alameda county
behavioral health
MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES

의약품 MEDI-CAL 가입자 핸드북

2020 년 4 월

*이 가이드는 공공 및 민간 협력 관계로 이루어진 종합적인 네트워크를 통해 제공되는 **Alameda County Substance Use Disorder Services(**물질 사용 장애 서비스)에 대해 소개합니다.*

품질보증실
QAOffice@acgov.org

Language Assistance

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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE at 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE at 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE al 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE al 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ở số 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ở số 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE sa 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE sa 1-844-682-7215 (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 1-844-682-7215(TTY: *711*)번으로 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE 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 1-844-682-7215(TTY: 711)번으로 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE 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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE，**電話號碼**：1-844-682-7215（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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE，電話號碼：1-844-682-7215（TTY：711）。

Հայերեն (Armenian)

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

Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE 1-844-682-7215 համարով (հեռատիպ՝ *711*):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Հայտ ներկայացնելու դեպքում կարող եք անվճար օգտվել օժանդակ միջոցներից և ծառայություններից, այդ թվում՝ մեծածավալ

տպագիր և այլընտրանքային ձևաչափի փաստաթղթերից: Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE 1-844-682-7215 համարով (հեռատիպ՝ 711): (Հեռատիպ՝ *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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE по телефону 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE по телефону 1-844-682-7215 (телетайп: 711). (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE به شماره 1-844-682-7215 (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، درصورت 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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE به شماره 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE、電話番号 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE、電話番号 1-844-682-7215 (TTY: 711). (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ntawm 1-844-682-7215 (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ntawm 1-844-682-7215 (TTY: 711). (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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ਨੂੰ 1-844-682-7215 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੇਟ 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 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ਨੂੰ 1-844-682-7215 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

انتباه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا.

يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أواتصل على THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-844-682-7215 (الهاتف النصي: *711*).

انتباه: تتوفر لك الوسائل والخدمات المساعدة، بما فيها دون حصر الوثائق المطبوعة بخط كبير والتنسيقات البديلة، مجانًا عند طلبها. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-844-682-7215 (الهاتف النصي: *711*). (الهاتف النصي: *711*).

हिंदी (Hindi)

कृपया ध्यान दें: यदि आप कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो आपके लिये नि:शुल्क 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 नि:शुल्क 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 หรือสอบถามเกี่ยวกับบริหารต่างๆ ได้โดยติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: *711*)

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងទៀត សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺអាចស្វែងរកបានសម្រាប់អ្នក។

សូមទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការទទួលស្គាល់របស់អ្នក ឬដើម្បីធ្វើការសាកសួរអំពីសេវាកម្មនានា

សូមទូរសព្ទទៅ THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE តាមរយៈលេខ

1-844-682-7215 (TTY: *711*)។

ចំណាំ៖ សម្ភារៈនិងសេវាកម្មជំនួយ មានជាអាទិ៍ឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំ និងឯកសារជាទម្រង់ផ្សេងទៀត អាចស្វែងរកបាន សម្រាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ទៅតាមការស្នើសុំ។ សូមទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការទទួលស្គាល់ របស់អ្នក ឬដើម្បីសាកសួរអំពីសេវាកម្មនានា សូមទូរសព្ទទៅ THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE តាមរយៈលេខ 1-844-682-7215 (TTY: 711). (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. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານໂດຍກົງ ຫຼື ເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການບໍລິການ ໃຫ້ໂທຫາ ACBH ACCESS ທີ່ເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: *711*).

.

목차

일반 정보 19

응급 서비스 20

자살 충동이 드는 경우 어디로 연락하면 되나요? 20

이 핸드북을 읽어보는 것이 왜 중요한가요? 20

Alameda County Behavioral Health Plan(BHP, 행동 건강 플랜) 가입자로서 ACBH 는 다음에 대한 책임이 있습니다. 21

다른 언어로 된 자료가 필요한 가입자를 위한 정보 22

읽는 데 어려움이 있는 가입자를 위한 정보 23

청각 장애가 있는 가입자를 위한 정보 23

시각 장애가 있는 가입자를 위한 정보 23

개인정보 보호 관행 고지 24

이 고지의 목적 24

당사의 책임 25

당사에서 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있는 방법 25

당사가 귀하에게 동의 또는 거부할 수 있는 기회를 제공할 필요가 없는 공개. 27

귀하에게 동의 또는 거부할 기회가 주어진 후에만 공개. 31

귀하의 건강 정보에 관한 귀하의 권리 32

본 고지에 대한 변경 사항 35

불만(Complaints) 35

차별을 받았다고 느껴지는 경우 어디로 연락하면 되나요? 37

DMC-ODS 서비스에는 무엇이 있나요? 38

또한 ACBH 요건 외에도 약물 검사에 대한 추가 요건(마약 법원, SSA, 보호 관찰 등)이 있을 수 있습니다.서비스 설명 38

의료적 필요성 45

의료적 필요성(Medical Necessity)이란 무엇이며, 그것이 중요한 이유는 무엇인가요? 45

물질 사용 장애 치료 서비스 보장을 위한 '의료적 필요성' 기준은 무엇인가요? 45

제공자 선택하기 47

저에게 필요한 물질 사용 장애 치료 서비스 제공자를 어떻게 찾나요? 47

일단 제공자가 정해지면 BHP 가 그 제공자에게 제가 이용할 수 있는 서비스를 정해주나요? 47
어떤 제공자가 제 DMC-ODS 플랜을 사용하나요? 48
불리한 혜택 결정 통지서(Notice of Adverse Benefit Determination) *49*
불리한 혜택 결정 통지서란? 49
어떤 경우에 불리한 혜택 결정 통지서를 받게 되나요? 49
제가 원하는 서비스를 이용하지 못하는 경우 항상 불리한 혜택 결정 통지서를 받게 되나요? 50
불리한 혜택 결정 통지서를 보면 어떤 내용을 알 수 있나요? 50
불리한 혜택 결정 통지서를 받으면 어떻게 해야 하나요? 51
문제 해결 절차 *52*
제 카운티 DMC-ODS 플랜에서 원하는 서비스를 이용하지 못하는 경우 어떻게 되나요? 52
이의 제기, 불만 제기 또는 주정부 공정 심의회 요청과 관련해 도움을 받을 수 있나요? 52
제 카운티 DMC-ODS 플랜의 문제를 해결하는 데 도움이 필요하지만 불만 또는 이의 제기 신청을 원하지 않을 경우 어떻게 해야 하나요? 53
불만 제기 절차 *54*
불만 제기란? 54
언제 불만을 제기할 수 있나요? 54
불만은 어떻게 제기하나요? 54
BHP 에서 제 불만 제기가 접수되었는지 어떻게 아나요? 55
제 불만 제기에 대한 결정은 언제 이루어지나요? 55
BHP 가 제 불만 제기에 대해 결정을 내렸는지 어떻게 알 수 있나요? 55
불만 제기 기한이 있나요? 55
이의 제기 절차(표준 절차 및 신속 절차) 56
표준 이의 제기란? 56
이의 제기는 언제 신청할 수 있나요? 57
이의 제기는 어떻게 신청하나요? 58
제 이의 제기 신청에 대해 결정이 내려졌는지 어떻게 알 수 있나요? 58
이의 제기 신청에 기한이 있나요? 58
제 이의 제기 신청에 대한 결정은 언제 이루어지나요? 58
이의 제기 신청에 대해 결정이 내려질 때까지 30 일간 기다릴 수 없는 경우 어떻게 해야 하나요? 59

신속 이의 제기란? 59
신속 이의 제기는 언제 신청할 수 있나요? 59
주정부 공정 심의회 절차 60
주정부 공정 심의회란? 60
주정부 공정 심의회와 관련해 귀하에게는 어떤 권리가 있나요? 60
주정부 공정 심의회는 언제 신청할 수 있나요? 60
주정부 공정 심의회는 어떻게 신청하면 되나요? 61
주정부 공정 심의회를 신청하는 데 기한이 있나요? 61
주정부 공정 심의회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 이용할 수 있나요? 61
주정부 공정 심의회의 결정이 내려질 때까지 90 일을 기다릴 수 없는 경우 어떻게 해야 하나요? 62
캘리포니아 주 MEDI-CAL 프로그램에 대한 중요한 정보 *63*
Medi-Cal 의 이용 대상은 누구인가요? 63
Medi-Cal 에 대해 비용을 부담해야 하나요? 63
Medi-Cal 에서 교통편을 보장하나요? 64
가입자 권리 및 책임 66
DMC-ODS 서비스 이용자로서 저에게는 어떤 권리가 있나요? 66
DMC-ODS 서비스 이용자로서 저에게는 어떤 책임이 있나요? 68
제공자 디렉토리 *70*
진료 전환 요청 *71*
저의 이전 제공자이며 현재 네트워크 외부 제공자로부터 계속 서비스를 받게 해 달라고 언제 요청할 수 있나요? 71
제 네트워크 외부 제공자로부터 서비스를 계속 받게 해 달라고 어떻게 요청하나요? 71
BHP 에 전환한 이후에도 제 네트워크 외부 제공자에게 계속 진료를 받은 경우 어떻게 하나요? 71
BHP 에서 제 진료 전환 요청을 왜 거부하나요? 71
제 진료 전환 요청이 거부되는 경우 어떻게 되나요? 72
저의 진료 전환 요청이 승인된 경우 어떻게 되나요? 72
제 진료 전환 요청이 얼마나 빨리 처리되나요? 72
진료 전환 기간이 종료되면 어떻게 되나요? 72

일반 정보

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

중요한 전화번호

응급 상황	911
SUD 서비스 무료 24 시간 헬프라인	(844) 682-7215
정신 건강을 위한 Alameda County Behavioral Health Care Services Access Program(행동 건강 관리 서비스 액세스 프로그램	(510) 346-1000 (800) 491-9099
Consumer Assistance Office(소비자지원실)	(800) 779-0787
Patient Rights Advocates(환자 권익 옹호 서비스)	(510) 835-2505

핸드북에 나오는 용어:

ACBH	Alameda County Behavioral Health Care Services(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 ACBH 의 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(Alameda County)(사회서비스기관)
SMHS	Specialty Mental Health Services(전문 정신 건강 서비스)
SUD(s)	Substance Use Disorder(서비스)(물질 사용 장애)

응급 서비스

응급 서비스는 하루 24 시간 연중 무휴 보장 대상입니다. 건강 관련 응급 상황을 겪고 있다고 생각되면 911 에 전화하거나 가장 가까운 응급실에 가서 도움을 받으십시오.

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

응급 의료 질환은 신중한 비전문가(조심스럽거나 신중한 비의료인)가 보기에 의학적 치료가 없으면 합리적으로 다음과 같은 상황이 진행될 것으로 예상하는 극심한 통증 또는 중대한 질병 또는 부상을 야기하는 증상이 있을 경우를 말합니다.

- 귀하의 건강이 심각한 위험에 빠질 수 있는 상황
- 임신한 경우 귀하의 건강이나 태아의 건강이 심각한 위험에 빠질 수 있는 상황
- 신체 기능에 심각한 해를 일으킬 수 있는 상황
- 장기 또는 일부분에 심각한 손상을 일으킬 수 있는 상황.

응급 상황 시 어느 병원이든 이용할 수 있는 권리가 있습니다. 응급 서비스는 절대 승인 절차가 필요하지 않습니다.

자살 충동이 드는 경우 어디로 연락하면 되나요?

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

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

이 핸드북을 읽어보는 것이 왜 중요한가요?

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 County 에서 제공하는 물질 사용 장애 서비스(SUD)에 관한 자세한 정보와 해당 서비스가 필요한 경우 서비스 이용 방법에 관한 안내가 필요하시기 때문에 이 소책자를 보내드립니다.

Alameda County Behavioral Health(ACBH, 행동 건강 관리 서비스) 서비스를 이용하고 계신 경우, 이 소책자는 ACBH SUD 의 운영 방법에 관한 자세한 정보를 제공합니다. 이 소책자는 물질 사용 장애 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 물질 사용 장애 서비스에 관한 정보가 필요하실 경우에 대비해 이 소책자를 보관해 두시면 좋습니다.

이 소책자에서는 Substance Use Disorder Services(물질 사용 장애 서비스)는 무엇이며, 서비스를 이용하실 수 있는지 여부, 그리고 Alameda County Behavioral Health Care Services(행동 건강 관리 서비스) 진료 서비스를 이용하는 방법에 관해 안내해 드립니다.

Drug Medi-Cal Organized Delivery System(DMC-ODS, 의약품 Medi-Cal 체계적 전달 시스템) 플랜 운영 방법을 이해하여 필요한 진료를 받을 수 있는 것이 중요합니다. 이 핸드북에서는 제공되는 보장 혜택과 진료받는 방법을 설명해 드립니다. 또한, 여러 가지 궁금하신 점에 대한 답변도 찾아보실 수 있습니다.

소책자 내용은 다음과 같습니다.

- 해당 카운티 DMC-ODS 플랜을 통해 물질 사용 장애(SUD) 치료 서비스를 받는 방법
- 제공되는 보장 혜택 내용
- 질문이나 문제가 있는 경우 문의 방법
- 해당 카운티 DMC-ODS 플랜 가입자로서 귀하의 권리와 책임

이 핸드북을 지금 읽어보지 않으시더라도 나중에 참고하실 수 있도록 보관해 두시기 바랍니다.

이 핸드북은 현 Medi-Cal 혜택에 가입하실 때 받으셨던 가입자 핸드북 외에 추가로 사용하시면 됩니다. 여기에는 Medi-Cal 관리형 케어 플랜이나 일반 Medi-Cal "Fee for Service"(행위별수가제) 프로그램이 될 수 있습니다.

Alameda County Behavioral Health Plan(BHP, 행동 건강 플랜) 가입자로서 ACBH 는 다음에 대한 책임이 있습니다.

