Medi-Cal for Kids & Teens

귀하의 Medi-Cal 권리

잘 보관해 두세요!

아동과 21세 이하 청소년이 필요한 모든 진료를 받는 데 도움이 되는 중요한 정보

Medi-Cal에 가입되어 있는 아동과 청소년은 어떤 서비스를 받을 수 있습니까?

캘리포니아 및 연방 법률에 따라, Medi-Cal에 가입된 21세 이하의 모든 아동과 청소년은 건강의 유지와 회복에 필요한 정기 **건강검진** 및 기타 **예방** 및 **치료** 서비스를 받을 권리가 있습니다.

이 권리는 연방법에서 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료(Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) 요건으로 알려져 있습니다. 이를 통해 Medi-Cal에 가입된 모든 아동이 가능한 한 건강하게 성장하는 데 필요한 진료를 받을 수 있도록 보장합니다. 캘리포니아에서는 EPSDT를 **아동 및 청소년을 위한 Medi-Cal(Medi-Cal for Kids & Teens)**이라고 합니다.

아동이나 청소년이 Medi-Cal 가입 자격이 될 때 비용 분담 혹은 보험료가 있는 것이 확인되지 않는 한 이러한 서비스는 **무료**로 제공됩니다.

Medi-Cal for Kids & Teens는 필요한 경우 제한을 두지 않고 다음 서비스를 보장해야 합니다.

- 일차 진료 및 전문의 방문을 포함한 신체 건강 서비스
- 안경을 포함한 안과 서비스
- 청력 진료 서비스
- 치과 검진 및 후속 서비스*
- 치료를 포함한 정신 건강 및 약물 또는 알코올 중독 진료 서비스
- 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료
- 내구성 의료 장비를 포함하여 휠체어와 같은 의료 장비 및 소모품
- 일반 의약품과 처방 의약품을 모두 포함한 의약품
- 납 수치 확인을 위한 혈액 검사, 성병 감염(STI) 검사, 필요한 모든 후속 진료를 포함한 실험실 검사
- 간호를 포함한 가정 건강 서비스
- 병원 및 거주 치료
- 피임 및 중절 수술과 같은 생식 및 성 건강 서비스
- 임신 검진

*일부 회원은 응급 치과 진료만 받으실 자격이 되실 수 있습니다.

이 편지나 다른 형식(예: 더 큰 글꼴, 오디오 형식, CD 또는 점자)으로 제작된 Medi-Cal 자료가 필요하시면 1-833-284-0040으로 전화하십시오. 언어 지원이 필요하시면 메디캘(Medi-Cal) 회원 핫라인 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)로 전화해 주십시오.

- 코로나19(COVID-19) 검사 및 치료
- 진료 조율(Managed Care 플랜에 가입된 경우)
- 의료 서비스 제공자의 결정에 따라 Medi-Cal에서 보장할 수 있는 기타 모든 필수 의료 서비스 ("의료적으로 필요한 서비스"라고도 함)

아동과 청소년은 다음과 같은 무료 지원을 통해 보호받을 권리가 있습니다.

- 진료 예약 의료 기관이나 약, 의료 장비, 소모품 수령처 방문을 위한 무료 왕복 승차권 지원
- 의료 기관 진료 예약 지원
- 의사 또는 의료 서비스 제공자를 찾도록 도움 제공
- 언어 통역 서비스(의료 기관 예약을 위해 직접 통역사를 섭외할 필요는 없음)

"의료적으로 필요한 서비스"는 무슨 의미입니까?

아동과 청소년의 경우 **의료적으로 필요한 서비스**는 질병 또는 건강 상태를 치료, 교정, 관리 또는 개선하는 데 필요한 서비스를 의미합니다.

보통은 자녀를 담당한 의사나 의료 서비스 제공자가 의료적으로 필요한 서비스가 있는지 결정합니다.

어떤 서비스는 사전 승인이 필요할 수도 있습니다. 21세 이하의 아동이나 청소년에게 의료적으로 필요한 서비스가 있을 경우 그러한 서비스나 관련 치료의 수를 제한할 수 없습니다. 예를 들어, 아동에게 필요한 안경을 2년마다 하나씩만 지원하는 식으로 제한할 수 없다는 뜻입니다. 아동이 현재 쓰고 있는 안경이 있더라도 적당한 시력으로 사물을 보는 데 어려움이 있다면 필요할 때 새 처방전을 받아 새 안경을 지원받을 권리가 있습니다.

