

오렌지 카운티

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 (DMC-ODS)

수혜자 안내서

Korean/한국어

발행일: 2023 년 3 월

수혜자가 서비스를 처음 제공 받을때 수혜자 안내서를 제공 받아야 합니다.

요청 시 종이문서로 무료 제공 (영업일 기준 5 일 이내 제공)

언어 태크 라인

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). These services are free of charge.

(Arabic) الشعار بالعربية

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទសាសនាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073)។ ជំនួយ នឹង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073)。这些服务都是免费的。

(Farsi) مطلب به زبان فارسی

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕເລັກໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ

ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-308-3074 (линия TTY: 1-866-308-3073). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-308-3074 (линия TTY: 1-866-308-3073). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

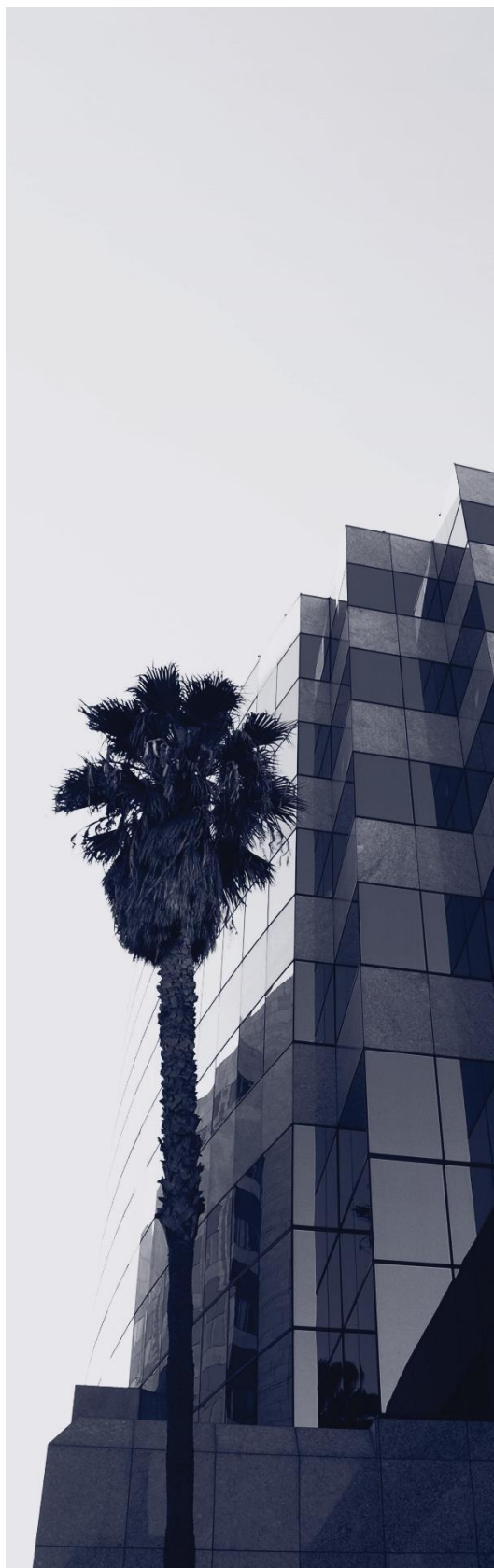
โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073). Các dịch vụ này đều miễn phí.



목차

기타 언어 및 형식	7
차별금지 공지	9
일반 정보	12
서비스	18
의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템	
서비스를 받는 방법	35
정신 건강 서비스를 받는 방법	41
접근성 기준 및 의료적 필요성	43
서비스 제공자 선택	45
스마트 장치를 사용하여 의료 기록 및	
서비스 제공자 디렉토리 정보에 접근할 수	
있는 권리	49
불리한 혜택 결정 통지	50
문제 해결 절차	55
불만 제기 절차	58
항소 처리 절차(표준 및 신속)	62
주 정부 공정 공청회 처리 절차	68
MEDI-CAL 프로그램에 대한 중요 정보	73
사전 지시서	77

수혜자 권리 및 책임.....	79
진료 전환 요청.....	83
제공자 주소 성명록.....	87

기타 언어 및 형식

기타 언어

수혜자 안내서 및 다른 자료는 무료로 다른 언어로 받을 수 있습니다. 자격을 갖춘 번역가가 서면 번역을 제공할 수 있습니다. 1 (855) 625-4657 (TTY: 711)로 전화해 주세요. 전화는 무료입니다.

통역 및 번역 서비스와 같은 의료 언어 지원 서비스에 대한 정보는 이 수혜자 안내서를 읽어 보십시오.

다른 매체 형식

이 정보는 무료로 점자, 20포인트 대 활자 인쇄물, 오디오 또는 접근 가능한 전자 형식 같은 다른 보조 매체

양식으로 받을 수 있습니다. 오렌지 카운티 정신 건강 서비스로 전화하십시오. 전화는 무료입니다.

통역사 서비스

오렌지 카운티 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템은 는 자격을 갖춘 통역사가 24 시간 무료 통역 서비스를 제공합니다. 가족이나 친구를 통역사로 이용할 필요가 없습니다. 긴급 상황이 아닌 이상 미성년자를 통역사로 활용하는 것을 권장하지 않습니다. 통역, 언어 및 문화 서비스는 무료입니다. 연중무휴 24 시간 도움을 받으실 수 있습니다. 언어 지원이 필요하시거나 이 안내서를 다른 언어로 받으실려면 1-(855) 625-4657 (TTY: 711)로 전화하십시오. 전화는 무료입니다.

차별금지 공지

차별은 법에 위배됩니다. 캘리포니아 주와 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템은 주 및 연방 민권법을 따릅니다. 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템은 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 국적, 민족 집단 정체성, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 문제, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 성향을 이유로 불법적으로 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

오렌지 카운티 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템은 다음을 제공합니다.

- 장애인이 의사소통을 더 원활하게 할 수 있도록 도움을 주는 다음과 같은 무료 지원 및 서비스;
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 다른 형식(큰 활자, 점자, 오디오 또는 접근 가능한 전자 형식)의 서면 자료
- 모국어가 영어가 아닌 사람들을 위한 다음과 같은 무료 언어 서비스
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 해당 언어로 작성된 자료

해당 서비스가 필요한 경우 주 7 일, 하루 24 시간 내에 800-723-8641 번으로 전화하여 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템에 문의하십시오. 또는 잘 듣지 못하거나 말하지 못하는 경우 800-723-8641 번으로 전화하십시오. 요청 시 이 문서를 점자, 큰 활자, 오디오 또는 접근 가능한 전자 형식으로 제공해드릴 수 있습니다.

불만 사항 제기 방법

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템이 이러한 서비스를 제공하지 못하거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 국적, 민족 집단 정체성, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 문제, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 성향을 근거로 다른

방식으로 불법적인 차별을 받았다고 생각하는 경우 오렌지 카운티의 민권 조정관에게 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 사항은 전화, 서면, 또는 온라인으로 제기할 수 있습니다.

- **전화:** 월요일부터 금요일까지 오전 8시 부터 오후 5시내에 866-308-3074 번으로 전화하여 오렌지 카운티 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템에게 문의하십시오. 또는 잘 듣지 못하거나 말하지 못하는 경우 866-308-3073 (TTD)번으로 전화하십시오.
- **서면:** 불만 사항 양식을 작성하거나 서신을 써서 다음 주소로 보내십시오.
Drug Medi-Cal-Organized Delivery System
400 Civic Center Drive, 4th Floor
Santa Ana, CA 92701
- **대면:** 담당 의사의 진료소 또는 오렌지 카운티 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템을 방문하여 불만 사항을 제기하려 한다고 알려십시오.
- **전자 방식:** <https://www.ocalthinfo.com> 에 있는 오렌지 카운티 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 웹사이트를 방문하여 불만 양식을 인쇄하여 서면 또는 직접 제출하십시오.

인권 사무소 – 캘리포니아 보건 서비스국

또한 다음과 같이 전화, 서면 또는 온라인으로 캘리포니아 보건 서비스국 민권 사무소에 민권관련 불만을 제기할 수 있습니다.

- **전화:** 916-440-7370번으로 전화하십시오. 잘 말하지 못하거나 듣지 못하는 경우 711(캘리포니아 릴레이)번으로 전화하십시오.
- **서면:** 불만 사항 양식을 작성하거나 서신을 다음 주소로 보내십시오.

Department of Health Care Services
(캘리포니아 보건 서비스국 민권 사무소)
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

불만 사항 신고 양식은 다음 사이트에서 받으실 수 있습니다.

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

- **전자 방식:** CivilRights@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내주십시오.

인권 사무소 – 미국보건복지부

인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별에 의해 차별을 받았다고 생각되는 경우, 다음과 같이 전화, 서면 또는 전자 방식으로 미국 보건복지부, 민권 사무소에 민권관련 불만을 제기할 수도 있습니다.

- **전화:** **1-800-368-1019**번으로 전화하십시오. 말을 하거나 듣는데 어려움이 있는 경우 **TTY/TDD 1-800-537-7697**번으로 전화하십시오.
- **서면:** 불만 사항 양식을 작성하거나 서신을 다음 주소로 보내십시오.
 U.S. Department of Health and Human Services
 (미국보건복지부)
 200 Independence Avenue, SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201
- 불만 사항 신고 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에서 받으실 수 있습니다.
- **전자 방식:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 의 민권관련 불만 제기 포털 사무실을 방문하십시오

일반 정보

이 안내서를 읽어보는 것이 중요한 이유는 무엇입니까?

오렌지 카운티의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 (DMC-ODS) 에 오신 것을 환영합니다. 우리는 이 안내서 전체에서 이 시스템을 "카운티 플랜"이라고 부릅니다. 카운티 플랜은 오렌지 카운티에 거주하는 모든 적격 Medi-Cal 수혜자에게 약물 사용 장애(SUD) 치료 서비스를 제공합니다.

우리의 임무는 약물 남용과 정신 건강 장애를 예방하는 것입니다. 징후가있을 때 조기에 적절하게 개입합니다. 그리고 평가에서 치료가 필요하다고 표시되면 개인이 최고 품질의 건강과 웰빙을 달성하고 유지할 수 있도록 적절한 사람/프로그램에 의해 적절한 장소에서 올바른 유형의 치료를 제공합니다.

수혜자로서 귀하의 플랜은 의학적으로 필요할 때 모든 범위의 SUD 치료 서비스를 제공합니다.

카운티 플랜은 치료 배치 결정이 미국 중독 의학 협회 (ASAM) 에서 설정한 기준을 따르도록 요구합니다. 플랜에서 SUD 서비스를 이용할 수 있는 방법에는 여러 가지가 있습니다. 서비스 요청에 따라 카운티 플랜은 ASAM 기반 평가를 받아 필요한 올바른 유형의 서비스를 결정하고 가능한 한 빨리 시작할 수 있도록 지원합니다. 대부분의 경우 서비스를 이용할 수 있는 자격을 즉시 결정하고 승인할 수 있습니다. 그러나 주거 서비스 또는 네트워크 외부 서비스와 같은 특정 유형의 서비스는 사전 승인이 필요합니다. 카운티 플랜 제공자는 필요한 경우 해당 절차를 안내하는 데 도움을 줄 것입니다.

중요한 것은 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 플랜의 작동 방식을 이해하여 필요한 치료를 받는 것입니다. 본 안내서에서는 귀하가 받는 혜택과 의료 서비스를 받는 방법을 설명합니다. 또한 귀하가 제기하는 많은 질문에 대한 답변을 제공합니다. 귀하가 알게 되는 내용은 다음과 같습니다.

- 거주하는 카운티의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 플랜을 통해 약물 사용 장애 치료 서비스를 받는 방법
- 이용할 수 있는 혜택
- 질문이나 문제가 있는 경우 해야 할 일
- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 수혜자로서 본인의 권리와 책임

지금 이 안내서를 읽지 않은 경우 나중에 읽어볼 수 있도록 보관해야 합니다. 본 안내서를 현재 Medi-Cal 혜택에 등록할 때 받은 수혜자 안내서의 추가 안내서로 사용하십시오. 귀하가 받는 Medi-Cal 혜택은 Medi-Cal 관리 의료 플랜 또는 일반 Medi-Cal "행위별수가제" 프로그램과 함께 제공될 수 있습니다.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 플랜의 수혜자인 귀하의 카운티 플랜은 다음과 같은 책임을 집니다.

- 귀하가 카운티 또는 카운티 의료 제공자 네트워크에서 제공하는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스 사용 기준을 충족하는지 여부 결정.
- 의료 서비스의 전환을 돕고 수혜자에게 의사 추천을 안내하기 위해 필요한 경우 다른 플랜 또는 전달 시스템으로 의료 서비스를 조정하여 의사 추천 과정을 종료하고 새로운 제공자가 수혜자를 진료하도록 보장.

- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 에서 서비스를 받는 방법에 대해 알려줄 수 있는 주 7 일 24 시간 무료 전화 번호 제공 - **(855) 625-4657**. 또한 이 번호로 **의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티** 에 연락하여 근무 시간 외 진료 서비스를 요청할 수 있습니다.
- 필요한 경우 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 보장하는 약물 사용 장애 치료 서비스를 받을 수 있도록 근처에 있는 충분한 수의 제공자 확보.
- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 제공하는 서비스 통보 및 교육.
- 귀하의 언어로 또는 통역사(필요한 경우)를 통한 무료 서비스를 제공 및 이러한 통역 서비스 이용 가능성 통보.
- 다른 언어 또는 형식으로 무엇이 제공되는 지에 대한 서면 정보 제공. 이 안내서 및 기타 수혜자 정보 자료는 아랍어, 페르시아어, 한국어, 스페인어, 베트남어 및 중국어와 같은 모든 카운티 기준 언어로도 제공됩니다. 이 자료는 요청시 큰 활자 및 오디오로도 제공됩니다. 프로그램에 들어갈 때 이러한 자료가 제공됩니다. 이때 이러한 자료의 인쇄본을 요청할 수 있으며 동일한 자료에 대한 인터넷 링크가 제공됩니다. 또한 언제든지 공급자에게 이러한 자료를 요청할 수 있습니다. 온라인으로 수혜자 정보 자료에 이용하려면 다음 링크를 따르십시오 : www.ochealthinfo.com/DMC-ODS
- 본 안내서에 명시된 정보에 중대한 변경이 있을 경우 변경 예정일 최소 30 일 전에 통지. 이용 가능한 서비스의 양이나 형식이 증가하거나 감소하는 경우, 네트워크 제공자의 수가 증가하거나 감소하는 경우, 또는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티를 통해 제공되는 혜택에 영향을 미칠 수 있는 다른 변경 사항이 있는 경우 이러한 변화는 중대한 것으로 간주됩니다.
- 제공자의 변경으로 건강이 악화되거나 입원할 위험이 증가하는 경우 이전 및 현재 네트워크 외부 제공자의 서비스를 일정 기간 계속 사용할 수 있도록 보장.

월요일부터 금요일까지 오전 8:00 부터 오후 6:00 까지 (855) 625-4657 로 전화하여 회원 서비스 직원에게 연락할 수 있습니다.

