

연로하신 분들과 장애를 갖고 계신 분들을 위한 진료기간의 연장 지속에 관하여 자주 물으시는 질문들

2011 년 9월

질문 #1: 만일 수혜자의 현재 정규 Medi-Cal (Fee-For-Service, FFS) 의사가 어떤 건강 보험도 수용하지 않는다면 그 수혜자는 한 건강보험에 가입하고 난 뒤에는 어떻게 그 의사의 진료를 계속 받을 수 있나요?

대답: 만일 수혜자분이 한 건강보험에 가입하기 전에 정규 Medi-Cal (FFS) 의사의 진료를 받고 계셨다면, 그 의사가 그 건강보험과 같이 일하는 것에 동의하고, 그 건강보험의 수가를 수용하며, 진료의 질에 관련된 문제가 없는 한은, 수혜자분이 그 건강보험에 가입하고 계신 중에는 12개월간 계속 그 의사에게 진료를 받으실 수도 있습니다. 이것을 “진료기간의 연장 지속”이라고 부릅니다. 만일 수혜자분이 본인의 현재 정규 Medi-Cal (FFS) 의사에게 계속 진료 받기를 원하신다면 다음과 같은 절차를 반드시 따르셔야 합니다:

1. 수혜자분이 반드시 본인의 새로운 건강보험에 전화를 하셔야 합니다.
2. 본인의 정규 Medi-Cal (FFS) 의사에게 계속 진료 받기를 원한다고 수혜자분이 반드시 그 건강보험에 말하셔야 합니다.
3. 수혜자분은 정규 Medi-Cal (FFS) 의사의 이름을 반드시 그 건강보험에 말씀하시고 본인을 대신해서 그 의사에게 연락해 주도록 요청하셔야 합니다. 수혜자분이 지난 12개월간 계속 그 의사에게 진료를 받아 왔고, 진료의 질과 관련한 문제가 없으며, 그 의사와 건강보험이 수가에 동의한 것을 건강보험에서 확인하면, 그 정규 Medi-Cal (FFS) 의사는 그 수혜자분을 계속 진료할 수도 있습니다.
4. 건강보험에서는 수혜자분의 요청이 접수되면 30일 이내에 그 정규 Medi-Cal (FFS) 의사에게 계속 진료를 받으실 것인지, 아니면 건강보험의 의사를 배정 받으실 것인지 물어 볼 것입니다.
5. 만일 정규 Medi-Cal (FFS) 의사가 그 수혜자분에 대한 진료를 계속할 의향을 갖고 있지만 건강보험에서 동의하지 않는다면, 그 수혜자분은 어떻게 불만을 제기하는지에 관해 그 건강보험에 물어 보실 수도 있습니다.

질문 #2: 수혜자들은 어떤 의사들로부터 네트워크 밖에서 계속 진료를 받을 수 있습니까?

대답: 진료기간의 연장 지속(12개월) 동안 네트워크 밖의 정규 Medi-Cal (FFS) 의사에게 받을 진료는 일반의, 외과의 및 전문의에 적용되며, 의료기기, 운송편 또는 다른 부속 서비스들에는 적용되지 않습니다. Seniors and Persons with Disabilities (SPDs)의 관리의료에 대한 의무적인 가입은 적용되지 않는 서비스들을 받는 방식에는 영향을 주지 않기 때문에 관리의료 보험에서 지불하지 않는 서비스들에도 적용이 되지 않습니다.

질문 #3: 이것은 관리의료에 속한 어떤 Medi-Cal 수혜자들에게도 적용됩니까?

대답: 아닙니다. 이것은 전에 정규 Medi-Cal (FFS) 의사에게 진료를 받아 왔고, 이제 관리의료 건강보험에 가입하셔야 하는 수혜자분에게만 적용됩니다.

