START-ODS

회복및치료증진을위한시스템변화

로스앤젤레스카운티약물남용장애체계적전달시스템

약물남용치료서비스

환자안내서

2017 년 8 월

버전 2.0

로스앤젤레스카운티

공공보건국

약물남용예방및통제

환자 안내서 목록

응급서비스 4
본 안내서를 읽는 것이 중요한 이유 4
START-ODS 플랜 가입자를 위한 카운티의 책무 5
카운티 START-ODS 플랜 개요 6
자격요건 8
Medi-Cal 중요 정보 8
Medi-Cal 비용을 지불해야 합니까? 9
Medi-Cal 에 교통비 지원이 포함됩니까? 9
조기 정기 검진, 진단 및 치료 (EPSDT)란 무엇입니까? 9
마이헬스 LA (My Health LA) 중요 정보 10
가입자 지원 10
다른 언어 자료 10
난독증이 있는 환자를 위한 자료 10
시각 장애가 있는 환자를 위한 자료 10
청각 또는 언어 장애가 있는 환자를 위한 자료 10
개인 정보 보호에 관한 고지 11
서비스 찾기 11
약물 남용 서비스 시작하기 11
START-ODS 서비스 및 혜택 패키지 12
START-ODS 서비스는 어떻게 받습니까? 17
START-ODS 서비스는 어디에서 받습니까? 17
근무 시간 이후에 서비스가 필요한 경우 어떻게 해야 합니까? 17
제가 언제 도움이 필요한지 어떻게 알까요? 18
어린이 또는 청소년을 위한 START-ODS 서비스는 어떻게 받습니까? 18
제공자 변경은 어떻게 합니까? 18
의학적 필요성 18
의학적 필요성이란 무엇이며 왜 중요합니까? 18
약물 남용 치료 서비스의 의학적 필요성의 기준은 무엇입니까? 19
서비스 제공자 선택하기 19
나에게 필요한 약물 남용 치료 서비스 제공자를 찾으려면 어떻게 해야 합니까? 19
서비스 제공자를 찾으면, 카운티에서 제공자에게 제가 어떤 서비스를 받을 수 있는지 알려줄 수 있습니까? 20
My County Plan 은 어떤 제공자를 사용합니까? 20
부적합 결정통지 (NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION) 20
Notice of Adverse Benefit Determination 이란 무엇입니까? 20
Notice of Adverse Benefit Determination 는 언제 받습니까? 21
원하는 서비스를 받지 못하는 경우 항상 Notice of Adverse Benefit Determination 을 받게 됩니까? 21
Notice of Adverse Benefit Determination 는 무엇을 알려줍니까? 21
Notice of Adverse Benefit Determination 를 받으면 무엇을 해야 합니까? 22

문제 해결 과정 22
My County START-ODS Plan 에서 원하는 서비스를 받지 못하면 어떻게 됩니까? 22
불만 접수, 항소 또는 State Fair Hearing 을 요청하기 위해 관련된 도움을 받을 수 있습니까? 22
County Plan 관련 문제를 해결하기 위해 불만 접수나 항소를 제기하지 않고 도움을 받으려면 어떻게 해야 합니까? 23
불만 접수 절차 23
불만 접수란 무엇입니까? 23
불만 접수를 하는 시기는 언제입니까? 23
County Plan 에 불만 접수가 되었는지 어떻게 알 수 있습니까? 24
불만 접수는 언제 결정됩니까? 24
County Plan 에 불만 접수가 되었는지 어떻게 알 수 있습니까? 24
불만 접수의 신청 마감일이 있습니까? 24
항소 제기 절차: 표준 및 속성 24
표준항소란 무엇입니까? 25
항소를 제기하는 시기는 언제입니까? 25
항소는 어떻게 제기합니까? 26
제 항소가 결정되었는지 어떻게 알 수 있습니까? 26
항소 제기 신청 마감일이 있습니까? 26
항소에 대한 결정은 언제 내려집니까? 27
항소 결정 기간인 30 일을 기다릴 수 없으면 어떻게 해야 합니까? 27
속성 항소란 무엇입니까? 27
속성 항소는 언제 할 수 있습니까? 27
STATE FAIR HEARING PROCESS 28
STATE FAIR HEARING PROCESS 란 무엇입니까? 28
나의 State Fair Hearing 권리는 무엇입니까? 28
State Fair Hearing 요청은 언제 할 수 있습니까? 28
State Fair Hearing 요청 방법 28
State Fair Hearing 제출 마감 기한이 있습니까? 29
State Fair Hearing 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 수 있습니까? 29
State Fair Hearing 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받기 위해 무엇을 해야 합니까? 29
항소 결정 기간인 120 일을 기다릴 수 없으면 어떻게 해야 합니까? 29
회원 권리 및 책임 30
카운티 START-ODS 플랜 서비스를 수령인으로서 권리는 무엇입니까? 30
카운티 START-ODS 플랜 서비스를 받는 사람으로서의 나의 책임은 무엇입니까? 31
사기, 남용 및 낭비 31
사기란 무엇입니까? 31
남용 및 낭비란 무엇입니까? 32
사기, 남용 또는 낭비로 의심되면 어떻게 해야 합니까? 32
비밀 유지 32
서비스 제공자 주소록 33

응급서비스

응급 서비스는 연중무휴로 제공됩니다. 건강 관련 응급 사태가 발생했다고 생각되면 911 에 전화를 하거나 가까운 응급실로 가서 도움을 받으십시오.

응급 서비스는 정신과 응급 의료 상황을 포함한 예상치 못한 의료상 문제를 위해 제공되는 서비스입니다.

분별 있는 비전문가(주의 깊은 또는 신중한 비의료인)이 생각하기에 심한 통증이나 심각한 질병 또는 상해를 일으킬 수 있는 증상을 보이고, 의료 조치가 없을 경우 다음과 같은 상황을 예상할 수 있는 응급 의료 상황이 발생한 것입니다.

- 본인의 건강이 심각한 위험에 빠짐, 또는
- 임신 한 경우 본인의 건강이나 태아의 건강이 심각한 위험에 빠짐, 또는
- 몸의 기동성에 심각한 해가 됨, 또는
- 신체 내장이나 기관에 심각한 손상을 초래함.

귀하는 응급 상황에 어느 병원이나 이용할 권리가 있습니다. 응급 서비스는 절대 승인이 필요하지 않습니다.

과다 복용

약물 남용과 관련된 응급 상황에는 망설임 없이 911 에 전화해야 합니다. 귀하 혹은 귀하와 함께 있는 사람이 과다 복용을 한 경우 가능한 한 빨리 911 에 전화해야 생명을 구할 수 있습니다.

날록손 (Naloxone)

Naloxone 은 오피오이드/헤로인 과다 복용의 효과를 즉시 상쇄할 수 있는 약물입니다. 누군가 과다 복용을 했다면 Naloxone 을 투여할 수 있으며 즉시 911 에 전화해야 합니다. 많은 응급 요원들이 Naloxone 을 상비하고 있으며 일부 약국에서도 처방전 없이 구할 수 있습니다. 자세한 정보는 귀하의 의료 서비스 제공 기관에 문의하십시오.

본 안내서를 읽는 것이 중요한 이유

로스앤젤레스 카운티의 약물 남용 치료 시스템 안내서를 읽어주셔서 감사합니다. 본 문서는 로스앤젤레스 카운티의 약물사용 장애 체계적 전달 시스템(Substance Use Disorder Organized Delivery System, START-ODS)으로도 알려진 약물 의료 지원 체계적 전달 시스템 (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS)에 대해 설명합니다. 환자 안내서에서 언급되는 “카운티 플랜 (County Plan)” 혹은 “START-ODS 플랜”은 Medi-Cal 및 My Health LA 수혜자에게 무상으로 제공되는 약물 남용 치료 서비스와 의료 시스템의 특징 및 구성을 의미합니다. County Plan 은 Medi-Cal 혹은 My Health LA 자격 요건을 충족하거나 범죄 또는 청소년 사법 시스템이 지원하는 특정 프로그램에 회부된 로스앤젤레스 카운티 주민에게 제공됩니다.

필요한 치료를 받기 위해선 County START-ODS Plan 을 자세히 이해하는 것이 중요합니다. 본 안내서는 귀하의 혜택 및 치료를 받는 방법을 설명합니다. 또한, 궁금하신 많은 점에 대해 답을 제공할 것입니다.

다음에 대해 알 수 있습니다.

- County Plan 을 통해 약물 남용 치료 서비스를 받는 방법
- 누릴 수 있는 혜택
- 질문이나 문제가 있을 시 대처법
- County Plan 가입자의 권리와 의무

지금 본 안내서를 읽지 않는다면 나중에 읽을 수 있도록 이 안내서를 보관하십시오. Medi-Cal 혜택 등록 시에 받은 가입자 안내서와 본 안내서를 함께 사용하십시오. 가입자 안내서는 Medi-Cal 관리 진료 플랜 혹은 Medi-Cal "서비스 요금" 프로그램입니다.

START-ODS 플랜 가입자를 위한 카운티의 책무

- 카운티 또는 공급 기관 네트워크를 통해 귀하가 서비스 자격 요건을 충족하는지 확인합니다.
- 치료 계획을 조정합니다.
- County Plan 을 통해 서비스를 받는 방법에 대해 연중무휴로 도움을 드리는 무료 전화번호 (1-844-804-7500)를 제공합니다. 이 번호로 County Plan 에 연락하여 근무시간 외 의료 서비스를 요청할 수 있습니다.
- 필요한 경우 County Plan 이 보장하는 약물 남용 치료 서비스를 이용할 수 있도록 충분한 서비스 제공 기관을 확보합니다.
- County Plan 이 제공하는 서비스에 대해 알리고 교육합니다.
- 귀하의 언어로 서비스를 제공하거나 (필요한 경우) 무료로 통역사의 통역 서비스를 이용할 수 있음을 귀하에게 알립니다.
- 양식 및 문서를 포함해 다른 언어로 제공되는 것들에 대해 서면 정보를 제공합니다. 이는 특정 언어로 된 로스앤젤레스 카운티의 환자 안내서 및 기타 이용 가능한 보조기구 그리고 서비스가 포함됩니다.
- County Plan 웹사이트의 환자 및 공공 페이지에 변경사항을 게시하고 변경사항을 포함한 환자 안내서를 네트워크 공급자에게 배포하여 변경 예정일의 최소 30 일 전까지 본 안내서에 명시된 정보의 변경사항에 대한 통지를 제공합니다. 이용 가능한 서비스의 양이나 유형 그리고 네트워크 제공 업체의 수의 증가 또는 감소 등의 경우 혹은 County Plan 을 통해 받는 혜택에 영향을 미칠 수 있는 다른 변경 사항이 있는 경우 변경사항은 중요하게 간주됩니다.
- 계약된 서비스 제공 단체가 도의적, 도덕적 또는 종교적 이유로 해당 서비스의 수행이나 지원을 거부한 경우 해당 사실을 통지하고 County Plan 웹사이트의 환자 및 공공 페이지에 변경사항을 게시하며 변경사항이 포함된 환자 안내서를 네트워크 공급자에게 배포하여 해당 서비스를 제공하는 대체 제공 기관을 알려드립니다.

County Plan 에 대한 자세한 내용은 약물 남용 서비스 상담 전화 (Substance Abuse Service Helpline, SASH), 1-844-804-7500 으로 문의하십시오.

카운티 START-ODS 플랜 개요

공공보건부 (Department of Public Health) 약물 남용 예방 및 통제 부서 (Substance Abuse Prevention and Control, SAPC)는 약물 남용 치료 서비스를 제공하는 에이전시 네트워크를 관리하여 서비스가 환자 중심적으로 운영되는지 확인하고 해당 서비스를 받는 가입자의 문화적 그리고 언어적 요구 사항을 해결할 책임이 있습니다. 이 책임에는 24 시간 약물 남용 서비스 상담 전화 (*Substance Abuse Service Helpline,* SASH)를 운영하는 것과 아래 혜택 패키지에 명시된 것과 같이 운영 및 의료적으로 필요한 외래 환자 진료소의 확보, 주거문제, 금단 증상 관리, 오피오이드 치료 프로그램, 약물 보조 치료, 사례 관리 및 회복 지원 서비스에 대한 접근성 관리가 포함됩니다.

새롭게 설계된 의료 지원 시스템은 약물 남용의 요구 사항 및 회복 목표를 달성하는 데 도움이 되는 보다 강력한 기관 및 서비스 네트워크를 구축합니다. 카운티(SAPC)와 네트워크 에이전시는 다음과 같은 가치와 약속을 공유합니다.

