

[NAME of MHP]

정신 건강 계획 (MHP)

수혜자 안내서

전문 정신 건강 서비스

Mental health plan Address

City, CA ZIP

개정일: 2023년 9월 X일

유효일: 2024년 1월 1일

¹ 본 안내서는 수혜자가 처음으로 서비스를 받는 시점에 제공되어야 합니다

언어 표시

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). These services are free of charge.

(Arabic) الشعار بالعربية

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل بـ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ փոփոխներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ [1-xxx-xxx-xxxx] (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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

(Farsi) مطلب به زبان فارسی

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau [1-xxx-xxx-xxxx] (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 [1-xxx-xxx-xxxx] (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 [1-xxx-xxx-xxxx] (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。 [1-xxx-xxx-xxxx] (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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 장애가 있는 분들을 위하여 점자나 큰 활자로 된 문서와 같은 도움과 서비스도 이용 가능합니다. [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). ອັງກິດຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ [1-xxx-xxx-xxxx] (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 [1-xxx-xxx-xxxx] (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 hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx [1-xxx-xxx-xxxx] (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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру [1-xxx-xxx-xxxx] (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру [1-xxx-xxx-xxxx] (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa [1-xxx-xxx-xxxx] (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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Libre ang mga serbisyo ng ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер [1-xxx-xxx-xxxx] (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 [1-xxx-xxx-xxxx] (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 [1-xxx-xxx-xxxx] (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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

목차

다른 언어 및 형식.....	Error! Bookmark not defined.
차별 금지 공지.....	Error! Bookmark not defined.
일반 정보.....	Error! Bookmark not defined.
Medi-Cal 프로그램에 대한 중요 정보.....	Error! Bookmark not defined.
귀하나 귀하가 아는 개인이 도움이 필요한지의 여부를 아는 방법.....	Error! Bookmark not defined.
전문 정신 건강 서비스 접근.....	Error! Bookmark not defined.
제공자 선택.....	Error! Bookmark not defined.
스마트 기기를 사용한 의료 기록 및 제공자 디렉토리 정보 사용 접근 권리.....	Error! Bookmark not defined.
서비스의 범위.....	Error! Bookmark not defined.
정신 건강 계획이 내린 불리한 혜택 결정.....	Error! Bookmark not defined.
문제 해결 절차: 민원 또는 항소.....	Error! Bookmark not defined.
민원 제기.....	Error! Bookmark not defined.
항소 절차 (일반 항소 및 긴급 항소).....	Error! Bookmark not defined.
주정부 공정 심리 절차.....	Error! Bookmark not defined.
사전 의료 지시서.....	Error! Bookmark not defined.
수혜자의 권리와 책임.....	Error! Bookmark not defined.



다른 언어 및 형식

다른 언어

다른 언어로 본 수혜자 안내서 및 다른 보험 자료를 무료로 받을 수 있습니다. 자격을 갖춘 번역가가 번역한 내용을 제공합니다. [MHP telephone number] (TTY: 711)로 전화하십시오. 이 통화는 무료입니다. [County should enter information as appropriate throughout to match the name MHP uses. MHP may also add additional contact information and information on resources available to the beneficiary, such as a beneficiary portal.] 본 수혜자 안내서를 읽어 보시고 통역 및 번역 서비스와 같은 의료 케어의 언어 지원 서비스에 대해 더 알아보실 수 있습니다.

다른 형식

이 정보를 점자, 20포인트의 큰 문자, 오디오 및 접근 가능한 전자 형식과 같은 다른 형식으로 무료로 받을 수 있습니다. [MHP telephone number] (TTY: 711)로 전화하십시오. 이 통화는 무료입니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

통역 서비스

[MHP]는 자격을 갖춘 통역사를 통해 통역 서비스를 24시간 제공하며, 이에 대한 비용은 없습니다. 가족이나 친구를 통역사로 이용할 필요가 없습니다. 비상 상황이 아니라면, 미성년자를 통역사로 이용하는 것을 장려하지 않습니다. 무료로 언어 및 문화 서비스를 이용하실 수 있습니다. 언제든지 24시간 7일 동안 도움을 받을 수 있습니다. 언어 지원이나 본 안내서를 다른 언어로 받으려면 [MHP phone number or interpreter services telephone number] (TTY [interpreter services TTY number] 또는 711)로 전화하십시오. 이 통화는 무료입니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

차별 금지 공지

차별은 불법입니다. [Partner Entity]은/는 주 및 연방 민권법을 준수합니다. [Partner Entity]은/는 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출생지, 인종 신분, 나이, 정신적 장애, 신체적 장애, 의료 상태, 유전 정보, 혼인 상태, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향으로 인해 불법적으로 차별하지 않으며, 개인을 배제하거나 다르게 대하지 않습니다.

[Partner Entity]은/는 다음을 제공합니다:

- 장애를 가진 사람들이 더 나은 의사소통을 돕기 위해 무료의 보조와 서비스를 제공합니다. 이 서비스에는 다음이 포함됩니다:
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 다른 형태의 서류 정보 (크게 인쇄된 자료, 점자, 오디오 또는 접근 가능한 전자 형식)
- 영어가 주요 언어가 아닌 사람들에게 무료 언어 서비스를 제공합니다. 이 서비스에는 다음이 포함됩니다:
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 영어 이외의 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우, [Partner Entity]에게 [hours of operation] 동안 [telephone number]로 전화하십시오. 또는, 듣거나 말하기가 어려운 경우 [TTY/TDD number]로 전화하십시오. 요청 시, 본 문서를 점자, 큰 글자, 오디오 또는 접근 가능한 전자 형식으로 제공할 수 있습니다.

민원 제기 방법

[Partner Entity]이 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출생지, 민족 진술, 나이, 정신적 장애, 신체적 장애, 의료 상태, 유전 정보, 혼인 상태, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향을 기준으로 불법 차별을 행한 것으로 생각하는 경우, [Partner Entity's Civil Rights Coordinator]에게 민원을 제기할 수 있습니다. 전화, 서면, 대면, 또는 전자적으로 민원을 제기할 수 있습니다:

- 전화: [hours of operation] 동안 [telephone number]로 [Partner Entity's Civil Rights



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

Coordinator]에게 연락하십시오. 또는, 듣거나 말하기가 어려운 경우 [TTY/TDD number]로 전화하십시오.

- 서면: 민원 양식을 작성하거나 편지를 쓰고 [Partner Entity's Civil Rights Coordinator, address]로 보내십시오.
- 대면: 의사 진료실이나 [Partner Entity]을/를 방문하여 민원을 제기하고 싶다고 말하십시오.
- 전자: [Partner Entity's] 웹사이트 [weblink]를 방문하십시오.

민권 사무실 – 캘리포니아 건강 관리 서비스부

캘리포니아 건강 관리 서비스부에 있는 민권 사무실로 전화, 서면 또는 전자적으로 민권 관련 민원을 제기할 수 있습니다:

- 전화: **916-440-7370**로 전화하십시오. 듣거나 말하기가 어려운 경우, **711 (캘리포니아 연계 서비스)**로 전화하십시오.
- 서면: 민원 양식을 작성하거나 편지를 보내십시오:

Department of Health Care Services (건강 관리 서비스 부서)

Office of Civil Rights (민권 사무실)

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

민원 양식은 다음에서 이용 가능합니다:

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

- 전자: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

민권 사무실 - 미국 보건 및 인사 서비스 부

인종, 피부색, 출생지, 나이, 장애 또는 성별을 기준으로 차별을 받았다고 생각하는 경우, 전화, 서면 또는 전자형태로 미국 보건 및 인사 서비스 부서의 민권 사무실에 민권 민원을 제기할 수도 있습니다:

- 전화: **1-800-368-1019**로 전화하십시오. 듣거나 말하기가 어려운 경우, TTY/TDD 1-



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

800-537-7697로 전화하십시오.

- 서면: 민원 양식을 작성하거나 편지를 보내십시오:

U.S. Department of Health and Human Services

(미국 보건 및 인사 서비스 부서)

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

- 민원 양식은 다음에서 이용 가능합니다:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- 전자: 민권 사무실 민원 포털을 방문하여 제기하실 수 있습니다:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

일반 정보

이 안내서를 읽는 것이 왜 중요한가요?

[Mental health plan can insert a welcome message to new beneficiaries including information about the service area covered by the mental health plan. **Note:** Please adjust pagination and headers as needed.]

이 안내서는 귀하에게 카운티 정신 건강 계획을 통해 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스를 어떻게 받을지 알려줍니다. 이 안내서는 귀하의 혜택과 치료를 받는 방법을 설명하며 귀하의 많은 질문에 답변할 것입니다.

귀하는 다음을 배우게 될 것입니다:

- 전문 정신 건강 서비스에 접근하는 방법
- 귀하가 접근 권한이 있는 혜택
- 질문이나 문제가 발생할 경우 어떻게 해야 하는지
- Medi-Cal 수혜자로서의 귀하의 권리와 책임

이 안내서를 지금 읽지 않는다면, 나중에 읽을 수 있도록 이 안내서를 보관하십시오. 이 안내서와 다른 서면 자료는 [mental health plan URL]에서 전자 형식으로 무료로 이용하거나 정신 건강 계획으로부터 인쇄물로 무료로 제공됩니다. 인쇄된 안내서가 필요한 경우, 번호 [mental health plan to Enter Toll-Free Phone Number Here if Different Than Footer] 정신 건강 계획으로 전화하십시오.

본 안내서를 Medi-Cal 가입 시 받은 정보와 함께 참고하십시오.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

귀하의 언어나 다른 형식으로 본 안내서가 필요합니까?

영어 이외의 언어로 의사소통하는 경우, 무료 구두 통역 서비스를 이용할 수 있습니다. [mental health plan name] [mental health plan to Insert Toll-Free Phone Number(s) If Different Than Footer]로 전화하십시오. 귀하의 정신 건강 계획은 매일 24 시간, 주일 7 일 이용 가능합니다.

또한 이 안내서나 다른 서면 자료를 큰 글자, 점자, 오디오와 같은 대체 형식으로 받고 싶은 경우, [mental health plan to Insert Toll-Free Phone Number(s)]로 정신 건강 계획에 연락하십시오. 귀하의 정신 건강 계획이 도움을 제공할 것입니다.

영어 이외의 언어로 이 안내서나 다른 서면 자료가 필요한 경우, 귀하의 정신 건강 계획으로 전화하십시오. 귀하의 정신 건강 계획은 귀하의 언어로 전화로 도움을 제공할 것입니다.

이 정보는 아래 나와있는 언어로 이용할 수 있습니다.

- [Mental health plan to List Prevalent Languages]

내 정신 건강 계획이 책임을 져야 할 내용은 무엇인가요?

귀하의 정신 건강 계획은 다음 사항에 책임이 있습니다:

- 카운티 또는 제공자 네트워크에서 귀하가 전문 정신 건강 서비스에 접근할 수 있는 자격이 있는가를 확인합니다.
- 전문 정신 건강 서비스가 필요한지 결정하기 위한 평가를 제공합니다.
- 매일 24 시간, 주일 7 일 전화를 받는 무료 전화 번호를 제공하여 정신 건강 계획에서 서비스를 어떻게 받을지 알려줍니다. [Mental health plan to Insert Toll-Free Phone Number(s)]



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

- 귀하가 필요하면 정신 건강 계획에서 커버하는 정신 건강 치료 서비스를 받을 수 있도록 가까운 거리에 충분한 제공자가 있는지 확인합니다.
- 귀하에게 정신 건강 계획에서 제공되는 서비스에 대한 정보를 알리고 교육합니다.
- 귀하의 언어로 또는 필요한 경우 통역사를 통해 무료로 서비스를 제공하며 해당 통역 서비스를 사용할 수 있다는 것을 알립니다.
- 다른 언어나 점자, 큰 글씨와 같은 대체 형식으로 귀하에게 제공되는 이용 가능한 정보에 대한 서면 정보를 제공합니다. [County to insert additional information about materials in prevalent languages, availability of alternative formats, availability of auxiliary aids and services, etc.].
- 변경 예정 효력일로부터 적어도 30 일 전까지 이 안내서에 명시된 정보에 중요한 변경 사항을 알려드립니다. 변경 사항은 이용 가능한 서비스 유형의 수가 증가 또는 감소하거나, 네트워크 제공자의 수가 증가 또는 감소하거나, 정신 건강 계획을 통해 받는 혜택에 영향을 미칠 수 있는 다른 변경 사항이 있는 경우 중요한 것으로 간주됩니다.
- 귀하의 치료를 다른 계획 또는 전달 시스템과 조화롭게 조정하여 치료 전환을 용이하게 하고, 수혜자를 위해 추천과정 안내하며, 추천하는 과정을 마무리하여 새로운 제공자가 수혜자의 치료를 받아들이도록 합니다.
- 만약 제공자 변경으로 인해 귀하의 건강이 악화되거나 입원의 위험이 증가하는 경우, 귀하의 이전 및 현재 비네트워크 제공자에 대한 지속적인 접근을 보장합니다.

