않은 경우.

주 심의회를 어떻게 요청할 수 있습니까?

주 심의회 요청은 다음 주소의

온라인에서 할 수 습니다:

- 온라인으로:

<https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>

- 문서로: 부정적 혜택 결정

통지서에 나와 있는 카운티 복지

부서로 신청서를 제출하거나

우편을 이용하십시오:

California Department of

Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail

Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

또는 팩스로: **916-651-5210** or **916-651-2789**.

주 심의회 또는 속성 주 심의회 요청을 할 수 있습니다:

- 전화로: 주 심의회 부문 무료전화 **(800) 743-8525** 또는 **(855) 795-0634**, 또는 공중 질문 및 응답 (Public Inquiry and Response) 라인의 무료전화 **(800) 952-5253** 또는 TDD **(800) 952-8349**로 연락하십시오.

주 공정성 심의회에는 마감 시간이 있습니까?

주 공정성 심의회를 요청하는 데는 120일 만의 기간이 있습니다. 이 120일 날짜 계산은 정신 건강 플랜가 그 항소 결정 통보를 전달한 다음 날 또는 정신 건강 플랜의 항소 결정 통지서의 우편 소인 날짜 다음 날부터 시작합니다.

부정적 혜택 결정 통보를 받지 않은 경우에는 주 공정성 심의회를 언제든지 접수할 수 있습니다.

주 공정성 심의회 결정을 기다리는 동안 계속 서비스를 받을 수 있습니까?

현재 승인된 서비스를 받는 중이며 주 심의회 결정 중에도 계속 서비스를 받기 원하면 반드시 부정적 혜택 결정 통보 날짜 또는 정신 건강 플랜에서 귀하의 서비스가 중단 또는 축소된다고 연락한

날짜로부터 10일 안에 주 심의회를 요청해야
합니다. 주 심의회를 요청할 때는 반드시 주 심의회
과정 동안 계속 서비스를 받고 싶다고 말해야
합니다.

혜택 지속을 요청하고 주 심의회 최종 결정이
귀하가 받는 서비스의 축소 또는 중단 결정을
확인하는 경우에는 주 심의회가 계류 중인 동안
제공된 서비스 비용을 지급해야 할 수 있습니다.

**나의 주 심의회에 대한 결정은 언제 내려지게
됩니까?**

주 심의회를 신청한 후로부터 귀하 케이스에 대한
결정을 내려 응답하기까지는 최대 90일까지 걸릴

수 있습니다.

주 심의회를 더 빨리 받을 수 있나요?

그렇게 오래 기다리면 귀하 건강에 해가 될 것으로
생각하면 근무일로 3일 안에 응답을 받을 수도 있습니다.
주치의나 정신 건강 전문가에게 편지를 써달라고
부탁하십시오. 귀하 자신이 직접 쓸 수도 있습니다.
편지에는 반드시 귀하의 케이스 결정을 위해 90일을
기다리면 귀하의 생명, 건강 또는 중요한 일상 기능을
유지, 보전 또는 다시 얻는 능력에 어떻게 해가 될 수
있는지가 자세히 적혀 있어야 합니다. 그리고, 반드시
'속성 심의회'를 요청하고 심의회 요청서와 함께 그 편지를
제공하십시오.

주 심의회 부문 사회서비스부서는 귀하의 속성 주 심의회
요청에 관해 검토하여 자격을 갖추었는지 검토할 것입니다.
귀하의 속성 심의회 요청이 승인되면 공청회를 열어 주
심의회 부문이 귀하 요청을 접수한 날로부터 근무일로 3일
안에 그 결정 내용을 발표할 것입니다.

사전의료지시서

사전 지시란 무엇인가요?

귀하에게는 사전 지시를 준비할 권리가 있습니다. 사전 지시란 캘리포니아주 법에 따라 인정되는 귀하의 보건 관리에 대한 설명문입니다. 여기에는 귀하가 스스로 말할 수 없는 상황이 되었을 때, 귀하의 보건 관리가 제공되기 원하는 방법에 대한 정보를 포함하고, 귀하가 하고 싶은 결정에 관해서도 설명합니다. 사전 지시는 때로는 사망 선택 유언(living will) 또는 영구적 권한(durable power of attorney)이라고도 불립니다.

캘리포니아주는 사전 지시를 구두 또는 서면을 통한 개인 보건 관리 지시 또는 위임장(다른 사람이 귀하를 대신해서

결정을 내릴 권한을 주는 서류) 중 하나로 정의합니다. 모든 정신 건강 플랜는 의무적으로 사전 지시 규정을 준비해야 합니다. 귀하의 정신 건강 플랜는 반드시 귀하에게 정신 건강 플랜의 사전 지시 규정에 대한 서면 정보를 제공하고, 정보 요청 시, 주법을 설명해주어야 합니다. 이 정보를 요청하고 싶으면, 정신 건강 플랜로 연락해서 추가 정보를 받으십시오.