- **환자 중심의 치료 제공**

  ↳ 치료 기관이 귀하의 개인적 필요와 취향에 가장 적합한 서비스를 제공할 수 있도록 도울 수 있습니다. 그러므로 같은 프로그램의 환자라도 다른 방식의 치료를 고려할 수 있습니다.

- **문화적으로 적절한 치료 제공**

  ↳ 귀하의 문화, 인종 및 민족 배경, 그리고 성적 취향에 맞춰 특별히 설계된 서비스를 제공할 수 있는 서비스 제공 기관을 요청할 수 있습니다. 프로그램이 귀하의 요구를 충족하지 못하거나 서비스를 받기를 원하는 지역이 너무 멀리 위치한 경우에도 네트워크의 모든 에이전시는 환자에게 문화적으로 섬세하고 적절한 서비스를 제공해야 합니다.

- **언어적으로 적절한 치료 제공**

  ↳ 원하는 언어로 서비스를 제공하는 서비스 제공 단체를 요청할 수 있습니다. 프로그램이 귀하의 요구를 충족하지 못하는 경우, 번역 서비스를 이용할 수 있습니다. 중요한 서면 자료는 로스앤젤레스 카운티에서 일반적으로 사용되는 모든 "기본 언어"로 제공됩니다.

- **연령 및 발달 수준에 적절한 치료 제공**

  ↳ 특정 연령 그룹 (유소년, 청소년, 성인 및 노인)에 대한 맞춤 서비스를 제공하는 서비스 제공 기관을 요청할 수 있습니다. 프로그램이 귀하의 요구를 충족하지 못하거나 서비스를 받기를 원하는 지역이 너무 멀리 위치한 경우, 하나 이상의 연령 그룹을 대상으로 하는 프로그램을 이용할 수 있습니다.

- **급성이 아닌 만성 질환으로서의 약물 남용 치료**

  만성 질환은 장시간 또는 심지어 일생 (예, 천식, 당뇨병) 동안 지속되는 반면 급성 질환은 단기간, 보통 며칠 또는 수 주간 (예, 이염) 지속됩니다. 약물 남용은 오랫동안 건강에 영향을 미칠 수 있을 뿐만 아니라 재발이 흔하기 때문에 만성 질환으로 간주됩니다. 그렇기 때문에, 네트워크의 제공 단체는 치료 프로그램이 완료된 후에도 계속 지원을 제공하거나 필요한 경우 치료를 다시 시작할 수 있도록 도와드립니다.

- **신체적, 정신적 건강 및 약물 남용 서비스의 연결**

  약물 남용 서비스를 필요로 하는 많은 사람은 다른 신체 질환 (예, 당뇨병, 천식, 심장 질환, 간 질환) 또는 정신 질환 (예, 불안, 우울증, 양극성)의 치료를 위한 서비스를 필요로 하거나 받고 있습니다. 그러므로 건강 관리 요구를 충족시킬 수 있는 다른 서비스 제공 기관과 연결해 치료를 보다 잘 조정하여 전체적인 건강 목표를 달성하도록 돕는 것이 중요합니다.

- **건강 증진을 위한 환자와 지역 사회의 교육 및 권한 부여**

  건강한 개인과 건강한 지역 사회는 헌신과 약속으로 얻을 수 있으며, 알코올 및 마약 남용의 악영향을 줄이기 위한 목표를 공유합니다. 치료 및 회복 서비스에 참여함으로써 개인의 건강과 지역 사회 건강 향상에 중요한 역할을 할 수 있습니다.

- **환자 간호 서비스를 향상하기 위한 끊임없는 프로그램 개선**

  SAPC 와 네트워크 제공 기관은 귀하가 목표를 달성할 수 있도록 양질의 환자 간호 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 이는 현재 서비스가 어떻게 제공되는지 살피고 증거를 기반으로 한 사례와 효과적인 직원 구성 및 기술을 통해 서비스 개선 방안을 살피는 것을 의미합니다.

현재 약물 남용 서비스를 제공하는 에이전시 및 위치에 대한 자세한 정보는 서비스 및 주거 가용성 도구 (*Service and Bed Availability Tool,* SBAT) 웹사이트 http://sapccis.ph.lacounty.gov/sbat/ 또는 http://publichealth.lacounty.gov/sapc/ 혹은 연중무휴로 제공되는 SASH (1-844-804-7500)에서 확인할 수 있습니다.

자격요건

다음 자격 요건을 충족하는 유소년 (18 세 이하), 청소년 (18 세 에서 20 세) 및 성인 (21 세 이상)은 로스앤젤레스 카운티에서 제공하는 무료 약물 남용 치료 서비스를 이용할 수 있습니다.

1. Medi-Cal 또는 My Health LA 에 등록했거나 자격요건이 되는 경우.
2. 로스앤젤레스 카운티의 주민 (Medi-Cal 혜택이 다른 캘리포니아 카운티에 배정된 경우 증거자료가 필요합니다).
3. 평가 ("의학적 필요성 충족" 요구 사항)에 근거해 약물 남용 치료 서비스가 필요한 경우.

Medi-Cal 또는 My Health LA 의 자격 요건을 충족하는지 확실하지 않은 경우 아래에 자세한 정보가 나와 있습니다. 이 정보는 변경될 수 있으므로 아래 나열된 웹사이트를 방문하여 프로그램에 대한 최신 정보를 확인하십시오.

Medi-Cal 중요 정보

Medi-cal 은 저소득층 개인에게 무료 또는 저렴한 비용으로 필요한 의료 서비스를 제공하는 캘리포니아의 공공 건강 보험 프로그램입니다. 소득 자격 요건을 충족하고 다음 그룹 중 하나 이상에 속하는 경우 (모두 나열되지 않음) Medi-Cal 의 혜택을 받을 수 있습니다:

- 소득이 연방 빈곤 수준 (Federal Poverty Level, FPL)의 138% 이하인 성인 (21 – 64 세)
- 21 세 미만의 어린이 및 청소년 및 신분에 상관없이 19 세 미만의 청소년
- 임산부
- 부모, 친척인 보호자 또는 21 세 미만의 자녀, 만약:
  - 자녀의 부모가 사망했거나 자녀와 함께 살지 않는 경우
  - 자녀의 부모가 부양 능력이 없는 경우
  - 자녀의 부모가 실직 상태이거나 실업 상태인 경우
- 65 세 이상
- 시각 장애인
- 장애인
- 특정 난민, 또는 쿠바/아이티 이민자
- 양로원에서 치료받는 대상자

다음 프로그램 중 하나에 등록된 경우에도 Medi-Cal 혜택을 받을 수 있습니다.

- 캘리포니아 식품권 프로그램 (CalFresh)
- 생활 보조금 (Supplemental Security Income, SSI) 또는 주 보조 프로그램 (State Supplemental Program, SSP)
- 캘리포니아 직장 기회와 자녀에 대한 책임 프로그램 (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKs)
- 난민 지원
- 위탁 양육 또는 입양 보조 프로그램

Medi-Cal 혜택 자격을 얻기 위해서는 캘리포니아에 거주하고 있어야 합니다. 귀하의 Medi-Cal 수혜 자격 충족 여부나 신청서 작성을 위해서는 로스앤젤레스 카운티 공공 사회 복지국의 YourBenefits Now 웹사이트를 방문하십시오. https://www.dpssbenefits.lacounty.gov/ybn/Index.html 또한 다음 사이트에서도 신청서를 찾을 수 있습니다. http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/MediCalApplications.aspx

Medi-Cal 비용을 지불해야 합니까?

매달 받으시는 액수나 수입의 액수에 따라 Medi-Cal 이용료를 지불해야하는 경우가 있습니다. 즉,

- 귀하의 수입이 귀하의 가족 규모에 대한 Medi-Cal 한도보다 적은 경우 Medi-Cal 서비스 이용료를 지불하지 않아도 됩니다.
- 귀하의 수입이 귀하의 가족 규모에 대한 Medi-Cal 한도를 초과한 경우, 귀하는 귀하의 의료 또는 약물 남용 치료 서비스를 위해 약간의 비용을 지불해야합니다. 지불하는 금액은 귀하의 '비용 분담 지분'이라고 합니다. '비용 분담 지분'을 지불하고 나면, Medi-Cal 이 해당 달의 나머지 의료 청구 금액을 지불합니다. 의료 비용이 없는 달에는 아무것도 지불 할 필요가 없습니다.
- Medi-Cal 이 제공하는 치료의 경우 '공동 부담금'을 지불해야 할 수도 있습니다. 정기적인 서비스를 위해 병원 응급실에 간다면 매번 의료 또는 약물 남용 치료 서비스나 처방약 (의약품) 혹은 공동 부담금을 지불해야 할 수도 있습니다. 공동 부담금 지불 여부는 서비스 제공 기관이 알려드릴 것입니다.

귀하의 소득이 서비스를 무료로 이용할 수 있을 만큼 낮다고 생각하지만, 약물 남용 치료 프로그램이 서비스 비용의 지불을 요청한 경우 County (SAPC), 1-626-299-4193 로 연락하십시오. 로스앤젤레스 카운티의 START-ODS 플랜 네트워크의 제공 단체로부터 약물 남용 서비스를 받는 Medi-Cal 수혜자는 대부분 Medi-Cal 비용 분담 지분이 없으므로 모든 서비스가 무료로 제공됩니다.

Medi-Cal 에 교통비 지원이 포함됩니까?

진료 예약이나 마약 및 알코올 치료 예약을 위한 이동 수단 확보에 어려움이 있는 경우 Medi-Cal 프로그램이 교통편 확보를 도와드릴 수 있습니다.

- 어린이의 경우 Department of Public Health, 아동 보건 및 장애 예방부 (Department of Public Health, Child Health and Disability Prevention, CHDP)에서 도움을 받을 수 있습니다 (1-800-993-2437). 또는 공공 사회 복지부 (1-866-613-3777)에 연락할 수도 있습니다. 추가 전화번호는 지역 전화번호부 '카운티 정부' 페이지에서 확인할 수 있습니다. www.dhcs.ca.gov, 의 '서비스' 부문의 'Medi-Cal'을 클릭하여 온라인으로 정보를 확인할 수 있습니다.
- 성인의 경우 공공 사회 복지부 (1-866-613-3777)에서 도움을 드릴 수 있습니다. 추가 전화번호는 지역 전화번호부 '카운티 정부' 페이지에서 확인할 수 있습니다. www.dhcs.ca.gov 의 '서비스' 부문의 'Medi-Cal'을 클릭하여 온라인으로 정보를 확인할 수 있습니다.

조기 정기 검진, 진단 및 치료 (EPSDT)란 무엇입니까?

21 세 미만인 경우 조기 및 정기 검진, 진단 및 치료 (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT)를 통해 의학적으로 필요한 추가 서비스를 받을 수 있습니다. EPSDT 서비스에는 검진, 시력 검사, 치과, 청력 및 연방법 42 U.S.C. 1396d(a)에 명시된 다른 의학적으로 필요한 필수 및 선택적 서비스가 포함되며 EPSDT 검진에서 확인된 결함 및 신체적, 정신적 질병 및 상태를 고치거나 개선하여 성인이 되어도 서비스가 제공될지를 결정합니다. 의학적 필요성 및 비용 효율성 관련 요구 사항은 EPSDT 서비스의 유일한 제한 사항 또는 예외 사항입니다.

이용가능한 EPSDT 서비스에 대한 자세한 내용은 약물 남용 서비스 상담 전화 (Substance Abuse Service Helpline, SASH), 1-844-804-7500 으로 문의하십시오.

마이헬스 LA (My Health LA) 중요 정보

My Health LA 는 체류 신분에 상관없이 보험이 없는 자격이 되는 주민에게 제공되는 무료 일차 의료 혜택입니다. 19 세 이상의 소득 자격 요건을 충족시키며 의료 보험에 가입할 수 없거나 가입하지 못한 로스앤젤레스 카운티의 주민에게 제공됩니다. 서비스는 로스앤젤레스 카운티 보건 서비스부 (Department of Health Services, DHS) 진료소에서의 일차 진료 및 건강 검진, 건강 정보 및 조언, 전문 진료, DHS 병원, 진료소 및 응급실에서의 진료, 처방 의약품, 실험실 서비스 및 검사, 약물 남용 치료가 포함됩니다.

