



2026 가입자 안내서 정정 사항

이 문서는 2026 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Medi-Cal 가입자 안내서 변경 사항에 관한 중요 정보를 담고 있습니다

가입자 안내서는 통합 보장 범위 증명서 및 공개 양식(Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form, "EOC/DF")이라고도 불립니다. 이 정정 사항은 2026년 가입자 안내서의 업데이트 내용을 알려드립니다. 이 문서를 2026년 가입자 안내서와 함께 보관해 주시기 바랍니다.

이 가입자 안내서 정정 사항에서 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.는 경우에 따라 "우리", "저희" 또는 "당사"로 지칭됩니다. 가입자는 경우에 따라 "귀하"로 지칭됩니다. 이 가입자 안내서에서 대문자로 표기된 일부 단어는 특별한 의미를 가집니다. 가입자 안내서의 제8장 "알아두어야 할 주요 번호와 단어"를 참조하여 알아두어야 할 용어를 확인하십시오.

혜택 변경 사항은 아래에 밑줄로 표시되어 있습니다.

제 3 장(의료 서비스 받는 방법)의 "사전 승인(사전 허가)" 항목 아래 수정된 설명

사전 승인(사전 허가)

북부 California 의 사전 허가

본 장 뒷부분의 "사전 승인(사전 허가)이 필요한 서비스" 항목에 기재된 서비스의 경우, 가입자의 1차 진료의(Primary Care Physician, PCP) 또는 전문의가 치료를 받기 전에 The



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.

연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는 무료입니다. kp.org 를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

Permanente Medical Group에 승인을 요청해야 합니다. 이것을 사전 승인 또는 사전 허가 요청이라고 합니다. 이는 The Permanente Medical Group이 해당 치료가 의학적으로 필요한 것임을 확인해야 한다는 뜻입니다.

의학적으로 필요한 서비스란 생명을 보호하고, 중증 질환이나 장애가 생기는 것을 방지하거나, 진단받은 질병, 질환 또는 부상으로부터 심한 통증을 감소시키기 위해 합리적이고 필요한 서비스를 말합니다. 21세 미만 가입자의 경우, 의학적으로 필요한 치료에는 신체적 또는 정신적 질환이나 상태를 개선하거나 완화하기 위해 의학적으로 필요한 치료가 포함됩니다.

표준 사전 승인(사전 허가) 요청의 경우, The Permanente Medical Group은 가입자의 건강 상태가 요구하는 즉시, 요청을 결정(승인, 변경 또는 거부)하는 데 합리적으로 필요하다고 요청한 정보를 받은 날로부터 늦어도 영업일 기준 5일 이내에 요청에 응답해야 합니다. The Permanente Medical Group은 가입자의 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 7일 이내에 응답해야 합니다.

표준 기한을 따르는 것이 가입자의 생명이나 건강 또는 최대한의 신체 기능을 달성, 유지 또는 회복할 수 있는 능력에 심각한 위협이 될 수 있다고 의료 제공자나 The Permanente Medical Group의 담당자가 판단한 요청의 경우, The Permanente Medical Group은 더 신속한 긴급 사전 승인(사전 허가) 결정을 내립니다. The Permanente Medical Group은 가입자의 건강 상태가 요구하는 즉시 응답하되, 요청을 받은 날로부터 72시간을 초과하지 않습니다.

특정한 경우, The Permanente Medical Group은 가입자의 사전 승인(사전 허가) 요청을 결정(승인, 변경 또는 거부)하는 데 추가 정보가 필요할 수 있습니다. 이러한 경우 The Permanente Medical Group은 결정을 내리기 위해 달력일 기준 최대 14일을 추가로 사용할 수 있습니다. The Permanente Medical Group은 필요한 정보를 받은 후 가입자의 건강 상태에 따라 필요한 시점까지 최대한 신속하게 결정해야 하며, 일반 요청의 경우 영업일 기준 5일 이내, 신속 요청의 경우 72시간 이내에 결정을 내려야 합니다.

