



2024 년 연간 시사통지

CalOptima Health 에 연락 하기

귀하의 건강 관리 서비스에 대해 문의 사항이 있으면, CalOptima Health 고객센터 부서 1-714-246-8500 또는 무료전화 1-888-587-8088 (TTY 711) 로 월요일부터 금요일까지, 오전 8 시에서 오후 5 시 30 분사이에 전화 하십니다. 귀하의 언어를 구사하는 직원이 있습니다. 저희 웹사이트 www.caloptima.org 를 방문 할 수도 있습니다.

근무 시간 외 상담:

- 근무 시간이후 의료 상담이 필요하실 경우, 귀하의 주치의(PCP)의 사무실 또는 건강 네트워크 또는 의료 그룹 카드 뒷쪽에 있는 전화번호로 전화하십시오.

의료적 응급 상황:

- 의료적 응급상황시 9-1-1 로 전화하시거나 또는 가까운 응급실로 가십시오.

다른 언어 또는 형식으로 정보 받기

CalOptima Health 의 정보 및 자료는 큰 활자, 점자, 데이터 CD 또는 오디오 형식으로 무료로 제공됩니다. 플랜 자료는 영어, 스페인어, 베트남어, 페르시아어, 한국어, 중국어 및 아랍어로 받아 보실 수 있습니다. 가능한 언어 또는 기타 형식으로 된 플랜 자료는 일회 또는 영구 요청으로 받아 보실 수 있습니다. 요청을 위해 CalOptima Health 고객 서비스 전화번호 1-714-246-8500 또는 무료번호 1-888-587-8088 (TTY 711) 로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 전화하십시오.

새 주소 또는 전화번호?

건강 관리에 관해 귀하에게 연락하려면 귀하의 정확한 주소와 전화번호가 필요합니다. 귀하에게 주소나 전화번호가 변경되었다면 다음 전화로 신고해 주십시오:

- County of Orange Social Services Agency (오렌지 카운티 사회 복지부) 번호 **1-800-281-9799**.
- CalOptima Health 고객 서비스 전화번호 **1-714-246-8500** 또는 무료번호 **1-888-587-8088** (TTY 711) 로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 전화주십시오. 귀하의 언어를 구사하는 직원이 있습니다.
- United States Postal Service (미국 우편 서비스) 번호 **1-800-275-8777**.

CalOptima Health 회원 안내서, 의료 제공자 목록 및 약품 혜택

최신 CalOptima Health 회원 안내서, 의료 제공자 목록 및 약품 혜택은 요청 시 저희 웹사이트 www.caloptima.org 에서 보실 수 있습니다. 사본을 우편으로 받으시려면 CalOptima Health 고객 서비스 번호 **1-714-246-8500** 또는 무료번호 **1-888-587-8088** (TTY 711)로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분까지 전화하십시오. 귀하의 언어를 구사하는 직원이 있습니다. Medi-Cal Rx 와 협력하는 약국의 목록은 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/find-a-pharmacy> 에서 Medi-Cal Rx 약국 목록을 확인하실 수 있습니다. Medi-Cal Rx의 번호 **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273** 번에 전화하여 5번을 누르거나 또는 711) 번으로 전화하여 가까운 약국을 찾을 수 있습니다.

의료 제공자에 대한 정보를 얻는 방법

CalOptima Health 가 건강 형평성에 집중하고 회원의 요구를 더 잘 충족하도록 지원하기 위해 CalOptima Health 고객 서비스에 연락하여 제공자의 인종/민족에 대한 정보를 받으실 수 있습니다. 또한 CalOptima Health 웹사이트 www.caloptima.org 의 온라인 의료 제공자 목록 Find a Doctor.

혜택 및 관리를 얻는 방법

CalOptima Health 는 귀하의 혜택을 이해하는데 도움이되는 정보 및 그것을 얻는 방법에 대한 정보를 보유하고 있습니다:

- 적용 및 제외된 서비스
- 약국 절차
- 공동 부담금 같은 서비스에 대한 지불금 및 청구서를 받으면 어떻게 해야 하는지
- 지역 밖의 서비스 및 혜택 제한
- 무료 언어 도움 서비스
- 의료 제공자에 대한 정보 및 주치의와 진료 예약하기
- 전문의, 행동 의료 서비스 및 병원 서비스에 대한 정보
- 근무 시간 외 서비스
- 응급 의료 서비스
- 불만 및 항소를 제기하는 방법
- 새로운 의료 기술

귀하의 혜택 및 서비스에 대한 자세한 정보를 위해 회원 안내서를 참조하시거나 저희 웹사이트 www.caloptima.org 를 방문하십시오.

제공자에 대한 자세한 정보는 CalOptima Health 웹사이트 www.caloptima.org 의 온라인 제공자 목록에서 찾을 수 있습니다.

CalOptima Health 고객 서비스부로 전화 하셔서 회원 안내서 및 제공자 목록을 신청 하실 수도 있습니다.

사전 승인

사전 승인이란 무엇입니까?

사전 승인 (또는 PA) 는 건강 네트워크가 제공하는 전문적 의료 서비스에 대한 승인입니다. 이 서비스에는 다음과 같은 것이 포함됩니다:

- 전문 진료
- 입원 및 외래 환자 병원 진료
- 가정에서의 의료 서비스 등의 보조 치료
- 의료 용품
- 내구성 의료 장비 (휠체어, 보행 보조기 등)
- 비 응급 의료 수송

2024 년 연간 시사통지

PA 에 대한 일반적인 응답 시간

- 일상적인 승인: 서비스 요청을 받은 후 5 근무일
- 긴급 승인: 서비스 요청을 받은 후 72 시간

귀하의 PCP 가 귀하에게 특별 의료 서비스가 필요한지를 결정할 것입니다. PA 에 대해 질문이 있으시면 건강 네트워크에 전화하십시오.

귀하께서는 예방적 의료 서비스, 기본적인 임산부 의료 서비스, 가족 계획 및 응급 서비스를 PA 없이 받으실 수 있습니다. 여성은 의뢰나 사전 승인없이 기본 임산부 의료 서비스, 유방 검사, 메모그램 및 자궁검사를 위해 자신의 건강 네트워크에 속한 여성 건강 전문가(산과/부인과 혹은 공인 간호사 조산원 등)는 누구든지 볼 수 있습니다. 귀하는 여성 건강 전문가에게 직접 전화하여 약속을 잡을 수 있습니다.

건강 관리에 대한 결정

만약 귀하께서 특별한 의료 서비스가 필요하시면, 저희 이용 관리부 (UM) 가 귀하의 의사와 협력하여 받으신 서비스가 적합한지 판단합니다. 저희는 귀하의 의료 필요성 및 Medi-Cal 혜택 적용 범위 및 기준을 바탕으로 판단 합니다. 저희 직원이나 귀하의 의사는 서비스를 승인 하지 않는다고하여 저희 회사에서 보상을 받지 않습니다. 귀하의 의사 또는 저희 직원들은 귀하께서 받으시는 건강 관리로 인하여 재정 인센티브를 받지 않습니다.

