3.진료를 받는 방법

사전 승인(사전 허가)

몇 가지 치료 유형의 경우, 귀하의 주치의나 전문의는 치료를 받기 전에 CalOptima Health의 승인을 요청해야 합니다. 이것을 사전 승인 또는 사전 허가 요청이라고 합니다. 이는 CalOptima Health가 해당 치료의 의학적 필요성을 확인해야 함을 의미합니다.

의학적으로 필요한 서비스는 생명을 보호하거나 심각한 질병이나 장애를 예방하는 데 필요한 서비스입니다. 또한 진단된 질병 질환 부상으로 인한 심한 통증을 줄이는 데 필요한 서비스도 포함됩니다. 21세 미만 회원의 경우 Medi-Cal 서비스에는 신체적 또는 정신적 질병이나 증상을 치료하거나 완화하는 데 의학적으로 필요한 치료가 포함됩니다.

CalOptima Health 네트워크에 소속 의료 제공자로부터 진료를 받더라도, 아래의 서비스들은 **항상** 사전 허가(사전 승인)가 필요합니다:

- 입원, 응급 상황이 아닌 경우
- CalOptima Health 서비스 지역 외에서 제공되는 응급 상황이나 긴급 진료가 아닌 서비스
- 외래 수술
- 요양 시설 (보건의료서비스국 (Department of Health Care Services)의 아급성 치료 부서 (Subacute Care Unit)와 계약을 체결한 성인 및 소아용 아급성 치료 시설을 포함) 또는 중간 치료 시설(발달 장애인을 위한 중간 요양 시설(ICF(Intermediate Care Facility, 중간 치료 시설)/DD(Developmentally Disabled, 발달 장애), ICF/DD-Habilitative(재활, ICF/DD-H), ICF/DD-Nursing(간호, ICF/DD-N) 포함)에서의 장기 요양 또는 전문 간호 서비스
- 특수 치료, 영상 검사, 진단 검사 및 시술
- 응급 상황이 아닌 경우의 의료 이송 서비스

회원 서비스 번호 **1-888-587-8088** (TTY **711**)로 전화하십시오. CalOptima Health 는 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시 30 분 사이 도와드립니다. 통화는 무료입니다. 온라인 **www.caloptima.org** 을 방문하십시오.

응급 구급차 서비스는 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다.

일반 사전 승인(prior authorization) 요청의 경우, CalOptima Health는 귀하의 건강 상태에 따라 가능한 빨리 요청에 응답해야 합니다. 단, 요청에 대한 결정(승인, 변경 또는 거부)을 내리는 데 합리적으로 필요한 정보를 CalOptima Health가 접수한 시점으로부터 영업일 기준 5일 이내에는 반드시 응답해야 합니다. 또한 CalOptima Health는 귀하의 요청을 접수한 시점으로부터 7일(달력일 기준) 이내에 응답해야 합니다.

의료 제공자가 사전 승인(사전 허가) 요청을 제출하고 CalOptima Health가 일반 처리 기간을 준수할 경우 귀하의 생명이나 건강, 또는 최대 기능 달성, 유지 또는 회복 능력에 심각한 위험을 초래할 수 있다고 판단하는 경우, CalOptima Health는 72시간 이내에 사전 승인(사전 허가) 결정을 내립니다. CalOptima Health는 귀하의 건강 상태에 따라 가능한 빨리 요청에 응답하되, 요청을 접수한 시점부터 72시간 이내에 처리합니다.

