



County of San Diego

보건복지국

# 행동 보건 회원 안내서

전문 정신 건강 서비스 및 약물 Medi-Cal 조직  
전달 시스템

3255 Camino del Rio S,  
San Diego, CA 92108

24/7 접근 및 위기 관리팀: (888) 724-7240

[https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/bhs/bhs\\_services.html](https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/bhs/bhs_services.html)



LIVE WELL  
SAN DIEGO

시행일: 2025년 1월 1일 수요일<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 본 안내서는 회원이 서비스를 처음 이용 시 초기 제공되어야 합니다.

## LANGUAGE TAGLINES

---

### English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call (888) 724-7240 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (888) 724-7240 (TTY: 711). These services are free of charge.

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ (888) 724-7240

(TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ (888) 724-7240 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք (888) 724-7240 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք (888) 724-7240 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម  
ទូរស័ព្ទទៅលេខ (888) 724-7240 (TTY: 711)។ ជំនួយ  
និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក  
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។  
ទូរស័ព្ទមកលេខ (888) 724-7240 (TTY: 711)។

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**简体中文标语 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电  
(888) 724-7240 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人  
的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也  
是方便取用的。请致电 (888) 724-7240 (TTY: 711)。  
这些服务都是免费的。

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با (888) 724-  
7240 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد  
دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز  
موجود است. با (888) 724-7240 (TTY: 711) تماس بگیرید. این  
خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

## **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो (888) 724-7240

(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। (888) 724-7240 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

## **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau (888) 724-7240 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau (888) 724-7240 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## **日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は (888) 724-7240 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。(888) 724-7240 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## **한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 (888) 724-7240 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. (888) 724-7240 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## **ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ (888) 724-7240 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (888) 724-7240 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

### **Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux (888) 724-7240 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx (888) 724-7240 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

### **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ (888) 724-7240 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ (888) 724-7240 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру (888) 724-7240 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (888) 724-7240 (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al (888) 724-7240 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al (888) 724-7240 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (888) 724-7240 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa (888) 724-7240 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

## **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (888) 724-7240 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (888) 724-7240 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

## **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер (888) 724-7240 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер (888) 724-7240 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.



## **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số (888) 724-7240 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số (888) 724-7240 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

## 목차

기타 언어 및 제공 형식 .....	12
카운티 연락처 정보 .....	14
이 안내서의 목적 .....	16
행동 보건 서비스 정보 .....	19
행동 보건 서비스 .....	27
의료 서비스 제공자 선택하기 .....	46
스마트 기기를 사용하여 행동 보건 기록 및 의료 서비스 제공자 명단 정보에 액세스할 권리 .....	53
서비스 범위 .....	54
전화 또는 원격 의료 서비스를 통해 이용할 수 있는 서비스 .....	96
문제 해결 절차 민원, 이의 제기 또는 주정부 공정 심리 요청 .....	98

사전 의료 지시서 .....	127
권리 및 책임 .....	130
카운티 추가 정보 .....	154
무차별에 대한 공지 .....	157

## 기타 언어 및 제공 형식

### 기타 언어

언어 지원이 필요한 경우 (888) 724-7240번(TTY: 711)으로 문의해 주시기 바랍니다. 장애인을 위한 보조 도구 및 점자, 큰 활자체로 된 문서와 같은 서비스도 이용할 수 있습니다. (888) 724-7240번(TTY: 711)으로 문의해 주시기 바랍니다. 해당 서비스는 무료입니다.

### 기타 제공 형식

본 정보를 점자, 큰 활자체(20 포인트) 안내서, 오디오 및 접속 가능한 전자 형식과 같은 다른 형식으로 무료 제공해 드립니다. (888) 724-7240번(TTY: 711)으로 문의해 주시기 바랍니다. 해당 전화 번호는 수신자 부담 전화번호입니다.

## 통역 서비스

카운티에서는 자격을 갖춘 통역사를 통해 24시간 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역을 위해 가족 또는 친구의 도움을 받지 않아도 됩니다. 위급 상황인 경우를 제외하고 저희는 미성년자인 통역사를 통한 통역 서비스 제공을 금하고 있습니다.

귀하께서는 통역, 언어, 문화 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 이러한 도움은 연중무휴 이용 가능합니다. 언어적 도움이 필요하거나 본 안내서를 다른 언어로 제공받고자 하는 경우 (888) 724-7240번(TTY: 711)으로 문의해 주시기 바랍니다. 해당 전화 번호는 수신자 부담 전화번호입니다.

## 카운티 연락처 정보

저희가 도와드리겠습니다. 다음 카운티 연락처 정보를 통해 필요한 서비스를 받을 수 있습니다.

### 샌디에이고 24/7 접근 및 위기 관리팀

(888) 724-7240번(TTY: 711)으로 문의해 주시기 바랍니다.

### 샌디에이고 카운티 행동 보건 웹사이트

<https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/bhs.html>

### 샌디에이고 카운티 제공자 명부

<https://sdcountybhs.com/ProviderDirectory>

2024년 9월 1일, 샌디에이고 행동 보건 계획(MHP 및 DMC-ODS)은 2개의 개별 레거시 시스템 SanWITs(DMC-ODS) 및 CCBH(MHP)에서 SmartCare EHR로 전환되었습니다. 이에 따라

Patient Access API에 대한 샌디에이고 BHP에 공개적으로 액세스할 수 있는 회원 교육 리소스가 2024-2025 회계연도 내에 제공될 예정입니다.

### **자살 충동이 있다면 누구에게 연락해야 하나요?**

귀하 또는 귀하께서 알고 계신 누군가가 위험에 처해 있을 경우, **988**번 988 Suicide and Crisis Lifeline으로 또는 **1-800-273-TALK (8255)**번 Suicide Prevention Lifeline(SPL, 자살예방센터)으로 전화해 주시기 바랍니다. 채팅은 <https://988lifeline.org/>에서 이용하실 수 있습니다.

지역 프로그램 이용을 원하는 경우 위에 나열된 샌디에이고 24/7 접근 및 위기 관리팀으로 전화하십시오.

## 이 안내서의 목적

**본 안내서를 읽어야 하는 중요한 이유는 무엇인가요?**

귀하의 카운티에는 “전문 정신 건강 서비스” 라는 정신 건강 서비스를 제공하는 정신 건강 플랜이 마련되어 있습니다. 또한 카운티에는 “약물 남용 장애 서비스” 라고 하는 알코올 또는 약물 사용에 대한 서비스를 제공하는 Drug Medi-Cal 조직 전달 시스템이 갖춰져 있습니다. 이러한 서비스를 통틀어 “행동 보건 서비스” 라고 하며, 귀하에게 필요한 치료를 받을 수 있도록 해당 서비스에 대한 정보를 확보하는 것이 중요합니다. 본 안내서에는 귀하의 보험금 및 치료 제공 방식에 대해 설명되어 있습니다. 또한 다양한 문의사항에 대해 답변해 드릴 것입니다.

알게될 사항:

- 카운티에서 행동 보건 서비스를 받는 방법



- 이용할 수 있는 혜택 유형
- 문의사항 또는 문제가 있는 경우 해야할 일.
- 카운티 회원으로서의 권리 및 책임.
- 카운티 관련 추가 정보가 있을 시 이 안내서 하단에 명시됩니다.

본 안내서를 지금 읽지 않으시더라도, 추후 이해를 위해 읽을 수 있도록 보관해 주십시오. 이 안내서는 Medi-Cal 혜택 가입 시 받은 안내서와 함께 사용할 수 있습니다. Medi-Cal 혜택 관련 궁금한 점이 있으면 이 안내서 앞면에 있는 전화번호를 사용해 카운티로 전화하십시오.

**Medi-Cal에 대한 자세한 정보는 어디에서 확인할 수 있을까요?**

Department of Health Care Services(의료 서비스부)  
웹사이트인 <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi->

[cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx](http://cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx)에 방문하여  
Medi-Cal에 대한 자세한 정보를 확인해 주시기  
바랍니다.

## 행동 보건 서비스 정보

**본인 또는 지인에게 도움이 필요하다는 것을  
판단하는 방법은 무엇인가요?**

많은 사람들은 인생에서 힘든 시기를 겪으며, 정신 건강이나 약물 사용 문제를 경험할 수 있습니다. 이때 반드시 기억해야 하는 것은 언제든지 도움을 요청할 수 있다는 사실입니다. 본인 또는 가족 구성원이 Medi-Cal 적격자이며 행동 보건 서비스가 필요한 경우, 이 안내서 표지의 샌디에이고 24/7 접근 및 위기 관리팀에 전화해야 합니다. 또한 본인이나 가족 분께서 관리형 의료 보험이 적용되지 않는 행동 보건 서비스가 필요하다고 생각하는 경우 관리형 의료 보험을 통해 카운티에 문의할 수 있습니다. 카운티를 통해 귀하께 필요할 수 있는 의료 서비스 제공자를 찾는 데 도움을 받을 수 있습니다.

아래 목록에서 본인 또는 가족 구성원의 도움 필요 여부를 결정하는 데 도움받을 수 있습니다. 하나 이상의 징후가 있거나 장기간 지속되는 경우, 이는 전문가의 도움이 요구되는 보다 심각한 문제의 징후일 수 있습니다. 다음은 정신 건강 상태 또는 약물 남용 상태에서 도움이 필요할 수 있는 몇 가지 일반적인 징후입니다.

## **생각 및 느낌**

- 이유 없이 다음과 같은 극심한 기분 변화
  - 너무 많은 걱정, 불안 또는 두려운 감정
  - 너무 슬프거나 무기력함
  - 기분이 지나치게 좋음
  - 심각한 기분 변화 또는 너무 장시간 동안 화가난 기분
- 자살 충동
- 알코올 또는 약물의 섭취 및 사용에 집중

- 집중력, 기억력 또는 설명이 어려운 논리적 사고 및 언행에 대한 문제
- 설명이 어렵거나 대부분의 사람들이 없다고 하는 것들을 듣거나 보거나 느끼는 것에 대한 문제

## 신체적

- 다음에 대하여 뚜렷한 원인이 없는 여러 신체적 문제:
  - 두통
  - 복통
  - 수면 시간이 지나치게 길거나 짧은 경우
  - 식사 시간이 지나치게 길거나 짧은 경우
  - 명확한 의사소통 불가
- 다음에 의한 외모에 대한 관심 저하
  - 급격한 체중 감소 또는 증가
  - 적목 현상 및 비정상적으로 큰 눈동자
  - 구취, 체취, 옷에서의 이상한 냄새

## 행동적

- 정신 건강의 변화 또는 알코올 또는 약물 사용에 따른 행동의 결과(예:
  - 직장 또는 학교에서 문제 발생
  - 타인, 가족, 친구와의 관계 문제 발생
  - 약속을 잊어버림
  - 일상적 활동을 수행할 수 없음
- 친구, 가족 또는 사회적 활동을 피함
- 은밀하게 행동하거나 은밀히 돈을 필요로 함
- 정신 건강의 변화, 알코올 또는 약물 사용으로 인해 법률 시스템에 연루됨

## 만 21세 미만의 회원

*자녀 또는 10대 청소년에게 도움이 필요하다는 것을 어떻게 알 수 있을까요?*

자녀 또는 청소년에게 행동 보건상의 징후가 있다고 생각되는 경우 문의전화를 통해 또는 관리형 의료

보험으로 문의하여 자녀 또는 10대 청소년을 대상으로 하는 검진 및 평가를 받을 수 있습니다. 자녀 또는 청소년에 대한 Medi-Cal 자격을 확보하고 검사 또는 평가의 결과 행동 보건 서비스가 필요하다고 판명된 경우, 카운티에서는 자녀 및 청소년에 대해 행동 보건 서비스를 제공받을 수 있도록 합니다. 또한 자녀 또는 청소년에게 관리형 의료 보험이 적용되지 않는 행동 보건 서비스가 필요하다고 생각하는 경우 관리형 의료 보험을 통해 카운티에 문의할 수 있습니다. 또한 부모가 되는 것에 부담감을 느끼는 부모들을 대상으로 이용할 수 있는 서비스가 있습니다.

만 12세 이상의 미성년자는 담당 전문가가 미성년자가 행동 보건 서비스 또는 주거 보호소 서비스에 참여할 수 있을 만큼 충분히 성숙했다고 생각하는 경우, 외래 정신 건강 서비스 또는 주거

보호소 서비스를 받기 위해 부모의 동의가 필요하지 않을 수 있습니다. 만 12세 이상의 미성년자는 약물사용장애 관련 문제 치료를 위해 의료 및 상담을 받기 위한 부모의 동의가 필요하지 않을 수 있습니다. 담당 전문가가 미성년자와 상담한 후 부모 또는 보호자의 개입이 부적합하다 판단하지 않는 한 부모 또는 보호자의 개입이 필요합니다.

아래 목록에서 귀하의 자녀 또는 청소년의 도움 필요 여부를 결정하는 데 도움받을 수 있습니다. 하나 이상의 징후가 있거나 장기간 지속되는 경우, 이는 자녀 또는 청소년이 전문가의 도움이 요구되는 보다 심각한 문제일 수 있습니다. 다음은 주의해서 지켜보아야 할 징후입니다.

- 주의를 집중하거나 가만히 있는 것에 많은 어려움이 있어서 신체적 위험에 처하거나 학교 생활에 문제가 되는 상태



- 일상생활에 영향을 미치는 지나친 걱정 또는 두려움
- 이유 없이 돌발적으로 발생하는 거대한 두려움(때때로 빠른 심박수 또는 빠른 호흡 동반)
- 일상생활에 문제가 될 정도로 매우 슬픈 감정이 들거나 2주 이상 다른 사람들과의 접촉을 피하는 상태
- 대인관계에 문제를 일으키는 극심한 감정 기복
- 행동의 큰 변화
- 거식, 구토, 또는 체중 감소를 위한 의약품 사용
- 반복적인 음주 또는 약물 사용
- 자신 또는 타인을 다치게 할 수 있는 심각한 통제 불능적 행동
- 자신에게 해를 가하거나 자살하려는 계획 또는 시도

- 반복적인 싸움, 흥기 사용, 또는 타인을 다치게 하려는 계획

## 행동 보건 서비스

### 행동 보건 서비스를 제공받는 방법은 무엇인가요?

전문 정신 건강 서비스 및/또는 약물사용장애 서비스 등 행동 보건 서비스가 필요하다고 생각되면 이 안내서 표지의 전화번호를 사용해 카운티에 전화할 수 있습니다. 카운티에 연락하면 검사를 받고 평가 일정을 잡을 수 있습니다.

또한 회원의 경우 관리형 의료 보험을 통해 행동 보건 서비스를 요청할 수도 있습니다. 관리형 의료 보험에서 행동 보건 서비스의 이용 기준을 충족하는 것으로 판단될 경우, 관리형 의료 보험에서는 카운티를 통해 행동 보건 서비스를 제공받을 수 있는 평가를 받을 수 있도록 도움을 제공할 것입니다. 즉, 모든 방식으로 행동 보건 서비스를 받을 수 있습니다. 카운티를 통한 행동 보건 서비스 외에도 관리형 치료

플랜을 통해 행동 보건 서비스를 받을 수도 있습니다. 귀하의 의료 서비스 제공자가 해당 서비스가 임상적으로 귀하에게 적합하다고 판단하고, 해당 서비스가 중복되지 않고 조정되는 한 귀하께서는 행동 보건 제공자를 통해 이러한 서비스를 이용할 수 있습니다.

또한 다음 사항도 고려하십시오.

- 일반의/의사, 학교, 가족, 보호자, 관리형 의료 보험 또는 다른 카운티 기관을 포함한 타인 또는 기관에 의해 행동 보건 서비스에 대하여 카운티에 의뢰할 수도 있습니다. 일반적으로, 응급 상황인 경우를 제외하고 카운티에 바로 의뢰하기 위해 의사 또는 관리형 의료 보험은 귀하의 승인 또는 자녀의 부모 또는 보호자의 승인이 필요합니다.
- 귀하의 카운티에서는 행동 보건 서비스를

제공받기 위한 기준을 충족하는지 판단하기 위한 초기 평가 수행 요청을 거부할 수 없습니다.

- 행동 보건 서비스는 카운티를 통해서나 해당 카운티와 계약을 맺고 있는 다른 의료 서비스 제공자(예: 진료소, 치료 센터, 커뮤니티 기반 단체, 또는 개인 의료 서비스 제공자)에 의해 제공될 수 있습니다.