카운티 플랜의 수혜자 전용 회선(BAL)은 또한 주 7 일, 하루 24 시간 무료 전용 회선을 운영하고 운영합니다. BAL 은 언제든지 (800) 723-8641 로 전화하여 연락할 수 있습니다.

두 회선 모두 오렌지 카운티의 대다수 발신자가 사용하는 아랍어, 페르시아어, 한국어, 스페인어, 베트남어 및 중국어의 널리 사용되는 비영어(임계) 언어를 구사하는 임상외과가 근무하고 있습니다. 요청 시 다른 언어에 대한 통역이 가능합니다.

언어 번역 서비스가 필요할 수 있는 발신자의 경우, 귀하의 플랜은 전화 언어 회선 또는 이에 상응하는 통역 서비스를 활용합니다. ADA 를 준수하고 TTY 사용을 포함한 모든 범위의 통신중계 서비스를 제공하는 캘리포니아 통신중계 서비스는 청각 장애인/난청 발신자에게 사용됩니다. (800) 855-7100 으로 전화하여 영어 또는 스페인어로 통신중계 서비스 음성 또는 TTY 에 연락할 수 있습니다.

또한 청각 장애인을 위한 비디오 통신중계 서비스(VRS)는 주 7 일, 하루 24 시간 이용 가능합니다. VRS 는 청각 장애인/난청 비디오폰 사용자가 전화를 걸거나 연락할 때 자동으로 연결됩니다.

사용률 관리에 대한 질문은 월요일부터 금요일까지 오전 8:00 시부터 오후 5:00 까지 714-834-5601 로 전화하십시오.

다른 언어로 된 자료를 필요로 하는 수혜자를 위한 정보

모든 서면 자료는 카운티의 기준 언어로 제공됩니다. 통역 서비스에 접근하는 방법에 대한 정보는 모든 치료 위치에서 모든 임계 언어로 제공됩니다. 필요한 경우 플랜은

모든 언어로 번역 서비스를 제공하는 전화 언어 회선도 활용합니다. 다른 언어로 받고 싶은 자료는 제공자에게 문의하십시오.

읽기에 어려움이 있는 수혜자를 위한 정보

모든 정보 자료는 큰 활자 또는 오디오와 같은 대체 형식으로 제공됩니다. 언제든지 공급자에게 이러한 버전을 요청할 수 있으며 이 링크를 클릭하여 언제든지 이러한 자료를 이용할 수도 있습니다. www.ocalthinfo.com/DMC-ODS

청각 장애가 있는 수혜자를 위한 정보

캘리포니아 통신중계 서비스는 청각 장애가 있는 발신자를 위한 TTY 및 VSR 사용을 포함하여 모든 범위의 통신중계 서비스를 제공합니다. 캘리포니아 통신중계 서비스는 (800) 855-7100 으로 전화하여 연락할 수 있습니다. 비디오 통신중계 서비스는 청각 장애인 및 난청 수혜자에게도 사용될 수 있습니다. VRS 는 청각 장애인/난청 비디오폰 사용자가 전화를 걸거나 연락할 때 자동으로 연결됩니다.

시각 장애가 있는 수혜자를 위한 정보

정보 자료는 공급자의 오디오 디스크(CD)와 모든 임계 언어로 www.ocalthinfo.com/DMC-ODS 제공됩니다.

개인정보 보호관행 통지

개인 정보 보호 관행 통지는 진료소 마다 모든 임계 언어로 제공되며 등록시 제공됩니다.

서비스

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 서비스란 무엇입니까?

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 서비스는 약물 사용 장애가 있거나 경우에 따라 소아과 의사나 주치의가 치료 못할 수도 있는 약물 사용 장애가 발생할 위험이 있는 사람들을 위한 건강 관리 서비스입니다. 자세한 내용은 본 공지의 “선별검사, 간단한 개입, 치료 추천 및 조기 중재 서비스” 섹션을 참조하십시오.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.

- 외래 치료 서비스
- 집중 외래 치료 서비스
- 부분 입원 서비스
- 주거/입원 치료 서비스
- 금단 증상 관리 서비스
- 마약 치료 프로그램 서비스
- 약물 중독 치료 (MAT)
- 회복 서비스
- 동료지원 서비스
- 관리 조정 서비스
- 우발상황 관리
- 모바일 위기 서비스

약물 Medi-Cal 조직 전달 시스템에서 제공되는 서비스는 마약 치료 서비스 및 금단 관리에 대한 의료 평가를 제외하고 전화 또는 원격 의료를 통해 제공됩니다. 이용 가능한 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스에 대해 자세히 알아보려면 아래 설명을 참조하십시오.

외래 치료 서비스

- 의료상 필요한 경우 성인은 주 9 시간, 21 세 미만은 주 6 시간 이내로 수혜자에게 상담서비스를 제공합니다. 서비스는 개별적인 의료적 필요성에 따라 최대 한도를 초과하여 제공될 수 있습니다. 서비스는 자격을 갖춘 전문가 또는 공인 상담가가 대면, 전화 또는 원격 의료를 통해 지역사회 내 적절한 환경에서 제공할 수 있습니다.
- 외래 서비스에는 평가, 진료 조정, 상담, 가족 치료, 약물 치료 서비스, 오피오이드 사용 장애 환자에 대한 약물 중독 치료, 알코올 사용 장애 및 오피오이드 외의 물질 사용 장애 환자에 대한 약물 중독 치료, 회복 서비스, 물질 사용 장애 위기 중재 서비스가 포함됩니다.
- 외래 약물 (ODF) 서비스는 카운티 및 카운티 전역의 계약 운영 프로그램에서 제공됩니다. 외래 환자 클리닉은 월요일부터 금요일까지 오전 8:00 부터 오후 6:00 까지 운영되며 대부분의 장소의 저녁 시간은 일주일에 최소 1 박입니다. 일부 계약 제공자는 토요일에 최소 6 시간의 외래 환자 서비스를 제공합니다. 특정 위치 시간은 공급자에게 문의하십시오.
- 성인 SUD 치료 시스템은 또한 보호 관찰/프로베이션, 협력 법원 및 사회 서비스 기관과 같은 다른 기관과 협력하여 DMC 수혜자를 위한 전문 프로그램을 제공합니다. 전문 서비스에는 주 산기, 마약 법원, DUI 법원, AB 109, CalWORK 및 청각 장애인 및 난청이 포함됩니다. 이러한 전문 프로그램의 대부분은 파트너 기관의 직접 추천이 필요합니다.

- 청소년 ODF 서비스는 카운티의 각 지역에서 이용할 수 있으며 다음 링크에서 의료 서비스부(DHCS)에서 발행한 현재 청소년 약물 사용 장애 모범 사례 가이드에 따라 제공됩니다.

https://www.dhcs.ca.gov/Documents/CSD_CMHCS/Adol%20Best%20Practices%20Guide/AdolBestPracGuideOCTOBER2020.pdf

집중 외래 서비스

- 의료상 필요하다고 판단되는 경우 성인은 최소 9 시간에서 최대 19 시간, 21 세 미만은 최소 6 시간에서 최대 19 시간까지 수혜자에게 집중 외래 서비스가 제공됩니다. 서비스는 주로 중독 관련 문제에 대한 상담과 교육으로 구성됩니다. 서비스는 자격을 갖춘 전문가 또는 공인 상담가가 체계화된 치료 환경에서 제공할 수 있습니다. 집중 외래 서비스는 대면, 원격 의료 또는 전화를 통해 제공될 수 있습니다.
- 집중 외래 서비스에는 외래 서비스와 동일한 요소가 포함됩니다. 기본 차이점은 서비스 시간이 늘어난 것입니다.
- 집중 외래 환자 치료(IOT) 서비스는 카운티 및 카운티 전역의 계약 운영 프로그램에서 제공됩니다. IOT 클리닉은 월요일부터 금요일까지 오전 8:00 부터 오후 6:00 까지 운영되며 대부분의 위치에서 저녁 시간은 일주일에 최소 1 박입니다. 일부 계약 제공자는 토요일에 최소 6 시간의 외래 환자 서비스를 제공합니다. 특정 위치 시간은 공급자에게 문의하십시오.
- 성인 SUD 치료 시스템은 또한 보호 관찰/프로베이션, 협력 법원 및 사회 서비스 기관과 같은 다른 기관과 협력하여 DMC 수혜자를 위한 전문 프로그램을 제공합니다. 전문 서비스에는 주 산기, 마약 법원, DUI 법원, AB 109, CalWORK 및 청각 장애인 및 난청이 포함됩니다. 이러한 전문 프로그램의 대부분은 파트너 기관의 직접 추천이 필요합니다.

- 청소년 IOT 서비스는 카운티의 각 지역에서 제공되며 다음 링크에서 의료 서비스부(DHCS)에서 발행한 현재 청소년 약물 사용 장애 모범 사례 가이드에 따라 제공됩니다

https://www.dhcs.ca.gov/Documents/CSD_CMHCS/Adol%20Best%20Practices%20Guide/AdolBestPracGuideOCTOBER2020.pdf

의학적으로 필요한 경우 청소년은 조기 및 정기 검진, 진단 및 치료(EPSDT) 혜택에 따라 추가 서비스를 받을 수 있습니다. 이 혜택에 대한 자세한 내용은 아래의 EPSDT 섹션을 참조하십시오.

부분 입원 (카운티마다 다름)

- 21세 미만의 수혜자는 거주 카운티에 관계없이 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료에 따른 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다.
- 부분 입원 서비스는 의료상 필요에 따라 주 20 시간 이상의 임상 집중 프로그램을 제공합니다. 부분 입원 프로그램은 일반적으로 정신과, 의료 및 실험실 서비스를 제공하며, 일상적인 모니터링 또는 관리가 필요하지만 임상적으로 집중적인 외래 환자 환경에서 적절하게 해결할 수 있는 확인된 필요사항을 충족해야 합니다. 서비스는 대면, 동시 원격 의료 또는 전화를 통해 제공될 수 있습니다.
- 부분 입원 서비스는 집중 외래 서비스와 유사하며, 기본 차이점은 시간 수 증가와 의료 서비스에 대한 추가 사용 가능성입니다.
- 오렌지 카운티 플랜은 이러한 수준의 치료를 제공하지 않습니다.

주거 치료 (카운티의 사전 승인 필요)

- 주거 치료는 의학적으로 필요하다고 판단되는 경우 약물 사용 장애 진단을 받은 수혜자에게 보호시설 밖에서 재활 서비스를 제공하는 24 시간 비의료적, 단기 주거 프로그램입니다. 수혜자는 해당 거주지에서 생활하며 대인관계 및 독립생활능력의 회복, 유지, 적용 및 지역사회 지원 시스템 사용에 대한 지원을 받게 됩니다. 대부분의 서비스는 직접 제공되지만, 주거 치료를 받는 동안에는 원격 의료 및 전화를 통해 서비스를 제공할 수도 있습니다. 제공자와 주거자는 서로 협력하여 어려움을 파악하고, 우선순위를 정하고, 목표를 세우고, 물질 사용 장애 관련 문제를 해결합니다. 목표에는 금욕 유지, 재발 유발 요인에 대비, 개인 건강 및 사회적 기능 개선, 지속적인 치료 참여 등이 포함됩니다.
- 주거 서비스는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 사전 승인을 받아야 합니다.
- 주거 서비스에는 사전 인터뷰 및 평가 진료 조정, 개별 상담, 그룹 상담, 가족 치료, 약물 치료 서비스, 오피오이드 사용 장애 환자에 대한 약물 중독 치료, 알코올 사용 장애 및 오피오이드 외의 물질 사용 장애 환자에 대한 약물 중독 치료, 회복 서비스, 약물 사용 장애 위기 중재 서비스가 포함됩니다.
- 주거 서비스 제공자는 약물 중독 치료를 현장에서 직접 제공하거나 주거 치료 중에 외부에서 약물 중독 치료에 쉽게 접근할 수 있도록 보장해야 합니다. 주거 서비스 제공자는 약물 중독 치료 제공자에 대한 연락처 정보만 제공하는 것 만으로는 이 요구사항을 충족하지 못합니다. 주거 서비스 제공자는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템의 대상이 되는 수혜자에게 의약품을 제공하고 처방해야 합니다.
- 의학적으로 필요한 기간 동안 주거 치료를 이용할 수 있습니다. 귀하의 제공자는 카운티의 승인 부서에 귀하의 치료에 대한 승인을 요청할 것이며 승인되면 귀하는 전체 범위의 서비스를 받을 자격이 있습니다. 귀하의 상태로 인해 30 일 이상 거주 치료를 받아야 하는 경우 제공자는 30 일 간격으로

이러한 필요성을 입증하기 위해 평가 문서를 작성합니다. 그러나 서비스에 대한 추가 재승인은 필요하지 않습니다. 카운티의 정책 및 절차 (P & P) 웹 페이지에 게시 된 주거 치료 허가에 대한 현재 절차를 찾을 수 있습니다 :

www.ochealthinfo.com/bhs/pnp

입원 치료 서비스 (카운티의 사전 승인 필요) (카운티마다 다름)

- 21세 미만의 수혜자는 거주 카운티에 관계없이 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료에 따른 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다.
- 입원 서비스는 입원 환자 상황에서 전문가가 지시한 평가, 관찰, 의료 모니터링 및 중독 치료를 24 시간 제공하는 환경에서 이루어집니다. 대부분의 서비스는 직접 제공되지만, 입원 치료를 받는 동안에는 원격 의료 및 전화를 통해 서비스를 제공할 수도 있습니다.
- 입원 서비스는 매우 체계적이며 현장에서 의사와 등록 간호사, 중독 상담사 및 기타 임상 직원이 24 시간 진료를 제공합니다. 입원 서비스에는 평가, 진료 조정, 상담, 가족 치료, 약물 치료 서비스, 오피오이드 사용 장애 환자를 위한 약물 중독 치료, 알코올 사용 장애 및 오피오이드 외의 약물 사용 장애 환자에 대한 약물 중독 치료, 회복 서비스, 약물 사용 장애 위기 중재 서비스가 포함됩니다.
- 오렌지 카운티 DMC-ODS 플랜 내에서 이러한 서비스를 받으려면 서비스 제공자와 논의하거나 (800) 723-8641 로 수혜자 액세스 라인에 전화하십시오.