경우에 따라 CalOptima Health가 귀하의 사전 승인(prior authorization) 요청에 대해 결정(승인, 변경 또는 거부)을 내리기 위해 추가 정보가 필요할 수 있습니다. 이러한 경우, CalOptima Health는 결정을 내리기 위해 최대 14일(달력 기준)의 추가 기간을 가질 수 있습니다. CalOptima Health에서 필요한 정보를 접수하면 귀하의 건강 상태에 따른 필요 시점에 맞춰 최대한 신속하게 결정해야 하며, 일반 요청의 경우 영업일 기준 5일 이내, 신속 요청의 경우 72시간 이내에 결정을 내려야 합니다. 의료 제공자는 일반 요청에 대한 CalOptima Health의 응답 기한 연장을 요청할 수 있습니다. 일반 요청 **또는** 신속 요청에 대한 기한 연장을 요청할 수 있습니다. 의사, 간호사, 약사 등의 임상 또는 의료진이 사전 승인(사전 허가) 요청을 검토합니다.

CalOptima Health는 보장 또는 서비스의 거부, 변경 또는 승인에 대한 검토자의 결정에 어떠한 방식으로도 영향을 미치지 않습니다. CalOptima Health가 요청을 승인하지 않는 경우, CalOptima Health에서는 회원에게 행동 통지서(Notice of Action, NOA)를 보내드립니다. NOA에는 회원이 이러한 결정에 동의하지 않을 경우에 항소를 제기할 수 있는 방법이 설명되어 있습니다.

회원의 요청을 검토하는 데 정보나 시간이 더 필요한 경우, CalOptima Health 측에서 회원에게 연락할 것입니다.

회원 서비스 번호 **1-888-587-8088** (TTY **711**)로 전화하십시오. CalOptima Health 는 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시 30 분 사이 도와드립니다. 통화는 무료입니다. 온라인 **www.caloptima.org** 을 방문하십시오.

CalOptima Health 네트워크 외부 또는 서비스 지역 외부에 있더라도 응급 치료를 위해 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다. 이것에는 임신한 경우 출산 및 분만이 포함됩니다. 특정 민감한 의료 서비스를 위해 사전 승인(사전 허가)가 필요하지 않습니다. 민감한 의료 서비스에 대해 자세히 알아보려면 이 장의 뒷부분에 있는 "민감한 의료 서비스"를 읽어보십시오.

사전 승인(사전 허가)에 대한 문의는 번호 1-888-587-8088 (TTY 711)로 전화하십시오.

2 차 소견

의료 제공자가 필요하다고 한 치료 또는 진단이나 치료 계획에 대해 2차 소견을 원하실 수 있습니다. 예로 진단이 정확한지 확인하길 원하거나, 처방받은 치료나 수술이 꼭 필요한지 확신이 서지 않거나, 또는 치료 계획을 따랐음에도 효과를 보지 못한 경우, 2차 소견을 원할 수 있습니다.

귀하 또는 귀하의 네트워크 소속 의료 제공자가 2차 소견을 요청하고 네트워크 소속의 다른 의료 제공자로부터 2차 소견을 받는 경우, CalOptima Health에서 이에 대한 비용을 지불합니다. CalOptima Health의 사전 승인(사전 허가) 없이도 네트워크 내 의료 제공자에게서 2차 소견을 받을 수 있습니다. 2차 소견을 원하시는 경우, 자격을 갖춘 네트워크 내 의료 제공자로 의뢰해 드립니다.

2차 소견을 요청하고 의료 제공자 선택에 대한 도움을 받으시려면 번호 1-888-587-8088 (TTY 711)로 전화하십시오. 원하시는 경우, 귀하의 네트워크 내 의료 제공자를 통해 다른 의료 제공자의 소견을 받을 수 있도록 소개를 받으실 수도 있습니다.

CalOptima Health의 네트워크 내에 2차 소견을 제공할 수 있는 의료 제공자가 없는 경우, 네트워크 소속이 아닌 의료 제공자로부터 받는 2차 소견에 대한 비용을 CalOptima Health에서 지불합니다. CalOptima Health는 2차 소견을 구하기 위해 선택한 의료 제공자가 승인되었는지 여부를 귀하의 건강 상태에 따라 최대한 신속하게 알려드리지만 CalOptima Health는 필요한 정보를 받은 후 영업일 기준 5일 이내에 응답해야 합니다. 또한 회원의 요청을 접수한 시점으로부터는 달력일 기준 7일 이내에 응답해야 합니다.