추가 정신 건강 계획 정보

Insert mental health plan specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

메디칼 프로그램에 대한 중요한 정보

교통수단이 제공되나요?

의료 진료 또는 정신 건강 계획 약속에 참석하는 데 어려움이 있는 경우, Medi-Cal 프로그램은 귀하에게 교통 수단을 찾는 데 도움을 줄 수 있습니다. 교통 수단은 자신이 교통 수단을 가지고 있지 못하는 Medi-Cal 수혜자 및 Medi-Cal 보험으로 커버되는 서비스를 받아야 하는 의료적 필요성이 있는 경우 제공될 수 있습니다. 예약을 위한 두 가지 유형의 교통 수단이 있습니다:

- 비의료 교통 수단은 자신의 예약 장소에 도착할 다른 방법이 없는 사람들을 위한 사설이나 공공 교통 수단을 이용한 교통입니다.
- 비응급 의료 교통 수단은 공공이나 사설 교통을 이용할 수 없는 사람들을 위한 구급차, 휠체어 밴 및 개조 밴을 통한 이동입니다

약국 방문 또는 필요한 의료 용품, 보조기, 교정용품 및 기타 장비 수령을 위한 교통도 이용 가능합니다. 교통에 관한 자세한 정보 및 지원을 위해서는 귀하의 의료 케어 플랜에 연락하십시오.

Medi-Cal 을 가입하지만 의료 케어 플랜에 가입하지 않은 경우, 건강 관련 서비스를 위한 비의료 교통이 필요한 경우 비의료 교통 제공 업체에 직접 연락하거나 도움을 위해 귀하의 제공자에게 연락할 수 있습니다. 교통 회사에 연락할 때, 예약 날짜와 시간에 관한 정보를 요청할 것입니다. 비응급 의료 교통이 필요한 경우, 귀하의 제공자가 비응급 의료 교통을 처방하고 귀하의 예약과 관련하여 교통 제공 업체와 연락하여 귀하의 예약 장소로 이동 및 복귀를 조정할 것입니다.

추가 정신 건강 계획 정보

Insert Mental health plan specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

응급 서비스란 무엇인가요?

응급 서비스는 정신적 비상 의료 상태를 포함하여 예상치 못한 의료 상태를 겪는 수혜자를 위한 서비스입니다. 응급 의료 상태란 증상이 심각하여 (심한 통증도 포함 가능) 일반인이 판단할 때 누군가가 언제라도 다음과 같은 상황을 예상할 수 있는 정도로 심각한 증상을 갖는 경우를 말합니다.

- 개인의 건강 (또는 태아의 건강)이 심각한 위험에 처할 수 있음
- 신체의 작동 방식에 심각한 손상을 일으킬 수 있음
- 어떤 신체 기관이나 부위에 심각한 손상을 일으킬 수 있음

정신적 응급 의료 상태란 일반인이 판단할 때 누군가가 다음과 같은 경우에 처한 경우입니다:

- 정신적 건강 상태 또는 의심되는 정신적 건강 상태 때문에 자신 또는 다른 사람을 현재 위험하게 하게 함
- 정신적 건강 상태 또는 의심되는 정신적 건강 상태 때문에 즉시 음식을 제공하거나 먹거나, 의복이나 숙소를 사용할 수 없게 됨

응급 서비스는 Medi-Cal 수혜자를 위해 매일 24 시간, 주일 7 일 제공됩니다. 응급 서비스는 사전 승인이 필요하지 않습니다. Medi-Cal 프로그램은 해당 상태가 의료적 신체 건강 문제인지 정신적 건강 문제 (스스로나 다른 사람과 관련된 정신적 고통 그리고/또는 기능 장애의 이유가 되는 생각, 감정, 행동생각, 감정, 행동) 인지 여부에 관계없이 응급 상황을 커버할 것입니다. Medi-Cal 에 가입된 경우, 응급실 방문에 대한 요금을 지불할 필요가 없습니다. 응급 상황이 아닌 것이 밝혀질 때에도 응급실 방문에 대한 청구서를 받지 않을 것입니다. 응급 상황이 발생한 것으로 생각된다면 **911** 로 전화하거나 도움을 얻기 위해 병원이나 다른 시설로 가십시오.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

Medi-Cal 비용 지불이 필요한가요?

대부분의 사람들은 Medi-Cal 을 위해 어떤 비용도 부담하지 않아도 됩니다. 일부 경우에는 월 수입에 따라 Medi-Cal 을 위해 지불해야 할 수도 있습니다.

- 가족 규모에 따른 Medi-Cal 한도보다 적은 수입을 가지고 있는 경우, Medi-Cal 서비스를 위해 지불할 필요가 없습니다.
- 가족 규모에 따른 Medi-Cal 한도보다 많은 수입을 가지고 있는 경우, 의료 또는 약물 남용 치료 서비스를 위해 약간의 비용을 지불해야 합니다. 지불하는 금액을 '비용 부담금'이라고 합니다. 지불해야 할 비용 부담액을 지불한 후에는 해당 월에 대한 나머지 커버되는 의료 비용을 Medi-Cal 이 지불합니다. 의료 비용이 없는 달에는 아무것도 지불할 필요가 없습니다.
- Medi-Cal 하에서 제공된 치료에 대해 '코페이 (Co-payment)'를 해야 할 수 있습니다. 이것은 귀하가 의료 서비스를 받을 때마다 또는 병원 응급실을 이용할 때마다 자신의 돈으로 지불하는 것을 의미합니다.

귀하의 제공자는 귀하가 코페이를 해야 하는지 여부를 알려줄 것입니다.

자살 생각이 있을 때 누구에게 연락해야 하나요?

만약 귀하나 귀하가 아는 누군가가 자살 위기에 처해 있다면, 미국 자살 예방 지원 전화인 **988** 또는 **1-800-273-TALK(8255)**로 전화하십시오. 채팅은 <https://988lifeline.org/>에서 가능합니다.

자살 위기 상황에 있는 지역 주민들은 지역 정신 건강 프로그램에 접근하려면 [mental health plan to insert 24-Hour Crisis Intervention Number(s)]로 전화하십시오.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

추가 정신 건강 계획 정보

Insert mental health plan specific information here [if any].

Medi-Cal 에 대한 자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있나요?

Medi-Cal 에 대한 자세한 정보는 건강 보건 서비스 부 웹사이트

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/Beneficiaries.aspx>에서 확인할 수 있습니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

귀하나 귀하가 아는 개인이 도움이 필요한지의 여부를 아는 방법

내가 도움이 필요한가를 어떻게 알 수 있나요?

많은 사람들이 삶에서 어려움을 겪을 수 있으며 정신 건강 상태나 감정적인 문제를 경험할 수 있습니다. 기억해야 할 가장 중요한 것은 도움을 받을 수 있다는 것입니다. 만약 귀하나 가족 구성원이 Medi-Cal 자격을 갖고 있고, 정신 건강 서비스가 필요하다면, 귀하의 정신 건강 계획에 [mental health plan to insert phone number]으로 서비스위해 전화하십시오. 귀하의 의료 케어 플랜도, 해당 의료 케어 플랜에서 제공하지 않는 정신 건강 서비스가 필요하다고 여기면 정신 건강 계획과 연락할 수 있도록 도와줄 것입니다. 정신 건강 계획은 귀하가 필요로 하는 서비스 제공자를 찾아줄 것입니다.

만약 귀하나 가족 구성원이 심각하거나 지속적인 정신적 고통을 경험하고, 이로써 일상 생활을 관리하기 어려워하거나, 삶을 포기하고 싶다고 느낀다면, 귀하의 정신 건강 계획에 전화하십시오. 다음 증상 중 하나 또는 이상에 대한 도움이 필요한 경우 전화하십시오:

- 과도한 걱정이나 두려움
- 너무 슬프고 우울한 느낌
- 다음과 같은 생각하기에 대한 문제
 - 집중력, 기억력 또는 논리적 사고 및 설명하기 어려운 말하기에 관련된 문제
- 다음과 같은 극단적인 기분의 변화
 - 기분이 너무 좋거나 세계 정상의 꼭대기에 있는 느낌
 - 너무 오랫동안 짜증이 나거나 화가 나는 느낌
- 친구와 사회 활동을 피함



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

- 다른 사람들과의 관계 문제
- 너무 많이 또는 너무 적게 자는 것
- 너무 많이 또는 너무 적게 먹는 것
- 설명하기 어렵거나 대부분의 사람들이 존재하지 않는 것으로 말하는 것을 듣거나 보거나 감지하는 문제

- 알코올이나 약물 남용 문제
- 다음과 같이 명백한 원인이 없는 다양한 신체적 증상
 - 두통
 - 복통
- 자살을 생각함
- 신체 기능의 급격하거나 이례적인 변화
 - 보통의 일상 활동을 수행할 수 없고, 일, 학교 또는 익숙한 작업에 문제가 생김

아동이나 청소년이 도움이 필요한 경우 어떻게 알 수 있나요?

만약 아동이나 청소년이 정신 건강 상태의 징후 중 하나를 보이는 것으로 생각된다면, 정신 건강 계획 접근에 관하여 [mental health plan to insert phone number]로 연락하거나 또는 의료 케어 플랜에 연락하여 아동이나 청소년을 위한 정신 건강 서비스 검사 및 평가를 받을 수 있습니다. 아동이나 청소년이 Medi-Cal 자격을 갖추고, 정신 건강 계획 평가에서 정신 건강 계획이 제공하는 전문 정신 건강 서비스가 필요하다고 평가가 나오면, 정신 건강 계획은 아동이나 청소년이 해당 서비스를 받을 수 있도록 조정할 것입니다. 귀하의 의료 케어 플랜도, 아동이나 청소년이 의료 케어 플랜에서 제공하지 않는 정신 건강 서비스가 필요하다고 여기면 귀하가 정신



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

건강 계획과 연락할 수 있도록 도와줄 것입니다. 또한 부모로서 압박을 느끼거나 정신 건강 상태가 있는 경우를 위한 서비스도 있습니다.

다음 체크리스트는 귀하의 아동이 정신 건강 서비스와 같은 도움이 필요한지를 평가하는 데 도움이 될 수 있습니다. 하나 이상의 징후가 있거나, 장기간 지속된 경우는 전문적인 도움이 필요한 심각한 문제라는 것을 보여줍니다. 다음은 참고할 징후 몇 가지입니다:

- 집중하거나 가만히 있기 어려워서 자신을 신체 위험에 처하게 하거나 학교에서 문제를 일으키는 경우
- 일상 활동을 방해하는 심한 걱정이나 두려움
- 이유 없는 급작스러운, 압도적인 두려움, 때로는 매우 빠른 심장 박동 또는 빠른 호흡
- 두 주 이상에 걸쳐 매우 슬픈 느낌 또는 다른 사람들과 관계를 피하거나 일상 활동에 문제를 일으킴
- 인간 관계에서 문제를 일으키는 극단적인 기분 변화
- 행동의 급격한 변화
- 식사를 거르거나 구토하거나 변비약을 사용하여 체중 감량을 유발함
- 알코올이나 약물의 반복적 사용
- 자신이나 다른 사람에게 해를 입힐 수 있는 심각한 통제 불능 행동
- 자해 또는 자살을 시도하거나 시도하려는 계획이 있음
- 다툼이 반복되거나 무기를 사용하거나 다른 사람에게 해를 입히려는 심각한 계획

추가 정신 건강 계획 정보

Insert mental health plan specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

전문 정신 건강 서비스 접근

전문 정신 건강 서비스는 무엇입니까?

전문 정신 건강 서비스란 소아과 의사 또는 일반 의사가 치료하기 어려운 정신 건강 상태나 감정적 문제를 가진 사람들을 위한 서비스입니다. 이러한 상태는 일상 활동을 수행하는 능력을 방해하는 정도로 심각합니다.

전문 정신 건강 서비스에는 다음이 포함됩니다:

- 정신 건강 서비스
- 약물 지원 서비스
- 사건 관리 대상
- 위기 개입 서비스
- 위기 안정화 서비스
- 성인 거주 치료 서비스
- 위기 거주 치료 서비스
- 주간 집중 서비스
- 주간 재활
- 정신 건강 병원 입원 서비스
- 정신 건강 시설 서비스
- 동요 지원 서비스 (특정 카운티의 성인에게만 제공되며, 거주 카운티에 관계없이 조기 그리고 주기적 검사, 진단 및 치료 하에 서비스 자격이 있는 21 세 미만의 수혜자도 동요 지원 서비스 자격이 있을 수 있음)
- 이동 위기 대응 서비스



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

위에 나열된 전문적인 정신 건강 서비스 외에도 21 세 미만의 수혜자는 조기 그리고 주기적 검사, 진단 및 치료 하에서 추가적인 정신 건강 서비스에 접근할 수 있습니다. 이러한 서비스에는 다음이 포함됩니다:

- 집중 재택 서비스
- 집중적인 케어 관리
- 치료 효과가 있는 행동 건강 서비스
- 치료 효과가 있는 위탁 케어 서비스

각 전문적인 정신 건강 서비스에 대해 자세히 알고 싶다면 이 안내서의 "서비스 범위" 항을 참조하십시오.

