



Medi-Cal 정신 건강 서비스 가입자 가이드

업데이트: 2019 년 11 월

품질보증실

언어 지원

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you.

Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBH ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBH ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla otro idioma, podrá acceder a servicios de asistencia lingüística sin cargo. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Los servicios y recursos auxiliares, incluidos, entre otros, los documentos con letra grande y formatos alternativos, están disponibles sin cargo y a pedido. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chúng tôi có các dịch vụ miễn phí để hỗ trợ về ngôn ngữ.

Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBH ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: 711).

LƯU Ý: Các trợ giúp và dịch vụ phụ trợ, bao gồm nhưng không giới hạn vào các tài liệu in lớn và các dạng thức khác nhau, được cung cấp cho quý vị miễn phí theo yêu cầu. Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBH ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog/Filipino)

PAALALA: Kung gumagamit ka ng ibang wika, maaari kang makakuha ng libreng mga serbisyo sa tulong ng wika.

Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBH ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

PAALALA: Ang mga auxiliary aid at mga serbisyo, kabilang ngunit hindi limitado sa mga dokumento sa malaking print at mga alternatibong format, ay available sa iyo nang libre kapag hiniling. Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBH ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: 711) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

한국어 (Korean)

안내: 다른 언어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBH ACCESS 에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

안내: 큰 활자 문서, 대체 형식 등 다양한 보조 도구 및 서비스를 요청 시 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBH ACCESS 에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

繁體中文(Chinese)

注意: 如果您使用其他語言, 則可以免費使用語言協助服務。請直接與您的服務提供者聯繫, 或致電 ACBH ACCESS, 電話號碼: 1-800-491-9099 (TTY: 711)。

注意: 可應要求免費提供輔助工具和服務, 包括但不限於大字體文檔和其他格式。請直接與您的服務提供者聯繫, 或致電 ACBH ACCESS, 電話號碼: 1-800-491-9099 (TTY: 711)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե տիրապետում եք մեկ այլ լեզվի, ապա կարող եք օգտվել լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններից:

Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պատճենական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBH ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռախոս՝ 711):

ՈՒՇԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ. Հայտ ներկայացնելու դեպքում կարող եք անվճար օգտվել օժանդակ միջոցներից և ծառայություններից, այդ թվում՝ մեծածավալ տպագիր և այլընտրանքային ձևաչափի փաստաթղթերից: Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պատճենական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBH ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռախոս՝ 711):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на другом языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика.

Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBH ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: 711).

ВНИМАНИЕ: Вспомогательные средства и услуги, включая, помимо прочего, документы с крупным шрифтом и альтернативные форматы, доступны вам бесплатно по запросу.

Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBH ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: 711).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر شما به زبان دیگری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان در اختیار شما قرار دارند. لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBH ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

توجه: کمک ها و خدمات کمکی، از جمله اما نه محدود به اسناد چاپ شده با حروف بزرگ و قالب های جایگزین، در صورت درخواست شما به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته

و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBH ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY: 711) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項：他の言語を話される場合、無料で言語支援がご利用になれます。
ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるには ACBH ACCESS、
電話番号 1-800-491-9099 (TTY: 711)までご連絡ください。

注意事項：ご要望があれば、大きな印刷の文書と代替フォーマットを含むがこれらのみに限定されない補助的援助と支援が無料でご利用になれます。ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるには ACBH ACCESS、電話番号 1-800-491-9099 (TTY: 711) までご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lwm hom lus, muaj cov kev pab cuam txhais lus uas pab dawb xwb rau koj tau siv.
Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBH ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711).

LUS CEEV: Muaj cov kev pab cuam thiab khoom pab cuam txhawb ntxiv, xam nrog rau tab sis kuj tsis txwv rau cov ntaub ntawv luam loj thiab lwm cov qauv ntawv ntxiv, muaj rau koj uas yog pab dawb xwb raws qhov thov. Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBH ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBH ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿਚ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਮੰਗਣ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBH ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

انتباه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً.
يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBH ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711).

انتباه: تتوفر لك الوسائل والخدمات المساعدة، بما فيها دون حصر الوثائق المطبوعة بخط كبير والتنسيقات البديلة، مجاناً عند طلبها. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBH ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711).

हिंदी (Hindi)

कृपया ध्यान दें: यदि आप कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो आपके लिये निःशुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है।
कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।

कृपया ध्यान दें: अतिरिक्त सहायता तथा सेवाएं, जिसमें अन्य के अलावा बड़े अक्षरों के दस्तावेज़ और वैकल्पिक प्रारूप भी शामिल हैं, अनुरोध करने पर निःशुल्क उपलब्ध कराई जाएंगी। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาอื่น เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรงหรือหากต้องการสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ โปรดติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

โปรดทราบ: เรามีความช่วยเหลือและบริการเพิ่มเติม เช่น เอกสารพิมพ์ตัวใหญ่หรือในรูปแบบอื่นๆ

ให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากคุณแจ้งความประสงค์จะใช้ โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรง หรือสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ ได้โดยติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងទៀត សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺអាចស្វែងរកបានសម្រាប់អ្នក។

សូមទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការទទួលស្គាល់របស់អ្នក ឬដើម្បីធ្វើការសាកសួរអំពីសេវាកម្មនានា សូមទូរសព្ទទៅ ACBH ACCESS តាមរយៈលេខ 1-800-491-9099 (TTY: 711)។

ចំណាំ: សម្ភារៈនិងសេវាកម្មជំនួយ មានជាអាទិ៍កសាងជាអក្សរពុម្ពធំ និងឯកសារជាទម្រង់ផ្សេងទៀត អាចស្វែងរកបានសម្រាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ទៅតាមការស្នើសុំ។ សូមទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការទទួលស្គាល់របស់អ្នក ឬដើម្បីសាកសួរអំពីសេវាកម្មនានា សូមទូរសព្ទទៅ ACBH ACCESS តាមរយៈលេខ 1-800-491-9099 (TTY: 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນ, ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ເອົາໃຈໃສ່: ອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຊິ່ງລວມມີ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ ເອກະສານຕົວພິມໃຫຍ່ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ, ແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕາມຄຳຂໍ. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

목차

일반 정보	7
Medi-Cal 프로그램에 관한 정보	12
본인이나 주변 사람에게 도움이 필요한지 판단하는 방법	17
전문 정신 건강 서비스 이용하기.....	19
의료적 필요성 기준	25
제공자 선택하기.....	27
서비스 범위.....	29
불리한 혜택 결정.....	37
문제 해결 절차	40
이의 제기 절차(표준 절차 및 신속 절차).....	45
주 공청회 절차.....	50
사전 지시서.....	54
가입자 권리 및 책임	56

일반 정보

Alameda County Behavioral Health Care Services(행동 건강 관리 서비스)에 오신 것을 환영합니다

중요한 전화번호

응급 상황	911
정신 건강을 위한 Alameda County Behavioral Health Care Services Access 프로그램	(510) 346-1000 (800) 491-9099
SUD 서비스 24 시간 무료 헬프라인	(844) 682-7215
소비자지원실	(800) 779-0787 (510) 835-2505
환자 권익 옹호	

핸드북에 나오는 용어:

ACBH	Alameda County Behavioral Health Care Service(Alameda County 행동 건강 관리 서비스)
BHP	Behavioral Health Plan(행동 건강 플랜)- 여러 카운티 프로그램과 클리닉, 커뮤니티 기반 계약 단체, 병원 및 다면적 제공자 네트워크로 이루어진 네트워크 안에서 수행되는 ACBH의 통합 전문 정신 건강 및 물질 사용 장애 서비스.
DMC-ODS	Drug Medi-Cal Organized Delivery System(의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템)
SSA	Social Service Agency(사회보장국, Alameda County)
SMHS	Specialty Mental Health Services(전문 정신 건강 서비스)
SUD(s)	Substance Use Disorder(물질 사용 장애, 서비스)

이 핸드북을 읽어보는 것이 중요한 이유

저희 임무는 최적의 건강과 안녕을 보장하고 전체 주민들의 다양성을 존중하는 공공 및 민간 협력 관계로 이루어진 종합적인 네트워크를 통해 완전히 통합된 형태의 의료 서비스를 제공하는 것입니다. 귀하는 Medi-Cal 자격 요건을 충족하며, Alameda County에서 제공하는 SMHS(전문 정신 건강 서비스)에 관한

자세한 정보와 해당 서비스가 필요한 경우 서비스 이용 방법에 관한 안내가 필요하시기 때문에 이 소책자를 보내드립니다.

ACBH(Alameda County Behavioral Health)의 서비스를 이용하고 계신 경우 이 소책자를 보시면 ACBH SMHS 의 운영 방법에 관한 정보를 확인하실 수 있습니다. 이 소책자는 정신 건강 서비스에 관한 정보를 제공해 드리기 위한 것이며, 현재 받고 계신 서비스가 변경되는 것은 아닙니다. 앞으로 저희가 제공하는 서비스를 참조하시고자 할 경우에 대비해 이 소책자를 보관해 두시기 바랍니다.

현재 서비스를 이용하고 계시지 않더라도 본인이나 주변에 계신 분들 중 앞으로 저희 정신 건강 서비스에 관한 정보가 필요하실 경우에 대비해 이 소책자를 보관해 두시면 좋습니다.

이 소책자에서는 SMHS 는 무엇이며, 서비스를 이용하실 수 있는지 여부, 그리고, ACBH 진료 서비스를 이용하는 방법에 관해 안내해 드립니다.

필요하신 진료를 받으실 수 있도록 하려면 반드시 BHP(행동 건강 플랜)이 어떻게 운영되는지 알아 두셔야 합니다. 이 핸드북에서는 제공되는 보장 혜택과 진료받는 방법을 설명해 드립니다. 또한, 여러 가지 궁금하신 점에 대한 답도 찾아보실 수 있습니다.

소책자 내용은 다음과 같습니다:

- ACBH 를 통해 MH(정신 건강) 치료 서비스를 이용하는 방법
- 제공되는 보장 혜택 내용
- 질문이나 문제가 있는 경우 문의 방법
- Alameda County BHP 가입자로서 귀하의 권리와 책임

이 핸드북을 지금 읽어보지 않으시더라도 나중에 참고하실 수 있도록 보관해 두시기 바랍니다. <http://www.acbhcs.org/resources-documentcenter-rfp/>를 방문하시면 이 핸드북과 그 외 문서 자료를 온라인 상에서 확인하실 수 있으며, ACBH 에 요청하시면 무료로 인쇄된 자료를 받아보실 수 있습니다. 인쇄된 자료는 1-800-491-9099 번으로 ACBH 에 요청해 주시기 바랍니다.

이 핸드북은 Medi-Cal 에 가입하실 때 받으셨던 정보 외에 추가로 사용하시면 됩니다.

이 핸드북이 본인이 사용하는 언어나 다른 형식으로 필요하세요?

영어가 아닌 다른 언어를 사용하시는 경우 무료 통역 서비스를 이용하실 수 있습니다. ACBH ACCESS 프로그램은 주중 무휴, 하루 24시간 이용 가능합니다 - 1-800-491-9099번으로 전화하세요.

이 핸드북이나 다른 문서 자료를 큰 활자, 점자 또는 오디오 형태로 받아보고자 하시는 경우에도 1-800-491-9099번으로 ACBH에 연락해 주시기 바랍니다. ACBH가 도와드리도록 하겠습니다.

이 핸드북이나 다른 문서 자료를 영어가 아닌 다른 언어로 받아보고자 하시는 경우, 본인이 사용하시는 언어로 ACBH와 통화하실 수 있습니다.

이 내용은 아래 언어로 제공됩니다.

- **Español(스페인어):**

Este folleto está disponible en Español

- **Tiếng Việt(베트남어):**

Tập sách này có bằng tiếng Việt

- **한국어:**

이 책자는 한국어로 제공됩니다.

- **繁體中文(중국어 번체)**

這本手冊有中文版

- **简体中文(중국어 간체)**

这本手册有中文版

- **فارسی (Farsi)**

این اطلاعات به زبان فارسی موجود است.

- **Tagalog (Tagalog/Filipino)**

Ang impormasyong ito ay maaaring makuha sa Tagalog.

제 BHP 는 어떤 사항을 책임지나요?

ACBH 가 책임지는 사항은 다음과 같습니다:

- 가입자가 카운티 또는 그 제공자 네트워크에서 제공하는 행동 건강 서비스 이용 자격을 충족하는지 여부를 판단합니다.
- 주중 무휴, 하루 24 시간 이용 가능하며 ACBH 서비스 이용 방법을 안내해 드리는 수신자 부담 무료 상담 전화를 운영합니다(1-800-491-9099).