의사, 간호사, 약사 등 진료소 또는 의료진이 사전 승인(사전 허가) 요청을 검토합니다.

저희는 보장 또는 서비스를 거부, 변경 또는 승인하는 검토자의 결정에 어떠한 방식으로든 영향을 미치지 않습니다. The Permanente Medical Group이 요청을 승인하지 않는 경우, 저희는 조치 통지서(Notice of Action, NOA)를 보냅니다. NOA에는 가입자가 이러한 결정에 동의하지 않을 경우 이의 제기를 신청할 수 있는 방법이 안내되어 있습니다.



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.
연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는 무료입니다. kp.org 를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

The Permanente Medical Group이 가입자의 요청을 검토하는 데 정보나 시간이 더 필요한 경우, 저희 측에서 가입자에게 연락드릴 것 입니다.

남부 California 의 사전 허가

본 장 뒷부분의 "사전 승인(사전 허가)이 필요한 서비스" 항목에 기재된 서비스의 경우, 가입자의 PCP 또는 전문의가 치료를 받기 전에 The Southern California Permanente Medical Group에 승인을 요청해야 합니다. 이것을 사전 승인 또는 사전 허가 요청이라고 합니다. 이는 The Southern California Permanente Medical Group이 해당 치료가 의학적으로 필요한 것임을 확인해야 한다는 뜻입니다.

의학적으로 필요한 서비스란 생명을 보호하고, 중증 질환이나 장애가 생기는 것을 방지하거나, 진단받은 질병, 질환 또는 부상으로부터 심한 통증을 감소시키기 위해 합리적이고 필요한 서비스를 말합니다. 21세 미만 가입자의 경우, 의학적으로 필요한 치료에는 신체적 또는 정신적 질환이나 상태를 개선하거나 완화하기 위해 의학적으로 필요한 치료가 포함됩니다.

표준 사전 승인(사전 허가) 요청의 경우, The Southern California Permanente Medical Group은 가입자의 건강 상태에 따라 필요한 시점까지 최대한 신속하게, 요청을 결정(승인, 변경 또는 거부)하는 데 합리적으로 필요한 정보를 받은 날로부터 늦어도 영업일 기준 5일 이내에 요청에 응답해야 합니다. The Southern California Permanente Medical Group은 가입자의 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 7일 이내에 응답해야 합니다.

표준 기한을 따르는 것이 가입자의 생명이나 건강 또는 최대한의 신체 기능을 달성, 유지 또는 회복할 수 있는 능력에 심각한 위협이 될 수 있다고 의료 제공자가 판단하거나 The Southern California Permanente Medical Group의 담당자가 결정한 요청의 경우, The Southern California Permanente Medical Group은 더 신속한 긴급 사전 승인(사전 허가) 결정을 내립니다. The Southern California Permanente Medical Group은 가입자의 건강 상태에 따라 필요한 시점까지 최대한 신속하게, 요청을 받은 날로부터 72시간 이내에 답변해야 합니다.

특정한 경우, The Southern California Permanente Medical Group은 가입자의 사전 승인(사전 허가) 요청을 결정(승인, 변경 또는 거부)하는 데 추가 정보가 필요할 수 있습니다. 이러한 경우 The Southern California Permanente Medical Group은 결정을 위해 달력일 기준 최대 14일을 추가로 사용할 수 있습니다. The Southern California Permanente Medical Group은 필요한 정보를 받으면 가입자의 건강 상태에 따라 필요한



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.
연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는
무료입니다. kp.org 를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

시점까지, 최대한 신속하게 결정해야 하며 표준 요청의 경우 영업일 기준 5일 이내, 신속 요청은 72시간 이내에 결정을 내려야 합니다.

의사, 간호사, 약사 등 진료소 또는 의료진이 사전 승인(사전 허가) 요청을 검토합니다.

저희는 보장 또는 서비스를 거부, 변경 또는 승인하는 검토자의 결정에 어떠한 방식으로도 영향을 미치지 않습니다. The Southern California Permanente Medical Group이 요청을 승인하지 않는 경우, 저희는 조치 통지서(NOA)를 보냅니다. NOA에는 가입자가 이러한 결정에 동의하지 않을 경우 이의 제기를 신청할 수 있는 방법이 안내되어 있습니다.

