



# 가입자 안내서

---

혜택에 대해 알아야 할 사항

Molina Healthcare 보장 증거(EOC) 및 공개 양식

2024

Los Angeles

---

# 기타 언어 및 형식

---

## 기타 언어

본 가입자 안내서 및 기타 플랜 자료는 기타 언어로 무료 이용할 수 있습니다. Molina Healthcare는 적격 번역가의 번역을 제공합니다. 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 통역사 및 번역 서비스와 같은 의료 서비스 언어 지원 서비스에 대한 상세 정보는 이 가입자 안내 책자를 읽어보시기 바랍니다.

---

## 기타 형식

이 정보는 점자체, 20포인트 글꼴 대형 인쇄본, 오디오 및 액세스 가능한 전자식 형식 등 기타 형식으로 무료 제공해드릴 수 있습니다. 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

---

## 통역사 서비스

Molina Healthcare는 적격 통역사가 24시간 무료로 구두 통역 서비스를 제공해 드립니다. 가족이나 친구를 통역사로 사용하지 않아도 됩니다. 긴급 사태가 아니라면 굳이 미성년자를 통역사로 사용하는 것을 허용하지 않습니다. 통역사, 언어학 및

문화 서비스를 무료 이용하실 수 있습니다. 지원은 주 7일 하루 24시간 운영됩니다. 언어 도움이나 다른 언어로 이 안내 책자를 구하려면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

## English

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-888-665-4621 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-665-4621 (TTY: 711). These services are free.

## الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-888-665-4621 (711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-888-665-4621 (711). هذه الخدمات مجانية.

## Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-665-4621 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-888-665-4621 (TTY: 711): Այդ

ឈរឈ្មោះរបស់យើង យល់ឃើញ ៖

**ພາសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-665-4621 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-888-665-4621 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**简体中文标语 (Simplified Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-888-665-4621 (TTY: 711)**。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 **1-888-665-4621 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-888-665-4621 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-888-665-4621 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

## **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-665-4621

(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-665-4621

(TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

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

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu 1-888-665-4621 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-888-665-4621 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## **日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-665-4621

(TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-888-665-4621 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## **한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-665-4621 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로

된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-665-4621 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### **ເທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-665-4621 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

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

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-665-4621 (711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-665-4621 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

### **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-665-4621

(711) . ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-665-4621 (711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-888-665-4621 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-888-665-4621 (TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-665-4621

(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-888-665-4621 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

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

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa

1-888-665-4621 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-888-665-4621 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

### **เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข

1-888-665-4621 (TTY: 711). นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ



สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ  
ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่  
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-665-4621 (TTY: 711).  
ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-888-665-4621 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-888-665-4621 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

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

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-888-665-4621 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-888-665-4621 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

# Molina Healthcare에 가입하신 것을 환영합니다!

Molina Healthcare에 가입해 주셔서 감사합니다. Molina Healthcare는 Medi-Cal 가입자를 위한 건강 플랜입니다. Molina Healthcare는 캘리포니아 주와 협력하여 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 받으실 수 있도록 도움을 드립니다.

캘리포니아 주의 Molina Healthcare of California는 Los Angeles 카운티의 Health Net Community Solutions, Inc.와 협력하여 필요한 서비스를 받으실 수 있도록 도움을 드립니다.

Health Net은 캘리포니아 주 및 Molina와 협력하여 하청업체로서 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 받으실 수 있도록 도움을 드립니다. 본 서비스는 Los Angeles 카운티(이하 “서비스 지역”이라고 함)에 거주하는 주민들에게 제공됩니다. Health Net 또는 Molina에 가입하실 수 있습니다.

---

## 가입자 안내서

본 가입자 안내 책자는 Molina Healthcare의 가입자 보장에 대해 다룹니다. 이 안내문은 주의 깊게 끝까지 읽어 주십시오. 혜택, 가입자가 이용할 수 있는 서비스, 필요한 서비스를 받는 방법 등을 파악하는 데 도움을 드립니다. Molina Healthcare 가입자의 권리 및 책임에 대해서도 설명합니다. 건강에 특별한 도움이 필요한 경우, 가입자에게 적용되는 모든 절을 읽어보도록 하십시오.

이 가입자 안내 책자는 보장 증거(EOC) 및 공개 서식이라고도 합니다. Molina Healthcare의 규칙 및 정책 요약서이며 Molina Healthcare와 Health Care Services (DHCS) 사이의 계약을 기반으로 합니다. 자세한 정보를 원하시면 Molina Healthcare에 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의해 주십시오.

## Molina Healthcare에 가입하신 것을 환영합니다!

이 가입자 안내 책자에서 Molina Healthcare는 “저희” 또는 “당사”라고도 합니다. 가입자들은 “귀하”라고도 합니다. 일부 대문자 단어는 이 가입자 안내 책자에서 특별한 의미를 지닙니다.

Molina Healthcare와 DHCS 사이의 계약 사본을 요청하려면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 가입자 안내 책자의 사본은 무료로 요청하실 수 있습니다. 가입자 안내 책자는 Molina Healthcare 웹사이트 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)에서도 찾을 수 있습니다. Molina Healthcare 비소속 임상 및 행정 정책 및 절차의 무료 사본도 요청하실 수 있습니다. 이것은 Molina Healthcare 웹사이트에도 있습니다.

---

## 문의하기

Molina Healthcare가 돕겠습니다. 질문이 있으시면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. Molina Healthcare 운영 시간은 월요일 - 금요일, 오전 7시 - 오후 7시이고 통화는 무료입니다.

언제든지 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)에서 온라인 방문 가능합니다.

감사합니다.

Molina Healthcare

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

# 목차

<b>기타 언어 및 형식</b> .....	<b>2</b>
기타 언어.....	2
기타 형식.....	2
통역사 서비스.....	2
<b>Molina Healthcare에 가입하신 것을 환영합니다!</b> .....	<b>10</b>
가입자 안내서 .....	10
문의하기.....	11
<b>목차</b> .....	<b>12</b>
<b>1. 가입자로서 시작하기</b> .....	<b>15</b>
도움 받는 방법.....	15
가입자가 될 수 있는 사람.....	15
식별(ID) 카드.....	16
<b>2. 건강 플랜에 대한 정보</b> .....	<b>18</b>
건강 플랜 개요.....	18
플랜의 작동 방식.....	20
건강 플랜 변경.....	20
새 카운티로 이사하거나 캘리포니아 주에서 이주하는 학생 .....	21
진료의 지속.....	22
비용.....	25
<b>3. 진료 이용 방법</b> .....	<b>28</b>
의료 서비스 이용.....	28
주치의(PCP).....	29
서비스 제공자 네트워크.....	32
약속.....	41
진료 예약하기.....	41
취소 및 일정 변경.....	41
지불.....	42
진료 추천.....	43

선승인(사전 승인) .....	45
2차 의견 .....	46
민감한 진료 .....	47
긴급 진료.....	49
응급 진료.....	50
간호사 상담 전화.....	52
사전 의향서 .....	52
장기 및 조직 기증.....	53
<b>4. 혜택 및 서비스.....</b>	<b>54</b>
건강 플랜의 보장 내용 .....	54
Molina Healthcare가 보장하는 Medi-Cal 혜택 .....	57
기타 Molina Healthcare 보장 혜택 및 프로그램 .....	76
기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스 .....	86
Molina Healthcare 또는 Medi-Cal을 통해 이용할 수 없는 서비스 .....	91
신기술 및 기존 기술 .....	91
<b>5. 아동 및 청소년 건강 관리.....</b>	<b>93</b>
소아과 서비스(21세 미만 아동) .....	93
아동 건강 검진 및 예방 관리 .....	94
혈중 납 중독 선별검사 .....	95
아동 및 청소년 건강 관리 서비스 이용 지원 .....	95
진료별 지불 서비스(FFS) Medi-Cal 또는 기타 프로그램을 통해 받을 수 있는 기타 서비스.....	96
<b>6. 문제 보고 및 해결.....</b>	<b>98</b>
불만 제기.....	99
이의 제기.....	100
이의 제기 결정에 동의하지 않을 경우 해야 할 일.....	101
관리보건국(DMHC)에 대한 불만 제기 및 독립 의료 심사(IMR).....	102
주 공청회.....	103
사기, 낭비 및 남용 .....	105
<b>7. 권리 및 책임 .....</b>	<b>107</b>
귀하의 권리 .....	107
귀하의 책임 .....	109
비차별 고지 .....	109
가입자로서 참여할 수 있는 방법.....	111
개인정보 보호정책 고지.....	112
법률에 대한 고지.....	118

납부자의 최종 수단으로서 Medi-Cal, 기타 의료 보장 및 불법 행위 배상에 대한 고지 .....	118
부동산 회수에 대한 고지.....	119
조치 고지.....	119
<b>8. 알아두셔야 할 중요 번호 및 용어 .....</b>	<b>121</b>
중요 전화번호 .....	121
용어 정리.....	121

# 1. 가입자로서 시작하기

## 도움 받는 방법

Molina Healthcare는 가입자가 건강 관리에 만족하기를 원합니다. 귀하의 진료에 대해 질문이 있거나 문제가 있을 경우, Molina Healthcare는 귀하의 의견을 듣고자 합니다!

## 가입자 서비스

Molina Healthcare 가입자 서비스가 도와드립니다. Molina Healthcare의 특징:

- 귀하의 건강 플랜 및 Molina Healthcare 보장 서비스에 대한 질문에 답변
- 주치의(PCP)를 선택하거나 변경하도록 지원
- 필요한 진료를 어디로 받으러 가야 하는지 안내
- 영어를 구사하지 못하는 경우 통역사 서비스를 받도록 지원
- 다른 언어 및 형식으로 정보를 얻도록 지원

도움이 필요하시면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. Molina Healthcare 운영 시간은 월요일 - 금요일, 오전 7시 - 오후 7시이고 통화는 무료입니다. Molina Healthcare는 가입자가 전화할 때 10분 미만의 대기 시간을 보장해야 합니다.

가입자 서비스는 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)에서 온라인으로 언제든지 방문하실 수 있습니다.

## 가입자가 될 수 있는 사람

모든 주에 Medicaid 프로그램이 있을 수 있습니다. 캘리포니아 주에서 Medicaid는 **Medi-Cal**이라고 합니다.

귀하는 Medi-Cal에 가입할 자격이 있으며 Los Angeles 카운티에 거주하기 때문에 Molina Healthcare의 수혜 자격이 됩니다.

자세한 정보는 아래의 전화번호로 카운티의 사회보장국 사무소로 연락해 주십시오.

Los Angeles 카운티 사회보장국 사무소 전화번호는 1-800-722-1213번입니다.

가입자는 SSI 또는 SSP를 이용하고 있으므로 사회보장국을 통해 Medi-Cal에 가입할 수 있습니다.

가입에 대한 질문은 건강 관리 옵션에 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711) 번으로 연락해 주십시오. 또는 웹사이트 <http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>를 방문하시기 바랍니다.

사회보장국에 대한 질문은 사회보장국에 1-800-772-1213번으로 연락해 주십시오. 또는 웹사이트 <https://www.ssa.gov/locator/>를 방문하시기 바랍니다.

### 전환형 Medi-Cal

전환형 Medi-Cal은 “근로자를 위한 Medi-Cal”이라고도 합니다. 귀하는 다음 이유로 Medi-Cal 이용을 중단할 경우, 전환형 Medi-Cal을 이용할 수 있습니다.

- 더 많은 돈을 벌기 시작한 경우 또는
- 귀하의 가족이 더 많은 자녀 또는 배우자 지원을 받기 시작한 경우

다음 주소의 지역 카운티 보건 및 복지 서비스 사무소에서 전환형 Medi-Cal의 자격에 대해 질문을 드릴 수 있습니다.

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>

또는 건강 관리 옵션에 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

---

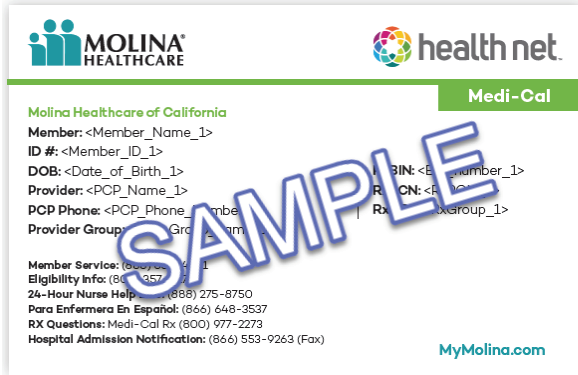
### 식별(ID) 카드

Molina Healthcare의 가입자로서 귀하는 Molina Healthcare ID 카드를 받게 됩니다. 의료 서비스나 처방약을 받을 때는 Molina Healthcare ID 카드 및 Medi-Cal 혜택 ID(BIC)를 제시해야 합니다. 귀하의 BIC 카드는 캘리포니아 주가 보낸 Medi-Cal 혜택 카드입니다. 가입자는 항상 모든 건강 카드를 휴대해야 합니다. 귀하의 BIC 및 Molina Healthcare 식별(ID) 카드 카드는 다음과 같습니다.





## 1 | 가입자로서 시작하기



THIS CARD IS FOR IDENTIFICATION PURPOSES ONLY AND DOES NOT PROVE ELIGIBILITY FOR SERVICE

**Provider:** Notify the Health Plan within 24 hours of any inpatient admission at the "Hospital Admission Notification" number printed on the front of this card.

**Member; Emergencies (24 Hrs):** When a medical emergency might lead to disability or death, call 911 immediately or go to the nearest Emergency Room. No prior authorization is required and there is no cost to members. Members may seek Emergency services from both participating and out of network providers.

**Miembro; Emergencias (24 Horas):** Cuando una emergencia médica pueda provocar invalidez o la muerte, llame inmediatamente al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. No se requiere autorización previa y no tiene ningún costo para los miembros. Los miembros pueden solicitar servicios de emergencia tanto de proveedores participantes como a proveedores fuera de la red.

Remit Claims to: Molina Healthcare of California  
P.O. Box 22702, Long Beach, CA 90801

[MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com)

가입 날짜 기준으로 몇 주 내에 [Molina Healthcare](http://MolinaHealthcare.com) ID 카드를 받지 못했거나 카드가 손상되었거나 분실 또는 도난당한 경우, 가입자 서비스에 즉시 연락해 주십시오. [Molina Healthcare](http://MolinaHealthcare.com)는 귀하에게 무료로 새 카드를 보내드릴 것입니다. 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

# 2. 건강 플랜에 대한 정보

## 건강 플랜 개요

Molina Healthcare는 Los Angeles 카운티에 Medi-Cal을 가입한 가입자를 위한 건강 플랜입니다. Molina Healthcare는 캘리포니아 주와 협력하여 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 받으실 수 있도록 도움을 드립니다.

Molina Healthcare 가입자 서비스 담당자와 상담하여 건강 플랜에 대한 설명과 업무 처리 방법에 대해 자세히 알아보십시오. 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

## 보장이 시작 및 종료될 경우

Molina Healthcare에 가입하시면 가입 날짜 기준으로 2주 이내에 Molina ID 카드를 보내드립니다. 건강 관리 서비스나 처방약을 받을 때 Molina Healthcare ID 카드와 Medi-Cal BIC를 모두 제시해야 합니다.

Medi-Cal 보장은 매년 갱신이 필요합니다. 지역 카운티 사무소가 귀하의 Medi-Cal 보장을 전자적으로 갱신할 수 없는 경우, 카운티는 귀하에게 사전 기재된 Medi-Cal 갱신 양식을 발송합니다. 이 양식을 작성하시고 해당 지역의 카운티 복지 서비스 기관으로 반송해 주십시오. 가입자는 카운티에서 이용 가능한 직접, 전화, 우편, 온라인 또는 기타 전자식 방법으로 귀하의 정보를 반송할 수 있습니다.

귀하나 귀하의 부양 자녀가 다음과 같은 경우, Molina Healthcare에 가입할 수 있습니다.

- 가입자가 Medi-Cal 혜택을 받을 수 있는 경우
- 귀하는 Molina Healthcare가 운영하는 카운티 중 한 곳에 거주
- 부양 자녀가 될 수 있는 사항:
  - 귀하의 자녀
  - 귀하의 입양 자녀
  - 귀하의 의붓 자녀

- 귀하의 수양 자녀
- 귀하가 부양하는 자녀

귀하의 “카운티 자격 심사원”은 Medi-Cal 혜택을 받을 수 있는지 알려드릴 수 있습니다. Medi-Cal 혜택을 받을 수 있다면, Molina Healthcare에 가입할 가입 양식을 작성하실 수 있습니다. 가입 양식은 건강 관리 옵션에서 제공합니다. 건강 관리 옵션은 Medi-Cal 가입자를 건강 플랜에 등록합니다. 가입에 대한 도움은 건강 관리 옵션에 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077)번으로 연락해 주십시오. 또는 [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. Molina Healthcare는 목록에서 선택할 수 있습니다. 가입 후에는 가입자가 되기까지 최대 45일 정도 소요됩니다.

Molina Healthcare 보장을 종료하고 다른 건강 플랜을 언제든지 선택할 수 있습니다. 새로운 플랜 선택에 대한 도움은 건강 관리 옵션에 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 또는 웹사이트 "<http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>" [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)를 방문하시기 바랍니다. Medi-Cal 종료를 요청하실 수도 있습니다.

Molina Healthcare는 [카운티]의 Medi-Cal 가입자를 위한 건강 플랜입니다. 지역 사무소는 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>에서 찾으십시오.

Molina Healthcare 자격은 다음 경우 중 어느 것이라도 사실인 경우 종료할 수 있습니다.

- Los Angeles 카운티를 벗어나 이주한 경우
- 귀하에게 더 이상 Medi-Cal이 없는 경우
- 가입자가 진료별 지불 서비스(FFS) Medi-Cal에 가입하도록 요구하는 면제 프로그램의 자격이 될 경우
- 투옥 또는 복역 중인 경우

Molina Healthcare Medi-Cal 보장을 상실한 경우에도 FFS Medi-Cal 보장의 자격이 될 수 있습니다. Molina Healthcare의 보장 여부를 확실히 모른다면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

### 관리형 진료에서 아메리칸 인디언을 위한 특별 고려 사항

아메리칸 인디언은 Medi-Cal 관리형 의료 플랜에 가입하지 않을 권리를 갖습니다. 또는 Medi-Cal 관리형 의료 플랜을 탈퇴하고 언제든지 자유롭게 FFS Medi-Cal로 돌아올 수 있습니다.

아메리칸 인디언인 경우, 인디언 헬스 케어 서비스 제공자(IHCP)에서 의료 서비스를 받을 권리를 갖습니다. 또한 이러한 장소에서 의료 서비스를 받는 동안 Molina Healthcare를

이용하거나 탈퇴(중단)할 수도 있습니다. 가입 및 탈퇴에 대한 자세한 내용은 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의하십시오.

Molina Healthcare는 네트워크 외부 사례 관리를 포함하여 귀하를 위한 진료 조정을 제공해야 합니다. IHCP의 서비스를 요청했으며 네트워크 내부 IHCP가 없을 경우, Molina Healthcare는 네트워크 외부 IHCP를 찾으려 귀하를 도와드려야 합니다. 자세한 내용은 이 안내 책자의 3장에서 “서비스 제공자 네트워크”를 참조하십시오.

---

## 플랜의 작동 방식

Molina Healthcare는 DHCS와 계약된 관리형 의료 건강 플랜입니다. Molina Healthcare는 Molina Healthcare 서비스 지역의 의사, 병원 및 기타 의료 제공자와 협력하여 가입자에게 의료 서비스를 제공합니다. Molina Healthcare 가입자는 FFS Medi-Cal을 통해 제공되는 일부 서비스의 자격을 얻을 수 있습니다. 여기에는 외래환자 처방약, 비처방약, Medi-Cal Rx를 통한 일부 의료용품이 포함됩니다.

[가입자 서비스]에서 Molina Healthcare 이용 방법, 필요한 진료를 받는 방법, 근무 시간 동안 서비스 제공자 예약 방법, 무료 통역 및 번역 서비스 또는 대안적 형식으로 서면 정보를 요청하는 방법, 교통편 서비스의 자격이 되는지 확인하는 방법 등에 대해 안내해 드릴 것입니다.

자세한 내용은 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의하십시오. 가입자 서비스 정보는 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)에서 온라인으로도 확인하실 수 있습니다.

---

## 건강 플랜 변경

Molina Healthcare를 탈퇴하고 거주 카운티의 다른 건강 플랜에 언제든지 가입할 수 있습니다. 새로운 플랜을 선택하려면 건강 관리 옵션에 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 월요일 - 금요일, 오전 8시 - 오후 6시 사이에 문의하실 수 있습니다. 또는 웹사이트 <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>를 방문하시기 바랍니다.

Molina Healthcare 탈퇴와 카운티의 다른 플랜 가입 요청을 처리하기까지는 최대 30일 이상 소요됩니다. 요청 현황을 확인하려면 건강 관리 옵션에 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)번으로 문의하십시오.

**Molina Healthcare**를 더 일찍 탈퇴하고자 하는 경우, 건강 관리 옵션에 전화하여 신속(빠른) 탈퇴를 요청할 수 있습니다.

신속 탈퇴를 요청할 수 있는 가입자에는 위탁 관리 또는 입양 지원 프로그램에 따라 서비스를 받는 아동, 특별한 건강 관리가 필요한 가입자, 이미 Medicare 또는 다른 Medi-Cal 또는 상업적 관리형 의료 플랜에 가입된 가입자 등이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다.

**Molina Healthcare** 탈퇴를 요청하려면 지역 카운티 보건 및 복지 서비스에 문의하실 수 있습니다. 해당 지역의 사무소 찾기:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.

또는 건강 관리 옵션에 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

---

## 새 카운티로 이사하거나 캘리포니아 주에서 이주하는 학생

미국령 영토를 포함한 미국 어디에서나 응급 진료 및 긴급 진료를 받을 수 있습니다. 정기 및 예방 진료는 거주 카운티에서만 보장됩니다. 대학을 포함하여 고등 교육에 참여하기 위해 캘리포니아의 새 카운티로 이사하는 학생인 경우, **Molina Healthcare**는 귀하의 새 카운티의 응급실 및 긴급 진료 서비스를 보장합니다. 새 카운티에서도 정기 또는 예방 진료를 받을 수 있지만 MCP에게 알려야 합니다. 아래 내용을 자세히 읽어 주십시오.

Medi-Cal에 가입되어 있고 귀하가 거주하는 캘리포니아 카운티와 다른 카운티의 학생인 경우, 해당 카운티의 Medi-Cal을 신청할 필요가 없습니다.

캘리포니아에 있는 다른 카운티의 학생이 되기 위해 일시적으로 집을 떠나 이주한 경우, 두 가지 선택권이 있습니다. 다음을 할 수 있습니다:

- **Los Angeles 카운티 사무소**의 자격 심사원에게 일시적으로 고등 교육 기관 다니기 위해 이사하여 새 카운티에 주소를 제공한다고 말씀해 주십시오. 카운티는 귀하의 새 주소 및 카운티 코드로 사례 기록을 업데이트 할 것입니다. 새 카운티에 거주하는 동안 일상적 또는 예방적 치료를 계속 받으려는 경우, 이 조치를 취해야 합니다. **Molina Healthcare**가 가입자가 대학에 입학할 카운티에 서비스를 제공하지 않는 경우, 건강 플랜을 변경해야 할 수 있습니다. 신규 건강 플랜 가입 지연을 피하는 방법과 질문은 건강 관리 옵션에 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

또는

- **Molina Healthcare**에서 가입자가 대학에 다니는 새 카운티에 서비스를 제공하지 않으며 건강 플랜을 해당 카운티에 서비스를 제공하는 카운티로 변경하지 않는 경우, 새 카운티의 일부 상황에서만 응급실과 긴급 진료 서비스를 받게 됩니다. 자세한 내용은 3장 “진료 이용 방법”을 참조하십시오. 정기 또는 예방적 건강 관리를 위해서는 가구주의 거주 카운티에 있는 서비스 제공자의 **Molina Healthcare** 네트워크를 이용해야 합니다.

다른 주에서 학생으로 일시적으로 캘리포니아를 벗어나 Medi-Cal 보장을 유지하려는 경우, **Los Angeles 카운티 사무소**의 자격 담당자에게 문의하십시오. 자격이 되면 Medi-Cal은 다른 주에서의 응급 서비스와 긴급 진료를 보장합니다. **Molina Healthcare**가 해당 서비스를 승인하고 담당 의사와 병원이 Medi-Cal 규칙에 부합할 경우, Medi-Cal은 캐나다 및 멕시코에서 입원이 필요한 응급 진료도 보장합니다.

처방약을 포함한 정기 및 예방적 진료 서비스는 캘리포니아 주 이외 지역에서는 보장되지 않습니다. 귀하는 Medi-Cal의 자격이 되지 않습니다. **Molina Healthcare**는 가입자의 의료 서비스에 대해 보장을 하지 않습니다. 다른 주에서 Medicaid를 원하시면, 해당 주에 신청해야 합니다. Medi-Cal은 3장에 명시된 바와 같이 캐나다 및 멕시코를 제외하고 미국 이외 지역에서의 응급, 긴급 또는 기타 의료 서비스를 보장하지 않습니다.

---

## 진료의 지속

### 네트워크 외부 서비스 제공자를 위한 진료의 지속

귀하는 **Molina Healthcare**의 가입자로서 **Molina Healthcare**의 네트워크 서비스 제공자로부터 의료 서비스를 받게 됩니다. 의료 제공자가 **Molina Healthcare**의 네트워크에 있는지 확인하려면 [www.Molinahealthcare.com](http://www.Molinahealthcare.com)에 방문하거나 **Molina Healthcare**의 가입자 서비스에 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의하실 수 있습니다. 명부에 열거되지 않은 서비스 제공자는 **Molina Healthcare** 네트워크에 없을 수 있습니다.

경우에 따라 **Molina Healthcare** 네트워크에 있지 않은 제공자에게 진료를 받을 수도 있습니다. 건강 플랜을 변경해야 하거나 FFS에서 관리형 진료로 전환해야 하거나, 네트워크에 가입되어 있지만 현재 네트워크 외부에 있는 서비스 제공자가 있다면 **Molina Healthcare** 네트워크에 있지 않아도 서비스 제공자를 유지할 수 있습니다. 이것을 진료의 지속이라고 합니다.

네트워크 외부의 서비스 제공자에게 서비스를 받아야 하는 경우, **Molina Healthcare**에 전화하여 진료의 지속을 요청하십시오. 다음의 모든 사항이 사실인 경우, 최대 12개월 이상 동안 진료의 지속을 유지할 수 있습니다.

- Molina Healthcare에 가입하기 전에 네트워크 외부 서비스 제공자와 지속적인 관계를 맺고 있는 경우
- 귀하가 Molina Healthcare 가입 전 12개월 동안 네트워크 외부 서비스 제공자에게 1회 이상 비응급 방문을 한 경우
- 네트워크 외부 서비스 제공자가 Molina Healthcare와 기꺼이 협력하며 Molina Healthcare의 계약 요건 및 서비스 비용 지급에 동의한 경우
- 네트워크 외부 서비스 제공자가 Molina Healthcare의 전문가 기준에 부합한 경우
- 네트워크 외부 서비스 제공자가 가입되어 Medi-Cal 프로그램에 참여하고 있는 경우

자세한 내용은 가입자 서비스에 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

귀하의 서비스 제공자가 12개월 말까지 Molina Healthcare 네트워크에 가입하지 않거나, Molina Healthcare 지급율에 동의하지 않거나, 품질 요구 사항을 충족하지 않을 경우, Molina Healthcare 네트워크의 서비스 제공자로 변경해야 합니다. 가입자 서비스에 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

Molina Healthcare는 방사선, 검사실, 투석 센터 또는 교통편과 같은 특정 보조(지원) 서비스에 대해 네트워크 외부 서비스 제공자에 대한 진료의 지속을 제공하지 않아도 됩니다. 이 서비스는 Molina Healthcare의 네트워크에 가입된 서비스 제공자와 함께 받게 됩니다.

진료의 지속에 대한 자세한 설명이 필요하고 자격이 있는 경우, **가입자 서비스에** 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의해 주십시오.

### 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 보장 서비스의 완료

Molina Healthcare의 가입자로서 귀하가 Molina Healthcare의 네트워크 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받게 됩니다. Molina Healthcare에 가입할 당시 또는 담당 서비스 제공자가 Molina Healthcare의 네트워크에서 탈퇴 시 특정 건강 상태로 치료를 받고 있는 경우 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다.

## 2 | 건강 플랜에 대한 정보

다음 질환에 대해 보장 서비스가 필요한 경우, 특정 기간 동안 네트워크 외부 서비스 제공자를 통해 계속 치료를 받으실 수 있습니다.

건강 상태	기간
급성 질환(빠른 주의가 필요한 의료 문제)	급성 상태가 지속되는 한
심각한 만성 신체적 및 행동 상태(오랜 기간 동안 지속되었던 심각한 건강 관리 문제)	치료 과정을 마치고 <a href="#">Molina Healthcare</a> 네트워크의 새 의사로 안전하게 옮기기 위해 필요한 시간
임신 및 산후(출산 후) 치료	임신 기간 및 임신 종료 후 최대 12개월
임산부 정신 건강 서비스	진단 후 또는 임신 말기부터 최대 12개월 동안
출생에서 36개월 사이의 신생아 치료	보장 시작일로부터 최대 12개월 또는 서비스 제공자의 계약이 <a href="#">Molina Healthcare</a> 와 종료되는 날짜
말기 질환(생명을 위협하는 의료 문제)	귀하의 질병이 지속되는 한, <a href="#">Molina Healthcare</a> 에 가입한 날이나 서비스 제공자가 <a href="#">Molina Healthcare</a> 와의 업무 협조를 중단한 날로부터 12개월 이상 연속으로 서비스를 받을 수 있습니다
<a href="#">Molina Healthcare</a> 에서 문서화된 치료 과정의 일환으로 보장되고, 의료적으로 필요하며, 승인하고, 서비스 제공자가 권장하고 문서화한 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자의 수술 또는 기타 의학적 시술의 이행	수술 또는 기타 의학적 시술은 서비스 제공자의 계약 종료 날짜로부터 180일 또는 <a href="#">Molina Healthcare</a> 가입 유효일로부터 180일 내에 이루어져야 합니다.

자격이 되는 기타 조건에 대해서는 [가입자 서비스에](#) 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

네트워크 외부 서비스 제공자가 서비스를 계속 제공할 의사가 없거나 [Molina Healthcare](#)의 계약 요건, 지급 또는 서비스 제공에 대한 기타 조건에 동의하지 않을 경우, 서비스 제공자로부터 지속적인 치료를 받을 수 없게 됩니다. 귀하는 [Molina Healthcare](#) 네트워크의 다른 서비스 제공자로부터 서비스를 계속해서 받을 수 있습니다.

귀하의 진료를 지속하기 위해 계약된 서비스 제공자를 선택하시는 데 도움이 되거나 더 이상 [Molina Healthcare](#)의 네트워크에 있지 않은 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받는 데 질문이 있거나 문제가 있을 경우, 가입자 서비스에 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.



Molina Healthcare는 Medi-Cal이 보장하지 않거나 Medi-Cal과 DHCS의 계약에 따라 보장되는 서비스에 대해 진료의 지속을 제공하지 않아도 됩니다. 진료의 지속, 자격 확인 및 이용 가능한 서비스에 대한 자세한 내용은 [가입자 서비스에 1-888-665-4621](#)번으로 연락해 주십시오.

---

## 비용

### 가입자 비용

Molina Healthcare는 Medi-Cal의 자격을 갖춘 사람들에게 서비스를 제공합니다. 대부분의 경우 Molina Healthcare 가입자는 보장 서비스, 보험료 또는 공제액에 대해 지불할 필요가 없습니다.

아메리칸 인디언인 경우 가입료, 보험료, 공제액, 자기부담금, 비용 분담 또는 기타 유사한 비용을 납부하지 않아도 됩니다. MCP는 IHCP로부터 직접 항목이나 서비스를 받은 아메리칸 인디언 가입자나 IHCP의 진료 추천을 통해 부과하지 않거나 IHCP로 인한 납부액을 가입료, 보험료, 공제액, 자기부담금, 비용 분담 또는 유사한 비용만큼 줄여서는 안 됩니다.

Santa Clara, San Francisco 또는 San Mateo 카운티의 California Children's Health Insurance 프로그램(CCHIP)에 가입되었거나 가족을 위해 Medi-Cal에 가입되어 있는 경우 월 보험료와 자기부담금을 내셔야 할 수 있습니다.

응급 진료, 긴급 진료 또는 민감한 진료를 제외하고, Molina Healthcare 네트워크 외부의 서비스 제공자를 방문하기 전에 Molina Healthcare로부터 선승인(사전 승인)을 받아야 합니다. 선승인(사전 승인)을 받지 않았고 응급 진료, 긴급 진료 또는 민감한 진료가 아닌 치료를 위해 네트워크 외부 서비스 제공자에게 갈 경우, 가입자는 서비스 제공자에게 받은 의료 서비스의 비용을 직접 부담하셔야 할 수 있습니다. 보장 서비스 목록은 이 안내 책자에 있는 4장 “혜택 및 서비스”를 참조하십시오. 의료 제공자 명부는 [Molina Healthcare 웹사이트 \[www.MolinaHealthcare.com\]\(http://www.MolinaHealthcare.com\)](#)에서도 확인하실 수 있습니다.

### 장기 치료 및 비용 분담액을 가진 가입자의 경우

귀하는 장기 치료 서비스에 대해 매달 비용 분담액을 납부해야 할 수 있습니다. 가입자가 부담할 금액은 가입자의 소득 및 자산에 따라 다릅니다. 매달 귀하는 납부한 금액이 가입자의 분담액과 같을 때까지 장기 지원 서비스(LTSS) 청구서를 포함하되 이에 국한되지 않는 자신의 의료 서비스 청구서를 직접 납부합니다. 그 이후, Molina Healthcare는 해당 월의 장기 치료를 보장합니다. 해당 월의 전체 장기 치료 분담액을 귀하가 지급할 때까지 Molina Healthcare가 보장하지 않습니다.

### 서비스 제공자의 지급 방법

Molina Healthcare는 다음과 같은 방식으로 서비스 제공자에게 비용을 지불합니다.

- **인당 지급금**
  - Molina Healthcare는 일부 서비스 제공자에게 각 Molina Healthcare 가입자에 대해 매달 일정 금액을 지불합니다. 이것을 인당 지급금이라고 합니다. Molina Healthcare와 서비스 제공자는 협력하여 지급액을 결정합니다.
- **FFS 지급금**
  - 일부 서비스 제공자는 Molina Healthcare 가입자에게 서비스를 제공하고 Molina Healthcare에게 제공한 서비스에 대한 청구서를 보냅니다. 이것을 FFS 지급금이라고 합니다. Molina Healthcare와 서비스 제공자는 각 서비스 비용에 대해 결정하기 위해 협력하고 있습니다.
- **서비스 제공자 인센티브 프로그램:**
  - 적격 서비스 제공자는 Molina Healthcare 가입자에게 양질의 서비스를 제공하는 것에 대해 추가 인센티브를 받을 수 있습니다.

Molina Healthcare가 서비스 제공자에게 비용을 지불하는 방법에 대해 더욱 자세히 알아보려면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의해 주십시오.

### 의료 제공자로부터 청구서를 받은 경우

보장 서비스는 Molina Healthcare가 부담해야 하는 건강 관리 서비스입니다. 보장 서비스에 대한 지원 서비스 비용, 자기부담금 또는 등록비 청구서를 받은 경우, 해당 청구서를 납부하지 않습니다. 가입자 서비스에 즉시 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

약국에서 처방약, 의료용품 또는 보충제에 대해 청구서를 받은 경우, Medi-Cal Rx 고객 서비스에 1-800-977-2273번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락해 주십시오. TTY 사용자는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이 711번으로 전화하실 수 있습니다. 또한 Medi-Cal Rx 웹 사이트 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>에도 방문하실 수 있습니다.

### Molina Healthcare에 비용 환급 요청

이미 받은 서비스에 대해 귀하가 비용을 지불한 경우, 다음의 모든 조건에 부합하다면 보상(환급) 받을 자격이 될 수 있습니다.