마약 치료 프로그램

- 마약 치료 프로그램 (NTP)은 의학적으로 필요한 경우 의사가 약물 사용 장애를 치료하기 위해 FDA 승인을 받은 약물을 제공하는 외래 프로그램입니다. 마약 치료 프로그램은 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 처방에 따라 대상 수혜자에게 메타돈, 부프레노르핀, 날록손 및 디설피람(methadone, buprenorphine, naloxone, and disulfiram)을 포함한 약물을 제공하고 처방해야 합니다.
- 수혜자는 한 달에 최소 50 분의 상담을 받아야 합니다. 해당 상담 서비스는 대면, 원격 의료 또는 전화를 통해 제공될 수 있습니다. 마약 치료 서비스에는 평가, 진료 조정, 상담, 가족 치료, 의학 심리 치료, 약물 서비스, 오피오이드 사용 장애 환자에 대한 약물 중독 치료, 알코올 사용 장애 및 오피오이드 외의 물질 사용 장애 환자에 대한 약물 중독 치료, 회복 서비스, 약물 사용 장애 위기 중재 서비스가 포함됩니다.
- NTP 서비스는 18 세 이상의 성인이 주 7 일 이용할 수 있으며 허가된 NTP 시설에서 제공합니다. 12 세에서 17 세 사이의 청소년은 경우에 따라 적절한 경우 적절한 부모/법적 보호자의 동의하에 NTP 서비스에 액세스할 수도 있습니다. 오렌지 카운티 NTP 사이트에서 NTP 서비스를 받으려면 오렌지 카운티 거주자여야 합니다.
- 다른 카운티의 오렌지 카운티 거주자에 대한 무료 투약는 사례별로 이루어지며 절차는 무료 복용량을 제공하는 카운티에 의해 결정됩니다. 오렌지 카운티는 사례별로 그리고 의학적으로 필요할 때 다른 카운티에 거주하는 DMC 수혜자에게 무료 투약을 제공합니다. 수혜자는 거주 카운티 외부에서 가끔 접종을 받는다면 NTP 에 연락하여 필요한 단계를 확인해야 합니다.

금단 증상 관리

- 금단 증상 관리 서비스는 단기적으로 제공되는 긴급 서비스입니다. 금단 증상 관리 서비스는 전체 평가가 완료되기 전에 제공될 수 있으며 외래, 주거 또는 입원 환경에서 제공될 수 있습니다.
- 금단 관리 과정에서 환경에 관계없이 수혜자를 모니터링해야 합니다. 거주지 또는 입원환자 환경에서 금단 관리를 받는 수혜자는 해당 시설에 거주해야 합니다. 의학적으로 필요한 생활훈련 서비스 및 재활 서비스는 면허를 소지한 의사 또는 처방자가 처방하게 됩니다.
- 금단 증상 관리 서비스에는 평가, 진료 조정, 약물 서비스, 오피오이드 사용 장애에 대한 약물 중독 치료, 알코올 사용 장애에 대한 약물 중독 치료 및 기타 비 오피오이드 약물 사용 장애, 관찰 및 회복 서비스가 포함됩니다.
- 귀하의 플랜은 최대 7 일 동안 social model detox 시스템을 활용하는 주거용, 비기관적, 비의료 금단 관리 프로그램을 제공합니다. 불편함이나 금단 부작용을 줄이는 데 도움이 되도록 수혜자가 가져오고 복용하는 약물을 적어도 한 명의 제공자는 허용하고 관리합니다.
- 적격 회원은 위의 입원 환자 치료 서비스 부분에 설명된 대로 아급성 및 급성 치료 병원에서 입원 환자 인출 관리 치료 서비스를 받을 수 있습니다. 급성 출금 관리 서비스는 주 7 일, 하루 24 시간 이용 가능합니다. 급성 또는 중증의 금단 증상이 나타나면 가장 가까운 응급실로 가십시오.

약물중독 치료 약 (MAT)

- 약물 중독 치료 서비스는 임상 및 비임상 환경에서 제공됩니다. 약물 중독 치료약에는 알코올 사용 장애, 오피오이드 사용 장애 및 모든 약물 사용 장애 치료에 대해 FDA 에서 승인한 모든 의약품 및 생물 의약품이 포함됩니다. 수혜자는 치료 센터에서 또는 센터 외부의 추천을 통해 약물 중독 치료약을 제공받을 권리가 있습니다. 승인된 약물 목록은 다음과 같습니다.

- 아캄프로세이트 칼슘(Acamprosate Calcium)
 - 부프레노르핀 염산염(Buprenorphine Hydrochloride)
 - 부프레노르핀 서방형 주사제(Buprenorphine Extended-Release Injectable (서브로케이드) (Sublocade)
 - 부프레노르핀/날록손 염산염(Buprenorphine/Naloxone Hydrochloride)
 - 날록손 염산염(Naloxone Hydrochloride)
 - 날록손(Naltrexone) (경구용 약물) (oral)
 - 날록손 마이크로스피어 주사용 현탁액(Naltrexone Microsphere Injectable Suspension (비비트롤) (Vivitrol)
 - 로펙시딘 염산염(Lofexidine Hydrochloride) 루체미라(Lucemyra)
 - 디설피람(Disulfiram) (안타부스) (Antabuse)
 - 메타돈(Methadone) (마약 치료 프로그램을 통해 제공됨) (delivered by Narcotic Treatment Programs)
- 약물 중독 치료약은 평가, 진료 조정, 개별 상담, 집단 상담, 가족치료, 의약품 서비스, 환자교육, 회복 서비스, 약물 사용 장애 위기중재서비스, 금단 증상 관리 서비스 등의 서비스와 함께 제공할 수 있습니다. 약물 중독 치료약은 예를 들어 외래 환자 치료 서비스, 집중 외래 환자 서비스, 거주 치료를 포함한 모든 약물 Medi-Cal 조직 전달 시스템 서비스의 일부로 제공될 수 있습니다.
- 수혜자는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 외의 지역에서도 약물 중독 치료약을 받을 수 있습니다. 예를 들어, 부프레노르핀 같은 약물 중독 치료는 Medi-Cal 관리 의료 플랜 또는 정기 Medi-Cal "행위별수가제" 프로그램과 함께 협력하는 1 차 치료 제공업체의 일부 처방자에 의해 처방될 수 있으며 약국에서 조제 또는 투여될 수 있습니다.
- MAT 는 의학적으로 필요할 때 제공되며 플랜에서 보장하는 ASAM 수준의 치료와 함께 발생할 수 있습니다. MAT 는 또한 형사 사법 환경의 수혜자에게 제공되어 치료를 계속할 수 있도록 DMC-ODS 프로그램 중 하나로 전환하는

데 도움을줍니다. 케어 코디네이터는 이러한 전환을 지원하기 위해 치료 및 보조 서비스를 조정하는 데 도움을 줍니다.

- 제공자가 현장에서 MAT 서비스를 제공하지 않는 경우 제공자는 MAT 프로그램을 조정하고 연결하는 데 도움을 줄 수 있고 따라서 필요한 경우 MAT 서비스를 받을 수 있습니다.

동료 지원 서비스 (카운티마다 다름)

- 21세 미만의 수혜자는 거주 카운티에 관계없이 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료에 따른 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다.
- 동료 지원 서비스 제공은 참여하는 카운티의 선택 사항입니다. 오렌지 카운티는 이 혜택을 선택했습니다.
- 동료 지원 서비스는 문화적으로 유능한 개인 및 그룹 서비스로, 회복, 복원력, 참여, 사회화, 자족, 자기 옹호, 자연스러운 지원 개발 및 체계적인 활동을 통한 강점 파악을 촉진합니다. 이러한 서비스는 귀하나 귀하가 지명한 중요 지원자에게 제공될 수 있으며, 귀하는 해당 서비스를 다른 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스와 동시에 받을 수 있습니다. 동료 지원 서비스의 동료 전문가는 정신 건강 또는 약물 남용 장애에 대한 개인적인 경험이 있고 현재 주에서 승인한 인증 프로그램을 통해 회복 중인 개인으로, 주에서 라이선스를 취득, 포기 또는 등록된 행동 보건 전문가의 지시에 따라 이러한 서비스를 제공합니다.
- 동료 지원 서비스는 개인 및 그룹 코칭, 교육 기술 구축 그룹, 자원 탐색 또는 행동 건강 치료에 참여하도록 권장하는 참여 서비스 및 자기 옹호 촉진과 같은 치료 활동이 포함됩니다.
- 동료 지원 서비스는 임상 또는 비임상 환경에서 제공될 수 있습니다. 동료

지원 서비스는 승인된 치료 계획에 따라 모든 고객에게 제공되며 독립형 서비스로 제공되거나 다른 DMC-ODS 서비스와 동시에 제공될 수 있습니다.

- 제공자에게 해당 위치의 동료 지원 서비스에 대해 문의하거나 다른 제공자를 통해 이러한 서비스를 받을 수 있는 방법을 문의하십시오.

회복 서비스

- 회복 서비스는 귀하의 회복 및 복지에 중요할 수 있습니다. 회복 서비스는 귀하의 건강 및 의료 서비스를 관리하기 위해 치료 커뮤니티에 연결하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 따라서 이 서비스는 지속적인 자체 관리 지원을 제공하기 위해 귀하의 건강 관리, 효과적인 자체 관리 지원 전략 사용, 내부 및 커뮤니티 리소스 구성에 있어 귀하의 역할을 강조합니다.
- 귀하는 재발 위험에 대한 자체 평가 또는 제공자 평가에 따라 회복 서비스를 받을 수 있습니다. 서비스는 대면, 원격 의료 또는 전화를 통해 제공될 수 있습니다.
- 회복 서비스에는 평가, 진료 조정, 개별 상담, 그룹 상담, 가족 치료, 복구 모니터링 및 재발 방지 요소가 포함됩니다.
- 플랜의 모든 수준의 치료는 수혜자가 구조화된 SUD 치료에 적극적으로 참여하고 있는지 여부에 관계없이 카운티 수혜자에게 회복 서비스를 제공합니다. 회복 서비스만 이용하기 위해 치료 프로그램에 등록할 필요는 없습니다.
- 회복 서비스는 또한 재발 방지 및 회복의 자가 관리를 위한 노력을 보완하는데 도움이 되는 다른 치료 서비스에 대한 보조 서비스가 될 수 있습니다. NTP

및 MAT 를 포함한 다른 수준의 치료에서 치료 서비스를 받는 동시에 회복 서비스에 등록할 수 있습니다.

- 최근에 약물이나 알코올을 사용하지 않은 경우나 감옥 출소 또는 다른 기관에서 퇴원하는 경우에도 복구 서비스에 액세스할 수 있습니다.

진료 조정

- 진료 조정 서비스는 약물 사용 장애 치료, 정신 건강 관리, 의료 서비스에 대한 조정을 제공하고, 본인의 건강을 위한 서비스 및 지원에 연결하는 활동으로 구성됩니다. 진료 조정은 모든 서비스와 함께 제공되며 커뮤니티를 포함하여 임상 또는 비임상 환경에서 일어날 수 있습니다.
- 진료 조정 서비스에는 의료 및 정신 건강 제공자와 협력하여 건강상태와 퇴원 계획을 모니터링 및 지원하고, 육아, 교통 및 주거와 같은 지역사회 기반 서비스에 연결하는 것을 포함한 보조 서비스와의 조정이 포함됩니다.
- 귀하의 플랜은 모든 수준의 치료에서 면허, 인증 또는 등록된 직원에 의한 진료 조정 서비스를 제공합니다. 케어 코디네이터/케이스 매니저는 귀하가 원하는 방향으로 돌아갈 수 있도록 옹호, 신체 건강 및 정신 건강에 대한 케어 조정, 교통, 주택, 직업 서비스, 교육 및 전환 서비스 지원을 제공할 수 있습니다.
- 수혜자가 받는 진료 조정 서비스의 양과 유형은 개인의 특정 필요에 따라 다르며 진료 조정은 개인의 목표에 따라 제공됩니다. 어떤 경우에는 수혜자가 SUD 치료 서비스에 성공적으로 참여할 수 있도록 보다 집중적이고 표적화된 진료 조정 서비스를 받게 됩니다. 이는 수혜자의 필요에 따라 수혜자와 제공자가 결정합니다. 플랜에서 최대한의 혜택을 받고 있는지 확인하기 위해 제공자와 항상 진료 조정 서비스에 대해 논의할 수 있습니다.

우발상황 관리 (카운티마다 다름)

- 21세 미만의 수혜자는 거주 카운티에 관계없이 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료에 따른 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다.
- 우발상황 관리 서비스 제공은 참여하는 카운티의 선택 사항입니다. 오렌지 카운티는 실험 단계에서 이 혜택에 참여하고 있습니다.
- 유관 관리 서비스는 대상 수혜자가 체계적인 24 주 외래환자 우발상황 관리 서비스에 참여한 후 보상 없이 6 개월 이상 추가 치료 및 회복 지원 서비스에 참여하는 각성제 사용 장애에 대한 증거 기반 치료입니다.
- 우발상황 관리 서비스의 초기 12 주 동안에는 특히 소변 약물 검사를 통해 확인할 수 있는 자극제(예: 코카인, 암페타민, 메스암페타민)를 사용하지 않는 치료 목표를 달성하기 위한 일련의 보상이 포함되어 있습니다. 보상은 현금 등가물(예: 선물 카드)로 구성됩니다.
- 우발상황 관리 서비스는 참여 제공자가 운영하는 비 주거 환경에서 서비스를 받고 있는 포괄적이고 개별화된 치료 과정에 등록 및 참여하고 있는 수혜자만 이용할 수 있습니다. 또한 우발상황 관리 동기 부여 인센티브를 받으려면 수혜자가 증거(예: 음성 약물 검사)를 통해 치료/약물 준수 또는 물질 미사용을 입증해야 합니다.

모바일 위기 서비스

- 21세 미만의 수혜자는 거주 카운티에 관계없이 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료에 따른 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다.
- 모바일 위기 서비스는 귀하가 정신 건강 및/또는 약물 남용 위기("행동 건강 위기")를 겪고 있는 경우 이용 가능합니다. OC Links 에 855-625-

4657로 전화 하거나 웹페이지로 가보세요:

<https://www.ocalthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/navigation-help-resources/oc-links>.

- 모바일 위기 서비스는 집, 직장, 학교 또는 기타 장소를 포함하여 위기를 겪고 있는 장소에서 의료 전문가가 제공하는 서비스이지만 병원이나 기타 시설 환경은 포함되지 않습니다. 모바일 위기 서비스는 하루 24시간, 주 7일, 일년 365일 이용 가능합니다.
- 모바일 위기 서비스에는 신속한 대응, 개별 평가 및 커뮤니티 기반 안정화가 포함됩니다. 추가 치료가 필요한 경우 모바일 서비스 제공자는 “warm handoffs” 또 다른 서비스 추천을 촉진할 것입니다.
- 모바일 위기 서비스(OC Links)는 하루 24시간, 주 7일, 일년 365일 이용 가능합니다.
- 모바일 위기 서비스에는 신속한 대응, 위기 평가 및 임상적으로 표시된 치료 수준과의 연결이 포함됩니다. 이는 위기 상황에 따라 더 높거나 낮은 수준의 진료가 될 수 있습니다.
- 지역사회는 대응은 비통합 지역을 포함하여 오렌지 카운티 내 어느 곳에서나 이루어집니다.

선별검사, 평가, 단순 개입, 치료 추천

알콜 및 약물 선별검사, 평가, 단순 개입 및 치료 추천은 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템의 혜택이 아닙니다. 11 세 이상 수혜자를 위한 진료 때마다 지급하는 Medi-Cal 및 Medi-Cal 관리 의료 전달 시스템의 혜택입니다. 관리 의료 플랜은 11 세 이상의 수혜자를 대상으로 알코올 및 약물 사용 선별검사, 평가, 단순 개입 및 치료 추천(SABIRT)을 포함한 약물 사용 장애 서비스를 제공해야 합니다.