- 귀하가 카운티 또는 그 제공자 네트워크에서 제공하는 DMC-ODS 서비스 이용 자격을 충족하는지 여부를 판단합니다.
- 귀하의 케어를 조정합니다.
- 하루 24 시간 연중 무휴 답변해 드리는 무료 전화번호를 제공합니다. 이 번호로 BHP 로부터 서비스를 받는 방법에 대해 알려드릴 수 있습니다. 업무 시간 이후 진료 가능성을 요청하기 위해 이 번호로 BHP 에 연락할 수도 있습니다.
- 필요한 경우 BHP 에서 보장하는 SUD 치료 서비스를 받을 수 있도록 충분한 제공자를 보유하고 있습니다.

- 이용 가능한 서비스에 대해 귀하에게 알리고 교육해 드립니다.
- 귀하가 사용하는 언어로 서비스를 제공하거나 (필요한 경우) 무료 통역사 서비스를 제공하며, 무료 통역사 서비스를 이용할 수 있다는 사실을 안내해 드립니다.
- 다른 언어나 형식으로 제공되는 것에 대한 서면 정보를 제공해 드립니다. 이 핸드북이나 다른 문서 자료를 큰 활자, 점자 또는 오디오 형태로 받아보고자 하시는 경우 (844) 682-7215번으로 SUD 서비스의 24시간 무료 헬프라인에 연락해 주시기 바랍니다.
- 이 핸드북의 내용에 중요한 변경 사항이 발생한 경우 해당 변경 사항의 발효 예정일 기준으로 최소 30 일 이전에 그 사실을 통지해 드립니다. 제공되는 서비스의 양이나 유형이 증가 또는 감소하는 경우, 또는 네트워크 제공자의 수가 증가 또는 감소하는 경우, 또는 귀하가 BHP 를 통해 받는 보장 혜택에 영향을 미치는 그 외 변동 사항이 발생하는 경우 이를 중요한 변경 사항으로 간주합니다.
- 계약을 맺은 제공자가 도덕적, 윤리적 또는 종교적 이유로 이의 제기가 발생해 보장 대상 서비스를 수행하거나 달리 지원하기를 거부한 경우 이를 귀하에게 알리고 보장되는 서비스를 제공하는 대체 제공자를 귀하에게 알려드립니다.
- 제공자를 변경하는 일이 귀하의 건강에 문제가 생기거나 입원할 위험을 증가시키게 되는 경우 일정 기간 동안 귀하의 이전 및 현재 네트워크 외부 제공자에 대해 지속적인 진료를 보장합니다.

다른 언어로 된 자료가 필요한 가입자를 위한 정보

이 핸드북이나 그 외 문서 자료를 영어 이외의 다른 언어로 받아보고자 하시는 경우 (844) 682-7215번으로 Alameda County SUD 서비스의 24시간 무료 헬프라인에 연락해 주시기 바랍니다.

이 내용은 아래 언어로 제공됩니다.

- **Spanish:**

  Este folleto está disponible en Español
- **Vietnamese:**

  Tập sách này có bằng tiếng Việt

- **Korean:**
  이 책자는 한국어로 제공됩니다.
- **Chinese (Traditional):**

  這本手冊有中文版
- **Chinese (Simplified):**
  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.

읽는 데 어려움이 있는 가입자를 위한 정보

BHP 자료를 읽는 데 도움을 받으시려면 (844) 682-7215 번으로 Alameda County SUD 서비스의 24 시간 무료 헬프라인에 연락하시기 바랍니다.

청각 장애가 있는 가입자를 위한 정보

711 번으로 California Relay Service(캘리포니아 릴레이 서비스)의 도움을 통해 BHP 에 연락하시기 바랍니다.

시각 장애가 있는 가입자를 위한 정보

시각 장애가 있는 가입자를 위한 리소스에 접근하시려면 (844) 682-7215 번으로 Alameda County SUD 서비스의 24 시간 무료 헬프라인에 연락하시기 바랍니다.

개인정보 보호 관행 고지

이 고지는 귀하에 관한 건강 정보가 어떻게 사용되고 공개될 수 있는지 그리고 이 정보에 어떻게 접근할 수 있는지에 대해 설명합니다.

신중하게 검토하시길 바랍니다.

이 고지에 관해 질문이 있으신 경우 귀하의 제공자 또는 적절한 다음 Alameda County Health Care Services Agency Department(건강 관리 서비스 기관 부서)로 연락하시기 바랍니다.

Administration and Indigent Health(저소득층 건강 및 관리부) (510) 618-3452

Behavioral Health Care Services, Consumer Assistance Office(행동 건강 관리 서비스 고객지원실) (800)779-0787

이 고지의 목적

이 고지는 Alameda County Health Care Services Agency(ACHCSA, 건강 관리 서비스 기관), 해당 부서 및 프로그램과 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 일에 관여하는 개인의 개인정보 보호 관행을 설명합니다. 이러한 개인은 의료 서비스 전문가 및 기타 Alameda 카운티에서 허락한 기타 개인으로 귀하에게 서비스를 제공하거나 주 및 연방법을 준수하는 일의 일부로 귀하의 건강 정보에 대한 접근 권한이 있습니다.

의료 서비스 전문가 및 기타 개인에는 다음을 포함합니다.

- 신체 의료 서비스 전문가(예: 의사, 간호사, 테크니션, 의과 대학생)
- 행동 건강 관리 전문가(예: 정신과 의사, 심리학자, 면허가 있는 임상사회복지사, 결혼 및 가족 치료사, 정신과 테크니션 및 공인 간호사, 인턴)
- 이 기관에서 귀하를 돌보는 일에 관여하거나 ACHCSA 직원, 사무원 및 귀하의 건강 관리를 가능하게 하는 서비스 또는 기능을 수행하는 기타 인원을 포함해 고객에게 케어를 제공하는 이 기관에서 일하는 기타 개인.

이 사람들은 치료, 대금 지급 또는 의료 서비스 운영 목적을 위해 서로 그리고 다른 의료 서비스 제공자와 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있으며 이 고지에서 설명한 다른 이유로 다른 사람과 공유할 수 있습니다.

당사의 책임

귀하의 건강 정보는 기밀 사항이며 특정 법에 따라 보호됩니다. 이러한 법에서 요구하는 대로 이 정보를 보호하고 당사의 법적 의무와 개인정보 보호 관행에 대한 이 고지를 귀하에게 제공하는 것이 당사의 책임입니다. 현재 시행 중인 이 고지의 조건을 준수하는 것 또한 당사의 책임입니다.

이 고지 내용:

- 귀하의 사전 서면 승인 없이 발생할 수 있는 정보의 사용 및 공개 유형을 확인합니다.
- 귀하의 정보 사용 또는 공개에 대해 동의하거나 동의하지 않을 기회가 주어진 상황을 확인합니다.
- 귀하가 당사에 서면 승인을 제공한 경우에만 발생하는 정보의 다른 공개에 대해 조언합니다.
- 귀하의 개인 건강 정보에 관한 귀하의 권리에 대해 조언합니다.

당사에서 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있는 방법

건강 정보의 사용 및 공개 유형은 범주로 나눌 수 있습니다. 아래 설명한 내용은 이들 범주에 대한 설명과 일부 예시입니다. 모든 유형의 사용과 공개가 열거된 것은 아니지만 모든 사용 및 공개가 이들 범주 중 하나에 속합니다.

- **치료.** 당사는 의학적 치료 또는 기타 건강 서비스를 제공하기 위해 귀하의 건강 정보를 사용 또는 공유할 수 있습니다. "의학적 치료"란 용어에는 귀하가 받을 수 있는 신체적 의료 서비스 치료 및 "행동 건강 관리 서비스"(정신 건강 서비스 및 알코올 또는 기타 약물 치료 서비스)를 포함합니다. 예를 들면, 면허가 있는 임상의가 가능한 약물에 대해 정신과 의사가 귀하를 진료하도록 주선하고 귀하의 치료에 관해 정신과 의사와 그의 소견을 의논할 수도 있습니다. 또는, 당사 직원 중 하나가 실험실 검사를 수행하도록 지시를 준비하거나 신체검사를 위해 외부 의사에 대한 의뢰를 확보할 수 있습니다. 다른 제공자로부터 의료 서비스를 받은 경우 당사는 치료 목적을 위해 귀하의 건강 정보를 귀하의 새로운 제공자에게 공개할 수도 있습니다.

- **대금 지급.** 당사는 귀하에게 제공한 치료 및 서비스에 대한 결제를 위해 귀하, 보험회사 또는 제 3 자에게 청구할 수 있도록 귀하의 건강 정보를 이용 또는 공유할 수 있습니다. 예를 들면, 당사는 여기서 받은 치료 또는 상담에 관해 귀하의 건강 플랜 정보를 제공하여 해당 서비스에 대해 당사에게 지급하거나 귀하에게 상환하도록 할 수 있습니다. 또한 당사는 사전 승인을 얻기 위해 또는 귀하의 플랜이 해당 치료를 보장하는지 결정하기 위해 당사에서 제공하려는 치료 또는 서비스에 대해 알릴 수 있습니다. 다른 제공자로부터 의료 서비스를 받은 경우 당사는 지급 목적을 위해 귀하의 건강 정보를 새로운 제공자에게 공개할 수 있습니다.
- **의료 서비스 운영.** 당사는 당사의 자체 운영을 위해 귀하에 관한 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 당사는 Alameda County 부서와 귀하의 건강 정보의 제한된 부분을 공유할 수 있지만 당사의 의료 서비스 운영 지원에 중요한 기능을 수행하는 데 필요한 범위까지만 공유할 수 있습니다. 이러한 사용과 공개는 Health Care Services Agency 의 행정적 운영을 위해서, 그리고 당사의 모든 고객이 양질의 케어를 받을 수 있도록 하는 데 필요합니다. 예를 들면, 다음을 위해 귀하의 건강 정보를 사용할 수 있습니다.
    - 당사의 치료 및 서비스를 검토하고 귀하를 돌보는 직원의 수행을 평가하기 위해.
    - 당사가 제공해야 하는 추가 서비스는 무엇이고, 어떤 서비스는 필요하지 않으며, 특정 새로운 치료가 효과적인지 여부를 결정하기 위해.
    - 의사, 간호사, 임상의, 테크니션, 기타 의료진, 학생, 인턴 및 기타 기관 직원의 활동 검토 또는 학습을 위해. o 당사의 재정 운영 및 법 준수를 돕기 위해.
    - 다른 제공자로부터 의료 서비스를 받은 경우, 당사는 확실한 해당 의료 서비스 운영을 위해 새로운 제공자에게 귀하의 건강 정보를 공개할 수도 있습니다. 또한, 당사는 이러한 일련의 건강 정보에서 귀하를 식별하는 정보를 제거하여 다른 사람들이 특정 환자에 대한 신원을 알리지 않고 의료 서비스 및 의료 서비스 전달을 연구하는 데 사용할 수 있습니다.
    - 당사는 귀하에 관한 의료 정보를 다른 의료 서비스 제공자, 의료 서비스 정보 센터 및 모든 "organized health care arrangements"(OHCA, 조직적인 의료 서비스 협정)의 모든 의료 서비스 운영을 위해 OHCA 에 당사와 함께 참여하는 건강 플랜과 공유할 수도 있습니다. OHCA 에는 병원, 의사 조직, 건강 플랜 및 기타 통합적으로 의료 서비스를 제공하는

단체를 포함합니다. 당사가 참여하는 OHCA 의 목록은 24 시간 무료 헬프라인에서 제공받을 수 있습니다.

- **동의서**. 당사는 귀하가 당사 사무실에 도착했을 때 서명하도록 하여 귀하에 관한 의료 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 또한 귀하를 볼 준비가 되었을 때 귀하의 이름을 부를 수도 있습니다.
- **통지 및 가족과의 의사소통**. 당사는 가족, 귀하의 개인 대리인 또는 귀하의 진료에 책임이 있는 다른 사람에게 귀하의 위치, 일반적인 상태, 또는 귀하가 달리 지시한 경우가 아닌 한 사망 시, 이에 대해 알리거나 알리는 데 도움을 주기 위해 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 재난 시 당사는 구호 단체에 정보를 공개하여 이러한 단체가 통지 노력을 조정할 수 있도록 합니다. 또한 당사는 귀하의 진료에 관여하거나 귀하의 진료에 대한 비용 지급에 도움이 되는 누군가에게 정보를 공개할 수 있습니다. 귀하가 동의 또는 거부할 수 있는 경우 당사는 귀하의 거부에도 긴급 상황에 대응하는 데 필요하다고 생각되면 재난 시 이러한 정보를 공개할 수 있지만, 귀하에게 이러한 공개가 이루어지기 전에 거부할 기회를 드립니다. 동의 또는 거부할 수 없는 경우 당사의 의료 전문가는 최선의 판단을 통해 귀하의 가족 및 다른 사람과 의사소통합니다.

당사가 귀하에게 동의 또는 거부할 수 있는 기회를 제공할 필요가 없는 공개.

상기 상황 외에도 귀하의 동의를 먼저 구하지 않고도 당사가 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있도록 법에서 허용합니다. 이러한 상황은 다음에 설명되어 있습니다.

- **법에서 요구하는 경우.** 연방, 주 또는 지방 법에 따라 그렇게 하도록 요구하는 경우 당사는 귀하에 관한 건강 정보를 공개합니다. 예를 들면, 귀하의 권리가 침해되지 않았는지 확인하기 위해 Department of Health and Human Services(보건복지부)에 정보를 공개해야 할 수 있습니다.
- **학대 또는 방치가 의심되는 경우**. 당사는 아동 학대 또는 방치, 노인 또는 부양 성인의 학대 및 방치가 의심되는 경우, 또는 귀하가 미성년자가 아닌 경우, 귀하가 학대, 방치 또는 가정 폭력의 피해자이고 귀하가 공개에 동의하거나 당사가 이를 공개하도록 법으로 승인을 받았고 귀하나 다른 사람이 심각한 해를 입지 않도록 하는 데 필요하다고 생각되는 경우 적절한 기관에 귀하의 건강 정보를 공개합니다.