CalOptima Health 의 회원으로서 귀하는 이용 관리부 (UM) 의 과정과 결정에 대해 문의 할 수 있는 권리가 있습니다. 문의 사항이 있으시면, CalOptima Health 고객센터 부서 번호 **1-714-246-8500** 또는 무료 번호 **1-888-587-8088 (TTY 711)** 로 전화하여 저희 직원에게 UM 과정에 대하여 문의 하십시오. 통역 서비스를 이용하여 UM 직원과 통화 하실 수 있습니다.

장기 및 조직 기증

성인은 장기 또는 조직 기증자가 되어 생명을 구할 수 있습니다. 15 세에서 18 세 사이 인 경우, 부모 또는 후견인의 서면 동의를 받아 기증자가 될 수 있습니다. 언제든지 장기 기증에 대한 동의를 바꿀 수 있습니다. 장기 또는 조직 기증에 대한 자세한 정보를 위해 귀하의 PCP 와 상담하십시오. 미국 보건 복지국 웹사이트 www.organdonor.gov 를 방문할 수도 있습니다.

약품 혜택 이해하기

Medi-Cal Rx 에서 처방약을 보장합니다

약국에서 제공하는 처방약은 Medi-Cal FFS 프로그램인 Medi-Cal Rx 가 보장합니다. 진료소 또는 클리닉에서 의료 제공자가 제공하는 일부 약품은 CalOptima Health 에서 보장될 수 있습니다. 귀하의 의료 제공자는 Medi-Cal Rx 계약 약품 목록에 있는 약품을 처방할 수 있습니다.

때때로 약품이 필요하지만 계약 약품 목록에 없습니다. 이러한 약품은 약국에서 조제되기 전에 승인을 받아야 합니다. Medi-Cal Rx 는 24 시간 이내에 이러한 요청을 검토하고 결정합니다.

외래 환자 약국의 약사는 귀하에게 필요하다고 생각하는 경우 72 시간 응급 용품을 제공할 수 있습니다. Medi-Cal Rx 는 외래 환자 약국에서 제공한 응급 약품 용품 비용을 지불합니다.

Medi-Cal Rx 는 비응급 요청을 거절할 수 있습니다. 그들이 거절하는 경우 귀하에게 이유를 알려주는 서신을 보낼 것입니다. 그들은 귀하의 선택이 무엇인지 알려줄 것입니다.

약품이 계약 약품 목록에 있는지 알아보거나 계약 약품 목록 사본을 받으려면 Medi-Cal Rx 의 번호 **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273** 번을 누른 후 5 번 또는 **711** 번을 누르십시오) 번으로 문의하거나, Medi-Cal Rx 웹사이트 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/> 을 방문하십시오.

약국

처방전을 조제 또는 재 조제하는 경우, 귀하는 Medi-Cal Rx 와 협력하는 약국에서 처방약을 받아야만 합니다. Medi-Cal Rx 와 협력하는 약국의 목록은 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>을 방문해 Medi-Cal Rx 약국 목록에서 확인하실 수 있습니다. 또한 Medi-Cal Rx 의 번호 **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273** 번을 누른 후 5 번 또는 711 번을 누르십시오) 에 전화해 귀하에게 가까운 약국 또는 귀하의 처방약을 우편 발송할 수 있는 약국을 확인할 수 있습니다.

약국을 선택한 후 귀하의 처방전을 약국으로 가져가십시오. 귀하의 의료 제공자가 귀하를 위해 이를 약국에 보낼 수도 있습니다. Medi-Cal 혜택 식별 카드 (Benefits Identification Card, BIC) 와 함께 귀하의 처방전을 약국에 제공하십시오. 약국에서 귀하가 복용하는 모든 약품과 귀하에게 있는 모든 알레르기에 대해 알고 있는지 확인하십시오. 귀하의 처방전에 대해 어떠한 질문이 있는 경우, 약사에게 문의하십시오.

회원들은 CalOptima Health 로부터 약국까지의 교통 서비스를 받을 수도 있습니다. 교통 서비스에 대한 더 자세한 사항을 알아보려면 회원 안내서의 “응급이 아닌 상황에 대한 교통 혜택”을 참고하십시오.

의사 투여 약물 사전 승인 요청 목록

CalOptima Health 직원은 의사 진료소에서 투여되는 일부 약품에 대한 사전 승인 (사전 허가) 요청을 검토합니다. CalOptima Health 는 사전 승인이 필요한 약품의 목록을 갖고 있습니다. 이 목록은 의사 투여 약물 사전 승인 요청 목록 (Physician Administered Drug Prior Authorization required list, PAD PA List) 이라고 합니다.

2024 년 연간 시사통지

본 목록은 Medi-Cal 혜택 웹페이지 www.caloptima.org 에서 Prior Authorization (사전 승인) 을 클릭하면 회원 (Members) 섹션에서 찾아보실 수 있습니다. 귀하는 또한 CalOptima Health 고객 서비스부 번호 **1-888-587-8088 (TTY 711)** 번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30 사이 전화해 목록을 우편으로 보내달라고 요청하실 수 있습니다.

의사 투여 약물 사전 승인 요청 목록을 사용하는 방법

귀하는 Prior Authorization (사전 승인) 섹션 내의 Procedure Codes (시술 코드) 에서 PAD PA 목록을 찾으실 수 있습니다. PAD PA 목록은 매 3개월마다 업데이트되며 월 및 연도별로 기재되어 있습니다. Procedure Codes (시술 코드) 에 있는 PAD PA 목록은 사전 승인 (사전 허가) 이 필요한 일반 의약품의 목록을 보여주며, 시술 코드 또는 일반 의약품명으로 검색하실 수 있습니다. 귀하는 또한 CalOptima Health 웹사이트를 이용해 제조사가 리콜한 약품을 보실 수 있습니다.

의사 투여 약물 사전 승인 요청 목록 (Physician Administered Drug Prior Authorization Required List, PAD PA List) 업데이트

CalOptima Health 약국 및 치료 위원회 (Pharmacy and Therapeutics Committee) 는 매 삼개월마다 신약 및 PAD PA 목록에 있는 약품의 새로운 이용법을 검토합니다. 본 위원회는 어떤 약품이 PAD PA 목록에 포함될지 결정하는 약사 및 의사로 구성됩니다. 그들은 또한 약품에 적용되는 규정 또는 제한을 검토합니다.