박스 1

자녀의 Medi-Cal

Medi-Cal에 가입된 아동과 청소년은 다음 두 가지 방식 중 하나로 혜택을 받습니다.

1. **Managed care**: 건강 보험 플랜, 정신 건강 플랜 또는 치과 건강 플랜에서 운영 **또는**
2. **Fee For Service**: 캘리포니아 주정부 Medi-Cal 기관인 캘리포니아 보건부(Department of Health Care Services, DHCS)에서 운영

이 문서에서는 가입된 아동이나 청소년이 **Managed Care** 또는 **Fee For Service**를 통해 필요한 서비스를 받지 못하는 경우의 대처 방법을 설명합니다. 구체적으로는 다음 방법을 설명합니다.

- 항소 제기
- 주정부 공정 심리 요청
- 고충 민원 제출

서비스를 받는 데 도움이 필요하거나 주어진 혜택에 대해 궁금한 점이 있으시면 Medi-Cal 가입자 상담 전화 **1-800-541-5555**로 전화하십시오.

자녀의 진료가 거부, 지연, 축소 또는 중지된 경우 어떻게 해야 할까요?

자녀의 진료가 거부, 지연, 축소 또는 중지되었는데 귀하가 서면 통지에 설명되어 있는 결정 사항에 동의하지 않으실 경우에는 해당 결정을 다시 살펴본 후 번복하도록 요청할 수 있습니다.

이는 자녀에게 필요하고 받을 권리가 있는 진료를 올바로 받도록 지원하기 위한 조치입니다. 자녀는 **항소**하거나 **주정부 공정 심리를** 요청하거나 **고충 민원**을 제출할 권리가 있습니다. 이러한 조치를 취하는 데 따른 불이익은 없습니다.

이러한 항소, 주정부 공정 심리 또는 고충 민원 제기의 성패에 관계없이 이러한 조치를 취했다는 이유로 자녀의 Medi-Cal 보장이 종료되는 일은 **없습니다**.

항소하면 의료서비스 제공자가 자녀의 Managed Care 플랜을 검토해 서비스 거부, 지연, 축소 또는 중지 결정이 타당한지 살펴본 후 제기된 항소에 대한 동의 여부를 밝혀야 합니다.

주정부 공정 심리는 귀하가 동의하지 않는 Managed Care 플랜 또는 DHCS(주정부 Medi-Cal 기관)의 결정을 검토하기 위해 판사 앞에서 진술할 수 있는 기회입니다.

고충 민원은 항소 또는 주정부 공정 심리에서 다루지 않는 사항에 대해 귀하가 만족하지 않거나 동의하지 않는 모든 문제에 대해 제출할 수 있습니다. 서비스 거부, 지연, 축소 또는 중지 문제가 아닌 문제로서, 자녀의 Managed Care 플랜 또는 DHCS와 관련된 문제나 우려 사항에 대해 고충 민원을 제출할 수 있습니다.

또한 진료의 질 또는 진료에 대한 접근성을 포함하여 자녀의 보장 서비스 관련 고충에 대해 자녀의 Managed Care 플랜에 고충민원을 제출할 수도 있습니다.

항소, 주정부 공정 심리 요청 또는 고충 민원 제출 방법

서면 통지서를 읽어보십시오. Managed Care 플랜, DHCS(주 Medi-Cal 기관) 또는 의료 서비스 제공자는 자녀에게 제공되는 서비스를 거부, 축소 또는 중지할 경우 해당 결정 사항을 담은 서면 처분 통지("불리한 혜택 결정 통지서"라고도 함)를 보내야 합니다.

자녀의 치료 또는 서비스가 축소되거나 중지되는 시점을 기준으로 최소한 **10일** 전에는 이 통지서를 받아야 합니다. 통지서에는 다음과 같은 내용이 설명됩니다.

- 자녀의 Managed Care 플랜 또는 DHCS에서 그러한 결정을 내린 이유와 방식
- 자녀의 권리
- 항소 또는 주정부 공정 심리 요청 방법

결정에 동의하지 않으실 경우 항소에 따른 소정의 절차나 주정부 공정 심리가 진행되는 동안 서비스를 계속 받을 수 있도록 서비스가 실제로 중지되거나 축소되기 **전에** 항소하는 것이 중요합니다.

