



오렌지 카운티

정신 건강 플랜 수혜자 안내서

특수 정신 건강 서비스

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

Korean/한국

Publish Date: January 1, 2024

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.

الشعار بالعربية (Arabic)

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 بريل 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:

ប្រាសាទខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-866-308-3074 (TTY: 1-866-308-3073)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ 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。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

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.

ແທກໄລາສາລາວ (Laotian)

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

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex 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 serbisyonang 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



목차

기타 언어 및 형식	7
비차별조항 공시	9
일반 정보	13
MEDI-CAL 프로그램에 대한 중요한 정보.....	18
귀하 또는 귀하가 아는 사람이 도움이 필요한지 확인하는 방법	22
특수 정신 건강 서비스 이용법.....	26
서비스 제공자 선택.....	36
스마트 장치를 사용하여 의료 기록 및 서비스 제공자 디렉토리 정보에 접근할 수 있는 권리	39
서비스 범위.....	40
정신 건강 플랜에 의한 불리한 혜택 결정	51
문제 해결 절차: 불만 사항 또는 항소 제출 방법.....	55
불만 제기 절차.....	58

항소 처리 절차(표준 및 신속).....61
주 정부 공청회 처리 절차.....68
사전 의료지시서.....72
수혜자 권리 및 책임.....74

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. (800) 723-8641(TTY: 866-308-3073)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 정신 건강 서비스는 자격을 갖춘 통역사가 24시간 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 24시간 도움을 받으실 수 있습니다. 언어 지원이 필요하시거나 이 안내서를 다른 언어로 받으실려면 1-800-723-8641(TTY: 866-308-3073)로 전화하십시오. 전화는 무료입니다.

비차별조항 공시

차별은 법에 위배됩니다. 오렌지 카운티 정신 건강 및 회복 서비스는 주 및 연방인권법을 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 TYY / 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 TYY/TDD: 866-308-3073으로 전화하십시오.
- 서면: 불만 양식을 작성하거나 편지를 작성하여 다음 주소로 보내십시오.
HCA Civil Rights Coordinator, 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.ohealthinfo.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: **916-440-7370**으로 전화하십시오. 잘 말하거나들을 수 없는 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: **1-800-368-1019**로 전화하십시오. 잘 말하거나 들을 수 없는 경우 TTY/TDD 1-800-537-7697 전화하십시오.
- 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 Medi-Cal 정신건강플랜 (Medi-Cal Mental Health Plan)에 오신 것을 환영합니다. 오렌지 카운티 정신건강서비스는 Medi-Cal 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 Medi-Cal 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
- Medi-Cal 수혜자의 책임과 권리

지금 이 안내서를 읽지 않을 예정이면 나중에 읽을 수 있도록 잘 보관하셔야 합니다. 이 안내서 및 기타 문서 자료는 http://www.ohealthinfo.com/bhs/about/medi_cal 에서 전자적으로 이용 가능하거나 정신 건강 플랜의 인쇄본을 무료로 받으실 수 있습니다. 인쇄본을 원하시면 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 تبييرعلا . لوصحلل بلع فخصن لصتنا جمانربب تحصلا مجورلا (mental health plan) (ىلع مقرلا 723-8641) 800.)

لله لا يبيك

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 필요하다면, 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.

- 서비스 제공자를 변경하면 귀하의 건강이 악화되거나 입원 위험이 높아지는 경우 일정 기간 동안 이전 및 현재 네트워크 밖 제공자 에게 계속 액세스할 수 있도록 보장합니다.

Medi-Cal 프로그램에 대한 중요한 정보

교통편이 제공됩니까?

진료 예약이나 정신 건강 서비스 예약 장소에 가는 데 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.
- 비응급 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, 카운티 정신 건강 플랜에 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.

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 부닥쳤다고 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

Medi-Cal 회원에게는 일주일에 7일 하루 24시간 응급 서비스가 제공됩니다. 응급 서비스에는 사전 승인이 요구되지 않습니다. Medi-Cal 프로그램은 응급 상황이 신체 건강이든 정신의학적(생각, 감정, 고통스럽거나 기능 장애적인 행동)이든 상황 여부와 관계없이 응급 상황에는 보험 서비스를 제공합니다. Medi-Cal에 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.

Medi-Cal은 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:

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

Medi-Cal에 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-](https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx)

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

귀하 또는 귀하가 아는 사람이 도움이 필요한지 확인하는 방법

내게 도움이 필요한지 어떻게 알 수 있습니까?

많은 사람들이 인생에서 어려운 시기를 보내고 정신 건강 문제 또는 정서적 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 일상 생활을 관리하는 능력에 영향을 미치는 심각하거나 지속적인 고통을 겪고 있음을 발견한 경우 정신 건강 플랜에 전화하십시오. 다음 증상 중 한두 가지만으로는 정신 건강 상태를 나타낼 수는 없지만 추가 평가가 필요함을 나타낼 수 있습니다:

- 걱정이나 두려움이 너무 많다
- 기분이 너무 슬프거나 우울하다
- 사고의 문제:

- 설명하기 어려운 집중력, 기억력, 논리적 사고 및 언어 문제
- 다음과 같은 극심한 기분 변화:
 - 기분이 너무 좋다
 - 매우 짜증이 나거나 너무 오랫동안 화가 난 느낌
- 친구와 사회 활동을 피합니다
- 다른 사람과의 관계 문제
- 지나치게 많거나 적은 잠
- 너무 많이 먹거나 너무 적게 먹음
- 설명하기 어렵거나 대부분의 사람들이 존재하지 않는다고 말하는 것을 듣고, 보고, 감지하는 데 문제
- 알코올이나 약물 사용에 대한 문제
- 다음과 같은 명백한 원인이 없는 많은 신체적 문제:
 - 두통
 - 복통
- 자살에 대해 생각
- 갑작스럽거나 비정상적인 기능 변화:
 - 일상적인 활동을 완료할 수 없고, 직장, 학교 또는 가족 업무에 문제
- 체중 증가에 대한 극심한 두려움 또는 외모에 대한 우려

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 자살을 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 치료 못할 수도 있는 정신 건강 문제나 정서적 문제가 있는 사람들을 위한 정신 건강 서비스입니다. 이러한 질병이나 문제는 사람들의 지속적인 일상생활 능력을 방해할 정도로 충분히 심각합니다.

특수 정신 건강 서비스에는 다음과 같은 서비스가 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)

- 모바일 위기 서비스

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 범위(Scope of Services)” 부분을 참조하십시오.

특수 정신 건강 서비스는 어떻게 받을 수 있습니까?

특수 정신 건강 서비스가 필요하다고 생각되는 경우 정신 건강 플랜에 전화를 걸어 조기 검진과 평가를 위한 예약을 받으실 수 있습니다. 카운티 무료 전화번호로 전화하면 됩니다. 귀하가 수혜자인 경우 관리 의료 계획에서 정신 건강 서비스에 대한 평가를 요청할 수도 있습니다. 관리 치료 플랜에서 귀하가 전문 정신 건강 서비스 사용 기준을 충족한다고 판단하면 관리 치료 플랜은 정신 건강 플랜을 통해 정신 건강

서비스로 평가를 받을 수 있도록 도움을 줄 것입니다. 정신 건강 서비스를 이용하기 위한 잘못된 방법은 없습니다, 그러니 서비스 제공자가 서비스가 귀하에게 임상적으로 적절하다고 판단하고 같은 기간 동안 귀하의 Medi-Cal 관리 의료 계획을 통해 특수 정신 건강 서비스와 비전문 정신 건강 서비스를 조정 하에 중복되지 않고 받을 수도 있습니다.

귀하의 주치의, 학교, 가족, 보호자, Medi-Cal 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) 또는정신 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.ochealthinfo.com/bhs/about/nit/oclinks/>

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

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 1-800-723-8641로 전화하십시오.

제가 어떤 서비스를 받을지는 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. 치료를 받지 않을 경우 일상 생활에 부정적인 영향을 미치는 정신 건강 장애가 있는지 여부를 제공자는 평가 해 드릴 것 입니다. 제공자가 이 평가를 수행하는 동안 필요한 임상적으로 적절하고 적용되는 서비스를 받을 수 있습니다.

21세 미만인 경우 외상, 아동 복지 시스템 참여, 청소년 사법 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 쉬울수 있도록 할 때 의학적 필요한 서비스로 간주됩니다.