조기 중재 서비스

조기 중재 서비스는 21 세 미만 수혜자를 위한 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스를 포함합니다. 21 세 미만의 모든 수혜자는 선별검사를 받게 되며 약물 사용 장애가 발생할 위험이 있다고 판단되면 조기 중재 서비스로서 외래 환자 수준의 서비스를 받을 수 있습니다. 21 세 미만 수혜자는 조기 중재 서비스를 받기 위해 약물 사용 장애 진단이 필요하지 않습니다.

조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료

21 세 미만의 수혜자는 본 안내서의 앞부분에 설명된 서비스와 함께 조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료로 불리는 혜택을 통해 추가 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다.

조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료 서비스를 받을 자격을 갖추려면 수혜자가 21 세 미만이어야 하며 전 범위 Medi-Cal 을 가지고 있어야 합니다. 조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료는 장애와 신체 및 행동 건강 문제를 바로잡거나 도움을 주는 데 의학적으로 필요한 서비스를 다룹니다. 상태를 유지, 지원, 개선 또는 더 견딜 수 있게 하는 서비스는 상태를 호전시키는 것으로 간주되며 조기 및 정기 검진, 진단, 및

치료 서비스로 적용됩니다. 21 세 미만 수혜자를 위한 접근 기준은 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료 명령을 따르고 약물 남용 장애 예방 및 조기 개입을 위해 약물 Medi-Cal 조직 전달 시스템 서비스에 접근하는 성인을 위한 접근 기준과 다르며 더 유연합니다.

조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료 서비스에 대해 문의 사항이 있는 경우 **오렌지 카운티의 아동 및 청소년 서비스에 오전 8:00 에서 오후 5:00 사이에 (714) 834-5015** 로 전화하거나 [DHCS 조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료 웹 페이지](#)를 방문하십시오.

관리 의료 플랜 또는 정기 Medi-Cal 행위별수가제 프로그램에서 사용할 가능한 약물 사용 장애 서비스

관리 의료 플랜은 1 차 진료 환경 및 담배, 알코올 및 불법 약물 선별검사에서 임신한 구성원을 포함하여 11 세 이상의 수혜자를 대상으로 알코올 및 약물 사용 선별검사, 평가, 단순 개입 및 치료 추천(SABIRT)을 포함한 약물 사용 장애 서비스를 제공해야 합니다. 또한 관리 의료 플랜은 일차 진료, 입원 환자 병원, 응급실 및 기타 계약된 의료 환경에서 제공되는 약물 중독 치료(의약품 지원 치료라고도 함)의 제공을 보장하거나 마련해야 합니다. 관리 의료 플랜은 또한 자발적인 입원 환자 중독 치료를 포함하여 수혜자를 안정시키는 데 필요한 응급 서비스를 제공해야 합니다.

카운티 별 추가 정보

일반 건강 플랜을 통해 이용할 수 있는 약물 사용 장애 서비스에 대해 질문이 있는
경우 **CalOptima 고객 서비스 (714) 246-8500 또는 (888) 587-8088 또는 TTY (800)
735-2929** 로 문의하거나 주치의 또는 건강 플랜 관리자에게 문의하십시오.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스를 받는 방법

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스를 받는 방법은 무엇입니까?

약물 사용 장애 치료 서비스가 필요하다고 생각되는 경우 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 직접 요청해 서비스를 받을 수 있습니다. 본 안내서의 앞부분에 기재한 카운티 무료 전화 번호로 전화하실 수 있습니다. 다른 방법으로 약물 사용 장애 치료 서비스를 받으려면 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 문의할 수도 있습니다.

귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 약물 사용 장애 치료 서비스에 대해 귀하가 이러한 서비스를 필요로 할 수도 있다고 생각하는 의사, 행동 건강 전문가, 그리고 일반적으로 제공자로부터 그리고 귀하가 수혜자인 경우 본인의 Medi-Cal 관리 의료 건강 플랜으로부터 추천을 받아야 합니다. 의사 또는 Medi-Cal 관리 의료 건강 플랜은 긴급 상황이 아닌 이상 귀하의 허가나 자녀의 부모 또는 양육자의 허가를 받아야만 소개할 수 있습니다. 학교, 카운티 복지 또는 사회 복지 부서, 후견인, 보호자 또는 가족, 법 집행 기관을 포함한 다른 사람 및 단체도 카운티에 추천을 요구할 수 있습니다.

적용되는 서비스는 오렌지 카운티의 제공자 네트워크를 통해 제공됩니다. 계약 제공자가 적용되는 서비스를 수행하거나 지원하는 것에 대해 이의를 제기하는 경우, 오렌지 카운티는 다른 제공업자가 서비스를 수행하도록 주선합니다. 귀하의 카운티는 귀하가 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 서비스를 받기 위한 기준을 충족하는지 여부를 결정하기 위한 초기 평가를 수행하라는 요청을 거부할 수 없습니다.

오렌지 카운티는 수혜자의 적절한 치료 수준을 결정하기 위해 초기 선별 검사를 제공합니다. 수혜자는 초기 선별 검사에서 식별된 치료 수준의 제공자에게 의뢰되며, 제공자는 ASAM 기준에 따라 수혜자의 필요에 대한 전체 평가를 완료합니다. 수혜자가 해당 제공자가 제공하는 치료 수준에 적합하다고 판단되면 제공자는 수혜자에게 즉시 서비스 제공을 시작하는 데 필요한 모든 등록 단계를 완료합니다. 외래 환자 서비스의 경우 초기 요청 후 10 일 이내에 예약이 제공됩니다. NTP 서비스는 3 일 이내에 제공됩니다. 치료 승인을 위한 주거 간호 요청은 제공자의 최초 요청 후 24 시간 이내에 처리됩니다.

첫 번째 제공자가 수행한 전체 평가에서 수혜자가 제공자가 제공하는 치료 수준이 아닌 다른 수준의 치료에 더 적합하다고 판단되면 제공자는 수혜자와 협력하여 수혜자를 올바른 제공자와 연결합니다. 이 계획은 이 과정을 더 쉽게 만들기 위해 "warm hand offs"를 제공합니다. 이 연결을 위해 수혜자의 보호 된 의료정보를 수령 제공자에게 공개할수있는 수혜자의 서면 승인이 필요합니다. 이를 통해 연결된 제공자들과 수혜자가 서로 통신하여 다른 서비스에 대한 추천 및 연결이 성공적으로 완료되도록 할 수 있습니다.

카운티 플랜은 또한 수혜자의 치료 진도에 따라 다른 ASAM 수준의 치료로 연결을 할 수 있도록 돕습니다. 수혜자는 한 수준의 치료에서 치료를 시작할 수 있지만 더 높거나 낮은 수준으로 이동해야 할 수도 있습니다. 이 경우 수혜자의 케어 코디네이터는 수혜자와 협력하여 수혜자가 적절한 수준의 케어로 전환하도록 돕고 "warm hand offs"를 제공할것입니다. 치료 전환 및 "warm hand off" 대해 궁금한 점이 있으면 서비스 제공 업체에 문의하거나 회원 서비스에 전화하십시오.

어디서 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스를 받을 수 있습니까?

오렌지 카운티는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 프로그램에 참여하고 있습니다. 오렌지 카운티의 거주자는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템을 통해 거주하고 있는 카운티에서 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스를 받으실 수 있습니다. 귀하의 카운티 내에서 제공되지 않는 약물 Medi-Cal 조직 전달 시스템 서비스에 대해 필요하고 적절한 경우 귀하가 카운티 외부에서 서비스를 받을 수 있도록 주선할 것입니다. 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에는 약물 Medi-Cal 조직 배송 시스템 카운티 적용되는 신체질환을 치료할 수 있는 약물 사용 장애 치료 제공자가 있습니다. 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템에 참여하지 않는 다른 카운티에서는 다음과 같은 의약품 Medi-Cal 서비스를 제공할 수 있습니다.

- 집중 외래 환자 치료
- 마약 치료
- 외래 환자 치료
- 임신 중 약물남용 주거 치료 서비스(숙식 제외)

21 세 미만인 경우 주 전역의 다른 카운티에서도 조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료 서비스를 받을 수 있습니다.

시간 외 진료

서비스 이용 및 의뢰에 관해 영업 시간 이후에도 응답을 드릴 수 있도록 **수혜자 전용 회선 (800) 723-8641 번이 24 시간** 제공됩니다. 의료 조치가 필요한 긴급 상황인 경우 회원은 911 에 직접 연결될 수 있습니다.

제공자에게 이미 가입되어 있는 경우 귀하의 제공자도 영업 시간 외 지원을 제공합니다.
특정 제공자의 영업 시간 외 연락 정보는 가입 정보 패키지를 참조하시기 바랍니다.

본인이 언제 도움이 필요한 지 어떻게 알 수 있습니까?

많은 사람들이 인생에서 어려운 시기를 보내고 있으며 약물 사용 장애 문제를 경험할 수 있습니다. 알고 있어야 할 가장 중요한 것은 도움을 받을 수 있다는 것입니다. Medi-Cal 자격이 있고 전문적인 도움이 필요하다고 생각되면, 현재 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 참여한 카운티에 거주하고 있는 경우 해당 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 평가를 요청하여 확인해야 합니다.

어린 자녀 또는 청소년 자녀가 언제 도움이 필요한 지 어떻게 알 수 있습니까?

어린 자녀 또는 청소년 자녀가 약물 사용 장애의 징후를 보이고 있다고 생각되는 경우 참여하는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 문의하여 평가를 받을 수 있습니다. 귀하의 어린 자녀 또는 청소년 자녀가 Medi-Cal 자격이 있고 카운티 평가를 통해 참여 카운티에서 보장하는 약물 및 알코올 치료 서비스가 필요한 것으로 나타나면, 카운티는 귀하의 어린 자녀 또는 청소년 자녀가 서비스를 받을 수 있도록 소개할 것입니다.

언제 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스를 받을 수 있습니까?

귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하가 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 서비스를 받기 위해 예약을 할 때 주정부의 예약 시간 기준을 충족해야 합니다. 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 다음 예약 시간 기준을 충족해야 합니다.

- 외래환자 및 집중 외래환자 서비스를 위한 약물 사용 장애 제공자에게 서비스를 시작하도록 비 응급 요청을 한 후 영업일 기준 10 일 이내;
- 마약 치료 프로그램 서비스 요청 후 영업일 기준 3 일 이내;
- 치료 제공자가 확인한 특정 사례를 제외하고, 지속적인 약물 사용 장애로 인해 치료 과정을 밟고 있는 경우 10 일 이내의 긴급하지 않은 후속진료 예약;

그러나 제공자가 대기 시간이 더 긴 것이 의학적으로 적절하고 건강에 해롭지 않다고 판단한 경우에는 대기 시간이 더 길어질 수 있습니다. 대기자 명단에 올랐다는 소식을 듣고 그 시간이 건강에 해롭다고 생각되면 정신 건강 플랜에 1-855-625-4657로 전화하십시오. 적시에 진료를 받지 못한 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다. 불만 제기에 대한 자세한 내용은 이 수혜자 안내서의 "불만 제기 절차" 부분을 참조하십시오.

어떤 서비스를 받을지는 누가 결정합니까?

귀하와 귀하의 제공자 및 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 모두 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티를 통해 받을 서비스를 결정하는 데 관여하고 있습니다. 약물 사용 장애 서비스 제공자가 귀하와 대화를 나눌 것이며, 평가를 통해 귀하의 필요에 따라 적합한 서비스를 추천하는 데 도움을 줄 것입니다. 제공자가 해당 평가를 수행하는 동안 귀하에게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 21 세 미만의 수혜자에게 정신 질환을 교정하거나 개선하는 데 도움이 되는 의학적으로 필요한 서비스를 제공해야 합니다. 행동 건강 문제를 유지, 지원, 개선 또는 더 견딜 수 있게 하는 서비스는 의학적으로 필요한 것으로 간주됩니다.

카운티 별 추가 정보

약물 Medi-Cal 조직 제공 시스템에 이용하는 방법에는 여러 가지가 있습니다. **수혜자 전용 회선에 주 7 일, 하루 24 시간 (800) 723-8641** 로 전화하는 것 외에도, 당사 제공자에게 직접 전화하거나 방문하여 서비스를 요청할 수도 있습니다.

정신 건강 서비스를 받는 방법

전문 정신 건강 서비스는 어디서 받을 수 있습니까?

특수 정신 건강 서비스는 현재 거주하는 카운티에서 받을 수 있거나 필요한 경우 카운티 외부에서 전문 정신 건강 서비스를 받을 수 있습니다. 정신 건강 서비스(Specialty Mental Health Services, SMHS)를 이용하려면 **수혜자 전용 회선에 (800) 723-8641** 로 전화하면 정신 건강 서비스 제공자와 연결해 드립니다. 또한 http://www.ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal 을 방문하여 카운티의 정신 건강 플랜(Mental Health Plan, MHP)에 대해 자세히 알아볼 수 있습니다.

각 카운티에는 어린이, 청소년, 성인 및 노인을 위한 전문 정신 건강 서비스가 있습니다. 21 세 미만인 경우 조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료를 받을 수 있습니다.

정신 건강 플랜은 귀하가 전문 정신 건강 서비스 접근성 기준을 충족하는지를 결정합니다. 그렇게 하는 경우, 정신 건강 플랜은 귀하의 요구 사항을 충족하는 데 어떤 서비스가 권장되는지 결정하기 위해 귀하의 요구 사항을 평가하기 위해 정신 건강 서비스 제공자에게 귀하를 추천할 것입니다. 관리 치료 플랜의 수혜자로 등록된 경우 관리 치료 플랜에 평가를 요청할 수도 있습니다. 관리 치료 플랜에서 귀하가 전문 정신 건강 서비스 사용 기준을 충족한다고 판단하면 정신 건강 플랜에서 서비스를 받도록 귀하를 추천하거나 관리 의료 플랜에서 정신 건강 플랜으로 서비스를 이전하는 데 도움을 줄 것입니다. 정신 건강 서비스를 이용하기 위한 잘못된 방법은 없습니다. 그러니 관리 의료 계획을 통해 특수 정신 건강 서비스와 비전문 정신 건강 서비스를 받을 수도 있습니다. 서비스 제공자가 해당 서비스가 임상적으로 귀하에게 적합하다고

판단하고 해당 서비스가 조정되고 중복되지 않는 한 귀하의 정신 건강 서비스 제공자를 통해 이러한 서비스를 이용할 수 있습니다.

카운티 별 추가 정보

DMC-ODS 제공자는 정신 건강 요구 사항 중 필요에 대해서도 도움을 드릴 수 있습니다. 보다 집중적이거나 전문적인 정신 건강 서비스가 필요한 경우, DMC-ODS 제공자는 정신 건강 서비스 제공자로부터 해당 서비스를 받을 수 있도록 치료를 조율할 수 있습니다. 귀하의 허락이 있는 경우, DMC-ODS 제공자와 정신 건강 서비스 제공자가 협력하여 두 가지 조건에 대한 귀하의 필요를 충족시킬 수 있습니다.