The Southern California Permanente Medical Group이 가입자의 요청을 검토하는 데 정보나 시간이 더 필요한 경우, 저희 측에서 가입자에게 연락드릴 것입니다.

사전 승인(사전 허가)이 필요한 서비스

다음은 항상 사전 승인이 필요한 서비스의 예입니다.

- 월 2회를 초과하여 진료가 필요한 침술 서비스
- 지역사회 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, “CBAS”)
- 치과 마취
- 내구성 의료 장비
- 가정 의료 서비스
- 인공 항문 성형술 및 비뇨기과 용품
- 보철 및 보조기구
- Medi-Cal 네트워크 제공 업체가 제공하지 않는 서비스
- 이식
- 응급 상황이 아닌 경우의 의료 교통편

응급 구급차 서비스를 포함한 응급 진료는 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다.

응급 진료의 경우 Kaiser Permanente Medical 네트워크 바깥이거나 가입자의 거주 지역 외 지역이라 하더라도 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다. 여기에는 임신한 경우 분만 과정 및 출산이 포함됩니다. 특정 민감한 진료 서비스에도 사전 승인(사전 허가)이



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.
연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는
무료입니다. kp.org 를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

필요하지 않습니다. 민감한 진료 서비스에 대한 자세한 내용을 알아보시려면 본 장 뒷부분의 "민감한 진료"를 참조하십시오.

사전 승인이 필요한 서비스 전체 목록과 승인 여부를 결정할 때 적용되는 기준은 당사 웹사이트 kp.org/UM을 방문하시거나 가입자 서비스 **1-855-839-7613(TTY 711)**번으로 문의하시기 바랍니다.

2 차 소견

의료 제공자가 필요하다고 판단한 치료 또는 진단이나 치료 계획에 대해 2차 소견을 원할 수 있습니다. 예를 들어, 진단이 정확한지 확인하고 싶거나 처방 받은 치료나 수술이 반드시 필요하다는 확신이 없거나 치료 계획에 따르려고 노력했지만 효과가 없었던 경우, 2차 소견을 원할 수 있습니다.

가입자의 Medi-Cal 네트워크 소속 의료 제공자가 2차 소견을 요청하고 가입자가 Medi-Cal 네트워크 소속의 다른 의료 제공자로부터 2차 소견을 받는 경우, 저희는 해당 2차 소견 비용을 부담합니다. Medi-Cal 네트워크 소속 의료 제공자로부터 2차 소견을 받기 위해서는 저희의 허가가 필요합니다. 필요한 경우 가입자의 Medi-Cal 네트워크 소속 의료 제공자가 가입자가 2차 소견을 위한 진료 의뢰서를 받도록 도와드릴 수 있습니다.

다른 의사의 2차 소견을 원하는 경우, PCP에게 연락하십시오. 귀하의 PCP는 가입자의 건강 상태에 적합한 자격을 갖춘 Medi-Cal 네트워크 소속 의료 제공자에게 2차 소견을 위해 가입자의 진료를 의뢰할 수 있습니다. 2차 소견을 원하는 경우 의뢰를 위한 도움을 받으려면 저희 가입자 서비스 **1-855-839-7613(TTY 711)**번으로 전화하십시오.

2차 소견을 제공할 자격을 갖춘 Medi-Cal 네트워크 소속 의료 제공자가 없는 경우, 저희 가입자 서비스가 네트워크 외부 의료 제공자의 소견을 받을 수 있도록 도와드립니다. 저희가 2차 소견을 위해 가입자를 네트워크 외부 의료 제공자에게 의뢰하는 경우, 저희가 2차 소견 비용을 부담합니다. 저희는 가입자가 2차 소견을 받기 위해 선택한 의료 제공자가 승인되었는지 여부를, 가입자의 건강 상태에 따라 필요한 시점까지 최대한 신속하게 알려드리며, 요청을 결정하는 데 합리적으로 필요하다고 요청한 정보를 받은 날로부터 영업일 기준 5일 이내에 알려드리며, 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 7일 이내에 응답해야 합니다.