일부 서비스는 정신 건강 플랜의 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 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 플랜은 자격을 갖춘 전문가가 서비스 승인을 검토해야 합니다. 이 검토 과정을 전문 정신 건강 서비스의 사전 승인이라고 합니다. 정신 건강 플랜의 승인 절차는 특정한 일정을 따라야 합니다. 일반적인 사전 승인의 경우 정신 건강 플랜은 요청을 받은 날로부터 영업일 기준 5일 이내에 서비스 제공자의 요청에 의거해서 귀하의 상태에 따라 신속하게 결정을 내려야 합니다. 예를 들어, 표준 기간을 따르는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능을 달성, 유지 또는 회복하는 능력을 심각하게 위험에 빠뜨릴 수 있는 경우, 정신 건강 플랜은 서비스 요청을 받은 후 72시간 이내에 승인 결정을 서두르고 건강 상태와 관련된 기간에 따라 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.

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 51 페이지의 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 플랜에서 보장하지 않는 다른 정신 건강 서비스를 받으려면 어떻게 해야 합니까?

관리 치료 플랜에 등록된 경우 관리 치료 플랜을 통해 다음과 같은 외래 정신 건강 서비스에 접근할 수 있습니다.

- 개인, 그룹 및 가족 치료를 포함한 정신 건강 평가 및 치료.
- 임상적으로 정신 건강 상태를 평가하는 것이 요구되는 경우의 심리학적 및 신경 심리학적 검사.
- 처방약을 모니터링하기 위한 외래 환자 서비스.
- 정신과 상담.
- 외래 환자 검사실, 약물, 소모품 및 보충제.

위의 서비스 중 하나를 받으려면 관리 치료 플랜에 직접 전화하십시오. Medi-Cal 관리 치료 플랜에 등록되지 않은 경우 Medi-Cal을 받는 개별 제공자 및 클리닉에서 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 정신 건강 플랜은 귀하를 도울 수 있는 제공자나 진료소를 찾는 데 도움을 줄 수도 있고 제공자나 진료소를 찾는 방법에 대한 아이디어를 줄 수도

있습니다.

Medi-Cal을 받는 약국이라면 정신 건강 질환을 치료하기 위한 처방전을 작성할 수 있습니다. 약국에서 제공하는 대부분의 처방약은 관리 치료 플랜이 아닌 행위별수가제 Medi-Cal 프로그램에 따라 보장된다는 것을 기억하십시오.

정신 건강 플랜에서 보장하지 않는 다른 Medi-Cal 서비스(일차의료/Medi-Cal)를 받으려면 어떻게 해야 하나요?

관리 치료 플랜에 등록된 경우, 플랜은 귀하를 위한 제공자를 찾아야 할 책임이 있습니다. 관리 치료 플랜에 등록하지 않고 행위별수가제 Medi-Cal이라고 하는 "일반" Medi-Cal에 등록된 경우 Medi-Cal을 받는 모든 제공자로부터 진료를 받을 수 있습니다. 서비스를 받기 전에 제공자에게 Medi-Cal에 등록되어 있음을 알려야 합니다. 그렇지 않으면 해당 서비스에 대한 요금이 청구될 수 있습니다.

가족계획 서비스를 위해서는 관리 치료 플랜 밖의 제공자를 이용할 수 있습니다.

술이나 약물 관련 문제가 있으면 어떻게 해야 하나요?

술 또는 약물 문제를 치료하는 서비스가 필요하다고 생각되는 경우 다음 주소로 해당 카운티에 문의하십시오:

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 오후6시사이에 연락하십시오. 귀하는 Medi-Cal 수혜자로서 필요한 알코올이나 약물치료 서비스 수혜 자격이 있습니다. 다음의 웹사이트를 방문하셔도 됩니다: www.ochealthinfo.com/dmc-ods

정신과 입원 환자 병원 서비스가 필요한 이유는 무엇입니까?

귀하는 낮은 수준의 관리를 통해 안전하게 치료할 수 없는 정신 건강 질환 또는 정신 건강 질환의 증상이 있는 경우, 그리고 정신 건강 질환 또는 정신 건강 상태의 증상으로 인해 귀하에게 다음 증상이 나타나는 경우 병원에 입원할 수 있습니다.

- 자신 또는 다른 사람에게 당장의 위험 또는 심각한 재산 파괴를 표출합니다
- 음식, 의복 또는 쉼터를 제공하거나 이용할 수 없습니다
- 신체 건강에 심각한 위험을 초래합니다
- 정신 건강 질환의 결과로 기능 능력이 최근 현저하게 저하됩니다
- 병원에서만 제공할 수 있는 정신과적 평가, 약물 치료 또는 기타 치료를 필요로 합니다

서비스 제공자 선택

필요한 특수 정신 건강 서비스 제공자를 어떻게 찾을 수 있습니까?

귀하의 정신 건강 플랜은 현재 제공자 명부를 온라인에 게시해야 합니다. 현재 제공자에 대해 질문이 있거나 업데이트된 제공자 명부를 원하는 경우 정신 건강 플랜 웹사이트 http://www.ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal를 방문하거나 정신 건강 플랜에 무료 전화 번호로 전화하십시오. 목록을 요청하면 서면이나 우편으로 받을 수 있습니다.

정신 건강 플랜은 귀하가 제공자를 선택하는 데 약간의 제한을 둘 수 있습니다. 귀하는 처음으로 특수 정신 건강 서비스를 받기 시작할 때 귀하의 정신 건강 플랜에서 귀하에게 최소한 두 제공자의 초기 선택을 제공할 것을 요청할 수 있습니다. 귀하의 정신 건강 플랜은 또한 귀하가 제공자를 바꿀 수 있도록 허용해야 합니다. 만일 제공자 변경을 요청하는 경우 정신 건강 플랜은 가능한 범위에서 한 둘 이상의 제공자 중에서 선택할 수 있도록 허용해야 합니다.

귀하의 정신 건강 플랜은 귀하가 제때에 진료를 받을 수 있도록 보장할 책임이 있으며, 필요한 경우 귀하가 정신 건강 플랜에 의해 보장되는 정신 건강 치료 서비스를 받을 수 있도록 귀하의 주거지 근처에 충분한 수의 제공자가 있는지 확인할 책임이 있습니다. 때때로 정신 건강 플랜에 계약된 제공자들은 더 이상 특수 정신 건강 서비스를 제공하지 않기로 선택할 수도 있습니다. 정신 건강 플랜의 제공자는 더 이상 정신 건강 플랜과 계약할 수 없을 수도 있으며, 스스로 또는 정신 건강 플랜의 요청에 따라 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스 환자를 더 이상 접수하지 않을 수도 있습니다. 이 경우 정신 건강 플랜은 제공자로부터 전문적인 정신 건강 서비스를 받고

있던 모든 개인에게 서면 통지를 보내기 위해 최선을 다해야 합니다. 수혜자에게 보내는 통지는 종료 시행일 30일 전 또는 정신 건강 플랜이 제공자가 업무를 중단할 것을 알게 된 날로부터 영업일 15일 이내에 제공되어야 합니다. 이렇게 되면 귀하와 제공자가 동의하는 경우 귀하의 정신 건강 플랜은 귀하가 정신 건강 플랜을 그만둔 제공자로부터 서비스를 계속 받을 수 있도록 허용해야 합니다. 이를 "치료의 연속성"이라고 하며 이에 대한 설명은 아래에 있습니다.

현재 제공자로부터 서비스를 계속 받을 수 있습니까?

관리 의료 보험을 통해 이미 정신 건강 서비스를 받고 있는 경우, 제공자 간에 서비스가 조정되고 받는 서비스가 동일하지 않은 한, 정신 건강 플랜 제공자로부터 정신 건강 서비스를 받는 경우에도 현재 Medi-Cal 제공자로부터 계속해서 치료를 받을 수 있습니다.

또한 이미 다른 정신 건강 플랜, 관리 치료 플랜 또는 개별 Medi-Cal 제공자로부터 특수 정신 건강 서비스를 받고 있는 경우, 최대 12개월 동안 현재 제공자의 서비스를 받을 수 있도록 "치료의 지속성"을 요청할 수 있습니다. 지속적인 치료를 계속하기 위해 현재 서비스 제공자에게 머물러야 하거나 새로운 서비스 제공자로 변경하는 것이 귀하의 정신 건강 상태에 심각한 해를 끼칠 수 있기 때문에 "치료의 지속성"을 요청할 수 있습니다:

- 귀하가 요청하는 제공자와 지속적인 관계를 유지하고 있으며 지난 12개월 동안 해당 제공자를 방문한 경우;
- 제공자는 해당 자격을 갖추고 있으며 Medi-Cal 요구사항을 충족한 경우;

- 제공자는 정신 건강 플랜과 계약하기 위해 정신 건강 플랜의 요구사 및 서비스 비용 지불한 경우; 그리고
- 서비스 제공자는 귀하의 서비스 필요성과 관련하여 정신 건강 플랜과 관련 기록을 공유합니다

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.ochealthinfo.com/bhs/about/medi_cal

서비스 범위

특수 정신 건강 서비스에 대한 접근성 기준을 충족하는 경우, 필요에 따라 다음과 같은 서비스를 이용할 수 있습니다. 귀하의 제공자가 귀하와 상의하여 귀하에게 가장 적합한 서비스를 결정할 것입니다.

