

myMedi-Cal

귀하가 필요로 하는 건강관리를 받는 방법



목차

3 캘리포니아의 건강보험

Medi-Cal 과 Covered California
Medi-Cal요건
Medi-Cal프로그램 비교

7 어떻게 신청할 수 있습니까?

신청 방법
신청서 처리 시간

9 나의 Medi-Cal 보험혜택을 어떻게 이용하는 것입니까?

의사 진료
행위별 수가제(Fee-for-Service) Medi-Cal
비용분담(Share of Cost-SOC) Medi-Cal
Medi-Cal Managed Care
만약 내가 다른 건강보험이 있을 경우
건강관리 기관 이용 지원
메디케어와 Medi-Cal의 일괄 이용

15 Medi-Cal로 보장되는 보험혜택

일반적 의료 서비스
약물 사용 장애 프로그램 (Substance Use Disorder Program)
Medi-Cal 치과 프로그램
(Medi-Cal Dental Program)
조기 및 정기 검사, 진단 및 치료
(Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment-EPSDT)
교통 서비스
전문 정신건강 서비스

18 기타 건강 프로그램 및 서비스

소급 Medi-Cal (Retroactive Medi-Cal)

22 나의 Medi-Cal 갱신 및 재계약

가구 변경 신고
카운티 또는 주 밖으로의 이사
나의 Medi-Cal 재계약

24 권리와 책임

항소신청권 및 청문의 권리
주정부 공정 청문
제3자 책임 (Third Party Liability)
재산 환수 (Estate Recovery)
Medi-Cal 사기
차별 금지 및 접근성 요건

소셜 미디어에서의 DHCS



@DHCS_CA



DHCS.CA



California Department of
Health Care Services



DHCS_CA

캘리포니아의 건강보험



"나의 Medi-Cal: 귀하가 필요로 하는 건강관리를 받는 법"은 캘리포니아 주민들께, 무상 또는 저비용 건강보험 혜택을 받을 수 있는 Medi-Cal에 신청하는 방법을 알려드립니다. 자격이 되기 위해 어떤 게 필요한지를 알려드립니다. 이 안내서에서는 또한, 귀하의 Medi-Cal 보험혜택 활용방법에 대해서도 알려드립니다. 변화가 생겼을 때 그것을 언제 신고해야 하는지도 알려드립니다. 이 안내서를 잘 보관하고 계시다가 Medi-Cal에 대해 질문이 있을 때 참고하십시오.

캘리포니아는 건강보험을 보장하는 데 있어서 두 가지 방법을 가지고 있습니다. 그것은 "Medi-Cal" 과 "Covered California" 입니다. 두 프로그램 모두 동일한 신청절차를 이용합니다.

Medi-Cal 이란 무엇입니까?

Medi-Cal 은 캘리포니아에서 운영하는 연방 Medicaid 프로그램입니다. Medi-Cal은 자격이 되는 캘리포니아 주민들에게 무상 또는 저비용 건강보험을 제공합니다.

Department of Health Care Services (DHCS)가 Medi-Cal 프로그램을 감독합니다.

귀하의 지역 카운티 사무소는 DHCS를 대신하여 대부분의 Medi-Cal 사례를 관리합니다. 귀하의 지역 카운티 사무소를 www.benefitscal.com 에서 온라인으로 방문하실 수 있습니다. 또한, 귀하의 지역 카운티 사무소에 전화로 연락하실 수도 있습니다.

지역 카운티 사무소 전화번호를 구하시려면 다음 웹사이트를 참고하십시오.

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

또는 전화 1-800-541-5555
(TTY 1-800-430-7077)
로 문의하십시오

지역 카운티 사무소는 여러 가지 사실들을 종합하여, 귀하가 Medi-Cal로부터 어떤 종류의 도움을 받을 수 있는지를 결정합니다. 결정에 사용되는 정보:

- 귀하가 벌어들이는 소득 금액
- 귀하의 연령
- 신청서에 나타난 자녀들의 나이
- 임신 상태인지, 눈이 안보이는지, 장애가 있는지 등의 여부
- Medicare를 받고 있는지 여부

Medi-Cal을 신청하는 대부분의 사람들은 자신의 소득에 기초하여 메디칼 자격이 되는지 여부를 알아볼 수 있습니다. 다른 종류의 Medi-Cal의 경우, 신청자는 자신의 자산과 재산에 대한 정보를 제출해야 될 수도 있습니다. 더 알아보시려면 5페이지의 Medi-Cal 프로그램 비교표를 참조하십시오.

Covered California가 무엇입니까?

Covered California는 주의 건강보험 거래소입니다. 브랜드를 가지고 있는 보험회사의 건강보험들을 비교하거나 보험상품을 구매할 수 있습니다. 귀하의 소득이 Medi-Cal로는 너무 높을 경우, Covered California를 통해 건강보험에 가입할 자격을 가질 수 있습니다.

Covered California를 통해 "보험료 보조 (premium assistance)"를 받을 수 있습니다. 그렇게 해서 Covered California 건강보험에 가입된 사람들과 가족들의 건강보험 비용을 낮추고 소득 기준 원칙을 충족시킬 수 있습니다. 보험료 보조를 받을 수 있는 자격이 되려면 소득이 Covered California 프로그램 소득 한계치 내에 있어야 합니다.

Covered California에는 다음과 같이 네 개의 보장범위 단계가 있습니다 : 브론즈, 실버, 골드, 그리고 플래티넘. 각 단계 내에서의 보험혜택은 귀하가 어떤 보험회사를 선택하든지 동일합니다. 귀하의 소득과 다른 객관적 조건들에 의해 귀하가 자격이 되는 프로그램이 결정됩니다.

Covered California에 대해 더 알아보시려면 www.coveredca.com 참고하시거나 1-800-738-9116 (TTY 1-888-889-4500)으로 문의하십시오.

Medi-Cal을 받기 위한 요건은 무엇입니까?

Medi-Cal을 받을 수 있는 자격이 되려면 캘리포니아 주에 거주해야 하고 일정한 원칙을 충족시켜야 합니다. 귀하의 가족으로서 세무신고서에 기재되어 있는 모든 가구원 상태에 대한 소득 및 세무신고서 정보를 제출해야 합니다. 또한 귀하의 재산에 대한 정보를 제출해야 할 수도 있습니다.

Medi-Cal 자격을 갖기 위해 세무신고를 해야 하는 것은 아닙니다. 세무신고에 관한 질문은 국세청(Internal Revenue Service-IRS) 또는 세무전문가에게 하십시오.

Medi-Cal을 신청하는 모든 사람은 자신의 사회보장번호(Social Security Number-SSN)를

가지고 있을 경우 제시해야 합니다. Medi-Cal을 요청하는 모든 사람은 자신의 이민 상태에 대한 정보를 반드시 제시해야 합니다.

19세 이상의 성인은 사회보장번호(SSN)가 없거나 이민 상태를 입증하지 못한다 하더라도 제한적 Medi-Cal 보험급여를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 그러한 보험급여로 응급 서비스, 임신관련 및 장기 케어(long-term care) 서비스를 보장해 드립니다.

귀하가 전 범위 보험을 받을 자격이 없다 하더라도 자녀를 위하여 Medi-Cal을 신청할 수 있습니다.

캘리포니아에서는, 이민 상태가 19세 미만의 자녀를 위한 Medi-Cal 보험급여에 영향을 미치지 않습니다. 소아청소년은 이민 상태에 관계 없이 전 범위 Medi-Cal 보험급여를 받을 수 있습니다.

Medi-Cal 프로그램 규칙에 대해 더 알아보시려면, 다음 페이지에 있는 Medi-Cal 프로그램 비교표를 참고하십시오.

알고 계셨습니까?



귀하가 Supplemental Security Income (SSI)을 받을 자격이 있을 경우, 귀하는 자동적으로 SSI-linked Medi-Cal을 받을 자격이 있습니다.



귀하가 계신 지역 카운티 사무소에서 일부 SSI Medi-Cal 관련 문제를 도와드릴 수 있습니다. 지역 카운티 사무소에서, 그러한 문제를 해결하기 위해 귀하가 사회보장국 (Social Security) 사무소에 연락할 필요가 있는지 여부를 알려드릴 것입니다.

Medi-Cal 프로그램 비교

MAGI

vs.

Non-MAGI

MAGI- 수정된 조정 후의 총 소득 (Modified Adjusted Gross Income-MAGI) Medi-Cal 방법은 연방 세금 규칙을 사용하여 세금과 세입 가능한 소득을 신고하는 방법에 따라 납세자가 적격인지 여부를 결정합니다.

Non-MAGI Medi-Cal에는 많은 특별 프로그램이 포함됩니다. MAGI Medi-Cal 자격이 되지 않는 사람은 Non-MAGI Medi-Cal 자격이 될 수도 있습니다.



자격 대상:



- 19세 미만의 소아청소년
- 미성년 자녀의 부모 및 돌봄이
- 19세에서 64세까지의 성인
- 임신한 사람

- 65세 이상인 성인
- 21세 미만의 소아청소년
- 임신한 사람
- 연령적으로 자격이 있는 자녀의 부모/돌봄이 친척

- 장기 케어 시설의 성인 또는 소아청소년
- Medicare를 받는 사람
- 눈이 보이지 않거나 시각 장애가 있는 사람



재산에 관한 규칙:



재산 한계치는 없습니다.