- 가입자가 필요한 경우 ACBH가 보장하는 정신 건강 치료 서비스를 이용할 수 있도록 충분한 제공자를 보유하고 있습니다.
- 가입자에게 ACBH에서 이용 가능한 서비스에 관한 정보와 교육을 제공합니다.
- 가입자의 사용 언어로 서비스를 제공하거나 (필요한 경우) 무료 통역사 서비스를 제공하며, 무료 통역사 서비스를 이용할 수 있다는 사실을 안내해 드립니다.
- 이 정보를 어떤 언어 또는 형식으로 제공받을 수 있는가에 관한 내용을 서면으로 안내해 드립니다. 예를 들어, 이 가이드와 기타 정보를 음성 해설이 담긴 CD 형식으로 받으실 수 있으며, 기존 제공자 및 온라인(<http://www.acbhcs.org/>)을 통해 모든 주요 언어로 제공됩니다.
- 이 핸드북의 내용에 중요한 변경 사항이 발생한 경우 해당 변경 사항의 발효 예정일 기준으로 최소 30일 이전에 그 사실을 통지해 드립니다. 제공되는 서비스의 양이나 유형이 증가 또는 감소하는 경우, 또는 네트워크 제공자의 수가 증가 또는 감소하는 경우, 또는 가입자가 ACBH를 통해 받는 보장 혜택에 영향을 미치는 그 외 변동 사항이 발생하는 경우 이를 중요한 변경 사항으로 간주합니다.

차별을 받았다고 느껴지는 경우 어디로 연락하면 되나요?

차별은 법률 위반에 해당됩니다. 캘리포니아 주와 ACBH는 반드시 해당 연방 민권 법률을 준수해야 하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 나이 또는 장애를 이유로 차별하지 않습니다.

ACBH는:

- 장애를 가진 사람들에게 다음과 같은 무료 보조 기구와 서비스를 제공합니다:
 - 자격 있는 수화 통역사
 - 다른 형식으로 된 서면 정보(점자, 큰 활자, 오디오, 액세스 가능한 전자적 형식 및 기타 형식)
- 일차 언어가 영어가 아닌 분들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다:
 - 자격 있는 구두 통역사
 - 주요 언어로 작성된 정보

위와 같은 서비스가 필요하신 경우 1-800-491-9099번으로 ACBH ACCESS에 문의해 주시기 바랍니다.

캘리포니아 주나 ACBH가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나, 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 나이 또는 장애를 이유로 다른 방식으로 차별했다고 생각되시는 경우 아래로 불만 제기를 신청하실 수 있습니다:

Alameda County Behavioral Health Consumer Assistance Office
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
1-800-779-0787 (TTY: 711)
510.639.1346

불만 제기 양식은 이곳에 준비되어 있습니다:

<http://www.ACBH.org/consumer-grievance/>

불만 제기는 직접 방문, 우편 또는 팩스로 제출하실 수 있습니다. 불만을 제기하는 데 도움이 필요하신 경우 1-800-779-0787번으로 ACBH 소비자지원실에 문의하시기 바랍니다.

또한, 민권 민원실(Office for Civil Rights Complaint) 포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>)을 통해 온라인으로 U.S. Department of Health and Human Services의 Office for Civil Rights에 민권 관련 민원을 제기하실 수 있습니다. 우편 또는 전화를 이용한 민권 관련 민원 제기:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

민원 제기 양식: <https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>

Medi-Cal 프로그램에 관한 정보

Medi-Cal 은 이용 대상은 누구인가요?

Medi-Cal 에서 이용할 수 있는 의료 보장 유형은 여러 가지 다양한 요인을 감안해 결정됩니다. 예를 들어:

- 본인의 수입
- 본인의 나이
- 자신이 부양하는 자녀의 나이
- 임신한 상태인지, 시각장애인인지, 또는 장애인인지 여부
- Medicare 수혜자인지 여부

또한, Medi-Cal 자격을 충족하려면 반드시 캘리포니아 주에 거주하고 있어야 합니다. 자신이 Medi-Cal 수혜 자격을 충족한다고 판단되는 경우 아래에 나와 있는 가입 방법을 확인해 보세요.

Medi-Cal 에는 어떻게 가입하나요?

캘리포니아 주에서는 의료 보장 신청에 관한 한 잘못된 방법이란 없으며 Medi-Cal 은 연중 수시로 가입할 수 있습니다. 다음 중 한 가지 방법을 선택해 가입하시면 됩니다.

우편: <http://www.dhca.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/SingleStreamApps.aspx> 를 방문해 영어 및 기타 언어로 제공되는 단일 간소화된 가입 신청서를 이용해 Medi-Cal 에 가입 신청합니다. 신청서를 작성해 가까운 카운티 사무소로 보내시면 됩니다. 가까운 카운티 사무소 주소는 <http://dhcs.ca.gov/COL> 에서 확인하시거나 아래에 나와 있는 Alameda County Social Service Agency(SSA) 사무소 목록을 참조하십시오:

North Oakland Self Sufficiency Center

2000 San Pablo Ave
Oakland CA 94612

Eastmont Self-Sufficiency Center

6955 Foothill Blvd Suite 100
Oakland CA 94605

Enterprise Self Sufficiency Center

8477 Enterprise Way

Oakland CA 94621

Eden Area Multi-Service Center

24100 Amador St

Hayward CA 94544

SSA 사무소 계속:

Fremont Outstation

39155 Liberty St Ste C330
Fremont CA 94536

Livermore Outstation

2481 Constitution Drive, Suite B
Livermore CA 94551

전화: 가까운 카운티 사무소로 전화해 신청하실 수 있습니다. <http://dhcs.ca.gov/COL> 에서
전화번호를 확인하시거나, 아래에 나와 있는 Alameda County SSA 사무소 목록을 참조하십시오:

North Oakland

510-891-0700

Eden: South County

510-670-6000

Enterprise: East County

510-263-2420

Eastmont: East County

510-383-5300

Fremont Outstation

510-795-2428

Livermore Outstation

925-455-0747

온라인: www.benefitscal.com 또는 www.coveredca.com 을 방문해 온라인으로 신청하실 수
[있습니다](#). Medi-Cal 은 카운티 차원에서 제공되기 때문에 신청서는 안전하게 지역 카운티 사회
복지국 사무소로 전송됩니다.

방문 신청: 직접 방문 신청하시려면 <http://dhcs.ca.gov/COL> 에서 신청서 작성에 도움을 받을 수
있는 가까운 카운티 사무소를 확인해 보시기 바랍니다.

Alameda County SSA 에 관한 자세한 정보:

http://www.alamedasocialservices.org/public/services/medical_and_health/index.cfm

신청하는 데 도움이 필요하거나 궁금한 사항이 있으신 경우 무료로 전문 교육을 받은 CEC(Certified Enrollment Counselor, 정식 가입 상담사)의 도움을 받으실 수 있습니다. 1-800-300-1506 번으로 전화하시거나, <http://www.coveredca.com/get-help/local> 에서 우리 지역 CEC 를 검색해 보세요.

Medi-Cal 프로그램과 관련해 추가적으로 궁금한 사항이 있으시면 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Steps-to-Medi-Cal.aspx> 에서 자세한 정보를 확인하실 수 있습니다.

응급 서비스란?

응급 서비스는 정신과 응급 의료 질환을 포함해, 가입자에게 예상치 못한 의료 질환이 발생한 경우 제공되는 서비스를 말합니다.

응급 의료 질환은 증상이 너무 심해(심한 통증이 포함될 수 있음) 보통 사람이 보기에 언제든 다음 상황이 발생할 수 있는 경우를 의미합니다:

- 개인의 건강(또는 임신한 여성의 경우 그 태아의 건강)에 심각한 문제가 생길 수 있는 상황
- 신체 기능에 심각한 문제가 발생하는 상황
- 신체 장기 또는 부위에 심각한 문제가 발생하는 상황

정신과 응급 의료 질환은 보통 사람이 보기에 누군가가 다음 상황에 처한 경우를 의미합니다:

- 정신 질환으로 보이는 것으로 인해 현재 자기 자신이나 다른 사람에게 위험한 존재인 상황
- 정신 질환으로 보이는 것으로 인해 당장 음식을 제공 또는 섭취할 수 없거나 의복 또는 보호소를 이용할 수 없는 상황

Medi-Cal 가입자의 경우 응급 서비스는 주중 무휴, 하루 24시간 보장 대상입니다. 응급 서비스의 경우 사전 허가가 필요하지 않습니다. Medi-Cal 프로그램은 의료 질환과 정신과 질환(정서 또는 정신) 여부에 관계없이 응급 질환을 보장합니다. Medi-Cal에 가입되어 있으신 경우 이후 응급 상황이 아닌 것으로 판별되더라도 응급실 방문에 대해 비용 청구서를 받는 일은 없습니다. 응급 상황이 발생했다고 판단되는 경우 911로 전화하거나 병원, 또는 다른 장소로 가서 도움을 청하도록 하세요.

교통편이 있습니까?

자체적으로 교통편을 확보할 수 없고 특정 Medi-Cal 서비스를 받기 위해 의료적으로 필요한 Medi-Cal 가입자의 경우 비응급 교통편과 비의료 교통편이 제공될 수 있습니다.

교통편과 관련해 지원이 필요하신 경우 관리형 케어 보험에 연락해 필요한 정보와 도움을 받으시기 바랍니다. 일반 Medi-Cal 가입자로 관리형 케어 보험에 가입되어 있지 않으신 경우 1-800-300-1506 번으로 Covered California 에 직접 연락하시면 됩니다.

자살 생각이 드는 경우 어디로 연락하면 되나요?

본인이나 주변 사람 중 위기를 겪고 있는 분이 계신 경우 1-800-273-TALK(8255)번 National Suicide Prevention Lifeline(전국 자살 예방 생명의 전화)으로 전화하세요.

위기 상황에 도움을 요청하고 정신 건강 프로그램을 이용하고자 하는 지역 주민은 1-800-273-8255 번 Alameda County Crisis Support Services(위기 지원 서비스)로 연락해 주시기 바랍니다.

본인이나 주변 사람에게 도움이 필요한지 판단하는 방법

제게 도움이 필요한지 어떻게 알 수 있나요?

많은 사람들이 살면서 힘든 시기를 겪으며, 경우에 따라 정신 건강상 문제를 경험할 수 있습니다.

스스로 전문적인 도움이 필요한지 여부를 판단할 때 반드시 기억해야 할 가장 중요한 것은 자신을 믿는 것입니다. Medi-Cal 수혜 자격을 충족하고 스스로 전문적 도움이 필요할 수 있다고 생각하시는 분은 ACBH에 검사를 요청하셔야 합니다.

다음 징후 중 하나 이상이 나타나는 경우 도움이 필요하실 수 있습니다:

- 거의 매일, 하루 중 대부분의 시간 동안 우울하다(또는 절망감이나 무력감을 느끼거나 기분이 매우 저조하다)
- 평상시 즐겨 하던 활동에 흥미가 없어졌다
- 단기간 내에 체중이 급격하게 줄거나 늘었다
- 너무 많이 자거나 너무 적게 잔다
- 신체적 움직임이 느려졌거나 과해졌다
- 거의 매일 피곤하다
- 스스로 가치가 없다고 느끼거나 지나치게 죄책감이 든다
- 생각, 집중 및/또는 의사 결정하는 데 어려움이 있다
- 수면 욕구가 줄어들었다(몇 시간만 자도 '잘 쉰 듯한' 느낌이 든다)
- 생각이 너무 빨리 진행되어(급속 사고) 따라잡기가 힘들다
- 너무 빨리 말하거나 말하는 것을 멈출 수가 없다
- 사람들이 나를 해치려 한다고 느껴진다
- 다른 사람들에게는 들리지 않는 목소리 및/또는 소리가 들린다
- 다른 사람들에게는 보이지 않는 것이 보인다
- 출근이나 등교를 할 수 없다
- 개인 위생(청결 유지)에 신경쓰지 않는다
- 주변 사람들과 심각한 갈등이 있다
- 주변 사람들과 연락을 끊는다
- 아무런 이유 없이 자주 운다
- 아무런 이유 없이 자주 화를 내고 '폭발'한다
- 기분 변화가 극심하다
- 거의 항상 불안해 하거나 걱정한다

- 주변 사람들이 이상하거나 기이하다고 부르는 행동을 한다

어린 자녀나 십대 자녀에게 도움이 필요한지 어떻게 알 수 있나요?