만성 질환, 중증 또는 심각한 질환이 있거나 생명, 사지, 주요 신체 부위 또는 신체 기능의



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.

연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는 무료입니다. kp.org 를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

상실을 포함하되 이에 국한되지 않는 즉각적이고 심각한 건강상의 위협에 직면한 경우, 저희는 요청을 받은 후 **72시간** 이내에 서면으로 알려드립니다.

저희가 **2차** 소견 요청을 거부하는 경우, 가입자는 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기에 대해 자세히 알아보시려면 가입자 안내서 제**6**장 "문제 신고 및 해결"의 "이의 제기"를 참조하십시오.



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.
연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는
무료입니다. kp.org 를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

제4장(혜택 및 서비스)의 "Kaiser Permanente에서 보장하지 않는 기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스" 항목의 수정된 설명

Kaiser Permanente에서 보장하지 않는 일부 서비스는 진료행위별 수가제(Fee-For-Service, FFS) Medi-Cal 또는 기타 Medi-Cal 프로그램을 통해 계속 이용하실 수 있습니다. 저희는 다른 프로그램에서 보장하고 저희가 보장하지 않는 서비스를 포함하여 가입자가 의학적으로 필요한 모든 서비스를 받으실 수 있도록 다른 프로그램과 협력합니다. 이 항목에는 이러한 서비스 중 일부가 나열되어 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스에 **1-855-839-7613(TTY 711)**번으로 연락해 주십시오.

Sacramento 및 Los Angeles 카운티에서의 Dental Managed Care

Medi-Cal Dental Managed Care 프로그램은 관리 의료 플랜을 통해 치과 서비스를 제공합니다. 가입자는 Dental Managed Care에 가입해야 합니다. 경우에 따라 Dental Managed Care 가입 면제 자격이 될 수 있습니다. 자세한 내용은 의료 서비스 선택 웹사이트 <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>에서 확인하십시오. 또는 의료 플랜 서비스 선택 **1-800-430-4263**번으로 전화할 수도 있습니다.

참고: 특정 치과 시술을 위한 마취 서비스는 가입자 안내서의 규정에 의해 보험 혜택이 적용됩니다. 자세한 내용은 가입자 안내서 제4장("혜택 및 서비스")의 "외래 진료" 항목 아래의 "마취 서비스"를 참조하십시오.

기타 카운티의 치과 서비스

Medi-Cal Dental FFS는 치과 서비스에 적용되는 Medi-Cal FFS와 동일합니다. 치과 서비스를 받기 전에 치과 의료 제공자에게 Medi-Cal 혜택 확인 카드(Benefits Identification Card, BIC)를 제시해야 합니다. 해당 의료 제공자가 Dental FFS를 취급하는지, 그리고 가입자가 치과 서비스를 보장하는 관리 의료 플랜에 가입되어 있지 않은지 확인하십시오.



1-855-839-7613(TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.

연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는 무료입니다. kp.org 를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

Medi-Cal은 Medi-Cal Dental을 통해 다음을 포함한 광범위한 치과 서비스를 보장합니다.

- 전체 및 부분 틀니
- 크라운(기성품/기공소 제작)
- 진단 및 예방 치과 서비스(검진, 엑스레이, 스케일링 등)
- 통증 조절을 위한 응급 진료
- 치아 때움 충전재
- 자격 요건을 충족하는 아동을 위한 치아 교정
- 신경 치료(전치부/구치부)
- 스케일링 및 루트 플레이닝
- 발치
- 국소 불소 도포

치과 서비스에 대해 궁금한 점이 있으시거나 자세히 알고 싶으신 경우, Medi-Cal Dental **1-800-322-6384**(TTY **1-800-735-2922** 또는 **711**)번으로 문의하십시오. Medi-Cal Dental 웹사이트 <https://www.dental.dhcs.ca.gov>에서도 확인할 수 있습니다.