통지서를 받지 않으신 경우에는 4페이지에 명시된 전화번호로 HCA(Health Consumer Alliance)에 전화해 문의하시기 바랍니다. 통지서를 받지 않았더라도 항소할 수 있습니다. 항소 방법, 주 청문회 요청 또는 불만 제기 방법을 알아보려면 나머지 페이지를 읽어주세요.

도움을 받는 방법

Medi-Cal 가입자 상담 전화

Medi-Cal 가입자 상담 전화에서는 무료 지원을 제공합니다. 담당자가 지역 Medi-Cal 사무소, Managed Care 플랜 또는 기타 Medi-Cal 리소스에 연결하여 Medi-Cal에 대한 질문에 답변해 드릴 수 있습니다.

- 전화: 1-800-541-5555
- 온라인: www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal

HCA(Health Consumer Alliance)

HCA는 건강 문제를 해결하기 위해 Medi-Cal 가입자에게 무료 전화 지원 또는 대면 지원을 제공합니다. 또한 의료 서비스와 관련된 법적 문제를 해결하는 데 도움이 되는 무료 리소스에 연결해 줄 수도 있습니다.

- 전화: 1-888-804-3536
- 온라인: healthconsumer.org

박스 2

결정이 잘못되었다고 생각하실 경우

자녀의 Medi-Cal이 잘못 중지되었거나 자녀가 Medi-Cal 혜택을 받을 자격이 없다는 판단이 잘못되었다고 생각하시면 다음과 같이 대처하십시오.

- 통지서의 지침에 따라 항소하십시오. **또는**
- dhcs.ca.gov/COL에서 지역 카운티 복지 사업 기관을 찾으십시오.

Medi-Cal Managed Care에서 자녀의 권리는 무엇입니까?

5~8페이지에 있는 다음 정보는 Medi-Cal의 모든 Managed Care 제도에 적용됩니다. Medi-Cal에 가입한 아동은 대부분 **Medi-Cal Managed Care 플랜**을 통해 진료 서비스를 받습니다. 이 플랜은 신체 건강 서비스를 위한 것입니다. 또한 "비전문 정신 건강 서비스"라는 제한적인 정신 건강 서비스를 위한 것이기도 합니다.

기타 Managed Care 제도에는 다음이 포함됩니다.

- **전문 정신 건강 서비스**: 별도의 정신 건강 플랜을 통한 집중적인 행동 건강 서비스.
- **DMC-ODS(Drug Medi-Cal Organized Delivery System)**: 약물 및 알코올 중독 치료를 위한 서비스.
- **Dental Managed Care**: 로스앤젤레스 및 새크라멘토 카운티에서 제공되는 치과 진료 서비스. 8페이지의 **표 1**을 읽어보십시오.

위의 플랜 중에서 자녀에게 보장되어야 한다고 생각하는 서비스를 자녀가 받거나 유지하는 데 문제가 있는 경우 아래 내용을 읽어보십시오. 자녀가 플랜에 가입되어 있지 않다면 9페이지에서 **Fee For Service**에 대해 읽어보십시오.

Managed Care에서 자녀의 진료가 거부, 지연, 축소 또는 중지된 경우 어떻게 하면 될까요?

자녀의 Managed Care 플랜에 항소

Managed Care 플랜에 **항소**부터 해야 합니다. 플랜을 찾아보려면 www.dhcs.ca.gov/mmchpd를 방문하십시오. 항소하면 의료서비스 제공자가 자녀의 플랜을 검토해 서비스 거부, 지연, 축소 또는 중지 결정이 타당한지 살펴본 후 제기된 항소에 대한 동의 여부를 밝혀야 합니다. 항소해야 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

- 부모는 자녀가 Managed Care 플랜에서 서면 처분 통지(Notice of Action)를 받은 후 항소할 수 있습니다. 처분 통지를 받지 **않은** 경우에도 항소할 수 있습니다.
- Managed Care 플랜에 항소하려면 처분 통지를 받은 후 역일 기준으로 **60일** 이내에 해야 합니다. 서면, 전화 또는 온라인으로 플랜에 항소할 수 있습니다. 8페이지의 **표 1**에서 연락처를 확인할 수 있습니다.
- 처분 통지에 자녀가 이미 받고 있는 서비스가 중지되거나 축소될 것이라고 표시되어 있는 경우 항소 절차가 진행되는 동안 자녀가 서비스를 계속 받도록 요청할 수도 있습니다. 이를 **혜택의 지속**이라고 합니다. 이를 요청하는 방법을 알아보려면 이 페이지의 **박스 3**을 읽어보십시오.