어린 자녀나 십대 자녀가 정신 건강 문제 징후를 보인다고 판단되는 경우 ACBH 에 연락해 검사를 받도록 하실 수 있습니다. 어린 자녀나 십대 자녀가 Medi-Cal 자격을 충족하고 카운티 검사 결과 ACBH 에서 보장되는 전문 정신 건강 서비스가 필요하다는 결론이 나오는 경우 ACBH 에서 자녀가 해당 서비스를 받을 수 있도록 주선해 드립니다. 부모 역할을 감당하기 힘들다고 느끼거나 정신 건강 문제가 있는 부모를 위한 서비스도 있습니다.

자녀에게 정신 건강 서비스 등 도움이 필요한지 여부를 판단하는 데 아래 체크리스트를 유용하게 사용하실 수 있습니다. 두 가지 이상 징후가 있거나 장기간에 걸쳐 지속되는 경우 전문적인 도움을 요하는 더 심각한 문제임을 나타낼 수 있습니다. 다음은 눈여겨 봐야 할 징후들입니다:

- 통증을 호소한다
- 혼자 보내는 시간이 더 많다
- 쉽게 피로해지고 기운이 없다
- 안전부절못하고 가만히 앉아 있지 못한다
- 교사와 갈등이 있다
- 학교에 대한 흥미가 줄었다
- 모터가 달린 것처럼 행동한다
- 몽상에 잠기는 일이 지나치게 잦다
- 쉽게 산만해진다
- 새로운 상황을 두려워한다
- 슬프고 불행하다고 느낀다
- 예민하고 화가 나 있다
- 절망감을 느낀다
- 집중하는 데 어려움을 느낀다
- 친구들에 대한 관심이 줄었다
- 주변 사람들과 다툼다
- 학교에 가지 않는다
- 성적이 떨어진다

- 스스로를 비하한다
- 의사 진찰을 받았는데 아무 문제가 없다고 한다
- 숙면을 취하지 못한다
- 걱정을 많이 한다
- 전 보다 더 나와 같이 있고 싶어 한다
- 자신이 '나쁘다'고 느낀다
- 불필요한 위험을 감수한다
- 신체적으로 자주 다치거나 정신적으로 자주 상처 받는다
- 전에 비해 즐거워 하지 않는 것 같다
- 또래 다른 아이들에 비해 어리게 행동한다
- 규칙에 귀기울이지 않는다
- 감정을 드러내지 않는다
- 다른 사람들의 감정을 이해하지 못한다
- 주변 사람들을 놀린다
- 자신의 문제를 다른 사람들의 탓으로 돌린다
- 자신의 것이 아닌 물건을 가진다
- 나누는 것을 거부한다

전문 정신 건강 서비스 이용하기

전문 정신 건강 서비스란?

전문 정신 건강 서비스는 일반 의사는 치료할 수 없는 정신 질환이나 정서적 문제를 가진 사람들을 위한 정신 건강 서비스를 말합니다. 그런 질환이나 문제들의 정도가 매우 심해 그 사람의 일상 활동 수행 능력에 지장을 초래할 수 있는 경우가 여기에 해당됩니다.

전문 정신 건강 서비스에 포함되는 서비스는 다음과 같습니다:

- 정신 건강 서비스
- 약물 지원 서비스
- 표적 케이스 관리
- 위기 중재 서비스
- 위기 안정화 서비스

- 성인 입주 치료 서비스
- 위기 입주 서비스
- 주간 치료 집중 서비스
- 주간 재활
- 정신과 입원 환자 병원 서비스
- 정신과 건강 시설 서비스

위에 열거한 전문 정신 건강 서비스 외에도, 21 세 미만 가입자의 경우 추가 서비스를 이용할 수 있습니다. 본인이 이용할 수 있는 전문 정신 건강 서비스에 대해 자세한 정보가 필요하신 경우 본 핸드북의 "서비스 범위" 섹션을 참고하시기 바랍니다.

전문 정신 건강 서비스는 어떻게 이용하나요?

본인에게 전문 정신 건강 치료 서비스가 필요하다고 생각되는 경우 1-800-491-9099 번으로 Alameda County ACCESS 라인에 전화하시면 됩니다.

또는, 담당 의사, 학교, 가족 구성원, 보호자, 담당 Medi-Cal 관리형 케어 건강 보험, 또는 기타 카운티 기관 등을 한정 없이 포함하는 개인 또는 단체의 의뢰를 받아 전문 정신 건강 서비스를 이용하실 수 있습니다. 보통 담당 의사나 Medi-Cal 관리형 케어 건강 보험에서는 응급 상황인 경우를 제외하고 가입자의 동의, 또는 아동의 부모나 보호자의 동의가 있어야 의뢰를 할 수 있습니다. ACBH 는 ACBH 로부터 서비스를 받는 데 필요한 의료적 필요성 기준을 충족하는지 여부를 판단하기 위한 최초 검사를 거부할 수 없습니다.

보장 대상 전문 정신 건강 서비스는 Alameda County 제공자 네트워크(클리닉, 치료 센터, 커뮤니티 기반 단체 등)를 통해 이용할 수 있습니다. 계약 제공자가 보장 대상 서비스를 제공하지 않는 경우, ACBH 는 해당 서비스를 제공할 수 있는 다른 제공자를 주선했습니다.

SMHS 는 어디서 이용할 수 있나요?

SMHS 는 본인이 거주하는 카운티 내에서 이용하실 수 있습니다. Alameda County 주민은 처음 서비스를 이용하는 경우 1-800-491-9099 번으로 Alameda County ACCESS 에 연락하시면 됩니다. ACBH 는 어린이, 청소년, 성인 및 노인을 위한 SMHS 를 제공하고 있습니다. 21 세 미만인 경우 추가적인 보장과 혜택이

포함될 수 있는 EPSDT(Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, 조기 및 정기 스크리닝, 진단 및 치료) 적용 대상입니다.

가입자의 SMHS 적격 여부는 ACCESS 프로그램에서 결정합니다. SMHS 가 필요하신 경우 ACBH ACCESS 에서 정신 건강 제공자에게 의뢰해 드립니다.

ACBH 의 보장 대상이 아닌 정신 건강 서비스는 어떻게 이용하나요?

Medi-Cal 관리형 케어 건강 보험에 가입되어 있으신 경우 본인의 Medi-Cal 관리형 케어 건강 보험을 통해 다음 외래 환자 정신 건강 서비스를 이용하실 수 있습니다:

- 개인 및 그룹 정신 건강 검사 및 치료(심리 치료)
- 정신 건강 상태 평가를 위한 심리 검사
- 검사실 검사, 의약품 및 용품 등을 포함한 외래 환자 서비스
- 약물 요법 모니터링을 위한 외래 환자 서비스
- 정신과 상담

Medi-Cal 관리형 케어 건강 보험에 가입되어 있지 않으신 경우 Medi-Cal 을 받는 개인 제공자나 클리닉에서 이런 서비스를 이용하실 수 있습니다. ACBH 는 치료를 받으실 수 있는 제공자나 클리닉 찾는 것을 도와드릴 수 있으며, 또는 제공자나 클리닉을 찾는 방법을 조언해 드릴 수 있습니다.

Medi-Cal 을 받는 약국이면 어디든 정신 건강 질환 치료를 위한 처방약을 조제할 수 있습니다.

ACBH 의 보장 대상이 아닌 다른 Medi-Cal 서비스(주치의/의료)는 어떻게 이용하나요?

ACBH 의 보장 대상이 아닌 Medi-Cal 서비스를 이용하는 방법은 2 가지입니다:

1. Medi-Cal 관리형 케어 건강 보험에 가입하는 방법.

Medi-Cal 관리형 케어 건강 보험 가입자이신 경우:

- 의료 서비스가 필요하신 경우 건강 보험에서 제공자를 찾아드립니다.

- 건강 보험, HMO(Health Maintenance Organization, 건강 유지관리 단체), 또는 일차 진료 케이스 관리자 등을 통해 의료 서비스를 받습니다.
- 응급 진료가 필요한 경우가 아니면 반드시 건강 보험 내 소속 제공자와 클리닉을 이용해야 합니다.

- 가족 계획 서비스의 경우 건강 보험 외부 제공자를 이용할 수 있습니다.
- 비용을 분담하지 않는 경우에 한해 건강 보험에 가입하실 수 있으며, 분담금은 Medi-Cal 관리형 케어 건강 보험에서 비용 부담을 시작하기 전에 본인이 부담하는 데 동의하는 의료 서비스 비용을 말합니다.

2. Medi-Cal 을 받는 개인 의료 서비스 제공자나 클리닉을 이용하는 방법.

- Medi-Cal 을 받는 개인 제공자나 클리닉에서 의료 서비스를 이용합니다.
- 서비스를 받기 전에 반드시 해당 제공자에게 귀하가 Medi-Cal 가입자임을 밝혀야 합니다. 그렇지 않을 경우 이용하신 서비스에 대해 비용을 청구받을 수 있습니다.
- 개인 의료 서비스 제공자와 클리닉에는 Medi-Cal 환자를 진료해야 할 의무가 없으며, 선택에 따라 Medi-Cal 환자를 소수만 진료할 수도 있습니다.

알코올이나 약물 중독 문제가 있는 경우 어떻게 해야 하나요?

스스로 SUD(Substance Use Disorder, 물질 사용 장애) 치료 서비스가 필요하다고 판단되는 경우 카운티 보험에 직접 요청하실 수 있습니다. 이 핸드북의 전면 섹션에 나와 있는 카운티 무료 전화로 전화하시면 됩니다. 또한, 다른 방법으로 SUD 치료 서비스를 위해 카운티 보험에 의뢰를 받으실 수도 있습니다. 카운티 보험에는 SUD 치료 서비스가 필요할 수 있다고 판단하는 의사 및 기타 일차 진료 제공자들, 또는 가입자이신 경우 Medi-Cal 관리형 케어 건강 보험의 SUD 치료 서비스 의뢰를 수락해야 할 의무가 있습니다. 응급 상황인 경우를 제외하고, 해당 제공자나 Medi-Cal 관리형 케어 건강 보험에서는 보통 환자 본인의 동의, 또는 아동의 부모 또는 보호자의 동의가 있어야 의뢰를 할 수 있습니다. 학교, 카운티 복지부 또는 사회복지 서비스부, 관리인, 보호자 또는 가족 구성원, 법집행 기관 등 다른 사람이나 단체도 카운티에 치료를 의뢰할 수 있습니다.

보장 대상 서비스는 Alameda County 의 제공자 네트워크를 통해 이용할 수 있습니다. 계약 제공자가 보장 대상 서비스를 수행하거나 지원하는 데 이의를 제기하는 경우, Alameda County 는 해당 서비스를 수행할 수 있는 다른 제공자를 주선했습니다. Alameda County 는 보장 대상 서비스에 대해 종교적, 윤리적 또는 도덕적 이유로 이의 제기가 발생해 보장 대상 서비스를 이용할 수 없는 경우 적시성 있는 의뢰 및 조율을 통해 상황에 대처합니다.

모든 현재 가입자들은 해당되는 경우 Alameda County 의 DMC ODS 서비스 플랜을 통해 서비스 제공자가 변경되었음을 알리는 서한을 받게 됩니다. 서비스 시작 시점과 가입의 요청이 있는 경우 계약 제공자는 모든 가입자를 대상으로 핸드북을 배포합니다. Alameda County DMC ODS 제공자 네트워크에는 가입자 핸드북을 제공할 의무가 있으며, 가입 자격 충족 여부를 판단하실 수 있도록 도와드립니다.

의료적 필요성 기준

의료적 필요성(Medical Necessity)이란 무엇이며, 그것이 중요한 이유는 무엇인가요?

ACBH 를 통해 SMHS(전문 정신 건강 서비스)를 받는 데 필요한 요건 중 하나가 바로 '의료적 필요성(medical necessity)'이라고 하는 것입니다. 이는 의사나 자격증을 가진 다른 전문가가 의학적 이유로 해당 서비스가 필요한지, 그리고 그 서비스를 받을 경우 서비스로부터 도움을 받을 수 있을지 여부를 판단하기 위해 귀하를 진찰한다는 뜻입니다.

의료적 필요성은 귀하가 SMHS 수혜 자격을 충족하는지, 어떤 종류의 SMHS 가 적절한지 여부를 판단하는데 도움이 됩니다. 의료적 필요성을 결정하는 것은 SMHS 를 받는 절차에서 매우 중요한 부분입니다.

