State of California-Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services
P.O. Box 989009, West Sacramento, CA 95798-9850

장애를 갖고 계시고 고령이신 분들을 위한 중요한 정보

건강보험 가입 전에 Medi-Cal 의사의 진료를 받고 계셨습니까?
귀하는 건강보험에 가입되어 있는 동안은 그 의사가 그 건강보험과 함께 일하는 것에 동의를 하면 최장 12개월까지 계속 그 의사에게서 진료를 받으실 수도 있습니다. 귀하가 계속 그 의사에게서 진료를 받기 원하시면 다음의 절차에 따르십시오:

- 귀하의 신규 건강보험에 전화하십시오 - 다음 페이지에서 귀하 건강보험의 전화번호를 확인하십시오
- 귀하의 건강보험 담당자에게 귀하가 그 Medi-Cal 의사의 진료를 계속 받기 원한다고 말하십시오
- 귀하 건강보험의 담당자에게 그 Medi-Cal 의사의 이름을 알려 주십시오
- 건강보험이 귀하를 대신해서 그 의사에게 연락을 하고 귀하가 그 의사에게 계속 진료를 받기 원한다고 통보를 해야 합니다
- 만일 그 건강보험에서 거절할 경우에는 어떻게 불만을 제기하는지 물어보십시오

귀하의 건강보험은 아래와 같이 귀하를 도와 드릴 수 있습니다:

- 귀하의 의사 진료실까지의 왕복 교통편 수배에 관한 도움
- Braille, 음향, 그리고 큰 활자 등을 포함한 다른 형태의 서면 자료
- American Sign Language 를 포함하여 귀하의 질문에 대해 귀하의 언어로 답변을 드리는 도움

귀하는 귀하의 접근 필요성에 맞는 의사를 선택하실 수 있습니다.
귀하의 건강보험에 연락하셔서 다음과 같은 귀하의 접근 필요성을 충족시키는 의료제공자에 관한 정보를 요청하십시오:

- 접근하기 쉬운 주차 공간
- 연석 램프 및 다른 램프시설들
- 휠체어 또는 스쿠터가 지나갈 수 있도록 넓게 열리는 출입문
- 접근하기 쉬운 검사실
- 접근하기 쉬운 검사 테이블 및 체중계

귀하의 건강보험 의료제공자 명부에는 위에 수록된 옵션들을 제공하는 의료제공자를 선택하기 쉽도록 표시가 되어 있을 수도 있습니다. 귀하의 건강보험 의료제공자 명부에서 표시 목록과 각 표시의 의미를 확인하십시오.

귀하의 건강보험에 전화하시려면 다음의 번호를 이용하십시오:

건강보험 이름	전화번호	TDD/TTY
Health Plan Name	(XXX) XXX-XXXX	(XXX) XXX-XXXX

추가적인 도움이 필요하시면, 월-금요일, 오전 8:00시에서 오후 5:00시 사이에 전화 (888) 452-8609 로 옴부즈만 Medi-Cal 사무실에 전화하십시오.

만일 귀하의 건강보험이 서비스를 거부, 축소 또는 중단할 경우에는 귀하의 건강보험에 불만을 제기할 수 있습니다. 만일 문제가 해결되지 않으면 귀하는 State Hearing 을 요청하실 수 있는 권리가 있습니다. 귀하는 월-금요일, 오전 8:00시에서 오후 5:00시 사이에 (800) 952-5253 또는 TDD/TTY (800) 952-8349 로 전화해서 State Hearing 을 신청하실 수 있습니다.