사전 지시는, 특히, 사람들이 자기 자신의 보건 관리에 관해 설명할 수 없을 때 자신의 치료에 대한 관리를 허용할 목적으로 준비되었습니다. 이는 사람들이 자신의 보건 관리 결정을 내릴 수 없는 상황이 되었을 때를 대비해서 미리 어떤 관리를 원하는지 말할 수 있도록 허락하는 법적 문서입니다. 이 문서에는 치료, 수술 또는 다른 보건 관리

선택 사항을 받거나 거부할 권리 등이 포함되어 있습니다.

캘리포니아주 사전 지시는 두 부분으로 구성되어 있습니다.

- 귀하가 귀하의 보건 관리에 대해 결정할

대리인(사람)의 임명; 그리고,

- 귀하 개인의 보건 관리 지시 내용

귀하의 정신 건강 플랜이나 온라인에서 사전 지시 양식을 구할 수 있습니다. 캘리포니아주에서 귀하는 귀하의 모든 보건 관리 제공자에게 사전 지시 내용을 제공할 권리가 있습니다.

사전 지시 요건에 관한 캘리포니아주 법에 질문이 있으면 다음 주소로 편지를 보내십시오:

California Department of Justice

Attn: Public Inquiry Unit,

P. O. Box 944255

Sacramento, CA 94244-2550

수혜자 책임 및 권리

특수 정신 건강 서비스 수혜자로서 내 권리에는 어떤 것이 있습니까?

Medi-Cal 자격이 있는 개인으로서 귀하에게는 정신 건강 플랜로부터 의료적으로 필요한 특수 정신 건강 서비스를 받을 권리가 있습니다. 이 서비스를 받을 때 귀하에게는 다음 권리가 있습니다:

- 귀하의 자존감과 사생활을 위해 존중받으며 치료받을 권리.
- 치료 방법의 선택에 관해 정보를 받고 이를 귀하가 이해할 방법으로 설명 들을 권리.
- 치료 거부권을 포함한 귀하의 정신 건강 관리에 결정에 참여할 권리.

- 강압, 징계, 편의, 징벌 또는 제재나 고립에 대한 보복 방법으로 사용되는 어떠한 제재나 고립을 받지 않을 권리.
- 귀하의 의료 기록 사본을 요청하고 받을 권리 및 필요하면 이의 수정 또는 교정을 요구할 권리.
- 이 안내서 내용 중 정신 건강 플랜에서 제공하는 서비스, 정신 건강 플랜의 다른 의무 사항, 그리고 여기에 설명된 귀하의 권리 등에 대한 정보를 받을 권리. 귀하에게는 정신 건강 플랜에서 제공하는 이 정보와 다른 정보를 이해하기 쉬운 형태 또 미국 장애인법(American Disabilities Act)을 준수 로 받을 권리가 있습니다. 이는, 예를 들어, 정신 건강 플랜은 반드시 그 수혜자 중 적어도 5% 또는 3,000 명 이상 중

적은 경우를 적용하여 그들이 사용하는 언어로 서면 정보를 제공해야 하며, 영어가 모국어가 아닌 사람들에게는 무료로 통역 서비스를 제공해야 한다는 의미입니다. 또한, 이는 정신 건강 플랜는 반드시 시각 장애가 있거나 시력이 약한 사람 또는 읽는 것이 어려운 사람 같은 특별한 요구가 필요한 사람에게는 다른 자료를 제공해야 한다는 의미도 됩니다.

- 서비스 가용성, 적절한 수용 능력과 서비스의 보장, 치료의 조정 및 연속성 그리고 서비스의 제공 보장 및 승인 등에 관해 주와의 계약을 따르는 정신 건강 플랜에서 특수 정신 건강 서비스를 받을 권리. 정신 건강 플랜는 다음을 제공할 의무가 있습니다.

- 모든 Medi-Cal 자격이 있는 수혜자로서 특수 정신 건강 서비스를 받을 자격이 되는 사람들이 제때 치료를 받을 수 있도록 충분한 제공자와 서면 계약을 하고 있을 의무.
- 정신 건강 플랜에 서비스를 제공할 수 있는 직원이나 계약된 제공자가 없으면, 귀하가 제때 네트워크 밖에서 의료적으로 필요한 서비스를 받을 수 있도록 할 의무. ‘네트워크 밖 제공자’란 정신 건강 플랜 제공자 목록에 있지 않은 제공자를 의미합니다. 정신 건강 플랜은 절대로 귀하가 네트워크 밖 제공자를 만남으로 인해서 추가 비용을 내게 해서는 안 됩니다.