정신 건강 서비스

- 정신 건강 서비스는 정신 건강 질환이 있는 사람이 일상 생활을 위한 대처 기술을 개발할 수 있도록 돕는 개인, 그룹 또는 가족 기반의 치료 서비스입니다. 이러한 서비스에는 서비스를 제공받는 사람을 위한 서비스를 개선하기 위한 제공자의 업무도 포함됩니다. 여기에는 서비스가 필요한지, 서비스가 효과가 있는지 확인하기 위한 평가, 제공될 정신 건강 치료와 특정 서비스의 목표를 결정하기 위한 치료 계획 작성, 가족 구성원 및 귀하의 삶에서 중요한 사람들과 협력하여(귀하가 허락하는 경우) 귀하의 일상 생활 능력을 향상시키거나 유지하는 것을 돕는 것을 의미하는 "추가 서비스"가 포함됩니다. 정신 건강 서비스는 진료소나 제공자의 사무실에서, 가정이나 다른 지역사회 또는 전화나 원격 의료를 통해(오디오 전용 및 비디오 상호 작용 모두 포함) 제공될 수 있습니다.

약물 지원 서비스

귀하의 정신 건강 플랜 무료전화 (800) 723-8641 으로 전화하십시오 또는 <http://www.ochealthinfo.com/bhs/about/medical> 를 방문하십시오. 오렌지 카운티 정신 건강 서비스는 주 7 일 24 시간 운영합니다.

- 이러한 서비스에는 정신의학적인 약품의 처방, 투여, 조제 및 모니터링과 정신 의학의학적 약품과 관련된 교육이 포함됩니다. 의약품 지원 서비스는 진료소나 제공자의 사무실에서, 전화나 원격 의료를 통해, 가정이나 다른 지역사회 또는 전화나 원격 의료를 통해(오디오 전용 및 비디오 상호 작용 모두 포함) 제공될 수 있습니다.

집중 사례 관리

- 이 서비스는 정신 건강 질환이 있는 사람들이 스스로 받기 어려울 수 있는 의료, 교육, 사회, 직업 전, 직업상의, 재활 또는 기타 지역사회 서비스를 얻는 데 도움을 줍니다. 대상 사례 관리에는 플랜 개발, 소통, 조정 및 추천, 서비스 및 서비스 제공 시스템에 대한 개인의 접근성을 보장하기 위한 서비스 제공 모니터링 및 개인의 회복 상황 모니터링이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

위기 중재 서비스

- 이 서비스는 즉각적인 주의를 필요로 하는 긴급 상황을 해결하는 데 사용할 수 있습니다. 위기 개입의 목표는 지역 사회의 사람들이 결국 병원에 가지 않도록 돕는 것입니다. 위기 개입은 최대 8시간 지속될 수 있으며 진료소나 제공자의 사무실에서, 전화나 원격 의료를 통해, 또는 가정이나 다른 지역사회 또는 전화나 원격 의료를 통해(오디오 전용 및 비디오 상호 작용 모두 포함) 제공될 수 있습니다.

위기 안정화 서비스

- 이 서비스는 즉각적인 주의를 필요로 하는 긴급 상황을 해결하는 데 사용할 수 있습니다. 위기 안정은 최대 24시간 지속되며, 허가 받은 24시간 의료 시설, 병원 기반 외래 프로그램 또는 위기 안정 서비스를 제공하도록 인증된 제공자 사이트에서 제공해야 합니다.

성인 입주 치료 서비스

- 이러한 서비스는 정신 건강 질환이 있는 사람들에게 주거 치료 서비스를 제공하는 허가된 시설에 살고 있는 사람들에게 정신 건강 치료와 기술 습득을 제공합니다. 이런 서비스는 주 7일 내내 하루 24시간동안 제공됩니다. Medi-Cal은 성인 주거 치료 서비스를 제공하는 시설의 방세와 식비를 지원하지 않습니다.

위기 거주 치료 서비스

- 이 서비스는 심각한 정신적 또는 정서적 위기를 겪고 있지만 정신과 병원에서 치료를 받을 필요가 없는 사람들에게 정신 건강 치료와 기술 습득을 제공합니다.
- 서비스는 허가 받은 시설에서 주 7일 내내 하루 24시간동안 제공됩니다.
- Medi-Cal은 위기 주거 치료 서비스를 제공하는 시설의 방세와 식비를 지원하지 않습니다.

주간 집중 치료 서비스

- 이 서비스는 병원이나 다른 24시간 관리 시설에 있어야 할 수도 있는 사람들에게 제공되는 체계적인 정신 건강 치료 프로그램입니다. 프로그램은 적어도 하루에 세 시간 이상 지속됩니다. 밤에는 집에 돌아갈 수 있습니다. 프로그램은 심리 요법뿐만 아니라 기술 습득 활동과 치료도 포함합니다.

주간 재활

- 이 프로그램은 정신 건강 질환이 있는 사람들이 대처 능력과 생활 기술을 배우고 발전시키는 데 도움을 주고 정신 건강 질환의 증상을 보다 효과적으로 관리하기 위해 고안된 구조화된 프로그램입니다. 프로그램은 매일 세 시간 이상 지속됩니다. 프로그램은 기술 습득 활동과 치료를 포함합니다.

정신과 입원 서비스

- 이 서비스는 24시간 집중 정신 건강 치료가 필요하다는 공인 정신 건강 전문가의 판단에 따라 공인 정신병원에서 제공하는 서비스입니다.

정신과 건강 시설 서비스

- 이러한 서비스는 심각한 정신 건강 질환에 위한 24시간 재활 치료를 전문으로 하는 허가 받은 정신적 보건 시설에서 제공됩니다. 정신 건강 시설은 인근 병원

또는 진료소와 협력하여 시설에 있는 사람들의 신체 건강 관리의 필요를 충족시켜야 합니다. 정신적 보건 시설은 일반적으로 외래 환자에서 치료할 수 있는 것 이상의 치료가 필요한 신체적 질병이나 부상이 없는 환자만 입원하고 치료할 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 참여 카운티의 선택 사항입니다. 오렌지 카운티는 이 혜택을 선택했습니다.
- 동료 지원 서비스는 구조화된 활동을 통해 회복, 탄력성, 참여, 사회화, 자급자족, 자기 옹호, 자연스러운 지원 개발 및 강점 식별을 촉진하는 문화적으로 유능한 개인 및 그룹 서비스입니다. 이러한 서비스는 귀하 또는 귀하가 지정한 중요한 지원자에게 제공될 수 있으며 귀하가 다른 전문 특수 건강 서비스를 받는 동시에 받을 수도 있습니다. 동료 전문가는 카운티의 주 승인 인증 프로그램 요구 사항을 완료하고 카운티의 인증을 받았으며 캘리포니아 주에서 면허를 취득, 면제 또는 등록된 행동 건강 전문가의 지시에 따라 이러한 서비스를 제공하는 회복 중인 개인입니다.
- 동료 지원 서비스에는 개인 및 그룹 코칭, 교육 기술 구축 그룹, 자원 탐색 또는 행동 건강 치료에 참여하도록 장려하는 참여 서비스, 자기 옹호 증진과 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 전문 정신 건강 서비스와 동시에 제공될 수 있습니다.

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

모바일 위기 서비스

- 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 전화하거나 웹페이지로 가보세요: <https://www.ochealthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/navigation-help-resources/oc-links>.
- 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 비통합 지역을 포함하여 오렌지 카운티 내 어느 곳에서나 이루어집니다.

어린이 및/또는 21세 미만의 청소년을 위한 특별 서비스가 있습니까?

21세 미만의 수혜자는 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료라는 혜택을 통해 추가 Medi-Cal 서비스를 받을 자격이 있습니다.

조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료 서비스를 받을 자격을 되려면 수혜자가 21세 미만이어야 하며 전범위의 Medi-Cal을 가지고 있어야 합니다. 조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료는 행동 건강 문제를 바로잡거나 개선 하는 데 의학적으로 필요한 서비스를 다룹니다. 행동 건강 상태를 유지, 지원, 개선 또는 더 견딜 수 있게 하는 서비스는 정신 건강 상태에 도움을 주는 것으로 간주되며, 따라서 의학적으로 필요한 것이며 조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료 서비스로 적용됩니다.