- **<u>공중 위생에 위험이 되는 경우</u>.** 당사는 공중 위생 활동을 위해 귀하에 관한 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 이러한 활동은 일반적으로 다음을 포함합니다.
    - 질병, 부상 또는 장애를 방지하거나 통제하기 위해
    - 출생 및 사망을 신고하기 위해
    - 약물에 대한 반응 또는 제품의 문제를 보고하기 위해
    - 사람들이 사용하고 있을 수 있는 제품의 리콜을 알리기 위해
    - 질병에 노출되었을 수 있는 사람 또는 질병 또는 상태가 진행되거나 전염시킬 위험이 있을 수 있는 사람을 알리기 위해
- **<u>보건 감독 활동</u>.** 법으로 허용된 활동에 대해 보건 감독 기관에 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 이러한 감독 활동에는 감사, 조사, 검사 및 인가 등을 포함합니다. 이러한 활동은 정부가 의료 서비스 시스템, 정부 프로그램 및 민권법 준수 상태를 모니터링하기 위해 필요합니다.
- **<u>사법 및 행정 절차</u>**. 당사는 법원 또는 행정 명령에서 명료하게 허용하는 범위까지 행정 또는 사법 절차 과정 중 귀하의 개인 건강 정보를 공개하도록 때때로 법으로 요구될 수 있습니다. 당사는 소환장, 검색 요청 또는 기타 적법한 절차에 대응하여 이러한 요청을 귀하에게 알리기 위해 합리적인 노력을 수행했고 귀하가 거부하지 않았거나 귀하의 거부가 법원 또는 행정상 해결된 경우 귀하에 관한 정보를 공개할 수 있습니다.
- **<u>법의 집행</u>.** 당사는 다음 상황을 위해 법 집행관이 공개하도록 요청하는 경우 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
    - 법원 명령 또는 유사한 명령에 응하기 위해.
    - 용의자, 목격자, 실종자 등을 확인하거나 찾기 위해.
    - 범죄 피해자에 관해 법 집행관에게 정보를 제공하기 위해.
    - 당사 시설 또는 직원에 관한 범죄 행위 또는 협박을 신고하기 위해.
- **<u>검시관, 법의관 및 장의사</u>.** 당사는 검시관 또는 법의관에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 이러한 공개는 사망한 사람을 식별하거나 사망 원인을 확인하기 위해 필요할 수 있습니다. 또한, 당사는 임무를 수행하는 데 필요한 대로 장의사를 돕기 위해 당사 시설의 환자에 관한 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

- **<u>장기 또는 조직 기증</u>.** 귀하가 장기 기증자인 경우 당사는 장기 기증 또는 이식을 처리하기 위해 해당 기관에 의료 정보를 공개할 수 있습니다.
- **<u>연구</u>.** 특정한 제한 상황에 따라 연구 목적을 위해 귀하의 정보를 사용 또는 공개할 수 있습니다.
- **<u>건강 또는 안전에 대한 심각한 위협을 피하기 위해</u>.** 당사는 귀하의 건강과 안전 또는 대중 또는 다른 사람의 건강과 안전에 대한 심각한 위협을 막는 데 필요한 경우 귀하에 관한 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 하지만, 모든 공개는 위협이나 위해가 발생하는 것을 막을 수 있을 것으로 생각되는 사람에게만 이루어집니다.
- **<u>특별 정부 기능을 위해</u>.** 당사는 귀하와 관련된 기능을 수행하는 데 있어 정부를 돕기 위해 귀하의 건강 정보를 사용 또는 공개할 수 있습니다. 귀하의 건강 정보는 (i) 귀하가 군대의 일원인 경우 군사 임무 수행을 돕기 위해 군사 지휘 기구에, (ii) 국가 안보 활동 수행을 위해 권한을 부여받은 연방 공무원에게, (iii) 대통령 또는 다른 사람에게 보호 서비스를 제공하거나 법에서 허용한 조사를 위해 권한을 부여받은 연방 공무원에게, (iv) 감옥에 있는 경우 의료 서비스, 건강 및 안전 목적을 위해 교정 시설에, (v) 법에서 허용하는 산재보상 프로그램에, (vi) 연방 및 주의 헌법상 선출직 공무원 및 그 가족의 보호를 위해 정부 법 집행 기관에, (vii) 특정 범죄 환자 또는 무기나 흉기를 구매, 소유 또는 통제할 수 없는 사람들에 관해 이동 및 신원 확인 목적을 위해 California Department of Justice(캘리포니아 법무부)에, (viii) 입법 조사 목적을 위해 Senate Rules Committee(상원 규칙위원회) 또는 Assembly Rules Committee(하원 법사 위원회)에, (ix) 법에서 요구하는 특정 조사 목적을 위해 주 전체 보호 및 옹호 단체 및 County Patients' Rights Office(카운티 환자 권리 보호실)에 공개할 수 있습니다.
- **<u>기타 정보의 특별 범주</u>. 해당하는 경우.** 특정 범주의 정보를 사용 또는 공개하는 데 특별한 법률 요건이 적용될 수 있습니다(예: 인체면역결핍바이러스(HIV) 검사, 알코올 및 약물 남용에 대한 치료 및 서비스). 또한, 귀하가 받은 모든 일반 의료(비정신 건강) 케어와 관련된 의료 정보의 사용 및 공개에는 다소 다른 규칙이 적용될 수 있습니다.
- **<u>정신 요법 메모</u>. 해당하는 경우.** 정신 요법 메모란 개인 상담 세션 중 또는 그룹, 합동 또는 가족 상담 세션 중 대화 내용을 기록 또는 분석하는 정신 건강

전문가가 기록하는 메모(어떠한 수단으로든)로 개인의 나머지 의료 기록과는 구분되는 메모입니다. 정신 요법 메모에는 약물 처방 및 모니터링, 상담 세션 시작 및 종료 시간, 제공된 치료의 방식 및 빈도, 임상 검사 결과, 그리고 진단, 기능 상태, 치료 계획, 증상, 예후 및 현재 경과 등의 항목에 관한 요약은 제외됩니다.

- 당사는 법에서 요구하는 대로 또는 다음의 경우에 정신 요법 메모를 사용 또는 공개할 수 있습니다.
- 메모 작성자가 사용하는 경우
- 학생, 실습생 또는 의사를 위한 감독을 받는 정신 건강 교육에서
- 개인이 제기한 소송 또는 기타 법적 절차를 변호하기 위해 해당 제공자에 의한 사용
- 개인 또는 공공의 건강 또는 안전에 심각하고 임박한 위협을 막거나 줄이기 위해
- 정신 요법 메모 작성자에 대한 보건 감독을 위해
- 환자의 사망을 신고하기 위해 검시관 또는 법의관에게 사용 또는 공개하기 위해
- 개인 또는 공공의 건강 또는 안전에 심각하고 임박한 위협을 막거나 줄이는 데 필요한 사용 또는 공개를 위해
- 조사 과정에서 또는 법에서 요구하는 대로 귀하 또는 DHHS 장관에게 사용 또는 공개하기 위해.
- 귀하가 사망한 후 검시관 또는 법의관에게. 귀하가 귀하의 정신 요법 메모의 사용 또는 공개에 대한 승인을 철회하는 경우 당사는 이러한 메모의 사용 또는 공개를 중단할 것입니다.

- **<u>소유권 변경</u>. 해당하는 경우.** 본 사무실/프로그램이 다른 기관에 매각되거나 합병되는 경우 귀하의 개인 건강 정보/기록의 사본이 다른 사무실/프로그램에 이전되는 것을 요청할 권리를 유지하지만 귀하의 개인 건강 정보/기록은 새로운 소유주의 재산이 됩니다.

귀하에게 동의 또는 거부할 기회가 주어진 후에만 공개.

당사가 귀하와 상의하고(가능한 경우) 귀하가 이러한 공유에 거부한 경우가 아닌 한 귀하의 건강 정보를 공유하지 못하는 상황이 있습니다. 그러한 상황은 다음과 같습니다.

환자 디렉토리. 당사에서 환자의 이름, 건강 상태, 치료 장소 등 디렉토리를 보관하는 경우, 성직자에게 또는 이름으로 귀하에 관해 요청하는 사람에게 공개하는 목적으로 당사는 귀하의 정보를 이러한 사람과 공유할 수 있는지에 관해 귀하와 상의합니다.

귀하의 진료 또는 귀하의 진료에 대한 지급에 관여한 사람. 당사는 가족, 가까운 지인 또는 귀하의 건강 관리(또는 건강 관리에 대한 지급)에 관여하는 귀하가 지명한 다른 사람에게 그 사람이 관여한 것과 관련된 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 예를 들면, 귀하가 가족이나 친구에게 약국에서 귀하를 위해 약을 찾아오도록 부탁한 경우 당사는 그 사람에게 어떤 약물인지, 언제 찾을 수 있는지를 알려줄 수 있습니다. 또한, 당사는 귀하가 거부하지 않는 경우 가족(또는 귀하의 진료에 책임이 있는 다른 사람)에게 귀하의 위치와 의학적 상태를 알릴 수 있습니다.

귀하와의 의사소통 중 공개. 당사는 귀하의 건강 정보를 공유하는 동안 귀하와 연락할 수 있습니다. 예를 들면, 당사는 이곳에서 치료 예약이 있음을 알리기 위해 또는 귀하가 관심이 있을 수 있는 가능한 치료 옵션 또는 대체 방법에 대해 이야기하거나 권유하기 위해 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 당사는 귀하가 관심이 있을 수 있는 건강 관련 혜택 또는 서비스에 관해 알리기 위해 귀하에 관한 건강 정보를 사용 및 공개할 수 있습니다. 당사는 기금 모집 행사로 귀하에게 연락할 수 있습니다.

기타 건강 정보 사용. 본 고지 또는 당사에 적용되는 법으로 보장되지 않는 건강 정보의 기타 사용 및 공개는 귀하의 서면 허락을 통해서만 이루어집니다. 귀하가 귀하에 관한 건강 정보의 사용 또는 공개에 대한 허락을 제공하는 경우 귀하는 그 허락을 서면으로 언제든지 철회할 수 있습니다. 귀하의 허락을 철회하는 경우 당사는 귀하의 서면

승인으로 보장되는 이유에 대해 귀하에 관한 건강 정보를 사용 또는 공개할 수 없습니다. 귀하는 당사가 귀하의 허락으로 이미 이루어진 모든 공개를 철회할 수 없고 당사는 귀하에게 제공했던 케어에 대한 기록을 보유해야 함을 이해합니다.

귀하의 건강 정보에 관한 귀하의 권리

귀하는 귀하에 관해 당사가 유지하는 건강 정보에 관해 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **위반 사항 통지**. 안전이 보장되지 않은 보호 대상 개인 건강 정보가 위반된 경우 당사는 법에서 요구하는 대로 귀하에게 알려드립니다. 귀하가 현재 사용하는 이메일 주소를 당사에 제공하신 경우 당사는 이메일을 사용해 위반 사항과 관련된 정보를 전달해 드립니다. 어떤 상황에서는 당사의 사업상 동료가 통지를 제공할 수 있습니다. 또한 적절하게 다른 방법을 통해 통지를 제공할 수도 있습니다. [참고: 이메일 통지는 PHI 내용이 포함되지 않고 부적절한 정보가 공개되지 않을 것임을 확신하는 경우에만 사용됩니다. 예를 들면, 당사의 이메일 주소가 "digestivediseaseassociates.com"인 경우, 이 주소로 보낸 이메일이 분실되어도 환자와 그 상태를 식별할 수 있습니다.]
- **검사 및 복사할 권리.** 귀하는 이 건강 정보를 검사 및 복사할 권리가 있습니다. 일반적으로 여기에는 의료 및 청구 기록이 포함되지만 일부 정신 건강 정보는 포함되지 않을 수 있습니다. 특정 제한 사항이 적용됩니다.
    - 귀하의 요청을 서면으로 제출해야 합니다. 당사는 이를 위한 양식과 요청서를 제출하는 방법에 관한 지침을 제공해 드릴 수 있습니다.
    - 복사본을 요청하는 경우 당사는 귀하의 요청과 관련된 복사, 우편물 발송 또는 기타 공급품 비용에 대해 합리적인 요금을 청구할 수 있습니다.
    - 귀하는 본 요청과 관련된 공지를 10 일 이내에 받을 수 있습니다.
    - 당사는 특정 상황에서 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다. 건강 정보에 대한 액세스가 거부되는 경우 귀하는 법에서 제공하는 대로 그러한 거부를 검토하도록 요청할 수 있습니다.
    - 당사에서 귀하의 정신 요법 메모에 대한 액세스 요청을 거부하는 경우 귀하는 다른 정신 건강 전문가로 전환할 수 있는 권한이 있습니다.

- **수정할 권리.** 귀하에 관해 당사가 소유하고 있는 건강 정보가 정확하지 않거나 완전하지 않다고 생각되는 경우 귀하는 그 정보 수정을 요청할 수 있습니다. 당사는 기존의 정보가 정확하고 완전하다고 판단하는 경우 수정을 할 필요가 없습니다. 당사는 귀하의 기록에서 정보를 삭제할 필요가 없습니다. 오류가 있는 경우 명확하게 하거나 보충하는 정보를 추가하여 수정합니다. 귀하는 그 정보가 시설에서 보관하는 한 수정을 요청할 권리가 있습니다. 특정 제한 사항이 적용됩니다.
    - 귀하는 서면으로 수정 요청을 제출해야 합니다. 당사는 이를 위한 양식과 요청서를 제출하는 방법에 관한 지침을 제공해 드릴 수 있습니다.
    - 귀하의 요청을 뒷받침하는 사유를 제공해야 합니다.
    - 당사는 수정 요청이 서면으로 되어 있지 않거나 그 요청을 뒷받침하는 사유가 포함되어 있지 않는 경우 이를 거부할 수 있습니다. 또한, 당사는 다음에 해당하는 정보를 수정하도록 요청하는 경우 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다. o 당사에서 작성한 정보가 아닌 경우. 단, 정보 작성자가 더 이상 수정을 할 수 없는 경우 제외.
- 당사 시설에서 보관하는 건강 정보의 일부가 아닌 경우. o 귀하가 검사 또는 복사하도록 허락되는 정보의 일부가 아닌 경우. 당사에서 귀하의 수정 요청을 거부하더라도 귀하는 완전하지 않거나 정확하지 않다고 생각되는 기록의 항목 또는 진술에 관해 서면 추가 사항을 제출할 권리가 있습니다. 귀하가 추가 사항을 귀하의 건강 기록에 추가하도록 서면으로 분명하게 명시하는 경우 당사는 이를 귀하의 기록에 첨부하고 귀하가 완전하지 않거나 정확하지 않다고 생각하는 항목 또는 진술을 공개할 때마다 이를 포함합니다.
- **특별 개인정보 보호를 요청할 권리.** 귀하는 당사가 치료, 대금 지급 또는 의료 서비스 운영을 위해 귀하에 대해 사용 또는 공개하는 건강 정보에 대해 규제 또는 제한을 요청할 권리가 있습니다. 또한 귀하의 진료 또는 진료에 대한 지급에 관여한 가족이나 친구 등 누군가에게 공개하는 건강 정보에 대해 제한을 요청할 권리가 있습니다. 예를 들면, 귀하는 당사가 귀하의 진단 또는 치료에 관해 친구 또는 가족에게 어떠한 정보도 사용 또는 공개하지 않도록 요청할 수 있습니다.
    - 당사가 치료, 대금 지급 또는 의료 서비스 운영을 위해 귀하의 정보를 사용하는 방법을 제한하는 귀하의 요청에 동의하는 경우 당사는 그

정보가 귀하에게 응급 치료를 제공하는 데 필요한 경우가 아니면 귀하의 요청을 준수합니다. 제약을 요청하려면 귀하는 제공자에게 서면으로 요청을 해야 합니다. 귀하의 요청에 제한하고자 하는 정보가 무엇이며, 당사의 사용, 공개 또는 둘 다를 제한하고자 하는지 여부 및 제한을 적용하고자 하는 대상에 대해 당사에 알려야 합니다.