전문적 정신 건강 서비스는 어떻게 받는 것입니까?

전문 정신 건강 서비스가 필요하다고 생각되면, 귀하는 귀하의 정신 건강 계획에 전화하여 초기 검사를 받고 평가를 위한 약속을 잡을 수 있습니다. 귀하는 카운티의 무료 전화 번호에 전화할 수도 있습니다. 또한 수혜자인 경우 귀하는 의료 케어 플랜에서 정신 건강 서비스를 요청할 수 있습니다. 의료 케어 플랜이 귀하가 전문 정신 건강 서비스의 접근 기준을 충족하는지 결정하면 의료 케어 플랜은 귀하가 정신 건강 계획을 통해 정신 건강 서비스를 받을 수 있도록 도와줍니다. 정신 건강 서비스에 접근하기 위해 잘못된 문은 없으며, 전문 정신 건강 서비스 외에도 의료 케어 플랜을 통해 비전문 정신 건강 서비스를 받을 수도 있습니다. 귀하의 제공자가 해당 서비스가 귀하에게 임상적으로 적합하다고 판단하고 서비스가 조정되고 중복되지 않는 한 비전문 정신 건강 서비스를 이용할 수 있습니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

또한, 일반 의사, 학교, 가족 구성원, 후견인, 의료 케어 플랜, 기타 카운티 기관을 포함하여 다른 사람이나 기관으로부터 전문 정신 건강 서비스를 받을 필요가 있다고 정신 건강 계획으로 추천 받을 수도 있습니다. 일반 의사나 의료 케어 플랜이 긴급 상황이 아닌 한, 직접 정신 건강 계획으로 추천하려면 귀하의 허락이나 아동의 경우 부모나 보호자의 허락이 필요할 것입니다. 귀하의 정신 건강 계획은 정신 건강 계획 서비스를 받을 자격 기준을 판단하기 위해 초기 평가 요청을 거절해서는 안 됩니다.

전문 정신 건강 서비스는 정신 건강 계획(카운티) 또는 정신 건강 계획과 계약을 맺은 다른 제공자(클리닉, 치료 센터, 지역 기반 단체, 개별 제공자 등)를 통해 제공될 수 있습니다.

전문 정신 건강 서비스를 어디에서 받을 수 있나요?

전문 정신 건강 서비스는 귀하의 거주하는 카운티 및 필요한 경우 다른 카운티에서 받을 수 있습니다. [County can insert more information about the service area covered by the mental health plan]. 각 카운티에는 아동, 청소년, 성인 및 노인을 위한 전문 정신 건강 서비스가 있습니다. 만약 귀하가 21 세 미만이라면, 조기 그리고 주기적 검사, 진단 및 치료 하에 추가적인 제공과 혜택을 받을 자격이 있습니다.

귀하의 정신 건강 계획은 귀하가 필요로 하는 치료를 받을 수 있는 제공자를 찾아줄 것입니다. 정신 건강 계획은 귀하의 거주지와 가장 가까운 제공자 또는 시간이나 거리 기준 상 귀하의 요구를 충족하는 제공자와 연결해야 합니다.

언제 전문 정신 건강 서비스를 받을 수 있나요?



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

귀하의 정신 건강 계획은 귀하가 정신 건강 계획으로부터 서비스를 받기 위한 약속을 예약할 때 주정부의 약속 시간 기준을 충족해야 합니다. 정신 건강 계획은 다음과 같이 약속을 제공해야 합니다:

- 정신 건강 계획과 서비스를 시작하기 위한 비긴급 요청으로부터 영업일로 10 일 이내
- 긴급한 상태에 대한 서비스를 요청할 경우 48 시간 이내
- 정신과 의사와의 약속을 비긴급 요청으로부터 영업일로 15 일 이내 그리고
- 지속적 상태를 위한 비긴급 후속 약속은 이전 약속으로부터 영업일로 10 일 이내

그러나 만약 귀하의 제공자가 더 긴 대기 시간이 의학적으로 적절하며 건강에 해를 끼치지 않을 것이라고 판단한다면 이러한 시간이 더 길어질 수 있습니다. 귀하가 대기 명단에 올라간 것으로 알고 있고 그 기간이 귀하의 건강에 해가 될 것으로 느껴진다면, 귀하는 정신 건강 계획 [1-XXX-XXX-XXX]으로 전화하십시오. 귀하는 만약 시간에 적절한 치료를 받지 못한 경우 민원을 제기할 수 있습니다. 민원 제기에 대한 자세한 정보는 이 안내서의 "민원 제기 과정" 항을 참조하십시오.

어떤 서비스를 받게 될지를 결정하는 것은 누가 하는 것인가요?

귀하, 귀하의 제공자 및 정신 건강 계획 모두는 정신 건강 계획을 통해 받아야 할 서비스를 결정하는 데 참여합니다. 정신 건강 전문가는 귀하와 함께 이야기하고 귀하의 필요에 따라 어떤 종류의 전문 정신 건강 서비스가 적합한지 판단하는 데 도움을 줄 것입니다.

정신 건강 진단이나 특정 정신 건강 상태가 있다고 알고 있을 필요가 없습니다. 정신 건강 계획은 귀하의 상태를 평가할 것입니다. 제공자는 귀하가 치료를 받지 않으면 일상 생활에 부정적인



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

영향을 미칠 수 있는 정신 건강 상태를 가지고 있는지를 평가할 것입니다. 제공자가 이 평가를 하는 동안, 귀하는 적절하고 보장된 서비스를 받을 수 있을 것입니다.

만약 21 세 미만이라면, 외상, 아동 복지 시스템 연관, 청소년의 사법적 연관, 또는 노숙의 경험으로 인한 정신 건강 상태가 있다면 전문 정신 건강 서비스에 접근할 수 있을 수도 있습니다. 또한, 만약 21 세 미만이라면 정신 건강 계획은 정신 건강 상태를 바로잡거나 개선하기 위한 의학적으로 필요한 서비스를 제공해야 합니다. 정신 건강 상태를 바로잡고 유지하고 지원하거나 견딜 수 있는 수준으로 만드는 서비스는 의학적으로 필요한 것으로 간주됩니다.

일부 서비스는 정신 건강 계획으로부터 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요한 서비스에는 집중 재택 서비스, 주간 집중 치료, 주간 재활, 치료 효과가 있는 위한 정신과 서비스 및 치료 효과가 있는 위탁 서비스가 포함됩니다. 사전 승인 절차에 대한 자세한 정보를 얻으려면 정신 건강 계획에 문의하여 추가 정보를 요청할 수 있습니다.

정신 건강 계획은 서비스 승인 검토를 할 때 자격 있는 전문가를 사용해야 합니다. 이 검토 과정은 전문 정신 건강 서비스의 사전 승인이라고 불립니다. 정신 건강 계획의 승인 절차는 특정한 시한을 따라야 합니다. 표준 사전 승인의 경우, 정신 건강 계획은 귀하의 제공자의 요청에 따라 가능한 빨리 귀하의 상태에 따라 결정해야 하지만, 정신 건강 계획이 요청을 받은 날로부터 영업일로 5 일을 초과해서는 안 됩니다. 예를 들어, 일반 기한을 따르는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 능력을 유지, 획득, 재 획득하는 것을 심각하게 위협할 수 있는 경우, 정신 건강 계획은 승인 결정을 긴급히 내리고 서비스 요청을 받은 날로부터 최대 72 시간 이내 귀하의 건강 상태의 기한에 근거한 통지를 제공해야 합니다. 정신 건강 계획은 귀하나 귀하의 제공자가 연장을



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

요청하거나 연장이 귀하의 이익에 부합하는 이유를 제시한 경우, 요청을 받은 후 최대 달력으로 14 일을 추가로 연장할 수 있습니다.

연장이 필요한 예는, 귀하의 제공자로부터 추가 정보를 얻을 수 있다면 정신 건강 계획이 제공자의 치료 요청을 승인할 수 있을 것으로 판단하는 경우입니다. 정신 건강 계획이 제공자의 요청을 위한 시간을 연장하면, 카운티는 귀하에게 연장에 관한 서면 통지를 보내줄 것입니다.

만약 정신 건강 계획이 요청한 서비스를 거부, 지연, 축소 또는 중단한다면, 정신 건강 계획은 서비스가 거부, 지연, 축소 또는 중단된 것을 불리한 혜택 결정 통지를 통해 알리고, 귀하가 항소를 제기할 수 있다고 알리며, 항소 방법에 대한 정보를 제공해야 합니다. 정신 건강 계획이 귀하의 서비스를 거부하거나 귀하가 반대하는 조치를 취하는 결정에 동의하지 않을 경우 이의를 제기하거나 항소할 권리에 대해 자세히 알아보려면 본 안내서의 [mental health plan to Insert Correct Page Number Prior to Publishing] 페이지에 나와 있는 "귀하의 정신 건강 계획에 의한 불리한 혜택 결정" 항목을 참조하십시오.

의학적 필요란 무엇인가?

귀하가 받는 서비스는 의학적으로 필요하며 상태를 해결하기에 적합해야 합니다. 21 세 이상의 개인의 경우, 서비스가 의학적으로 필요한 경우는 생명을 보호하거나 중대한 질병 또는 장애를 예방하거나 심한 통증을 완화하기 위해 합리적이고 필요한 경우입니다.

21 세 미만의 개인의 경우, 서비스는 정신 건강 상태를 바로잡고 유지하고 지원하며 개선하거나 좀 더 견딜 수 있도록 하는 경우에 의학적으로 필요한 것으로 간주됩니다. 정신 건강 상태를



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

지시하고 유지하고 개선하거나 더 견딜 수 있게 만드는 서비스는 의료적으로 필요한 것으로 간주하고, 조기 그리고 주기적 검사, 진단 및 치료 서비스로서 커버됩니다.

정신 건강 계획이 커버하지 않는 다른 정신 건강 서비스는 어떻게 받을 수 있을까요?

만약 귀하가 의료 케어 플랜에 가입되어 있다면, 귀하의 의료 케어 플랜을 통해 다음과 같은 외래 정신 건강 서비스에 접근할 수 있습니다:

- 개별, 그룹 및 가족 치료를 포함한 정신 건강 평가 및 치료.
- 정신 건강 상태를 평가하기 위해 임상적으로 필요한 경우 심리학 및 신경심리학 검사.
- 처방 약을 모니터링하기 위한 외래 환자 서비스.
- 정신과 상담

위의 서비스 중 하나를 받으려면 귀하의 의료 케어 플랜에 직접 전화하십시오. 의료 케어 플랜에 가입하지 않은 경우 Medi-Cal 을 받아 주는 개별 제공자와 클리닉에서 이러한 서비스를 받을 수 있을 수 있습니다. 정신 건강 계획은 귀하가 도움을 받을 수 있는 제공자나 클리닉을 찾는 데 도움을 줄 수도 있고, 제공자나 클리닉을 찾는 방법에 대한 아이디어를 제공할 수도 있습니다.

Medi-Cal 을 받아 주는 어떤 약국이든 정신 건강 상태를 치료하기 위한 처방전을 채울 수 있습니다. 다만 대부분의 처방 약은 Medi-Cal Rx 라고 하는 약국에서 받을 수 있습니다. 이 프로그램은 의료 케어 플랜이 아닌 진료 별 지불 메디칼 프로그램 (Fee-For-Service Medi-Cal Program) 하에서 제공됩니다.

정신 건강 계획이 커버하지 않는 다른 Medi-Cal 서비스(일차 진료/Medi-Cal)는 어떻게 받을 수 있을까요?



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

만약 귀하가 의료 케어 플랜에 가입되어 있다면, 해당 의료 케어 플랜은 귀하를 위한 제공자를 찾아야 하는 책임이 있습니다. 만약 귀하가 의료 케어 플랜에 가입하지 않았고 "일반" Medi-Cal 또는 진료 별 지불 메디칼 (Fee-For-Service Medi-Cal)이라고도 불리는 경우, 귀하는 Medi-Cal 을 받아 주는 어떤 제공자에게든 갈 수 있습니다. 서비스를 시작하기 전에 귀하가 Medi-Cal 을 가지고 있다고 제공자에게 알려주어야 합니다. 그렇지 않으면 해당 서비스에 대하여 귀하에게 청구될 수 있습니다.