조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료 서비스에 대해 문의 사항이 있는 경우 800-723-8641로 전화하거나 DHCS 조기 및 정기 검진, 진단 및 치료 웹 페이지 at [Medi-Cal for Kids and Teens](#)를 방문하십시오.

다음과 같은 서비스는 어린이, 청소년 및 21세 미만의 성인을 위한 정신 건강 플랜을 통해 이용할 수 있습니다: 행동 치료 서비스, 집중 관리 조정, 집중 자택 기반 서비스, 치료적 위탁 관리 서비스.

행동 치료 서비스

행동 치료 서비스는 21세까지의 수혜자를 위한 집중적이고 개별화된 단기 외래 치료 중재입니다. 이러한 서비스를 받는 개인은 심각한 정서적 장애를 가지고 있고 과도기로 인한 스트레스 또는 삶의 위기를 겪고 있으며 서면 치료 계획에 명시된 결과를 달성하기 위해 단기적이고 구체적인 추가 지원 서비스를 필요로 합니다.

행동 치료 서비스는 심각한 정서적 문제를 겪고 있는 경우 각 정신 건강 플랜을 통해 제공되는 일종의 특수 정신 건강 서비스입니다. 행동 치료 서비스를 받으려면 정신 건강 서비스를 받아야 하고 21세 미만이어야 하며 전범위의 Medi-Cal 혜택을 받아야 합니다.

- 자택에서 거주하고 있는 경우 행동 치료 서비스 직원은 정서적 문제가 매우 심각한 어린이와 21세 미만의 청소년으로 인해 그룹 홈과 같은 더 높은 수준의 치료 기관을 찾을 필요가 없도록 심각한 행동 문제를 줄이기 위해 귀하와 함께 일대일로 협력할 수 있습니다.
- 정서적 문제가 매우 심각한 어린이 및 21세 미만의 청소년으로 인해 그룹 홈에 살고 있다면, 귀하가 위탁 가족 환경 같은 가정이나 집으로 다시 돌아가도록 관리를 받을 수 있도록 행동 치료 서비스 직원이 함께 노력할 것입니다.

행동 치료 서비스는 귀하와 귀하의 가족, 간병인 또는 보호자가 문제행동을 다루는 새로운 방법과 효과적인 행동 유형을 늘리는 방법을 배우는 데 도움을 줄 것입니다. 귀하와 행동 치료 서비스 직원 및 귀하의 가족, 간병인 또는 보호자는 팀으로 협력하여 행동 치료 서비스가 더 이상 필요하지 않을 때까지 단기간 동안 문제행동을 다룰

것입니다. 치료 행동 서비스를 받는 동안 귀하와 귀하의 가족, 간병인 또는 보호자와 행동 치료 서비스 직원이 수행할 일과 행동 치료 서비스가 언제 어디서 이루어질지를 알려주는 행동 치료 서비스 플랜을 받게 됩니다. 행동 치료 서비스 직원은 귀하의 문제 행동으로 인해 도움이 필요할 가능성이 있는 대부분의 장소에서 도울 수 있습니다. 여기에는 귀하의 자택, 위탁 가정, 그룹 홈, 학교, 주간 치료 프로그램 및 지역 사회의 다른 지역이 포함됩니다.

집중 관리의 조정

집중 관리 조정은 전범위의 Medi-Cal 서비스에 받을 자격이 있으며 의학적 필요성에 따라 이 서비스에 추천된 21세 미만의 수혜자를 위한 서비스의 평가, 관리 계획 및 조정을 용이하게 하는 대상 사례 관리 서비스입니다.

집중 관리 조정 서비스는 아동과 그들의 가족, 관련 아동 서비스 시스템 간의 협력 관계를 촉진하기 위한 아동 및 가족 팀의 설립을 포함한 통합 핵심 실천 모델의 원칙을 통해 제공됩니다.

집중 관리 조정 서비스는 아동과 그들의 가족, 관련 아동 서비스 시스템 간의 협력 관계를 촉진하기 위한 아동 및 가족 팀의 설립을 포함한 통합 핵심 실천 모델의 원칙을 통해 제공됩니다:

- 의료상 필요한 서비스가 강점 기반의 개별화된 고객 중심의 문화적, 언어적으로

만족할 만한 방식으로 접근, 조정 및 제공되도록 보장합니다.

- 서비스와 지원이 아동의 필요에 따라 이루어지도록 보장합니다.
- 아동과 그 가족들에게 서비스를 제공하는 것과 관련된 시스템 간의 협력 관계를 촉진합니다.
- 부모/보호자가 자녀의 필요를 충족할 수 있도록 지원합니다.
- 아동 및 가족 팀을 구성하고 지속적인 지원을 제공하는 데 도움을 줍니다.
- 제공자와 아동 서비스 시스템 간에 관리 체계를 구성하고 맞추어 아동이 지역사회에서 서비스를 받을 수 있도록 합니다.

재택 집중 서비스

집중 재택 서비스는 아동/청소년의 기능을 방해하는 정신 건강 상태를 개선하기 위해 고안된 개별화된 강점 기반 중재로, 아동/청소년이 가정과 지역사회에서 성공적으로 기능하는 데 필요한 기술을 습득하도록 돕고 그들의 가족이 이것을 도울 수 있도록 능력을 향상시키는데 중점을 두었습니다.

집중 재택 서비스는 평가, 계획 작성, 치료, 재활, 추가적인 서비스 등을 포함할 수 있으나 이에 국한되지 않는 가족의 전반적인 서비스 플랜과 조율하여 아동 및 가족 팀이 통합 핵심 실천 모델에 따라 개발한 개별화 치료 플랜에 따라 제공됩니다. 집중 재택 서비스는 전범위의 Medi-Cal 서비스를 받을 자격이 있고 의학적 필요성에 따라 이 서비스에 추천된 21세 미만의 수혜자에게 제공됩니다.

치료적 위탁 관리

치료적 위탁 관리 서비스 모델은 복잡한 감정 및 행동 욕구를 가진 21세까지의 아동에게 단기적이고 집중적이며 트라우마에 기반한 개별화된 특수 정신 건강 서비스를 제공할 수 있습니다. 서비스에는 계획 개발, 재활 및 추가적인 서비스가 포함됩니다. 치료적 위탁 관리에서 아동은 교육을 받은, 집중적으로 감독 받으며 지원을 받는 치료적 위탁 관리 위탁 부모와 함께하게 됩니다.

전화 또는 원격 의료를 통해 이용 가능한 서비스

정신 건강 서비스를 받기 위해 귀하와 귀하의 서비스 제공자 사이의 직접 대면 접촉이 항상 필요한 것은 아닙니다. 서비스 제공자는 귀하에게 전화 또는 원격 의료 사용에 대해 설명하고 서비스를 시작하기 전에 귀하가 동의하는지 확인해야 합니다.

원격 의료 또는 전화를 통해 서비스를 받는 데 동의하더라도 나중에 직접 대면 서비스를 받도록 선택할 수 있습니다. 일부 유형의 정신 건강 서비스는 주거형 치료 서비스나 병원 서비스 등 서비스를 받기 위해 특정 장소에 있어야 하기 때문에 원격 의료나 전화로만 제공될 수 없습니다.

정신 건강 플랜에 의한 불리한 혜택 결정

정신 건강 플랜이 내가 원하거나 필요하다고 생각하는 서비스를 거부할 경우 내가 가진 권리는 무엇입니까?

귀하의 정신 건강 플랜 또는 정신 건강 플랜을 대신하는 제공자가 귀하가 원하거나 받아야 하는 서비스를 거부, 제한, 축소, 지연 또는 종료하는 경우, 귀하는 정신 건강 플랜으로부터 서면 통지(불리한 혜택 결정 통지)를 받을 권리가 있습니다. 귀하는 또한 항소를 요청함으로써 그 결정에 동의하지 않을 권리가 있습니다. 아래 섹션에서는 통지에 대한 귀하의 권한과 귀하가 본인의 정신 건강 플랜의 결정에 동의하지 않을 경우 취해야 할 조치에 대해 설명합니다.

불리한 혜택 결정이란 무엇입니까?

불리한 혜택 결정은 정신 건강 플랜이 취한 다음 조치를 의미하는 것으로 정의됩니다.

1. 서비스의 종류 또는 수준, 의료상 필요성, 적절성, 장소 또는 보장되는 혜택의 효과에 기초한 결정을 포함한 요청된 서비스의 거부 또는 제한 승인;
2. 기존에 승인된 서비스의 축소, 중지 또는 종료;
3. 서비스에 대한 지급의 전부 또는 일부 거부;
4. 적시에 서비스를 제공하지 못한 경우;
5. 불만 및 항소의 일반적인 해결을 위해 필요한 기간 내에 조치를 취하지 않음

(정신 건강 플랜에 불만을 제기하였지만 정신 건강 플랜이 90일 이내에 불만 사항에 대한 서면 결정을 회신하지 않았음. 정신 건강 플랜에 항소를 제기하였지만 정신 건강 플랜이 30일 이내에 항소에 대한 서면 결정을 회신하지 않았음. 또는 신속 항소를 제기했지만 72시간 이내에 답변을 받지 못했음.)