도움을 요청할 때 반드시 특정 정신 질환 진단을 받았는지 여부를 알고 있을 필요는 없습니다. 그 정보는 ACBH 가 검사를 통해 얻으실 수 있도록 도와드립니다. 검사 결과 의료적 필요성 기준을 충족하는 정신 건강 질환을 갖고 계신 것으로 판명되는 경우, 필요에 맞게 전문 정신 건강 입원 환자 또는 외래 환자 치료를 받게 됩니다.

21 세 미만인에 대한 의료적 필요성 기준은 무엇인가요?

21 세 미만이고, 전체 범위 Medi-Cal 을 보유하고 있으며, ACBH 의 보장 대상인 질환 진단을 받은 경우, ACBH 는 SMHS 가 정신 건강 질환 악화를 막을 수 있는지 여부도 고려합니다. ACBH 의 보장 대상인 서비스가 정신 건강을 시정 또는 개선하는 경우 ACBH 는 해당 서비스를 제공합니다.

정신과 입원 환자 병원 서비스의 의료적 필요 기준은 무엇인가요?

정신 질환이나 정신 질환의 증상이 있고, 낮은 수준의 케어에서는 안전하게 치료할 수 없는 경우, 그리고 정신 질환이나 정신 질환 증상 때문에 다음에 해당되는 경우 응급 상황으로 병원에 입원할 수 있습니다:

- 자신이나 주위 사람들에게 당장 위험한 존재가 되거나 상당한 재산 파괴 위험이 있는 경우

- 식사, 의복 또는 보호 시설을 제공받거나 사용하는 것이 금지된 경우
- 본인의 신체적 건강에 중대한 위험을 초래할 수 있는 경우
- 최근에 기능 능력이 크게 감퇴한 경우
- 병원에서만 제공받을 수 있는 정신과 검사, 의료적 치료 또는 기타 치료가 필요한 경우

제공자 선택하기

내게 필요한 SMHS 제공자는 어떻게 찾을 수 있나요?

ACBH에서 SMHS를 개시하려면 1-800-491-9099번으로 ACCESS 프로그램에 전화해 주시기 바랍니다.

ACBH는 제공자 선택에 일정한 제한을 둘 수 있습니다. ACBH는 가입자가 처음 서비스를 이용하기 시작할 때 반드시 최소 두 곳의 제공자 사이에서 선택할 수 있는 기회를 부여해야 합니다. 단, ACBH에 그러한 선택을 제공할 수 없는 타당한 이유가 있는 경우는 예외로 합니다(예: 가입자가 필요로 하는 서비스를 제공할 수 있는 제공자가 한 곳 뿐인 경우). 또한, ACBH는 반드시 가입자가 제공자를 바꿀 수 있도록 허용해야 합니다. 가입자가 제공자 변경을 요청하는 경우, ACBH는 그렇게 하지 않을 타당한 이유가 있는 경우를 제외하고 반드시 최소 두 곳의 제공자 사이에서 선택할 수 있도록 허용해야 합니다.

간혹 계약 제공자가 자체적인 결정에 따라, 또는 ACBH의 요청에 따라 ACBH를 떠나는 경우가 있습니다. 그런 경우, ACBH는 반드시 ACBH에서 해당 제공자가 업무를 중단할 예정이라는 사실을 알게 된 시점으로부터 15일 이내에 해당 제공자로부터 SMHS를 받고 있던 각 가입자에게 서면 형식으로 통지하기 위해 최선의 노력을 다해야 합니다.

ACBH는 반드시 현재 시점에 유효한 제공자 디렉터리를 온라인상에 게시해야 합니다. 현재 제공자에 관한 궁금한 사항이 있거나 최신 버전의 제공자 디렉터리를 확인하고자 하시는 경우 ACBH 웹사이트(http://www.ACBH.org/provider_directory/)를 방문하거나 이 핸드북 앞에 나와 있는 무료 전화번호로 문의해 주시기 바랍니다.

일단 제공자가 정해지면 ACBH가 그 제공자에게 제가 이용할 수 있는 서비스를 정해 주나요?

가입자, 해당 제공자, ACBH가 의료적 필요성 기준과 보장 대상 서비스 목록을 바탕으로 모두 함께 협의해 가입자에게 필요한 서비스를 결정하게 됩니다. ACBH는 반드시 자격 요건을 갖춘 전문가에게 서비스 허가 검토를 요청해야 합니다. 이러한 검토 절차를 '보험금 지급 허가 절차'라고 부릅니다.

ACBH 허가 절차는 반드시 정해진 기한 일정에 따라 진행해야 합니다. 표준 허가의 경우, ACBH는 반드시 제공자의 요청을 바탕으로 달력일 기준으로 14일 이내에 결정을 내려야 합니다. 가입자 본인이나 그

제공자가 요청하는 경우, 또는 ACBH 가 판단하기에 제공자로부터 추가 정보를 얻는 것이 가입자의 이해에 부합된다고 보이는 경우, 기한은 달력일 기준으로 최대 14 일까지 추가로 연장할 수 있습니다. 연장이 가입자 이해에 부합되는 경우의 예로는, ACBH 입장에서 담당 제공자로부터 추가 정보를 얻는 경우 제공자의 치료 요청을 승인할 수 있을 것으로 보이는 경우가 있습니다. ACBH 가 제공자 요청에 대해 기한을 연장하는 경우, 카운티 당국은 가입자에게 그 연장 사실을 서면으로 통지합니다.

ACBH 에서 가입자가 요청한 서비스가 가입자에게 필요하지 않다고 결정하는 경우, ACBH 는 반드시 해당 서비스가 거부되었으며, 가입자에게는 이의 제기를 신청하거나 주 공청회를 요청할 수 있는 권리가 있음을 알리는 내용의 불리한 혜택 결정 통지서(Notice of Adverse Benefit Determination)를 보내야 합니다.

허가 절차와 관련해 자세한 정보가 필요하시면 ACBH 에 해당 정보를 요청하실 수 있습니다. 이 핸드북의 앞에 보시면 정보 요청 방법 안내가 나와 있습니다.

허가 절차와 관련해 ACBH 의 결정에 동의하지 않으시는 경우 카운티 당국에 이의 제기를 신청하실 수 있습니다.

어느 제공자가 제 BHP 를 받나요?

ACBH 는 SMHS(전문 정신 건강 서비스)를 제공하는 데 4 가지 다른 유형의 제공자를 이용하고 있습니다. 그 4 가지는 다음과 같습니다:

개인 제공자: 진료실 및/또는 커뮤니티 환경 내에서 SMHS 를 제공하기 위해 카운티 BHP 와 계약을 맺은 의사 등 정신 건강 전문가.

그룹 제공자: 여러 전문가들이 모여서 하나의 그룹으로 진료실 및/또는 커뮤니티 환경 내에서 SMHS 를 제공하기 위해 ACHB 와 계약을 맺은 정신 건강 전문가 그룹.

단체 제공자: ACBH 가 소유 또는 운영하거나, 클리닉 및/또는 커뮤니티 환경 내에서 서비스를 제공하기 위해 카운티 BHP 와 계약을 맺은 정신 건강 클리닉, 기관 또는 시설.

병원 제공자: 병원에서 진료나 서비스를 받을 수 있습니다. 응급 상황에서, 또는 위기/긴급 치료 상황에서 그렇게 될 수 있습니다.

ACBH 는 반드시 현행 제공자 디렉터리를 온라인상에 게시하도록 되어 있습니다. 현재 제공자에 관해 궁금한 사항이 있거나 최신 버전의 제공자 디렉터리를 확인하고자 하시는 경우 http://www.ACBH.org/provider_directory/를 방문하거나 이 핸드북 앞에 나와 있는 무료 전화번호로 문의해 주시기 바랍니다.

서비스 범위

가입자가 SMHS 에 대한 의료적 필요성 기준을 충족하는 경우, 검사를 통해 입증되고 개인별 가입자 플랜에 기록되어 있는 서비스에 대한 필요를 바탕으로 가입자가 이용할 수 있는 서비스는 다음과 같습니다.

- **정신 건강 서비스**

- 정신 건강 서비스는 정신 질환을 가진 사람들이 일상 생활을 위한 대처 기술을 개발할 수 있도록 돕는 개인, 단체, 또는 가족 기반 치료 서비스입니다. 이러한 서비스에는 제공자가 서비스를 받는 사람을 위해 서비스 개선을 위해 하는 작업도 포함됩니다. 여기에는 가입자에게 서비스가 필요한지 여부와 서비스가 효과가 있는지 여부를 판단하기 위한 평가, 가입자의 정신 건강 치료 목표와 구체적인 제공 대상 서비스를 결정하기 위한 계획 개발, 가입자의 일상 생활 능력을 개선 또는 유지하기 위해 가족 구성원이나 가입자의 삶에서 중요한 사람들과 함께 협력하는 것(가입자가 동의하는 경우)을 의미하는 "콜라터럴(collateral)" 등이 포함됩니다. 정신 건강 서비스는 클리닉이나 제공자의 진료실에서, 전화나 원격 의료 방식으로, 또는 가입자 자택이나 기타 커뮤니티 환경에서 제공될 수 있습니다.

- **약물 지원 서비스**

- 이 서비스에는 정신과 의약품의 처방, 투여, 조제 및 모니터링, 정신과 의약품과 관련한 교육 등이 포함됩니다. 약물 지원 서비스는 클리닉이나 제공자의 진료실에서, 전화나 원격 의료 방식으로, 또는 가입자 자택이나 기타 커뮤니티 환경에서 제공될 수 있습니다.

- **표적 케이스 관리**

- 정신 질환을 가진 사람들이 스스로 받기 힘들 수 있는 경우 의료, 교육, 사회복지, 취업 준비, 직업, 재할 또는 기타 커뮤니티 서비스를 받을 수 있도록 돕는 서비스입니다. 표적 케이스 관리에는 계획 수립, 연락, 조율, 의뢰, 대상자의 서비스 및 서비스 전달 시스템 이용을 보장하기 위한 서비스 전달 모니터링, 대상자의 진척도 모니터링 등이 포함됩니다.

- 위기 중재 서비스

- 즉각적인 조치를 요하는 긴급한 상태에 대응하기 위해 제공되는 서비스입니다. 위기 중재의 목표는 커뮤니티에 거주하는 사람들이 병원에 들어가지 않아도 되도록 돕는 것입니다. 위기 중재는 최대 8 시간까지 지속될 수 있으며, 클리닉이나 제공자 진료실에서, 전화나 원격 의료를 통해, 또는 자택 또는 기타 커뮤니티 환경 내에서 제공될 수 있습니다.

- **위기 안정화 서비스**

- 즉각적인 조치를 요하는 긴급한 상태에 대응하기 위해 제공되는 서비스입니다. 위기 안정화는 최대 20 시간까지 지속될 수 있으며, 반드시 정식 허가를 받은 24 시간 의료 서비스 시설, 병원 기반 외래 환자 프로그램, 또는 위기 안정화 서비스를 제공하도록 인증받은 제공자 사업장 내에서 제공해야 합니다.

- **성인 입주 치료 서비스**

- 정신 질환 환자들을 대상으로 입주 치료 서비스를 제공하도록 정식 허가를 받은 시설 내에 거주하는 환자들을 대상으로 정신 건강 치료를 제공하고 스킬 개발을 돕는 서비스입니다. 주중 무휴, 하루 24 시간 이용 가능합니다. Medi-Cal 은 성인 입주 치료 서비스를 제공하는 시설 입주에 따른 숙박 및 식사 비용은 부담하지 않습니다.

- **위기 입주 치료 서비스**

- 심각한 정신적, 또는 정서적 위기 상황을 겪고 있지만 정신과 병원 치료는 필요하지 않은 사람들을 대상으로 정신 건강 치료를 제공하고 스킬 개발을 돕는 서비스입니다. 허가 받은 시설에서 주중 무휴, 하루 24 시간 이용 가능합니다. Medi-Cal 은 위기 입주 치료 서비스를 제공하는 시설 입주에 따른 숙박 및 식사 비용은 부담하지 않습니다.

- **주간 치료 집중 서비스**

- 병원이나 기타 24 시간 케어 시설에 있어야 할 수 있는 사람들에게 그룹 단위로 제공되는 구조화된 정신 건강 치료 프로그램입니다. 하루 최소 3 시간 동안 계속됩니다. 프로그램을 마치고 나면 자택으로 귀가할 수 있습니다. 프로그램에는 스킬 개발 활동과 치료 요법, 심리 치료 등이 포함됩니다.

