



# 물질 사용 장애 치료 서비스 환자 핸드북

버전 **3.0**  
**2019** 년 **6** 월

로스앤젤레스 카운티

공중보건부

## Substance Abuse Prevention and Control



## **English**

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-742-7900** (TTY: **711**).

주의: 대형 인쇄 및 대체 의사 소통 형식을 포함하는 보조 장치 및 서비스는 요청 시 무료로 이용 가능합니다.

전화 **1-888-742-7900** (TTY: **711**)

## **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame **1-888-742-7900** (TTY: **711**).

## **Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-888-742-7900** (TTY: **711**).

## **Tagalog (Tagalog/Filipino)**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-742-7900** (TTY: **711**).

## 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-742-7900** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

## 繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-742-7900** (TTY: **711**)。

## Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք **1-888-742-7900** (TTY (հեռատիպ)՝ **711**):

## Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-742-7900** (телетайп: **711**).

## فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-888-742-7900** (TTY: **711**) تماس بگیرید

## 日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-888-742-7900** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

## Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-888-742-7900** (TTY: **711**) .

## ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-888-742-7900** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك

بالمجان. اتصل برقم **1-888-742-7900** (رقم هاتف الصم والب (711).

## हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-888-742-7900** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

## ภาษาไทย (Thai)

เรียน:

ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี  
โทร **1-888-742-7900** (TTY: **711**) .

## ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន៖ អរ សើ ិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ ,  
រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិតថ្លៃ  
គឺអាចមានសំរាប់ ំ ំអរ អុើ នក។ ចូ ទូ ស្តី **1-888-742-7900**  
(TTY: **711**) ។

## ພາສາລາວ (Lao)

ໂບດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,  
ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ,  
ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ **1-888-742-7900** (TTY:  
**711**) .

## 환자 핸드북 목차

<b>일반 정보</b> .....	<b>10</b>
응급 서비스 .....	10
약물을 과다 복용한 경우 .....	10
자살 충동을 느끼면 누구에게 연락해야 하는가? .....	10
이 핸드북을 읽는 것이 중요한 이유 .....	12
My Health LA 에 관한 중요 정보 .....	12
START-ODS 플랜의 회원으로서 SAPC 가 담당하는 일 .....	13
<b>회원 지원</b> .....	<b>14</b>
다른 언어로 된 자료가 필요한 회원을 위한 정보 .....	14
읽기 장애가 있는 회원을 위한 정보 .....	14
청각 및 언어 장애가 있는 회원을 위한 정보 .....	14
시각 장애가 있는 회원을 위한 정보 .....	14
개인정보 보호관행 통지 .....	14
차별을 받았다고 생각하는 경우 누구에게 연락해야 하는가? .....	15
<b>START-ODS 서비스</b> .....	<b>16</b>
START-ODS 서비스란 무엇인가? .....	16
조기 및 정기 검사, 진단 및 치료(EPSDT) .....	21
<b>START-ODS 서비스를 받는 방법</b> .....	<b>21</b>
START-ODS 서비스를 받으려면 어떻게 해야 하는가? .....	21
START-ODS 서비스를 어디서 받을 수 있는가? .....	22
정규 시간 이후의 치료 여부 .....	22
도움이 필요한지 어떻게 알 수 있는가? .....	22

어린이 또는 십대 자녀가 도움이 필요한지 어떻게 알 수 있는가?.....	22
<b><u>정신 건강 서비스를 받는 방법 .....</u></b>	<b>23</b>
전문 정신 건강 서비스를 어디서 받을 수 있는가? .....	23
<b><u>의학적 필요성 .....</u></b>	<b>23</b>
의학적 필요성의 개념 및 중요성.....	23
물질 사용 장애 치료 서비스의 보장에 대한 ‘의학적 필요성’의 기준.....	23
<b><u>치료 서비스 제공자 선택 .....</u></b>	<b>24</b>
필요한 물질 사용 장애 치료 서비스 제공자를 선택하는 방법 .....	24
카운티 플랜은 치료 제공자에게 내가 어떤 서비스를 받는지 알려줄 수 있는가?.....	24
START-ODS 플랜은 어떤 서비스 제공자를 사용하는가?.....	25
<b><u>불이익 결정 통지 .....</u></b>	<b>25</b>
불이익 결정 통지란 무엇인가? .....	25
불이익 결정 통지는 언제 받을 수 있는가?.....	25
원하는 서비스를 받지 못하는 경우 항상 불이익 결정 통지를 받는가?.....	26
불이익 결정 통지는 무엇을 말해 주는가?.....	26
불이익 결정 통지를 받은 때 무엇을 해야 하는가? .....	27
<b><u>문제 해결 절차.....</u></b>	<b>27</b>
카운티 플랜에서 내가 원하는 치료 서비스를 받지 못하는 경우.....	27
불만 제기, 이의 제기, 주 공정 청문회를 제출할 때 도움을 받을 수 있는지 여부 .....	28
카운티 플랜에 대한 문제를 해결하려면 도움이 필요하지만 불만 제기나 이의 제기를 원하지 않는 경우 .....	28

**불만 제기 절차.....28**

불만 제기란 무엇인가? ..... 28  
불만 제기는 언제 할 수 있는가? ..... 29  
불만 제기는 어떻게 할 수 있는가?..... 29  
카운티 플랜이 불만 제기를 받았는지 어떻게 알 수 있는가? ..... 30  
불만 제기에 대한 결정은 언제 내려지는가? ..... 30  
카운티 플랜이 불만 제기에 대해 결정을 내렸는지 어떻게 알 수 있는가? ..... 30  
불만 제기를 할 수 있는 기간..... 30

**이의 제기 절차 (표준 및 긴급) .....30**

표준 이의 제기란 무엇인가? ..... 30  
이의 제기는 언제 할 수 있는가? ..... 32  
이의 제기는 어떻게 할 수 있는가?..... 32  
이의 제기가 결정되었는지 어떻게 알 수 있는가? ..... 32  
이의 제기를 할 수 있는 기간..... 33  
이의 제기에 대한 결정은 언제 내려지는가? ..... 33  
이의 제기 결정을 위한 30 일 동안의 기간을 기다릴 수 없는 경우..... 33  
신속 이의 제기란 무엇인가?..... 33  
신속 이의 제기는 언제 할 수 있는가? ..... 33

**주 공정 청문회 절차 .....34**

주 공정 청문회란 무엇인가?..... 34  
주 공정 청문회 권리는 무엇인가?..... 34  
주 공정 청문회는 언제 요청할 수 있는가? ..... 34  
주 공정 청문회를 요청하는 방법..... 35  
주 공정 청문회는 언제까지 요청해야 하는가?..... 35  
주 공정 청문회 결정을 기다리는 동안 치료 서비스를 계속 받을 수 있는지 여부 ..... 36  
주 공정 청문회 결정을 위한 90 일 동안의 기간을 기다릴 수 없는 경우..... 36



**캘리포니아주 MEDI-CAL 프로그램에 대한 중요 정보 .....36**

Medi-Cal 을 받을 수 있는 사람 ..... 36  
Medi-Cal 에 대하여 비용을 지불해야 하는지 여부 ..... 37  
Medi-Cal 이 교통편을 제공하는지 여부 ..... 37

**회원의 권리 및 책임 .....38**

START-ODS 서비스 수혜자로서의 권리 ..... 38  
START-ODS 서비스 수혜자로서의 책임 ..... 39

**치료 서비스 제공자 디렉토리.....40**

**치료 전환 요청.....41**

언제 과거 또는 현재의 네트워크 외부 치료 제공자를 유지하도록 요청할 수 있는가? ... 41  
네트워크 외부 치료 제공자를 유지하도록 요청하는 방법 ..... 41  
카운티 플랜으로 전환한 후에도 네트워크 외부 치료 제공자로부터 계속 치료를 받기를  
원하는 경우 ..... 41  
카운티 플랜이 치료 전환 요청을 거부하는 이유 ..... 42  
치료 전환 요청이 거부되는 경우 어떻게 되는가? ..... 42  
치료 전환 요청이 승인되는 경우 어떻게 되는가? ..... 42  
치료 전환 요청은 얼마나 빨리 처리되는가? ..... 42  
치료 전환 기간이 종료하면 어떻게 되는가? ..... 42

## 일반 정보

### 응급 서비스

응급 서비스는 하루 24 시간 365 일 연중무휴로 운영합니다. 건강과 관련된 응급 상황이라고 생각되면 911 에 전화하거나 가까운 응급실로 가서 도움을 요청하십시오. 응급 서비스는 정신과 응급 의료 상황을 포함하여 예상하지 못한 건강 상태를 위해 제공되는 서비스입니다.

응급 의료 상황은 비전문가(주의 깊거나 신중한 비의료인 포함)가 의료 조치 없이 합리적으로 기대할 수 있는 심한 통증이나 중병 또는 상해를 유발하는 증상이 있을 때 나타납니다.

- 건강이 심각한 위험한 상태에 있거나
- 임신한 경우 산모의 건강 또는 태아의 건강이 심각한 위험에 처하거나
- 신체 활동 방식에 심각한 해를 일으키거나
- 신체 기관 또는 부위에 심각한 손상을 초래하는 경우

응급 상황에서는 병원을 이용할 권리가 있습니다. 응급 서비스에는 승인이 필요하지 않습니다.

### 약물을 과다 복용한 경우

귀하 또는 귀하가 아는 사람이 약물을 과다 복용한 경우 가능한 한 빨리 911 에 연락하십시오.

날록손(Naloxone)은 아편/헤로인 과다 복용의 효과를 즉시 상쇄할 수 있는 약물입니다. 누군가가 과다 복용하는 동안 그것을 관리할 수 있다면 즉시 911 에 전화해야 합니다. 많은 응급 요원이 이를 소지하고 다니며 일부 약국에서는 처방전 없이 구입이 가능합니다. 자세한 정보는 귀하의 의료전문가에게 문의하십시오.

### 자살 충동을 느끼면 누구에게 연락해야 하는가?

본인 또는 아는 사람이 위기에 처한 경우 전국 자살 예방 라이프 라인 1-800-273-TALK (8255)로 전화하십시오.

위기 상황에서 도움을 요청하고 지역 정신 건강 프로그램에 액세스하려면 로스앤젤레스 카운티 주민은 전화 1-800-273-TALK (8255)로 연락하십시오.

**로스앤젤레스 카운티 휴먼 서비스 핫라인**

<http://www.211la.org>

다이얼 “211”

24 시간 언어 지원 제공

**로스앤젤레스 카운티 정신건강부**

<http://dmh.lacounty.gov>

800-854-7771

24 시간 언어 지원 제공

**Didi Hirsch – 자살 예방 핫라인**

<http://www.didihirsch.org>

877-7-CRISIS or 877-727-4747

**십대 라인**

[www.teenlineonline.org](http://www.teenlineonline.org)

800-TLC-TEEN (852-8336)

**캘리포니아 청소년 위기 라인**

[www.youthcrisisline.org](http://www.youthcrisisline.org)

1-800-843-5200

24 시간 언어 지원 제공

**군인 프로젝트**

[www.thesoldiersproject.org](http://www.thesoldiersproject.org)

877-576-5343

**트레버 프로젝트**

<http://www.thetrevorproject.org>

866-4- U-TREVOR (866-488-7386)

**아시아 태평양 카운셀링 및 치료 센터**

<http://www.apctc.org>

213-252-2100 언어 지원 제공

**로스앤젤레스 게이 레즈비언 센터**

<http://www.lagaycenter.org>

323-993-7400

## 이 핸드북을 읽는 것이 중요한 이유

로스앤젤레스 카운티의 물질 사용 치료 시스템에 오신 것을 환영합니다. 이 문서는 캘리포니아 주 DMC-ODS (Drug Medi-Cal Organized Delivery System)에 대해 설명합니다. DMC(Dug Medi-Cal)는 자격이 있는 회원에게 물질 사용 장애(또는 약물 및 알코올 중독이라고 함) 치료비를 지불하는 일종의 건강 보험입니다.