CalOptima Health PAD PA 목록에 있는 약품을 위한 사전 승인

의사가 PAD PA 목록에 있는 약품을 주문하는 경우, 귀하의 의사는 CalOptima Health 에 먼저 승인을 요청해야 합니다. 의사는 사전 승인 요청서를 제출해야 하고 귀하의 진단 및 귀하가 이미 시도했던 약품이 무엇인지 저희에게 제공해야 합니다. 귀하의 의사는 또한 요청된 약품이 의료적으로 필요한 이유를 저희에게 설명해야 합니다. 사전 승인 절차에 대한 더 자세한 정보는 귀하의 회원 안내서를 참조하십시오.

더 많은 정보를 받는 방법

CalOptima Health 는 약국 절차 및 업데이트에 대해 우편으로 또는 온라인에서 이용 가능하다고 귀하에게 알려드리는 경우 저희 웹사이트에서 귀하에게 알려드릴 것입니다. 웹사이트는 매 삼개월마다 업데이트 됩니다. 귀하가 팩스, 이메일 또는 인터넷을 이용하실 수 없는 경우 저희는 업데이트를 우편으로 보내드릴 것입니다. 우편으로 업데이트를 받거나 더 알아보시려면 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분까지 무료 전화 **1-888-587-8088 (TTY 711)** 번을 이용해 CalOptima Health 고객 상담 부서로 문의하십시오. 귀하의 언어를 사용하는 직원이 도와드릴 것입니다. 저희 웹사이트 www.caloptima.org 를 방문하십시오.

CalOptima Health 가 도와드리겠습니다

귀하는 받은 치료나 서비스에 만족하지 않는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다. 귀하는 또한 서비스나 혜택을 거부, 연기 또는 제한하는 결정에 대한 항소를 제기할 권리가 있습니다.

불만 또는 항소 제출하기

불만이나 항소를 제기하려면 CalOptima Health 고객 서비스로 전화하십시오. CalOptima Health 회원 안내서에는 불만 및 항소 권리에 대한 자세한 정보가 있습니다. 또한 항소를 처리하는 동안 이미 시작된 서비스를 계속하는 방법에 대한 자세한 정보도 있습니다.

서면으로 항소나 불만을 요청할 수도 있습니다. 불만 또는 항소 양식 작성에 도움이 필요하다면 CalOptima Health 직원이 도와드릴 수 있습니다. 다른 언어를 사용하는 경우, 불만 또는 항소를 제출하는 데 도움을 드리는 통역사를 무료로 요청할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신해 주기를 원하는 경우 서면 통지를 보내셔야 합니다.

주 청문회 요청하기

건강 네트워크 또는 CalOptima Health 의 조치 또는 결정에 동의하지 않는 경우 언제든지 주 청문회를 요청할 수 있습니다. 이를 위해 조치 또는 결정 후 120일 이내에 사회 복지부 (Department of Social Service, DSS) 에 연락하십시오. 청문회는 캘리포니아 주에 직접 우려 사항을 제기할 수 있는 곳입니다. 직접 하거나 다른 사람이 대신하도록 하실 수 있습니다. DSS는 무료 법률 지원 변호사를 제공하여 도움을 줄 수 있습니다.

주 청문회를 요청하려면 다음 주소로 서면 요청을 하십시오:

Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, M.S. 9-17-433
Sacramento, CA 94244-2430

또는

전화번호 1-800-743-8525 로 전화. TTY 사용자는 1-800-952-8349 번으로 전화할 수 있습니다.

귀하 및 의료 시스템을 보호하기

의료 사기란 무엇인가?

의료 사기란 어떤 의료 제공자 또는 사람이 자신 또는 다른 사람을 위해 불법의 혜택인 것을 알면서도 속임수를 쓰는 것을 말합니다.

2024 년 연간 시사통지

다음은 가능한 의료 사기의 예입니다:

- 다른 사람의 CalOptima Health ID 카드 사용
- CalOptima Health 에서 보장하는 서비스 또는 약물에 대한 청구서를 받음
- 귀하의 의료 제공자에게서 필요가 없는 서비스를 받음
- 귀하께서 받지 않은 서비스에 대한 청구서를 받음
- 귀하의 제공자가 주문하지 않은 또는 귀하께 보내지지 않은 (휠체어 같은) 의료 용품에 대한 청구서를 받음
- 귀하께 필요없는 약물을 귀하의 의료 제공자에게서 받음
- 귀하께 처방된 약물을 다른 사람에게 팔음

사기는 우리 모두의 손해입니다. 만약 사기라고 의심이 간다면, CalOptima Health 의 규정 준수 및 윤리부 핫라인 1-855-507-1805 (TTY 711) 로 전화하시어 신고하십시오. **사기를 신고하는데 귀하의 이름을 밝히지 않으셔도 됩니다.**

HIPAA 란 무엇인가?

HIPAA 란 Health Insurance Portability and Accountability Act (건강 보험 이식성 및 책임 성 법) 이라고 합니다. 이것은 병원, 건강 플랜 및 의료 제공자들이 따라야 할 규칙입니다. HIPAA 는 직원들이 모든 의료 기록, 의료 청구서 및 환자 계정이 엄격한 기준을 충족하고 있는지 확인합니다.

CalOptima Health 는 귀하의 의사에게 있는 귀하의 의료 기록을 보관하지 않습니다. 만약 귀하의 의료 기록의 사본이 필요하시면, 귀하의 의사 또는 담당의사 (PCP) 사무실에 연락하십시오.

CalOptima Health 는 어떻게 보호된 건강 정보를 안전하게 보관하는가?

귀하의 Protected Health Information (PHI, 보호된 건강 정보) 를 안전하게 보관하는 것은 저희에게 매우 중요합니다. CalOptima Health 의 직원들은 PHI 를 안전하고 비공개로 보관하는 방법을 교육받습니다. 저희 직원은 귀하의 정보를 비 공개하는데 서명하고 동의하였습니다. 귀하의 PHI 를 조정 또는 보장된 건강 서비스를 지불하는데 필요한 직원들만 보도록 되어있습니다.

귀하의 PHI 가 적힌 서류는 CalOptima Health 사무실에 안전하게 잠긴 채로 보관됩니다. 저희가 귀하의 PHI 가 더 이상 필요 없을 경우, 이런 서류들은 아무도 읽을 수 없도록 잘게 썰어지게 됩니다.

저희는 컴퓨터 시스템에 내장된 보안 기능을 통해 아무나 귀하의 PHI 를 보지 못하도록 합니다. 만약 귀하의 PHI 가 이메일 또는 다른 전자적 기구를 통해 전해진다면, CalOptima Health 는 귀하의 PHI 가 암호로 바뀌도록 하는 시스템을 사용하여 허락된 사람만 읽을 수 있도록 하고 있습니다. 저희의 개인 정보 보호 관행 공지의 사본을 원하시면, 저희 웹사이트 www.caloptima.org 를 방문하시거나 또는 CalOptima Health 의 고객 서비스부에 연락하십시오.