- **주간 재할**

- 정신 질환을 가진 사람들의 대처 능력과 일상 생활 기술을 배우고 개발하며 정신 질환 증상을 한층 더 효과적으로 관리하는 것을 도울 수 있도록 마련된 구조화된 프로그램입니다. 하루 최소 3 시간 동안 계속됩니다. 프로그램에는 스킬 개발 활동과 치료 요법이 포함됩니다.

- **정신과 입원 환자 병원 서비스**

- 정식 면허가 있는 정신 건강 전문가가 환자에게 집중적인 24 시간 정신 건강 치료가 필요하다고 결정하는 경우 그에 따라 정식 허가를 받은 정신과 병원에서 제공하는 서비스입니다.

- **정신과 건강 시설 서비스**

- 심각한 정신 건강 질환의 24 시간 재할 치료를 전문으로 하는 정식 허가를 받은 정신 건강 시설에서 제공합니다. 정신과 건강 시설은 시설 내 환자들의 신체 건강 관리 요구를 충족시키기 위해 반드시 인근 병원 또는 클리닉과 계약을 맺고 있어야 합니다.

아동, 청소년 및/또는 초기 성인들을 위한 특수 서비스가 있습니까?

21 세 미만의 가입자는 EPSDT(Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, 조기 및 정기 스크리닝, 진단 및 치료)라고 하는 국영 프로그램을 통해 추가적인 Medi-Cal 서비스를 이용할 수 있습니다.

EPSDT 서비스를 이용하려면 반드시 21 세 미만이고 전체 범위

Medi-Cal 을 보유하고 있어야 합니다. EPSDT 서비스는 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 발견하는 의료적 문제를 시정 또는 개선하기 위한 것으로, 완치가 목적은 아닙니다.

EPSDT 서비스에 대해 담당 의사나 클리닉에 문의하십시오. 가입자 본인과 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자, 클리닉, 또는 카운티 담당 부서가 가입자에게 의료적으로 필요하다는 데에 동의하고, ACBH 에 이 서비스 검토 요청서를 제출해 승인받으면 이 서비스를 이용할 수 있습니다.

EPSDT 프로그램에 관해 궁금한 사항은 전화 1-800-491-9099 번으로 문의하세요.

ACBH 는 아동, 청소년 및 21 세 미만 초기 성인을 대상으로 다음과 같은 특수 서비스도 제공하고 있습니다: TBS(치료 행동 서비스), ICC(집중 케어 조율), IHBS(자택 기반 집중 서비스), TFCS(치료 위탁 가정 서비스).

TBS(Therapeutic Behavioral Services, 치료 행동 서비스)

TBS 는 21 세 이하 가입자를 대상으로 하는 개인별 단기 집중 외래 환자 치료 중재 서비스입니다. 심각한 정서적 장애가 있고, 스트레스가 심한 과도기 또는 생애 위기를 겪고 있어서 서면 치료 계획상 정해진 결과를 성취하는 데에 특정 지원 서비스가 단기간 동안 추가적으로 필요한 경우 이 서비스를 받게 됩니다.

TBS 는 심각한 정서적 문제가 있는 경우 각 BHP 를 통해 이용할 수 있는 전문 정신 건강 서비스 유형입니다. TBS 를 이용하려면 반드시 정신 건강 서비스를 받고 있고, 21 세 미만이며, 전체 범위 Medi-Cal 가입자여야 합니다.

- 가입자가 자택에서 거주하고 있는 경우, 매우 심각한 정서적 문제가 있는 아동, 청소년 및 초기 성인 대상 그룹 홈과 같은 상위 단계 케어로 올라가지 않도록, TBS 전문 담당자와 1 대 1 로 만나 심각한 행동 문제 완화 노력을 진행할 수 있습니다.
- 매우 심각한 정서 문제가 있는 아동, 청소년 및 초기 성인 대상 그룹 홈에 거주하고 있는 경우, 위탁 가정이나 본인 자택 등, 하위 단계 케어로 내려갈 수 있도록 TBS 전문 담당자와 완화 노력을 진행할 수 있습니다. 대상자의 가족, 양육자 또는 보호자들은 TBS 를 통해 문제 행동에 대처하는 새로운 방법과 대상자의 성공에 도움이 되는 행동을 늘리는 방법을 배울 수 있습니다. 가입자 본인, TBS 전문 직원, 가입자 가족, 양육자 또는 보호자는 더 이상 TBS 가 필요 없게 될 때까지 단기간 동안 문제 행동 감소를 위해 하나의 팀으로 함께 일하게 됩니다. TBS 기간 동안 가입자 본인, 가족, 양육자 또는 보호자, TBS 전문 직원이 각각 맡아서 해야 할 일, TBS 가 진행될 시기와 장소가 명시된 TBS 계획서가 작성됩니다. TBS 전문 직원은 문제 행동과 관련해 도움이 필요할 가능성이 있는 대부분 장소에서 가입자를 도와줄 수 있습니다. 여기에는 가입자의 자택, 위탁 가정, 그룹 홈, 학교, 주간 치료 프로그램 및 그 외 커뮤니티 내 장소 등이 포함됩니다.

ICC(Intensive Care Coordination, 집중 케어 조율)

ICC 는 21 세 미만으로 전체 범위 Medi-Cal 서비스에 가입되어 있고 이 서비스에 대한 의료적 필요성 기준을 충족하는 가입자를 대상으로 평가를 실시하고, 케어 계획을 수립하며, 제공 서비스를 조율하는 표적 케이스 관리 서비스입니다.

ICC 서비스는 검사, 서비스 계획 수립 및 시행, 모니터링 및 조정, 그리고 전환 등의 요소들로 구성됩니다. ICC 서비스는 대상 아동, 그 가족, 관련 아동 서비스 시스템 사이의 협업적 관계 촉진을 위해 CFT(Child and Family Team, 아동-가족 팀)를 구성하는 것을 포함해, CPM(Core Practice Model, 핵심 방식 모델)의 원칙을 통해 제공됩니다.

CFT에는 공식적 지원(예: 케어 코디네이터, 제공자 및 아동 서비스 기관 소속의 케이스 관리자), 자연적 지원(예: 가족, 이웃, 친구 및 성직자), 그리고 그 외에 가입자 계획을 수립 및 실행하는 데 참여하고 대상 아동과 그 가족의 목표 달성을 도울 책임이 있는 사람들이 포함됩니다. ICC는 다음 업무를 담당하는 ICC 코디네이터도 제공합니다:

- 의료적으로 필요한 서비스가 능력 기반, 개인 맞춤, 고객 주도적, 문화적-언어적 역량에 맞춘 방식으로 이용 가능하고, 조율된 형식으로 제공될 수 있도록 합니다.
- 대상 아동의 필요에 따라 서비스와 지원이 제공되도록 합니다.

- 대상 아동, 그 가족, 서비스 제공 관련 시스템 사이에 협업적 관계를 촉진합니다.
- 대상 아동의 요구를 충족할 수 있도록 부모/양육자를 지원합니다.
- CFT 구성을 돕고 지속적인 지원을 제공합니다.
- 여러 제공자와 아동 서비스 시스템에 걸쳐 케어를 조직 및 매칭함으로써 대상 아동이 소속 커뮤니티 내에서 서비스를 이용할 수 있도록 합니다.

IHBS(Intensive Home Based Services, 자택 기반 집중 서비스)

IHBS 는 아동/청소년의 기능을 저해하는 정신 건강 질환을 개선할 수 있도록 마련된 개인별 강점 기반 개입 서비스로, 대상 아동/청소년이 가정과 커뮤니티 내에서 성공적으로 기능하는 데 필요한 스킬을 구축할 수 있도록 돕고, 대상 아동/청소년의 가족이 대상 아동/청소년이 가정과 커뮤니티 내에서 성공적으로 기능할 수 있도록 돕는 데 필요한 능력을 향상시킬 수 있도록 돕는 것이 목표입니다.

IHBS 서비스는 CFT 가 가족의 전체적인 서비스 계획(여기에는 IHBS 도 포함될 수 있음)을 감안해 만든 CPM 에 따라 작성한 개인별 치료 계획에 따라 제공됩니다. 서비스 활동에는 검사, 계획 작성, 치료 요법, 재할 및 컬래터럴 등이 한정 없이 포함됩니다. IHBS 는 전체 범위 Medi-Cal 서비스에 수혜 자격을 충족하는 21 세 미만 가입자로, 이 서비스에 대한 의료적 필요성 기준을 충족하는 가입자를 대상으로 제공됩니다.

TFC(Therapeutic Foster Care, 치료 위탁 가정)

TFC 서비스 모델을 통해 복합적인 정서적, 행동적 요구 사항을 가진 21 세 미만의 아동-청소년을 대상으로 단기 집중 트라우마 기반 개인별 SMHS 를 제공합니다. 서비스에는 계획 수립, 재할 및 컬래터럴 등이 포함됩니다. TFC 에서는 대상 아동들을 사전 훈련을 받았고 집중적인 감독 및 지원을 받는 TFC 부모들에게 배정합니다.

불리한 혜택 결정

불리한 혜택 결정 통지서란?

불리한 혜택 결정 통지서(Notice of Adverse Benefit Determination)는 가입자에 대한 Medi-Cal SMHS 를 축소 또는 거부하기로 결정하는 경우 ACBH 가 그 사실을 가입자에게 알리는 데 사용하는 양식입니다. 불리한 혜택 결정 통지서는 가입자의 불만, 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 제때 해결되지 않았거나, ACBH 의 서비스 제공 기준 기한 내에 서비스를 받지 못한 경우 그 사실을 통보하는 목적으로도 사용됩니다.

어떤 경우에 불리한 혜택 결정 통지서를 받게 되나요?

다음과 같은 경우 불리한 혜택 결정 통지서를 받게 됩니다:

- ACBH 또는 그 제공자 중 한 곳에서 가입자가 의료적 필요성 기준을 충족하지 않아 Medi-Cal SMHS 를 받을 수 없다고 결정하는 경우.
- 제공자가 보기에 가입자에게 SMHS 가 필요하다고 판단되어 ACBH 에 승인을 요청하지만 ACBH 가 거기에 동의하지 않아 제공자의 요청을 거부하거나 서비스의 유형 또는 빈도를 줄이는 경우. 대부분의 경우 서비스를 받기 전에 불리한 혜택 결정 통지서를 받지만, 때에 따라 이미 서비스를 이용하고 난 후, 또는 서비스 이용 중에 통지서를 받는 경우도 있습니다. 이미 서비스를 이용하고 난 후 불리한 혜택 결정 통지서를 받는 경우 그 서비스에 대해 비용을 부담하실 필요가 없습니다.
- 해당 제공자가 ACBH 에 승인을 요청했지만 ACBH 측에서 결정을 내리는 데에 추가 정보가 필요해 기한 내에 승인 절차를 완료하지 못하는 경우.
- ACBH 가 미리 정해 둔 타임라인에 따라 서비스를 제공하지 않는 경우. ACBH 에 전화해 타임라인 기준을 정해 두었는지 여부를 확인해 보십시오.
- ACBH 에 불만을 제기했는데 ACBH 측에서 90 일 이내에 해당 불만 사항에 대해 서면 형태의 결정을 전달하지 않는 경우.

- ACBH 에 이의 제기를 신청했는데 ACBH 가 30 일 이내에 서면 형태의 결정을 전달하지 않는 경우, 또는 신속 이의 제기를 신청했는데 72 시간 이내에 응답을 주지 않는 경우.

제가 원하는 서비스를 이용하지 못하는 경우 항상 불리한 혜택 결정 통지서를 받게 되나요?

불리한 혜택 결정 통지서를 받지 못하는 경우도 있습니다. 그럴 경우 ACBH 에 이의 제기 신청을 제출할 수도 있고, 이런 일이 생겨서 이의 제기 절차를 이미 완료한 경우 주 공청회를 요청하실 수 있습니다. 이의 제기 신청 방법이나 주 공청회 요청 방법에 관한 정보는 본 핸드북에 안내되어 있습니다. 담당 제공자 진료실에서도 해당 정보를 받으실 수 있습니다.

불리한 혜택 결정 통지서를 보면 어떤 내용을 알 수 있나요?