## 2 | 건강 플랜에 대한 정보

- 가입자가 이용한 서비스는 **Molina Healthcare**가 책임지고 지급하는 보장 서비스입니다. **Molina Healthcare**는 **Molina Healthcare**가 보장하지 않는 서비스에 대해 보상하지 않습니다.
- 귀하는 적격 **Molina Healthcare** 가입자가 된 후 보장 서비스를 받으셨습니다.
- 환급은 보장 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 요청합니다.
- 서비스 제공자의 상세 영수증 등 보장 서비스에 대해 가입자가 비용을 지불했다는 증명을 제시하는 것입니다.
- 귀하는 **Molina Healthcare** 네트워크의 Medi-Cal 가입 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받으셨습니다. 응급 진료, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal이 네트워크 외부 서비스 제공자가 선승인(사전 승인) 없이 수행을 할 수 있도록 허용하는 다른 서비스를 받을 경우, 이러한 상태를 충족할 필요가 없습니다.
- 보장 서비스가 통상 선승인(사전 승인)이 필요한 경우, 귀하는 보장 서비스에 대한 의학적 필요성을 입증하는 제공자로부터 증거를 제공해야 합니다.

**Molina Healthcare**는 조치 통보(NOA)라는 서신으로 가입자에게 환급할 것인지 알려드릴 것입니다. 귀하가 위의 모든 조건에 부합할 경우, Medi-Cal 가입 서비스 제공자는 귀하가 지불한 전액에 대해 귀하에게 환급을 해주어야 합니다. 서비스 제공자가 귀하의 환급을 거부하는 경우, **Molina Healthcare**는 귀하가 지불한 전액에 대해 귀하에게 환급을 해드릴 것입니다. 당사에서 청구 접수 후 45일 업무일 내에 가입자에게 환급을 해드려야 합니다.

서비스 제공자가 Medi-Cal에 가입되어 있지만 **Molina Healthcare** 네트워크에 가입되어 있지 않고 환급을 거부하는 경우, **Molina Healthcare**는 가입자에게 환급할 것이지만 FFS Medi-Cal이 지급하는 금액까지만 지불합니다. **Molina Healthcare**는 응급 서비스, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal이 선승인(사전 승인) 없이 네트워크 외부 서비스 제공자가 제공할 수 있는 다른 서비스에 대한 전체 본인 부담액을 환급해 드립니다. 상기의 조건 중 하나에 부합하지 않을 경우, **Molina Healthcare**는 가입자에게 비용을 환급하지 않습니다.

**Molina Healthcare**는 다음과 같은 경우에 가입자에게 환급하지 않습니다.

- 화장품 서비스와 같이 Medi-Cal이 보장하지 않는 서비스를 요청했고 받은 경우
- **Molina Healthcare**의 보장 서비스가 아닌 경우
- 가입자에게 충족되지 않은 Medi-Cal 부담액이 있는 경우
- 가입자가 Medi-Cal을 받지 않는 의사에게 갔고 어쨌든 진료를 받기 희망하는 양식에 서명하였고 서비스 비용을 직접 부담하게 되었을 경우
- 가입자에게 Medicare 파트 D 플랜이 보장하는 처방약에 대한 Medicare 파트 D의 자기부담금이 있는 경우

# 3. 진료 이용 방법

## 의료 서비스 이용

의료 제공자를 찾는 방법에 대한 정보는 이 장을 참조하십시오.

Molina Healthcare 가입 유효일에 진료 받기를 시작하실 수 있습니다. 약속 당일 오실 때 Molina Healthcare ID 카드, Medi-Cal 혜택 ID(BIC) 카드 및 기타 건강 보험 카드를 지참하십시오. 본인의 BIC 또는 Molina Healthcare ID 카드를 타인이 사용하지 않도록 하십시오.

Medi-Cal 보장만을 제공하는 신규 가입자는 Molina Healthcare 네트워크에서 주치의(PCP)를 선정해야 합니다. Medi-Cal 및 종합적인 기타 건강 보험을 가진 신규 가입자는 PCP를 선택할 필요가 없습니다.

Molina Healthcare 네트워크는 Molina Healthcare와 업무 협조 관계에 있는 의사, 병원, 기타 서비스 제공자 그룹입니다. Molina Healthcare 가입자가 된 후 30일 이내에 PCP를 선정해야 합니다. PCP를 선택하지 않는 경우, Molina Healthcare가 귀하를 위해 주치의를 선정하게 됩니다.

PCP를 이용할 수 있는 한 Molina Healthcare의 모든 가족 가입자를 위해 동일한 PCP 또는 다른 PCP를 선택할 수 있습니다.

계속 진료를 받으려는 의사가 있거나 새로운 PCP를 찾으려는 경우, Molina Healthcare 네트워크의 모든 PCP 및 기타 서비스 제공자 목록을 확인하려면 의료 제공자 명부로 가입하십시오. 의료 제공자 명부에는 PCP를 선택하는 데 도움이 되는 다른 정보가 있습니다. 의료 제공자 명부가 필요하시면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 의료 제공자 명부는 Molina Healthcare 웹사이트 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)에서도 확인하실 수 있습니다.

Molina Healthcare 네트워크의 참여 서비스 제공자로부터 필요한 서비스를 받을 수 없는 경우, Molina Healthcare 네트워크의 PCP 또는 전문의는 Molina Healthcare에 네트워크 외부 서비스 제공자에게 보낼 승인 요청을 해야 합니다. 이것을 진료 추천이라고 합니다. 네트워크 외부 서비스 제공자를 통해 이 장의 뒷부분에 있는 “민감한 진료”라는 제목 아래에 열거된 민감한 진료 서비스를 받을 때 진료 추천을 받지 않아도 됩니다.

이 장의 나머지 부분을 읽고 PCP, 의료 제공자 명부 및 서비스 제공자 네트워크에 대한 자세한 내용을 확인해 주십시오.

**Medi-Cal Rx 프로그램은 외래환자 처방약 보장을 관리합니다. 자세한 내용은 4장에서 “기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스”를 참조하십시오.**

## 주치의(PCP)

담당 주치의(PCP)는 가입자가 대부분의 건강 관리를 위해 이용하는 면허를 소지한 서비스 제공자입니다. PCP는 또한 귀하가 필요로 하는 다른 종류의 진료를 받는 데 도움을 줍니다. [Molina Healthcare](#)에 가입한 후 30일 이내에 PCP를 선정해야 합니다. 귀하의 연령과 성별에 따라 일반의, 산부인과, 가정의, 내과 의사 또는 소아과 의사를 PCP로 선택할 수 있습니다.

개업 간호사(NP), 의사 보조(PA) 또는 인증된 간호사 조산사도 귀하의 PCP 역할을 할 수 있습니다. NP, PA 또는 인증 조산사를 선택한 경우, 진료를 감독할 의사를 배정 받을 수 있습니다. Medicare와 Medi-Cal에 모두 가입되어 있거나 기타 종합 건강 관리 보험을 갖고 있는 경우, PCP를 선택할 필요가 없습니다.

인디언 의료 제공자(IHCP), 연방 정부 공인 보건소(FQHC), 기타 지방 건강 클리닉(RHC)을 PCP로 선택할 수 있습니다. 서비스 제공자의 종류에 따라 PCP를 이용할 수 있는 경우, 본인과 [Molina Healthcare](#)의 가입자인 다른 가족 구성원을 대상으로 1명의 PCP를 선택할 수 있습니다.

**참고:** IHCP가 [Molina Healthcare](#) 네트워크에 있지 않은 경우에도 아메리칸 인디언은 IHCP를 PCP로 선택할 수 있습니다.

가입 후 30일 이내에 PCP를 선택하지 않는 경우, [Molina Healthcare](#)는 가입자를 PCP에 배정합니다. PCP에 배정되어 변경하려는 경우, [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 변경은 다음 달 첫 날에 발생합니다.

담당 PCP는:

- 귀하의 건강 기록 및 필요사항에 대해 알아갑니다
- 귀하의 건강 기록을 보관합니다
- 필요한 예방적 정기 건강 관리를 해드립니다
- 필요하신 경우, 전문의에게 진료 추천(발송)을 해드립니다
- 필요한 경우 병원 진료를 조정해 드립니다

PCP는 [Molina Healthcare](#) 네트워크 의료 제공자 명부에서 찾을 수 있습니다. 의료 제공자 명부에는 [Molina Healthcare](#)와 업무 협조 관계에 있는 IHCP, FQHC, RHC 목록이 있습니다.

[Molina Healthcare](#) 의료 제공자 명부는 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)에서 온라인으로 확인하실 수 있습니다. 또는 의료 제공자 명부의 우편 발송을 요청하려면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 전화해 주십시오. 귀하가 원하는 PCP가 신규 환자를 받는지 확인해 달라고 전화하실 수도 있습니다.

## 의사 및 기타 서비스 제공자 선택

본인의 건강 관리가 가장 필요하다는 것을 알고 있으므로 PCP를 선택하는 것이 가장 좋습니다. PCP 한 명을 통해 귀하의 건강 관리 요구를 파악하는 것이 가장 좋습니다. 새 PCP로 변경하려는 경우, 언제든지 변경할 수 있습니다. 귀하는 [Molina Healthcare](#) 제공자 네트워크에 가입되어 있고 신규 환자를 받고 있는 PCP를 선정해야 합니다.

귀하의 새로운 선택은 귀하가 변경한 다음 달의 첫 번째 날에 PCP가 됩니다.

PCP 변경을 원하시면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. MyMolina 가입은 [www.Molinahealthcare.com](http://www.Molinahealthcare.com)을 방문하여 가입하실 수도 있습니다. [Molina Healthcare](#)의 가입자 포털(웹사이트)에서 [Molina Healthcare](#) 상태에 대한 정보를 온라인으로 확인하실 수 있습니다.

[Molina Healthcare](#)는 PCP가 신규 환자를 받지 않거나, [Molina Healthcare](#) 네트워크를 탈퇴했거나, 연령의 환자에게 치료를 제공하지 않거나, 해결되지 않은 PCP에 대한 품질 문제가 있는 경우, PCP를 변경할 수 있습니다. [Molina Healthcare](#) 또는 PCP는 귀하가 주치의와 잘 지내지 못하거나 동의하지 않는 경우 또는 진료 예약을 놓치거나 늦은 경우 새로운 PCP로 변경하도록 요청할 수 있습니다. [Molina Healthcare](#)가 귀하의 PCP를 변경해야 하는 경우, [Molina Healthcare](#)는 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다.

PCP가 변경되면 우편으로 서신과 새로운 [Molina Healthcare](#) 가입자 ID 카드를 보내드립니다. 여기에는 귀하의 새 PCP 이름이 수록되어 있습니다. 새 ID 카드를 수령하는 것에 대해 궁금하신 사항은 가입자 서비스에 연락해 주십시오.

PCP 선택 시 생각해두셔야 할 사항:

- PCP가 어린이를 진료합니까?
- PCP는 내가 이용하고자 하는 클리닉에서 근무합니까?
- PCP의 진료실이 가정, 직장 또는 본인 자녀의 학교와 가깝습니까?
- 제가 거주하는 곳 근처에서 PCP의 진료실을 이용하고 PCP의 진료실까지 쉽게 갈 수 있습니까?

- 담당 의사와 의료진이 저의 언어를 구사합니까?
- PCP는 내가 좋아하는 병원에서 근무합니까?
- PCP는 내가 필요로 하는 서비스를 제공합니까?
- PCP의 업무 시간이 제 일정에 부합합니까?
- PCP는 내가 사용하는 전문의와 업무 협조 관계에 있습니까?

## 초기 건강 진료 예약(IHA)

**Molina Healthcare**는 신규 가입자로서 초기 건강 진료 예약(IHA)을 위해 120일 이내에 새 PCP를 방문할 것을 권장합니다. IHA의 목적은 귀하의 PCP가 귀하의 의료 기록 및 요구 사항에 대해 알아보도록 돕는 것입니다. PCP는 귀하의 건강 기록에 대해 질문하거나 질문지 작성을 요청할 수 있습니다. 담당 PCP는 가입자에게 건강 교육 상담과 도움을 줄 수 있는 수업에 대해서도 설명합니다.

IHA 예약 일정을 정하기 위해 전화할 때 전화로 응답하는 사람에게 귀하가 **Molina Healthcare**의 가입자임을 알려 주십시오. **Molina Healthcare** ID 번호를 알려 주십시오.

약속 당일 BIC 및 **Molina Healthcare** ID 카드를 지참하십시오. 귀하의 약 목록을 지참하여 방문 시 궁금한 사항을 확인하는 것이 좋습니다. 귀하의 건강 관리 요구와 문제에 대해 주치의(PCP)와 상담할 준비를 하십시오.

늦거나 예약 장소에 갈 수 없는 경우, 담당 PCP의 사무실에 연락하도록 하십시오.

IHA에 대해 질문이 있으시면 **1-888-665-4621**(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

## 정기 진료

정기 진료는 정기적으로 이뤄지는 진료입니다. 여기에는 웰니스 또는 건강 관리라고도 하는 예방 진료가 포함됩니다. 이 프로그램은 건강 유지에 도움이 되며 몸이 아프지 않게 도와드립니다. 예방 진료에는 정기 검진, 건강 교육, 상담이 포함됩니다.

**Molina Healthcare**는 특히 어린이들이 규칙적인 정기 진료와 예방 진료를 받을 것을 권장합니다. **Molina Healthcare** 가입자는 American Academy of Pediatrics와 Centers for Medicare and Medicaid Services에서 권장하는 모든 권장되는 조기 예방 서비스를 받을 수 있습니다. 이 선별검사에는 건강한 발달과 배움을 보장할 수 있는 청력 선별검사 및 안과 선별검사가 포함됩니다. 소아과 의사가 권장하는 서비스 목록은 [https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity\\_schedule.pdf](https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf)에 있는 American Academy of Pediatrics의 “밝은 미래” 지침 사항을 읽어보시기 바랍니다.

정기 진료에는 아플 때의 진료도 포함됩니다. **Molina Healthcare**는 PCP의 정기 진료를 보장합니다.

담당 PCP는:

- 정기 검진, 접종, 치료, 처방약, 의학적 조언 등과 같은 정기 진료를 대부분 제공합니다
- 귀하의 건강 기록을 보관합니다
- 필요하신 경우, 전문의에게 진료 추천(발송)을 해드립니다
- 필요한 경우 엑스레이, 유방조영검사 또는 검사실 검사를 지시합니다

정기 진료가 필요한 경우, 귀하는 예약을 위해 담당 의사에게 연락할 것입니다. 응급 상황인 경우가 아니라면 치료를 받기 전에 PCP에게 연락하도록 하십시오. 응급 상황일 경우 **911**에 전화하거나 가까운 응급실로 가십시오.

플랜이 보장하는 의료 서비스 및 보장되지 않는 서비스에 대한 자세한 내용은 이 안내 책자에서 4장, “혜택 및 서비스”, 5장 “아동 및 청소년 건강 관리”를 참조하십시오.

모든 **Molina Healthcare** 서비스 제공자는 장애인과 소통할 수 있도록 보조 기구와 서비스를 이용할 수 있습니다. 서비스 제공자는 다른 언어나 형식으로도 가입자와 소통할 수 있습니다. 서비스 제공자 또는 **Molina Healthcare**에게 본인의 요구를 알려 주십시오.

## 서비스 제공자 네트워크

Medi-Cal 서비스 제공자 네트워크는 의사, 병원 및 기타 서비스 제공자 그룹이며 **Molina Healthcare**와 협력하여 Medi-Cal 가입자에게 Medi-Cal 보장 서비스를 제공합니다.

**Molina Healthcare**는 관리형 의료 건강 플랜입니다. 귀하는 네트워크 소속 제공자로부터 **Molina Healthcare**를 통해 대부분의 보장 서비스를 받아야 합니다. 응급 진료 또는 가족 계획 서비스에 대한 진료 추천이나 사전 승인 없이 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. 가입자가 서비스하지 않는 지역에 있을 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자에게 서비스 지역 외 긴급 진료를 요청할 수 있습니다. 기타 모든 네트워크 외부 서비스에 대해 진료 추천 또는 사전 승인을 받아야 하며 그렇지 않을 경우 보장 받지 못합니다.

**참고:** IHCP가 **Molina Healthcare** 네트워크에 있지 않은 경우에도 아메리칸 인디언은 IHCP를 PCP로 선택할 수 있습니다.



귀하의 PCP, 병원 또는 기타 제공자가 가족 계획 또는 낙태와 같은 보장 서비스를 제공하는 데 도덕적 이의 제기를 하는 경우, [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 도덕적 이의 제기에 대한 자세한 내용은 이 장의 뒷부분에 있는 “도덕적 이의 제기”를 읽어 주십시오.

서비스 제공자가 보장되는 의료 서비스를 제공하는 데 도덕적 이의를 제기하는 경우, 서비스 제공자에게 필요한 서비스를 제공할 다른 서비스 제공자를 찾도록 도와줄 수 있습니다. [Molina Healthcare](#)는 서비스를 수행할 서비스 제공자를 찾는 데에도 도움을 드릴 수 있습니다.

## 네트워크 소속 서비스 제공자

[Molina Healthcare](#) 네트워크의 서비스 제공자를 이용하여 대부분의 의료 서비스를 받으실 수 있습니다. 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 예방적 정기 진료를 받을 수 있습니다. [Molina Healthcare](#) 네트워크의 전문의, 병원 및 기타 서비스 제공자도 이용하실 수 있습니다.

네트워크 소속 서비스 제공자의 의료 제공자 명부를 이용하려면 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 의료 제공자 명부도 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)에서 온라인으로 확인하실 수 있습니다. 계약 의약품 목록 사본을 얻으려면 Medi-Cal Rx에 [1-800-977-2273](tel:1-800-977-2273)(TTY 1-800-977-2273)번으로 전화하여 5번을 누르거나 711번을 누르십시오. 또는 Medi-Cal Rx 웹사이트 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>으로 가십시오.

다음의 경우를 제외하고 [Molina Healthcare](#) 서비스 지역 내부를 포함하여 [Molina Healthcare](#) 네트워크 외부의 서비스 제공자에게 가기 전에 [Molina Healthcare](#)로부터 선승인(사전 승인)을 받아야 합니다.

- 응급 진료가 필요하신 경우, 911에 전화하시거나 가까운 병원으로 가주십시오.
- [Molina Healthcare](#) 서비스 지역 외부에 있으며 긴급 진료가 필요한 경우, 긴급 진료 시설을 이용하십시오.
- 가족 계획 서비스가 필요한 경우, 선승인(사전 승인) 없이 Medi-Cal 서비스 제공자에게 가십시오.
- 정신 건강 서비스가 필요한 경우, 선승인(사전 승인) 없이 네트워크 내부 서비스 제공자 또는 카운티 정신 건강 플랜 서비스 제공자에게 가십시오.

위에 열거된 사례 중 하나에 속하지 않았고 네트워크 외부 서비스 제공자에게 치료를 받기 전에 선승인(사전 승인)을 받지 않은 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자가 제공한 서비스의 비용을 가입자가 부담해야 할 수 있습니다.

## 서비스 지역 내에 있는 네트워크 외부 서비스 제공자

네트워크 외부 서비스 제공자는 [Molina Healthcare](#)와 업무 협조 관계에 없는 의료 제공자입니다. 응급 진료를 제외하고 네트워크 외부 서비스 제공자가 제공하는 모든 진료에 대해 가입자가 지불해야 할 수 있습니다. 네트워크에서 이용할 수 없는 의학적으로 필요한 건강 관리 서비스가 필요한 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자에게 비용 없이 서비스를 받을 수 있습니다.

[Molina Healthcare](#)는 가입자에게 필요한 서비스를 네트워크 내부에서 이용할 수 없거나 가정에서 매우 멀리 떨어진 곳에 있는 경우 네트워크 외부 서비스 제공자에게 진료 추천을 승인할 수 있습니다. 네트워크 외부 서비스 제공자에게 진료 추천을 하는 경우, 서비스 비용을 플랜에서 부담합니다.

[Molina Healthcare](#) 서비스 지역 내에서의 긴급 진료는 네트워크 내부의 [Molina Healthcare](#) 긴급 진료 제공자에게 문의해야 합니다. 네트워크 내부 서비스 제공자로부터 긴급 진료를 받으려면 선승인(사전 승인)이 필요하지 않습니다. [Molina Healthcare](#) 서비스 지역 내 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 긴급 진료를 받으려면 선승인(사전 승인)을 받아야 합니다.

[Molina Healthcare](#) 서비스 지역 내부의 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 긴급 진료를 받은 경우, 해당 서비스에 대해 지불하셔야 할 수 있습니다. 이 장에서는 응급 진료, 긴급 진료 및 민감한 진료 서비스에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.

**참고:** 아메리칸 인디언인 경우, 진료 추천 없이 서비스 제공자 네트워크 외부에서 IHCP에게 진료를 받을 수 있습니다. 네트워크 외부 IHCP는 아메리칸 인디언 가입자를 네트워크 내부 PCP의 진료 추천 없이도 네트워크 내부 서비스 제공자에게 추천할 수 있습니다.

네트워크 외부 서비스에 대한 도움이 필요하신 경우, [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

## 서비스 지역 외부

[Molina Healthcare](#) 서비스 지역 외부에 있으며 응급 또는 긴급하지 **않은** 진료가 필요한 경우, 담당 PCP에게 즉시 연락해 주십시오. 또는 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

응급 진료인 경우 **911**에 전화하거나 가까운 응급실로 가십시오. [Molina Healthcare](#)는 네트워크 외부 응급 진료를 보장합니다. 캐나다 또는 멕시코를 여행하는 동안 입원이 필요한 응급 진료가 필요한 경우, [Molina Healthcare](#)에서 해당 서비스를 보장해 드립니다. 캐나다 또는 멕시코 이외 지역에서 해외 여행하고 응급 진료, 긴급 진료, 또는 건강 관리 서비스가 필요한 경우 [Molina Healthcare](#)에서 보장하지 **않습니다**.

캐나다나 멕시코에서 입원이 필요한 응급 진료 비용을 귀하가 지불한 경우, [Molina Healthcare](#)에 환급을 요청하실 수 있습니다. [Molina Healthcare](#)에서 가입자의 요청을 심사합니다.

다른 주에 있거나 미국 사모아, 괌, 북마리아나 제도, 푸에르토리코 또는 미국령 버진 아일랜드와 같은 미국 영토에 있을 경우, 응급 진료의 보장을 받습니다. 일부 병원과 의사만 Medicaid를 수락합니다. (Medi-Cal은 캘리포니아에 한해 Medicaid라고 불리는 것입니다.) 캘리포니아 주 이외 지역에서 응급 진료가 필요하신 경우, 병원이나 응급실 의사에게 최대한 빨리 Medi-Cal이 있으며 [Molina Healthcare](#) 가입자임을 알려 주십시오.

귀하의 [Molina Healthcare](#) ID 카드를 복사하도록 병원에 요청하십시오. 병원과 의사에게 [Molina Healthcare](#)에 청구하도록 알려 주십시오. 다른 주에서 받은 서비스에 대해 청구서를 받은 경우, 즉시 [Molina Healthcare](#)로 연락해 주십시오. 당사는 병원 및/또는 의사와 협력하여 [Molina Healthcare](#)가 가입자의 진료 비용을 지불할 수 있도록 할 것입니다.

캘리포니아 외 다른 곳에 있고 응급 상황으로 외래환자 처방약을 조제해야 하는 경우, Medi-Cal Rx에 1-800-977-2273번으로 전화하도록 약국에 요청하십시오.

**참고:** 아메리칸 인디언은 네트워크 외부 IHCP에서 서비스를 받을 수 있습니다.

네트워크 외부 또는 서비스 지역 외부 서비스에 대한 질문은 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의해 주십시오. 진료실이 폐쇄되었고 대리인의 도움을 원하시면 [Molina Healthcare](#) 간호사 상담 전화에 1-888-275-8750(영어) 또는 1-866-648-3537(스페인어)번으로 연락해 주십시오.

[Molina Healthcare](#) 서비스 지역에서 긴급 진료가 필요하신 경우, 가까운 긴급 진료 시설을 이용하십시오. 미국 이외 국가를 여행하고 긴급 진료가 필요한 경우, [Molina Healthcare](#)에서는 보장하지 않습니다. 긴급 진료에 대한 자세한 내용은 이 장의 뒷부분에 있는 “긴급 진료”를 참조하십시오.

## 위임된 모델 MCP

[Molina Healthcare](#)는 의료 그룹/IPA에 가입자를 배정합니다. 의료 그룹/IPA는 [Molina Healthcare](#)와 계약을 맺고 있으며 서비스 제공자 네트워크를 보유하고 있습니다. 의료 그룹/IPA는 [Molina Healthcare](#) 가입자를 이용하기 위해 의사, 전문의 및 기타 의료 제공자 그룹을 조직화합니다. 담당 의사는 의료 그룹/IPA와 함께 가입자의 모든 의료적 요구를 처리합니다. 여기에는 검사실 검사, 엑스레이 및/또는 병원 입원과 같은 전문의 의사나 의료 서비스에 대한 승인 획득이 포함될 수 있습니다.

승인, 네트워크 외부 또는 서비스 지역 외 진료를 받는 것에 대해 궁금하신 사항은 ID 카드에 수록된 전화번호를 사용하여 의료 그룹/IPA에 전화하거나 [Molina](#) 가입자 서비스에 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

## 관리되는 진료의 운영 방식

Molina Healthcare는 관리형 의료 플랜입니다. Molina Healthcare는 Los Angeles 카운티에 거주하는 가입자를 대상으로 서비스를 제공합니다. 관리형 진료에서 담당 PCP, 전문의, 클리닉, 병원 및 기타 서비스 제공자가 가입자를 위해 협력하고 있습니다.

Molina Healthcare는 Molina Healthcare 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 의료 그룹과 계약을 맺고 있습니다. 의료 그룹은 PCP 및 전문의인 의사로 구성됩니다. 이 의료 그룹은 실험실 및 내구성 의료 장비 공급업체와 같은 다른 서비스 제공자와 협력합니다. 의료 그룹은 병원과도 연결되어 있습니다. 귀하의 PCP, 의료 그룹 및 병원 이름이 있는지 Molina Healthcare ID 카드를 확인하십시오.

Molina Healthcare에 가입할 때 PCP를 선택하거나 배정 받습니다. PCP는 의료 그룹의 일원입니다. 담당 PCP 및 의료 그룹이 귀하의 모든 의료 요구를 위해 진료를 지시합니다. 담당 PCP는 전문의 진료 추천을 하거나 검사실 검사 및 엑스레이를 지시할 수 있습니다. 선승인(사전 승인)이 필요한 서비스가 필요한 경우, Molina Healthcare 또는 의료 그룹은 선승인(사전 승인)을 검토하고 서비스를 승인할지 여부를 결정합니다.

대부분의 경우, PCP와 동일한 의료 그룹과 함께 일하는 전문의 및 기타 의료 전문가를 선택해야 합니다. 응급 상황을 제외하고, 의료 그룹과 연계되어 있는 병원에서도 병원 치료를 받아야 합니다.

때때로, 의료 그룹의 제공자가 이용할 수 없는 서비스가 필요할 수 있습니다. 이 경우, 담당 PCP는 다른 의료 그룹의 서비스 제공자 또는 네트워크 외부에 있는 서비스 제공자를 추천합니다. 담당 PCP는 가입자가 이 서비스 제공자를 이용할 수 있도록 선승인(사전 승인)을 요청할 것입니다.

대부분의 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자 또는 귀하의 의료 그룹에 소속되지 않은 서비스 제공자를 이용하기 전에 PCP, 의료 그룹 또는 Molina Healthcare의 사전 승인을 받아야 합니다. 응급 서비스, 가족 계획 서비스 또는 네트워크 소속 정신 건강 서비스에 대해서는 선승인(사전 승인)이 필요하지 않습니다.

## Medicare와 Medi-Cal을 모두 보유한 가입자

Medicare 보장에 참여하는 서비스 제공자와 Medi-Cal 보장에 참여하는 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다.

## 의사

귀하는 Molina Healthcare 의료 제공자 명부에서 의사를 PCP로 선정하게 됩니다. 가입자가 선택한 의사는 네트워크 소속 서비스 제공자여야 합니다. Molina Healthcare 의료 제공자

명부를 얻으려면 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 또는 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)에 온라인으로 확인해 주십시오.

새 PCP를 선택하는 경우, 새로운 받는지 반드시 확인하고 싶은 PCP에게 전화해야 합니다.

[Molina Healthcare](#) 가입자가 되기 전에 의사의 진료를 받았으며 이 의사가 [Molina Healthcare](#) 네트워크에 소속되지 않은 경우 해당 의사를 제한적인 시간 동안 유지할 수 있습니다. 이것을 진료의 지속이라고 합니다. 진료의 지속에 대한 자세한 내용은 본 안내 책자에서 확인할 수 있습니다. 자세한 내용은 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의하십시오.

전문의가 필요하신 경우, 담당 PCP가 [Molina Healthcare](#) 네트워크의 전문의를 추천해 드립니다. 일부 전문의는 진료 추천을 필요로 하지 않습니다. 진료 추천에 대한 자세한 내용은 이 장의 뒷부분에 있는 “진료 추천”을 참조하십시오.

귀하가 PCP를 선택하지 않는 경우, [Molina Healthcare](#)는 Medi-Cal 이외에도 다른 종합적인 건강 보험을 가지고 있지 않는 한 귀하를 위해 한 사람을 선정할 것임을 명심하십시오. 가입자는 건강 관리가 필요하다는 것을 가장 잘 알고 있으므로 선택하시는 것이 가장 좋습니다. Medicare와 Medi-Cal에 모두 가입되어 있거나, 다른 건강 관리 보험을 가지고 계신 경우, [Molina Healthcare](#)에서 PCP를 선택하실 필요가 없습니다.

PCP를 변경하려는 경우, [Molina Healthcare](#) 의료 제공자 명부에서 PCP를 선택해야 합니다. PCP가 신규환자를 받는지 확인하십시오. PCP 변경을 원하시면 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. MyMolina에 가입한 후에도 PCP를 변경할 수 있습니다.

## 병원

응급 상황에서 **911**에 전화하거나 가까운 병원으로 가 주십시오.

응급 상황이 아니며 병원 진료가 필요한 경우, 담당 PCP는 가입자가 어떤 병원을 이용해야 하는지 결정합니다. 담당 PCP가 사용하고 [Molina Healthcare](#) 서비스 제공자 네트워크에 있는 병원을 가야 합니다. 의료 제공자 명부에는 [Molina Healthcare](#) 네트워크의 병원 목록이 있습니다.

## 여성 건강 전문가

귀하는 여성 정기 진료 서비스를 제공하는 데 필요한 보장 서비스를 받기 위해 [Molina Healthcare](#) 네트워크에 있는 여성 건강 전문가를 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스를 이용하는 데 PCP의 진료 추천 또는 승인이 필요하지 않습니다. 여성 건강 전문의를 찾는 데 도움이 있으시면 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락하실 수 있습니다. 24/7 간호사 상담 전화에 [1-888-275-8750](tel:1-888-275-8750)(영어) 또는 [1-866-648-3537](tel:1-866-648-3537)(스페인어)번으로 전화해 주십시오.

## 의료 제공자 명부

Molina Healthcare 의료 제공자 명부에는 Molina Healthcare 네트워크의 서비스 제공자가 열거되어 있습니다. 이 네트워크는 Molina Healthcare 와 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자 그룹입니다.

Molina Healthcare 의료 제공자 명부에는 병원, PCP, 전문의, 개업 간호사, 조산사, 의사 보조원, 가족 계획 서비스 제공자, FQHC, 외래환자 정신 건강 서비스 제공자, 관리형 장기 서비스 및 지원(MLTSS), 독립 출생 센터(FBC), IHC, RHC 등이 열거되어 있습니다.

의료 제공자 명부에는 Molina Healthcare 네트워크 소속 서비스 제공자 이름, 전문 분야, 주소, 전화번호, 업무 시간, 언어 등이 포함되어 있습니다. 서비스 제공자가 신규 환자를 받는지 알려 줍니다. 또한 주차, 경사로, 난간이 있는 경사로, 넓은 문과 그랩 바가 있는 받침 장치 등 건물 출입 시 필요로 하는 물리적 접근성을 제공합니다. 의사 교육, 교육 및 보드 인증에 대한 자세한 내용은 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의하십시오.

온라인 의료 제공자 명부는 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)에서 확인하실 수 있습니다.

인쇄본 의료 제공자 명부가 필요하시면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

Medi-Cal Rx와 협력하는 약국 목록은 약국 명부 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>에서 볼 수 있습니다. 가까운 약국을 찾으려면 Medi-Cal Rx에 1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273)번으로 전화하여 5번을 누르거나 711번을 누르십시오.

## 시기 적절하게 진료 이용하기

네트워크 소속 서비스 제공자는 가입자의 건강 관련 요구에 따라 시기 적절하게 진료 이용을 받게 해야 합니다. 최소한 아래 표의 기한에 열거된 예약을 제공해야 합니다.

예약 유형	다음 내에서 예약을 할 수 있어야 합니다.
선승인(사전 승인)이 필요 없는 긴급 진료 예약	48시간
선승인(사전 승인)이 필요한 긴급 진료 예약	96시간
비긴급(정기) 일차 진료 예약	10 영업일
비긴급(정기) 전문의 진료 예약	15 영업일
비긴급(정기) 정신 건강 서비스 제공자(비의사) 진료 예약	10 영업일
비긴급(정기) 정신 건강 서비스 제공자(비의사) 후속 진료 예약	마지막 예약 후 영업일 10일
부상, 질병 또는 기타 건강 상태의 진단이나 치료를 위한 보조 지원 서비스를 위한 비 긴급(정기) 예약	15 영업일

기타 대기 시간 표준	다음 기간 내에 연결할 수 있어야 합니다.
가입자 서비스 정상 업무 시간에 전화 대기 시간	10분
간호사 상담 전화에 대한 전화 대기 시간	30분(간호사 연결)

예약을 더 오래 기다리는 것이 문제가 되지 않는 경우가 있습니다. 서비스 제공자는 가입자의 건강에 유해하지 않을 경우, 대기 시간을 더 연장할 수 있습니다. 대기 시간이 길어지는 것이 가입자의 건강에 해로울 수 없다는 것이 기록되어 있어야 합니다. 또한, 본인의 일정에 더 잘 맞는 추후 예약을 기다리거나 귀하가 선택한 다른 서비스 제공자에게 가려는 경우, 서비스 제공자 또는 [Molina Healthcare](#)는 귀하의 희망 사항을 존중할 것입니다.

예약 가용성의 표준은 예방 진료에는 적용되지 않습니다. 담당 의사는 가입자의 요구에 따라 예방 서비스를 위한 특정 일정을 권장할 수 있습니다. 위에 열거된 특정 표준은 진행 중인 질환에 대한 정기 후속 진료나 전문의에 대한 지속적 진료에도 적용되지 않습니다.

[Molina Healthcare](#)에 연락할 때 통역사가 필요한지, 또는 보장 서비스를 받을 때 통역사가 필요한지 알려 주십시오. 수화를 포함한 통역 서비스는 무료입니다. 저희는 미성년자나 가족을 통역사로 사용하는 것을 별로 추천드리지 않습니다. 저희가 제공하는 통역 서비스에 대한 자세한 내용은 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)번으로 문의해 주십시오.

Medi-Cal Rx 약국에서 수화를 포함한 통역 서비스가 필요하신 경우, Medi-Cal Rx 고객 서비스에 1-800-977-2273번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락해 주십시오. TTY 사용자는 월요일 - 금요일, 오전 8시 - 오후 5시, 711로 전화하실 수 있습니다.

#### 진료까지의 이동 시간 또는 거리

**Molina Healthcare**는 가입자의 진료에 대해 이동 시간 또는 거리 기준을 준수해야 합니다. 이러한 표준은 거주 지역에서 너무 멀리 여행하지 않고도 치료를 받을 수 있도록 도와줍니다. 이동 시간 또는 거리 표준은 가입자 거주 카운티에 따라 다릅니다.