1-855-839-7613(TTY **711**)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.
연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는
무료입니다. kp.org 를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

제5장(아동 및 청소년 건강 관리)의 "아동이 진료행위별 추가제(FFS) Medi-Cal 또는 기타 프로그램을 통해 받을 수 있는 기타 서비스" 항목 아래 수정된 설명

21세 미만 아동 및 청소년 가입자는 등록 즉시 필요한 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 이를 통해 발달 및 전문 서비스를 포함하여 적절한 예방, 치과 및 정신 건강 진료를 받을 수 있습니다. 본 장에서는 이러한 서비스에 대해 설명합니다.

아동이 진료행위별 추가제(FFS) Medi-Cal 또는 기타 프로그램을 통해 받을 수 있는 기타 서비스

치과 검진

매일 물수건으로 아기의 잇몸을 부드럽게 닦아 청결하게 유지하십시오. 생후 4~6개월경에는 아기의 이가 나기 시작하면서 "젖니"가 시작됩니다. 자녀의 첫 이가 날 때나 첫 돌이 되는 시기 중 더 이른 시점에 자녀의 첫 치과 방문을 예약해야 합니다.

다음 Medi-Cal 치과 서비스는 무료로 제공됩니다.

0~3세 영유아

- 아기의 첫 치과 방문
- 아기의 첫 치과 검진
- 치과 검진(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 엑스레이
- 스케일링(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 불소 바니시 도포(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 치아 때움 충전재
- 발치(치아 제거)
- 응급 치과 서비스
- *진정(의학적으로 필요한 경우)



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.
연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는
무료입니다. kp.org를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

4~12세 아동

- 치과 검진(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 엑스레이
- 불소 바니시 도포(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 스케일링(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 어금니 실란트
- 치아 때움 충전재
- 신경 치료
- 발치(치아 제거)
- 응급 치과 서비스
- *진정(의학적으로 필요한 경우)

13~20세 청소년

- 치과 검진(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 엑스레이
- 불소 바니시 도포(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 스케일링(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 자격 요건을 충족하는 경우 치아 교정(교정 장치)
- 치아 때움 충전재
- 크라운
- 신경 치료
- 전체 및 완전 틀니
- 스케일링 및 루트 플레이닝
- 발치(치아 제거)
- 응급 치과 서비스
- *진정(의학적으로 필요한 경우)

* 의료 제공자는 국소 마취가 의학적으로 적절하지 않은 이유를 판단하여 기록하고 해당 치과 치료가 사전 승인되었거나 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않은 경우, 진정과 전신 마취를 고려해야 합니다.



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.
연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는 무료입니다. kp.org를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

다음은 국소 마취를 사용할 수 없어 진정이나 전신 마취를 대신 사용할 수 있는 몇가지 사유입니다.

- 의료 제공자의 치료 시도에 환자가 적절히 반응하지 못하게 하는 신체적, 행동적, 발달적 또는 정서적 상태
- 주요 치과 수복 또는 외과적 시술
- 협조가 어려운 아동
- 주사 부위의 급성 감염
- 국소 마취제로 통증이 조절되지 않는 경우

치과 서비스에 대해 궁금한 점이 있으시거나 자세히 알고 싶으신 경우, Medi-Cal Dental 고객 서비스 라인 **1-800-322-6384**(TTY **1-800-735-2922** 또는 **711**)번으로 문의하시거나, 웹사이트 <https://smilecalifornia.org/>에서 확인하십시오.



1-855-839-7613 (TTY **711**)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.
연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는
무료입니다. kp.org를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

제6장(문제 신고 및 해결)의 "주정부 심의회" 항목 아래 수정된 설명

주정부 심의회

주정부 심의회는 저희와 California 사회복지부(California Department of Social Services, "CDSS")의 판사가 함께하는 회의입니다. 판사는 가입자의 문제를 해결하도록 돕고 저희가 올바른 결정을 내렸는지 판단합니다. 이미 Kaiser Permanente에 이의 제기를 요청했으나 여전히 저희의 결정에 만족하지 못하거나, 이의 제기를 요청한 후 30일 후에도 결정이 내려지지 않은 경우, 가입자는 주정부 심의회를 요청할 권리가 있습니다.