6. 재정적 책임에 이의를 제기하는 수혜자의 요청 거부.

불리한 혜택 결정 통지란 무엇입니까?

불리한 혜택 결정 통지는 여러분의 정신 건강 플랜이 귀하와 귀하의 제공자가 받아야 한다고 생각하는 서비스를 거부, 제한, 축소, 지연 또는 종료하기로 결정한 경우 여러분에게 발송하는 서신입니다. 여기에는 서비스에 대한 지불 거부, 서비스가 적용되지 않는다는 주장에 따른 거부, 서비스가 의학적으로 필요하지 않다는 주장에 따른 거부, 서비스가 잘못된 배송 시스템에 의한 것이라는 부인 또는 재정적 책임에 대한 이의 제기 요청 거부가 포함됩니다. 불리한 혜택 결정 통지는 또한 귀하의 불만, 항소 또는 신속 항소가 제때에 해결되지 않았거나 정신 건강 플랜의 서비스 제공 표준 일정 내에서 서비스를 받지 못한 경우 통지하는 데 사용됩니다.

통지 시기

정신 건강 플랜은 이미 승인된 특수 정신 건강 서비스의 종료, 중단 또는 축소 조치일 최소 10일 전에 수혜자에게 우편으로 통지를 보내야 합니다. 또한 정신 건강 플랜은 요청한 특수 정신 건강 서비스의 전부 또는 일부를 거부, 지연 또는 수정하는 결정을

내린 후 2영업일 이내에 수혜자에게 우편으로 통지를 보내야 합니다.

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

부정적인 혜택 결정 통지를 받을 것입니다. 통지를 안받은 경우 카운티 플랜에 항소를 제기할 수도 있고, 항소 절차를 마쳤다면 주 정부 공정 공청회를 요청할 수도 있습니다. 카운티에 연락할 때 불리한 혜택 결정을 받았지만 통지를 받지 못했다고 말하십시오. 이 안내서에 항소를 제기하거나 공정 공청회를 요청하는 방법에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 제공자의 사무실에서도 정보를 얻을 수 있습니다.

부정적인 혜택 결정 통지를 통해 무엇을 알 수 있습니까?

불리한 혜택 결정 통지서에는 다음이 명시되어 있습니다.

- 귀하와 서비스를 받을 수 있는 귀하의 능력에 영향을 미치는 정신 건강 플랜의 결정
- 결정이 효력을 발휘하는 날짜와 결정 이유
- 결정의 근거로 삼은 주정부 또는 연방 규칙
- 정신 건강 플랜의 결정에 동의하지 않을 경우 항소를 제기할 수 있는 권리
- 정신 건강 플랜의 결정과 관련된 문서, 기록 및 기타 정보의 사본을 받는 방법
- 정신 건강 플랜을 통해 항소를 제기하는 방법
- 항소에 대한 정신 건강 플랜의 결정에 만족하지 않을 경우 주 정부

공청회를 요청하는 방법

- 신속 항소 또는 신속 주 정부 공청회 요청 방법
- 항소를 제기하거나 주 정부 공청회를 요청하는 데 도움을 받는 방법
- 항소를 제기하거나 주 정부 공청회를 요청해야 하는 기간
- 항소 또는 주 정부 공청회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 수 있는 권리, 이러한 서비스의 지속성을 요청하는 방법 및 이러한 서비스의 비용을 Medi-Cal에서 부담하는지 여부
- 서비스를 계속 받기 원하는 경우 항소 또는 주 정부 공청회 요청을 제출해야 할 시기

불리한 혜택 결정 통지를 받으면 어떻게 해야 하나요?

불리한 혜택 결정 통지를 받으면 통지서의 모든 내용을 주의 깊게 읽어보아야 합니다.

귀하가 통지서를 이해하지 못한 경우 귀하의 정신 건강 플랜에서 도움을 줄 수 있습니다. 다른 사람에게 도움을 요청할 수도 있습니다.

정신 건강 플랜이 귀하의 서비스가 끝나거나 축소될 것임을 통지하고 귀하가 그 결정에 동의하지 않는 경우 귀하는 그 결정에 대한 항소를 제기할 권리가 있습니다. 항소 또는 주 정부 공청회가 결정될 때까지 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 불리한 혜택 결정 통지를 받은 후 10일 이내 또는 변경 효력일 이전에 서비스를 계속 제공해줄 것을 요청해야 합니다.

문제 해결 절차: 불만 사항 또는 항소 제출 방법

정신 건강 플랜을 통해 원하는 서비스를 받지 못한 경우 어떻게 해야 하나요?

귀하의 정신 건강 플랜은 귀하가 원하거나 받고 있는 특수 정신 건강 서비스와 관련된 문제에 대한 불만이나 문제를 해결하기 위한 절차를 가지고 있어야 합니다. 이를 문제 해결 절차라고 하며 다음과 같은 절차가 포함될 수 있습니다.

1. **불만 제기 절차:** 특수 정신 건강 서비스나 정신 건강 플랜과 관련된 것에 대한 불만의 표현입니다.
2. **항소 처리 절차:** 정신 건강 플랜 또는 제공자가 귀하의 특수 정신 건강 서비스에 대해 내린 결정(예를 들어 서비스 거부, 종료 또는 축소)을 검토합니다.
3. **주 정부 공청회 절차:** 정신 건강 플랜이 귀하의 항소를 거부할 경우 주 정부 행정법 판사 앞에 행정 청문회를 요청하는 절차입니다.

불만 사항, 항소 제기 또는 주 정부 공청회 요청은 귀하에게 불이익을 주지 않으며 귀하가 받고 있는 서비스에 영향을 미치지 않습니다. 불만 사항이나 항소를 제기하면 귀하가 필요한 서비스를 받고 특수 정신 건강 서비스 관련 문제를 해결하는 데 도움이 됩니다. 불만 제기와 항소는 또한 정신 건강 플랜이 서비스를 개선하는 데 사용할 수 있는 정보를 제공함으로써 정신 건강 플랜에 도움이 됩니다. 불만 또는 항소 처리가

완료되면 귀하의 정신 건강 플랜에서 귀하와 그 외 관련된 사람들에게 최종 결과를 통지합니다. 주 정부 공청회 판결이 끝나면 주 정부 공정 공청회 사무소에서 귀하와 그 외 관련자들에게 최종 결과를 통지합니다. 아래에서 각 문제 해결 절차에 대해 자세히 알아볼 수 있습니다.

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

정신 건강 플랜은 귀하에게 이러한 과정을 설명하는 데 도움을 주며 불만 제기, 항소, 주정부 공청회 요청을 도울 것입니다. 정신 건강 플랜은 또한 귀하의 건강, 정신 건강, 및/또는 안전이 위협받는 경우 더 빨리 검토를 받을 것을 의미하는 이른바 "신속 항소" 과정에 적합한지 여부를 결정하는 데 도움을 줄 수도 있습니다. 귀하는 또한 특수 정신 건강 제공자 또는 변호인을 포함하여 다른 사용자가 귀하를 대신하여 행동하도록 권한을 부여할 수 있습니다.

도움이 필요한 경우 1-866-308-3074 또는 TTY 1-866-308-3073번으로 전화하십시오. 귀하의 정신 건강 플랜은 불만 사항 또는 항소와 관련된 양식 및 기타 절차 단계를 작성하는 데 합리적인 지원을 제공해야 합니다. 여기에는 TTY/TDD 및 통역사 기능을 갖춘 수신자 부담 번호와 통역 서비스 제공이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

주 정부가 저의 문제/질문에 도움을 줄 수 있습니까?

월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시 사이(공휴일 제외) 보건 서비스국

시민고충처리담당자에게 **888-452-8609**로 전화하거나 이메일

MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov로문의할 수 있습니다. **참고하세요:** 이메일

메시지는 기밀로 간주되지 않습니다. 이메일 메시지에 개인 정보를 포함하면 안 됩니다.

또한 지역 법률 지원 사무소 또는 다른 단체에서 무료 법률 지원을 받을 수 있습니다.

귀하는 **800-952-5253**(TTY의 경우 **800-952-8349**번으로 전화)번으로 캘리포니아

사회복지국(CDSS)의 공공조사 및 응답 부서에 전화하여 청문권에 대해 문의할 수도

있습니다.