캘리포니아주는 로스앤젤레스 카운티 공중보건부 SAPC(Substance Abuse Prevention and Control)와 계약하여 수혜 대상자에게 치료 서비스를 제공하고 있습니다. 로스앤젤레스 카운티에서 물질 사용 치료 건강 플랜은 **START-ODS(System Transformation to Advance Recovery and Treatment)**로 불립니다. START-ODS의 서비스는 물질 사용 장애 치료를 제공하기 위해 로스앤젤레스 카운티와 계약을 맺은 치료 제공자 네트워크에 의해 제공됩니다.

환자 핸드북을 통해 “카운티 플랜” 또는 “START-ODS”을 참조하게 됩니다. 이것은 Medi-Cal 또는 My Health LA 에 자격이 있거나 등록된 개인이나 범죄 또는 청소년 사법 시스템이 자금을 지원하는 특정 프로그램을 추천받은 개인에게 무료로 제공되는 물질 사용 치료 서비스를 의미합니다.

카운티의 플랜이 어떻게 작동하는지 이해하고 필요한 치료를 받을 수 있도록 하는 것이 중요합니다. 이 핸드북은 귀하가 받을 혜택 및 치료 방법을 설명합니다. 또한 많은 질문에 대해 답할 수 있습니다.

귀하는 다음 사항을 알게 됩니다:

- START-ODS 를 통한 물질 사용 장애 치료 서비스를 받는 방법
- 귀하가 이용할 수 있는 혜택
- 질문 또는 문제가 있는 경우 해야 할 일
- START-ODS 회원으로서 귀하의 권리 및 의무

이 핸드북을 지금 바로 읽지 않는 경우 나중에 읽을 수 있도록 반드시 보관하십시오.

이 핸드북을 Medi-Cal 에 등록할 때 받은 회원 안내서의 추가 자료로 사용하십시오. Medi-Cal 에는 Medi-Cal 관리 의료 플랜 또는 일반 Medi-Cal “서비스 비용” 프로그램이 포함됩니다.

## My Health LA 에 관한 중요 정보

로스앤젤레스 카운티는 이민 상태와 무관하게 보험에 가입하지 않은 사람과 보험에 가입할 수 없는 사람에게는 My Health LA 플랜을 통한 기본 건강 보험을 제공하지 않습니다. My Health LA 는 소득 자격 요건을 충족하고 건강 보험에 가입할 수 없거나 보험 혜택을 받을 수 없는 19 세 이상의 로스앤젤레스 카운티 주민에게 제공됩니다.

서비스에는 1 차 진료 및 건강 검진, 건강 정보 및 조언, 로스앤젤레스 카운티 보건 서비스(DHS) 클리닉의 전문 진료, DHS 병원의 병원 및 응급 진료, 처방 약품, 검사 서비스 및 검사가 포함됩니다.

귀하가 My Health LA 의 자격을 갖추거나 등록된 회원인 경우 이 핸드북에 명시된 약물 사용 치료 서비스를 무료로 받을 수 있습니다.

My Health LA 에 대한 자격을 갖추었는지 여부를 알아 보려면 다음 링크에 액세스하여 DHS 의 My Health LA 웹페이지를 방문하십시오.

<https://dhs.lacounty.gov/wps/portal/dhs/coverageoptions/myhealthla>.

## START-ODS 플랜의 회원으로서 SAPC 가 담당하는 일

- 카운티 또는 치료 제공자 네트워크에서 START-ODS 서비스를 받을 자격이 있는지 확인합니다.
- 진료 조정
- 카운티 플랜에서는 서비스를 받는 방법에 관해 알려줄 수 있는 무료 전화를 하루 24 시간 365 일 연중무휴로 제공합니다. 또는 이 번호로 카운티 플랜에 연락하여 정규 근무시간 외 진료를 요청할 수 있습니다.
- 필요한 경우 카운티 플랜에 의해 보장되는 치료 서비스를 사용하기 위해 충분한 치료 제공자를 확보합니다.
- 카운티 플랜에서 제공하는 치료 서비스에 대해 알리고 교육합니다.
- 귀하가 사용하는 언어로 서비스를 제공하거나 필요한 경우 무료로 통역사의 통역 서비스를 이용할 수 있음을 알려 드립니다.
- 다른 언어 또는 형식으로 제공되는 정보를 서면으로 제공합니다. 여기에는 다른 언어로 된 환자 핸드북과 보조 도구 및 서비스 사용이 포함됩니다.
- 이 핸드북에 명시된 정보가 크게 변경되는 경우 변경 사항의 효력이 발생하기 최소 30 일 전에 통지합니다. 이용 가능한 서비스의 양이나 유형이 증가 또는 감소하는 경우, 네트워크 치료 제공자 수가 증가 또는 감소한 경우, 카운티 플랜을 통해 받는 혜택에 영향을 미칠 수 있는 다른 변경 사항이 있는 경우 해당 변경이 중요하다고 간주됩니다.
- 계약된 치료 제공자가 도덕적, 윤리적, 종교적 반대로 인해 해당 서비스의 수행 또는 지원을 거부하고 해당 서비스를 제공하는 대체 제공자를 알리는 경우 이를 알려줍니다.

- 의료기관을 변경하면 건강에 지장을 주거나 입원할 위험이 높아질 수 있으므로 일정 기간 동안에는 이전의 치료 제공자에게 계속해서 치료를 받을 수 있도록 하십시오.

*START-ODS 에 대한 더 자세한 정보는 물질 남용 서비스 헬프라인(SASH) 전화 1-844-804-7500 로 연락하십시오.*

## 회원 지원

### 다른 언어로 된 자료가 필요한 회원을 위한 정보

환자 핸드북과 불만 제기 및 이의 제기 양식을 포함하는 모든 수혜자 안내 자료는 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 광둥어, 페르시아어, 흐몽어, 한국어, 만다린어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어로 제공됩니다. START-ODS 에 1-888-742-7900 로 전화하거나 <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm> 의 “환자 및 공중(Patient and Public)” 페이지를 방문하여 자료를 액세스할 수 있습니다.

### 읽기 장애가 있는 회원을 위한 정보

읽기에 문제가 있는 회원은 START-ODS 에 1-888-742-7900 으로 연락하거나 <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm> 에 있는 “환자 및 공중” 페이지를 방문하여 대체 형식의 자료를 구하십시오. 또한 치료 제공자에게 이 자료의 무료 사본을 얻을 수 있도록 도움을 요청할 수 있습니다.

### 청각 및 언어 장애가 있는 회원을 위한 정보

청각 또는 언어 장애가 있는 회원은 711 로 전화하여 캘리포니아 랠리 서비스에 연락하십시오. 1-844-804-7500 으로 검진 및 추천 서비스 의뢰를 위해 물질 남용 서비스 헬프라인(SASH)에 연결하십시오. 무료 통역 서비스에 대한 서면 문의는 [SUDtransformation@ph.lacounty.gov](mailto:SUDtransformation@ph.lacounty.gov) 로 하십시오.

### 시각 장애가 있는 회원을 위한 정보

시각 장애가 있는 환자는 대체 형식의 자료(예: 오디오, 대형 인쇄물)를 얻는 방법 등에 대한 자세한 정보를 위해 전화 1-888-742-7900 로 START-ODS 에 연락하거나 인터넷 <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm> 의 “환자 및 공중” 페이지를 방문할 수 있습니다. 또한 치료 제공자에게 이 자료의 무료 사본을 얻을 수 있도록 도움을 요청할 수 있습니다.

### 개인정보 보호관행 통지

치료 제공자 또는 온라인 <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm> 에서  
개인정보 보호관행 통지서 사본을 얻을 수 있습니다.

## 차별을 받았다고 생각하는 경우 누구에게 연락해야 하는가?

차별은 법에 위반됩니다. 캘리포니아주 및 카운티 플랜은 해당 연방 인권법을 준수하며  
인종, 피부색, 출신 국가, 가계, 종교, 생물학적 성별, 결혼 여부, 사회적 성별, 성적체성,  
성적 취향, 나이, 장애 등 모든 이유로 차별하지 않습니다.

- 다음과 같은 경우에 장애인에게 무료로 도움 및 서비스를 제공합니다.
  - 자격 있는 수화 통역사
  - 다른 형식의 서면 정보(점자, 대형 인쇄물, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 다음과 같은 경우 영어가 주요 언어가 아닌 사람들에게 무료 언어 서비스를  
제공합니다.
  - 자격 있는 구술 통역사
  - 임계 언어에 대한 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 START-ODS에 문의하십시오. 캘리포니아주 또는 START-  
ODS가 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 성별 등에 근거하여 이러한 서비스를  
제공하지 않거나 다른 방식으로 차별한다고 판단되면 이의를 제기할 수 있습니다.

### **Substance Abuse Prevention and Control**

ATTN: Complaints and Investigation

1000 South Fremont Avenue, Building A-9 East, 3<sup>rd</sup> Floor

Alhambra, California 91803

Phone: 1-888-742-7900 (TTY 711)

e-mail: [SAPC\\_compliance@ph.lacounty.gov](mailto:SAPC_compliance@ph.lacounty.gov)

직접 또는 우편으로 불만 제기를 할 수 있습니다. 불만 제기를 하는데 도움이 필요하면  
START-ODS가 도움을 드립니다.

인권 침해 신고서는 미국 보건복지부, 인권국 웹사이트

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> 에서 전자 민원을 제기할 수 있습니다.

다음 주소로 우편 또는 전화로 시민 권리 침해를 신고할 수 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

불만 양식은 <https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html> 에서 이용 가능합니다.

## START-ODS 서비스

카운티 플랜에 의해 제공되는 서비스는 Medi-Cal 및 My Health LA 의 자격 있는 개인 또는 범죄 또는 청소년 사법 시스템에 의해 부과된 특정 프로그램에 추천된 사람에게는 비용이 들지 않습니다

귀하의 치료 서비스 제공자는 귀하가 아래에 열거된 서비스를 받는 것에 대해 비용 지불을 요청할 수 없습니다. 이는 수수료나 예치금, 공동 지불금 및 비용 부담금이 없음을 의미합니다(귀하의 수입으로 인해 Medi-Cal 플랜이 요구하지 않는 한). 이 무료 서비스는 신청 절차를 완료하지 않았지만 Medi-Cal 또는 My Health LA 에 대한 자격이 있는 경우에도 사용할 수 있습니다.

### START-ODS 서비스란 무엇인가?

START-ODS 서비스는 정규 의사가 치료할 수 없는 물질 사용 장애(SUD)가 적어도 하나 있는 사람들을 위한 건강 보험 서비스입니다.

START-ODS 는 다음을 포함합니다.

- 위험에 처한 외래환자 서비스
- 외래환자 서비스
- 집중 외래 환자 치료
- 부분 입원 (로스앤젤레스 카운티에서는 이용 불가)
- 자택 치료 (카운티의 사전 허가를 받아야 함)
- 금단 증상 관리
- 아편/마약 치료 프로그램
- 약물 보조 치료
- 회복 서비스
- 사례 관리

이용할 수 있는 START-ODS 서비스에 대한 자세한 내용을 보려면 아래 설명을 참조하십시오.