- 차량, 은행계좌, 임차 주택과 같은 재산에 대해 신고를 해야 하며, 증명을 제시해야 합니다
- 가구에 있는 재산 금액에 제한됩니다

MAGI와 Non-MAGI 모두의 경우:

- 지역 카운티 사무소는 귀하의 신청서 정보를 확인합니다. 증명자료를 추가로 제출해야 할 수 있습니다.
- 캘리포니아에 거주하고 있어야 합니다.
- 미국 시민 또는 합법적으로 거주하는 신청자는 자신의 SSN을 제시해야 합니다.
- 귀하가 실업 급여(unemployment benefits)와 주 장애보험(State Disability Insurance) 등에 대해서 자격이 될 수도 있는 소득에 대해 신청해야 합니다.
- 아래에 해당하는 의료 부양 집행을 준수해야 합니다:
 - 자녀 또는 혼외자를 위해 아버지와의 친생자관계 확인.
 - 한쪽 부모가 없는 자녀를 위한 의료 부양 제공.

*귀하가 이 규칙을 따르지 않을 합당한 이유가 있다고 생각되시면, 귀하 지역의 카운티 사무소에 문의하십시오.



어떻게 신청할 수 있습니까?

연중 어느 때든지 우편, 전화, 팩스, 이메일 등을 통해 Medi-Cal을 신청할 수 있습니다. 또한 온라인으로 신청할 수도 있고, 직접 할 수도 있습니다.

일정한 기간에는 Covered California 보험만 신청할 수 있습니다. 신청할 수 있는 시기에 대해 알아보시려면 www.coveredca.com을 참고하시거나 1-800-738-9116 (TTY 1-888-889-4500)으로 문의하십시오.

✉ 우편 신청:

하나의 신청서(Single Streamlined Application)로 Medi-Cal과 Covered California 가입을 신청할 수 있습니다. 웹사이트 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>에서 영어와 다른 언어들로 준비된 신청서를 입수할 수 있습니다. 작성한 신청서를 귀하의 지역 카운티 사무소로 보내십시오.

다음 웹사이트에서 귀하의 지역 카운티 사무소를 찾으십시오:
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

또한, 다음 주소로 신청서를 보낼 수도 있습니다.

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

☎ 전화, 팩스 또는 이메일로 신청:

지역 카운티 사무소에 연락하십시오. 웹사이트 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>에서 전화번호를 찾을 수 있고, 또는 Covered California에 1-800-738-9116으로 전화하여 문의하실 수도 있습니다.

💻 온라인 신청:

www.benefitscal.com

또는

www.coveredca.com

👤 직접 방문하여:

다음 웹사이트에서 귀하의 지역 카운티 사무소를 찾으십시오:
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. 신청하는 데 도움을 받으실 수 있습니다.

또한, 다음 웹사이트에서 Covered California 공인 가입 카운슬러(Certified Enrollment Counselor)나 보험중개인(Insurance Agent)을 검색할 수 있습니다: www.CoveredCA.com/get-help/local/.

나의 신청서가 처리되는 데 얼마나 걸릴까요?

귀하의 Medi-Cal 신청서를 처리하는 데 최대 45일이 걸릴 수 있습니다. 장애에 기초하여 Medi-Cal을 신청하는 경우, 최대 90일이 걸릴 수 있습니다. 지역 카운티 사무소나 Covered California에서 자격 결정 서신을 보내드릴 것입니다. 그러한 서신을 "처분 통지 (Notice of Action)"라고 합니다. 45일 또는 90일 내에 서신을 받지 못하신 경우, "주정부 공정 청문(State Fair Hearing)"을 신청하실 수 있습니다. 또한, 결정에 동의하지 않는 경우에도 청문을 신청하실 수 있습니다. 더 자세한 내용은 25페이지의 "항소신청권 및 청문의 권리"를 참조하십시오.

알고 계셨습니까?



Medi-Cal은 산부 및 신생아 진료의 일부로 모유 수유 교육을 제공합니다.



귀하는 24개월마다 정기 눈 검사를 받을 자격이 있습니다.



제안되고 있는 내용에 대해 더 알고 싶으시면 다음 웹사이트를 방문하십시오:
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

나의 Medi-Cal 보험혜택을 어떻게 이용하는 것입니까?



Medi-Cal은 대부분의 의료적으로 필요한 진료를 보장해 드립니다. 그러한 진료에는 의사 및 치과의사 예약, 처방약, 안과 진료, 가족계획, 정신건강 진료, 약물 또는 알코올 치료 등이 포함됩니다. Medi-Cal은 또한, 그러한 서비스 장소까지의 교통편도 부담해 드립니다. 16페이지의 “Covered Benefits”에서 더 자세한 내용을 읽으십시오.

승인을 받고 나면, 귀하의 Medi-Cal 보험급여를 즉시 이용할 수 있습니다. Medi-Cal에 대해 새로이 승인된 수급권자는 Medi-Cal 보험급여식별카드

(Benefits Identification Card-BIC)를 받게 됩니다. 귀하의 건강관리 및 치과 제공자가 서비스를 제공하고 Medi-Cal에 청구를 하기 위해서는 귀하의 BIC가 필요합니다. 새로 가입한 수급권자와 카드 교체를 원하는 수급권자는 캘리포니아 양귀비를 나타내는 디자인으로 된 새 BIC를 받게 됩니다. 여기에서 볼 수 있는 두 가지 디자인의 BIC가 모두 유효합니다.

다음과 같은 경우, 지역 카운티 사무소에 연락하십시오:

- BIC를 받지 못한 경우
- BIC를 분실한 경우
- BIC에 적힌 정보가 잘못된 경우
- BIC를 도난 당한 경우

새 BIC를 받고나면, 옛 BIC를 사용할 수 없습니다.

다음에서 지역 카운티 사무소 전화번호를 찾을 수 있습니다:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

또는 전화

1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)
로 문의하십시오



어떻게 의사의 진료를 받을 수 있습니까?

Medi-Cal 에 가입된 대부분의 사람들은 Medi-Cal Managed Care 플랜을 통해 의사의 진료를 받을 수 있습니다. 관리의료 플랜은 사람들이 민영보험에서 가지고 있는 건강보험 플랜과 비슷합니다. 다음 페이지에서부터 관리의료 플랜에 대해 더 알아보십시오.

귀하의 Medi-Cal Managed Care 플랜을 배정하는 데에는 몇 주가 걸릴 수 있습니다. 귀하가 Medi-Cal 에 처음 신청하거나, 귀하가 특별 상황에 있을 경우, "행위별 수가제 Medi-Cal" 을 통해 의사의 진료를 받아야 할 수도 있습니다.

행위별 수가제 Medi-Cal이 무엇입니까?

행위별 수가제는 Medi-Cal이 의사 및 다른 의료 제공자들에게 지불을 하는 방법입니다. 귀하가 Medi-Cal에 처음 가입할 때, 관리의료 건강보험에 가입될 때까지는 행위별 수가제 Medi-Cal을 통해 보험혜택을 받게 됩니다.

의료 서비스나 치과 서비스를 받기 전에, 의료 제공자가 Medi-Cal 행위별 수가제 지급을 받는지 물어보십시오. 의료 제공자는 Medi-Cal 환자를 접수하는 것을 거부할 권리가 있습니다. 귀하가 Medi-Cal이 있음을 제공자에게 알리지 않은 경우, 의료 서비스요금이나 치과 서비스요금을 귀하 자신이 부담해야 할 수 있습니다.

행위별 수가제 보장으로 의료 비용이나 치과 비용이 어떻게 지불됩니까?

귀하의 제공자는 귀하가 Medi-Cal을 가지고 있는지 확실히 하기 위해 귀하의 BIC를 이용합니다. 의료제공자는 Medi-Cal이 의료적 치료나 치과 치료에 대해 지불을 할 것인지를 알게 됩니다. 때로는, 귀하가 치료에 대해 "공동부담금"을 지불해야 할 수 있습니다. 의료 서비스나 치과 서비스, 또는 처방약을 받을 때마다 귀하가 \$1를 지불해야 할 수 있습니다. 응급 서비스가 필요하지 않을 때 병원 응급실에 간 경우, 귀하가 \$5를 지불해야 할 수 있습니다. 관리의료 플랜에 가입된 수급권자는 공동부담금을 지불할 필요가 없습니다.

귀하가 서비스를 받으시기 전에 Medi-Cal이 승인해야 하는 일부 서비스가 있습니다. 자세한 설명은 12페이지를 보십시오.

비용분담금(SOC)을 지불해야 할 경우, 어떻게 의료 서비스나 치과 서비스를 받으니까?

일부 Non-MAGI Medi-Cal 프로그램의 경우 귀하가 SOC를 지급해야 합니다. 귀하의 Medi-Cal 승인 후에 귀하가 받는 처분 통지에서 귀하에게 SOC가 있는지 여부를 알려드립니다. 또한, SOC 금액도 알려드립니다. 귀하의 SOC 는 Medi-Cal이 지급을 시작하기 전에 건강 진료 또는 치과 진료에 대해서 귀하가 제공자에게 지불해야 하거나 지불하기로 약속하는 금액입니다.

SOC 금액은 매달 재설정됩니다. 귀하는, 건강 진료 서비스나 치과 진료 서비스를 받을 때 귀하의 SOC를 몇 달 안에 지불하기만 하면 됩니다. SOC 금액은 건강관리 제공자나 치과 제공자에게 지불해야 합니다. Medi-Cal이나 주에 지불하는 것이 아닙니다. 제공자는 한번에 다 지불하는 대신에 나중에 지불하는 것을 허용해 줄 수도 있습니다. 카운티에 따라서는, SOC가 있을 경우, 관리의료 플랜에 가입할 수 없습니다.