불만 제기 절차

불만 사항이란 무엇입니까?

불만은 항소 및 주 정부 공청회 절차에서 다루는 문제가 아닌 귀하의 특수 정신 건강 서비스에 대한 불만족의 표현입니다.

불만 처리 과정이란 무엇인가요?

불만 처리 절차는 아래에 설명되어 있습니다.

- 불만 사항을 구두 또는 서면으로 진술할 수 있는 간단하고 쉽게 이해되는 절차입니다.
- 불만을 제기할 경우 귀하와 제소자에게 문제가 되지 않습니다.
- 귀하는 서비스 제공자나 옹호자를 포함하여 다른 사람이 귀하를 대신하여 행동하도록 권한을 부여할 수 있습니다. 타인에게 자신을 대신하여 행동할 수 있는 권한을 부여하는 경우 정신 건강 플랜에서 해당 개인에게 정보를 공개할 수 있도록 승인하는 양식에 서명하도록 요청할 수 있습니다.
- 불만사항을 판결하는 개인은 이전에 있었던 어떤 수준의 검토 또는 의사결정에도 관여하지 않고 결정을 내릴 자격이 있어야 보장합니다.
- 귀하, 귀하의 정신 건강 플랜 및 서비스 제공자의 역할과 책임을 식별합니다.
- 필요한 기간 내에 불만 사항에 대한 해결 방법을 제공합니다.

언제 불만사항을 제기할 수 있습니까?

특수 정신 건강 서비스에 불만이 있거나 정신 건강 플랜과 관련하여 다른 우려 사항이 있는 경우 언제든지 정신 건강 플랜에 불만을 제기할 수 있습니다.

불만사항은 어떻게 제출할 수 있습니까?

정신 건강 플랜에 전화해서 불만 사항에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 불만 사항은 구두 또는 서면으로 제출할 수 있습니다. 구두로 불만을 제기할 경우 서면 후속 조치가 없습니다. 귀하가 불만 사항을 서면으로 제출하려는 경우 정신 건강 플랜은 귀하가 불만 사항을 우편으로 보낼 수 있도록 모든 제공자 사무실에서 주소가 적힌 봉투를 제공할 것입니다. 주소가 적힌 봉투가 없는 경우 본 안내서의 앞면에 제공된 주소로 직접 불만 사항을 우편으로 보낼 수 있습니다.

정신 건강 플랜이 불만 사항을 접수했는지 어떻게 알 수 있습니까?

수령 후 5일 이내 귀하의 정신 건강 플랜은 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.

제 불만 사항은 언제 판결됩니까?

정신 건강 플랜은 귀하가 불만을 제기한 날로부터 90일 이내에 귀하의 불만 사항에 대한 판결을 내려야 합니다. 귀하가 연장을 요청하거나 정신 건강 플랜에서 추가 정보가 필요하며 연장이 귀하의 이익을 위한 것이라고 판단하는 경우 판결하기 위한 기간은 최대 14일까지 추가로 연장될 수 있습니다. 연장이 귀하의 이익에 도움이 될 수 있는 경우의 예는 정신 건강 플랜이 귀하 또는 다른 관련자로부터 정보를 얻을 수 있는 시간이 조금 더 있다면 귀하의 불만사항을 해결할 수 있을 것이라고 판단하는 경우입니다.

정신 건강 플랜이 내 불만 사항에 대해 판결했는지 어떻게 알 수 있습니까?

귀하의 불만 사항에 대한 판결이 내려지면 정신 건강 플랜에서 귀하 또는 귀하의 대리인에게 해당 판결을 서면으로 통지합니다. 귀하의 정신 건강 플랜이 귀하 또는 영향을 받는 당사자에게 불만 처리 결정을 제때 통지하지 못할 경우 정신 건강 플랜은 귀하에게 주 정부 공청회를 요청할 권리를 알려주는 불리한 혜택 결정 통지를 보내야 합니다. 귀하의 정신 건강 플랜은 해당 기간이 만료되는 날짜에 불리한 혜택 결정 통지를 제공해야 합니다. 부정적인 혜택 결정 통지를 받지 못한 경우 정신 건강 플랜에 전화하여 자세한 정보를 받을 수 있습니다.

불만 제기에 기한이 있습니까?

아니요. 귀하는 언제든지 불만을 제기할 수 있습니다.

항소 처리 절차(표준 및 신속)

귀하의 정신 건강 플랜은 귀하가 동의하지 않는 귀하의 정신 건강 플랜에 의한 판결에 이의를 제기하고 귀하의 특수 정신 건강 서비스에 대해 귀하의 정신 건강 플랜 또는 귀하의 제공자가 내린 특정 결정에 대한 검토를 요청할 수 있도록 해야 합니다. 검토를 요청할 수 있는 방법은 두 가지가 있습니다. 한 가지 방법은 표준 항소 절차를 사용하는 것입니다. 다른 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 설명되어 있습니다.

표준 항소란 무엇입니까?

표준 항소는 정신 건강 플랜 또는 귀하가 필요하다고 생각되는 서비스의 거부 또는 변경에 관련된 제공자가 내린 결정에 대한 검토 요청입니다. 표준 항소를 요청할 경우 정신 건강 플랜은 최대 30일 이내에 항소를 검토합니다. 만약 30일을 기다리는 동안 귀하의 건강이 위험해질 것이라고 생각한다면 “신속 항소”를 요청해야 합니다.

표준 항소 절차는:

- 구두 또는 서면으로 항소를 제기할 수 있습니다.
- 항소가 어떤 식으로도 귀하나 귀하의 제공자에게 불리하게 작용하지 않도록 보장합니다.
- 제공자를 포함하여 다른 사용자가 귀하를 대신하여 행동할 수 있도록

권한을 부여할 수 있도록 합니다. 타인에게 자신을 대신하여 행동할 수 있는 권한을 부여하는 경우 정신 건강 플랜에서 당사자에게 정보를 공개할 것을 승인하는 양식에 서명하도록 요청할 수 있습니다.

- 항소 요청 시 불리한 혜택 결정 통지가 우편으로 발송되거나 개인적으로 귀하에게 제공된 날로부터 10일 동안 계속 혜택을 받게 됩니다. 항소가 보류 중인 기간에는 서비스에 대해 비용을 계속 지불할 필요가 없습니다. 그러나 귀하가 혜택의 지속될 것을 요청하고, 항소의 최종 판결로 귀하가 받고 있는 서비스를 축소 또는 중단하기로 결정한 경우 항소가 진행 중인 동안 제공된 서비스 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
- 귀하의 항소에 대한 판결을 내리는 당사자가 해당 자격이 있고 이전에 있었던 어떤 수준의 검토나 의사결정에도 관여하지 않았음을 확인합니다.
- 귀하 또는 귀하의 대리인이 귀하의 의료 기록을 포함한 케이스 파일 및 항소 과정 중에 제기된 기타 문서 또는 기록을 검토할 수 있도록 허용합니다.
- 귀하에게 직접 또는 서면으로 증거와 증언을 제시하고 법적, 사실적 주장을 할 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 알립니다.
- 정신 건강 플랜을 통한 항소 절차가 완료된 후 주 정부 공정 공청회를 요청할 수 있는 귀하의 권리를 알려줍니다.

언제 항소를 제기할 수 있습니까?

다음과 같은 상황에서 정신 건강 플랜에 항소를 제기할 수 있습니다.

- 정신 건강 플랜 또는 계약 제공자 중 하나가 귀하가 의료상 필요 기준을 충족하지 못해 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스를 받을 자격이 없다고 결정한 경우.
- 귀하의 제공자가 귀하에게 특수 정신 건강 서비스가 필요하다고 생각하고 정신 건강 플랜에 승인을 요청하지만 정신 건강 플랜이 제공자의 요청에 동의하지 않고 거부하거나 서비스 유형이나 빈도를 변경한 경우.
- 귀하의 제공자가 정신 건강 플랜에 승인을 요청했지만 정신 건강 플랜이 결정을 내리기 위해 더 많은 정보를 필요로 하고 승인 절차를 제 시간에 완료하지 않는 경우.
- 귀하의 정신 건강 플랜이 정해진 일정에 따라 서비스를 제공하지 않는 경우.
- 정신 건강 플랜에서 귀하의 필요를 충족할 수 있는 서비스를 즉시 제공하지 못한다고 생각하는 경우.

- 귀하의 불만 사항, 항소 또는 신속 항소가 제때 해결되지 않은 경우.
- 귀하와 귀하의 제공자가 필요한 특수 정신 건강 서비스에 서로 동의하지 않는 경우.

어떻게 항소를 제기할 수 있습니까?