- **위험에 처한 외래환자 서비스**
  - ✚ 상담 서비스는 위험에 처한 외래환자 서비스를 위한 의학적 필요성을 충족하는 것으로 평가되는 청소년 회원(12-20 세)에게 제공할 수 있습니다.
  - ✚ 위험에 처한 외래환자 서비스에는 검사, 평가 외에 그룹 상담, 개별 상담, 사례 관리, 환자 교육 및 치료 계획과 같은 간단한 개입이 포함됩니다.



- ✚ 서비스 제한은 60 일 동안 10 시간을 초과하지 않으며 1 년에 최대 2 회까지 치료 서비스를 제공할 수 있습니다.
  
- **외래환자 서비스**
  - ✚ 외래환자에 대한 상담 서비스는 개인적 치료 계획에 따라서 의학적으로 필요하다고 결정될 경우 성인의 경우 주당 9 시간, 청소년의 경우 주당 6 시간 미만으로 제공됩니다. 서비스는 지역사회에서 적절한 환경에서 면허가 있는 전문가 또는 등록/공인된 카운슬러에 의해 제공됩니다.
  
  - ✚ 외래환자 서비스는 수용, 평가, 치료 계획, 개별 상담, 그룹 상담, 가족 치료, 담보 서비스, 회원 교육, 약물 서비스, 위기 개입 서비스, 사례 관리, 퇴원 계획이 포함됩니다.
  
  - ✚ 의학적으로 필요한 외래환자 서비스에 대해서는 지속적인 평가와 6 개월간의 검토가 제공됩니다.
  
- **집중 외래환자 서비스**
  - ✚ 집중 외래환자 서비스는 성인의 경우 주당 최소 9 시간 및 최대 19 시간, 청소년의 경우 최소 6 시간 및 최대 19 시간이 개인적 치료 계획에 따라서 의학적으로 필요하다고 결정되었을 때 제공됩니다. 서비스는 지역 사회의 적절한 환경에서 자격증을 소지한 전문가 또는 공인된 카운슬러가 제공할 수 있습니다.
  
  - ✚ 집중 외래환자 서비스는 외래환자 서비스와 동일한 구성요소가 포함됩니다. 서비스 시간의 증가가 주요 차이점입니다.
  
  - ✚ START-ODS 는임산부, 양육 중인 여성에게 집중 외래환자 서비스에 대해 서비스 제한을 31 시간으로 연장하는 혜택을 제공합니다.
  
  - ✚ 의학적으로 필요한 집중 외래환자 서비스에 대해서는 지속적인 평가와 6 개월간의 검토가 제공됩니다.
  
- **부분 입원 (로스앤젤레스 카운티에서는 이용 불가)**
  - ✚ 부분 입원 서비스는 회원의 치료 플랜에 명시된 대로 주당 20 시간 이상의 임상 집중 프로그램을 제공합니다. 부분 입원 프로그램은 일반적으로 정신 의학, 의학 및 실형실 서비스에 직접 액세스할 수 있습니다. 또한 일일 모니터링 또는 관리를 보증해야 하지만 구조화된 외래환자 환경에서 적절히 해결할 수 있는 확인된 요구 사항을 충족해야 합니다.
  
  - ✚ 부분 입원 서비스는 집중 외래환자 서비스와 유사하며 시간이 많이 걸리고 의료 서비스에 대한 추가 접근이 주요한 차이점입니다.

- 자택 치료 (카운티의 사전 승인을 조건으로 함)**

  - 자택 치료는 의학적으로 필요한 것으로 결정되고 개별 치료 계획에 따라 SUD 진단을 받은 회원에게 재활 서비스를 제공하는 24 시간 비기관, 비의학적, 단기간 “라이브인(live-in)” 프로그램입니다. 각 회원은 자택 내에서 생활하고 대인 관계 및 독립적 생활을 복원, 유지, 적용하고 지역 사회 지원 시스템에 액세스하기 위한 노력을 지원합니다. 치료 제공자와 거주자는 공동으로 장애를 정의하고, 우선순위를 정하고, 목표를 설정하고, 치료 계획을 수립하고 SUD 관련 문제를 해결합니다. 목표에는 절제된 생활 지속, 재발 방지에 대한 준비, 개인의 건강과 사회적 기능 향상, 지속적인 진료를 포함합니다.
  - 자택 치료 서비스는 카운티 플랜의 **사전 승인이 필요합니다**. 각 자택 치료 서비스는 성인의 경우 최대 90 일, 청소년의 경우 최대 30 일 동안 가능합니다. 의학적으로 필요한 것으로 판단될 경우 자격증 있는 전문가의 평가에 따라 기간을 연장할 수 있습니다.
  - 임산부는 출산 후 60 일이 되는 날이 속한 달의 마지막 날까지 자택 치료 서비스를 받을 수 있습니다.
  - 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료 (EPSDT: Early Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment)에 대한 자격을 갖춘 21 세 미만 회원은 의학적 필요에 근거하여 지속적인 자택 치료 서비스를 받을 수 있습니다.
  - 자택 치료 서비스는 복용 및 평가, 치료 계획, 개별 상담, 그룹 상담, 가족 치료, 부가 서비스, 회원 교육, 의약품 서비스, 보호약품(시설은 거주자의 모든 약품을 보관하고 시설 직원은 거주자의 자택 의료 관리를 지원할 수 있습니다), 위기 관리 서비스, 운송(의학적으로 필요한 치료로 및 치료로부터 운송을 위한 준비 또는 제공), 퇴원 계획을 포함합니다.
- 금단 증상 관리**

  - 의학적 필요에 따라 개별화된 고객 플랜에 따라 금단 증상 관리 서비스를 제공합니다. 각 회원은 거주 치료 서비스를 받을 경우 시설에 상주해야 하며 해독 과정은 모니터링됩니다. 의학적으로 필요한 훈련 및 재활 서비스는 면허가 있는 의사 또는 면허가 있는 처방자가 규정하는 개별화된 고객 계획에 따라 제공되며 캘리포니아주 요건에 따라 승인 및 허가됩니다.
  - 금단 증상 관리 서비스에는 복용 및 평가, 관찰(처방된 의약품에 대한 건강 상태 및 반응 평가), 의약품 서비스, 퇴원 계획이 포함됩니다.

✚ 해당 업무 범위 내에서 일하는 면허 있는 전문가의 의학적 필요성 평가에 따라 금단 증상 관리 서비스가 최대 14 일까지 연속으로 제공됩니다.

- **아편 치료 프로그램**

✚ 아편/마약 치료 프로그램(OTP/NTP) 서비스는 NTP 면허시설에서 제공됩니다. 의학적으로 필요한 서비스는 면허가 있는 의사 또는 면허가 있는 처방자가 결정하고 캘리포니아주 요건에 따라 승인 및 허가된 개별화된 고객 플랜에 따라 제공됩니다. OTP/NTP 는 필로폰, 부프레노핀, 날록손, 디설피람 등 START-ODS 공식에 따라 회원에게 약물을 제공하고 처방해야 합니다.

✚ 회원은 최소 50 분, 월간 최대 200 분 동안 치료사 또는 카운슬러와 상담을 받아야 하며 의학적 필요성에 따라 추가 상담을 받을 수도 있습니다.

✚ 아편 치료 프로그램은 외래환자 치료 서비스와 동일한 구성 요소가 포함되며 의학적 심리 치료는 회원과 일대일로 의사가 실시하는 대면 토론으로 구성됩니다.

- **약물 보조 치료(MAT)**

✚ 약물 보조 치료(MAT: Medication Assisted Treatment)는 OTP 클리닉 외부에서 이용할 수 있습니다. MAT 는 SUD 치료에 대한 전체적인 접근법을 제공하기 위해 카운슬링과 행동 요법과 함께 처방약을 사용하는 것입니다. 참여 카운티의 경우 이 수준의 서비스를 제공하는 여부는 선택 사항입니다.

✚ MAT 서비스에는 SUD 를 위한 모든 의약품의 주문, 처방, 투여 및 모니터링이 포함됩니다. 특히, 마약과 알코올 의존은 잘 확립된 약물 선택권을 가지고 있습니다. 의사 및 다른 자격 있는 처방자는 부프로노핀, 날록손, 디설피람, 비비트롤, 아캄프로사이트 또는 SUD 치료를 위해 FDA 가 승인한 약물을 포함하여 DMC 공식에 따라 적용되는 약물을 제공할 수 있습니다.

✚ 지속적인 의학적 필요성을 확보하기 위해 지속적인 평가 및 연간 평가가 제공됩니다.

- **회복 서비스**

✚ 회복 서비스는 회원의 건강 회복 및 웰빙에 매우 중요합니다. 치료 커뮤니티는 회원들에게 자신의 건강 및 건강 관리를 관리할 수 있는 권한을 부여하고 준비하는 치료 에이전트가 됩니다. 따라서 치료는 회원의 건강 관리에 있어 회원의 중심적 역할을 강조하고 효과적인 자기 관리 지원 전략을 사용하며 내부 및 커뮤니티 자원을 조직하여 회원에게 지속적인 자기 관리 지원을 제공해야 합니다.

- 회복 서비스에는 개인 및 그룹 상담, 회복 모니터링/상황 남용 지원(회복 코칭, 재발 방지 및 피어-투-피어 서비스) 및 사례 관리(교육, 직업, 가족 지원, 커뮤니티 기반 지원, 주택, 교통 및 필요에 기반한 기타 서비스와의 연계)가 포함됩니다.

- 의학적 필요성을 확보하기 위해 회복 지원 서비스에 대한 지속적인 6 개월간의 검토가 제공됩니다.

- **사례 관리**

- 회복 서비스는 회원이 필요한 의학적, 교육적, 사회적, 전 직업적, 직업적, 재활적 또는 기타 지역사회 서비스에 액세스할 수 있도록 지원합니다. 이러한 서비스는 SUD 관리 조정, 특히 만성 SUD 를 가진 구성원에 대한 1 차적 진료의 통합, 그리고 필요한 경우 형사 사법 시스템과의 상호 작용에 초점을 맞춥니다.

- 회복 관리에는 사례 관리 서비스의 지속적인 필요성을 결정하기 위한 종합적인 평가 및 주기적 재평가, 상위 또는 하위 수준의 SUD 관리로 전환, 서비스 활동을 포함하는 고객 계획의 개발 및 주기적 개정, 커뮤니케이션, 조정, 참조 등이 포함됩니다. 또한 관련 활동, 서비스 및 서비스 제공 시스템에 대한 회원 액세스를 보장하기 위한 서비스 제공 모니터링, 회원의 진행 상황 모니터링, 그리고 회원 옹호, 물리적/정신적 의료 서비스와의 연계, 1 차 진료 서비스의 이전 및 유지 등이 있습니다.

- 회복 관리는 연방 및 캘리포니아 법에 명시된 바에 따라 모든 회원의 기밀성 및 일관성을 유지해야 하며 이를 위반해서는 안 됩니다.

- 회복 관리 서비스는 매월 최대 10 시간을 한도로 제공됩니다.

- 임산부 및 양육 중인 여성의 경우 0~16 세 아동에 대해 매월 최대 1 시간을 한도로 자격을 갖춘 피부양 자녀에 대한 사례관리 서비스를 받을 수 있습니다.

## 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료(EPSDT)

21 세 미만인 경우 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료(EPSDT: Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment)에 따라 추가 의학적으로 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. EPSDT 서비스에는 성인 대상 서비스인지 여부를 검사하는 EPSDT 검사에서 확인된 결함, 신체적 및 정신적 질병과 조건을 수정하거나 개선하기 위해 연방법 42 U.S.C. 1396d(a)에 명시된 기타 의무 및 선택적 서비스가 포함됩니다. 의학적 필요성 및 비용 효율성에 대한 요구 사항은 EPSDT 서비스에 적용되는 유일한 제한 사항 또는 제외 사항입니다.

