워싱턴

UnitedHealthcare Community Plan

Washington Apple Health 행동 건강 서비스 특약

가입자 핸드북

2023

CSWA23MD0093394_000

UnitedHealthcare Community Plan

Washington Apple Health
Behavioral Health Only

UnitedHealthcare Community Plan은 의료 서비스와 관련된 모든 연방 시민권법을 준수합니다. UnitedHealthcare Community Plan은 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별과 관계없이 모든 가입자에게 의료 서비스를 제공합니다. UnitedHealthcare Community Plan은 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 기준으로 사람을 배제하거나 다르게 처우하지 않습니다. 여기에는 성 정체성, 임신 및 성 고정 관념이 포함됩니다.

United Healthcare Community Plan은 또한 적용 가능한 주법을 준수하며 신념, 성별, 성별 표현 또는 성적 정체성, 성적 지향, 결혼 여부, 종교, 명예 전역 재향 군인 또는 병역, 장애인의 훈련된 안내견 또는 서비스 동물 이용을 근거로 차별하지 않습니다.

만약 성별, 나이, 인종, 피부색, 장애 또는 출신 국가 때문에 부당한 대우를 받았다고 생각하시면 그에 대한 불만 사항을 다음으로 보내실 수 있습니다.

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UTAH 84130

UHC_Civil_Rights@uhc.com

언제든 전화 또는 이메일로 불만 사항을 전달할 수 있습니다. 영업일 기준 2일 이내에 불만 사항 접수 사실을 통보해 드립니다. 불만 사항을 즉시 처리하기 위해 최선을 다할 것입니다. 역일 기준 45일 이내에 불만 사항을 해결하고 어떻게 해결했는지 알려드립니다.

불만 사항과 관련하여 도움이 필요한 경우 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 전화하시기 바랍니다(오전 8시–오후 5시, 월요일–금요일).

미국 보건사회복지부(Dept. of Health and Human Services)에 불만 사항을 신고하실 수도 있습니다.

온라인:
https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

불만 제기 양식은
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html에서 다운로드할 수 있습니다.

전화:
수신자 부담 전화 **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD)

우편:
U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

불만 사항과 관련하여 도움이 필요한 경우 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 전화하시기 바랍니다.

저희는 다른 언어 또는 큰 활자체와 같이 귀하가 저희와 의사소통을 하는 데 도움이 되는 무료 서비스를 제공합니다. 또는 귀하는 통역사를 요청할 수도 있습니다. 도움을 요청하려면 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 전화하시기 바랍니다(오전 8시–오후 5시, 월요일–금요일).

English:
If the enclosed information is not in your primary language, please call UnitedHealthcare Community Plan at **1-877-542-8997**, TTY **711**.

Hmong:
Yog cov ntaub ntawv no tsis yog sau ua koj hom lus, thov hu rau UnitedHealthcare Community Plan ntawm 1-877-542-8997, TTY 711.

Samoan:
Afai o fa'amatalaga ua tuuina atu e le'o tusia i lau gagana masani, fa'amolemole fa'afesoota'i mai le vaega a le UnitedHealthcare Community Plan ile telefoni 1-877-542-8997,
TTY 711.

Russian:
Если прилагаемая информация представлена не на Вашем родном языке, позвоните представителю UnitedHealthcare Community Plan по тел. 1-877-542-8997, телетайп 711.

Ukranian:
Якщо інформацію, що додається, подано не Вашою рідною мовою, зателефонуйте представнику UnitedHealthcare Community Plan за телефоном 1-877-542-8997, телетайп 711.

Korean:
동봉한 안내 자료가 귀하의 모국어로 준비되어 있지 않으면 1-877-542-8997,
TTY 711로 UnitedHealthcare Community Plan에 전화주십시오.

Romanian:
Dacă informațiile alăturate nu sunt în limba dumneavoastră principală, vă rugăm să sunați la UnitedHealthcare Community Plan, la numărul 1-877-542-8997, TTY 711.

Amharic:
ተያይዞ ያለው መረጃ በቋንቋዎ ካልሆነ፣ እባክዎ በሚከተለው ስልክ ቁጥር ወደ UnitedHealthcare Community Plan ይደውሉ፡1-877-542-8997፣መስማት ለተሳናቸው/TTY፡ 711

Tigrinya:
ተተሓሒዙ ዘሎ ሓበሬታ ብቋንቋኹም እንተዘይኮይኑ፣ ብኽብረትኩም በዚ ዝስዕብ ቁጽሪ ስልኪ ናብ UnitedHealthcare Community Plan ደውሉ፡ 1-877-542-8997፣ ንፀማማት/TTY፡711

Spanish:
Si la información adjunta no está en su lengua materna, llame a UnitedHealthcare Community Plan al 1-877-542-8997, TTY 711.

Lao:
ຖ້າຂໍ້ມູນທີ່ຕິດຄັດມານີ້ບໍ່ແມ່ນພາສາຕົນຕັຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ UnitedHealthcare Community Plan ທີ່ເບີ 1-877-542-8997, TTY:711.

Vietnamese:
Nếu ngôn ngữ trong thông tin đính kèm này không phải là ngôn ngữ chánh của quý vị, xin gọi cho Unitedhealthcare Community Plan theo số 1-877-542-8997, TTY 711.

Traditional Chinese:
若隨附資訊的語言不屬於您主要使用語言，請致電 UnitedHealthcare Community Plan，電話號碼為 1-877-542-8997（聽障專線 (TTY) 為 711）

Khmer:
ប្រសនបរព័ត៌មានដែលភ្ជារ់មកបនេះមនដមនជាភ្ជសាបែមបេ សូមេូរស័ពទមកកាន់UnitedHealthcareCommunity Plan ប

លខ1-877-542-8997 ប្សមារ់អ្នកថ្ពងTTY: 711។

Tagalog:
Kung ang nakalakip na impormasyon ay wala sa iyong pangunahing wika, mangyaring tumawag sa UnitedHealthcare Community Plan sa 1-877-542-8997, TTY 711.

Farsi:
در صورت اینکه اطلاعات پیوست به زبان اولیه شما نمیباشد، لطفا با UnitedHealthcare Community Plan با این شماره تماس حاصل نمایید: 1-877-542-8997 وسیله ارتباطی برای ناشنوایان TTY: 711

United Healthcare Community Plan | Washington Apple Health

목차

UnitedHealthcare Community Plan 및 Washington Apple Health 가입을 환영합니다 . . . 8

중요 연락처 정보 . . . 10

내 의료 서비스 제공자 . . . 11

본 핸드북 이용 방법 . . . 12

시작하기 . . . 13

서비스에 액세스하려면 두 개의 카드, 즉 UnitedHealthcare Community Plan 카드와 ProviderOne Services 카드가 필요합니다 . . . 13

1. UnitedHealthcare Community Plan 가입자 ID 카드 . . . 13

2. ProviderOne Services 카드 . . . 14

신규 ProviderOne Services 카드가 필요한 경우 . . . 15

행동 건강 서비스 플랜 변경 . . . 15

민간 건강보험 및 UnitedHealthcare Community Plan 보장 이용 . . . 16

행동 건강 서비스 이용 방법 . . . 17

행동 건강 서비스 및 주치의(PCP) . . . 17

의뢰서 없이 받을 수 있는 서비스 . . . 18

원격 의료/원격 의학 . . . 18

UnitedHealthcare Community Plan 행동 건강 서비스 제공자 또는 병원을 방문해야 합니다 . . . 20

행동 건강 서비스에 대한 비용 지불 . . . 20

품질 향상 프로그램 . . . 21

활용 관리 프로그램 . . . 21

신기술 평가 방법 . . . 21

아메리칸 인디언 및 알래스카 원주민 관련 정보 . . . 22

이중 자격 특수 필요 플랜(D-SNP) . . . 22

응급 상황 시 또는 외출 시 치료 받기 23
응급 상황의 경우 23
행동 건강 위기: 24
카운티 비상 전화번호 25
의료 서비스 제공자 진료 시 기대할 수 있는 사항 26
UnitedHealthcare Community Plan 보장 혜택 27
일반 서비스 및 응급 치료 27
실험실 서비스 29
자녀를 위한 건강 관리 서비스 29
당사가 제공하는 추가 서비스 30
당사가 제공할 수 있는 추가 케어 코디네이션 서비스 30
매니지드 케어 플랜 없이 보장되는 Apple Health 서비스 31
제외되는 서비스(비보장 서비스) 33
귀하 건강 정보 액세스하기 34
제공자나 건강 플랜 또는 의료 서비스에 만족하지 못하신다면 34
옴부즈 35
거부, 이의 제기 및 행정상 심리에 관한 중요한 정보 36
귀하의 권리 39
귀하의 책임 40
사전 의사 결정서 41
사전 의사 결정서(Advance Directive)란 무엇입니까? 41
정신 건강 사전 의사 결정서 42
정신 건강 사전 의사 결정서란 무엇입니까? 42
정신 건강 사전 의사 결정서 작성 방법 42
사기, 낭비 및 남용 방지 42
당사의 개인정보보호 43

UnitedHealthcare Community Plan 및 Washington Apple Health 가입을 환영합니다

환영합니다!

Washington Apple Health (Medicaid) 행동 건강 서비스 특약(BHSO)과 귀하의 건강 플랜인 UnitedHealthcare Community Plan에 가입해주셔서 감사합니다. 당사는 Apple Health와 협력하여 귀하에게 BHSO 혜택 보장을 제공합니다. 본 핸드북은 귀하의 보장 혜택 및 서비스를 받는 방법에 관하여 더 자세한 세부사항을 제공합니다.

대부분의 Apple Health BHSO 고객은 "매니지드 케어"로 등록됩니다. 즉, 귀하의 보장을 위해 Apple Health가 월간 보험료를 지불합니다. 귀하의 행동 건강 서비스 보장에는 정신 건강 및 약물 사용 장애 치료 서비스가 포함됩니다. 귀하는 UnitedHealthcare Community Plan 네트워크 소속의 제공자에게 진료를 받으셔야 합니다. 플랜의 네트워크에 속하지 않은 외부의 서비스 제공자에게 진료를 받으려면 사전 승인을 받아야 합니다. 서비스 지역 외에서 받으신 대부분의 서비스는 사전 승인을 받은 것이 아닌 한 보장되지 않습니다.

이중 자격 특수 필요 플랜(D-SNP, Dual-Eligible Special Needs Plans)은 일부 Apple Health 가입자가 사용 가능합니다. 이 플랜은 이중 자격 가입자를 위한 특별한 유형의 Medicare Advantage 플랜으로, Medicare와 Apple Health 서비스 간에 코디네이션을 할 수 있도록 합니다. 이중 자격 가입자는 Medicare 보장과 Apple Health 보장을 모두 받게 됩니다. 여기에는 신체적 및 행동 건강 서비스가 포함됩니다.