### **행동 보건 서비스는 어디에서 제공받을 수 있나요?**

필요에 따라 거주 중인 카운티와 카운티 외부에서 행동 보건 서비스를 제공받을 수 있습니다. 각 카운티는 어린이, 청소년, 성인, 노인을 대상으로 하는 행동 보건 서비스를 보유하고 있습니다.

귀하께서 만 21세 미만인 경우, 조기· 및 주기적 선별, 진단, 치료에 따른 추가 보장과 보험금을 제공받을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 안내서의

“조기 및 주기적 선별, 진단, 치료” 섹션을  
참조하십시오.

카운티를 통해 귀하께 필요할 의료 서비스 제공자를  
찾는 데 도움을 받을 수 있습니다. 해당 카운티는  
귀하의 택에서 가장 가까운 거리에 있거나 귀하의  
요구를 충족하는 시간 또는 거리 이내에 있는 의료  
서비스 제공자를 추천할 의무가 있습니다.

### **행동 보건 서비스는 언제 제공받을 수 있나요?**

카운티에서 서비스 예약을 위한 예약 시간 기준이  
충족되어야 합니다. 정신 건강 서비스를 위해  
카운티는 다음 기간 이내에 반드시 진료 예약을  
제공해야 합니다.

- 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 서비스를  
시작하고자 하는 비응급 요청일로부터 영업일  
10일 이내

- 귀하께서 응급 상태를 위한 서비스를 요청할 경우 48시간 이내
- 정신과 의사와 비응급 진료 예약을 요청한 날로부터 영업일 15일 이내
- 지속된 증상에 대한 다음 비응급 예약일의 경우, 이전 진료 예약일로부터 영업일 10일 이내

약물사용장애 의료 서비스를 위해 카운티는 다음 기간 이내에 반드시 진료 예약을 제공해야 합니다.

- 외래 및 집중 외래 서비스에 대해 약물사용장애 의료 서비스 제공자와 서비스를 시작하고자 하는 귀하의 비응급 요청일로부터 영업일 10일 이내.
- 마약 치료 프로그램 서비스에 대한 귀하의 요청일로부터 영업일 3일 이내.

- 지속적인 약물사용장애로 인한 치료 과정을 진행 중인 경우, 10일 이내의 비응급 후속 예약일(치료 제공자가 확인한 특정 사례 제외).

단, 의료 서비스 제공자가 보다 긴 대기 시간이 의학적으로 적절하며 건강상 해가 되지 않는다고 판단한 경우, 이상의 대기 시간은 더욱 길어질 수 있습니다. 대기 목록에 올라간 후 늘어난 시간으로 인해 건강상 해가 된다고 생각될 경우 이 안내서 표지에 나열된 전화번호로 카운티에 문의해 주시기 바랍니다. 시기적절한 진료를 받지 못할 경우, 귀하께는 민원을 제기할 권리가 있습니다. 민원 제기에 대한 더 많은 정보는 본 안내서의 "민원 절차" 절을 참조해 주시기 바랍니다.

## **응급 서비스란?**

응급 서비스란 정신과적 응급 의료 상황을 포함한 예기치 않은 의학적 증상을 경험하신 회원에게



제공되는 서비스를 의미합니다. 응급 의학적 상태는 증상이 너무 심각하여(심한 통증을 포함) 일반인이 다음과 같은 경우가 언제든지 발생할 수 있다고 생각하는 것이 합당한 상태를 의미합니다.

- 본인의 건강 상태(또는 태아의 건강 상태)에 심각한 문제가 있는 경우.
- 신체가 기능하는 방식에 심각한 해를 끼친 경우.
- 신체 기관 또는 신체 부위에 심각한 위험을 끼친 경우.

정신과적 응급 의료 상황은 일반인이 다음과 같이 생각할 수 있는 경우 발생한 것으로 간주됩니다:

- 정신 건강 문제나 의심되는 정신 건강 문제로 인해 본인 또는 타인에게 현재 위험이 되는 경우.
- 정신 건강 문제 또는 의심되는 정신 건강 문제로 인해 음식 준비 또는 섭취, 옷 입기 또는 쉴 자리 마련을 즉각적으로 할 수 없는 경우.

Medi-Cal 회원을 대상으로 응급 서비스는 연중무휴 제공되고 있습니다. 응급 서비스는 사전 승인을 필요로 하지 않습니다. Medi-Cal 프로그램은 신체적 건강 문제 또는 정신적 건강 문제(본인 또는 타인과의 관계에서 걱정 및/또는 기능 장애의 원인이 되는 생각, 감정, 행동)로 인한 응급 상황을 적용할 것입니다. Medi-Cal에 등록되어 있는 경우 응급실 방문에 대한 비용은 궁극적으로 해당 방문이 응급 상황이 아닌 것으로 판명된 경우에도 청구되지 않습니다. 귀하께서 응급 상황을 겪고 있다고 생각되신다면 **911**번으로 전화하시거나 병원이나 기타 시설을 방문하여 도움을 요청해 주시기 바랍니다.

### **제가 어떤 서비스를 받을 지 누가 결정하나요?**

귀하, 의료 서비스 제공자 및 카운티에서는 어떤 서비스를 받아야 하는지 결정하는 데 모두

참여하게 됩니다. 행동 보건 전문가는 귀하와 상담을 진행하고, 귀하가 필요한 서비스 유형을 결정하는 데 도움을 제공할 것입니다.

도움을 요청하기 위해 특정 행동 보건 진단이 있는지, 또는 특정 행동 보건 문제가 있는지 알아야 필요는 없습니다. 의료 서비스 제공자가 해당 평가를 완료하는 동안 귀하께서는 일부 서비스를 제공받을 수 있습니다.

귀하께서 만 21세 미만인 경우, 외상, 아동복지제도 참여, 소년법 참여, 노숙으로 인해 행동 보건 문제가 있을 경우, 행동 보건 서비스를 이용할 수 있습니다. 또한 귀하께서 만 21세 미만인 경우, 카운티에서는 귀하의 행동 보건 문제를 돕기 위해 의료적으로 필요한 서비스를 제공할 의무가 있습니다. 행동 보건 상태를 유지,

지원, 개선 또는 내성 상태를 향상시키는 서비스는 의학적으로 필요한 것으로 간주됩니다.

일부 서비스는 카운티의 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요한 서비스로는 중환자 가정 기반 서비스(IHBS), 당일 집중 치료 서비스, 당일 재활 치료, 치료적 행동 서비스(TBS) 및 치료적 위탁 진료(TFC) 및 약물사용장애 거주형 서비스가 포함됩니다. 사전 승인 절차에 대한 자세한 내용은 카운티로 문의할 수 있습니다. 추가 정보 요청은 이 안내서 표지의 전화번호를 사용해 카운티로 전화해 주십시오.

카운티의 승인 절차는 특정한 일정에 따라야 합니다.

- 표준 약물사용장애 승인을 위해 카운티는 달력 기준 14일 이내에 의료 서비스 제공자의 요청을 결정해야 합니다.

- 귀하 또는 귀하의 의료 서비스 제공자가 요청하거나 카운티가 귀하의 의료 서비스 제공자로부터 더 많은 정보를 확보하는 것이 귀하께 도움이 된다고 간주하는 경우, 이러한 일정을 최대 14일까지 연장할 수 있습니다. 이러한 연장이 귀하께 이익이 될 수 있는 경우의 예로는 카운티가 귀하의 의료 서비스 제공자에게 추가 정보를 확보한 경우 해당 제공자의 허가 요청을 승인할 수 있을 것이며, 해당 정보 없이 요청을 거부해야 할 것이라고 카운티 측에서 고려하는 경우가 있습니다. 카운티에서 이러한 일정을 연장할 경우 카운티에서는 이러한 연장에 대한 서면화된 통지서를 전송해 드릴 것입니다.
- 표준 사전 승인의 경우, 정신 건강 승인은 귀하의 건강 상태에 따른 필요성에 근거하여 신속하게

제공자의 요청에 따라 결정되어야 하지만,  
카운티는 요청을 받은 날로부터 영업일 5일을  
초과해서는 안 됩니다.

- 예를 들어, 표준 기간을 따르는 것이 생명,  
건강 또는 최대 기능을 달성, 유지 또는  
회복할 수 있는 능력에 심각한 위험을 초래할  
수 있는 경우, 카운티에서는 서비스 요청을  
받은 후 72시간 이내에 건강 상태와 관련된  
일정에 따라 승인 결정을 신속히 내려야 하며  
통지를 제공해야 합니다. 귀하 또는 귀하의  
의료 서비스 제공자가 기간 연장을  
요청하거나 카운티에서 기간 연장이 귀하께  
최대의 이익이 되는 이유를 제공하는 경우  
카운티는 요청을 받은 후 최대 14일까지  
기간을 연장할 수 있습니다.

두 사례 모두 카운티에서 의료 서비스 제공자의 승인 요청 일정을 연장할 경우 카운티에서 기간 연장에 대한 서면화된 통지서를 전송해 드릴 것입니다.

카운티에서 열거된 기간 내에 결정을 내리지 않거나 요청된 서비스를 거부, 연기, 축소, 또는 종료할 경우, 해당 카운티에서는 해당 서비스가 거부, 연기, 축소 또는 종료되었다는 사실을 알려주는 '불이익 결정 통지서'를 귀하께 발송해야 하고, 항소를 제기할 수 있음을 통지해야 하며, 이러한 항소를 제기하는 방법에 대한 정보를 제공해야 합니다.

승인 절차에 대한 자세한 내용은 카운티로 문의할 수 있습니다.

승인 절차 관련 카운티의 결정에 동의하지 않는 경우, 항소를 제기할 수 있습니다. 더 많은 정보는 이 안내서의 "문제 해결" 절을 참조해 주시기 바랍니다.

## 의료적 필요성이란?

귀하께서 제공받는 서비스는 귀하의 문제를 해결하기 위해 의료적인 필요성이 있어야 하며, 임상적으로 적절해야 합니다. 만 21세 이상의 회원은 생명을 보호하거나 중대한 질환 또는 장애를 방지하거나 중증의 통증을 개선하기 위해 합리적이고 필요한 경우 의료적으로 서비스가 필요합니다.

만 21세 미만의 회원은, 행동 보건 문제를 교정, 유지, 지원, 개선 또는 내성 상태를 향상시키는 경우 해당 서비스가 의료적인 필요성이 있는 것으로 간주됩니다. 행동 보건 문제를 유지, 지원, 개선 또는 내성 상태를 향상시키는 서비스는 의료적으로 필요하다고 간주되며, 조기 및 주기적 선별, 진단, 치료 서비스로서 보장됩니다.



## 카운티에서 보장이 되지 않는 다른 정신 건강 서비스는 어떻게 받을 수 있나요?

관리형 의료 보험에 등록되어 있는 경우, 관리형 의료 보험을 통해 다음과 같은 외래 정신 건강 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 개인, 그룹, 가족 요법을 포함한 정신 건강 평가 및 치료.
- 정신 건강 문제 평가를 위해 임상적으로 요구될 경우 심리학과 및 신경심리학과적 검사.
- 처방약 모니터링 목적을 위한 외래 서비스.
- 정신과 상담.

위 서비스 중 하나를 제공받으려는 경우 관리형 의료 보험으로 직접 문의해 주시기 바랍니다. 귀하께서 관리형 의료 보험에 등록되어 있지 않은 경우, Medi-Cal을 승인하는 개별 의료 서비스 제공자 및 진료소에서 이러한 서비스를 받을 수 있습니다.

카운티에서는 의료 서비스 제공자 또는 진료소를 찾는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

Medi-Cal을 승인하는 모든 약국에서는 정신 건강 문제 치료를 위한 처방약을 제조해드릴 수 있습니다. 약국에서 제공되는 대부분 처방약은 귀하의 관리형 의료 보험이 아닌 유료 Fee-For-Service(행위별수가제) Medi-Cal 프로그램에 따른 보험("Medi-Cal Rx"라고 함)이 적용된다는 점을 유의해 주시기 바랍니다.

**관리형 의료 보험 또는 Medi-Cal "Fee for Service"(행위별수가제) 프로그램에서 제공되는 기타 약물사용장애 서비스는 무엇이 있나요?**

관리형 치료 플랜은 1차 진료 환경에서 보장 대상 약물사용장애 서비스와 담배, 음주 및 불법 약물 검사를 제공해야 합니다. 또한 임신부용

약물사용장애 서비스, 음주 및 약물 사용 검사, 평가, 단기 중재, 만 11세 이상 회원을 위한 적합한 치료 환경 추천 등도 포함해야 합니다. 1차 치료, 입원 병원, 응급 부서 및 기타 계약된 의료 환경에서 제공되는 중독 치료를 위한 약물(일명 "약물 보조 치료")의 경우 관리형 의료 보험에서 제공 또는 준비되어야 합니다. 관리형 의료 보험은 자의 입원환자 해독을 포함하여 회원 안정에 필요한 응급 서비스도 제공해야 합니다.

## **기타 Medi-Cal 서비스(1차 진료/Medi-Cal )는 어떻게 받을 수 있나요?**

관리형 의료 보험에 등록되어 있는 경우, 해당 카운티에는 귀하를 위한 의료 서비스 제공자를 찾을 책임이 있습니다. 관리형 의료 보험에 등록되어 있지 않고 Fee-For-Service(행위별수가제) Medi-Cal이라고도 하는 "regular"(일반) Medi-Cal이 있는

경우, Medi-Cal을 승인하는 모든 의료 서비스 제공자의 진료를 받을 수 있습니다. 서비스를 시작하기 전에 의료 서비스 제공자에게 귀하께 Medi-Cal이 있다는 점을 알려주셔야 합니다. 알려주시지 않으면, 본인에게 해당 서비스에 대한 비용이 청구될 수 있습니다 귀하께서는 가족계획 서비스를 위해 관리형 의료 보험 외부의 의료 서비스 제공자의 의료 서비스를 받을 수 있습니다.

## **저에게 정신과 입원 서비스가 필요한 이유는 무엇인가요?**

하급 진료 기관에서 안전하게 치료될 수 없는 정신 건강 문제나 정신 건강 문제에 대한 징후가 있고, 정신 건강 문제나 정신 건강 문제에 대한 증상으로 인해 귀하께서 다음과 같은 증상을 보인 경우 입원 치료를 받아야 할 수 있습니다.

- 본인 또는 타인, 재산상에 위험을 초래.

- 스스로 의식주를 마련하지 못함.
- 본인의 신체적 건강에 심각한 위험 초래.
- 정신 건강 문제로 인해 최근 정상적으로 기능할 능력이 심각하게 저하된 경우.
- 병원 치료를 통해서만 제공될 수 있는 정신과 검사, 약물치료 또는 기타 치료가 필요한 경우.

## 의료 서비스 제공자 선택하기

### 제가 필요로 하는 행동 보건 서비스에 대한 의료 서비스 제공자를 어떻게 찾을 수 있을까요?

귀하의 카운티는 현재 의료 서비스 제공자 명단을 온라인에 게시해 두어야 합니다. 의료 서비스 제공자 주소록 링크는 이 안내서의 카운티 연락처 섹션에서 찾을 수 있습니다. 이 연락처에는 의료 서비스 제공자의 위치, 의료 제공자가 제공하는 서비스, 의료 서비스 제공자가 제공하는 문화적, 언어적 서비스에 대한 정보를 포함하여 의료 서비스를 이용할 수 있는 기타 정보가 포함되어 있습니다.

현재 의료 서비스 제공자에 대한 질문이 있거나 업데이트된 서비스 제공자 명단을 원하는 경우 카운티 웹사이트를 방문하거나 이 안내서 표지의

전화번호로 문의하십시오. 제공자 목록을 요청하시면 서면으로 또는 우편으로 받아보실 수 있습니다.

**참고:** 카운티에서는 의료 서비스 제공자 선택에 일부 제한을 둘 수 있습니다. 행동 보건 서비스를 처음 제공받기 시작할 때는 귀하의 카운티에서 최소 2명의 의료 서비스 제공자 중 초기 선택을 할 수 있도록 요청할 수 있습니다 또한 카운티에 따라 의료 서비스 제공자를 변경할 수 있습니다. 의료 서비스 제공자 변경을 요청하시는 경우, 카운티에서는 가능한 최소 2명의 의료 서비스 제공자 중 선택할 수 있도록 해야 합니다. 카운티에서는 귀하께서 적시에 치료를 제공받을 수 있도록 보장하고, 필요한 경우 행동 보건 서비스를 제공받을 수 있도록 귀하가 거주하는 곳 근처에 충분한 의료 서비스 제공자가 있는지 확인할 책임이 있습니다.