이용 가능한 EPSDT 서비스에 대한 보다 자세한 설명과 질문에 대한 답변은 물질 남용 서비스 헬프라인(SASH) 1-844-804-7500 에 전화하십시오.

## START-ODS 서비스를 받는 방법

### START-ODS 서비스를 받으려면 어떻게 해야 하는가?

물질 사용 장애 치료 서비스가 필요하다고 생각될 경우에는 무료 물질 남용 서비스 헬프라인(SASH) 1-844-804-7500 으로 전화하거나 웹사이트 <http://sapccis.ph.lacounty.gov/sbat/>에서 제공되는 온라인 도구를 사용하여 네트워크 치료 제공자를 찾으면 치료 서비스를 받을 수 있습니다.

다른 방법으로 SUD 치료 서비스를 참조할 수 있습니다. 카운티 플랜은 귀하가 이러한 서비스를 필요로 한다고 생각하는 의사 및 기타 1 차 진료 기관으로부터 물질 사용 치료 서비스에 대한 의뢰를 받아야 하고 회원인 경우 Medi-Cal 관리 의료 보험에 대한 의뢰를 수락해야 합니다. 일반적으로 치료 제공자 또는 Medi-Cal 관리 의료 보험은 긴급 상황이 발생하지 않는 한 자녀의 부모 또는 보호자의 허가 또는 승인을 받아야 합니다. 또한 다른 사람들과 조직들은 학교, 카운티 복지 또는 사회복지부서, 관리원, 보호자 또는 가족 구성원, 그리고 법 집행 기관을 포함하여 카운티에 의뢰할 수 있습니다.

보장 서비스는 로스앤젤레스 카운티의 치료 제공자 네트워크를 통해 제공됩니다. 계약된 치료 제공자가 해당 서비스를 수행하거나 지원하는 데 이의를 제기하는 경우에는 로스앤젤레스 카운티는 다른 치료 제공자가 서비스를 수행하도록 할 것입니다. 로스앤젤레스 카운티는 보장 서비스에 대해서 종교적, 윤리적 또는 도덕적인 이유로 반대하여 제공자로부터 보장 서비스를 이용할 수 없는 경우 적절한 위탁 및 조정으로 대응합니다.

만약 치료 제공자를 변경하거나 하나의 서비스에서 다른 서비스(자택 치료로부터 외래환자 치료로 변경)로 이전하려는 경우 현재 치료 제공자 사이트에서 사례 관리자가 변경 사항을 조정할 것이고 새로운 요구 사항과 기본 설정을 충족하는 서비스 제공자를 찾을 수 있습니다. 일단 새 제공자를 찾으면 현재 제공자의 사례 관리자가 새 제공자의

사례 관리자와 협력하여 성공적인 전환을 지원합니다. <http://sapccis.ph.lacounty.gov/sbat/>에서 온라인 제공자 디렉토리를 검색하거나 물질 남용 서비스 헬프라인(SASH) 1-844-804-7500으로 전화하여 새 제공자를 직접 찾을 수도 있습니다.

## START-ODS 서비스를 어디서 받을 수 있는가?

로스앤젤레스 카운티는 캘리포니아주의 DMC ODS(Drug Medi-Cal Organized Delivery System) 파일럿 프로그램에 참여하고 있습니다. 귀하가 로스앤젤레스 카운티에 거주하고 있다면 START-ODS 플랜을 통해 받을 수 있습니다. START-ODS는 플랜에 의해 보장되는 조건을 치료하는데 사용할 수 있는 물질 남용 치료 제공자를 보유하고 있습니다. DMC-ODS 파일러에 참여하지 않는 Drug Medi-Cal 서비스를 제공하는 다른 카운티에서 필요한 경우 일반 DMC 서비스를 제공할 수 있습니다. 21세 미만의 경우 주 전역의 다른 카운티에서도 EPSDT 서비스를 받을 수 있습니다.

## 정규 시간 이후의 치료 여부

근무 시간 이후 또는 주말에 치료 서비스가 필요한 경우 SASH(Substance Abuse Service Helpline)에 1-844-804-7500로 전화를 걸어 치료 제공자가 즉시 서비스를 제공할 수 있는지 확인할 수 있습니다. 현재 치료 서비스를 받고 있는 경우 치료 제공자에게 문의하여 진료 후 시간에 대해 자세히 알아볼 수 있습니다. 모든 외래환자 및 집중 외래환자 치료 제공자는 치료 장소에서 더 많은 시간 동안 치료를 받을 수 있도록 주중 최소 2회, 주말 1회 치료를 추가적으로 제공해야 합니다.

## 도움이 필요한지 어떻게 알 수 있는가?

많은 사람들은 인생에서 어렵고 힘든 시간을 겪으면서 물질 사용 문제를 경험하게 됩니다. 전문가의 도움이 필요한지 물어볼 때 기억해야 할 가장 중요한 것은 자신을 신뢰하는 것입니다. Medi-Cal 또는 My Health LA의 수혜 자격이 있으며 전문적인 도움이 필요하다고 생각하시면 수신자 부담으로 하루 24시간, 365일 연중무휴로 운영되는 SASH에 1-844-804-7500으로 전화하셔서 심사나 평가를 요청하셔야 합니다.

## 어린이 또는 십대 자녀가 도움이 필요한지 어떻게 알 수 있는가?

만약 귀하의 어린이나 십대 자녀가 약물 및 알코올과 같은 물질 사용 문제의 징후를 보이고 있다고 생각되면 카운티 플랜에 연락하여 평가를 받을 수 있습니다. 어린이 또는 십대가 Medi-Cal, My Health LA 또는 카운티 평가에 참여하고 카운티에서 제공하는 약물 및 알코올 치료 서비스가 필요하다고 판단되면 카운티에서 어린이 또는 십대가 필요한 치료 서비스를 받을 수 있도록 준비할 것입니다.

## 정신 건강 서비스를 받는 방법

### 전문 정신 건강 서비스를 어디서 받을 수 있는가?

귀하가 거주하고 있는 카운티에서 전문 정신 건강 서비스를 받을 수 있습니다. 각 카운티는 전문 정신 건강 서비스를 제공하고 있으며 어린이, 청소년, 성인, 그리고 노인을 위한 전문 정신 건강 서비스가 있습니다. 정신 건강 서비스가 필요하다고 생각되면 로스앤젤레스 카운티의 정신건강부 1-800-854-7771 로 전화를 걸어 하루 24 시간 365 일 연중 무휴로 운영되는 핫라인에 연락하십시오. 21 세 미만인 경우 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료(EPSDT)를 받을 수 있으며 추가 적용 범위와 혜택을 포함할 수 있습니다.

MHP(Mental Health Plan)에서 전문 정신 건강 서비스가 필요한지 여부를 결정합니다. 만약 귀하가 전문 정신 건강 서비스가 필요하다면 MHP 는 여러분을 정신 건강 치료 제공자에게 소개할 것입니다.

## 의학적 필요성

### 의학적 필요성의 개념 및 중요성

카운티의 START-ODS 플랜을 통해 물질 사용 치료 서비스를 받기 위해서는 필요한 조건 중 하나가 '의학적 필요성'입니다. 이것은 의사 또는 기타 면허가 있는 전문가가 상담을 통해 의료 서비스가 필요한지 여부, 서비스를 받을 경우 서비스에 의해 도움을 받을 수 있는지 여부를 결정합니다. 의학적 필요성이란 용어는 귀하가 START-ODS 서비스를 받을 자격이 있는지 여부, 어떤 종류의 카운티 플랜이 적절한지 여부를 결정하는데 도움이 되기 때문에 매우 중요합니다. 의학적 필요성을 결정하는 것은 START-ODS 서비스를 받는 과정에서 매우 중요한 부분입니다.

### 물질 사용 장애 치료 서비스의 보장에 대한 '의학적 필요성'의 기준

물질 사용 장애 치료 서비스가 필요한지 여부를 결정하기 위한 일환으로 카운티 플랜은 위에서 설명한 대로 귀하와 귀하의 치료 제공자가 협력하여 서비스가 의학적으로 필요한지 여부를 결정합니다. 이 섹션에서는 로스앤젤레스 카운티가 어떻게 그러한 결정을 내릴 수 있는지를 설명합니다.

카운티 플랜을 통하여 서비스를 받기 위해서는 다음 기준을 충족해야 합니다.

- Medi-Cal 에 등록되어 있거나 My Health LA 또는 다른 자격 있는 카운티 프로그램의 자격 요건을 갖추어야 합니다.
- 로스앤젤레스 카운티에 거주해야 하며 Medi-Cal 이 적용되는 경우 로스앤젤레스 카운티에 할당된 Medi-Cal 수혜 능력을 갖추어야 합니다.

- 물질 관련 중독 장애에 대한 진단 및 통계 매뉴얼(DSM: Diagnostic and Statistical Manual)의 진단서가 하나 이상 있어야 합니다. SUD 개발을 위해 "위험"한 것으로 평가되는 성인 또는 21 세 미만의 청소년은 의료 필수 기준을 충족하지 못할 경우 조기 중재 서비스를 받을 수 있습니다.
- 미국 중독의학협회(ASAM: American Society of Addiction Medicine)의 기준에 따른 서비스에 대한 의학적 필요성 정의를 충족해야 합니다.(ASAM 기준은 중독 및 물질 관련 조건에 대한 국가 치료 표준입니다.)

의학적 도움을 청할 수 있는 진단서를 가지고 있는지 알 필요가 없습니다. 카운티 플랜은 귀하가 이 정보를 얻는 것을 도울 것이고, 평가를 통해 의학적 필요성을 결정할 것입니다.

## 치료 서비스 제공자 선택

### 필요한 물질 사용 장애 치료 서비스 제공자를 선택하는 방법

START-ODS 는 치료 제공자를 선택하는데 있어 어느 정도 제한을 둘 수 있지만 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공할 수 있는 제공자가 단 한 명밖에 없는 경우를 제외하고 카운티 플랜은 해당 서비스를 처음 시작할 때 적어도 두 명의 제공자 중 하나를 선택할 수 있는 기회를 제공해야 합니다. 또한 카운티 플랜은 제공자를 변경을 허용해야 합니다. 귀하가 제공자를 변경해 달라고 요청할 경우 카운티는 그렇게 하지 않을 충분한 이유가 없는 한 적어도 두 명의 제공자 중 하나를 선택할 수 있도록 허용해야 합니다.

때때로 카운티 계약 치료 제공자는 스스로 또는 카운티 플랜의 요청에 따라 카운티 네트워크를 떠납니다. 이 경우, 카운티 플랜은 해당 제공자로부터 SUD 치료 서비스를 받고 있던 각 개인에게 해지 통지서를 수령하거나 발급 후 15 일 이내에 카운티 계약 제공자의 종료에 대한 서면 통지를 제공하는 선의의 노력을 기울여야 합니다.

### 카운티 플랜은 치료 제공자에게 내가 어떤 서비스를 받는지 알려줄 수 있는가?

귀하, 치료 서비스 제공자, 카운티 플랜은 모두 귀하가 필요로 하는 의학적 필요성 기준과 보장 서비스 목록에 따라 귀하가 어떤 서비스를 받아야 하는지 결정하는 데 관여하고 있습니다. 때때로 카운티는 귀하와 서비스 제공자에게 결정을 하도록 맡길 것입니다. 다른 경우, 카운티 플랜은 제공자가 귀하에게 서비스를 제공하기 전에 서비스가 필요하다고 생각하는 이유를 검토하도록 카운티 플랜에 요구할 수 있습니다. 카운티 플랜은 심사를 하기 위해 자격을 갖춘 전문가를 사용해야 합니다. 이 검토 프로세스를 '계획 지불 승인 절차'라고 합니다.