UnitedHealthcare Community Plan이 이후 몇 주 내에 귀하에게 연락을 드릴 것입니다. 질문이 있으면 당사에 문의하십시오. 또는 진료 예약의 도움을 받으실 수 있습니다. 저희가 연락드리기 전이라도 궁금한 점이 있다면 언제든 전화주십시오. 월요일부터 금요일 오전 8시부터 오후 5시까지 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 연락주십시오.

영어가 선호 언어가 아니거나 청각 장애인이거나 난청이 있으시다면, 저희가 도와드릴 수 있습니다. 저희는 귀하가 의료 서비스 혜택을 이용하실 수 있길 바랍니다. 수화를 포함하여 영어 이외의 언어로 작성된 정보가 필요하신 경우, **1-877-542-8997**, TTY **711**로 연락하십시오. 무료로 언어 지원을 제공해드립니다. 또한 귀하의 언어를 사용하는 서비스 제공자를 찾는 데 필요한 도움도 드릴 수 있습니다.

귀하는 Apple Health가 보장하는 의료 서비스를 받으실 때 언어 서비스를 받을 권리가 수있습니다. 진료 시 통역사가 필요한 경우 통역사 예약은 귀하의 서비스 제공자가 해야 합니다. 예약 시 의료 서비스 제공자에게 통역사가 필요하다는 점을 알리십시오.

예약된 진료 시간에 구어 통역사가 서비스 제공자 진료실을 방문하거나, 전화나 영상으로 함께할 수 있습니다. 수화 통역사는 진료 예약 중에 서비스 제공자의 진료실로 가거나, 영상 통화를 할 수 있습니다.

통역 서비스 프로그램에 관한 질문은 **myuhc.com/CommunityPlan** 또는 **uhccommunityplan.com/wa/medicaid/bhso**를 방문하십시오. Health Care Authority(HCA) 통역사 서비스 웹페이지 **hca.wa.gov/interpreter-services**를 방문하시거나 **interpretersvcs@hca.wa.gov**로 HCA 통역사 서비스에 이메일을 보내셔도 됩니다.

정보를 이해하는 데 도움이 필요하거나 다른 형식의 정보가 필요한 경우 당사에 문의하십시오. 시각 장애 또는 청각 장애가 있거나 본 책자나 다른 자료를 이해하지 못하는 경우, **1-877-542-8997**, TTY **711**로 연락주십시오. 점자와 같은 다른 형식의 자료나 보조적인 도움을 무료로 제공해드립니다. 서비스 제공자의 진료실을 휠체어로 접근할 수 있는지 또는 특수 커뮤니케이션 기기나 다른 특수 장치가 있는지 알려드릴 수 있습니다. 또한 다음과 같은 서비스도 제공해 드립니다.

- TTY 전화 (당사의 TTY 전화번호는 **711**입니다)
- 큰 활자체로 인쇄된 정보
- 진료 예약 또는 내원 교통 지원 관련 도움
- 특수 치료 요구에 특화된 서비스 제공자의 이름 및 주소

중요 연락처 정보

기관:	고객서비스 시간	고객서비스 전화번호	웹사이트 주소
UnitedHealthcare Community Plan	월요일 - 금요일 오전 8시 – 오후 5시	**1-877-542-8997** TTY **711**	**myuhc.com/CommunityPlan** 또는 **uhccommunityplan.com/wa/medicaid/bhso**
Health Care Authority (HCA) Apple Health Customer Service	월요일 - 금요일 오전 7시 – 오후 5시	**1-800-562-3022** TRS **711**	**hca.wa.gov/apple-health**
Washington Healthplanfinder	월요일 - 금요일 오전 8시 – 오후 6시	**1-855-923-4633** TTY **1-855-627-9604**	**wahealthplanfinder.org**

내 의료 서비스 제공자

빠른 이용을 위해 서비스 제공자의 성명과 전화번호를 적어두시기 바랍니다. 웹사이트 **myuhc.com/CommunityPlan** 또는 **uhccommunityplan.com/wa/medicaid/bhso**에 있는 서비스 제공자 명단에서 정보를 찾으실 수 있습니다. 또한 당사에 연락하셔도 도움을 받을 수 있습니다.

의료 서비스 제공자 이름	전화번호
내 주치의:	
내 행동 건강 서비스 제공자:	
내 치과 서비스 제공자:	
내 전문 치료 서비스 제공자:	

본 핸드북은 어떠한 법적 권리나 권한을 생성하지 않습니다. 본 핸드북을 Apple Health**에 관한 유일한 정보원으로 의존하면 안 됩니다. 본 핸드북은 귀하의 건강 혜택에 관한 요약 정보를 제공하려는 것입니다.** Apple Health **프로그램에 관한 자세한 정보는 인터넷 사이트 hca.wa.gov/about-hca/rulemaking에서** Health Care Authority **법률 및 규칙 페이지를 참조하실 수 있습니다.**

본 핸드북 이용 방법

이것은 서비스에 대한 안내서입니다. 아래의 표에서 어디에 문의해야 하는지를 확인하십시오.

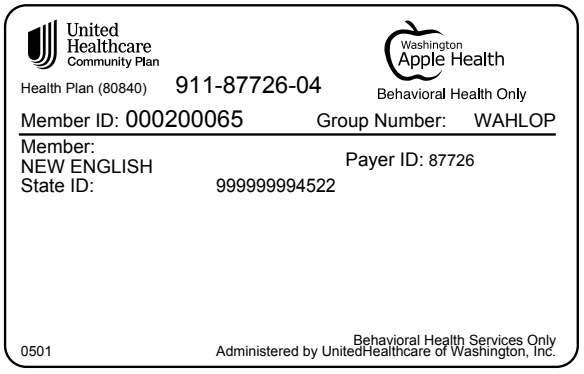
질문 사항	연락처
• Apple Health 행동 건강 서비스 특약(BHSO, Apple Health Behavioral Health Services Only) 변경 및 탈퇴. 15페이지를 참조하십시오. • 귀하의 플랜에 포함되지 않은 Apple Health의 보장 서비스를 받는 방법. 19페이지를 참조하십시오. • ProviderOne Services 카드. 14페이지를 참조하십시오.	HCA: • ProviderOne 고객 포털: **https://www.waproviderone.org/client** • **https://fortress.wa.gov/hca/p1contactus/** 다른 질문이 있거나 추가 도움이 필요한 경우, 1-800-562-3022로 연락하십시오.
• 보험 급여 서비스. 27페이지를 참조하십시오. • 이의 제기. 34페이지를 참조하십시오. • 혜택에 영향을 주는 건강 플랜의 결정에 대한 이의 제기. 36페이지를 참조하십시오.	UnitedHealthcare Community Plan 번호 이용: **1-877-542-8997**, TTY **711** 또는 온라인으로 **myuhc.com/CommunityPlan**을 방문하시거나 **uhccommunityplan.com/wa/medicaid/bhso**을 방문하십시오.
• 귀하의 행동 건강 서비스 (정신건강 또는 약물 사용 장애). 17페이지를 참조하십시오. • 전문의 진료 의뢰. 17페이지를 참조하십시오.	행동 건강 서비스 제공자. 주치의 선정에 도움이 필요한 경우, **1-877-542-8997**, TTY **711**로 전화주십시오. 또는 온라인으로 **myuhc.com/CommunityPlan**을 방문하시거나 **uhccommunityplan.com/wa/medicaid/bhso**을 방문하십시오. 또한 **1-877-543-3409**, TTY **711**로 UnitedHealthcare Community Plan의 24시간 간호 상담 전화를 이용하실 수도 있습니다.

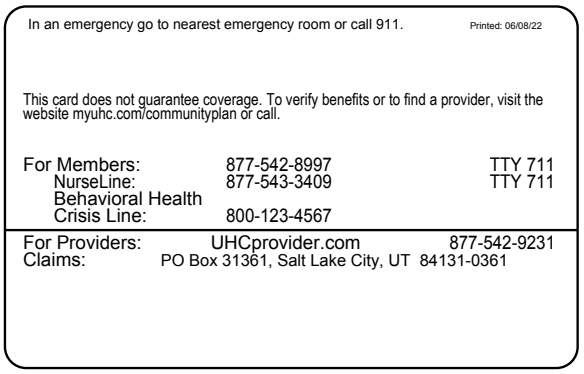
질문 사항	연락처
계정 정보 변경 항목: • 주소 변경, • 소득 변경, • 결혼 상태, • 임신 및 • 출생 또는 입양.	Washington Healthplanfinder (1-855-WAFINDER(1-855-923-4633)) 또는 온라인 이용: **www.wahealthplanfinder.org**

시작하기

서비스에 액세스하려면 두 개의 카드, 즉 UnitedHealthcare Community Plan 카드와 ProviderOne Services 카드가 필요합니다.

1. UnitedHealthcare Community Plan 가입자 ID 카드





귀하의 가입자 ID 카드는 보험 가입 후 30일 내에 도착합니다. 가입자 ID 번호는 가입자 ID 카드에 기재되어 있습니다. 카드에 기재된 정보가 부정확할 경우 즉시 전화주십시오. 진료 시마다 항상 ID 카드를 소지하여 제시하십시오. 카드를 수령하기 전이라도 서비스 제공자에게 진료를 받거나 처방약을 받을 수 있습니다. 카드 수령 전에 치료가 필요한 경우, **1-877-542-8997**, TTY **711**로 연락하십시오. 서비스 제공자 역시 언제든지 자격을 확인하기 위해 당사에 연락할 수 있습니다.

참고: ID 카드가 30일 내에 도착하지 않는다면 즉시 저희에게 연락주시기 바랍니다. 주소를 확인하고 새 ID 카드를 발급해드립니다. **myuhc.com/CommunityPlan**에서 ID 카드의 사본을 출력하실 수도 있습니다.

2. ProviderOne Services 카드

ProviderOne Services 카드도 우편으로 수령하게 됩니다.

Apple Health 보장 적용이 가능한 것으로 확인된 후 약 7~10일 후에 ProviderOne 서비스 카드가 우편으로 발송됩니다. 이것은 다른 건강보험 ID 카드와 동일하게 생긴 플라스틱 ID 카드입니다. 이 카드를 보관하십시오. 귀하가 이미 이 카드를 받으셨다면 HCA는 신규 카드를 자동으로 발송해드리지 않습니다. 신규 카드가 필요하신 경우 신청하십시오. 가입자에게는 각각 고유한 ProviderOne 고객 번호가 부여됩니다. 의사의 진료 예약 방문 시 이 카드를 지참하십시오. 서비스 제공자는 이 카드를 사용해 서비스에 혜택을 적용합니다.