불리한 혜택 결정 통지서를 보면 다음 사항을 알 수 있습니다:

- ACBH 의 조치 중 나와 내 서비스 이용 가능 여부에 영향을 미치는 사항
- 그 결정이 발효되는 시점과 ACBH 가 그런 결정을 한 이유
- ACBH 가 해당 결정을 내릴 때 따랐던 주 또는 연방 규정
- 가입자가 ACBH 의 조치에 동의하지 않는 경우 가입자가 행사할 수 있는 권리
- ACBH 에 이의 제기를 신청하는 방법
- 주 공청회를 요청하는 방법
- 신속 이의 제기 또는 신속 주 공청회 요청 방법
- 이의 제기 신청이나 주 공청회를 요청할 때 도움을 받는 방법
- 이의 제기 신청 또는 주 공청회 요청 기한
- 이의 제기 또는 주 공청회 관련 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 이용할 수 있는지 여부
- 서비스를 계속 이용하기 위해서 이의 제기 신청을 하거나 주 공청회를 요청해야 하는 시점

불리한 혜택 결정 통지서를 받으면 어떻게 해야 하나요?

불리한 혜택 결정 통지서를 받는 경우 그 내용을 빠짐없이 꼼꼼히 읽어보셔야 합니다. 내용이 이해되지 않는 경우 ACBH 에 문의하시면 됩니다. 다른 사람에게 도움을 요청하셔도 됩니다.

이의 제기를 신청하거나 주 공청회를 요청할 때 이용 중단된 서비스를 계속 이용하게 해 줄 것을 요청하실 수 있습니다. 서비스를 계속 이용 하시려면 반드시 불리한 혜택 결정 통지서를 수령한 날로부터 10 일 이내, 또는 해당 변경 조치 발효일 이전에 요청하셔야 합니다.

문제 해결 절차

제 BHP(행동 건강 플랜)에서 원하는 서비스를 이용하지 못하는 경우 어떻게 되나요?

ACBH 에는 SUDS(물질 사용 장애 서비스)를 이용하고 계신 경우 그와 관련해 발생하는 문제를 해결하는데 이용할 수 있는 절차가 마련되어 있습니다. 이것을 문제 해결 절차라고 하며, 여기에는 다음 절차가 포함됩니다:

1. **불만 제기 절차:** 자신이 이용하고 있는 SMHS 와 관련한 일체의 불만 사항을 표시하는 절차
2. **이의 제기 절차:** ACBH 또는 담당 제공자가 본인의 SMHS 에 대해 내린 (서비스 거부 또는 변경) 결정의 재고를 요청하는 절차
3. **주 공청회 절차:** Medi-Cal 프로그램에 따라 이용 자격이 있는 SMHS 를 이용할 수 있도록 하기 위한 심리 절차

불만 제기, 이의 제기 또는 주 공청회 요청은 본인에게 불리하게 작용하지 않으며, 이용하고 계신 서비스에도 영향을 미치지 않습니다. 불만 또는 이의 제기가 완료되면 ACBH 측에서 가입자 본인과 그 외 관련인들에게 최종 결과를 통보합니다. 주 공청회가 완료되면 State Hearing Office 측에서 가입자 본인과 그 외 관련인들에게 최종 결과를 통보합니다.

아래에서 각 문제 해결 절차에 관해 자세히 알아보십시오.

이의 제기, 불만 제기 또는 주 공청회 요청과 관련해 도움을 받을 수 있나요?

ACBH 에는 불만 제기든, 이의 제기, 또는 주 공청회 요청이든, 가입자에게 해당 절차에 대해 안내해 드리고 문제 보고를 도와 드릴 수 있는 담당자들이 있습니다. 담당자들은 가입자의 건강 및/또는 안정 상태가 위험해 신속한 검토가 필요한 경우 이용할 수 있는 '신속' 절차 적용 대상에 해당되는지 여부를 결정하는 것도 도와드릴 수 있습니다. 또한, 담당 전문 정신 건강 제공자를 포함해 다른 사람이 본인을 대신해 절차를 진행하도록 위임할 수도 있습니다.

도움이 필요하시면 1-800-779-0787 번으로 문의하십시오.

ACBH 와의 문제를 해결하는 데 도움이 필요하지만 불만이나 이의 제기 신청은 하고 싶지 않은 경우 어떻게 해야 하나요?

카운티 내에서 카운티 시스템을 이용하는 데 도움을 줄 수 있는 적절한 사람을 찾는 데 어려움이 있으신 경우 주 정부에서 도움을 받으실 수 있습니다. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이(공휴일 제외)에 전화 (888) 452-8609 번, 또는 이메일(MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)을 이용해 Department of Health Care Services 의 Office of the Ombudsman 에 연락하시면 됩니다. 주의 사항: 이메일 메시지 내용은 기밀 보장 대상이 아닙니다. 이메일 메시지에 개인 정보를 적으시면 안 됩니다.

또한, 지역 법률 구조 사무소나 다른 단체에서도 무료로 법적 도움을 받으실 수 있습니다. 공공 문의 & 대응과(Public Inquiry & Response Unit)에 연락해 본인의 공청회 관련 권리에 대해 문의하거나 무료 법률 조언을 받으실 수 있습니다:

무료 전화: 1-800-952-5253
TTY: 1-800-952-8349

불만 제기 절차

'불만'이란?

불만 제기(grievance)란 SMHS 와 관련한 사안으로 이의 제기 및 주 공청회 절차에서 다루지지 않는 문제에 관해 불만을 표현하는 것을 말합니다.

불만 제기 절차에서는:

- 간단하고 이해하기 쉬운 절차로 이루어져 있으며, 가입자가 자신의 불만 사항을 구두 또는 서면 형태로 제기할 수 있습니다.
- 가입자 본인이나 담당 제공자에게 절대 불이익이 돌아가지 않습니다.
- 담당 전문 정신 건강 제공자를 포함해 다른 사람이 본인을 대신해 절차를 진행하도록 위임할 수 있습니다. 다른 사람이 본인을 대신해 절차를 진행하도록 위임하는 경우, ACBH 측에서 ACBH 에 그 사람에게 정보를 제공하는 데 동의하는 양식에 서명해 주실 것을 요청드릴 수 있습니다.
- 본인 대신 결정을 내릴 사람이 그렇게 할 자격을 갖추고 있고 심의나 의사 결정의 이전 단계에 관여하지 않은 사람인지 확인합니다.
- 본인과 ACBH, 담당 제공자의 역할과 책임을 구별합니다.
- 정해진 기한 내에 불만 사항에 대한 해결 방안을 제공합니다.

불만은 언제 제기할 수 있나요?

ACBH 에서 이용하고 계신 SMHS 에 불만이 있으신 경우, 또는 ACBH 와 관련해 다른 우려 사항이 있으신 경우 언제든지 카운티 보험에 불만을 제기하실 수 있습니다.

불만은 어떻게 제기하나요?

ACBH 의 수신자 부담 무료 전화번호(1-800-779-0787)로 전화해 방법을 문의하시면 됩니다. 무료 전화번호는 본 핸드북 앞에 나와 있습니다. ACBH 는 우편으로 불만을 제기하실 수 있도록 모든 제공자

사업장에 주소가 사전 인쇄된 봉투를 비치해 두고 있습니다. 주소가 인쇄된 봉투가 없으시면 본 핸드북 앞에 나와 있는 주소로 직접 보내주시면 됩니다. 불만 제기는 구두나 서면으로 모두 가능합니다. 구두로 불만을 제기하시는 경우 서면 후속 조치가 필요 없습니다.

ACBH 가 제 불만 사항을 받았는지 여부를 어떻게 알 수 있나요?

불만 사항이 접수되면 ACBH 에서 그 사실을 확인하는 서면 확인서를 보내드립니다.

제 불만 사항에 대한 결정은 언제 이루어지나요?

ACBH 는 반드시 불만을 제기하신 날로부터 달력일 기준 90 일 이내에 해당 사항에 대해 결정을 내려야 합니다. 가입자가 연장을 요청하거나, ACBH 가 판단하기에 결정하는 데 추가 정보가 필요하고, 그러한 지연이 가입자에게 이롭다고 여겨지는 경우 결정 기한을 달력일 기준으로 최대 14 일까지 연장할 수 있습니다. 지연이 가입자 본인에게 이로운 경우를 예로 들면, ACBH 가 판단하기에 가입자 본인이나 다른 관련인들로부터 정보를 수집할 시간 여유가 더 있는 경우 해당 불만 사항을 해결할 수 있을 것이라고 보는 경우가 있습니다.

ACBH 가 제 불만 사항에 대해 결정을 내렸는지 어떻게 알 수 있나요?

불만 사항에 대해 결정이 내려지면 ACBH 에서 가입자 본인이나 그 대리인에게 서면으로 결정 내용을 알려드립니다. ACBH 가 가입자 본인이나 관련 당사자들에게 제때 불만 결정에 대해 통보하지 못하는 경우, ACBH 는 가입자에게 불리한 혜택 결정 통지서를 보내 주 공청회를 요청할 수 있는 가입자의 권리를 안내해 드립니다. ACBH 는 기한이 만료되는 날짜에 불리한 혜택 결정 통지서를 보냅니다.

불만 제기 기한이 있나요?

아닙니다, 불만은 언제든지 제기하실 수 있습니다.

이의 제기 절차(표준 절차 및 신속 절차)

ACBH 에게는 가입자가 ACBH 나 담당 제공자가 가입자의 SMHS 에 관해 내린 결정을 재고해 달라는 요청을 할 수 있도록 허용할 책임이 있습니다. 재고 요청에는 두 가지 방법이 있습니다. 한 가지는 표준 이의 제기 절차를 이용하는 것입니다. 또 하나는 신속 이의 제기 절차를 이용하는 것입니다. 이 두 가지 방법은 서로 비슷하지만 신속 이의 제기를 위해서는 충족해야 할 구체적인 요건이 있습니다. 아래에 그 구체적인 요건에 관한 설명이 나와 있습니다.

표준 이의 제기란?

표준 이의 제기는 본인이 생각하기에 본인에게 필요한 서비스에 대한 거부 또는 변동 사항과 관련해 ACBH 나 담당 제공자와의 사이에 문제가 있는 경우 그 문제 검토를 요청하는 것을 말합니다. 표준 이의 제기를 신청하시는 경우, ACBH 는 최대 30 일까지 해당 사안을 검토할 수 있습니다. 30 일 동안 기다릴 경우 본인의 건강이 위험해질 수 있다고 판단되는 경우 '신속 이의 제기'를 요청하셔야 합니다.

표준 이의 제기 절차에서는:

- 구두 또는 서면으로 이의를 제기하실 수 있습니다. 구두로 이의 제기하시는 경우 이어서 서명한 서면 이의 제기 신청서를 제출하셔야 합니다. 이의 제기 신청서를 작성할 때 도움을 받으실 수 있습니다. 서명한 서면 이의 제기 신청서를 제출하지 않으실 경우 이의 제기가 해결 처리되지 않습니다. 하지만 구두 이의 제기 날짜가 신청 날짜로 인정됩니다.
- 이의 제기는 가입자 본인이나 담당 제공자에게 절대 불리하게 작용되지 않습니다.
- 제공자를 포함해, 다른 사람에게 본인을 대신하도록 위임할 수 있습니다. 다른 사람이 본인을 대신해 절차를 진행하도록 위임하는 경우, ACBH 측에서 BHP 에 그 사람에게 정보를 제공하는 데 동의하는 양식에 서명해 주실 것을 요청드릴 수 있습니다.
- 이의 제기 신청을 하면서 정해진 기한 내에 보장 혜택 유지 요청을 하실 수 있습니다. 정해진 기한은 불리한 혜택 결정 통지서가 우편 발송된 날짜 또는 직접 전달된 날짜로부터 10 일입니다. 이의 제기 결정을 기다리는 동안 계속 이용한 서비스에 대해서는 비용을 부담하실 필요가 없습니다. 보장 혜택 유지 요청을 하지 않은 상태에서 이의 제기에 대해 현재 이용하고 계신 서비스의 축소 또는 중단이라는 최종 결정이 내려지는 경우 이의 제기 결정을 기다리는 동안 제공 받은 서비스 비용을 부담하셔야 할 수 있습니다.

- 그러한 결정을 내릴 자격을 갖춘 담당자들이 결정을 내리도록 하고 이전 심사 또는 결정 단계에 관여했던 사람은 이 단계에 개입하지 않도록 합니다.
- 가입자 본인이나 대리인에게 본인의 의료 기록을 포함한 본인 케이스 파일 열람을 허용하고, 그 외에 이의 제기 절차 중 고려 대상이 되는 문서 또는 기록도 열람을 허용합니다.
- 가입자가 직접 또는 서면을 통해 증거, 혐의 사실 또는 법규를 제시할 수 있는 합당한 기회를 드립니다.
- 가입자 본인, 대리인, 또는 사망한 가입자의 법률 대리인이 이의 제기 당사자로 포함될 수 있습니다.
- 가입자에게 서면 확인서를 보내 본인의 이의 제기 신청에 대해 현재 검토가 진행되고 있음을 알려드립니다.
- 이의 제기 절차가 완료되면 가입자에게 주 공청회를 요청할 권리가 있음을 알려드립니다.