주정부 심의 요청은 저희의 이의 제기 결정 통지서(Notice of Appeal Resolution, NAR)의 날짜로부터 달력일 기준 120일 이내에 해야 합니다. 이의 제기 기간 중 저희가 대기 중 지원 유지를 제공했고 주정부 심의회의 결정이 내려질 때까지 이를 계속 받고자 하는 경우, 저희의 NAR에 기재된 날짜로부터 달력일 기준 10일 이내 또는 저희가 서비스가 중단된다고 안내한 날짜 이전 중 더 늦은 시점까지 주정부 심의회를 요청해야 합니다.

주정부 심의회의 최종 결정이 내려질 때까지 대기 중 지원 유지를 계속 유지하는 데 도움이 필요하신 경우, 연중무휴, 24시간 이용 가능한 가입자 서비스 **1-855-839-7613(TTY 711)**번으로 문의하십시오. 가입자의 서면 동의가 있으면 가입자의 공인 대리인이나 의료 제공자가 가입자를 대신하여 주정부 심의회를 요청할 수 있습니다.

경우에 따라 저희의 이의 제기 절차를 완료하지 않고도 주정부 심의회를 요청할 수 있습니다.

예를 들어, 저희가 가입자의 서비스에 대해 올바르게 또는 제때 통지하지 않은 경우, 저희의 이의 제기 절차를 완료하지 않고 주정부 심의회를 요청할 수 있습니다. 이를 권리 소진이라고 합니다. 다음은 권리 소진의 몇 가지 예시입니다.

- 저희가 조치 통지서(Notice of Action, "NOA") 또는 NAR을 가입자가 선호하는 언어로 제공하지 않은 경우
- 저희가 귀하의 권리에 영향을 미치는 실수를 한 경우



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오. 연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는 무료입니다. kp.org를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

- 저희가 NOA를 제공하지 않은 경우
- 저희가 NAR을 제공하지 않은 경우
- 저희가 NAR에 실수를 한 경우
- 저희가 30일 이내에 가입자의 이의 제기 신청에 대해 결정하지 않은 경우
- 저희가 가입자의 사례를 긴급하다고 판단했으나 72시간 이내에 이의 제기 신청에 응답하지 않은 경우

다음과 같은 방법으로 주정부 심의회를 요청할 수 있습니다.

- **전화:** CDSS 주정부 심의회 부서 **1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349**
또는 **711**)번으로 전화
- **우편:** 제공된 양식을 작성한 후 이의 제기 결과 통지서와 함께 다음 주소로 우편으로 보내주십시오.

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

- **온라인:** 온라인으로 www.cdss.ca.gov에서 심의회 요청
- **이메일:** 이의 제기 결과 통지서와 함께 제공된 양식을 작성하여 Scopeofbenefits@dss.ca.gov로 이메일을 보내주십시오.
 - 참고: 이메일로 보내시는 경우 주정부 심의회 부서 담당자 외 다른 사람이 귀하의 이메일을 가로챌 위험이 있습니다. 보다 안전한 신청 방법을 이용하실 것을 권해드립니다.
- **팩스:** 이의 제기 결과 통지서와 함께 제공된 양식을 작성하여 주정부 심의회 부서 **916-309-3487**번 또는 수신자 부담 번호 **1-833-281-0903**번으로 팩스를 발송해 주십시오.

주정부 심의회를 요청하는 데 도움이 필요하시면 저희가 도와드릴 수 있습니다. 저희는 무료 언어 서비스를 제공해 드릴 수 있습니다. **1-855-839-7613 (TTY 711)**번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.

가입자는 심의회에서 저희의 결정에 동의하지 않는 이유를 판사에게 설명합니다. 회의 결정을 내린 방법을 판사에게 설명합니다. 판사가 가입자의 사례에 대한 결정을 내리는 데에는 최대 90일이 걸릴 수 있습니다. 저희는 반드시 판사의 결정을 따라야 합니다.