ProviderOne Services 카드 사용

WAPlanfinder 모바일 앱으로 ProviderOne 서비스 카드의 디지털 사본을 보실 수 있습니다. 앱에 대한 자세한 내용은 **wahbexchange.org/mobile/**에서 확인하십시오. 디지털 사본을 항상 소지하고 있으면 카드 재발급을 요청할 필요가 없습니다!

ProviderOne 고객 번호는 카드 뒷면에 있습니다. 이 번호는 항상 9자리로 되어 있으며 “WA”로 끝납니다. **https://www.waproviderone.org/client**의 ProviderOne 고객 포털을 통해 보장이 개시되었는지 확인하거나 건강 플랜을 전환할 수 있습니다.

의료 서비스 제공자들 역시 ProviderOne을 이용해 귀하의 Apple Health 가입 여부를 확인할 수 있습니다.

신규 ProviderOne Services 카드가 필요한 경우

카드를 수령하지 못했거나 정보가 부정확하거나 카드를 분실한 경우 신규 ProviderOne 서비스 카드를 신청하실 수 있습니다. 재발급 신청 방법은 다음과 같습니다:

- ProviderOne 고객 포털 웹사이트 방문: **https://www.waproviderone.org/client**
- 수신자 부담 IVR 전화 1-800-562-3022 번으로 전화하여 안내에 따릅니다
- 온라인으로 변경 요청: **https://fortress.wa.gov/hca/p1contactus/**
  - "Client" 선택
  - "Services Card" 주제를 선택하십시오

신규 카드 발행에 별도의 비용은 없습니다. 신규 카드를 우편으로 받는 데는 7~10일이 소요됩니다.

행동 건강 서비스 플랜 변경

귀하에게는 언제든지 행동 건강 서비스 특약(BHSO) 플랜을 변경할 권리가 있습니다. 플랜 변경은 최소 변경한 다음 달부터 적용됩니다. 새로운 플랜의 네트워크에 있는 서비스 제공자를 찾기 전에 새로 요청한 플랜에 가입되었는지 확인하십시오.

플랜을 전환하는 방법은 다음과 같습니다.

- Washington Healthplanfinder 웹사이트에서 플랜 변경: **wahealthplanfinder.org**
- ProviderOne 고객 포털 사이트 방문: **https://www.waproviderone.org/client**
- 온라인으로 변경 요청: **https://fortress.wa.gov/hca/p1contactus/home/client**
  - "Enroll/Change Health Plans" 주제를 선택하십시오
- HCA에 전화: 1-800-562-3022 (TRS: 711)

건강 플랜을 변경하기로 결정하신다면 케어를 이전해 드립니다. 귀하의 새로운 플랜과 협력하여 귀하에게 필요한 서비스가 계속 제공될 수 있도록 의학적으로 필요한 케어를 이전해 드립니다.

참고: 환자 검토 및 조정 프로그램 가입자는 1년 동안 동일한 건강 플랜을 유지해야 합니다. 이사를 하신 경우 당사에 연락주시기 바랍니다.

민간 건강보험 및 UnitedHealthcare Community Plan 보장 이용

일부 가입자는 민간 건강보험에도 가입되어 있습니다. 당사는 귀하의 다른 보험사와 협력해 귀하의 민간 건강보험이 보장하지 않는 일부 코페이먼트, 디덕터블 및 서비스를 보장하도록 도울 것입니다.

귀하의 행동 건강 의료 서비스 제공자가 UnitedHealthcare Community Plan 서비스 제공자 네트워크의 일원인지, 또는 귀하의 주 보험사에 의한 의료 서비스 청구 대금 지불 이후에 남은 잔액이나 코페이먼트나 디덕터블을 당사에 청구할 것인지 확인하십시오. 이렇게 하면 본인부담금을 피할 수 있습니다. Medicare 자격이 있는 경우, 귀하의 의사는 반드시 Medicare에 먼저 청구해야 한다는 점을 기억하십시오.

의사나 다른 의료 서비스 제공자에게 갈 때 모든 카드를 제시하십시오. 다음이 포함됩니다.

- 민간 건강보험 카드,
- ProviderOne 서비스 카드 및
- UnitedHealthcare Community Plan 카드.

다음 경우, 즉시 UnitedHealthcare Community Plan에 연락하십시오.

- 민간 건강보험 보장이 종료되는 경우,
- 민간 건강보험 보장이 변경되는 경우 또는
- 민간 건강보험과 함께 Apple Health를 이용하는 것과 관련된 질문이 있는 경우.

행동 건강 서비스 받는 방법

행동 건강 서비스 및 주치의(PCP)

행동 건강에는 정신 및 약물 사용 장애(SUD) 치료 서비스가 포함됩니다. 대부분의 행동 건강 서비스 가입자에게는 이미 Medicare, 민간 건강보험, Indian Health Centers 또는 매니지드 케어 플랜 없는 Apple Health(진료 시 지불) 등의 다른 의료 네트워크에 속한 주치의(PCP)가 있을 수 있습니다. 필요한 경우, 당사가 행동 건강 서비스와 귀하의 주치의를 조정할 수 있습니다. 도움이 필요한 경우 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 연락하십시오.

정신 건강 서비스 및 약물 사용 장애 치료 서비스를 비롯해 귀하의 행동 건강 관련 필요 사항은 우리의 행동 건강 서비스 제공자들 중 한 곳에서 담당하게 됩니다. 상담 또는 검사가 필요하거나 행동 건강 전문가 상담이 필요한 경우, 당사가 행동 건강 치료 필요 사항을 조정할 것입니다.

행동 건강 서비스 받는 방법

행동 건강 서비스가 필요한 경우, 플랜에 있는 행동 건강 전문가에게 진료를 받거나 약물 및 알코올 치료 서비스를 이용하는 데 있어 의사의 의뢰서가 필요하지 않습니다. 필수 치료는 100% 보장됩니다. 행동 건강 치료가 필요한 경우, 귀하의 주치의 및 UnitedHealthcare Community Plan이 치료를 조정하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

UnitedHealthcare Community Plan 네트워크 내에 없을 경우 네트워크 외에서 필요한 전문가를 연결해 드립니다. 당사 네트워크 외의 진료를 받으려면 사전 승인을 받아야 합니다. 귀하의 주치의와 이것에 대해 논의하십시오.

귀하의 주치의는 이러한 케어가 필요한 이유를 제시하는 의료 정보를 가지고 당사의 사전 승인을 요청하게 됩니다. 당사는 요청 후 5일 이내에 귀하의 주치의에 답변해야 합니다. 당사는 14일 내에 당사의 결정을 귀하에게 통보할 것입니다.

당사가 이 요청을 거부하고 귀하가 당사의 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 즉, 귀하는 당사에 다른 사람이 해당 요청을 검토하도록 요청할 수 있습니다. 자세한 정보는 36페이지를 참조하십시오.

귀하의 주치의 또는 UnitedHealthcare Community Plan이 귀하를 당사 네트워크 외부의 전문의에게 귀하를 의뢰하고 당사가 사전 승인을 한 경우 귀하는 비용을 부담하지 않습니다.

의뢰서 없이 받을 수 있는 서비스

다음이 필요한 경우에는 네트워크 내 서비스 제공자의 진료를 받는 데 주치의의 의뢰서가 필요 없습니다.

- 다음을 포함하는 정신 건강 서비스
  - 위기 중재
  - 평가 및 치료 서비스.
- 외래환자의 행동 건강 서비스(제한사항은 28페이지 참조).

원격 의료/원격 의학:

대면 진료 대신 전화 또는 컴퓨터로 서비스 제공자에게 진료를 받을 수 있습니다. 이는 원격 의료입니다. 원격 의료(또는 원격 의학)는 개인적인 공간에서 양방향의 실시간 음성 또는 음성과 영상 통신으로 이루어져야 합니다.

귀하는 의료 서비스 제공자와 같은 장소에 있지 않아도 실시간으로 정보를 공유하고 진단 및 치료를 받을 수 있습니다.

가입자는 아래의 원격의료/원격의학 서비스 제공자를 무료로 이용할 수 있습니다.

Bright Heart Health

약물 보조 치료가 필요하거나 정신 건강 필요, 마약성 진통제 남용, SUD, 섭식 장애, 만성통증 등을 가진 가입자를 위한 원격 심리 서비스입니다.

- 전화번호 1-800-892-2695
- 웹사이트: **brightheartheal th.com**

Eleanor Health

물질 남용 치료를 위한 자원. 이곳에서는 또한 케어 매니저가 신체 건강 서비스를 조율하고, 장기 정신 건강 필요에 맞는 서비스를 제공하며, 커뮤니티 파트너와 협력해 가입자에게 한층 더 발전된 지원을 제공합니다.

- 웹사이트: **eleanorhealth.com/referrals**

BoulderCare

BoulderCare는 중독 치료를 원하는 Washington 가입자를 위한 원격의료 솔루션입니다.

- 웹사이트: **boulder.care/**

Charlie Health

Charlie Health는 청소년을 위한 맞춤형 집중 외래환자 프로그램입니다.

- 전화번호 1-866-508-7084
- 웹사이트: **charliehealth.com**

매니지드 케어 플랜 없이 보장되는 Apple Health 서비스(또는 '진료 시 지불'이라 함)

HCA는 건강 플랜에 가입되어 있는 경우에도 일부 혜택 및 서비스에 대해 직접 비용을 지불합니다. 이러한 혜택에는 다음 항목이 포함됩니다.

- 장기 진료 서비스 및 지원,
- 발달 장애를 가진 사람들을 위한 서비스.

ProviderOne 서비스 카드만 있으면 이러한 혜택을 받을 수 있습니다. 귀하의 주치의 또는 UnitedHealthcare Community Plan은 귀하가 이러한 서비스를 받고 귀하의 치료를 조정하는 데 도움을 드릴 것입니다. 보장되는 혜택에 관한 더 상세한 정보는 27페이지를 참조하십시오. 여기에 나열된 혜택 또는 서비스에 관한 질문이 있으면 당사에 문의하십시오.

반드시 UnitedHealthcare Community Plan 행동 건강 서비스 제공자 또는 병원을 방문해야 합니다

반드시 UnitedHealthcare Community Plan과 협력하는 행동 건강 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 또한 귀하가 이용할 수 있는 병원과 약국도 있습니다. 서비스 제공자, 약국, 병원에 대한 정보가 담긴 명부를 요청할 수 있습니다. 명부에 포함된 정보는 다음과 같습니다:

- 서비스 제공자의 이름, 위치 및 전화번호
- 전문분야, 자격 및 의료 학위
- 졸업한 의과대학, 레지던트 수료 및 협회 인증서 상태
- 해당 서비스 제공자가 사용하는 언어
- 서비스 제공자가 진료하는 환자의 유형(성인, 어린이 등)에 따른 제한사항
- 어느 서비스 제공자가 신규 환자를 받고 있는지 확인

명부를 받으려면, 가입자 서비스 라인 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 전화하거나 웹사이트 **myuhc.com/CommunityPlan** 또는 **uhccommunityplan.com/wa/medicaid/bhso**를 방문하십시오.