귀하는 가족 계획 서비스를 위해 의료 케어 플랜 밖의 제공자를 이용할 수 있습니다.

알코올 또는 약물 문제가 있다고 생각한다면 어떻게 해야 하나요?

알코올 또는 약물 문제를 치료하기 위한 서비스가 필요하다고 생각한다면, 귀하의 카운티에 연락하십시오:

[County to insert Drug Medi-Cal Organized Delivery System or Drug Medi-Cal information here.]
Here is the translation of the provided text into Korean:

왜 정신과 입원 서비스가 필요할 수 있을까요?

귀하가 정신 건강 상태 또는 정신 건강 상태의 증상을 낮은 단계의 케어에서 안전하게 치료할 수 없는 경우, 정신 건강 상태 또는 정신 건강 상태의 증상으로 인해 다음과 같은 이유로 입원할 수 있습니다:

- 귀하 스스로나 다른 사람에게 당장 위험을 야기하거나 중대한 재산 파괴를 일으킬 가능성이 있는 경우



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

- 식사, 의복 또는 주거를 제공하거나 활용할 수 없는 경우
- 신체 건강에 있어서 심각한 위험이 있는 경우
- 정신 건강 상태로 인해 최근에 중대한 기능 저하가 있었던 경우
- 병원에서만 제공할 수 있는 정신 진단, 약물 치료 또는 기타 치료가 필요한 경우

추가 정신 건강 계획 정보

Insert mental health plan specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

제공자 선택

내가 필요한 전문 정신 건강 서비스를 위한 제공자를 어떻게 찾을 수 있을까요?

귀하의 정신 건강 계획은 현재 제공자 디렉토리를 온라인으로 게시할 의무가 있습니다. 현재 제공자에 대한 질문이나 업데이트된 제공자 디렉토리를 원하면 정신 건강 계획 웹사이트 [county to insert a link to provider directory]를 방문하거나 정신 건강 계획의 무료 전화번호로 전화하십시오. 귀하가 요청하면 서면 또는 우편으로 목록을 받을 수 있습니다.

정신 건강 계획은 제공자 선택에 일부 제한을 둘 수 있습니다. 전문 정신 건강 서비스를 처음으로 받기 시작할 때, 귀하는 정신 건강 계획이 적어도 두 명의 초기 제공자를 제공하도록 요청할 수 있습니다. 정신 건강 계획은 또한 귀하가 제공자를 변경할 수 있도록 허락해야 합니다. 귀하가 제공자를 변경하려면 정신 건강 계획은 최대한 두 명의 제공자 사이에서 선택할 수 있도록 해야 합니다.

귀하의 정신 건강 계획은 귀하가 필요한 경우 제공되는 정신 건강 치료 서비스를 받을 수 있도록 귀하 근처에 충분한 제공자가 있는지 확인하고 적시에 치료에 접근할 수 있도록 하는 책임이 있습니다. 때때로 정신 건강 계획의 계약 제공자는 전문 정신 건강 서비스 제공을 더 이상 하지 않기로 결정합니다. 정신 건강 계획의 제공자는 더 이상 정신 건강 계획과 계약하지 않을 수도 있으며 또는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스 환자를 더 이상 받지 않거나 정신 건강 계획의 요청에 따라 더 이상 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스 환자를 받아들이지 않을 수도 있습니다. 이런 경우, 정신 건강 계획은 해당 제공자로부터 전문 정신 건강 서비스를 받고 있던 각 개인에게 서면 통지하려 노력해야 합니다. 수혜자에게 제공되는 통지는 종료 효력이 발생하기 달력으로



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

30일 전 또는 정신 건강 계획이 제공자가 더 이상 활동하지 않을 것을 알게 된 후 15일 후에 제공되어야 합니다. 이런 경우, 귀하의 정신 건강 계획은 귀하와 제공자가 동의한다면 정신 건강 계획을 떠난 제공자로부터 계속 서비스를 받을 수 있도록 해야 합니다. 이를 "치료 연속"이라고 하며 아래에서 설명하겠습니다.

내 현재 제공자로부터 서비스를 계속 받을 수 있을까요?

이미 의료 케어 플랜으로부터 정신 건강 서비스를 받고 있는 경우, 귀하는 정신 건강 계획 제공자로부터 정신 건강 서비스를 받고 있는 경우라 하더라도, 서비스가 제공자들 사이에서 조정되고 서비스가 동일하지 않은 한 해당 제공자로부터 치료를 계속 받을 수 있습니다.

또한, 이미 다른 정신 건강 계획, 의료 케어 플랜 또는 개별 Medi-Cal 제공자로부터 전문 정신 건강 서비스를 받고 있는 경우, 귀하는 현재 제공자로부터 최대 12개월 동안 계속 받을 수 있도록 "치료 연속"을 요청할 수 있습니다. 귀하가 현재 제공자와 계속해서 진행되는 치료를 받아야 하거나 새로운 제공자로 변경하면 정신 건강 상태에 심각한 피해를 입을 수 있는 경우 치료 연속을 요청할 수 있습니다. 치료 연속 요청은 다음이 사실인 경우에 허용될 수 있습니다:

- 귀하가 요청하는 제공자와 계속된 관계가 있으며 지난 12개월 동안 해당 제공자를 만나 왔습니다.
- 제공자는 자격이 있고 Medi-Cal 요구 조건을 충족합니다.
- 제공자는 정신 건강 계획과의 계약 조건들과 서비스에 대한 지불 요구 사항에 동의합니다.
- 제공자는 귀하의 서비스 필요에 관한 관련 문서를 정신 건강 계획과 공유합니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

추가 정신 건강 계획 정보

Insert mental health plan specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

스마트 기기를 사용한

의료 기록 및 제공자 디렉토리 정보 사용 접근 권리

귀하의 카운티는 의료 기록에 접근하고 컴퓨터, 스마트 태블릿 또는 모바일 장치와 같은 일반 기술을 사용하여 의료 기록을 찾을 수 있는 안전한 시스템을 생성 및 유지해야 합니다. 이 시스템은 환자 접근 응용 프로그램 인터페이스(API)라고 불립니다. 의료 기록에 접근하고 제공자를 찾기 위한 응용 프로그램을 선택할 때 고려해야 할 정보는 귀하의 카운티의 웹 사이트에서 찾을 수 있습니다.

[County] (include the location where member education resources can be found on the county website.)

추가 정신 건강 계획 정보

Insert mental health plan specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

서비스의 범위

귀하가 전문 정신 건강 서비스에 접근하기 위한 기준을 충족하는 경우, 귀하는 필요에 따라 다음 서비스를 이용할 수 있습니다. 귀하는 제공자와 함께 귀하에게 가장 적합한 서비스를 결정하는 데 협력할 것입니다.

정신 건강 서비스

- 정신 건강 서비스는 정신 건강 상태를 가진 사람들이 일상 생활에 대처하는 기술을 개발하는 데 도움을 주는 개별, 그룹 또는 가족 중심의 치료 서비스입니다. 이런 서비스는 또한 서비스를 받는 개인을 위해 더 나은 서비스가 되도록 돕기 위해 제공자가 하는 작업을 포함합니다. 이러한 서비스에는 귀하에게 서비스가 필요한지 그리고 서비스가 제대로 작동하는지 확인하는 평가와 귀하의 정신 건강 치료의 목표와 제공될 구체적인 서비스를 결정하는 치료 계획도 포함됩니다. 그리고 "이차적인"이라는 것은 (귀하가 허가하는 경우) 귀하의 일상 생활 능력을 향상 또는 유지하는 데 도움을 주기 위해 가족 구성원과 삶에 중요한 인물과 함께 작업하는 것을 의미합니다. 정신 건강 서비스는 클리닉이나 제공자의 사무실, 귀하의 집이나 기타 지역에서, 전화 또는 원격 의료를 (오디오 전용 및 비디오 상호 교환을 모두 포함) 통해 제공될 수 있습니다. [County] (to include any additional information regarding: the amount, duration, and scope of benefits available under the Contract in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled. (42 C.F.R. § 438.10(g)(2)(iii)).

의약 지원 서비스

- 이 서비스는 정신과 약의 처방, 투여, 조제 및 모니터링, 그리고 정신과 약과 관련된 교육을 포함합니다. 약물 지원 서비스는 클리닉이나 제공자의 사무실, 귀하의 집이나 기타 지역에서, 전화 또는 원격 의료를 통해 제공될 수 있습니다 (오디오 전용 및 비디오 상호 교환을 모두 포함).



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

특정 대상 사건 관리

- 이 서비스는 정신 건강 상태를 가진 사람들에게 혼자서 찾는 것이 어려울 수 있는 의료, 교육, 사회, 직업적, 재활, 또는 기타 지역 서비스를 받는 데 도움을 줍니다. 특정 대상 사건 관리는 계획 개발, 의사 소통, 조정 및 추천, 서비스 제공 모니터링을 포함하지만 이에 제한되지 않으며 이를 통해 해당 개인의 서비스 및 서비스 제공 시스템 접근과 해당 개인의 진행 상황을 모니터링합니다.

위기 개입 서비스

- 이 서비스는 즉각적으로 조치가 필요한 긴급한 상황을 다루기 위해 제공됩니다. 위기 개입의 목표는 병원에 입원하지 않도록 지역 사회에서 사람들을 돕는 것입니다. 위기 개입은 최대 8시간까지 지속될 수 있으며 클리닉이나 제공자의 사무실, 귀하의 집이나 다른 장소에서, 전화 또는 원격 의료를 (오디오 전용 및 비디오 상호 작용을 모두 포함) 통해 제공될 수 있습니다.

위기 안정화 서비스

- 이 서비스는 즉각적인 주의가 필요한 긴급한 상황을 다루기 위해 제공됩니다. 위기 안정화는 24시간 미만으로 지속되며 허가를 받은 24시간 건강 관리 시설에서, 병원 기반의 외래 프로그램에서, 또는 위기 안정화 서비스를 제공하기 위해 인증된 제공자 사이트에서 제공되어야 합니다.

성인 거주 치료 서비스

- 이 서비스는 정신 건강 상태를 가진 사람들을 위한 거주치료 서비스를 제공하는 허가를



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

받은 시설에서 거주하는 사람들을 위해 정신 건강 치료와 기술 습득을 제공하는 것입니다. 이 서비스는 매일 24시간 주 7일 이용할 수 있습니다. Medi-Cal은 성인 거주 치료 서비스를 제공하는 시설에 대한 숙식 및 숙박 비용을 지원하지 않습니다.

위기 거주 치료 서비스

- 이 서비스는 심각한 정신적 또는 정서적 위기를 겪고 있지만 정신병원에서 치료를 받을 필요가 없는 사람들을 위하여 정신 건강 치료와 기술 습득을 제공합니다. 이 서비스는 허가를 받은 시설에서 매일 24시간 주 7일 이용할 수 있습니다. Medi-Cal은 위기 거주 치료 서비스를 제공하는 시설의 숙식 및 숙박 비용을 지원하지 않습니다.

주간 집중 치료 서비스

- 이것은 병원이나 다른 24시간 관리 시설에 있어야 할 수도 있는 여러 사람을 대상으로 제공되는 정신 건강 치료의 구조화된 프로그램입니다. 이 프로그램은 하루에 적어도 3시간 이상으로 이루어져 있습니다. 이 프로그램에는 기술 습득 활동 및 치료 뿐만 아니라 정신 치료가 포함됩니다.

주간 재활

- 이것은 정신 건강 상태를 가진 사람들이 대처 기술과 생활 기술을 배우고 개발하며 정신 건강 상태의 증상을 효과적으로 관리하는 데 도움을 주기 위해 설계된 구조화된 프로그램입니다. 이 프로그램은 하루에 적어도 3시간 이상으로 이루어져 있습니다. 이 프로그램에는 기술 습득 활동 및 치료가 포함됩니다.

정신 병원 입원 서비스



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

- 이 서비스는 허가를 받은 정신 건강 전문가의 판단에 따라 집중 정신 건강 치료를 24 시간 필요한 사람에게 허가 받은 정신 병원에서 제공되는 서비스입니다.

정신 건강 시설 서비스

- 이 서비스는 심각한 정신 건강 상태에 대해 24 시간 재활 치료를 전문으로 하는 허가 받은 정신 건강 시설에서 제공됩니다. 정신 건강 시설은 시설 내 사람들의 신체적 건강 관리 필요를 충족시키기 위해 근처 병원 또는 클리닉과 계약을 가지고 있어야 합니다. 정신 건강 시설은 일반 외래 치료로 처리할 수 없는 신체 질병이나 부상이 없는 환자만 입원 및 치료할 수 있습니다.