**Molina Healthcare**가 이러한 이동 시간 또는 거리 표준 내에서 귀하에게 치료를 제공할 수 없는 경우, DHCS는 대안적 접근 표준이라고 하는 다른 표준을 허용할 수 있습니다. 거주하는 지역에 대한 **Molina Healthcare**의 시간 또는 거리 표준을 원하시면 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)을 방문해 주십시오. 또는 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

귀하가 거주하고 있는 곳에서 멀리 떨어진 곳에 있는 서비스 제공자에게 진료가 필요하다면 가입자 서비스에 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 또한 가까운 서비스 제공자가 제공하는 의료 서비스를 찾도록 도와드릴 수 있습니다. **Molina Healthcare**가 가까운 서비스 제공자로부터 귀하를 위한 치료를 찾을 수 없는 경우, 해당 서비스 제공자가 귀하가 거주하는 곳에서 멀리 떨어진 곳에 있다고 해도 **Molina Healthcare**에 귀하의 서비스 제공자에게 갈 수 있는 교통편을 마련하도록 요청할 수 있습니다.

약국 서비스 제공자에게 도움이 필요하시면 Medi-Cal Rx에 1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273)번으로 전화하여 5번을 누르거나 711번을 누르십시오.

우편번호에 사용할 수 있는 대안적 액세스 표준인 **Molina Healthcare**에 관계 없이 **Molina Healthcare**의 이동 시간 또는 거리 표준 내에서 해당 서비스 제공자에게 갈 수 없는 경우, 먼 거리로 간주됩니다.



## 약속

건강 관리가 필요한 경우:

- 담당 PCP에게 전화하십시오
- 전화번호를 **Molina Healthcare** ID 번호로 준비해 두십시오
- 사무소가 닫혀 있는 경우, 귀하의 이름과 전화번호로 메시지를 남기십시오
- 예약 당일 BIC 및 **Molina Healthcare** ID 카드를 지참하십시오
- 필요한 경우, Molina Healthcare에 예약장까지의 교통편을 요청하십시오
- 방문 시 서비스를 받기 위해 예약 전 필요한 언어 지원 또는 통역 서비스를 요청하십시오
- 예약 시간 맞춰 몇 분 일찍 도착하여 서명하고, 양식을 작성하고, PCP가 할 수 있는 질문에 답변하십시오
- 예약을 지킬 수 없거나 늦어질 경우 즉시 전화해 주십시오
- 궁금한 사항과 약 정보를 준비하십시오

응급 상황인 경우 **911**에 전화하거나 가까운 응급실로 가십시오. 치료가 얼마나 긴급하게 필요한지 결정하는 데 도움이 필요하며 PCP가 귀하와 통화할 수 없는 경우, 간호사 상담 전화로 문의하십시오

## 진료 예약하기

보장 서비스를 받기 위해 예약처를 오가는 방법이 없다면 **Molina Healthcare**에서 교통편을 준비하도록 도와드릴 수 있습니다. 귀하의 상황에 따라 의료 교통편이나 비의료 교통편 이용 자격이 될 수 있습니다. 이러한 교통편 서비스는 응급 상황을 위한 것이 아니며 무료로 이용할 수 있습니다.

응급 상황인 경우 **911**로 연락해 주십시오. 응급 진료와 관련이 없는 서비스와 예약을 위해 교통편을 이용하실 수 있습니다. 비용 부담 없이 이용하실 수 있습니다.

자세한 내용은 아래의 “응급 상황이 아닌 상황에 대한 교통편 혜택”을 읽어보시기 바랍니다.

## 취소 및 일정 변경

예약 당일 해당 장소에 갈 수 없는 경우, 서비스 제공자의 사무실에 즉시 연락해 주십시오. 대부분의 의사는 가입자가 취소해야 하는 경우 예약 전 24시간(업무일 기준 1일)에 전화해야

합니다. 반복되는 예약을 놓친 경우, 담당 의사는 귀하에 대한 서비스 제공을 중단할 수 있으며 새로운 의사를 찾아야 합니다.

## 지불

장기 치료 비용의 분담액을 가지지 않는 한 보장 서비스에 대해 지불할 필요가 **없습니다**. 자세한 내용은 2장에서 “장기 치료 및 비용 분담액을 가진 가입자의 경우”를 참조하십시오. 대부분의 경우, 서비스 제공자가 비용을 청구하지 않을 것입니다. 건강 관리 서비스나 처방약을 받을 때 **Molina Healthcare** ID 카드와 Medi-Cal BIC를 보여 주어야 하므로 서비스 제공자는 누가 청구해야 할지 알 수 있습니다. 혜택 설명(EOB) 또는 서비스 제공자로부터 명세서를 받을 수 있습니다. EOB 및 명세서는 청구서가 아닙니다.

청구서를 받으시면 **1-888-665-4621**(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 처방약 청구서를 받으시면 Medi-Cal Rx에 **1-800-977-2273**(TTY 1-800-977-2273)번으로 전화하여 5번을 누르거나 711번을 누르십시오. 또는 Medi-Cal Rx 웹사이트 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>를 방문해 주십시오.

**Molina Healthcare**에 귀하가 청구되는 금액, 서비스 날짜 및 청구 사유에 대해 알려 주십시오. 보장 서비스에 대해 **Molina Healthcare**가 지급하는 비용을 서비스 제공자에게 지불하지 않아도 됩니다. 네트워크 외부 서비스 제공자를 방문하기 전에 **Molina Healthcare**로부터 선승인(사전 승인)을 받아야 합니다.

- 응급 서비스가 필요하며 이 경우 911로 전화하거나 가까운 병원으로 가십시오.
- 성병 검사와 관련된 가족 계획 서비스나 서비스가 필요하며, 이 경우 선승인(사전 승인) 없이도 Medi-Cal 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다.
- 가입자는 선승인(사전 승인) 없이 네트워크 소속 서비스 제공자 또는 카운티 정신 건강 플랜 서비스 제공자에게 갈 수 있는 정신 건강 서비스가 필요합니다.

네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스를 받았으며 **Molina Healthcare**로부터 선승인(사전 승인)을 받지 않은 경우, 이용한 서비스의 비용을 지불해야 할 수 있습니다. **Molina Healthcare** 네트워크에서 이용할 수 없어 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 의학적으로 필요한 치료를 받아야 하는 경우, 해당 서비스가 Medi-Cal 보장 서비스이며 **Molina Healthcare**로부터 선승인(사전 승인)을 받은 경우, 비용을 지불할 필요가 없습니다. 응급 진료, 긴급 진료 및 중요 서비스에 대한 자세한 정보는 이 장의 제목을 참조하십시오.

청구서를 받았거나 지불할 필요가 없는 자기부담금 지급을 요청 받은 경우, **1-888-665-4621**(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 청구서를 납부하는 경우, **Molina Healthcare**에 청구 양식을 제출하실 수 있습니다. **Molina Healthcare**에 서면으로 해당 품목이나 서비스 비용을 지불해야 하는 이유를 알려야 합니다. **Molina Healthcare**는 귀하의 청구 내용을 읽고 귀하에게 환급할지를 결정합니다.

질문이나 **청구 양식의 요청**은 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의하십시오.

재향군인회 시스템에서 서비스를 받거나 캘리포니아 주 외부에서 비보장 또는 비인가 서비스를 받았을 경우, 지불 책임은 귀하에게 있을 수 있습니다.

**Molina Healthcare**는 다음과 같은 경우에 가입자에게 환급하지 않습니다.

- 이 서비스는 미용 서비스와 같이 Medi-Cal에서 보장하지 않습니다
- 가입자에게 충족되지 않은 Medi-Cal 부담액이 있는 경우
- 가입자가 Medi-Cal을 받지 않는 의사에게 갔고 어쨌든 진료를 받기 희망하는 양식에 서명하였고 서비스 비용을 직접 부담하게 되었을 경우
- 귀하는 Medicare 파트 D 플랜이 보장하는 처방약에 대한 자기부담금 환급을 요청했습니다.

---

## 진료 추천

진료를 위한 전문의가 필요한 경우, 담당 PCP 또는 다른 전문의가 진료 추천을 해줍니다. 전문의는 한 가지 종류의 의료 서비스에 중점을 둔 서비스 제공자입니다. 가입자를 추천하는 의사는 가입자와 협력하여 전문의를 선정합니다. DHCS는 정시에 전문의 진료를 받을 수 있도록 가입자가 예약을 할 수 있는 기간을 정합니다. 이러한 기한은 본 안내 책자의 “시기 적절하게 진료 이용하기”에 열거되어 있습니다. 담당 PCP의 진료실은 전문의와의 예약을 도와주는 것입니다.

진료 추천이 필요할 수 있는 기타 서비스에는 진료실 시술, 엑스레이, 검사실 작업 등이 포함됩니다.

담당 PCP는 이의 제기를 위한 양식을 제공할 수 있습니다. 전문의는 양식을 작성해 주치의(PCP)에게 반송합니다. 전문의는 가입자에게 치료가 필요하다고 생각될 때 해당 진료를 합니다. 전문의 서비스는 Molina 또는 의료 그룹/IPA 네트워크에 소속된 의사가 제공해야 합니다. 네트워크 소속 전문의를 이용할 수 없는 경우, 귀하의 요구에 맞는 서비스 제공자를 찾도록 도와줄 것입니다.

장기간 동안 특별한 치료가 필요한 건강 문제가 있을 경우, 지속적 진료 추천이 필요할 수 있습니다. 즉, 매번 진료 추천을 받지 않고도 동일한 전문의를 한 번 이상 이용할 수 있습니다.

상설 진료 추천을 받는 데 문제가 있거나 **Molina Healthcare** 진료 추천 방침사본을 원하시면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

진료 추천이 필요 **없**는 경우:

- PCP 방문
- 산과/부인과(산부인과) 방문
- 긴급 또는 응급 진료 방문
- 성폭행 치료와 같은 성인기에 중요 서비스
- 가족 계획 서비스(자세한 내용은 가족 계획 정보 및 진료 추천 서비스에 1-800-942-1054번으로 전화)
- HIV 검사 및 상담(12세 이상)
- 성병 서비스(12세 이상)
- 지압요법 서비스(네트워크 외부 FQHC, RHC, IHCP가 제공하고 매달 2회 이상 방문할 경우 진료 추천이 필요할 수 있습니다)
- 초기 정신 건강 평가
- 네트워크 소속 전문 서비스 제공자의 병원 방문

미성년자는 또한 부모의 동의 없이도 특정 외래환자 정신 건강 서비스, 중요 서비스, 약물 남용 서비스를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 안내 책자의 4장에서 이 장의 “미성년자 동의 서비스”와 “약물 남용 치료 서비스”를 읽어 주십시오.

## 캘리포니아주 암 평등법 진료 추천

복잡한 암의 효과적인 치료는 여러 가지 요인에 따라 다릅니다. 여기에는 적절한 진단을 받고 암 전문가로부터 시기 적절하게 치료를 받는 것이 포함됩니다. 복잡한 암 진단을 받은 경우, 새로운 캘리포니아 암 치료 평등법(California Cancer Care Equity Act)을 통해 네트워크 내부 국립 암 연구소(NCI)로 지정된 암 센터, NCI 커뮤니티 종양학 연구 프로그램(NCORP) 제휴 사이트 또는 적격 학문적 암 센터에서 암 치료를 받을 수 있도록 의사의 진료 추천을 요청할 수 있습니다.

Molina Healthcare에 네트워크 내 NCI 지정 암 센터가 없는 경우, Molina Healthcare는 가입자가 다른 암 치료 제공자를 선택한 경우가 아니라면 네트워크 외부 센터와 Molina Healthcare가 지불에 동의하는 경우, 캘리포니아에 있는 이러한 네트워크 외부 센터 중 한 곳에서 암 치료를 받을 수 있도록 진료 추천을 요청할 수 있습니다.

암 진단을 받은 경우, Molina Healthcare에 연락하여 이러한 암 센터에서 이용할 자격이 되는지 확인해 주십시오.

**금연을 할 준비가 되셨습니까? 영어 서비스 내용은 1-800-300-8086번으로 전화해 주십시오. 스페인어는 1-800-600-8191번으로 연락해 주십시오.**

자세한 내용은 [www.kickitca.org](http://www.kickitca.org)를 방문하십시오.

## 선승인(사전 승인)

일부 유형의 진료의 경우, 담당 PCP 또는 전문의는 치료를 받기 전에 [Molina Healthcare](#)에 허가를 요청해야 합니다. 이것을 선승인이라고도 하는 사전 승인을 요청하는 것입니다. [Molina Healthcare](#)는 해당 진료가 의료적으로 필요(요구)해야 한다는 것을 의미합니다.

의료적으로 필요한 서비스는 귀하의 생명을 보호하거나, 심각하게 아프거나 장애가 되지 않도록 하거나, 진단된 질병, 병환 또는 부상으로 인한 심한 통증을 줄이기 위해 합리적이고 필요합니다. 21세 미만의 가입자의 경우, Medi-Cal 서비스에는 신체적 또는 정신 질환이나 상태를 해결하거나 돕기 위해 의학적으로 필요한 서비스가 포함됩니다.

[Molina Healthcare](#) 네트워크의 서비스 제공자 서비스를 이용한 경우에도 다음 서비스는 항상 선승인(사전 승인)이 필요합니다.

- 응급이 아닌 경우 입원
- 응급 또는 긴급 진료가 아닐 경우, [Molina Healthcare](#) 서비스 지역 외부의 서비스
- 외래환자 수술
- 간호 시설에서의 장기 치료 또는 전문 간호 서비스
- 전문 치료, 영상의학, 검사, 시술
- 응급이 아닌 의료 교통편 서비스
- 커뮤니티 지원 서비스

응급 구급차 서비스는 선승인(사전 승인)을 필요로 하지 않습니다.

건강 및 안전 규정 1367.01 (h)(1)절에 따라 [Molina Healthcare](#)는 [Molina Healthcare](#)가 선승인(사전 승인) 요청을 결정하기 위해 합리적으로 필요한 정보를 수령한 날부터 5 영업일이 소요됩니다. 서비스 제공자의 요청이나 [Molina Healthcare](#)가 표준 기한 이후에 귀하의 생명이나 건강 또는 능력이 최대 기능을 달성, 유지 또는 회복하는 데 심각하게 위협할 수 있음을 발견한 경우, [Molina Healthcare](#)는 신속(빠른) 선승인(사전 승인) 결정을 내립니다.

[Molina Healthcare](#)는 귀하의 건강 상태에 따라 최대한 빨리, 그리고 서비스 요청을 받은 후 늦어도 72시간 동안 귀하에게 통지할 것입니다.

의사, 간호사 및 약사와 같은 임상 또는 의료 직원이 선승인(사전 승인) 요청을 검토합니다.

[Molina Healthcare](#)는 보장 또는 서비스를 어떠한 방식으로든 거부하거나 승인하는 심사자의 결정에 영향을 미치지 않습니다. [Molina Healthcare](#)가 해당 요청을 승인하지 않는 경우, [Molina Healthcare](#)는 귀하에게 조치 통보(NOА) 서신을 발송합니다. NOА는 귀하가 결정에 동의하지 않을 경우 이의 제기를 하는 방법에 대해 안내해드릴 것입니다.

[Molina Healthcare](#)는 [Molina Healthcare](#)가 가입자의 요청을 검토하기 위해 추가 정보나 추가 시간이 필요한 경우 귀하에게 연락할 것입니다.

네트워크 외부 또는 서비스 지역 외부에 있는 경우에도 응급 진료에 대해 선승인(사전 승인)이 필요하지 않습니다. 여기에는 임신부인 경우 분만 및 출산이 포함됩니다. 특정 민감한 진료에 대해서는 선승인(사전 승인)이 필요 없습니다. 민감한 진료에 대해 더욱 자세히 알아보려면 이 장의 뒷부분에 있는 “민감한 진료”를 읽으십시오.

선승인(사전 승인)에 대한 질문은 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

## 2차 의견

서비스 제공자가 필요하다고 말하는 치료에 대한 2차 의견이나 진단 또는 치료 플랜에 대한 의견을 원할 수 있습니다. 예를 들어, 가입자가 정확한 진단을 요구할 경우, 처방된 치료나 수술이 필요한지 확실히 모르겠거나, 치료 플랜을 준수하려고 시도했지만 효과가 없는 경우 2차 의견을 요청할 수 있습니다.

2차 의견 듣기를 원하는 가입자에게는 2차 의견을 제시할 수 있는 적격 네트워크 소속 서비스 제공자를 추천해 드릴 것입니다. 제공자 선택과 관련된 도움은 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

[Molina Healthcare](#)는 가입자 또는 네트워크 소속 서비스 제공자가 요청할 경우, 2차 의견 비용을 부담하며 가입자는 네트워크 내부 서비스 제공자로부터 2차 의견을 수령합니다. 네트워크 내부 서비스 제공자로부터 2차 의견을 받으려면 [Molina Healthcare](#)의 선승인(사전 승인)이 필요하지 않습니다. 네트워크 소속 서비스 제공자는 가입자가 2차 의견을 필요로 할 경우 진료 추천을 받도록 도와줄 수 있습니다.

[Molina Healthcare](#) 네트워크에 2차 의견을 제시할 수 있는 서비스 제공자가 없다면, [Molina Healthcare](#)에서 네트워크 외부 서비스 제공자의 2차 의견 비용을 내드립니다. [Molina Healthcare](#)는 귀하가 2차 의견을 위해 선택한 네트워크 외부 서비스 제공자가 승인될 경우, 5 영업일 내에 귀하에게 알려줄 것입니다. 만성, 중증 또는 심각한 질병이 있거나, 생명, 사지 또는 주요 신체 부위나 신체 기능을 포함하여 현재 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있을 경우, [Molina Healthcare](#)에서 72시간 이내에 서면으로 가입자에게 알릴 것입니다.

[Molina Healthcare](#)가 귀하의 2차 심사 요청을 거부하는 경우, 귀하는 고충을 제기할 수 있습니다. 고충에 대한 자세한 내용은 본 안내 책자의 6장 “불만 제기”를 참조하십시오.

## 민감한 진료

### 미성년자 동의 서비스

18세 미만인 경우, 부모나 보호자의 허락 없이 일부 서비스를 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스를 미성년자 동의 서비스라고 합니다.

귀하는 부모나 보호자의 허락 없이 다음 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 외래환자 정신 건강 치료를 포함한 성폭행 서비스
- 임신
- 가족 계획 및 피임
- 낙태 서비스

귀하가 12세 이상인 경우, 부모나 보호자의 허락 없이도 이러한 서비스를 받을 수 있습니다.

- 외래환자 정신 건강 치료:
  - 성폭행
  - 근친 상간
  - 신체적 폭행
  - 아동 학대
  - 본인이나 타인을 다치게 할 생각이 있는 경우
- HIV/AIDS 예방, 검사 및 치료
- 성병 예방, 검사 및 치료
- 약물 사용 장애 치료
  - 자세한 내용은 본 안내 책자의 4장에 있는 “약물 남용 치료 서비스”를 참조하십시오.

임신 검사, 가족 계획 서비스, 피임 서비스 또는 성병 서비스의 경우, 의사나 클리닉은 [Molina Healthcare](#) 네트워크에 가입되어 있지 않아도 됩니다. 귀하는 Medi-Cal 서비스 제공자를 선택하고 진료 추천 또는 선승인(사전 승인) 없이 이러한 서비스를 이용할 수 있습니다.

전문 정신 건강 서비스가 아닌 미성년자 동의 서비스의 경우, 진료 추천 없이 선승인(사전 승인) 없이 네트워크 내부 서비스 제공자에게 갈 수 있습니다. 담당 PCP는 귀하를 추천할 필요가 없으며, 보장되는 미성년자 동의 서비스를 받기 위해 [Molina Healthcare](#)로부터 선승인(사전 승인)을 받지 않아도 됩니다.

전문 정신 건강 서비스인 미성년자 동의 서비스는 보장되지 않습니다. 전문 정신 건강 서비스는 귀하가 거주하는 카운티의 카운티 정신 건강 플랜이 보장합니다.

미성년자는 24/7 간호사 상담 전화로 1-888-275-8750(영어) 또는 1-866-648-3537(스페인어)번으로 전화하여 자신의 건강 문제에 대해 비공개로 상담할 수 있습니다.

**Molina Healthcare**는 부모나 보호자에게 중요 서비스를 받는 것에 대한 정보를 발송하지 않습니다. 중요 서비스와 관련된 기밀 통신을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 이 안내 책자 7장에서 “개인정보 보호정책 고지”를 참조하십시오.

## 성인 민감한 진료 서비스

18세 이상의 성인으로서 귀하는 특정 민감하거나 사적인 진료를 위해 PCP를 이용하지 않을 수 있습니다. 다음 유형의 치료에 대해 의사나 클리닉을 선택할 수 있습니다.

- 21세 이상 성인에 대한 불임 치료를 포함한 가족 계획 및 피임
- 임신 검사 및 상담
- HIV/AIDS 예방 및 검사
- 성병 예방, 검사 및 치료
- 성폭행 진료
- 외래환자 낙태 서비스

민감한 진료의 경우, 의사나 클리닉은 **Molina Healthcare** 네트워크 소속이 아니어도 됩니다. 귀하는 **Molina Healthcare**의 진료 추천 또는 선승인(사전 승인) 없이 이러한 서비스를 받기 위해 모든 Medi-Cal 서비스 제공자를 선택하실 수 있습니다. 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 민감한 진료로 여기에 열거되지 않은 진료를 받은 경우, 가입자 본인이 비용을 부담해야 할 수 있습니다.

이러한 서비스를 위한 의사나 클리닉을 찾는 데 도움이 필요하거나(교통편 포함), **1-888-665-4621**(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 또는 24/7 간호사 상담 전화에 **1-888-275-8750**(영어) 또는 **1-866-648-3537**(스페인어)번으로 전화해 주십시오.

**Molina Healthcare**는 서비스를 받는 가입자로부터 서면 허가를 받지 않고도 다른 가입자에게 중요 서비스와 관련된 의료 정보를 공개하지 않습니다. 중요 서비스와 관련하여 기밀 통신을 요청하는 방법에 대해 더 자세히 알고 싶은 정보는 7장의 “개인정보 보호정책 고지”를 참조하십시오.

## 도덕적 이의 제기

일부 서비스 제공자는 일부 보장 서비스에 도덕적 이의를 제기합니다. 또한 서비스에 도덕적으로 동의하지 않을 경우, 보장되는 서비스를 제공하지 않을 권리를 갖습니다. 귀하의 제공자가 도덕적 이의 제기를 하는 경우, 서비스 제공자가 필요한 서비스를 받을 다른 제공자를



찾는 데 도움을 줄 것입니다. [Molina Healthcare](#)는 서비스 제공자를 찾는 데도 도움을 드립니다.

일부 병원과 서비스 제공자는 Medi-Cal이 보장하는 서비스 중 하나 이상을 제공하지 않습니다.

- 가족 계획
- 응급 피임을 포함한 피임 서비스
- 분만 및 출산 시의 난관 결찰을 포함한 불임술
- 불임 치료
- 낙태

귀하와 가족의 요구를 돌볼 수 있는 제공자를 선택하려면 의사, 의료 그룹, 독립 사례 협회 또는 원하는 클리닉으로 연락해 주십시오. 또는 [Molina Healthcare](#)에 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 제공자가 가입자에게 필요한 서비스를 제공할 수 있고 제공할 수 있는지 문의하십시오.

이 서비스는 가입자가 이용할 수 있습니다. [Molina Healthcare](#)는 귀하와 가족이 귀하에게 필요한 서비스를 제공할 제공자(의사, 병원, 클리닉)를 이용할 수 있도록 할 것입니다. 서비스 제공자를 찾는 데 도움이 필요하시거나 궁금한 사항이 있으시면 [Molina Healthcare](#)에 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의해 주십시오.

## 긴급 진료

긴급 진료는 응급 또는 생명을 위협하는 상태가 **아닙니다**. 갑작스러운 질병, 부상 또는 합병증으로 인해 건강에 심각한 피해를 입지 않도록 해야 하는 서비스입니다. 대부분의 긴급 진료 예약은 선승인(사전 승인)이 필요 없습니다. 긴급 진료 예약을 요청하는 경우, 48시간 이내에 예약을 하게 됩니다. 긴급 진료 서비스에 대해 선승인(사전 승인)이 필요한 경우, 요청 후 96시간 이내에 예약을 알 수 있습니다.

긴급 진료는 담당 PCP에게 연락해 주십시오. PCP에 연락할 수 없는 경우 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 또는 간호사 상담 전화에 [1-888-275-8750](tel:1-888-275-8750)(영어) 또는 [1-866-648-3537](tel:1-866-648-3537)(스페인어)번으로 전화하여 자신이 가장 적합한 의료 서비스에 대해 알아보실 수 있습니다.

증상이 발생하거나 건강 관리 정보가 필요하시면 언제든지 간호사 상담 전화번호 [1-888-275-8750](tel:1-888-275-8750)(TTY: 711)번으로 연락하실 수 있습니다. 등록 간호사는 증상을 평가하고 좋은 건강 관리 결정을 내리도록 돕기 위해 주 7일, 하루 24시간 이용할 수 있습니다.

이 등록 간호사는 진단을 하지 않습니다. 이들은 증상을 평가하고 간호사 상담선에 고유하게 설계된 알고리즘(치료 지침)에 따라 환자를 가장 적절한 수준의 진료로 안내합니다. 간호사 상담

전화는 PCP, 전문의, 911 또는 ER를 추천할 수 있습니다. 환자를 교육시키고 다음 치료 단계로 진행함으로써 의료 시스템의 비용과 잘못된 이용도 줄일 수 있습니다.

서비스 지역 외부에 긴급 진료가 필요한 경우 가까운 긴급 진료 시설을 이용하십시오.

긴급 진료 필요성:

- 감기
- 인후염
- 발열
- 귀 통증
- 염좌 근육
- 산모 서비스

Molina Healthcare의 서비스 지역에 있을 때는 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 긴급 진료 서비스를 받아야 합니다. Molina Healthcare의 서비스 지역 내부 네트워크 소속 서비스 제공자에게 받은 긴급 진료에 대해서는 선승인(사전 승인)이 필요 없습니다. Molina Healthcare 서비스 지역을 벗어나 있지만 미국 내에 있을 경우, 긴급 진료를 받기 위해 선승인(사전 승인)을 필요로 하지 않습니다.

가까운 긴급 진료 시설을 이용하십시오. Medi-Cal은 미국 이외 지역에서의 긴급 진료 서비스를 보장하지 않습니다. 미국 이외 국가를 여행하는 중 긴급 진료가 필요한 경우, 플랜은 가입자의 치료를 보장하지 않습니다.

정신 건강 긴급 진료가 필요하시면 카운티 정신 건강 플랜 또는 가입자 서비스에 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 카운티 정신 건강 플랜 또는 Molina Healthcare 행동 건강 기관에게 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락해 주십시오. 카운티의 모든 수신자 부담 전화번호를 온라인으로 찾으려면 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx>를 방문하십시오.

보장되는 긴급 진료 방문의 일환으로 약을 구입할 경우, Molina Healthcare는 보장 방문의 일환으로 약을 보장합니다. 긴급 진료 제공자가 약국에 가져갈 처방전을 제공하는 경우, Medi-Cal Rx는 보장 여부를 결정합니다. Medi-Cal Rx에 대한 자세한 내용은 4장의 “기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스”에서 “Medi-Cal Rx가 보장하는 처방약”을 참조하십시오.

---

## 응급 진료

응급 진료는 911로 전화하거나 가까운 응급실(ER)로 가십시오. 응급 진료의 경우, Molina Healthcare의 선승인(사전 승인)을 받지 않아도 됩니다.

미국 내에서는 미국 영토를 포함하여 모든 병원이나 기타 응급 진료 시설에서 이용할 권리를 갖습니다.

미국 이외 지역에 있을 경우, 캐나다 및 멕시코에서 입원이 필요한 응급 진료만 보장됩니다. 다른 나라들의 응급 진료 및 기타 서비스는 보장되지 않습니다.

응급 진료는 생명을 위협하는 의학적 상태를 말합니다. 이 진료는 평균적인 건강 및 의학 지식을 가진 신중한(상식적인) 비전문가(의료 전문가 아님)가 즉시 치료를 받지 않을 경우, 건강(또는 태아의 건강)을 심각한 위험에 처하게 할 것으로 예상하는 질병 또는 부상에 대한 것입니다. 여기에는 신체 기능, 신체 장기 또는 신체 부위에 심각한 해를 초래할 위험이 포함됩니다. 예에는 다음이 포함될 수 있지만 이에만 국한되지 않습니다.

- 진통
- 골절
- 심한 통증
- 흉부 통증
- 호흡 곤란
- 심한 화상
- 약물 남용
- 실신
- 심한 출혈
- 심각한 우울증이나 자살 생각과 같은 정신질환 응급 상태(카운티 정신 건강 플랜에서 보장될 수 있음)

즉시 필요하지 않은 정기 진료나 진료를 위해 ER을 이용하지 **마십시오**. 귀하를 가장 잘 아는 PCP로부터 정기 진료를 받아야 합니다. 귀하의 의학적 상태가 응급 상황인지 확실하지 않다면 담당 PCP에게 연락해 주십시오. 24/7 **간호사 상담 전화**에 1-888-275-8750(영어) 또는 1-866-648-3537(스페인어)번으로도 문의하실 수 있습니다.

집을 떠나 응급 진료가 필요한 경우, **Molina Healthcare** 네트워크에 가입되어 있지 않더라도 가까운 응급실(ER)로 가십시오. ER를 이용하는 경우, **Molina Healthcare**에 문의해 주십시오. 가입자나 입원한 병원은 응급 진료를 받은 후 24시간 이내에 **Molina Healthcare**에 전화해야 합니다. 캐나다나 멕시코 이외의 미국 이외 국가를 여행하는 경우, 응급 진료가 필요한 경우, **Molina Healthcare**는 귀하의 진료를 **보장해 드리지 않습니다**.

응급 교통편이 필요하신 경우, **911**로 연락해 주십시오. 귀하는 ER로 가기 전에 담당 PCP 또는 **Molina Healthcare**에 문의할 필요가 없습니다.

응급(안정 후 진료)를 한 후 네트워크 외부 병원에서 진료가 필요한 경우, 병원은 **Molina Healthcare**로 연락할 것입니다.

**기억하세요:** 응급 상황인 경우가 아니라면 **911**로 전화하지 마십시오. 정기 진료나 감기나 인후통과 같은 경미한 질병이 아닌 응급 상황만을 위해 응급 진료를 받으십시오. 응급 상황인 경우, **911**에 전화하거나 가까운 응급실로 가십시오.

**Molina Healthcare** 간호사 상담 전화는 연 중 매일 24시간 무료 의료 정보와 상담을 제공합니다. 전화 **1-888-275-8750(TTY/TDD 또는 711)**번으로 연락해 주십시오.

## 간호사 상담 전화

**Molina Healthcare** 간호사 상담 전화는 연 중 매일 24시간 무료 의료 정보와 상담을 제공합니다. **1-888-275-8750**(영어) 또는 **1-866-648-3537**(스페인어)(**TTY/TDD** 또는 **711**)번으로 문의해 주십시오.

- 의학적 질문에 답변하고, 치료 조언을 제공하고, 즉시 서비스 제공자에게 가야 하는지를 결정하는 데 도움을 주는 간호사와 상담하십시오.
- 당뇨병이나 천식과 같은 의학적 상태에 대한 도움을 받고, 어떤 종류의 서비스 제공자가 귀하의 상태에 적합할 수 있는지에 대한 조언을 얻으십시오.

간호사 상담 전화는 클리닉 예약이나 약 리필을 도와드릴 수 **없습니다**. 이에 도움이 필요한 경우, 서비스 제공자의 사무실에 연락해 주십시오.

증상이 발생하거나 건강 관리 정보가 필요하시면 언제든지 **1-888-275-8750(TTY: 711)**번으로 연락하실 수 있습니다. 등록 간호사는 증상을 평가하고 좋은 건강 관리 결정을 내리도록 돕기 위해 주 7일, 하루 24시간 이용할 수 있습니다.

이 등록 간호사는 진단을 하지 않습니다. 이들은 증상을 평가하고 간호사 상담선에 고유하게 설계된 알고리즘(치료 지침)에 따라 환자를 가장 적절한 수준의 진료로 안내합니다. 간호사 상담 전화는 PCP, 전문의, 911 또는 ER를 추천해 드릴 수 있습니다. 환자를 교육시키고 다음 치료 단계로 진행함으로써 의료 시스템의 비용과 잘못된 이용도 줄일 수 있습니다.

## 사전 의향서

의료사전 의향서는 법적 양식입니다. 나중에 말하거나 결정을 내릴 수 없을 경우에 대비하여 원하는 의료 서비스를 양식에 작성할 수 있습니다. 원치 **않는 진료도 열거할 수 있습니다**. 배우자와 같은 당사자에게 본인의 건강 관리에 대한 결정을 내리도록 지명할 수 있습니다.

사전 의향서 양식은 약국, 병원, 법률 사무소 및 진료소에서 구할 수 있습니다. 양식에 대한 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 무료 양식을 온라인으로 찾고 다운로드하실 수도 있습니다. 귀하의 가족, PCP 또는 믿을 수 있는 사람에게 양식 작성에 도움을 요청하실 수 있습니다.

귀하에게는 사전 의향서를 의료 기록에 기록하도록 할 권리가 있습니다. 귀하에게는 사전 의향서를 언제든지 변경하거나 취소할 권리가 있습니다.

귀하에게는 사전 의향서 법률에 대한 변경 사항에 대해 들을 권리가 있습니다. [Molina Healthcare](#)는 변경 후 90일이 지나지 않는 주 법률의 변경사항에 대해 안내해 드립니다.

자세한 내용은 [Molina Healthcare](#)에 1-888-665-4621번으로 문의하실 수 있습니다.

---

## 장기 및 조직 기증

귀하는 장기 또는 조직 기증자가 됨으로써 생명을 구할 수 있습니다. 귀하가 15세에서 18세 사이인 경우, 부모나 보호자의 동의를 받아 기증자가 될 수 있습니다. 장기 기증자가 되는 것에 대한 생각은 언제든지 바뀔 수 있습니다. 장기 또는 조직 기증에 대한 자세한 내용은 PCP와 상담해 주십시오. 또한 미국 보건복지부 웹사이트 [www.organdonor.gov](http://www.organdonor.gov)도 방문하실 수 있습니다.

# 4. 혜택 및 서비스

## 건강 플랜의 보장 내용

이 장에서는 [Molina Healthcare](#)의 가입자로서 보장되는 서비스에 대해 설명합니다. 보장 서비스는 의학적으로 필요하며 네트워크 내부 서비스 제공자가 제공하는 경우 무료입니다. 특정 중요 서비스 및 응급 진료를 제외하고 해당 서비스가 네트워크 외부에 있는 경우, 선승인(사전 승인)을 요청해야 합니다. 귀하의 건강 플랜은 네트워크 외부 서비스 제공자의 의학적으로 필요한 서비스를 보장하지만 이에 대해 [Molina Healthcare](#)에 선승인(사전 승인)을 요청해야 합니다.

의료적으로 필요한 서비스는 귀하의 생명을 보호하거나, 심각하게 아프거나 장애가 되지 않도록 하거나, 진단된 질병, 병환 또는 부상으로 인한 심한 통증을 줄이기 위해 합리적이고 필요합니다. 21세 미만의 가입자의 경우, Medi-Cal 서비스에는 신체적 또는 정신 질환이나 상태를 해결하거나 돕기 위해 의학적으로 필요한 서비스가 포함됩니다. 보장 서비스에 대한 자세한 내용은 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

21세 미만의 가입자는 추가 혜택 및 서비스를 받습니다. 더 자세히 알아보려면 5장, “아동 및 청소년 건강 관리”를 읽어 주십시오.

[Molina Healthcare](#)가 제공하는 기본 건강 보험 혜택 중 일부는 다음과 같습니다. 별표(\*) 혜택은 선승인(사전 승인)이 필요합니다.