행동 건강 서비스에 대한 비용 지불

Apple Health 고객으로서 귀하에게는 일체의 보장 서비스에 대한 코페이먼트나 디덕터블이 없습니다. 다음 경우에는 서비스에 대한 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

- Apple Health가 보장하지 않는 서비스를 받는 경우
- 의학적으로 필요하지 않은 서비스를 받은 경우
- 귀하의 건강 플랜의 이름을 모르는 경우 그리고 귀하를 진료한 서비스 제공자가 누구에게 청구해야 할지 모르는 경우
  - 서비스가 필요할 때마다 ProviderOne 서비스 카드와 건강 플랜 카드를 반드시 지참해야 합니다.
- 당사 네트워크에 있지 않은 서비스 제공자로부터 의료 서비스를 받았는데 응급한 경우가 아니거나 건강 플랜으로부터 사전 승인을 받지 않은 경우
- 전문의 치료 시 당사의 규칙을 따르지 않는 경우

서비스 제공자는 귀하에게 보장 서비스에 대한 비용 지불을 요구하지 않습니다. 청구서를 받는 경우, **1-877-542-8997**, TTY **711**로 연락하십시오. 서비스 제공자와 협력해 귀하에게 정확한 청구를 하도록 하겠습니다.

품질 향상 프로그램

UnitedHealthcare Community Plan에는 품질 향상 프로그램이 있습니다. 당사의 품질 향상 프로그램은 가입자들에게 보다 나은 치료와 서비스를 제공하기 위해 운영됩니다. 당사는 매년 의료 서비스를 얼마나 잘 제공하고 있는지에 대해 가입자에게 보고합니다. 보고 대상 중 많은 비중을 차지하는 것은 주요 공중 보건 문제입니다. 당사의 품질 향상 프로그램 및 목표 달성 진행에 관해 더 자세히 알고 싶으신 경우, **1-877-542-8997**, TTY **711**로 연락하십시오.

활용 관리 프로그램

UnitedHealthcare Community Plan은 귀하가 불필요한 케어를 받지 않고 귀하에게 적합한 케어를 받기를 원합니다. 당사는 의학적 필요성, 적절성 및 보장 혜택에 근거해 결정함으로써 귀하가 올바른 수준의 케어를 받을 수 있도록 도움을 드립니다.

당사는 결정 권한이 있는 직원이 거절하는 건에 대해 보상하지 않습니다. 이것은 당사 결정의 공정성을 위한 것입니다. 이러한 결정이 어떻게 이루어지는지에 관해 질문이 있는 경우, 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 5시 사이에 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 문의하십시오.

신기술 평가 방법

당사는 새로운 장비와 약물 및 시술 등을 검토하여, 의학적 필요를 토대로 이들에 혜택이 보장되어야 하는지 여부를 결정합니다. 일부 새로운 장비, 약물, 시술 등은 정말로 도움이 되는지 확인하기 위해 여전히 시험 중입니다. 여전히 시험 중인 경우, 이를 실험용 또는 임상시험용이라고 합니다. 이러한 서비스는 연구 후에 그리고 UnitedHealthcare Community Plan이 유해성 보다 유익성이 더 크다고 결론 내린 후에 혜택이 보장됩니다. 더 자세한 정보를 원하시면 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 당사에 연락하십시오.

아메리칸 인디언 및 알래스카 원주민 관련 정보

HCA는 워싱턴주의 아메리칸 인디언 및 알래스카 원주민에게 Apple Health 매니지드 케어와 매니지드 케어 플랜이 없는 Apple Health 보장(또는 진료 시 지불) 사이에 선택권을 드립니다. HCA는 인디언 의료 서비스 전달 시스템을 인정하는 연방 규칙을 준수하고 귀하가 문화적으로 적절한 의료 서비스를 받도록 하는 데 도움을 드리기 위해 이를 실시합니다. 질문이 있거나 등록 변경을 원하는 경우 1-800-562-3022로 HCA에 문의하실 수 있습니다. 귀하의 선택 사항은 언제든 변경할 수 있지만 변경 내역은 다음 달까지 적용되지 않습니다.

아메리칸 인디언이나 알래스카 원주민은 Seattle Indian Health Board 또는 NATIVE Project of Spokane 같은 Indian Health Service 시설, 부족 의료 서비스 프로그램 또는 Urban Indian Health Program(UHIP)을 통해 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 클리닉의 서비스 제공자는 귀하의 문화, 커뮤니티 및 의료 서비스 필요 사항을 잘 알고 이해합니다. 귀하가 IHS 시설이나 부족 건강 프로그램 또는 UIHP을 통해 부족 조력자(Tribal Assister)와 연계되어 있거나 파트너 관계를 맺고 있다면 그들이 귀하의 의사 결정에 도움을 줄 수 있습니다.

그들이 귀하에게 필요한 케어를 제공하거나 귀하를 전문의에게 의뢰할 것입니다. 귀하가 매니지드 케어 플랜을 선택할 것인지 매니지드 케어 플랜이 없는 Apple Health 보장을 선택할 것인지 결정할 때 도움을 드릴 수도 있습니다. 헬스 케어 또는 헬스 케어 보장과 관련된 질문이 있는 경우에는 귀하의 부족 담당 직원이나 UHIP 직원에게 도움을 받을 수 있습니다.

이중 자격 특수 필요 플랜(D-SNP)

이중 자격 가입자는 Medicare 보장과 Apple Health 보장을 모두 받게 됩니다. 귀하가 이중 자격 가입자라면 신체 건강 케어 필요 사항을 위해 Medicare에서 1차 보장이 됩니다. Apple Health는 2차 보장이 될 것입니다. 이중 자격 가입자는 또한 Apple Health 행동 건강 서비스 특약(BHSO) 매니지드 케어 플랜을 통한 행동 건강 보장을 받습니다.

통합된 가입을 허가하는 카운티에 거주하는 분이시라면 D-SNP 및 BHSO 보장에 대해 동일한 플랜을 선택할 옵션이 주어집니다. 통합된 가입은 이중 자격 가입자가 신체 및 행동 건강 서비스를 한 플랜 아래 관리할 수 있도록 해줍니다. 이렇게 하면 제공자를 찾고 Medicare와 Apple Health 서비스를 조정하기가 더 쉽습니다.

D-SNP 가입은 다음의 Medicare 공개 등록 기간을 따릅니다.

- **최초 등록 기간.** Medicare 자격이 처음 주어지면 플랜에 가입할 수 있습니다.
- **공개 등록 기간.** 매년 10월 15일부터 12월 7일까지, 플랜에 가입, 변경 또는 취소할 수 있습니다. 보장은 1월 1일부터 시작됩니다(12월 7일까지 플랜의 요청이 접수되는 데 한함).
- **Medicare Advantage 공개 등록 기간.** 매년 1월 1일부터 3월 31일까지, Medicare Advantage 플랜에 등록하면, 이 기간 내에 다른 Medicare Advantage 플랜으로 변경하거나 Original Medicare으로 변경을 (그리고 별도의 Medicare 약품 플랜에 가입) 1회에 한해 할 수 있습니다. **참고:** 이 기간 내에 플랜 변경은 1회만 가능합니다.

귀하의 카운티에서 통합이 제공되는지 보려면, 당사의 서비스 지역 가이드(**https://www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/d-snp-service-area-guide.pdf**)의 통합 등록 맵을 참고하십시오.

아메리칸 인디언/알래스카 원주민이라면?

이중 자격 아메리칸 인디언/알래스카 원주민은 다음이 가능합니다.

- Apple Health BHSO에 등록하거나, 또는
- 플랜 없이도 Apple Health 행동 건강 보장을 받을 수 있습니다.

각 혜택에서 개인의 상황에 따른 장점과 단점이 있습니다. 종족 건강 클리닉과 도시 인디언 클리닉 직원은 이 옵션들을 잘 알고 있고 선택하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 아메리칸 인디언/알래스카 원주민을 위한 Apple Health 보장에 대해 더 자세히 알아보십시오(**https://www.hca.wa.gov/free-or-low-cost-health-care/i-need-medical-dental-or-vision-care/american-indians-and-alaska-natives-ai**).

응급 상황 시 또는 외출 시 치료 받기

응급 상황의 경우

갑작스런 또는 심각한 건강상 문제가 있어 응급 상황이라고 생각하는 경우, **911**로 전화하거나 가까운 응급실로 가십시오.

그리고 가능한 한 신속히 당사에 전화하여 응급 상황이 있었고 어디에서 치료를 받았는지 알려주십시오. 응급 상황인 경우에는 치료를 받기 위한 사전 승인이 필요 없습니다. 응급 상황인 경우에는 병원이나 응급실을 이용할 수 있습니다.

행동 건강 위기:

개인이 경험할 수 있는 행동 건강상의 응급/위기의 예는 다음과 같습니다.

- 상해 또는 자살로 위협하거나 이러한 말을 하는 경우
- 절망감을 느끼는 경우
- 격노 또는 통제할 수 없는 분노를 느끼는 경우
- 출구가 없는 것처럼 함정에 빠진 듯한 느낌을 갖는 경우
- 무모한 행동을 하는 경우
- 걱정 또는 불안감이 있거나 잠을 잘 수 없는 경우
- 친구 및 가족들을 멀리하는 경우
- 극적인 정서 변동을 겪는 경우
- 삶을 지탱할 이유를 발견하지 못하는 경우
- 알코올이나 약물 사용이 느는 경우

귀하나 귀하가 아는 분이 정신 건강 위기를 겪는다면 하단의 카운티 위기상담전화로 연락하십시오.

- **즉시 도움이 필요한 경우:** 생명이 위급한 응급상황이라면 **911**로 전화하시고 정신 건강 응급 상황이라면 **988**로 연락하십시오.
- **정신건강 위기 또는 자살 사고로 즉시 도움이 필요하다면:** National Suicide Prevention Lifeline: (**https://988lifeline.org/**) 1-800-273-8255 (TRS: 1-800-799-4889)으로 전화하거나**988**로 전화 또는 문자를 보내십시오. 해당 전화는 무료이고 비밀이 보장되며 연중무휴 24시간 이용이 가능합니다. 사랑하는 사람에게 위기 지원이 필요하다고 판단되신다면 **988**로 연락하셔도 됩니다.

행동 건강 위기: **Washington Recovery Help Line**은 정신 건강, 약물 사용 장애 치료 서비스 및 도박 중독 관련 문제와 싸우고 있는 사람들을 위한 24시간 위기 개입 및 의뢰에 이용되는 전화입니다. 1-866-789-1511 또는 TTY 1-206-461-3219로 전화하거나 **recovery@crisisclinic.org**로 이메일을 보내거나 **warecoveryhelpline.org**를 방문하십시오. 십대 청소년은 특정 시간 동안 1-866-833-6546,**866teenlink.org**로 다른 십대 청소년과 연락할 수 있습니다.