경우에 따라 카운티의 계약 제공자는 더 이상 카운티와 계약을 맺지 않거나 더 이상 Medi-Cal을 받지 않을 수 있어 더 이상 행동 보건 서비스를 제공하지 않기로 선택합니다. 이 경우 카운티는 의료 서비스 제공자로부터 서비스를 받는 모든 사람에게 서면 통지를 제공하기 위해 선의의 노력을 기울여야 합니다. 서비스 종료 시행일로부터 30일 이내 또는 서비스 제공자가 서비스를 중단한다는 사실을 카운티에서 알게된 후 15일 이내에 통지를 받아야 합니다. 이 경우, 카운티는 귀하와 해당 의료 서비스 제공자가 동의할 경우 귀하께서 카운티와 계약을 종료한 의료 서비스 제공자로부터 서비스를 지속적으로 제공받는 것을 허용해야 합니다. 이를 "치료의 지속성"(continuity of care)이라고 하며, 아래 설명되어 있습니다.



**참고:** 또한 Medi-Cal에 대한 자격이 있고 약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS)에 속한 카운티에 거주하고 있는 아메리칸 인디언 및 알래스카 원주민의 경우, 필수적인 Drug Medi-Cal 인증을 받은 인디언 의료 서비스 제공자(Indian Health Care Provider)를 통해 약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS) 서비스를 제공받을 수 있습니다.

**현재 의료 서비스 제공자에게 전문 정신 건강 서비스를 지속 제공받을 수 있을까요?**

이미 관리형 의료 보험에서 정신 건강 서비스를 제공받고 있는 경우, 그러한 서비스가 의료 서비스 제공자들 간에 잘 조정되고 중복되는 경우를 제외하고, 귀하께서 정신 건강 의료 서비스 제공자에게 정신 건강 서비스를 받더라도 해당 의료 서비스 제공자에게 지속적으로 치료를 제공받을 수 있습니다.

또한 이미 다른 정신 건강 플랜, 관리형 의료 보험, 또는 개별 Medi-Cal 의료 서비스 제공자에게 제공받고 있는 경우, 최대 12개월 동안 현재 의료 서비스 제공자의 서비스를 제공받을 수 있도록 "치료의 지속성"(continuity of care)을 요청할 수 있습니다. 귀하의 진행 중인 치료를 지속하기 위해 현재 의료 서비스 제공자의 서비스를 제공받아야 할 필요성이 있거나, 새로운 의료 서비스 제공자로 변경하여 정신 건강 문제에 대해 심각한 해를 줄 수 있는 이유로 "치료의 지속성"(continuity of care)을 요청할 수 있습니다. 다음과 같은 조건이 있는 경우 귀하의 "치료의 지속성"(continuity of care) 요청이 승인될 수 있습니다.

- 귀하께서 요청하는 의료 서비스 제공자와 지속적인 관계를 유지하고 있으며 지난 12개월 동안 해당 의료 서비스 제공자의 서비스를 받은

## 경우

- 회원의 건강에 심각한 손상이 발생하는 것을 방지하거나 입원, 시설 수용의 위험을 줄이기 위한 지속적인 치료를 받기 위해 현재 의료 서비스 제공자와 계속 상담해야 하는 경우
- 의료 서비스 제공자가 자격을 갖추고 있으며, Medi-Cal 요건을 충족하는 경우
- 의료 서비스 제공자가 정신 건강 플랜에 계약되어 있으며, 서비스에 대한 비용을 지불하기 위한 정신 건강 플랜의 요건에 동의하는 경우
- 카운티가 서비스에 대한 귀하의 필요성과 관련된 관련 문서를 정신 건강 플랜과 공유하는 경우

## 현재 의료 서비스 제공자에게 약물사용장애 서비스를 지속 제공받을 수 있을까요?

다음과 같은 경우 일정 기간 동안 네트워크 외부에서 서비스 제공자를 유지하도록 요청할 수 있습니다.

- 귀하가 요청한 의료 서비스 제공자와 지속적인 관계를 유지하고 있으며 약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS) 카운티로 전환하기 전 해당 의료 서비스 제공자를 만난 적이 있는 경우.
- 회원의 건강에 심각한 손상이 발생하는 것을 방지하거나 입원, 시설 수용의 위험을 줄이기 위한 지속적인 치료를 받기 위해 현재 의료 서비스 제공자와 계속 상담해야 하는 경우.

## 스마트 기기를 사용하여 행동 보건 기록 및 의료 서비스 제공자 명단 정보에 액세스할 권리

컴퓨터, 스마트 태블릿 또는 모바일 장치에 다운로드한 애플리케이션을 사용해 행동 보건 기록에 액세스하거나 의료 서비스 제공자를 찾을 수 있습니다. 이 방법으로 정보 획득을 위한 애플리케이션을 선택하기 전 고려해야 할 정보는 이 핸드북의 카운티 연락처 섹션에 나열된 해당 카운티 웹사이트에서 찾을 수 있습니다.

2024년 9월 1일, 샌디에이고 행동 보건 계획(MHP 및 DMC-ODS)은 2개의 개별 레거시 시스템 SanWITs(DMC-ODS) 및 CCBH(MHP)에서 SmartCare EHR로 전환되었습니다. 이에 따라 Patient Access API에 대한 샌디에이고 BHP에 공개적으로 액세스할 수 있는 회원 교육 리소스가 2024-2025 회계연도 내에 제공될 예정입니다.

## 서비스 범위

행동 보건 서비스를 이용할 수 있는 기준을 충족할 경우, 귀하의 필요성에 따라 다음과 같은 서비스를 이용할 수 있습니다. 귀하의 의료 서비스 제공자는 귀하와 협력을 통해 어떤 서비스가 귀하에게 가장 적합한지 결정할 것입니다.

### 전문 정신 건강 서비스

#### *정신 건강 서비스*

- 정신 건강 서비스란 정신 건강 문제가 있는 사람들이 일상생활을 위한 대처 능력을 기를 수 있도록 돕는 개인, 그룹 또는 가족 기반 치료 서비스를 의미합니다. 이러한 서비스에는 의료 서비스 제공자가 그러한 관리를 제공받는 사람을 위한 서비스 개선을 위해 수행하는 업무 또한 포함됩니다. 이러한 유형에는 서비스 필요 여부

및 서비스 효율성 여부에 대한 평가, 귀하의 정신 건강 치료의 목표와 제공될 특정 서비스를 결정하기 위한 치료 계획, 귀하의 일상생활 능력 향상 또는 유지를 돕기 위해 가족 및 귀하의 삶에 있어 중요한 개인들과의 협력을 의미하는 "콜래트럴"(collateral)이 포함되어 있습니다.

- 정신 건강 서비스는 진료소, 의료 서비스 제공자의 진료소, 가정 내 또는 다른 커뮤니티 환경, 전화를 통해 또는 원격 의료 서비스(오디오만 사용 및 소통 가능한 영상 모두 포함)를 통해 제공될 수 있습니다. 카운티 및 의료 서비스 제공자가 귀하와 협력해 귀하의 서비스/예약 빈도를 결정할 것입니다.

### ***의약품 지원 서비스***

- 해당 서비스로는 정신과 의약품의 처방, 투여, 조제 및 모니터링이 포함됩니다. 의료 서비스

제공자가 약물 관련 교육도 제공할 수 있습니다.  
이 서비스는 진료소, 의사의 진료실, 가정 내  
또는 커뮤니티 환경, 전화를 통해 또는 원격  
의료 서비스(오디오만 사용 및 소통 가능한 영상  
모두 포함)를 통해 제공될 수 있습니다.

### **표적중심 증례 관리**

- 이러한 서비스는 회원이 정신 건강 문제가 있는  
사람들이 의료, 교육, 사회, 직업, 재활 또는 기타  
커뮤니티 서비스를 스스로 제공받는데 어려움이  
있을 경우 도움이 됩니다. 표적중심 증례  
관리에는 다음이 포함되나 이에 국한되지는  
않습니다.

- 플랜 개발
- 커뮤니케이션, 조정 및 추천
- 의료 서비스 및 의료 서비스 제공 시스템에  
대한 개인의 접근성을 보장하기 위한 서비스



## 제공 모니터링

- 개인의 진행 상황 모니터링.

## 위기 중재 서비스

- 이러한 서비스는 즉각적인 조치가 요구되는 긴급한 문제를 해결하고자 할 때 이용할 수 있습니다. 위기 중재 서비스의 목적은 커뮤니티 내에서 도움을 제공함으로써 병원에 갈 필요가 없도록 하는 것입니다. 위기 중재 서비스는 최대 8시간까지 이용할 수 있으며, 진료소 또는 의료 서비스 제공자의 진료소, 가정 내 또는 다른 커뮤니티 환경을 통해 제공될 수 있습니다. 이러한 서비스는 전화, 원격 의료를 통해서도 이용할 수 있습니다.

## 위기 안정화 서비스

- 이러한 서비스는 즉각적인 조치가 요구되는

긴급한 문제를 해결하고자 할 때 이용할 수 있습니다. 위기 안정화 서비스는 24시간 이하로 이용할 수 있으며, 라이선스가 부여된 24시간 의료 서비스 기관, 병원 기반 외래 프로그램 또는 이 서비스를 제공하기 위해 인증된 의료 서비스 제공자 진료소에서 제공되어야 한다.

### **성인 영양 치료 서비스**

- 이 서비스는 허가된 주거 시설에 거주하는 정신 건강 질환자를 대상으로 정신 건강 치료를 제공합니다. 서비스 제공자들은 환자들을 대상으로 기술을 익히고 정신 건강 질환자를 대상으로 하는 주거형 치료 서비스를 제공합니다. 이러한 서비스는 연중무휴 이용 가능합니다. Medi-Cal은 해당 시설에서 숙식하는데 드는 숙박 및 식사 비용을 부담하지 않습니다.

## **위기 요양 치료 서비스**

- 이러한 서비스는 심각한 정신적 또는 정서적 위기를 가지고 있는 사람들에게 정신 건강 치료 및 기술 구축 기회를 제공합니다. 이는 병원에서의 정신과 치료를 필요로 하는 사람들을 대상으로 하지 않습니다. 서비스는 허가된 시설에서 연중무휴 24시간 이용할 수 있습니다. Medi-Cal은 해당 시설에서 드는 숙박 및 식사 비용을 부담하지 않습니다.

## **당일 집중 치료 서비스**

- 이러한 서비스는 병원이나 기타 24시간 치료 시설에 입원해야 할 필요가 있는 사람들에게 제공되는 체계화된 정신 건강 치료 프로그램입니다. 이 프로그램은 하루에 3시간 동안 진행됩니다. 여기에는 치료, 심리 치료 및 기술 개발 활동이 포함됩니다.

## **당일 재활 치료**

- 이 프로그램은 정신 건강 질환자가 증상을 더 잘 관리할 수 있는 대처 및 생활 기술을 배우고 개발하도록 돕는 데 목적을 둡니다. 이 프로그램은 하루에 최소 3시간 동안 진행됩니다. 여기에는 치료 및 기술 개발 활동이 포함됩니다.

## **정신과 입원 치료 서비스**

- 이 서비스는 면허를 소지한 정신병원에서 제공됩니다. 면허를 소지한 정신 건강 전문가가 환자의 정신 건강 상태에 대해 24시간 집중 치료 필요 여부를 결정합니다. 전문가가 회원에게 24시간 치료가 필요하다고 판단하면 해당 회원은 1일 24시간 동안 병원에 입원해야 합니다.

## **정신과 의료 시설 서비스**

- 이러한 서비스는 심각한 정신 건강 문제에 대한

24시간 재활 치료를 전문으로 하는 인가된 정신 건강 의료 시설에서 제공되는 서비스입니다. 정신과 의료 시설은 근처 병원이나 진료소와 계약을 통해 시설에 입원한 사람들의 신체적 건강 관리 필요성 또한 충족해야 합니다. 정신과 의료 시설은 통상적으로 외래에서 치료할 수 있는 범위 이상의 치료가 필요한 신체적 질환이나 부상이 없는 환자만 입원을 등록시키고 치료할 수 있습니다.

### **치료적 행동 서비스(TBS)**

치료적 행동 서비스(TBS)는 만 21세 이하의 회원을 대상으로 한 집중적인 단기적 외래 치료 중재 서비스입니다. 이러한 서비스는 각 회원을 위해 별도로 설계되었습니다. 이러한 서비스를 제공받는 회원은 중증의 정서적 장애 증상이 있고, 스트레스가 심한 변화의 시기 또는 인생의 위기를 겪고 있으며,

단기적이며 구체적인 지원 서비스가 추가로 필요합니다.

이 서비스는 중증의 정서적 문제가 있는 경우 카운티를 통해 이용할 수 있는 전문 정신 건강 서비스의 한 유형입니다. 치료적 행동 서비스(TBS)를 제공받으려면 귀하께서 정신 건강 서비스를 받아야 하고, 만 21세 미만이어야 하며, Full-Scope(포괄적) Medi-Cal을 보유해야 합니다.

- 가정내 거주하고 계신 경우, 치료적 행동 서비스(TBS) 의료진은 귀하께서 정서적으로 매우 심각한 문제가 있는 어린이 및 만 21세 미만의 청년을 위한 그룹 시설과 같은 상급 치료 시설로 이동할 필요가 발생하지 않도록 하기 위해 귀하와 일대일로 심각한 행동 문제를 줄이려는 노력을 함께할 수 있습니다.
- 가정 밖에 거주하고 계신 경우, 치료적 행동

서비스(TBS) 의료진은 귀하하거나 위탁 가정  
같은 가족 기반 환경으로 이동할 수 있도록  
귀하와 노력을 함께할 수 있습니다.

치료적 행동 서비스(TBS)를 통해 귀하 및 가족,  
간병인 또는 보호자가 문제 행동을 다루는 새로운  
방법과 귀하께서 성공적일 수 있도록 해줄 긍정적  
행동을 증가시키는 방법을 배울 수 있도록 도움을  
제공해 드립니다. 귀하, 치료적 행동 서비스(TBS)  
의료진 및 가족, 간병인 또는 보호자는 하나의  
팀으로서 서비스가 더 이상 귀하께 필요하지 않게 될  
때까지 문제 행동을 해결하기 위해 단기간 동안 함께  
협력할 것입니다. 귀하께는 귀하, 가족, 간병인 또는  
보호자와 치료적 행동 서비스(TBS) 의료진이 치료적  
행동 서비스(TBS) 중 무엇을 하는 지를 알려주는  
치료적 행동 서비스(TBS) 계획이 제공됩니다. 치료적  
행동 서비스(TBS) 계획에는 서비스의 제공 시점 및

위치를 포함합니다. 치료적 행동 서비스(TBS) 의료진은 귀하께서 도움이 필요할 수 있는 대부분 장소에서 귀하께 도움을 제공할 수 있습니다. 여기에는 귀하의 가정, 위탁 가정, 학교, 당일 치료 프로그램 및 커뮤니티 내 기타 구역이 포함되어 있습니다.

### **중환자 진료 조정(ICC)**

이 서비스는 만 21세 미만의 수혜자에 대한 서비스 평가, 치료 계획 및 조정을 용이하게 하는 표적중심 증례 관리 서비스입니다. 이 서비스는 전체 범위의 Medi-Cal 서비스 대상이며 의학적 필요성에 따라 서비스를 의뢰받은 사람들을 대상으로 합니다. 이 서비스는 통합 핵심 실행 모델(Integrated Core Practice Model) 원칙에 따라 제공됩니다. 여기에는 아동, 가족 및 관련 아동 서비스 시스템 간 건전한



의사 소통 관계의 유지를 돕는 아동 및 가족 팀  
설립이 포함됩니다.

아동 및 가족 팀은 전문 지원(예: 보육 코디네이터,  
아동 서비스 기관 사례 관리자), 환경적 지원(예:  
가족, 이웃, 친구, 성직자) 및 고객 계획을 세우고  
수행하기 위해 함께 일하는 그 밖의 사람들을  
포함합니다. 이 팀은 어린이 및 가족의 목표 달성을  
지원, 보장합니다.