귀하가 Medi-Cal을 받지 않는 누군가로부터 받은 건강관리 서비스에 대해 지불을 할 경우, 그러한 지급금을 귀하의 SOC에 산입할 수 있습니다. 귀하는 그러한 건강관리 비용에 대한 영수증을 귀하 지역 카운티 사무소로 가져가야 합니다. 그러면 지역 카운티 사무소는 그 금액을 귀하의 SOC로 인정해 줍니다.

귀하에게 지급하지 못한 의료비 청구서가 있을 경우, 향후 달의 SOC를 낮출 수 있습니다. 귀하의 의료비 청구서가 자격이 되는지 여부는 지역 카운티 사무소에 문의하십시오.

Medi-Cal Managed Care 가 무엇입니까?

Medi-Cal Managed Care 는 귀하가 고품질 진료를 받고 건강을 유지하는 데 도움이 되도록 하기 위한 조직 체계입니다.

“**Medi-Cal Managed Care 건강보험은 의사, 약국, 건강교육 프로그램등을 찾는 것을 도와드립니다.**”

일정한 기준을 충족시키지 못하거나 면제 자격이 되지 못하는 한, 대부분의 사람들은 관리의료 플랜에 가입해야 합니다. 건강보험 옵션은 거주하고 있는 카운티에 따라 다릅니다. 귀하의 카운티에 복수의 건강보험이 있을 경우, 귀하는 귀하와 귀하 가족의 필요에 맞는 것을 선택해야 합니다.

각 카운티 내의 모든 Medi-Cal Managed Care 플랜은 서비스가 동일합니다. 다음 웹사이트에서 관리의료 플랜 명부를 입수할 수 있습니다. <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. 귀하는 귀하의 건강보험과 제휴하고 있는 의사를 일차진료 의사로 선택할 수 있습니다. 그렇지 않으면, 귀하의 보험에서 귀하를 대신하여 일차진료 의사를 선택할 수 있습니다. 귀하는, 귀하의 플랜에 속하지 않은 제공자를 포함하여, 스스로 Medi-Cal 가족계획 제공자를 선택할 수 있습니다. 관리의료 플랜에 연락하여 더 자세히 알아보십시오.

또한, 관리의료 건강보험들은 아래 사항을 제안합니다.

- 진료 조율
- 전문의에게 의뢰
- 24 시간 간호사 상담전화 서비스
- 고객 서비스 센터

일부 서비스의 경우, 서비스를 받으시기 전에 **Medi-Cal 이 승인해야 합니다.** 제공자는 사전 승인을 필요로 할 때를 알아야 합니다.

대부분의 의사 방문과 클리닉 방문은 제한되지 않습니다. 그런 서비스의 경우 승인을 필요로 하지 않습니다. 귀하의 치료 계획과 예약에 대해 귀하의 의사와 상의하십시오.

어떻게 Medi-Cal Managed Care 플랜에 가입할 수 있습니까?

귀하가 하나의 플랜 옵션보다 많은 옵션을 가지 있는 카운티에 거주하실 경우, Medi-Cal 승인을 받은 날로부터 30일 내에 건강보험을 선택해야 합니다. 우편으로 정보 패킷을 받으시게 됩니다. 정보 패킷에서, 귀하의 카운티에서 이용 가능한 건강보험을 알려드립니다. 또한, 귀하가 선택하는 관리의료 플랜에 가입하는 방법을 알려드립니다. Medi-Cal 승인을 받은 날로부터 30일 내에 플랜을 선택하지 않을 경우, 주에서 귀하를 대신하여 한 플랜을 선택해 드립니다.

우편으로 건강보험 정보 패킷을 받으실 때까지 기다리십시오.

“**만약 귀하의 카운티에 하나의 건강보험만 있다면, 카운티는 귀하를 위하여 그 플랜을 선택해 드립니다.**”

귀하가 **샌 베니토 카운티**에 거주하실 경우, 하나의 건강보험만이 있습니다. 귀하는 이 건강보험에 가입하실 수 있습니다. 아니면, 행위별 수가제 Medi-Cal에 남아 있기로 할 수도 있습니다.

귀하의 카운티에 복수의 건강보험이 있을 경우, 귀하는 귀하와 귀하 가족의 필요에 맞는 한가지를 선택해야 합니다.

귀하의 카운티에 어떤 플랜들이 있는지 보시려면 다음 웹사이트를 참조하십시오.
<https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>

어떻게, 나의 Medi-Cal Managed Care 플랜으로부터 가입을 해지하거나, 의무적 가입의 면제를 신청하거나, 그것을 변경할 수 있습니까?

대부분의 Medi-Cal 수급권자들은 하나의 Medi-Cal Managed Care 플랜에 가입해야 합니다. 귀하가 **선택**으로 건강관리 플랜에 가입하셨다면, 언제든지 가입을 해지할 수 있습니다. 가입을 해지하기 위해서는 Health Care Options 에 **1-800-430-4263** 으로 연락하십시오.

귀하의 카운티에 두 개 이상의 플랜이 있을 경우, 귀하의 관리의료 건강보험을 변경하고 싶다면 Health Care Options에 연락하실 수 있습니다.

귀하가 현재, 행위별 수가제 Medi-Cal 제공자로부터 치료를 받고 있을 경우, Medi-Cal Managed Care에의 의무적 가입으로부터 임시 면제를 받을 수 있습니다. 행위별 수가제 제공자는 귀하 카운티의 Medi-Cal Managed Care 플랜에 속할 수 없습니다. 그러한 제공자는, 귀하가 제공자를 변경해야 할 경우, 악화될 수도 있는 복합적 상태에 대해 귀하를 치료하고 있어야 합니다.

귀하의 제공자에게, 귀하 카운티의 Medi-Cal Managed Care에 속해 있는지 여부를 물어보십시오. 귀하의 제공자가 귀하 카운티의 Medi-Cal Managed Care에 속해 있지 않을 경우, 그 제공자에게, Medi-Cal Managed Care 가입 면제 신청을 할 수 있도록 양식을 작성해 달라고 부탁하십시오.

귀하의 제공자는 양식에 서명하여 필수 입증자료를 첨부하여 Health Care Options 에 우편 또는 팩스를 통해 보내야 합니다. 헬스케어 옵션즈에서 그것을 검토하여 귀하가 Medi-Cal Managed Care 가입 의무로부터 임시 면제를 받을 자격이 있는지 여부를 결정하게 됩니다. 웹사이트 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 에서 양식과 안내문을 찾아볼 수 있습니다.

질문이 있을 경우 **1-800-430-4263** 으로 문의하십시오.

만약 나에게 다른 건강보험이 있을 경우 어떻게 해야 합니까?

직장 건강보험과 같은 다른 건강보험이 있더라도 Medi-Cal을 수급할 자격은 여전히 가지고 있을 수 있습니다. 만약 자격이 되실 경우, Medi-Cal이 일차보험에서 지불되지 않은 것으로서, 허용 가능한 비용을 부담해 드립니다. 연방법에 따라, Medi-Cal에 청구하기 전에 Medi-Cal 수급권자의 민영 건강보험에 우선적으로 청구해야 합니다.

Medi-Cal 수급권자는 연방 및 주법에 따라 민영 건강보험을 반드시 신고해야 합니다. 민영 건강보험의 신고 또는 변경을 위해서는 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> 을 참조하거나 **1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)** 로 연락하십시오. 캘리포니아 밖에서는 **1-916-636-1980** 을 이용하십시오.

지역 카운티사무소 및 의료서비스 제공자에게도 이를 신고해야 합니다. 민영 건강보험을 신고하지 않는 것은 경범죄에 해당합니다.

내가 캘리포니아에 있지 않을 때 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니까?

캘리포니아 외부를 여행할 때, BIC 또는 Medi-Cal 건강보험 플랜에 가입되어 있다는 증명물을 소지하십시오. Medi-Cal은 사고, 상해, 또는 중병으로 인한 응급상황과 같은 경우에 도움이 될 수 있습니다. 응급상황을 제외하고, 관리의료 플랜은 귀하가 서비스를 받기 전에 주를 벗어난 곳에서의 의료서비스를 승인해야 합니다. 만약 의료서비스 제공자가 Medicaid 를 수락하지 않으면, 귀하는 캘리포니아 밖에서 받는 서비스에 대한 의료비를 지불해야 합니다. 유의사항: 응급 처치에 다수의 의료서비스 제공자가 관여될 수 있습니다. 예를 들어, 진료 의사는 메디케이드를 수락할 수 있지만, 엑스레이 부서는 수락하지 않을 수도 있습니다. 관리의료 플랜과 협의하여 귀하가 부담해야 하는 것을 줄이십시오. 의료서비스 제공자는 먼저 **1-916-636-1960** 으로 연락하여 귀하가 자격이 있는지 여부를 확인해야 합니다.

캘리포니아 주의 경계 근처에 거주하면서 다른 주에서 의료서비스를 받는 경우, 이 규칙 중 일부는 적용되지 않습니다. 자세한 내용을 알아보시려면 Medi-Cal Managed Care 에 문의하십시오.

“**캘리포니아 밖으로 이사하면 Medi-Cal을 받을 수 없습니다. 이사를 한 주에서 메디케이드를 신청할 수 있습니다.**”

캘리포니아 내의 새 카운티로 이사하는 경우, 귀하가 살고 있는 카운티 또는 이사 가는 카운티에도 알려야 합니다. 그렇게 함으로써 Medi-Cal 보험급여를 계속하여 받을 수 있습니다. 새 카운티로 이사한 날로부터 10일 이내에 지역 카운티 사무소에 알려야 합니다.

진료 예약을 할 수 없거나 필요한 다른 진료를 받지 못하면 어떻게 해야 하나요?

Medi-Cal Managed Care 민원조사관 사무소는 중립적인 입장에서, 문제를 해결하도록 도와드립니다. 옴부즈맨 사무소는 귀하가 필요로 하는 필수 보장 서비스를 모두 받으실 수 있도록 해드립니다.