접근성 기준 및 의료적 필요성

약물 사용 장애 치료 서비스의 적용 범위에 대한 접근성 기준은 무엇입니까?

귀하가 약물 사용 장애 치료 서비스를 필요로 하는지 여부를 결정하기 위한 일환으로 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하와 귀하의 제공자와 협력하여 귀하가 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스를 받기 위한 접근 기준을 충족하는지 여부를 결정합니다. 이 섹션에서는 참여하는 카운티에서 이러한 결정을 내리는 방법을 설명합니다.

제공자는 귀하와 협력하여 귀하에게 가장 적합한 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스를 결정하기 위한 평가를 수행합니다. 이 평가는 직접 대면, 원격 의료 또는 전화로 진행됩니다. 평가가 진행되는 동안 일부 서비스를 받을 수 있습니다. 제공자는 평가를 완료한 후, 귀하가 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템을 통해 서비스를 받을 수 있는 다음 접근성 기준을 충족하는지 여부를 결정합니다.

- Medi-Cal에 등록해야 합니다.
- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템에 참여하는 카운티에 거주해야 합니다.
- 약물 관련 및 중독성 장애 (담배 관련 장애 및 비 약물 관련 장애 제외)에 관한 정신장애 진단 및 통계 소책자에 명시된 최소한 하나 이상의 진단을 받아야 합니다. 또한 감금되기 전 또는 감금 중에 약물 관련 및 중독성 장애 (담배 관련 장애 및 비 약물 관련 장애 제외)에 관한 정신장애 진단 및 통계 소책자에 명시된 하나 이상의 진단을 받은 적이 있습니다.

21 세 미만의 수혜자는 진단이 내려지지 않았더라도 서비스가 약물 장애를 교정하거나 도움이 될 것이라고 서비스 제공자가 판단하는 경우 모든 약물 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하의 거주 카운티가 약물 Medi-Cal 체계적 배송 시스템에 참여하지 않더라도 귀하가 21 세 미만인 경우에도 이러한 서비스를 받을 수 있습니다.

의료적 필요성이란?

귀하가 받는 서비스는 귀하의 질환을 해결하기 위해 의학적으로 필요하고 적절한 것이어야 합니다. 21 세 이상의 개인은 생명보호, 중대한 질병이나 장애 예방, 또는 심한 통증 완화가 합리적이고 필요할 때 의료 서비스를 받아야 합니다. 21 세 미만의 수혜자는 약물 오용이나 약물 사용 장애를 시정하거나 도와주는 의료적 서비스를 필요로 합니다. 약물남용 또는 약물 사용 장애를 유지, 지원, 개선, 또는 더 견딜 수 있게 하는 서비스는 건강상태를 호전 시키는 것으로 간주되므로 조기 및 정기 검진, 진단 및 치료로 적용됩니다.

카운티 별 추가 정보

“Licensed professional of the healing arts (LPHA)”만이 의학적 필요성을 입증할 수 있습니다. 면허가 있는 전문가만이 귀하의 상태가 약물 사용 장애 진단 기준을 충족하는지 여부와 해당 장애를 치료하는 데 도움이 될 가능성이 높은 치료법을 결정하는 데 필요한 교육과 훈련을 받았기 때문입니다. 귀하는 평가 및 치료 과정 중 어느 시점에 프로그램에서 약물중독 “LPHA”를 만나게 됩니다.

서비스 제공자 선택

나에게 필요한 약물 사용 장애 치료 서비스 제공자를 어떻게 찾을 수 있습니까?

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하가 제공자를 선택하는 데 몇 가지 제한을 둘 수 있습니다. 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 최초 제공자 선택권을 제공하도록 요청할 수 있습니다. 또한 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티를 통해 제공자를 변경할 수 있어야 합니다. 만일 제공자를 변경하도록 요청하는 경우 카운티는 가능한 범위에서 그리고 적절하도록 제공자 선택할 수 있도록 허용해야 합니다.

카운티는 현 제공자 목록을 온라인에 게시해야 합니다. 현 제공자에 대해 질문이 있거나 업데이트된 제공자 목록을 원하는 경우

카운티 웹사이트 <https://www.ochealthinfo.com/dmc-ods> 를 방문하거나 카운티의 무료 전화 번호로 전화하십시오. 현 제공자 목록은 카운티 웹 사이트에서 전자적으로 또는 요청 시 우편으로 종이 사본으로 제공됩니다.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 계약 제공자는 자체 결정으로 또는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 요청에 따라 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 제공자로서 더 이상 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스를 제공하지 않거나 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티와 더 이상 계약하지 않거나 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 환자를 받지 않기로 선택할 수도 있습니다. 이런 경우, 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 제공자로부터

약물 사용 장애 치료 서비스를 제공받던 각 사람에게 종료 통지서를 받거나 발급한 후 15 일 이내에 제출하도록 노력을 기울여야 합니다.

Medi-Cal 수혜 자격이 있고 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티를 선택한 카운티에 거주하는 아메리칸 원주민 및 알래스카 원주민은 필요한 DMC 인증을 받은 원주민 의료제공자를 통해서도 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 서비스를 받을 수 있습니다.

일단 제공자를 찾으면 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템에서 제공자에게 내가 어떤 서비스를 받는지 알려줄 수 있습니까?

귀하와 귀하의 제공자 및 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 모두 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스에 대한 접근성 기준을 준수하는 카운티를 통해 받을 서비스를 결정하는 데 관여합니다. 카운티가 결정권을 귀하와 서비스 제공자에게 맡기는 경우도 있습니다. 또는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 제공자가 서비스를 제공하기 전에 서비스가 필요하다고 생각하는 이유를 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 검토할 것을 요청하도록 요구할 수 있습니다. 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 자격을 갖춘 전문가를 채용하여 검토해야 합니다.

이 검토 과정을 플랜 승인 과정이라고 합니다. 주거 서비스 및 입원 서비스(금단 증상 관리 서비스 제외)에만 대한 사전 승인이 허용됩니다. 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 승인 절차는 지정된 일정을 따라야 합니다. 표준 승인의 경우, 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의는 14 일 이내에 제공자의 요청에 대한 결정을 내려야 합니다.

귀하 또는 귀하의 제공자가 요청하거나 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 귀하의 제공자로부터 더 많은 정보를 얻는 것이 귀하에게 이익이 된다고 생각하는 경우 일정을 최대 14 일까지 추가로 연장할 수 있습니다. 연장이 귀하에게 이익이 될 수 있는 경우의 예는 카운티가 의약품 메디칼 체계적 전달 시스템 카운티가 제공자로부터 추가 정보를 제공받은 경우 제공자의 승인 요청을 승인할 수 있으며 추가 정보 없이는 요청을 거부해야 하는 경우입니다. 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 일정을 연장하는 경우 해당 카운티는 연장에 대한 서면 통지를 발송합니다.

카운티가 표준 일정 내에 또는 신속한 승인 요청에 필요한 일정 내에 결정을 내리지 않을 경우, 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 서비스가 거부되었으며 항소를 제기하거나 주 정부 공정 공청회를 요청할 수 있다는 불리한 혜택 결정 통지를 보내야 합니다.

승인 절차에 대한 자세한 내용은 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 문의할 수 있습니다.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 승인 절차에 대한 결정에 동의하지 않을 경우 카운티에 항소를 제기하거나 주 정부 공정 공청회를 요청할 수 있습니다. 자세한 내용은 문제 해결 섹션을 참조하십시오.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서는 어떤 제공자를 사용합니까?

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티를 처음 접하는 경우

<https://www.ochealthinfo.com/dmc-ods> 에서 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 제공자 전체 목록을 확인할 수 있으며, 여기에는 제공자의 위치, 제공하는 약물

사용 장애 치료에 대한 정보, 제공자가 제공하는 문화 및 언어 서비스에 대한 정보를 포함하여 치료에 접근하는 데 도움이 되는 기타 정보가 포함되어 있습니다. 제공자에 대한 문의 사항이 있는 경우 본 안내서의 앞부분에 있는 카운티 무료 전화 번호로 전화하실 수 있습니다.

카운티 별 추가 정보

제공자 디렉토리 및 기타 많은 수혜자 리소스 및 정보 자료는 DMC-ODS 웹사이트(<https://www.ocalthinfo.com/dmc-ods>)를 방문하면 확인할 수 있습니다.

스마트 장치를 사용하여 의료 기록 및 서비스 제공자

디렉토리 정보에 접근할 수 있는 권리

카운티는 귀하가 컴퓨터, 스마트 태블릿 또는 모바일 장치와 같은 일반적인 기술을 사용하여 귀하의 의료 기록에 접근하고 서비스 제공자를 찾을 수 있도록 보안 시스템을 만들고 유지해야 합니다. 이 시스템을 Patient Access Application Programming Interface (API) (환자 액세스 애플리케이션 프로그래밍 인터페이스)라고 합니다. 귀하의 의료 기록에 접근하고 서비스 제공자를 찾기 위한 신청서를 선택할 때 고려해야 할 정보는 귀하의 카운티 웹사이트에서 확인할 수 있습니다.

다음 웹사이트에서 오렌지 카운티의 API 기술 구현 및 유용한 자료에 대한 정보를 찾을 수 있습니다: www.ocalthinfo.com/dmc-ods

카운티 별 추가 정보

제공자 디렉토리와 기타 많은 수혜자 리소스 및 정보 자료는 DMC-ODS 웹사이트(<https://www.ocalthinfo.com/dmc-ods>)를 방문하면 확인할 수 있습니다.

불리한 혜택 결정 통지

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 내가 원하거나 필요하다고 생각하는 서비스를 거부할 경우 내가 가진 권리는 무엇입니까?

귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 귀하가 원하거나 받아야 한다고 생각하는 서비스를 거부, 제한, 축소, 지연 또는 종료하는 경우, 귀하는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티로부터 서면 통지("불리한 혜택 결정 통지"로 불림)를 받을 권리가 있습니다. 귀하는 또한 항소를 요청함으로써 그 결정에 동의하지 않을 권리가 있습니다. 아래 섹션에서는 통지에 대한 귀하의 권한과 귀하가 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 결정에 동의하지 않을 경우 취해야 할 조치에 대해 설명합니다.

불리한 혜택 결정이란 무엇입니까?

불리한 혜택 결정은 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 취한 다음 조치를 의미하는 것으로 정의됩니다.

1. 서비스의 종류 또는 수준, 의료상 필요성, 보장되는 혜택의 적절성, 환경 또는 효과에 기초한 결정을 포함하여 요청된 서비스의 거부 또는 제한 승인;
2. 기존에 승인한 서비스의 축소, 중지 또는 종료;
3. 서비스에 대한 지급의 전부 또는 일부 거부;
4. 서비스의 적시 제공 실패;
5. 불만 및 항소의 표준 해결을 위해 필요한 기간 내에 조치를 취하지 않음 (의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 불만을 제기하였지만 의약품 Medi-Cal

체계적 전달 시스템 카운티가 90 일 이내에 불만 사항에 대한 서면 결정을 회신하지 않았습니다. 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 항소를 제기하였지만 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 30 일 이내에 항소에 대한 서면 결정을 회신하지 않았습니다. 또는 신속 항소를 제기했지만 72 시간 이내에 답변을 받지 못했습니다.)

6. 재정적 책임에 이의를 제기하는 수혜자의 요청 거부.

불리한 혜택 결정 통지란 무엇입니까?

불리한 혜택 결정 서면 통지는 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 귀하와 귀하의 제공자가 받아야 한다고 생각하는 서비스를 거부, 제한, 축소, 지연 또는 종료하기로 결정한 경우 귀하에게 발송하는 서신입니다. 여기에는 서비스에 대한 지불 거부, 서비스가 적용되지 않는다는 주장에 따른 거부, 서비스가 틀린 전달 시스템을 위한 것이었다는 이유로 거부 또는 재정적 책임에 대한 이의 제기 요청 거부가 포함됩니다. 불리한 혜택 결정 통지는 또한 귀하의 불만, 항소 또는 신속 항소가 제때에 해결되지 않았거나 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 서비스 제공 일정 표준 내에서 서비스를 받지 못한 경우 통지하는 데 사용됩니다.

통지 시기

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 이미 승인한 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 서비스의 종료, 중단 또는 축소 조치일 최소 10 일 전에 수혜자에게 우편으로 통지를 보내야 합니다. 또한 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 요청한 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스의 전부 또는 일부를 거부, 지연

또는 수정하는 결정을 내린 후 2 영업일 이내에 수혜자에게 우편으로 통지를 보내야 합니다.

원하는 서비스를 받지 못하면 항상 불리한 혜택 결정 통지를 받게 됩니까?

네, 불리한 혜택 결정 통지를 받아야 합니다. 그러나 통지를 받지 못한 경우에는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 항소하거나, 이미 항소 절차를 완료한 경우에는 주 정부 공정 공청회를 요청할 수 있습니다. 귀하의 카운티에 연락할 때, 불리한 혜택 결정을 경험했지만 통지를 받지 못했다고 알려주세요. 이 안내서에 항소를 제기하거나 공정 공청회를 요청하는 방법에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 제공자의 사무실에서도 정보를 얻을 수 있습니다.

불리한 혜택 결정 통지서를 통해 무엇을 알 수 있습니까?

불리한 혜택 결정 통지서를 통해 다음을 알 수 있습니다.

- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 귀하와 서비스를 받기 위한 귀하의 능력에 미친 영향.
- 내려진 결정의 효력 발생일 및 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 그러한 결정을 내린 이유.
- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 결정을 내릴 때 따른 주 또는 연방 규칙.
- 귀하가 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 내린 조치에 동의하지 않는 경우 가질 수 있는 귀하의 권리.
- Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 결정과 관련된 문서, 기록 및 기타

정보의 사본을 받는 방법

- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티를 통해 항소를 제기하는 방법.
- 주 정부 공정 공청회 요청 방법.
- 신속 항소 또는 신속 공정 공청회 요청 방법.
- 항소를 제기하거나 주 정부 공정 공청회를 요청하는 데 도움을 받는 방법.
- 항소를 제기하거나 주 정부 공정 공청회를 요청해야 하는 기간.
- 항소 또는 주 정부 공정 공청회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 수 있는 권리, 이러한 서비스의 지속성을 요청하는 방법 및 이러한 서비스의 비용을 Medi-Cal 에서 부담하는지 여부.
- 서비스를 계속 받기 원하는 경우 항소 또는 주 정부 공정 공청회 요청을 제출해야 할 시기.

불리한 혜택 결정 통지를 받으면 어떻게 해야 할까요?

부정적인 혜택 결정 통지를 받으면 통지서의 모든 내용을 주의 깊게 읽어보아야 합니다. 통지 내용을 이해하지 못할 경우 해당 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 도움을 받을 수 있습니다. 다른 사람에게 도움을 요청할 수도 있습니다.

항소나 주 정부 공정 공청회 요청을 제출할 때 중단된 서비스를 계속 제공해줄 것을 요청할 수 있습니다. 귀하는 부정적인 혜택 결정 통지가 소인 된 날 또는 개인적으로 제공된 날로부터 10 일 이내 또는 변경 발효일 이전에 서비스를 계속 제공해줄 것을 요청해야 합니다.