이 서비스는 다음과 같은 코디네이터를 포함합니다.

- 의료적으로 필수적인 서비스가 강점 기반  
접근법에 따라, 개별적으로, 고객 중심으로,  
문화적 및 언어적으로 적합한 방식으로 이용,  
조정 및 전달될 수 있도록 하는 업무.
- 서비스와 지원이 아동의 필요성에 기초하여  
이루어지도록 하는 업무.

- 어린이, 가족, 의료 서비스 제공자 등을 위해 모두가 협력할 수 있는 업무.
- 부모/간병인이 아동의 필요성을 충족해줄 수 있도록 지원하는 업무.
- 아동 및 가족 팀 구성에 도움을 제공하고 지속적인 지원을 제공하는 업무.
- 필요 시 타 보육기관에서 아동을 돌보도록 하는 업무.

### **중환자 가정 기반 서비스(IHBS)**

- 이러한 서비스는 각 회원을 위해 별도로 설계되었습니다. 여기에는 아동/청소년의 기능을 방해할 수 있는 정신 건강 상태 개선을 위한 근력 기반 중재가 포함됩니다. 이러한 서비스는 아동/청소년이 가정, 지역사회에서 보다 잘 기능하는 데 필요한 기술을 익히고 이를 돕는 가족의 능력을 향상시키도록 돕는 것을 목표로

합니다.

- 중환자 가정 기반 서비스(IHBS)는 아동 및 가족 팀에 의해 통합 핵심 실행 모델(Integrated Core Practice Model) 원칙에 따라 제공됩니다. 이 서비스는 가족의 전체 서비스 계획을 사용합니다. 이 서비스는 전체 범위의 Medi-Cal 서비스 대상 만 21세 미만의 회원에게 제공됩니다. 이러한 서비스를 받으려면 의학적으로 필요하다는 의뢰가 필요합니다.

### **치료적 위탁 진료(TFC)**

- 치료적 위탁 진료(TFC) 서비스 모델은 복합적인 정서적 및 행동적 문제가 있는 아동을 위해 최대 만 21세까지 외상 정보에 기초한, 전문 정신 건강 서비스를 단기적, 집중적으로 제공합니다. 이러한 서비스는 각 회원을 위해 별도로 설계되었습니다. 치료적 위탁 진료(TFC)의 경우

아동에게 훈련이 제공되고 감독을 받으며,  
치료적 위탁 진료(TFC) 부모의 지원을 받게  
됩니다.

### **사법 관련 사회복귀**

- 수감 석방 90일 전까지 사법적 문제에 연루된 회원에게 의료 서비스를 제공합니다. 이용 가능한 서비스 유형에는 사회복귀 사례 관리, 행동 보건 임상 상담 서비스, 동료 지원, 행동 보건 상담, 치료, 환자 교육, 약물 서비스, 석방 후 및 복귀 계획, 검사 및 방사선 서비스, 약물 정보, 지원 서비스, 적절한 의료 서비스 제공자 등록 지원(예: 출시 후 약물 보조 치료를 지속할 수 있는 마약 치료 프로그램)이 포함됩니다. 이러한 서비스를 받으려면 해당 개인은 다음과 같은 Medi-Cal 또는 CHIP 회원이어야 합니다.

- 만 21세 미만의 경우 청소년 교정 시설에 구금되어 있음.
- 성인의 경우 구금 상태로 프로그램의 의료 요건 중 하나를 충족함.
- 이 서비스와 관련한 추가 정보 요청은 이 안내서 표지의 전화번호를 사용해 카운티로 문의해 주십시오.

### ***Medi-Cal 동료 지원 서비스(카운티에 따라 다름)***

- Medi-Cal 동료 지원 서비스는 구조화된 활동을 통해 회복, 복원, 참여, 사회화, 자족성, 자기 변호, 자연적 지원 개발, 강점 식별을 진척시킵니다. 이러한 서비스는 귀하 또는 귀하께서 지정한 주요 지원 담당자에게 제공될 수 있으며, 귀하께서 다른 정신 건강 서비스를 제공받는 것과 동시에 제공될 수 있습니다. Medi-Cal 동료 지원 전문가 서비스의 동료 지원가는

행동 건강 또는 약물사용 질환을 경험하고 회복 중인 개인으로서, 카운티의 주정부 인증 공인 프로그램의 요건을 갖춘 사람, 카운티에서 공인한 사람 및 주에서 라이선스를 받거나, 면제를 받거나 등록된 행동 보건 전문가의 지시에 따라 이러한 서비스를 제공하는 사람입니다.

- Medi-Cal 동료 지원 서비스에는 개인 및 그룹 코칭, 교육기술 형성 그룹, 자원 탐색, 행동 보건 치료에 참여하도록 장려하는 참여 서비스, 자기 변호 촉진 등의 치료 활동이 포함되어 있습니다.
- 만 21세 미만 회원은 거주하는 카운티에 관계없이 조기 및 주기적 선별, 진단, 치료에 따른 서비스 대상이 될 수 있습니다.
- Medi-Cal 동료 지원 서비스 제공은 참여하는 카운티의 선택적인 사항입니다. 해당 카운티에서

이 서비스의 제공 여부를 알아보려면 이 안내서 끝의 “카운티 관련 추가 정보” 섹션을 참조하십시오.

### *위기 관리 대응 서비스*

- 정신 건강 문제가 있는 경우, 위기 관리 대응 서비스를 이용할 수 있습니다.
- 위기 관리 대응 서비스란 병원이나 기타 커뮤니티 시설을 제외한 가정, 직장, 학교 또는 기타 장소를 포함하여 위기가 발생한 장소에서 의료 제공자가 제공하는 서비스를 의미합니다. 위기 관리 대응 서비스는 연중무휴 이용할 수 있습니다.
- 위기 관리 대응 서비스에는 신속한 응답, 개인 평가 및 커뮤니티 기반 안정화가 포함되어 있습니다. 추가 관리가 필요한 경우 위기 관리

대응 서비스 제공자는 워 핸드오프 또는 타 서비스를 활용할 수 있도록 합니다.

## 약물사용장애 서비스

### *약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS) 카운티 서비스란?*

약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS) 카운티 서비스는 약물사용 질환이 있는 사람, 즉 주류 또는 기타 약물을 오용하고 있는 사람 또는 소아과 의사 또는 일반의가 치료할 수 없는 약물사용 질환이 발생할 위험이 있는 사람들을 대상으로 합니다.

이러한 서비스에는 의료 서비스 제공자가 그러한 관리를 제공받는 사람을 위한 서비스 개선을 위해 수행하는 업무 또한 포함됩니다. 이 서비스는 서비스가 필요한지, 서비스가 제대로 작동하는지 확인하기 위한 평가가 포함됩니다.



약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS)은 진료소, 의료 서비스 제공자의 진료소, 가정 내 또는 다른 커뮤니티 환경, 전화를 통해 또는 원격 의료 서비스(오디오만 사용 및 소통 가능한 영상 모두 포함)를 통해 제공될 수 있습니다. 카운티 및 의료 서비스 제공자가 귀하와 협력해 귀하의 서비스/예약 빈도를 결정할 것입니다.

### ***미국 중독 의약 협회(ASAM)***

귀하가 받을 수 있는 약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS) 중 일부는 미국 중독 의약 협회(ASAM) 표준을 기반으로 제공됩니다. 카운티 또는 의료 서비스 제공자는 필요 시 미국 중독 의약 협회(ASAM) 도구를 사용해 귀하에게 적합한 유형의 서비스를 찾을 것입니다. 해당 유형의 서비스를 “치료 수준” 이라고 하며 이는 아래에 정의되어 있습니다.

## **검사, 평가, 단기 중재 및 치료 의뢰(미국 중독 의약 협회 수준 0.5)**

음주 및 약물 선별, 평가, 단기 중재 및 치료 의뢰 지침(SABIRT)은 약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS) 보험이 아닙니다. 만 11세 이상 회원을 대상으로 하는 Medi-Cal Fee-for-Service(행위별수가제) 및 Medi-Cal 관리형 의료 보험 전달 시스템에 대한 보험입니다. 관리형 치료 플랜은 만 11세 이상의 회원을 대상으로 이 서비스를 포함해 보장되는 약물사용장애 서비스를 제공해야 합니다.

## **조기 중재 서비스**

조기 중재 서비스는 만 21세 미만 회원을 대상으로 하는 약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS) 서비스입니다. 약물사용장애가 발생할 위험이 있는 것으로 선별 및 판정된 만 21세 미만의 회원은 조기 중재 서비스로 외래에서 보장하는 서비스를 제공받을

수 있습니다. 만 21세 미만 회원에 대한 조기 중개 서비스는 약물사용장애 진단이 필요하지 않습니다.

### ***조기 및 주기적 선별, 진단, 치료***

만 21세 미만의 회원은 본 안내서에서 설명된 서비스와 조기 및 주기적 선별, 진단, 치료라는 보험을 통해 추가적인 Medi-Cal 서비스를 제공받을 수 있습니다.

조기 및 주기적 선별, 진단, 치료 서비스를 받을 대상으로는 회원이 만 21세 미만이어야 하며, Full-Scope(포괄적) Medi-Cal을 보유해야 합니다. 혜택은 신체적 및 행동적 건강 상태를 교정하거나 도움을 받기 위해 의료적으로 필요한 서비스를 보장합니다. 건강 상태를 유지, 지원, 개선 또는 내성 상태를 향상시키는 서비스는 건강 상태에 도움이 되는 것으로 간주되며, 조기 및 주기적 선별, 진단, 치료 서비스로서 보장됩니다. 만 21세 미만의 회원에 대한

접근 기준은 약물사용장애 질환의 예방 및 조기 중재를 위한 조기 및 주기적 선별, 진단, 치료 요건과 의도를 충족시키기 위해 약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS) 서비스를 이용하는 성인에 대한 접근 기준과 차이가 있으며, 이러한 기준은 보다 유연하게 적용됩니다.

이러한 서비스에 대해 궁금한 점이 있으면 행동 보건 플랜에 전화하거나 [DHCS Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment webpage](#)를 방문하십시오.

### ***외래 치료 서비스(미국 중독 의약 협회 수준 1)***

- 의료적으로 필요한 경우, 회원을 대상으로 성인의 경우 주 9시간까지, 만 21세 미만 회원의 경우 주 6시간 이내까지 상담 서비스를 제공받을 수 있습니다. 필요 시 추가적인 시간을 받을 수

있습니다. 상담사와 같이 면허 보유자가 직접 방문하거나 전화 또는 원격 의료를 통해 서비스를 제공할 수 있습니다.

- 외래 서비스에는 평가, 진료 조정, 상담(개인 및 집단), 가족 요법, 약물 서비스, 아편류 사용장애에 대한 중독 치료를 위한 약물, 알코올 사용장애 및 기타 아편류 약물사용장애에 대한 중독 치료를 위한 약물, 환자 교육, 회복 서비스 및 약물사용장애 위기 개입 서비스가 포함되어 있습니다.

### **집중 외래 서비스(미국 중독 의약 협회 수준 2.1)**

- 의료적으로 필요성이 있는 경우 집중 외래 서비스는 회원을 대상으로 성인의 경우 주 최소 9시간에서 최대 19시간까지, 만 21세 미만 회원의 경우 주 최소 6시간부터 최대 19시간까지 제공됩니다. 서비스는 개인의 의료적 필요성에

따라 최대 시간 이상을 제공받을 수 있습니다. 서비스는 대부분 중독 관련 문제에 대한 상담과 교육으로 구성되어 있습니다. 서비스는 구조화된 환경에서 자격을 갖춘 전문가 또는 자격을 갖춘 상담사에 의해 제공될 수 있습니다. 외래 집중 치료 서비스는 대면으로, 원격 의료 서비스로 또는 전화를 통해 제공될 수 있습니다.

- 집중 외래 서비스에는 외래 서비스와 동일한 요소가 포함되어 있습니다. 가장 큰 차이는 증가된 서비스 시간입니다.

**부분적 입원(카운티에 따라 다름)(미국 중독 의약 협회 수준 2.5)**

- 만 21세 미만 회원은 거주하는 카운티에 관계없이 조기 및 주기적 선별, 진단, 치료에 따라 이 서비스를 받을 수 있습니다.

- 의료적으로 필요한 경우 부분적 입원 서비스에는 주당 20시간 이상의 서비스가 포함되어 있습니다. 부분적 입원 프로그램은 정신과, 의학 및 검사실 서비스를 바로 이용할 수 있으며, 일일 모니터링 또는 관리를 보장하지만 진료소 내에서 적절하게 대처할 수 있는 식별된 필요성을 충족합니다. 서비스는 대면으로, 원격 의료 서비스로 또는 전화를 통해 제공될 수 있습니다.
- 부분적 입원 서비스는 집중 외래 서비스와 유사하며, 가장 큰 차이는 서비스 시간 증가와 의료 서비스에 대한 추가 이용성입니다.

***거주형 치료(카운티 승인에 따름)(미국 중독 의약 협회 수준 3.1 - 4.0)***

- 거주형 치료는 의료적으로 필요성이 있다고 판단되는 경우 약물사용장애 진단을 받은 회원에게 재활 서비스를 제공하는

프로그램입니다. 회원은 부지 내에 거주하여야 하며, 대인관계 및 자립생활 기술의 변화, 유지관리, 적용 및 커뮤니티 지원제도의 접근을 위한 노력이 지원되어야 합니다. 대부분의 서비스는 대면으로 직접 제공되지만, 원격 의료 서비스 및 전화는 거주형 치료를 받는 동안 서비스를 제공하기 위해 사용될 수도 있습니다. 의료 서비스 제공자와 거주자는 협력적으로 장벽을 분명히 하고, 우선순위를 설정하며, 목표를 수립하고, 약물사용장애 관련 문제를 해결합니다. 해당 목표에는 약물 사용 중단, 재발 유발 요인 대비, 개인건강 및 사회적 기술 향상, 장기적인 진료 참여가 포함되어 있습니다.

- 거주형 서비스의 경우 약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS) 카운티의 사전 승인이 필요합니다.



- 거주형 서비스에는 등록 및 평가, 진료 조정, 개인 상담, 그룹 상담, 가족 요법, 약물 서비스, 아편류 사용장애에 대한 중독 치료를 위한 약물, 알코올 사용장애 및 기타 아편류 약물사용장애에 대한 중독 치료를 위한 약물, 환자 교육, 회복 서비스 및 약물사용장애 위기 개입 서비스가 포함되어 있습니다.
- 거주형 서비스 제공자는 거주형 치료 중 현장 내에서 직접적으로 중독 치료를 위한 약물을 제공하거나 현장 외에서 중독 치료를 위한 약물 이용을 받을 수 있도록 도와야 합니다. 거주형 서비스 제공자는 중독 치료 제공자의 약물에 대한 연락처 정보만 제공하여 이러한 요건을 충족하지 못합니다. 거주형 서비스 제공자는 약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS)에

따라 적용을 받는 회원에게 약물을 제공하고  
처방해야 합니다.

**입원 치료 서비스(카운티 승인에 따름)(카운티에 따라  
다름)(미국 중독 의약 협회 수준 3.1 - 4.0)**

- 만 21세 미만 수급권자는 거주하는 카운티에  
관계없이 조기 및 주기적 선별, 진단, 치료에  
따른 서비스 대상이 될 수 있습니다.
- 입원 서비스는 입원 환경 내에서 전문적으로  
명시된 평가, 관찰, 의학적 모니터링 및 중독  
치료를 제공하는 24시간 환경에서 제공됩니다.  
대부분의 서비스는 대면으로 직접 제공되지만,  
원격 의료 서비스 및 전화는 입원 치료를 받는  
동안 서비스를 제공하기 위해 사용될 수도  
있습니다.
- 입원 서비스는 구조화되어 있으며 의사는 공인  
간호사(RN), 중독 전문 상담사 및 기타 임상

의료진과 함께 24시간 현장에서 대기하고 있습니다. 입원 서비스에는 평가, 진료 조정, 상담, 가족 요법, 약물 서비스, 아편류 사용장애에 대한 중독 치료를 위한 약물, 알코올 사용장애 및 기타 아편류 약물사용장애에 대한 중독 치료를 위한 약물, 환자 교육, 회복 서비스 및 약물사용장애 위기 개입 서비스가 포함되어 있습니다.