민원조사관 사무소:

- Medi-Cal Managed Care 가입자와 관리의료 플랜 간의 문제를 어느 한 편에 들지 않고 해결하도록 도와드립니다.
- Medi-Cal 수급권자와 카운티 정신건강 플랜 간의 문제를 어느 한 편에 들지 않고 해결하도록 도와드립니다.
- 관리의료 플랜 및 카운티 정신건강 플랜에 대한 가입자의 불만을 조사합니다.
- 긴급한 가입 및 가입 해지 문제가 있는 가입자에게 도움을 드립니다.

- Medi-Cal 수급권자가 Medi-Cal 정신건강 전문서비스에 접근하도록 도와드립니다.
- 정보를 드리고 소개를 합니다.
- Medi-Cal Managed Care 프로그램을 보다 효과적으로 만들 수 있는 방법을 찾습니다.
- 가입자에게 Medi-Cal Managed Care 및 전문적 정신건강 시스템을 찾는 방법을 알려드립니다.

민원조사관 사무소에 대해 더 자세히 알아보시려면 아래 번호로 전화하십시오:

1-888-452-8609

또는 다음 웹사이트를 참조하십시오:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

내가 메디케어 수급권자이기도 하다면, Medi-Cal은 어떻게 활용할 수 있습니까?

65세 이상이거나 장애가 있는 사람들의 경우 Medi-Cal과 Medicare 두 가지 모두 자격을 갖는 경우가 많습니다. 두 프로그램 모두 자격이 된다면, Medicare를 통해 대부분의 의료서비스와 처방약을 받으실 수 있습니다. Medi-Cal은 요양원 간호, 그리고 가정 및 지역사회 기반 서비스와 같은 장기 서비스와 지원을 제공합니다.

“**Medi-Cal은 Medicare가 보장하지 않는 일부 보험혜택을 보장합니다**”

Medi-Cal은 또한, 메디케어 보험료를 지불해 드릴 수 있습니다.

Medicare 보험료 납입 바이-인 프로그램이란 무엇입니까?

Medicare 바이-인(Buy-In)이라고도 하는 Medicare 보험료 납입 프로그램 (Premium Payment Program)을 통해 Medi-Cal이 Medi-Cal 가입자 및 일정한 Medicare 프로그램을 받을 자격이 있는 사람들을 위하여 Medicare 파트 A (병원보험) 또는 파트 B (의료보험) 보험료를 부담할 수 있습니다.

Medicare 세이빙 프로그램 (Savings Program-MSP)이란 무엇입니까?

Medicare 세이빙 프로그램은, 귀하가 특정 조건을 충족시킬 경우 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 공제금, 공동보험금 및 공동부담금을 지불해 드릴 수 있습니다. Medi-Cal을 신청할 때, 귀하가 이 프로그램에 자격이 있는지를 카운티가 평가합니다. 전 범위의 Medi-Cal 보험혜택을 받을 자격이 없는 일부 사람들도 여전히 MSP 자격이 있을 수 있습니다.

제가 Medicare 제공처를 이용하고 있을 경우, Medicare 공동보험금을 제가 지불해야 합니까?

아닙니다. MSP 자격이 된다면 공동보험금 또는 공제금을 지불하지 않아도 됩니다. Medicare 제공자로부터 청구서를 받을 경우, Medi-Cal Managed Care에 연락하시거나 1-800-MEDICARE 에 문의하십시오.

만약 Medicare가 있을 경우, Medi-Cal을 받는 의사와 다른 제공처들을 이용해야 합니까?

아닙니다. Medi-Cal 을 받지 않거나 Medi-Cal Managed Care에 속하지 않은 경우라도, 귀하는 Medicare 제공자를 이용하실 수 있습니다. 일부 Medicare 제공자는 귀하를 환자로 받지 않을 수 있습니다.



Medi-Cal로 보장되는 보험혜택

Medi-Cal은 필수 건강보험 혜택 (Essential Health Benefits) 이라고 하는 보험혜택 세트를 제안합니다. 서비스가 보장되는지 알아보려면, 의사 또는 건강보험에 문의하십시오. 필수 건강보험 혜택 내용:

- 의사 진료실에서의 검진과 같은 외래환자 서비스
- 응급 서비스
- 입원
- 산모 및 신생아 진료
- 정신건강 서비스
- 약물 또는 알코올 중독 치료와 같은 약물 사용 장애 서비스
- 처방약
- 혈액 검사와 같은 검사실 서비스
- 물리 치료(재활 및 갱생 서비스라고 함)와 같은 프로그램, 휠체어와 산소 탱크와 같은 의료용품 및 기기
- 예방 및 건강관리 서비스
- 만성 질환 관리
- 구강 및 안과 진료를 포함하는 소아청소년 (소아과) 서비스
- 재택 간호, 기타 장기 서비스 및 지원

약물 사용 장애 프로그램

Medi-Cal은 약물 또는 알코올 남용 치료를 위해 입원환자 및 외래환자 환경을 제공합니다. 이것을 약물 사용 장애 치료라고도 합니다. 필요로 하는 치료 유형에 따라 환경이 다릅니다. 서비스 포함 품목:

- 외래환자 비약물 치료 (집단상담 또는 개별상담)
- 외래환자 집중치료 (집단상담서비스는 하루 최소 3시간, 주당 3일 제공됨)
- 거주 치료 (구내에서 거주하면서 제공되는 재활 서비스)
- 마약 대체 요법 (메타돈 등)

카운티에 따라서는 더 많은 치료 및 회복 서비스를 가지고 있습니다. 귀하를 적합한 치료로 의뢰할 수 있도록 귀하의 의사에게 귀하의 상태에 대해 알려주십시오. 또한, 귀하에게 가장 가까운 지역 치료기관에 본인 스스로 의뢰하실 수도 있습니다. 또는, 약물 사용 장애 비용급 치료 라인 1-800-879-2772로 전화하십시오.

Medi-Cal 치과 프로그램 (Medi-Cal Dental Program)

치아 건강은 건강 전체에 있어서 중요한 부분입니다. Medi-Cal 치과 프로그램 (Dental Program)은 치아 건강을 유지하는데 많은 서비스를 부담해 드립니다. 귀하는 Medi-Cal의 승인을 받자마자 치과 보험혜택을 받으실 수 있습니다.

웹사이트 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>에서 치과 혜택 및 기타 자료를 찾아보실 수 있습니다. 또는, 월요일부터 금요일까지 오전 8:00시에서 오후 5:00시 사이에 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922)로 전화하여 문의하실 수 있습니다.

Medi-Cal 치과 서비스를 어떻게 받을 수 있습니까?

Medi-Cal 치과 프로그램 (Medi-Cal Dental Program)은 두 가지 방식으로 서비스를 제공합니다. 하나는 행위별 수가제 (Fee-for-Service) 치과 서비스로서, California 어느 지역에서나 받을 수 있습니다. 행위별 수가제 (Fee-For-Service) 치과 서비스는 행위별 수가제(Fee-For-Service) Medi-Cal과 같습니다. 치과 서비스를 받으시기 전에, 치과 서비스 제공자에게 귀하의 BIC를 보여 주어서 서비스 제공자가 행위별 수가제(Fee-For-Service) 치과보험을 받는지 확인하셔야 합니다.

Medi-Cal이 치과 서비스를 제공하는 다른 방법은 치과 관리의료 (Dental Managed Care-DMC)를 통하는 것입니다. DMC는 Los Angeles 카운티와 Sacramento 카운티에서만 제공됩니다. DMC 플랜은 행위별 수가제 (Fee-For-Service) 치과와 동일한 치과 서비스를 부담해 드립니다. DHCS는 Sacramento 카운티에서 세 곳의 관리의료 플랜을 사용합니다. DHCS는 Los Angeles 카운티에 있는 세 곳의 선불 건강보험과도 계약을 맺고 있습니다. 이들 플랜은 Medi-Cal 수급권자에게 치과 서비스를 제공합니다.

귀하가 Sacramento 카운티에 거주하신다면, DMC에 등록하셔야 합니다. 경우에 따라, DMC 가입 면제를 받을 자격이 있을 수도 있습니다.

자세히 알아보시려면 Health Care Options 웹사이트 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>을 참고하십시오.

Los Angeles 카운티에서는 행위별 수가제 (Fee-For-Service) 치과에 남아 있거나 DMC 프로그램을 선택하실 수 있습니다. 치과 플랜을 선택하거나 변경하시려면, Health Care Options에 연락하십시오.

조기 및 정기 검사, 진단 및 치료(Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment-EPSDT)

귀하 또는 귀하의 자녀가 21세 미만일 경우, Medi-Cal은 정기 건강검진 및 검사와 같은 예방적 서비스를 부담해 드립니다. 정기 건강검진과 검사에서 일반의료, 치과, 안과, 청각, 정신건강 등의 문제, 그리고 물질사용 장애 문제를 찾아냅니다. 또한, 건강 유지를 위해 예방접종을 받으실 수도 있습니다. Medi-Cal은 정기 건강검진 기간이 아니더라도, 검사를 받을 필요가 있을 경우 언제든지 검사 서비스를 부담해 드립니다. 이러한 서비스 모두 귀하에게 들어가는 비용은 없습니다.