- 침술\*
- 급성(단기 치료) 가정 건강 치료 및 서비스
- 성인 예방접종(접종)
- 알레르기 검사 및 주사
- 응급 상황의 구급차 서비스
- 마취전문의 서비스
- 천식 예방
- 청력학\*
- 행동 건강 치료\*
- 바이오마커 검사
- 심장 재활
- 지압요법 서비스\*
- 화학요법 및 방사선 치료
- 인지 건강 평가
- 커뮤니티 보건 근로자 서비스
- 치과 서비스 - 진료소에서만 가능(의료 전문가/주치의(PCP)가 실시)
- 투석/혈액 투석 서비스
- 돌라 서비스
- 내구성 의료 장비(DME)\*
- 다이아딕 서비스
- 응급실 방문
- 경장 영양 및 비경구 영양\*
- 가족 계획 사무소 방문 및 상담(비참여 서비스 제공자에게 갈 수 있습니다)
- 훈련 서비스 및 장치\*
- 보청기
- 가정 의료\*
- 호스피스 서비스\*
- 입원환자 의료 및 외과 진료\*
- 검사실 및 방사선\*
- 장기 가정 건강 요법 및 서비스\*
- 산모 및 신생아 관리
- 주요 장기 이식\*
- 작업 치료\*
- 교정/보철\*
- 장루 및 비뇨기과 용품
- 외래환자 병원 서비스
- 외래환자 정신 건강 서비스
- 외래환자 수술\*
- 완화 치료\*
- PCP 방문
- 소아과 서비스
- 물리 치료\*
- 발병학 서비스\*
- 폐 재활
- 신속 전장유전체분석
- 재활 서비스 및 장치\*
- 전문 간호 서비스
- 전문의 방문
- 언어 치료\*
- 외과 서비스
- 원격 의료/원격 의료
- 트랜스젠더 서비스\*
- 긴급 진료
- 안과 서비스\*
- 여성 건강 서비스

보장 서비스에 대한 정의와 설명은 8장 “알아두셔야 할 중요 번호 및 용어”에 있습니다.

의료적으로 필요한 서비스는 귀하의 생명을 보호하거나, 심각하게 아프거나 장애가 되지 않도록 하거나, 진단된 질병, 병환 또는 부상으로 인한 심한 통증을 줄이기 위해 합리적이고 필요합니다.

의학적으로 필요한 서비스에는 연령에 맞는 성장 및 발달에 필요하거나 기능 능력을 달성, 유지 또는 회복하는 데 필요한 서비스가 포함됩니다.

21세 미만의 가입자는 연방 조기 및 주기적 검사, 진단 및 치료(EPSDT) 혜택에 따라 결함 및 신체적, 정신 질환이나 상태를 시정하거나 개선하는 데 필요한 경우, 서비스는 의학적으로 필요한 것입니다. 여기에는 신체적 또는 정신 질환을 치료하거나 질병의 악화를 막기 위해 가입자의 상태를 유지하는 데 필요한 서비스가 포함됩니다.

의학적으로 필요한 서비스에는 다음이 포함되지 않습니다.

- 검증되지 않거나 아직 테스트 중인 치료
- 일반적으로 유효하게 허용되지 않는 서비스 또는 항목
- 임상적 지침이 없는 일반적인 치료 과정 및 치료 기간 외의 서비스
- 간병인 또는 서비스 제공자의 편의를 위한 서비스

**Molina Healthcare**는 **Molina Healthcare**가 아닌 다른 프로그램이 해당 서비스를 보장하더라도 의학적으로 필요한 모든 서비스를 받을 수 있도록 다른 프로그램과 협력하고 있습니다.

의학적으로 필요한 서비스에는 다음의 경우 합리적이고 필요한 보장 서비스가 포함됩니다.

- 생명 보호
- 중대 질병 또는 중대 장애 예방
- 심한 통증 완화
- 연령에 맞는 성장 및 발달 달성
- 기능 능력 달성, 유지 및 회복

21세 미만의 가입자의 경우, 의학적으로 필요한 서비스에는 위에 열거된 모든 보장 서비스와 기타 필요한 건강 관리, 진단 서비스, 치료, 결함과 신체적, 정신 질환 및 상태를 시정하거나 개선하기 위한 기타 조치가 포함되며, 연방 조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료(EPSDT) 혜택이 필요합니다.

EPSDT는 21세 미만의 저소득 영유아, 아동 및 청소년을 위한 예방, 진단 및 치료 서비스를 제공합니다. EPSDT는 성인의 혜택보다 더 많은 서비스를 보장합니다. 이 프로그램은



어린이들이 건강 문제를 예방 또는 진단하고 치료하기 위해 조기 발견과 치료를 받을 수 있도록 설계되었습니다. EPSDT의 목표는 모든 아동이 필요할 때 필요한 건강 관리를 받도록 하고 올바른 환경에서 적절한 시기에 적절한 아이를 돌보는 것입니다.

Molina Healthcare는 다른 프로그램이 해당 서비스를 보장하고 Molina Healthcare가 보장하지 않는 경우에도 가입자가 의학적으로 필요한 모든 서비스를 받을 수 있도록 다른 프로그램과 협의할 것입니다. 이 장에서 “기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스”를 읽어보십시오.

---

## Molina Healthcare가 보장하는 Medi-Cal 혜택

### 외래환자(외래) 서비스

#### 성인 예방접종

선승인(사전 승인) 없이 네트워크 내부 서비스 제공자로부터 성인 예방접종(접종)을 받을 수 있습니다. Molina Healthcare는 질병 통제 및 예방 센터(CDC)의 예방접종 관행 위원회(ACIP)가 권장하는 접종을 보장하며 여행 시 필요한 주사를 포함합니다.

또한 Medi-Cal Rx를 통해 약국에서 성인 예방접종(접종) 서비스를 받을 수도 있습니다. Medi-Cal Rx에 대한 자세한 내용은 이 장에서 “기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스”를 참조하십시오.

#### 알레르기 치료

Molina Healthcare는 알레르기 탈감작, 저감작 또는 면역 요법을 포함한 알레르기 검사 및 치료를 보장합니다.

#### 마취전문의 서비스

Molina Healthcare는 외래환자 진료를 받을 때 의학적으로 필요한 마취 서비스를 보장합니다. 여기에는 선승인(사전 승인)이 필요할 수 있는 마취전문의가 제공할 경우 치과 시술에 대한 마취가 포함될 수 있습니다.

#### 지압요법 서비스

Molina Healthcare는 지압요법 서비스를 보장하는데, 손으로 하는 지압에 의한 척추 치료로 제한됩니다. 지압요법 서비스는 침술, 청력학, 작업 치료, 언어 치료 등에서 매달 최대 2회의 서비스 또는 매월 2회의 서비스의 조합으로 제한됩니다. 제한은 21세 미만의 아동에게 적용되지 않습니다. Molina Healthcare는 기타 서비스를 의학적으로 필요에 따라 사전 승인할 수 있습니다.

이러한 가입자는 지압요법 서비스 수혜 자격이 됩니다.

- 21세 미만의 아동
- 임신 말기 60일을 포함하는 월말까지의 임신부
- 21세 이전에 갑작스러운 질병이나 상태에 대한 의료/수술 치료 서비스를 받고 있으며 이러한 서비스가 21세 이상인 자에게까지 확장된 가입자, 전문 간호 시설, 중급 치료 시설 또는 아급성 치료 시설 거주자
- 카운티 병원 외래환자 부서, 외래환자 클리닉, 연방 정부 공인 보건소(FQHC), [Molina Healthcare](#) 네트워크의 지방 건강 클리닉(RHC)에서 서비스를 제공할 경우 모든 가입자. 모든 FQHC, RHC 또는 카운티 병원이 외래환자 지압요법 서비스를 제공하는 것은 아닙니다.

### 인지 건강 평가

[Molina Healthcare](#)는 Medicare 프로그램에 따라 매년 건강 검진 방문의 일환으로서 유사한 평가의 자격이 되지 않는 65세 이상의 가입자에 대해 연간 인지 건강 평가를 보장합니다. 인지 건강 평가는 알츠하이머 병 또는 치매의 징후를 찾습니다.

### 커뮤니티 보건 근로자 서비스

[Molina Healthcare](#)는 의사나 기타 유면허 일반의가 질병, 장애 및 기타 건강 상태나 진행을 예방하고, 수명을 연장하고, 신체적, 정신 건강 및 효율성을 촉진하기 위해 권장하는 경우, 개인을 위한 커뮤니티 보건 담당자(CHW) 서비스를 보장합니다. 서비스에 포함되는 사항:

- 만성 또는 전염병의 통제 및 예방을 포함한 건강 교육 및 교육; 행동, 안전 및 구강 건강 상태; 및 부상 방지
- 질병 예방 및 관리를 위한 목표 설정 및 행동 계획 수립을 포함한 건강 문제 해결 및 코칭

### 투석 및 혈액 투석 서비스

[Molina Healthcare](#)는 투석 치료를 보장합니다. [Molina Healthcare](#)는 또한 담당 의사가 요청을 제출하고 [Molina Healthcare](#)에서 승인할 경우, 혈액 투석(만성 투석) 서비스를 보장합니다.

Medi-Cal 보장에 포함되지 않는 사항:

- 편의성, 간편성, 고급 장비, 용품 및 기능
- 가정 투석 장비를 휴대할 수 있도록 하는 기구나 액세서리와 같은 비의료 물품

### 돌라 서비스

Molina Healthcare는 의사 또는 유면허 일반의의 권고에 따라 지난 해에 임신했거나 임신한 가입자의 돌라 서비스를 보장합니다. Medi-Cal이 모든 돌라 서비스를 보장하지는 않습니다. 돌라는 출산 전후, 출산 전후에 유산, 사산, 낙태 지원을 포함하여 건강 교육, 옹호, 신체적, 정서적, 비의료 지원을 제공하는 출생 근로자입니다.

### 다이하딕 서비스

Molina Healthcare는 가입자와 그 간병인을 대상으로 하는 의학적으로 필요한 다이하딕 행동 건강(DBH) 치료 서비스를 보장합니다. 다야드는 자녀와 그 부모 또는 간병인입니다. 다이하딕 치료는 부모나 간병인, 자녀에게 함께 서비스를 제공합니다. 건강한 아동 발달과 정신 건강을 지원하기 위해 가족의 안녕도 목표로 합니다.

DBH 건강 관리 서비스, 다이하딕 종합 커뮤니티 지원 서비스, 다이하딕 정신 교육 서비스, 다이하딕 부모 또는 간병인 서비스, 다이하딕 가족 교육, 아동 발달을 위한 상담, 정신 건강 서비스 등이 포함됩니다.

### 외래환자 수술

Molina Healthcare는 외래환자 수술 시술을 보장합니다. 일부 절차의 경우, 서비스를 받기 전에 선승인(사전 승인)을 받아야 합니다. 진단 시술과 특정 외래환자 의료 또는 치과 시술은 선택적인 것으로 간주됩니다. Molina Healthcare가 지정한 선택적 외래환자 절차에 대해 선승인(사전 승인)을 받아야 합니다.

### 의사 서비스

Molina Healthcare는 의학적으로 필요한 의사 서비스를 보장합니다.

### 발병학(발) 서비스

Molina Healthcare는 인간의 발의 진단과 의료, 수술적, 기계적, 조작적, 전기 치료에 의료상 필요한 발병학 서비스를 보장합니다. 여기에는 발목 치료와 발에 연결된 힘줄 치료가 포함됩니다. 또한 발의 기능을 조절하는 다리의 근육과 힘줄의 비수술적 치료도 포함됩니다.

### 치료 요법

Molina Healthcare는 다음을 포함한 다양한 치료 요법을 보장합니다.

- 화학 요법
- 방사선 요법

## 산모 및 신생아 관리

Molina Healthcare는 다음과 같은 산모 및 신생아 건강 관리 서비스를 보장합니다.

- 출산 센터 서비스
- 유방 펌프 및 용품
- 모유 수유 교육 및 보조
- 인증 조산사(CNM)
- 출산 및 산후 진료
- 태아 유전 질환 진단 및 상담
- 돌라 서비스
- 유연허 조산사(LM)
- 임산부 정신 건강 서비스
- 신생아 치료
- 태아 치료

## 원격 의료 서비스

원격 의료는 서비스 제공자와 동일한 물리적 위치에 없는 서비스를 이용하는 방법입니다. 원격 의료는 전화, 비디오 또는 기타 수단으로 제공자와 라이브 대화를 하는 것과 관련이 있을 수 있습니다. 또는 원격 의료는 라이브 대화 없이 서비스 제공자와 정보를 공유하는 것과 관련이 있을 수 있습니다. 원격 의료를 통해 다양한 서비스를 받을 수 있습니다.

보장되는 모든 서비스에 원격 의료 서비스를 이용할 수 없을 수도 있습니다. 서비스 제공자에게 연락하여 원격 의료 서비스를 이용할 수 있는 방법에 대해 문의하실 수 있습니다. 귀하와 담당 의료진이 원격 의료 서비스를 이용하는 것이 귀하에게 적합하다는 점에 동의하는 것이 중요합니다. 가입자는 직접 서비스를 받을 권리를 갖습니다. 서비스 제공자가 귀하에게 적합하다는 데 동의하더라도 원격 의료를 사용하지 않아도 됩니다.

## 정신 건강 서비스

### 외래환자 정신 건강 서비스

Molina Healthcare는 선승인(사전 승인)이 필요 없는 초기 정신 건강 평가를 보장합니다. 귀하는 진료 추천 없이 Molina Healthcare 네트워크의 유연허 정신 건강 서비스 제공자로부터 언제든지 정신 건강 평가를 받을 수 있습니다.

귀하의 PCP 또는 정신 건강 서비스 제공자는 Molina Healthcare 네트워크의 전문의에게 더 많은 정신 건강 선별검사를 진료 추천하여 필요한 치료의 수준을 결정할 수 있습니다. 정신 건강 선별검사 결과 경증 또는 중등도의 고민에 빠지거나 정신, 정서적 또는 행동 기능이

손상되었음을 알게 된 경우, **Molina Healthcare**는 귀하에게 정신 건강 서비스를 제공할 수 있습니다. **Molina Healthcare**는 다음과 같은 정신 건강 서비스를 보장합니다.

- 개별 및 단체 정신 건강 평가 및 치료(정신 치료)
- 정신 건강 상태를 평가하도록 임상적 지시가 있는 경우, 정신 건강 검사
- 주의력, 기억력, 문제 해결을 위한 인지 능력 발달
- 약 치료 모니터링을 위한 외래환자 서비스
- 외래환자 검사실 서비스
- Medi-Cal Rx 계약 의약품 목록(<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>), 의료용품 및 보충제로 아직 보장되지 않는 외래환자 약
- 정신질환 상담
- 최소 2명의 가족이 참여하는 가족 치료. 가족 치료의 예에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다.
  - 자녀-부모 정신 치료(0세부터 5세까지)
  - 부모 자녀 대화식 치료(2세부터 12세까지)
  - 인지적 행동 커플 치료(성인)

**Molina Healthcare**가 제공하는 정신 건강 서비스에 대한 자세한 정보를 찾는 데 도움이 있으시면 **1-888-665-4621**(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

정신 건강 장애로 필요한 치료를 **Molina Healthcare** 네트워크에서 이용할 수 없거나 귀하의 PCP 또는 정신 건강 서비스 제공자가 “시기 적절하게 진료 이용하기”에 열거된 시간에 귀하가 필요로 하는 치료를 제공할 수 없는 경우, **Molina Healthcare**는 네트워크 외부 서비스를 보장하고 도움을 드릴 것입니다.

귀하의 정신건강 선별검사에 따라서 장애가 더 높고 전문 정신 건강 서비스(SMHS)가 필요한 것으로 확인되면, 담당 PCP 또는 정신 건강 서비스 제공자는 귀하에게 필요한 치료를 받기 위해 카운티 정신 건강 플랜으로 진료 추천을 할 수 있습니다.

자세한 내용은 **92**페이지의 “기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스”, “전문 정신 건강 서비스”를 참조하십시오.

## 응급 진료

### 의학적 응급 상태를 치료하기 위해 필요한 입원환자 및 외래환자 서비스

**Molina Healthcare**는 미국에서 발생하는 의학적 응급 상태를 치료하는 데 필요한 모든 서비스(푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드 등 포함)를 보장합니다. **Molina Healthcare**는 또한 캐나다 또는 멕시코에서 입원이 필요한 응급 진료를 보장합니다. 의학적 응급 상황은 심한 통증 또는 심각한 부상을 가진 의학적 상태입니다. 이러한 상태는 매우 심각하여 즉시 의학적

치료를 받지 않을 경우, 신중한(상식적인) 비전문가(의료 전문가 아님)가 다음과 같은 결과를 예상할 수 있습니다.

- 가입자 건강에 심각한 위험,
- 신체 기능에 심각한 해를 끼치고
- 신체 기관이나 부분의 심각한 기능 장애, 또는
- 임신부가 진통을 할 경우 심각한 위험이 있으며, 다음 중 하나의 상황이 발생할 때 진통을 의미함:
  - 출산 전에 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간 부족.
  - 이송으로 인해 가입자의 건강이나 안전 또는 태아를 위협할 수 있습니다.

병원 응급실 서비스 제공자가 가입자의 치료의 일환으로 최대 72시간 동안 외래환자 처방약을 제공하는 경우, [Molina Healthcare](#)는 보장되는 응급 서비스의 일환으로 처방약을 보장합니다. 병원의 응급실 서비스 제공자가 가입자의 약을 조제하기 위해 외래환자 약국에 가져가야 하는 처방전을 제공하는 경우, Medi-Cal Rx는 이 처방약을 보장합니다.

외래환자 약국의 약사가 가입자에게 **응급약을 제공하면**, 이 응급약은 [Molina Healthcare](#)가 아니라 Medi-Cal Rx에서 보장합니다. 약국이 응급약을 제공하는 데 도움이 필요한 경우, Medi-Cal Rx에 1-800-977-2273번으로 전화하도록 약국에 요청하십시오.

### 응급 교통편 서비스

[Molina Healthcare](#)는 응급 상황에서 가까운 장소까지 갈 수 있도록 구급차 서비스를 보장합니다. 즉, 가입자의 상태는 다른 방법으로 진료 장소에 갈 경우 건강이나 생명이 위험할 수 있을 정도로 심각한 상태입니다. 캐나다 또는 멕시코의 병원에 입원해야 하는 응급 진료를 제외하고 미국 이외 지역에서는 어떠한 서비스도 보장되지 않습니다. 캐나다 또는 멕시코에서 구급차 서비스를 받았으며 이 치료 기간 동안 입원하지 않았을 경우, [Molina Healthcare](#)는 구급차 서비스를 보장하지 않습니다.

### 호스피스 및 완화 치료

[Molina Healthcare](#)는 호스피스 서비스와 아동 및 성인을 위한 완화 치료를 보장하여 신체적, 정서적, 사회적, 정신적 불편함을 줄여줍니다. 21세 이상의 성인은 호스피스 진료 및 완화 치료 서비스를 동시에 받지 못할 수 있습니다.

### 호스피스 서비스

호스피스 서비스는 말기 질환을 가진 가입자에게 혜택입니다. 호스피스 서비스는 가입자의 기대 수명이 6개월 이하여야 합니다. 이 서비스는 수명을 연장하는 치료보다 통증과 증상 관리에 주로 중점을 둔 중재입니다.

호스피스 서비스에 포함되는 사항:

- 간호 서비스
- 물리 서비스, 작업 서비스 또는 언어 서비스
- 의료 사회복지 서비스
- 가정 건강 도우미 및 가사 도우미 서비스
- 의료 용품 및 기기
- 일부 의약품 및 생물학적 서비스(일부는 Medi-Cal Rx를 통해 제공될 수 있음)
- 상담 서비스
- 위기 기간 동안 24시간 연속 간호 서비스 및 가정에서 말기 질병을 유지하는 데 필요한 경우
- 병원, 전문 간호 시설 또는 호스피스 시설에서 한 번에 최대 5일 연속으로 입원환자 임시 간호
- 병원, 전문 간호 시설 또는 호스피스 시설에서의 통증 조절 또는 증상 관리를 위한 단기 입원환자 치료

### 완화 치료

완화 치료는 고통을 예방, 예방 및 치료함으로써 삶의 질을 향상시키는 환자 및 가족 중심의 서비스입니다. 완화 치료는 가입자의 기대 수명이 6개월 이하일 필요가 없습니다. 완화 치료는 치료와 동시에 제공될 수 있습니다.

완화 치료에는 다음이 포함됩니다.

- 사전 의료 계획수립
- 완화 치료 평가 및 상담
- 승인된 모든 완화 및 치료 치료를 포함한 의료 플랜
- 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 의료 플랜 팀:
  - 의학 또는 골병 치료 의사
  - 의사 보조원
  - 등록 간호사
  - 전문 간호사 또는 개업 간호사
  - 사회복지사
  - 신부
- 진료 조정
- 통증 및 증상 관리
- 정신 건강 및 의료 사회복지 서비스

21세 이상의 성인은 완화 치료와 호스피스 치료를 동시에 받을 수 없습니다. 완화 치료를 받고 있고 호스피스 서비스의 자격이 되는 경우, 언제든지 호스피스 서비스로 변경하도록 요청할 수 있습니다.

### 입원

#### 마취전문의 서비스

Molina Healthcare는 보장되는 입원 기간에 의학적으로 필요한 마취전문의 서비스를 보장합니다. 마취전문의는 환자에게 마취를 제공하는 전문 서비스 제공자입니다. 마취는 일부 의료 또는 치과 시술에 사용되는 약의 한 종류입니다.

#### 입원환자 병원 서비스

Molina Healthcare는 가입자가 병원에 입원할 때 의학적으로 필요한 입원 치료를 보장합니다.

#### 신속 전장유전체분석

신속 전장유전체분석(RWGS)은 1세 미만이고 중환자 병동에서 입원환자 병원 서비스를 받고 있는 Medi-Cal 가입자에게 보장되는 혜택입니다. 여기에는 개별 서열분석, 부모나 부모 및 아기의 트리오 서열분석, 초고속 서열분석 포함됩니다.

RWGS는 1세 이하 아동의 집중 치료실(ICU) 치료에 영향을 미칠 때 질환을 진단하는 새로운 방법입니다. 귀하의 자녀가 California Children's Services(CCS) 수혜 자격을 갖춘 경우, CCS는 입원과 RWGS를 보장합니다.

#### 외과 서비스

Molina Healthcare는 병원에서 실시한 의학적으로 필요한 수술을 보장합니다.

#### 산후 진료 연장(PPCE) 프로그램

Molina Healthcare는 소득, 시민권 또는 이민 상태에 관계 없이 임신 종료 후 최대 12개월 동안 산후 진료를 보장합니다. 다른 어떠한 조치도 필요하지 않습니다.

#### 재활/훈련(치료) 서비스 및 장치

이 혜택에는 부상, 장애 또는 만성 질환이 정신 및 신체적 기술을 습득하거나 회복하도록 돕기 위한 서비스 및 장치가 포함됩니다.

Molina Healthcare는 다음의 모든 요건에 부합할 경우 이 절에 설명한 재활 및 훈련 서비스를 보장합니다.



- 이러한 서비스는 의료적으로 필요한 것입니다
- 이 서비스는 건강 상태를 해결하기 위한 것입니다.
- 이 서비스는 일상 생활을 위해 기술과 기능을 유지, 학습 또는 개선하는 데 도움을 줍니다.
- 가입자는 네트워크 내부 의사가 다른 곳에서 서비스를 받는 것이 의료상 필요하다고 판단하거나, 네트워크 내부 시설에서 귀하의 건강 상태를 치료할 수 없는 경우가 아니라면 네트워크 내부 시설에서 이러한 서비스를 받습니다.

**Molina Healthcare는 다음과 같은 재활/훈련 서비스를 보장합니다.**

### 침술

Molina Healthcare는 일반적으로 인정되는 의학적 상태로 인한 심각하고 지속적인 만성 통증의 예방, 변화 또는 완화를 위한 침술 서비스를 보장합니다.

바늘의 전기적 침술 유무에 관계된 외래환자 침술 서비스는 의사, 치과의사, 발병 전문의 또는 침술사가 제공하는 경우 청력학, 지압요법, 작업 치료 및 언어 치료 서비스와 함께 매월 2회로 제한됩니다. 제한은 21세 미만의 아동에게 적용되지 않습니다. Molina Healthcare는 의학적으로 필요한 경우 더 많은 서비스를 선승인(사전 승인)할 수 있습니다.

의료 그룹/IPA에 배정된 가입자인 경우, 의료 그룹/IPA에 연락하여 침술과 같은 혜택에 대한 승인을 얻는 것에 대해 문의해야 합니다.

### 청력학(청력)

Molina Healthcare는 청력학 서비스를 보장합니다. 외래환자 청력학은 침술, 지압요법, 작업 치료, 언어 치료 서비스와 함께 매달 2회 서비스로 제한됩니다(21세 미만 어린이는 제한됨). Molina Healthcare는 의학적으로 필요한 경우 더 많은 서비스를 선승인(사전 승인)할 수 있습니다.

### 행동 건강 치료

Molina Healthcare는 EPSDT 혜택을 통해 21세 미만의 가입자의 행동 건강 치료(BHT) 서비스를 보장합니다. BHT에는 응용 행동 분석 및 증거 기반 행동 중재 프로그램과 같은 서비스 및 치료 프로그램이 포함되며, 이 프로그램은 21세 미만의 사람의 기능을 사용 가능한 최대선까지 발전 또는 복원합니다.

BHT 서비스는 행동 관찰 및 보강을 사용하거나 목표 행동 단계마다 가르치는 격려를 통해 기술을 가르칩니다. BHT 서비스는 믿을 수 있는 근거를 바탕으로 합니다. 실험적 서비스가 아닙니다. BHT 서비스의 예에는 행동 중재, 인지 행동 중재 패키지, 종합 행동 치료, 응용 행동 분석 등이 있습니다.

BHT 서비스는 의학적으로 필요하고, 유연히 의사나 심리학자가 처방하고, 플랜이 승인하고, 승인된 치료 플랜을 따르는 방식으로 제공되어야 합니다.

### 심장 재활

Molina Healthcare는 입원환자 및 외래환자 심장 재활 서비스를 보장합니다.

### 내구성 의료 장비(DME)

Molina Healthcare는 의사, 의사 보조원, 개업 간호사 또는 임상 전문가가 처방전으로 DME 용품, 장비 및 기타 서비스를 구입하거나 대여하는 것을 보장합니다. 처방된 DME 품목은 일상 생활의 활동에 필수적인 신체 기능을 보존하거나 주요 신체 장애를 예방하기 위해 의학적으로 필요한 경우 보장됩니다.

일반적으로 Molina Healthcare는 다음을 보장하지 않습니다.

- “산모 및 신생아 건강관리”의 “유방 펌프 및 용품”이라는 장에서 설명한 소매 등급 유방 펌프를 제외하고, 편안함, 편리성 또는 고급 장비, 기능 및 용품.
- 오락이나 스포츠 활동을 더욱 지원하도록 의도된 장치를 포함한 운동 장비와 같이 일상 생활의 일반적인 활동을 유지하도록 의도되지 않은 항목
- 21세 미만의 가입자는 의학적으로 필요한 경우를 제외하고 위생 장비
- 사우나 목욕이나 엘리베이터와 같은 비의료 물품
- 주택 또는 자동차 수정
- 혈액 또는 기타 체질 검사용 장치(당뇨병 혈당 모니터, 지속 혈당 모니터, 검사지 및 세창은 Medi-Cal Rx가 보장)
- 유아 무호흡 모니터를 제외하고 심장 또는 폐의 전자 모니터
- 21세 미만의 가입자에게 의학적으로 필요한 경우를 제외하고 분실, 절도 또는 오용으로 인한 장비 수리 또는 교체
- 일반적으로 의료 서비스에 주로 사용되지 않는 기타 항목

경우에 따라 담당 의사가 선승인(사전 승인) 요청을 제출할 때 이러한 항목을 승인할 수 있습니다.

### 경장 영양 및 비경구 영양

신체에 영양을 제공하는 이러한 방법은 의학적 상태로 인해 일반적으로 음식을 먹는 것을 방해할 때 사용됩니다. 경장 영양 처방과 비경구 영양 제품은 의학적으로 필요한 경우 Medi-Cal Rx를 통해 보장될 수 있습니다. Molina Healthcare는 의학적으로 필요한 경우 경장 펌프 및 비경구 펌프 및 관도 보장합니다.

## 보청기

Molina Healthcare는 청력 손실 검사를 받았고, 보청기가 의학적으로 필요하고, 가입자가 의사로부터 처방전을 받은 경우 보청기를 보장합니다. 보장은 가입자의 의료적 요구에 가장 낮은 비용 보조로 제한됩니다. Molina Healthcare는 한 개의 보청기를 이용하는 것보다 훨씬 나은 결과를 위해 각 귀에 보조가 필요한 경우가 아니라면 1개의 보청기를 보장합니다.

21세 미만 가입자를 위한 보청기:

Los Angeles 카운티의 주 법률에 따라 보청기가 필요한 아동을 California Children's Services(CCS) 프로그램에 추천하여 자녀가 CCS에 대한 자격 요건을 되는지 결정하도록 규정하고 있습니다. 아동이 CCS에 대한 자격을 갖춘 경우, CCS는 의학적으로 필요한 보청기 비용을 보장합니다. 아동이 CCS의 자격이 되지 않는 경우, 당사는 Medi-Cal 보장의 일환으로 의학적으로 필요한 보청기를 보장합니다.

21세 이상 가입자를 위한 보청기.

Medi-Cal에 따라 각각의 보장되는 보청기는 다음을 보장합니다.

- 착용에 필요한 귀 몰딩
- 1개의 표준 배터리 패키지
- 해당 보청기가 올바르게 작동하도록 하기 위한 방문
- 보청기 세척 및 착용을 위한 방문
- 보청기 수리

Medi-Cal에 따라 다음의 경우, 교체용 보청기를 보장합니다.

- 청력 손실로 현재 보청기로 청력을 교정할 수 없는 경우
- 보청기가 분실, 도난 또는 파손되어 고정될 수 없으며 귀하의 잘못이 아닙니다. 귀하는 어떻게 이런 일이 발생했는지를 알려주는 메모를 저희에게 제공해야 합니다.

21세 이상 성인의 경우, Medi-Cal에는 다음이 포함되지 **않습니다**.

- 교체용 보청기 배터리

## 가정 건강 서비스

Molina Healthcare는 담당 의사나 의사 보조원, 개업 간호사 또는 임상 전문의가 의학적으로 필요하고 처방한 경우, 가정에서 제공되는 건강 서비스를 보장합니다.

가정 건강 서비스는 다음을 포함하여 Medi-Cal이 보장하는 서비스로 제한됩니다.

- 파트 타임 전문 간호 관리
- 파트 타임 가정 건강 보조
- 전문 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료

- 의료 사회복지 서비스
- 의료 용품

### 의료 용품, 장비 및 기기

Molina Healthcare는 의사, 의사 보조원, 개업 간호사, 임상 간호사 전문의가 처방한 의료용품을 보장합니다. 일부 의료 용품은 Molina Healthcare가 아닌 진료별 지불 서비스(FFS) Medi-Cal Rx를 통해 보장됩니다. FFS가 용품을 보장하면 서비스 제공자는 Medi-Cal Rx에 청구합니다.

Medi-Cal Rx는 다음을 보장하지 **않습니다**.

- 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 일반 가정 용품:
  - 부착 테이프(모든 유형)
  - 알코올솜
  - 화장품
  - 면봉
  - 더스팅 파우더
  - 화장용 티슈
  - 위치하젤
- 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 일반 가정 치료:
  - 백색 바셀린
  - 건성 피부용 오일 및 로션
  - 활석 및 활석 결합제
  - 과산화수소 등의 산화제
  - 과산화 카바미드와 탄산염
- 비처방 샴푸
- 벤조직 및 살리실산 연고, 살리실산 크림, 연고 또는 액체, 퀴크 산염 페이스트 등을 함유한 국소 조제약
- 일반적으로 건강 관리를 위해 주로 사용되지 않는 기타 품목 그리고 의학적으로 특정 요구가 없는 사람이 정기적으로 사용하는 품목

### 작업 치료

Molina Healthcare는 작업 치료 평가, 치료 계획, 치료, 교육 및 상담 서비스를 포함한 작업 치료 서비스를 보장합니다. 작업 요법 서비스는 침술, 청력학, 지압요법 및 언어 치료 서비스와 함께 매월 2회로 제한됩니다(21세 미만 아동은 적용되지 않음). Molina Healthcare는 의학적으로 필요한 경우 더 많은 서비스를 선승인(사전 승인)할 수 있습니다.

### 교정/보철

Molina Healthcare는 담당 의사, 발병 전문의, 치과의사 또는 비의료 제공자가 의학적으로 필요하고 처방한 교정 및 보철 장치 및 서비스를 보장합니다. 여기에는 이식된 청력 장치, 유방 보철/유방 절제 후 가슴 보정대, 압박 연소 보철, 신체 기능을 복원하거나 신체 부위를 교체하거나 약해지거나 변형된 신체 부위를 지원하기 위한 보철이 포함됩니다.

### 장루 및 비뇨기과 용품

Molina Healthcare는 장루 주머니, 요로 카테터, 배액 주머니, 관류 용품, 접착제 등을 보장합니다. 여기에는 편의나 편의를 위한 용품이나 고급 장비 또는 기능을 포함하지 않습니다.

### 물리 치료

Molina Healthcare는 물리 치료 평가, 치료 계획, 치료, 교육, 상담 서비스, 국소 약 적용 등 의학적으로 필요한 물리 치료 서비스를 보장합니다.

### 폐 재활

Molina Healthcare는 의학적으로 필요하며 의사가 처방한 폐 재활을 보장합니다.

### 전문 간호 시설 서비스

Molina Healthcare는 장애인이며 높은 수준의 치료가 필요한 경우 의학적으로 필요한 전문 간호 시설 서비스를 보장합니다. 이러한 서비스에는 하루 24시간 전문 간호 관리를 제공하는 유연히 시설의 병실과 자리가 포함됩니다.

### 언어 치료

Molina Healthcare는 의학적으로 필요한 언어 치료를 보장합니다. 언어 치료 서비스는 침술, 청력학, 지압요법 및 작업 치료 서비스와 함께 매달 2회로 제한됩니다. 제한은 21세 미만의 아동에게 적용되지 않습니다. Molina Healthcare는 의학적으로 필요한 경우 더 많은 서비스를 선승인(사전 승인)할 수 있습니다.

### 트랜스젠더 서비스

Molina Healthcare는 의학적으로 필요하거나 서비스가 재건 수술 규칙을 충족하는 경우 트랜스젠더 서비스(성별 확인 서비스)를 보장합니다.

### 임상 시험

Molina Healthcare는 <https://clinicaltrials.gov>에 수록된 미국에 대해 열거된 암 임상 시험을 포함하여 임상 시험으로 수락된 환자의 정기 환자 치료 비용을 보장합니다.

Medi-Cal FFS 프로그램인 Medi-Cal Rx는 대부분의 외래환자 처방약을 보장합니다. 자세한 내용은 이 장에서 “외래환자 처방약”을 참조하십시오.

## 검사실 검사 및 방사선 서비스

Molina Healthcare는 의학적으로 필요한 경우 외래환자 및 입원환자 검사실 및 엑스레이 서비스를 보장합니다. CT 스캔, MRI, PET 스캔과 같은 고급 영상 촬영 절차는 의료적 필요에 따라 보장됩니다.

## 예방 및 건강 관리 서비스 및 만성 질환 관리

플랜 보장 사항:

- 예방접종 권고위원회(Advisory Committee for Immunization Practices)의 백신 권고
- 가족 계획 서비스
- American Academy of Pediatrics Bright Futures 권고 ([https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity\\_schedule.pdf](https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf))
- 부작용 경험(ACE) 선별검사
- 천식 예방 서비스
- 미국 산부인과 대학(American College of Obstetricians and Gynecologists)에서 권장하는 여성을 위한 예방 서비스
- 금연 서비스라고도 하는 금연 지원
- 미국 예방 서비스 태스크 포스 A 및 B 권고 예방 서비스

가입기 가입자에게 가족 계획 서비스를 제공하여 자녀의 수와 공백을 선택할 수 있습니다. 이러한 서비스에는 FDA가 승인한 모든 피임 방법이 포함됩니다. 가족 계획 서비스에는 Molina Healthcare의 PCP와 산부인과 전문의가 있습니다.

가족 계획 서비스의 경우, Molina Healthcare로부터 선승인(사전 승인)을 받지 않고도 Molina Healthcare와 관련이 없는 Medi-Cal 의사나 클리닉을 선택할 수 있습니다. 가족 계획과 관련이 없는 네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스는 보장되지 않을 수 있습니다. 자세한 내용은 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의하십시오.