My Health LA 는 커뮤니티 파트너라 불리는 200 곳이 넘는 진료소와 협업 중입니다. My Health LA 신청 자격이 되는지 아닌지를 알아보려면 다음을 통해 DHS 의 My Health LA 웹페이지 https://dhs.lacounty.gov/wps/portal/dhs/coverageoptions/myhealthla 를 방문하십시오. 웹페이지는 가구 규모에 따른 소득 자격에 대한 정보 및 참여 진료소 목록을 포함합니다.

가입자 지원

다른 언어 자료

환자 안내서 및 진성서와 이의 제기 신청 양식을 포함한 모든 수혜자에게 필요한 자료는 영어와 스페인어뿐만 아니라 기타 로스앤젤레스 카운티 연계 언어로 제공됩니다. 네트워크 제공 단체 사이트에서 자료를 보거나 SAPC http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm 의 웹사이트 "환자 및 공공" 페이지를 방문하여 자료를 볼 수 있습니다.

난독증이 있는 환자를 위한 자료

독서에 문제가 있는 환자는 1-626-299-4193 으로 County (SAPC)에 전화하거나 SAPC 웹사이트 http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm 의 "환자 및 공공" 페이지를 방문하여 대체 형식의 자료 (예, 오디오, 대형 인쇄)를 얻는 방법을 참조하십시오.

또한, 네트워크 제공 단체에 연락하여 이 자료의 무료 사본을 얻는 데 도움을 받을 수 있습니다.

시각 장애가 있는 환자를 위한 자료

시각 장애가 있는 환자는 1-626-299-4193 으로 County (SAPC)에 전화하거나 SAPC 웹사이트 http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm 의 "환자 및 공공" 페이지를 방문하여 대체 형식의 자료 (예, 오디오, 대형 인쇄)를 얻는 방법을 참조하십시오.

또한, 네트워크 제공 기관에 연락하여 이 자료의 무료 사본을 얻는 데 도움을 받을 수 있습니다.

청각 또는 언어 장애가 있는 환자를 위한 자료

청각 또는 언어 장애가 있는 환자는 711 로 전화하여 캘리포니아 중계 서비스를 통해 (1) County (SAPC)와 연락하여 무료 통역 서비스를 요청하거나 (1-626-299-4193) (2) 약물 남용 서비스 상담 전화 (Substance Abuse Service Helpline, SASH)에 연락하여 검진 및 진료 서비스를 요청 (1-844-804-7500) 할 수 있습니다. 무료 통역 서비스에 대한 서면 문의는 SUDtransformation@ph.lacounty.gov 로 보내주십시오.

개인 정보 보호에 관한 고지

귀하는 START-ODS 네트워크 제공 단체 혹은 다음 온라인 웹사이트에서 개인 정보 보호 고지서 사본을 확인할 수 있습니다. http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm

서비스 찾기

약물 남용 서비스 시작하기

START-ODS 제공 단체 네트워크는 로스앤젤레스 카운티 전역에 위치한 네트워크 제공 기관으로 구성됩니다. 랭커스터에서 롱 비치, 말리부에서 포모나, 그리고 그사이의 도시와 지역 공동체로 구성되어있습니다. 자격이 되는 환자가 살거나 일하는 곳까지 서비스를 제공할 수 있도록 네트워크 제공 기관의 수를 늘리기 위해 노력 중입니다.

약물 남용 치료 서비스를 무료로 받으시려면 유효한 Medi-Cal 또는 My Health LA 카드를 가지고 있어야 합니다. 아직 Medi-Cal 또는 My Health LA 에 등록되지 않은 경우 네트워크 제공 단체가 귀하의 자격 여부를 확인하고 신청 절차를 도와드립니다. Medi-Cal 혜택은 카운티마다 다르므로 한 캘리포니아 카운티에서 Medi-Cal 혜택을 받았다 하더라도 다른 캘리포니아 카운티에선 그 혜택이 적용되지 않을 수 있습니다. 다른 캘리포니아 카운티의 Medi-Cal 혜택에 할당되었지만, 현재 로스앤젤레스 카운티에 거주하고 있는 경우 네트워크 제공 업체 또는 공공 사회 서비스 부서 (Department of Public Social Services, DPSS) (1-866-613-3777)로 연락해주시면 귀하의 Medi-Cal 혜택을 로스앤젤레스 카운티로 이전 하기 위한 도움을 받을 수 있습니다. 자격 요건을 충족하지 못하는 경우 네트워크 제공 기관에서 귀하의 보험사에 연락하거나 서비스 비용을 납부할 수 있는 업체를 안내할 수 있습니다.

약물 남용 치료를 시작하는 세 가지의 방법이 있습니다.

1. **무료 약물 남용 서비스 상담 전화 (Substance Abuse Service Helpline, SASH), 1-844-804-7500 으로 문의하십시오.**

   연중무휴 전화 상담을 통해 간단한 검진과 귀하의 약물 남용 치료 요구 및 서비스 선호 사항을 충족시킬 수 있는 서비스 제공 기관을 안내받을 수 있습니다. 제공 기관에서 의학적으로 필요한 만큼 완전한 검진을 받고 서비스를 시작할 수 있습니다.

2. **서비스 및 주거 가용성 도구 (*Service and Bed Availability Tool,* SBAT) 웹사이트를 방문하여 서비스 제공 단체를 선택**

   본 도구는 http://sapccis.ph.lacounty.gov/sbat/ 혹은 http://publichealth.lacounty.gov/sapc/에서 사용할 수 있습니다. 이 도구를 이용하면 귀하의 필요와 선호도 및 귀하의 거주 중이거나 일하는 위치에 맞는 제공 기관을 찾는 것을 도와줍니다. 일단 제공 기관을 선택하신 후 해당 기관에 전화하여 프로그램에 대해 자세히 알아보고 검진 예약을 잡으십시오.

3. **클라이언트 계약 및 안내 서비스 (Client Engagement and Navigation Services, CENS) 사무실과 연결**

   아동 및 가족 복지국 (Department of Children and Family Services), 공공 사회 복지국 (Department of Public Social Services), 가석방 담당 부서 (Probation Department) 또는 법원 등의 다른 카운티 서비스를 받고 있는 경우 지정된 카운티 근로자에게 연락하여 직접 검사를 하고 가능한 서비스에 관해 이야기할 수 있습니다.

기억하세요, 이 여정을 혼자 시작할 필요는 없습니다. 귀하의 가족, 간병인 혹은 건강 관리 제공 단체가 치료 제공 기관과의 연락을 도울 수 있습니다.

당뇨병이나 고혈압과 마찬가지로 약물 남용은 일반적으로 장기간 치료가 필요한 만성적 질환입니다. 재발할 것으로 생각되거나 재발했을 시에는 망설이지 말고 치료를 계속하거나 회복 지원 서비스에 연락하십시오. 치료 제공 기관이 귀하를 도울 것입니다!

START-ODS 서비스 및 혜택 패키지

START-ODS 서비스는 약물 남용 장애를 일으킬 수 있는 청소년 및 성인 (12 - 20 세) 또는 일반 의사가 치료할 수 없는 한 가지 이상의 약물남용 장애 진단을 받은 개인을 위한 건강 관리 서비스입니다. 이 부문에서는 의학적 필요성에 의해 카운티 플랜이 지원하는 서비스 유형에 관해 설명합니다. 이는 의사, 사회 복지사, 치료사 또는 기타 자격을 갖춘 진료소 직원이 특정 약물 남용 치료 서비스가 귀하의 건강을 위해 필요하다고 결정했음을 의미합니다. 시간이 지남에 따라 변화하는 요구와 목표 달성 정도에 맞춰 의학적으로 필요한 서비스가 달라질 것입니다. 치료 제공 기관은 의학적으로 필요하지 않은 서비스를 제공할 수 없습니다.

카운티 플랜으로 다음과 같은 서비스가 로스앤젤레스 카운티 주민에게 제공됩니다.

**** 이 서비스는 Medi-Cal 또는 My Health LA 에 **자격이 있는** 경우 **무료**로 제공됩니다 ****

즉 귀하는 아래에 명시된 치료 수준의 서비스를 받기 위해 비용을 지불하도록 요구받지 않습니다. 수수료 없음 - 공동 부담금 없음 - 비용 분담 없음 (귀하의 수입으로 인해 Medi-Cal 플랜에서 요구하지 않는 한). 이 무료 서비스는 Medi-Cal 또는 My Health LA 의 자격 요건은 충족하지만, 신청 절차가 완료되지 않은 경우에도 이용할 수 있습니다.

이용 가능한 서비스 혹은 '치료 수준'은 다음과 같습니다.

- 위험에 처한 청소년을 위한 외래 환자 서비스
- 외래 환자 서비스
- 집중 외래 환자 서비스
- 주거 치료 (카운티의 사전 허가하에)
- 금단 증상 관리
    - 외래 (비주거
    - 주거지
    - 입원
- 오피오이드 치료 프로그램 (메타돈 유지법 (Methadone Maintenance))
- 사례 관리 및 치료 계획 조정
- 회복 지원 서비스
- 회복 브리지 하우징 (Bridge Housing)

START-ODS 혜택패키지			
서비스	혜택	시간	기간
위험한 환경에 있는 사람을 위한 외래 환자 서비스	*등록 서비스* • 등록 및 진단 • 치료 계획 *직접적인 서비스* • 개인 상담 • 그룹 상담 • 환자 교육 • 사례 관리	청소년 (12-20): 60 일 당 4 시간 미만, 등록에 소요되는 최대 2 시간 포함 성인 (21+): 서비스 이용이 불가능합니다.	미성년 및 청소년은 60 일마다 1 회의 서비스를 받을 수 있으며 추가 서비스가 필요한 경우 외래 환자 서비스를 이용할 수 있습니다.
외래 환자 서비스	• 등록 및 진단 • 치료 계획 • 개인 상담 • 그룹 상담 • 가족 치료 • 부수적인 서비스 • 환자 교육 • 위기 중재 • 약물 치료 • 사례 관리 • 퇴원 계획	청소년 (18 세 미만): 주당 0~6 시간의 서비스 성인 (18 세 이상): 주당 0~9 시간의 서비스	청소년 및 성인 대상. 의학적으로 필요한 경우 개별화된 치료 계획에 따라 제한 기간이 없습니다.
집중 외래 환자 서비스	• 등록 및 진단 • 치료 계획 • 개인 상담 • 그룹 상담 • 가족 치료 • 부가 서비스 • 환자 교육 • 위기 중재 • 약물 치료 • 사례 관리 • 퇴원 계획	청소년 (18 세 미만): 주당 6~19 시간의 서비스 성인 (18 세 이상): 주당 9~19 시간의 서비스	청소년 및 성인 대상. 의학적으로 필요하거나 개별화된 치료 계획에 준거하는 경우 제한은 없습니다.

주거 치료	• 등록 및 진단 • 치료 계획 • 개인 상담 • 그룹 상담 • 가족 치료 • 부가 서비스 • 환자 교육 • 위기 중재 • 약물 치료 • 약물 보호 [1] • 교통 수단 [2] • 사례 관리 • 퇴원 계획 본 서비스는 재활을 위한 24 시간 간호기관, 비기관, 비의학, 단기 시설 및 개인이 살고 있고 대인 관계 및 독립적 생활을 위한 기술을 복원, 유지/적용하고 지역 사회 지원 시스템에 접근할 수 있는 곳에서 발생합니다. 서비스 제공 기관과 거주자는 장애물을 정의하고, 우선순위를 정하고, 목표를 수립하고, 치료 계획을 만들고 문제를 해결하기 위해 협력해야 합니다. 목표는 절제 상태를 유지하고, 재발의 원인에 대한 예방을 준비하고, 개인의 건강과 사회 기능을 개선하고, 지속적인 치료를 계속함을 포함합니다. [1] 약물 보호는 해당 시설이 모든 상주 약물을 보관할 것이며 시설 직원이 약물의 자가 관리를 지원할 수 있음을 의미합니다. 또한, 주민들이 메타돈 (methadone)이나 부프레노르핀 (buprenorphine)과 같은 약물 보조 치료를 이용할 수 있도록 허용하는 것도 의미합니다. 2 교통수단이란 의학적으로 필요한 치료를 위한 수송 수단 마련을 의미합니다. 응급 수송은 포함되지 않습니다.	카운티의 사전 허가가 필요합니다. 초기 승인 성인 60 일, 청소년 30 일, 의학적 필요성에 따라 연장 가능* *EPSDT (21 세 미만)는 의학적으로 지속적인 주거 서비스가 필요하다고 인정받는 한 승인 제한을 받지 않습니다.	<u>청소년 (18 세 미만)</u>: 의학적 필요성이 지속해서 주거 서비스의 필요성을 입증하는 한, 승인 제한 한도는 없습니다. <u>젊은 성인 (18-20)</u>: 의학적 필요성이 지속적으로 주거 서비스의 필요성을 입증하는 한, 승인 제한 한도는 없습니다. <u>성인 (21 세 이상)</u>: 최초 승인 60 일에 의학적으로 필요하면 서비스를 연장받을 수 있습니다. <u>출산 전후의 여성</u>: 임신한 동안 및 출산 후 60 일째 되는 달의 마지막 날까지 <u>형사 사법</u>: 최대 연장 기간 의학적으로 필요한 경우 6 개월
금단 증상 관리	• 등록 및 진단 • 검사 [1] • 약물 치료 • 퇴원 계획 서비스는 해독 과정에서 개인을 모니터링하는 외래 또는 주거지에서 제공됩니다. 의학적으로 필요한 훈련 및 재활 서비스는 환자 맞춤형 계획 그리고 면허 있는 의사 또는 면허 있는 처방자의 지시에 따라 제공되며 캘리포니아주의 요구 사항에 따라 승인되고 재가됩니다. [1] 검사란 건강 상태 및 처방 의약품에 대한 반응을 평가하는 것을 의미합니다.	치료당 최대 14 일의 서비스. 미성년자 외에는 승인이 필요하지 않습니다.	성인과 의학적으로 필요할 경우에만 이용할 수 있습니다. 의학적 필요성에 따라 청소년도 서비스를 받을 수 있습니다.