사례 관리자의 도움이 필요하십니까?

귀하께서 관리하기 어려운 건강 문제가 있는 경우, 사례 관리자의 도움이 필요하실 수도 있습니다. 사례 관리자들은 도와드릴 수 있습니다:

- 건강을 돌볼 수 있는 방법 배우기
- 관리 계획 세우기
- 의사와 협력하여 귀하의 치료를 관리하기
- 치료를 가로막는 문제 해결하기

사례 관리 서비스를 받는데 도움이 필요하시다면, 귀하의 의사에게 얘기하거나 또는 귀하의 건강 네트워크 및 CalOptima Health 고객 서비스부로 직접 전화 하십시오.

회원의 권리와 책임

귀하의 권리

다음은 CalOptima Health 회원으로서 귀하의 권리입니다.

- 개인 정보 보호에 대한 권리와 귀하의 의료 정보에 대한 기밀을 유지할 필요성을 충분히 고려한 존중을 받고 존엄성을 지키며 대우를 받을 권리
- 보장 서비스, 의료 제공자 및 회원의 권리와 책임을 포함해 플랜과 플랜의 서비스에 대한 정보를 제공받을 권리
- 모든 불만 및 항소 통지를 포함해 귀하가 선호하는 언어로 번역된 서면 회원 정보를 받을 권리
- CalOptima Health 의 회원 권리 및 책임 정책에 대한 권장 사항들을 제시할 권리
- CalOptima Health 네트워크 내에서 주치의를 선택할 수 있는 권리
- 네트워크 의료 제공자들을 시기적절하게 만날 수 있는 권리
- 치료를 거부할 권리를 포함해 본인의 건강 관리와 관련되어 의료 제공자와 함께 의사 결정에 참여할 권리
- 플랜에 대해 또는 받은 치료에 대해 구두 또는 서면으로 불만을 표현할 권리
- 의료 관리에 대한 요청을 거절, 지연, 종료 또는 변경한 CalOptima Health 의 결정에 대한 의료적 이유를 알 권리
- 치료 조정을 받을 권리
- 서비스 또는 혜택을 거절, 지연 또는 제한하는 결정에 대한 항소를 요청할 권리
- 귀하의 언어로 무료 통역 및 번역 서비스를 받을 권리
- 귀하의 지역 법률 지원 사무소 또는 기타 단체에서 무료 법률 지원을 받을 권리
- 사전 지시서를 작성할 권리

2024 년 연간 시사통지

- 서비스 또는 혜택이 거절되었으며 귀하가 이미 CalOptima Health 에 항소를 제기했으나 여전히 결정에 만족하지 않은 경우, 또는 긴급 청문회가 요청 가능한 상황에 대한 정보를 포함하여 30일 후에도 항소에 대한 결정을 받지 못한 경우에도 주 청문회를 요청할 권리
- 요청 시 CalOptima Health 에서 탈퇴하고 카운티 내 다른 건강 플랜으로 변경할 권리
- 미성년자 동의 서비스를 이용할 권리
- 요청 시 복지 및 기관 (W&I) 코드 섹션 14182 (b)(12)에 따라 요청한 형식에 적합한 시기적절한 방식으로 다른 형식 (예: 점자, 대형 인쇄, 오디오 및 접근 가능한 전자 형식) 으로 회원 정보를 무료로 받을 권리
- 강압, 징계, 편의 또는 복수의 수단으로 사용되는 어떤 형태의 구속이나 격리로부터 자유로울 권리
- 비용 또는 보장과 관계없이 귀하의 상태와 이해할 수 있는 능력에 적절한 방식으로 제공되는 이용 가능한 치료 옵션 및 대안에 대한 정보를 진실되게 논의할 권리
- 미국 연방 규정 제45편 (CFR) 섹션 및 164.526에 명시된 바와 같이 귀하의 의료 기록에 접근하고 사본을 받고, 이를 개정 또는 수정을 요청할 권리
- CalOptima Health , 의료 제공자 또는 주 정부로부터 귀하가 받는 대우에 부정적인 영향을 미치지 않고 이러한 권리를 자유롭게 행사할 권리
- 연방법에 따라 CalOptima Health 의 네트워크 외 가족 계획 서비스, 독립 분만 센터, 연방 인증 건강 센터, 인디언 건강 클리닉, 조산사 서비스, 지방 건강 센터, 성매개감염 서비스 및 응급 서비스에 접근할 권리

귀하의 책임

CalOptima Health 회원에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 귀하의 회원 안내서를 알고 이해하며 이를 준수할 책임
- 귀하의 의료적 필요를 이해하고 귀하의 치료 계획을 수립하기 위해 의료 진료 제공자와 협력할 책임
- 귀하의 의료 제공자와 합의한 치료 계획을 따를 책임
- CalOptima Health 와 의료 제공자에게 귀하의 의료적 상태에 관해 알려야 할 사항을 알려 저희가 진료를 제공할 수 있도록 할 책임
- 진료 예약을 하고 이를 지키며 귀하의 예약을 취소해야 하는 경우 진료실에 이를 알릴 책임
- 귀하의 의료적 상태 및 귀하의 건강을 유지하는 사항에 관해 알아볼 책임
- 귀하의 건강을 유지하는 의료 프로그램에 참여할 책임
- 귀하의 의료 파트너들과 협력하고 이들에게 예의를 지킬 책임

개인정보 보호 관행 공지서

유효날짜: 2003년 4월 14일 | 업데이트: August 22, 2024

CalOptima Health 는 Medicare 또는 Medi-Cal 프로그램을 통해 회원이 건강 관리에 접근할 수 있도록 합니다. 주 및 연방법은 저희가 회원의 건강 정보를 보호하도록 요구합니다. 회원이 자격이 되고 저희 건강 플랜에 가입한 이후, Medicare 또는 Medi-Cal은 회원의 정보를 저희에게 보냅니다. 저희는 또한 회원의 건강 관리를 승인하고 비용을 지불하기 위해 회원의 의사, 클리닉, 실험실 및 병원으로부터 의료 정보를 받습니다.

이 공지서는 회원에 관한 의료 정보가 사용 및 공개되는 방법과 회원이 이 정보에 접근할 수 있는 방법에 대해 설명합니다. **주의 깊게 검토하십시오.**

회원의 권리

회원의 건강 정보에 관련하여 회원에게 특정 권리가 있습니다.

이 섹션에서는 회원의 권리와 회원들을 돕기 위한 저희의 일부 책임을 설명합니다.