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.
연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는 무료입니다. kp.org 를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

주정부 심의회를 개최하는 데 걸리는 시간으로 인해 가입자의 생명, 건강 또는 기능 수행 능력이 위험에 처할 수 있기 때문에 가입자가 CDSS의 신속한 결정을 원하는 경우, 가입자, 가입자의 공인 대리인 또는 가입자의 의료 제공자가 CDSS에 연락하여 속결 (신속) 주정부 심의회를 요청할 수 있습니다. CDSS는 저희로부터 가입자의 전체 사례 파일을 받은 후 업무일 기준 3일 이내에 결정을 내려야 합니다.



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.
연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는 무료입니다. **kp.org**를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

제7장(권리 및 책임)의 "조치 통지서" 항목 아래 수정된 설명

Kaiser Permanente의 가입자에게는 일정한 권리와 책임이 있습니다. 이 장에서는 그러한 권리와 의무에 대해 설명합니다. 또한, 본 장에는 Kaiser Permanente 가입자로서 갖는 권리에 대한 법적 고지문도 포함되어 있습니다.

조치 통지서

Kaiser Permanente는 Kaiser Permanente가 의료 서비스에 대한 요청을 거부, 연기, 해지 또는 수정할 때마다 해당 가입자에게 조치 통지서(Notice of Action, "NOA")를 발송합니다. 저희의 결정에 동의하지 않으시는 경우, 가입자께서는 언제든지 저희에게 이의 제기를 신청할 수 있습니다. 이의 제기 신청에 관한 중요 정보는 본 가입자 안내서 제6장의 "이의 제기 신청" 섹션을 참조하십시오. 저희가 발송하는 NOA에는 저희의 결정에 동의하지 않을 경우 가입자가 갖는 모든 권리가 안내됩니다. 저희가 아닌 다른 곳으로부터 이 통지서를 받은 경우, 즉시 Kaiser Permanente에 연락하십시오.

통지서의 내용

저희가 가입자의 서비스에 대한 거부, 지연, 수정, 해지, 정지 또는 축소를 전적으로 또는 부분적으로 의학적 필요성에 근거하여 결정하는 경우, NOA에는 다음 내용이 포함되어야 합니다.

- 당사가 취하려는 조치에 대한 설명
- 결정의 이유에 대한 명확하고 간결한 설명
- 사용한 규정을 포함한 결정 방식
- 결정에 대한 의학적 사유 저희는 가입자의 상태가 규정이나 지침에 부합하지 않는 이유를 명확하게 설명해야 합니다.



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.
연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는 무료입니다. **kp.org**를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

- NOA와 관련된 모든 문서와 기록의 사본을 무료로 요청할 수 있는 가입자의 권리에 관한 정보

번역

저희는 모든 불만 제기 및 재심 신청 통지서를 포함하여 서면 가입자 정보를 일반적으로 선호되는 언어로 완전히 번역하여 제공해야 합니다.

완전히 번역된 통지서에는 의료 서비스 요청을 거부, 지연, 수정, 해지, 정지 또는 축소하기로 한 저희 결정에 대한 의학적 사유가 포함되어야 합니다.

가입자가 선호하는 언어로의 번역이 이용 불가능한 경우, 저희는 가입자가 받은 정보를 이해할 수 있도록 선호하는 언어로 구두 통역을 제공합니다.



1-855-839-7613 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.
연중무휴, 24 시간 언제든지 상담이 가능합니다(공휴일 제외). 이 통화는
무료입니다. **kp.org**를 방문하여 자세한 내용을 확인하세요.

차별 금지에 관한 고지

본 문서에서 “당사”, “저희”는 Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. 및 Southern California Medical Group)를 의미합니다. 이 고지 사항은 당사 웹사이트 **kp.org**에서 확인할 수 있습니다.

차별은 법에 위배됩니다. 당사는 주 및 연방 민권법을 따릅니다.