박스 3

Managed Care에서 혜택의 지속을 요청하는 방법

통지에 자녀가 이미 받고 있는 서비스가 중지되거나 축소될 것이라고 표시되어 있는 경우 귀하는 항소 또는 주정부 공정 심리 절차가 진행되는 동안 자녀를 위해 **혜택의 지속**("미결 보조금 지급"이라고도 함)을 요청할 수 있습니다.

- 서비스가 중지되거나 축소되기 **전에** 항소하거나 주정부 공정 심리를 요청해야 합니다.
- Managed Care 플랜은 자녀를 위한 서비스를 중지하거나 축소하려면 역일 기준 최소 **10일** 전에 서면 통지해야 합니다.

- 자녀의 Managed Care 플랜에서는 항소한 날로부터 역일 기준 **5일** 이내에 서면으로 항소 접수 사실을 확인해줘야 합니다. 또한 항소와 그 처리 상태에 대해 자세히 안내해 줄 수 있는 플랜 측 직원의 이름, 전화번호, 주소를 귀하에게 알려주어야 합니다. 플랜에서는 항소일로부터 역일 기준 **30일** 이내에 결정 사항을 서면으로 보내어 통지해야 합니다. 이를 항소 결정 통지(Notice of Appeal Resolution)라고 합니다.
- 자녀가 처한 상황이 긴급하고 30일이나 기다리다 보면 상태가 악화될 경우에는 **신속** 결정(더 빠른 결정)을 요청할 수 있습니다. 이런 요청을 하는 방법은 이 페이지의 **박스 4**를 읽어보십시오.

박스 4

신속(빠른) 항소 또는 주정부 공정 심리

자녀의 생명, 건강 또는 기능 능력이 위험에 처한 상황이라 자녀를 위해 **신속**(빠른) 항소 또는 주정부 공정 심리가 필요한 경우에는 **1-800-743-8525**로 전화하십시오.

신속 절차 진행을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북에서 확인할 수 있습니다.

- 자녀의 서비스와 관련한 항소에 대해 궁금한 점이 있으시면 언제든지 해당 Managed Care 플랜에 문의할 수 있습니다. 연락처는 8페이지의 **표 1**을 참조하십시오.
- 자녀의 Managed Care 플랜에는 독립의료심사위원회(Independent Medical Review Board)라는 절차가 포함될 수 있습니다. 이 절차는 처분 통지에 설명되어 있습니다. 자녀의 Managed Care 플랜에서 이 절차를 제공할 경우 이는 항소를 마친 후가 될 것입니다. 독립의료심사위원회에 대해 자세히 알아보려면 캘리포니아 관리보건부(California Department of Managed Health Care)에 1-888-466-2219(TDD 1-877-688-9891)번으로 문의하십시오. 또는 https://bit.ly/IMRCR을 방문하십시오.

Medi-Cal 주정부 공정 심리 요청

Managed Care 플랜의 항소 절차가 완료되었지만 여전히 플랜의 결정에 동의할 수 없다면 자녀를 위해 **주정부 공정 심리**를 요청할 수 있습니다. Managed Care 플랜에서 자녀의 항소 권리에 대한 통지를 보내지 않거나 합당한 시간 내에 보내지 않는 경우에도 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

주정부 공정 심리는 귀하가 동의하지 않는 Managed Care 플랜의 결정을 검토하기 위해 판사 앞에서 진술할 수 있는 기회입니다. 심리에 출석하는 판사는 자녀가 가입된 플랜 운영 기관이 아니라 캘리포니아 사회복지부 소속입니다.