귀하는 귀하의 정신 건강 플랜에 (866) 308-3074번으로 전화해서 항소 제기에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 정신 건강 플랜은 모든 제공자 사무실에서 주소가 지정된 봉투를 제공하여 귀하가 항소를 우편으로 보낼 수 있도록 합니다. 주소가 적힌 봉투가 없는 경우 본 안내서 앞 페이지의 주소로 직접 항소를 보내거나

AQISGrievance@ochca.com으로 이메일을 보내거나, 팩스 번호 714-834-6575으로 팩스를 통해 항소를 제출할 수 있습니다.

항소가 결정되었는지 어떻게 알 수 있습니까?

귀하의 정신 건강 플랜은 귀하 또는 귀하의 대리인에게 귀하의 항소에 대한 판결을 서면으로 통지합니다. 통지에는 다음과 같은 정보가 포함됩니다.

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

항소 제기에 기한이 있습니까?

불리한 혜택 결정 통지에 기재된 날짜로부터 60일 이내에 항소를 제기해야 합니다.

불리한 혜택 결정 통지를 받지 못한 경우에는 항소 제기에 시간 제한이 없으므로 언제든지 이러한 유형의 항소를 제기할 수 있습니다.

항소에 대한 판결은 언제 내려집니까?

정신 건강 플랜이 귀하의 항소 요청을 받은 날로부터 30일 이내에 정신 건강 플랜은 귀하의 항소를 판결해야 합니다. 귀하가 연장을 요청하거나 정신 건강 플랜에서 추가 정보가 필요하며 연장이 귀하의 이익을 위한 것이라고 판단하는 경우 판결 기간을 최대 14일까지 추가로 연장할 수 있습니다. 연장이 귀하의 이익에 도움이 되는 경우의 예는 정신 건강 플랜이 귀하 또는 귀하의 제공자로부터 정보를 얻을 수 있는 시간이 조금 더 있다면 귀하의 항소를 승인할 수 있을 것이라고 판단하는 경우입니다.

항소 판결까지 30일 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. 정신 건강 플랜은 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 30일까지 기다리는 동안 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능을 달성, 유지 또는 회복할 수 있는 능력이 위태로워질 것이라고 생각되면 항소의 신속한 해결을 요청할 수 있습니다. 정신 건강 플랜이 귀하의 항소가 신속 항소 요건을 충족한다는 것에 동의하는 경우 정신 건강 플랜은 항소장을 받은 후 72시간 이내에 신속 항소를 해결할 것입니다. 귀하가 연장을 요청하거나 정신 건강 플랜에서 추가 정보가 필요하며 연장이 귀하에게 이익이 되는 경우 판결하기 위한 기간을 최대 14일까지 추가로 연장할 수 있습니다.

귀하의 정신 건강 플랜이 기간을 연장하는 경우 정신 건강 플랜은 귀하에게 기간이 연장된 사유에 대해 서면으로 설명을 제공합니다. 정신 건강 플랜에서 귀하의 항소가 신속 항소에 적합하지 않다고 결정할 경우 정신 건강 플랜은 귀하에게 즉각적인 구두 통지를 하기 위해 합리적인 노력을 기울여야 하며 결정 이유를 2일 이내에 서면으로 통지해야 합니다. 그런 다음 귀하의 항소에는 이 섹션의 앞부분에 설명한 표준 항소 기간이 적용됩니다. 귀하의 항소가 신속 항소 기준을 충족하지 못한다는 정신 건강

플랜의 결정에 동의하지 않을 경우 불만을 제기할 수 있습니다.

정신 건강 플랜이 귀하의 신속 항소 요청을 해결한 후, 귀하와 영향을 받는 모든 당사자들에게 구두로 그리고 서면으로 통지합니다.

주 정부 공청회 처리 절차

주 정부 공청회란 무엇입니까?

주 정부 공청회는 Medi-Cal 프로그램에 따라 자격이 부여된 특별한 정신 건강 서비스를 받을 수 있도록 보장하기 위해 캘리포니아 사회복지부에서 근무하는 행정법 판사가 수행하는 독립적인 검토입니다. 또한 캘리포니아 사회복지부 사이트 <https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>를 방문하여 추가 자료를 확인할 수도 있습니다.

주 정부 공청회에 대한 내 권리는 무엇입니까?

귀하는 다음 권리를 가집니다.

- 행정법 판사 앞에서 공청회(주정부 공청회라고도 함)를 가질 권리
- 주 정부 공청회를 요청하는 방법에 대해 들을 권리
- 주 정부 공청회에서 진술을 지배하는 규칙에 대해 들을 권리.
- 필요한 기간 내에 주 정부 공청회를 요청하는 경우 주 정부 공청회 절차가 진행되는 동안 귀하의 요청에 따라 계속 혜택을 받을 권리

언제 주 정부 공청회를 신청할 수 있습니까?

다음과 같은 상황에서 주 정부 공청회를 신청할 수 있습니다.

- 귀하가 항소를 제기했고 귀하의 정신 건강 플랜에서 귀하의 항소 요청을 거부한다는 것을 알리는 항소 해결 서신을 받은 경우.
- 귀하의 불만 사항, 항소 또는 신속 항소가 제때 해결되지 않은 경우.

주 정부 공청회를 어떻게 요청합니까?

귀하는 다음 방법으로 주 정부 공청회를 신청할 수 있습니다.

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

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 916-651-2789번으로 제출하십시오.

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

- 전화: 주정부 공청회 부서 무료 전화 **800-743-8525** 또는 **855-795-0634**번, 또는 공개 및 응답 라인 무료 전화 **800-952-5253** 또는 TDD **800-952-8349**번으로 전화하십시오.

주 정부 공청회 요청에 기한이 있습니까?

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

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

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

귀하가 현재 승인된 서비스를 받고 있으며 주 정부 공청회 결정을 기다리는 동안 해당서비스를 계속 받기 원하는 경우 불리한 혜택 결정 통지를 받은 날로부터 10일 이내 또는 정신 건강 플랜에서 서비스가 중단되거나 축소된다고 통지한 날 이전에 주 정부 공청회를 요청해야 합니다. 주 정부 공청회를 요청할 때 주 정부 공청회 처리 중에 서비스를 계속 받고 싶다는 것을 알려야 합니다.

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

주 정부 공청회에 대한 판결은 언제 내려집니까?

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

정부 공청회 판결을 더 빨리 받을 수 있습니까?

그렇게 오래 기다리면 건강에 해로울 것이라고 생각되는 경우 근무일 3일 이내에 답변을 받을 수도 있습니다. 의사나 정신 건강 전문의에게 편지를 써 달라고 요청하십시오. 또한 본인이 편지를 쓸 수도 있습니다. 편지에는 귀하의 케이스가 판결될 때까지 최대 90일을 기다리는 동안 본인의 삶, 건강, 또는 최대의 기능을 달성하거나 유지하거나 되찾는 능력에 어떤 심각한 해를

끼칠지에 대한 자세한 설명이 있어야 합니다. 그런 다음, “신속 공청회를 요청하고 공청회 요청과 함께 편지를 제출하십시오.

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

사전 의료지시서

사전 의료 지시서란 무엇입니까?

귀하는 사전 의료지시서를 가질 권리가 있습니다. 사전 의료지시서는 캘리포니아 법에 따라 인정되는 귀하의 의료 서비스에 대한 서면 지침입니다. 여기에는 어떻게 의료 서비스를 제공받기를 원하는지 또는 스스로 말할 수 없는 경우에 어떤 결정을 내리고 싶은지에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 의료 지시서는 때때로 생전 유언장 또는 지속적 위임장으로 설명됩니다.

캘리포니아 법은 사전 의료지시서를 구두 또는 서면으로 작성된 개인 의료 지침 또는 위임장(누군가가 대신 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여하는 서면 문서)으로 정의합니다. 모든 정신 건강 플랜은 사전 의료지시서에 관한 방침을 마련해야 합니다. 귀하의 정신 건강 플랜은 정보를 요청하는 경우 정신 건강 플랜의 사전 의료지시서 방침에 대한 서면 정보와 주법에 대한 설명을 제공해야 합니다. 정보를 요청하려면 귀하의 정신 건강 플랜에 문의하여 자세한 정보를 알아보십시오.

사전 의료지시서는 특히 자신의 치료에 대한 지침을 제공할 수 없을 때 자신의 치료를 관리할 수 있도록 설계되었습니다. 이것은 사람들이 건강 관리 결정을 내릴 수 없게 되었을 때 본인이 원하는 것이 무엇인지 미리 알릴 수 있게 해주는 법적 문서입니다. 여기에는 의료 치료, 수술을 수락 또는 거부하거나 다른 의료 선택을 할 수 있는 권리가

포함될 수 있습니다. 캘리포니아에서 사전 의료지시서는 다음 두 부분으로 구성됩니다.