카운티 별 추가 정보

도움이 필요하거나 혜택 부적합 결정 통지서 절차에 대해 궁금한 점이 있으면 무료 전화 866-308-3074 또는 714-834-5601 또는 TTD 866-308-3073 으로 해당 플랜의 “Managed Care team”에 문의하시기 바랍니다.

문제 해결 절차

카운티의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 플랜에서 원하는 서비스를 받지 못하면 어떻게 해야 할까요?

귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하가 받고 있는 약물 사용 장애 치료 서비스와 관련된 모든 문제를 해결할 수 있는 방법을 제공합니다. 이를 문제 해결 절차라고 하며 다음과 같은 절차가 포함될 수 있습니다.

1. **불만 제기 절차** – 불리한 혜택 결정을 제외한 귀하의 약물 사용 장애 치료 서비스에 대한 불만을 전달.
2. **항소 처리 절차** – 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 또는 제공자가 귀하의 약물 사용 장애 치료 서비스에 대해 내린 결정(서비스 거부, 종료 또는 축소)을 검토.
3. **주 정부 공정 공청회 절차** – Medi-Cal 프로그램에 따라 자격이 부여된 약물 사용 장애 치료 서비스를 받고 있는지 확인하기 위한 검토.

불만 사항이나 항소 제기 또는 주 정부 공정 공청회 요청은 귀하에게 불이익을 주지 않으며 귀하가 받고 있는 서비스에 영향을 미치지 않습니다. 불만 또는 항소 처리가 완료되면 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 귀하와 서비스 제공자, 부모 및 보호자에게 최종 결과를 통지합니다. 주 정부 공정 공청회가 끝나면 주 정부 공정 공청회 사무소에서 귀하와 제공자에게 최종 결과를 통지합니다.

아래에서 각 문제 해결 절차에 대해 자세히 알아보십시오.

항소, 불만 또는 주 정부 공정 공청회를 제기하는 데 도움을 받을 수 있습니까?

귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서는 인력을 확보하여 귀하에게 해당 절차를 설명하고 귀하가 불만 사항, 항소 또는 주 정부 공정 공청회 요청으로 문제를 신고하는 데 도움을 줍니다. 또한 귀하의 건강이나 안정이 위험에 처한 상황에서 더 빨리 검토를 받을 것을 의미하는 이른바 '신속' 절차에 적합한지 여부를 결정하는 데 도움을 줄 수도 있습니다. 귀하는 또한 약물 사용 장애 치료 제공자 또는 변호인을 포함하여 다른 사람이 귀하를 대신하도록 권한을 부여할 수 있습니다. 도움이 필요하시면 (855) 625-4657 로 전화하세요. 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서는 불만 사항 또는 항소와 관련된 양식 및 기타 절차 단계를 작성하는 데 합리적인 지원을 제공해야 합니다. 여기에는 통역 서비스 및 TTY/TDD 와 통역 기능을 갖춘 수신자 부담 전화번호가 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 계획의 문제를 해결하는 데 도움이 필요하지만 불만을 제기하거나 항소하지 않으려면 어떻게 해야 합니까?

시스템을 통해 일을 처리할 수 있도록 도움을 줄 적절한 사람을 카운티에서 찾는 데 어려움을 겪고 있다면 주 정부의 도움을 받을 수 있습니다.

월요일부터 금요일까지 오전 8 시부터 오후 5 시 사이(공휴일 제외) **888-452-8609** 로 전화하거나 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov 으로 이메일을 보내 보건 서비스국 옴부즈맨 사무실에 문의할 수 있습니다.

참고하세요: 이메일 메시지는 비밀로 간주되지 않습니다. 이메일 메시지에 개인 정보를 포함하면 안 됩니다.

지역 법률 지원 사무소 또는 다른 단체에서 무료 법률 지원을 받을 수 있습니다. 공청회 권리나 무료 법률 지원에 대해 다음 전화로 공공 조사 및 응답 부서에 문의할 수 있습니다.

수신자 부담 전화: **1-800-952-5253**

TDD 를 사용하는 청각 장애인인 경우 다음 번호로 전화하십시오. **1-800-952-8349**

카운티 별 추가 정보

이의 제기, 불만 사항 또는 주 청문회 요청에 대한 도움이 필요하시면 **무료 전화 (866) 308-3074 번 또는 TTD (866) 308-3073 번**으로 문의하세요.

불만 제기 절차

불만 사항이란 무엇입니까?

불만은 항소 및 주 정부 공정 공청회 절차에서 다루는 문제가 아닌 귀하의 약물 사용 장애 치료 서비스에 대한 불만족의 표현입니다.

불만 제기 절차 내용은 다음과 같습니다.

- 구두 또는 서면으로 불만 사항을 제출할 수 있는 간단하고 쉽게 이해할 수 있는 절차를 포함합니다.
- 어떤 식으로도 귀하나 귀하의 제공자에게 불리하게 작용하지 않습니다.
- 귀하는 제공자 또는 변호인을 포함하여 다른 사용자가 귀하를 대신하여 행동할 수 있도록 권한을 부여할 수 있습니다. 타인에게 자신을 대신하여 행동할 수 있는 권한을 부여하는 경우 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 해당 타인에게 정보를 공개할 것을 승인하는 양식에 서명하도록 요청할 수 있습니다.
- 의사 결정을 내리는 개인이 해당 자격이 있고 이전 수준의 검토나 의사 결정에 관여하지 않는지 확인합니다.
- 귀하와 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 및 제공자의 역할과 책임을 식별합니다.
- 필요한 기간 내에 불만 사항에 대한 해결책을 제공합니다.

언제 불만을 제기할 수 있습니까?

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 받고 있는 약물 사용 장애 치료 서비스에 만족하지 못하거나 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티와 관련해 다른 우려사항이 있는 경우 언제든지 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 불만을 제기할 수 있습니다.

불만은 어떻게 제출할 수 있습니까?

귀하는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 전화하여 불만 사항에 대한 도움을 받으실 수 있습니다. 불만 사항은 구두 또는 서면으로 제출할 수 있습니다. 구두로 제기한 불만사항은 서면으로 후속 조치할 필요가 없습니다. 불만 사항을 서면으로 제출하고 싶으신 경우 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 모든 제공자 사무실에서 주소가 지정된 봉투를 제공하므로 귀하는 불만 사항을 우편으로 보낼 수 있습니다. 회신용 봉투가 없는 경우 이 안내서 앞면에 나와 있는 주소로 직접 불만 사항을 우편으로 보내실 수 있습니다.

Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 불만 사항을 접수했는지 어떻게 알 수 있습니까?

수령 후 5일 이내 귀하의 정신 건강 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하에게 서면 확인서를 보내 귀하의 불만 사항을 접수했음을 알려주어야 합니다. 귀하가 동의한 전화 또는 직접 방문을 통해 접수된 불만사항은 다음 영업일 말까지 해결될 것으로 예상되며 면제되며 서신을 받을 수 없습니다.

불만 사항은 언제 판결이 납니까?

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하가 불만을 제기한 날로부터 90 일 이내에 귀하의 불만 사항에 대한 판결을 내려야 합니다. 귀하가 연장을 요청하거나 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 추가 정보가 필요하며 연장이 귀하의 이익을 위한 것이라고 판단하는 경우 최대 14 일까지 추가로 기간을 연장할 수 있습니다. 연장이 귀하의 이익에 도움이 될 수 있는 경우의 예는 카운티가 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 귀하 또는 다른 관련자로부터 정보를 얻을 수 있는 시간이 조금 더 있다면 귀하의 불만을 해결할 수 있을 것이라고 판단하는 경우입니다.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 내 불만 사항에 대해 결정을 내렸는지 어떻게 알 수 있습니까?

귀하의 불만 사항에 대한 결정이 내려지면 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 귀하 또는 귀하의 대리인에게 해당 결정을 서면으로 통지합니다. 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 귀하 또는 영향을 받는 당사자에게 불만 처리 결정을 제때 통지하지 못할 경우 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하에게 주 정부 공정 공청회를 요청할 권리를 알려주는 불리한 혜택 결정 통지를 보내야 됩니다. 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서는 해당 기간이 만료되는 날짜에 부정적인 혜택 결정 통지를 제공해야 합니다.

불만 제기에 기한이 있습니까?

여러분은 언제든지 불만을 제기할 수 있습니다.

카운티 별 추가 정보

모든 서비스 제공업체에는 자체 주소와 스탬프가 찍힌 고충처리 양식이 모든 장소에 비치되어 있으므로 요청할 필요가 없습니다. 제공자 사이트에서 고충처리 양식을 찾을 수 없고 요청하는 것이 불편한 경우 플랜의 **“managed care team”**에 연락하여 도움을 요청하고 문제를 신고하십시오. 무료 전화 **(866) 308-3074** 또는 TTD **(866) 308-3073** 으로 전화하세요.

항소 처리 절차(표준 및 신속)

귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하가 동의하지 않는 플랜 또는 제공자가 귀하의 약물 사용 장애 치료 서비스에 대해 내린 결정에 이의를 제기할 수 있도록 허용할 책임이 있습니다. 검토를 요청할 수 있는 방법은 두 가지가 있습니다. 한 가지 방법은 표준 항소 절차를 사용하는 것입니다. 두 번째 방법은 신속 항소 절차를 사용하는 것입니다. 이 두 가지 항소 유형은 유사하지만 신속 항소 자격에 대해서는 특별한 요구 사항이 있습니다. 이 특별 요구 사항을 아래에 설명했습니다.

표준 항소란 무엇입니까?

표준 항소는 플랜 또는 귀하가 필요하다고 생각되는 서비스의 거부 또는 변경에 연루된 제공자와 관련된 문제에 대한 검토 요청입니다. 표준 항소를 요청할 경우 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 최대 30 일 이내에 항소를 검토합니다. 만약 30 일을 기다리는 동안 귀하의 건강이 위험해질 것이라고 생각한다면 '신속 항소'를 요청해야 합니다.

표준 항소 절차에서는:

- 대면, 전화 또는 서면으로 항소를 제기할 수 있습니다.
- 항소가 어떤 식으로도 귀하나 귀하의 제공자에게 불리하게 작용하지 않음을 보장합니다.
- 귀하가 제공자 아니면 옹호자를 포함하여 다른 사람이 귀하를 대신하여 행동할 수 있도록 권한을 부여할 수 있도록 합니다. 타인에게 자신을 대신하여 행동할 수 있는 권한을 부여하는 경우 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서

해당 타인에게 정보를 공개할 것을 승인하는 양식에 서명하도록 요청할 수 있습니다.

- 불리한 혜택 결정 통지서에 소인이 찍히거나 개인적으로 귀하에게 전달된 날짜로부터 10 일 이내의 필수기간 내에 항소 요청 시 혜택을 계속 받을 수 있습니다. 항소가 보류 중인 기간에는 계속되는 서비스에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다. 귀하가 혜택의 지속성을 요청한 후, 항소의 최종 결정으로 귀하가 받고 있는 서비스를 축소 또는 중단하기로 결정한 경우 항소가 진행 중인 동안 제공된 서비스 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
- 의사 결정을 내리는 개인이 해당 자격이 있고 이전 수준의 검토나 의사 결정에 관여하지 않는지 확인합니다.
- 귀하 또는 귀하의 대리인이 귀하의 의료 기록을 포함한 케이스 파일과 항소 과정 중에 고려한 기타 문서 또는 기록을 항소 과정 전 및 도중에 검토할 수 있도록 허용합니다.
- 대면 또는 서면으로 사실 또는 법률에 대한 증거와 주장을 제시할 수 있는 합리적인 기회를 제공합니다.
- 귀하와 귀하의 대리인 또는 사망한 수혜자 재산의 법정 대리인이 항소의 당사자로 포함되도록 허용합니다.
- 서면 확인서로 귀하에게 항소가 검토 중이라는 것을 알려드립니다.
- 귀하에게 항소 절차가 완료된 후 주 정부 공정 공청회를 요청할 수 있는 귀하의 권리를 알려줍니다.

언제 항소를 제기할 수 있습니까?

다음 경우 귀하는 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 플랜에 항소를 제기할 수 있습니다.

- 귀하의 카운티 또는 카운티 계약 제공자 중 하나가 귀하가 접근성 기준을 충족하지 못해 Medi-Cal 약물 사용 장애 치료 서비스를 받을 자격이 없다고 결정한 경우.
- 제공자가 귀하에게 약물 사용 장애 치료 서비스가 필요하다고 생각하고 카운티에 승인을 요청하지만 카운티가 제공자의 요청에 동의하지 않고 거부하거나 서비스 유형이나 빈도를 변경한 경우.
- 제공자가 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 승인을 요청했지만 카운티가 결정을 내리기 위해 더 많은 정보를 필요로 하고 승인 절차를 제 시간에 완료하지 않는 경우.
- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 귀하에게 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 정한 일정에 따른 서비스를 제공하지 않는 경우.
- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 귀하의 요구를 충족할 수 있는 서비스를 즉시 제공하지 못한다고 생각하는 경우.
- 불만 사항, 항소 또는 신속 항소가 제때 해결되지 않은 경우.
- 귀하와 귀하의 제공자가 필요한 약물 사용 장애 서비스에 동의하지 않는 경우.

항소를 어떻게 제기할 수 있습니까?

귀하는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 수신자 부담 전화 번호로 전화하여 항소에 대한 도움을 받으실 수 있습니다. 플랜은 모든 제공자 사무실에 주소가 지정된 봉투를 제공하여 귀하가 항소를 우편으로 보낼 수 있도록 합니다. 항소는 구두 또는 서면으로 제출할 수 있습니다. 반송 주소가 적힌 봉투가 없는 경우 이 핸드북 앞부분에 있는 주소로 항소를 직접 우편으로 보내거나 다음 주소로 이메일이나 팩스로 항소를 제출할 수 있습니다 [AQISGrievance@ochca.com, 714.834.6575]

항소가 결정되었는지 어떻게 알 수 있습니까?

귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 플랜은 귀하 또는 귀하의 대리인에게 귀하의 항소에 대한 결정을 서면으로 통지합니다. 통지에는 다음과 같은 정보가 포함됩니다.

- 항소 해결 절차의 결과.
- 항소 결정이 내려진 날짜.
- 항소가 전적으로 귀하에게 유리하게 해결되지 않을 경우 통지에는 주 정부 공정 공청회에 대한 귀하의 권리와 주 정부 공정 공청회 신청 절차에 관한 정보도 포함합니다.

항소 제기에 기한이 있습니까?

불리한 혜택 결정 통지에 기재된 날짜로부터 60 일 이내에 항소를 제기해야 합니다. 항상 불리한 혜택 결정 통지를 받는 것은 아님을 명심하십시오. 불리한 혜택 결정 통지를 받지 못한 경우에는 항소 제기에 시간 제한이 없으므로 언제든지 이러한 유형의 항소를 제기할 수 있습니다.

제 항소에 대한 결정은 언제 내려집니까?