회원 서비스 번호 **1-888-587-8088** (TTY **711**)로 전화하십시오. CalOptima Health 는 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시 30 분 사이 도와드립니다. 통화는 무료입니다. 온라인 **www.caloptima.org** 을 방문하십시오.

귀하가 만성 또는 중증, 심각한 질환을 앓고 있거나, 사망 또는 사지나 주요 신체 부위를 상실하거나, 신체 기능을 상실하는 등을 포함하나 이에 국한되지 않는 즉각적이며 심각한 건강상 위험에 직면한 경우, CalOptima Health는 72시간 이내에 결정을 내리고 알려드릴 것입니다.

CalOptima Health에서 2차 소견 요청을 거부한 경우, 귀하는 항소를 제기할 수 있습니다. 자세한 내용은 본 안내서 제 6장의 "불만 제기"를 참조하십시오.

회원 서비스 번호 **1-888-587-8088** (TTY **711**)로 전화하십시오. CalOptima Health 는 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시 30 분 사이 도와드립니다. 통화는 무료입니다. 온라인 **www.caloptima.org** 을 방문하십시오.

4.혜택 및 서비스

기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스

서비스별 지불(Fee-For-Service, FFS) Medi-Cal 또는 기타 Medi-Cal 프로그램을 통해 받을 수 있는 기타 서비스

CalOptima Health는 일부 서비스를 보장하지 않지만, 귀하는 여전히 FFS Medi-Cal 또는 기타 Medi-Cal 프로그램을 통해 서비스를 받을 수 있습니다. CalOptima Health는 귀하가 의학적으로 필요한 모든 서비스를 받을 수 있도록 다른 프로그램들과 협력할 것이며 여기에는 CalOptima Health가 아닌 다른 프로그램에서 보장하는 서비스도 포함됩니다. 이 섹션은 이러한 서비스 중 일부에 대한 목록입니다. 자세한 정보를 위해 1-888-587-8088 (TTY **711**)번으로 전화하십시오.

치과 서비스

FFS Medi-Cal 치과 프로그램은 귀하의 치과 서비스에 대한 서비스별 지불 (Fee-for-Service, FFS) Medi-Cal과 동일합니다. 치과 서비스를 받기 전 귀하의 Medi-Cal 혜택 카드(BIC, Benefit Identification Card)를 치과 제공자에게 보여야 합니다. 제공자가 FFS Dental을 받는 지 그리고 귀하는 치과 서비스를 보장하는 관리형 치료 플랜(managed care plan)에 가입되어 있지 않은지 확인하십시오.

2026 년 7 월 1 일부터:

이민 신분에 따라 치과 진료 보장에 일부 예외 사항이 적용될 수 있습니다. 연방 정부가 제공하는 전체 범위 Medi-Cal 자격이 없고 19세 이상인 경우, 다음과 같은 상황에서는 치과 진료 혜택을 더 이상 받지 못할 수 있습니다.

- 임신 중이거나 출산 후 1년 이내인 상태가 아니며, 카운티로부터 위탁 보호 청소년 (foster youth) 또는 전 위탁 보호 청소년으로 지정되지 않은 경우: **응급 치과 진료**에 한해 서비스별 지불 (Fee-for-Service, FFS) 방식의 Medi-Cal 치과 의료 제공자를 이용할 수 있습니다.

회원 서비스 번호 **1-888-587-8088** (TTY **711**)로 전화하십시오.
CalOptima Health는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분 사이 도와드립니다. 통화는 무료입니다. 온라인 **www.caloptima.org** 을 방문하십시오.

- 카운티로부터 임신 중이거나 출산 후 1년 이내인 상태로 지정된 경우: **전체 범위** Medi-Cal 혜택을 위해 FFS 방식의 Medi-Cal Dental 의료 제공자를 이용할 수 있습니다.