- 자녀의 항소에 대한 Managed Care 플랜의 서면 결정을 받은 날짜로부터 역일 기준으로 **120일** 이내에 주정부 공정 심리를 요청해야 합니다. 공정한 판사가 자녀의 사건을 심사할 것입니다. 귀하가 심리를 요청한 대상이 되는 결정으로 인해 자녀가 이미 받고 있는 서비스가 중지되는 경우 자녀를 위한 혜택 지속을 요청할 수도 있습니다. 5페이지의 **박스 3**을 읽어보십시오.
- 전화, 우편, 팩스 또는 온라인으로 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 1-800-743-8525로 전화하십시오. 또는 www.cdss.ca.gov/hearing-requests를 방문하십시오.
- 귀하는 자녀의 주정부 공정 심리에 귀하를 대표할 사람과 동행할 권리가 있습니다. 친구, 친척, 변호사 또는 누구든 원하는 사람을 데려올 수 있습니다. 무료 법률 지원을 받는 방법을 알아보려면 4페이지에서 **도움을 받는 방법**을 읽어보십시오.

- 주정부 공정 심리 비용을 지불하실 필요는 없습니다. 무료로 제공됩니다.
- 주정부는 주정부 공정 심리 요청일로부터 역일 기준 **90일** 이내에 최종 결정을 내려야 합니다. 자녀가 즉시 서비스를 받아야 하고 90일이나 기다리다 보면 상태가 악화될 경우에는 **신속** 결정(더 빠른 결정)을 요청할 수 있습니다. 6페이지의 **박스 4**를 읽어보십시오.
- 도움이 더 필요하면 자녀가 가입된 Managed Care 플랜에서 보내준 통지서를 읽어보십시오. 또는 1-800-743-8525로 전화해 문의하십시오. 또는 www.dhcs.ca.gov/fair-hearing을 방문하십시오.

옴부즈맨에게 연락하기

옴부즈맨은 DHCS(주 Medi-Cal 기관)에서 근무하는 사람들로, 귀하와 귀하의 자녀가 Managed Care 플랜과 협력할 수 있도록 지원하는 역할을 하고 있습니다. 옴부즈맨은 귀하가 질문에 대한 답을 얻을 수 있도록 지원하며, 문제를 검토하고, 혜택을 설명하며, 다양한 선택지를 제안해 드립니다 언제든지 옴부즈맨에 전화하실 수 있습니다. 자녀가 통지를 받은 경우, 항소를 제기한 경우, 주 청문회를 요청했거나 불만을 제기한 경우 등이 이에 해당합니다. 옴부즈맨은 Managed Care 플랜 가입자만을 위해 일합니다.

다음 연락처로 옴부즈맨에게 연락할 수 있습니다.

- 전화: 1-888-452-8609
- 이메일: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
  - » 이메일을 작성할 때 개인 건강 정보는 넣지 마십시오.

옴부즈맨에 대해 자세히 알아보려면 www.dhcs.ca.gov/ombudsman을 방문하십시오.

Managed Care에서 자녀의 진료, 담당 의사 또는 의료 서비스 제공자가 만족스럽지 않으면 어떻게 해야 할까요?

고충 민원 제출

의사가 자녀를 부실하거나 무례한 태도로 대했거나 진료의 질에 만족하지 못하거나 알맞은 의사를 찾을 수 없는 경우 자녀를 위해 **고충 민원**을 제출할 수 있습니다. 고충 민원은 항소 또는 주정부 공정 심리에서 다루지 않는 모든 사항에 대해 다툼이 있는 사안에 대한 것입니다. 자녀의 서비스 거부, 지연, 축소 또는 중지와는 관계없는 문제나 우려 사항을 제기하고 싶을 때 고충 민원을 제출하면 됩니다. 또한 진료의 질 또는 진료에 대한 접근성을 포함하여 자녀의 보장 서비스 관련 고충에 대해 자녀의 Managed Care 플랜에 고충민원을 제출할 수도 있습니다.

- 언제든지 자녀를 위해 고충 민원을 제출할 수 있습니다. 전화로 제출하거나 온라인 또는 우편을 통해 서면 제출할 수 있습니다. 고충 민원을 제출하려면 자녀의 Managed Care 플랜 측에 연락하십시오. 연락처는 8페이지의 **표 1**을 참조하십시오.
- 자녀의 Managed Care 플랜에서는 고충 민원 접수일로부터 역일 기준으로 **5일** 이내에 서면으로 고충 민원 접수 사실을 확인해줘야 합니다. 여기에는 자녀의 고충 민원과 그 처리 상태에 대해 자세히 안내해 줄 수 있는 플랜 측 직원의 이름, 전화번호, 주소도 포함해야 합니다.
- 자녀의 Managed Care 플랜은 귀하가 고충 민원을 제출한 날로부터 역일 기준으로 **30일** 이내에 고충 사항을 해결해야 합니다.