이의 제기는 언제 신청할 수 있나요?

다음 경우에 ACBH 에 이의 제기를 신청하실 수 있습니다:

- ACBH 또는 카운티와 계약한 제공자 중 한 곳에서 가입자가 의료적 필요성 기준을 충족하지 않아 Medi-Cal SMHS 를 받을 수 없다고 결정하는 경우
- 제공자가 보기에 가입자에게 SMHS 가 필요하다고 판단되어 ACBH 에 승인을 요청하지만 ACBH 가 거기에 동의하지 않아 제공자의 요청을 거부하거나 서비스의 유형 또는 빈도를 줄이는 경우
- 해당 제공자가 ACBH 에 승인을 요청했지만 ACBH 측에서 결정을 내리는 데 추가 정보가 필요해 기한 내에 승인 절차를 완료하지 못하는 경우
- ACBH 가 정해진 타임라인에 따라 가입자에게 서비스를 제공하지 않는 경우
- 가입자가 보기에 ACBH 가 본인의 필요를 충족할 만큼 신속하게 서비스를 제공하지 않고 있다고 판단되는 경우
- 본인의 불만, 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 기한 내에 해결되지 않은 경우
- 가입자에게 필요한 SMHS 에 대해 가입자 본인과 담당 제공자 사이에 이견이 있는 경우

이의 제기는 어떻게 신청하나요?

ACBH 의 무료 전화번호로 전화해 이의 제기 신청 방법을 안내 받으시면 됩니다. 무료 전화번호는 본 핸드북 앞에 나와 있습니다. ACBH 는 이의 제기 신청서를 우편으로 보내실 수 있도록 모든 제공자 사업장에 주소가 사전 인쇄된 봉투를 비치해 두고 있습니다. 주소가 인쇄된 봉투가 없으시면 본 핸드북 앞에 나와 있는 주소로 이의 제기 신청서를 직접 보내주시면 됩니다. 이의 제기는 구두나 서면으로 모두 가능합니다. 구두로 이의 제기하시는 경우 이어서 서명한 서면 이의 제기 신청서를 제출하셔야 합니다.

제 이의 제기 신청에 대해 결정이 내려졌는지 어떻게 알 수 있나요?

ACBH 가 이의 제기에 대한 결정 내용을 가입자 본인이나 대리인에게 서면으로 통보해 드립니다. 통보 내용은 다음과 같습니다:

- 이의 제기 해결 절차의 결과
- 이의 제기 결정이 이루어진 날짜
- 이의 제기가 가입자가 요청한 그대로 받아들여지지 않은 경우, 통지서에는 주 공청회 요청에 관한 가입자의 권리와 주 공청회 요청 절차에 관한 정보도 포함됩니다.

이의 제기 신청에 기한이 있나요?

반드시 불리한 혜택 결정 통지서상의 날짜로부터 60 일 이내에 이의 제기를 신청하셔야 합니다. 불리한 혜택 결정 통지서를 받지 못하는 경우도 있다는 것을 염두에 두시기 바랍니다. 불리한 혜택 결정 통지서를 받지 못하시는 경우 이의 제기 신청 제출 기한은 없기 때문에 이런 경우 언제든지 이의 제기를 신청하실 수 있습니다.

제 이의 제기 신청에 대한 결정은 언제 이루어지나요?

ACBH 는 반드시 ACBH 가 이의 제기 신청서를 접수한 날로부터 달력일 기준으로 30 일 이내에 이의 제기 신청에 대한 결정을 내려야 합니다. 가입자가 연장을 요청하거나, ACBH 가 판단하기에 결정하는 데 추가 정보가 필요하고, 그러한 지연이 가입자에게 이롭다고 여겨지는 경우 결정 기한을 달력일 기준으로 최대 14 일까지 연장할 수 있습니다. 지연이 가입자 본인에게 이로운 경우를 예로 들면, ACBH 가 판단하기에 가입자 본인이나 담당 제공자로부터 정보를 수집할 시간 여유가 더 있는 경우 해당 이의 제기를 승인할 수 있을 것이라고 보는 경우가 있습니다.

이의 제기 신청에 대해 결정이 내려질 때까지 30 일간 기다릴 수 없는 경우 어떻게 해야 하나요?

신속 이의 제기 절차 요건을 충족하는 경우 더 빨리 결정이 내려질 수 있습니다.

신속 이의 제기란?

신속 이의 제기는 이의 제기 신청에 대해 빠른 결정을 받는 방법입니다. 신속 이의 제기 절차는 표준 이의 제기 절차와 비슷한 과정에 따라 진행됩니다. 하지만,

- 해당 이의 제기 신청이 일정한 요건을 충족해야 합니다
- 신속 이의 제기 절차는 표준 이의 제기와 그 기한도 다릅니다
- 신속 이의 제기는 구두 형태로 신청하실 수 있습니다. 신속 이의 제기 신청은 굳이 서면으로 작성하실 필요가 없습니다

신속 이의 제기는 언제 신청할 수 있나요?

최대 30 일까지 표준 이의 제기 결정을 기다릴 경우 본인의 생명, 건강, 또는 최대 기능에 도달, 유지 또는 회복하는 능력이 위태로워질 수 있다고 판단되는 경우 이의 제기의 신속 해결을 요청하실 수 있습니다. ACBH 가 가입자의 이의 제기가 신속 이의 제기 요건을 충족한다는 데 동의하는 경우, ACBH 는 ACBH 에 이의 제기 신청이 접수된 시점으로부터 72 시간 이내에 신속 이의 제기 신청을 처리합니다. 가입자가 연장을 요청하거나, ACBH 가 결정하는 데 추가 정보가 필요하고, 그러한 지연이 가입자의 이해에 부합된다는 것을 입증하는 경우 결정 기한을 달력일 기준으로 최대 14 일까지 연장할 수 있습니다. ACBH 가 기한을 연장하는 경우, ACBH 는 기한이 연장된 이유에 대해 서면 설명서를 제공해 드립니다.

ACBH 가 가입자의 이의 제기 신청이 신속 처리 요건을 충족하지 않는다고 결정하는 경우, ACBH 는 반드시 가입자에게 지체 없이 그 사실을 구두 통보하기 위해 합당한 노력을 해야 하며, 달력일 기준으로 2 일 이내에 서면으로 그러한 결정을 내린 데 대한 사유를 안내해야 합니다. 그렇게 되면 가입자의 이의 제기 신청은 이 섹션에서 앞서 설명한 표준 이의 제기 처리 일정에 따라 처리됩니다. 본인의 이의 제기 신청이 신속 처리 기준에 부합되지 않는다는 ACBH 의 결정에 동의하지 않는 경우 불만을 제기하실 수 있습니다.

ACBH 는 신속 이의 제기 요청에 대해 결정이 내려지면 가입자 본인과 모든 영향 대상 당사자들에게 그 결과를 구두와 서면으로 통보합니다.

주 공청회 절차

주 공청회란?

주 공청회는 가입자가 Medi-Cal 프로그램에 따라 이용 자격을 갖고 있는 SMHS 를 이용할 수 있도록 보장하기 위해 California Department of Social Services 가 실시하는 독립 심사 절차입니다.

주 공청회와 관련해 가입자에게는 어떤 권리가 있나요?

가입자에게는 다음과 같은 권리가 있습니다:

- California Department of Social Services 가 실시하는 공청회 기회를 가질 권리가 있습니다('주 공청회'라고도 합니다)
- 주 공청회 요청 방법에 대해 안내 받을 권리가 있습니다
- 주 공청회의 대리인에 관한 규정에 대해 안내받을 권리가 있습니다
- 정해진 기한 내에 주 공청회를 요청하는 경우 주 공청회 절차 중 요청에 따라 보장 혜택을 계속 받을 권리가 있습니다

주 공청회는 언제 신청할 수 있나요?

주 공청회는 다음의 경우 신청하실 수 있습니다:

- 이의 제기 신청을 했는데 ACBH로부터 여전히 해당 서비스를 제공하지 않겠다거나 요청을 거부한다는 내용의 불리한 혜택 결정 통지서를 받은 경우
- ACBH 또는 카운티와 계약한 제공자가 가입자가 의료적 필요성 기준을 충족하지 않는다는 이유로 Medi-Cal SMHS 를 일체 받을 수 없다고 결정하는 경우
- 제공자가 보기에 가입자에게 SMHS 가 필요하다고 판단되어 ACBH 에 승인을 요청하지만 ACBH 가 거기에 동의하지 않아 제공자의 요청을 거부하거나 서비스의 유형 또는 빈도를 줄이는 경우
- 해당 제공자가 ACBH 에 승인을 요청했지만 ACBH 측에서 결정을 내리는 데 추가 정보가 필요해 기한 내에 승인 절차를 완료하지 못하는 경우

- ACBH 가 정해진 타임라인에 따라 가입자에게 서비스를 제공하지 않는 경우
- 가입자가 보기에 ACBH 가 본인의 필요를 충족할 만큼 신속하게 서비스를 제공하지 않고 있다고 판단되는 경우
- 본인의 불만, 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 기한 내에 해결되지 않은 경우
- 가입자에게 필요한 SMHS 에 대해 가입자 본인과 담당 제공자 사이에 이견이 있는 경우

주 공청회는 어떻게 신청하면 되나요?

California Department of Social Services 에 직접 주 공청회를 서면 요청하실 수 있습니다:

*California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430*

1-800-952-5253 번, 또는 TTY 1-800-952-8349 번으로 전화하셔도 됩니다.

주 공청회 요청 기한이 있나요?

주 공청회는 120 일 이내에 요청하셔야 합니다. 120 일 기한은 ACBH로부터 직접 이의 신청 결정 결과 통지서를 전달한 날, 또는 카운티 이의 신청 결정 결과 통지서 봉투에 찍힌 소인 날짜 다음 날로부터 시작됩니다.

불리한 혜택 결정 통지서를 받지 않으신 경우 언제든지 주 공청회를 신청하실 수 있습니다.

주 공청회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 이용할 수 있나요?

네, 하지만 일부 제한 사항이 있을 수 있습니다. 치료 서비스를 계속 받고자 하시는 경우 반드시 불리한 혜택 결정 통지서를 수령한 날로부터 10 일 이내에 요청서를 제출하셔야 합니다.

보장 혜택 유지 요청을 하지 않은 상태에서 주 공청회에서 현재 이용하고 계신 서비스의 축소 또는 중단이라는 최종 결정이 내려지는 경우 주 공청회 결정을 기다리는 동안 이용하신 서비스 비용을 부담하셔야 할 수 있습니다.

주 공청회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 이용하고자 하는 경우 어떻게 해야 하나요?

치료 서비스를 계속 받고자 하시는 경우 반드시 불리한 혜택 결정 통지서를 수령한 날로부터 10 일 이내에 요청서를 제출하셔야 합니다.

제 주 공청회 신청에 대한 결정은 언제 이루어지나요?

주 공청회를 신청하신 후 결정을 내려 답변을 통보해 드리는 데까지 최대 90 일이 소요될 수 있습니다.

주 공청회 신청에 대해 결정이 내려질 때까지 90 일을 기다릴 수 없는 경우 어떻게 해야 하나요?

건강 상태를 고려했을 때 그렇게까지 오래 기다리기 힘들다고 판단되시는 경우 업무일 기준으로 3 일 이내에 답변을 받으실 수도 있습니다. 담당 의사나 정신 건강 전문가에게 대신 서한을 작성해 달라고 부탁하시면 됩니다. 서한은 반드시 최대 90 일까지 결정을 기다리게 될 경우 가입자의 생명, 건강, 또는 최대 기능을 획득, 유지 또는 회복할 수 있는 능력이 어떻게 심각하게 손상될 수 있는지 자세히 설명하는 내용으로 작성해야 합니다. 그런 다음, 반드시 "신속 공청회"를 요청하고 그 서한을 공청회 요청서와 함께 제출하셔야 합니다.

Department of Social Services 의 State Hearings Division 에서 신속 주 공청회 요청을 검토한 다음 요건을 충족하는지 여부를 결정하게 됩니다. 신속 공청회 요청이 승인되는 경우, State Hearings Division 에 요청이 접수된 날로부터 업무일 기준 3 일 이내에 공청회가 열리고 공청회 결정이 내려지게 됩니다.