<p>저희가 회원의 정보를 보호하는 방법</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 저희는 인종, 민족, 언어, 성 정체성 및 성적 지향을 포함한 회원의 정보에 대한 물리적 및 전자적 접근을 위한 통제를 시행하고 있습니다. • 저희 정책 및 절차는 인종, 민족, 언어, 성 정체성 및 성적 지향을 포함하여 회원의 개인 건강 정보를 사용할 때 허용되는 사항과 허용되지 않는 사항을 설명합니다. • 전자적 접근에는 미디어 형식, 장치 및 하드웨어, 데이터 저장이 포함될 수 있습니다. • 저희는 민감한 정보를 기준으로 회원들을 차별하지 않습니다.
<p>회원의 건강 및 청구 기록 사본 받기</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 회원은 회원의 건강 및 청구 기록 및 저희가 회원에 대해 갖고 있는 기타 건강 정보를 보거나 사본을 받기 위해 요청할 수 있습니다. 회원은 반드시 이 요청을 서면으로 해야 합니다. 회원에게 작성해야 할 양식이 발송될 것이며 저희는 기록 복사 및 우편 발송 비용에 대해 정당한 수수료를 부과할 수 있습니다. 건강 기록을 보거나 사본을 받으시려면 유효한 형태의 ID를 제공해야만 합니다. • 일반적으로 회원의 요청으로부터 30일 이내에 저희는 회원의 건강 및 청구 기록 사본 또는 요약본을 제공할 것입니다. • 법률상 허용된 사유로, 회원 기록의 특정 부분을 회원 본인이 보지 못하도록 할 수 있습니다. • CalOptima Health 는 회원의 의료 기록 사본 전체를 갖고 있지 않습니다. 회원의 의료 기록을 보거나, 사본을 받거나, 변경하고자 하는 경우, 회원의 의사 또는 클리닉에 문의하십시오.

2024 년 연간 시사통지

<p>저희에게 건강 및 청구 기록 수정 요청</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 회원의 기록에 있는 정보가 정확하지 않거나 완전하지 않은 경우 회원은 서면으로 변경을 요청할 권리가 있습니다. 반드시 회원의 요청을 서면으로 해야 합니다. • 해당 정보가 CalOptima Health 에서 작성 또는 보관하지 않은 경우, 또는 해당 정보가 정확하고 완전하다고 믿는 경우에도 회원의 요청을 거부할 수 있지만 저희는 60일 이내에 서면으로 그 이유를 알려드립니다. • 회원이 요청한 변경을 하지 않는 경우, 회원은 저희에게 결정 검토를 요청할 수 있습니다. 회원은 또한 저희 기록에 동의하지 않는 이유를 설명하는 진술서를 보낼 수 있으며 회원의 진술서는 회원의 기록과 함께 보관됩니다.
<p>비밀 보장 소통 요청</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 회원은 저희에게 회원이 선호하는 연락 방법(예: 집 또는 직장 전화)으로 연락하거나 다른 주소로 우편을 보낼 것을 요청할 수 있습니다. • 저희는 모든 정당한 요청을 고려할 것입니다. 그렇게 하지 않는 경우 회원이 위험에 처할 것이라고 저희에게 알린다면, 저희는 “예”라고 대답해야만 합니다.
<p>저희가 사용 또는 공유하는 것에 대한 제한 요청</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 회원은 치료, 지불 또는 저희 운영을 위한 특정 건강 정보를 사용 또는 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다. • 저희는 회원의 요청에 동의할 의무는 없으며, 회원의 치료에 영향을 미칠 경우 “아니요”라고 말할 수 있습니다.
<p>저희가 회원의 정보를 공유한 사람들의 목록 받기</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 회원이 요청한 날짜 이전 6년 동안 저희가 회원의 건강 정보를 공유한 횟수에 대한 목록을 요청할 수 있습니다. • 회원은 어떤 정보가 누구와 공유되었는지, 언제 그리고 왜 정보가 공유되었는지에 대한 목록을 요청할 권리가 있습니다. • 저희는 치료, 지불 및 건강 관리 운영, 그리고 특정 기타 공개사항(예를 들어 회원이 저희에게 요청한 어떠한 공개사항 등)에 대한 내용을 제외한 모든 공개를 포함할 것입니다.
<p>본 개인정보 보호 공지서 사본 받기</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 회원이 공지서를 전자식으로 받는 것에 동의한 경우에도, 회원은 언제든지 본 공지서의 종이 사본을 요청할 수 있습니다. 저희는 종이 사본을 합당한 시간 이내에 제공할 것입니다. • 저희 웹사이트 www.caloptima.org 에서도 본 공지서를 확인할 수 있습니다.
<p>회원을 대리할 사람 선택하기</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 회원이 누군가에게 의료 위임장 (medical power of attorney) 을 제공한 경우, 또는 누군가가 회원의 법적 후견인인 경우, 해당 사람은 회원의 권리를 사용하고 회원의 건강 정보에 대한 선택을 할 수 있습니다. • 저희는 어떠한 조치를 취하기 전에 해당 사람에게 권한이 있으며 회원을 대신할 수 있는지 확인할 것입니다.

2024 년 연간 시사통지

<p>회원의 권리가 침해되었다고 생각하는 경우 불만 사항을 제기하십시오</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 저희가 회원의 권리를 침해했다고 생각하는 경우, 회원은 본 공지서에 있는 정보를 사용해 저희에게 연락해 불만을 제기할 수 있습니다. • 저희는 회원이 불만 사항을 제기한 것에 대해 어떠한 보복도 하지 않을 것입니다.
<p>자기 부담 제한 사용하기</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 회원이 서비스에 대한 비용 전액을 지불하는 경우, 회원의 의사에게 해당 서비스에 대한 정보를 저희와 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다. 회원 또는 회원의 의료 제공자가 CalOptima Health 에 청구를 제출하는 경우 저희는 제한 사항에 동의하지 않아도 됩니다. 법에서 공개를 요구하는 경우 CalOptima Health 는 회원의 제한에 동의하지 않아도 됩니다.

특정 건강 정보의 경우, 저희가 공유하는 것에 대한 회원의 선택을 알릴 수 있습니다.

아래 상황에서 회원의 정보를 공유하는 방법과 관련해 회원이 선호하는 방식이 있는 경우 저희에게 연락하십시오. 대부분의 경우 치료, 지불 또는 운영 이외에 회원의 보호된 건강 정보 (Protected Health Information, PHI) 를 사용 또는 공유하는 경우, 저희는 먼저 회원의 서면 허가를 받아야 합니다. 회원이 저희에게 허가한 후, 회원은 언제든지 서면으로 이를 철회할 수 있습니다. 저희는 회원의 서면 허가를 받았을 때 사용하거나 공유된 것을 철회할 수는 없지만 앞으로 회원의 PHI를 사용 또는 공유하는 것을 중단할 것입니다.