카운티 플랜의 승인 절차는 구체적인 일정을 따라야 합니다. 표준 승인을 위해서 플랜은 14 일 이내에 제공자의 요청에 따라 결정해야 합니다. 귀하 또는 귀하의 치료 서비스



제공자가 요청하거나 카운티 플랜이 귀하의 제공자로부터 더 많은 정보를 얻는 것이 귀하에게 이익이 된다고 생각하는 경우 그 기간은 추가로 14 일이 연장될 수 있습니다. 연장이 귀하에게 이익이 될 수 있는 경우의 예로는 카운티 플랜이 귀하의 치료 제공자로부터 추가 정보를 가지고 있고 해당 정보 없이 요청을 거부해야 하는 경우 카운티에서 제공자의 승인 요청을 승인할 수 있다고 생각하는 경우를 들 수 있습니다. 카운티 플랜이 기간을 연장하면 카운티에서 연장에 대한 서면 통지를 보낼 겁니다.

카운티에서 표준 또는 신속한 승인 요청에 대해 필요한 일정 시간 내에 결정을 내리지 못한 경우 카운티 플랜은 귀하에게 서비스가 거부되었고 귀하는 이의 제기를 하거나 주 공정 청문회를 요구할 수 있다는 내용의 '불이익 결정 통지'를 보내야 합니다.

카운티 플랜에 전화 1-626-299-4595 로 연락하여 승인 과정에 대한 보다 자세한 정보를 요청할 수 있습니다.

귀하가 승인 과정에 대한 카운티의 플랜 결정에 동의하지 않는다면 카운티에 이의 제기를 하거나 주 공정 청문회를 요청할 수 있습니다.

## START-ODS 플랜은 어떤 서비스 제공자를 사용하는가?

귀하가 START-ODS 를 처음 이용하는 경우 카운티 플랜의 전체 치료 제공자 목록을 <http://sapccis.ph.lacounty.gov/sbat/>에서 찾을 수 있으며 제공자가 위치한 장소, 제공하는 SUD 치료 서비스 및 기타 의료 서비스에 대한 정보를 포함하여 액세스에 도움이 되는 정보를 제공자들로부터 이용할 수 있습니다. 치료 제공자에 대해 문의사항이 있는 경우 물질 남용 서비스 헬프라인(SASH: Substance Abuse Service Helpline)에 1-844-804-7500 으로 문의하십시오. 제공자 목록의 하드 카피도 웹사이트에서 이용 가능합니다.

## 불이익 결정 통지

### 불이익 결정 통지란 무엇인가?

불이익 결정 통지는 종종 NOABD(Notice of Adverse Benefit Determination)으로 불리는데 START-ODS 가 귀하가 물질 사용 장애 치료 서비스를 받을지 여부에 대한 결정을 내리는 경우 귀하에게 사용하는 결정의 형태입니다. 불이익 결정 통지는 귀하의 불만 제기, 이의 제기 또는 신속한 이의 제기가 제때에 해결되지 않았거나 귀하가 서비스를 제공하기 위한 카운티 플랜의 일정 기준 내에서 서비스를 제공받지 못한 경우 이를 알려주는 데 사용됩니다.

### 불이익 결정 통지는 언제 받을 수 있는가?

불이익 결정 통지는 다음의 경우에 받을 수 있습니다.

- 카운티 플랜 또는 치료 서비스 제공자 중 하나가 귀하가 의학적 필요 기준을 충족시키지 못하기 때문에 Medi-Cal 물질 사용 치료 서비스를 받을 자격이 없다고 결정하는 경우.
- 치료 서비스 제공자는 귀하가 물질 사용 치료 서비스가 필요하다고 생각하고 카운티 플랜에 승인을 요청하지만 카운티 플랜이 동의하지 않거나 치료 서비스 제공자의 요청을 거부하거나 서비스의 유형 또는 제공 빈도를 변경하는 경우. 대부분의 경우 서비스를 받기 전에 불이익 결정 통지를 받지만 때때로 불이익 결정 통지가 귀하가 치료 서비스를 이미 받은 후 또는 서비스를 받는 도중에 오는 경우. 귀하가 서비스를 이미 받은 후 불이익 결정 통지를 받았지만 귀하는 서비스에 대해 돈을 지불할 필요가 없는 경우.
- 치료 서비스 제공자가 카운티 플랜에 승인을 요청하였지만 카운티 플랜이 결정을 내리는데 더 많은 정보를 필요로 하거나 승인을 제때에 완료하지 못한 경우.
- 카운티 플랜이 카운티 플랜이 설정한 일정에 근거하여 귀하에게 치료 서비스를 제공하지 않는 경우. 카운티 플랜에 연락하여 구체적인 카운티 일정 기준을 확인하십시오.
- 귀하가 카운티 플랜에 불만 제기를 하고 카운티 플랜이 90 일 이내에 귀하의 불만 제기에 대해 서면 결정을 회신하지 않은 경우. 귀하가 카운티 플랜에 이의 제기를 하고 카운티 플랜이 30 일 이내에 귀하에게 서면 회신을 하지 않은 경우. 귀하가 신속 이의 제기를 하고 72 시간 이내에 응답을 받지 못한 경우.

## 원하는 서비스를 받지 못하는 경우 항상 불이익 결정 통지를 받는가?

때로는 불이익 결정 통지를 받지 못하는 경우가 있습니다. 귀하는 여전히 카운티 플랜에 이의 제기를 할 수도 있고 만약 이의 제기 절차를 마쳤다면 당신은 이런 일이 일어났을 때 주 공정 청문회를 요청할 수도 있습니다. 이의 제기를 하거나 주 공정 청문회를 요청하는 방법에 대한 정보는 이 핸드북에 포함되어 있습니다. 이러한 정보는 치료 서비스 제공자의 사무실에서도 이용할 수 있어야 합니다.

## 불이익 결정 통지는 무엇을 말해 주는가?

불이익 결정 통지는 귀하에게 다음과 같은 내용을 말합니다.

- 귀하와 귀하가 서비스를 받을 수 있는 능력에 영향을 줄 수 있는 카운티 플랜의 조치
- 결정의 유효일 및 카운티 플랜이 결정을 내린 이유.
- 카운티가 결정을 내릴 때 준수해야 할 주 또는 연방 규칙

- 카운티 플랜이 내린 결정에 대해 동의하지 않는 경우 귀하의 권리(Your Rights)
- 카운티 플랜에 이의 제기하는 방법
- 주 공정 청문회를 요청하는 방법
- 신속 이의 제기 또는 신속 주 공정 청문회를 요청하는 방법
- 이의 제기를 하거나 주 공정 청문회를 요청하는 경우 도움을 받는 방법
- 이의 제기를 하거나 주 공정 청문회를 제기하는 기간
- 이의 제기 또는 주 공정 청문회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 받을 자격이 있는지 여부
- 귀하가 치료 서비스를 계속 받기를 원하는 경우 이의 제기 또는 주 공정 청문회를 제기해야 하는 시기

## 불이익 결정 통지를 받은 때 무엇을 해야 하는가?

불이익 결정 통지를 받으면 귀하는 양식에 있는 모든 정보를 주의 깊게 읽어야 합니다. 양식을 이해하지 못하면 카운티 플랜이 도움을 드릴 수 있습니다. 귀하는 또한 귀하에게 도움을 줄 수 있는 다른 사람을 요청할 수 있습니다.

이의 제기 또는 주 공정 청문회에 대한 요청을 제출할 때 중단된 서비스의 재개를 요청할 수 있습니다. 불이익 결정 통지의 소인이 찍힌 날짜 기준으로 10 일 이내 또는 변경의 시행일 이전에 서비스의 재개를 요청해야 합니다.

## 문제 해결 절차

### 카운티 플랜에서 내가 원하는 치료 서비스를 받지 못하는 경우

START-ODS 는 귀하가 받고 있는 물질 사용 장애 치료 서비스와 관련된 모든 문제에 관하여 문제를 해결할 수 있는 방법을 갖고 있습니다. 이것을 “문제 해결 절차”라고 하며 다음과 같은 절차를 포함할 수 있습니다.

1. **불만 제기 절차** – 불이익 결정 이외의 물질 사용 치료 서비스와 관련된 모든 것에 대해 불만을 표시하는 경우
2. **이의 제기 절차** – 카운티 플랜 또는 치료 서비스 제공자에 의해 귀하의 물질 사용 장애 치료 서비스에 관하여 만들어진 결정(서비스 거부 또는 변경)에 대한 검토
3. **주 공정 청문회 절차** – Medi-Cal 프로그램에 따라 귀하가 자격을 갖추고 물질 사용 장애 치료 서비스를 받을 수 있는지 여부에 대한 검토

불만 제기, 이의 제기, 주 공정 청문회를 신청하는 것은 귀하에게 불리하지 않으며 귀하가 받고 있는 치료 서비스에 영향을 미치지 않을 것입니다. 귀하의 불만이나 이의 제기가 완료되면 귀하의 카운티 플랜은 최종 결과를 귀하와 다른 관련자들에게 통지할 것입니다.

주 공정 청문회가 완료되면 주 청문회 사무실은 귀하와 다른 관련자들에게 최종 결과를 통지할 것입니다.

아래에서 각각의 문제 해결 절차에 대해 자세히 알아보십시오.

## 불만 제기, 이의 제기, 주 공정 청문회를 제출할 때 도움을 받을 수 있는지 여부

귀하의 카운티 플랜에는 귀하에게 이러한 절차를 설명하는 것이 가능한 사람 또는 귀하에게 불만 제기, 이의 제기 또는 주 공정 청문회 요청에 대한 문제를 보고하는 것을 도울 수 있는 사람이 있습니다. 또한 그들은 귀하의 건강이나 안정성이 위험하기 때문에 더 빨리 검토되어야 할 경우 소위 '신속' 절차라 불리는 것에 대해 자격을 갖추었는지 여부를 결정하는데 도움을 줄 수 있습니다. 귀하는 물질 사용 장애 치료 서비스 제공자를 포함하여 귀하를 대신하여 행동을 취할 수 있는 다른 사람을 허가할 수 있습니다.

도움이 필요하면 물질 남용 서비스 헬프라인(SASH: Substance Abuse Service Helpline)에 전화 1-844-804-7500 로 문의하십시오.

## 카운티 플랜에 대한 문제를 해결하려면 도움이 필요하지만 불만 제기나 이의 제기를 원하지 않는 경우

귀하가 시스템을 통해 방법을 찾을 수 있도록 도울 수 있는 적절한 사람을 카운티에서 찾는 데 어려움을 겪고 있다면 주정부로부터 도움을 받을 수 있습니다.

귀하는 지역 법률 지원 사무소 또는 다른 단체에서 법적 도움을 받을 수 있습니다. 또한 청문회 권리 또는 무료 법률 지원에 대해 공공 문의 및 대응 부서(Public Inquiry and Response Unit)에 문의할 수 있습니다.

수신자 부담 전화: 1-800-952-5253

청각 장애인으로 TDD 를 사용하는 경우 전화: 1-800-952-8349

## 불만 제기 절차

### 불만 제기란 무엇인가?

불만 제기란 이의 제기나 주 공정 청문회 절차에 의해 해결되는 문제가 아닌 것으로 귀하의 물질 사용 장애 치료 서비스와 관련하여 발생하는 모든 문제에 관하여 불만을 표현하는 것을 말합니다.

불만 제기 절차는 다음과 같습니다.