### ***마약 치료 프로그램***

- 마약 치료 프로그램은 의학적으로 필요한 경우 의사가 약물사용장애를 치료하기 위해 약물을 제공하는 외래 프로그램입니다. 회원에게 메타돈, 부프레노르핀, 날록손, 디설피람을 포함한 약물을 투여하기 위해 마약 치료 프로그램이 필요합니다.

- 회원은 한 달에 최소 50분 이상의 상담을 받아야 합니다. 이러한 상담 서비스는 대면으로, 원격 의료 서비스로 또는 전화를 통해 제공될 수 있습니다. 마약 치료 서비스에는 평가, 진료 조정, 상담, 가족 요법, 의학적 정신치료, 약물 서비스, 치료 관리, 아편류 사용장애에 대한 중독 치료를 위한 약물, 알코올 사용장애 및 기타 아편류 약물사용장애에 대한 중독 치료를 위한 약물, 환자 교육, 회복 서비스 및 약물사용장애 위기 개입 서비스가 포함되어 있습니다.

### **금단증상 관리**

- 금단증상 관리 서비스는 응급으로, 단기 기간 동안 제공됩니다. 이러한 서비스는 전체 평가가 완료되기 전 제공될 수 있습니다. 금단증상 관리 서비스는 외래, 주거형 또는 입원 상태의 환자에서 제공될 수 있습니다.

- 환경의 유형에 관계 없이 금단증상 관리 과정 중 회원은 모니터링되어야 합니다. 거주형 또는 입원 환경 내에서 금단증상 관리를 받는 회원은 해당 위치에 거주해야 합니다. 의료적으로 필요한 재활 및 재활 서비스는 라이선스를 보유한 의사 또는 라이선스를 보유한 처방자를 통해 처방이 이루어 집니다.
- 금단증상 관리 서비스에는 평가, 진료 조정, 약물 서비스, 아편류 사용장애에 대한 중독 치료를 위한 약물, 알코올 사용장애 및 기타 아편류 약물사용장애에 대한 중독 치료를 위한 약물, 관찰, 회복 서비스가 포함되어 있습니다.

### **중독 치료를 위한 약물**

- 중독 치료를 위한 약물은 임상 및 비임상 환경 내에서 이용할 수 있습니다. 중독 치료를 위한 약물에는 알코올 사용장애, 아편류 사용장애 및

모든 약물사용장애를 치료하기 위해 FDA 승인을 받은 모든 약물 및 생물학적 의약품이 포함됩니다. 회원은 현장내에서 또는 시설 외부의 의뢰를 통해 중독 치료 약물을 제공받을 권리가 있습니다. 승인된 약물 목록에는 다음이 포함되어 있습니다.

- 아캄프로세이트 칼슘
- 부프레노르핀 하이드로클로라이드
- 부프레노르핀 장기 지속형(ER) 주사제(Sublocade)
- 부프레노르핀/날록손 하이드로클로라이드
- 날록손 하이드로클로라이드
- 날트렉손(경구형)
- 날트렉손 미립구 현탁주사액(Vivitrol)
- 로페시딘 하이드로클로라이드(Lucemyra)
- 디설피람(Antabuse)

- 메타돈(마약 치료 프로그램에서 제공됨)
- 중독 치료를 위한 약물 서비스에서는 평가, 진료 조정, 개별 상담, 그룹 상담, 가족 요법, 약물 서비스, 환자 교육, 회복 서비스, 약물사용장애 위기 개입 서비스, 금단증상 관리 서비스를 제공할 수 있습니다. 예를 들어, 중독 치료를 위한 약물은 외래 치료 서비스, 집중 외래 서비스, 거주형 치료를 포함한 모든 약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS) 서비스의 일환으로 제공될 수 있습니다.
- 회원은 약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS) 카운티 외부에서도 중독 치료를 위한 약물을 이용할 수 있습니다. 예를 들어, 부프레노르핀과 같은 중독 치료를 위한 약물은 관리형 치료 플랜과 함께 1차 진료 환경 내에서

일부 처방자가 처방할 수 있으며, 약국에서  
조제하거나 투여할 수 있습니다.

### **사법 관련 사회복귀**

- 수감 석방 90일 전까지 사법적 문제에 연루된 회원에게 의료 서비스를 제공합니다. 이용 가능한 서비스 유형에는 사회복귀 사례 관리, 행동 보건 임상 상담 서비스, 동료 지원, 행동 보건 상담, 치료, 환자 교육, 약물 서비스, 석방 후 및 복귀 계획, 검사 및 방사선 서비스, 약물 정보, 지원 서비스, 적절한 의료 서비스 제공자 등록 지원(예: 출시 후 약물 보조 치료를 지속할 수 있는 마약 치료 프로그램)이 포함됩니다. 이러한 서비스를 받으려면 해당 개인은 다음과 같은 Medi-Cal 또는 CHIP 회원이어야 합니다.
  - 만 21세 미만의 경우 청소년 교정 시설에 구금되어 있음.



- 성인의 경우 구금 상태로 프로그램의 의료 요건 중 하나를 충족함.
- 이 서비스와 관련한 추가 정보 요청은 이 안내서 표지의 전화번호를 사용해 카운티로 문의해 주십시오.

### ***Medi-Cal 동료 지원 서비스(카운티에 따라 다름)***

- Medi-Cal 동료 지원 서비스는 구조화된 활동을 통해 회복, 복원, 참여, 사회화, 자족성, 자기 변호, 자연적 지원 개발, 강점 식별을 진척시킵니다. 이러한 서비스는 귀하 또는 귀하께서 지정한 주요 지원 담당자에게 제공될 수 있으며, 귀하께서 다른 약물 Medi-Cal 통합 전달 시스템(DMC-ODS) 서비스를 제공받는 것과 동시에 제공될 수 있습니다. Medi-Cal 동료 지원 전문가 서비스의 동료 지원가는 행동 보건 또는 약물사용 질환을 경험하고 회복 중인

개인으로서, 카운티의 주정부 인증 공인 프로그램의 요건을 갖춘 사람, 카운티에서 공인한 사람 및 주에서 라이선스를 받거나, 면제를 받거나 등록된 행동 건강 전문가의 지시에 따라 이러한 서비스를 제공하는 사람입니다.

- Medi-Cal 동료 지원 서비스에는 개인 및 그룹 코칭, 교육기술 형성 그룹, 자원 탐색, 행동 보건 치료에 참여하도록 장려하는 참여 서비스, 자기 변호 촉진 등의 치료 활동이 포함되어 있습니다.
- 만 21세 미만 회원은 거주하는 카운티에 관계없이 조기 및 주기적 선별, 진단, 치료에 따른 서비스 대상이 될 수 있습니다.
- Medi-Cal 동료 지원 서비스 제공은 참여하는 카운티의 선택적인 사항입니다. 해당 카운티에서 이 서비스의 제공 여부를 알아보려면 이 안내서

끝의 “카운티 관련 추가 정보” 섹션을  
참조하십시오.

## **회복 서비스**

- 회복 서비스는 귀하의 회복 및 건강 관리에 중요한 일부입니다. 회복 서비스는 치료 커뮤니티에 연결하여 귀하의 건강 및 의료 서비스를 관리하는 데 도움이 될 수 있습니다. 따라서 이러한 서비스는 건강 관리, 효율적인 자기관리 지원 전략 활용, 지속적인 자기관리 지원을 위한 내부적 및 커뮤니티 자원을 정리하는 귀하의 역할을 중요시합니다.
- 재발 위험에 대한 자체 평가 또는 의료 서비스 제공자 평가에 따라 회복 서비스를 제공받을 수 있습니다. 회복 서비스는 대면으로, 원격 의료 서비스로 또는 전화를 통해 받을 수도 있습니다.

- 회복 서비스에는 평가, 진료 조정, 개별 상담, 그룹 상담, 가족 요법, 회복 모니터링, 재발방지 구성요소가 포함되어 있습니다.

## **진료 조정**

- 진료 조정 서비스는 약물사용장애 관리, 정신 건강 관리, 의료적 관리 조정을 제공하고, 서비스에 대한 연결성과 귀하의 건강을 위한 지원을 제공하는 활동으로 구성되어 있습니다. 진료 조정은 모든 서비스와 더불어 제공되며 커뮤니티를 포함한 임상 또는 비임상 환경 내에서 발생할 수 있습니다.
- 진료 조정 서비스에는 의료 및 정신 건강 서비스 제공자와 건강 상태를 모니터링하고 지원하기 위한 조정, 퇴원 계획, 보육, 교통, 주거와 같은 커뮤니티 기반 서비스 연결을 포함한 보조 서비스와의 조정이 포함되어 있습니다.

## 수반성 관리(카운티에 따라 다름)

- 만 21세 미만 회원은 거주하는 카운티에 관계없이 조기 및 주기적 선별, 진단, 치료에 따른 서비스 대상이 될 수 있습니다.
- 수반성 관리 서비스 제공은 참여하는 카운티의 선택적인 사항입니다. 해당 카운티에서 이 서비스의 제공 여부를 알아보려면 이 안내서 끝의 “카운티 관련 추가 정보” 섹션을 참조하십시오.
- 수반성 관리 서비스는 자극제 사용 장애에 대한 근거 기반 치료법으로, 이는 자격을 갖춘 회원이 구조화된 24주 외래 수반성 관리 서비스에 참여하고, 이후 인센티브 없이 6개월 이상의 추가적 치료 및 회복 지원 서비스에 참여하는 것입니다.

- 초기 12주간의 수반성 관리 서비스에는 치료 목표 달성, 특히 자극제(예: 코카인, 암페타민, 필로폰)를 사용하지 않는 일련의 인센티브가 포함되어 있습니다. 참가자는 수반성 관리 서비스 프로그램에서 결정하는 대로 자주 소변 약물 검사에 동의해야 합니다. 인센티브는 현금 등가물(예: 상품권)로 구성되어 있습니다.
- 수반성 관리 서비스는 참여하는 서비스 제공자가 운영하는 비거주형 환경 내에서 서비스를 제공받고, 포괄적이고 개별화된 치료 과정에 등록되어 참여하는 회원만 이용할 수 있습니다.

### *위기 관리 대응 서비스*

- 약물사용장애 문제가 있는 경우, 위기 관리 대응 서비스를 이용할 수 있습니다.
- 위기 관리 대응 서비스란 병원이나 기타 커뮤니티 시설을 제외한 가정, 직장, 학교 또는

기타 장소를 포함하여 위기가 발생한 장소에서 의료 제공자가 제공하는 서비스를 의미합니다. 위기 관리 대응 서비스는 연중무휴 이용할 수 있습니다.

- 위기 관리 대응 서비스에는 신속한 응답, 개인 평가 및 커뮤니티 기반 안정화가 포함되어 있습니다. 추가 관리가 필요한 경우 위기 관리 대응 서비스 제공자는 워 핸드오프 또는 타 서비스를 활용할 수 있도록 합니다.

## 전화 또는 원격 의료 서비스를 통해 이용할 수 있는 서비스

행동 보건 서비스를 제공받기 위해 귀하와 귀하의 의료 서비스 제공자 간에 대면으로의 방문이 매번 필요하지는 않습니다. 귀하의 서비스에 따라 전화 또는 원격 의료 서비스를 통해 서비스를 이용할 수 있습니다. 서비스를 시작하기 전에 전화 또는 원격 의료 서비스를 통해 의료 서비스 제공자는 전화 또는 원격 의료 서비스 사용에 대해 설명하고 이에 동의하는지 확인해야 합니다. 원격 의료 서비스 또는 전화를 통해 서비스를 제공받는 것에 동의하더라도 추후 직접 또는 대면으로 서비스를 제공받는 것을 선택할 수 있습니다. 일부 유형의 행동 보건 서비스는 거주형 치료 서비스나 병원 서비스와 같이 서비스를



위한 특정 장소에 있어야 하므로, 원격 의료 서비스  
또는 전화를 통해서만 서비스를 제공할 수 없습니다.

## 문제 해결 절차 민원, 이의 제기 또는 주정부 공정 심리 요청

### 저의 카운티로부터 원하는 서비스를 받지 못하면 어떻게 해야하나요?

카운티에는 귀하가 원하거나 받고 있는 서비스와 관련된 문제를 해결할 수 있는 방법이 마련되어 있어야 합니다. 이를 문제 해결 절차라고 하며, 다음을 포함할 수 있습니다.

- 민원 절차: 전문 정신 건강 서비스, 약물사용장애 서비스, 의료 서비스 제공자 또는 카운티와 관련된 모든 사항에 대하여 구두 또는 서면으로 민원 제기. 자세한 내용은 이 안내서의 민원 절차 섹션을 참조하십시오.
- 항소 절차: 항소는 서비스를 변경(예: 서비스 거부, 해지 또는 축소)하거나 해당 서비스를

보장하지 않기로 한 카운티의 결정에 동의하지 않는 경우에 진행합니다. 자세한 내용은 이 안내서의 항소 절차 섹션을 참조하십시오.

- 주정부 공정 심리 절차: 주정부 공정 심리는 카운티가 귀하의 항소를 거부할 경우 California Department of Social Services(캘리포니아 사회 서비스부, CDSS)의 판사와 면담하는 것입니다. 자세한 내용은 이 안내서의 주정부 공정 심리 절차 섹션을 참조하십시오.

민원 또는 항소를 제기하거나 주정부 공정 심리를 요청하더라도 이는 귀하께 불리하게 작용되지 않으며 귀하께서 제공받고 있는 서비스에 영향을 미치지 않습니다. 민원 제기 또는 항소 제기는 귀하께 필요한 서비스를 제공하는 것 및 전문 행동 보건 서비스와 관련된 문제를 해결하는 것에 도움이 됩니다. 또한 민원 및 항소 제기는 서비스 개선에 사용할 수 있는

정보를 제공함으로써 카운티에 도움이 될 수 있습니다. 민원 또는 항소가 완료되면 카운티에서 귀하, 의료 서비스 제공자, 부모/보호자에게 결과를 통보합니다. 주정부 공정 심리가 완료되면 주정부 공정 심리 사무소에서 귀하와 의료 서비스 제공자에게 결과를 통보합니다.

**참고:** 아래를 참조하여 각 문제 해결 절차에 대해 자세히 알아보시기 바랍니다.

### **항소 및 민원 제기 또는 주정부 공정 심리 요청에 대한 도움을 받을 수 있을까요?**

카운티에서는 이러한 절차에 대해 귀하께 설명을 제공하고, 민원 및 항소 제기 또는 주정부 공정 심리 요청에 대해 반드시 도움을 제공해야 합니다.

카운티에서는 '신속 항소' 절차(귀하의 건강 상태, 정신 건강 상태 또는 안정성에 위험을 줄 수 있으므로

보다 빠르게 검토하는 절차)에 대한 귀하의 적합 여부를 결정하는 데 도움을 드릴 것입니다. 또한 귀하께서는 의료 서비스 제공자 또는 옹호자를 포함한 타인이 본인을 대신할 수 있도록 허가할 수도 있습니다.

도움이 필요한 경우 이 안내서 표지의 전화번호를 사용하여 카운티에 문의하십시오. 카운티에서는 민원 또는 항소와 관련된 양식 및 기타 절차상 단계를 완료하는 데 합리적인 도움을 제공해야 합니다. 여기에는 TTY/TDD 및 통역 기능이 포함된 통역 서비스 제공 및 수신자 부담 전화번호 제공이 포함되지만, 이에 제한되지는 않습니다.

### **추가 지원이 필요한 경우**

*Department of Health Care Services* **옴부즈맨**  
*사무국으로 문의하십시오.*

- 전화 문의: **1-888-452-8609**, 월요일 - 금요일,  
오전 8시 - 오후 5시(공휴일 제외).

또는

- 이메일 문의:  
[MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov). **주의:**  
이메일 메시지는 기밀로 간주되지  
않습니다(이메일 메시지에 개인 정보를 포함하지  
마십시오).

귀하께서는 지역 법률 지원 사무소 또는 기타  
그룹에서 무료 법률 지원을 받을 수 있습니다. 심리  
권리에 대해 문의하려면 다음 전화번호로 California  
Department of Social Services 공개 조사 및 대응  
부서에 문의할 수 있습니다. **1-800-952-5253 (TTY 1-  
800-952-8349)**.

## 민원

### *민원이란?*

민원은 항소 또는 주정부 공정 심리 절차가 적용되지 않는 귀하의 행동 보건 서비스 또는 카운티에 대한 귀하의 불만과 관련된 불만 사항 개진을 의미합니다.