Molina Healthcare는 다음 조건에 중점을 둔 만성 질환 관리 프로그램도 보장합니다.

- 당뇨병
- 심혈관계 질환
- 천식
- 우울증

20세 미만의 청소년을 위한 예방 진료 정보는 5장 “아동 및 청소년 건강 관리”를 참조하십시오.

### 당뇨병 예방 프로그램

당뇨병 예방 프로그램(DPP)은 증거 기반 생활 습관 변화 프로그램입니다. 이 12개월 간의 프로그램은 생활 습관 변화에 중점을 두었습니다. 이 프로그램은 예방하거나 사전 당뇨병으로 진단하는 사람에게 제2 당뇨병의 발병을 지연하도록 설계되었습니다. 기준을 충족하는 가입자는 2년차 자격 요건에 해당할 수 있습니다. 이 프로그램은 교육 및 그룹 지원을 제공합니다. 이러한 기술에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다.

- 동료 코치 제공
- 자기 관리 교육 및 문제 해결
- 격려 피드백 제공
- 목표를 뒷받침할 정보 자료 제공
- 목표를 달성하는 데 도움이 되는 정기 계량 추적

가입자는 DPP에 가입하려면 특정 규칙을 만족해야 합니다. [Molina Healthcare](#)에 전화하여 프로그램 가입 자격이 있는지 확인해 주십시오.

### 재건 서비스

[Molina Healthcare](#)는 신체의 비정상적인 구조를 수정하거나 복구하여 가능한 한 일반적인 외관을 개선하거나 만들기 위한 수술을 보장합니다. 신체의 비정상적인 구조는 선천적 결함, 발달 이상, 외상, 감염, 종양, 질병 또는 유방 절제술과 같은 신체 구조를 잃은 질병의 치료로 인한 구조입니다. 일부 제한 및 예외가 적용될 수 있습니다.

### 약물 남용 선별검사 서비스

[Molina Healthcare](#)는 다음을 포함한 **약물 남용(SUD) 선별검사 서비스**를 보장합니다.

- 담배, 알코올, 마약 검사 등 일차 진료 시설에서 임신한 가입자를 포함하여 11세 이상 가입자를 대상으로 알코올 및 약물 검사, 평가, 간이 중재 및 치료에 대한 선별검사 추천(SABIRT)

또한, [Molina Healthcare](#)는 다음의 서비스를 제공합니다.

- 일차 진료, 입원환자 병원, 응급부서 및 기타 계약된 의료 시설에서 제공되는 중독 치료(MAT, 약물 지원 치료라고도 함) 및
- 가입자 안정화에 필요한 응급 서비스.
- [Molina Healthcare](#)는 SMHS 이용 기준을 충족하는 카운티 가입자를 위해 의학적으로 필요한 전문 정신 건강 서비스(SMHS)를 제공하거나 조율할 것입니다.

카운티를 통한 치료 보장은 이 장에서 아래의 “약물 남용 치료 서비스”를 읽어보시기 바랍니다.

## 안과 혜택

Molina Healthcare의 보장 내용:

- 24개월마다 1회의 정기 눈 검사; 당뇨병 환자와 같은 가입자에게 의학적으로 필요한 경우 더 자주 안과 검사 보장
- 유효한 처방전으로 24개월마다 1회 안경(안경테 및 렌즈) 제공
- 처방약 변경이나 안경이 분실, 도난 또는 파손되어 고정될 수 없으며 가입자의 잘못이 아닌 경우 24개월 내에 안경 교체. 안경을 분실, 도난 또는 파손한 경우를 기술한 내용을 당사에 제공해야 합니다.
- 일반 안경, 콘택트렌즈, 약물 또는 수술로 교정할 수 없는 시력 장애가 있어 일상 활동을 수행하는 데 지장을 초래하는 사람을 위한 저시력 장치(예: 연령 관련 시력 감퇴)
- 의학적으로 필요한 콘택트 렌즈. 콘택트 렌즈 검사 및 콘택트 렌즈는 눈 질환이나 상태(예: 귀 누락)로 인해 안경 사용을 할 수 없는 경우 보장될 수 있습니다. 특수 콘택트렌즈를 착용할 수 있는 의학적 질환에는 무동시증, 약시, 원추각막 등이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.
- 21세 미만의 어린이와 청소년을 위한 눈 검사 및 안경은 24개월마다 제한되지 않습니다. EPSDT에 따라 제공자가 해당 서비스가 의학적으로 필요하다는 것을 확인할 때 제공됩니다.
- 각막병 및 아파키아와 같은 질환을 가진 21세 미만의 어린이와 청소년은 추가 치료를 위해 CCS로 진료 추천을 받아야 합니다.

## 응급 상황이 아닌 상황의 교통편 혜택

예약 시 자동차, 버스 또는 택시를 이용할 수 없는 의학적 요구가 있을 경우, 의료 교통편을 이용할 수 있습니다. 보장 서비스와 Medi-Cal 보장 약국 예약에 대한 의료 교통편을 이용할 수 있습니다. 귀하의 의사, 치과 의사, 발병 치료제 또는 정신 건강 또는 약물 남용 장애 제공자에게 요청하여 의료 교통편을 요청할 수 있습니다. 귀하의 서비스 제공자는 귀하의 요구에 맞는 올바른 교통편을 결정합니다.

의료 교통편이 필요하다는 것을 알게 된 경우, 양식을 작성하여 [Molina Healthcare](#)에 제출하여 처방할 것입니다. 승인이 되면 의학적 필요성에 따라 최대 12개월 동안 승인이 적합합니다. 승인되면 최대한 많은 교통편을 이용할 수 있습니다. 담당 의사는 의료 교통편에 대한 의료적 필요성을 재평가하고 12개월마다 이를 재 승인해야 합니다.



의료 교통편은 구급차, 밴, 휠체어 밴 또는 항공운송입니다. [Molina Healthcare](#)는 교통편을 필요로 할 때 의료적 요구를 가장 저렴한 의료 교통편으로 허용합니다. 예를 들어, 휠체어를 타고 신체적 또는 의학적으로 이송할 수 있는 경우, [Molina Healthcare](#)는 구급차 비용을 보장하지 않습니다. 귀하의 의학적 상태로 인해 모든 지상 교통편이 불가능한 경우에만 항공 수송을 받을 수 있습니다.

다음의 경우 의료 교통편을 이용할 수 있습니다.

- 가입자는 버스, 택시, 자동차 또는 밴을 물리적으로 또는 의학적으로 이용할 수 없어 의사나 기타 제공자의 서면 허가를 받아 신체적 또는 의학적으로 필요합니다.
- 신체적 또는 정신 장애로 인해 가정, 차량 또는 치료 장소까지 운전자의 도움이 필요합니다.

담당 의사가 비긴급(정기) 진료 예약을 위해 처방한 의료 교통편을 요청하려면 [Molina Healthcare](#) 전화번호 1-888-665-4621 또는 American Logistics에 1-844-292-2688로 예약하기 전에 영업일 기준 3일(월요일-금요일) 전 연락해 주십시오. 긴급 진료는 가능한 한 빨리 연락해 주십시오. 전화하실 때 가입자 ID 카드를 준비하십시오.

### 의료 교통편의 제한

[Molina Healthcare](#)는 가입자의 의료 요구에 부합하는 가장 저렴한 의료 교통편을 가정에서 가까운 서비스 제공자에게 제공합니다. Medi-Cal에서 가입자가 이용하는 서비스를 보장하지 않거나, Medi-Cal에서 보장하는 약국 예약이 아닐 경우, 의료 교통편을 이용할 수 없습니다. 이 가입자 안내 책자에는 보장 서비스 목록이 있습니다.

Medi-Cal이 건강 플랜을 통해 예약 유형이 아니라 보장을 하는 경우, [Molina Healthcare](#)는 의료 교통편을 보장하지 않지만 Medi-Cal에 대한 교통편 예약을 도와드릴 수 있습니다. [Molina Healthcare](#)가 사전 승인한 경우가 아니라면 교통편은 네트워크나 서비스 지역 외부에서 보장되지 않습니다. 자세한 내용을 확인하시거나 의료 교통편을 요청하려면 [Molina Healthcare](#)에 1-888-665-4621번 또는 American Logistics 전화번호 1-844-292-2688번으로 연락해 주십시오.

### 가입자 비용

[Molina Healthcare](#)가 교통편을 제공할 경우 무료입니다.

### 비의료 교통편 이용 방법

귀하의 혜택은 예약 시 Medi-Cal 보장 서비스에 대한 것이라 교통편을 이용하실 수 없을 경우 목적지까지 교통편을 이용하는 것이 포함됩니다. 교통편을 이용하기 위해 다른 모든 방법을 시도했고 다음과 같은 경우에도 무료로 교통편을 이용할 수 있습니다.

- 서비스 제공자가 승인한 Medi-Cal 서비스 예약 왕복 이동 또는
- 처방약 및 의료용품 수령

Molina Healthcare를 이용하시면 Medi-Cal로 보장 서비스를 받을 때 자동차, 택시, 버스 또는 기타 대중 또는 개인 교통 수단으로 진료 예약지까지 이동하실 수 있습니다. Molina Healthcare는 가입자 요구에 맞는 비의료 교통편을 가장 저렴하게 보장합니다. 때때로, Molina Healthcare는 귀하가 정한 개인 차량의 교통편에 대해 귀하에게 환급을 해드릴 수 있습니다. 이것은 Molina Healthcare에서 귀하의 교통편 이용 전에 승인해야 합니다.

귀하는 버스와 같이 다른 방법으로는 탑승할 수 없는 이유를 당사에 알려야 합니다. 직접 전화, 이메일 또는 전화로 문의하실 수 있습니다. 교통편을 이용하실 수 있거나 교통편을 이용하실 수 있는 경우, Molina Healthcare는 귀하에게 환급을 하지 않습니다. 이 혜택은 교통편을 이용할 수 없는 가입자만을 위한 것입니다.

주행거리 환급을 위해서는 운전자의 사본을 제출해야 합니다.

- 운전면허증,
- 차량 등록 및
- 자동차 보험 증빙 자료

허가된 서비스를 이용하려면 Molina Healthcare에 1-888-665-4621번 또는 American Logistics로 예약하기 전에 영업일 기준 3일 이상(월요일-금요일) 1-844-292-2688번으로 연락해 주십시오. 또는 긴급 진료 예약을 할 때 가능한 한 빨리 연락해 주십시오. 전화하실 때 가입자 ID 카드를 준비하십시오.

**참고:** 아메리칸 인디언은 비의료 교통편을 요청하기 위해 자신의 지역 인디언 건강 클리닉에도 문의할 수 있습니다.

### 비의료 교통편의 제한

Molina Healthcare는 가입자의 요구에 부합하는 가장 저렴한 비의료 교통편을 가정에서 가까운 서비스 제공자에게 제공합니다. 가입자는 스스로 운전할 수 없고 비의료 교통편에 대해 직접 환급 받을 수 없습니다. 자세한 내용은 Molina Healthcare에 1-888-665-4621번 또는 American Logistics 1-844-292-2688번으로 연락해 주십시오.

**비의료 교통편은 다음과 같은 경우 적용되지 않습니다.**

- Medi-Cal 보장 서비스를 이용하고자 구급차, 밴, 휠체어 밴 또는 기타 의료 교통편이 필요한 경우
- 신체적 또는 의학적 상태로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소까지 운전자의 도움이 필요한 경우

- 휠체어 사용자이고 운전자의 도움 없이는 차량 안팎으로 움직일 수 없는 경우
- Medi-Cal에서 이 서비스를 보장하지 않는 경우

### 가입자 비용

Molina Healthcare에서 비의료 교통편을 제공할 경우 무료입니다.

### 여행 경비

경우에 따라 집 근처에서 이용할 수 없는 의사의 진료 예약을 위해 여행을 가셔야 할 경우, Molina Healthcare는 식사, 호텔 체류, 주차, 통행료 등과 같은 기타 관련 비용 등과 같은 여행 경비를 보장해줄 수 있습니다. 예약을 도와주기 위해 가입자와 함께 여행하는 사람이나 장기 이식을 위해 장기를 기증하는 사람에 대해서도 보장이 될 수 있습니다. 이러한 서비스에 대한 선승인(사전 승인)을 요청하려면 Molina Healthcare에 1-888-665-4621번으로 연락하셔야 합니다.

### 치과 서비스

Medi-Cal은 관리형 진료 계획을 이용하여 치과 서비스를 제공합니다. 진료별 지불 서비스 치과 진료를 계속 받으실 수 있거나, Dental Managed Care를 선택하실 수 있습니다. 치과 플랜을 선택하거나 변경하려면 건강 관리 옵션에 1-800-430-4263번으로 연락해 주십시오. 귀하는 PACE 또는 SCAN Plan 및 Dental Managed Care 플랜에 동시에 가입되어 있지 않을 수도 있습니다.

Medi-Cal은 다음을 포함한 치과 서비스를 보장합니다.

- 검사, 엑스레이, 치아 세정과 같은 진단과 예방적 치과 서비스
- 통증 관리를 위한 응급 서비스
- 치아 발치
- 충전재
- 근관 치료(전치/구치)
- 크라운 (제작/검사실 위탁)
- 스케일링 및 치근 계획수립
- 완전 및 부분 의치
- 자격 해당 아동에 대한 교정
- 국소 불소

치과 서비스에 대해 궁금하신 점이 있거나 치과 서비스에 대해 더 자세히 알고 싶으시면, Medi-Cal 치과 프로그램 전화번호 1-800-322-6384(TTY: 1-800-735-2922 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 또한 Medi-Cal Dental Program 웹사이트 <https://smilecalifornia.org/>도 방문하실 수 있습니다.

치과 서비스에 대해 궁금하신 사항이 있거나 Dental Managed Care 플랜에 가입되어 있는 경우, 배정된 Dental Managed Care 플랜으로 연락해 주십시오.

## 기타 Molina Healthcare 보장 혜택 및 프로그램

### 장기 치료 서비스 및 지원

Molina Healthcare는 다음 유형의 장기 치료 시설 또는 가정에서 자격을 갖춘 가입자의 장기 치료 서비스 및 지원을 보장합니다.

- Molina Healthcare가 승인한 전문 간호 시설 서비스
- Molina Healthcare가 승인한 아급성 치료 시설 서비스(성인 및 소아과 포함)
- Molina Healthcare가 승인한 중간 치료 시설 서비스:
  - 중간 치료 시설/발달 장애(ICF/DD),
  - 중간 치료 시설/발달 장애-훈련(ICF/DD-H) 및
  - 중간 치료 시설/발달 장애 간호(ICF/DD-N)

귀하가 장기 치료 서비스의 자격이 되는 경우, Molina Healthcare는 가입자가 의료적 요구에 가장 적합한 수준의 서비스를 제공하는 의료 시설이나 가정에 배치되도록 할 것입니다.

장기 치료 서비스에 대한 질문은 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의해 주십시오.

### 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS)

CBAS는 외래환자, 전문 간호 관리를 위한 시설 기반 서비스, 사회복지 서비스, 치료, 개인 관리, 가족 및 간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 적격 가입자를 위한 서비스 등을 제공합니다. CBAS 프로그램은 다음을 포함하되 제한되지 않는 기준을 충족하는 가입자가 이용할 수 있습니다.

18세 이상, 하나 이상의 만성 또는 급성 의료 상태를 가지고 있으며, 인지 상태 또는 행동 건강 상태를 가지고 있으며, 일상생활 활동(ADL)에 대한 도움이 필요합니다.

### 기본 진료 관리

여러 서비스 제공자 또는 다른 의료 시스템에서 치료를 받는 것은 어려운 일입니다. Molina Healthcare는 가입자가 모든 의학적으로 필요한 서비스, 처방약, 행동 건강 서비스를 받을 수 있도록 하고자 합니다. Molina Healthcare는 가입자에게 무료로 필요한 사항을 조정하고 관리할 수 있습니다. 이 도움은 다른 프로그램이 서비스를 보장해줄 경우에도 가능합니다.

퇴원 후 또는 다른 시스템에서 치료를 받는 경우, 귀하의 의료 요구에 부합하는 방법을 파악하기가 어려울 수 있습니다. [Molina Healthcare](#)가 가입자를 도울 수 있는 몇 가지 방법은 다음과 같습니다.

- 퇴원 후 후속 진료 예약이나 약을 받는 데 문제가 있을 경우, [Molina Healthcare](#)가 도움을 드릴 수 있습니다.
- 직접 진료 예약을 하는 데 도움이 필요한 경우, [Molina Healthcare](#)가 교통편을 무료로 이용하도록 도와드릴 수 있습니다.

가입자의 건강 또는 자녀의 건강에 대해 질문이 있거나 문제가 있을 경우, 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

### 복합 진료 관리(CCM)

더 복잡한 건강 상의 요구를 가진 가입자는 진료 조정에 중점을 둔 추가 서비스 수혜 자격이 될 수 있습니다. [Molina Healthcare](#)는 심각한 의료 사건이나 진단을 받은 가입자에게 추가 지원과 보건 및 사회 자원 사용이 필요한 가입자에게 복합 진료 관리(CCM) 서비스를 제공합니다.

CCM 및 향상된 진료 관리(아래 읽기)에 가입된 가입자들은 앞서 기술한 기본 진료 관리뿐만 아니라 병원, 전문 간호 시설, 정신병원 또는 거주 치료에서 퇴원할 경우 이용할 수 있는 확장 전환형 치료 지원의 대폭 더 넓은 도움을 드릴 수 있는 [Molina Healthcare](#)의 배정된 진료 관리자를 두고 있습니다.

### 향상된 진료 관리(ECM)

[Molina Healthcare](#)는 매우 복잡한 요구가 있는 가입자에게 ECM 서비스를 보장합니다. ECM은 가입자의 건강 관리를 위한 추가 서비스를 제공합니다. 다른 의사 및 기타 의료 제공자와 귀하의 진료를 조정합니다. ECM은 주치의 및 예방 진료, 급성 치료, 행동 건강, 발달 및 구강 건강, 커뮤니티 기반 장기 서비스 및 지원(LTSS), 커뮤니티 리소스에 대한 진료 추천 등을 조율합니다.

자격이 되는 경우, ECM 서비스에 대해 연락을 받으실 수 있습니다. [Molina Healthcare](#)에 전화하여 ECM을 받을 수 있는지와 시기도 확인할 수 있습니다. 또는 의료 제공자와 상담해 주십시오. 서비스 제공자는 귀하가 ECM의 자격이 되는지 또는 진료 관리 서비스의 추천을 하는지를 확인할 수 있습니다.

### 보장 ECM 서비스

귀하가 ECM의 자격이 된다면, 귀하에게는 수석 의료 관리자가 있는 관리 팀이 있을 것입니다. 이 담당자는 가입자와 담당 의사, 전문의, 약사, 사례 관리자, 사회복지 서비스 제공자 등과 상담할 것입니다. 또한 모든 사람이 귀하에게 필요한 의료 서비스를 제공하기 위해 협력하도록

합니다. 또한 커뮤니티 내 다른 서비스를 찾고 신청할 수 있도록 수석 의료 관리자가 도움을 드릴 수 있습니다. ECM에는 다음이 포함됩니다.

- 아웃리치 및 참여
- 종합 평가 및 진료 관리
- 향상된 치료 조정
- 의료 프로모션
- 종합 전환형 진료
- 가입자 및 가족 지원 서비스
- 커뮤니티 및 사회적 지원에 대한 조정 및 진료 추천

ECM이 귀하에게 적합한지 알아보려면 [Molina Healthcare](#)의 담당자 또는 의료 제공자와 상담해 주십시오.

### 가입자 비용

ECM 서비스에 대해서는 가입자에게 비용이 없습니다.

귀하가 ECM에 가입하는 경우, 배정된 ECM 수석 의료 관리자가 귀하와 연결(우선 연락 방법에 기초함)되어 ECM 서비스 제공을 시작할 것입니다. 가입 후에는 매달 ECM 서비스를 받게 됩니다. 귀하의 ECM 수석 의료 관리자는 귀하가 프로그램을 종료할 때까지 귀하와 함께 하게 됩니다. 프로그램 탈퇴를 원하시는 경우, 배정된 ECM 수석 의료 관리자에게 알려주십시오. Molina Healthcare를 통해 Medi-Cal 혜택을 받을 자격이 없거나 ECM 서비스 제공자의 행동이나 안전하지 않은 환경에 대한 우려가 있는 경우, 본의 아니게 프로그램에서 탈퇴할 수 있습니다.

### 커뮤니티 지원

개인 의료 플랜에 따라 지원을 받을 수 있습니다. 커뮤니티 지원은 Medi-Cal 주 플랜에 따라 보장되는 의료상 적절하고 비용 효율적 대체 서비스 또는 기반이 됩니다. 이 서비스는 가입자에게 선택사항입니다. 자격이 되는 경우, 이 서비스는 보다 독립적으로 생활하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이 서비스는 Medi-Cal에 따라 이미 이용한 혜택을 대체하지 않습니다.

Molina Medi-Cal 전용 가입자 및 Medi-Cal을 위한 Molina를 가진 Medicare Duals 가입자는 Community Supports(CS) 가입 자격이 됩니다.

**주택 전환 탐색 서비스:** 주택 신청, 혜택 옹호, 이용 가능한 자원 확보, 입주 시 집주인에 대한 지원 제공 등의 항목에 대한 지원을 제공하여 노숙 생활을 겪고 있는 가입자가 주택을 구할 수 있게 지원합니다.

자격:

- 지역 노숙자 연합 가입 시스템(CES) 또는 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 단위 또는 임대 보조금 자원의 우선순위가 있는 가입자; 또는
- 노숙자의 주택 및 도시 개발(HUD) 정의를 충족하고 향상된 치료 관리(ECM)를 받고 있거나, 하나 이상의 심각한 만성 질환 및/또는 심각한 정신 질환을 앓고 있거나, 보호 시설 수용의 위험이 있거나 약물 남용으로 인해 주거 서비스를 필요로 하는 가입자; 또는
- 미국연방기준집 24편 91.5절에 정의된 바에 따라 노숙 위험이 있는 HUD 정의를 충족하는 가입자; 또는
- 노숙 생활을 겪을 위험이 있고 하나 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있거나, 심각한 정신 질환이 있거나, 시설에 수용되었거나 약물 과다복용의 위험이 있거나 약물 남용 장애로 인해 주거 서비스가 필요하거나 또는 심각한 정서 장애가 있거나(어린이 및 청소년), ECM을 받는 중이거나, 또는 한 번 이상의 유죄 판결, 위탁 보호 이력, 청소년 사법 또는 형사 사법 제도에 관여 및/또는 심각한 정신 질환 및/또는 자녀가 있는 등 주거 안정성에 심각한 장벽이 있는 전환 연령 청소년 또는 심각한 정서 장애가 있는 청소년 및/또는 인신매매나 가정 폭력의 피해자인 가입자.

**주택 예금:** 실내 및 단체를 구성하지 않는 기본 가정을 세우기 위해 필요한 일회적 서비스 및 수정을 식별, 조정, 확보 또는 자금을 지원하여 노숙을 경험하는 가입자를 지원합니다. 이 서비스는 개인의 개별 주택 지원 플랜에서 합당하고 필요하다고 확인되어야 하며 가입자가 그러한 비용을 부담할 수 없는 경우에만 이용할 수 있습니다. 가입자는 주택 전환 탐색 서비스 CS를 이용하거나 추천해야 합니다.

자격:

- 주택 전환 탐색 서비스 CS를 받은 가입자; 또는
- 지역 노숙자 CES 또는 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 단위 또는 임대 보조금 자원에 우선순위가 있는 가입자; 또는
- 노숙자의 주택 및 도시 개발(HUD) 정의를 충족하고 향상된 치료(ECM)를 받고 있거나, 하나 이상의 심각한 만성 질환 및/또는 심각한 정신 질환을 앓고 있거나, 보호 시설 수용의 위험이 있거나 약물 남용으로 인해 주거 서비스를 필요로 하는 가입자.
- 제약/제한 사항: 가입자 평생 단 한 번 이용 가능. 주택 예금은 한 번 더 승인 받을 수 있습니다. 추천자는 주택 예금 제공이 두 번째 시도에서 더 성공적일 이유를 보여주기 위해 변경된 조건에 대한 문서를 제공해야 합니다.

**주택 임차인 및 유지 서비스:** 노숙 생활을 경험했다가 이제 새로 거주하게 된 가입자들을 대상으로 주택이 확보되면 안전하고 안정적인 거주가 유지될 수 있도록 임차인에게 임대 및 유지 서비스를 제공합니다.

자격:

- 주택 전환/탐색 서비스 CS를 받은 가입자; 또는
- 지역 노숙자 CES 또는 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 단위 또는 임대 보조금 자원에 우선순위가 있는 가입자; 또는
- HUD의 노숙자 정의에 부합하고 ECM을 받고 있는 가입자, 또는 하나 이상의 심각한 만성 질환 및/또는 심각한 정신 질환을 앓고 있는 가입자 및/또는 약물 남용 장애로 인해 시설에 수용될 위험이 있거나 주거 서비스가 필요한 가입자; 또는
- 미국연방기준집 24편 91.5절에 정의된 바에 따라 노숙 위험이 있는 HUD 정의를 충족하는 가입자; 또는
- 노숙 생활을 겪을 위험이 있고 하나 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있거나, 심각한 정신 질환이 있거나, 시설에 수용되었거나 약물 과다복용의 위험이 있거나 약물 남용 장애로 인해 주거 서비스가 필요하거나 또는 심각한 정서 장애가 있거나(어린이 및 청소년), ECM을 받는 중이거나, 또는 한 번 이상의 유죄 판결, 위탁 보호 이력, 청소년 사법 또는 형사 사법 제도에 관여 및/또는 심각한 정신 질환 및/또는 자녀가 있는 등 주거 안정성에 심각한 장벽이 있는 전환 연령 청소년 또는 심각한 정서 장애가 있는 청소년 및/또는 인신매매나 가정 폭력의 피해자인 가입자.
- 제약/제한 사항: 주택 임차인 및 유지 서비스는 개인의 평생 동안에 한 번만 이용 가능하며 한 번 더 승인될 수 있습니다. 추천자는 두 번째 시도에서 주택 임차인 및 유지 서비스 제공이 더 성공적일 이유를 입증하기 위해 변경된 조건에 대한 문서를 제공해야 합니다.

**단기 입원 후 주택:** 거주지가 없고 입원 병원, 주거용 약물 남용 치료 또는 회복 시설, 주거용 정신 건강 치료 시설, 교정 시설, 요양 시설에서 퇴원한 후 즉시 의료/정신과/약물 남용 장애 회복을 계속할 수 있는 기회와 함께 높은 의학적 또는 행동 건강 요구가 있거나 또는 회복 치료를 받는 가입자 및 주정부 플랜 서비스의 추가 이용을 피하는 가입자.

자격:

- 병원, 약물 남용 또는 정신 건강 치료 시설, 교정 시설, 요양 시설 또는 회복 치료에서 퇴원 후 노숙 생활을 경험하는 등 의학적/행동 건강상의 필요가 있거나 입원, 재입원 또는 시설 재수용으로 이어질 가능성이 높은 가입자; 및
- 회복 치료를 종료하는 가입자; 또는



- 입원환자 입원(급성, 정신과 또는 화학물질 의존성 및 회복 병원), 거주 약물 남용 치료/회복 시설, 거주 정신 건강 치료 시설, 교정 시설 또는 간호 시설 중에서 퇴원하는 가입자 및 다음 3가지 기준 중 하나에 부합하는 가입자:

- HUD의 노숙자 정의에 부합하고 ECM을 받고 있는 가입자, 또는 하나 이상의 심각한 만성 질환 및/또는 심각한 정신 질환을 앓고 있는 가입자 및/또는 약물 남용 장애로 인해 시설에 수용될 위험이 있거나 주거 서비스가 필요한 가입자; 또는

- 미국연방기준집 24편 91.5절에 정의된 바에 따라 노숙 위험이 있는 HUD 정의를 충족하는 가입자; 또는

- 노숙 생활을 겪을 위험이 있고 하나 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있거나, 심각한 정신 질환이 있거나, 시설에 수용되었거나 약물 과다복용의 위험이 있거나 약물 남용 장애로 인해 주거 서비스가 필요하거나 또는 심각한 정서 장애가 있거나(어린이 및 청소년), ECM을 받는 중이거나, 또는 한 번 이상의 유죄 판결, 위탁 보호 이력, 청소년 사법 또는 형사 사법 제도에 관여 및/또는 심각한 정신 질환 및/또는 자녀가 있는 등 주거 안정성에 심각한 장벽이 있는 전환 연령 청소년 또는 심각한 정서 장애가 있는 청소년 및/또는 인신매매나 가정 폭력의 피해자인 가입자.

- 제약/제한 사항: 단기 입원 후 주택은 가입자의 생애에 1회 이용 가능하며 6개월을 초과할 수 없습니다(단, 가입자의 요구에 따라 더 짧은 기간에 대해 승인될 수 있음).

**회복 치료(의학적 임시 간호):** 더 이상 입원이 필요하지 않지만 부상이나 질병(행동 건강 상태 포함)에서 치유해야 하며 정력으로 인해 상태가 악화되는 단기적 거주 서비스가 필요한 가입자. 임상 정보가 제공되어야 합니다.

자격:

- 입원 위험이 있거나 입원 후이며 공식적인 지원 없이 혼자 사는 가입자; 또는 주택이 불안정하거나, 수정 없이 그들의 건강과 안전을 위협할 수 있는 주택이 있는 가입자; 또는

- HUD의 노숙자 정의에 부합하고 ECM을 받고 있는 가입자, 또는 하나 이상의 심각한 만성 질환 및/또는 심각한 정신 질환을 앓고 있는 가입자 및/또는 약물 남용 장애로 인해 시설에 수용될 위험이 있거나 주거 서비스가 필요한 가입자, 또는

- 노숙 위험에 처해 있다는 HUD의 정의를 충족하는 가입자; 또는

- 노숙 생활을 겪을 위험이 있고 하나 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있거나, 심각한 정신 질환이 있거나, 시설에 수용되었거나 약물 과다복용의 위험이 있거나 약물 남용 장애로 인해 주거 서비스가 필요하거나 또는 심각한 정서 장애가 있거나(어린이 및 청소년), ECM을 받는 중이거나, 또는 한 번 이상의 유죄 판결, 위탁 보호 이력, 청소년 사법 또는 형사 사법 제도에 관여 및/또는 심각한 정신 질환 및/또는 자녀가 있는 등 주거 안정성에 심각한 장벽이

있는 전환 연령 청소년 또는 심각한 정서 장애가 있는 청소년 및/또는 인신매매나 가정 폭력의 피해자인 가입자.

- 제약/제한 사항: 회복 치료는 연속 90일을 초과하지 않습니다. 90일의 회복 치료 기간은 회복적 치료 기준에 부합할 경우, 가입자가 다른 진단으로 재입원한 경우, 초기 90일의 허가 기간 동안에 다시 입원할 수 있습니다.

**임시 간호 서비스:** 본인의 가정에서 가입자를 유지하고 기관 서비스를 피하기 위해 간병인이 지치지 않도록 배려하는 것이 유용하고 필요한 경우 간병인에게 제공됩니다. 이 서비스는 간병인의 부재 또는 구호의 필요성 때문에 단기적으로 제공되며 본질적으로 비의료적 서비스입니다. 이 서비스는 간병인을 대상으로 하고 장기 치료 배치를 피하는 부분에 한하여 보장됩니다.

자격:

- 커뮤니티에 거주하고, 자격을 갖춘 간병인에게 의존성을 필요로 하는 '일상 생활 활동'(ADL)에서 취약하고, 가입자의 지원 대부분을 제공하는 자격을 갖춘 간병인으로, 가입자의 제도적 배치를 피하기 위해 간병인의 구호를 필요로 하는 가입자 또는

- 가입자는 소아과 완화 치료 면제에 따라 이전에 임시 간호 서비스를 받은 자녀입니다.

- 제약/제한 사항: 이 서비스는 받은 직접적 치료 서비스와 함께 하루 24시간을 초과할 수 없습니다. 임시 간호 서비스는 역년당 최대 336시간까지 허용됩니다.

**주간 교육 프로그램:** 가입자의 자연 환경에서 성공적으로 거주하기 위해 필요한 자기 지원, 사회화, 적응 능력을 습득, 유지 및 향상시키는 것을 돕기 위해 가입자의 집이나 집 외, 비시설 환경에서 제공됩니다.

자격:

- 노숙을 경험하는 가입자; 또는

- 지난 24개월 동안 노숙 신세에서 빠져나와 주거지에 입주한 가입자; 또는

- 하루 동안의 교육 프로그램 참여를 통해 주거 안정성을 개선할 수 있는 노숙 또는 보호 시설 수용의 위험이 있는 가입자.

**노인 및 성인 주거 시설의 주거 시설처럼 간호 시설 전환/생활 지원 시설로의 전환:** 가입자가 커뮤니티에서 생활하도록 지원하고/또는 가능하다면 보호 시설 수용을 피하도록 지원합니다. 간호 시설이 가정과 같은 커뮤니티로 재가입되고/또는 간호 레벨 치료(LOC)가 임박한 가입자를 위한 전문 간호 입원을 예방하는데 도움이 됩니다. 가입자는 자격 요건에 부합할 때 간호 시설에서 장기 투약을 대안으로 생활 지원 시설에 거주할 것을 선택할 수 있습니다. 캘리포니아주 커뮤니티 전환(CCT)은 커뮤니티 지원을 하기 전에 탐색하고 활용해야 합니다.

자격:

요양 시설 전환:

간호 시설에 60일 이상 거주한 경우 그리고 간호 시설의 대안으로서 보조적인 생활 환경에서 기꺼이 생활하고자 하는 경우; 그리고 적절하고 비용 효과적인 지원을 받아 보조 받은 생활 시설에 안전하게 거주할 수 있는 경우.

간호 시설 전환:

커뮤니티에 남아있는 데 관심이 있는 경우; 그리고 적절하고 비용 효과적인 지원과 서비스를 받아 보조 받은 생활 시설에서 안전하게 거주할 의향과 의지가 있는 경우; 현재 의학적으로 필요한 간호 시설 LOC를 받고 있거나 간호 시설 LOC를 받기 위한 최소 기준을 충족해야 하며 시설에 들어가는 대신에 커뮤니티에 남아 있고 보조 생활 시설에서 의학적으로 필요한 간호 시설 LOC 서비스를 계속 받기로 선택할 경우.

계약/제한 사항: 가입자는 자신의 생활비를 직접 부담해야 합니다.

**커뮤니티 전환 서비스/간호 시설에서 가정으로의 전환:** 커뮤니티에서 생활하고, 개인 거주지에 거주하게 되는 가입자를 지원하고 비보장성 보청기를 보장함으로써, 간호 시설에 거주해 온 가입자가 커뮤니티에 거주하고 더 이상의 보호 시설 수용을 피하도록 지원합니다.

자격:

- 현재 의학적으로 필요한 간호 시설 수준의 치료(LOC) 서비스를 받고 있으며 간호 시설이나 의료 임시 시설에 남아 있는 대신, 집으로 전환하고 의학적으로 필요한 간호 시설 LOC 서비스를 계속 받기로 선택한 가입자; 및

- 요양원 및/또는 의료 임시 간호 환경에서 60일 이상 거주한 경우 및
- 커뮤니티로 돌아가고자 하는 경우; 및
- 커뮤니티에서 적절하고 비용 효과적인 지원과 서비스를 받으며 안전하게 거주할 수 있는 경우.

- 계약/제한 사항: 커뮤니티 전환 서비스/간호 시설의 가정으로의 전환은 개인의 평생에 한 번 이용 가능하며 평생 최대 \$7,500입니다. 커뮤니티 전환 서비스/간호 시설 가정으로의 전환은 한 번 더 승인될 수 있습니다. 추천자는 가입자가 통제할 수 없는 상황을 통해 서비스 제공자가 운영하는 생활 조정에서 개인 거주지에서의 생활 조정으로 이동하도록 강요받았다는 문서를 제공해야 합니다.

커뮤니티 전환 서비스에는 월별 임대 또는 모기지 비용, 음식, 정기 공과금 비용 및/또는 순전히 기분 전환/기분 전환/기분 전환 목적으로 마련된 장치 또는 품목이 포함되지 않습니다.