- 불만 사항을 구술 또는 서면으로 표현할 수 있는 간단하고 이해하기 쉬운 절차를 포함합니다.
- 귀하 또는 치료 서비스 제공자에 대해 어떤 방식으로든 불이익을 끼치지 않습니다.
- 치료 서비스 제공자를 포함하여 다른 사람이 귀하를 대신하여 행동을 할 수 있는 권한을 부여할 수 있습니다. 만약 귀하가 다른 사람을 귀하를 대신하여 행동하도록 허가하면 카운티 플랜은 귀하가 아닌 그 사람에게 플랜이 정보를 공개하도록 하는 권한을 부여하는 양식에 서명하도록 요청할 수 있습니다.
- 의사 결정을 하는 개인이 그렇게 할 수 있는 자격이 있으며 이전 단계의 검토 또는 의사 결정에서 관여하지 않았다는 것을 확인해야 합니다.
- 귀하, 귀하가 속한 카운티 플랜 및 치료 제공자의 역할과 책임을 식별합니다.
- 필요한 기간 내에 불만 사항에 대한 해결책을 제공합니다.

## 불만 제기는 언제 할 수 있는가?

귀하가 카운티 플랜으로부터 받는 물질 사용 장애 치료 서비스에 불만이 있거나 카운티 플랜과 관련하여 다른 문제가 있는 경우 언제든지 START-ODS 에 불만 제기를 할 수 있습니다.

## 불만 제기는 어떻게 할 수 있는가?

불만 제기에 도움을 받으려면 1-888-742-7900 에 연락하십시오. 또한 SAPC 웹사이트의 “환자 및 공중(Patient and Public)” 섹션에서 START-ODS 불만 제기 양식을 찾거나 치료 제공자로부터 얻을 수 있습니다.

카운티 플랜은 치료 제공자 사이트에서 귀하의 불만에 대해 편지를 할 수 있도록 반송용 봉투를 제공할 것입니다.

- 해당 양식을 이메일 [SAPCMonitoring@ph.lacounty.gov](mailto:SAPCMonitoring@ph.lacounty.gov) 로 보내십시오
- 해당 양식을 팩스 1-626-458-6692 로 보내십시오.

불만 제기는 구술 또는 서면으로 제출할 수 있습니다. 구술 불만 제기는 서면으로 후속 조치를 취할 필요가 없습니다.

## 카운티 플랜이 불만 제기를 받았는지 어떻게 알 수 있는가?

카운티 플랜은 서면 확인서를 보내서 귀하의 불만 제기를 접수하였음을 알려드립니다.

## 불만 제기에 대한 결정은 언제 내려지는가?

카운티 플랜은 귀하가 불만을 제기한 날로부터 90 일 이내에 불만 사항에 대한 결정을 내려야 합니다. 해당 기간은 귀하가 연장을 요청하거나 카운티 플랜이 추가 정보가 필요하고 해당 지연이 귀하에게 이익이 된다고 믿는 경우 최대 14 일까지 연장될 수 있습니다. 지연이 귀하에게 이익이 될 수 있는 경우의 예로는 카운티 플랜이 귀하나 다른 관계자들로부터 정보를 얻을 수 있는 시간이 조금 더 있다면 귀하의 불만을 해결할 수 있을 것이라고 믿는 경우를 들 수 있습니다

## 카운티 플랜이 불만 제기에 대해 결정을 내렸는지 어떻게 알 수 있는가?

카운티 플랜이 귀하의 불만 제기에 관하여 결정을 내리면 귀하 또는 귀하의 대리인에게 서면으로 통지해야 합니다. 카운티 플랜이 귀하나 영향을 받는 관계자들에게 제때에 불만 제기에 대한 결정을 통지하지 못하면 귀하에게 주 공정 청문회를 요청할 수 있는 귀하의 권리를 조연하는 내용의 불이익 결정 통지(NOABD)를 제공할 것입니다. 귀하의 카운티 플랜은 귀하에게 그 기간이 만료되는 날에 불이익 결정 통지를 제공합니다.

## 불만 제기를 할 수 있는 기간

귀하는 불만 제기를 언제라도 할 수 있습니다.

## 이의 제기 절차 (표준 및 긴급)

START-ODS 는 플랜 또는 귀하의 치료 제공자에 의한 물질 사용 장애 치료 서비스에 관하여 만들어진 의사 결정에 대한 검토를 귀하가 요청할 수 있도록 할 책임이 있습니다. 검토를 요청하는 데는 두 가지 방식이 있습니다. 하나는 ‘표준 이의 제기’ 절차를 사용하는 것이고 다른 하나는 ‘신속 이의 제기’ 절차를 사용하는 것입니다. 이 두 가지 형태의 이의 제기는 유사하지만 신속 이의 제기 절차에는 특정 요구 사항이 있습니다. 특정 요구 사항은 아래에 설명되어 있습니다.

## 표준 이의 제기란 무엇인가?

표준 이의 제기는 귀하가 필요하다고 생각하는 서비스의 거부 또는 변경과 관련된 플랜 또는 치료 제공자의 문제를 검토하기 위한 요청입니다. 표준 이의 제기를 요청하면 카운티 플랜은 이를 검토하는데 최대 30 일이 걸릴 수 있습니다. 만약 30 일을 기다리면 귀하의 건강이 위험해 질 것이라고 생각되면 “신속 이의 제기”를 요청할 수 있습니다.

표준 이의 제기 절차는 다음과 같습니다.

- 직접, 전화 또는 서면으로 이의 제기를 할 수 있습니다. 귀하가 직접 또는 전화로 이의 제기를 하는 경우 서명된 이의 제기 신청서를 제출해야 합니다. 이 경우 이의 제기 신청서를 작성하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 서명된 이의 제기 신청서를 제출하지 않으면 귀하의 이의 제기는 해결되지 않습니다. 그러나 귀하가 구술로 이의 제기를 제출한 경우 그 날이 제출일이 됩니다.
- 이의 제기를 제출하는 것은 귀하 또는 귀하의 치료 제공자에게 어떠한 식으로든 불리하게 작용하지 않습니다.
- 치료 제공자를 포함하여 귀하를 대신하여 행동하도록 다른 사람에게 권한을 부여할 수 있습니다. 귀하를 대신하여 다른 사람으로 하여금 행동하도록 한 경우 플랜은 그 사람에게 정보를 공개하는 것을 허락하는 양식에 귀하가 서명하도록 요청할 수 있습니다.
- 정해진 기간 내에 이의 제기를 한 경우 요청시 치료 혜택을 계속 받을 수 있습니다. 이 경우 기간은 귀하의 불이익 결정 통지의 소인 날짜 또는 개인적으로 귀하가 통지를 받은 날짜로부터 10 일 내입니다. 이의 제기가 계속 중인 경우 계속되는 서비스에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다. 귀하가 치료 혜택의 지속을 요청하고 이의 제기의 최종 결정 내용이 귀하가 받고 있는 서비스의 감축 또는 중단을 확인하는 경우 귀하는 이의 제기가 계속 중인 동안 받은 치료 서비스에 대해 비용을 지불하도록 요구받을 수 있습니다.
- 의사 결정을 하는 개인이 그러한 결정을 내릴 자격이 있는지 확인하고 이전의 검토 또는 의사 결정에 관여하지 않게 하십시오.
- 본인 또는 대리인이 자신의 의료 기록, 이의 제기 절차가 진행되는 동안 또는 이전의 다른 서류 또는 기록을 포함한 사건 파일을 검토할 수 있도록 허용합니다.
- 귀하가 직접 또는 서면으로 사실상 또는 법률상의 증거와 주장을 제시할 수 있는 합리적인 기회를 부여합니다.
- 귀하, 귀하의 대리인 또는 사망한 회원의 법적 대리인이 이의 제기의 상대방으로 포함될 수 있도록 허용합니다.
- 서면 확인서를 발송하여 귀하의 이의 제기가 검토 중에 있음을 알려드립니다.
- 이의 제기 절차 완료 후 후속 절차로 주 공정 청문회를 요구할 수 있는 권리를 알려드립니다.

## 이의 제기는 언제 할 수 있는가?

귀하는 START-ODS 에 이의 제기를 할 수 있습니다.

- 카운티 또는 카운티와 계약한 치료 제공자 중 한 명이 귀하가 의학적 필요성 기준을 충족시키지 않아 Medi-Cal 물질 사용 장애 치료 서비스를 받을 수 있는 자격이 없다고 결정하는 경우
- 귀하의 치료 제공자가 귀하가 물질 사용 장애 치료 서비스가 필요하고 카운티에 승인을 요청하였지만 카운티가 치료 제공자의 요청에 동의하지 않고 거부하는 경우 또는 치료 서비스의 유형이나 빈도를 변경하는 경우
- 치료 제공자가 카운티 플랜에 승인을 요청하였으나 카운티가 결정을 내리기 위해 더 많은 정보가 필요하고 제때에 승인 절차를 완료하지 못한 경우
- 카운티 플랜이 자신들이 설정한 일정에 따라 치료 서비스를 제공하지 않는 경우
- 카운티 플랜이 귀하의 요구를 충족할 만큼 빠른 시일 내에 치료 서비스를 제공하지 않는다고 생각하는 경우
- 귀하가 불만 제기, 이의 제기, 신속 이의 제기를 했는데 제때에 해결되지 않는 경우
- 귀하 또는 귀하의 치료 제공자가 귀하가 필요로 하는 물질 사용 장애 치료 서비스에 동의하지 않는 경우

## 이의 제기는 어떻게 할 수 있는가?

1-888-742-7900 으로 전화를 걸어 이의 제기에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 귀하는 SAPC 웹사이트의 환자 및 공중(Patient and Public) 섹션에서 카운티의 이의 제기 양식을 찾거나 치료 제공자로부터 얻을 수 있습니다.

카운티 플랜은 치료 제공자의 사이트에서 귀하의 이의 제기에 대해 편지를 할 수 있도록 반송용 봉투를 제공할 것입니다.

- 해당 양식을 이메일 [SAPCMonitoring@ph.lacounty.gov](mailto:SAPCMonitoring@ph.lacounty.gov) 로 보내십시오
- 해당 양식을 팩스 1-626-458-6692 로 보내십시오

## 이의 제기가 결정되었는지 어떻게 알 수 있는가?

카운티 플랜은 귀하 또는 귀하의 대리인에게 이의 제기에 대한 결정에 대해 서면으로 통지를 할 것입니다. 통지는 다음 정보를 포함할 것입니다.

- 이의 제기 해결 절차의 결과



- 이의 제기 결정이 내려진 날짜
- 이의 제기가 전적으로 귀하에게 유리하게 해결되지 않는 경우 통지에는 주 공정 청문회와 주 공정 청문회를 요청하는 절차에 관한 정보가 포함될 수 있습니다.

## 이의 제기를 할 수 있는 기간

귀하는 불이익 결정 통지(NOABD)를 받은 날짜로부터 60 일 내에 이의 제기를 해야 합니다. 항상 불이익 결정 통지를 받는 것은 아님을 명심하십시오. 귀하가 불이익 결정 통지를 받지 못한 경우 이의 제기를 제출하는 마감일은 없습니다. 그러한 경우 언제라도 이의 제기를 할 수 있습니다.

## 이의 제기에 대한 결정은 언제 내려지는가?

카운티 플랜은 이의 제기에 대하여 이의 제기 요청을 받은 날로부터 30 일 내에 결정을 해야 합니다. 이 기간은 귀하가 연장을 요청하거나 카운티 플랜이 추가 정보가 필요하고 지연이 귀하에게 이익이 된다고 믿는 경우 최대 14 일 까지 연장할 수 있습니다. 지연이 귀하에게 이익이 되는 경우의 예는 카운티 플랜이 귀하 또는 귀하의 치료 제공자로부터 정보를 얻기 위해 더 많은 시간이 필요하고 귀하의 이의 제기가 승인될 것으로 믿는 때입니다.