카운티 비상 전화번호

지역의 위기 라인으로 전화하여 귀하 또는 친구나 가족을 위한 지원을 요청할 수 있습니다. 카운티별 위기 번호는 아래를 참조하십시오.

지역	카운티	위기 전화
Great Rivers	Cowlitz, Grays Harbor, Lewis, Pacific, Wahkiakum	**1-800-803-8833**
Greater Columbia	Asotin, Benton, Columbia, Franklin, Garfield, Kittitas, Walla Walla, Whitman, Yakima	**1-888-544-9986**
King	King	**1-866-427-4747**
North Central	Chelan, Douglas, Grant, Okanogan	**1-800-852-2923**
North Sound	Island, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom	**1-800-584-3578**
Pierce	Pierce	**1-800-576-7764**
Salish	Clallam, Jefferson, Kitsap	**1-888-910-0416**
Spokane	Adams, Ferry, Lincoln, Pend Oreille, Spokane, Stevens	**1-877- 266-1818**
Southwest	Clark, Klickitat, Skamania	**1-800-626-8137**
Thurston-Mason	Mason, Thurston	**1-800-270-0041**

의료 서비스 제공자 진료 시 기대사항

진료를 받기까지의 대기 시간은 귀하의 의료 필요 사항에 따라 다릅니다. 예상 대기 시간은 아래를 참고하십시오.

- **응급 치료:** 하루 24시간, 주 7일 이용 가능.
- **긴급 치료:** 24 시간 내에 행동 건강 서비스 제공자 또는 다른 서비스 제공자 진료실 방문.
- **통상적인 치료:** 10일 내에 행동 건강 서비스 제공자 또는 다른 서비스 제공자 진료실 방문. 통상적인 치료는 미리 진료 계획을 세우고 응급 또는 긴급하지 않은 염려로 인한 정기적인 서비스 제공자 방문을 포함합니다.

대기 시간이 위에 명시한 시간보다 더 긴 경우 당사에 연락주십시오.

처방

행동 건강 처방은 귀하의 BHSO 플랜에 의해 보장되지 않습니다. 대신, 처방은 신체 건강 혜택의 일환으로 보장됩니다. Medicare Part D 보험 가입자는 Medicare Part D 플랜을 통해 처방 보장을 이용할 수 있습니다. 처방약 보장에 대한 질문은 당사에 문의하십시오.

UnitedHealthcare Community Plan 보장 혜택

이 섹션은 UnitedHealthcare Community Plan이 보장하는 행동 건강 혜택과 서비스에 대해 설명합니다. 이 목록에 있는 서비스는 보장되는 전체 서비스를 포함하지 않습니다. 귀하에게 필요한 서비스가 나열되어 있지 않은 경우, 행동 건강 서비스 제공자에게 확인하거나 당사에 문의하십시오. 당사의 혜택과 서비스는 **myuhc.com/CommunityPlan** 또는 **uhccommunityplan.com/wa/medicaid/hbso**에서 확인하실 수 있습니다.

보장되는 의료 서비스 중 일부는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 모든 비보장 서비스는 당사의 사전 승인이 필요합니다. 매니지드 케어 플랜이 없는 Apple Health를 통해 제공되는 모든 비보장 서비스는 HCA로부터 사전 승인을 받아야 합니다.

일부 서비스는 방문 횟수에 제한이 있습니다. 방문이 추가로 더 필요한 경우 서비스 제공자가 제한 연장(Limitation Extension, LE)을 요청할 수 있습니다. 비보장 서비스가 필요한 경우, 서비스 제공자로 하여금 규칙에 대한 예외(Exception to Rule, ETR)를 신청하도록 하십시오.

행동 건강 서비스를 받기 전에, 당사 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 연락하거나 또는 당사의 서비스 제공자 명부 **myuhc.com/CommunityPlan** 또는 **uhccommunityplan.com/wa/medicaid/bhso**에 연락하시는 걸 잊지 마십시오. 또한 귀하의 주치의에게 필요한 케어를 받을 수 있도록 도움을 요청할 수 있습니다.

일반 서비스 및 응급 치료

서비스	추가 정보
응급 서비스	하루 24시간, 주 7일, 미국 어디에서든 이용 가능.
병원, 입원환자 및 외래환자 서비스	모든 비응급 치료는 당사의 승인이 필요함.
긴급 치료	즉시 치료가 필요한 행동 건강 문제는 있으나 생명에는 위험이 없는 경우 긴급 치료를 이용하십시오.

행동 건강

행동 건강 서비스에는 정신 건강 및 약물 사용 장애 치료 서비스가 포함됩니다. 상담이나 검사 또는 행동 건강 지원이 필요하신 경우 당사에서 서비스 제공자를 찾는 데 도움을 드립니다. 당사 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 연락하거나 당사의 서비스 명부에서 서비스 제공자를 선택하십시오.

서비스	추가 정보
약물 사용 장애(SUD) 치료 서비스	SUD 치료 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 평가 • 간단한 개입 및 치료 의뢰 • 금단 증상 관리(중독 치료) • 외래환자 치료 • 집중 외래환자 치료 • 입원환자 및 거주 치료 • 케이스 관리
정신 건강, 입원환자 치료	정신과 의사, 심리학자, 인가 받은 정신 건강 상담 전문가, 인가 받은 임상 사회복지사 또는 인가 받은 결혼 및 가족 치료사가 제공하는 정신 건강 서비스를 보장합니다. 독립적인 평가 및 치료(E&T) 포함.
정신 건강, 외래환자 치료	정신과 의사, 심리학자, 인가 받은 정신 건강 상담 전문가, 인가 받은 임상 사회복지사 또는 인가 받은 결혼 및 가족 치료사가 제공하는 정신 건강 서비스를 보장합니다. 정신 건강 서비스에는 다음이 포함될 수 있습니다. • 섭취 평가 • 개별 치료 서비스 • 투약 관리 • 동료 지원 • 간단한 개입 및 치료 • 가족 치료 • 거주 환경에서 제공되는 정신 건강 서비스 • 심리학적 평가 • 위기 서비스

혜택 패키지 이외의 추가적인 일부 행동 건강 서비스는 일정한 주 지원금을 통해 받을 수 있습니다. 이러한 서비스는 의학적으로 반드시 필요한 것으로 판단되어야 하며 지급 가능한 주 지원금이 있어야 합니다. 현재 이 서비스에는 다음이 포함됩니다:

- SUD 및 정신건강 입실 환경 또는 독립적인 평가와 치료 시설, 및/또는 안전한 금단 관리와 안정화를 위한 시설을 포함하는 다양한 병원 시설을 갖춘 입원 및 식사 제공,
- 행동 건강 개인 케어,
- 집중 치료,
- 소변 검사,
- 재활 케이스 관리,
- 중독 치료 서비스, 및
- 아동을 위한 치료적 개입.

이러한 서비스를 이용하려면 귀하의 정신 건강 서비스 제공자와 상의하십시오.

실험실 서비스

서비스	추가 정보
실험실 서비스	일부 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있음.

자녀를 위한 의료 서비스

어린이와 21세 미만의 청소년은 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료(EPSDT)라 불리는 건강 관리 혜택이 있습니다. EPSDT에는 폭 넓은 검사, 진단 및 치료 서비스가 포함됩니다.

일부 행동 건강 혜택은 UnitedHealthcare Community Plan을 통해 보장되며, 일부는 매니지드 케어 플랜이 없는 Apple Health(“진료 시 지불”)에 의해 보장됩니다. 질문이 있으면 연락주십시오.

검사/스크리닝은 Apple Health에서 직접 보장하며, 이를 통해 추가 진단 및 치료가 필요할 수 있는 잠재적인 신체, 행동 건강 또는 발달상의 건강 관리 필요를 확인할 수 있습니다.

EPSDT에는 신체적 및 행동상의 건강 상태를 교정하거나 개선하는 데 필요한 진단 검사 및 의학적으로 필요한 치료뿐만 아니라 발달 장애가 있는 어린이를 지원하는 데 필요한 추가 서비스가 포함됩니다.

이러한 서비스는 상태가 악화되지 않도록 하거나 어린이의 건강 관리상 문제의 진행 속도를 늦추기 위한 것입니다. EPSDT는 어린이 및 청소년의 건강 관리에 대해 조기에 그리고 지속적으로 관심을 갖도록 권장합니다.

당사가 제공하는 추가 서비스

UnitedHealthcare® 앱

당사의 모바일 UnitedHealthcare® 앱을 사용하면 귀하의 건강 플랜 정보에 쉽게 접근할 수 있습니다. 앱은 Apple® 또는 Android® 스마트폰이나 태블릿에 다운로드할 수 있습니다.

하루 24시간/ 주 7일 간호사 라인(NurseLine)

한밤중이나 주말에도 언제든지 답변과 조언을 받을 수 있습니다. **1-877-543-3409**, TTY **711**

Quit For Life® 프로그램

금연에 도움을 드리는 코칭과 온라인 지원을 제공합니다. 어떠한 유형의 니코틴 대체품이나 약이 귀하에게 적당한지 결정하는 데 도움을 드립니다. **1-866-QUIT-4-Life (1-866-784-8454)** 또는 **www.myquitforlife.com/uhcwa**.

약물 사용 장애 헬프라인

인가 받은 임상의가 알코올 및 약물 중독에 관한 질문에 답하고 지원을 제공하기 위해 하루24시간 주7일 근무합니다. 무료 전화 **1-855-780-5955**로 연락하시거나 **liveandworkwell.com/recovery**를 방문하여 실시간 채팅을 이용하십시오.

당사가 제공할 수 있는 추가 케어 코디네이션 서비스

케어 관리

UnitedHealthcare Community Plan은 자격이 있는 가입자에게 또는 Allied Service 시스템에서 요청할 경우 행동 건강 케어 관리/케어 코디네이션 서비스를 제공합니다. 당사의 케어 매니저는 귀하의 주치의 및/또는 다른 기관과 함께 일하여 필요한 서비스와 귀하의 필요를 충족하는 지원을 찾을 수 있도록 돕습니다. 가입자는 간호사로부터 케어에 관한 알림 및 조언을 받습니다. 특수 치료가 필요하거나 만성 질환을 관리하는 데 있어 도움이 필요한 경우, 케어 매니저 중 한 명이 도움을 드릴 수 있습니다. 이러한 서비스가 필요하다고 생각하는 경우, 귀하 또는 귀하의 간병인/보호자는 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 문의할 수 있습니다.