### *민원 절차란?*

민원 절차:

- 민원 사항을 구두 또는 서면으로 제출하는 간단한 단계를 포함합니다.
- 귀하의 권리, 서비스를 상실하게 하거나 의료 서비스 제공자에게 책임을 묻지 않습니다.
- 다른 사람이 본인을 대신할 수 있도록 허가할 수 있습니다. 이 사람은 의료 서비스 제공자 또는 옹호자가 될 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신하도록 하는 데 동의하는 경우, 승인 양식에 서명하라는 요청을 받을 수 있습니다. 이 양식은

귀하의 카운티에서 해당 인물에게 정보를 공개할 수 있는 권한을 부여합니다.

- 민원에 대한 결정을 내리는 승인된 인물이 결정을 내릴 자격이 있으며 이전 단계의 검토 또는 의사결정에 참여한 적이 없는지 확인합니다.
- 카운티, 서비스 제공자 및 귀하의 의무를 결정합니다.
- 민원 결과가 필요한 일정 내에 제공되는지 확인합니다.

### ***언제 민원 제기를 할 수 있을까요?***

받은 치료에 불만족하거나 카운티 관련 기타 우려 사항이 있는 경우 언제든지 민원을 제기할 수 있습니다.



## ***어떻게 민원 제기를 할 수 있을까요?***

외래 및/또는 거주형 서비스와 관련된 민원 제기 도움을 받고자 하는 경우, (619) 282-1134번을 통해 Jewish Family Service (JFS) Patient's Advocacy Program(유대인 가족 서비스(JFS) 환자 권익옹호 프로그램)으로 전화 문의해 주시기 바랍니다. 외래 서비스와 관련된 민원 제기 도움을 받으려면 수신자 부담 전화번호 (877) 734-3258번을 통해 Consumer Center for Health Education and Advocacy(CCHEA, 보건 교육 및 권익옹호를 위한 소비자 센터)으로 전화 문의해 주시기 바랍니다.

구두 또는 서면으로 민원을 제기할 수 있습니다. 구두로 민원을 제기한 경우 서면으로 다시 제기할 필요는 없습니다. 민원을 서면으로 제출하는 경우 다음 사항을 참고하십시오. 카운티는 모든 서비스 제공자 현장에서 주소가 기입된 봉투를 제공합니다. 주소가 기입된 봉투가 없는 경우, 민원을 다음 주소로 서면 우송하십시오.

**입원 및/또는 주거형 서비스의 경우:**

Jewish Family Service of San Diego  
Joan & Irwin Jacobs Campus  
Turk Family Center Community Services  
Building  
8804 Balboa Avenue  
San Diego, CA 92123

**외래 서비스의 경우:**

Consumer Center for Health Education and  
Advocacy (CCHEA)  
1764 San Diego Avenue, Suite 100  
San Diego, CA 92110

*카운티에서 저의 민원을 접수했는지 어떻게 알 수  
있나요?*

카운티에서는 민원 접수일로부터 5일 이내에  
접수되었음을 알리는 서면 서신을 제공해야 합니다.  
전화를 통해 또는 대면으로 접수된 민원의 경우 다음  
영업일 말까지 해결된다는 데 동의하게 되어  
서면화된 확인서가 전송되지 않으며, 이 경우 서신을  
받지 못할 수도 있습니다.

## *저의 민원에 대한 결정은 언제 이루어 지나요?*

민원에 대한 결정은 해당 민원이 접수된 날로부터 30일 이내에 카운티에서 내려야 합니다.

## *카운티에서 저의 민원에 대한 결정을 내렸는지 어떻게 알 수 있나요?*

민원에 대한 결정이 내려지면 카운티는 다음 사항을 수행합니다.

- 귀하 또는 귀하의 대리인에게 결정에 대한 서면 통지 발송
- 카운티가 적시에 민원 결정을 통보하지 않을 시 주정부  
공정 심리를 요청할 권리를 알리는 불이익 결정 통지서를 귀하 또는 귀하의 대리인에게 발송
- 주정부 공정 심리를 요청할 권리에 대하여 조언 제공.

민원을 전화 또는 방문 접수한 후 접수일로부터  
익영업일이 끝날 때까지 문제가 해결되었음에 동의할  
경우 결정에 대한 서면 통지를 수령하지 못할 수  
있습니다.

**참고:** 카운티는 기간이 만료되는 날짜에 불이익 결정  
통지서를 제공해야 합니다. 불이익 결정 통지서를  
수령하지 못한 경우 자세한 정보를 위해 카운티로  
문의할 수 있습니다.

### ***민원 제기에 대한 마감일이 있나요?***

아니요, 민원 제기는 언제든지 할 수 있습니다.

### **항소**

현재 받고 있거나 받고자하는 행동 보건 서비스에  
대한 카운티의 결정에 동의하지 않는 경우 항소를  
제기할 수 있습니다. 카운티의 결정에 대한 검토를  
요청하기 위해

- 표준 항소 절차.

또는

- 신속 항소 절차를 활용할 수 있습니다.

**참고:** 이러한 두 가지 유형의 항소는 유사하지만, 신속 항소의 대상이 되기 위해서는 특정 요건을 충족해야 합니다(요건은 아래를 참조하십시오).

카운티는 신청서 작성 후 서면 항소 제기 준비, 웹사이트의 양식 위치 알림, 요청 시 양식 제공 등 항소를 위한 기타 절차적 조치를 취하도록 지원해야 합니다. 또한 카운티는 연방 규정에 따라 불이익 결정에 대해 항소하는 과정에서 귀하에게 혜택의 지속을 요청할 수 있도록 조언 및 지원해야 합니다.

### ***표준 항소 절차는 무엇이 진행되나요?***

표준 항소 절차:

- 구두로 또는 서면으로 항소를 제기할 수

있습니다.

- 향소 제출은 어떤 식으로든 귀하의 권리, 서비스를 상실하게 하거나 의료 서비스 제공자에게 책임을 묻지 않습니다.
- 다른 사람(의료 서비스 제공자 또는 옹호자)이 본인을 대신할 수 있도록 허가할 수 있습니다. 주의: 귀하께서 다른 사람에게 귀하를 대신할 수 있도록 허가할 경우, 카운티에서는 카운티에서 해당 대리인에게 정보를 공개할 수 있는 권한을 부여하는 양식에 서명을 요청할 수 있습니다.
- 향소 시 필요한 기간 동안 혜택을 계속 받을 수 있습니다. 주의: 이는 불이익 결정 통지서가 우편으로 발송되었거나 개인적으로 전달받은 날로부터 10일 간입니다.
- 향소가 진행 중이며 향소의 최종적 결정이 카운티의 불이익 결정에 유리한 경우, 유지된

서비스에 대한 비용을 지불하지 않도록 합니다.

- 귀하의 항소에 대해 결정권자가 자격을 갖추고 있으며, 이전 검토 수준 또는 이루어진 결정에 관여되지 않았는지 확인합니다.
- 본인 또는 대리인이 의료 기록 및 기타 관련 서류를 포함한 사례 파일을 검토할 수 있도록 합니다.
- 대면으로 또는 서면으로 증거와 증언을 제시할 수 있고, 주장을 할 수 있는 합리적인 기회를 제공합니다.
- 귀하, 승인된 사람 또는 사망한 회원의 자산에 대한 법정 대리인이 항소의 당사자로 포함될 수 있도록 합니다.
- 항소 검토 중이라는 카운티의 서면 확인서를 제출하십시오.
- 귀하께 항소 절차가 완료된 후 주정부 공정

심리를 요청할 권리가 있음을 알려드립니다.

### ***언제 항소 제기를 할 수 있을까요?***

다음의 경우 카운티에 항소를 제기할 수 있습니다.

- 카운티 또는 계약 제공자가 귀하가 행동 보건 서비스의 이용 기준을 충족하지 못한다고 판단한 경우.
- 의료 서비스 제공자가 행동 보건 서비스를 추천하고 카운티에 승인을 요청했으나 카운티에서 해당 요청을 거부 또는 서비스 유형, 빈도 변경하는 경우.
- 서비스 제공자가 카운티에 승인을 요청했으나 카운티에서 추가 정보를 요구하며 승인 절차를 제시기간에 완료하지 못한 경우.
- 귀하의 카운티가 사전에 지정된 일정에 따른 서비스를 제공하지 않은 경우.
- 카운티가 제 시간에 귀하의 요구를 충족시키지



못한다고 여겨지는 경우.

- 귀하의 민원, 항소 또는 신속 항소가 적시에 해소되지 않은 경우.
- 귀하와 서비스 제공자의 필요한 행동 보건 서비스에 대한 견해가 다른 경우.

### ***어떻게 항소 제기를 할 수 있을까요?***

- 다음 세 가지 방법 중 하나로 항소를 제기할 수 있습니다.
  - 외래 및/또는 거주형 서비스와 관련된 민원 제기 도움을 받고자 하는 경우, (619) 282-1134번을 통해 Jewish Family Service (JFS) Patient's Advocacy Program(유대인 가족 서비스(JFS) 환자 권익옹호 프로그램)으로 전화 문의해 주시기 바랍니다. 외래 서비스와 관련된 민원 제기 도움을 받고자 하는 경우, 수신자 부담 전화번호 (877) 734-3258번을

통해 Consumer Center for Health Education and Advocacy(CCHEA, 보건 교육 및 권익옹호를 위한 소비자 센터)으로 전화 문의해 주시기 바랍니다. 전화 후 서면 항소도 제출해야 하며, 그 밖에는

- 우편으로 항소합니다(카운티에서는 모든 의료 서비스 제공자의 현장에서 귀하께서 우편을 통해 항소를 전송할 수 있도록 반송용 우편 봉투를 제공할 것입니다). 참고: 주소가 기입된 봉투가 없는 경우, 다음 주소로 항소를 직접 우송하십시오.

**입원 및/또는 주거형 서비스의 경우:**

Jewish Family Service of San Diego  
Joan & Irwin Jacobs Campus  
Turk Family Center Community Services  
Building  
8804 Balboa Avenue  
San Diego, CA 92123

## 외래 서비스의 경우:

Consumer Center for Health Education and  
Advocacy (CCHEA)  
1764 San Diego Avenue, Suite 100  
San Diego, CA 92110

또는

- 이메일 또는 팩스로 항소를 제출하십시오.  
자세한 정보는 이 안내서 끝의 “카운티 관련  
추가 정보” 섹션을 참조하십시오.

### *저의 항소가 결정되었는지 어떻게 알 수 있나요?*

귀하 또는 귀하의 대리인은 귀하의 항소 결정에 대한  
서면 통지를 귀하의 카운티로부터 받게 됩니다.

통지에는 다음과 같은 정보가 포함되어 있습니다.

- 항소 해소 절차에 대한 결과.
- 항소 결정이 이루어진 날짜.
- 항소가 귀하에게 유리한 방향으로 해소되지 않을

경우, 통지서에는 귀하의 주정부 공정 심사에 대한 권리와 주정부 공정 심사 요청 방법에 관한 내용이 제공됩니다.

### ***항소 제기에 대한 마감일이 있나요?***

불이익 결정 통지서에 기재된 날로부터 60일 이내에 항소를 제기해야 합니다. 불이익 결정 통지서를 받지 않은 경우 항소 제기에 대한 마감일은 없으므로, 귀하께서는 언제든지 이러한 유형의 항소를 제기할 수 있습니다.

### ***제 항소에 대한 결정은 언제 내려질까요?***

카운티는 요청을 받은 날로부터 30일 이내에 귀하의 항소를 결정해야 합니다.

## **저의 항소 결정에 대해 30 일을 기다릴 수 없는 경우에는 어떻게 해야하나요?**

해당 항소가 신속 항소 절차의 기준을 충족하는 경우 더 빨리 완료될 수 있습니다.

### **신속 항소란?**

신속 항소는 표준 항소 절차와 유사한 절차를 따르되 빠르게 진행됩니다. 신속 항소에 관한 추가 정보:

- 표준 항소를 기다리는 것이 정신 건강 문제를 악화시킬 수 있음을 반드시 입증해야 합니다.
- 신속 항소 절차는 표준 항소와 다른 마감일을 따릅니다.
- 카운티에서는 72시간 동안 신속 항소를 검토할 수 있습니다.
- 또한 귀하께서는 구두로 신속 항소에 대한 요청을 할 수 있습니다.
- 이 경우, 서면으로 신속 항소 요청을 제출할

필요는 없습니다.

### ***언제 신속 항소 제기를 할 수 있을까요?***

표준 항소 결정에 대해 최대 30일까지 기다리는 것이 생명, 건강 또는 최대 기능을 달성, 유지 또는 회복할 수 있는 능력을 위협하게 하는 경우 귀하께서는 항소에 대한 신속한 해결을 요청할 수 있습니다.

### ***신속 항소에 관한 추가 정보:***

- 귀하의 항소가 신속 항소 요건을 충족하는 경우 카운티는 접수 후 72시간 이내에 이를 해결합니다.
- 카운티에서 귀하의 항소가 신속 항소 기준을 충족하지 못한다고 판단하는 경우, 카운티에서는 귀하에게 적시에 이를 구두로 통보해야 하며, 2일 이내에 결정 이유를 설명하는 서면 통지를 보내야 합니다. 이러한 경우, 귀하의 항소는 이

절의 앞서 명시된 표준 항소 일정을 따르게 됩니다.

- 귀하의 항소가 신속 항소 기준을 충족하지 않는다는 카운티의 결정에 동의하지 않을 경우, 귀하께서는 민원을 제기할 수 있습니다.
- 카운티에서 신속 항소 요청을 해결하면 귀하와 영향을 받는 모든 당사자에게 구두 및 서면 통지가 전달됩니다.

## 주정부 공정 심리

### *주정부 공정 심리란?*

주정부 공정 심리란 귀하께서 Medi-Cal 프로그램에 따라 자격이 있는 행동 보건 서비스를 제공받을 수

있도록 California Department of Social

Services(캘리포니아 사회 서비스부, CDSS)의

주정부 행정법 판사로부터 실시되는 독립적인 검토를 위한 절차입니다.

또한 추가적인 자료를 위해 California Department of Social Services(캘리포니아 사회 서비스부) 웹사이트 <https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>에 방문해 주십시오.

### *저의 주정부 공정 심리 권리는 무엇인가요?*

귀하의 권리는 다음과 같습니다.

- 귀하의 사건을 처리하기 위해 주정부 공정 심리라 일컫는 행정 판사에게 청문회를 요청합니다.
- 주정부 공정 심리 요청 방법을 알아봅니다.
- 주정부 공정 심리 기간 중 대리인의 업무 방식을 규정하는 규정에 대해 알아봅니다.
- 필수 기간 내에 주정부 공정 심리를 요청하는 경우, 주정부 공정 심리 절차가 진행되는 동안 혜택이 지속되도록 요청합니다.
- 주정부 공정 심리가 진행 중이며 최종적 결정이



카운티의 불이익 결정에 유리한 경우, 유지된 서비스에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

### ***언제 주정부 공정 심리에 대해 신청할 수 있을까요?***

다음의 경우 주정부 공정 심리에 대한 신청을 할 수 있습니다.

- 귀하는 항소를 제기한 후 카운티에서 귀하의 항소 요청을 부인한다는 항소 결의서를 받은 경우.
- 귀하의 민원, 항소 또는 신속 항소가 적시에 해소되지 않은 경우.

### ***주정부 공정 심리를 요청하는 방법은 무엇인가요?***

다음의 경우 주정부 공정 심리에 대한 요청을 할 수 있습니다.

- 온라인: 사회 서비스부 항소 사례 관리 웹사이트:  
<https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>

- 서면 제출 방식: 불이익 결정 통지서에 명시된 주소로 카운티 복지부에 귀하의 요청서를 제출하거나 우편을 통해 다음 주소로 제출해 주시기 바랍니다.

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

- 팩스: 916-651-5210 또는 916-651-2789

또한 귀하께서는 다음을 통해 주정부 공정 심리 또는 신속 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

- 전화 문의 방식:
  - 주정부 공정 심리, 수신자부담, **1-800-743-8525** 또는 **1-855-795-0634**.
  - 공개 조사 및 대응, 수신자부담, **1-800-952-5253** 또는 TDD **1-800-952-8349**.