## 이의 제기 결정을 위한 30 일 동안의 기간을 기다릴 수 없는 경우

만약 이의 제기가 신속 이의 제기 절차의 자격을 갖춘 경우 이의 제기 절차는 더 빠르게 진행될 수 있습니다.

## 신속 이의 제기란 무엇인가?

신속 이의 제기는 이의 제기를 결정하는 더 빠른 방법입니다. 신속 이의 제기 절차는 표준 이의 제기 절차와 유사한 과정을 따릅니다. 그러나

- 신속 이의 제기는 특정한 요건을 충족해야 합니다.
- 신속 이의 제기 절차는 표준 이의 제기와 다른 마감일을 따릅니다.
- 신속 이의 제기는 구술로 신청할 수 있습니다. 신속 이의 제기 절차를 진행하기 위해 추후 서면으로 신청서를 제출할 필요는 없습니다.

## 신속 이의 제기는 언제 할 수 있는가?

표준 이의 제기 결정을 위해 30 일 동안 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 능력의 최대 기능을 달성, 유지, 회복하는 것을 위태롭게 할 것이라고 생각하는 경우 신속 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 만약 카운티 플랜이 귀하의 이의 제기가 신속 이의 제기

요건을 충족한다는 것에 동의하면 카운티 플랜은 이의 제기를 받은 후 72 시간 이내에 귀하의 신속 이의 제기를 해결할 것입니다. 이 기간은 귀하가 연장을 요청하거나 카운티 플랜이 추가 정보를 필요로 하고 기간 연장이 귀하에게 이익이 된다고 보여주는 경우 최대 14 일 까지 연장될 수 있습니다. 카운티 플랜이 기간을 연장하는 경우 플랜은 귀하에게 왜 일정이 연장되었는지에 대한 서면 설명을 제공할 것입니다.

카운티 플랜이 귀하의 신속 이의 제기가 신속 이의 제기가 갖추어야 할 요건을 충족하지 못하였다고 결정하는 경우 귀하에게 즉각적인 구두 통지를 제공하기 위해 합리적인 노력을 기울여야 하며 결정 이유를 2 일 이내에 서면으로 통지해야 합니다. 이 경우 귀하의 이의 제기는 이 장에서 먼저 설명한 표준 이의 제기 절차의 일정을 따를 것입니다. 귀하가 신속 이의 제기가 요건을 충족하지 못하였다는 카운티의 결정에 동의하지 않는 경우 불만 제기를 할 수 있습니다.

일단 카운티 플랜이 신속 이의 제기를 결정하게 되면 플랜은 귀하 및 영향을 받는 당사자들에게 구술 및 서면으로 통지할 것입니다.

## 주 공정 청문회 절차

### 주 공정 청문회란 무엇인가?

주 공정 청문회란 귀하가 Medi-Cal 프로그램에 따라 자격을 갖추고 물질 사용 장애 치료 서비스를 받을 수 있도록 하기 위해 캘리포니아주 사회복지부에 의해 수행되는 독립적인 검토입니다.

### 주 공정 청문회 권리는 무엇인가?

귀하는 다음을 할 수 있는 권리가 있습니다.

- 캘리포니아주 사회복지부에서 청문회(또한 주 공정 청문회로 불림)를 갖을 수 있습니다
- 주 공정 청문회를 요청하는 방법에 대해 설명을 들을 수 있습니다.
- 주 공정 청문회에서 진정을 규율하는 규칙에 대해 설명을 들을 수 있습니다.
- 귀하가 정해진 기간 내에 주 공정 청문회를 요청하는 경우 주 공정 청문회 절차가 이루어지는 동안 귀하의 요청에 따라 지속적인 치료 서비스를 받을 수 있습니다.

### 주 공정 청문회는 언제 요청할 수 있는가?

다음과 같은 경우 주 공정 청문회를 요청할 수 있습니다.

- 귀하가 카운티 플랜 이의 제기 절차를 완료한 경우
- 카운티 또는 카운티와 계약한 치료 제공자 중 한 명이 귀하가 의학적 필요 기준을 충족하지 못하기 때문에 Medi-Cal 치료 서비스를 받을 수 있는 자격을 갖추지 못했다고 결정한 경우
- 치료 제공자가 물질 사용 장애 치료 서비스가 필요하다고 생각하고 카운티 플랜에 승인을 요청하지만 카운티 플랜이 치료 제공자의 요청에 동의하지 않고 거부하거나 치료 서비스 유형 또는 빈도를 변경하는 경우.
- 치료 제공자가 카운티 플랜에 승인을 요청하였으나 카운티가 결정을 내리기 위해서는 추가 정보가 필요하다고 하면서 제때에 승인 절차를 완료하지 못한 경우
- 카운티 플랜이 카운티가 설정한 일정에 따라 치료 서비스를 제공하지 않은 경우
- 카운티 플랜이 귀하가 요구를 충족할 만큼 충분한 치료 서비스를 제공하지 않는다고 생각하는 경우
- 귀하가 불만 제기, 이의 제기 또는 신속 이의 제기를 했는데 제때에 해결되지 못한 경우
- 귀하 또는 치료 제공자가 귀하가 필요로 하는 물질 사용 장애 치료 서비스에 동의하지 않은 경우

## 주 공정 청문회를 요청하는 방법

귀하는 캘리포니아 사회복지부에 주 공정 청문회를 요청할 수 있습니다. 청문회는 다음 주소에 서면으로 요청할 수 있습니다.

*State Hearings Division  
California Department of Social Services  
744 P Street, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 95814*

또한 1-800-952-8349 또는 TDD 1-800-952-8349 에 전화로 신청할 수 있습니다.

## 주 공정 청문회는 언제까지 요청해야 하는가?

주 공정 청문회를 요청은 120 일 내에 해야 합니다. 120 일 기간은 카운티 플랜이 개별적으로 귀하에게 이의 제기 결정 통지를 한 날부터 또는 카운티의 이의 제기 결정 통지의 소인 날짜로부터 기산합니다.

귀하가 불이익 결정 통지(NOABD)를 받지 못했다면 주 공정 청문회는 언제든지 요청할 수 있습니다.

## 주 공정 청문회 결정을 기다리는 동안 치료 서비스를 계속 받을 수 있는지 여부

예. 귀하가 현재 치료 서비스를 받고 있고 이의 제기 절차가 진행되는 동안 치료를 계속 받기를 원하는 경우에는 이의 제기 결정 통지의 소인이 찍힌 날 또는 배달된 날로부터 10일 내 또는 카운티 플랜이 서비스가 중단되거나 감축될 것이라고 말한 날 이전에 주 공정 청문회를 요청해야 합니다. 주 공정 청문회를 요청할 때는 귀하는 치료를 계속 받기를 원한다고 말해야 합니다. 추가적으로 주 공정 청문회가 진행 중인 동안에는 치료 서비스에 대하여 비용을 지불할 필요가 없습니다.

귀하가 치료 혜택을 계속 받기를 요청하는 경우 주 공정 청문회의 최종 결정이 귀하가 받고 있는 치료 서비스의 중단 또는 감축을 내용으로 하는 결정이라면 귀하는 주 공정 청문회가 진행 중인 동안 제공된 치료 서비스에 대해 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

## 주 공정 청문회 결정을 위한 90 일 동안의 기간을 기다릴 수 없는 경우

귀하가 통상적인 90 일의 기간이 중요한 생명 기능의 획득, 유지, 회복할 수 있는 귀하의 능력에 대한 문제를 포함하여 건강에 심각한 문제를 일으킨다고 생각하는 경우 신속한(빠른) 주 공정 청문회를 요청할 수 있습니다. 캘리포니아주 사회복지부, 주 청문회부서는 신속 주 공정 청문회에 대한 귀하의 요청을 고려하여 자격을 갖추었는지 결정할 것입니다. 귀하의 신속 청문회 요청이 승인되면 청문회가 열릴 것이며 청문회는 귀하의 요청이 주 청문회부서에 접수된 날로부터 3 근무일 내에 결정을 내릴 것입니다.

## 캘리포니아주 MEDI-CAL 프로그램에 대한 중요 정보

### Medi-Cal 을 받을 수 있는 사람

귀하가 다음 그룹 중 어느 하나에 속하는 경우 Medi-Cal 에 대한 수혜 자격이 있습니다.

- 65 세 이상의 경우
- 21 세 미만의 경우
- 성인으로 21 세 이상 65 세 이하의 경우로 소득 적격을 갖춘 경우
- 시각장애인 또는 장애인
- 임산부
- 특정 난민, 쿠바/아이티 이민자
- 요양원에서 치료를 받는 경우

Medi-Cal 자격을 얻으려면 캘리포니아주에 거주해야 합니다. Medi-Cal 신청서를 요청하려면 귀하의 지역 카운티 사회복지부 사무실에 전화 또는 방문을 하거나 인터넷

웹사이트 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/MediCalApplications.aspx> 에서 얻으십시오.

## Medi-Cal 에 대하여 비용을 지불해야 하는지 여부

귀하는 매달 받거나 버는 돈의 액수에 따라 Medi-Cal 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

- 귀하의 수입이 가족 규모를 고려한 Medi-Cal 제한보다 적을 경우 Medi-Cal 서비스에 대하여 비용을 지불할 필요는 없습니다.
- 귀하의 수입이 가족 규모를 고려한 Medi-Cal 제한보다 큰 경우 의학적 치료 또는 물질 사용 장애 치료 서비스에 대하여 비용을 지불해야 합니다. 귀하가 지불하는 금액은 '비용 부담금'이라고 불립니다. 일단 귀하가 '비용 부담금'을 지불하고 나면 Medi-Cal 이 해당 월에 대한 총 의료비에서 귀하의 비용 부담금을 제외한 나머지를 지불할 것입니다.
- Medi-Cal 에 따른 치료에 대해 '공동 지불금'을 지불해야 할 수 있습니다. 즉, 정기적인 치료 서비스를 위해 병원 응급실에 갈 경우와 의학적 치료나 물질 사용 장애 치료 서비스나 처방약(의약품)을 받을 때마다 귀하는 소정의 금액을 지불해야 합니다.

귀하가 공동 지불금을 지불해야 할 필요가 있는 경우 치료 제공자가 말할 것입니다.

물질 사용 치료 프로그램에서 귀하에게 서비스 비용을 지불하라고 요구했지만 귀하의 소득이 충분하지 않아 치료 서비스가 무료여야 한다고 생각하는 경우 카운티 SAPC 에 1-888-742-7900 로 전화를 하여 도움을 요청할 수 있습니다.

로스앤젤레스 카운티의 START-ODS 네트워크의 치료 제공자로부터 물질 사용 치료 서비스를 받는 Medi-Cal 가입자 대부분이 Medi-Cal 비용 부담금을 부담하지 않으므로 모든 서비스가 무료입니다.

## Medi-Cal 이 교통편을 제공하는지 여부

진료 약속 또는 물질 남용(마약 또는 알코올) 치료 약속 장소에 도착하는데 어려움이 있는 경우 Medi-Cal 프로그램은 귀하가 교통편을 찾는데 도움을 줄 수 있습니다.

- 아동의 경우 카운티 아동 건강 장애 예방(CHDP: Child Health and Disability Prevention) 프로그램이 도움을 줄 수 있습니다(전화 1-800-993-2437). 또는 공공사회복지부(전화 1-866-613-3777)에 연락할 수도 있습니다. 추가 전화 번호는 지역 전화번호부의 '카운티 정부' 페이지에서 찾을 수 있습니다. 또한, 온라인에서 웹사이트 [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov) 방문을 하여 '서비스'를 클릭한 다음 'Medi-Cal'을 클릭하여 정보를 얻을 수 있습니다.