이것은 이미 관리의료 건강보험에 가입되어 있는 수혜자분이나 Medi-Cal 가입 자격을 갖게 되신 수혜자분, 또는 최근에 다시 Medi-Cal 가입 자격을 얻으시고 건강보험 한 곳에 반드시 가입하셔야 하는 분들에게는 적용되지 않으며, 어느 경우에도 건강보험 네트워크 내에 속해 있는 의사들에게 진료를 받게 되실 것입니다.

질문 #4: 만일 수혜자가 건강보험을 변경하게 되면 네트워크 밖의 정규 Medi-Cal (FFS) 의사에게 진료를 받기 위해 다시 12개월의 기간을 적용받을 수 있습니까?

대답: 아닙니다. 수혜자분은 본인의 최초 관리의료 가입일로부터 12개월의 기간만 적용받을 수 있습니다.

질문 #5: 수혜자는 정규 Medi-Cal (FFS) 의사에게 계속 진료를 받을 수 있는지의 여부를 언제 통보 받게 됩니까?

대답: 건강보험은 수혜자분의 건강상태에 따라, 그리고 요청이 접수된 날로부터 30 달력일 이내에 가능한 빨리 각 요청을 처리하여 각 수혜자분에게 통보를 드릴 것입니다.

질문 #6: 수혜자의 승인된 네트워크 밖의 정규 Medi-Cal (FFS) 의사는 수혜자에게 다른 네트워크 밖의 의사를 소개할 수 있습니까?

대답: 아닙니다. 네트워크 밖의 정규 Medi-Cal (FFS) 의사는 수혜자에게 다른 네트워크 밖의 의사를 소개할 수 없습니다. 진료기간의 연장 지속 동안 건강보험이 승인한 네트워크 밖의 의사는 반드시 건강보험 및 계약되어 있는 네트워크와 함께 일을 해야 합니다. 만일 그 건강보험에 수혜자가 필요로 하는 유형의 전문의가 네트워크 내에 없다면, 그 건강보험은 반드시 네트워크 밖에 있는 의료적으로 꼭 필요한 전문의에 관한 소개를 제공해야 합니다.

질문 #7: 만일 수혜자의 정규 Medi-Cal (FFS) 의사가 그 건강보험과 함께 일을 하지 않으려 하거나 또는 할 수 없는 경우에는 어떻게 하나요?

대답: 만일 건강보험과 정규 Medi-Cal (FFS) 의사가 합의에 이르지 못하면; 즉 그 의사가 건강보험의 수가를 수용하지 않거나, 또는 건강보험이 그 의사에게 진료의 질에 관한 문제를 갖고 있다면, 수혜자분은 네트워크에 속한 의사에게 진료를 받을 수 있도록 본인의 건강보험측과 협의해야 합니다. 수혜자분과 담당의사는 Medical Exemption Request (MER)를 접수시킬 수도 있습니다. (질문 #9 참조)

질문 #8: 만일 수혜자가 관리의료에 가입한 뒤에 Medicare 에 자격이 되면 어떻게 됩니까?

대답: 일단 수혜자분이 Medicare 에 가입하시면, Medi-Cal 은 수혜자분이 더 이상은 어떤 건강보험에 반드시 가입하실 필요가 없다고 알려 드리는 서한을 발송할 것입니다. 하지만, 수혜자분은 본인이 원하면 현재의 건강보험을 계속 유지하실 수도 있습니다.

질문 #9: 진료기간의 연장 지속이 기존의 Medical Exemption Request 처리에 어떤 영향을 미칩니까?

대답: 아닙니다. 진료기간의 연장 지속 요구사항들은 정규 Medi-Cal (FFS)에서 필수적인 Medi-Cal Managed Care로 새롭게 전환한 SPDs 에게만 적용되는 새로운 요구사항입니다. 필수적인 관리의료로 원만히 전환할 수 있게 하기 위해서, SPD 수혜자분은 만일 현재 정규 Medi-Cal (FFS) 의사의 진료를 받고 있거나, 만일 건강보험이 그 의사와 진료의 질에 관한 문제가 없거나, 만일 그 의사가, Welfare and Institutions Code Section 14182(b) (13)에 따라 어느 쪽이든 높은 쪽으로, 건강보험의 계약 수가 또는 정규 Medi-Cal (FFS) 수가를 수용한다면, 본인의 정규 Medi-Cal (FFS) 의사에게 12개월간 진료를 받을 수도 있습니다.