  - 귀하가 전액, 자기 부담으로 지불한 정신 건강 관리 항목 또는 서비스에 관해 귀하의 건강 플랜에 정보를 공개하지 않도록 요청한 경우, 당사는 치료 또는 법률적 이유로 그 정보를 공개해야 하는 경우를 제외하고 귀하의 요청을 준수합니다. 당사는 그 외 다른 요청을 수락 또는 거부할 권리가 있으며 당사의 결정을 귀하에게 알려드립니다.

- **비밀 의사소통을 요청할 권리.** 귀하는 당사가 의학적 문제에 대해 특정 방식 또는 특정 위치로 의사소통하기를 요청할 권리가 있습니다. 예를 들면, 귀하는 당사에 직장이나 우편을 통해서만 연락할 것을 요청할 수 있습니다. 비밀 의사소통을 요청하려면 귀하는 제공자에게 서면으로 요청해야 합니다. 당사는 요청 사유를 물어보지 않습니다. 당사는 모든 합리적인 요청을 수용합니다. 귀하의 요청에는 원하는 연락 방법 및 장소를 구체적으로 명시해야 합니다.

- **고지의 종이 사본에 대한 권리.** 귀하는 본 고지의 종이 사본을 받을 권리가 있습니다. 귀하는 언제든 본 고지의 사본을 제공하도록 요청할 수 있습니다. 본 고지를 전자상으로 받는 것에 동의했더라도 귀하는 여전히 본 고지의 종이 사본을 받을 권리가 있습니다. 귀하는 본 고지의 사본을 제공자나 상기 언급된 프로그램 중 하나로부터 받을 수 있습니다.

- **공개 내역에 대한 권리.** 귀하는 "공개 내역(accounting of disclosures)"을 요청할 권리가 있습니다. 이 내역은 귀하가 내역을 요청한 날짜 이전 육(6) 년 동안 당사가 귀하의 건강 정보에 대해 수행한 공개 목록입니다. 이 내역에는 다음을 포함하지 않습니다.

  - 치료, 대금 지급 또는 의료 서비스 운영을 위해 필요한 공개.
  - 귀하에게 이루어진 공개.
  - 달리 허용되었거나 필요한 공개에 단지 부수적으로 이루어진 공개.
  - 귀하의 서면 승인으로 이루어진 공개.
  - 법에서 허용하거나 요구하는 대로 당사가 수행한 그 외 특정 공개.

- 이러한 목록 또는 공개 내역을 요청하려면 귀하는 서면으로 요청을 제출해야 합니다. 당사는 이를 위한 양식과 요청서를 제출하는 방법에 관한 지침을 제공해 드릴 수 있습니다. 귀하의 요청에는 육(6)년 이내로 2003 년 4 월 14 일 이전 날짜를 포함하지 않는 시기를 명시해야 합니다. 귀하의 요청은 어떤 양식으로 목록을 원하는지 명시해야 합니다(예: 종이 또는 전자 형식). 12 개월 이내에 요청하는 첫 번째 목록은 무료입니다. 추가 목록의 경우 목록을 제공하는 비용을 청구할 수 있습니다. 당사는 관련 비용을 귀하에게 알려 드리고 모든 비용이 발생하기 전에 귀하의 요청에 대해 철회 또는 수정을 결정할 수 있습니다.
- 또한, 당사는 법에서 요구하는 대로 귀하의 건강 정보가 불법으로 액세스되었거나 공개되는 경우 귀하에게 알려야 합니다.

본 고지에 대한 변경 사항

당사는 본 고지를 변경할 권리가 있습니다. 당사는 이미 귀하에 대해 가지고 있는 건강 정보와 앞으로 받게 될 모든 정보에 대해 개정 또는 변경된 고지를 효과적으로 만들 권리가 있습니다. 당사는 당사 시설 및 당사 제공자 웹 사이트에 현 고지의 사본을 게시합니다. 귀하는 개인정보 보호 관행 고지가 변경되거나 귀하가 새로운 서비스 장소에 등록하신 경우 새 고지의 사본을 수령하게 됩니다.

불만(Complaints)

Health Care Services Agency(건강 관리 서비스 기관) 내 모든 프로그램은 귀하의 개인 건강 정보를 보호하기 위해 노력하고 있습니다. 귀하의 개인정보 보호 권리가 위반되었다고 생각되는 경우 그 위반이 발생했다고 생각하는 부서에 불만을 제기하실 수 있습니다. 당사는 귀하의 주장을 시기적절하게 조사하고 필요한 경우 시정조치를 취합니다.

모든 불만은 서면으로 제출해야 합니다. 불만 제기로 인해 귀하에게 불이익이 가해지지 않습니다. 귀하는 다음 연락처로 연락하여 불만 제기를 위해 양식 사본과 지침을 받을 수 있습니다.

BEHAVIORAL HEALTH CARE SERVICES(행동 건강 관리 서비스)	**DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL HEALTH(환경 건강부)**	**ADMINISTRATION AND INDIGENT HEALTH(저소득층 건강 및 관리부)**	**PUBLIC HEALTH DEPARTMENT(공중보건부)**

Consumer Assistance Office(소비자지원실) 2000 Embarcadero Cove Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787	Office of the Director 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700	Office of the Director 1000 San Leandro Blvd Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452	Office of the Director ATTN: Privacy Issue 1000 Broadway 5th Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000

또한 U.S. Department of Health and Human Services(미국 보건복지부)에 불만을 제기하실 수도 있습니다. 해당 부서는 HCSA 에 불만을 조사하도록 요청하므로 상기 주소로 HCSA 에 직접 연락하는 경우보다 귀하의 불만을 해결하는 데 시간이 더 걸릴 수 있습니다. U.S. Department of Health and Human Services(미국 보건복지부) 장관에 불만을 제기하는 방법:

Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102
415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)
(415) 437-8329 FAX
웹 사이트**: *www.hhs.gov/ocr***

차별을 받았다고 느껴지는 경우 어디로 연락하면 되나요?

차별은 법률 위반에 해당됩니다. 캘리포니아 주와 DMC-ODS는 해당 연방 민권법을 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 출신 성분, 종교, 성별, 결혼 여부, 성 정체성, 성적지향, 나이 또는 장애를 이유로 차별하지 않습니다. DMC-ODS:

- 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

이러한 서비스가 필요하신 경우 (844) 682-7215번으로 Alameda County SUD 서비스의 24시간 무료 헬프라인에 연락하십시오.

캘리포니아 주나 DMC-ODS가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 다른 방식으로 차별을 했다고 생각되시는 경우, 아래로 불만 제기를 신청하실 수 있습니다.

Alameda County Behavioral Health Consumer Assistance Office
2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606
1-800-779-0787 (TTY: 711), 팩스: 510.639.1346

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

불만 제기 양식: http://www.ACBH.org/consumer-grievance/

또한, Office for Civil Rights Complaint Portal(민권 민원실 민원 제기 포털, https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf)을 통해 온라인으로 U.S. Department of Health and Human Services(미국 보건복지부)의 Office for Civil Rights(시민권사무소)에 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

서비스

DMC-ODS 서비스에는 무엇이 있나요?

DMC-ODS 서비스는 일반 의사가 치료할 수 없는 최소 한가지의 SUD 가 있는 사람을 위한 건강 관리 서비스입니다.

DMC-ODS 서비스 포함 사항:

- 외래환자 서비스
- 집중 외래환자 치료
- 부분적 입원(일부 카운티에서만 제공됨)
- 거주 치료(카운티의 사전 승인 대상)
- 금단 현상 관리
- 오피오이드 치료
- 약물 보조 치료(카운티별로 다양함)
- 회복 서비스
- 케이스 관리

SUD 치료 서비스에는 평가, 플랜 개발, 개별 및 그룹 상담, 케이스 관리, 약물 검사, 가족 요법 및 퇴원 계획 등의 방식이 포함될 수 있습니다. 귀하는 개별 상담, 그룹 상담, 케이스 관리, 약물 검사, 가족 요법 및 퇴원 계획 등 방식 중 무엇이든지 거부할 권리가 있습니다. 귀하에게 제공되는 프로그램 서비스를 계속 거부하시는 경우 귀하의 치료 담당 의료진은 귀하를 위해 보다 적절한 서비스를 권고할 수 있음을 참고하시기 바랍니다. 각 진료 수준에는 최소한의 특정 프로그램 요건(예: 주당 시간)이 있습니다. 이러한 요건을 충족시킬 수 없어 귀하가 서비스를 거부하는 경우 다른 진료 수준으로 의뢰될 가능성이 있습니다.

또한 ACBH 요건 외에도 약물 검사에 대한 추가 요건(마약 법원, SSA, 보호 관찰 등)이 있을 수 있습니다.

회복 거주 시설

회복 거주 시설에서 생활하는 조건으로 거주자에게 검사가 요구됩니다.

오피오이드 치료 프로그램(OTP)*

OTP 는 프로그램 요건에 따라 약물 검사를 수행해야 합니다.

프로그램에서 퇴원하게 되는 근거는 다른 참여자들에게 지장을 주거나 안전하지 못한 환경을 만드는 경우를 포함합니다. 때때로 이것은 약에 취해 있는 고객으로 인해 일어납니다. 그 때 귀하의 카운슬러는 이러한 사실을 귀하와 의논하고 즉각적인 약물 검사를 권고할 수 있습니다. 약물 검사를 거부할 수 있더라도, 카운슬러가 다른 고객에게 지장을 주거나 안전하지 못하다고 생각하는 행동에 대해 논의하는 과정에서 약물 검사가 필요하다는 사실을 알아두는 것이 중요합니다. 이러한 상황에서 약물 검사에 동의하든 거부하든 상관없이 프로그램에 있는 모두를 위해 지장을 주지 않고 안전한 환경을 만드는 데 귀하의 행동을 다루고 바꿀 수 없는 경우 여전히 퇴원하게 될 수 있습니다(시기는 조정됨).

양성 약물 검사 결과에 대한 윤리적 대응은 고객과 그 소견을 의논하고 귀하의 치료 계획에 증거 기반의 변화를 고려하는 것입니다. 중독 치료 전문가와 제공자 기관은 적절한 조치를 취해 약물 검사 결과가 법에서 허용하는 범위까지 비밀로 유지되도록 합니다.

이용 가능한 각각의 DMC-ODS 서비스에 대한 자세한 내용을 알아보시려면 아래 설명을 참조하십시오.

외래환자 서비스

상담 서비스는 의료적으로 필요하다고 판단되고 개별화된 고객 플랜에 따라 성인의 경우 1 주일에 9 시간까지 그리고 청소년의 경우 1 주일에 6 시간 미만으로 가입자에게 제공됩니다. 서비스는 면허가 있는 전문가 또는 공인 카운슬러가 커뮤니티 내 적절한 환경에서 제공할 수 있습니다.

외래환자 서비스에는 등록 및 평가, 치료 계획, 개별 상담, 그룹 상담, 가족 요법, 부대 서비스, 가입자 교육, 약물 서비스, 위기 개입 서비스, 약물 검사 및 퇴원 계획이 있습니다.

Alameda County 는 약물 사용 장애로 고통받는 사람들을 위한 종합적인 외래환자 치료 서비스를 제공합니다. 관심이 있는 수혜자는 844-682-7215 번으로 Alameda County Substance Use Treatment and Referral HelpLine(약물 사용 치료 및 의뢰

헬프라인)에 연락하거나 계약을 맺은 외래환자 치료 제공자를 직접 방문하실 수 있습니다(특정 프로그램 정보는 SUD 치료 제공자 디렉토리를 참조하십시오). 이 서비스는 의료적으로 필요한 기간 동안 자격이 있는 모든 Alameda County 수혜자에게 제공됩니다.

집중 외래환자 서비스(Intensive Outpatient Services)

집중 외래환자 서비스는 의료적으로 필요하다고 판단되며 개별화된 고객 계획에 따라 가입자에게 제공됩니다(성인의 경우 1 주일에 최소 9 시간에서 최대 19 시간, 청소년의 경우 최소 6 시간에서 최대 19 시간). 서비스는 주로 중독 관련 문제에 관한 상담과 교육으로 구성됩니다. 서비스는 면허가 있는 전문가 또는 공인 카운슬러가 커뮤니티 내 적절한 환경에서 제공할 수 있습니다.

집중 외래환자 서비스는 외래 환자 서비스와 동일한 요소를 포함합니다. 두 서비스의 주요 차이점은 늘어난 서비스 시간입니다.