오피오이드 치료 프로그램 및 약물 보조 치료	• 처방 약품:
	  ○ 메타돈 (Methadone)
	  ○ 부프레노르핀 (buprenorphine)
	  ○ 디술피람 (Disulfiram)
	  ○ 날록손 (Naloxone)
	• 의학 심리 치료 1
	• 등록 및 진단
	• 치료 계획
	• 개인 상담
	• 그룹 상담
	• 환자 교육
	• 가족 치료
	• 환자 교육
	• 위기 중재
	• 약물 치료
	• 사례 관리
	• 퇴원 계획
	
	[1] 의학 심리 치료는 환자와 의사가 일대일로 실시하는 대면 토론을 의미합니다.
		상담 시간은 매달 50 – 200 분이지만 의학적 필요성에 따라 추가 서비스가 제공될 수 있습니다.
		
		의학적으로 필요한 서비스는 개별적인 환자 맞춤형 계획 그리고 면허 있는 의사 또는 면허 있는 처방자의 지시에 따라 제공되며 캘리포니아주의 요구 사항에 따라 승인되고 재가됩니다.
			성인 (18 세 이상)만 이용 가능. 의학적 필요성에 따라 청소년도 서비스를 받을 수 있습니다.
			
			이 프로그램은 매일의 또는 주간 몇 회의 오피오이드 작용제를 사용하며 심한 오피오이드 사용 장애가 있는 환자의 안정을 유지하기 위한 상담 서비스를 제공합니다.

사례 관리	어느 치료 수준이든 환자가 의료, 교육, 사회, 직업 훈련 학교 등록, 직업 훈련, 재활 또는 기타 지역 사회 서비스에 접근할 수 있도록 돕습니다. 다른 네트워크 제공 기관 및 주치의 또는 기타 카운티 부서와 약물 남용 치료 서비스를 조정하여 치료를 개선하고 환자의 독립성을 지원함을 포함합니다. 여기에는 사례 관리 서비스의 지속성 여부를 결정하기 위한 포괄적인 평가 및 개별적 필요 사항의 정기적 재평가가 포함됩니다. 더 높거나 낮은 간호 수준으로 변경, 서비스 활동 커뮤니케이션, 조정, 소개 및 관련 활동 등의 고객 플랜의 개발 및 정기적 개정, 서비스 제공 시스템에 대한 가입자의 접근성 향상을 위한 서비스 제공 모니터링, 가입자의 진행 상황 모니터링, 및 가입자 변호, 신체 및 정신 건강 관리의 연계, 일차 진료 서비스를 위한 수송 및 유지. 사례 관리는 연방법 및 캘리포니아 법률에 명시된 가입자의 기밀 유지 조항을 따르며 위반하지 않아야 합니다.	위험도 높은 외래 환자 및 회복 지원 서비스를 제외 모든 수준의 치료에 대해 매달 최대 7 시간 이 서비스는 약물 남용 치료의 조정, 만성 약물 남용 장애가 있는 사람들을 위한 일차 의료 통합 및 환자가 필요로 하고 허가하는 정의 및 사회 서비스 시스템과의 상호작용에 초점이 맞추어져 있습니다.	청소년 및 성인 대상.

회복 지원 서비스	• 개인 상담
	• 그룹 상담
	• 회복 모니터링
	• 약물 남용 지원
	  • 회복 코치
	  • 재발 방지
	  • 동료 서비스
	• 서비스와의 연계
	  • 교육
	  • 직업
	  • 가족 지원
	  • 지역 사회 기반 지원
	  • 주택
	  • 교통수단
	  • 기타 필요한 사항
	• 사례 관리
	
	회복 서비스는 회원의 회복과 건강 유지에 중요한 역할을 합니다. 치료 공동체는 가입자가 동기를 부여받고 건강 및 건강 관리를 준비하는 치료 매개체가 됩니다. 그러므로, 치료는 가입자의 건강 관리, 효과적인 자가 관리 지원 전략 사용, 지속적인 자가 관리를 제공받기 위한 내부 및 지역 사회의 자원을 정리하는 데 있어 가입자가 핵심적인 역할을 함을 강조해야 합니다.
		<u>청소년 (12-17)</u>: 매달 6 시간 이하
		
		<u>성인 (18+)</u>: 매달 7 시간 이하
			약물 남용 치료를 완료한 청소년 및 성인에게 제공됩니다. 혜택은 일반적으로 최대 6 개월까지 받을 수 있습니다.

Recovery Bridge Housing	외래 진료와 집중 외래 진료 및 오피오이드 치료 프로그램 서비스를 받는 성인의 회복을 도울 수 있는 안전한 생활 공간. 서비스는 동료 지원, 그룹 및 전체 미팅, 자가 도움 및 생활 기술 개발, 다른 회복 지향적 서비스의 사례 관리를 포함합니다.	- 필요한 환자에 한해 연간 최대 180 일 - 여성의 의료적 필요성에 따라 임신 기간 및 출산 후 최대 60 일	성인 대상.

카운티 START-ODS 약물 남용 치료 혜택 패키지는 일차 진료 제공 기관의 정기 건강 점검 및 검진과는 별개입니다. Medi-Cal 또는 My Health LA 의 가입자만 이용 가능합니다.

약물 남용 서비스 상담 전화 (Substance Abuse Service Helpline, SASH) (1-844-804-7500)로 연락하여 검진을 받고 귀하에게 가장 적합한 치료 또는 서비스를 받으십시오.

START-ODS 서비스는 어떻게 받습니까?

귀하 또는 귀하의 지인이 약물 남용 치료 서비스를 필요로한다고 판단되면 Substance Abuse Service Helpline 이나 SASH 1-844-804-7500 으로 전화하거나 http://sapccis.ph.lacounty.gov/sbat/에서 제공하는 온라인 도구를 사용하여 서비스 제공자 네트워크를 찾을 수 있습니다.

귀하는 다른 방법으로도 서비스에 의뢰될 수 있습니다. 의사 및 기타 1 차 진료 제공자 및 Medi-Cal 관리 의료 건강 계획(가입자인 경우)에서 귀하가 약물 남용 치료 서비스가 필요하다고 판단하여 의뢰를 보내면 Los Angeles County 의 START-ODS Plan 은 의뢰를 허용해야 합니다. 응급 상황이 발생하지 않는 한, 보통의 경우, 서비스 제공자나 Medi-Cal 관리 의료 건강 계획은 서비스를 의뢰하기 전 귀하에게 허락을 받거나 어린이의 경우 부모 또는 간병인의 허락을 받아야 합니다. 다른 사람이나 기관은 학교, 자치 단체 사회 복지 또는 봉사 부서, 관리자, 보호자 또는 가족 구성원, 그리고 법 집행 기관을 포함한 카운티에 있는 자치 단체에 의뢰할 수도 있습니다.

혜택의 대상이 되는 서비스는 Los Angeles County 의 네트워크 서비스 제공자를 통해 받을 수 있습니다. 계약된 제공자가 보장된 서비스의 수행 또는 기타 지원에 이의를 제기하는 경우 Los Angeles County 는 다른 제공자가 서비스를 수행하도록 조치합니다. 보장된 서비스에 대한 종교적, 윤리적 또는 도덕적 이의 신청 때문에 해당 서비스를 서비스 제공자에게 받지 못할 경우, Los Angeles County 는 빠른 시일 내에 의뢰를 하고 조정할 것입니다.

서비스 제공자를 변경하거나 다른 서비스로 이동해야 하는 경우 (예 , 거주형 치료에서 외래 치료로 이동), 현재 치료 제공자 현장의 사례 관리자가 새로운 요구 사항 및 선호도를 충족시키는 서비스 제공자를 찾도록 도와주고 변경사항을 조정할 것입니다. 새 제공자를 찾으면 현재 제공자의 사례 매니저가 새로운 제공자의 사례 매니저와 협력하여 성공적으로 전환할 수 있도록 도와줄 것입니다. 또한, 온라인 도구 (http://sapccis.ph.lacounty.gov/sbat/)를 검색하거나, SASH (1-844-804-7500)로 전화하여 새로운 제공자를 직접 찾으실 수도 있습니다.

START-ODS 서비스는 어디에서 받습니까?

Los Angeles County 는 DMC-ODS 시범 프로그램에 참여하고 있습니다. 귀하는 Los Angeles County 의 거주자이므로 DMC-ODS County Plan 을 통해 거주하는 카운티의 DMC-ODS 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하의 County Plan 에는 플랜의 적용 대상 질환을 치료할 수 있는 약물 남용 치료 제공자가 있습니다. DMC-ODS 시범 프로그램에 참여하지 않지만, Drug Medi-Cal 서비스를 제공하는 다른 카운티의 경우 필요하면 일반 DMC 서비스를 제공할 수 있습니다. 귀하가 21 세 미만인 경우, 주 전역의 다른 카운티에서도 EPSDT 서비스를 받을 수 있습니다.

근무 시간 이후에 서비스가 필요한 경우 어떻게 해야 합니까?

근무 시간 이후 또는 주말에 서비스가 필요한 경우 SASH (1-844-804-7500)로 전화하여 치료 제공자가 즉시 서비스를 제공할 수 있는지 알아볼 수 있습니다. 그러나 대부분의 외래 및 주거형 치료 제공자는 저녁 또는 주말에 새로운 환자를 받지 않습니다. 현재 치료 서비스를 받고 있다면 담당 치료 제공자와 상담하여 근무 시간 이후 진료 시간에 대해 자세히 알아보십시오. 모든 외래 및 집중 외래 치료 제공자는 저녁에 일주일에 두 번 그리고 주말에 하루를 열어야 하므로 진료를 받을 수 있는 시간이 확대됩니다.

제가 언제 도움이 필요한지 어떻게 알까요?

대부분 사람이 어려운 시기를 겪으면 약물 남용 문제를 경험할 수 있습니다. 전문적인 도움이 필요한지 스스로 질문할 때 가장 중요한 것은 자신을 믿는 것이라는 걸 기억하십시오. Medi-Cal 또는 My Health LA 에 가입할 자격이 되고 전문가의 도움이 필요하다고 생각되면 SASH (1-844-804-7500)로 전화하여 검사 또는 평가를 요청해야 합니다.

어린이 또는 청소년을 위한 START-ODS 서비스는 어떻게 받습니까?

부모나 보호자는 어린이나 청소년이 약물 남용 장애 증상을 보이거나 알코올이나 약물을 복용하고 있어 이를 끊는 데 도움이 필요하다고 판단이 되면 검사를 예약할 수 있습니다. 청소년에 대한 약물 남용 서비스에 대해 더 자세한 정보가 필요하면 SASH (1-844-804-7500)로 전화하거나 http://sapccis.ph.lacounty.gov/sbat/에서 제공하는 온라인 도구를 사용하여 네트워크 서비스 제공자를 찾을 수 있습니다.

Medi-Cal 가입 자격이 되는 청소년은 의학적으로 필요한 경우 간단한 약물 남용 서비스 (외래 환자 위험 서비스 참조)를 받거나 외래 치료 또는 주거형 치료 같은 보다 집중적인 서비스에 등록할 수도 있습니다. 귀하의 어린이 또는 청소년이 의료 혜택을 받을 자격이 있으며 검사 결과 카운티에서 제공하는 마약 및 알코올 치료 서비스가 필요하다면 카운티는 어린이 또는 청소년이 서비스를 받을 수 있도록 조치합니다.