동료 지원 서비스 (카운티마다 다름)

- 동료 지원 서비스 제공은 카운티에 따라 선택 사항입니다. [County should clarify if the county does not cover Peer Support Services for the Specialty Mental Health Services System.]
- 동료 지원 서비스는 구조화된 활동을 통해 회복, 복원력, 참여, 사회화, 자주력, 자기 옹호, 자연적 지원의 개발 및 강점 도출을 촉진하는 문화적으로 적합한 개인 및 그룹 서비스입니다. 이러한 서비스는 귀하 또는 귀하가 지정한 중요한 지원자에게 제공될 수 있으며 다른 전문 정신 건강 서비스를 받을 때 동시에 받을 수 있습니다. 동료 전문가는 정신 건강이나 약물 남용 상태에서 회복한 삶의 경험이 있는 개인으로서, 카운티 승인을 받은 자격 인증 프로그램의 요건을 완료한 사람으로, 카운티에서 인증을 받고, 캘리포니아 주정부에서 허가를 받거나 면제 받거나 등록되어 있는 정신 건강 전문가의 지도 아래에서 이러한 서비스를 제공합니다.
- 동료 지원 서비스는 개인 및 그룹 코칭, 교육적 기술 습득 그룹, 자원 안내, 귀하가 정신 건강 치료에 참여하도록 장려하기 위한 관련 서비스 및 자기 옹호를 촉진하는 것과 같은 치료 활동을 포함합니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

- [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)

이동식 위기 서비스 (카운티마다 다름)

- 이동식 위기 서비스는 정신 건강 및/또는 약물 남용 위기("정신 건강 위기")를 경험하는 경우 이용할 수 있습니다. 이동식 위기 서비스는 위기를 경험하는 바로 그 자리에서 건강 전문가에 의해 제공되며, 병원이나 기타 시설을 제외한 귀하의 집, 직장, 학교 등에서 제공됩니다. 이동식 위기 서비스는 매일 24 시간 주 7 일 그리고 연 365 일 이용할 수 있습니다.
- 이동식 위기 서비스에는 빠른 응답, 개별 평가 및 지역 기반 안정화가 포함됩니다. 더 많은 치료가 필요한 경우, 이동식 위기 서비스 제공자는 다른 서비스로 연결하거나 추천하기도 합니다.
- [County] (include any additional information regarding the amount, duration, and scope of benefits available under the Agreement in sufficient detail to ensure that beneficiaries understand the benefits to which they are entitled)
- [County] (include whether the service is available in your county)

어린이 및/또는 21 세 미만의 젊은이들을 위한 특별 서비스가 있나요?

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

조기 및 주기적 검사, 진단 및 치료 서비스 자격을 얻으려면 수혜자는 21 세 미만이어야 하며 완전한 Medi-Cal 을 보유해야 합니다. 조기 및 주기적 검사, 진단 및 치료는 정신 건강 상태를 교정하거나 개선하는 데 필요한 서비스를 포함합니다. 정신 건강 상태를 유지, 지원, 개선 또는 더



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

견딜 수 있게 도와주는 서비스는 정신 건강 상태를 개선한다고 간주되며 결과적으로 조기 및 주기적 검사, 진단 및 치료 서비스로서 의료적으로 필요하기 때문에 제공됩니다.

조기 및 주기적 검사, 진단 및 치료 서비스에 대한 질문이 있으면 [County to Insert Relevant Information Here]로 전화하십시오. 또는 [DHCS 조기 및 주기 검사, 진단 및 치료 웹페이지](#)를 방문하십시오.

정신 건강 계획을 통해 21 세 미만의 어린이, 청소년 및 젊은이들을 위해 다음과 같은 서비스도 이용할 수 있습니다: 치료 효과가 있는 행동 건강 서비스, 집중 케어 조정, 집중 재택 서비스 및 치료효과가 있는 위탁 케어 서비스 등입니다.

치료 효과가 있는 행동 건강 서비스

행동 건강 서비스는 21 세 미만의 수혜자를 위한 집중적이고 맞춤형 단기 외래 치료 개입입니다. 이 서비스를 받는 개인은 심각한 정서적 장애를 겪고 있으며 스트레스가 많은 변화 또는 인생 위기의 경험으로 인해 추가적인 구체적 단기 지원 서비스가 필요한 경우입니다.

행동 건강 서비스는 심각한 정서적 문제가 있는 경우 각 정신 건강 계획을 통해 이용 가능한 전문 정신 건강 서비스 유형입니다. 행동 건강 서비스를 받으려면 정신 건강 서비스를 받아야 하며 21 세 미만이어야 하며 완전한 Medi-Cal 을 보유해야 합니다.

- 가정에 거주 중인 경우, 행동 건강 서비스 직원은 심각한 행동 문제를 줄이기 위해 일대일로 작업하여 21 세 미만의 아이들과 어린이를 대상으로 하는 그룹 홈과 같은 더 높은 수준의 케어가 필요하지 않도록 합니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

- 21 세 미만의 매우 심각한 정서적 문제를 겪는 어린이와 청소년을 대상으로 하는 그룹 홈에 거주 중인 경우, 행동 건강 서비스 직원은 귀하가 기존의 가족 기반 환경, 예를 들어 위탁 가정이나 가정으로 갈 수 있도록 지원합니다.

행동 건강 서비스는 귀하와 귀하의 가족, 간병인 또는 후견인이 문제 행동에 대한 새로운 접근 방식과 성공적인 행동 유형을 학습하도록 도와줍니다. 귀하와 행동 건강 서비스 직원, 귀하의 가족, 간병인 또는 후견인이 함께 팀으로서 행동 건강 서비스가 더 이상 필요하지 않을 때까지 짧은 기간 동안 문제 행동에 대응하는 데 협력합니다. 귀하는 행동 건강 서비스의 계획을 갖게 될 것이며, 이 계획에는 행동 건강 서비스 중에 귀하, 귀하의 가족, 간병인 또는 후견인 및 행동 건강 서비스 직원이 무엇을 할 것인지, 언제 어디서 행동 건강 서비스를 진행할 것인지에 대한 정보가 포함됩니다. 행동 건강 서비스 직원은 문제 행동에 도움이 필요한 대부분의 장소에서 귀하와 함께 협력할 수 있습니다. 이는 귀하의 집, 위탁 가정, 그룹 홈, 학교, 주간 치료 프로그램 및 커뮤니티의 다른 지역을 포함합니다.

집중 케어 조정

집중 케어 조정은 의료 필요성에 따라 추천을 받은 21 세 이하 그리고 완전한 Medi-Cal 서비스를 받을 자격이 있는 수혜자를 대상으로 하여 케어 플랜의 평가 및 서비스 조정을 촉진하는 특정 대상 사건 관리 서비스입니다.

집중 케어 조정 서비스는 통합된 핵심 실천 모델의 원칙을 통해 제공되며, 어린이, 가족 및 관련된 아동 서비스 시스템 간의 협력 관계를 원활하게 조화시키기 위해 아동 및 가족 팀을 (Child and Family Team) 설립하는 것을 포함합니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

아동 및 가족 팀에는 공식 지원 (케어 조정자, 제공자 및 아동 서비스 기관의 케이스 매니저와 같은), 자연적인 지원 (가족 구성원, 이웃, 친구, 목사 등과 같은) 및 아동 및 가족의 목표 달성을 지원하는 데 책임이 있고 고객 계획을 개발하고 실행하는 데 협력하는 다른 개인들이 포함됩니다. 집중 케어 조정은 또한 집중 케어 조정 코디네이터를 제공하며 해당 코디네이터는 다음과 같은 일을 합니다.

- 의료적으로 필요한 서비스에 강점을 근거로 한, 맞춤화 된, 고객 주도적이고, 문화와 언어에 적합한 방식으로 접근, 조정 및 제공되도록 보장합니다.
- 서비스 및 지원이 아동의 필요에 따라 안내되도록 합니다.
- 아동, 그들의 가족 및 서비스를 제공하는 시스템 간의 협력 관계를 원활하게 합니다.
- 부모/보호자가 자녀의 필요를 충족하도록 지원합니다.
- 아동 및 가족 팀을 설립하고 지속적인 지원을 제공합니다.
- 서비스 제공자 및 아동 서비스 시스템 전반을 조직하고 일관적이도록 하여 아동이 지역 사회에서 서비스를 받을 수 있도록 지원합니다.

집중 재택 서비스

집중 재택 서비스는 아동/청소년의 기능을 방해하는 정신 건강 상태를 개선하기 위해 고안된 맞춤형의 강점을 근거한 개입으로, 아동/청소년이 가정 및 지역에서 성공적으로 기능할 수 있도록 필요한 기술을 구축하는 것을 목표로 합니다. 또한 아동/청소년의 가족이 아동/청소년이 가정 및 지역에서 성공적으로 기능하도록 돕는 것을 목표로 합니다.

집중 재택 서비스는 가족의 전반적 서비스 계획과 조율하여 어린이 및 가족 팀을 통해 통합된 핵심 실천 모델에 따라 제공됩니다. 집중 재택 서비스는 의료 필요성을 기반으로 해당 서비스에



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

추천된, 완전한 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는 자격이 있는, 21세 미만의 수혜자에게 제공됩니다.

치료 효과가 있는 위탁 치료 케어

위탁 치료 케어 모델을 통해 복잡한 정서적 및 행동적 필요를 가진 21세 이하의 아동을 대상으로 단기, 집중적, 트라우마 중심으로 맞춤형 전문 정신 건강 서비스를 제공할 수 있습니다. 위탁 치료 케어에서는 훈련 받고, 감독 하에 있으며, 지원받는 치료를 위한 위탁 부모에게 아동을 배치합니다.

전화 또는 원격 의료로 제공되는 서비스

의료 서비스를 받기 위해 귀하와 제공자 간의 대면 접촉이 항상 필요하지는 않습니다. 귀하의 서비스에 따라, 전화 또는 원격 의료를 통해 서비스를 받을 수 있을 수 있습니다. 귀하의 제공자는 전화 또는 원격 의료를 사용하는 방법에 대해 설명해야 하고 서비스를 시작하기 전에 귀하가 동의하도록 해야 합니다. 전화 또는 원격 의료를 통해 서비스를 받기로 동의하더라도 나중에 대면 서비스를 받기로 선택할 수 있습니다. 일부 유형의 정신 건강 서비스는 특정 장소에서 서비스를 받아야 하기 때문에, 전화 또는 원격 의료를 통해서만 제공할 수 없을 수 있는데 귀하가 거주 치료 서비스나 병원 서비스와 같은 특정한 곳에서 있어야 하기 때문입니다.

추가적 정신 건강 계획 정보

Insert mental health plan specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

정신 건강 계획이 내린 불리한 혜택 결정

원하는 서비스나 필요한 서비스가 정신 건강 계획에 의해 거부된 경우 어떤 권리가 있나요?

정신 건강 계획 또는 정신 건강 계획을 대표하는 제공자가 내가 원하는 서비스 또는 받아야 한다고 생각하는 서비스를 거부, 제한, 축소, 연기 또는 종료하면 정신 건강 계획에서 서면 통지(“불리한 혜택 결정 통지”라고 함)를 받을 권리가 있습니다. 또한 결정에 반대할 권리가 있으며 이에 대한 항소를 요청할 수 있습니다. 아래 항에서는 통지의 권리와 정신 건강 계획의 결정에 반대하는 경우 어떻게 해야 하는지에 대해 설명합니다.

불리한 혜택 결정이란?

불리한 혜택 결정이란 정신 건강 계획에 의해 취해진 다음과 같은 조치를 의미합니다:

1. 커버되는 혜택에 있어서 서비스의 유형 또는 수준, 의료 필요성, 적절성, 설정 또는 효과를 기반으로 한 결정을 포함하여 요청한 서비스의 거부 또는 제한적 승인
2. 이전에 승인된 서비스의 감소, 중단 또는 종료
3. 서비스에 대한 지불의 전부 또는 일부 거부
4. 적시에 서비스를 제공하지 않음
5. 민원과 항소의 일반 해결을 위해 요구되는 기한 내에 행동하지 않음 (정신 건강 계획에 민원을 제기하고 정신 건강 계획이 귀하에게 제기한 민원에 대한 서면 결정을 90 일 이내에 제시하지 않을 경우. 정신 건강 계획에 항소를 제기하고 정신 건강 계획이 귀하에게 제기한 항소에 대한 서면 결정을 30 일 이내에 제공하지 않은 경우 또는 긴급 항소를 제출하고 72 시간 이내에 응답을 받지 못한 경우) 또는
6. 재정적 책임에 이의를 제기하는 수혜자의 요청 거부



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

불리한 혜택 결정 통지란 무엇인가?