Alameda County 는 약물 사용 장애로 고통받는 사람들을 위한 종합적인 외래환자 치료 서비스를 제공합니다. 관심이 있는 수혜자는 844-682-7215 번으로 Alameda County Substance Use Treatment and Referral HelpLine(약물 사용 치료 및 의뢰 헬프라인)에 연락하거나 계약을 맺은 외래환자 치료 제공자를 직접 방문하실 수 있습니다(특정 프로그램 정보는 SUD 치료 제공자 디렉토리를 참조하십시오). 이 서비스는 의료적으로 필요한 기간 동안 자격이 있는 모든 Alameda County 수혜자에게 제공됩니다.

부분적 입원(일부 카운티에서만 제공됨)

부분적 입원 서비스는 가입자의 치료 계획에서 명시한 대로 1 주일에 20 시간 이상의 임상적 집중 프로그램이 특징입니다. 부분적 입원 프로그램은 일반적으로 정신과, 의료 및 실험실 서비스에 직접 접근할 수 있고 일일 모니터링 또는 관리를 보장하지만 구조화된 외래환자 환경에서 적절하게 해결될 수 있는 규명된 필요성을 충족하기 위한 것입니다.

부분적 입원 서비스는 집중 외래환자 서비스와 유사하며 늘어난 시간과 의료 서비스에 대한 추가 접근이 주요 차이점입니다.

Alameda County 에서는 현재 이 서비스를 제공하지 않습니다.

거주 치료(카운티의 사전 승인 대상)

거주 치료는 SUD 진단을 받은 가입자에게 의료적으로 필요하다고 판단되고 개별화된 치료 계획에 따라 재활 서비스를 제공하는 기관이 아닌 24 시간 비의료적, 단기 거주 프로그램입니다. 가입자는 각각 부지 내에서 살아야 하고 대인 관계 및 독립적인 생활

능력을 복구, 유지 및 적용하고 커뮤니티 지원 시스템에 액세스하기 위한 노력에 대해 지원을 받게 됩니다. 제공자 및 거주자는 장애물을 정의하고, 우선 순위를 정하며, 목표를 설정하고 치료 계획을 만들며 SUD 관련 문제를 해결하기 위해 협력합니다. 목표로는 자제를 지속하고, 재발이 트리거되는 것에 대비하며, 개인 건강 및 사회적 기능을 개선하고 지속적인 케어에 참여하는 것을 포함합니다.

거주 서비스는 카운티 플랜의 사전 승인을 요구합니다. 거주 서비스에 대한 각 승인은 성인의 경우 최대 90 일, 청소년의 경우 30 일 동안이 될 수 있습니다. 거주 서비스에 대해 1 년 기간에 2 회의 승인만 허용됩니다. 의료적 필요성에 따라 일년에 1 회의 30 일 연장이 가능합니다. 임신한 여성은 출산 후 60 일째 되는 날이 포함된 달의 마지막 날까지 주거 서비스를 받을 수 있습니다. Early Periodic Screening and Treatment(조기 및 정기 스크리닝, 진단 및 치료, EPSDT) 자격이 있는 가입자(21 세 미만)는 의료적 필요성이 진행 중인 거주 서비스의 필요성을 확립하는 한 위에 설명한 승인 제한이 없습니다.

거주 서비스에는 등록 및 평가, 치료 계획, 개별 상담, 그룹 상담, 가족 요법, 부대 서비스, 가입자 교육, 약물 서비스, 약물 보호(시설에서는 모든 거주자의 약물을 보관하고 시설 직원이 거주자의 약물 자가 투여를 도울 수 있음), 위기 개입 서비스, 교통(의료적으로 필요한 서비스까지 왕복을 위한 교통편 제공 또는 마련) 및 퇴원 계획을 포함합니다.

Alameda County 는 약물 사용 장애로 고통받는 사람들을 위한 포괄적인 거주 치료 서비스를 제공합니다. 관심이 있는 수혜자는 844-682-7215 번으로 Alameda County Substance Use Treatment and Referral HelpLine(약물 사용 치료 및 의뢰 헬프라인)에 연락하여 스크리닝을 완료하고 의뢰 절차를 시작할 수 있습니다. 이 서비스는 모든 자격이 있는 Alameda County 수혜자에게 제공됩니다. 일부 시간 및 입원 제약이 적용될 수 있습니다. 임신 중이거나 최근에 임신한 수혜자는 입원 절차를 용이하게 하기 위해 특정 프로그램에 직접 연락할 수 있습니다.

금단 현상 관리

금단 현상 관리 서비스는 의료적으로 필요하다고 판단되고 개별화된 고객 플랜에 따라 제공됩니다. 각 가입자는 거주 서비스를 받는 경우 시설에 거주하며 중독 치료 과정 동안 모니터링됩니다. 의료적으로 필요한 교육 및 재활 서비스는 면허가 있는 의사

또는 면허가 있는 처방자가 처방한 개별화된 고객 플랜에 따라 제공되고, 캘리포니아 주 요건에 따라 승인 및 허가됩니다.

금단 현상 관리 서비스는 등록 및 평가, 관찰(건강 상태 및 모든 처방된 약물에 대한 반응을 평가하기 위해), 약물 서비스 및 퇴원 계획을 포함합니다.

Alameda County 는 거주 금단 현상 관리 서비스에 쉽게 접근할 수 있습니다. 관심이 있는 수혜자는 직접 의뢰하거나 특정 의뢰 및 연락 정보에 대해 844-682-7215 번으로 Alameda County Substance Use Treatment and Referral HelpLine(물질 사용 치료 및 의뢰 헬프라인)에 연락하실 수 있습니다. 시간 제한은 없으며 이 서비스는 모든 자격을 충족하는 Alameda County 수혜자에게 제공됩니다.

오피오이드 치료

오피오이드(마약) 치료 프로그램(OTP/NTP) 서비스는 NTP 면허가 있는 시설에서 제공합니다. 의료적으로 필요한 서비스는 면허가 있는 의사 또는 처방자가 결정한 개별화된 고객 플랜에 따라 제공되고, 캘리포니아 주 요건에 따라 승인되고 허가됩니다. OTP/NTP 는 메타돈, 부프레노르핀, 날록손 및 다이설파람을 포함한 DMC-ODS 처방집에 따라 보장되는 가입자에게 약물을 제공 및 처방해야 합니다.

추가 서비스는 의료적 필요성에 따라 제공될 수 있지만, 가입자는 한 달에 최소 50 분~최대 200 분 동안 치료사 또는 카운슬러와 상담 세션을 받아야 합니다.

오피오이드 치료 서비스는 외래환자 치료 서비스와 같은 요소를 포함하며, 여기에는 의사가 가입자와 일대일 기준으로 수행하는 대면 토론으로 구성된 의학적 정신 요법을 포함합니다. 선택 사항인 그룹 상담을 제외하고 모든 프로그램 요소는 필수 사항입니다.

Alameda County 는 Bay Area 전체의 여러 장소에 7 개의 계약을 맺은 기관과 함께 포괄적인 오피오이드 치료 서비스 네트워크를 가지고 있습니다. 관심이 있는 수혜자는 이들 사업장에 직접 의뢰하거나 844-682-7215 번으로 Alameda County 약물 사용 치료 및 의뢰 헬프라인(Substance Use Treatment and Referral HelpLine)에 연락하거나 계약을 맺은 OTP 에 직접 방문하실 수 있습니다(특정 프로그램 정보는 SUD 치료 제공자 디렉토리를 참조하십시오). 이 서비스는 의료적으로 필요한 기간 동안 자격이 있는 모든 Alameda County 수혜자에게 제공됩니다.

약물 보조 치료(카운티별로 다양함)

약물 보조 치료(MAT) 서비스는 OTP 클리닉 외부에서 이용 가능합니다. MAT 는 SUD 치료에 대한 전인적 접근방식을 제공하기 위해 상담과 행동 요법을 병용한 처방 약물을 사용합니다. 이러한 수준의 서비스 제공은 참여하는 카운티의 선택 사항입니다.

MAT 서비스에는 SUD 에 대한 모든 약물의 주문, 처방, 투여 및 모니터링을 포함합니다. 특히 오피오이드 및 알코올 의존증은 잘 정립된 약물 옵션이 있습니다. 의사와 기타 처방자는 SUD 치료를 위해 부프레노르핀, 날록손, 다이설피람, 비비트롤, 아캄프로세이트 또는 FDA 승인 약물을 포함해 DMC-ODS 처방집에 따라 보장되는 약물을 가입자에게 제공할 수 있습니다.

ACBH 는 현재 수혜자가 이용 가능한 2 곳의 외래환자 MAT 제공자가 있으며 카운티 전역에 포괄적인 MAT 서비스를 제공하기 위해 이러한 서비스 확장 방법을 모색하고 있습니다. 관심이 있는 수혜자는 특정 의뢰 및 연락 정보가 필요한 경우 844-682-7215 번으로 Alameda County Substance Use Treatment and Referral Helpline(물질 사용 치료 및 의뢰 헬프라인)에 연락해야 합니다(특정 프로그램 정보는 SUD 치료 제공자 디렉토리를 참조하십시오). 시간 제한은 없으며 이 서비스는 모든 자격을 충족하는 Alameda County 수혜자에게 제공됩니다.

회복 서비스

회복 서비스는 가입자의 회복과 건강에 중요합니다. 치료 커뮤니티는 가입자가 권한을 부여받고 자신의 건강과 의료 서비스를 관리할 준비를 통한 치료 방법이 됩니다. 따라서 치료는 가입자에게 지속적인 자가 관리 지원을 제공하기 위해 가입자의 건강 관리에 대한 가입자의 중심 역할을 강조하고, 효과적인 자가 관리 지원 전략을 사용하며 내부 및 커뮤니티의 리소스를 조직해야 합니다.

회복 서비스에는 개별 및 그룹 상담, 회복 모니터링/물질 남용 지원(회복 지도, 재발 방지 및 개인 대 개인 서비스) 및 케이스 관리(교육, 직업, 가족 지원, 커뮤니티 기반 지원, 주택, 교통 및 필요에 따른 기타 서비스에 대한 연결)를 포함합니다.

회복 서비스는 SUD 치료를 완료한 수혜자에게 모든 ACBH 와 계약을 맺은 외래환자 SUD 제공자가 제공합니다. 관심이 있는 수혜자는 특정 의뢰 및 연락 정보가 필요한 경우 844-682-7215 번으로 Alameda County Substance Use Treatment and Referral Helpline(물질 사용 치료 및 의뢰 헬프라인)에 연락해야 합니다(특정 프로그램 정보는 SUD 치료 제공자 디렉토리를 참조하십시오). 시간 제한은 없으며 이 서비스는 모든 자격을 충족하는 Alameda County 수혜자에게 제공됩니다.

케이스 관리

케이스 관리 서비스는 가입자에게 필요한 의료, 교육, 사회, 직업전, 직업, 재활 또는 기타 커뮤니티 서비스에 대한 액세스를 지원합니다. 이러한 서비스는 SUD 케어 조정, 특히 만성 SUD 가 있는 가입자에 대한 일차 치료 통합 및 필요한 경우, 형사 사법 제도와의 상호작용에 중점을 둡니다.

케이스 관리 서비스에는 포괄적 평가와 케이스 관리 서비스 지속 필요성을 결정하기 위해 개별 필요성에 대한 정기적인 재평가, 높은 또는 낮은 수준의 SUD 케어로의 전환, 서비스 활동을 포함하는 고객 플랜의 개발 및 정기적 개정, 의사소통, 조정, 의뢰 및 관련 활동, 가입자가 서비스 및 서비스 전달 시스템에 액세스 할 수 있도록 서비스 전달 모니터링, 가입자의 경과 모니터링 및 가입자 옹호, 신체 및 정신 건강 관리에 대한 연결, 교통편 및 일차 진료 서비스 유지를 포함합니다.

케이스 관리는 일관적이며 연방 및 캘리포니아 법에 명시한 대로 모든 가입자의 기밀 유지를 위반하지 않습니다.

케이스 관리 서비스는 모든 수준의 케어 및 SUD 치료 서비스를 제공하기 위해 ACBH 와 계약을 맺은 제공자를 이용할 수 있습니다. 관심이 있는 수혜자는 특정 의뢰 및 연락 정보가 필요한 경우 844-682-7215 번으로 Alameda County Substance Use Treatment and Referral Helpline(물질 사용 치료 및 의뢰 헬프라인)에 연락해야 합니다(특정 프로그램 정보는 SUD 치료 제공자 디렉토리를 참조하십시오). 시간 제한은 없으며 이 서비스는 모든 자격을 충족하는 Alameda County 수혜자에게 제공됩니다.

EPSDT(Early Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, 조기 및 정기 스크리닝, 진단 및 치료)

21 세 미만인 경우 EPSDT 에 따라 의료적으로 필요한 추가 서비스를 받을 수 있습니다. EPSDT 서비스에는 서비스가 성인에 대해 보장되는지 여부와 상관없이 EPSDT 스크리닝에서 확인된 장애, 신체적 및 정신 질환 및 상태를 고치거나 개선하기 위해 연방법 42 U.S.C. 1396d(a)에 열거되어 있는 스크리닝, 시력, 치과, 청력 및 기타 의료적으로 필요한 모든 필수 및 선택적 서비스를 포함합니다. 의료적 필요성 및 비용 효율성에 대한 요건은 EPSDT 서비스에 해당하는 유일한 한계 또는 제외 사항입니다.

이용 가능하고 질문에 답할 수 있는 EPSDT 서비스에 대한 보다 완전한 설명은 510-567-8171 번으로 ACBH ESPDT 조정 사무실(Coordination Office)에 연락하시기 바랍니다. 가입자 서비스.

의료적 필요성

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

해당 카운티의 DMC-ODS 플랜을 통해 SUD 치료 서비스를 받는 데 필요한 조건 중 하나가 바로 '의료적 필요성'이라고 하는 것입니다. 이는 의사나 면허를 가진 다른 전문가가 의학적 이유로 해당 서비스가 필요한지, 그리고 그 서비스를 받을 경우 도움을 받을 수 있을지 여부를 판단하기 위해 귀하를 진찰한다는 뜻입니다.

의료적 필요성이라는 용어는 귀하가 DMC-ODS 서비스를 받을 자격을 충족하는지 그리고 어떤 유형의 DMC-ODS 서비스가 적절한지를 결정하는 데 도움이 되기 때문에 중요합니다. 의료적 필요성을 결정하는 것은 DMC-ODS 서비스를 받는 절차에서 매우 중요한 부분입니다.