- 성인의 경우 공공사회복지부(전화 1-866-613-3777)가 도움을 드릴 수 있습니다. 추가 전화번호는 지역 전화번호부의 '카운티 정부' 페이지에서 찾을 수 있습니다. 온라인에서 웹사이트 [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov) 방문을 하여 '서비스'를 클릭한 다음 'Medi-Cal'을 클릭하여 정보를 얻을 수 있습니다.
- 귀하가 MCP(Medi-Cal Managed Care Plan)에 등록된 경우 MCP는 복지기관법 제 14132 조 (ad)에 따라 교통편을 지원해야 합니다. 교통 서비스는 START-ODS 프로그램에 포함되지 않은 서비스를 포함하여 모든 서비스 요구에 대해 이용할 수 있습니다.

## 회원의 권리 및 책임

### START-ODS 서비스 수혜자로서의 권리

Medi-Cal 또는 My Health LA의 자격이 있고 DMC-ODS 파일럿 프로그램 카운티에 거주하는 경우 귀하는 카운티 플랜으로부터 의학적으로 필요한 물질 사용 장애 치료 서비스를 받을 권리가 있습니다. 귀하의 권리에는 다음이 포함됩니다.

- 귀하의 프라이버시에 대한 권리 및 의료 정보의 기밀 유지 필요성을 충분히 고려하여 존중을 받아야 합니다.
- 이용 가능한 치료 옵션 및 대안에 대한 정보를 수령하고 회원들의 상태와 이해 능력에 적절한 방식으로 제시되어야 합니다.
- 치료를 거부할 권리를 포함하여 물질 사용 장애 치료와 관련된 결정에 참여할 수 있습니다.
- 응급 상황이나 긴급 상황 또는 위기 상황을 치료하기 위해 의학적으로 필요한 경우 하루 24 시간, 365일 연중무휴로 이용할 수 있는 서비스를 포함하여 제때에 진료에 접근할 수 있어야 합니다.
- 본 핸드북에서 카운티 START-ODS 플랜에 포함된 물질 사용 장애 치료 서비스, 카운티 플랜의 다른 의무, 설명된 귀하의 권리에 관하여 정보를 수신합니다.
- 귀하의 건강 정보를 기밀로써 보호받아야 합니다.
- 의료 기록의 사본을 요청 및 수령하고 45 CFR §164.524 및 164.526에 명시된 대로 수정 또는 정정할 것을 요청할 수 있습니다.
- 필요한 경우 요청을 하면 대체 형식(점자, 대형 인쇄, 오디오 형식)으로 된 서면 자료를 요청한 형식에 따라 적절한 시기에 받을 수 있습니다.

- 선호하는 언어를 대한 구술 통역을 받을 수 있습니다.
- 치료 서비스 이용 가능성, 적절한 수용력과 서비스 보장, 치료의 조정 및 지속성, 치료 서비스 범위 및 승인에 관하여 주와 체결 한 계약 요구 사항을 따르는 카운티 플랜으로부터 물질 사용 장애 치료 서비스를 받습니다.
- 미성년자인 경우 미성년자 동의 서비스에 액세스할 수 있습니다.
- 플랜에 서비스를 제공할 수 있는 직원 또는 계약 제공자가 없는 경우 의학적으로 필요한 서비스에 대해 제때에 액세스할 수 있습니다. "네트워크 외부 제공자"는 카운티 플랜의 제공자 목록에 없는 치료 제공자를 의미합니다. 시 당국은 귀하가 네트워크 외부의 치료 제공자를 만나는 것에 대해 어떤 추가 비용도 지불하지 않도록 해야 합니다. 네트워크 외부 치료 제공자로부터 서비스를 받는 방법에 대한 자세한 내용은 전화 1-844-804-7500 으로 물질 남용 서비스 헬프라인(SASH)에 문의하십시오.
- 추가 비용 없이 카운티 치료 제공자 네트워크 내부 또는 외부의 자격 있는 의료 전문가로부터 두 번째 의견을 요청할 수 있습니다.
- 조직 또는 받는 치료와 관련하여 구술 또는 서면으로 불만 제기가 가능합니다.
- 불이익 결정 통지를 수령하는 즉시 구술 또는 서면으로 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- 신속 공정 청문회가 가능한 상황에 관한 정보를 포함하여 주 Medi-Cal 공정 청문회를 요청할 수 있습니다.
- 강압, 규율, 편의, 보복을 위한 수단으로 사용되는 어떤 형태의 규제나 소외로부터 자유로워야 합니다.
- 카운티 플랜, 치료 제공자 또는 주에서 귀하를 대우하는 방법에 부정적인 영향을 끼치지 않고 자유롭게 이러한 권리를 행사할 수 있습니다.

## START-ODS 서비스 수혜자로서의 책임

START-ODS 서비스 수혜자로서 귀하의 책임은 다음과 같습니다.

- 카운티 플랜으로부터 받은 회원 알림 자료를 주의 깊게 읽어야 합니다. 이 자료들은 귀하가 어떤 서비스를 이용할 수 있는지와 만약 그러한 서비스를

이용하는 경우 어떻게 치료를 받을 수 있는지를 이해하는데 도움을 줄 것입니다.

- 예정대로 치료에 참여하십시오. 치료 계획을 따르면 가장 좋은 결과를 얻을 수 있습니다. 진료 약속을 취소해야 하는 경우 최소한 24 시간 전에 치료 제공자에게 전화를 걸어 다른 날짜와 시간으로 일정을 변경하십시오.
- 치료를 받을 때는 항상 Medi-Cal(카운티 플랜) ID 카드와 사진이 있는 신분증을 휴대하십시오.
- 예약 전에 통역사가 필요한지 제공자에게 알리십시오.
- 계획을 정확하게 하기 위한 모든 의료 관련 우려 사항을 제공자에게 전달하십시오. 귀하의 요구 사항에 관하여 정확한 정보를 더 많이 공유할수록 귀하의 치료는 더 성공적일 것입니다.
- 치료 제공자에게 궁금한 점이 있으면 반드시 질문하십시오. 치료 계획과 치료 중에 받은 다른 정보를 완전히 이해하는 것이 매우 중요합니다.
- 귀하와 귀하의 치료 제공자가 합의한 치료 계획을 따르십시오.
- 귀하의 치료 제공자와 강력한 업무 관계를 구축할 의향이 있어야 합니다.
- 치료 서비스에 대한 질문이 있거나 치료 제공자와 해결할 수 없는 문제가 있는 경우 카운티 플랜에 문의하십시오.
- 개인 정보를 변경한 경우 제공자 및 카운티 플랜에 문의하십시오. 여기에는 치료 참여 능력에 영향을 미칠 수 있는 주소, 전화 번호 및 기타 의료 정보가 포함됩니다.
- 치료 제공자 및 직원을 존경과 예의를 가지고 대하십시오.
- 사기 또는 부정행위가 의심되는 경우 1-888-742-7900 으로 전화하여 보고하십시오.

## 치료 서비스 제공자 디렉토리

SBAT(Service and Bed Availability Tool)로 알려진 카운티 플랜 치료 제공자의 디렉토리는 다음과 같은 정보를 포함합니다.



- 1) 사이트 주소별로 이용 가능한 서비스 또는 치료의 수준
- 2) 각 사이트 주소에 대한 연락 정보 및 운영 시간
- 3) 언어 및 문화와 관련하여 특정 서비스의 이용 가능성
- 4) 치료 제공자가 신규 환자를 수용하는지 여부
- 5) 각 사이트 주소에서 업무 범위 내에서 작업하는 면허가 있는 실무자

귀하는 또한 물질 남용 서비스 헬프라인(SASH) 전화 1-844-804-7500)에 연락하여 수용 예약에 대한 심사와 지원을 받을 수 있다.

## 치료 전환 요청

### 언제 과거 또는 현재의 네트워크 외부 치료 제공자를 유지하도록 요청할 수 있는가?

- 카운티 플랜에 가입한 이후 네트워크 외부 치료 제공자를 유지하도록 요청할 수 있습니다.
  - 새로운 치료 제공자로 이동하면 귀하의 건강에 심각한 손해를 입히거나 입원 또는 시설로부터 퇴소의 위험을 증가시키는 경우
  - 카운티 플랜으로의 전환일 전에 네트워크 외부 치료 제공자로부터 치료를 받고 있었던 경우

### 네트워크 외부 치료 제공자를 유지하도록 요청하는 방법

- 귀하, 귀하의 허가 받은 대리인 또는 현재의 치료 제공자는 서면 요청서를 카운티 플랜에 제출할 수 있습니다. 네트워크 외부 치료 제공자에게 서비스를 요청하는 방법에 대한 정보에 대해서는 1-844-804-7500 으로 물질 남용 서비스 헬프라인(SASH: Substance Abuse Service Helpline)에 연락하십시오.
- 카운티 플랜은 귀하의 요청서를 수령한 서면 확인서를 발송하고 3 근무일 내에 귀하의 요청을 처리할 것입니다.

### 카운티 플랜으로 전환한 후에도 네트워크 외부 치료 제공자로부터 계속 치료 받기를 원하는 경우

- 귀하는 네트워크 외부 치료 제공자로부터 서비스를 받은 날로부터 30 일 이내에 치료 요청의 소급적 전환을 요청할 수 있습니다.

## 카운티 플랜이 치료 전환 요청을 거부하는 이유

- 카운티 플랜은 다음과 같은 경우 이전 또는 현재의 네트워크 외부 치료 제공자를 유지하려는 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다.
  - 카운티 플랜이 치료 제공자의 치료 품질 문제를 문서화한 경우

## 치료 전환 요청이 거부되는 경우 어떻게 되는가?

- 카운티 플랜이 귀하의 치료 전환 요청을 거부하는 경우
  - 서면으로 귀하에게 통지해야 합니다.
  - 네트워크 외부 치료 제공자와 동일한 수준의 서비스를 제공하는 네트워크 내부의 대체 치료 제공자를 적어도 1명 이상 제공해야 합니다.
  - 귀하가 거부에 동의하지 않는 경우 불만 제기를 할 수 있는 귀하의 권리를 통지해야 합니다.
- 카운티 플랜이 여러 개의 네트워크 내부 치료 제공자 대안을 제공하고 귀하가 이를 선택을 하지 않는 경우 카운티 플랜은 귀하를 네트워크 내부 치료 제공자에게 회부 또는 배정하고 그 의뢰나 배정을 서면으로 통지해야 합니다.

## 치료 전환 요청이 승인되는 경우 어떻게 되는가?

- 치료 전환 요청을 승인한 후 7일 내에 카운티 플랜은 귀하에게 다음 사항을 제공합니다.
  - 요청 승인
  - 치료 약정의 전환 기간
  - 치료 기간의 연속성이 종료할 때 귀하의 치료를 전환하기 위해 발생하는 절차
  - 언제든지 카운티 플랜의 치료 제공자 네트워크로부터 다른 치료 제공자를 선택할 수 있는 권리

## 치료 전환 요청은 얼마나 빨리 처리되는가?

- 카운티 플랜은 해당 요청을 받은 날로부터 30일 이내에 치료 전환 요청의 이행에 대한 검토를 완료해야 합니다.

## 치료 전환 기간이 종료하면 어떻게 되는가?

- 카운티 플랜은 치료 전환 기간이 종료될 때 네트워크 내부 치료 제공자에게 치료를 이전하는 절차에 대해 치료 전환 기간이 종료되기 30 일 전에 서면으로 통지를 해야 합니다.