성전환자 건강 서비스

케어 코디네이션 서비스는 성 정체성/성별 불쾌감 치료 서비스를 받는 가입자를 위해 의료 보험금 지불자와 협력하여, 해당 가입자가 적절한 의료인과 연결될 수 있도록 그리고 케어를 위해 필요한 승인을 받을 수 있도록 지원할 뿐 아니라, 필요한 행동 건강 치료나 기타 부수적 서비스를 이용할 수 있도록 도움을 드릴 것입니다. UnitedHealthcare Community Plan은 성 정체성 인정 전담 케어 코디네이터를 보유하고 있습니다.

매니지드 케어 플랜 없이 보장되는 Apple Health 서비스

매니지드 케어 플랜 없는 Apple Health 보장('진료 시 지불') 또는 다른 커뮤니티 기반 프로그램은 귀하가 당사에 가입되어 있는 경우에도 다음과 같은 혜택과 서비스를 보장합니다. 당사는 귀하의 주치의와 협력하여 귀하가 이러한 서비스를 이용하고 귀하의 케어를 조정하는 데 도움을 드릴 것입니다. 모든 서비스를 이용하기 위해서는 ProviderOne 서비스 카드를 사용해야 합니다.

여기에 나열된 혜택 또는 서비스에 관한 질문이 있으면 당사에 문의하십시오. 전체 서비스 목록을 보려면, 매니지드 케어 플랜이 없는 Apple Health 보장 범위 책자를 보시기 바랍니다: **hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/19-065.pdf**.

서비스	추가 정보
긴급후송 서비스(항공)	매니지드 케어 기관(MCO)에 가입한 고객을 포함하여 Apple Health 고객에 제공되는 모든 항공 구급 교통 서비스.
구급차 서비스(육상)	매니지드 케어 기관(MCO)에 가입한 고객을 포함하여 Apple Health 고객에 제공되는 모든 육상 구급 교통 서비스(응급 및 비응급).

서비스	추가 정보
위기 서비스	위기 서비스는 귀하가 생활하는 곳에 기반하여 지원을 받는 데 이용할 수 있습니다. 생명이 위급한 응급상황이라면 **911**로 전화하시고 정신 건강 응급 상황이라면 **988**로 연락하십시오. 귀하의 지역에 해당하는 번호는 25페이지를 참조하십시오. 전국 자살 예방 생명 전화: **988**로 전화 또는 문자를 하시거나 1-800-273-8255, TTY 사용자는 1-206-461-3219번으로 연락하십시오. 정신 건강 또는 약물 사용 장애 위기의 경우, Behavioral Health Administrative Services organization(BH-ASO)에 연락하십시오. 전화번호는 25페이지나 **hca.wa.gov/free-or-low-cost-health-care/i-need-behavioral-health-support/mental-health-crisis-lines**에서 찾을 수 있습니다.
첫 단계 출산 지원 서비스(MSS), 영아 케이스 관리(ICM) 및 출산 교육(CBE)	MSS는 임산부 및 산후 산모에게 가정 또는 사무실에서 예방 차원의 건강 및 교육 서비스를 제공하여 건강한 임신과 건강한 아이를 갖도록 하는 데 도움을 드립니다. ICM은 한 살 미만의 어린이가 있는 가족이 커뮤니티 내의 필요한 의학적, 사회적, 교육적 및 기타 자원에 대해 배우고 이를 이용하는 방법에 대해 도움을 주어 아이와 가족이 성장할 수 있도록 합니다. CBE는 승인된 HCA CBE 제공자가 교육하는 임산부 및 그 조력자(들)에게 그룹 수업을 제공합니다. 주제로는 임신 중 경고 신호, 영양, 모유 수유, 출산 계획, 출산 및 분만 중 예상되는 일, 신생아 안전 등이 포함됩니다. 거주 지역의 서비스 제공자를 찾으려면 **hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage/first-steps-maternity-and-infant-care**를 방문하십시오.
입원환자 정신과 치료	이러한 서비스를 받는 데 도움이 필요한 경우 당사에 연락하십시오.
비응급 진료 예약을 위한 교통편	Apple Health는 필요한 비응급 건강 관리 내원 교통편에 대한 비용을 지불합니다. 해당 지역의 교통편 제공자(브로커)에게 전화하여 서비스와 제한사항에 관해 알아보십시오. 지역 브로커가 가장 적절하고 비용이 가장 저렴한 교통편을 주선할 것입니다. 브로커 명단은 **hca.wa.gov/transportation-help**에서 보실 수 있습니다.

제외되는 서비스(비보장 서비스)

다음의 서비스는 당사 또는 매니지드 케어 플랜이 없는 Apple Health에서 보장하지 않습니다. 이러한 서비스를 받길 원하시면 비용을 지불해야 할 수도 있습니다. 질문이 있는 경우, 당사에 문의하십시오.

서비스	추가 정보
대체 약품	종교에 기반한 관행, 믿음 치료, 약초 요법, 또는 동종 치료
결혼 상담 및 성 치료	
개인용 안전 물품	
연방 또는 주법과 그 영토 및 소유지에서 허용하지 않는 서비스	미국 영토는 다음을 포함합니다: • 푸에르토리코 • 괌 • 미국령 버진 아일랜드 • 북마리아나 제도 • 미국령 사모아
미국 이외 지역에서 제공되는 서비스	

귀하 건강 정보에 액세스하기

Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS)는 2020년에 상호운용 환자 액세스 규칙(CMS-9115-F)을 통과시켰습니다. 이 규칙으로 인해 귀하는 본인의 건강 데이터에 접근하고 공유하기가 더 쉬워졌습니다. 예컨대, 귀하의 스마트폰 앱을 이용하여 청구, 약물 등을 검색할 수 있습니다. 이 공유 데이터는 특정 보험에서 발견됩니다. 앱은 2016년부터 정보를 받을 수 있습니다. 앱이 건강 데이터 수집을 시작할 수 있는 연도는 귀하가 현재 플랜에 등록한 때에 기반합니다. 귀하, 의료 서비스 제공자, 앱 간에 데이터를 공유하는 이유는 무엇일까요? 이는 모든 사람들이 환자 케어를 개선하기 위해 협력하는 데 도움이 됩니다. 이는 의료 비용을 줄이는 데에도 도움이 될 수 있습니다.

특정 PHI를 열람하고 그 사본을 받기 위한 요청을 하려면 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 연락하거나 서면 요청서를 제출하실 수 있습니다. 당사의 개인정보보호 정책은 **www.uhccommunityplan.com/privacy-policy** 또는 **myuhc.com/CommunityPlan**에서 온라인으로 확인할 수 있습니다.

제공자나 건강 플랜 또는 의료 서비스에 만족하지 못하신다면

귀하 또는 귀하의 승인된 대리인은 불만을 제기할 권리가 있습니다. 이를 불만 사항이라고 합니다. 불만 사항을 제기하는 데 있어 도움을 드리겠습니다.

불만 사항을 제기하시려면 **1-877-542-8997**, TTY **711**번으로 연락하시거나 다음 주소로 보내주십시오.

UnitedHealthcare Community Plan
Grievances and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

또는 팩스: 1-801-994-1082

고충 또는 불만 사항은 다음의 예를 포함합니다:

- 의료원과의 문제
- 의사의 대금 청구서 수령
- 미지급 의료비 청구서에 의한 징수
- 치료의 질 또는 치료 방법
- 의사 또는 건강 플랜이 제공한 서비스
- 의료 서비스와 관련된 기타 문제

귀하의 고충이나 불만이 접수된 사실을 영업일 2일 이내에 전화 또는 서신으로 귀하에게 통보 드릴 것입니다. 귀하의 문제를 가능한 한 신속히 처리해야 하지만 45일 이상이 소요되지는 않습니다. 당사에 전화하시면 불만 사항 정책 사본을 무료로 받으실 수 있습니다.

옴부즈

옴부즈는 행동 건강 서비스와 관련된 우려를 해결하는 데 있어 비공개 지원을 무료로 받을 수 있는 인원입니다. 행동 건강 불만 사항, 이의 제기 또는 공정한 심리를 통해 가장 저렴한 수준에서 우려를 해결하기 위해 귀하에게 도움을 줄 수 있습니다. 옴부즈는 건강 플랜과는 별개입니다. 자신이 행동 건강 서비스를 받았었거나 자신의 가족이 행동 건강 서비스를 받았었던 경험이 있는 사람이 제공합니다.

아래의 전화번호를 이용하여 귀하의 지역에 있는 옴부즈에 연락하십시오.

지역	카운티	옴부즈
Great Rivers	Cowlitz, Grays Harbor, Lewis, Pacific, Wahkiakum	**1-360-561-2257**
Greater Columbia	Asotin, Benton, Columbia, Franklin, Garfield, Kittitas, Walla Walla, Whitman, Yakima	**1-509-808-9790**
King	King	**1-206-265-1399**
North Central	Chelan, Douglas, Grant, Okanogan	**1-844-636-2038**
North Sound	Island, San Juan, Skagit, Snohomish, Whatcom	**1-360-528-1799**
Pierce	Pierce	**1-253-304-7355**
Salish	Clallam, Jefferson, Kitsap	**1-360-481-6561**
Spokane	Adams, Ferry, Lincoln, Pend Oreille, Spokane, Stevens	**1-509-655-2839**
Southwest	Clark, Klickitat, Skamania	**1-509-434-4951**
Thurston-Mason	Mason, Thurston	**1-360-489-7505**

거부, 이의 제기 및 행정상 심리에 관한 중요 정보

거부란 귀하의 건강 플랜이 귀하나 귀하의 의사가 요청한 서비스를 승인하지 않거나 이에 대해 비용을 지불하지 않는 것을 말합니다. 당사가 서비스를 거부하는 경우에는 귀하에게 요청한 서비스를 거부한 사유를 기재한 서신을 발송해드립니다. 이 서신은 당사 결정에 대한 공식 통지서입니다. 이 서신은 귀하에게 귀하의 권리와 이의 제기를 요청하는 방법에 대한 정보를 알려줄 것입니다.

귀하는 결정에 동의하지 않거나, 해당 결정이 올바르지 않다고 생각하거나, 모든 의료 정보가 고려되지 않았다고 생각하거나, 결정을 다른 사람이 검토해야 한다고 생각하는 경우에 결정 검토를 요청할 권리가 있습니다. 이를 "이의 제기"라고 합니다. 당사는 귀하의 이의 제기 신청을 도울 것입니다.