건강보험을 위한 진료기간의 연장 지속 요구사항은 MER을 접수하거나 언제든지 탈퇴를 요청할 수 있는 SPD 수혜자의 권리에 영향을 주지 않습니다.

Title 22, Section 53887 에 명기된 기존의 MER 처리와 Health and Safety Code, Section 1373.96 의 적용 받는 서비스 요구사항의 완성은, SPDs 를 포함한 모든 Medi-Cal 관리의료 가입자분들에게 그대로 적용됩니다.

질문 #10: 건강보험은 기존의 의사에게서 지속적인 진료를 받으려는 수혜자의 요청을 반드시 승인해야 하나요?

대답: 건강보험에서는, 요청을 받은 그 의사가 가장 최근 12개월 동안 수혜자에게 진료를 제공한 사실이 Fee-For-Service Medi-Cal 이용자료에서 확인되고, Welfare and Institutions Code Section 14182(b)(13) 에 따라 건강보험의 계약 수가 또는 Medi-Cal (FFS) 수가 중 어느 쪽이든 높은 쪽으로 수용할 것을 그 의사가 동의하고, 또한 어느 건강보험의 가입자들에게도 서비스를 제공할 수 없게 하는 진료의 질에 관한 문제를 그 의사가 갖고 있지 않는 한은, 진료의 연장 지속을 위해 전환하는 의무적인 SPD의 모든 요청을 승인해야 합니다. 추가적으로, 건강보험은 SPDs를 포함하여 모든 가입자들에게 반드시 제공되어야 하는 네트워크 밖의 의사들에게 진료를 받을 수 있는 특정한 상황들을 명기한 Health and Safety Code Section 1373.96 요구사항들을 반드시 준수해야 합니다.

질문 #11: 진료의 질에 관한 문제란 무엇을 의미하나요?

대답: 진료의 질에 관한 문제란 어떤 의사가 제공하는 진료의 질에 관한 문제로 인해 그 의사와는 계약을 하지 않도록 건강보험이 기록을 남기는 것으로서 그들은 어떠한 건강보험의 가입자들에게도 서비스를 제공할 수 없게 됩니다.

질문 #12: 의무적인 SPDs와 의사들은 어떻게 진료의 연장 지속 요구사항을 통보 받게 되나요?

대답: 의무적인 관리의료 가입에 앞서, 수혜자들은 본인의 현재 정규 Medi-Cal (FFS) 의사가 건강보험의 네트워크에 속해 있지 않더라도 계속 진료를 받을 수 있으며, 이러한 절차를 시작하기 위해 건강보험에 반드시 연락을 해야 한다는 설명이 담긴 90일 및 60일 통지서를 받게 됩니다. 모든 정규 Medi-Cal (FFS) 의사들은 Medi-Cal Provider Bulletin을 통해 통보를 받게 될 것입니다.

질문 #13: 만일 본인의 현재 정규 Medi-Cal (FFS) 의사와의 진료기간 연장 지속에 관한 요청을 건강보험이 거부하면 수혜자는 언제까지 불만을 접수시켜야 하나요?

대답: 건강보험 수혜자분은 건강보험에 언제든지 불만을 접수시킬 수 있습니다. 건강보험은 수혜자의 건강상태에 따라 가능한 빨리, 그리고 건강보험에서 불만에 관한 통지를 접수 받은 날로부터 30 달력일 이내에 각각의 불만을 해소하고 수혜자에게 서면 통지서를 보내야 합니다.