정신 건강 계획이 귀하와 귀하의 제공자가 귀하가 받아야 한다고 믿는 서비스를 거부, 제한, 축소, 연기 또는 종료하겠다는 결정을 내린 경우 귀하에게 보내는 서면 편지입니다. 이는 서비스에 대한 지불 거부, 서비스가 커버되지 않음을 주장하는 기준, 서비스가 의료 필요성이 없다고 주장하는 거부, 서비스가 잘못된 제공 시스템을 위한 것이라 주장하는 거부 또는 금전 책임에 대한 이의 거부를 포함합니다. 불리한 혜택 결정 통지는 또한 귀하의 분쟁, 항소 또는 긴급 항소가 제시된 시간 내에 해결되지 않았음을 알려주거나 서비스 제공에 대한 정신 건강 계획의 기한 기준에 따라 서비스가 제공되지 않았을 경우에도 사용됩니다.

통지의 타이밍

정신 건강 계획은 이미 승인된 전문 정신 건강 서비스의 종료, 중단 또는 감소 조치를 위한 날짜의 적어도 10 일 전에 수혜자에게 통지를 우편으로 보내야 합니다. 또한 정신 건강 계획은 지불 거부 또는 요청된 전문 정신 건강 서비스의 일부 또는 전부의 거부, 연기 또는 변경으로 이어지는 결정을 내린 날짜로부터 영업일로 2 일 이내에 수혜자에게 통지를 보내야 합니다.

원하는 서비스를 받지 못하면 항상 불리한 혜택 결정 통지를 받나요?

네, 귀하는 불리한 혜택 결정 통지를 받아야 합니다. 그러나 통지를 받지 않았다면 카운티 정신 건강 계획에 항소를 제출하거나 항소 절차를 완료한 경우 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 카운티와 연락을 취할 때 불리한 혜택 결정을 받게 되었지만 통지를 받지



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

않았다고 말하십시오. 항소를 제출하거나 주정부 공정 심리를 요청하는 방법은 본 설명서에 포함되어 있습니다. 이 정보는 제공자 사무실에서도 이용 가능해야 합니다.

불리한 혜택 결정 통지에 어떤 내용이 포함됩니까?

불리한 혜택 결정 통지에는 다음 내용이 포함됩니다:

- 귀하와 귀하가 서비스를 받는 능력에 영향을 미치는 정신 건강 계획의 조치
- 결정이 적용되는 날짜와 결정의 이유
- 결정이 근거한 주 또는 연방 규정
- 정신 건강 계획의 결정에 동의하지 않는 경우 항소를 제출할 권리
- 정신 건강 계획의 결정과 관련된 문서, 기록 및 기타 정보의 사본을 어떻게 받을 것인지
- 정신 건강 계획에 항소를 제출하는 방법
- 정신 건강 계획의 항소 결정에 만족하지 않는 경우 주정부 공정 심리를 요청하는 방법
- 긴급 항소 또는 긴급 정부 공정 심리를 요청하는 방법
- 항소 또는 정부 공정 심리를 요청할 때 도움을 얻는 방법
- 항소 또는 정부 공정 심리를 요청할 수 있는 기한
- 항소 또는 정부 공정 심리 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 권리, 이러한 서비스를 계속을 요청하는 방법 및 이러한 서비스의 비용이 Medi-Cal 로 커버될지 여부
- 서비스를 계속 받기를 원한다면 언제 항소 또는 정부 공정 심리를 요청해야 하는지

불리한 혜택 결정 통지를 받았을 때 어떻게 해야 하나요?



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

불리한 혜택 결정 통지를 받았을 때, 통지에 포함된 모든 정보를 주의 깊게 읽어야 합니다. 통지를 이해하지 못하는 경우 정신 건강 계획이 도움을 줄 수 있습니다. 또는 다른 사람에게 도움을 청할 수도 있습니다.

항소나 정부 공정 심리를 요청할 때 중단되었던 서비스에 대해 계속 받을 것을 요청할 수 있습니다. 서비스를 계속 받는 것을 요청하는 경우 불리한 혜택 결정 통지의 우편 날짜 또는 직접 제공된 날짜로부터 10 일 이내 또는 변경 유효일 이전에 서비스를 계속 받는 것을 요청해야 합니다.

추가 정신 건강 계획 정보

Insert mental health plan specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

문제 해결 절차: 민원 또는 항소

정신 건강 계획으로부터 원하는 서비스를 받지 못하면 어떻게 해야 하는가?

정신 건강 계획은 귀하가 원하거나 받고 있는 전문 정신 건강 서비스와 관계된 모든 문제에 대한 민원이나 문제를 해결하기 위한 절차가 있어야 합니다. 이를 "문제 해결 절차"라고 하며 다음과 관련될 수 있습니다:

1. **민원 제출 절차:** 전문 정신 건강 서비스 또는 정신 건강 계획과 관련된 어떤 문제에 대한 불만/민원 표현.
2. **항소 절차:** 정신 건강 계획 또는 제공자가 귀하가 받는 전문 정신 건강 서비스에 대한 결정(예: 서비스의 거절, 중단 또는 축소)을 검토하는 것.
3. **주정부 공정 심리 절차:** 정신 건강 계획이 항소를 거절하는 경우 주 행정 판사 앞에서 행정 심리를 요청하는 절차.

민원이나 항소를 제출하거나 정부 공정 심리를 요청하는 것은 귀하에게 불리하지 않으며 귀하가 받고 있는 서비스에 영향을 미치지 않습니다. 민원 또는 항소를 제출하면 귀하가 필요로 하는 서비스를 받을 수 있고 전문 정신 건강 서비스에 관한 문제를 해결할 수 있습니다. 민원과 항소는 또한 정신 건강 계획에게 서비스 향상에 활용할 정보를 제공하여 정신 건강 서비스를 개선하는데 도움을 줍니다. 귀하의 민원 또는 항소가 완료되면 귀하의 정신 건강 계획은 최종 결과에 대해 귀하와 제공자 등 관련된 모든 사람에게 통지합니다. 귀하의 정부 공정 심리가 결정되면 주정부 공정 심리 사무실은 귀하와 관련된 다른 사람에게 최종 결과에 대해 통지합니다. 각 문제 해결 절차에 대한 자세한 정보는 아래에서 확인할 수 있습니다.

항소, 민원 또는 주정부 공정 심리를 제기할 때 도움을 받을 수 있나요?



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

귀하의 정신 건강 계획은 이러한 절차를 귀하에게 설명해 주어야 하며 민원, 항소를 제출하거나 정부 공정 심리를 요청하는 데 도움을 줄 의무가 있습니다. 정신 건강 계획은 또한 귀하의 건강, 정신 건강 및/또는 안정성에 있어서 위험할 경우 더 빨리 검토하는 "긴급 항소" 절차를 이용할 자격이 있는지를 결정하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 귀하는 또한 전문 정신 건강 제공자 또는 대변인을 포함하여 다른 사람에게 귀하 대신 조치를 취할 수 있는 권한을 부여할 수 있습니다.

도움이 필요하다면 [County to Insert Toll-Free Phone Number]로 연락하십시오. 정신 건강 계획은 민원 또는 항소와 관련된 양식 및 절차적 단계를 완료하는 데 합리적인 지원을 제공해야 합니다. 이는 통역 서비스와 TTY/TDD 및 통역 기능을 갖춘 무료 전화번호도 포함되지만 이에 제한되지 않습니다.

주 정부가 나의 문제/질문을 해결하는 데 도움을 줄 수 있나요?

주 정부 건강 관리 서비스 부의 고충처리위원회 사무실 (Office of the Ombudsman)은 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지 (공휴일 제외) 전화로 **888-452-8609** 또는 이메일로 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov 을 통해 연락할 수 있습니다. **참고:** 이메일 메시지는 기밀이 보장되지 않습니다. 이메일 메시지에 개인 정보를 포함해서는 안 됩니다.

귀하의 지역 법적 지원 사무소 또는 다른 단체에서 무료 법률 지원을 받을 수도 있습니다. 또한 캘리포니아 사회 복지부 (California Department of Social Services, CDSS)에 연락하여 심리에 대한 권리에 대해 물어볼 수 있습니다. 이때 CDSS의 공공 질문 및 답변 유닛으로 전화로 **800-952-5253** (TTY의 경우 **800-952-8349** 로 전화)하실 수 있습니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

추가 정신 건강 계획 정보

Insert mental health plan specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

민원 제기

민원이란 무엇인가?

전문 정신 건강 서비스와 관련된 민원 사항 중 항소 및 주정부 공정 심리 절차로 처리되지 않는 소정의 내용들에 대해서는 민원으로 표현됩니다.

민원 제기 절차는 다음과 같습니다.

- 귀하가 민원을 구두로 또는 서면으로 제출할 수 있게 하는 간단하고 쉽게 이해할 수 있는 절차들입니다.
- 어떠한 방식으로든 귀하나 귀하의 제공자에 불리한 영향을 미치지 않을 것입니다.
- 다른 사람이 귀하를 대신하여 행동할 수 있도록 허용하며, 이는 제공자 또는 대변인을 포함할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 행동하도록 허용하면 정신 건강 계획은 해당 개인에게 정보를 공개할 수 있도록 귀하가 싸인 해야 하는 양식을 작성하라고 요청할 수 있습니다.
- 결정을 내리는 개인이 그럴 자격이 있으며, 이전 수준의 검토나 결정에 관여하지 아니한 경우입니다.
- 귀하, 귀하의 정신 건강 계획 및 귀하의 제공자의 역할과 책임을 확인합니다.
- 필요한 시간 내에 민원에 대한 해결을 제공합니다.

언제 민원을 제출할 수 있나요?

정신 건강 계획에서 제공하는 전문 정신 건강 서비스에 대해 만족하지 않거나, 정신 건강 계획과 관련된 다른 문제가 있을 경우 언제든지 정신 건강 계획에 민원을 제출할 수 있습니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

어떻게 민원을 제출할 수 있나요?

민원을 제출하려면 귀하의 정신 건강 계획에 [County to Insert Toll-Free Phone Number If Different Than the Footer]로 전화하여 민원 제기에 도움을 받을 수 있습니다. 민원은 구두로 또는 서면으로 제출할 수 있습니다. 구두 민원은 서면으로 후속 조치를 취할 필요가 없습니다.

서면으로 민원을 제출하려면 정신 건강 계획은 민원을 귀하가 우편으로 보낼 수 있도록 모든 제공자가 위치한 곳에서 자체 주소가 표시된 봉투를 제공할 것입니다. 자체 주소가 표시된 봉투가 없는 경우, 이 안내서 앞에 제공된 주소로 민원을 직접 우편으로 보낼 수 있습니다.

정신 건강 계획이 내 민원을 받았는지 어떻게 알 수 있나요?

귀하의 정신 건강 계획은 귀하의 민원을 받았음을 알릴 의무가 있으며, 접수한 날로부터 달력으로 5 일 이내에 서면 확인을 보내야 합니다. 전화나 사람이 직접 제출한 민원은 귀하가 다음 업무일까지 해결되었다고 동의하는 경우, 서면 확인이 제외되며 편지를 받지 않을 수 있습니다.

내 민원은 언제 결정될 것인가요?

정신 건강 계획은 귀하가 민원을 제출한 날로부터 90 일 이내에 민원에 대한 결정을 내려야 합니다. 귀하가 연장을 요청하거나 정신 건강 계획이 추가 정보가 필요하다고 판단하여, 지연이 귀하의 이익을 위한 경우, 최대 달력으로 14 일까지 기간을 연장할 수 있습니다. 지연이 귀하의 이익을 위한 경우의 예를 들자면, 정신 건강 계획이 귀하나 다른 관련자로부터 정보를 얻기 위해 조금 더 시간이 필요하며 정보를 얻어 민원이 해결될 것이라 믿는 경우입니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

정신 건강 계획이 내가 제기한 민원에 대한 결정을 내렸는지 어떻게 알 수 있나요?

귀하의 민원에 대한 결정이 내려진 경우, 정신 건강 계획은 결정에 대한 서면 통지를 귀하 또는 귀하의 대리인에게 보내 드립니다. 귀하의 정신 건강 계획이 민원을 결정한 당시, 그에 관련된 당사자들에게 제때 통지하지 않았다면, 정신 건강 계획은 주정부 공정 심리를 요청할 권리에 관한 정보를 포함한 불리한 혜택 결정 통지를 귀하에게 제공해야 합니다. 귀하의 정신 건강 계획은 해당 기간이 만료되는 날에 불리한 혜택 결정 통지를 제공할 의무가 있습니다. 만약 귀하가 불리한 혜택 결정 통지를 받지 않았다면 더 자세한 정보는 귀하의 정신 건강 계획에 전화하십시오.

민원을 제출할 기한이 있나요?

아니요. 귀하는 언제든지 민원을 제기할 수 있습니다.