이의 제기는 당사에 귀하의 케이스를 다시 검토해달라고 요청하는 것입니다. 귀하는 거부된 서비스에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 당사에 전화나 서면으로 알릴 수 있고, 거부일로부터 역일 기준 60일 내에 귀하의 이의 제기한 사실을 반드시 당사에 알려야 합니다. 당사는 귀하의 이의 제기를 도와드릴 수 있습니다. 귀하가 이의 제기에 동의한다는 뜻을 말하고 서명하는 경우, 귀하의 서비스 제공자, 옴부즈 또는 다른 사람이 귀하를 위해 이의를 제기할 수 있습니다. 당사가 당사의 결정을 검토하는 동안 귀하가 받고 계신 서비스를 계속 받으시기를 원하는 경우에는 역일 기준 10일 내에 이의를 제기해야 합니다. 당사는 역일 기준 5일 내에 귀하가 이의 제기 요청을 접수하였다는 사실을 서면으로 알릴 것입니다. 대부분의 경우 당사는 역일 기준 14일 내에 귀하의 이의 제기를 검토하고 결정할 것입니다. 결정을 내리는 데 더 많은 시간이 필요한 경우 당사는 귀하에게 반드시 이를 알려야 합니다. 이의 제기 결정은 역일 기준 28일 내에 내려져야 합니다.

구두 또는 서면으로 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 서면으로 된 이의 제기 요청서를 다음 주소로 보내십시오.

UnitedHealthcare Community Plan
Grievances and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

또는 팩스: 1-801-994-1082

당사는 귀하의 이의 제기를 도와드릴 수 있습니다. 구두로 이의 제기를 요청하려면, **1-877-542-8997**, TTY **711**로 전화하십시오.

참고: 이의 제기 중에도 계속 서비스를 받았지만 이의 제기가 받아들여지지 않는 경우에는 **귀하가 받으신 서비스에 대한 비용을 지불해야 할 수 있습니다**.

긴급한 상황. 긴급한 행동 건강 상태인 경우, 귀하 또는 귀하의 의사가 당사에 전화로 빠르게 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 행동 건강 질환으로 인해 빠른 이의 제기가 필요한 경우, 달력 기준으로 3일 내에 치료에 대해 결정이 내려집니다. 빠른 이의 제기를 요청하려면 신속한 결정이 필요한 이유를 알려주십시오. 귀하의 요청이 거부되는 경우, 귀하의 이의 제기는 위에서 약술한 것과 동일한 기간 내에 검토될 것입니다. 귀하의 요청을 빠른 이의 제기에서 일반 이의 제기로 변경하는 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 불만 사항을 제기할 할 수 있습니다. 귀하의 빠른 이의제기 요청을 당사가 거절하는 경우 귀하에게 전화로 그 이유를 설명하고 질문에 답해드립니다. 귀하의 요청을 빠른 이의 제기에서 일반 이의 제기로 변경하는 당사의 결정에 불만이 있는 경우 불만 사항을 제기할 수 있습니다. 당사는 결정 시점으로부터 달력 기준으로 2일 내에 서면 통지서를 발송해야 합니다.

이의 제기에 대한 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 행정 심리를 요청할 권리가 있습니다. 행정 심리에서 당사 또는 HCA에서 근무하지 않는 행정법 판사가 귀하의 사건을 검토하게 됩니다.

행정 심리는 이의 제기 결정일로부터 120일 동안 요청할 수 있습니다. 당사가 거부 결정을 하기 전부터 받고 있었던 서비스를 계속하여 받기를 원하는 경우에는 단 10일 내에 행정 심리를 요청해야 합니다.

행정 심리를 요청하기 위해서는 UnitedHealthcare Community Plan이 관계된 행정 심리실에 심리 사유, 거부된 서비스, 서비스 거부 날짜, 이의 제기가 거부된 날짜 등을 말해야 합니다. 또한 귀하의 성명, 주소 및 전화번호를 반드시 전달해야 합니다.

다음 날짜까지 심리 요청을 제출하십시오:

- 1-800-583-8271로 행정심리실(Office of Administrative Hearings)(**oah.wa.gov**)에 전화

또는

- 다음 주소로 서면으로 발송:

  Office of Administrative Hearings
  P.O. Box 42489
  Olympia, WA 98504-2489

심리에서 변호사와 상의하거나 다른 사람이 귀하를 대리할 수 있습니다. 변호사를 찾는 데 도움이 필요한 경우, **nwjustice.org**를 방문하거나 NW Justice CLEAR 라인(1-888-201-1014)으로 전화하십시오.

행정법 심리 판사는 귀하에게 결정을 설명하는 통지서를 발송할 것입니다. 심리 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 동 결정에 대해 HCA의 이의 제기 위원회(Board of Appeals)에 직접 이의를 제기하거나 귀하의 사건을 IRO(Independent Review Organization)가 검토하도록 요청할 권리가 있습니다.

중요한 기한: 심리 결정은 귀하가 심리 결정에 대해 이의를 제기하는 조치를 취하지 않는 경우 우편 발송일로부터 **21일** 내에 최종 명령이 됩니다.

심리 결정에 대해 동의하지 않는 경우, 귀하는 독립적인 검토를 요청할 수 있습니다. 독립적인 검토를 반드시 거쳐야 할 필요는 없으며 이 단계를 건너뛰고 HCA의 이의 제기 위원회(Board of Appeals)에 검토를 요청할 수 있습니다.

IRO는 당사에서 근무하지 않는 의사가 수행하는 독립적인 검토입니다. IRO를 요청하려면 반드시 심리 결정서를 받은 후 21일 내에 전화로 IRO 검토를 당사에 요청해야 합니다. 그리고 IRO 요청일로부터 5일 내에 당사에 추가 정보를 제공해야 합니다. 당사는 귀하에게 IRO의 결정을 알려드릴 것입니다.

지원이 필요하시면 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 연락주십시오.

IRO의 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 HCA의 Board of Appeals의 검토 판사로 하여금 귀하 사건을 검토하도록 요청할 수 있습니다. 이 검토 요청은 IRO의 결정서를 받은 후 21일 내에만 할 수 있습니다. 검토 판사의 결정은 최종적입니다. 검토 판사로 하여금 귀하의 사건을 검토하도록 요청하는 방법:

- 1-844-728-5212로 전화

또는

- 다음 주소로 서면 발송:

  HCA Board of Appeals
  P.O. Box 42700
  Olympia, WA 98504-2700

귀하의 권리

가입자로서 귀하는 다음과 같은 권리를 가집니다.

- 치료 거부를 포함하여 건강 관리에 관해 결정할 권리. 여기에는 신체적 및 행동 건강 서비스가 포함됩니다.
- 비용에 관계없이 이용 가능한 모든 치료 방법에 관한 정보를 받을 권리
- 주치의 선택 또는 변경
- 건강 플랜의 다른 서비스 제공자로부터 제2의 의견을 받을 권리
- 적절한 시간 내에 서비스를 받을 권리
- 정중하고 위엄 있게 치료를 받을 권리. 차별은 허용되지 않습니다. 어느 누구도 인종, 피부색, 출신국가, 성별, 성적 선호, 나이, 종교, 신조 또는 장애를 이유로 다르거나 불공정한 대우를 받아서는 안 됩니다.
- 불이익을 받지 않고 건강 관리 및 우려에 관하여 자유롭게 말할 권리
- 개인정보를 보호받고 치료에 관한 정보를 기밀로 취급받을 권리
- 의료 기록을 요청하고 그 사본을 받을 권리
- 필요한 경우 의료 기록과 내용의 수정을 요청할 수 있는 권리
- 다음 사항에 관한 정보를 요청하고 받을 권리:
  - 건강 관리 및 보장되는 서비스
  - 서비스 제공자 그리고 전문의 및 기타 서비스 제공자에 대한 추천 과정
  - 당사가 의학적 치료에 대한 비용을 서비스 제공자에게 지불하는 방법
  - 모든 치료에 대한 옵션 및 귀하가 특정 유형의 치료를 받는 이유
  - 치료에 관한 고충 또는 불만을 제기하는 데 있어 도움을 받거나, 서비스 또는 이의 제기의 거부 검토를 요청하는 데 있어 도움을 받는 방법
  - 정책 및 절차, 업무처리 지침 및 변경 추천 방법을 포함한 당사의 조직 구조
- 플랜의 정책, 혜택, 서비스 및 가입자의 권리와 책임에 대한 내용을 최소한 연 1회 받을 권리
- UnitedHealthcare Community Plan 가입자로서 권리와 책임에 관해 추천할 권리
- 위기 전화번호 목록을 받을 권리
- 정신적 또는 의료상 사전 의사 결정서를 작성하는 데 있어 도움을 받을 권리

귀하의 책임

가입자로서 귀하는 다음 사항에 동의합니다.

- 건강 및 건강 관리 필요성에 관해 서비스 제공자와 상의
- 치료 거부를 포함해 건강 관리에 관한 의사결정에 도움 제공
- 건강 문제를 인지하고 합의한 치료 목표에 가능한 한 많이 참여할 권리
- 서비스 제공자 및 UnitedHealthcare Community Plan에 건강에 관한 완전한 정보 제공
- 동의한 치료를 위한 서비스 제공자의 지시사항 준수
- 예약 시간을 지키고 정시에 도착. 늦어지거나 예약을 취소해야 하는 경우 서비스 제공자 진료실에 전화.
- 서비스 제공자에게 귀하가 제공받은 서비스에 대한 비용을 지불받는 데 필요한 정보를 제공
- ProviderOne Services 카드 및 UnitedHealthcare Community Plan ID 카드를 모든 진료 예약에 지참
- 건강 플랜 및 보장되는 서비스에 관하여 배우기
- 필요한 경우 의료 서비스 이용
- 의료 서비스의 적절한 이용. 그렇지 않은 경우, 환자 검토 및 조정 프로그램에 등록될 수 있습니다. 이 프로그램에서 귀하에게 한 명의 주치의(PCP), 하나의 약국, 통제 약물에 대한 하나의 처방 기관 그리고 비응급 치료를 위한 하나의 병원이 배정됩니다. 반드시 최소 12개월 동안 동일한 플랜을 따라야 합니다.
- 임신, 출생, 입양, 주소 변경과 같은 구성원이나 상황에 변동이 있는 경우나 Medicare 또는 다른 보험 자격을 획득하는 경우 HCA에 통보
- **www.wahealthplanfinder.org**에서 Washington Healthplanfinder를 이용하여 매년 보장을 갱신하고 소득, 결혼 상태, 출생, 입양, 주소 변경, Medicare 또는 다른 보험 자격 획득과 같은 계정에 대한 변경사항 보고

사전 의사 결정서

사전 의사 결정서(Advance Directive)란 무엇입니까?

사전 의사 결정서는 건강 관리와 관련된 선택 사항을 서면으로 남긴 문서입니다. 사전 의사 결정서는 귀하의 의사와 가족에게 다음 사항에 대해 알려줍니다.