당사는 나이, 인종, 민족적 정체성, 피부색, 국적, 문화적 배경, 혈통, 종교, 성, 젠더, 성적 정체성, 성적 표현, 성적 지향, 혼인 여부, 신체적 또는 정신적 장애, 의료 상태, 지불 출처, 유전적 정보, 시민권, 주요 사용 언어, 이민 상태에 근거하여 차별을 하지 않습니다.

Kaiser Permanente는 다음 서비스를 아래와 같이 시기적절하게 제공합니다.

- 장애가 있는 분들께서 저희와 원활하게 소통하실 수 있도록 다음과 같은 지원 및 서비스를 무료로 제공:
 - ◆ 자격이 있는 수화 통역사
 - ◆ 다른 형식(점자, 큰 활자, 음성, 장애인용 전자 문서 및 기타 형식)으로 작성된 서면 정보
- 모국어가 영어가 아닌 분들을 위해 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공:
 - ◆ 자격을 갖춘 통역사
 - ◆ 다른 언어로 기재된 정보

이러한 서비스가 필요하신 경우 아래 번호로 가입자 서비스 부서로 전화 주십시오. 통화는 무료입니다. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare (D-SNP 포함): **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 오전 8시부터 오후 8시까지, 주 7일 이용 가능.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 하루 24시간, 주 7일 이용 가능.
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 하루 24 시간, 주 7일 이용 가능.

요청에 따라 이 문서는 점자, 큰 활자, 오디오 또는 전자 형식으로 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나 또는 기타 형식으로 된 사본을 얻으려면, 가입자 서비스 부서에 전화하여 필요한 형식의 자료를 요청하십시오.

Kaiser Permanente에 민원을 제기하는 방법

저희가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 위법적으로 차별을 가했다고 생각되는 경우, 당사에 차별에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 전화, 우편, 직접 방문 또는 온라인으로 불만을 제기하실 수 있습니다. 자세한 내용은 *보장 범위 증명서 (Evidence of Coverage)* 또는 *보험 증서(Certificate of Insurance)*를 참조해 주십시오. 귀하에게 적용되는 옵션에 대한 자세한 내용을 알아보거나 이의 제기에 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스로 전화하십시오. 다음과 같은 방법으로 차별금지 민원을 제기할 수 있습니다.

- **전화:** 가입자 서비스 부서에 전화 주십시오. 전화번호는 위에 기재되어 있습니다.
- **우편:** **kp.org**에서 양식을 내려 받으시거나 가입자 서비스에 전화하여 귀하께서 반송할 수 있도록 해당 양식을 보내 달라고 요청하십시오.
- **직접 방문:** 플랜 시설에 위치한 가입자 서비스에서 불만 제기 또는 혜택 청구/요청 양식을 작성하십시오(주소는 **kp.org/facilities**에서 의료 제공자 목록을 확인)
- **온라인:** 본사 웹사이트 **kp.org**에서 온라인 양식 이용하십시오

또한 다음의 주소로 Kaiser Permanente 민권 코디네이터에게 직접 연락하실 수도 있습니다.

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

California 보건부의 민권 사무실에 민권에 대한 불만을 제기하는 방법 (*Medi-Cal 수혜자 전용*)

또한 California 보건부의 민권 사무실에 서면, 전화 또는 이메일로 민권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

- **전화:** 보건부(Department of Health Care Services, DHCS) 민권사무실에 **916-440-7370 (TTY 711)**으로 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신 발송:
 Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413
 불만 양식은 California 보건부 민권사무실 웹사이트에서 입수 가능:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **온라인:** CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일 발송

미국 보건복지부 민권 담당국에 이의 제기를 하는 방법

미국 보건복지부 민권 담당국에 차별에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 제기는 서신, 전화 또는 온라인으로 신청할 수 있습니다.

- **전화:** **1-800-368-1019 (TTY 711 또는 1-800-537-7697)**로 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신 발송:
 U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue, SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201
 불만 양식은 연방 보건복지부 민권사무실 웹사이트에서 입수 가능:
<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **온라인:** 민권 담당국의 불만 접수 포털 방문:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>