궁금한 점이 있을 때 누구에게 연락해야 할까요?

표 1

Managed Care 제도 개요 및 연락처 정보

MCMC(Medi-Cal Managed Care)

대부분의 아동은 이러한 서비스 중 대부분을 Medi-Cal Managed Care 플랜을 통해 받습니다.

- 아동 건강 검진 및 예방주사 접종과 같은 신체 건강 요구 사항
- 치료 및 약물 치료와 같은 비전문 정신 건강 요구 사항
- 진료 조율

자녀가 필요한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 자녀가 가입된 Medi-Cal Managed Care 플랜에 문의하십시오. 플랜의 전화번호는 자녀의 플랜 ID 카드에 표시되어 있습니다. 플랜 웹사이트에도 나와 있습니다. www.dhcs.ca.gov/mmchpd에서도 해당 전화번호를 찾을 수 있습니다. 또는 916-449-5000으로 전화하십시오.

SMHS(전문 정신 건강 서비스)

심각한 정신 질환의 진료와 같은 전문 정신 건강 서비스가 필요한 아동이 전문 정신 건강 서비스를 통해 이러한 진료를 받습니다. 각 카운티에 정신 건강 플랜이 있습니다.

자녀가 필요한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 자녀가 가입된 카운티 정신 건강 플랜에 문의하십시오. www.dhcs.ca.gov/CMHP에서 전화번호를 찾을 수 있습니다.

DMC-ODS(Drug Medi-Cal Organized Delivery System)

필요한 경우 입원 환자 약물 또는 알코올 거주 치료와 같은 상담 및 기타 임상 치료를 포함한 약물 또는 알코올 치료와 같은 물질 사용 서비스가 필요한 아동이 Drug Medi-Cal Organized Delivery System을 통해 이러한 진료를 받습니다. 각 카운티에서 DMC-ODS 플랜을 운영하거나 Drug Medi-Cal에 이러한 플랜이 마련되어 있습니다. Drug Medi-Cal에 대해 자세히 알아보려면 11페이지의 **표 2**를 읽어보십시오.

자녀가 필요한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 자녀가 가입된 DMC-ODS 플랜에 문의하십시오. www.dhcs.ca.gov/sud-cal에서 전화번호를 찾아보십시오.

Dental MC(Dental Managed Care)

로스앤젤레스 카운티 또는 새크라멘토 카운티에 거주하는 일부 아동은 Dental Managed Care 플랜을 통해 매년 두 차례의 치과 검진 및 치아 청소와 구강 건강 관리를 포함한 치과 서비스를 받습니다. 다른 모든 카운티에 거주하는 아동은 Dental FFS(Dental Fee for Service)를 통해 치과 진료를 받습니다. Dental FFS에 대해 자세히 알아보려면 11페이지의 **표 2**를 읽어보십시오.

로스앤젤레스나 새크라멘토에 거주하고 있는데 자녀가 필요한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 자녀가 가입된 Dental MC 플랜에 문의하십시오. 전화번호는 자녀의 Dental MC ID 카드에 표시되어 있습니다. 자녀의 Dental MC 플랜 웹사이트에도 나와 있습니다. 또는 1-800-322-6384로 전화하십시오. https://bit.ly/DMC-Contact에서도 플랜의 전화번호를 찾을 수 있습니다.

Medi-Cal Fee For Service에서 자녀의 권리는 무엇일까요?

9~11페이지에 있는 다음 정보는 Medi-Cal FFS(Fee For Service)에 적용됩니다. Medi-Cal에 가입한 일부 아동은 FFS를 통해 진료를 받습니다. FFS는 "일반" Medi-Cal이라고도 합니다. FFS 대상 아동은 DHCS(주 Medi-Cal 기관)를 통해 진료를 받습니다. Managed Care 플랜은 포함되지 않습니다. FFS에는 신체 건강 서비스를 위한 Medi-Cal FFS와 "비전문 정신 건강 서비스"라고 하는 제한적인 일련의 정신 건강 서비스, 약물 및 알코올 치료 서비스를 위한 Drug Medi-Cal, 치과 진료를 위한 Dental FFS,* 약물 치료를 위한 Medi-Cal Rx가 포함됩니다. 자세히 알아보려면 11페이지의 **표 2**를 읽어보십시오.