- 다음의 경우 어떤 종류의 건강 관리를 원하거나 원하지 않는지.
  - 의식을 잃는 경우
  - 더이상 건강 관리 결정을 할 수 없는 경우
  - 의사 또는 가족에게 어떤 종류의 치료를 원하는지 말할 수 없는 경우
  - 사후 장기를 기증하고 싶은 경우
  - 귀하가 할 수 없는 경우 다른 누군가가 귀하의 건강 관리에 관한 의사결정을 하기 원하는 경우

사전 의사 결정서가 있으면 귀하의 사랑하는 가족 또는 의사가 귀하가 원하는 바를 근거로 귀하를 위한 의료 선택을 할 수 있습니다. 워싱턴주에는 세 유형의 사전 의사 결정서가 있습니다:

1. 의료 서비스에 대한 영구 위임장. 이는 귀하가 자신을 위해 의사결정을 할 수 없는 경우 귀하를 위해 의학적 결정을 할 수 있는 사람을 지정하는 것입니다.
2. 의료 서비스 지시서(사망 선택 유언). 이 서류는 사람들에게 귀하가 생명 연장을 위한 치료를 원하는지 여부를 알립니다.
3. 장기 기증 요청.

의사 및 귀하의 가까운 사람들에게 이야기하십시오. 사전 의사 결정서는 언제든지 취소할 수 있습니다. 사전 의사 결정서에 관한 정보는 당사, 귀하의 의사 또는 병원에서 더 많이 받으실 수 있습니다. 또한 다음 사항도 가능합니다.

- 사전 의사 결정서에 있는 건강 플랜의 정책 열람 요청
- 의사 결정서가 지켜지지 않을 경우 UnitedHealthcare Community Plan 또는 HCA에 불만 사항 제기

생명 연장 치료에 대한 의사의 지시(POLST) 양식은 위독한 건강 상태여서 생명 연장 치료에 관한 의사결정이 필요한 누구에게나 해당됩니다. 귀하의 서비스 제공자는 POLST 양식을 사용하여 귀하가 바라는 바를 분명하고 구체적인 의학적 명령으로 표시할 수 있습니다. 사전 의사 결정서에 관해 더 알고 싶으신 경우, 당사에 문의하십시오.

정신 건강 사전 의사 결정서

정신 건강 사전 의사 결정서란 무엇입니까?

정신 건강 사전 의사 결정서는 귀하의 정신 건강 문제가 심각해져 타인의 도움이 필요한 경우 귀하가 원하는 바를 기술하는 법적 서류입니다. 이 경우는 귀하의 판단력이 손상되고/되거나 귀하가 효과적으로 의사소통을 할 수 없을 때를 말합니다.

귀하가 원하는 치료와 원하지 않는 치료에 관해 타인에게 알려줄 수 있으며, 귀하를 대신하여 의사결정을 할 수 있는 권한을 부여받은 사람을 알려줄 수 있습니다.

신체 건강 치료 사전 의사 결정서가 있는 경우, 귀하는 동 결정서를 귀하의 정신 건강 치료 서비스 제공자와 공유하여 그들이 귀하가 원하는 바를 알도록 해야 합니다.

정신 건강 사전 의사 결정서 작성 방법

정신 건강 사전 의사 결정서 사본 및 작성 방법에 관한 추가 정보는 **https://www.hca.wa.gov/free-or-low-cost-health-care/i-need-behavioral-health-support/mental-health-advance-directives**에서 얻을 수 있습니다.

UnitedHealthcare Community Plan, 행동 건강 치료 서비스 제공자 또는 옴부즈 또한 이 양식을 작성하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 자세한 정보는 당사에 연락하여 알아보십시오.

사기, 낭비 및 남용 방지

사기, 낭비 및 남용을 발견하지 못하면 납세자들이 비용을 부담하게 됩니다. 커뮤니티 내에서 중대한 Apple Health 혜택 및 서비스를 보장하는 데 대신 사용될 수 있는 비용입니다. 가입자로서 귀하는 사기성 또는 낭비성 관행을 찾아낼 수 있는 고유한 위치에 있습니다. 다음과 같은 사항을 보게 되는 경우 알려주십시오.

- 누군가가 귀하의 ProviderOne Services 카드를 사용하는 대가로 금전이나 물품을 제공하는 경우 또는 예약된 진료를 받으러 가는 대가로 귀하가 금전이나 물품을 제공받는 경우
- 받지 않은 물품이나 서비스에 대한 혜택 설명서를 받는 경우
- 누군가가 혜택을 부정하게 청구하는 것을 알게 되는 경우
- 사기, 남용 또는 낭비로 보이는 다른 관행을 알게 되는 경우

서비스 제공자가 연루된 사기, 낭비 및 남용 사건이 의심되는 경우, 당사의 사기, 낭비 및 남용 핫라인 **(1-800-455-4521** 또는**1-877-401-9430)**으로 전화하여 UnitedHealthcare Community Plan에 알려주시기 바랍니다. 또한 해당 사건을 알게 된 날로부터 영업일 5일 이내에 다음 모든 기관에 보고해 주시기 바랍니다.

- Washington State Health Care Authority

  이메일: **HotTips@hca.wa.gov**

  전화: 1-533-497-2345
- Medicaid Fraud Control Unit, Office of Attorney General

  이메일: **MFCUreferrals@atg.wa.gov**

당사의 개인정보보호

당사는 법률에 따라 귀하의 건강 정보를 보호하고 비밀로 유지해야 합니다. 당사는 귀하의 정보를 혜택을 제공하고, 치료하고, 대금을 지불하고, 헬스케어를 운영하기 위해 사용하고 공유합니다. 또한 법률이 허용하고 요구하는 바에 따라 귀하의 정보를 사용하고 공유합니다.

보호 대상 건강 정보(PHI)란 성명, 가입자 번호, 건강 플랜에 사용하거나 공유하는 다른 식별 정보를 포함한 의료 기록 등의 건강 정보를 의미합니다. 건강 플랜 및 HCA는 다음과 같은 이유로 PHI를 공유합니다.

- 치료 - 귀하의 주치의(PCP)와 기타 의료 서비스 제공자 사이의 의뢰서 포함.
- 대금 지불 - 당사는 지불 결정을 위해 PHI를 사용 또는 공유할 수 있습니다. 여기에는 청구, 치료 승인 및 의학적 필요 사항에 관한 결정이 포함될 수 있습니다.
- 의료 서비스 운영 - 당사는 귀하의 청구 정보를 사용하여 귀하에게 도움이 될 수 있는 건강 프로그램에 관해 알려드릴 수 있습니다.

당사는 특정 경우에 귀하의 서면 승인 없이도 귀하의 PHI를 사용 또는 공유할 수 있습니다.

- 다음과 같은 경우에 귀하 PHI의 가족 가입자, 기타 친척 및 친한 개인적인 친구들에게 공개할 수 있습니다.
  - 해당 정보가 가족 또는 친구의 치료 또는 해당 치료를 위한 대금 지불과 직접 관련된 경우, 그리고 귀하가 구두로 공개에 동의하였거나 반대할 기회가 주어졌으나 반대하지 않은 경우
- 법률은 HCA 또는 UnitedHealthcare Community Plan이 다음의 이유로 귀하의 PHI를 사용하고 공유하는 것을 허용합니다:
  - 미국 건강복지부 (DHHS)가 당사에 귀하의 PHI를 공유하도록 요구하는 경우
  - 공공 건강 기관이 질병을 예방하거나 통제하는 데 도움을 주는 것을 포함하여 공공의 건강 및 안전을 위한 경우
  - 정부 기관이 감사 또는 국가 안보 활동과 같은 특수한 기능을 위해 귀하의 PHI가 필요할 수 있는 경우
  - 특정한 경우에 연구 목적으로 개인정보보호 또는 기관 검토위원회에 의해 승인된 경우
  - 법원 명령에 대응과 같이 법적 절차를 위해. 또한 귀하의 PHI는 업무상 도움을 주기 위해 장의사 또는 검시관과 공유할 수 있습니다.
  - 범죄 용의자, 증인 또는 실종된 사람을 찾는 데 도움을 주기 위해 법집행 기관과 공유하는 경우. 또한 귀하가 학대, 방임 또는 가정 폭력의 희생자일 수 있다고 생각되는 경우에 귀하의 PHI를 기타 법적 당국과 공유할 수 있습니다.
  - 노동자 산재 보상법을 준수하기 위한 경우

위에 나열되지 않은 모든 기타 사유는 귀하의 서면 승인이 필요합니다. 귀하는 당사에 이미 제출한 서면 승인을 취소할 수 있습니다. 단, 취소 전에 취해진 조치에는 취소가 적용되지 않습니다.

당사는 귀하의 개인정보보호를 매우 중요하게 생각합니다. 당사의 모든 사업 분야에서 구두, 서면 및 전자 방식의 보호 대상 건강 정보(PHI)를 보호합니다. 특정 PHI를 열람하고 그 사본을 받기 위한 요청을 하려면 **1-877-542-8997**, TTY **711**로 연락하거나 서면 요청서를 제출하실 수 있습니다. 당사의 개인정보보호 정책은 **www.uhccommunityplan.com/privacy-policy** 또는 **myuhc.com/CommunityPlan**에서 온라인으로 확인할 수 있습니다.

기밀 연락의 수정 또는 취소, 기록의 사본 요청 또는 기록 변경 요청을 포함하여 권리를 행사하기 위한 서면 요청을 아래의 주소로 당사에 우편으로 보내주십시오.

UnitedHealthcare
Privacy Office MN017-E300
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440

당사가 귀하의 PHI 보호권을 침해했다고 믿는 경우, 귀하는 다음과 같은 조치를 취할 수 있습니다.

- 당사에 전화하여 불만 제기. 저희는 귀하가 불만을 제기한 것에 대해 어떠한 조치도 취하지 않을 것입니다. 귀하가 받는 치료는 어떠한 경우에도 변경되지 않을 것입니다.
- 미국 보건복지부 시민인권국에 불만을 제기하는 방법은 **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** 에서 제기하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.

  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Ave SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

또는

1-800-368-1019(TDD 1-800-537-7697)로 전화하십시오.

참고: 이 정보는 간단한 개요입니다. 당사는 귀하의 PHI를 비밀로 유지하고 플랜의 개인정보보호 관행 및 귀하의 PHI에 관한 정보를 매년 귀하에게 보내야 합니다. 추가적인 세부사항은 개인정보보호 관행 고지서를 참조하시기 바랍니다. 또한 다음으로 연락하여 추가 정보를 받으실 수 있습니다.

UnitedHealthcare Community Plan, **1-877-542-8997**, TTY **711**

UnitedHealth Group 콜 센터: **1-866-633-2446**, TTY **711**

UnitedHealthcare
Privacy Office MN017-E300
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440

myuhc.com/CommunityPlan 또는 **uhccommunityplan.com/wa/medicaid/bhso**

UnitedHealthcare Community Plan

1-877-542-8997, TTY **711**

myuhc.com/CommunityPlan
또는
uhccommunityplan.com/wa/medicaid/bhso

© 2023 United HealthCare Services, Inc. 모든 권리 보유.