건강검진과 검사는 건강관리 제공자가 문제를 조기에 파악할 수 있도록 하는 데에 중요합니다. 건강검진이나 검사를 하는 동안 문제가 발견되면, Medi-Cal은 신체적 또는 정신적 건강문제 또는 질병을 고치거나 개선하는 데 필요한 서비스를 부담해 드립니다. 귀하는, 귀하의 의사, 다른 건강관리 제공자, 치과의사, 카운티 소아청소년 건강 및 장애 예방 프로그램 (Child Health and Disability Prevention Program-CHDP) 또는 카운티 정신건강 또는 행동건강 제공자가 호전되는 데 필요하다고 보는 진단 및 치료 서비스를 받으실 수 있습니다. 귀하에게 들어가는 비용없이 EPSDT가 이러한 서비스를 부담해 드립니다.

귀하의 건강관리 제공자는, 차회 건강검진이나 검사, 또는 일반 진료를 위해 언제 다시 돌아오시라는 말을 드릴 수도 있습니다. 진료 예약에 대해, 또는 진료 장소까지의 교통편으로 도움을 받는 방법에 대해 질문이 있으시면, Medi-Cal이 도와드릴

수 있습니다. 귀하의 Medi-Cal 관리의료 건강보험(Managed Care Health Plan-MCP)에 문의하십시오. MCP에 가입되어 있지 않다면, 교통편 도움을 받기 위해 귀하의 의사나 다른 제공자에게 연락하거나 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>을 참고하십시오.

EPSDT에 대한 추가정보가 필요하시면,
1-800-541-5555로 문의하시거나, 웹사이트 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>을 참고하시거나, 귀하 카운티 CHDP 프로그램이나 MCP에 문의하십시오. EPSDT 전문 정신건강 서비스 또는 물질사용 장애 서비스에 대해 더 알고 싶으시면, 귀하 카운티의 정신건강부나 행동건강부로 연락하십시오.

교통 서비스

Medi-Cal은, Medi-Cal이 의료, 정신건강, 약물사용, 또는 치과 진료를 보장할 경우, 그러한 예약 진료를 받기 위한 교통편을 도와드릴 수 있습니다. 교통편은 비의료 교통(nonmedical transportation-NMT) 비응급 의료 교통(nonemergency medical transportation-NEMT) 편이 될 수 있습니다. 처방전, 의료용품, 또는 장비를 받으러 가야 하는 경우에도 NMT를 이용하실 수 있습니다.

자동차, 버스, 기차, 또는 택시로 이동할 수 있지만, 진료를 받으러 가기 위한 교통편이 없다면, NMT를 마련해 드릴 수 있습니다.

귀하가 건강보험에 가입해 있으시다면, 가입자 서비스부에 전화하여 NMT 서비스를 받을 수 있는 방법에 대해 알아보십시오.

만약 행위별 수가제 보험을 가지고 계시다면, 아래와 같이 하실 수 있습니다:

- Medi-Cal 카운티 사무소에 전화하여 NMT 교통편을 제공해 줄 수 있는지 알아보십시오.
- 교통편을 확보하시려면, 먼저 행위별 수가제 의료서비스 제공자에게 전화하여 거주 지역의 교통편 제공자에 대해 알아보셔야 합니다. 또는, <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>에서 귀하 지역에 올라 있는, 승인받은 NMT 제공자 중 한 곳에 연락하셔도 됩니다.

진료를 받으러 가기 위해 특수한, 의료차량이 필요하다면, 의료서비스 제공자에게 알려십시오. 건강보험에 가입되어 있으시다면, 귀하의 플랜에 연락하여 교통편을 알아볼 수도 있습니다. 행위별 수가제 보험에 가입되어 있으시다면, 의료서비스 제공자에게 연락하십시오. 보험플랜 또는 의료 제공자는 휠체어 밴, 리터 밴, 구급차 또는 항공 수송과 같은 NEMT를 주문할 수 있습니다.

예약일 전에 가능한 한 빨리 교통편을 요청하도록 하십시오. 진료 예약이 자주 있으실 경우, 귀하의 건강보험 제공자 또는 건강 플랜이 향후의 진료 예약에 가기 위한 교통편을 신청할 수도 있습니다.

승인받은 NMT 제공자가 준비하는 교통편에 대하여 더욱 자세한 내용은 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>을 참조하십시오.

전문 정신건강 서비스

일반 의사가 치료할 수 없는 정신질환 또는 정서적인 필요가 있다면, 정신건강 전문 서비스를 이용하실 수 있습니다. 정신건강플랜(Mental Health Plan-MHP)은 정신건강 전문 서비스를 제공합니다. 각 카운티에는 MHP가 있습니다.

정신건강 전문 서비스에 포함된 것으로는 한계가 있을 수 있지만 개인 및 단체 요법, 투약 서비스, 위기관리 서비스, 사례 관리, 주거 및 병원 서비스, 아동 및 청소년을 돕기 위한 전문 서비스 등이 있습니다.

정신건강 전문 서비스에 대해 더 자세히 알아보거나 그러한 서비스를 받으시려면, 카운티 MHP 에 연락하십시오. MHP 에서, 귀하가 정신건강 전문 서비스를 받을 자격이 있는지를 결정하게 됩니다. 민원조사관 사무소에 1-888-452-8609 로 연락하여 MHP 전화번호를 알아볼 수도 있고, <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>을 참조하셔도 됩니다.

기타 건강 프로그램 및 서비스



캘리포니아는 귀하의 의학적 필요에 맞는 다른 프로그램들을 마련해 두고 있습니다. 귀하는 Medi-Cal을 취급하는 같은 지역 카운티 사무소를 통해 신청할 수 있습니다.

지역 카운티 사무소로부터

귀하가 Medi-Cal을 신청하는 같은 지역 카운티 사무소의 아래 프로그램들을 요청할 수 있습니다. 귀하 카운티 전화번호를 아시려면 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>을 참조하시거나 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)로 문의하십시오.

이전 가정위탁 청소년 (Former Foster Youth)

만약 귀하가 18세 생일이나 그보다 늦은 때에 위탁 보호를 받고 있었다면, 무료 Medi-Cal 자격이 있을 수 있습니다. 보험 보장은 26세 생일까지 지속될 수 있습니다. 소득은 문제가 되지 않습니다. 신청하실 때 Medi-Cal 신청서를 완전히 작성해야 한다거나 소득 또는 세금 정보를 제공해야 하는 필요가 없습니다. 즉시 보장을 받으시려면, 지역 카운티 사무소에 연락하십시오.

비공개 의료 서비스

21세 미만이라면 비공개 서비스를 신청할 수 있습니다. 자격이 되려면, 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 미혼이고 부모와 함께 살고 있어야 하거나, 아니면
- 부모가 대학생과 같은 자녀를 위해 재정적 책임을 져야 함

보험을 신청하거나 수급을 받는 데에 부모의 동의를 필요하지 않습니다. 서비스에는 가족 계획 및 임신 관리, 약물 또는 알코올 남용의 치료, 성병, 성폭행, 정신건강을 위한 치료 등이 있습니다.

250% 일하는 장애인 프로그램 (Working Disabled Program)

일하는 장애인 프로그램은 대부분의 Medi-Cal 수급권자보다 소득이 많은, 장애가 있는 성인에게 Medi-Cal을 제공합니다. 소셜 시큐리티를 통해 또는 이전 직장을 통해 장애 소득을 벌고 있다면, 귀하는 자격이 있을 수 있습니다. 이 프로그램은 소득에 따라 \$20에서 \$250까지 적은 월 보험료를 정합니다. 자격이 되려면, 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 당사자가 장애에 대한 소셜 시큐리티의 정의를 충족시키고, 장애 소득을 받고 있으며, 현재 일을 통해 약간의 돈을 벌고 있음
- 당사자가 근로소득 및 불로소득에 대한 프로그램 소득 규칙을 충족시킴
- 당사자가 기타 프로그램의 규칙을 충족시킴

Medi-Cal Access Program (MCAP)

MCAP는 임산부에게 저비용의 종합적인 건강보험을 제공합니다. MCAP에는 보장되는 서비스에 대해 공동부담금 또는 공제금이 없습니다. MCAP의 총 비용은 수정된 조정 후 총소득의 1.5%입니다. 예를 들어, 소득이 연간 \$50,000라면, 보험 보장에 대한 귀하의 비용은 \$750가 됩니다. 일시불로 또는 12개월 동안 매달 분할해서 지불할 수 있습니다. 귀하가 임신 중이고 Covered California 보험을 가지고 있다면, MCAP로 전환하는 것이 가능할 수도 있습니다. MCAP에 가입되어 있는 사람에게서 출생한 아기는 Medi-Cal 접근 유아 프로그램 또는 Medi-Cal의 자격이 있습니다. MCAP를 받을 자격이 되려면, 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 캘리포니아 거주자
- 신청 시점에 무상 Medi-Cal 또는 Medicare 파트 A 및 파트 B에 가입되어 있지 않을 것
- 다른 건강보험 플랜으로 보장 받고 있지 않을 것
- 프로그램 소득 기준 이내일 것

MCAP에 대해 자세히 알아보시려면, <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>을 참조하시거나 1-800-433-2611로 전화를 걸어 문의하십시오.

가내 지원 서비스 (In-Home Supportive Services-IHSS) 프로그램

IHSS는 귀하가 안전하게 자택에 계실 수 있도록 서비스 비용을 부담하는 데 도움을 드립니다. Medi-Cal 자격이 되신다면, IHSS 자격도 있을 수 있습니다. Medi-Cal 자격이 되지 않으신다면, 다른 자격 기준을 충족할 경우 여전히 IHSS 자격을 가질 수 있습니다. SOC가 없는 Medi-Cal을 갖고 계시다면, 메디칼이 모든 IHSS 서비스 비용을 부담해 드립니다. SOC가 있는 Medi-Cal을 갖고 계실 경우, IHSS 서비스에 대해 지불하기 전에 Medi-Cal SOC를 충족시켜야 합니다. 자격이 되려면, 적어도 다음 조건 중 하나를 충족시켜야 합니다.