제공자 변경은 어떻게 합니까?

SASH (1-844-804-7500)로 연락하면 언제든지 귀하의 약물 남용 치료 서비스 제공자를 변경할 수 있으며, 또한 현재 치료 제공자는 귀하의 필요에 더 잘 부합할 수 있는 다른 기관을 찾도록 도울 수 있습니다.

의학적 필요성

의학적 필요성이란 무엇이며 왜 중요합니까?

County 의 START-ODS 계획을 통해 약물 남용 치료 서비스를 받는 데 필요한 조건 중 하나는 '의학적 필요성'이라고 하는 것입니다. 이것은 의사나 기타 자격증을 소지한 전문가가 귀하와 상담하여 의학적으로 서비스가 필요한지와 서비스를 받으면 귀하에게 도움이 되는지를 결정하는 것을 의미합니다.

의학적 필요성이라는 용어는 귀하가 County Plan 서비스를 받을 자격이 되는지, 그리고 어떤 종류의 County Plan 서비스가 적절한지 결정하는 데 도움이 되므로 중요합니다. 의학적 필요성을 결정하는 START-ODS 치료 서비스를 받는 과정에서 매우 중요한 일부분입니다.

약물 남용 치료 서비스의 의학적 필요성의 기준은 무엇입니까?

귀하가 약물 남용 치료 서비스를 받아야 하는지 판단하기 위해, County Plan 은 귀하와 담당 제공자와 협력하여 위에서 설명한 것과 같이 의학적으로 필요한지 결정할 것입니다. 이섹션에서는 Los Angeles County 가 이러한 결정을 내리는 방법에 관해 설명할 것입니다.

County Plan 을 통해 서비스를 받기 위해 충족해야 할 기준:

- 귀하는 Medi-Cal 에 등록되어 있거나 My Health LA 또는 자격을 갖춘 다른 County 프로그램의 수혜 자격이 있어야 합니다.
- 귀하는 Los Angeles County 에 거주해야 하며 Medi-Cal 사용이 가능한 경우 Los Angeles County 에 배정된 Medi-Cal 혜택을 받아야 합니다.
- 특정 예외가 있는 약물 관련 및 중독성 장애(Substance-Related and Addictive Disorder)에 대한 정신 장애 진단 및 통계 매뉴얼 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)에서 적어도 하나의 진단을 받거나 21 세 미만의 청소년은 SUD 로 발전될 '위험'이 있다고 평가 받아야 합니다.
- 미국 중독 의학 협회 (American Society of Addiction Medicine, ASAM) 기준에 근거하여 귀하가 서비스를 받아야 하는지에 대한 의학적 필요성은 ASAM 의 정의를 충족해야 합니다 (참고 : ASAM 기준은 중독성 및 약물 관련 조건에 대한 국가적 치료의 표준입니다).
  귀하가 도움을 요청하기 위해서는 진단이 없어도 상관없습니다. County Plan 은 귀하가 이 정보를 얻을 수 있도록 도와줄 것이며, 평가를 통해 의학적인 필요성을 결정할 것입니다.

서비스 제공자 선택하기

나에게 필요한 약물 남용 치료 서비스 제공자를 찾으려면 어떻게 해야 합니까?

County Plan 은 귀하가 선택한 서비스 제공자에 대해 몇 가지 제한을 두지만, 귀하가 서비스를 처음 시작할 때 적어도 두 개의 제공자 중 하나를 선택할 기회를 제공해야 합니다 (예를 들어, 귀하가 필요한 서비스를 제공하는 제공자가 하나밖에 없는 경우와 같은 불가피한 상황 제외). County Plan 은 귀하가 제공자를 변경할 수 있도록 허용해야 합니다. 귀하가 제공자 변경을 요청할 시, 그렇게 하지 않을 정당한 이유가 없는 한, County Plan 은 최소한 두 개의 제공자 중 하나를 선택할 수 있도록 허용해야 합니다.

SASH (1-844-804-7500)에 전화하는 대신 제공자에게 직접 찾아가는 것을 선택한다면, http://sapccis.ph.lacounty.gov/sbat/에서 제공하는 서비스와 배드 가용성 도구 (Service and Bed Availability Tool, SBAT)로 알려진 서비스 제공자 주소록 (Provider Directory)을 사용할 수 있습니다. SBAT 에는 (1) 사이트 주소로 어떤 서비스나 진료 수준을 이용할 수 있는지, (2) 연락 정보, (3) 이용 가능한 언어 및 특정 문화 서비스, (4) 진료 제공자가 새로운 환자를 받는지, 특히 외래 환자의 평가 예약을 받는지 및 주거용 서비스에 빈자리가 있는지에 관련된 정보를 포함합니다. 검사 또는 평가 후 귀하가 선택한 기관에 만족하지 못해 다른 서비스 제공자 선택을 요청해야 한다면 SASH 에 전화하거나 SBAT 를 이용하여 네트워크 서비스 제공자에 대한 정보를 얻을 수 있습니다.

때로는 카운티에 계약된 서비스 제공자가 카운티 네트워크에서 자체적으로 빠지거나 County Plan 의 요청에 따라 빠지는 경우가 있습니다. 이러한 상황이 발생하면 County Plan 은 카운티와 계약된 서비스 제공자의 해지 통보 또는 발급 후 15 일 이내에 해당 서비스 제공자로부터 약물 남용 치료 서비스를 받은 모든 사람에게 이 사실을 서면으로 통보하기 위해 성실히 노력해야 합니다.

서비스 제공자를 찾으면, 카운티에서 제공자에게 제가 어떤 서비스를 받을 수 있는지 알려줄 수 있습니까?

의학적 필요 기준 및 보장된 서비스의 목록에 따라 귀하가 카운티를 통해 받아야 하는 서비스를 결정하기 위해 귀하와 담당 서비스 제공자 그리고 County Plan 모두가 관여합니다. 때때로 카운티는 귀하와 서비스 제공자에게 결정을 맡기기도 합니다. 다른 경우에는, 귀하가 서비스를 받기 전에 담당 서비스 제공자가 귀하에게 서비스가 필요한 이유에 대해 County Plan 이 검토하도록 County Plan 에 요청해야 할 수도 있습니다. County Plan 은 자격 있는 전문가에게 검토를 맡겨야 합니다. 이 검토 절차를 계획 지급 승인 절차라고 합니다.

County Plan 의 승인 절차는 특정한 일정에 따라 이루어져야 합니다. 표준 승인의 경우, County Plan 은 14 일 이내에 담당 서비스 제공자의 요청에 대한 결정을 내려야 합니다. 귀하 또는 담당 서비스 제공자가 요청했을 경우나 County Plan 이 봤을 때 귀하의 서비스 제공자로부터 더 많은 정보를 얻는 것이 귀하에게 이익이라고 판단하는 경우, 일정을 최대 14 일 더 연장할 수 있습니다. 귀하가 관심 있게 살펴보아야 할 연장 사례는 담당 서비스 제공자로부터 추가 정보 없이는 요청이 거절되고 추가 정보가 있으면 요청이 승인될 수 있다고 County Plan 이 판단하는 경우입니다. County Plan 이 일정을 연장하면, 카운티는 귀하에게 연장에 대한 서면 통지서를 보내드립니다.

카운티가 표준 승인 요청 또는 속성 승인 요청에 대한 결정을 일정 내에 하지 못하면 County Plan 은 귀하에게 혜택 불가 결정 통지서(Notice of Adverse Benefit Determination)를 보내어 서비스가 거부되었고 항소를 제기하거나 주정부 공정심의회(State Fair Hearing)를 요청할 수 있음을 알려드립니다. 1-626-299-4595 로 전화하여 인증 계획에 대한 자세한 정보를 County Plan 에 요청할 수 있습니다. County Plan 의 승인 절차 결정에 동의하지 않으면 카운티에 항소를 제기하거나 State Fair Hearing 을 요청할 수 있습니다.

My County Plan 은 어떤 제공자를 사용합니까?

County Plan 을 처음 사용하는 경우, County Plan 의 서비스 제공자 목록은 http://sapccis.ph.lacounty.gov/sbat/에서 확인할 수 있고, 서비스 제공자의 위치, 제공하는 SUD 치료 서비스, 문화 및 언어 서비스에 대한 정보를 비롯하여 의료 접근성에 도움을 주는 기타 정보를 포함합니다. 서비스 제공자에 관한 질문이 있으시면 SASH (1-844-804-7500)로 전화하십시오. 요청 시 서비스 제공자 목록의 사본을 제공할 수 있습니다.

부적합 결정통지 (NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION)

Notice of Adverse Benefit Determination 이란 무엇입니까?

때로는 NOA 라고 불리는 Notice of Adverse Benefit Determination 은 County Plan 이 귀하가 Medi-Cal 약물 남용 치료 서비스를 받지 못한다는 결정을 내렸다는 것을 귀하에게 알려주기 위해 사용하는 양식입니다. 귀하의 불만 접수서, 항소 또는 속성 항소가 시간 내에 해결되지 않았거나, 귀하가 County Plan 의 일정 기준 내에 제공 서비스를 받지 않은 경우에도 Notice of Adverse Benefit Determination 을 사용하여 귀하에게 통보합니다.

Notice of Adverse Benefit Determination 는 언제 받습니까?

Notice of Adverse Benefit Determination 을 받는 상황:

- 귀하가 의학적 필요성 기준에 충족되지 않아 Medi-Cal 약물 남용 치료 서비스를 받을 자격이 없다고 County Plan 이나 County Plan 제공자 중 하나에서 결정했을 경우.
- 담당 서비스 제공자가 약물 남용 치료 서비스를 받는 것이 귀하에게 필요하다고 생각하고 County Plan 에 승인을 요청했으나 County Plan 이 제공자의 요청을 동의하지 않고 거부하거나 서비스의 유형 또는 빈도를 변경하는 경우. 대부분 서비스를 받기 전에 Notice of Adverse Benefit Determination 을 받게 되지만, 때로는 서비스를 받은 후에 또는 서비스를 받는 동안에도 Notice of Adverse Benefit Determination 를 받을 수 있습니다. 이미 서비스를 받은 후 Notice of Adverse Benefit Determination 을 받는 경우 서비스에 대한 비용을 지급할 필요가 없습니다.
- 담당 서비스 제공자가 County Plan 에 승인을 요청했지만, County Plan 이 결정하기 위해 더 많은 정보가 필요하여 제시간에 승인 절차를 완료하지 못한 경우.
- County Plan 이 설정한 일정에 따라 귀하에게 서비스를 제공하지 않는 경우. County Plan 이 일정 기준을 설정했는지 확인하려면 County Plan 에 전화하십시오.
- County Plan 과 관련하여 불만 접수서를 제출하고 County Plan 이 90 일 이내에 귀하의 진성서에 대한 결정을 서면으로 회신하지 않은 경우.
- County Plan 에 항소를 제기하고 30 일 이내 그리고 속성항소를 제기하고 72 시간 이내에 County Plan 이 귀하에게 항소에 대한 답변을 서면으로 회신하지 못한 경우.

원하는 서비스를 받지 못하는 경우 항상 Notice of Adverse Benefit Determination 을 받게 됩니까?

Notice of Adverse Benefit Determination 을 받지 못하는 경우도 있습니다. 귀하는 여전히 County Plan 에 항소를 제기할 수 있으며 항소 절차를 완료했지만 이러한 일이 발생하면 State Fair Hearing 을 요청할 수 있습니다. 항소를 제기하거나 State Fair Hearing 을 요청하는 방법에 대한 정보는 이 안내서에 포함되어 있습니다. 이 정보는 담당 서비스 제공자의 사무실에도 있어야 합니다.

Notice of Adverse Benefit Determination 는 무엇을 알려줍니까?

Notice of Adverse Benefit Determination 에 담긴 정보:

- County Plan 이 귀하나 귀하가 서비스를 받을 자격에 영향을 끼친 사항.
- 결정의 발효일과 County Plan 이 이 결정을 내린 이유.
- County Plan 이 결정 시 따른 주 또는 연방 규정.
- 귀하가 County Plan 의 결정에 동의하지 않은 경우 귀하의 권리에 대한 사항.
- County Plan 에 항소를 제기하는 방법.
- State Fair Hearing 요청 방법.
- 속성 항소 또는 속성 공정 심의회를 요청하는 방법.
- 항소를 제기하거나 State Fair Hearing 요청하기 위해 도움을 받는 방법.
- 항소를 제기하거나 State Fair Hearing 요청을 할 수 있는 기간.