- 제공자들이 제공하기로 동의한 특수 정신 건강 서비스를 제공할 수 있도록 훈련받았는지 확인할 의무.
- 정신 건강 플랜에서 보장하는 특수 정신 건강 서비스가 양, 기간 및 범위에 있어서 Medi-Cal 유자격 수혜자 필요성을 충족할 수 있는지 확인할 의무. 여기에는 정신 건강 플랜의 서비스 비용 승인 시스템이 의료적 필요성을 바탕으로 하며 의료적 필요성 기준이 공정하게 사용되는지를 확인하는 것도 포함됨.
- 제공자가 서비스를 받을 사람을 적절히 평가하는지, 제공자가 치료와 제공 예정인 서비스에 대한 목표를 세우기정신 건강 플랜 위해

서비스를 받을 사람과 함께 일하는지를 확인할
의무

- 귀하가 요청하는 경우, 귀하에게 추가 비용 없이,
정신 건강 플랜 네트워크 안 또는 네트워크 밖의
유자격 보건 관리 전문가에게 2 차 진단을 제공할
의무.
- 정신 건강 플랜가 제공하는 서비스를 Medi-Cal
관리 보건 플랜이나, 필요하다면, 귀하의 주 관리
제공자를 통해 제공되는 서비스와 조정하고,
귀하의 개인 정보가 보건 정보의 개인 정보 보호에
관한 연방 규칙에 명시된 대로 보호되는지 확인할
의무.

- 0 응급 정신 질환이나 긴급 또는 위기 상황의 치료를 위해 의료적으로 필요한 경우 일주일에 7 일 하루 24 시간의 서비스를 포함한 적절한 시간에 보건 관리를 제공할 의무.
- 0 주에서 영어 구사가 제한적인 사람과 다양한 문화 및 인종의 사람을 포함한 모든 사람에게 문화적 경쟁력이 있는 방법으로 서비스를 제공하는 것을 장려하는 캘리포니아주의 노력에 참여할 의무.
- 귀하의 정신 건강 플랜는 해당 연방 및 주 법(예: 45 CFR 파트 80 으로 적용된 1964 년 제정 민권법 타이틀 VI; 45 CFR 파트 91 로 적용된 1975 년 제정 나이 차별법 타이틀 VI; 1973 년 제정 재활 법; 1972 년 제정

교육 개정법(교육 프로그램 및 활동에 관한) 타이틀 IX;
미국인 장애인 법 타이틀 II 및 III; 환자 보호 및 저렴한
의료 관리법 제 1557 조) 뿐만 아니라 여기 설명된
권리를 따를 의무가 있습니다. 따라서 귀하는 치료를
받아야 하며 차별을 받지 않아야 합니다.

- 귀하에게는 정신 건강 치료에 관해서 주 법에 따라
추가 권리가 있을 수 있습니다. 카운티의 환자 권리
보호 부서에 연락하고 싶으면 다음 연락처를
이용하십시오:

Patients' Rights Advocate

Telephone: 714-276-8145

Toll Free: 800-668-4240

TTY: 866-308-3073

특수 정신 건강 서비스 수혜자로서 내 의무에는 어떤 것이 있습니까?

특수 정신 건강 서비스 수혜자로서 귀하에게는 다음 책임이 있습니다:

- 정신 건강 플랜에서 받은 이 안내서와 다른 중요한 정보 자료를 자세히 읽어보십시오. 이 자료는 어떤 서비스가 제공되고 그 서비스를 받는 방법의 이해를 도와드립니다.
- 예약 시간에 맞춰 치료받으러 가십시오. 의료진과 협력하여 치료 목표를 세우고 그 목표에 따라 치료하면 최상의 결과를 얻을 수 있습니다. 예약을 지키지 못하게 되면 최소 24시간 전에 미리 서비스 제공자에게 전화해서 다른 날짜와 시간으로 예약을

변경하십시오.

- 치료받으러 갈 때는 항상 Medi-Cal 혜택 ID카드(BIC)와 사진 ID를 가지고 가십시오.
- 통역사가 필요하면 예약 전에 서비스 제공자에게 알려주십시오.
- 귀하의 모든 의료적 우려 사항을 알려주십시오. 귀하 요구에 관해 더 많은 정보를 공유할수록 더 성공적인 치료가 됩니다.
- 질문이 있으면 제공자에게 모두 질문하십시오. 귀하의 치료 계획과 치료 중 받는 모든 다른 정보를 완전히 이해하는 것은 아주 중요합니다.
- 귀하와 제공자가 동의한 치료 계획을 따르십시오.
- 서비스에 대한 질문이 있거나 제공자와 해결할 수 없는

문제가 있으면 정신 건강 플랜로 연락하십시오.

- 귀하의 개인 정보가 변경되면 서비스 제공자와 정신 건강 플랜에 알려주십시오. 여기에는 주소, 전화번호 및 치료에 참여할 자격에 영향을 줄 수 있는 다른 의료 정보가 포함됩니다.
- 치료를 제공하는 사람들을 존중과 예의로 대하십시오.
- 사기나 부정행위가 의심되면 신고하십시오:
- 보건 관리 서비스 부서는 의심되는 모든 Medi-Cal 사기, 폐기물, 또는 오용에 관해 DHCS의 Medi-Cal 사기 핫라인 1 (800) 822-6222로의 신고를 부탁드립니다. 응급 상황이라고 생각되면 즉각적인 지원을 위해 911로 전화하십시오. 이 전화는 무료이며 익명성이 보장됩니다.

- 의심되는 사기나 오용은 이메일 주소

fraud@dhcs.ca.gov 또는

[http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx)

[CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx)에서 온라인 양식을 사용해서 신고할

수도 있습니다.



405 W. 5th St.
Santa Ana, CA 92701