질문 #14: 만일 수혜자가 심각하고 만성적이거나 지속적인 의료 또는 건강상태로 인해 건강보험에서 수혜자의 네트워크 밖 의사 또는 불만 처리에 관한 결정을 내리기 전에 처치 또는 모니터링이 필요할 경우에는 어떻게 하나요?

대답: 만일 수혜자가 긴급하게 의료적인 조치를 필요로 할 경우에는 본인의 건강보험 주치의 및 건강보험에 반드시 연락을 해야 합니다. 건강보험측은 수혜자가 모든 의료적으로 필요한 Medi-Cal 적용 서비스를 제공 받고, 또한 수혜자에게 Health and Safety Code, Section 1373.96에 따른 적용 서비스의 완성을 위해 진료의 지속을 제공하도록 되어 있습니다. 건강보험의 주치의는 모든 의료적으로 필요한 서비스를 수혜자가 받으실 수 있도록 도와 드릴 것입니다.

질문 #15: 만일 수혜자가 인가된 12개월 이상 계속해서 네트워크 밖 의사에게 진료를 받기 원하면 어떻게 하나요?

대답: 각 의료보험은 12개월의 진료기간 연장 지속 이후에도 수혜자의 네트워크 밖 의사와 함께 일을 할 수도 있지만, 반드시 그렇게 하지 않아도 됩니다. 대신, 그 수혜자와 의사는 Health Care Options (HCO) 웹사이트에 설명된 바와 같이 관리의료를 탈퇴하기 위한 MER을 접수시킬 수도 있습니다. 이 경우에, 그 의사는 수혜자의 건강상태가 건강보험 네트워크에 속한 의사에게 안전하게 이관하기에는 불안정하다는 내용의 서류를 제출해야 합니다.

질문 #16: 수혜자는 관리의료 건강보험에 가입한 이후에도 정규 Medi-Cal (FFS) 의사와의 예약을 지킬 수 있도록 허가되나요?

대답: 관리의료 건강보험은, **Fee-For-Service** 이용 자료의 확인을 통해, 그 의사가 건강보험의 수가를 수용하고, 또한 그 의사와 진료의 질에 관한 문제가 없다면, 지난 12개월 동안 SPD 수혜자가 진료를 받은 의사와 예약이 되어 있을 경우에는 진료기간 연장 지속 중에도 SPD 수혜자에게 진료를 허용하도록 되어 있습니다. 건강보험은, 만일 수혜자가 진료를 받은 적이 없는 의사와의 예약이지만 심각한 의료상태로 인해 그 예약을 지키는 것이 의료적으로 필요한 경우에는 **Health and Safety Code Section 1373.96**에 명기된 적용 서비스 완성 요구사항에 따라 진료를 허가해야 합니다.

질문 #17: 수혜자는 관리의료 건강보험에 가입한 이후에 어떻게 새로운 약 처방을 받거나 기존의 약 처방을 리필할 수 있나요?

대답: 수혜자의 현재 정규 Medi-Cal (FFS) 의사가 요청한 신규 또는 리필 약품이 건강보험의 승인된 약품 처방서 목록에 수록되어 있으면 처방될 것입니다. 처방서에 수록되어 있지 않은 신규 처방약품에 관해서는, 사전 인가가 필요하고 처방 의사가 요청한 의료적인 정당성 증명을 근거로 24시간 이내에 결정을 내릴 것이라고 건강보험이 약사에게 통보할 것입니다. 계속적인 치료에 필요한 처방서에 포함되지 않은 약품의 리필은, **Health and Safety Code 1367.01**에서 규정한 바와 같이, 수혜자의 의사가 건강보험의 결정을 통보 받고, 또한 수혜자의 의료적 필요에 적절하다고 수혜자의 의사가 진료계획을 동의할 때까지 약품비용을 지불 받을 수 있도록 건강보험에서 동시에 검토할 수도 있습니다.

더 자세한 정보는 SPD 웹사이트의 일반내용을 확인하십시오:

<http://dhcs.ca.gov/SPDinfo>.