- 카운티로부터 위탁 보호 청소년(Foster Youth)으로 지정되거나 또는 만 18세 생일 당시 위탁 보호를 받고 있었던 만 26세 미만의 전 위탁 보호 청소년인 경우. **전체 범위** Medi-Cal 혜택을 위해 FFS 방식의 Medi-Cal Dental 의료 제공자를 이용할 수 있습니다.

- 다음과 같은 응급 치과 진료는 계속 받을 수 있습니다:
  - 멈추지 않는 출혈
  - 입안이나 입 주변의 통증을 동반한 부기
  - 치통 또는 턱 통증
  - 얼굴이나 턱뼈 부상
  - 통증이나 부기를 동반한 잇몸 또는 치아 감염
  - 수술 후 관리(드레싱 교체, 실밥 제거 등)
  - 부러지거나 빠진 치아
  - 볼이나 잇몸을 찌르는 교정 장치 와이어 절단 또는 수리

Medi-Cal은 Medi-Cal Dental을 통해 다음과 같은 광범위한 치과 서비스를 보장합니다:

- 연방 전체 범위 (full-scope) Medi-Cal 자격 회원
- 연방 전체 범위 Medi-Cal 자격은 없으나 아래 3가지 예외 사항 중 최소 하나를 충족하는 회원:
  - 19세 미만인 자
  - 카운티로부터 임산부로 지정됨 (임신 종료 후 최대 1년까지 포함); 및/또는
  - 카운티로부터 위탁 보호 청소년(Foster Youth)으로 지정되거나 또는 만 18세 생일 당시 위탁 보호를 받았던 만 26세 미만의 전 위탁 보호 청소년

치과 진료 서비스에는 다음이 포함됩니다:

- 전체 및 부분 의치
- 크라운(기성/실험실)
- 검진, X-레이 및 치아 클리닝과 같은 진단 및 예방 치과 서비스
- 통증 관리를 위한 응급 서비스
- 충진
- 자격이 있는 아동을 위한 치아 교정
- 신경 치료(전치/후치)
- 스케일링 및 치근 활택술
- 발치
- 국소 불소

회원 서비스 번호 **1-888-587-8088** (TTY **711**)로 전화하십시오.
CalOptima Health는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분 사이 도와드립니다. 통화는 무료입니다. 온라인 **www.caloptima.org** 을 방문하십시오.

질문이 있거나 치과 서비스에 대해 더 알아보려면 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 또는 711)번을 이용해 Medi-Cal Dental 에 전화하십시오. Medi-Cal Dental 웹사이트 https://www.dental.dhcs.ca.gov 를 방문할 수도 있습니다.

5.아동 및 청소년 웰케어

21세 미만의 아동 및 청소년 회원은 가입하는 즉시 특수 건강 서비스를 받을 수 있습니다. 이는 그들이 올바른 예방, 치과, 정신 건강 및 발달 및 전문 서비스를 받도록 합니다. 이 장에서는 이러한 서비스를 설명합니다.

서비스별 지불(Fee-For-Service, FFS) Medi-Cal 또는 기타 프로그램을 통해 받을 수 있는 기타 서비스

치과 검진

매일 수건으로 부드럽게 잇몸을 닦아 아기의 잇몸을 깨끗하게 유지하십시오. 약 4개월에서 6개월이 되면 유치가 나기 시작하면서 “이가 나기” 시작합니다. 아이의 첫 번째 치아가 나오자마자 또는 첫 번째 생일 중 먼저 도래하는 날짜에 귀하의 자녀의 첫 치과 방문을 예약해야 합니다.

다음 Medi-Cal 치과 서비스는 다음의 경우 무료거나 저렴한 서비스입니다.