- 항소나 State Fair Hearing 에 대한 결정을 기다리는 동안 계속해서 서비스를 받을 자격이 있는지에 대한 여부.
- 서비스를 계속 받고 싶다면 항소 제출이나 State Fair Hearing 을 요청해야 하는 시기

Notice of Adverse Benefit Determination 를 받으면 무엇을 해야 합니까?

Notice of Adverse Benefit Determination 을 받으면 양식의 모든 정보를 주의 깊게 읽어야 합니다. 양식을 이해하지 못하면 귀하의 County Plan 에서 도움을 받으십시오. 다른 사람에게 도움을 요청할 수도 있습니다.

항소를 제기하거나 State Fair Hearing 을 요청할 때 중단된 서비스를 계속 받을 것을 요청할 수 있습니다. 귀하는 Notice of Adverse Benefit Determination 을 받은 후 10 일 이내나 변경의 효력 발생일 이전에 서비스의 지속을 요청해야 합니다.

문제 해결 과정

My County START-ODS Plan 에서 원하는 서비스를 받지 못하면 어떻게 됩니까?

County Plan 에는 귀하가 받는 약물 남용 치료 서비스와 관련된 모든 사안에 관한 문제를 해결할 방법이 있습니다. 이것을 문제 해결 절차라고 하며 다음 과정을 포함할 수 있습니다.

1. 불만 접수 절차(Grievance Process) - 귀하가 받는 약물 남용 치료 서비스에 관한 모든 불만을 표현.
2. 항소 절차(Appeal Process) - County Plan 또는 담당 서비스 제공자가 변경한 귀하의 약물 남용 치료 서비스 (서비스 거부 또는 변경)에 관한 결정을 검토.
3. State Fair Hearing Process - 귀하가 Medi-Cal 프로그램 하에서 약물 남용 치료 서비스를 받을 자격이 있는지 검토.

불만 접수나 항소를 제기하거나 State Fair Hearing 을 요청하는 것은 귀하에게 불리하게 작용하지 않을 것이며, 귀하가 받는 서비스에 영향을 미치지 않습니다. 불만 접수나 항소 절차가 완료되면 County Plan 은 귀하와 관련된 다른 사람들에게 최종 결과를 통보합니다. 불만 접수나 항소 절차가 완료되면 County Plan 은 귀하와 관련된 다른 사람들에게 최종 결과를 통보합니다.

각 문제 해결 절차에 대해 아래에서 자세히 알아보겠습니다.

불만 접수, 항소 또는 State Fair Hearing 을 요청하기 위해 관련된 도움을 받을 수 있습니까?

귀하의 County Plan 에는 문제를 보고하기 위한 불만 접수나 항소 또는 State Fair Hearing 요청 절차에 관해 설명해 주고 그 절차 진행을 도와줄 사람들이 있습니다. 그들은 또한 '속성'이라고 불리는 절차로 요청할 자격이 있는지 결정하는 것을 도울 수 있습니다. 즉, 이 절차로 진행하는 것은 귀하의 건강이나 안정성이 위험에 처해 있어 더 빨리 검토해 주는 것을 의미합니다. 본인을 대신하여 행동할 수 있는 권한을 약물 남용 치료 제공자를 포함한 다른 사람에게 부여할 수 있습니다.

도움이 필요하시면, SASH (1-844-804-7500)로 전화하십시오.

County Plan 관련 문제를 해결하기 위해 불만 접수나 항소를 제기하지 않고 도움을 받으려면 어떻게 해야 합니까?

귀하가 시스템을 잘 헤쳐나가기 위해 도움을 받을 적절한 사람을 카운티에서 찾기 어려우면 주정부로부터 도움을 받을 수 있습니다.

해당 지역의 법률 원조 사무소 나 다른 그룹에서 무료 법률 상담을 받을 수 있습니다. 공공 문의 및 대응 부서 (Public Inquiry and Response Unit)에서 심리 권리 또는 무료 법률 지원에 관해 질문할 수 있습니다.

수신자 부담 전화: 1-800-952-5253
청각 장애가 있고 TDD 를 사용하는 경우 전화: 1-800-952-8349

불만 접수 절차

불만 접수란 무엇입니까?

불만 접수란 약물 남용 치료 서비스에 관한 문제 중 항소 및 State Fair Hearing 절차에서 다루지 않는 불만을 표현하는 것입니다.

불만 접수 절차:

- 귀하가 구두로 또는 서면으로 불만 사항을 제시하는 간단하고 이해하기 쉬운 절차입니다.
- 어떤 식으로든 귀하 또는 담당 서비스 제공자에게 불이익을 주지 않습니다.
- 본인을 대신하여 행동하도록 서비스 제공자를 포함한 다른 사람에게 권한을 부여할 수 있습니다. 귀하를 대신하여 행동하도록 대리인을 지정하면 County Plan 은 대리인에게 정보를 공개할 계획을 승인하는 양식에 서명하도록 귀하에게 요청할 수 있습니다.
- 결정자가 자격을 갖추었고 이전 검토 단계나 결정 과정에 관여하지 않았는지 확인해야 합니다.
- 귀하, County Plan 및 담당 서비스 제공자의 역할과 책임을 확인하십시오.
- 요구된 시간 내에 불만 접수에 대한 해결책을 제공하십시오.

불만 접수를 하는 시기는 언제입니까?

귀하의 서비스와 관련하여 불만이나 염려가 있으면 카운티에 (SAPC) “불만 접수”를 제기할 수 있습니다. *신고 및 불만 접수 양식*은 SAPC 웹사이트의 환자 및 공중(Patient and Public) 부분이나 치료 제공자로부터 얻을 수 있습니다. 양식을 이메일로 보내거나, 서비스 제공자가 우편 첨부 회신용 봉투를 무료로 배부합니다. 귀하가 불만 접수를 하더라도 County (SAPC)는 귀하의 의료 혜택을 취소하거나 어떤 식으로든 보복을 할 수 없습니다.
다음 중 한 가지 방법으로 신고서를 제출할 수 있습니다.

- 의료 서비스 제공자 또는 환자는 양식을 1-626-458-6692 로 전자 팩스로 보낼 수 있습니다.
- SAPC 웹사이트에서 양식을 인쇄하여 작성하고 우편으로 보내십시오 .

불만 접수는 구두로 또는 서면으로 제기할 수 있습니다. 구두 불만 접수는 서면으로 후속 조치할 필요가 없습니다. County (SAPC)는 귀하가 *Complaint and Grievance Form* 을 전화로 또는 직접 작성하는 것을 도울 수 있습니다. 통역사 또는 다른 형식의 문서를 요청할 수도 있습니다. 또한, 귀하는 회원 대표(Member Representative)나 귀하가 승인한 대리인을 가질 수 있습니다.

County Plan 에 불만 접수가 되었는지 어떻게 알 수 있습니까?

귀하의 County Plan 은 귀하에게 서면 확인서를 보내 귀하의 불만 접수가 되었음을 귀하에게 알려줍니다.

불만 접수는 언제 결정됩니까?

County Plan 은 귀하가 불만 접수를 한 날짜로부터 90 일 이내에 귀하의 불만 접수에 대한 결정을 내려야 합니다. 귀하가 기간 연장을 요청한 경우나 County Plan 이 추가 정보가 필요하고 지연이 귀하에게 이득이 된다고 판단하는 경우, 최대 14 일까지 연장할 수 있습니다. 연기가 귀하에게 이득이 되는 사례는 귀하 또는 다른 관련 사람들에게 정보를 얻을 수 있는 시간이 조금 더 있으면 카운티에서 귀하의 불만 접수를 해결할 수 있다고 County Plan 이 생각할 때입니다.

County Plan 에 불만 접수가 되었는지 어떻게 알 수 있습니까?

귀하의 불만 접수에 대한 결정이 내려지면 County Plan 은 귀하 또는 귀하의 대리인에게 결정을 서면으로 통보합니다. 귀하의 County Plan 이 귀하나 불만 접수 결정에 영향을 받는 당사자에게 제시간에 통보해 주지 못하면 County Plan 은 귀하에게 State Fair Hearing 을 요청할 권리를 알리는 Notice of Adverse Benefit Determination 을 제공합니다. 귀하의 County Plan 은 기간 만료일에 Notice of Adverse Benefit Determination 을 귀하에게 제공합니다.

불만 접수의 신청 마감일이 있습니까?

언제든지 불만 접수를 할 수 있습니다.

항소 제기 절차: 표준 및 속성

County Plan 은 귀하가 계획 또는 담당 서비스 제공자에서 결정한 약물 남용 치료 서비스에 관한 사항에 대해 검토 요청을 할 수 있도록 하는 책임이 있습니다. 검토를 요청하는 방법에는 두 가지가 있습니다. 첫 번째 방법은 표준항소 절차를 사용하는 것입니다. 두 번째 방법은 속성 항소 절차를 사용하는 것입니다. 이 두 가지 형태의 항소는 서로 비슷합니다. 그러나 속성 항소에는 구체적인 자격 요건이 있습니다. 구체적인 자격 요건은 아래에 설명되어 있습니다.

표준항소란 무엇입니까?

표준항소는 귀하가 필요하다고 생각하는 서비스를 계획 또는 담당 서비스 제공자가 거절 또는 변경 시 이에 관련된 문제를 검토하기 위한 요청입니다. 표준 항소를 요청하면 County Plan 이 검토하는데 최대 30 일이 걸릴 수 있습니다. 30 일을 기다리는 것이 건강을 위험에 빠뜨릴 것으로 생각되면 '속성 항소'를 요청해야 합니다.
표준항소 절차는 다음과 같습니다.

- 직접 또는 전화로 항소를 제기할 수 있습니다. 항소를 직접 또는 전화로 제출하는 경우 서명된 서면 항소로 후속 조처를 취해야 합니다. 항소 작성 시 도움을 받을 수 있습니다. 서명된 서면 항소로 후속 조처를 하지 않으면 항소가 해결되지 않습니다. 그러나 귀하가 구두 항소를 제출한 날짜가 제출 날짜입니다.
- 어떤 식으로든 귀하 또는 담당 서비스 제공자에게 불이익을 주지 않습니다.
- 본인을 대신하여 행동하도록 서비스 제공자를 포함한 다른 사람에게 권한을 부여할 수 있습니다. 귀하를 대신하여 행동하도록 대리인을 지정하면 County Plan 은 대리인에게 정보를 공개할 계획을 승인하는 양식에 서명하도록 귀하에게 요청할 수 있습니다.
- Notice of Adverse Benefit Determination 을 우편으로 발송받았거나 직접 받은 날로부터 요구 일정인 10 일 이내로 항소를 요청하면 혜택을 계속 받을 수 있습니다. 항소가 보류 중일 때는 계속해서 받은 서비스에 대해 지급할 필요가 없습니다. 귀하가 혜택 지속 요청을 하였지만, 귀하가 받는 서비스를 줄이거나 중단하겠다는 최종 항소 결정이 났으면 귀하는 항소가 보류된 동안 제공받은 서비스 비용을 지급해야 할 수도 있습니다.
- 결정자가 자격을 갖추었고 이전 검토 단계나 결정 과정에 관여하지 않았는지 확인해야 합니다.
- 귀하 또는 귀하의 대리인이 항소 절차 전과 도중에 의료 기록 및 항소 절차 중 고려되어야 하는 기타 문서 또는 기록을 포함한 사례 파일을 검토하도록 하십시오.
- 직접 또는 서면으로 사실 또는 법률에 대한 증거 및 주장을 제시할 수 있는 합리적인 기회를 가질 수 있습니다.
- 귀하, 귀하의 대리인 또는 사망자의 재산에 대한 법정 대리인을 항소 당사자로 포함하십시오.
- 서면 확인서를 보내 귀하의 항소가 검토되고 있음을 알려주십시오.
- 항소 절차가 완료되면 State Fair Hearing 을 요청할 수 있는 권리를 귀하에게 알려 드립니다.

항소를 제기하는 시기는 언제입니까?

County Plan 에 항소를 제기할 수 있습니다 :

- 귀하가 의학적 필요성 기준에 충족되지 않아 Medi-Cal 약물 남용 치료 서비스를 받을 자격이 없다고 County Plan 이나 County Plan 제공자 중 하나에서 결정했을 경우.