**개인 관리 및 가사 도우미 서비스:** 일상 생활 활동(ADL) 및 일상 생활의 제도적 활동(IADL)에 도움을 필요로 하는 가입자를 위해 돌봄을 제공합니다.

자격:

- 간호 시설이나 기능적 적자 및 기타 적절한 지원 시스템이 없는 가입자의 입원 또는 보호 시설 수용 위험이 있는 가입자:
  - 추가 시간이 필요한 경우 승인된 카운티 재택 지원 서비스(IHSS) 시간 초과를 필요로 할 경우(재평가 미정) 또는
  - 처음에 IHSS를 추천하고 IHSS 대기 기간 동안 간병인을 승인하고 이를 고용할 경우(가입자는 이미 재택 지원 서비스로 전화해야 함) 또는
  - 재택 지원 서비스를 받을 자격이 없고 60일을 초과할 수 없는 전문 간호 시설에서의 단기 체류를 피하기 위해 도움이 필요한 가입자.

**환경적 접근성 적응(집안 개조):** 가입자의 건강, 복지, 안전을 보장하거나, 가입자가 가정에서 더 자립하게 기능하도록 하기 위해 필요한 가정에 대한 신체적 적응: 가입자 미동행 시 보호 시설 수용 필요.

자격:

- 간호 시설의 보호 시설 수용 위험이 있는 가입자.

제약/제한 사항: EAA는 평생 최대 \$7500까지 지급됩니다. 총 최대 \$7500의 유일한 예외는 가입자의 거주지가 변경되거나 가입자의 상태가 크게 변경된 경우, 가입자의 건강, 복지 및 안전을 보장하기 위해 필요하거나 가입자가 가정에서 더 자립적으로 활동하고 보호 시설 수용 또는 입원을 피하도록 하는 데 필요한 경우입니다.

**의료적 지원 음식/식사/의료적 맞춤형 식사:** 최근 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원한 가입자를 위한 식사 또는 만성 질환을 가진 가입자의 고유한 식이 요구를 충족하기 위한 식사를 제공합니다.

자격:

- 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원했거나 가입자가 추천하고 기준을 충족하는 입원이나 요양원 입원 위험이 높은 가입자는 역년으로 1년에 최대 12주 동안 입원 당 최대 4주 동안 매일 2회의 식사 및/또는 의료적 지원 음식을 받게 됩니다.
- 당뇨병, 심혈관계 질환, 울혈성 심부전, 치기, 만성 폐 질환, HIV, 암, 임신성 당뇨병 또는 기타 고위험 주산기 질환, 만성 또는 정신/행동 건강 장애 등과 같은 만성 질환을 가진 개인.

**금주 센터:** 공개적으로 술에 취해(알코올 및/또는 기타 약으로 인해) 응급 부서 또는 감옥으로 이송될 가입자를 위해 대안적인 목적지를 제공합니다. 보장되는 서비스는 24시간 미만의 기간 동안 지속됩니다.

자격:

- 술에 취했지만 의식이 있고 협조적이며 걸을 수 있고 비폭력적이며 의료적 통증(생명을 위협하는 금단 증상 또는 명백한 기저 증상 포함)이 없고 달리 응급실이나 감옥으로 이송되거나 응급실에 내원했으며 금주 센터로 이송되는 것이 적절한 18세 이상의 가입자.

**천식 치료:** 개인의 건강, 복지 및 안전을 보장하거나 개인이 응급 서비스 및 입원을 필요할 수 있는 급성 천식 발병 없이 가정에서 기능할 수 있도록 하기 위해 가정 환경에 필요한 서비스 및 수정을 식별, 조정, 확보 또는 자금 조달함으로써 가입자를 지원합니다. 진료 추천은 유연히 의료 전문가의 서명이 있어야 합니다.

자격:

- 천식이 제대로 관리되지 않는 가입자(응급부서 방문 또는 입원 또는 지난 12개월 간 2차 주치의(PCP) 또는 긴급 진료 방문 또는 천식 통제 검사에서 19점 이하의 점수로 결정됨) 유연히 의료 제공자가 이 서비스가 천식 관련 입원, 부서 방문 또는 기타 고비용 서비스를 예방하는 데 도움이 될 것이라고 문서화한 가입자.

- 제약/제한 사항: 천식 완화 프로젝트 기금은 CS 전에 탐구되고 이용되어야 합니다. 천식 치료는 평생 최대 \$7,500로 인당 평생 1회 이용 가능합니다. 천식 치료는 1회 추가 승인될 수 있습니다. 의료 추천자는 가입자의 건강, 복지, 안전을 보장하기 위해 추가적인 수정이 필요하거나, 가입자가 가정에서 더 자립적이고 보호 시설 수용 또는 입원을 피할 수 있도록 하기 위해 필요하다는 의미의 중요한 변경사항을 문서로 제공해야 합니다. 금주 센터를 제외한 모든 커뮤니티 지원은 Molina의 사전 승인이 필요합니다.

도움이 필요하거나 Community 지원이 무엇인지 확인하려면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 또는 의료 제공자에게 연락해 주십시오.

## 주요 장기 이식

### 21세 미만 아동을 위한 이식

Los Angeles 카운티의 주 법률에 따라 이식이 필요한 아동을 California Children's Services (CCS) 프로그램에 추천하여 자녀가 CCS에 대한 자격 요건을 되는지 결정하도록 규정하고 있습니다. 자녀가 CCS에 대한 자격을 갖춘 경우, CCS는 이식 및 관련 서비스 비용을 보장합니다.

자녀가 CCS의 자격이 되지 않는 경우, [Molina Healthcare](#)는 해당 아동을 평가하기 위해 적격 이식 센터로 추천합니다. 이식 센터가 이식이 필요하고 안전하다는 것을 확인할 경우, [Molina Healthcare](#)는 이식 및 관련 서비스를 보장합니다.

### 21세 이상 성인을 위한 이식

담당 의사가 귀하가 주요 장기 이식이 필요하다고 결정하는 경우, [Molina Healthcare](#)는 귀하를 적격 이식 센터로 추천하여 평가를 합니다. 이식 센터가 이식이 필요하고 가입자의 의학적 상태에 안전하다는 것을 확인하는 경우, [Molina Healthcare](#)는 이식 및 기타 관련 서비스를 보장합니다.

[Molina Healthcare](#)가 보장하는 주요 장기 이식에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다.

- 골수
- 심장
- 심장/폐
- 신장
- 신장/췌장
- 간
- 간/소장
- 폐
- 췌장
- 소장

### Street Medicine 프로그램

노숙을 경험하는 가입자는 [Molina Healthcare](#)의 서비스 제공자 네트워크 내 Street Medicine 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받을 수 있습니다. Street Medicine 서비스 제공자는 유연히 주치의 또는 네트워크 내 주치의 비의료과입니다. 노숙을 경험하는 가입자는 Street Medicine 서비스 제공자가 PCP 자격 기준을 충족하고 가입자의 PCP로 동의할 경우, [Molina Healthcare](#) Street Medicine 서비스 제공자를 주치의(PCP)로 선택할 수 있습니다. [Molina Healthcare](#)의 Street Medicine 프로그램에 대한 자세한 정보는 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

---

## 기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스

### 진료별 지불 서비스(FFS) Medi-Cal 또는 기타 Medi-Cal 프로그램을 통해 받을 수 있는 기타 서비스

[Molina Healthcare](#)는 일부 서비스를 보장하지 않지만 FFS Medi-Cal 또는 기타 Medi-Cal 프로그램을 통해 여전히 서비스를 받을 수 있습니다. [Molina Healthcare](#)는 [Molina Healthcare](#)가 아닌 다른 프로그램이 보장하는 서비스를 포함하여 의학적으로 필요한 모든 서비스를 받을 수 있도록 다른 프로그램과 협의할 것입니다. 이 절에는 이러한 서비스 중

일부가 열거되어 있습니다. 자세한 내용은 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의하십시오.

## 외래환자 처방약

### Medi-Cal Rx가 보장하는 처방약

약국에서 제공되는 처방약은 Medi-Cal FFS 프로그램인 Medi-Cal Rx가 보장합니다. **Molina Healthcare**는 서비스 제공자가 진료소나 클리닉에서 제공하는 일부 약을 보장해줄 수 있습니다. 담당 의료진이 진료소, 주입 센터 또는 재택 주입 서비스 제공자가 처방한 약을 처방하는 경우, 이러한 약은 의사가 관리하는 약으로 간주됩니다.

비약국 기반의 의료 건강 관리 전문가가 약을 관리하는 경우, 이 약은 의료 혜택으로 보장됩니다. 제공자는 Medi-Cal Rx 계약 의약품 목록에 있는 약을 처방할 수 있습니다.

때때로, 귀하는 계약 의약품 목록에 없는 약이 필요합니다. 이러한 약은 약국에서 처방약을 조제하기 전에 승인이 필요합니다. Medi-Cal Rx는 24시간 이내에 이러한 요청을 검토하고 결정합니다.

- 외래환자 약국의 약사는 필요하다고 생각되면 14일치 응급약을 제공할 수 있습니다. Medi-Cal Rx는 외래환자 약국이 제공하는 응급 약 비용을 부담합니다.
- Medi-Cal Rx는 비응급 요청에 대해 거절할 수 있습니다. 요청 시, 가입자에게 그 이유를 알리는 서신을 발송합니다. 담당자가 귀하의 선택 내용에 대해 안내해 드릴 것입니다. 자세한 내용은 6장에서 “불만 사항”을 참조하십시오.

약이 계약 의약품 목록에 있는지 확인하거나 계약 의약품 목록 사본을 얻으려면 Medi-Cal Rx에 1-800-977-2273(TTY: 1-800-977-2273)번으로 전화하여 5번을 누르거나 711번을 누르십시오.

또는 Medi-Cal Rx 웹사이트 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>으로 가십시오.

## 약국

처방약을 조제하거나 리필하는 경우, Medi-Cal Rx와 협력하는 약국에서 처방약을 받아야 합니다. Medi-Cal Rx 약국 명부에서 Medi-Cal Rx와 협력하는 약국 목록은 다음과 같습니다.

<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>

가까운 약국이나 처방전을 우편으로 발송할 수 있는 약국은 Medi-Cal Rx에 1-800-977-2273(TTY: 1-800-977-2273)번으로 전화하여 5번을 누르거나 711번을 눌러 찾을 수 있습니다.

약국을 선택하시면 처방전을 약국에 가져가십시오. 담당 서비스 제공자는 가입자 대신 처방전을 해당 약국에 보낼 수도 있습니다. 약국에 오실 때 Medi-Cal 혜택 ID 카드(BIC)를 지참하고 처방전을 제시해 주십시오. 가입자가 현재 이용하는 모든 약과 알레르기에 대해 약국에서 알게 하십시오. 처방약에 대해 질문이 있으시면 약사에게 문의해 주십시오.

가입자는 [Molina Healthcare](#)에서 약국까지 교통편 서비스도 받을 수 있습니다. 교통편 서비스에 대한 자세한 내용은 이 안내 책자의 4장에서 “응급 상황이 아닌 상황에 대한 교통편 혜택”을 참조하십시오.

### 전문 정신 건강 서비스

일부 정신 건강 서비스는 [Molina Healthcare](#)대신 카운티 정신 건강 플랜이 제공합니다. 여기에는 SMHS 규칙에 부합하는 Medi-Cal 가입자를 위한 전문 정신 건강 서비스(SMHS)가 포함됩니다. SMHS에는 다음 외래환자, 거주 및 입원환자 서비스가 포함될 수 있습니다.

#### 외래환자 서비스:

- 정신 건강 서비스
- 투약 지원 서비스
- 주간 치료 집중 서비스
- 주간 재활 서비스
- 위기 중재 서비스
- 위기 안정화 서비스
- 표적 치료 관리
- 21세 미만의 가입자에게 보장되는 치료 행동 서비스
- 가입자를 위해 보장되는 집중 치료 조정(ICC)
- 21세 미만의 가입자에게 보장되는 집중 가정 기반 서비스(IHBS)
- 21세 미만의 가입자는 치료적 위탁 관리(TFC)가 보장합니다.
- 동료 지원 서비스(PSS)(선택사항)

#### 거주 서비스:

- 성인 거주 치료 서비스
- 위기상황 거주 치료 서비스

#### 입원환자 서비스:

- 정신질환 입원환자 병원 서비스
- 정신질환 건강 시설 서비스

카운티 정신 건강 플랜이 제공하는 전문 정신 건강 서비스에 대해 보다 자세한 정보는 카운티 정신 건강 플랜으로 문의하실 수 있습니다.

카운티의 모든 수신자 부담 전화번호를 온라인으로 찾으려면

[dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx](https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx)로 가십시오. [Molina Healthcare](#)에서 카운티 정신 건강 플랜의 서비스가 필요하다는 것을 알게 된 경우, [Molina Healthcare](#)는 가입자가 카운티 정신 건강 플랜 서비스와 연결하는 데 도움을 줄 것입니다.



## 약물 남용 치료 서비스

Molina Healthcare는 알코올 사용이나 기타 약물 사용에 대한 도움을 원하는 가입자들에게 서비스를 받을 것을 권장합니다. 약물 사용을 위한 서비스는 일차 진료, 입원환자 병원, 응급부서 등과 같은 일반 의료 제공자 및 전문 약물 사용 서비스 제공자가 이용할 수 있습니다. 카운티 행동 건강 플랜은 종종 전문 서비스를 제공합니다.

약물 남용을 위한 치료 옵션에 대한 자세한 내용은 Molina Healthcare의 가입자 서비스 번호 1-888-665-4621로 연락해 주십시오.

Molina Healthcare 가입자는 건강 요구와 선호도에 가장 적합한 서비스에 부합하도록 평가할 수 있습니다. 의료적으로 필요한 경우, 외래환자 치료, 거주 치료, 부브레노르핀, 메타손, 날트렉손 등 약물 남용(MAT)용 약이 포함됩니다.

카운티는 이러한 서비스의 자격이 있는 Medi-Cal 가입자에게 약물 남용 서비스를 제공합니다. 약물 남용 치료 서비스로 확인된 가입자는 카운티 치료 부서로 진료 추천을 받습니다. 모든 카운티의 전화번호 목록은 [https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD\\_County\\_Access\\_Lines.aspx](https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD_County_Access_Lines.aspx)를 참조하십시오.

Molina Healthcare는 주치의, 입원환자 병원, 응급부서, 기타 의료 시설에서 MAT를 제공하거나 수배할 것입니다.

## California Children's Services(CCS)

CCS는 21세 미만의 아동을 특정 건강 상태, 질병 또는 만성 건강 문제로 치료하고 CCS 프로그램 규칙을 충족하는 사람을 치료하는 Medi-Cal 프로그램입니다. Molina Healthcare 또는 PCP가 귀댁 자녀에게 CCS 자격이 되는 질환을 가지고 있다고 생각할 경우, CCS 카운티 프로그램에 추천되어 자격 여부를 확인할 것입니다.

카운티 CCS 프로그램 요원들은 귀댁 자녀가 CCS 서비스를 받을 자격이 되는지 결정합니다. Molina Healthcare는 CCS 자격을 결정하지 않습니다. 귀댁 자녀가 이러한 유형의 서비스를 받을 자격이 있을 경우, CCS 서비스 제공자는 CCS 유자격 상태로 자녀를 치료할 것입니다. Molina Healthcare는 신체 검사, 백신, 건강 검진 등과 같이 CCS 증상과 관련이 없는 서비스의 종류를 계속 보장합니다.

Molina Healthcare는 CCS 프로그램이 보장하는 서비스를 보장하지 않습니다. CCS가 이러한 서비스를 보장하려면 CCS는 서비스 제공자, 서비스 및 장비를 승인해야 합니다.

CCS가 모든 건강 상태를 보장하지는 않습니다. CCS는 약, 수술 또는 재활로 신체적 장애나 치료가 필요한 대부분의 건강 상태를 보장합니다. CCS 적격 조건의 예에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다.

- 선천성 심장병
- 암
- 종양
- 혈우병
- 겸상 적혈구성 빈혈
- 갑상선 문제
- 당뇨병
- 심각한 만성 신장 문제
- 간 질환
- 장 질환
- 구순열/구개열
- 이분척추
- 청력 손실
- 백내장
- 뇌성마비
- 특정 상황에서의 발작
- 류머티스성 관절염
- 근위축증
- AIDS
- 심각한 머리, 뇌 또는 척수 손상
- 심한 화상
- 심하게 비뚤어진 치아

Medi-Cal은 CCS 서비스 비용을 부담합니다. 귀하의 자녀가 CCS 프로그램 서비스의 자격이 되지 않는 경우, 그들은 [Molina Healthcare](#)로부터 의학적으로 필요한 진료를 계속 받게 됩니다.

CCS에 대해 더 자세히 알고 싶은 경우, <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs>에 문의해 주십시오. 또는 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

### 1915(c) 면제 가정 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBS)

캘리포니아의 6개의 Medi-Cal 1915(c) 면제는 주정부가 자신의 선택과 관련하여 커뮤니티 기반 환경에서 간호 시설이나 병원에서 치료를 필요로 하는 사람들에게 서비스를 제공할 수 있도록 허용합니다. Medi-Cal은 연방 정부와 계약을 맺고 있으며, 이 협정은 면제 서비스를 개인 주택이나 홈비게이팅 커뮤니티 환경에서 제공될 수 있도록 허용합니다. 면제에 따라 제공되는 서비스는 치료의 대안 기관 수준보다 더 많은 비용을해서는 안됩니다. HCBS 면제 대상자는 완전한 범위의 Medi-Cal의 자격이 되어야 합니다. 6개 Medi-Cal 1915(c) 면제사항

- 캘리포니아주 생활 면제(ALW)
- 캘리포니아주 자가 결정 프로그램(SDP) 발달 장애인에 대한 면제
- 발달 장애가 있는 캘리포니아주민에 대한 HCBS 면제(HCBS-DD)
- 가정 및 커뮤니티 기반 대안(HCBA) 면제
- Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP), 이전에는 인간 면역 결핍증 바이러스/후천성 면역 결핍증(HIV/AIDS) 면제라고도 함
- 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)

Medi-Cal 면제에 대한 자세한 내용은

<https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/HCBSWaiver.aspx>를 참조하십시오. 또는 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

## 가정 지원 서비스(IHSS)

가정 지원 서비스(IHSS) 프로그램은 재택 서비스의 대안으로 자격이 있는 노인, 맹인 및 장애인에게 가정 내 개인 돌봄 지원을 제공합니다. 이를 통해 수혜자는 자신의 가정에서 안전하게 머물 수 있습니다.

귀하의 카운티에서 이용 가능한 IHSS에 대한 자세한 내용은

<https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss>를 참조하십시오. 또는 카운티의 사회복지 기관에 연락해 주십시오.

---

## Molina Healthcare 또는 Medi-Cal을 통해 이용할 수 없는 서비스

Molina Healthcare 및 Medi-Cal은 일부 서비스에 대해 보장을 하지 않습니다. Molina Healthcare 또는 Medi-Cal이 보장하지 않는 서비스에는 다음 서비스가 포함되며 이에만 국한되지 않습니다.

- 불임을 진단하거나 치료하기 위한 불임 연구나 시술을 포함하되 제한되지 않는 체외 수정(IVF)
- 생식력 보존
- 실험 서비스
- 가정 개조
- 차량 개조
- 성형 수술

Molina Healthcare는 의학적으로 필요한 경우 비보장 서비스를 보장해드릴 수 있습니다.

귀하의 서비스 제공자는 비보장 혜택이 의학적으로 필요한 이유와 함께 Molina Healthcare 또는 의료 그룹/IPA에 선승인(사전 승인) 요청을 제출해야 합니다.

자세한 내용은 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의해 주십시오.

---

## 신기술 및 기존 기술

Molina Healthcare는 새로운 유형의 서비스와 이러한 서비스를 제공할 수 있는 새로운 방법을 모색합니다. 새로운 의료 연구를 검토하여 새로운 서비스가 가능한 한 안전한 것으로

입증되는지 확인합니다. Molina Healthcare는 일년에 한 번 이상 아래에 열거된 서비스 종류를 검토합니다.

- 의료 서비스
- 정신 건강 서비스
- 의약품
- 장비

# 5. 아동 및 청소년 건강 관리

21세 미만의 아동 및 청소년 가입자는 가입 즉시 특별 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 따라서 발달 및 전문 서비스를 포함하여 올바른 예방, 치과 및 정신 건강 치료를 받을 수 있습니다. 이 장에서는 이러한 서비스에 대해 설명합니다.

## 소아과 서비스(21세 미만 아동)

21세 미만의 가입자는 필요한 진료에 대해 보장을 받습니다. 아래 목록에는 문제나 신체적 또는 정신적 진단을 치료하거나 치료하기 위해 의학적으로 필요한 서비스가 포함되어 있습니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다.

- 아동 건강 검진 및 십대 검진(아동에게 필요한 중요한 방문)
- 예방 접종(접종)
- 행동 건강 평가 및 치료
- 개별, 그룹 및 가족 정신 치료(전문 정신 건강 서비스는 카운티가 보장)를 포함한 정신 건강 평가 및 치료
- 부작용 경험(ACE) 선별검사
- 혈중 납성분 중독 검사 포함, 검사실 선별검사
- 건강 및 예방 교육
- 안과 서비스
- 치과 서비스(Medi-Cal Dental에서 보장)
- 청력 서비스(적격 아동을 대상으로 California Children's Services(CCS)에서 보장). [Molina Healthcare](#)는 CCS의 자격이 되지 않는 아동을 위한 서비스를 보장합니다).

이러한 서비스를 조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료(EPSDT) 서비스라고 합니다. 소아과 의사의 밝은 미래(Bright Futures) 가이드라인에서 권장하는 EPSDT 서비스는 가입자나 자녀의 건강 유지를 위해 무료로 보장됩니다. 이 가이드라인 내용은 [https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity\\_schedule.pdf](https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf)에서 읽어보십시오.

## 아동 건강 검진 및 예방 관리

예방 관리에는 정기 건강 검진, 의사가 문제를 조기에 발견할 수 있도록 선별검사, 질병, 병 또는 질병을 예방하기 위한 상담 서비스 등이 포함됩니다. 정기 검진은 가입자나 자녀의 의사가 문제를 찾는 데 도움이 됩니다. 문제에는 의료, 치과, 시력, 청력, 정신 건강, 약물(알코올 또는 약) 사용 장애가 포함될 수 있습니다. Molina Healthcare는 가입자나 자녀의 정기 검진 시기가 아니어도 문제가 있을 때마다(혈중 납성분 수준 평가 포함) 검사에 대해 검진을 보장합니다.

예방 치료에는 귀하나 자녀가 필요로 하는 접종도 포함됩니다. Molina Healthcare는 모든 가입한 자녀들이 의사를 방문할 때 필요한 모든 샷을 최신 상태로 유지해야 합니다. 예방 진료 서비스 및 선별검사도 무료이며 선승인(사전 승인) 없이도 이용하실 수 있습니다.

귀댁 자녀는 다음 연령에 검진을 받아야 합니다.

- 출생 후 2-4일
- 1개월
- 2개월
- 4개월
- 6개월
- 9개월
- 12개월
- 15개월
- 18개월
- 24개월
- 30개월
- 3-20세까지 1년에 한 번

아동 건강 검진에는 다음 사항이 포함됩니다.

- 완전한 이력과 머리에서 발가락까지 신체 검사
- 연령에 맞는 주사(캘리포니아 주는 American Academy of Pediatrics Bright Futures 부칙을 따릅니다: [https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity\\_schedule.pdf](https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf))
- 혈중 납성분 중독 검사 포함, 검사실 선별검사
- 건강 교육
- 시력 및 청력 선별검사
- 구강 건강 선별검사
- 행동 건강 평가

의사가 검진이나 선별검사 중에 가입자나 자녀의 신체적 또는 정신 건강에 문제를 발견했을 경우, 가입자나 자녀는 의료적 치료를 받아야 할 수 있습니다. Molina Healthcare는 다음을 포함하여 귀하에게 무료로 서비스를 보장합니다.

- 의사, 개업 간호사, 병원 진료
- 건강 유지를 위한 접종
- 물리 치료, 언어/언어 및 작업 요법
- 의료 장비, 용품 및 기기를 포함한 가정 건강 서비스

- 안경을 포함한 안과 문제 치료
- CCS가 보장하지 않는 보청기를 포함한 청력 문제 치료
- 정력 장애 및 기타 발달 장애와 같은 건강 상태를 위한 행동 건강 치료
- 사례 관리 및 건강 교육
- 재건 수술은 선천적 결함, 발달 이상, 외상, 감염, 종양 또는 질병으로 인한 신체의 비정상적인 구조를 교정하거나 복구하여 기능을 개선하거나 정상적인 모습을 만드는 수술입니다.

---

### 혈중 납 중독 선별검사

Molina Healthcare에 가입된 모든 아동은 12개월 및 24개월 또는 이전에 선별검사를 받지 않은 경우 36개월에서 72개월 사이에 혈중 납 중독 검사를 받아야 합니다. 의사가 삶의 변화로 인해 아이가 위험에 처했다고 판단할 때마다 어린이도 검사를 받아야 합니다.

---

### 아동 및 청소년 건강 관리 서비스 이용 지원

Molina Healthcare는 21세 미만의 가입자와 그 가족들이 필요로 하는 서비스를 받도록 도와줄 것입니다. Molina Healthcare 코디네이터의 역할은 다음과 같습니다:

- 이용 가능한 서비스에 대해 알려드립니다
- 필요한 경우 네트워크 소속 서비스 제공자 또는 네트워크 외부 서비스 제공자를 찾도록 지원합니다
- 예약을 도와드립니다
- 아이들이 진료 예약에 갈 수 있도록 의료 교통편을 주선해 드립니다
- 다음과 같은 진료별 지불 서비스(FFS) Medi-Cal을 통해 이용 가능한 서비스에 대한 진료 조정을 도와드립니다.
  - 정신 건강과 약물 남용에 대한 치료 및 재활 서비스
  - 교정을 포함한 치과 문제 치료

## 진료별 지불 서비스(FFS) Medi-Cal 또는 기타 프로그램을 통해 받을 수 있는 기타 서비스

### 치과 검진

매일 수건으로 잇몸을 부드럽게 닦아 아기의 잇몸을 깨끗하게 유지하십시오. 약 4개월에서 6개월 후, 아기의 치아가 나오기 시작할 때 “치발기”가 시작합니다. 첫 번째 치아가 나오거나 첫 번째 생일이 돌아오면 먼저 자녀의 첫 치과 방문을 예약해야 합니다.

다음과 같은 Medi-Cal 치과 서비스는 다음과 같은 무료 또는 저가 서비스입니다.

#### 1~4세 아기

- 아기의 첫 치과 방문
- 아기의 첫 치과 검사
- 치과 검사(6개월마다, 그리고 때로는 더 자주)
- 엑스레이
- 치아 클리닝(6개월마다, 그리고 때로는 더 자주)
- 불소 바니시(6개월마다, 그리고 때로는 더 자주)
- 충전재
- 발치(치아 제거)
- 응급 치과 서비스
- \*진정제(의학적으로 필요한 경우)

#### 5-12세 아동

- 치과 검사(6개월마다, 그리고 때로는 더 자주)
- 엑스레이
- 불소 바니시(6개월마다, 그리고 때로는 더 자주)
- 치아 클리닝(6개월마다, 그리고 때로는 더 자주)
- 대구치 실란트
- 충전재
- 근관
- 발치(치아 제거)
- 응급 치과 서비스
- \*진정제(의학적으로 필요한 경우)

#### 13-20세 청소년

- 치과 검사(6개월마다, 그리고 때로는 더 자주)
- 엑스레이
- 불소 바니시(6개월마다, 그리고 때로는 더 자주)
- 치아 클리닝(6개월마다, 그리고 때로는 더 자주)
- 적격자 대상 교정(보조기)
- 충전재
- 크라운
- 근관
- 발치(치아 제거)
- 응급 치과 서비스
- 진정제(의학적으로 필요한 경우)



\*서비스 제공자는 국소 마취가 의학적으로 적절하지 않은 이유를 결정하고 문서화할 때 진정과 전신 마취를 고려해야 하며, 치과 치료는 선승인을 받았거나 선승인(사전 승인)이 필요 없습니다.

이러한 이유는 국소 마취를 사용할 수 없으며 진정이나 전신 마취를 대신 사용할 수 있는 이유입니다.

- 서비스 제공자의 치료 시도에 환자가 반응하지 못하게 하는 신체적, 행동, 발달 또는 정서적 상태
- 주요 수복 또는 외과적 시술
- 비협조적 아동
- 주사 부위의 급성 감염
- 통증을 통제하기 위한 국소 마취제의 효과 무력

치과 서비스에 대해 궁금하신 점이 있거나 치과 서비스에 대해 더 자세히 알고 싶으시면, Medi-Cal 치과 프로그램 전화번호 1-800-322-6384(TTY: 1-800-735-2922 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 또는 다음 웹사이트를 방문하시기 바랍니다 <https://smilecalifornia.org/>.

### 추가 예방 교육 진료 추천 서비스

자녀가 학교에 참여하고 잘 배우고 있지 않을까 걱정된다면, 자녀 학교의 의사, 교사 또는 관리자에게 상담받으십시오. [Molina Healthcare](#)가 보장하는 의료 혜택 외에도, 학교는 자녀가 배우고 뒤처지지 않도록 돕기 위해 제공해야 하는 서비스가 있습니다. 자녀의 학습을 돕기 위해 제공될 수 있는 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 언어 및 언어 서비스
- 심리 서비스
- 물리 치료
- 작업 치료
- 지원 기술
- 사회복지 서비스
- 상담 서비스
- 학교 간호사 서비스
- 통학 교통편

캘리포니아 주 교육국은 이러한 서비스를 제공하고 비용을 지불합니다. 자녀의 담당 의사 및 교사와 함께 자녀에게 가장 적합한 맞춤형 계획을 세울 수 있습니다.

# 6. 문제 보고 및 해결

문제를 보고하고 해결하는 2가지 방법은 다음과 같습니다.

- 문제가 있거나 **Molina Healthcare** 또는 서비스 제공자 또는 서비스 제공자로부터 받은 건강 관리 또는 치료에 만족하지 않을 경우 **불만 제기(고충)**를 사용하십시오.
- 서비스를 변경하거나 보장하지 않는다는 **Molina Healthcare**의 결정에 동의하지 않을 경우 **이의 제기**를 사용하십시오.

귀하는 자신의 문제에 대해 알리기 위해 **Molina Healthcare**에 고충과 이의 제기를 제출할 권리를 갖습니다. 이것으로 귀하의 법적 권리 및 구제가 박탈되는 일은 없습니다. 플랜은 플랜에 불만을 제기하거나 문제를 신고한 것에 대해 어떤 차별이나 보복도 가하지 않습니다. 귀하의 문제에 대해 알려주는 것은 모든 가입자의 치료를 개선하는 데 도움이 될 것입니다.

먼저 **Molina Healthcare**에 연락하여 문제에 대해 알려주실 수 있습니다. **월요일 - 금요일, 오전 7시 - 오후 7시** 중 전화 **1-888-665-4621**(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 귀하의 문제에 대해 알려주십시오.

귀하의 고충 또는 이의 제기가 30일 후에도 해결되지 않거나 결과에 만족하지 않을 경우, 캘리포니아주 관리보건부(DMHC)에 연락하실 수 있습니다. 이들에게 불만 제기 내용을 검토해 달라고 요청하거나 독립 의료 심사(IMR)를 실시해 달라고 요청하십시오. 가입자의 건강에 심각한 위협이 되는 경우와 같이 가입자의 문제가 긴급한 경우, **Molina Healthcare**에 먼저 고충 또는 이의 제기를 하지 않고도 DMHC에 즉시 연락하실 수 있습니다. DMHC에 무료 전화 **1-888-466-2219**(TTY **1-877-688-9891** 또는 711)번으로 문의하실 수 있습니다. 또는 다음 웹사이트를 방문하시기 바랍니다: <https://www.dmhc.ca.gov>.

캘리포니아주 의료서비스(DHCS) Medi-Cal 관리형 진료 옴부즈맨도 도움을 드릴 수 있습니다. 건강 플랜 가입, 변경 또는 탈퇴에 문제가 있을 경우 도움을 드릴 수 있습니다. 또한 이사하여 Medi-Cal을 새 카운티로 이송하는 데 문제가 있는 경우에도 도움을 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨에게 월요일부터 금요일 오전 8시부터 오후 5시 사이 **1-888-452-8609**번으로 연락하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.

Medi-Cal 자격에 대해 카운티 자격 사무소에 고충을 제기하실 수도 있습니다. 고충을 제기할 수 있는 사람이 누구인지 확실하지 않다면 **1-888-665-4621**(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

귀하의 건강 보험에 대해 잘못된 정보를 신고하려면 월요일부터 금요일 오전 8시부터 오후 5시 사이 1-800-541-5555번으로 Medi-Cal에 연락해 주십시오.

## 불만 제기

불만 제기(고충)는 문제가 있거나 [Molina Healthcare](#) 또는 서비스 제공자의 서비스에 만족하지 않는 경우 제출합니다. 불만 제기에 기한은 없습니다. [Molina Healthcare](#)에 언제든지 전화, 서면 또는 온라인으로 불만을 제기하실 수 있습니다. 귀하의 승인된 대리인 또는 제공자는 또한 귀하의 허락을 받아 불만을 제기할 수도 있습니다.

- **전화:** [Molina Healthcare](#)에 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 **월요일부터 금요일, 오전 7시부터 오후 7시** 사이에 문의해 주십시오. 건강 플랜 ID 번호, 이름 및 불만 제기 사유를 알려 주십시오.
- **우편:** [Molina Healthcare](#)에 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 전화하여 양식을 보내달라고 요청하십시오. 양식을 받으시면 작성하십시오. 귀하의 이름, 건강 플랜 ID 번호, 불만 제기 사유를 반드시 포함하도록 하십시오. 어떤 일이 발생했으며 어떻게 도와드릴 수 있는지 알려 주십시오.

양식을 다음의 주소로 우편 발송해 주십시오.

[Attention: Member Appeals & Grievances](#)

[200 Oceangate, Suite 100](#)

[Long Beach, CA 90802](#)

불만 제기 양식은 담당 의사의 진료소에 있습니다.

- **온라인:** [Molina Healthcare](#) 웹사이트 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)으로 가시기 바랍니다.

불만 제기에 도움이 필요한 경우, 저희가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 언어 서비스를 제공할 수 있습니다. 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

불만 제기를 접수한 지 역일로 5일 이내에 귀하에게 불만 사항을 알리는 서신을 발송해 드립니다. 30일 이내에 당사가 귀하의 문제를 어떻게 해결했는지를 알려주는 또 다른 서신을 보내드립니다. [Molina Healthcare](#)에 전화하셔서 건강 관리 보장, 의료적 필요 또는 실험적 또는 조사 치료가 아닌 불만 사항, 그리고 귀하의 고충이 다음 영업일 마감까지 해결된 경우, 서신을 받지 못할 수 있습니다.

가입자가 심각한 건강상의 문제가 있는 긴급 사안이 있을 경우, 신속(빠른) 심사를 시작합니다. 72시간 내에 귀하에게 결정 내용을 전해드릴 것입니다. 신속 심사를 요청하려면 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 문의하십시오.

불만 제기가 접수된 지 72시간 이내에 불만 처리 방법과 신속 처리 여부를 결정합니다. 당사가 귀하의 불만 제기를 신속히 처리하지 않을 경우, 30일 이내에 귀하의 불만을 해결해드릴 것임을 알려드릴 것입니다. 우려가 신속 심사에 대한 자격이 있다고 생각되거나 [Molina Healthcare](#)가 72시간 이내에 가입자에게 답변하지 않는 경우를 포함하여 어떠한 이유로든 DMHC에 직접 연락할 수 있습니다.

Medi-Cal Rx 약국 혜택과 관련된 불만 제기는 [Molina Healthcare](#) 고충 처리 절차의 대상도 아니거나, 독립 의료 심사 대상도 아닙니다. 가입자는 [1-800-977-2273](tel:1-800-977-2273)(TTY [1-800-977-2273](tel:1-800-977-2273))번으로 전화하여 5번을 누르거나 711번을 눌러 Medi-Cal Rx 약국 혜택에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 또는 웹사이트를 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>를 방문하십시오.