물질 사용 장애 치료 서비스 보장을 위한 '의료적 필요성' 기준은 무엇인가요?

귀하에게 SUD 치료 서비스가 필요한지 결정하는 일환으로 카운티 DMC-ODS 플랜은 이 서비스가 위에서 설명한 대로 의료적으로 필요한지 여부를 결정하기 위해 귀하와 담당 제공자와 함께 일합니다. 이 섹션은 해당 참여 카운티가 그 결정을 내리는 방법을 설명합니다.

DMC-ODS 를 통해 서비스를 받으려면 다음 기준을 충족해야 합니다.

- Medi-Cal 에 등록한 상태이어야 합니다.
- DMC-ODS 에 참여하는 카운티에 거주하고 있어야 합니다.
- 귀하는 물질 관련 및 중독 장애에 대한 정신질환 진단 및 통계 편람(DSM)에서 한가지 이상의 진단을 받아야 합니다. SUD 발병에 "위험"이 된다고 평가를 받은 모든 성인 또는 21 세 미만의 청소년은 의료적 필요성 기준에 부합하지 않는 경우 조기 개입(Early Intervention) 서비스를 받을 자격이 됩니다.
- ASAM 기준(ASAM 기준은 중독 및 약물 관련 상태의 국가 치료 표준임)을 기반으로 서비스의 의료적 필요성에 대한 American Society of Addiction Medicine(ASAM, 미국 중독의학협회) 정의에 부합해야 합니다.

도움을 요청하는 데 진단을 받았는지 여부를 알 필요는 없습니다. 해당 카운티의 DMC-ODS 플랜은 이 정보를 받는 데 도움을 드리며 평가를 통해 의료적 필요성을 결정합니다.

제공자 선택하기

저에게 필요한 물질 사용 장애 치료 서비스 제공자를 어떻게 찾나요?

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

때로는 카운티 계약 제공자가 스스로 또는 BHP 의 요청으로 카운티 네트워크를 떠납니다. 이러한 일이 발생하면 BHP 는 해당 제공자로부터 SUD 치료 서비스를 받은 각 개인에게 계약 종료 통지를 수령 또는 발행 후 15 일 이내에 카운티 계약을 맺은 제공자의 서면 계약 종료 통지를 제공하기 위해 선의의 노력을 기울여야 합니다.

일단 제공자가 정해지면 BHP 가 그 제공자에게 제가 이용할 수 있는 서비스를 정해주나요?

귀하, 담당 제공자 및 BHP 는 의료적 필요성 기준과 보장 대상 서비스 목록을 바탕으로 모두 함께 협의해 카운티를 통해 귀하에게 필요한 서비스를 결정하게 됩니다. 때때로 카운티는 그 결정을 귀하와 제공자에게 맡깁니다. 다른 때에는 BHP 가 해당 제공자에게 서비스가 제공되기 전에 귀하에게 서비스가 필요하다고 생각하는 이유를 BHP 에게 검토하도록 요청할 수 있습니다. BHP 는 자격을 갖춘 전문가를 이용해 검토를 수행합니다. 이러한 검토 절차를 플랜 지급 허가 절차라고 부릅니다.

BHP 의 허가 절차는 다음 특정 기한을 따라야 합니다. 표준 허가의 경우 플랜은 14 일 이내에 제공자의 요청에 대한 결정을 내려야 합니다. 귀하나 귀하의 제공자가 요청하는 경우, 또는 BHP 가 판단하기에 제공자로부터 추가 정보를 얻는 것이 귀하의 이해에 부합된다고 보이는 경우, 기한은 최대 14 일까지 추가로 연장할 수 있습니다. 연장이 귀하의 이해에 부합되는 경우의 예로는, BHP 입장에서 담당 제공자로부터 추가 정보를

얻었고 그 정보 없이는 요청을 거부해야 했을 경우 제공자의 치료 요청을 승인할 수 있을 것으로 보이는 경우가 있습니다. BHP 가 기한을 연장하는 경우 카운티는 그 연장 사실을 서면으로 통지합니다.

카운티에서 표준 또는 신속 허가 요청에 필요한 기한 이내에 결정을 내리지 못한 경우, BHP 는 서비스가 거부되었고 귀하가 이의 제기를 신청하거나 주정부 공정 심의회를 요청할 수 있음을 설명하는 불리한 혜택 결정 통지서(Notice of Adverse Benefit Determination)를 보내야 합니다.

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

허가 절차에 대한 BHP 의 결정에 동의하지 않는 경우 카운티에 이의 제기를 신청하거나 주정부 공정 심의회를 요청하실 수 있습니다.

어떤 제공자가 제 DMC-ODS 플랜을 사용하나요?

BHP 에 새로 가입한 경우 해당 BHP 의 전체 제공자 목록은 이 핸드북 끝에 나와 있으며 이 목록에는 제공자의 위치에 대한 정보, 제공하는 SUD 치료 및 제공자로부터 제공되는 문화 및 언어 서비스에 관한 정보를 포함해 케어에 접근하는 데 도움이 되는 기타 정보를 포함하고 있습니다. 제공자에 관해 질문이 있으시면 이 핸드북의 앞부분에 나와 있는 해당 카운티의 무료 전화번호로 연락하십시오.

불리한 혜택 결정 통지서(Notice of Adverse Benefit Determination)

불리한 혜택 결정 통지서란?

NOABD 라고도 불리는 불리한 혜택 결정 통지서는 카운티 DMC-ODS 플랜에서 귀하가 Medi-Cal SUD 치료 서비스를 받을 수 있는지 여부에 관한 결정을 내리는 경우 귀하에게 알릴 때 사용하는 양식입니다. 불리한 혜택 결정 통지서는 가입자의 불만, 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 제때 해결되지 않았거나, BHP 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.

- BHP 또는 BHP 제공자 중 한 곳에서 가입자가 의료적 필요성 기준을 충족하지 않아 Medi-Cal SUD 치료 서비스를 받을 수 없다고 결정하는 경우.
- 담당 제공자가 귀하에게 SUD 서비스가 필요하다고 생각하여 BHP 에 승인을 요청하지만 BHP 가 제공자의 요청에 동의하지 않고 거부하거나 서비스 유형 또는 빈도를 변경하는 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 경우에는 그 서비스에 대해 비용을 부담하실 필요가 없습니다.
- 해당 제공자가 BHP 에 승인을 요청했지만 BHP 측에서 결정을 내리는 데에 추가 정보가 필요해 기한 내에 승인 절차를 완료하지 못하는 경우.
- BHP 가 미리 정해 둔 기한에 따라 서비스를 제공하지 않는 경우. BHP 에 전화해 기한 기준을 정해 두었는지 여부를 확인해 보십시오.
- BHP 에 불만을 제기했는데 BHP 측에서 90 일 이내에 해당 불만 사항에 대해 서면 형태의 결정을 전달하지 않는 경우. BHP 에 이의 제기를 신청했는데

BHP 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 BHP 에 이의 제기 신청을 제출할 수도 있고, 이런 일이 생겨서 이의 제기 절차를 이미 완료한 경우 주정부 공정 심의회를 요청하실 수 있습니다. 이의 제기 신청 방법이나 주정부 공정 심의회 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.

- BHP 의 조치 중 가입자와 가입자의 서비스 이용 가능 여부에 영향을 미치는 사항.
- 그 결정이 발효되는 시점과 플랜이 그런 결정을 한 이유.
- 카운티가 해당 결정을 내릴 때 따랐던 주 또는 연방 규정.
- 가입자가 플랜의 조치에 동의하지 않는 경우 행사할 수 있는 권리.
- 플랜에 이의 제기를 신청하는 방법.
- 주정부 공정 심의회 요청 방법.
- 신속 이의 제기 또는 신속 주정부 공정 심의회 요청 방법.
- 이의 제기 신청이나 주정부 공정 심의회를 요청할 때 도움을 받는 방법.
- 이의 제기 신청 또는 주정부 공정 심의회 요청 기한.
- 이의 제기 또는 주정부 공정 심의회 관련 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 이용할 수 있는지 여부.
- 서비스를 계속 이용하기 위해서 이의 제기 신청을 하거나 주정부 공정 심의회를 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 BHP 에 문의하시면 됩니다. 다른 사람에게 도움을 요청하셔도 됩니다.

이의 제기를 신청하거나 주정부 공정 심의회를 요청할 때 이용 중단된 서비스를 계속 이용하게 해 줄 것을 요청하실 수 있습니다. 불리한 혜택 결정 통지서의 소인이 찍힌 날짜 또는 귀하에게 직접 전달된 날짜 이후 10 일 이내 또는 변경 조치 발효일 이전에 서비스 계속 이용을 요청해야 합니다.

문제 해결 절차

제 카운티 DMC-ODS 플랜에서 원하는 서비스를 이용하지 못하는 경우 어떻게 되나요?

BHP 에는 SUD 치료 서비스를 이용하고 계신 경우 그와 관련해 발생하는 문제를 해결하는 데 이용할 수 있는 절차가 마련되어 있습니다. 이것을 문제 해결 절차라고 하며, 여기에는 다음 절차가 포함됩니다.

1. 불만 제기 절차 - 불리한 혜택 결정 이외에, 귀하가 이용하고 있는 SUD 치료 서비스와 관련한 일체의 불만 사항을 표시하는 절차.
2. 이의 제기 절차 - BHP 또는 담당 제공자가 귀하의 SUD 치료 서비스에 대해 내린 (서비스 거부 또는 변경) 결정의 재고를 요청하는 절차.
3. 주정부 공정 심의회 - Medi-Cal 프로그램에 따라 이용 자격이 있는 SUD 치료 서비스를 이용할 수 있도록 하기 위한 심리 절차.

불만 제기, 이의 제기 또는 주정부 공정 심의회 요청은 귀하에게 불리하게 작용하지 않으며, 이용하고 계신 서비스에도 영향을 미치지 않습니다. 불만 또는 이의 제기가 완료되면 BHP 측에서 귀하와 그 외 관련인들에게 최종 결과를 통보합니다. 주정부 공정 심의회가 완료되면 State Hearing Office 측에서 귀하와 그 외 관련인들에게 최종 결과를 통보합니다.

아래에서 각 문제 해결 절차에 관해 자세히 알아보십시오.

이의 제기, 불만 제기 또는 주정부 공정 심의회 요청과 관련해 도움을 받을 수 있나요?

BHP 에는 불만 제기든, 이의 제기, 또는 주정부 공정 심의회 요청이든, 귀하에게 해당 절차에 대해 안내해 드리고 문제 보고를 도와 드릴 수 있는 담당자들이 있습니다. 담당자들은 귀하의 건강 또는 안정 상태가 위험해 신속한 검토가 필요한 경우 이용할 수 있는 '신속' 절차 적용 대상에 해당되는지 여부를 결정하는 것도 도와드릴 수 있습니다. 또한, 담당 SUD 치료 제공자를 포함해 다른 사람이 귀하를 대신해 절차를 진행하도록 위임할 수도 있습니다. 도움이 필요하시면 1-844-682-7215 번으로 문의하십시오.

제 카운티 DMC-ODS 플랜의 문제를 해결하는 데 도움이 필요하지만 불만 또는 이의 제기 신청을 원하지 않을 경우 어떻게 해야 하나요?

카운티 내에서 시스템을 이용하는 데 도움을 줄 수 있는 적절한 사람을 찾는 데 어려움이 있으신 경우 주 정부에게서 도움을 받으실 수 있습니다.

지역 법률 구조 사무소나 다른 단체에서도 무료로 법적 도움을 받으실 수 있습니다. Public Inquiry & Response Unit(일반 문의 & 응대 팀)에 연락해 본인의 공청회 관련 권리에 대해 문의하거나 무료 법률 조언을 받으실 수 있습니다.

무료 전화: 1-800-952-5253

청각 장애인 경우 TDD 사용: 1-800-952-8349

불만 제기 절차

불만 제기란?

불만 제기란 SUD 치료 서비스와 관련한 사안으로 이의 제기 및 주정부 공정 심의회 절차에서 다뤄지지 않는 문제에 관해 불만을 표현하는 것을 말합니다.

불만 제기 절차에서는:

- 간단하고 이해하기 쉬운 절차로 이루어져 있으며, 귀하가 자신의 불만 사항을 구두 또는 서면 형태로 제기할 수 있습니다.
- 귀하 또는 담당 제공자에게 불리하게 작용하지 않습니다.
- 제공자를 포함해, 다른 사람에게 귀하를 대신하도록 위임할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신해 절차를 진행하도록 위임하는 경우, BHP 측에서 플랜이 그 사람에게 정보를 제공하는 데 허락하는 양식에 서명해 주실 것을 요청할 수 있습니다.
- 귀하 대신 결정을 내릴 사람이 그렇게 할 자격을 갖추고 있고 심의나 의사 결정의 이전 단계에 관여하지 않은 사람인지 확인합니다.
- 귀하, BHP 및 담당 제공자의 역할과 책임을 구분합니다.
- 정해진 기한 내에 불만 사항에 대한 해결 방안을 제공합니다.

언제 불만을 제기할 수 있나요?

BHP 로부터 받고 있는 SUD 치료 서비스에 불만이 있는 경우 또는 BHP 와 관련해 다른 문제가 있는 경우 언제든 BHP 에 불만을 제기할 수 있습니다.

불만은 어떻게 제기하나요?

BHP 의 무료 전화번호로 연락하셔서 불만 제기 방법을 안내받으실 수 있습니다. 카운티는 우편으로 불만을 제기하실 수 있도록 주소가 사전 인쇄된 봉투를 모든 제공자

사업장에 비치해 두고 있습니다. 불만 제기는 구두나 서면으로 모두 가능합니다. 구두로 불만을 제기하시는 경우 서면 후속 조치가 필요 없습니다.

BHP 에서 제 불만 제기가 접수되었는지 어떻게 아나요?

불만 제기가 접수되면 BHP 에서 그 사실을 확인하는 서면 확인서를 보내드립니다.

제 불만 제기에 대한 결정은 언제 이루어지나요?