DHCS에서 자녀에게 보장해야 한다고 생각하는 서비스를 자녀가 받거나 유지하는 데 문제가 있는 경우 아래 내용을 읽어보십시오. 자녀가 Managed Care 플랜에 가입되어 있지 않더라도 심각한 정신 질환이 있어 진료가 필요한 경우 전문 정신 건강 서비스의 정신 건강 플랜을 통해 진료를 받게 됩니다. 자세히 알아보고 거주하시는 카운티의 정신 건강 플랜에서 도움을 요청할 만한 곳을 찾아보려면 8페이지의 **표 1**을 참조하십시오.

FFS에서 자녀의 진료가 지연, 거부, 축소 또는 중지된 경우 어떻게 하면 될까요?

Medi-Cal 주정부 공정 심리 요청

주정부 공정 심리는 귀하가 동의하지 않는 DHCS의 결정을 검토하기 위해 판사 앞에서 진술할 수 있는 기회입니다. 모든 서비스 거부, 지연, 축소 또는 중지 조치가 심리 대상에 포함됩니다. 심리에 출석하는 판사는 DHCS가 아니라 캘리포니아 사회복지부 소속입니다.

- 자녀가 DHCS로부터 처분 통지를 받은 후 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 처분 통지를 받지 않은 경우에도 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다.
- 귀하는 DHCS의 서면 처분 통지서를 받은 날로부터 역일 기준 **90일** 이내에 주정부 공정 심리를 요청해야 합니다. 공정한 판사가 자녀의 사건을 심사할 것입니다. 또한 처분 통지를 받지 않아도 언제든지 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 귀하가 심리를 요청한 대상이 되는 결정으로 인해 자녀가 이미 받고 있는 서비스가 중지될 경우 자녀를 위한 혜택 지속을 요청할 수 있습니다. 이 페이지의 **박스 5**를 읽어보십시오.
- 전화, 우편, 팩스 또는 온라인으로 주정부 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 1-800-743-8525로 전화하십시오. 또는 www.cdss.ca.gov/hearing-requests를 방문하십시오.
- 귀하는 심리에 귀하를 대표할 사람과 동행할 권리가 있습니다. 친구, 친척, 변호사 또는 누구든 원하는 사람을 데려올 수 있습니다. 무료 법률 지원에 대해서는 4페이지에서 **도움을 받는 방법** 을 읽어보십시오.

박스 5

Fee For Service에서 혜택의 지속을 요청하는 방법

통지에 자녀가 이미 받고 있는 서비스가 중지되거나 축소될 것이라고 표시되어 있는 경우 주정부 공정 심리 중에 **혜택의 지속**(또는 "미결 보조금 지급"이라고도 함)을 요청할 수도 있습니다.

- 서비스가 중지되거나 축소되기 **전에** 주정부 공정 심리를 요청해야 합니다.
- DHCS는 자녀를 위한 서비스를 중지하거나 축소하려면 역일 기준 최소 **10일** 전에 서면 통지해야 합니다.

*일부 회원은 응급 치과 진료만 받으실 수 있을 수 있습니다.

- 주정부 공정 심리 비용을 지불하실 필요는 없습니다. 무료로 제공됩니다.
- 주정부는 주정부 공정 심리 요청일로부터 역일 기준 **90일** 이내에 최종 결정을 내려야 합니다. 자녀가 즉시 서비스를 받아야 하고 90일이나 기다리다 보면 상태가 악화될 경우에는 **신속** 결정(더 빠른 결정)을 요청할 수 있습니다. 이 페이지의 **박스 6**을 읽어보십시오.
- 도움이 더 필요하면 DHCS에서 자녀 앞으로 보낸 통지서를 읽어보십시오. 또는 1-800-743-8525로 전화해 문의하십시오. 또는 www.dhcs.ca.gov/fair-hearing을 방문하십시오.

박스 6

신속(빠른) 항소 또는 주정부 공정 심리

자녀의 생명, 건강 또는 기능 능력이 위험에 처한 상황이라 자녀를 위해 **신속** (빠른) 주정부 공정 심리가 필요한 경우에는 1-800-743-8525로 전화하십시오.