- 65세나 65세 이상
- 시각장애인

- 장애인 (장애 아동들 포함)
- 적어도 12개월 연속으로 지속되거나 12개월 이내에 사망할 것으로 예상되는, 기능 장애를 유발하는 만성적인 장애 상태에 있음.

IHSS는 다음과 같은 서비스를 승인할 수 있습니다.

- 주방 조리대 세척 또는 욕실 청소와 같은 가사 서비스
- 식사 준비
- 세탁
- 식료품 장보기
- 개인 관리 서비스
- 예약 진료에 동행
- 정신질환을 앓고 있거나 정신적으로 장애가 있고 감독 없이 자택에서 안전하게 지낼 수 없는 사람들을 위한 보호 감독
- 의료 보조 서비스

더 자세히 알아보시려면

<http://www.cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services>를 참조하십시오.

주정부의 다른 건강 서비스

아래의 프로그램들은 Medi-Cal 프로그램과는 다른 신청 절차를 두고 있습니다. 기재된 연락처 정보를 이용하여 프로그램을 신청하거나 더 자세히 알아보실 수 있습니다.

유방암 및 자궁 경부암 치료 프로그램 (Breast and Cervical Cancer Treatment Program)

유방암 및 자궁 경부암 치료 프로그램은 자격이 되는 캘리포니아 저소득 주민에게 암 치료 및 관련 서비스를 제공합니다. 그러한 당사자는, 암 검진 프로그램(Cancer Detection Program), 모든 여성이 중요합니다(Every Woman Counts), 또는 가족 계획, 접근, 진료 및 치료 프로그램(Family Planning, Access, Care and Treatment programs)을 통해 선별되거나 가입되어야 합니다. 자격이 되려면, 수입이 한도 이하이어야 하고 유방암 또는 자궁 경부암 치료를 필요로 해야 합니다. 더 자세히 알아보시려면, 1-800-824-0088에 연락하거나 이메일 BCCTP@dhcs.ca.gov에 문의하십시오.

가정 및 지역사회 기반 서비스 (Home and Community-Based Services)

Medi-Cal은 자격이 되는 특정 노인과 장애인이 요양원이나 기타 기관이 아닌 가정 또는 지역사회에서 치료 받는 것을 허용합니다. 가정 및 지역사회 기반 서비스에는 포함된 것으로는 한계가 있을 수 있지만 사례 관리(지원 및 서비스 조율), 성인 주간 건강 서비스, 가활(주간 및 거주), 가사 도우미, 가정 건강 보조원, 영양 서비스, 간호 서비스, 개인위생관리, 및 임시 간호(respite care) 등이 있습니다. 전 범위의 Medi-Cal 자격이 되어야 하며 모든 프로그램 규칙을 충족시켜야 합니다. 자세히 알아보시려면 DHCS, Integrated Systems of Care Division에 1-916-552-9105로 문의하십시오.

캘리포니아 아동 서비스 프로그램 (California Children's Services-CCS Program)

CCS 프로그램은 특수증상의 진단 및 치료 서비스, 의료 사례관리, 물리치료 및 작업치료 서비스를 CCS 의료조건의 자격있는 21세 미만의 자녀에게 제공합니다. CCS 자격 조건인 의료 상태는 신체적으로 장애가 있거나 의료적, 외과적 또는 재활 서비스가 필요한 상태입니다. CCS 프로그램이 Medi-Cal에 등록된 자녀의 CCS 자격이 되는 의료상의 문제를 치료하기 위해 승인한 서비스는 대부분의 건강 플랜이 보장하는 서비스가 아닙니다. Medi-Cal 건강 플랜은 여전히 CCS 자격 조건의 의료 상태와 관련이 없는 일차 진료 및 예방적 건강 서비스를 제공합니다.

CCS를 신청하려면, 지역 CCS 카운티 사무소에 연락하십시오. 더 자세히 알아보시려면 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>을 참조하시거나 1-916-552-9105로 문의하십시오.

유전적 장애인 프로그램(Genetically Handicapped Person's Program-GHPP)

GHPP는 캘리포니아에 거주하고 있고, 21세 이상이며, GHPP 자격이 되는 의료 상황에 있는 사람들을 위해 의료적 및 행정적 사례 관리를 하고 의료적으로 필요한 서비스 비용을 부담합니다. GHPP 자격이 되는 질환은 혈우병, 낭성섬유증, 페닐케톤뇨증, 낫적혈구병과 같이 건강에 중대한 영향을 미치는 유전병입니다. GHPP는 특수치료센터(Special Care Centers-SCCs) 시스템을 이용합니다. SCC는 해당되는 특정 질환이 있는 고객에게 종합적이고, 조율된 의료서비스를 제공합니다. 해당 서비스가 건강 플랜이 보장하는 보험급여에 포함되어 있지 않다면, GHPP는 GHPP 자격이 되는 의료 상태가 있는, Medi-Cal에 가입된 성인에 대해 연간 SCC 평가를 승인합니다.

GHPP에 신청하시려면 신청서를 작성하십시오. 신청서를 1-800-440-5318로 팩스를 보내십시오. 더 자세히 알아보시려면 1-916-552-9105로 문의하거나 웹사이트 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>을 참조하십시오.

소급 Medi-Cal (Retroactive Medi-Cal)

Medi-Cal을 신청할 때 미납된 의료비 또는 치과 진료비가 있다면, 소급 Medi-Cal을 요청할 수 있습니다. 소급 Medi-Cal은 신청일로부터 3개월 전의 의료비 또는 치과 진료비를 지불하는 것을 도와 드릴 수 있습니다.

예를 들어, 4월에 Medi-Cal을 신청했다면, 1월, 2월, 및 3월에 받은 의료 또는 치과 서비스 청구서에 대해 도움을 받으실 수 있습니다.

소급 Medi-Cal을 받으시려면, 다음 조건을 반드시 충족해야 합니다:

- 의료 서비스를 받았던 달에 Medi-Cal 자격이 되었어야 함
- Medi-Cal이 보장하는 의료 또는 치과 서비스를 받은 적이 있어야 함.
- 보장된 서비스를 받았던 달로부터 1년 이내에 요청해야 함
- 소급 Medi-Cal을 신청하려면,

지역 카운티 사무소에 연락해야 합니다. 예를 들어, 2017년 1월에 팔이 부러져 치료 받았고 2017년 4월에 Medi-Cal을 신청했다면, 의료비 청구서를 지불하기 위해서는 늦어도 2018년 1월까지 소급 Medi-Cal을 신청해야 합니다.

소급기간인 3 개월 간 의료 또는 치과 진료비를 이미 지불했다면, 돌려 받을 수 있도록 Medi-Cal이 도와 드릴 수도 있습니다. 귀하는 서비스 날로부터 1년 이내에, 또는 Medi-Cal 자격에 대한 승인을 받은 후 90 일 중 더 긴 기간 이내에 청구서를 제출해야 합니다.

청구를 신청을 하려면, 아래로 전화하거나 서신을 보내야 합니다:

**Department of Health Care Services
Beneficiary Services
P.O. Box 138008
Sacramento, CA 95813-8008
1-916-403-2007 (TTY 1-916-635-6491)**

의료, 정신건강, 약물 사용 장애 및 재가 지원 서비스 청구의 경우

**Medi-Cal Dental Beneficiary Services
P.O. Box 526026
Sacramento, CA 95852-6026
1-916-403-2007 (TTY 1-916-635-6491)**

치과 청구의 경우.



나의 Medi-Cal 갱신 및 재계약

10일 이내에 지역 카운티 사무소에 가구 변경을 신고해야 합니다. 직접, 온라인, 전화, 이메일 또는 팩스로 변경사항을 신고하실 수 있습니다. 변경사항은 Medi-Cal 자격에 영향을 미칠 수 있습니다.

다음과 같은 경우 신고해야 합니다:

- 결혼 또는 이혼한 경우
- 자녀가 생기거나, 자녀를 입양하거나 입양 보내는 경우.
- 소득 또는 재산이 (해당되는 경우) 변경된 경우
- 직장 또는 Medicare와 같은 프로그램을 통해 건강보험 보장을 받는 경우
- 이사 또는 집에 살고 있는 사람이 변경된 경우
- 장애 신분이 변경된 경우
- 신고 대상 부양가족에서의 변화를 포함하여 세금 신고 상태가 변경된 경우
- 시민권 또는 이민 신분에 변화가 있는 경우
- 수감되어 있거나(구치소, 교도소 등에), 석방된 경우
- 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 신분이 변경되거나 부족 신분을 변경한 경우
- 성명, 생년월일 또는 SSN이 변경된 경우.
- 소득 또는 가구 규모에 영향을 줄 수 있는 기타 변경사항이 있을 경우

만약 내가 캘리포니아의 다른 카운티로 이사하면 어떻게 됩니까?

캘리포니아의 다른 카운티로 이사하면 Medi-Cal 사례를 새 카운티로 옮기실 수 있습니다. 이를 카운티 간 이전(Inter-County Transfer-ICT)이라고 합니다. 이사 후 10일 이내에 양쪽 카운티 중 한 곳에 주소변경을 알려야 합니다. 주소 변경 통보는 온라인으로, 방문하여, 전화, 이메일, 팩스로 할 수 있습니다. 구 카운티의 관리의료 플랜은 해당 월의 마지막 날에 종료됩니다. 새 카운티에서 관리의료 플랜에 등록해야 합니다.