추가 정신 건강 계획 정보

Insert mental health plan specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

항소 절차 (일반 항소 및 긴급 항소)

귀하의 정신 건강 계획은 귀하가 동의하지 않는 결정에 이의를 제기하여 귀하의 전문 정신건강 서비스에 관한 결정을 검토하도록 요청할 수 있도록 해야 합니다. 검토를 요청할 수 있는 두 가지 방법이 있습니다. 하나는 일반 항소 절차를 사용하는 것이며, 다른 하나는 긴급 항소 절차를 사용하는 것입니다. 이 두 가지 유형의 항소는 유사하지만, 긴급 항소를 요청하려면 구체적인 자격 요건이 있습니다. 해당 자격 요건은 아래에서 설명됩니다.

일반 항소란 무엇인가요?

일반 항소는 정신 건강 계획이나 귀하의 공급자가 귀하가 생각할 때, 필요로 한 서비스에 대한 거부 또는 변경과 관련된 결정을 검토를 요청하는 것입니다. 일반 항소를 요청하면 정신 건강 계획은 최대 30 일 동안 검토할 수 있습니다. 만약 30 일을 기다리면 귀하의 건강이 위험에 처할 것으로 생각한다면 "긴급 항소"를 요청해야 합니다.

일반 항소 절차는 다음과 같은 내용을 포함합니다:

- 구두 또는 서면으로 항소를 제출할 수 있게 합니다.
- 항소를 제출하더라도 귀하나 귀하의 제공자에게 어떠한 방식으로도 불리한 영향을 미치지 않을 것입니다.
- 제공자를 포함하여 귀하를 대신할 수 있는 다른 사람을 귀하의 대신으로 허용합니다. 만약 다른 사람이 귀하를 대신하도록 허용한다면, 정신 건강 계획은 해당 인물에게 정보를 제공할 수 있도록 허용하도록 하는 양식에 귀하가 서명할 것을 요청할 수 있습니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

- 항소 요청 시, 혜택을 요청하면 필요한 기간 내에 지속될 수 있으며, 해당 기간은 불리한 혜택 결정 통지가 귀하에게 우편으로 발송된 날 또는 직접 귀하에게 전달된 날로부터 달력으로 10 일입니다. 항소가 진행 중인 동안 서비스 비용을 지불할 필요가 없습니다. 혜택을 요청한 후 귀하가 지속적으로 받고 있는 서비스를 줄이거나 중단하는 결정이 항소에 있어서 내려진다면, 항소가 진행되는 동안 제공된 서비스 비용을 귀하가 지불해야 할 수도 있습니다.
- 결정을 내리는 개인들이 해당 자격이 있는지 확인해야 하며, 이전 단계의 검토나 결정에 관여하지 않았어야 합니다.
- 귀하나 귀하의 대리인이 항소 절차 전 그리고 절차 중에 귀하의 사례 파일, 의료 기록 및 항소 절차 동안 고려된 기타 문서나 기록을 검토할 수 있게 합니다.
- 귀하가 사실 또는 법에 대한 증거와 주장을 제출할 기회를 부여하며, 이는 대면 또는 서면으로 가능합니다.
- 항소 당사자로서 귀하, 귀하의 대리인 또는 사망한 수혜자 재산의 법률 대리인을 포함하게 합니다.
- 귀하의 항소가 검토 중임을 서면 확인서를 보내서 알립니다.
- 항소 절차가 완료되면 주정부 공정 심리를 요청할 권리에 대해 귀하에게 알려줍니다.

언제 항소를 제출할 수 있나요?

귀하는 정신 건강 계획에 다음과 같은 상황에서 항소를 제출할 수 있습니다:

- 정신 건강 계획이나 계약 공급자 중 한 명이 귀하가 서비스 접근 기준을 충족하지 않기 때문에 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스를 받을 자격이 없다고 결정합니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

- 귀하의 제공자가 귀하가 전문 정신건강 서비스가 필요하다고 생각하고 정신 건강 계획의 승인을 요청하지만 정신 건강 계획이 제공자의 요청을 거부하거나 서비스의 유형 또는 빈도를 변경합니다.
- 귀하의 제공자가 정신 건강 계획의 승인을 요청했지만 정신 건강 계획이 결정을 내리기 위해 더 많은 정보가 필요하고 시간 내에 승인 절차를 완료하지 못하는 경우입니다.
- 귀하의 정신 건강 계획이 설정한 일정에 따라 귀하에게 서비스를 제공하지 않습니다.
- 귀하가 정신 건강 계획이 귀하의 요구를 충족하기 위해 충분히 빨리 서비스를 제공하지 않는다고 생각합니다.
- 귀하의 민원, 항소 또는 긴급 항소가 시간 내에 해결되지 않았습니다.
- 귀하와 귀하의 제공자가 귀하가 필요로 하는 전문 정신 건강 서비스에 동의하지 않습니다.

항소를 어떻게 제출할 수 있나요?

귀하는 정신 건강 계획 [mental health plan to Insert Toll-Free Phone Number if Different Than the Footer]으로 전화하여 항소 제출에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 정신 건강 계획은 귀하가 우편으로 제출할 수 있게 모든 제공자 사이트에서 자체 주소가 표시된 봉투를 제공할 것입니다. 자체 주소가 표시된 봉투가 없는 경우 이 안내서 앞면에 제공된 주소로 직접 항소를 우편으로 보낼 수 있으며 [mental health plan To Insert E-Mail Address and Fax Number for Appeals]을 사용하여 이메일 또는 팩스로 항소를 제출할 수 있습니다

항소가 결정된 경우 어떻게 알 수 있나요?

귀하의 정신 건강 계획은 귀하의 항소에 대한 결정에 대해 귀하 또는 귀하의 대리인에게 서면으로 통보할 것입니다. 이 통지에는 다음과 같은 내용이 포함되어 있습니다.

- 항소 결정 절차에서 나온 결과



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

- 항소 결정을 한 날짜
- 만약 항소가 귀하의 문제를 완전히 해결하지 못한 경우, 주정부 공정 심리를 신청할 수 있는 귀하의 권리와 주정부 공정 심리를 제출하는 절차에 관한 정보가 포함됩니다.

항소를 제출하는 마감일이 있나요?

"불리한 혜택 결정 통지"의 날짜로부터 60 일 이내에 항소를 제출해야 합니다. "불리한 혜택 결정 통지"를 받지 않은 경우 항소를 제출할 마감일은 없으므로 언제든지 이런 종류의 항소를 제출할 수 있습니다.

항소 결정은 언제 내려질까요?

정신 건강 계획은 항소 요청을 받은 날로부터 달력으로 30 일 이내에 항소에 대한 결정을 내려야 합니다. 기한은 연장 요청을 하거나 정신 건강 계획이 추가 정보가 필요하다고 판단하고 그 지연이 귀하의 이익을 위한 경우 최대 달력으로 14 일까지 연장될 수 있습니다. 지연이 귀하의 이익을 위한 경우의 예를 들자면 카운티가 귀하나 귀하의 제공자로부터 정보를 얻기 위해 조금 더 시간이 필요하며 정보를 얻어 민원이 해결될 것이라 믿는 경우입니다.

항소 결정을 위해 30 일을 기다릴 수 없는 경우 어떻게 해야 하나요?

항소 절차에 있어서 긴급 항소 절차 자격이 있는 경우 더 빠를 수 있습니다.

긴급 항소란 무엇인가요?



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

긴급 항소는 항소를 결정하는 더 빠르게 하는 것을 말합니다. 긴급 항소 절차는 일반 항소 절차와 유사한 과정을 따릅니다. 그러나 귀하가 일반 항소의 결과를 기다리는 것이 귀하의 정신 건강 상태를 악화시킬 수 있다는 것을 보여주어야 합니다. 긴급 항소 절차는 일반 항소와 다른 기한을 따릅니다. 정신 건강 계획은 긴급 항소를 검토하기 위해 72 시간이 주어집니다. 긴급 항소를 구두로 요청할 수 있습니다. 긴급 항소 요청을 서면으로 제출할 필요가 없습니다.

언제 긴급 항소를 제출할 수 있나요?

일반 항소 결정을 받기 위해 최대 달력으로 30 일 동안 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 최대의 기능을 획득, 유지 또는 회복 능력을 저해할 것으로 생각되는 경우, 귀하는 긴급 항소 결정을 요청할 수 있습니다. 정신 건강 계획이 귀하의 항소가 긴급 항소의 요구 사항을 충족하는 것으로 판단하면, 귀하의 정신 건강 계획은 귀하의 긴급 항소를 접수한 날로부터 72 시간 이내에 귀하의 긴급 항소를 해결할 것입니다. 기한은 연장 요청을 하거나 정신 건강 계획이 추가 정보가 필요하다고 판단하고, 그 지연이 귀하의 이익에 맞는 경우, 최대 달력으로 14 일까지 연장될 수 있습니다.

정신 건강 계획이 기한을 연장하는 경우, 귀하에게 기한이 연장된 이유에 대한 서면 설명을 제공할 것입니다. 만약 정신 건강 계획이 귀하의 항소가 긴급 항소 요건을 충족시키지 않는다고 결정하면, 정신 건강 계획은 귀하에게 신속한 구두 통보를 하기 위한 합당한 노력을 기울일 것이며, 달력으로 2 일 이내에 서면 통지를 하여 결정 이유를 알려줄 것입니다. 그런 다음 귀하의 항소는 이전에 설명되어 있는 일반 항소 시간 범위를 따릅니다. 귀하는 정신 건강 계획이 귀하의 항소가 긴급 항소 기준을 충족시키지 않는다는 결정에 동의하지 않는 경우 민원을 제출할 수 있습니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

정신 건강 계획이 귀하의 긴급 항소를 해결한 후, 정신 건강 계획은 구두 및 서면으로 귀하와 모든 관련 당사자에게 통보할 것입니다.

추가 정신 건강 계획 정보

Insert County specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

주정부 공정 심리 절차

주정부 공정 심리 절차란 무엇인가?

주 정부 공정 심리란 캘리포니아 사회복지부에서 실시하는 독립적인 심사로, Medi-Cal 프로그램에 따라 귀하가 권리가 있는 전문 정신 건강 서비스를 받도록 하는 것을 확인하기 위한 것입니다. 추가 자료는 다음의 캘리포니아 사회복지부 웹사이트에서 확인하실 수 있습니다: <https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>

주 정부 공정 심리에 대한 나의 권리는 무엇인가요?

주 정부 공정 심리 권리는 다음과 같습니다:

- 캘리포니아 사회복지부 (주 정부 심리라고도 함) 앞에서 심리를 신청할 권리가 있습니다.
- 주 정부 공정 심리의 신청 정보를 받을 권리가 있습니다.
- 주 정부 공정 심리에서 대리인에 대한 규정 정보를 받을 권리가 있습니다.
- 주 정부 공정 심리 절차 동안, 귀하의 요청에 따라 혜택을 계속 받을 권리가 있습니다. 단, 요구되는 기한 이내에 주 정부 공정 심리를 요청한 경우에만 이 혜택이 있습니다.

언제 주 정부 공정 심리를 신청할 수 있나요?

주 정부 공정 심리를 다음과 같은 경우에 신청할 수 있습니다:

- 귀하가 항소를 제기하였고 정신 건강 계획이 귀하의 항소요청을 거부하였다는 항소 결과 편지를 받은 경우.
- 귀하의 민원, 항소 또는 긴급 항소가 제 시간에 해결되지 않은 경우.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

주 정부 공정 심리 신청은 어떻게 하나요?

주 정부 공정 심리 신청은 다음과 같은 방법으로 할 수 있습니다:

- 온라인: <https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- 서면: "불리한 혜택 결정 통지서"에 나온 주 정부 부서 주소로 신청서를 제출하거나 팩스 또는 우편으로 제출합니다.

캘리포니아 사회복지부 주 정부 심리 분과

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

또는 팩스 번호 **916-651-5210** 또는 **916-651-2789** 로 보내십시오.

또한, 다음의 방법으로 주 정부 공정 심리 또는 긴급 주 정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다:

- 전화: 주 심리 분과에 무료 전화로 **800-743-8525** 또는 **855-795-0634** 로 연락하거나, 무료 전화로 공공 문의 및 응답 라인에 **800-952-5253** 또는 TDD 로 **800-952-8349** 로 연락합니다.

주 정부 공정 심리 신청에 대한 마감일이 있나요?

주 정부 공정 심리를 요청하는 데는 달력으로 120 일의 시간 제한이 있습니다. 이 120 일은 정신 건강 계획의 서면 항소 결정 통지의 날짜부터 시작합니다.

만약 불리한 혜택 결정 통지서를 받지 못한 경우에는 언제든지 주 정부 공정 심리를 신청할 수 있습니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

주 정부 공정 심리 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 수 있을까요?