<p>이러한 경우 회원은 저희에게 다음을 알릴 권리와 선택이 모두 있습니다:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 회원의 가족, 친한 친구 또는 회원의 치료 비용 지불과 관련된 다른 사람들과 정보 공유하기 • 재해 구호 상황에서 정보 공유하기
<p>이러한 경우 회원이 저희에게 서면 허가를 제공하지 않는 한 저희는 절대로 회원의 정보를 공유하지 않습니다.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 약물 남용 장애 (Substance Use Disorder, SUD) 정보: SUD 정보를 사용하거나 공개하려면 회원의 승인을 받아야 합니다. • 심리 치료 기록: 특정 치료, 지불 또는 건강 관리 운영을 수행하는 경우를 제외하고 저희는 심리 치료 기록에 대한 어떠한 사용 또는 공개에 대해 회원의 승인을 받아야 합니다. • 회원의 인종, 민족, 언어, 성 정체성 및 성적 지향 정보는 치료, 지불 또는 의료 운영을 수행하는 것을 제외합니다. • 회원의 인종, 민족, 언어, 성 정체성 및 성적 지향 정보는 보험 인수, 서비스 거부 및 보장 또는 혜택 결정을 위한 것입니다. • 마케팅 목표. • 회원의 정보 판매.

저희의 책임

- 법에 따라 회원 PHI의 개인정보 보호 및 보안을 유지해야 합니다.
- 회원 정보의 기밀성과 보안을 위협할 수 있는 위반 행위가 발생한 경우 즉시 회원에게 통보합니다.

2024 년 연간 시사통지

- 저희는 본 공지서에 설명된 책임과 개인 정보 보호 관행을 준수하고 공지서 사본을 회원에게 제공해야 합니다.
- 회원 정보의 사용을 서면으로 저희에게 허가한 경우를 제외하고 본 문서에 기술된 것 이외의 방식으로 정보를 사용하거나 공유하지 않습니다. 회원이 저희에게 해당 정보의 사용 또는 공유를 허가해도 언제든지 이를 변경할 수 있습니다. 생각이 바뀌면 서면으로 저희에게 알려주십시오.

저희의 사용 및 공개

CalOptima Health 는 회원이 가입한 Medicare 또는 Medi-Cal 프로그램과 관련된 치료, 지불 및 건강 관리 운영을 위해서만 회원의 정보를 사용 또는 공유할 수 있습니다. 저희는 회원이 받는 치료와 관련된 의료 제공자와의 건강 정보 교환에서 회원의 정보를 사용 및 공유할 수 있습니다. 저희가 사용 및 공유하는 정보에는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

- 회원 이름
- 주소
- 회원에게 제공된 진료 및 치료 기록
- 치료를 위한 비용 또는 지불

회원의 진료와 관련된 사람들과 회원의 정보를 공유하는 방법에 대한 일부 예시:

회원이 받은 건강 관리 치료 관리 지원	<ul style="list-style-type: none"> ● 저희는 회원의 건강 정보를 사용하고 회원들 치료하는 전문가와 공유할 수 있습니다. 여기에는 회원의 인종, 민족, 언어, 성 정체성 및 성적 지향이 포함되어 회원의 요구에 가장 적합한 서비스를 제공합니다. 	예: 의사는 저희가 추가 서비스를 준비할 수 있도록 회원의 진단 및 치료 계획에 대한 정보를 저희에게 보냅니다. 저희는 회원이 필요한 치료를 받을 수 있도록 의사, 병원 및 기타 기관들과 정보를 공유할 것입니다.
저희의 조직 운영 (건강 관리 운영)	<ul style="list-style-type: none"> ● 저희는 조직을 운영하기 위해 회원의 정보를 사용 및 공유할 수 있으며, 필요한 경우 회원에게 연락할 수 있습니다. ● 저희는 회원에게 보장을 제공할지 여부와 해당 보장의 가격을 결정하기 위해 유전 정보를 사용할 수 없습니다. 	예: 저희는 회원을 위한 더 나은 서비스를 개발하기 위해 회원의 건강 정보를 사용하며 여기에는 회원이 받는 치료 및 서비스의 품질 검토가 포함될 수 있습니다. 저희는 또한 감사 및 사기 조사에 본 정보를 사용할 수도 있습니다.

2024 년 연간 시사통지

회원의 건강 서비스에 대한 비용 지불	<ul style="list-style-type: none"> • 저희는 회원의 건강 서비스 비용을 지불할 때 회원의 건강 정보를 사용 및 공유할 수 있습니다. 	예: 저희는 회원의 치료를 저희에게 청구하는 의사, 클리닉 및 기타 기관들과 정보를 공유합니다. 또한 저희는 지불을 위해 청구서를 기타 건강 플랜 또는 조직에 전달할 수도 있습니다.
회원의 플랜 운영	<ul style="list-style-type: none"> • 저희는 플랜 운영을 위해 회원의 정보를 보건 복지부 (Department of Health Care Services, DHCS) 또는 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 와 공유할 수 있습니다. 	예: DHCS는 건강 플랜을 제공하기 위해 저희와 계약을 맺고, 저희는 DHCS에 특정 통계 자료를 제공합니다.

회원의 건강 정보를 어떠한 다른 방법으로 사용 또는 공유할 수 있습니까?

저희는 다른 방법으로 회원의 정보를 공유하도록 허가 또는 요구를 받으며 이는 일반적으로 공중 보건 및 연구와 같이 공익을 증진하는 방법입니다. 이러한 목적으로 회원의 정보를 공유하기 전에 저희는 법의 많은 조건들을 충족해야 만 합니다.

공중 보건 및 안전 문제 지원	<p>저희는 다음과 같은 특정 상황에서 회원에 대한 건강 정보를 공유할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 질병 예방. • 제품 리콜 지원. • 약품에 대한 부작용 보고. • 학대, 방치 또는 가정 폭력 의심 신고. • 누군가의 건강 또는 안전에 대한 심각한 위협을 방지 또는 줄이기.
법률 준수	<ul style="list-style-type: none"> • 저희가 연방 개인 정보 보호법을 준수하고 있는지 확인하고자 보건 복지부를 포함해 주 또는 연방법이 요구하는 경우, 저희는 회원에 대한 정보를 공유할 것입니다
장기 및 조직 기증 요청 응답 및 검시관 또는 장의사와 협력	<ul style="list-style-type: none"> • 저희는 장기 조달 기관과 회원에 대한 건강 정보를 공유할 수 있습니다. • 개인이 사망하는 경우, 저희는 검시관, 법의관 또는 장의사와 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

2024 년 연간 시사통지

근로자 연금, 법률 시행 및 기타 정부 요청 대응	<p>저희는 다음에 대해 회원의 건강 정보를 사용 또는 공유할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 산재보상 클레임을 위해. • 법률 시행 목적으로 또는 법률 시행 공무원을 위해. • 법에 의해 승인된 활동을 위해 건강 감독 기관과 함께. • 군대, 국가 안보 및 대통령 보호 서비스와 같은 특별한 정부 기능을 위해.
고소 및 소송에 대응	<ul style="list-style-type: none"> • 저희는 법원 또는 행정 명령, 또는 소환장에 응하기 위해 회원에 대한 건강 정보를 공유할 수 있습니다.
특별법 준수	<ul style="list-style-type: none"> • 정신 건강 서비스, 약물 남용 장애 치료, HIV/AIDS 검사 및 치료와 같은 일부 유형의 건강 정보를 보호하는 특별법이 있습니다. 이러한 법이 본 공지서보다 더 엄격한 경우, 저희는 법을 준수합니다. • CalOptima Health 프로그램 운영과 직접 관련된 이유로 저희 사용 및 공개를 제한하는 법도 있습니다.