### ***주정부 공정 심리 신청에 대한 마감일이 있나요?***

카운티의 서면 항소 결정 통지일로부터 120일 이내에 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 불이익 결정 통지서를 수신하지 못한 경우, 귀하께서는 언제든지 주정부 공정 심리를 신청할 수 있습니다.

### ***주정부 공정 심리 결정을 기다리는 동안 서비스를 지속해서 받을 수 있나요?***

예, 현재 승인된 서비스를 받고 있고 주정부 공정 심리 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받으려면 항소 결정 통지에 소인이 찍히거나 전달받은 날로부터 10일 이내에 주정부 공정 심리를 요청해야 합니다. 또는 카운티에서 서비스의 중단 또는 축소가 이루어질 것이라 명시한 날짜 이전에 심리를 요청할 수도 있습니다.

## 참고:

- 귀하께서 주정부 공정 심리를 요청할 경우, 귀하께서는 주정부 공정 심리 절차 중에도 서비스를 지속적으로 받고자 하는 의사를 반드시 전달해야 합니다.
- 서비스 지속을 요청한 후 주정부 공정 심리에 대한 확정 판결로 본인이 제공받고 있는 서비스에 대한 축소 또는 중단이 확정되는 경우, 주정부 공정 심리가 보류되는 동안 제공된 서비스 비용을 지불할 필요가 없습니다.

## *제 주정부 공정 심리에 대한 결정은 언제 내려질까요?*

주정부 공정 심리를 요청한 후 결정을 받기까지 최대 90일이 소요될 수 있습니다.

## **더욱 신속하게 주정부 공정 심리를 받을 수 있을까요?**

기다리는 기간이 귀하의 건강에 해가 된다고 생각하는 경우, 영업일 3일 이내에 답변을 받을 수 있는 경우도 있습니다. 직접 서신을 작성하거나 일반의 또는 정신 건강 전문가에게 서신을 작성해 달라고 요청하여 신속 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 서신에는 다음과 같은 정보가 포함되어야 합니다.

1. 귀하의 사례가 결정될 때까지 최대 90일을 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능을 달성, 유지 또는 회복할 수 있는 능력에 어떤 중대한 손상을 미치는 지에 대해 자세히 기술되어 있어야 합니다.
2. "신속 심리"를 요청하고 심리 요청서와 함께 해당 서신을 제공합니다.

사회 서비스부 주정부 공정 심리는 귀하의 신속한 주정부 공정 심리 요청을 검토 후 기준 충족 여부를 결정할 것입니다. 요청이 승인되면 심리 일정이 잡히고 주정부 공정 심리 요청을 받은 날로부터 영업일 기준 3일 이내에 결정이 내려집니다.

## 사전 의료 지시서

### 사전 의료 지시서란?

귀하께서는 사전 의료 지시서를 보유할 권리가 있습니다. 사전 의료 지시서(Advance Directive)란 캘리포니아 주법에 근거하여 인정되는 귀하의 의료 서비스에 대한 서면화된 서류입니다. 사전 의료 지시서는 때때로 생전 유서(living will) 또는 지속 위임장(durable power of attorney)이라고도 합니다. 여기에는 본인 스스로를 대변할 수 없게 된 경우나 그러한 때에 본인에게 어떠한 방식으로 의료 서비스가 제공되기를 원하는 지에 관한 진술이나 어떠한 결정이 내려지기를 원한다는 진술이 포함됩니다. 여기에는 의료 행위 또는 수술을 수락 또는 거부할 권리나 기타 의료 서비스를 선택할 권리 등이 포함될 수 있습니다. 캘리포니아주의 경우 사전

의료 지시서는 다음의 두 가지 부분으로 구성되어 있습니다.

- 귀하의 의료 서비스에 대한 결정을 내릴 대리인(1명)을 임명
- 귀하께서 선택한 의료 서비스에 대한 지침.

카운티에 사전 지침 프로그램이 마련되어 있어야 합니다. 귀하의 카운티는 정보에 대한 요청을 받은 경우 사전 의료 지시서 정책에 관한 서면화된 정보와 주법에 관한 설명을 제공해야 할 의무가 있습니다. 자세한 정보 요청은 이 안내서 표지의 전화번호로 연락하십시오.

카운티 또는 온라인을 통해 사전 의료 지시서 양식을 받을 수 있습니다. 캘리포니아주의 경우 귀하께서는 본인을 담당하는 모든 의료 서비스 제공자에게 사전 의료 지시서 지침을 제공할 권리가 있습니다. 또한



귀하께서는 본인의 사전 의료 지시서 내용을 언제든지 변경하거나 취소할 권리가 있습니다.

사전 의료 지시서 요건에 관한 캘리포니아 주법에 대하여 문의사항이 있는 경우, 다음 주소로 서신을 보내주시기 바랍니다.

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

## 권리 및 책임

### 카운티 책임

#### *카운티 책임은 무엇입니까?*

귀하의 카운티에서는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 귀하께서 카운티 또는 의료 서비스 제공자 네트워크의 행동 보건 서비스를 이용할 수 있는 기준을 충족하는지 파악할 책임.
- 귀하께서 행동 보건 서비스가 필요한지 여부를 판단하기 위한 검사 또는 평가를 제공할 책임.
- 연중무휴 답변 가능한 수신자 부담 전화번호를 제공하여 카운티에서 서비스를 제공받을 수 있는 방법을 고지할 책임. 전화번호는 이 안내서 표지에 나와 있습니다.
- 필요 시 카운티에서 보장하는 서비스를 이용할 수 있도록 근처에 충분한 행동 보건 서비스 제공자가 있는지 확인하십시오.

- 카운티에서 이용 가능한 서비스에 대해 고지 및 교육할 책임.
- 무료로 귀하의 언어로 서비스를 제공하고, 필요 시 통역사를 무료로 제공합니다.
- 영어외 언어 또는 기타 형식(예: 점자 또는 큰 활자체 안내서)으로 이용할 수 있는 사항에 대한 서면화된 정보를 제공할 책임. 자세한 정보는 이 안내서 끝의 “카운티 관련 추가 정보” 섹션을 참조하십시오.
- 변경 사항 적용 최소 30일 전 본 안내서에 언급된 정보에 중대한 변경 사항이 있을 경우 이를 알려 드립니다. 이용 가능한 서비스 이용량이나 유형이 증가 또는 감소하는 변경 사항, 네트워크 의료 서비스 제공자의 수가 증가 또는 감소하는 변경 사항, 카운티에서 제공받는 보험금에 영향을 미칠 기타 변경 사항이 있는 경우, 이러한

변경 사항을 중대한 변경 사항으로 간주합니다.

- 의료 서비스의 순조로운 전환에 필요할 수 있는 다른 플랜 또는 시스템과 연계합니다. 여기에는 전문가 또는 다른 서비스 제공자에 대한 추천이 적절하게 추적되고 새로운 서비스 제공자가 기꺼이 귀하를 치료할 수 있도록 하는 것이 포함됩니다.
- 현재 의료 서비스 제공자가 네트워크에 없더라도 일정 기간 동안 계속 진료를 받을 수 있는지 확인합니다. 이는 서비스 제공자의 변경이 건강에 해롭거나 병원에 가야 할 가능성을 높이는 경우 중요합니다.

### ***이용할 수 있는 교통편이 있나요?***

의료 또는 행동 보건 예약 참석에 어려움이 있는 경우 Medi-Cal 프로그램에서 교통편을 마련해 드립니다.

스스로 교통수단을 마련할 수 없고 Medi-Cal이

적용되는 특정 서비스를 받아야 할 의료적 필요성이 있는 메디칼(Medi-Cal) 회원에게는 교통편이 제공될 수 있습니다. 예약 진료에 대해 다음과 같은 두 가지 유형의 교통편이 있습니다.

- 비의료: 진료 예약 장소에 갈 수 있는 다른 방법이 없는 사람들을 위해 제공되는 자가용 또는 공용 차량을 이용한 교통편입니다.
- 비응급 의료란 대중교통 또는 자가용을 이용할 수 없는 사람들을 위해 제공되는 구급차, 휠체어용 밴, 리터 밴(들것이 들어가는 밴)을 이용한 교통편입니다.

약국에 방문하거나 필요한 의료 용품, 보철, 정형외과 및 기타 장비를 픽업할 수 있는 교통편을 이용할 수 있습니다.

Medi-Cal을 보유하고 있지만 관리형 의료 보험에

등록되어 있지 않고 건강 관련 서비스로 비의료  
교통편(Non-Medical Transportation, NMT)이 필요한  
경우 비의료 교통편 제공자에게 직접 문의하거나  
귀하의 의료 서비스 제공자에게 문의하여 도움을  
받을 수 있습니다. 귀하께서 교통편 회사에 문의할  
경우, 해당 회사에서 귀하의 예약일 및 예약 시간에  
대한 정보를 요청할 것입니다.

귀하께서 비응급 의료 교통편(Non-Emergency  
Medical Transportation, NEMT)이 필요한 경우,  
귀하의 의료 서비스 제공자는 비응급 의료 교통편을  
처방하고 귀하께서 예약 진료소를 왕복할 수 있도록  
교통편 제공자와 연락을 취할 수 있도록 할 수  
있습니다.

교통편에 대한 자세한 정보와 도움이 필요한 경우  
귀하의 관리형 의료 보험으로 문의해 주시기

바랍니다.

## 회원 권리

### *Medi-Cal 행동 보건 서비스의 회원으로서 저의 권리는 무엇인가요?*

Medi-Cal 회원으로서 귀하는 카운티로부터 의학적으로 필요한 행동 보건 서비스를 받을 권리가 있습니다. 행동 보건 서비스를 이용하는 경우, 귀하의 권리는 다음과 같습니다.

- 개인의 존엄성과 사생활을 고려하여 존중을 받을 권리.
- 이용 가능한 치료 옵션에 대한 명확하고 이해하기 쉬운 설명을 받을 권리.
- 행동 건강 관리와 관련된 결정에 참여할 권리.  
여기에는 귀하가 받기를 원하지 않는 치료를 거부할 권리가 포함됩니다.
- 이 안내서를 통해 카운티 서비스, 카운티 의무 및

귀하의 권리에 대해 알아보십시오.

- 필요 시 의료 기록 사본을 요청하고 변경을 요청할 권리.
- 강압, 징계, 편의 또는 보복의 한 가지 수단으로 부과되는 어떤 형태의 구속 또는 격리로부터 자유로울 권리.
- 의료적으로 필요한 경우 응급, 긴급 또는 위기 상황에 대비하여 연중무휴 24시간 적시에 진료를 받을 권리.
- 요청하여 점자, 큰 활자, 오디오 형식 등 대체 형식의 서면 자료를 적시에 받을 권리.
- 치료의 가용성, 역량, 조정, 보장 및 승인에 대하여 주 계약에 따른 카운티로부터의 행동 보건 서비스를 받을 권리. 카운티는 다음 사항이 요구됩니다.
  - 행동 보건 서비스를 받을 대상이 되는 모든



Medi-Cal 대상 회원이 적시에 이러한 서비스를 제공받을 수 있도록 충분한 의료 서비스 제공자를 고용하거나 서면화된 계약을 진행합니다.

- 카운티에 서비스를 제공할 수 있는 의료진이나 계약된 의료 서비스 제공자가 없는 경우, 의료적으로 필요한 서비스를 네트워크 외부에서 적시에 보장합니다.

**참고:** 카운티에서는 귀하께서 네트워크 외 의료 서비스 제공자에게 방문하는 경우 추가 비용을 지불하지 않도록 해야 합니다. 자세한 내용은 아래를 참조하십시오.

- 만 21세 이상의 개인에게 *의학적으로 필요한 행동 보건 서비스*란 생명을 보호하고, 심각한 질병, 장애 예방, 심각한 통증 완화를 위해 합리적이고

필요한 서비스를 의미합니다. 만 21세 미만의 개인에게 의학적으로 필요한 행동 보건 서비스란 행동 보건 상태를 유지, 지원, 개선 또는 더 견딜 수 있게 만드는 서비스를 의미합니다.

- *네트워크 외 의료 서비스 제공자*란 카운티의 의료 서비스 제공자 목록에 없는 제공자를 의미합니다.

- 요청 시 추가 비용 없이 네트워크 내외부의 적격 의료 전문가의 2차 소견서를 제공해야 합니다.
- 의료 서비스 제공자가 보장하기로 동의한 행동 보건 서비스를 제공하도록 제공자가 교육을 받았는지 확인해야 합니다.
- 카운티에서 보장하는 행동 보건 서비스가 Medi-Cal 대상 회원의 요구를 충족시킬 수

있는 양, 기간 및 범위에서 충분히 서비스가 제공되는지 확인해야 합니다. 여기에는 카운티의 서비스 지불 승인 방법이 의료적 필요성에 기반하고 이용 기준이 공정하게 활용될 수 있도록 하는 것이 포함됩니다.

- 의료 서비스 제공자가 철저한 평가를 수행하고 귀하와 협력하여 치료 목표를 설정하도록 합니다.
- 필요 시 관리형 치료 플랜을 통해, 또는 주치의와 함께 제공되는 서비스와 연계하여 제공합니다.
- 영어로 의사소통이 어려운 사람, 다양한 문화적, 인종적 배경을 가진 사람을 포함하여 모든 사람들에게 문화적으로 효율적인 방식으로 서비스를 제공하기 위한 주정부의 노력에 동참해야 합니다.

- 해로운 변화 없이 치료받을 수 있도록 권리를 표현합니다.
- 이 안내서에 설명된 귀하의 권리 및 다음의 모든 관련 연방 및 주 법률에 따른 치료와 서비스를 받습니다.
  - 45 CFR 파트 80의 규정에 의해 시행된 1964년 민권법 VI편.
  - 45 CFR 파트 91의 규정에 의해 시행된 1975년 연령차별법.
  - 1973년 재활법.
  - 1972년 교육 수정안 IX편(교육 프로그램 및 활동에 관한 사항).
  - 미국 장애인법 II편 및 III편.
  - 환자보호 및 부담적정보험법 제1557조
- 귀하께서는 행동 보건 치료에 관한 주법에 따라 추가적인 권리를 가질 수 있습니다. 카운티의

환자 권리 옹호자에게 문의하려면 안내서 표지의  
전화번호를 사용하여 카운티로 문의하십시오.

## **불이익 결정**

*제가 원하거나 필요하다고 생각하는 서비스를  
카운티에서 거부할 경우 저에게는 어떤 권리가  
있나요?*

카운티가 귀하께서 필요하다고 생각되는 서비스를  
거부, 제한, 축소, 지연 또는 종료하는 경우 이에  
대하여 카운티로부터 서면 통지를 받을 권리가  
있습니다. 이는 “불이익 결정 통지서” 라 합니다.  
또한 항소를 요청하여 결정에 동의하지 않는 권리가  
있습니다. 아래 섹션은 불이익 결정 통지 및 카운티의  
결정에 동의하지 않을 경우 취해야 할 조치에 대해  
설명합니다.

## **불이익 결정이란?**

불이익 결정이란 카운티에서 다음 중 하나의 행위를 하는 것을 의미합니다.

- 요청한 서비스의 거부 또는 제한적 승인.  
서비스의 유형 또는 수준, 의료적 필요성, 적절성, 환경 또는 보장되는 보험의 효율성에 기반한 결정을 포함합니다.
- 이전 허가된 서비스에 대한 축소, 중단 또는 종료.
- 서비스에 대한 지급의 전부 또는 일부 거부.
- 시기적절한 방식으로 제공되지 못한 서비스.
- 민원 및 항소에 대해 일반적인 해결을 위한 필요한 시간 내에 조취를 취하지 않음. 필요 기간:
  - 카운티에 민원을 제기할 경우 카운티에서 30일 이내로 민원에 대한 서면화된 결정서에 회신하지 않습니다.
  - 카운티에 항소를 제기할 경우 카운티에서

30일 이내로 항소에 대한 서면화된 결정서에  
회신하지 않습니다.

○ 신속 항소를 제기했으나 72시간 이내에  
답변을 받지 못한 경우.

- 재정적 책임에 대한 논쟁이 될 수 있는 회원의  
요청을 거부.

### ***불이익 결정 통지서란?***

불이익 결정 통지서란 카운티에서 귀하와 귀하의  
의료 서비스 제공자가 제공받아야 할 것으로  
고려하는 서비스를 거부, 제한, 축소, 지연 또는  
종료하는 결정을 내릴 경우 귀하에게 보낼 서면화된  
서신입니다. 여기에는 다음의 거부를 포함합니다.