사전 지시서

사전 지시서란(Advance Directive)?

귀하에게는 사전 지시서를 작성할 권리가 있습니다. 사전 지시서란 자신의 의료 서비스에 관해 서면으로 지시하는 내용을 담은 문서로, 캘리포니아 법에서 인정하는 것입니다. 사전 지시서에는 자신의 의사를 표시할 수 없는 상황이 되었을 때 자신의 의료 서비스를 어떻게 제공 받고자 하는지 진술하는 내용, 또는 어떻게 결정했으면 하는지에 대한 내용이 포함됩니다. 사전 지시서는 생전 유언(living will) 또는 지속적 위임장(durable power of attorney)이라고도 불립니다.

캘리포니아 법은 사전 지시서를 구두 또는 서면 개인 의료 서비스 지시서 또는 위임장(누군가에게 내 대신 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여하는 서류)으로 정의합니다. 모든 BHP 는 반드시 사전 지시서 정책을 마련해 두고 있어야 합니다. ACBH 에는 정보 요청을 받는 경우 ACBH 의 사전 지시서 정책에 관한 정보와 주 법률에 대한 설명을 서면 형식으로 제공해야 할 의무가 있습니다. 해당 정보를 요청하고자 하시는 경우 본 핸드북 앞부분에 나와 있는 ACBH 의 무료 전화번호로 전화해 자세한 정보를 요청하시면 됩니다.

사전 지시서는 특히 사람들이 자신의 진료에 대해 지시 사항을 전달할 수 없게 되었을 때 자신의 진료에 대해 결정권을 가질 수 있도록 마련된 것입니다. 사전 지시서는 사람들이 스스로 진료 결정을 내릴 수 없게 되는 경우에 대비해 사전에 자신들이 바라는 바를 전달해 둘 수 있도록 하는 법적 문서입니다. 여기에는 의료 치료, 수술 등을 수락 또는 거부하거나 자신들의 진료 선택을 할 수 있는 권리 등도 포함됩니다. 캘리포니아 주에서 사전 지시서는 2 개 부분으로 구성됩니다:

1. 본인의 진료에 관해 결정을 내릴 수 있는 대리인(사람)의 지명. 그리고,
2. 본인 개인의 진료 지시 사항

사전 지시서 양식은 본인이 가입되어 있는 정신 건강 보험을 통해, 또는 온라인에서 받으실 수 있습니다. 캘리포니아 주에서, 가입자에게는 모든 의료 서비스 제공자들에게 사전 지시서 지시 사항을 전달할 권리가 있습니다. 또한, 언제든지 자신의 사전 지시서 내용을 변경하거나 취소할 수 있는 권리도 있습니다.

사전 지시서 요건에 관한 캘리포니아 주 법률과 관련해 궁금한 사항이 있으신 경우 아래 주소로 우편 문의해 주시기 바랍니다:

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

가입자 권리 및 책임

SMHS 가입자로서 저에게는 어떤 권리가 있나요?

Medi-Cal 수혜 자격을 갖춘 사람으로서 귀하에게는 ACBH로부터 의료적으로 필요한 전문 정신 건강 및 물질 사용 장애 서비스를 받을 권리가 있습니다. 이러한 서비스를 이용하시는 경우 귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다:

- 개인에 대한 존중심과 자신의 존엄성과 프라이버시에 대한 존중심을 바탕으로 대우 받을 권리
- 이용 가능한 치료 선택에 관한 정보를 제공 받고, 자신이 이해할 수 있는 방식으로 그에 대한 설명을 들을 권리
- 치료를 거부할 권리를 포함해, 자신의 정신 건강 관리에 관한 결정에 참여할 권리
- 강압, 규율, 편의, 처벌의 수단으로 사용되는 일체 형태의 구속 또는 격리, 또는 구속 및 격리 사용에 관한 보복 행위로부터 자유로울 권리
- 자신의 의료 기록을 요청해 사본을 받을 권리와 필요한 경우 의료 기록의 변경 또는 정정을 요청할 권리
- 본 핸드북을 통해 ACBH가 보장하는 서비스에 관한 정보, ACBH의 그 외 의무 사항, 여기에 기술된 바에 따른 자신의 권리에 관한 정보를 얻을 권리. 또한 귀하에게는 ACBH로부터 이 정보 및 기타 정보를 이해하기 쉬운 형태로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 이는, 예를 들어, ACBH가 반드시 BHP 가입자들 중 최소 5%, 또는 3,000명 중 더 적은 수에 해당되는 가입자들이 사용하는 언어로 그 서면 정보를 제공하고, 다른 언어를 사용하는 사람들에게는 무료로 구두 통역사 서비스를 제공해야 한다는 것을 의미합니다. 또한, 이는 ACBH가 반드시 시각장애인이거나 시력이 제한적인 사람, 또는 문자 해독에 어려움이 있는 사람 등, 특수한 요구를 가진 사람들을 위해서는 다른 자료를 제공해야 한다는 것을 의미합니다
- 서비스 가용성, 적절한 수용 능력 및 서비스 보장, 진료의 조율 및 연속성, 서비스의 보장 및 허가에 대해 주 당국과 체결한 계약에 따라 SMHS와 SUDS를 제공 받을 권리. ACBH에는 다음과 같은 의무가 있습니다:

- SMHS 이용 자격 요건을 충족하는 모든 Medi-Cal 가입자가 해당 서비스를 적시성 있게 이용할 수 있도록 충분한 수의 제공자를 고용하거나 서면 계약을 체결합니다
- ACBH 에 해당 서비스를 제공할 수 있는 직원이나 계약 제공자가 없는 경우 네트워크 외부에서 의료적으로 필요한 서비스에 대해 적시성 있게 보장을 제공합니다. '네트워크 외부 제공자'는 ACBH 의 제공자 명단에 포함되어 있지 않은 제공자를 의미합니다. ACBH 는 반드시 가입자가 네트워크 외부 제공자의 진료를 받을 때 추가 비용을 부담하지 않도록 해야 합니다
- 제공자들이 반드시 자신들이 보장하는데 동의한 SMHS 를 제공하기 위해 필요한 역량을 갖추고 있도록 해야 합니다
- ACBH 가 보장하는 SMHS 가 그 양과 시간 길이, 범위 측면에서 Medi-Cal 적격 가입자들의 요구를 충족하는 데 충분하도록 해야 합니다. 여기에는 ACBH 의 서비스 결제 승인 시스템이 의료적 필요성을 기준으로 하도록 하고, 의료적으로 필요한 기준이 공정하게 사용되도록 하는 것도 포함됩니다
- 제공자들이 서비스를 이용할 수 있는 사람들에게 대해 적절한 검사를 실시하고, 서비스를 이용할 사람들과 협의해 제공될 치료 및 서비스에 대한 목표가 포함되어 있는 치료 계획을 수립할 수 있도록 해야 합니다
- 가입자가 요청하는 경우 가입자의 추가 비용 부담 없이 ACBH 네트워크 소속의 자격을 갖춘 의료 서비스 전문가 또는 네트워크 외부 전문가로부터 2 차 소견을 받을 수 있도록 해야 합니다
- Medi-Cal 관리형 케어 의료 보험을 통해 가입자에게 제공되는 서비스, 또는 주치의와의 사이에 서비스를 조율하고, 의료 정보의 개인정보 보호에 관한 연방 규정에서 정하는 바에 따라 가입자의 개인정보 보호를 보장해야 합니다
- 응급 정신 질환 또는 긴급 또는 위기 상태 치료를 위해 의료적으로 필요한 경우 서비스를 주중 무휴, 하루 24 시간 이용 가능하도록 하는 것을 포함해 진료에 대한 적시성 있는 접근성을 제공해야 합니다
- 영어 숙달도가 제한적인 사람, 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 사람 등을 포함해, 모든 사람들에게 문화적으로 적절한 방식의 서비스 제공을 장려하기 위한 주 당국의 노력에 동참해야 합니다

- ACBH 는 반드시 가입자가 자신의 권리를 행사하는 데 따라 치료를 해로운 방식으로 바꾸지 않도록 해야 합니다. ACBH 는 반드시 다른 해당 연방 및 주 법률을 준수해야 합니다(예를 들어: 45 CFR 파트 80 의 규정에 따라 시행되는 1964 년 민권법(Civil Rights Act of 1964) 타이틀 VI, 45 CFR 파트 91 에 따라 시행되는 1975 년 연령차별법(Age Discrimination Act of 1975), 1973 년 재활법(Rehabilitation Act of 1973), 1972 년 교육개정법(Education Amendments of 1972) 타이틀 IX(교육 프로그램 및 활동 관련), 장애미국인법(Americans with Disabilities Act) 타이틀 II 및 III, 환자보호-적정진료법(Patient Protection and Affordable Care Act) 제 1557 조 및 여기에 기술된 권리
- 정신 건강 치료에 관한 주 법률에 따라 추가적인 권리를 가질 수도 있습니다. 카운티 환자 권익 옹호 담당자에게 문의할 사항이 있으신 경우 아래 연락처로 연락하시면 됩니다: *환자 권익 옹호* (510) 835-2505

SMHS 이용자로서 저에게는 어떤 책임이 있나요?

SMHS 이용자로서 귀하의 책임은 다음과 같습니다:

- ACBH 에서 받은 본 가입자 핸드북과 기타 중요한 정보 자료를 자세히 읽어보아야 합니다. 이 자료들을 읽어보면 이용 가능한 서비스에 어떤 것이 있으며 필요한 경우 어떻게 치료를 받을 수 있는지 알 수 있습니다
- 일정에 따라 치료를 받아야 합니다. 치료 계획을 그대로 따를 경우 최상의 결과를 얻을 수 있습니다. 예약된 시간에 진료를 받을 수 없는 경우 최소 24 시간 전에 담당 제공자에게 연락해 다른 날, 다른 시간으로 진료 시간을 옮기도록 해야 합니다
- 진료 방문 시에는 항상 본인의 Medi-Cal 가입자 신분증(BIC)과 사진 신분증을 소지하고 가야 합니다
- 구두 통역사가 필요한 경우 진료를 받기 전에 제공자에게 그 사실을 알려야 합니다
- 정확한 치료 계획을 세우려면 제공자에게 본인의 의료 관련 우려 사항을 빠짐없이 전달해야 합니다. 자신의 필요 사항에 관해 더 완전한 정보를 전달할수록 더 성공적인 치료 효과를 거둘 수 있습니다
- 궁금한 사항이 있는 경우 반드시 제공자에게 물어보아야 합니다. 반드시 자신의 치료 계획과 치료 중에 받는 기타 정보를 완전히 이해하도록 해야 합니다

- 제공자와 함께 합의한 치료 계획을 반드시 따라야 합니다.
- 자신을 치료하는 제공자와 긴밀한 협력 관계를 구축하고자 하는 의지를 가져야 합니다
- 본인이 이용하는 서비스에 관해 궁금한 사항이 있거나 담당 제공자와의 사이에 문제가 있는데 해결할 수 없는 상황인 경우 ACBH 에 연락해야 합니다
- 개인 정보에 변동 사항이 발생하는 경우 담당 제공자와 ACBH 에 알려야 합니다. 여기에는 본인 주소, 전화번호 및 그 외에 치료에 참여할 수 있는 본인 능력에 영향을 미칠 수 있는 기타 의료 정보가 포함됩니다
- 본인에게 치료를 제공하는 담당자를 존중하고 정중하게 대합니다
- 사기나 부정 행위가 의심되는 경우 신고하십시오:
 - Department of Health Care Services 는 Medi-Cal 사기, 낭비 또는 남용이 의심되는 경우 반드시 **1 (800) 822-6222** 번 DHCS Medi-Cal Fraud Hotline(사기 핫라인)으로 신고해 줄 것을 당부하고 있습니다. 응급 상황으로 판단되는 경우 **911** 로 전화해 즉각적인 도움을 받을 수 있도록 하세요. 무료 전화이며, 익명 신고가 가능합니다. fraud@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내거나 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> 에 마련되어 있는 온라인 양식을 사용해서 신고할 수도 있습니다
 - 또한 Alameda County 의료 서비스 준수 담당관(Health Care Services Compliance Officer)에게 신고하셔도 됩니다. 전화: 1-844-729-7055, 또는 이메일: ProgIntegrity@acgov.org
[여기](#)를 클릭해 Alameda County 의 Whistle Blower Program(내부자 신고 프로그램)에 대해 자세히 알아보십시오