Medi-Cal Rx를 적용하지 않는 약국 혜택과 관련된 불만 사항은 독립 의료 심사 대상이 될 수 있습니다. DMHC의 수신자 부담 전화번호는 [1-888-466-2219](tel:1-888-466-2219)(TTY [1-877-688-9891](tel:1-877-688-9891))번입니다. 독립 의료 심사/불만 제기 양식 및 안내서는 DMHC의 웹사이트 <https://www.dmhc.ca.gov/>에서 온라인으로 찾으실 수 있습니다.

## 이의 제기

이의 제기는 불만 제기와 다릅니다. 이의 제기는 가입자의 서비스에 대한 플랜의 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 것입니다. 당사에서 서비스를 거부, 지연, 변경 또는 종료하는 것을 알리는 조치 통지(NOA) 서신을 발송했으며 가입자가 당사의 결정에 동의하지 않는 경우, 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 귀하의 승인된 대리인 또는 제공자는 또한 귀하의 서면 허가를 받아 귀하를 위한 이의 제기를 요청하실 수 있습니다.

귀하께서 플랜을 통해 제공하신 NOA 날짜로부터 60일 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다. 플랜이 가입자가 현재 이용하는 서비스를 감소, 중단 또는 중단하기로 결정한 경우, 이의 제기가 결정될 때까지 기다리는 동안 해당 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 이것을 이의 제기 중 보조금 지급(Aid Pay Pending)이라고 합니다. 이의 제기 중 보조금 지급을 이용하려면 NOA 날짜로부터 10일 이내 또는 귀하의 서비스가 중단될 예정이며 그 날짜 이전부터 늦어도 이의 제기를 요청해야 합니다. 이러한 상황에서 이의 제기를 요청할 경우, 서비스는 계속됩니다.

이의 제기는 전화, 서면 또는 온라인으로 할 수 있습니다.

- **전화:** Molina Healthcare에 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 월요일부터 금요일, 오전 7시부터 오후 7시 사이에 문의해 주십시오. 본인 이름, 건강 플랜 ID 번호 및 이의 제기를 하려는 서비스를 알려 주십시오.
- **우편:** Molina Healthcare에 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 전화하여 양식을 보내달라고 요청하십시오. 양식을 받으시면 작성하십시오. 귀하의 이름, 건강 플랜 ID 번호 및 이의 제기를 하는 서비스를 포함하도록 하십시오.

양식을 다음의 주소로 우편 발송해 주십시오.

Attention: Member Appeals & Grievances

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

이의 제기 양식은 담당 의사의 진료소에 있습니다.

- **온라인:** Molina Healthcare 웹사이트를 방문해 주십시오. 방문 사이트는 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)입니다.

이의 제기 또는 이의 제기 중 보조금 지급을 요청하는 데 도움이 필요한 경우, 당사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 언어 서비스를 제공할 수 있습니다. 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

이의 제기를 접수한 지 5일 이내에 귀하에게 이의 제기를 알리는 서신을 발송해 드립니다. 당사의 이의 제기 결정은 30일 내에 귀하에게 알려드리고 이의 제기 해결 고지문(NAR) 서신을 발송합니다. 저희가 30일 이내에 이의 제기 결정을 통보하지 않을 경우, 캘리포니아주 사회복지부(CDSS)에 주 공청회와 DMHC에 독립 의료 심사(IMR)를 요청할 수 있습니다. 단, 주 공청회를 먼저 요청했으며 공청회가 이미 이뤄진 경우, DMHC에 IMR을 요청할 수 없습니다. 이 경우, 주 공청회는 최종 의결을 내립니다.

귀하의 이의 제기를 결정하는 데 시간이 귀하의 생명, 건강 또는 기능에 위험에 처할 수 있기 때문에 가입자나 담당 의사가 플랜이 빠른 결정을 내리기를 원할 경우, 귀하는 신속(빠른) 심사를 요청할 수 있습니다. 신속 심사를 요청하려면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오. 가입자의 이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에 결정을 내립니다.

---

## 이의 제기 결정에 동의하지 않을 경우 해야 할 일

이의 제기를 요청했으며 당사가 결정을 변경하지 않았다는 NAR 서신을 받았거나, NAR 서신을 받지 못했으며 30일이 지난 경우:

- 캘리포니아주 사회복지부(CDSS)로부터 **주 공청회**를 요청하고 판사가 귀하의 사건을 검토합니다. CDSS의 수신자 부담 전화는 1-800-743-8525(TTY 1-800-952-8349)입니다. 주 공청회는 <https://www.cdss.ca.gov>에서도 온라인으로 요청할 수 있습니다.
- **Molina Healthcare**의 결정을 검토하도록 관리보건국(DMHC)에 독립 의료 심사/불만 제기 양식을 제출합니다. 또는 DMHC로부터 **독립 의료 심사(IMR)**를 요청합니다. 귀하의 불만 제기가 DMHC의 독립 의료 심사(IMR) 절차를 받을 자격이 되는 경우, **Molina Healthcare**에 소속되지 않은 외부 의사가 귀하의 사례를 검토하여 **Molina Healthcare**가 따라야 하는 결정을 내립니다. DMHC의 수신자 부담 전화번호는 1-888-466-2219(TTY 1-877-688-9891)번입니다. 독립 의료 심사/불만 제기 양식 및 안내서는 DMHC의 웹사이트 <https://www.dmhc.ca.gov>에서 온라인으로 찾으실 수 있습니다.

주 공청회 또는 IMR에 대한 비용은 가입자 본인 부담이 아닙니다.

귀하는 주 공청회와 IMR을 모두 받을 자격이 있습니다. 단, 주 공청회를 먼저 요청했으며 공청회가 이미 이뤄진 경우, IMR을 요청할 수 없습니다. 이 경우, 주 공청회는 최종 의결을 갖습니다.

아래의 절들에서 주 공청회와 IMR을 요청하는 방법에 관한 상세 정보가 있습니다.

Medi-Cal Rx 약국 혜택과 관련된 불만 및 이의 제기는 **Molina Healthcare**에서 다루지 않습니다. 가입자는 1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273)번으로 전화하여 5번을 누르거나 711번을 눌러 Medi-Cal Rx 약국 혜택에 대한 불만이나 이의 제기를 제출할 수 있습니다. Medi-Cal Rx를 적용하지 않는 약국 혜택과 관련된 불만이나 이의 제기는 독립 의료 심사(IMR) 대상이 될 수 있습니다.

Medi-Cal Rx 약국 혜택과 관련된 결정에 동의하지 않을 경우, 주 공청회를 요청할 수 있습니다. DMHC에게 Medi-Cal Rx 약국 혜택 결정에 대한 IMR을 요청할 수 없습니다.

## 관리보건국(DMHC)에 대한 불만 제기 및 독립 의료 심사(IMR)

IMR은 귀하의 건강 플랜 측에 관계되지 않은 외부 의사가 귀하의 사건을 검토하는 것입니다. IMR을 원할 경우, 먼저 **Molina Healthcare**에 이의 제기를 제출해야 합니다. 역일로 30일 이내에 건강 플랜의 소식을 듣지 못하거나 건강 플랜의 결정에 만족하지 않을 경우, IMR을 요청할 수 있습니다. 귀하는 이의 제기 결정을 알리는 통지서 날짜로부터 6개월 이내에 IMR을 요청해야 하지만 주 공청회를 요청하는 데 120일밖에 되지 않아 IMR과 주 공청회가 가능한 한 빨리 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하가 주 공청회를 먼저 요청했으며 공청회가 이미 이뤄진 경우, IMR을 요청할 수 없음을 명심하십시오. 이 경우, 주 공청회는 최종 의결을 갖습니다.

Molina Healthcare에 먼저 이의 제기를 제출하지 않고도 즉시 IMR을 받을 수 있습니다. 가입자의 건강에 심각한 위협이 되는 경우와 같이 가입자의 건강 문제가 긴급한 경우입니다.

DMHC에 대한 불만 제기가 IMR의 자격이 되지 않는 경우, DMHC는 가입자의 불만 제기 내용을 검토하여 귀하가 서비스 거부에 대해 이의 제기를 했을 때 Molina Healthcare가 올바른 결정을 내렸는지 확인할 것입니다.

캘리포니아 주 관리보건국은 의료 서비스 보증을 규제할 책임이 있습니다. 귀하의 의료 보험에 고충이 있다면, 관리보건국에 연락하기 전에 먼저 귀하의 건강 플랜에 **1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)**번으로 전화하여, 귀하의 건강 플랜 불만 처리 절차를 활용해야 합니다. 이러한 고충 제기 절차를 활용한다고 해서 귀하에게 제공될 수 있는 잠재적 법적 권리나 구제 금융이 금지되지는 않습니다. 비상 사태와 관련된 고충, 귀하의 건강 플랜 측에 의해 만족스럽게 해결되지 못한 고충 또는 30일 이상 미결로 남은 고충의 처리에 도움이 필요한 경우, 도움을 받기 위해 관리보건국에 연락할 수 있습니다. 또한 귀하는 독립 의료 심사(IMR)를 받을 자격이 될 수 있습니다. 귀하가 IMR 이용 자격이 되는 경우, IMR 절차는 제안된 서비스나 치료의 의료적 필요성에 관계되거나 본질 상 실험적이거나 조사 차원인 치료에 대한 보장 결정에 관계되거나 또는 비상 또는 응급 의료 서비스에 대한 지불 분쟁과 관련해 의료 플랜이 내린 의료 결정에 공정한 심사를 내릴 것입니다. 담당 부서에는 청각 및 언어 장애인용 수신자 부담 전화(**1-888-466-2219**) 및 TDD 회선(**1-877-688-9891**)도 있습니다. 이 부서의 인터넷 웹사이트 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)에 온라인 불만 제기 양식, IMR 신청서 및 안내서가 있습니다.

## 주 공청회

주 공청회는 Molina Healthcare와 CDSS의 판사와의 미팅입니다. 판사는 귀하의 문제 해결을 돕거나 당사가 올바른 결정을 했음을 알려드릴 것입니다.

귀하는 이미 당사에 이의 제기를 요청하셨는데도 저희 결정에 만족하지 않거나, 30일 후에 이의 제기에 대한 결정을 받지 못한 경우, 주 공청회를 요청할 수 있는 권리가 있습니다.

귀하는 NAR 서신 날짜로부터 120일 이내에 주 공청회를 요청해야 합니다. 이의 제기 중 보조금 지급을 요청했으며 주 공청회에서 결정이 내려질 때까지 이 지급이 계속되기를 원할 경우, NAR 서신으로 10일 이내에 또는 서비스가 중단된다고 통지한 날짜 이전에 주 공청회를 요청해야 합니다.

주 공청회에서 최종 결정이 내려질 때까지 이의 제기 중 보조금 지급이 계속될 수 있도록 도움이 필요한 경우, **월요일 - 금요일, 오전 7시 - 오후 7시** 사이 Molina Healthcare에 **1-888-665-4621**번으로 연락 바랍니다. 잘 듣거나 말할 수 없는 경우 TTY/TDD 또는

711번으로 연락해 주십시오. 귀하의 승인된 대리인 또는 제공자는 귀하의 서면 허가를 받아 주 공청회를 요청할 수 있습니다.

이의 제기 절차를 마치지 않고도 주 공청회를 요청할 수 있습니다.

예를 들어, 당사가 귀하에게 귀하의 서비스에 대해 시기적절하게 알리지 않았다면, 이의 제기 절차를 완료하지 않고도 주 공청회를 요청하실 수 있습니다. 이를 잠정적 최종 심사라고 합니다. 잠정적 최종 심사로 간주되는 몇 가지 예는 다음과 같습니다.

- 귀하에게 모국어로 된 NOA 또는 NAR 서신을 제공하지 않았을 경우
- 귀하의 권리에 영향을 주는 실수를 저질렀을 경우
- 귀하에게 NOA 서신을 제공하지 않았을 경우
- 귀하에게 NAR 서신을 제공하지 않았을 경우
- NAR 서신에서 실수를 저질렀을 경우
- 귀하의 이의 제기를 30일 내에 결정하지 않았을 경우 귀하의 사건을 긴급으로 확인했으나 72시간 내에 귀하의 이의 제기에 답변하지 않았을 경우

주 공청회는 다음과 같은 방법으로 요청할 수 있습니다.

- **온라인:** 온라인 공청회 요청 사이트 접속 [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov)
- **팩스:** 이의 제기 해결 통지서와 함께 제공된 양식을 작성하고 주 공청회과에 1-833-281-0905번에 팩스로 보내주십시오.
- **전화:** 주 공청회과에 1-800-743-8525(TTY 1-800-952-8349 또는 711)번으로 연락해 주십시오.
- **우편:** 이의 제기 해결 안내문과 함께 제공된 양식을 작성하여 다음의 양식으로 보내주십시오.

California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, MS 09-17-442  
Sacramento, CA 94244-2430

주 공청회 요청에 도움이 필요한 경우, 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 언어 서비스를 제공할 수 있습니다. [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 연락해 주십시오.

공청회에서 가입자는 자신의 입장을 제시할 것입니다. 저희는 당사의 입장을 제시할 것입니다. 판사가 해당 사건을 결정하는 데는 최대 90일 정도 걸릴 수 있습니다. [Molina Healthcare](#)는 판사가 내린 결정을 따라야 합니다.

주 공청회를 하는 데 시간이 걸릴 경우 귀하의 생명, 건강 또는 능력이 완전히 위험에 처하게 되므로 CDSS가 빠른 결정을 내리기를 원할 경우, 귀하, 승인된 대리인 또는 제공자가 CDSS에



연락하여 신속(빠른) 주 공청회를 요청할 수 있습니다. CDSS는 [Molina Healthcare](#)로부터 귀하의 전체 사건 파일을 접수한 후 늦어도 영업일 기준 3일 이내에 결정을 내려야 합니다.

## 사기, 낭비 및 남용

Medi-Cal을 이용한 서비스 제공자 또는 당사자가 사기, 낭비 또는 남용을 자행했다고 의심되는 경우, 기밀 수신자 부담 전화 1-800-822-6222번으로 전화하거나 <https://www.dhcs.ca.gov/>에서 온라인으로 불만 제기를 하여 신고해야 합니다.

서비스 제공자의 사기 행위, 낭비 및 남용에는 다음이 포함됩니다.

- 의료 기록 허위
- 의학적으로 필요한 것보다 더 많은 약을 처방하는 행위
- 의학적으로 필요한 것보다 더 많은 의료 서비스를 제공하는 행위
- 제공되지 않은 서비스에 대해 청구하는 행위
- 전문가가 서비스를 수행하지 않았음에도 전문가 서비스를 청구하는 행위
- 가입자가 선택한 서비스 제공자에게 영향을 미칠 수 있도록 가입자에게 무료 또는 할인된 품목 및 서비스를 제공하는 행위
- 가입자가 모르는 상태에서 가입자의 주치의의 변경하는 행위

혜택을 받는 사람의 사기, 낭비 및 남용에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다.

- 건강 플랜 ID 카드 또는 Medi-Cal 혜택 ID(BIC)를 다른 사람에게 대여, 판매 또는 제공하는 행위
- 두 명 이상의 서비스 제공자가 유사한 치료 또는 동일한 약을 받는 행위
- 응급 상황이 아님에도 응급실로 가는 행위
- 다른 사람의 사회보장번호 또는 건강 플랜 ID 번호를 사용하는 행위
- 비의료 관련 서비스를 이용하거나, Medi-Cal이 보장하지 않는 서비스를 이용하거나, 진료 예약이나 처방약이 없음에도 의료 및 비의료 교통편을 이용하는 행위

사기, 낭비 및 남용을 신고하려면 사기, 낭비 또는 남용을 저지른 사람의 이름, 주소 및 ID 번호를 적어 주십시오. 서비스 제공자의 경우 전화번호나 전문 분야와 같은 개인에 대해 가능한 한 많은 정보를 제공하십시오. 이벤트의 날짜와 정확히 무슨 일이 있었는지에 대한 요약을 제공합니다.

신고서를 다음의 주소로 보내주십시오.

Compliance Director  
Molina Healthcare of California  
200 Oceangate, Ste. 100  
Long Beach, CA 90802  
수신자 부담 전화번호: (866) 606-3889  
팩스 번호 (562) 499-6150  
이메일: MHC\_Compliance@Molinahealthcare.com

Molina Healthcare Alert Line에 866-606-3889번으로 전화하십시오.

<https://www.molinahealthcare.alertline>에서 온라인으로 사기, 낭비 및 남용 보고서 양식을 작성하십시오.

# 7. 권리 및 책임

귀하는 [Molina Healthcare](#)의 가입자로서 특정 권리와 책임을 갖습니다. 이 장에서는 이러한 권리와 책임에 대해 설명합니다. 이 장은 귀하가 [Molina Healthcare](#)의 가입자로서 권리를 갖는다는 법적 고지도 포함합니다.

## 귀하의 권리

[Molina Healthcare](#)의 가입자로서의 권리:

- 존중과 존엄성을 가지고 대우받기 위해, 귀하의 프라이버시 권리와 귀하의 의료 정보의 기밀을 유지해야 할 필요성을 고려할 권리
- 보장 서비스, 개업의, 가입자 권리 및 책임을 포함한 건강 플랜 및 서비스에 대한 정보를 제공 받을 권리
- 모든 고충 및 이의 제기 통지서를 포함하여 원하는 언어로 가입자 정보를 온전히 고지받을 권리
- [Molina Healthcare](#)의 가입자 권리 및 책임 정책에 대해 추천할 권리
- PCP를 이용할 수 없거나 신규 환자를 수락하지 않는 한 [Molina Healthcare](#)의 네트워크 내에서 주치의를 선택할 수 있는 권리
- 네트워크 서비스 제공자를 시기 적절하게 이용할 권리
- 치료 거부 권리를 포함하여 가입자의 건강 관리에 대해 서비스 제공자와 의사 결정에 참여할 권리
- 부작용 결정과 관련이 없는 조직, 서비스 제공자, 진료 제공자, 진료 또는 기타 불만 제기에 대해 구두 또는 서면으로 고충을 제기할 권리
- [Molina Healthcare](#)가 치료 요청을 거부, 지연, 종료 또는 변경한 결정에 대한 의학적 이유를 알 권리
- 진료 조정을 받을 권리
- 서비스 또는 혜택을 거부, 연기 또는 제한하는 결정에 대한 이의 제기를 요청할 권리
- 무료 언어 통역 및 번역 서비스를 이용할 권리
- 지역 법률 지원 사무소 또는 다른 그룹에서 무료 법률 지원을 받을 권리
- 사전 의향서의 처방을 받을 권리

- 서비스 또는 혜택이 거부되었고 이미 [Molina Healthcare](#)에 이의 제기를 제출했거나, 결정에 만족하지 않거나, 30일 이후 이의 제기에 대한 결정을 받지 못한 경우, 신속 공청회가 가능한 상황에 대한 정보를 포함한 주 공청회를 요청할 권리
- [Molina Healthcare](#)에서 탈퇴(중단)하고 요청시 카운티의 다른 건강 플랜으로 변경할 권리
- 미성년자 동의 서비스를 이용할 권리
- 요청 시 및 복지 및 기관(W&I) 코드 섹션 14182 (b)(12)에 따라 요청 시 그리고 시기 적절하게 적절한 형식으로 다른 형식(점자, 대형 인쇄체, 오디오 및 접근성 전자식 형식)으로 무료 서면 가입자 정보를 받을 권리
- 강압, 징계, 편의 또는 보복의 수단으로서 가하는 모든 형태의 제약 또는 격리로부터 자유로울 권리
- 비용이나 보장에 관계 없이 귀하의 질환과 이해 능력에 맞게 제시된 가용한 치료 옵션과 대안에 대한 정보를 진실로 논의할 권리
- 귀하의 의료 기록에 대한 액세스 및 사본을 얻고, 45 미국연방기준집(CFR) 164.524절 및 164.526절에 명시된 바와 같이 수정 또는 정정을 요청할 권리
- [Molina Healthcare](#), 서비스 제공자 또는 주 정부의 치료 방식에 불리하게 영향을 주지 않고 이러한 권리를 행사할 자유의 권리
- 가족 계획 서비스, 독립 출생 센터, 연방 정부 공인 보건소, 인디언 건강 클리닉, 조산사 서비스, 지방 건강 센터, 성병 서비스를 [Molina Healthcare](#) 네트워크 안팎에서 진료 추천이나 사전 승인 없이도 이용할 권리
- 연방법에 따라 [Molina Healthcare](#)의 네트워크 외부에서 응급 서비스를 이용할 권리
- 부작용 혜택 결정 고지(NABD) 날짜로부터 역일로 60일 이내에 불리 혜택 결정 이의 제기를 요청하고, 해당되는 경우, 주 공청회를 통해 플랜 내부 이의 제기 과정에서 혜택을 지속할 권리.

## 귀하의 책임

Molina Healthcare 가입자에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 치료를 제공하기 위해 조직과 일반의 및 서비스 제공자가 필요로 하는 정보를(가능한 한 선까지) 제공할 책임
- 일반의와 동의한 진료에 대한 계획 및 지침을 따를 책임
- 그들의 건강 문제를 이해하고 가능한 한, 상호 합의 치료 목표를 수립하는 데 관여할 책임
- 가입자에게 추가 건강 보험이 있는 경우, 플랜에 알릴 책임
- 다른 환자에게 제공되는 서비스를 지원하고 의사 진료소, 병원, 기타 사무실이 원활하게 운영되도록 행동할 책임
- 이사할 경우 당사에 알릴 책임 서비스 지역 내부로 이사할 경우, 당사는 가입자 기록을 최신 상태로 유지해야 합니다. 플랜 서비스 지역 외부로 이사할 경우, 가입자 상태를 유지할 수 없지만 해당 지역에 플랜이 있는지 알려드릴 수 있습니다.
- 질문, 우려, 문제 또는 제안이 있을 경우 당사에 알릴 책임.

## 비차별 고지

차별은 불법입니다. Molina Healthcare는 주 및 연방 민권법을 준수합니다. Molina Healthcare는 성별, 인종, 피부색, 종교, 편파적, 출신 국가, 민족성 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 의료 상태, 유전적 정보, 혼인 여부, 성별, 성적체성 또는 성적 지향 때문에 비법적으로 차별을 받거나, 사람들을 제외하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Molina Healthcare의 특징:

- 다음과 같이 장애인이 더 나은 의사소통을 할 수 있도록 도와주는 무료 보조 지원 및 서비스:
  - 유자격 수화 통역사
  - 기타 형식(대형 인쇄체, 오디오, 액세스 가능한 전자식 형식 및 기타 형식)으로 작성된 정보
- 다음과 같이 일차 언어가 영어가 아닌 분을 위한 무료 언어 서비스:
  - 유자격 통역사.
  - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요하시면, **월요일 - 금요일, 오전 7시 - 오후 7시** 사이 Molina Healthcare에 1-888-665-4621번으로 연락해 주십시오. 또는 소리가 들리지 않거나 말을 못할 경우, 캘리포니아 교환 서비스를 이용하려면 1-888-665-4621 또는 711로 연락해 주십시오.

## 고충 제기 방법

Molina Healthcare가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나, 성별, 인종, 피부색, 종교, 편입, 출신 국가, 민족 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 의료 상태, 유전적 정보, 혼인 여부, 성별, 성적체성 또는 성적 지향을 바탕으로 다른 방식으로 차별을 받거나, Molina Healthcare **인권 조정 담당자**에게 고충을 제기할 수 있습니다. 고충 제기는 서면, 직접 또는 전자식으로 접수할 수 있습니다.

- **전화:** 월요일 - 금요일, 오전 7시 - 오후 7시 사이에 Molina Healthcare 민권 코디네이터에게 1-866-606-3889번으로 연락해 주십시오. 또는 소리가 잘 들리지 않거나 말할 수 없는 경우, TTY/TDD 또는 711로 전화하여 캘리포니아 교환 서비스를 이용하십시오.
- **서신:** 불만 제기 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내주십시오.  
**Attention: Molina Healthcare Civil Rights Coordinator**  
 200 Oceangate, Suite 100  
 Long Beach, CA 90802
- **직접 전달:** 담당 의사의 진료소 또는 Molina Healthcare를 방문하여 고충을 제기하기를 희망한다고 말씀하십시오.
- **온라인:** Molina Healthcare 웹사이트 방문  
<https://molinahealthcare.Alertline.com> 또는 이메일로 고충 사항 발송  
[civil.rights@molinahealthcare.com](mailto:civil.rights@molinahealthcare.com).

미결 문제에 대해 추가적인 도움이 필요하시면 Health Net에 1-800-522-0088번으로 연락하실 수도 있습니다.

## 민권 사무국 – 캘리포니아주 보건 서비스

California 주 보건 서비스의 민권 담당실에 전화, 서면 또는 이메일이나 웹사이트에서 민권에 관한 불만 제기를 하실 수도 있습니다.

- **전화:** 1-916-440-7370번으로 문의하십시오. 말을 못하거나 소리가 잘 들리지 않는 경우 711(원격 통신 교환 서비스)번으로 연락해 주십시오.
- **서신:** 불만 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내 주십시오.  
 Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

불만 제기 양식 다운로드

[https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **온라인:** 이메일 발송 주소는 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)입니다.

## 인권 담당실 – 미국 보건복지부

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별을 받았다고 생각하실 경우, 보건복지부, 민권사무국에 전화, 서면 또는 전자식으로 민권 불만을 제기하실 수도 있습니다.

- **전화:** 1-800-368-1019번으로 문의하십시오. 말을 못하거나 소리가 잘 들리지 않을 경우, TTY 1-800-537-7697번 또는 711로 전화하여 캘리포니아 교환 서비스를 이용하실 수 있습니다.
- **서신:** 불만 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내 주십시오.  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

불만 제기 양식 다운로드 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

- **온라인:** 민권 불만 제기 사무소 포털 주소는 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp>입니다.

## 가입자로서 참여할 수 있는 방법

Molina Healthcare는 가입자의 의견을 듣고자 합니다. 매 분기마다 Molina Healthcare는 무엇이 잘되고 있는지, 그리고 Molina Healthcare가 어떻게 개선할 수 있는지를 논의하기 위해 미팅을 갖습니다. 가입자 분들의 참여를 환영합니다. 미팅에 참여하십시오!

## 가입자 자문 위원회

Molina Healthcare에는 가입자 자문 위원회(MAC)라는 그룹이 있습니다. 이 그룹은 다양한 업무 라인을 대표하는 Molina Healthcare 가입자로 구성됩니다. 원한다면 이 그룹에 가입할 수

있습니다. 이 그룹은 [Molina Healthcare](#) 정책을 개선하는 방법에 대해 설명하고 다음 직무를 담당합니다.

- 분기별 출석
- 기존 프로그램 및 서비스 참여 및 검토. 진료를 받을 때 식별되는 장벽 해결에 중점을 둔 혁신적인 프로그램 개발에 대한 의견 제공

이 그룹에 소속되기를 원하시면 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)(TTY/TDD 또는 711)번으로 전화하여 커뮤니티 참여에 대해 문의해 주십시오. [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com) 또는 [www.MyMolina.com](http://www.MyMolina.com)에도 방문할 수 있습니다.

## 개인정보 보호정책 고지

의료 기록의 기밀을 유지하기 위한 [Molina Healthcare](#) 정책 및 절차를 설명하는 진술서를 사용할 수 있으며 요청 시 귀하에게 제공될 것입니다.

귀하가 중요 서비스에 동의할 수 있는 연령과 능력이 될 경우, 중요 서비스를 받거나 중요 서비스에 대한 청구를 제출하기 위해 다른 가입자의 허가를 얻지 않아도 됩니다. 이 안내 책자의 “민감한 진료” 절에서 중요 서비스에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.

[Molina Healthcare](#)에 중요 서비스에 대한 통신문을 귀하가 선택한 다른 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호로 보내도록 요청할 수 있습니다. 이것을 “기밀 통신 요청”이라고 합니다. 비공개 통신을 요청하는 경우, [Molina Healthcare](#)는 귀하의 서면 허가 없이 귀하의 민감한 진료 서비스에 대한 정보를 다른 누구에게도 제공하지 않습니다. 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호를 제공하지 않는 경우, [Molina Healthcare](#)는 가입자의 이름으로 파일의 주소 또는 전화번호로 통신문을 보낼 것입니다.

[Molina Healthcare](#)는 귀하가 요청한 양식과 형식으로 기밀 통신을 받도록 귀하의 요청을 존중할 것입니다. 또는 귀하가 요청한 양식과 형식으로 소통을 쉽게 갖게 해 드릴 것입니다. 이 자료는 귀하가 선택한 장소로 보내드릴 것입니다. 비공개 통신 요청은 귀하가 취소하거나 새로운 기밀 통신 요청을 제출할 때까지 지속됩니다.

기밀 통신 요청을 요청하고 제출하려면 [Molina](#) 가입자 서비스에 [1-888-665-4621](tel:1-888-665-4621)번으로 전화하거나 또는 [Molina](http://www.molinahealthcare.com/members) 웹사이트 [www.molinahealthcare.com/members](http://www.molinahealthcare.com/members)에 방문하실 수 있습니다. 귀하의 의료 정보를 보호하기 위한 [Molina Healthcare](#)의 정책 및 절차에 대한 진술문(이하 “개인정보 보호정책 고지”라고 함)은 다음과 같습니다.

개인정보 보호정책 고지 - [Molina Healthcare of California](#)



본 고지문에는 귀하와 관련된 의료 정보의 사용 및 공개 방법과 귀하께서 해당 정보에 액세스할 수 있는 방법이 기재되어 있습니다. 본 고지 내용을 주의 깊게 살펴보시기 바랍니다.

Molina Healthcare of California (이하 “Molina Healthcare”, “Molina”, “당사” 또는 “우리의”)는 Medi-Cal 프로그램을 통해 귀하께 의료 혜택을 제공해 드립니다. Molina는 귀하께 의료 혜택을 제공해 드리기를 위해 귀하에 관한 보호 대상 건강 정보를 이용하고 공유해야 합니다. 저희는 치료, 지불, 건강 관리 업무를 수행하기 위해 귀하의 정보를 사용하고 공유합니다. 또한 법률로 허용되고 요구되는 기타 사유로도 귀하의 정보를 사용하고 공유합니다. 저희는 귀하의 건강 정보를 비공개로 유지하면서 본 고지의 조건을 준수해야 할 의무가 있습니다. 본 고지의 발효일은 2022년 10월 1일입니다.

PHI는 보호 대상 건강 정보(Protected Health Information)의 약자입니다. PHI는 귀하의 이름, 가입자 번호 또는 기타 식별자를 포함하는 건강 정보이며, Molina에서 사용하거나 공유합니다.

### **Molina에서 귀하의 PHI를 사용하거나 공유하는 이유는?**

저희는 귀하께 의료 혜택을 제공하기 위해 귀하의 PHI를 사용하거나 공유합니다. 귀하의 PHI는 치료, 지불, 건강 관리 업무에 사용되거나 공유됩니다.

### **치료 목적**

Molina는 귀하의 PHI를 사용하여 치료를 제공하거나 준비할 수 있습니다. 이 치료에는 귀하의 담당 의사나 다른 의료 제공자 사이의 진료 추천도 포함됩니다. 예를 들어, 저희는 귀하의 건강 상태에 관한 정보를 전문의와 공유할 수도 있습니다. 이는 전문의가 귀하의 담당 의사와 귀하의 치료에 관해 이야기하는 데 도움이 됩니다.

### **지불 목적**

Molina는 지급 결정을 내리기 위해 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 해당 결정에는 청구, 치료 승인, 의학적 요구사항에 대한 판단이 포함될 수 있습니다. 청구서에는 귀하의 이름, 귀하의 상태, 귀하의 치료, 용품 등이 기재될 수 있습니다. 예를 들어, 저희는 귀하께서 당사의 혜택을 받고 있음을 의사에게 알릴 수 있습니다. 저희는 또한 의사에게 당사가 지불할 청구 금액에 대해서도 알릴 수 있습니다.

### **건강 관리 업무 목적**

Molina는 당사의 건강 플랜을 운영하기 위해 귀하에 관한 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 저희는 귀하께 도움이 될 수 있는 건강 프로그램에 대해 알려드리기 위해 귀하의 청구 정보를 이용할 수도 있습니다. 저희는 가입자의 우려 사항을 해결하기 위해 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수도 있습니다. 청구가 제대로 지불되었는지 확인하는 데 귀하의 PHI가 사용될 수도 있습니다.

건강 관리 업무에는 많은 일상적인 비즈니스 요구 사항이 포함됩니다. 여기에는 다음 사항이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

- 품질 개선,
- 특정 질환(예: 천식)을 가진 가입자를 돕기 위한 건강 프로그램 내 조치,
- 의료 심사 실시나 준비,
- 사기와 남용 감지 및 기소 프로그램이 포함된 법률 서비스,
- 법을 준수하는 데 도움이 되는 조치,
- 불만 사항 및 고충 해결을 포함한 가입자의 요구 사항 처리.

저희는 당사의 건강 플랜을 위해 다양한 종류의 활동을 수행하는 다른 회사(“**비즈니스 제휴사**”)와 귀하의 PHI를 공유할 예정입니다. 또한 예약에 대한 알림을 제공하기 위해 귀하의 PHI를 사용할 수도 있습니다. 다른 치료나 기타 건강 관련 혜택과 서비스에 관한 정보를 제공하기 위해 귀하의 PHI를 사용할 수도 있습니다.

**언제 Molina가 귀하의 서면 허가(승인)를 받지 않고도 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있나요?**

다음 사항을 비롯하여 여러 다른 목적으로 귀하의 PHI를 Molina에서 사용하고 공유할 수 있도록 법이 허용하거나 요구합니다.

### **법에서 요구하는 사항**

저희는 법에서 요구하는 대로 귀하에 관한 정보를 사용하거나 공유하게 됩니다. 보건복지부(HHS) 장관의 요구가 있으면 귀하의 PHI를 공유하게 됩니다. 이는 법원 사건, 기타 법적 검토 또는 법 집행을 목적으로 필요한 경우 적용될 수 있습니다.

### **공중 보건**

귀하의 PHI는 공중 보건 활동을 위해 사용되거나 공유될 수 있습니다. 여기에는 공중 보건 기관이 질병을 예방하거나 통제하도록 돕는 일이 포함될 수 있습니다.

### **의료 감독**

정부 기관에서 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 건강 플랜의 서비스 제공 방식을 확인하기 위해 정부 기관에서 PHI를 요구할 수도 있습니다.

### **법적 절차나 행정적 절차**

Medi-Cal 운영과 관련하여 귀하의 PHI를 법원, 조사관, 변호사와 공유할 수 있습니다. 여기에는 Medi-Cal 프로그램에서 귀하의 의료 혜택을 제공한 경우, 사기 또는 다른 사람으로부터 돈을 회수하기 위한 조치가 포함될 수 있습니다.

## Molina에서 귀하의 PHI를 사용하거나 공유하려면 언제 귀하의 서면 허가(승인)를 받아야 하나요?

본 고지에 제시된 목적 이외의 목적으로 Molina에서 귀하의 PHI를 사용하거나 공유하려면, 귀하의 서면 승인을 받아야 합니다. Molina에서 다음 사항을 위해 귀하의 PHI를 공개하려면 공개하기 전에 귀하의 허가를 받아야 합니다. (1) 심리 치료 노트 대부분의 사용 및 공개, (2) 마케팅 목적으로 사용 및 공개, (3) PHI 판매와 관련된 사용 및 공개. 귀하께서는 당사에 제출하신 서면 승인을 취소하실 수 있습니다. 귀하께서 승인을 취소하셔도 기존의 승인에 따라 당사에서 이미 취한 조치는 취소하실 수 없습니다.

## 귀하의 건강 정보 권리는 무엇입니까?

귀하의 권리는 다음과 같습니다.

### ▪ PHI 사용이나 공개에 대한 제한 요청(귀하의 PHI 공유)

귀하께서는 치료, 지불, 건강 관리 업무 수행 시 귀하의 PHI를 공유하지 않도록 요청하실 수 있습니다.

또한 가족, 친구 또는 귀하의 건강 관리에 관련해서 귀하께서 지명한 다른 사람과 귀하의 PHI를 공유하지 않도록 요청하실 수 있습니다. 하지만 귀하의 요청에 저희가 반드시 따라야 하는 것은 아닙니다. 귀하께서는 서면으로 요청하셔야 합니다. Molina의 양식을 사용하여 요청하실 수 있습니다.