0-3세 아기

- 아기의 첫 치과 방문
- 아기의 첫 치과 검사
- 치과 검진 (6개월마다, 때로는 더 자주)
- 엑스레이
- 스케일링 (6개월마다, 때로는 더 자주)
- 불소 바니시 (6개월마다, 또는 그 이상)
- 충진
- 발치 (치아 뽑기)
- 응급 치과 진료
- *진정(의료적으로 필요한 경우)

4-12세 아동

- 치과 검진 (6개월마다, 때로는 더 자주)
- 엑스레이
- 불소 바니시 (6개월마다, 때로는 더 자주)
- 치아 클리닝(6개월마다, 때로는 더 자주)
- 어금니 실란트
- 충진
- 근관 치료
- 발치 (치아 뽑기)
- 응급 치과 서비스
- *진정(의료적으로 필요한 경우)

13세 이상 21세 이하의 청소년 (2026년 7월 1일부터는 아래와 같은 예외 사항이 적용됨)

- 치과 검진 (6개월마다, 때로는 더 자주)
- 엑스레이
- 불소 바니시 (6개월마다, 때로는 더 자주)
- 스케일링 (6개월마다, 때로는 더 자주)
- 자격이 있는 사람들을 위한 치아 교정(교정기)
- 충진
- 크라운
- 근관 치료
- 부분 및 전체 틀니
- 스케일링 및 치근 활택술
- 발치 (치아 뽑기)
- 응급 치과 서비스
- *진정(의료적으로 필요한 경우)

*의료 제공자는 국소 마취가 의학적으로 적절하지 않은 사유를 판단하여 기록하고, 해당 치과 치료가 사전 승인을 받았거나 또는 사전 승인(prior authorization)이 필요하지 않은 경우 진정 요법 및 전신 마취를 고려해야 합니다.

국소 마취를 사용할 수 없어 대신 진정 요법이나 전신 마취를 시행해야 할 수도 있는 몇 가지 이유는 다음과 같습니다:

- 치료를 수행하려는 의료 제공자의 시도에 환자가 반응하는 것을 가로막는 신체, 행동, 발달 또는 정서적 상태
- 광범위한 복원 또는 수술 절차
- 비협조적인 아동
- 주사 부위의 급성 감염
- 국소 마취제의 통증 조절 실패

2026년 7월 1일부터 일부 예외 사항이 적용됩니다. 연방 전체 범위 (full-scope) Medi-Cal 자격이 없는 19세 이상의 경우, 다음과 같은 상황이 아니라면 더 이상 치과 혜택을 받지 못할 수 있습니다:

- 임신 또는 출산 후 1년 이내인 상태가 아니며, 또는 카운티로부터 위탁 청소년(foster youth)이나 전 위탁 청소년으로 지정된 경우. 치과 응급 상황에 한해 모든 서비스별 지불 (Fee-for-Service, FFS) Medi-Cal Dental 제공자를 이용할 수 있습니다.
- 카운티로부터 임신 중이거나 출산 후 1년 이내인 대상으로 지정된 경우. 이 경우 전체 범위 Medi-Cal 자격에 따라 모든 서비스별 지불 (Fee-for-Service, FFS) Medi-Cal Dental 제공자를 이용할 수 있습니다.

- 카운티로부터 위탁 청소년(Foster Youth)으로 지정되거나 또는 만 18세 생일 당시 위탁 보호를 받고 있었던 만 26세 미만의 전 위탁 청소년. 이 경우 전체 범위 Medi-Cal 자격에 따라 모든 서비스별 지불 (Fee-for-Service, FFS) Medi-Cal Dental 제공자를 이용할 수 있습니다.

치과 서비스에 대해 질문이 있거나 더 알아보려면 Medi-Cal Dental 고객 서비스 번호 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 또는 711)로 전화 또는 https://smilecalifornia.org/를 방문하십시오.