- 귀하의 의료 서비스에 대한 결정을 내리는 대리인(사람)의 임명;
- 귀하의 개별 의료 서비스 지침

귀하의 정신 건강 플랜 또는 온라인에서 사전 의료지시서 양식을 얻을 수 있습니다.

캘리포니아에서 귀하는 모든 의료 제공자에게 사전 의료지시서에 관한 지침을 제공할 권리가 있습니다. 귀하는 또한 언제든지 사전 의료지시서를 변경하거나 취소할 수 있습니다.

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

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

수혜자 권리 및 책임

특수 정신 건강 서비스 수혜자로서의 권리는 무엇입니까?

Medi-Cal 적격자는 정신 건강 플랜에서 의학적으로 필요한 특수 정신 건강 서비스를 받을 권리가 있습니다. 이러한 서비스에 접근하는 경우 귀하에게는 다음의 권리가 있습니다.

- 인격적인 존중 및 존엄성과 사생활에 대해 존중을 받을 권리
- 가능한 치료 선택에 대한 정보에 대해 이해할 수 있는 방식으로 설명을 받을 권리
- 치료 거부권을 포함하여 정신 건강 진료에 관한 결정에 참여할 권리
- 강압, 징계, 편의, 처벌 또는 보복의 수단으로 사용되는 모든 형태의 구속 또는 격리로부터 자유로울 권리
- 의료 기록 사본을 요청하고 받으며 필요에 따라 변경 또는 교정을 요청할 권리
- 정신 건강 플랜에서 다루는 서비스, 정신 건강 플랜의 다른 의무 및 이 안내서에 설명된 귀하의 권리에 대한 정보를 받을 권리. 귀하는 또한 정신 건강 플랜에서 이해하기 쉽고 미국 장애인법을 준수하는 형태로 제공하는 상기 정보 및 기타 정보를 받을 권리가 있습니다. 이것은 예를 들어 정신 건강 플랜이 적어도 정신 건강 플랜 수혜자의 5% 또는 3,000명 중 적은 수의 인원이 사용하는 언어로 작성된 정보를 제공하고, 다른 언어를 사용하는 사람들을 위해 구두 통역 서비스를 무료로 제공해야 한다는 것을 의미합니다. 이것은 또한 정신 건강

플랜이 시각장애인이거나 시력이 나쁜 사람들, 또는 읽기에 어려움을 겪는 사람들과 같이 특별한 필요가 있는 사람들을 위한 다른 형식의 자료를 제공해야 한다는 것을 의미합니다.

- 서비스의 이용 가능성, 적절한 수용력 및 서비스의 보장, 의료 서비스의 조정 및 연속성, 서비스의 적용 범위 및 승인에 대한 주정부와의 계약을 준수하는 정신 건강 플랜으로부터 특수 정신 건강 서비스를 받을 권리. 정신 건강 플랜은 다음을 실행해야 합니다.
 - 특수 정신 건강 서비스를 받을 자격이 있는 Medi-Cal 자격을 갖춘 모든 수혜자가 적시에 해당 서비스를 받을 수 있도록 충분한 제공자를 고용하거나 그들과 서면 계약을 체결합니다.
 - 정신 건강 플랜에 서비스를 제공할 수 있는 직원이나 계약 제공자가 없는 경우 네트워크 외부에서 의료적으로 필요한 서비스를 적시에 제공합니다. “네트워크 외 제공자”란 정신 건강 플랜의 제공자 목록에 없는 제공자를 의미합니다. 이 경우, 정신 건강 플랜은 네트워크 외 제공자에게 서비스를 받는 것에 대해 추가 요금을 청구하지 않아야 합니다.
 - 제공자가 보장해야 하는 특수 정신 건강 서비스를 제공하도록 교육을 받도록 합니다.
 - 정신 건강 플랜에서 다루는 특수 정신 건강 서비스가 Medi-Cal 자격을 갖춘 수혜자의 필요를 충족하기에 충분한 정도, 기간 및 범위를 제공하는지 확인합니다. 여기에는 정신 건강 플랜의 서비스 결제 승인

시스템이 의료적 필요성에 기초하고 의료적 필요성 기준이 공정하게 사용되도록 확인하는 것이 포함됩니다.

- 서비스 제공자가 서비스를 받을 수 있는 사람들에 대한 적절한 평가를 수행하고 서비스를 받을 사람들과 협력하여 제공될 치료 및 서비스에 대한 목표를 개발하도록 합니다.
- 귀하가 요청하는 경우 정신 건강 플랜 네트워크 내 또는 네트워크 외부의 자격을 갖춘 의료 전문가가 귀하에게 추가 비용 없이 다른 의사의 의견을 제공합니다.
- Medi-Cal 관리 의료 플랜을 통해 제공되는 서비스와 함께 제공되는 서비스를 조정하거나 필요한 경우 1차 의료 서비스 제공자와 조정하고 건강 정보의 프라이버시에 관한 연방 규칙에 명시된 대로 프라이버시가 보호되는지 확인합니다.
- 응급 정신 질환 또는 긴급 또는 위기 상태를 치료하기 위해 의학적으로 필요한 경우 주 7일 내내 24시간 이용 가능한 서비스 제공을 포함하여 적시 진료에 대한 접근성을 제공합니다.
- 영어 실력이 제한되고 문화적, 인종적 배경이 다양한 사람들을 포함하여 모든 사람들에게 문화적으로 민감한 방식의 서비스를 제공하도록 장려하기 위한 주 정부의 노력에 참여합니다.
- 귀하의 정신 건강 플랜은 적용 가능한 연방 및 주법(예, 45 CFR 파트 80의 규정)에 의해 시행된 1964년 시민권법 VI호, 45 CFR 파트 91의 규정에 의해 시행된

1975 년 연령 차별 금지법, 1973 년 재활 법, 1972 년 교육 개정안 제 9 호(교육 프로그램 및 활동 관련), 미국 장애인법 제 II 및 III 호), 환자보호 및 건강보험개혁법 제 1557 조와 여기에 설명된 권리를 따라야 합니다. 이는 치료를 받고 차별을 받지 않을 권리를 말합니다.

- 주법에 따른 정신 건강 치료에 대한 추가적인 권리. 카운티의 환자 권리 보호 부서에 다음을 통해 문의하십시오.

Patients' Rights Advocate
 Telephone: 714-276-8145
 Toll Free: 800-668-4240
 TTY: 866-308-3073

특수 정신 건강 서비스 수혜자로서의 책임은 무엇입니까?

특수 정신 건강 서비스를 받는 사람은 다음의 책임이 있습니다.

- 이 수혜자 안내서와 정신 건강 플랜에서 제공하는 기타 중요한 정보 자료를 주의 깊게 읽어봅니다. 이러한 자료를 통해 어떤 서비스를 이용할 수 있는지, 서비스가 필요한 경우 치료를 받는 방법을 이해할 수 있습니다.
- 예정대로 치료를 받습니다. 제공자와 협력하여 치료 목표를 세우고 그 목표를 따르면 최상의 결과를 얻을 수 있습니다. 예약을 지키지 못할 경우 최소 24시간 전에 제공자에게 전화를 걸어 다른 날짜와 시간으로 다시 예약할 수 있습니다.
- 치료를 받을 때는 항상 Medi-Cal 혜택 신원 카드(BIC)와 사진 첨부 신분증을 휴대하십시오.

- 예약 전에 구두 통역사가 필요한 경우 제공자에게 알려주십시오.
- 의료상의 모든 우려 사항을 제공자에게 알려주십시오. 귀하의 필요에 대해 더 완전한 정보를 공유할수록 치료는 더 성공적일 것입니다.
- 질문이 있으면 반드시 제공자에게 문의하십시오. 치료 중에 제공받는 모든 정보를 완벽하게 이해하는 것이 매우 중요합니다.
- 귀하와 귀하의 제공자가 합의한 계획된 조치 단계를 철저히 따르십시오.
- 서비스에 대해 질문이 있거나 해결할 수 없는 제공자 관련 문제가 있는 경우 정신 건강 플랜에 문의하십시오.
- 개인 정보에 변경 사항이 있는 경우 제공자와 정신 건강 플랜에 알려주십시오. 여기에는 귀하의 주소, 전화 번호 및 치료에 참여하는 능력에 영향을 미칠 수 있는 기타 의료 정보가 포함됩니다.
- 귀하의 치료를 제공하는 직원들을 존중하고 예의로 대하십시오.
- 사기나 부정행위가 의심되면 다음 주소로 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 사기나 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.