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하의 항소 요청을 받은 날로부터 30 일 이내에 귀하의 항소를 결정해야 합니다. 귀하가 연장을 요청하거나 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 추가 정보가 필요하며 연장이 귀하의 이익을 위한 것이라고 판단하는 경우 최대 14 일까지 추가로 기간을 연장할 수 있습니다. 연장이 귀하의 이익에 도움이 되는 경우의 예는 카운티가 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템

카운티에서 귀하 또는 다른 귀하의 제공자로부터 정보를 얻을 수 있는 시간이 조금 더 있다면 귀하의 항소를 승인할 수 있을 것이라고 판단하는 경우입니다.

항소 결정까지 30 일 동안 기다릴 수 없다면 어떻게 해야 합니까?

신속 항소 절차에 부합되는 경우 항소 절차가 더 빨라질 수 있습니다.

신속 항소란 무엇입니까?

신속 항소는 항소를 판결하는 더 빠른 방법입니다. 신속 항소는 표준 항소와 절차가 유사합니다. 하지만, 귀하는 표준 항소를 기다리는 것이 귀하의 정신 건강 상태를 더 악화시킬 수 있다는 것을 증명해야 합니다. 신속 항소 절차 기한 또한 표준 항소와 다릅니다. 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 72 시간 내에 신속 항소를 검토해야 합니다. 신속 항소를 구두로 요청할 수도 있습니다. 신속 항소 요청을 서면으로 제출할 필요는 없습니다.

언제 신속 항소를 제기할 수 있습니까?

표준 항소 결정을 30 일까지 기다리는 경우 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능을 달성, 유지 또는 회복할 수 있는 능력이 위태로워질 것이라고 생각되면 항소의 신속한 해결을 요청할 수 있습니다. 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 귀하의 항소가 신속 항소 요건을 충족한다고 생각하는 경우 귀하의 카운티는 의약품 Medi-Cal 체계적

전달 시스템 카운티에서 항소를 접수한 후 72 시간 이내에 귀하의 신속 항소를 해결합니다.

귀하가 연장을 요청하거나 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 추가 정보가 필요하며 연장이 귀하의 이익을 위한 것이라고 보는 경우 최대 14 일까지 추가로 기간을 연장할 수 있습니다. 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 기간을 연장하는 경우 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 기간이 연장된 이유에 대한 서면 설명을 제공합니다.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 귀하의 항소가 신속 항소에 적합하지 않다고 결정할 경우 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하에게 구두로 신속하게 통지하기 위해 합리적인 노력을 기울여야 하며 결정 이유를 2 일 이내에 서면으로 통지해야 합니다. 그런 다음 귀하의 항소는 이 섹션의 앞부분에 설명한 표준 항소 기간이 적용됩니다. 귀하의 항소가 신속 항소 기준을 충족하지 못한다는 카운티의 결정에 동의하지 않을 경우 불만을 제기할 수 있습니다.

귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 귀하의 신속 항소를 해결하면 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하와 모든 관련 당사자에게 구두 및 서면으로 통지합니다.

카운티 별 추가 정보

항소를 제기하거나 절차에 대해 논의하려면 플랜의 **“managed care team”**에 무료 전화 (866) 308-3074 또는 TTD (866) 308-3073 으로 문의하세요.

주 정부 공정 공청회 처리 절차

주 정부 공정 공청회란 무엇입니까?

주정부 공정 공청회는 Medi-Cal 프로그램에 따라 자격이 되는 약물 사용 장애 치료 서비스를 받도록 보장하기 위해 캘리포니아 사회복지부에서 실시하는 독립적인 검토입니다. 또한 캘리포니아 사회복지부 사이트 <https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>를 방문하여 추가 자료를 확인할 수도 있습니다.

주 정부 공정 공청회에 대한 내 권리는 무엇입니까?

귀하는 다음 권리를 가집니다.

- 캘리포니아 사회복지부에서 청문회를 가질 권리 (주 정부 공정 공청회라고도 함).
- 주 정부 공정 공청회를 요청하는 방법에 대한 설명을 받을 권리.
- 주 정부 공정 공청회에서 대리인을 관장하는 규칙에 대한 설명을 받을 권리.
- 필요한 기간 내에 주 정부 공정 공청회를 요청하는 경우 주 정부 공정 공청회 절차 중에 귀하의 요청에 따라 혜택을 계속 받을 권리.

언제 주 정부 공정 공청회를 신청할 수 있습니까?

다음 경우 귀하는 주 정부 공정 공청회를 신청할 수 있습니다.

- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 항소 절차를 완료한 경우.

- 귀하의 카운티 또는 카운티 계약 제공자 중 하나가 귀하가 접근성 기준을 충족하지 못해 Medi-Cal 약물 사용 장애 치료 서비스를 받을 자격이 없다고 결정한 경우.
- 귀하의 제공자가 귀하에게 약물 사용 장애 치료 서비스가 필요하다고 생각하고 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 승인을 요청하지만 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 제공자의 요청에 동의하지 않고 거부하거나 서비스 유형이나 빈도를 변경한 경우.
-
- 귀하의 제공자가 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 승인을 요청했지만 카운티가 결정을 내리기 위해 더 많은 정보를 필요로 하고 승인 절차를 제 시간에 완료하지 않는 경우.
- 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 정해진 일정에 따른 서비스를 제공하지 않는 경우.
- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 귀하의 요구를 충족할 수 있는 서비스를 즉시 제공하지 못한다고 생각하는 경우.
- 귀하의 불만 사항, 항소 또는 신속 항소가 제때 해결되지 않은 경우.
- 귀하와 귀하의 제공자가 필요한 약물 사용 장애 치료 서비스에 동의하지 않는 경우.
- 귀하의 불만 사항, 항소 또는 신속 항소가 제때 해결되지 않은 경우.

주 정부 공정 공청회를 어떻게 요청합니까?

귀하는 다음 방법으로 주 정부 공정 공청회를 신청할 수 있습니다.

- 온라인: <https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- 서면: 불리한 혜택 결정 통지에 표시된 주소로 요청을 카운티 복지부에 제출하거나 팩스 또는 우편으로 다음 주소로 제출하십시오:

캘리포니아 사회복지부 주 정부 공청회 부서
(California Department of Social Services State Hearings Division)
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

또는 팩스: **916-651-5210** 또는 **916-651-2789**.

또한 다음 방법으로 주 정부 공정 공청회 또는 신속 주 정부 공정 공청회를 요청할 수도 있습니다.

- 전화: 무료 전화 **800-743-8525** 또는 **855-795-0634** 번으로 주 정부 공청회 부서로 전화, 또는 무료 공개 질문 및 응답 라인 **800-952-5253** 또는 TDD **800-952-8349** 번으로 전화.

주 정부 공정 공청회 신청에 기한이 있습니까?

120일 내에 주 정부 공청회를 요청할 수 있습니다. 120일은 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가이 항소 결정 성문의 통지서 날짜 날부터 시작됩니다.

부정적인 혜택 결정 통지를 받지 못한 경우 언제든지 주 정부 공정 공청회를 신청할 수 있습니다.

주 정부 공정 공청회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 수 있습니까?

네, 현재 치료를 받고 있고 항소 처리 중에 치료를 계속하려면 항소 결정 통지서에 소인이 찍힌 날 또는 귀하에게 전달된 날로부터 10 일 이내 또는 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 서비스가 중단되거나 축소될 것이라고 통보한 날 이전에 주 정부 공정 공청회를 요청해야 합니다. 주 정부 공정 공청회를 요청할 때 치료를 계속 받고 싶다는 것을 알려야 합니다. 또한 주 정부 공정 공청회가 진행 중일 때 받은 서비스에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다.

귀하가 혜택의 지속을 요청하고, 주 정부 공정 공청회의 최종 판결로 귀하가 받고 있는 서비스를 축소 또는 중단하기로 결정한 경우 주 정부 공정 공청회가 진행 중일 때 제공된 서비스 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

주 정부 공정 공청회에 대한 판결은 언제 내려집니까?

주 정부 공정 공청회를 요청한 후 귀하의 사례를 판결하고 답변을 보내는 데 최대 90 일이 걸릴 수 있습니다.

주 정부 공정 공청회 판결을 더 빨리 받을 수 있습니까?

그렇게 오래 기다리는 동안 건강에 해로울 것이라고 생각되는 경우 근무일 3 일 이내에 답변을 받을 수도 있습니다. 의사나 다른 제공자에게 편지를 써 달라고 요청하십시오. 또한 본인이 편지를 작성할 수도 있습니다. 편지에는 귀하의 케이스가 판결될 때까지 최대 90 일을 기다리는 동안 본인의 삶, 건강, 또는 최대의 기능을 달성하거나

유지하거나 되찾는 능력에 어떤 심각한 해를 끼칠지에 대한 자세한 설명이 있어야 합니다. 그런 다음, "신속 공청회"를 요청한다는 것을 확실히 한 후 편지와 함께 공청회 요청을 제출하십시오.

사회복지부 주 정부 공청회 부서는 신속 주 정부 공정 공청회에 대한 귀하의 요청을 검토하고 적합한지 여부를 결정할 것입니다. 귀하의 신속 공청회 요청이 승인되면, 공청회가 열리고 주 정부 공청회 부서에서 귀하의 요청을 받은 날로부터 근무일 3 일 이내에 공청회 판결을 내립니다.

카운티 별 추가 정보

주 청문회를 이해하거나 개시하는 데 도움이 필요하면 플랜의 **"managed care team"**에 무료 전화 866-308-3074 또는 TTD 866-308-3073 에 문의할 수도 있습니다.

MEDI-CAL 프로그램에 대한 중요 정보

교통수단이 제공됩니까?

진료 예약이나 약물 및 알코올 치료 예약장소에 가기 위한 교통수단 이용에 어려움이 있는 경우 Medi-Cal 프로그램이 교통편을 찾는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

교통수단이 없는 Medi-Cal 수혜자 및 Medi-Cal 혜택 내 특정 의료서비스를 받을 필요가 있는 사람들을 위해 교통수단이 제공됩니다.

예약을 위한 교통 수단에는 두 가지 유형이 있습니다:

- 비의료 교통편은 예약 장소까지 갈 수 있는 다른 방법이 없는 사람들을 위한 개인 차량 또는 공공 차량을 통한 교통편입니다.
- 비용급 의료 수송은 대중교통이나 개인 교통수단을 이용할 수 없는 사람들을 위한 구급차, 휠체어 밴 또는 "Litter" 밴을 이용한 수송입니다.

약국에 가거나 필요한 의료용품, 보철물, 교정기 및 기타 장비를 구입하기 위한 교통편이 제공됩니다. 교통편 지원이 필요하다면 관리 의료(Managed Care) 플랜에 연락해서 정보와 도움을 받으십시오.

Medi-Cal에 가입되어 있지만 관리 치료 플랜에 등록되어 있지 않고 건강

관련 서비스를 받기 위해 비 의료 교통 수단이 필요한 경우, 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 문의하여 도움을 받을 수 있습니다. 교통 업체에 연락하면 그들이 약속 날짜와 시간을 요청합니다. 비 응급 의료 교통 수단이 필요한 경우, 의료 기관에서 비 응급 의료 교통 수단을 처방하고, 귀하가 교통 업체에 연락하여 예약장소를 오가는 교통편을 조정할 수 있습니다.

카운티 별 추가 정보

오렌지 카운티에서는 귀하의 프로그램 제공자는 방문을 위한 이동 수단 예약 방법에 관한 정보를 제공해 드리며, **CalOptima 고객 서비스에 (714) 246-8500 번 또는 (888) 587-8088 번으로 전화하시거나 TTY 에 (800) 735-2929 번으로 연락하실 수도** 있습니다. 반드시 귀하가 직접 전화하셔야 하며 문의 시에는 회원 정보를 제공해야 할 수 있습니다.

응급 서비스란 어떤 것입니까?

응급 서비스는 주 7일 내내 하루 24시간동안 제공됩니다. 건강 관련 응급 상황이라고 생각되면 911에 전화하거나 가장 가까운 응급실로 가서 도움을 받으십시오.

응급 서비스는 정신 의학적 응급 의료 상황을 포함한 예상치 않은 의료 상황에 대한 서비스입니다.

응급 의료 상황은 심각한 통증, 심각한 질병 또는 부상을 유발하는 증상이 있을 때 존재하며, 일반 개인(주의깊거나 조심스러운 비의료인)이 의료 치료 없이 합리적으로 기대할 수 있는 증상은 다음과 같습니다.

- 당신의 건강을 심각한 위험에 빠뜨리거나
- 임신한 경우 귀하의 건강이나 태아의 건강이 심각한 위험에 빠지거나
- 신체 기능에 심각한 문제가 있을 경우
- 신체 장기 또는 부분에 심각한 문제가 있을 경우.

응급 상황이 발생한 경우 어떤 병원이든 이용할 권리가 있습니다. 응급 서비스에는 사전 승인이 요구되지 않습니다.

Medi-Cal 은 유료입니까?

매달 받거나 버는 금액에 따라 Medi-Cal 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.

- 소득이 가족 규모에 대한 Medi-Cal 한도보다 작으면 Medi-Cal 서비스에 대한 비용을 지불하지 않습니다.
- 소득이 가족 규모에 대한 Medi-Cal 한도를 초과한다면, 의료 서비스 또는 약물 사용 장애 치료 서비스를 위해 약간의 돈을 지불해야 할 것입니다.

귀하가 지불하는 금액을 귀하의 '분담비용'이라고 합니다. 귀하가 일단 '분담비용'을 지불하면 Medi-Cal 은 해당 달의 나머지 의료비를 지불합니다. 의료비가 없는 달에는 아무것도 지불하지 않아도 됩니다.

- Medi-Cal 을 통해 제공된 치료에 대해 '본인 부담금'을 지불해야 할 수도 있습니다. 이것은 귀하가 의료 서비스를 받을 때마다 또 정기적인 서비스를 받기 위해 병원 응급실에 가면 본인 부담금을 내는 것을 의미합니다.

본인 부담금을 내야 할 경우 제공자가 알려줄 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. 문자 가능합니다: <https://988lifeline.org>

위기 상황에서 도움을 구하고 가까운 정신 건강 프로그램에 연락하려는 주민은 다음으로

연락하십시오: (877) 727-4747 (7-CRISIS). 오렌지 카운티 웹사이트로 이동하실 수도

있습니다: <http://www.ocalthinfo.com/bhs/about/pi/crisis/hotline> .

Medi-Cal 에 대한 자세한 정보는 어디서 찾을 수 있나요?

Medi-Cal에 대한 자세한 내용을 알아보실려면 "Department of Health Care Services"

웹사이트 <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi->

[cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx)를 방문하십시오.

사전 지시서

사전 지시서란 무엇입니까?

귀하는 사전 지시서를 받을 권리가 있습니다. 사전 지시서는 캘리포니아 법에 따라 인정되는 귀하의 의료 서비스에 대한 서면 지침입니다. 여기에는 어떤 의료 서비스를 제공받기를 원하는지 또는 스스로 말할 수 없는 경우에 어떤 결정을 내리고 싶은지에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 사전 지시서는 때때로 생전 유언장 또는 영구 위임장으로 불립니다.