현재 승인된 치료를 받고 있고 주정부 공정 심리 중에 계속 치료를 받으려면, 불리한 혜택 결정 통지를 귀하가 받은 날로부터 10 일 이내에 또는 귀하의 정신 건강 계획이 해당 서비스가 중단하거나 줄인다고 말한 날짜 전에 주 정부 공정 심리를 요청해야 합니다. 주 정부 공정 심리를 요청할 때 해당 기간 동안 치료를 계속 받고 싶다고 명시해야 합니다.

만약 주 정부 공정 심리의 최종 결정이 귀하가 받고 있는 서비스를 줄이거나 중단하도록 하는 것을 재차 확인하는 경우, 주 정부 공정 심리가 진행되는 중에 제공된 서비스의 비용을 귀하가 지불해야 할 수도 있습니다.

주 정부 공정 심리 결정은 언제 내려질까요?

주 정부 공정 심리를 요청한 후, 귀하의 사건을 결정하고 답변을 보내는 데 최대 90 일이 걸릴 수 있습니다.

더 빨리 주 정부 공정 심리를 받을 수 있을까요?

만약 그렇게 오랫동안 기다리는 것이 귀하의 건강에 해롭다고 생각한다면, 귀하는 영업일로 3 일 내에 답변을 받을 수도 있을 것입니다. 귀하의 일반 의사 또는 다른 제공자에 편지를 작성해 달라고 요청하십시오. 또는 귀하 스스로 편지를 쓸 수도 있습니다. 편지는 최대 90 일 동안 사건 결정을 기다리는 것이 귀하의 삶, 건강 또는 최대 기능을 달성, 유지 또는 회복하는 데 심각한 피해를 준다는 것에 대해 자세히 설명해야 합니다. 그런 다음 반드시 "긴급 심리"를 요청하고 편지를 심리 신청서와 함께 제출해야 합니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

사회복지부 주 정부 심리 분과는 귀하의 긴급 공정 심리 요청을 검토하고 해당 여부를 결정합니다. 귀하의 긴급 심리 요청이 승인되면, 심리가 진행되며 귀하의 요청이 주 정부 심리 분과에서 접수된 날로부터 영업일 3 일 이내에 심리 결정이 내려질 것입니다.

추가 정신 건강 계획 정보

Insert County specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

사전 의료 지시서

사전 의료 지시서란 무엇인가요?

귀하는 사전 의료 지시서를 가질 권리가 있습니다. 사전 의료 지시서는 캘리포니아 법에서 인정하는 건강 관리에 관한 서면 지침입니다. 이는 귀하가 자신에게 의료 치료를 어떻게 제공하는지에 대한 내용이거나, 귀하가 스스로 말할 수 없을 때 어떤 결정이 내려질지 지정하는 정보를 포함합니다. 때로 사전 의료 지시서는 생전 유언 또는 의료 결정 위임장으로 설명될 수 있습니다.

캘리포니아 법은 사전 의료 지시서를 구두나 서면으로 개인 건강 관리 지시사항 또는 위임장(다른 사람에게 귀하를 대신하여 결정을 내리도록 허용하는 서면 문서)으로 정의합니다. 모든 정신 건강 계획은 사전 의료 지시서 정책을 마련할 의무가 있습니다. 귀하의 정신 건강 계획은 사전 의료 지시서 정책과 주 법에 대한 설명을 제공할 의무가 있습니다. 정보를 요청하려면 귀하의 정신 건강 계획에 문의하십시오.

사전 의료 지시서는 사람들이 자신의 치료에 대한 통제권을 가지도록 고안되었으며, 특히 자신의 치료에 대한 지시를 제공할 수 없을 때 이를 할 수 있도록 합니다. 이는 사람들이 건강 관리 결정을 내릴 수 없게 되었을 때 원하는 바를 미리 명시할 수 있는 법적 문서입니다. 여기에는 자신의 의료 치료, 수술 또는 다른 건강 관리 선택을 받아들이거나 거부할 수 있는 권리가 포함되어 있습니다. 캘리포니아에서 사전 의료 지시서는 두 부분으로 구성됩니다:

- 귀하의 건강 관리에 관한 결정을 내릴 대리인(개인)의 지정; 및
- 귀하의 개인 건강 관리 지침



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

귀하의 정신 건강 계획이나 온라인에서 사전 의료 지시서 양식을 받을 수 있습니다.

캘리포니아에서는 모든 건강 관리 제공자에게 귀하가 사전 의료 지시서를 제공할 권리가 있습니다. 또한 언제든지 사전 의료 지시서를 변경하거나 취소할 권리가 있습니다.

사전 의료 지시서 요건에 관한 캘리포니아 법에 대한 질문이 있으면 다음 주소로 편지를 보낼 수 있습니다.

California Department of Justice (캘리포니아 법무부)

Attn: Public Inquiry Unit,

P. O. Box 944255

Sacramento, CA 94244-2550

추가 정신 건강 계획 정보

Insert mental health plan specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

수혜자의 권리와 책임

정신 건강 계획 서비스 수혜자로서 갖는 나의 권리는 무엇인가요?

Medi-Cal 자격이 있는 사람으로서 정신 건강 계획으로부터 의료적으로 필요한 전문 정신 건강 서비스를 받을 권리가 있습니다. 이런 서비스들에 대해 귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다:

- 개인의 사생활과 의료 정보의 기밀성 유지 필요성을 고려하여 존중을 받을 권리가 있습니다.
- 수혜자의 상태와 이해 능력에 적절한 방식으로 가능한 치료 선택들에 대해 설명을 받을 권리가 있습니다.
- 귀하의 정신 건강 치료에 대한 의사결정에 참여할 권리가 있으며, 이는 치료 거부 권리를 포함합니다.
- 강제 행위, 징계, 편의 또는 보복의 수단으로 사용되는 억압이나 고립으로부터 자유로울 권리가 있습니다.
- 의료 기록 사본을 요청하고 필요에 따라 수정 또는 보정 요청을 받을 권리가 있습니다.
- 정신 건강 계획에 의해 커버되는 서비스, 정신 건강 계획의 다른 의무, 귀하의 권리에 대한 정보 등이 나와 있는 본 안내서의 정보를 받을 수 있습니다.
- 정신 건강 계획으로부터 전문 정신 건강 서비스를 받을 권리가 있으며, 정신 건강 계획은 서비스의 가용성, 적합한 수용력과 서비스, 지속적인 치료 조정, 서비스의 범위 및 승인에 대한 주정부와의 계약을 준수해야 합니다. 정신 건강 계획은 다음을 수행해야 합니다:

- Medi-Cal 자격이 있는 전문 정신 건강 서비스를 받을 자격이 있는 모든 수혜자가 적절한 시간에 서비스를 받을 수 있도록 충분한 공급업체를 고용하거나 계약해야 합니다.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

- 정신 건강 계획이 서비스를 제공할 수 있는 직원 또는 계약 공급자가 없는 경우 적시에 네트워크 밖에서 의료 필요 서비스를 지원해야 합니다. "네트워크 외 공급자"는 정신 건강 계획 제공자 목록에 없는 제공자를 의미합니다. 이 경우 정신 건강 계획은 귀하가 네트워크 외 공급자를 방문하는 것에 대하여 추가 비용이 청구되지 않도록 해야 합니다.
- 서비스를 제공할 수 있는 공급자가 전문 정신 건강 서비스를 전달하는 데 필요한 교육을 받았는지 확인해야 합니다.
- 정신 건강 계획이 커버하는 전문 정신 건강 서비스가 Medi-Cal 자격이 있는 수혜자의 요구를 충족하기에 충분한 양, 시간 및 범위인지 확인해야 합니다. 이는 정신 건강 계획이 서비스에 대한 지불을 승인하기 위한 시스템이 의료적 필요성을 기준으로 하고 접근 기준이 공정하게 사용되도록 하는 것을 포함합니다.
- 서비스를 받을 수 있는 사람들에 대한 충분한 평가를 수행하고 서비스를 받을 사람들과 함께 치료 및 제공될 서비스에 대한 목표를 개발해야 합니다.
- 만약 귀하가 요청하는 경우, 정신 건강 계획은 네트워크 내 또는 네트워크 외의 자격 있는 의료 전문가로부터 무료로 다른 의사의 진단을 받을 수 있어야 합니다.
- 필요한 경우 Medi-Cal 의료 케어 플랜을 통해 제공되는 서비스나 주치 의사로부터 제공되는 서비스를 조정하여야 하며, 필요한 경우 건강 정보의 기밀성이 연방 규정에 명시된 대로 보호되어야 합니다.
- 응급 정신 건강 상태 또는 긴급 또는 위기 상태를 치료하기 위해 의료적으로 필요한 경우 서비스를 24시간 내내 사용할 수 있도록 할 의무가 있습니다.
- 모든 사람, 특히 영어가 제한된 개인 및 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 개인들에 대하여 문화적으로 합당한 방식으로 서비스를 제공하기 위해 주정부의



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

노력에 참여해야 합니다.

- 귀하의 정신 건강 계획은 귀하가 자신의 권리를 주장한 결과로 인해 귀하의 치료가 불리한 방식으로 변경되지 않도록 해야 합니다. 정신 건강 계획은 해당 권리에 대하여 여기에 기술된 권리와 함께 해당하는 연방 및 주 법률 (미국 1964 년 시민권법 제 6 조, 45 CFR 제 80 부에서 시행하는 대로; 1975 년 나이 차별 금지법, 45 CFR 제 91 부에서 시행하는 대로; 1973 년 재활법; 1972 년 교육 개정법 제 9 조 (교육 프로그램 및 활동에 관한 내용); 미국 장애인법 제 2 조 및 제 3 조); 환자 보호 및 합리적인 진료법 제 1557 조 및 본 안내서에 기술된 권리를 준수해야 합니다.
- 정신 건강 치료에 관한 주 법률에 따라 귀하의 추가적인 권리가 있을 수 있습니다. 귀하의 카운티 환자 권리 대변인에게 연락하려면 [mental health plan to Add Patient's Rights' Contact Information]로 연락하십시오.

정신 건강 계획 서비스 수혜자로서 나의 책임은 무엇인가?

정신 건강 계획 서비스 수혜자로서, 다음은 귀하의 책임입니다:

- 정신 건강 계획에서 받은 수혜자 안내서를 주의 깊게 읽으십시오. 이러한 자료는 가능한 서비스와 필요한 경우 어떻게 치료를 받을 수 있는지 이해하는 데 도움이 될 것입니다.
- 예약 스케줄대로 치료를 받으십시오. 치료를 받는 동안에 의료 제공자와 협력할 경우 가장 좋은 결과를 얻을 수 있습니다. 만약 예약한 약속을 못 가게 된다면 최소 24 시간 전에 의료 제공자에게 연락하여 다른 날짜와 시간을 잡으십시오.
- 치료를 받을 때 Medi-Cal 혜택 신분증(BIC)과 사진 신분증을 항상 소지하십시오.
- 약속 전에 통역사가 필요하면 제공자에게 알려주십시오.



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.

- 제공자에게 모든 의료 관련 문제를 알려주십시오. 귀하의 필요에 대한 완전한 정보를 제공자와 공유할수록 치료가 더 성공적일 것입니다.
- 귀하가 가진 모든 질문을 제공자에게 물어보도록 하십시오. 치료를 받을 때 얻은 정보를 완전히 이해하는 것이 매우 중요합니다.
- 귀하와 귀하의 제공자가 동의하여 계획한 행동 단계들을 지키십시오.
- 귀하의 서비스에 대한 질문 또는 제공자와 해결할 수 없는 문제가 있는 경우 정신 건강 계획에 연락하십시오.
- 귀하의 개인 정보에 변경 사항이 있는 경우, 의료 제공자와 정신 건강 계획에 알려주십시오. 이는 주소, 전화 번호 및 치료 과정에 참여할 수 있는 능력에 영향을 미칠 수 있는 기타 의료 정보를 포함합니다.
- 치료를 제공하는 직원을 존중하고 예의 바르게 대하십시오.
- 부정행위 또는 잘못된 행동이 의심되는 경우 신고하십시오:
 - 건강 보건부서는 Medi-Cal 부정행위, 낭비 또는 남용 의심자가 있다면 **1-800-822-6222**번 DHCS Medi-Cal 부정행위 핫라인으로 전화할 것을 요청합니다. 긴급한 상황인 경우 즉각적인 도움을 위해서 **911**로 전화하십시오. 통화는 무료이며 통화자는 익명으로 남을 수 있습니다.
 - 의심되는 부정행위 또는 남용을 신고할 수도 있으며, fraud@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내거나 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> 에 나와 있는 온라인 양식을 사용할 수 있습니다.

추가 정신 건강 계획 정보

Insert mental health service specific information here [if any].



귀하의 정신 건강 계획 무료 전화 번호 [1-XXX-XXX-XXXX]로 전화하시거나 웹사이트 [mental health plan URL]를 방문하십시오. [Mental health plan Name] 은/는 [Days and Hours of Operation] 운영합니다.