- 담당 서비스 제공자가 약물 남용 치료 서비스를 받는 것이 귀하에게 필요하다고 생각하고 County Plan 에 승인을 요청했으나 County Plan 이 제공자의 요청을 동의하지 않고 거부하거나 서비스의 유형 또는 빈도를 변경하는 경우.
- 담당 서비스 제공자가 County Plan 에 승인을 요청했지만, County Plan 이 결정하기 위해 더 많은 정보가 필요하여 제시간에 승인 절차를 완료하지 못한 경우.
- County Plan 이 설정한 일정에 따라 귀하에게 서비스를 제공하지 않는 경우.
- County Plan 이 귀하의 필요를 충족시킬 수 있을 만큼 빨리 서비스를 제공하고 있다고 생각하지 않는 경우.
- 귀하의 불만 접수, 항소, 또는 속성 항소가 제시간에 해결되지 않은 경우.
- 귀하와 담당 서비스 제공자가 귀하에게 필요한 약물 남용 서비스에 동의하지 않는 경우.

항소는 어떻게 제기합니까?

County (SAPC)의 결정에 항소를 제기하려면 County (SAPC)에 "항소"를 제출할 수 있습니다. *신고 및 불만 접수 양식*은 SAPC 웹사이트의 환자 및 공중(Patient and Public) 부분이나 치료 제공자로부터 얻을 수 있습니다. 양식을 이메일로 보내거나, 서비스 제공자가 무료로 우편 첨부 회신용 봉투를 드립니다. 귀하가 불만 접수를 제기하더라도 County (SAPC)는 귀하의 의료 혜택을 취소하거나 어떤 식으로든 보복을 할 수 없습니다.
다음 중 한 가지 방법으로 항소를 제출할 수 있습니다.

- 의료 서비스 제공자 또는 환자는 양식을 1-626-458-6692 로 전자 팩스로 보낼 수 있습니다.
- SAPC 웹사이트에서 양식을 인쇄하여 작성하고 우편으로 보내십시오.

County of Los Angeles, Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control
Contract Services Division
1000 South Fremont Ave, Building, A-9 East, 3rd Floor, Alhambra, CA 91803
질문: (626) 299-4532 및 계약과 선택

County (SAPC)는 귀하가 *Complaint and Grievance Form* 을 전화로 또는 직접 작성하는 것을 도울 수 있습니다. 통역사 또는 다른 형식의 문서를 요청할 수도 있습니다. 또한, 귀하는 회원 대표(Member Representative)나 귀하가 승인한 대리인을 가질 수 있습니다.

제 항소가 결정되었는지 어떻게 알 수 있습니까?

귀하의 County Plan 은 항소 결정에 대해 귀하 또는 귀하의 대리인에게 서면으로 통지합니다. 통지서에는 다음 정보가 포함됩니다.

- 항소 결정 처리의 결과.
- 항소 결정이 이루어진 날짜.

항소에 대한 결정이 귀하가 원하던 대로 해결되지 않았으면 통지서에는 State Fair Hearing 에 대한 귀하의 권리와 State Fair Hearing 요청 절차에 관한 정보가 포함됩니다.

항소 제기 신청 마감일이 있습니까?

Notice of Adverse Benefit Determination 을 받을 때 귀하가 항소하는 날짜로부터 60 일 이내에 항소를 제기해야 합니다. 항상 Notice of Adverse Benefit Determination 을 받는 것이 아님을 명심하십시오. Notice of Adverse Benefit Determination 를 받지 않았으면 항소 제출 마감일이 없습니다. 그래서 당신은 언제든지 이 유형의 항소를 제기할 수 있습니다.

항소에 대한 결정은 언제 내려집니까?

County Plan 은 귀하의 항소를 접수 한 날로부터 30 일 이내에 항소에 대한 결정을 내려야 합니다. 귀하가 기간 연장을 요청한 경우나 County Plan 이 추가 정보가 필요하고 지연이 귀하에게 이득이 된다고 판단하는 경우, 최대 14 일까지 연장할 수 있습니다. 연기가 귀하에게 이득이 되는 사례는 귀하 또는 다른 관련 사람들에게 정보를 얻을 수 있는 시간이 조금 더 있으면 카운티에서 귀하의 불만 접수를 해결할 수 있다고 County Plan 이 생각할 때입니다.

항소 결정 기간인 30 일을 기다릴 수 없으면 어떻게 해야 합니까?

속성 항소 절차 자격 요건을 갖추었으면 항소 절차는 더욱 신속해질 수 있습니다.

속성 항소란 무엇입니까?

속성 항소는 항소를 결정하는 더욱 빠른 방법입니다. 속성 항소 절차는 다음 예외 사항을 제외하고는 표준 항소 절차와 과정이 유사합니다.

- 항소 신청은 특정 요구 사항을 충족해야 합니다.
- 속성 항소 절차는 표준 항소 절차와 마감 기한이 다릅니다.
- 속성 항소에 대한 구두 요청을 할 수 있습니다. 속성 항소를 서면으로 제출할 필요는 없습니다.

속성 항소는 언제 할 수 있습니까?

표준 항소 결정되기를 기다리는 최대 30 일 동안 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능 달성, 유지 또는 회복 능력을 위태롭게 할 것이라고 판단되는 경우 귀하는 항소의 신속한 해결을 요청할 수 있습니다. County Plan 이 귀하의 항소가 속성 항소 충족 요건에 맞는다고 동의하는 경우 County Plan 이 항소를 접수한 후 72 시간 이내에 귀하의 카운티는 귀하의 속성 항소를 해결할 것입니다. 귀하가 기간 연장을 요청한 경우나 County Plan 이 추가 정보가 필요하고 지연이 귀하에게 이득이 된다고 판단하는 경우, 최대 14 일까지 연장할 수 있습니다. 귀하의 County Plan 이 기간을 연장한다면, 그 계획은 귀하에게 시간 계획이 연장된 이유에 대한 서면 설명을 제공할 것입니다.

County Plan 이 귀하의 항소가 속성 항소 자격이 없다고 결정하면 County Plan 은 귀하에게 즉각적인 구두 통지를 하기 위해 합당한 노력을 기울여야 하며 72 시간 이내로 서면으로 결정 이유를 통지해야 합니다. 그런 다음 귀하의 항소는 이 섹션의 앞부분에 설명된 표준 항소 일정을 따릅니다. 항소가 속성 항소 조건을 충족시키지 않는다는 카운티의 결정에 동의하지 않으면 불만 접수를 할 수 있습니다.

County Plan 이 귀하의 속성 항소를 해결하면 귀하와 모든 관련 당사자들에게 구두 및 서면으로 통지합니다.

STATE FAIR HEARING PROCESS

STATE FAIR HEARING PROCESS 란 무엇입니까?

STATE FAIR HEARING PROCESS 는 귀하가 Medi-Cal 프로그램에 따라 자격이 부여된 약물 남용 치료 서비스를 받을 수 있도록 캘리포니아 사회 복지부(California Department of Social Services)가 실시하는 독립적인 검토입니다.

나의 State Fair Hearing 권리는 무엇입니까?

귀하의 권리:

- California Department of Social Services (State Fair Hearing 라고도 불림)에서 심의회를 가질 수 있습니다.
- State Fair Hearing 요청 방법에 대한 설명을 들을 수 있습니다.
- State Fair Hearing 에서 진술하는 규칙에 대한 설명을 들을 수 있습니다.
- 요구 기간 내에 State Fair Hearing 을 요청하면 State Fair Hearing 절차 동안 귀하의 요청에 따라 혜택을 계속 받을 수 있습니다.

State Fair Hearing 요청은 언제 할 수 있습니까?

Fair Hearing 의 신청 시기:

- 귀하가 County Plan 의 항소 절차를 완료한 경우.
- 귀하가 의학적 필요성 기준을 충족시키지 못하여 Medi-Cal 약물 남용 치료 서비스를 받을 자격이 없다고 County Plan 이나 County Plan 제공자 중 하나가 결정했을 경우. State Fair Hearing 은 My Health LA 참가자에게 제공되는 서비스와 관련된 문제를 해결할 수 없습니다.
- 담당 서비스 제공자가 약물 남용 치료 서비스를 받는 것이 귀하에게 필요하다고 생각하고 County Plan 에 승인을 요청했으나 County Plan 이 제공자의 요청을 동의하지 않고 거부하거나 서비스의 유형 또는 빈도를 변경하는 경우.
- 담당 서비스 제공자가 County Plan 에 승인을 요청했지만, County Plan 이 결정하기 위해 더 많은 정보가 필요하여 제시간에 승인 절차를 완료하지 못한 경우.
- County Plan 이 설정한 일정에 따라 귀하에게 서비스를 제공하지 않는 경우.
- County Plan 이 귀하의 필요를 충족시킬 수 있을 만큼 빨리 서비스를 제공하고 있다고 생각하지 않는 경우.
- 귀하의 불만 접수, 항소 또는 속성 항소가 제시간에 해결되지 않은 경우.
- 귀하와 귀하의 서비스 제공자가 귀하에게 필요한 약물 남용 치료 서비스에 동의하지 않는 경우.

State Fair Hearing 요청 방법

귀하가 직접 California Department of Social Services 에 State Fair Hearing 을 요청할 수 있습니다. State Fair Hearing 을 요청할 수 있는 곳 :

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

1-800-952-5253 또는 TDD 1-800-952-8349 로 전화할 수도 있습니다.

State Fair Hearing 제출 마감 기한이 있습니까?

State Fair Hearing 신청은 120 일 이내에 하셔야 합니다. 120 일의 시작일은 County Plan 이 항소 결정 통지서를 직접 전해준 다음 날 또는 카운티 항소 결정 통지서의 소인일 다음 날 입니다.

Notice of Adverse Benefit Determination 을 받지 못했다면 언제든지 State Fair Hearing 을 요청할 수 있습니다.

State Fair Hearing 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 수 있습니까?

담당 서비스 제공자가 약물 남용 치료 서비스를 계속 받는 것이 귀하에게 필요하다고 생각하고 County Plan 에 지속 승인을 요청했으나 카운티가 제공자의 요청을 동의하지 않고 거부하거나 서비스의 유형 또는 빈도를 변경하는 경우, 귀하는 State Fair Hearing 결정을 기다리는 동안 치료 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 이러한 상황이 발생하면 County Plan 에서 항상 Notice of Adverse Benefit Determination 을 받게 됩니다. 또한, State Fair Hearing 이 보류되는 동안 받은 서비스 비용을 지급하지 않아도 됩니다.

귀하가 혜택 지속 요청을 하였지만, 귀하가 받는 서비스를 줄이거나 중단하겠다는 최종 항소 결정이 났으면 귀하는 항소가 보류된 동안 제공받은 서비스 비용을 지급해야 할 수도 있습니다.

State Fair Hearing 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받기 위해 무엇을 해야 합니까?

State Fair Hearing 절차 진행 중에 서비스를 계속하기를 원할 경우, 카운티 해결 통지 날로부터 120 일 이내에 State Fair Hearing 을 요청해야 합니다.

항소 결정 기간인 120 일을 기다릴 수 없으면 어떻게 해야 합니까?

표준 120 일 기간이 중요한 생명 기능의 획득, 유지 또는 회복 능력에 대한 문제를 포함한 건강에 심각한 문제를 일으킬 것으로 생각하면 속성 (더 신속한) State Fair Hearing 을 요청할 수 있습니다. Department of Social Services 의 State Hearings Division 은 속성 State Fair Hearing 요청을 검토하고 자격 여부를 결정합니다. 귀하의 속성 심의회 요청이 승인되면 심의회가 열리고 State Hearings Division 에 귀하의 요청이 접수된 날로부터 근무일 기준 3 일 이내로 심의회 결정이 발급됩니다.

회원 권리 및 책임

카운티 START-ODS 플랜 서비스를 수령인으로서 권리는 무엇입니까?