일시적으로 카운티를 벗어나는 경우, Medi-Cal은 이전되지 않습니다. 여기에는 자녀가 대학에 다니거나 귀하가 아픈 친척을 돌볼 때가 포함됩니다. 지역 카운티 사무소에 연락하여 세대 구성원이 새 카운티로 주소가 일시적으로 변경되었음을 알리십시오. 지역 카운티 사무소는 주소를 갱신하여, 그로써 세대 구성원이 새 카운티의 건강 플랜에 가입할 수 있습니다.

나의 Medi-Cal 보험을 어떻게 갱신할 수 있습니까?

Medi-Cal 보험급여를 계속 받으시려면, 적어도 일년에 한 번 재계약해야 합니다. 지역 카운티 사무소가 전자 소스를 사용하여 Medi-Cal 보험을 재계약할 수 없다면, 재계약 양식을 보내드립니다. 귀하는 새로운 정보 또는 변경된 정보를 제공해야 합니다. 또한 그러한 정보는 최신의 것이어야 합니다. 귀하는 카운티에 온라인으로, 직접, 전화 또는 기타 전자 수단으로 정보를 제출하실 수 있습니다. 재계약 양식을 우편으로 또는 직접 제출할 경우, 서명이 되어 있어야 합니다.

만기일까지 필요한 정보를 제공하지 않으면, Medi-Cal 보험급여가 종료됩니다. 지역 카운티 사무소에서 처분 통지를 우편으로 보내드립니다. 정보가 누락된 경우, 재신청을 하지 않고도 90일 이내에 지역 카운티 사무소에 누락된 모든 정보를 제공하실 수 있습니다. 90일 이내에 누락된 정보를 제공하고 Medi-Cal 자격이 된다면, 지역 카운티 사무소는 보장범위에 차이가 없도록 Medi-Cal을 회복시키게 됩니다.

알고 계셨습니까?

일부 가족 구성원이 Medi-Cal과 Covered California 모두에 자격을 갖게 되는 것도 가능합니다. 그렇게 되는 것이 가능한 것은, Medi-Cal 자격 부여 규칙이 아동과 성인에게 다르기 때문입니다.

예를 들어, 두 부모와 한 자녀로 구성된 가구의 보험은 아래와 같이 될 수 있습니다.



부모 — Covered California 건강플랜 자격이 있고, 세금공제를받아 비용분담 비용을 낮춤



자녀 — 무상 또는 저비용 Medi-Cal 자격이 있음

권리와 의무



Medi-Cal을 신청할 때, 귀하의 권리와 의무 목록을 받게 됩니다. 여기에는 주소 또는 소득의 변화에 대해서, 그리고 누군가가 임신 중이거나 출산을 한 경우 신고해야 한다는 요건이 포함되어 있습니다. 지역 카운티 사무소에 전화하거나 다음 링크에서 온라인으로 귀하의 권리와 책임에 대한 최신 정보를 알아보실 수 있습니다:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

항소신청권 및 청문의 권리

건강관리 서비스 및 보험혜택

만약 건강관리 서비스 또는 보험혜택의 거절에 동의하지 않는다면 귀하는 항소를 신청할 권리가 있습니다.

귀하가 Medi-Cal 관리의료 플랜에 가입되어 있고 건강관리 서비스 또는 보험혜택이 거절되었다는 처분 통지를 받았다면, 항소를 신청할 권리가 있습니다.

처분 통지일로부터 60일 이내에 귀하의 플랜에 항소를 신청해야 합니다. 항소를 신청하면, 귀하의 플랜에서 30일 이내에 결정을 보내 드립니다. 만약 30일 이내에 결정을 받지 못하거나 플랜의 결정이 마음에 들지 않는다면, 주정부 공정 청문을 신청할 수 있습니다. 판사가 귀하의 사건을 심리할 것입니다. **주정부 공정 청문을 신청하기 전에 먼저 귀하의 플랜에 항소**

신청을 하셔야 합니다. 귀하는 플랜의 서면 항소 신청 결정일로부터 120일 이내에 주정부 공정 청문을 신청해야 합니다.

행위별 수가제 Medi-Cal을 이용하고 있고 건강 서비스 또는 보험혜택이 거절되었다는 처분 통지를 받으셨다면, 즉시 주정부 공정 청문을 신청할 권리가 있습니다. 귀하는 반드시 처분 통지일로부터 90일 이내에 주정부 공정 청문을 신청해야 합니다.

또한 Medi-Cal 신청 또는 자격에 대해 일어난 일에 대해 동의하지 않는다면, 주정부 공정 청문을 신청할 권리가 있습니다. 이러한 일은 다음과 같은 경우에 발생합니다:

- Medi-Cal 신청에 대해 취해진 카운티 또는 주정부의 조치에 동의하지 않을 경우.
- 카운티가 45일 또는 90일 이내에 Medi-Cal 신청에 대한 결정을 귀하에게 통보하지 않은 경우.
- Medi-Cal 자격 또는 SOC분담금이 변경된 경우.

자격 결정

귀하가 동의하지 않는 자격 결정에 대해 알려주는 처분 통지를 받는다면, 카운티의 자격 담당자와 상담하거나 주정부 공정 청문을 신청할 수 있습니다. 카운티를 통해 귀하의 의견 충돌을 해결할 수 없다면 처분 통지일로부터 90일 이내에 주정부 공정 청문을 신청해야 합니다. 해당 카운티 사무소에 연락하여 주정부 공정 청문을 신청할 수 있습니다. 아래의 연락처로 전화나 우편으로 할 수도 있습니다:

California Department of Social Services
Public Inquiry and Response
PO Box 944243, M.S. 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
1-800-743-8525, (TTY 1-800-952-8349)

또한, 다음의 웹사이트에서 청문 신청을 할 수 있습니다:

<http://www.cdss.ca.gov/>

귀하가 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신국, 민족 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 상태, 사회적 성별, 성 정체성, 성적 지향을 근거로 불법적으로 차별 당했다고 생각하신다면, DHCS 인권사무국 (Office of Civil Rights)에 불만을 제기할 수 있습니다.

26페이지의 "차별 금지 및 접근성 요건에 대해 알리는 연방 필수 공지"에서 차별에 대해 민원을 제기하는 법을 알려드립니다.

주정부 공정 청문의 소개

주정부에서 귀하의 청문 신청서를 접수했음을 알려 드립니다. 신청인에게 청문 시간, 날짜 및 장소에 대한 통지를 해드립니다. 청문 담당자가 귀하의 사례를 검토하고 문제를 해결하려고 시도합니다. 카운티/주정부에서 문제 해결을 위한 합의를 귀하에게 제안할 경우, 그것을 서면으로 받게 됩니다.

귀하는, 청문에서 귀하를 도와 줄 친구, 가족 또는 변호인을 서면으로 허락할 수 있습니다. 귀하의 문제를 카운티 또는 주정부와 완전히 해결할 수 없다면, 귀하 또는 대리인이 주정부 공정 청문에 참석해야 합니다. 청문은 직접 또는 전화상으로 신청 가능합니다. 카운티 또는 Medi-Cal 프로그램에서 근무하지 않는 판사가 귀하의 사례를 청문할 것입니다.

귀하는 무료로 언어 지원을 받을 권리가 있습니다. 청문 신청시 귀하의 언어를 기재하십시오. 또는 청문 담당자에게 무료 통역사를 원한다고 말씀하십시오.

청문에서 귀하에게 통역해주기 위해 가족 또는 친구를 이용하실 수 없습니다.

귀하에게 장애가 있고, 공정 청문 절차에 제대로 참여하기 위해 합리적인 편의가 필요할 경우,

1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349)

로 연락하십시오. 또한, 다음 주소로

이메일을 보낼 수도 있습니다

SHDCSU@DSS.ca.gov

청문을 하는 데 도움을 받으려면, 법률 지원 의뢰를 신청할 수 있습니다. 지역 법률 지원 또는 복지 권리 사무소에서 무료 법률 지원을 받을 수 있습니다.

제3자 책임

귀하가 상해를 입었다면, Medi-Cal을 이용하여 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하의 상해로 인해 귀하가 보험 청구서를 제출하거나 누군가를 상해에 대한 손해로 고소한다면, 청구 또는 조치를 제기한 날로부터 30일 이내에 Medi-Cal 신체적 상해(Personal Injury-PI) 프로그램에 이를 통지해야 합니다. 반드시 지역 카운티 사무소와 PI 프로그램 모두에 알려야 합니다.

Medi-Cal PI 프로그램에 통지하려면, "신체적 상해 통지(새로운 사례)" 양식을 작성하십시오. 아래 웹사이트에서 양식을 찾아 보실 수 있습니다. 인터넷에 접속할 수 없다면, 변호사 또는 보험사 담당자에게 귀하를 대신하여 Medi-Cal PI 프로그램에 통지하도록 요청하십시오. 다음 웹사이트에서 통지와 새양식을 찾아볼 수 있습니다:

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>.

만약 청구나 소송을 위해 귀하를 변호할 변호사를 고용한다면, 귀하의 변호사는 Medi-Cal PI 프로그램에 통지하고 위임장을 제출할 책임이 있습니다. 이 위임을 통해 Medi-Cal 직원이 귀하의 변호사에게 연락하여 신체적 상해 사례에 대해 논의할 수 있습니다. Medi-Cal은 대리인 또는 변호사를 의뢰하지 않습니다. 직원은 절차를 통해 변호사를 도울 수 있는 정보를 제공할 수 있습니다.

재산 환수

Medi-Cal 프로그램은 사망한, Medi-Cal 특정 가입자에게 반드시 재산의 상환을 요청해야 합니다. 상환은 수급권자가 다음과 같은 경우 관리의로 보험료를 포함하여, 요양시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 및 관련 병원 및 처방약 서비스 비용으로 치러진 결제금으로 제한됩니다:

- 수급권자가 요양시설에 입원 환자였던 경우.
- 수급권자가 55세 생일 이후에 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받았을 경우.