캘리포니아 법은 사전 지시서를 구두 또는 서면으로 작성된 개인 의료 지침 또는 위임장(누군가가 대신 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여하는 서면 문서)으로 정의합니다. 모든 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 사전 지시서 방침을 마련해야 합니다. 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 정보에 대한 요청이 있는 경우 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 사전 지시서 방침과 주법 설명에 대한 서면 정보를 제공해야 합니다. 귀하의 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 문의하여 자세한 정보를 알아보십시오.

사전 지시서는 특히 자신의 치료에 대한 지침을 제공할 수 없을 때 자신의 치료를 통제할 수 있도록 고안되었습니다. 이것은 사람들이 건강 관리 결정을 내릴 수 없게 되었을 경우 원하는 바를 미리 말할 수 있게 해주는 법적 문서입니다. 여기에는 의료 치료, 수술을 수락 또는 거부하거나 다른 의료 선택을 할 수 있는 권리가 포함될 수 있습니다. 캘리포니아에서 사전 지시서는 다음 두 부분으로 구성됩니다.

- 귀하의 건강 관리에 대한 결정을 내리는 대리인 (사람) 지정; 및
- 귀하의 개별 의료 지침

귀하는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 또는 온라인에서 사전 지시서 양식을 받을 수 있습니다. 캘리포니아에서 귀하는 모든 의료 제공자에게 사전 지시서를 제공할 권리가 있습니다. 귀하는 또한 언제든지 사전 지시서를 변경하거나 취소할 수 있습니다.

사전 지시서 요구 사항과 관련하여 캘리포니아 법에 대해 질문이 있는 경우 다음 주소로 편지를 보낼 수 있습니다.

California Department of Justice (캘리포니아주 법무부)
Attn: Public Inquiry Unit,
P. O. Box 944255
Sacramento, CA 94244-2550

카운티 별 추가 정보

프로그램에 처음 등록할 때 사전 지시서가 있는지 물어볼 것입니다. 있는 경우 의료 기록과 함께 제출할 수 있도록 사료본을 지참할 수 있습니다. 사전 의 지시서가 반드시 있어야 하거나 치료의 조건으로 제출할 필요는 없습니다. 의료 서비스 제공자는 접수 및 평가 과정에서 이 절차에 대한 정보를 조기에 제공할 것입니다. 사전 지시서에 대한 플랜의 정책은 해당 플랜의 정책 및 절차

웹페이지(<https://ochealthinfo.com/bhs/pnp>)를 방문하여 확인할 수 있습니다.

수혜자 권리 및 책임

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스의 수혜자로서 내 권리는 무엇입니까?

귀하가 Medi-Cal 수혜 자격이 있고 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 프로그램 카운티에 거주하고 있으면 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티로부터 의학적으로 필요한 약물 사용 장애 치료 서비스를 받을 권리가 있습니다. 귀하는 다음 권리를 가집니다.

- 개인 정보 보호에 대한 권리와 의료 정보의 기밀성을 유지할 필요성을 충분히 고려하여 존중을 받을 권리
- 수혜자의 건강상태와 이해 능력에 적합한 방식으로 제공되는 이용 가능한 치료 옵션 및 대안에 대한 정보를 받을 권리
- 치료 거부권을 포함하여 약물 사용 장애 치료에 관한 결정에 참여할 권리
- 응급 상황 또는 긴급 또는 위기 상태를 치료하기 위해 의학적으로 필요한 경우 주 7 일 24 시간 이용 가능한 서비스를 포함하여 적시에 진료를 받을 권리
- 본 안내서에서 카운티 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티 플랜에서 다루는 약물 사용 장애 치료 서비스, 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 기타 의무 및 여기에 설명된 귀하의 권리에 대한 정보를 받을 권리
- 비밀 건강 정보의 보호를 받을 권리
- 의료 기록 사본을 요청하고 받으며 필요에 따라 수정 또는 교정을 요청할 권리
- 요청 시, 그리고 요청하는 형식에 적합한 시기적절한 방식으로 대체 형식(점자, 큰 활자 및 오디오 형식 포함)으로 작성된 자료를 제공받을 권리
- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 수혜자 중 최소 5% 또는 3,000 명 중 적은 사람들이 사용하는 언어로 된 서면 자료를 받아 볼 권리

- 원하는 언어에 대한 구두 통역 서비스를 받을 권리
- 이용 가능한 서비스, 적절한 수용성과 서비스의 보장, 치료의 조정과 연속성, 서비스 보장 및 승인 영역에서 주정부와의 계약 요건을 따르는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 약물 사용 장애 치료 서비스를 제공받을 권리
- 21 세 미만 수혜자인 경우 미성년자 동의 서비스에 접근할 권리
- 플랜에 서비스를 전달할 수 있는 직원이나 계약 제공자가 없는 경우 의료상 필요한 네트워크 외부 서비스에 적시에 접근할 권리. "네트워크 외부 제공자"란 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 제공자 목록에 없는 제공자를 의미합니다. 카운티에서는 네트워크 외부 제공자를 만나는 데 대해 추가 요금을 요구하지 않도록 해야 합니다. 네트워크 외부 제공자로부터 서비스를 받는 방법에 대한 정보는 **(855) 625-4657** 또는 **수혜자 전용 회선 (800) 723-8641** 의 수혜자 서비스 부서에 문의할 수 있습니다.
- 카운티 네트워크 내 또는 네트워크 외부의 자격을 갖춘 의료 전문가에게 추가 비용 없이 두 번째 의견을 요청할 권리
- 조직 또는 제공받은 치료에 대해 구두 또는 서면으로 불만을 제기할 권리
- 신속 항소가 가능한 상황에 대한 정보를 포함하여 불리한 혜택 결정 통지를 받는 즉시 구두 또는 서면으로 항소를 요청할 권리
- 신속 주 정부 공정 공청회가 가능한 상황에 대한 정보를 포함하여 주 정부 공정 공청회를 요청할 권리
- 강요, 규율, 편의 또는 보복의 수단으로 사용되는 어떠한 형태의 구속이나 고립을 받지 않을 권리
- 차별로부터 자유로울 권리가 있으며, 의약품 Medi-Cal 체계적 시스템 카운티, 제공자 또는 주정부가 귀하를 대하는 방식에 부정적인 영향을 미치지 않고 이러한 권리를 행사할 수 있습니다.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스의 수혜자로서 내 책임은 무엇입니까?

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스의 수혜자는 다음에 대한 책임이 있습니다.

- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 받은 유익한 정보 자료를 구체적으로 읽어야 합니다. 이러한 자료는 어떤 서비스를 이용할 수 있는지, 필요한 경우 어떻게 치료를 받을 수 있는지 이해하는 데 도움을 줄 것입니다.
- 예정대로 치료에 참석합니다. 치료 전반에 걸쳐 제공자와 협력하면 최상의 결과를 얻을 수 있습니다. 약속을 지키지 못할 경우 최소 24 시간 전에 제공자에게 전화를 걸어 다른 날짜와 시간으로 다시 예약할 수 있습니다.
- 치료를 받을 때는 Medi-Cal Benefits Identification Card (BIC) (혜택 신분증 카드)와 사진 첨부 신분증을 항상 휴대하십시오.
- 통역사가 필요한 경우 진료 예약일 전에 제공자에게 알려주십시오.
- 의료상의 모든 우려 사항을 제공자에게 알리십시오. 귀하의 필요에 대해 더 완전한 정보를 공유할수록 치료는 더 성공적일 것입니다.
- 질문이 있으면 반드시 제공자에게 문의하십시오. 치료 중에 받는 모든 정보를 완벽하게 이해하는 것이 매우 중요합니다.
- 귀하를 치료하는 제공자와 좋은 협력관계를 형성하십시오.
- 서비스에 대해 질문이 있거나 해결할 수 없는 제공자 관련 문제가 있는 경우 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 문의하십시오.
- 개인 정보에 변경 사항이 있는 경우 제공자와 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 알리십시오. 여기에는 주소, 전화 번호 및 치료에 참여하는 능력에 영향을 미칠 수 있는 기타 의료 정보가 포함됩니다.
- 귀하의 치료를 제공하는 직원들을 존중과 예의로 대하십시오.
- 사기나 부정행위가 의심되면 신고하십시오.
 - 보건부는 Medi-Cal 사기, 낭비 또는 남용이 의심되는 사람은 DHCS Medi-

Cal 사기 핫라인 **1-800-822-6222**로 전화할 것을 요청합니다. 긴급 상황이라고 생각되면 **911**에 전화하여 즉시 도움을 요청하십시오. 통화는 무료이며 발신자는 익명으로 유지될 수 있습니다.

- 또한 사기 또는 남용이 의심되는 경우 fraud@dhcs.ca.gov로 이메일로 신고하거나 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>의 온라인 양식을 작성할 수 있습니다.

카운티 별 추가 정보

사기 또는 부정행위가 의심되는 경우 알려십시오. 주 7 일 24 시간 운영되는 오렌지 카운티 사기 신고 전화에 (866) 260-5636 번 또는 (714)-568-5614 번으로 영업 시간 중에 연락하실 수 있습니다. 위 번호에 대한 전화는 익명으로 처리됩니다.

진료 전환 요청

언제 이전 및 현재 네트워크 외부 제공자에게 계속 서비스를 받을 수 있도록 요청할 수 있습니까?

- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 가입한 후 다음과 같은 경우 네트워크 외부 제공자를 유지하도록 요청할 수 있습니다.
- 새로운 제공자로의 변경이 건강에 심각한 손상을 끼치거나 그로 인해 입원 또는 입원 위험이 증가하는 경우;
 - 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티로 전환하기 전에 이미 네트워크 외부 제공자로부터 치료를 받고 있었던 경우.

네트워크 외부 제공자를 유지하려면 어떻게 해야 합니까?

- 귀하나 귀하의 공인 대리인 또는 현재 제공자는 서면으로 요청서를 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에 제출할 수 있습니다. 또한 네트워크 외부 제공자로부터 서비스를 요청하는 방법에 대한 정보는 **무료 전화 번호 (855) 625-4657**의 수혜자 서비스 부서에 문의할 수 있습니다.
- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하의 요청을 수령했음을 서면으로 확인하는 통지를 발송하고 영업일 3 일 이내에 요청 처리를 시작합니다.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티로 전환한 후에도 네트워크 외부 제공자에서 계속 진료를 받으면 어떻게 됩니까?

- 네트워크 외부 제공자로부터 서비스를 받은 후 30 일 이내에 소급적 진료전환을 요청할 수 있습니다.

의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 진료 전환 요청을 거부하는 이유는 무엇입니까?

- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 다음과 같은 경우 이전 및 현재 네트워크 외부 제공자를 유지하기 원하는 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다:
 - 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 제공자와의 진료의 질에 관한 문제를 문서화했습니다.

진료 전환 요청이 거부되면 어떻게 됩니까?

- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티가 진료 전환 요청을 거부하는 경우 다음과 같은 조치를 취합니다.
 - 귀하에게 서면으로 통보합니다.
 - 네트워크 외부 제공자와 동일한 수준의 서비스를 제공하는 네트워크 내 대체 제공자를 하나 이상 제공합니다.
 - 거부에 동의하지 않을 경우 불만을 제기할 수 있는 권한을 알려줍니다.
- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 여러 네트워크 내 제공자 대안을 제공하지만 귀하가 선택하지 않는 경우, 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티에서 귀하를 네트워크 내 제공자에게 추천 또는 지정하고 해당

추천 또는 지정 결과를 서면으로 통지합니다. 이는 진료 외 제공자가 DMC-ODS 카운티의 계약 요율 또는 해당 DMC-ODS 서비스에 대한 DMC 요율 수락을 거부하거나 진료 외 제공자가 현재 DMC 인증 제공자가 아닌 경우 발생합니다.

진료 전환 요청이 승인되면 어떻게 됩니까?

- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하의 진료 전환 요청을 승인한 후 7 일 이내에 다음을 제공합니다.
 - 요청 승인.
 - 진료 서비스의 전환 기간.
 - 진료 기간이 종료될 때 진료 전환을 위한 절차.
 - 언제든지 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티의 제공자 네트워크에서 다른 제공자를 선택할 수 있는 권한.

진료 전환 요청이 얼마나 빨리 처리됩니까?

- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 귀하의 요청을 받은 날로부터 30 일 이내에 귀하의 진료 전환 요청에 대한 검토를 완료합니다.

진료 전환 기간이 끝나면 어떻게 됩니까?

- 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템 카운티는 진료 전환 기간 종료 30 일 전에 진료 전환 기간 종료 시 네트워크 내 제공자로 진료를 전환하기 위한 절차에 대해 서면으로 통보합니다.

카운티 별 추가 정보

진료 전환 또는 치료 지속 요청 자격을 얻으려면 다음과 같은 여러 기준을 충족해야 합니다: 수혜자와 개별 제공자 간의 기존 관계가 문서화되어 있어야 합니다. 수혜자가 오렌지 카운티 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템에 최초 가입하기 전 12 개월 동안 네트워크 외부의 개별 의료 제공자로부터 최소 한 번 이상 SUD 치료를 받은 적이 있어야 합니다. 제공자는 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템의 주 계획 및 주법에 따라 자격이 있어야 합니다. 제공업체는 현재 계약 중인 네트워크 제공업체에 부과되는 것과 동일한 계약 약관을 적용받고 문서 요건을 포함하여 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템에 대한 주정부 요건을 준수하는 데 서면으로 동의해야 합니다. 서비스 제공자는 의학적 필요성을 판단하기 위해 모든 관련 치료 정보를 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템에 제공해야 합니다. 서비스 제공자는 기존 네트워크 제공자에 대한 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템의 제공자 계약 요금 또는 서비스 요금에 대한 Medi-Cal 수수료 중 더 높은 요금을 기꺼이 수락해야 합니다. 제공자가 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템의 다른 수혜자에게 서비스를 제공할 자격이 없을 정도로 치료의 질에 결격 사유가 되는 문제를 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템은 문서화 한 적이 없어야 합니다.

진료 전환/치료 지속 요청에 대해서는 플랜의 **“SUD utilization management team”**에 **(714) 834-5601** 로 문의하시기 바랍니다.

제공자 주소 성명록

이 주소 성명록은 [온라인 www.ochealthcareagency.com/mhp-dmcods](http://www.ochealthcareagency.com/mhp-dmcods) 에서도 확인할 수 있습니다. 영어 및 모든 기준 언어로 상담하거나 제공자 목록을 확인하려면, **수혜자 전용 회선에 (855) 625-4657** 번으로 전화하여 도시별로 제공자를 문의하십시오. 해당 목록에는 프로그램 이름, 프로그램 주소, 프로그램 전화번호, 프로그램 웹사이트, 제공되는 치료 수준, 사용 언어 및 프로그램 직원의 문화 역량 교육 완료 여부, 시설의 ADA 준수/PWD 접근 가능 여부, 신규 환자 접수 여부 및 서비스에 대한 이전 권한 부여 필요 여부가 포함됩니다.

귀하는 이 주소 성명록을 프로그램 제공자로 부터 받을 수 있고, 인쇄 된 주소 성명록을 우편으로 받도록 회원 서비스에 요청할 수 있습니다.