FFS에서 자녀의 진료, 담당 의사 또는 의료 서비스 제공자가 만족스럽지 않으면 어떻게 해야 할까요?

고충 민원 제출

의사가 자녀를 부실하거나 무례한 태도로 대했거나 진료의 질에 만족하지 못하거나 알맞은 의사를 찾을 수 없는 경우 자녀를 위해 **고충 민원**을 제출할 수 있습니다. 고충 민원은 주정부 공정 심리에서 다루지 않는 모든 사항에 대해 다툼이 있는 사안에 대한 것입니다. 자녀의 서비스 거부, 지연, 축소 또는 중지와는 **관계없는** 문제나 우려 사항을 제기하고 싶을 때 고충 민원을 제출하면 됩니다.

- 언제든지 자녀를 위해 Drug Medi-Cal, Dental FFS 또는 Medi-Cal Rx에 대한 고충 민원을 제출할 수 있습니다. 전화로 제출하거나 온라인 또는 우편을 통해 서면 제출할 수 있습니다. 고충 민원을 제출하려면 Drug Medi-Cal, Dental FFS 또는 Medi-Cal Rx에 문의하십시오. 연락처는 11페이지의 **표 2**를 참조하십시오. 신체 건강 서비스 및 비전문 정신 건강 서비스에 대해서는 Medi-Cal FFS를 상대로 고충 민원 절차 가 **없습니다**.
- DHCS에서는 고충 민원 접수일로부터 역일 기준으로 **5일** 이내에 서면으로 고충 민원 접수 사실을 확인해줘야 합니다. 여기에는 자녀의 고충 민원과 그 처리 상태에 대해 자세히 안내해 줄 수 있는 DHCS 측 직원의 이름, 전화번호, 주소도 포함해야 합니다.
- DHCS는 귀하가 Dental FFS와 Medi-Cal Rx에 대한 고충 민원을 제출한 날로부터 역일 기준으로 **30일** 이내에 고충 사항을 해결해야 합니다. Drug Medi-Cal은 역일 기준으로 **90일** 이내에 고충 사항을 해결해야 합니다.

궁금한 점이 있을 때 누구에게 연락해야 할까요?

표 2

Fee For Service 개요 및 연락처 정보

Medi-Cal FFS(Medi-Cal Fee For Service)

위탁 보호 아동과 같은 일부 아동은 Medi-Cal FFS를 통해 신체 건강 서비스를 받습니다.

자녀가 이러한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)로 문의하십시오.

DMC(Drug Medi-Cal)

필요한 경우 입원 환자 약물 또는 알코올 거주 치료와 같은 상담 및 기타 임상 치료를 포함한 약물 또는 알코올 치료와 같은 물질 사용 서비스가 필요한 아동이 Drug Medi-Cal을 통해 이러한 진료를 받습니다. 각 카운티에서 DMC-ODS 플랜을 운영하거나 DMC에 이러한 플랜이 마련되어 있습니다. DMC-ODS에 대해 자세히 알아보려면 8페이지의 **표 1**을 읽어보십시오.

자녀가 이러한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 자녀가 가입된 DMC 프로그램에 문의하십시오. 전화번호를 찾으려면 www.dhcs.ca.gov/sud-cal을 참조하십시오.

Dental FFS(Dental Fee For Service)*

대부분의 아동은 Dental FFS를 통해 Medi-Cal 치과 서비스를 받습니다. 여기에는 매년 두 차례의 치과 검진 및 치아 청소와 구강 건강 관리가 포함됩니다.

자녀가 이러한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 1-800-322-6384로 문의하십시오. 자세히 알아보려면 smilecalifornia.org를 방문하십시오.

Medi-Cal Rx

자녀는 Medi-Cal Rx를 통해 Medi-Cal 약국 서비스를 받게 됩니다. 여기에는 처방약과 처방전 없이 구입할 수 있는 외래 환자용 의약품, 경장 영양 제품(예: 영양관), 각종 의료용품이 포함됩니다.

자녀가 이러한 서비스를 받지 못하고 있거나 우려 사항이 있는 경우 1-800-977-2273으로 문의하십시오.
https://bit.ly/3D1rQFV에서 자세히 알아보십시오.

*일부 회원은 응급 치과 진료만 받으실 수 있을 수 있습니다.