- 서비스에 대한 지불.
- 비보장 서비스에 대한 청구.
- 의학적으로 필요하지 않은 서비스에 대한 청구.
- 잘못된 전달 시스템 서비스에 대한 이의 제기.

- 재정적 책임에 대한 이의 제기 요청.

**참고:** 불이익 결정 통지서는 민원, 항소 또는 신속 항소가 시기적절하게 해소되지 않았거나 카운티의 서비스 제공 일정 기준 내에서 서비스를 제공받지 못한 경우에도 사용됩니다.

### **통지 시기**

카운티에서 통지서를 우송해야 합니다.

- 이전 허가된 행동 보건 서비스의 종료, 중단 또는 축소 조치를 위해 조치일로부터 최소 10일 전에 회원에게 통보해야 합니다.
- 요청한 행동 보건 서비스의 전부 또는 일부 거부, 지연 또는 변경하는 결과를 초래하는 결정 사항에 대해 영업일 2일 이내로 통지서를 회원에게 통보해야 합니다.



## **제가 원하는 서비스를 받지 못할 경우 항상 불이익 결정 통지서를 받을 수 있나요?**

네, 불이익 결정 통지서를 수신하게 될 것입니다.

통지서를 받지 못한 경우 카운티에 항소를 제기하거나 항소 절차를 완료한 경우 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 귀하의 카운티에 연락을 취할 경우, 귀하께서 불이익 결정을 경험했지만 통지서를 받지 못했다고 알려주시기 바랍니다. 항소를 제기하거나 주정부 공정 심리를 요청하는 방법에 대한 정보는 본 안내서에 포함되어 있으며 서비스 제공자의 사무실로도 가능합니다.

## **불이익 결정 통지서에서 무엇을 알 수 있을까요?**

불이익 결정 통지서에서는 다음을 알 수 있습니다.

- 귀하와 귀하께서 서비스를 제공받을 수 있는 역량에 영향을 준 카운티에서 진행된 사항.
- 결정 사항에 대한 시행일 및 해당 결정을 내린

이유.

- 해당 결정을 내릴 때 기반으로 한 주정부 및 연방 규칙.
- 카운티의 결정에 동의하지 않는 경우 항소를 제기할 권리.
- 카운티의 결정 사항과 관련된 문서, 기록 및 기타 정보의 사본을 수신하는 방법.
- 카운티에 항소를 제기하는 방법.
- 귀하의 항소에 대한 카운티의 결정에 만족하지 않는 경우, 주정부 공정 심리 요청 방법.
- 신속 항소 또는 신속 주정부 공정 심리 요청 방법.
- 항소 제기 또는 주정부 공정 심리 요청 시 도움을 얻는 방법.
- 항소를 제기하거나 주정부 공정 심리를 요청해야 하는 기간.
- 항소 또는 주정부 공정 심리 결정을 기다리는

동안 서비스를 계속 제공받을 권리, 이러한 서비스의 지속을 요청하는 방법 및 이러한 서비스의 비용을 Medi-Cal에서 부담하는지 여부.

- 서비스를 계속 제공받고자 하는 경우 항소를 제기하거나 주정부 공정 심리를 요청해야 하는 시기.

### ***불이익 결정 통지서 수령 시 제가 무엇을 해야하나요?***

불이익 결정 통지서 수령 시 귀하께서는 주의 깊게 통지서 내 모든 정보를 읽어주셔야 합니다. 통지서를 이해하는 데 어려움이 있을 경우, 카운티에 도움을 요청할 수 있습니다. 또한 다른 사람에게 도움을 요청할 수도 있습니다.

항소 제출 또는 주정부 공정 심리 요청 시 귀하께서는 중단된 서비스를 계속 제공받을 것을 요청할 수

있습니다. 불이익 결정 통지서에 발송적인 날짜 또는 전달받은 날짜로부터 10일 이내 또는 변경 시행일 이전에 서비스를 계속 제공받을 것을 요청해야 합니다.

## 회원의 책임

### *Medi-Cal 회원으로서의 나의 권리 및 책임은 무엇인가요?*

귀하께 필요한 치료를 제공받을 수 있도록 카운티 서비스 진행 방식을 파악하는 것은 중요합니다. 추가 중요 사항:

- 일정에 따라 치료를 받을 책임. 귀하의 의료 서비스 제공자와 협력하여 귀하의 치료를 발전시키고 이러한 목표를 따르는 경우 최고의 결과를 가져올 수 있습니다. 사정으로 인해 일정을 따르지 못할 것으로 생각되는 경우, 최소 24시간 전에 의료 서비스 제공자에 전화하여

다른 진료일 및 시간으로 다시 일정을 잡으시기 바랍니다.

- 치료를 위해 방문 시 Medi-Cal Benefits Identification Card(수혜 신분증, BIC) 및 사진이 있는 본인 신분증을 항상 지참할 책임.
- 진료 예약일 이전에 구두적인 통역이 필요한 경우 의료 서비스 제공자에게 이를 알려줄 책임.
- 귀하의 모든 의료적 문제를 의료 서비스 제공자에게 알려줄 책임. 본인의 요구에 관한 정보를 보다 완전하게 제공할수록 치료는 보다 성공적일 수 있습니다.
- 문의사항이 있는 경우 의료 서비스 제공자에게 질문할 책임. 치료 중에 제공받는 정보를 완전히 이해하는 것이 매우 중요합니다.
- 귀하와 의료 서비스 제공자가 상호동의를 한 계획된 조치 단계를 준수할 책임.

- 서비스에 대해 문의사항이 있거나 의료 서비스 제공자와 해결할 수 없는 문제가 있는 경우 카운티에 문의할 책임.
- 귀하의 개인 정보에 변경 사항이 있을 경우 의료 서비스 제공자와 카운티에 문의할 책임.  
여기에는 귀하의 주소, 전화번호 및 귀하께서 치료에 참여할 능력에 영향을 미칠 수 있는 기타 의료 정보가 포함됩니다.
- 귀하께 치료를 제공하는 의료진을 존중과 예의로 대할 책임.
- 사기 또는 불법 행위가 의심되는 경우, 다음으로 보고해 주시기 바랍니다.
  - Department of Health Care Services(의료 서비스부)는 Medi-Cal 사기, 허비 또는 남용 행위에 대한 의심이 있는 경우 DHCS Medi-Cal Fraud Hotline(DHCS Medi-Cal 사기 관련

핫라인)으로 **1-800-822-6222**번을 통해 문의할 것을 요청하고 있습니다. 해당 상황이 긴급하다고 생각되신다면, **911**번으로 연락하셔서 즉각적인 도움을 요청해 주시기 바랍니다. 해당 전화는 무료이며, 신고자는 익명을 유지할 수 있습니다.

- 또한 [fraud@dhcs.ca.gov](mailto:fraud@dhcs.ca.gov)로 메일을 보내거나, <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>에서 온라인 양식을 사용하여 의심되는 사기 또는 남용 행위에 대해 신고할 수 있습니다.

### ***Medi-Cal에 대한 지불을 제가 해야하나요?***

Medi-Cal에 속한 대부분의 사람들은 의료 또는 행동 보건 서비스 비용을 지불할 필요가 없습니다. 일부 경우 매달 수령하는 금액 또는 소득에 따라 의료 및/또는 행동 보건 서비스에 대한 지불이 이루어 질

수도 있습니다.

- 귀하의 가족 규모에 비해 소득이 Medi-Cal 한도 미만인 경우 의료 또는 행동 보건 서비스에 대한 지급이 이루어지지 않을 것입니다.
- 귀하의 가족 규모에 비해 소득이 Medi-Cal 한도 이상인 경우 의료 서비스 또는 행동 보건 서비스에 대한 일부 지급을 부담해야 합니다. 귀하께서 지급할 금액을 귀하의 '본인부담금'(Share-Of-Cost, SOC)이라고 합니다. 귀하께서 '본인부담금'(Share-Of-Cost, SOC)을 지급하시면 Medi-Cal에서 해당 달의 나머지 적용 의료비를 지급할 것입니다. 귀하의 의료비가 없는 달에는 아무것도 지급하지 않아도 됩니다.
- 귀하께서는 Medi-Cal에 따른 모든 치료에 대해 '공동부담금'(Co-payment)을 지급해야 할 수도



있습니다. 이는 귀하의 정기 서비스를 위해 의료 서비스를 받거나 병원 응급실에 방문할 때마다 귀하께서 본인 부담액을 지급해야 한다는 것을 의미합니다.

- '공동부담금'(Co-payment)이 필요하신 경우 의료 서비스 제공자는 귀하께 이를 설명할 것입니다.

## 카운티 추가 정보

다음에 관한 추가 정보:

- Medi-Cal 동료 지원 서비스
  - 다음 링크의 **MHP 및 DMC-ODS 빠른 가이드**를 참조하세요:  
[https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/beneficiary\\_and\\_families.html](https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/beneficiary_and_families.html)
- 수반성 관리 서비스:
  - 다음 페이지를 방문하여 "**SUD 리소스**" 탭을 클릭하세요:  
<https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/county-staff---providers/smh-dmc-ods-health-plans.html>
- 이메일 또는 팩스를 통한 항소 제출에 관한 정보는 다음을 참조하십시오.
  - 입원 및/또는 주거형 서비스의 경우:  
Jewish Family Service of San Diego:

<https://www.jfssd.org/our-services/adults-families/patient-advocacy/>

○ 외래 서비스의 경우:

Consumer Center for Health Education and Advocacy(CCHEA, 보건 교육 및 권익옹호를 위한 소비자 센터):

<https://www.laszd.org/mental-health-and-substance-abuse-patients-rights/>

언어 지원이 필요한 경우 (888) 724-7240번(TTY: 711)으로 문의해 주시기 바랍니다. 장애인을 위한 보조 도구 및 점자, 큰 활자체로 된 문서와 같은 서비스도 이용할 수 있습니다. (888) 724-7240번(TTY: 711)으로 문의해 주시기 바랍니다. 해당 서비스는 무료입니다.

본 정보를 점자, 큰 활자체(20 포인트) 안내서, 오디오 및 접속 가능한 전자 형식과 같은 다른 형식으로 무료

제공해 드립니다. (888) 724-7240번(TTY: 711)으로  
문의해 주시기 바랍니다. 해당 전화 번호는 수신자  
부담 전화번호입니다.

## 무차별에 대한 공지

차별은 법률에 위반되는 사항입니다. County of San Diego에서는 주정부 및 연방 시민법을 준수하고 있습니다. County of San Diego에서는 생물학적 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신국, 민족집단 정체성, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 의학적 질환, 유전 정보, 결혼 유무, 사회적 성별, 성 정체성 또는 성적 지향성을 이유로, 비합법적인 방식으로 이러한 자들을 차별 또는 배제하거나, 이러한 자를 다르게 대우하지 않습니다.

County of San Diego에서는 다음을 제공해 드립니다.

- 장애가 있는 사람들이 더 나은 의사소통을 할 수 있도록 다음과 같은 도움과 서비스를 무료 제공해 드립니다.

- 자격을 갖춘 수화 통역사
- 다양한 형식으로 제공되는 서면화된 정보(큰 활자체 안내서, 점자, 오디오 또는 접속 가능한 전자 형식)
- 영어가 아닌 모국어를 사용하는 사람들에게 다음과 같은 언어 서비스를 무료 제공해 드립니다.
  - 자격을 갖춘 통역사
  - 영어가 아닌 언어로 작성된 정보

이러한 서비스를 이용하고자 하는 경우, (888) 724-7240 번을 통해 *연중무휴 이용 가능한 Access and Crisis Line(접근 및 위기 관리팀)*으로 문의해 주시기 바랍니다. 또는 듣기 또는 말하기에 어려움이 있으신 경우, 711번으로 문의해 주시기 바랍니다. 요청 시, 본 문서를 점자, 큰 활자체 안내서, 오디오 또는 접속 가능한 전자 형식으로 사용할 수 있습니다.

## 민원 제기 방법

County of San Diego에서 생물학적 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신국, 민족집단 정체성, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 의학적 질환, 유전 정보, 결혼 유무, 사회적 성별, 성 정체성 또는 성적 지향성에 근거하여 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 비합법적인 방식으로 차별했다고 판단될 경우, 귀하께서는 다음과 같은 권익옹호 기관에 민원을 제기할 수 있습니다. 다음과 같이 전화 문의 방식, 서면 제출 방식, 직접 문의 방식 또는 전자상 문의 방식으로 민원을 제기할 수 있습니다.

- 전화 문의 방식:
  - **입원 및/또는 거주형 서비스와 관련된** 민원 제기 도움을 받고자 하는 경우, 619-282-1134번 또는 1-800-479-2233번을 통해 **Jewish Family**

**Service (JFS) Patient' s Advocacy Program(유대인 가족 서비스(JFS) 환자 권익옹호 프로그램)**으로 전화 문의해 주시기 바랍니다.

- **외래 서비스와 관련된 민원 제기**  
도움을 받고자 하는 경우, 수신자 부담 전화번호 (877) 734-3258번(TTY 1-800-735-2929)을 통해 **Consumer Center for Health Education and Advocacy(CCHEA, 보건 교육 및 권익옹호를 위한 소비자 센터)**으로 전화 문의해 주시기 바랍니다.
- 또는 듣기 또는 말하기에 어려움이 있으신 경우, 711번으로 문의해 주시기 바랍니다.

- 서면 제출 방식 민원 신고서를 작성하거나



서신을 작성하여 다음 주소로 전송해 주시기 바랍니다.

○ 입원 및/또는 주거형 서비스의 경우:

Jewish Family Service of San Diego  
Joan & Irwin Jacobs Campus  
Turk Family Center Community Services  
Building  
8804 Balboa Avenue  
San Diego, CA 92123

○ 외래 서비스의 경우:

Consumer Center for Health Education and  
Advocacy (CCHEA)  
1764 San Diego Avenue, Suite 100  
San Diego, CA 92110

- 직접 문의 방식 담당의 진료실 또는 County of San Diego와 계약된 의료 서비스 제공자의 진료소를 방문하여 민원 제기 관련 도움을 요청해 주시기 바랍니다.

- 전자상 문의 방식: 아래 나열된 웹사이트를 방문해 주시기 바랍니다.
- 입원 및/또는 주거형 서비스의 경우:  
Jewish Family Service of San Diego:  
<https://www.jfssd.org/our-services/adults-families/patient-advocacy/>
- 외래 서비스의 경우:  
Consumer Center for Health Education and Advocacy(CCHEA, 보건 교육 및 권익옹호를 위한 소비자 센터):  
<https://www.laszd.org/mental-health-and-substance-abuse-patients-rights/>

## 시민권리 사무국 - 캘리포니아 의료 서비스부

또한 귀하께서는 California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights(캘리포니아 의료 서비스부, 시민권리 사무국)으로 다음과 같이 전화 문의 방식, 서면 제출 방식 또는 전자상 문의 방식을 통해 시민권리 관련 민원을 제기할 수

있습니다.

- 전화 문의 방식 **916-440-7370**번으로 전화 문의를 할 수 있습니다. 듣기 또는 말하기에 어려움이 있으신 경우, **711번(California State Relay)**으로 문의해 주시기 바랍니다.
- 서면 제출 방식 민원 신고서를 작성하거나 서신을 다음 주소로 전송해 주시기 바랍니다.

**Department of Health Care Services - Office of Civil Rights**

**P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413**

이용 가능한 민원 신고서:

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

- 전자상 문의 방식: 메일 전송 주소:  
[CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

---

**시민권리 사무국 - 미국 보건복지부**

또한 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애 또는 성별에

근거하여 차별을 받았다고 판단될 경우, U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights(미국 보건복지부, 시민권리 사무국)으로 전화 문의 방식, 서면 제출 방식 또는 전자상 문의 방식을 통해 민원을 제기할 수 있습니다.

- 전화 문의 방식 **1-800-368-1019**번으로 전화 문의를 할 수 있습니다. 듣기 또는 말하기에 어려움이 있으신 경우, **TTY/TDD 1-800-537-7697**번으로 문의해 주시기 바랍니다.

- 서면 제출 방식 민원 신고서를 작성하거나 서신을 다음 주소로 전송해 주시기 바랍니다.

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

- 이용 가능한 민원 신고서:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- 전자상 문의 방식: 시민권리 사무국 민원

포털 방문:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>