6. 문제 신고 및 해결하기

주 청문회

주 청문회는 CalOptima Health와 캘리포니아 사회복지부(California Department of Social Services, CDSS) 소속 판사가 함께하는 회의입니다. 판사는 귀하의 문제 해결하고 CalOptima Health의 결정이 올바른지 여부를 판단하는 데 도움을 줄 것입니다. CalOptima Health에 항소 신청을 했으나 결정 내용에 만족하지 못하거나, 30일 이후에도 항소에 대한 결정을 받지 못한 경우, 귀하는 주 청문회를 요청할 권리가 있습니다.

주 청문회는 항소 해결 공지서 (Notice of Appeal Resolution, NAR)에 적힌 날짜로부터 120 일 이내에 요청해야 합니다. 항소 신청 절차 중에 지원금 지급 유지 (Aid Paid Pending)를 받았고 주 청문회 결정이 날 때까지 이를 계속 유지하고 싶다면, NAR 통지서를 받은 날로부터 10일 이내 또는 서비스 중단 예정일 중 더 늦은 날짜까지 주 청문회를 요청해야 합니다.

주 청문회에서 최종 결정이 내려질 때까지 지원금 지급 유지 (Aid Paid Pending)이 계속되도록 조치하는 데 도움이 필요하시면, CalOptima Health 번호 1-888-587-8088 로 월요일부터 금요일, 오전 8시에서 오후 5시 30분 사이에 연락해 주십시오. 청각 또는 언어 장애가 있다면 711로 전화하십시오. 귀하의 승인 대리인 또는 의료 제공자는 귀하의 서면 허가와 함께 귀하를 위해 주 청문회를 요청할 수 있습니다.

때때로 항소 절차를 완료하지 않고도 귀하는 주 청문회를 요청할 수 있습니다.

예로 CalOptima Health가 귀하의 서비스에 대해 올바르게 또는 제때 통지하지 않은 경우, 저희의 항소 절차를 거치지 않고도 주 청문회를 요청할 수 있습니다. 이를 절차 이행 완료로 간주 (Deemed Exhaustion)이라고 합니다. 다음은 절차 이행 완료로

간주의 일부 예입니다:

- 저희가 귀하가 선호하는 언어로 귀하에게 행동 공지서 (NOA) 또는 NAR 서신을 제공하지 않았습니다.
- 저희가 귀하의 권리에 영향을 끼치는 실수를 했습니다
- 저희가 귀하에게 NOA 서신을 제공하지 않았습니다
- 저희가 귀하에게 NAR 서신을 제공하지 않았습니다
- 저희 NAR 서신에 실수가 있었습니다
- 저희가 항소에 대해 30일 이내에 결정을 내리지 않았습니다
- 저희가 귀하의 사례가 긴급하다고 결정했지만 귀하의 항소에 72시간 이내에 응답하지 않았습니다.

다음과 같은 방법으로 주 청문회를 요청할 수 있습니다:

- **전화:** 캘리포니아 사회복지부(CDSS)의 주 청문회 부서(State Hearings Division) 1-800-743-8525로 전화하십시오
  (TTY 1-800-952-8349 or 711)
- **우편:** 항소 해결 통지서와 함께 제공되는 양식을 작성하여 다음 주소로 우편으로 보내실 수 있습니다:

  California Department of Social Services
  State Hearings Division
  744 P Street, MS 09-17-433
  Sacramento, CA 95814

- **온라인:** www.cdss.ca.gov에서 온라인으로 요청하십시오
- **이메일:** 항소 해결 통지서와 함께 제공되는 양식을 작성하여 Scopeofbenefits@dss.ca.gov로 이메일을 보내십시오
  - 참고: 이메일로 보내시면, 주 청문회 부서 (State Hearings Division) 이외의 사람이 귀하의 이메일을 가로챌 위험이 있습니다. 요청을 안전한 방법으로 보내시는 것을 고려하십시오.
- **팩스:** 항소 해결 통지서와 함께 동봉된 양식을 작성하여 주 청문 부서(Hearings Division)로 팩스번호 1-916-309-3487 또는 무료번호 1-833-281-0903 로 보내주십시오.