사망한 가입자 유언으로 재산을 남기지 않거나 사망시 소유하고 있는 게 없다면, 아무 것도 빚진 게 없습니다.

더 자세히 알아보시려면
<http://dhcs.ca.gov/er>을 참조하시거나
1-916-650-0590으로 문의하십시오.

Medi-Cal 사기

수급권자 책임

수급권자는 서비스를 받기 전에 항상 제공자에게 Medi-Cal 보험에 대한 증명을 제시해야 합니다. 2명 이상의 의사 또는 치과의사로부터 치료를 받고 있다면, 각 의사 또는 치과의사에게, 귀하에게 진료를 제공하는 다른 의사 또는 치과의사에 대해 알려야 합니다.

Medi-Cal 보험급여를 남용하거나 부적절하게 사용하지 않는 것은 귀하의 책임입니다. 다음 행위는 **범죄**입니다:

- 귀하의 Medi-Cal 보험급여를 다른 사람들이 사용하도록 하는 행위.
- 제공자에게 거짓 진술을 하여 약물을 구하는 행위.
- 귀하의 BIC를, 다른 사람에게 판매 또는 대여하거나, Medi-Cal 지침에 요구되는 것과 다르게, 서비스 제공자 이외의 다른 사람에게 제공하는 행위.

BIC/Medi-Cal 보험급여의 오용은 범죄입니다. 이로 인해 귀하의 사례에 대한 부정적인 처분을 받거나 또는 형사 고발을 당할 수 있습니다. Medi-Cal 사기, 낭비, 또는 남용이 의심될 경우, 1-800-822-6222로 비공개 신고를 하십시오.

차별 금지 및 접근성 요건에 대해 알리는 연방 필수 공지

DHCS는 적용 가능한 연방 및 주 인권법을 준수합니다. DHCS는 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신국, 민족 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 상태, 사회적 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 근거로 불법적으로 차별하지 않습니다. DHCS는 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 국적, 민족 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 상태, 사회적 성별, 성 정체성, 성적취향으로 인해 사람들을 불법적으로 배제하거나 다르게 대하지 않습니다. DHCS:

- 장애인에게 DHCS와 효과적으로 의사 소통하기 위해 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다:
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 서면 정보를 큰 활자, 음향, 접근 가능한 전자 형식 및 기타 형식과 같은 기타 형식으로 제공.
- 주 언어가 영어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스 제공.
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요하실 경우, 인권사무국에 1-916-440-7370, (Ext. 711, California State Relay) 으로 문의하시거나 CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

만약 DHCS가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 국적, 민족 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 상태, 사회적 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 근거로 차별했다고 생각한다면, 아래에 고충을 제기할 수 있습니다:

중요 자원



온라인

주 Medi-Cal 사이트:
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

myMedi-Cal 스마트폰 앱을 다운로드 받아, 보장범위에 대해 자세히 알아보고, 지역에서 도움 받을 곳을 찾아보는 등 더 많은 정보를 알아보세요!



전화 번호

Medi-Cal Members & Providers:
1-800-541-5555

Medi-Cal Managed Care:
1-800-430-4263
(TTY 1-800-430-7077)

Office of the Ombudsman:
1-888-452-8609

State Fair Hearing:
1-800-743-8525
(TTY 1-800-952-8349)

Covered California:
1-800-300-1533

Medi-Cal Dental Program:
1-800-322-6384

Office of Civil Rights
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
1-916-440-7370, (Ext. 711, CA State Relay)
Email: CivilRights@dhcs.ca.gov

민원 제기가 필요하실 경우, 인권사무국에서 도와드릴 수 있습니다. 민원 양식은 다음 링크에서 구하실 수 있습니다:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별 당했다고 생각되면 미국 보건복지부 (U.S. Department of Health and Human Services) 인권사무국에 민원을 제기할 수 있습니다. 인권사무국 민원 포털 웹사이트 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에서 전자적으로 민원 제기를 하거나, 아래의 우편이나 전화로 연락하실 수 있습니다:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, TTY 1-800-537-7697

다음 링크에서 민원양식을 구하실 수 있습니다:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

이 문서는 섹션 508 접근성 기준을 충족합니다. 이 출판물은 자격 있는 장애인의 합리적인 편의 요청에 대한 응답으로 점자, 큰 활자, 및 기타 전자 형식으로도 제공될 수 있습니다. 이 출판물을 다른 형태로 된 것을 구하시려면 Medi-Cal 자격심사국에 **1-916-552-9200 (TTY 1-800-735-2929)**으로 연락하시거나 MCED@dhcs.ca.gov에 이메일을 보내십시오.

언어 지원

Attention: If you speak English, you can call 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) for free help in your language. Call your local county office for eligibility issues or questions. (English)

تنبیه: إذا كنت تتحدث العربية، فيمكنك الاتصال برقم المجانية بلغتك. اتصل بمكتب المقاطعة المحلي للمشكلات أو الأسئلة المتعلقة بالتأهل. (Arabic) 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)

Ուղադրողներ: Եթե Դուք հայերեն եք խոսում, կարող եք զանգահարել 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) և անվճար օգնություն ստանալ և Իրավաբանության հետ կապված խնդիրները կամ հարցերի դեպքում զանգահարել և 2րդ անգամը դրամսենյակ: (Armenian)

សម្គាល់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសារបស់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីតធីត លដ្ឋានរបស់អ្នកសម្រាប់បញ្ហាទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវា ឬក្នុងករណីមានសំណួរណាមួយ។ (Cambodian)

注意: 如果您使用中文, 請撥打1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) 免費獲得以您所用語言提供的協助。關於資格的爭議或問題請致電您所在縣的辦事處。(Chinese)

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، می توانید برای دریافت کمک رایگان به زبان خود با شماره 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) تماس بگیرید. برای مسائل مربوط به صلاحیت یا سوالات، با دفتر محلی شهرستان خود تماس بگیرید. (Farsi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषी हैं, तो आप अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता के लिए 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) पर कॉल कर सकते हैं। योग्यता संबंधी समस्याओं या प्रश्नों के लिए अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय को कॉल करें। (Hindi)

Lus Ceeb Toom: Yog tias koj hais lus Hmoob, koj tuaj yeem hu rau tus xov tooj 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) kom tau kev pab koj dawb ua koj hom lus. Hu rau lub chaw

lis dej num hauv koj lub nroog txog cov teeb meem kev tsim nyog tau txais kev pab los yog cov lus nug. (Hmong)

注意: ご希望により、1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) へお電話いただければ日本語で対応いたします。有資格問題または質問などは、地域の代理店までお電話ください。(Japanese)

주의: 한국어를 말하면, 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) 번으로 무료로 도움을 받으실 수 있습니다. 적격 문제 또는 질문은 해당 지역 카운티 사무소에 문의하십시오. (Korean)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໂທຫາເບີ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) ເພື່ອຂໍວາ ມຊ່ວຍເຫຼືອພູມິໃນພາສາຂອງທ່ານ. ໂທຫາຫ້ອງການເຂດໃນທ້ອງຖິ່ນ ນຂອງທ່ານເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື ມີຄໍາຖາມອື່ນໆ. (Laotian)

Waac-mbung: Se gorngv meih gongv mien waac nor, maaiiv zuqc cuotv nyaanh gunv korh waac mingh taux 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) yiem wuov maaih mienh tengx faan waac bun meih hiuv duv. Gunv korh waac taux meih nyei kaau dih nyei mienh, Se gorngv meih oix hiuv taux, meih maaih fai maaiiv maaih ndaam-dorng leiz puix duqv ziqv nyei buanc. (Mien)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਸਹਾਇਤਾ ਪਾਉਣ ਲਈ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪਾਤਰਤਾ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਵਾਦਾਂ ਜਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਲਈ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

Внимание: Если Вы говорите по-русски, Вы можете позвонить по номеру 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077), чтобы получить бесплатную помощь на Вашем языке. Позвоните в Ваш местный окружной офис по вопросам или проблемам, связанным с соответствием требованиям. (Russian)

Atención: Si usted habla español puede llamar al 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) para obtener ayuda gratuita en su idioma. Llame a la oficina local de su condado si tiene algún problema o alguna pregunta sobre elegibilidad. (Spanish)

Atensiyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang tumawag sa 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) para sa libreng tulong sa wika mo. Tawagan ang lokal mong tanggapan sa county para sa mga isyu sa pagiging nararapat o mga tanong. (Tagalog)

โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถโทรศัพท์ไปที่เบอร์ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) เพื่อรับความช่วยเหลือในภาษาของ ท่านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กรุณาโทรศัพท์หาสำนักงานประจำท้องถิ่นของท่านเพื่อสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน (Thai)

Увага: Якщо ви розмовляєте українською, ви можете зателефонувати за номером 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077), щоб отримати безкоштовну допомогу Вашою мовою. З питань стосовно права на пільги та іншої інформації, телефонуйте до вашого місцевого окружного офісу. (Ukrainian)

Lưu ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị có thể gọi 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) để được trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của mình. Hãy gọi văn phòng quận địa phương của quý vị nếu có các vấn đề hoặc thắc mắc về tính đủ điều kiện. (Vietnamese)

California Department of
Health Care Services
1501 Capitol Avenue
Sacramento, CA 95814

PUB 68 | DHCS 제작
Office of Communications



PUB 68 KOR (0219) | myMedi-Cal
Department of Health Care Services
dhcs.ca.gov