### ▪ PHI에 대한 정보 비공개 요청

귀하께서는 귀하의 PHI를 비공개로 유지하기 위해 Molina에 귀하의 PHI를 특정 방식이나 특정 장소에서 제공하도록 요청하실 수 있습니다. 요청된 양식과 형식 또는 대안적 장소에서 쉽게 제작할 수 있는 경우, 저희는 특정 양식이나 형식으로 PHI를 제공하기 위해 적절한 기밀 통신 요청을 따릅니다. 서면이나 전자 전송 방식으로 요청하셔야 합니다.

### ▪ PHI 검토 및 복사

귀하께서는 당사에서 보관하는 PHI의 사본을 검토하고 받으실 수 있는 권리가 있습니다. 여기에는 Molina 가입자 관련 보장, 청구, 기타 결정에 사용된 기록이 포함될 수 있습니다. 귀하께서는 서면으로 요청하셔야 합니다. Molina의 양식을 사용하여 요청하실 수 있습니다. 저희는 기록 복사와 우편 발송에 대한 합당한 수수료를 귀하께 청구할 수 있습니다. 경우에 따라, 저희는 해당 요청을 거부할 수도 있습니다. **중요 사항:** 저희는 귀하의 의료 기록에 대한 완전한 사본을 가지고 있지 않습니다. 귀하의 의료 기록을 보거나 사본을 얻거나 변경하려면, 귀하의 담당 의사나 클리닉에 문의하시기 바랍니다.

### ▪ 귀하의 PHI 수정

귀하께서는 귀하의 PHI를 수정(변경)하도록 요청하실 수 있습니다. 이런 경우엔 귀하에 대해 가입자로서 당사가 보관하는 기록만 대상이 됩니다. 귀하께서는 서면으로 요청하셔야 합니다. Molina의 양식을 사용하여 요청하실 수 있습니다. 저희가 해당 요청을 거부할 경우, 그 결정에 동의하지 않는다는 서신을 보내실 수 있습니다.

### ▪ PHI 공개 기록 수령(귀하의 PHI 공유)

귀하께서는 요청 날짜 이전 6년 동안 귀하의 PHI를 공유한 특정 당사자의 목록을 요청하실 수 있습니다. 해당 목록에는 다음과 같이 공유된 PHI는 포함되지 않습니다.

- 치료, 지불, 건강 관리 업무를 위한 경우,
- 당사자에게 본인의 PHI를 제공한 경우,
- 귀하의 허가를 받아 공유가 완료된 경우,
- 관련 법률이 허용하거나 요구하는 사용이나 공개에 대한 사건,
- 국가 안보나 첩보 목적으로 공개된 PHI, 또는
- 관련 법률에 따라 설정된 제한적 데이터의 일부인 경우.

저희는 가입자가 12개월 동안 이 목록을 1회 이상 요청할 경우, 각 목록에 대해 적절한 비용을 부과합니다. 귀하께서는 서면으로 요청하셔야 합니다. Molina의 양식을 사용하여 요청하실 수 있습니다.

귀하께서는 상기 명시된 요청 중 어떤 요청이라도 하실 수 있으며, 본 고지문의 종이 사본을 수령하실 수도 있습니다. 가입자 서비스에 **1-888-665-4621**번으로 연락해 주십시오.

### 불만 제기는 어떻게 하나요?

개인정보를 보호받지 못했다고 생각하셔서 불만 제기를 하려는 경우, 다음 전화번호로 연락하시거나 다음 주소로 불만 제기(또는 고충)를 하실 수 있습니다.

Molina Healthcare of California  
 Manager of Member Services  
 200 Oceangate - Suite 100  
 Long Beach, CA 90802  
 전화: 1-888-665-4621

또는 아래 기관에 전화나 서신으로 연락하실 수 있습니다.

Privacy Officer  
 c/o Office of Legal Services  
 Privacy Officer and Senior Staff Counsel  
 California Department of Health Care Services

1501 Capitol Avenue  
P.O. Box 997413, MS 0010  
Sacramento, CA. 95899-7413  
(916)440-7700  
이메일: [privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:privacyofficer@dhcs.ca.gov)

또는

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);  
(202) 619-3818 (팩스)

### **Molina의 의무는 무엇인가요?**

#### **Molina의 권한:**

- 귀하의 PHI 비공개 유지,
- 귀하의 PHI에 관한 당사의 의무 및 개인정보 보호정책에 대해 이와 같은 서면 정보를 귀하께 제공합니다.
- 귀하의 PHI 보안 위반 사항이 발생할 경우, 귀하께 고지해드립니다.
- 보험 계약 심사 목적으로 귀하의 유전 정보를 사용하거나 공개하지 않는 경우,
- 본 고지의 조건을 준수하시기 바랍니다.

**본 고지는 변경될 수 있습니다.**

**Molina는 언제든지 본 고지에 기재된 정보 정책과 조건을 변경할 수 있는 권리를 가지고 있습니다. 이 경우, 새로운 조건과 정책이 저희가 보관하는 모든 PHI에 적용됩니다. 중요한 변경 사항이 생기면, Molina는 개정된 고지를 당사의 웹사이트에 게시한 다음 개정된 고지나 중요한 변경 사항과 개정된 고지를 받는 방법에 대한 정보를 Molina에서 보장하는 당사의 가입자에게 다음 연간 우편물로 발송됩니다.**

#### **연락처 정보**

문의 사항이 있으면, 다음 부서에 문의하시기 바랍니다.

Molina Healthcare of California  
Attention: Manager of Member Services  
200 Oceangate - Suite 100  
Long Beach, CA 90802  
전화: 1-888-665-4621

## 법률에 대한 고지

이 가입자 안내 책자에는 다양한 법률이 적용됩니다. 그러한 법률은 해당 법률이 이 안내 책자에 포함되거나 설명되어 있지 않은 경우에도 가입자의 권리 및 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 이 안내 책자에 적용되는 주요 법률은 Medi-Cal 프로그램에 대한 주 및 연방법입니다. 기타 연방 및 주 법률도 적용될 수 있습니다.

## 납부자의 최종 수단으로서 Medi-Cal, 기타 의료 보장 및 불법 행위 배상에 대한 고지

Medi-Cal 프로그램은 가입자의 의료 서비스에 대한 제3자의 법적 책임에 대해 주 및 연방 법률 및 규정을 준수합니다. Molina Healthcare는 Medi-Cal 프로그램이 납부자의 최종 수단이 되도록 모든 합리적인 조치를 취할 것입니다.

Medi-Cal 가입자는 민간 건강 보험이라고도 하는 기타 건강 보장(OHC)을 가질 수 있습니다. Medi-Cal 자격의 조건으로 귀하는 비용 없이 이용할 수 있는 모든 OHC를 신청하거나 유지해야 합니다.

연방 및 주 법률에 따라 Medi-Cal 가입자는 OHC 및 기존 OHC에 대한 변경 사항을 보고해야 합니다. OHC를 신속하게 보고하지 않으면 실수로 지급된 모든 혜택에 대해 DHCS에 상환해야 할 수 있습니다. OHC는 <http://dhcs.ca.gov/OHC>에서 온라인으로 제출하십시오.

인터넷에 접속할 수 없는 경우, OHC를 Molina Healthcare에 보고할 수 있습니다. 또는 캘리포니아에 1-800-541-5555(TTY 1-800-430-7077 또는 711) 또는 1-916-636-1980(캘리포니아 외부)번으로 연락해 주십시오.

캘리포니아주 의료서비스(DHCS)는 Medi-Cal이 최초 납부자가 아닌 보장되는 Medi-Cal 서비스 비용을 징수할 권리와 책임을 갖습니다. 예를 들어, 자동차 사고나 직장에서 부상을 입은 경우, 자동차 또는 산재 보험이 먼저 비용을 지급하거나 Medi-Cal을 환급해야 할 수 있습니다.

부상을 입었으며 다른 당사자가 귀하의 부상에 대한 책임이 있는 경우, 귀하 또는 법적 대리인은 법적 조치나 청구를 신청한 지 30일 이내에 DHCS에 통지해야 합니다. 통지서 온라인 제출:

- 개인 상해(Personal Injury) 프로그램 <https://dhcs.ca.gov/PI>
- 산재 복구(Workers' Compensation Recovery) 프로그램 <https://dhcs.ca.gov/WC>

자세한 내용은 <https://dhcs.ca.gov/tplrd>를 방문하거나 1-916-445-9891번으로 문의해 주십시오.

## 부동산 회수에 대한 고지

Medi-Cal 프로그램은 55세 생일 전후에 받은 Medi-Cal 혜택에 대해 사망한 특정 가입자의 조사된 재산에서 상환을 받아야 합니다. 상환에는 간호 시설 서비스, 가정 및 커뮤니티 기반 서비스, 가입자가 간호 시설에서 입원환자이거나 가정 및 커뮤니티 기반 서비스를 받았을 때 받은 관련 병원 및 처방약 서비스에 대한 진료별 지불 서비스(FFS) 및 관리형 진료 보험료 또는 납입 보험료 또는 인당 지급금이 포함됩니다. 상환액은 가입자의 공증 재산의 가치를 초과할 수 없습니다.

자세한 내용은 DHCS 부동산 회수 웹 사이트 <https://dhcs.ca.gov/er>을 방문하거나 1-916-650-0590번으로 전화하십시오.

## 조치 고지

Molina Healthcare는 Molina Healthcare가 의료 서비스 요청을 거부, 지연, 종료 또는 수정할 때마다 조치 통지(NOA) 서신을 보내드립니다. 귀하가 Molina Healthcare의 결정에 동의하지 않는 경우, Molina Healthcare에 항상 이의 제기를 할 수 있습니다. 귀하의 이의 제기에 대한 중요한 정보는 위의 이의 제기 절을 참조해 주십시오. Molina Healthcare가 귀하에게 NOA를 발송할 때 귀하가 결정에 동의하지 않을 경우, 귀하가 가진 모든 권리를 알려줄 것입니다.

### 고지 내용

Molina Healthcare가 의료적 필요성에 대해 전체 또는 일부 거부, 지연, 종료 또는 변경을 거부하는 경우, 귀하의 NOA는 다음을 포함해야 합니다.

- Molina Healthcare가 취하려는 조치 진술서
- Molina Healthcare의 결정 사유에 대한 명확하고 간결한 설명
- Molina Healthcare가 사용한 규칙을 포함하여 Molina Healthcare의 결정 방법
- 결정에 대한 의학적 이유. Molina Healthcare는 가입자의 상태가 어떻게 규칙이나 지침에 부합하지 않는지 명확하게 명시해야 합니다.

### 번역

Molina Healthcare는 모든 고충 및 이의 제기 통지서를 포함하여 일반적인 우선적 언어로 가입자 정보를 완전히 번역하고 제공해야 합니다.

건강 관리 안내문에는 의료 서비스 요청을 거부, 지연, 변경, 감소, 중단 또는 중지한 [Molina Healthcare](#)의 결정에 대한 의학적 이유가 포함되어 있어야 합니다.

모국어를 사용할 수 없는 경우, [Molina Healthcare](#)는 가입자가 이용하는 정보를 이해할 수 있도록 가입자의 모국어로 구두 지원을 제공해야 합니다.



# 8. 알아두셔야 할 중요 번호 및 용어

## 중요 전화번호

- Molina Healthcare 가입자 서비스 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)
- Medi-Cal Rx에 1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273)번으로 전화를 걸어 5번 또는 711번을 누르십시오
- 자격 정보: 1-800-357-0172
- 24시간 간호사 상담 전화: 1-888-275-8750
- Para Enfermera En Español: 1-866-648-3537
- 병원 입원 고지: 1-866-553-9263(팩스)
- Health Net 가입자 서비스: 1-800-522-0088
- Health Net 웹사이트: [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

## 용어 정리

**진통:** 여성이 출산의 3단계에 속하며 출산이나 출산 전에 다른 병원으로 안전하게 이송될 수 없는 기간은 여성의 건강과 안전, 또는 태아에게 해를 끼칠 수 있습니다.

**급성:** 빠른 의학적 치료가 필요한 짧고 갑작스러운 의료 상태.

**아메리칸 인디언:** 42 CFR 섹션 438.14에서 연방법에 따라 “인디언”의 정의를 충족하는 개인으로, 다음 중 한 가지에 부합할 경우, “인디언”으로 정의합니다.

- 연방 정부에서 인정받는 인디언 부족의 일원인 경우,
- 도시에 거주하며 다음 중 하나 이상 충족할 경우:
  - 1940년 이래로 해체된 부족, 밴드 또는 단체를 포함한 부족, 밴드 또는 기타 조직된 인디언 그룹의 가입자이며, 그들이 거주하는 국가에 의해 또는 미래에

인정받는 사람들, 또는 그러한 가입자의 첫 번째 또는 두 번째 정도의 후손인 자, 또는

- 에스키모 또는 알레오투 또는 기타 알래스카 원주민 또는
- 내무장관이 어떤 목적으로든 인디언으로 간주되는 자 또는
- 내무장관이 발행한 규정에 따라 인디언으로 결정된 자 또는
- 내무장관이 어떤 목적으로든 인디언으로 간주되는 자 또는
- 캘리포니아주 원주민, 에스키모, 알레오투 또는 기타 알래스카 원주민을 포함한 원주민 건강 관리 서비스 이용 자격의 목적으로 보건복지부 장관이 인디언으로 간주된 자

**이의 제기:** Molina Healthcare가 요청한 서비스의 보장에 대한 결정을 검토하고 변경하도록 가입자의 요청.

**혜택:** 이 건강 플랜에서 보장되는 건강 관리 서비스 및 의약품.

**California Children's Services(CCS):** 21세까지의 아동에게 특정 질환, 질병 또는 만성 건강 문제를 가진 아동에게 서비스를 제공하는 Medi-Cal 프로그램.

**케이스 매니저:** 가입자가 주요 건강 문제를 이해하고 서비스 제공자를 통해 치료를 받도록 도와줄 수 있는 등록 간호사 또는 사회복지사. 여기에는 LVN 및 기타 유연히 전문가가 포함됩니다.

**인증 조산사(CNM):** 캘리포니아주 등록 간호 위원회의 등록 간호사 및 인증 조산사로 허가를 받고 조산사로 인증된 자. 인증된 간호사 조산사는 일반 출산의 경우 참석할 수 있습니다.

**지압사:** 손으로 교정하여 척추를 치료하는 서비스 제공자.

**만성 질환:** 완전히 치료할 수 없거나 시간이 지남에 따라 더 나빠지거나 치료해야 하는 질병 또는 기타 의학적 문제.

**클리닉:** 가입자가 주치의(PCP)로 선택할 수 있는 시설. 연방 정부 공인 보건소(FQHC), 커뮤니티 클리닉, 지방 건강 클리닉(RHC), 인디언 헬스 케어 서비스 제공자(IHCP) 또는 기타 일차 진료 시설이 될 수 있습니다.

**커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS):** 외래환자, 전문 간호 관리를 위한 시설 기반 서비스, 사회복지 서비스, 치료, 개인 관리, 가족 및 간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 적격 가입자를 위한 서비스 등을 제공합니다.

**불만 제기:** Medi-Cal, Molina Healthcare, 카운티 정신 건강 플랜 또는 Medi-Cal 서비스 제공자가 보장하는 서비스에 대한 가입자의 구두 또는 서면을 통한 불만 표현. 불만 제기는 고충과 같습니다.

**진료의 지속:** 서비스 제공자와 [Molina Healthcare](#)가 동의할 경우, 플랜 가입자가 기존 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 최대 12개월 동안 Medi-Cal 서비스를 계속 받을 수 있는 능력.

**계약 의약품 목록(CDL):** 제공자가 가입자에게 필요한 보장 약을 주문할 수 있는 Medi-Cal Rx의 승인된 의약품 목록.

**혜택 조정(COB):** 어떤 보험 보장(Medi-Cal, Medicare, 상업 보험 또는 기타)을 결정하는 절차로 한 가지 유형의 건강 보험 보장을 가진 가입자의 주요 치료 및 지불 책임을 갖습니다.

**자기부담금(코페이):** 일반적으로 서비스 시에 보험사의 지급 외에 지급한 금액.

**보장(보장 서비스):** [Molina Healthcare](#)가 지급해야 하는 Medi-Cal 서비스. 보장 서비스는 Medi-Cal 계약의 이용 약관, 조건, 제한 및 예외를 적용하며 이 보장범위 증서(EOC) 및 수정사항에 열거되어 있습니다.

**DHCS:** 캘리포니아주 의료서비스(Department of Health Care Services). 이 기관은 Medi-Cal 프로그램을 감독하는 주 사무소입니다.

**탈퇴:** 더 이상 자격이 되지 않거나 새로운 건강 플랜으로 변경되어 이러한 건강 플랜의 사용을 중단하는 경우. 더 이상 본 건강 플랜을 사용하고 싶지 않거나 HCO에 전화하여 탈퇴하고 싶지 않다는 의향을 밝히고 양식에 서명해야 합니다.

**DMHC:** 캘리포니아주 관리보건부(DSP). 관리형 진료 건강 플랜을 감독하는 주 사무소입니다.

**내구성 의료 장비(DME):** 담당 의사나 기타 제공자가 의학적으로 필요하며 주문한 장비. [Molina Healthcare](#)는 DME를 임대하거나 구입할지 결정합니다. 임대 비용은 구매 비용보다 높아서는 안 됩니다.

**조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료(EPSTD):** EPSTD 서비스는 21세 미만의 Medi-Cal 가입자의 건강 유지를 위한 혜택입니다. 가입자는 연령에 맞는 건강 검진과 건강 문제를 조기에 찾아내고 질병을 치료하기 위해 적절한 선별검사를 받아야 하며, 이 과정에서 확인 가능한 질환을 치료하거나 도움을 주어야 합니다.

**응급 의료 상태:** 진통(위의 정의로 이동) 또는 심한 통증과 같은 심각한 증상으로 인해 신중한 비전문가의 건강 및 의학 지식을 가진 사람이 즉시 치료를 받지 못할 경우 다음의 상황이 발생할 수 있다고 판단할 수 있는 의학적 또는 정신 질환:

- 태아의 건강이나 건강을 심각하게 위험에 처하게 함
- 신체 기능에 장애를 일으키는 원인이 됨
- 신체 부위나 장기가 제대로 작동하지 않게 함

**응급 진료:** 법적으로 허용된 경우 의사나 직원이 응급 의료 상태의 존재 여부를 확인하기 위해 실시하는 검사. 시설의 기능 내에서 임상적으로 안정을 이루기 위해 필요한 의학적으로 필요한 서비스.

**응급 의료 교통편:** 응급 진료를 받기 위해 구급차 또는 응급 차량을 응급실로 이송하는 수단.

**가입자:** 건강 플랜의 가입자이며 플랜을 통해 서비스를 받는 사람.

**기존 환자:** 서비스 제공자와 기존의 관계를 가지고 있으며 건강 플랜이 정한 일정 시간 이내에 서비스 제공자에게 진료를 받은 환자.

**제외 서비스:** California Medi-Cal 프로그램에서 보장되지 않는 서비스.

**실험적 치료:** 인간에게 시험하기 전에 검사실 검사 또는 동물 연구와 함께 시험 단계에 있는 약, 장비, 시술 또는 서비스. 실험 서비스는 임상 조사를 거치지 않고 있습니다.

**가족 계획 서비스:** 임신을 예방하거나 지연하는 서비스.

**연방 정부 공인 보건소(FQHC):** 의료 제공자가 많지 않은 지역의 의료 센터. FQHC에서는 일차 및 예방 진료를 받을 수 있습니다.

**진료별 지불 서비스(FFS) Medi-Cal:** Medi-Cal 플랜은 서비스에 대해 보장을 하지 않지만 Medi-Cal Rx를 통한 약국 서비스와 같이 Medi-Cal FFS를 통해 서비스를 받을 수 있는 경우가 있습니다.

**후속 진료:** 입원 후 또는 치료 과정 동안 환자의 진행 상황을 확인하기 위한 정기 의사 진료.

**사기:** 속임수를 알고 있는 사람에 의한 기만하거나 잘못 진술하는 고의적인 행위는 그 사람이나 다른 사람에게 허가되지 않은 불법적인 혜택을 줄 수 있습니다.

**독립 출생 센터(FBC):** 출산이 허가되거나 주정부가 승인한 임산부의 거주지에서 출산이 예정되어 있는 건강 시설은 임산부 분만 및 출산 또는 산후 돌봄 서비스 및 플랜에 포함된 기타 외래 서비스를 제공합니다. 이러한 시설은 병원이 아닙니다.

**고충:** [Molina Healthcare](#), 서비스 제공자, 서비스 품질 또는 제공된 서비스에 대한 가입자의 구두 또는 서면을 통한 불만 표현. 네트워크 서비스 제공자에 대해 [Molina Healthcare](#)에 불만 제기를 한 것이 고충의 한 예입니다.

**재활 서비스 및 장치:** 일상 생활을 위해 기술과 기능을 유지, 학습 또는 향상시키는 데 도움이 되는 건강 관리 서비스.

**건강 관리 옵션(HCO):** 건강 플랜에 가입하거나 탈퇴시킬 수 있는 프로그램.

**의료 제공자:** 외과 의사, 암을 치료하는 의사 또는 신체의 특수 부분을 치료하는 의사, [Molina Healthcare](#)와 협력하거나 [Molina Healthcare](#) 네트워크에 있는 의사 등과 전문의. [Molina Healthcare](#) 네트워크 서비스 제공자는 캘리포니아 주에서 운영할 수 있는 면허가 있어야 하며 [Molina Healthcare](#)가 보장하는 서비스를 제공해야 합니다.

전문의 진료를 받으려면 일반적으로 PCP의 진료 추천이 필요합니다. 전문의 진료를 받기 전 담당 PCP는 [Molina Healthcare](#)로부터 사전 승인을 받아야 합니다.

가족 계획, 응급 진료, 산부인과 진료 또는 중요 서비스 등과 같은 일부 유형의 서비스에 대해 주치의(PCP)에게 진료 추천을 받지 **않아도 됩니다**.

**건강 보험:** 질병이나 부상의 비용에 대해 가입자에게 환급하거나 서비스 제공자에게 직접 지급하여 의료 및 수술 비용을 지불하는 보험 보장.

**가정 의료:** 전문 간호 관리 및 가정에서 제공되는 기타 서비스.

**가정 의료 제공자:** 가정에서 전문 간호 관리 및 기타 서비스를 제공하는 서비스 제공자.

**호스피스:** 말기 질환을 가진 가입자의 신체적, 정서적, 사회적, 정신적 불편을 줄이기 위한 서비스. 호스피스 진료는 가입자의 기대 수명이 6개월 미만인 경우 이용할 수 있습니다.

**병원:** 의사와 간호사로부터 입원환자 및 외래환자 진료를 받는 장소.

**병원 외래환자 진료:** 입원환자로서 입원하지 않고 병원에서 실시한 의료 또는 외과 진료.

**입원:** 입원환자로서의 치료를 위해 병원 입원.

**인디언 의료 제공자(IHCP):** 원주민 건강 서비스(IHS), 원주민 부족, 부족 건강 프로그램, 부족 기관 또는 도시 인디언 기관(UIO)이 운영하는 의료 프로그램으로서 이러한 용어는 원주민 건강 관리 개선법 섹션 4(25 U.S.C. 1603절)에서 정의됩니다.

**입원환자 치료:** 필요한 치료를 위해 병원이나 기타 장소에서 밤을 지내야 하는 경우.

**중간 치료 시설 또는 가정:** 24시간 거주 서비스를 제공하는 장기 치료 시설 또는 가정에서 제공되는 치료. 중간 치료 시설이나 가정의 종류에는 중간 치료 시설/발달 장애(ICF/DD), 중간 치료 시설/발달 장애-훈련(ICF/DD-H), 중간 치료 시설/발달 장애 간호(ICF/DD-N) 등이 포함됩니다.

**시험 치료:** FDA가 승인한 임상 시험 1단계를 성공적으로 완료했지만 FDA의 일반적인 용도로 승인되지 않았으며 FDA 승인 임상 시험에서 아직 조사 중인 치료약, 생물학적 제품 또는 장치.

**장기 치료:** 입원 월 + 한 달보다 장기간 동안 시설에서의 치료.

**관리형 의료 플랜:** 이 플랜에 가입된 Medi-Cal 수혜자를 위해 특정 의사, 전문의, 클리닉, 약국 및 병원만을 이용하는 Medi-Cal 플랜. [Molina Healthcare](#)는 관리형 의료 플랜입니다.

**Medi-Cal Rx:** 모든 Medi-Cal 수혜자에게 처방약 및 일부 의료용품을 포함한 약국 혜택 및 서비스를 제공하는 “Medi-Cal Rx”로 알려진 FFS Medi-Cal 약국 혜택 서비스.

**메디컬 홈:** 더 나은 의료 품질을 제공하고, 가입자의 자기 관리를 개선하며, 시간이 지남에 따라 피할 수 있는 비용을 절감하는 서비스 모델.

**의학적 필요(또는 의료적 필요):** 의학적으로 필요한 서비스는 합리적이고 생명을 보호하는 중요 서비스입니다. 이러한 진료는 환자들이 심각하게 아프거나 장애가 없는 상태로 유지되어야 합니다. 이 진료는 질병, 질병 또는 부상을 치료함으로써 심각한 통증을 줄여줍니다. 21세 미만의 가입자의 경우, Medi-Cal이 의학적으로 필요한 서비스에는 약물 남용을 포함하여 신체적 또는 정신 질환이나 상태를 고치거나 돕기 위해 필요한 서비스가 포함되며 미국 코드 42절의 1396d(r)절에 명시된 것입니다.

**의료 교통편:** 보장되는 의료 예약에 갈 수 없거나 자동차, 버스, 기차 또는 택시로 처방약을 수령할 수 없는 경우의 교통편과 서비스 제공자가 처방하는 경우, [Molina Healthcare](#)는 교통편을 이용할 때 의료적 요구가 가장 낮은 교통편을 부담합니다.

**Medicare:** 65세 이상 노인, 특정 젊은 장애인, 말기 신장 질환(투석이나 이식이 필요한 영구 신부전, 때로는 ESRD라고도 함) 환자를 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

**가입자:** 보장 서비스를 받을 자격이 있는 [Molina Healthcare](#)에 가입한 적격 Medi-Cal 가입자.

**정신 건강 서비스 제공자:** 환자에게 정신 건강 및 행동 건강 서비스를 제공하는 유면허 의사.

**조산사 서비스:** 산모를 위한 가족 계획 관리와 신생아를 위한 즉각적인 관리를 포함한 산전, 산후 서비스로, 인증된 간호사 조산사(CNM) 및 면허를 받은 조산사(LM)가 제공합니다.

**네트워크:** 진료를 제공하기 위해 [Molina Healthcare](#)와 계약을 맺은 의사, 클리닉, 병원 및 기타 서비스 제공자 그룹.

**네트워크 서비스 제공자(또는 네트워크 소속 서비스 제공자):** “참여 서비스 제공자”를 참조하십시오.

**비보장 서비스:** [Molina Healthcare](#)가 보장하지 않는 서비스.

**비의료 교통편:** 서비스 제공자가 승인한 Medi-Cal 보장 서비스의 예약을 왕복하는 경우와 처방약 및 의료 용품을 수령할 때의 교통편.

**비참여 서비스 제공자:** [Molina Healthcare](#) 네트워크에 없는 서비스 제공자.

**기타 건강 보장(OHC):** 기타 건강 보장(OHC)은 Medi-Cal 이외의 민간 건강 보험 및 서비스 납부자를 말합니다. 서비스에는 의료, 치과, 안과, 약국 또는 Medicare 보완적 플랜(파트 C & D)이 포함될 수 있습니다.

**교정 장치:** 가입자의 의료적 회복에 있어 의료적으로 필요한 심하게 다친 또는 질병이 있는 신체 부위를 지지하거나 시정하기 위해 신체 외부에 부착된 보조기나 보조기로 사용되는 장치.

**서비스 지역 외 서비스:** 가입자가 서비스 지역 외부에 있는 동안의 서비스.

**네트워크 외부 서비스 제공자:** Molina Healthcare 네트워크에 소속되지 않은 서비스 제공자.

**외래환자 진료:** 필요한 치료를 위해 병원이나 기타 장소에서 밤을 지낼 필요가 없는 경우.

**외래환자 정신 건강 서비스:** 다음을 포함한 경증 또는 중등도 정신 질환을 가진 가입자를 위한 외래환자 서비스:

- 개별 또는 단체 정신 건강 평가 및 치료(정신 치료)
- 정신 건강 상태를 평가하도록 임상적 지시가 있는 경우, 정신 건강 검사
- 약물 치료 모니터링을 위한 외래환자 서비스
- 정신질환 상담
- 외래환자 검사실, 의료용품 및 보충제

**완화 치료:** 심각한 질병을 가진 가입자의 신체적, 정서적, 사회적, 정신적 불편을 줄이기 위한 서비스. 완화 치료는 가입자의 평균 수명이 6개월 이하일 필요가 없습니다.

**참여 병원:** Molina Healthcare와 계약을 맺고 가입자가 치료를 받을 때 가입자에게 서비스를 제공하는 인가된 병원. 일부 참여 병원이 가입자에게 제공할 수 있는 보장 서비스는 Molina Healthcare의 이용도 검토 및 품질 보증 정책 또는 Molina Healthcare와 병원과의 계약으로 제한됩니다.

**참여 제공자(또는 참여 의사):** 가입자가 치료를 받을 때 가입자에게 보장 서비스를 제공하기 위해 Molina Healthcare와 계약을 맺은 아급성 시설을 포함하여 의사, 병원 또는 기타 유면허 의료 서비스 전문가 또는 유면허 건강 시설.

**의사 서비스:** 주 법에 따라 유면허 의사가 약이나 골병증을 시행하는 서비스, 병원 청구서에서 청구되는 병원에 입원한 동안 의사가 제공하는 서비스는 포함되지 않습니다.

**플랜:** “관리형 의료 플랜”을 참조하십시오.

**안정 후 서비스:** 가입자의 안정화를 위해 가입자가 안정된 후 제공되는 응급 의료 상태와 관련된 보장 서비스. 안정 후 진료는 보장되며 그 비용을 지불합니다. 네트워크 외부 병원은 선승인(사전 승인)이 필요할 수 있습니다.

**선승인(사전 승인):** 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 Molina Healthcare가 해당 서비스를 보장하도록 특정 서비스에 대해 Molina Healthcare의 승인을 요청하는 절차. 진료 추천은 승인이 아닙니다. 선승인은 사전 승인과 같습니다.

**처방약 보장:** 서비스 제공자가 처방한 약에 대한 보장.

**처방약:** 처방전이 필요하지 않은 일반의약품(“OTC”)과 달리, 법적으로 조제를 위해 면허 있는 제공자의 명령이 필요한 의약품.

**일차 진료:** “정기 진료”를 참조하십시오.

**주치의(PCP):** 가입자가 현재 이용하는 대부분의 의료 제공자. 담당 PCP는 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 받는 데 도움을 줍니다.

귀하의 PCP:

- 일반의
- 내과의
- 소아과의
- 가정의
- 산부인과의
- 인디언 의료 제공자(IHCP)
- 연방 정부 공인 보건소(FQHC)
- 지방 건강 클리닉(RHC)
- 개업 간호사
- 의사 보조원
- 클리닉

**사전 승인(선승인):** 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 [Molina Healthcare](#)가 해당 서비스를 보장하도록 특정 서비스에 대해 [Molina Healthcare](#)의 승인을 요청하는 절차. 진료 추천은 승인이 아닙니다. 사전 승인은 선승인과 같습니다.

**보철 장치:** 누락된 신체 부위를 교체하기 위해 신체에 부착된 인공 장치.

**의료 제공자 명부:** [Molina Healthcare](#) 네트워크의 서비스 제공자 목록.

**정신질환 응급 의료 상태:** 증상이 심각하거나 심각하여 본인이나 타인에게 즉각적인 위험을 줄 수 있거나, 정신 질환으로 인해 음식, 보호소 또는 옷을 즉시 제공하거나 사용할 수 없는 정신 질환.

**공중 보건 서비스:** 전체 인구를 대상으로 한 의료 서비스. 여기에는 건강 상황 분석, 건강 감시, 건강 악화, 예방 서비스, 전염병 통제, 환경 보호 및 위생, 재난 대비 및 대응, 작업 건강 등이 포함됩니다.

**적격 서비스 제공자:** 가입자의 질환을 치료하기 위해 해당되는 진료 분야에서 자격을 갖춘 의사.

**재건 수술:** 신체의 비정상적인 구조를 수정하거나 복구하여 가능한 한 일반적인 외관을 개선하거나 만들기 위한 수술. 신체의 비정상적인 구조는 선천성 결함, 발달 이상, 외상, 감염, 종양 또는 질병에 의해 발생하는 구조입니다.

**진료 추천:** PCP가 다른 제공자에게 치료를 받을 수 있다고 말하는 경우. 일부 보장 서비스는 진료 추천 및 선승인(사전 승인)이 필요합니다.



**재활/훈련 서비스 및 장치:** 부상, 장애 또는 만성 질환이 정신 및 신체적 기술을 습득하거나 회복하도록 돕기 위한 서비스 및 장치.

**정기 진료:** 의학적으로 필요한 서비스 및 예방 진료, 건강 관리 방문, 정기 후속 진료 등의 진료. 정기 진료의 목적은 건강 문제를 예방하는 것입니다.

**지방 건강 클리닉(RHC):** 의료 제공자가 많지 않은 지역의 의료 센터. RHC에서는 일차 및 예방 진료를 받을 수 있습니다.

**중요 서비스:** 정신 또는 행동 건강, 성 및 산부인과 건강, 가족 계획, 성병(STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 낙태, 약물 남용, 성별 확인 관리, 연인 파트너 폭력 등에 관련된 서비스.

**심각한 질병:** 반드시 치료해야 하며 사망에 이르게 될 수 있는 질병 또는 상태.

**서비스 지역:** 해당 지리적 위치의 [Molina Healthcare](#) 서비스. 여기에는 Los Angeles 카운티가 포함됩니다.

**전문 간호 관리:** 전문 간호 시설이나 가입자의 집에 머무는 동안 유연히 간호사, 기술자 또는 치료사가 제공하는 보장 서비스.

**전문 간호 시설:** 교육을 받은 의료 전문가만 제공할 수 있는 하루 24시간 간호 서비스를 제공하는 시설.

**전문의(또는 전문 의사):** 특정 유형의 건강 관리 문제를 치료하는 의사. 예를 들어, 정형외과 의사의 골절된 뼈 치료, 알레르기과 의사의 알레르기 치료, 심장병 전문의의 심장 질환 치료가 있습니다. 대부분의 경우, 전문의 진료를 받으려면 PCP의 진료 추천이 필요합니다.

**전문 정신 건강 서비스:** 중등도에서 중등도의 장애 수준보다 높은 정신 건강 서비스가 필요한 가입자를 위한 서비스.

**아급성 치료 시설(성인 또는 소아과):** 흡입 치료, 기관 절개술 치료, 정맥 삽관 급식, 복잡한 상처 관리 치료 등과 같이 특수 서비스가 필요한 의학적으로 취약한 사람을 위한 종합적인 치료를 제공하는 장기 치료 시설.

**말기 질환:** 반전될 수 없으며 질병이 자연적인 과정을 따르는 경우 1년 이하 내에 사망을 초래할 가능성이 높은 의학적 상태.

**불법 행위 회복:** 다른 당사자가 책임이 있는 부상으로 Medi-Cal 가입자에게 혜택이 제공되거나 제공될 경우, DHCS는 해당 부상에 대해 가입자에게 제공된 혜택의 적절한 가치를 회복합니다.

**심사(또는 선별검사):** 가입자의 건강상 긴급성을 결정하기 위해 교육을 받은 의사나 간호사가 가입자의 건강을 평가한 경우.

**긴급 진료(또는 긴급 서비스):** 치료가 필요한 비응급 질병, 부상 또는 상태를 치료하기 위해 제공되는 서비스. 네트워크 소속 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 이용이 가능한 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자에게 긴급 진료를 받을 수 있습니다.