Medi-Cal 또는 My Health LA 자격이 있고 DMC-ODS 시범 프로그램 카운티에 거주하는 사람은 County Plan 에서 의학적으로 필요한 약물 남용 치료 서비스를 받을 권리가 있습니다. 귀하의 권리:

- 귀하의 개인 정보 보호 권리 및 의료 정보의 기밀 유지 필요성을 고려한 정중한 대우를 받습니다.
- 귀하의 건강 상태 및 이해 능력에 적합한 방식으로 가능한 치료 옵션 및 대안에 대한 정보를 얻으십시오.
- 치료를 거부할 권리를 포함한 약물 남용 치료에 관한 결정에 참여하십시오.
- 응급 상황 또는 긴급한 위기 상황을 치료하기 위해 의학적으로 필요한 경우, 하루 24 시간, 주 7 일 제공되는 서비스를 포함하여 적절한 시간에 치료를 받을 수 있습니다.
- County Plan 에 포함된 약물 남용 처리 서비스, County Plan 의 다른 의무 및 여기에 설명된 귀하의 권리에 관한 정보를 본 핸드북에 받으십시오.
- 귀하의 의료 기밀 정보를 보호하십시오.
- 귀하의 의료 기록 사본을 요청하여 받은 후, 45CFR §164.524 및 164.526 에 명시된 대로 수정 또는 교정하도록 요청하십시오.
- 요청 시 대체 양식 (점자, 대형 인쇄물 및 오디오 형식 포함) 사본을 요청된 양식에 알맞은 시기에 받습니다.
- 원하는 언어의 구두 통역 서비스를 받으십시오.
- 사용 가능한 서비스, 적절한 수용력 및 서비스 보장, 치료의 조정 및 지속성, 서비스 보장 및 승인과 같은 영역에서 주정부와의 계약 요구조건을 지키는 County Plan 에서 약물 남용 치료 서비스를 받습니다.
- 미성년자인 경우 미성년자 동의 서비스(Minor Consent Services)를 사용할 수 있습니다.
- 플랜에 서비스를 제공할 수 있는 직원이나 계약된 서비스 제공자가 없는 경우 네트워크 외부 제공자를 통해 필요한 서비스를 적시에 이용할 수 있습니다. "네트워크 외부 서비스 제공자"는 County Plan 의 공급자 목록에 포함되어 있지 않은 서비스 제공자를 의미합니다. 카운티는 네트워크 외부 서비스 제공자에게 받는 서비스에 대한 추가 비용을 지불하지 않도록 해야 합니다. SASH (1-844-804-7500)로 연락하여 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 서비스를 받는 방법에 대한 정보를 얻을 수 있습니다.
- 추가 비용 없이 카운티 네트워크 내 또는 네트워크 외부의 자격을 갖춘 건강 관리 전문가로부터 2 차 소견을 요청할 수 있습니다.
- 받은 치료나 기관에 대해 구두 또는 서면으로 불만 접수를 낼 수 있습니다.
- Notice of adverse benefit determination 을 받으면 구두 또는 서면으로 항소를 요청할 수 있습니다.
- 속성 공정심의회가 가능한 상황에 대한 정보를 포함하여 State Fair Hearing 를 요청하십시오.
- 강압, 징계, 편의 또는 보복 수단으로 사용되는 어떠한 형태의 구속 또는 격리로부터 자유로워야 합니다.
- County Plan, 서비스 제공자 또는 주정부가 귀하를 대하는 방식에 악영향 없이 이러한 권리를 자유롭게 행사할 수 있어야 합니다.

카운티 START-ODS 플랜 서비스를 받는 사람으로서의 나의 책임은 무엇입니까?

County Plan 서비스 수령자로서 귀하의 책임:

- County Plan 에서 받은 자료를 주의 깊게 읽습니다. 이 자료는 어떤 서비스를 이용할 수 있는지, 그리고 필요한 경우 치료를 받는 방법을 이해하는데 도움이 됩니다.
- 일정대로 치료를 받습니다. 치료 계획을 따르면 최상의 결과를 얻을 수 있습니다. 예약을 지킬 수 없는 경우, 최소 24 시간 전에 담당 서비스 제공자에게 전화하고 다른 요일과 시간으로 일정을 변경하십시오.
- 치료를 받으러 갈 때 Medi-Cal (County Plan) 신분증과 사진이 있는 신분증을 지참하십시오.
- 예약 전에 통역이 필요한지 담당 서비스 제공자에게 알리십시오.
- 귀하의 계획을 정확하게 할 수 있도록 귀하의 모든 의료 문제를 담당 서비스 제공자에게 알리십시오. 귀하에게 필요한 정보에 대해 보다 완성도 있게 기록할수록 귀하의 치료는 더욱 성공적으로 이루어질 것입니다.
- 담당 서비스 제공자에게 모든 궁금한 질문을 하였는지 확인하십시오. 귀하의 치료 계획 및 치료 중 받는 모든 기타 정보를 완전히 이해하는 것이 매우 중요합니다.
- 귀하와 담당 서비스 제공자가 동의한 치료 계획을 따르십시오.
- 귀하를 치료하는 제공자와 강력한 협력 관계를 기꺼이 형성하십시오.
- 귀하가 받는 서비스에 대해 질문이 있거나 귀하가 해결할 수 없는 서비스 제공자에 관한 문제가 있는 경우 County Plan 에 문의하십시오.
- 귀하의 개인 정보가 변경된 경우 담당 서비스 제공자 및 County Plan 에 알려주십시오. 여기에는 주소, 전화번호 및 귀하의 치료 참여 능력에 영향을 줄 수 있는 모든 기타 의료 정보가 포함됩니다.
- 치료를 제공하는 직원을 존경과 예의로 대우하십시오.
- 사기나 범법행위가 의심되는 경우 신고하십시오 (전화번호는 아래에 나와 있습니다).

사기, 남용 및 낭비

사기, 남용 및 낭비는 귀하와 도움이 필요한 다른 환자에게 더 나은 치료를 제공할 수 있는 수백만 달러의 자금과 자원을 낭비하여 광범위한 영향을 미칩니다.

사기란 무엇입니까?

사기란 누군가 다른 사람을 속이기 위해 허위 또는 불완전한 정보를 의도적으로 제공하는 경우입니다. 예를 들어, 약물 남용 치료 제공자가 귀하가 받을 수 없거나 귀하에게 필요하지 않은 서비스를 고의로 청구하거나 다른 사람의 사회 보장 번호를 사용하여 Medi-Cal 혜택 자격을 얻는 것이 사기일 수 있습니다.

건강 관리 사기를 예방을 돕고 피하는 방법:

- 누군가가 신분증이나 사회 보장 카드를 빌려주지 않습니다.
- 의사, 건강 관리 제공자 또는 건강 보험을 제외한 누구에게도 신분증 번호 또는 사회 보장 번호를 알려주지 않습니다.
- 받지 못한 서비스의 서명 양식이나 미래의 날짜가 적힌 서명 양식 또는 보험 청구서 양식과 같은 빈 양식에 서명하지 마십시오.
- 필요하지 않거나 받지 않는 서비스에 참여한 대가로 돈이나 선물을 받지 마십시오.
- 신분증을 요구하는 Medi-Call 서비스 외에도 무료 의료 서비스를 제공하는 것에 주의하십시오.
- 옳지 않다고 생각하는 행동을 신고하십시오.

남용 및 낭비란 무엇입니까?

남용 및 낭비는 우리 프로그램에 불필요한 비용을 초래하는 의도적이거나 부주의한 행동입니다. 남용에는 비상사태가 아닌 상황에서 응급실을 과도하게 사용하거나, 자신이 필요로하지 않는 의료 장비를 요청하거나, 의도하지 않은 방식으로 프로그램 서비스 및 자원을 사용하는 기타 조치가 포함될 수 있습니다. 낭비란 의학적으로 필요한 것보다 더 많은 약물을 처방하는 것을 포함할 수 있습니다.

사기, 남용 또는 낭비로 의심되면 어떻게 해야 합니까?

누군가가 Medi-Cal 또는 My Health LA 사기, 남용 또는 낭비한 것으로 의심되는 경우 다음 연락처로 문의하십시오.

- Los Angeles County, 감사관실 (Department of Auditor Controller) 1-800-544-6861 또는 http://fraud.lacounty.gov/, 및 / 또는
- 캘리포니아 보건 서비스 사기 및 남용 부서 핫라인 1-800-822-6222 또는 http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx, 및 / 또는
- 법무부 Medi-Cal 사기 및 노인 학대 총국 1-800-722-0432.

귀하의 전화는 비밀이 보장되며 신고로 인해 문제가 생기거나 약물 남용 치료 서비스를 잃지 않습니다.

비밀 유지

County (SAPC), 치료 네트워크 서비스 제공자 및 기타 의료 전문가는 법적 및 윤리적 기준을 준수해야 합니다. 해당하는 귀하의 기록 및 신원을 기밀로 유지하기 위해 연방 및 주 법률 및 규정이 있습니다. County (SAPC)와 계약을 맺은 모든 서비스 제공자는 기밀 유지에 관한 정책과 절차를 수립해야 하며, 연방 규정집(Code of Federal Regulations, CFR)의 제 42 권 1-A 장 2 부 (42 CFR Part 2)와 건강 정보 관련 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 표준 및 알코올 및 마약 남용 관련 의료 기록 정보의 기밀 유지에 관한 캘리포니아 주법을 지켜야 합니다.

귀하는 귀하의 의료 기록을 기밀로 유지할 권리가 있습니다. 약물 관련 또는 알코올 관련 문제에 대한 서비스를 찾고 있거나 현재 받고 있는 경우, 귀하는 낙인이나 기소에 대한 두려움 없이 비밀로 치료와 회복을 안전하게 받을 수 있도록 추가적인 보호 조치를 취할 수 있습니다. 귀하의 의사, 치료 제공자 또는 County (SAPC)는 귀하가 약물 남용과 관련된 치료를 찾았거나 치료를 받고 있다는 사실을 귀하의 가족이나 고용주 심지어 법원 명령 없는 경찰 등 허가받지 않은 사람에게 밝힐 수 없습니다. 현재 또는 과거의 마약이나 알코올 문제가 있거나 치료 프로그램에 참여한 것으로 직접 또는 간접적으로 귀하를 식별할 수 있는 정보는 보호됩니다.

그러나 정보, 조정 및 통합 의료 서비스를 제공해야 하는 필요성과 이러한 법률 및 규정이 서로 조화를 이루는 것이 중요합니다. 담당 제공자는 귀하에게 적절한 환자 정보 공개 및/또는 동의서에 서명하도록 요청할 수 있으며, 여기에는 진료 시스템 전반에 걸쳐 관련 서비스 제공자와 임상 정보를 공유할 권리가 포함될 수 있습니다. 여기에는 다른 치료 네트워크 서비스 제공자, 귀하의 의료보험 (예, Anthem Blue Cross, Care 1st, Health Net, Kaiser Permanente, L.A Care, Molina Health Care) 또는 지정된 의사와 필요에 따라 다른 카운티 기관이 포함됩니다. 그 이유는 모든 사람이 귀하에게 더 나은 치료를 제공하여 건강 및 회복 목표를 달성하도록 돕기 위해서입니다.

약물 남용 치료 제공자가 귀하의 건강 정보를 다른 사람에게 제공하기 전에 서면으로 귀하의 승인을 우리에게 제공해야 합니다. 약물 남용 치료 제공자가 귀하를 환자로 식별할 수 있는 정보는 공유하는 경우가 있습니다. 이는 의료 비상 상태나 프로그램 내 직원에게 또는 자격 있는 서비스 기관에 범죄가 발생했을 경우를 포함합니다.
기밀 유지 권리의 범위와 한계를 이해하는 것이 중요합니다. 동의서에 서명하기 전에 귀하가 동의서에 관한 정보를 모두 이해하고 동의하기 위해 필요한 질문을 해야 합니다.

서비스 제공자 주소록

현재 서비스 제공자 주소록은 http://sapccis.ph.lacounty.gov/sbat/ 또는 http://publichealth.lacounty.gov/sapc/에서 확인할 수 있습니다. SBAT 라고도 알려진 서비스 제공자 주소록에는 다음과 관련된 정보가 포함되어 있습니다. (1) 사이트 주소로 어떤 서비스나 진료 수준을 이용할 수 있는지, (2) 연락 정보, (3) 이용 가능한 언어 및 특정 문화 서비스, (4) 진료 제공자가 새로운 환자를 받는지 여부, 특히 외래 환자의 평가 예약을 받는지 및 주거용 서비스에 빈자리가 있는지에 관련된 정보를 포함합니다. SASH (1-844-804-7500)에 연락하여 검사를 받기 위한 예약 절차에 대한 지원을 받을 수도 있습니다. 요청 시 Provider Directory 사본을 제공할 수 있습니다.

중요한 공지: County 의 START-ODS Plan 은 건강 보험이 아닙니다. Los Angeles County 에 사시는 저소득층 및 자격 소지자들에게 약물 남용 치료 서비스를 제공합니다. Medi-Cal 이나 My Health LA 자격 요건 및 약물 남용 치료 자격 요건을 충족하시는 분들께 저희 네트워크 공급자가 무료 서비스를 제공합니다. 저희 네트워크 외의 공급자나 다른 카운티 혹은 주의 공급자로부터 서비스를 받으실 경우 커버되지 않습니다. 즉, 무료가 아닙니다. 건강보험을 가지고 계시다면 해지하지 마십시오.