BHP 는 반드시 불만을 제기하신 날로부터 90 일 이내에 해당 사항에 대해 결정을 내려야 합니다. 귀하가 연장을 요청하거나, BHP 가 판단하기에 결정하는 데 추가 정보가 필요하고, 그러한 지연이 귀하에게 이롭다고 여겨지는 경우 기한을 최대 14 일까지 연장할 수 있습니다. 지연이 귀하에게 이로운 경우를 예로 들면, 카운티가 판단하기에 BHP 에 귀하나 다른 관련인들로부터 정보를 수집할 시간 여유가 조금 더 있는 경우 해당 불만 사항을 해결할 수 있을 것이라고 보는 경우가 있습니다.

BHP 가 제 불만 제기에 대해 결정을 내렸는지 어떻게 알 수 있나요?

불만 제기에 대해 결정이 내려지면 BHP 에서 귀하나 그 대리인에게 서면으로 결정 내용을 알려드립니다. BHP 가 귀하나 관련 당사자들에게 제때에 불만 제기 결정에 대해 통보하지 못하는 경우, BHP 는 가입자에게 불리한 혜택 결정 통지서를 보내 주정부 공정 심의회를 요청할 수 있는 귀하의 권리를 안내해 드립니다. BHP 는 기한이 만료되는 날짜에 불리한 혜택 결정 통지서를 보냅니다.

불만 제기 기한이 있나요?

불만은 언제든지 제기하실 수 있습니다.

이의 제기 절차(표준 절차 및 신속 절차)

BHP 는 플랜 또는 담당 제공자를 통해 귀하가 받은 SUD 치료 서비스에 관해 내려진 결정의 재고 요청을 허용할 책임이 있습니다. 재고 요청에는 두 가지 방법이 있습니다. 한 가지는 표준 이의 제기 절차를 이용하는 것입니다. 두 번째 방법은 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 귀하가 생각하기에 귀하에게 필요한 서비스에 대한 거부 또는 변동 사항과 관련해 플랜이나 담당 제공자와의 사이에 문제가 있는 경우 그 문제 검토를 요청하는 것을 말합니다. 표준 이의 제기를 신청하시는 경우, BHP 는 최대 30 일까지 해당 사안을 검토할 수 있습니다. 30 일 동안 기다릴 경우 본인의 건강이 위험해질 수 있다고 판단되면 '신속 이의 제기'를 요청하셔야 합니다.

표준 이의 제기 절차에서는:

- 직접, 전화 또는 서면으로 이의 제기 신청을 할 수 있습니다. 직접 또는 전화로 이의 제기하시는 경우 서명한 서면 이의 제기 신청서를 제출하셔야 합니다. 이의 제기 신청서를 작성할 때 도움을 받을 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 귀하를 대신하도록 위임할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신해 절차를 진행하도록 위임하는 경우, 플랜 측에서 플랜이 그 사람에게 정보를 제공하는 데 허락하는 양식에 서명해 주실 것을 요청할 수 있습니다.
- 이의 제기 신청을 하면서 정해진 기한 내에 보장 혜택 유지 요청을 하실 수 있습니다. 정해진 기한은 불리한 혜택 결정 통지서의 소인이 찍힌 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 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.
- 귀하나 대리인에게 귀하의 의료 기록을 포함한 케이스 파일 열람을 허용하고, 그 외에 이의 제기 절차 전 및 이의 절차 중 고려 대상이 되는 문서 또는 기록도 열람을 허용합니다.
- 귀하가 직접 또는 서면을 통해 증거, 혐의 사실 또는 법규를 제시할 수 있는 합당한 기회를 드립니다.
- 귀하, 대리인, 또는 사망한 가입자의 법률 대리인이 이의 제기 당사자로 포함될 수 있습니다.
- 귀하에게 서면 확인서를 보내 귀하의 이의 제기 신청에 대해 현재 검토가 진행되고 있음을 알려드립니다.
- 이의 제기 절차가 완료되면 귀하에게 주정부 공정 심의회를 요청할 권리가 있음을 알려드립니다.

이의 제기는 언제 신청할 수 있나요?

다음과 같은 경우 해당 카운티 DMC-ODS 플랜에 이의 제기를 신청할 수 있습니다.

- 해당 카운티 또는 카운티 계약 제공자 중 한 곳에서 귀하가 의료적 필요성 기준을 충족하지 않아 Medi-Cal SUD 치료 서비스를 받을 수 없다고 결정하는 경우.
- 담당 제공자가 귀하에게 SUD 치료 서비스가 필요하다고 생각하여 카운티에 승인을 요청하지만 카운티가 제공자의 요청에 동의하지 않고 거부하거나 서비스 유형 또는 빈도를 변경하는 경우.
- 담당 제공자가 BHP 에 승인을 요청했지만 카운티 측에서 결정을 내리는 데에 추가 정보가 필요해 기한 내에 승인 절차를 완료하지 못하는 경우.
- BHP 가 미리 정해 둔 기한에 따라 서비스를 제공하지 않는 경우.
- 귀하가 보기에 BHP 가 본인의 필요를 충족할 만큼 신속하게 서비스를 제공하지 않고 있다고 판단되는 경우.
- 귀하의 불만, 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 기한 내에 해결되지 않은 경우.
- 귀하에게 필요한 SUD 서비스에 대해 귀하와 담당 제공자 사이에 이견이 있는 경우.

이의 제기는 어떻게 신청하나요?

BHP 의 무료 전화번호로 연락해 이의 제기 신청 방법을 안내받으실 수 있습니다. 플랜은 우편으로 이의 제기하실 수 있도록 주소가 사전 인쇄된 봉투를 모든 제공자 사업장에 비치해 두고 있습니다.

제 이의 제기 신청에 대해 결정이 내려졌는지 어떻게 알 수 있나요?

해당 카운티 DMC-ODS 플랜이 이의 제기에 대한 결정 내용을 귀하 또는 대리인에게 서면으로 통보해 드립니다. 통보 내용은 다음과 같습니다.

- 이의 제기 해결 절차의 결과.
- 이의 제기 결정이 이루어진 날짜.
- 이의 제기가 귀하가 요청한 그대로 받아들여지지 않은 경우, 통지서에는 주정부 공정 심의회 요청에 관한 귀하의 권리와 주정부 공정 심의회 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?

BHP 는 이의 제기 요청을 수령한 날로부터 30 일 이내에 이의 제기에 대한 결정을 내려야 합니다. 귀하가 연장을 요청하거나, BHP 가 판단하기에 결정하는 데 추가 정보가 필요하고, 그러한 지연이 귀하에게 이롭다고 여겨지는 경우 기한을 최대 14 일까지 연장할 수 있습니다. 지연이 귀하에게 이로운 경우를 예로 들면, 카운티가 판단하기에 BHP 에 귀하나 담당 제공자로부터 정보를 수집할 시간 여유가 조금 더 있는 경우 귀하의 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 귀하의 생명, 건강, 또는 최대 기능에 도달, 유지 또는 회복하는 능력이 위태로워질 수 있다고 판단되는 경우 이의 제기의 신속 해결을 요청하실 수 있습니다. BHP 에서 귀하의 이의 제기가 신속 이의 제기 요건을 충족한다고 동의하는 경우, 해당 카운티는 BHP 가 이의 제기를 수령한 후 72 시간 이내에 신속 이의 제기를 해결합니다. 귀하가 연장을 요청하거나, BHP 가 보기에 결정하는 데 추가 정보가 필요하고, 그러한 지연이 귀하의 이해에 부합된다고 여기는 경우 기한을 최대 14 일까지 연장할 수 있습니다. BHP 가 기한을 연장하는 경우, 플랜은 기한이 연장된 이유에 대해 서면 설명서를 제공해 드립니다.

BHP 가 귀하의 이의 제기 신청이 신속 처리 요건을 충족하지 않는다고 결정하는 경우, BHP 는 반드시 귀하에게 지체 없이 그 사실을 구두 통보하기 위해 합당한 노력을 해야 하며, 2 일 이내에 서면으로 그러한 결정을 내린 데 대한 이유를 알려야 합니다. 그렇게 되면 귀하의 이의 제기 신청은 이 섹션에서 앞서 설명한 표준 이의 제기 처리 일정에 따라 처리됩니다. 귀하가 이의 제기 신청이 신속 처리 기준에 부합되지 않는다는 카운티의 결정에 동의하지 않는 경우 불만을 제기하실 수 있습니다.

BHP 에서 귀하의 신속 이의 제기를 해결하고 나면 플랜은 귀하와 모든 해당 당사자들에게 구두와 서면으로 그 내용을 알립니다.

주정부 공정 심의회 절차

주정부 공정 심의회란?

주정부 공정 심의회는 귀하가 Medi-Cal 프로그램에 따라 이용 자격을 갖고 있는 SUD 치료 서비스를 이용할 수 있도록 보장하기 위해 California Department of Social Services 가 실시하는 독립 심사 절차입니다.

주정부 공정 심의회와 관련해 귀하에게는 어떤 권리가 있나요?

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- California Department of Social Services 가 실시하는 공청회 기회를 가질 권리가 있습니다('주정부 공정 심의회'라고도 합니다).
- 주정부 공정 심의회 요청 방법에 대해 안내받을 권리가 있습니다.
- 주정부 공정 심의회의 대리인에 관한 규정에 대해 안내받을 권리가 있습니다.
- 정해진 기한 내에 주정부 공정 심의회를 요청하는 경우 주정부 공정 심의회 절차 중 요청에 따라 보장 혜택을 계속 받을 권리가 있습니다.

주정부 공정 심의회는 언제 신청할 수 있나요?

주정부 공정 심의회는 다음의 경우 신청하실 수 있습니다.

- BHP 의 이의 제기 절차를 완료한 경우.
- 해당 카운티 또는 카운티 계약 제공자 중 한 곳에서 귀하가 의료적 필요성 기준을 충족하지 않아 Medi-Cal SUD 치료 서비스를 받을 수 없다고 결정하는 경우.
- 담당 제공자가 귀하에게 SUD 치료 서비스가 필요하다고 생각하여 BHP 에 승인을 요청하지만 BHP 가 제공자의 요청에 동의하지 않고 거부하거나 서비스 유형 또는 빈도를 변경하는 경우.

- 담당 제공자가 BHP 에 승인을 요청했지만 카운티 측에서 결정을 내리는 데에 추가 정보가 필요해 기한 내에 승인 절차를 완료하지 못하는 경우.
- 카운티에서 미리 정해둔 기한에 따라 BHP 가 서비스를 제공하지 않는 경우.
- 귀하가 보기에 BHP 가 본인의 필요를 충족할 만큼 신속하게 서비스를 제공하지 않고 있다고 판단되는 경우.
- 귀하의 불만, 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 기한 내에 해결되지 않은 경우.
- 귀하에게 필요한 SUD 치료 서비스에 대해 귀하와 담당 제공자 사이에 이견이 있는 경우.

주정부 공정 심의회는 어떻게 신청하면 되나요?

California Department of Social Services 에 주정부 공정 심의회를 요청하실 수 있습니다. 주정부 공정 심의회를 다음 주소로 서면으로 요청하실 수 있습니다.

State Hearings Division

California Department of Social Services

744 P Street, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 95814

1-800-952-8349 또는 TDD 1-800-952-8349 번으로 전화하셔도 됩니다.

주정부 공정 심의회를 신청하는 데 기한이 있나요?

주정부 공정 심의회는 120 일 이내에 요청하셔야 합니다. 120 일 기한은 BHP 로부터 직접 이의 제기 결정 통지서를 전달한 날, 또는 카운티 이의 제기 결정 통지서 봉투에 찍힌 소인 날짜 다음 날로부터 시작됩니다.

불리한 혜택 결정 통지서를 받지 않으신 경우 언제든지 주정부 공정 심의회를 신청하실 수 있습니다.

주정부 공정 심의회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 이용할 수 있나요?

예. 현재 치료를 받고 있고 이의 신청 기간 동안 치료를 계속 받길 원하시는 경우, 이의 제기 결정 통지서 봉투에 찍힌 소인 날짜 또는 통지서가 전달된 날짜로부터 10 일 이내

또는 BHP 가 서비스를 중단하거나 축소할 것이라고 안내한 날짜 이전에 주정부 공정 심의회를 신청해야 합니다. 주정부 공정 심의회를 신청할 경우 치료를 계속 받길 원한다고 알려야 합니다. 또한, 주정부 공정 심의회가 보류 중인 동안 제공된 서비스에 대해 비용을 부담하실 필요가 없습니다.

보장 혜택 유지 요청을 한 상태에서 주정부 공정 심의회에서 현재 이용하고 계신 서비스의 축소 또는 중단이라는 최종 결정이 내려지는 경우, 주정부 공정 심의회가 보류 중인 동안 제공된 서비스 비용을 부담하셔야 할 수 있습니다.

주정부 공정 심의회의 결정이 내려질 때까지 90 일을 기다릴 수 없는 경우 어떻게 해야 하나요?

보통 90 일 기한이 귀하의 중요한 생활 기능을 획득, 유지 또는 회복하는 능력에 문제가 생기는 등 귀하의 건강에 심각한 문제를 일으킨다고 생각되는 경우 신속(더 빠른) 주정부 공정 심의회를 신청할 수 있습니다. Department of Social Services(사회서비스부)의 State Hearings Division(주정부 공정 심의과)에서 신속 주정부 공정 심의회 요청을 검토한 다음 요건을 충족하는지 여부를 결정하게 됩니다. 신속 공청회 요청이 승인되는 경우, State Hearings Division(주정부 공정 심의과)에 요청이 접수된 날로부터 업무일 기준 3 일 이내에 공청회가 열리고 공청회 결정이 내려지게 됩니다.

캘리포니아 주 MEDI-CAL 프로그램에 대한 중요한 정보

Medi-Cal 의 이용 대상은 누구인가요?

다음 그룹 중 하나에 속하는 경우 Medi-Cal 에 가입할 자격이 있을 수 있습니다.