생식 건강에 대한 정보

CalOptima Health 가 회원의 서면 승인 없이 다음 목적 (금지 대상 목적) 으로 회원의 생식 의료에 관한 정보를 공유하는 것은 금지되어 있으며 이를 공유하지 않을 것입니다. 생식 의료에는 회원의 생식계 및 그 기능과 과정에 영향을 미치는 모든 의료가 포함되며, 예로는 피임, 임신 중절, 임신 중절 관련 서비스, 가족 계획 서비스, 임신 서비스, 회원의 생식계와 관련된 기타 모든 진료나 서비스, 용품 등이 포함됩니다.

금지 대상 목적

합법적인 생식 건강 관리를 추구, 획득, 제공 또는 용이하게 하는 것에 대한 조사 또는 책임 부과	<p>예를 들어, 캘리포니아에서 해당 관리가 합법적인 경우 생식 건강 관리를 금지하는 주 외 법률을 시행하기 위해 정보가 요청될 때 생식 건강 정보를 공개하지 않습니다.</p>
합법적인 생식 건강 관리를 추구, 획득, 제공 또는 용이하게 하는 것에 대한 조사 또는 책임을 부과하기 위해 개인을 식별	<p>예를 들어, 캘리포니아에서 생식 건강 관리 서비스를 합법적으로 지원한 제공자를 식별하라는 요청을 받으면 생식 건강 정보를 공개하지 않습니다.</p>

CalOptima Health 는 치료, 지불 및 건강 관리 운영 목적으로 또는 공개가 위의 2가지 금지된 목적 중 하나가 아닌 경우 연방 및 주법에 따라 허용되는 대로 생식 건강에 대한 정보를 공유할 수 있습니다. 회원의 정보를 다음과 같은 목적으로 공개하는 경우, 회원의 생식 건강 정보를 요청한 사람으로부터 회원의 정보를 위의 금지된 목적으로 사용하지 않겠다는 증명서를 받게 됩니다:

2024 년 연간 시사통지

보건 감독 활동	예를 들어, 생식 의료의 실제 제공 또는 적절한 청구 여부에 대한 조사와 같이 의료 활동을 감독할 책임이 있는 기관과 회원의 생식 건강에 관한 정보를 공유할 수 있습니다.
사법 또는 행정 절차	예를 들어, 요청 이유가 위의 금지 대상 목적에 해당하지 않을 경우, 법원 소환장에 대한 답변으로 회원의 생식 건강에 관한 정보를 공유할 수 있습니다.
법률 집행 목적	예를 들어 성범죄, 인신매매 또는 미성년자에게 생식 의료를 받도록 강제하는 경우와 관련하여 법 집행 조사에 대한 답변으로 회원의 생식 건강에 관한 정보를 공유할 수 있습니다.
검사관이나 법의학자에게 사망자 관련 정보 공개	예를 들어 사망자의 신원을 확인하거나 사망 원인을 확인하기 위한 목적으로 회원의 생식 건강에 관한 정보를 공유할 수 있습니다.

공지서의 변경 사항

CalOptima Health 는 개인정보 보호 공지서 및 회원의 PHI를 안전하게 보관하는 방법을 변경할 권리가 있습니다. 이러한 상황이 발생하는 경우 저희는 공지서를 업데이트해 회원에게 알려드릴 것입니다. 저희는 또한 업데이트된 공지서를 저희 웹사이트에 게시할 것입니다.

재공개 가능성

회원 (또는 담당 개인 대리인) 의 승인 또는 관련 개인정보 보호 법률에 의한 허가 중 하나에 의해 CalOptima Health 가 공개한 정보는 정보 수령자가 회원의 정보를 보호할 법적 의무가 없는 경우, 해당 수령자에 의해 재공개될 수 있습니다.

회원의 권리 행사를 위해 저희로 연락하는 방법

회원이 본 공지서에서 설명한 개인정보 보호 권리를 사용하고자 하는 경우, 저희에게 다음 주소로 서면으로 보내십시오.

CalOptima Health

Privacy Officer

505 City Parkway West Orange, CA 92868

1-888-587-8088 (TTY 711)

또는 CalOptima Health 고객 상담 부서에 다음 번호로 전화하십시오: 1-714-246-8500 또는 무료번호 1-888-587-8088 (TTY 711)

2024 년 연간 시사통지

저희가 회원의 개인정보를 보호하지 못했다고 생각하고 불만 또는 고충을 제기하고자 하는 경우, 회원은 위의 주소와 전화 번호로 CalOptima Health 에 서면으로 연락하거나 전화할 수 있습니다. 또한 아래 기관으로도 문의할 수 있습니다:

California Department of Health Care Services

Privacy Officer

C/O: Office of HIPAA Compliance

P.O. Box 997413, MS 4722

Sacramento, CA 95899-7413

Email: privacyofficer@dhcs.ca.gov

Phone: 1-916-445-4646

팩스: 1-916-440-7680

U.S. Department of Health and Human Services

Office for Civil Rights

Regional Manager

90 Seventh St., Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

이메일: OCRComplaint@hhs.gov

Phone: 1-800-368-1019

팩스: 1-415-437-8329

TDD: 1-800-537-7697

두려움 없이 회원의 권리 행사하기

회원이 불만 사항을 제기하거나 이 공지서에 있는 개인정보 보호 권리를 사용하기로 선택한 경우 CalOptima Health 는 회원의 건강 관리 혜택을 박탈하거나 어떠한 방법으로든 회원에게 피해를 주는 조치를 취할 수 없습니다. 본 공지서는 CalOptima Health 의 모든 건강 관리 프로그램에 적용됩니다.