주 청문회를 요청하는 데 도움이 필요한 경우, 저희가 도와드릴 수 있습니다. 저희는 귀하에게 무료 언어 서비스를 제공할 수 있습니다. 번호 1-888-587-8088 (TTY 711)로 전화하십시오.

청문회에서 귀하는 CalOptima Health의 결정에 동의하지 않는 이유를 판사에게 설명하게 됩니다. CalOptima Health는 해당 결정을 내리게 된 경위를 판사에게 설명할

것입니다. 판사가 귀하의 사례를 결정하는 데 최대 90일이 소요될 수 있습니다. CalOptima Health는 판사의 결정을 따라야만 합니다.

주 청문회를 하는 데 걸리는 시간이 귀하의 생명, 건강 또는 정상적인 기능 능력을 위험에 빠뜨리기 때문에 CDSS의 빠른 결정을 원하는 경우, 귀하 또는 귀하의 승인된 대리인은 CDSS에 연락해 속결(빠른) 주 청문회를 요청할 수 있습니다. CDSS는 CalOptima Health로부터 귀하의 완전한 사례 파일을 받은 후 영업일로 3일을 넘기지 않고 결정을 내려야만 합니다.

7. 권리와 책임

CalOptima Health 회원으로서 귀하는 특정 권리와 책임이 있습니다. 이 장에서는 이러한 권리와 책임을 설명합니다. 이 장은 또한 CalOptima Health 회원으로서 귀하에게 있는 권리에 대한 법적 공지도 포함하고 있습니다.

행동 통지서

CalOptima Health는 CalOptima Health가 건강 관리 서비스 요청을 거절, 지연, 종료 또는 변경할 때마다 귀하에게 행동 통지서(Notice of Action, NOA)를 보낼 것입니다. CalOptima Health의 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 언제든지 CalOptima Health에 항소를 제기할 수 있습니다. 본 안내서 제 6장의 '항소 (Appeals)' 섹션에서 항소 신청 절차에 관한 중요한 정보를 확인하십시오. CalOptima Health가 귀하에게 NOA를 보낼 때, 저희 결정에 동의하지 않는 경우 귀하에게 있는 모든 권리를 알려드릴 것입니다. CalOptima Health나 건강 네트워크가 아닌 다른 곳으로부터 이 통지서를 받으셨다면, 즉시 CalOptima Health로 연락해 주십시오.

통지서의 내용

CalOptima Health가 귀하의 서비스에 대한 거부, 지연, 변경, 종료, 중단 또는 축소 조치를 전체 또는 부분적으로 의료적 필요성에 근거를 두는 경우, 귀하의 NOA에는 다음이 포함되어야 합니다:

- CalOptima Health가 취하고자 하는 행동에 대한 설명
- CalOptima Health의 결정에 대한 이유와 관련된 명확하고 간결한 설명.
- CalOptima Health가 결정을 내린 방식 및 적용한 규정
- 해당 결정에 대한 의료적 이유. CalOptima Health는 회원의 상태가 해당 기준이나 지침을 충족하지 못하는 이유를 명확하게 설명해야 합니다.
- NOA와 관련된 모든 문서 및 기록의 사본을 무료로 요청할 수 있는 귀하의 권리에 관한 정보.

번역

CalOptima Health는 모든 불만 및 항소 통지서를 포함해 서면 회원 정보를 일반적으로 선호하는 언어로 모두 번역하고 제공해야 합니다.

모두 번역된 통지서는 CalOptima Health가 건강 관리 서비스에 대한 요청을 축소, 지연, 또는 종료하기로 한 결정에 대한 의료적 이유를 포함해야만 합니다.

귀하가 선호하는 언어를 사용할 수 없는 경우, CalOptima Health는 받으신 정보를 이해할 수 있도록 귀하가 선호하는 언어로 구두 지원을 제공해야 합니다.