- 65 세 이상
- 21 세 미만
- 소득 적격성을 기준으로 21 세~65 세 사이 성인
- 시각 장애인 또는 장애인
- 임산부
- 특정 난민 또는 쿠바/아이티 이민자
- 양로원에서 요양 서비스를 받는 사람

Medi-Cal 자격을 충족하려면 반드시 캘리포니아 주에 거주하고 있어야 합니다. 지역 카운티 사회 복지국 사무소에 연락하거나 방문하여 Medi-Cal 신청서에 대해 문의하거나, 인터넷 http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/MediCalApplications.aspx 에서 받으십시오.

Medi-Cal 에 대해 비용을 부담해야 하나요?

매달 소득 금액에 따라 Medi-Cal 비용을 부담해야 할 수 있습니다.

- 귀하의 소득이 귀하의 가족 규모에 대해 Medi-Cal 한도 미만인 경우 귀하는 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 부담할 필요가 없습니다.
- 귀하의 소득이 가족 규모에 대해 Medi-Cal 한도 이상인 경우 귀하의 의료 또는 SUD 치료 서비스에 대해 약간의 비용을 부담해야 합니다. 귀하가 부담하는 비용을 '비용 분담금'이라고 합니다. 귀하의 '비용 분담금'을 지급하고 나면 그 달에 보장되는 나머지 의료 청구비를 Medi-Cal 에서 부담합니다. 의료비가 없는 달에는 아무것도 지불할 필요가 없습니다.
- Medi-Cal 에 따라 받은 모든 치료에 대해 '본인 부담금(코페이)'을 지급해야 할 수 있습니다. 이 말은 귀하가 의료 또는 SUD 치료 서비스를 받거나 약을

처방받을 때마다 본인 부담금을 지불하고 일반 서비스를 위해 병원 응급실에 가는 경우 본인 부담금을 지불한다는 의미입니다.

본인 부담금을 지불해야 하는 경우 제공자가 알려드릴 것입니다.

Medi-Cal 에서 교통편을 보장하나요?

진료 예약이나 약물 및 알코올 치료 예약을 방문하는 데 문제가 있는 경우 Medi-Cal 프로그램에서 교통편을 찾도록 도와드릴 수 있습니다.

- 어린이의 경우 카운티 Child Health and Disability Prevention(CHDP, 아동 건강 및 장애 예방) 프로그램에서 도와드릴 수 있습니다. 해당 카운티 사회 복지국 사무소에 연락하길 원하실 수 있습니다. 아래를 참조하십시오. 온라인으로 www.dhcs.ca.gov 를 방문하여 'Services'(서비스), 그 다음 'Medi-Cal'을 클릭하여 정보를 얻을 수도 있습니다.
- 성인의 경우 카운티 사회 복지국 사무소에서 도움을 드리거나, 아래 목록을 참조하시거나 온라인으로 www.dhcs.ca.gov 를 방문하여 'Services', 'Medi-Cal'을 차례로 클릭하여 정보를 얻을 수도 있습니다.
- Medi-Cal 관리형 케어 플랜(MCP)에 가입하신 경우 MCP 는 Welfare and Institutions Code(복지 및 시설에 관한 법)의 제 14132 (ad)항에 따라 교통편을 지원해야 합니다. 교통 서비스는 DMC-ODS 프로그램에 포함되지 않는 사람들을 포함해 모든 서비스 필요에 대해 이용 가능합니다.

가까운 카운티 사무소 주소는 http://dhcs.ca.gov/COL 에서 확인하시거나 아래에 나와 있는 Alameda County Social Service Agency(SSA, 사회서비스 기관) 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

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 Social Service Agency(사회서비스 기관) 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 지역 카운티 사회 복지국 사무소로 안전하게 전송됩니다.

직접 방문: 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.

가입자 권리 및 책임

DMC-ODS 서비스 이용자로서 저에게는 어떤 권리가 있나요?

Medi-Cal 수혜 자격을 갖추고 DMC-ODS 파일럿 프로그램 카운티에 거주하는 사람으로서 귀하에게는 BHP 로부터 의료적으로 필요한 SUD 치료 서비스를 받을 권리가 있습니다. 귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 개인정보 보호와 의료 정보의 기밀 유지 필요성에 대한 당연한 고려를 제공하면서 존중심을 바탕으로 대우받을 권리.
- 가입자의 상태 및 이해 능력에 적절한 방식으로 제시되는 이용 가능한 치료 옵션과 대체 방법에 대해 정보를 받을 권리.
- 치료를 거부할 권리를 포함해 귀하의 SUD 케어에 관한 결정에 참여할 권리.

- 응급 질환 또는 긴급 또는 위기 상태 치료를 위해 의료적으로 필요한 경우 연중무휴, 하루 24 시간 이용 가능하도록 하는 서비스를 포함해 진료에 대한 시기적절한 접근 기회를 받을 권리.
- 카운티 DMC-ODS 플랜에서 보장하는 SUD 치료 서비스, BHP 의 기타 의무 및 여기에 설명한 귀하의 권리에 관해 이 핸드북에서 정보를 받을 권리.
- 기밀 건강 정보를 보호받을 권리.
- 의료 기록의 사본을 요청하여 받고, 45 CFR §164.524 및 164.526 에 규정된 대로 의료 기록의 수정 또는 정정을 요청할 권리.
- 요청 시 그리고 요청된 형식에 알맞게 시기 적절하게 대체 형식(점자, 큰 활자 및 오디오 형식)으로 문서 자료를 받을 권리.
- 선호하는 언어로 구두 통역 서비스를 받을 권리.
- 이용 가능한 서비스 분야, 적절한 수용력과 서비스 보장, 케어 조정 및 연속성과 서비스 보장 및 허가에 있어 주 정부와의 계약 요건을 준수하는 BHP 로부터 SUD 치료 서비스를 받을 권리.
- 미성년자인 경우 미성년자 동의 서비스에 접근할 권리.
- 플랜에 서비스를 전달할 수 있는 직원 또는 계약 제공자가 없는 경우, 시기적절하게 의료적으로 필요한 네트워크 외부 서비스에 접근할 권리. "네트워크 외부 제공자"는 BHP 의 제공자 목록에 포함되어 있지 않은 제공자를 의미합니다. 카운티는 귀하가 네트워크 외부 제공자의 진료를 받을 때 추가 비용을 부담하지 않도록 해야 합니다. 네트워크 외부 제공자로부터 서비스를 받는 방법에 대한 정보는 1-844-682-7215 번으로 24 시간 무료 헬프라인에 문의하실 수 있습니다.
- 카운티 네트워크 내에 또는 외부에 있는 자격을 갖춘 의료 서비스 전문가로부터 무료로 이차의견을 요청할 권리.
- 기관 또는 제공된 진료에 대해 구두 또는 서면으로 불만을 제기할 권리.
- 불리한 혜택 결정 통지서 수령에 따라 구두 또는 서면으로 이의 제기를 신청할 권리.
- 신속 공정 심의회가 가능한 상황에 대한 정보를 포함해 주 정부 Medi-Cal 공정 심의회를 신청할 권리.

- 강압, 규율, 편의, 처벌의 수단으로 사용되는 일체 형태의 강박 또는 격리로부터 자유로울 권리.
- BHP, 제공자 또는 주 정부에서 귀하를 대하는 방법에 악영향을 미치지 않고 이러한 권리를 행사하는 데 자유로울 권리.

DMC-ODS 서비스 이용자로서 저에게는 어떤 책임이 있나요?

DMC-ODS 서비스 이용자로서 귀하의 책임은 다음과 같습니다.

- BHP 로부터 받은 가입자 안내 자료를 자세히 읽어야 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.
- 치료 방문 시에는 항상 Medi-Cal(BHP) ID 카드를 소지해야 합니다.
- 통역사가 필요한 경우 진료를 받기 전에 제공자에게 그 사실을 알려야 합니다.
- 정확한 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 BHP 에 연락해야 합니다.
- 개인 정보에 변동 사항이 발생하는 경우 담당 제공자와 BHP 에 알려야 합니다. 여기에는 주소, 전화번호 및 그 외에 치료에 참여할 수 있는 귀하의 능력에 영향을 미칠 수 있는 기타 의료 정보가 포함됩니다.
- 본인에게 치료를 제공하는 담당자를 존중하고 정중하게 대합니다.

- 사기나 부정 행위가 의심되는 경우 신고하십시오.
    - Alameda County 의 Behavioral Health Care(행동 건강 관리) Whistle Blower Program(내부자 신고 프로그램)에 대한 정보는 http://www.acbhcs.org/whistleblower-2/에서 온라인으로 이용 가능합니다. 또는
        - 전화: 1-844-729-7055
        - 팩스: (510) 639-1346
        - 이메일: ProgIntegrity@acgov.org
        - 우편: 2000 Embarcadero, Suite 400, Oakland, CA 94606 Attn: QA Office
    - Whistleblower 신고 양식
      자세한 정보는 Whistleblower 정책 및 Whistleblower 포스터를 검토하실 수 있습니다.

제공자 디렉토리

다음은 Alameda County Behavioral Health Care Services(BHCS, 행동 건강 관리 서비스) 제공자 디렉토리입니다. 열거된 일부 제공자는 제한된 집단에 대한 특별 서비스만 제공합니다. 서비스를 시작하려면 먼저 1-844-682-7215 번으로 물질 사용 치료 및 의뢰 헬프라인에 연락하여 가능하면 언어, 의사소통 및 서비스 장소를 포함한 귀하의 특정 필요를 가장 잘 충족할 수 있는 가장 적합한 제공자에게 스크리닝 및 의뢰를 받는 것이 중요합니다. 어떤 제공자가 현재 서비스를 제공하고 있는가에 대한 가장 최신 정보를 가지고 있습니다. 제공자를 확인하고 나면 귀하는 진료 예약을 잡기 위해 제공자에게 직접 연락할 수 있습니다.

- 정신 건강 서비스의 경우: 1-800-491-9099 번으로 BHCS 의 ACCESS 프로그램에 연락하십시오.
- 물질 사용 서비스의 경우: 1-844-682-7215 번으로 물질 사용 치료 및 의뢰 헬프라인으로 연락하십시오.
- 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, California Relay Service 에 711 번으로 연락하십시오.
- 정신 건강 제공자 디렉토리의 경우 여기를 클릭
- 사업장별 물질 사용 장애 제공자 디렉토리의 경우 여기를 클릭
- 물질 사용 장애 제공 직원 디렉토리의 경우 여기를 클릭

ACBH 는 제공자 디렉토리를 http://www.ACBH.org/provider_directory/에 온라인으로 게시했습니다. 이용 가능한 언어는 스페인어, 베트남어, 중국어 간체, 중국어 번체, 파르시어, 한국어 및 타갈로그어입니다. 이 핸드북의 앞에 위치한 무료 전화번호로 연락하여 접근하실 수도 있습니다.

진료 전환 요청

저의 이전 제공자이며 현재 네트워크 외부 제공자로부터 계속 서비스를 받게 해 달라고 언제 요청할 수 있나요?

- BHP 에 가입한 후 다음과 같은 경우 귀하는 네트워크 외부 제공자로부터 계속 서비스를 받게 해 달라고 요청할 수 있습니다.
  - 새로운 제공자로 이동하는 것이 귀하의 건강에 심각한 손상을 초래하거나 입원 또는 시설로 보내질 위험이 증가할 경우
  - BHP 로의 전환 날짜 이전에 네트워크 외부 제공자로부터 치료를 받고 있었던 경우.

제 네트워크 외부 제공자로부터 서비스를 계속 받게 해 달라고 어떻게 요청하나요?

- 귀하, 귀하의 공인 대리인 또는 현재 제공자가 BHP 에 서면으로 요청을 제출할 수 있습니다. 또한 네트워크 외부 제공자로부터의 서비스를 요청하는 방법에 대한 정보는 1-844-682-7215 번으로 24 시간 무료 헬프라인에 문의하실 수 있습니다.
- BHP 는 귀하의 요청 접수에 대한 서면 확인서를 보내고 3 일 이내에 귀하의 요청에 대한 처리를 시작합니다.

BHP 에 전환한 이후에도 제 네트워크 외부 제공자에게 계속 진료를 받은 경우 어떻게 하나요?

- 네트워크 외부 제공자로부터 서비스를 받은 날로부터 30 일 이내에 진료의 소급 전환 요청을 신청할 수 있습니다.

BHP 에서 제 진료 전환 요청을 왜 거부하나요?

- BHP 는 다음과 같은 경우 귀하의 이전 제공자이며 현재 네트워크 외부 제공자로부터 계속 서비스를 받게 해 달라는 요청을 거부할 수 있습니다.
  - BHP 에 해당 제공자의 진료 품질 관련 문제에 관한 문서가 있는 경우

제 진료 전환 요청이 거부되는 경우 어떻게 되나요?

- BHP 가 귀하의 진료 전환을 거부하는 경우 다음이 이루어집니다.
    - 서면으로 알려드립니다.
    - 네트워크 외부 제공자와 동일한 서비스 수준을 제공하는 최소 1 곳의 네트워크 소속 대체 제공자를 제안합니다.
    - 거부 내용에 동의하지 않는 경우 불만을 제기할 권리에 대해 알려드립니다.
- BHP 에서 여러 곳의 네트워크 소속 대체 제공자를 제안하고 귀하가 선택을 하지 못하는 경우 BHP 가 네트워크 소속 제공자에게 귀하를 의뢰하거나 배정하고 그러한 의뢰 또는 배정 사실을 귀하에게 서면으로 알려드립니다.

저의 진료 전환 요청이 승인된 경우 어떻게 되나요?

- 귀하의 진료 전환 요청이 승인되고 7 일 이내에 BHP 는 다음을 제공합니다.
    - 요청 승인
    - 진료 전환 합의 기간
    - 진료 연속 기간 종료 시 귀하의 진료가 전환되는 절차
    - BHP 제공자 네트워크에서 언제든 다른 제공자를 선택할 수 있는 귀하의 권리.

제 진료 전환 요청이 얼마나 빨리 처리되나요?

- 진료 전환 요청을 BHP 에 접수한 날짜로부터 30 일 이내에 검토를 완료합니다.

진료 전환 기간이 종료되면 어떻게 되나요?

- BHP 는 귀하의 진료 전환 기간 종료 시 귀하에 대한 진료가 네트워크 소속 제공자로 전환하게 되는 절차에 대해 진료 전환 기간 종료 30 일 전에 서면으로 알려드립니다.