2024 년 연간 시사통지

차별금지에 대한 통지서

차별대우는 법으로 금하고 있습니다. CalOptima Health 는/은 주 및 연방 민권법을 준수합니다. CalOptima Health 는/은 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 그룹 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 이유로 사람들을 불법적으로 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

CalOptima Health 는/은 다음을 제공합니다:

- 보다 나은 소통을 위한 장애인 무료 지원 및 서비스:
 - ✓ 자격을 갖춘 수화 통역사
 - ✓ 기타 지원 형식으로 된 서면 자료 (큰 활자, 음성, 장애인용 전자 형식 및 기타 형식)
- 주로 사용하는 언어가 영어가 아닌 사람들을 위한 무료 언어 서비스:
 - ✓ 자격을 갖춘 통역사
 - ✓ 영어 이외의 언어로 작성된 자료

이런 서비스가 필요하시면, CalOptima Health 에 번호 **1-714-246-8500** 또는 무료 번호 **1-888-587-8088** 로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 전화주십시오. 청각 또는 언어 장애가 있다면, **711** 으/로 전화하십시오. 요청하시면, 사용이 가능한 점자, 큰글자, 오디오 카세트 또는 전자식 형식으로 제공됩니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 얻으려면 다음 주소로 전화하거나 편지를 보내십시오:

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
1-714-246-8500 (TTY 711)

불만 제출 방법

만약 CalOptima Health 에서 이러한 서비스를 제공하지 않거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 그룹 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 근거로 불법적으로 차별했다고 생각하는 경우, CalOptima Health 에 불만을 제출할 수 있습니다. 불만 사항은 직접 접수하거나 다음 연락처를 통해 서면, 전화, 이메일로 접수할 수 있습니다:

- **전화:** CalOptima Health 의 전화번호 **1-714-246-8500** 또는 무료 번호 **1-888-587-8088** 로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 전화주십시오. 청각 또는 언어 장애가 있다면, **711** 으/로 전화하십시오.
- **서면으로:** 불만 양식을 작성하거나 편지를 다음 주소로 보내십시오:
CalOptima Health Grievance and Appeals
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
- **직접:** 귀하의 의사 사무실 또는 CalOptima Health 를 방문하여 불만제출을 원한다고 알려주십시오.
- **전자식으로:** CalOptima Health 의 웹사이트 **www.caloptima.org** 를 방문하십시오.

시민권 사무국 - 캘리포니아 보건 서비스국

또한 캘리포니아주 보건 서비스부 민권 담당국에 민권과 관련한 불만 사항을 다음 연락처로 서면, 전화, 이메일로 접수할 수 있습니다:

- **전화:** 916-440-7370 로 전화 . 청각 또는 언어에 장애가 있으시면 711 로 전화 (**통신 중계 서비스**).
- **서면으로:** 불만 양식을 작성하거나 편지를 다음 주소로 보내십시오:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

불만 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 에서 찾을 수 있습니다.

- **전자식으로:** CivilRights@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내십시오.

시민권 사무국 - 미국 보건복지부

귀하가 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별을 받았다고 생각되는 경우, 미국 시민권 사무국, 보건복지부에 전화로 서면으로 또는 전자적으로 민권 불만을 제기할 수도 있습니다:

- **전화:** 1-800-368-1019 로 전화. 청각 또는 언어에 장애가 있으시면 TTY/TDD 1-800-537-7697 로 전화.
- **서면으로:** 불만 양식을 작성하거나 편지를 다음 주소로 보내십시오:

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

불만 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에서 찾을 수 있습니다.

- **전자식으로:** 시민권 사무국 불만 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 을 방문하십시오.

2024 નેન યાન સિસાટુઝિ

TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **1-888-587-8088 (TTY 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-587-8088 (TTY 711)**. These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-888-587-8088 (TTY 711)**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برييل والخط الكبير اتصل بـ **1-888-587-8088 (TTY 711)**. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-888-587-8088 (TTY 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-888-587-8088 (TTY 711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ស្ករសម្ពាសជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-587-8088 (TTY 711)** ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពផ្ទំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-888-587-8088 (TTY 711)** ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Simplified Chinese)

请注意:如果您需要以您的母语提供帮助,请致电 **1-888-587-8088 (TTY 711)**。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务,例如盲文和大字体阅读,提供您方便取用。请致电 **1-888-587-8088 (TTY 711)**。这些服务都是免费的。

繁體中文標語 (Traditional Chinese)

注意:如果您需要以您的語言獲得幫助,請致電 **1-888-587-8088 (TTY 711)**。為殘障人士也提供幫助和服務,例如盲文和大字體的文件。致電 **1-888-587-8088 (TTY 711)**。這些服務是免費的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-888-587-8088 (TTY 711)** تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-888-587-8088 (TTY 711)** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

ગુજરાતી ટેગ લાઇન (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર કોલ કરો: **1-888-587-8088 (TTY 711)**. વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને સેવાઓ, જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો: **1-888-587-8088 (TTY 711)**. આ સેવા વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે.

हिंदी टैगलाइनी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-888-587-8088 (TTY 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-888-587-8088 (TTY 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

2024 년 연간 시사통지

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-888-587-8088** (TTY 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-888-587-8088** (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-888-587-8088** (TTY 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。**1-888-587-8088** (TTY 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-888-587-8088** (TTY 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-888-587-8088** (TTY 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-888-587-8088** (TTY 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-888-587-8088** (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-888-587-8088** (TTY 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-888-587-8088** (TTY 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Frase em português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você precisar de ajuda no seu idioma, ligue para **1-888-587-8088** (TTY 711). Serviços e auxílio para pessoas com incapacidades, como documentos em braile ou impressos com letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-888-587-8088** (TTY 711). Esses serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਫਿ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-587-8088** (TTY 711). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-587-8088** (TTY 711) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ |

Titlu în limba română (Romanian)

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la **1-888-587-8088** (TTY 711). Sunt disponibile, de asemenea, ajutoare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj Braille și cu caractere mărite. Sunați la **1-888-587-8088** (TTY 711). Aceste servicii sunt gratuite.

2024 년 연간 시사통지

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-888-587-8088** (линия TTY 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-888-587-8088** (линия TTY 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-888-587-8088** (TTY 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-888-587-8088** (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-888-587-8088** (TTY 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-888-587-8088** (TTY 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-587-8088** (TTY 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-587-8088** (TTY 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Türkçe Etiket (Turkish)

DIKKAT: Kendi dilinizde yardıma ihtiyacınız varsa **1-888-587-8088** (TTY 711) numaralı telefonu arayın. Braille alfabesi ve büyük harflerle yazılmış belgeler gibi engellilere yönelik yardım ve hizmetler de mevcuttur. Call: **1-888-587-8088** (TTY 711). Bu hizmetler ücretsizdir.

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-888-587-8088** (TTY 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-888-587-8088** (TTY 711). Ці послуги безкоштовні.

(Urdu) اردو ٹیگ لائن

توجہ: اگر آپ کو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو کال کریں **1-888-587-8088** (TTY 711). معذور افراد کے لئے امداد اور خدمات، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ کال **1-888-587-8088** (TTY 711)۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-888-587-8088** (TTY 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-888-587-8088** (TTY 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



CalOptima Health , A Public Agency

P.O. Box 11063
Orange, CA 92856-8163

