



**Molina Healthcare의
Senior Whole Health에서 제공하는
Managed Long-Term Care 플랜에
가입하신 것을 환영합니다.**



Molina Healthcare의 Senior Whole Health(SWH of NY)에서 제공하는 Managed Long-Term Care(MLTC) 플랜에 가입하신 것을 환영합니다. MLTC 플랜은 Medicaid 회원인 동시에, 가정 생활 및 지역사회 활동을 최대한 오래 유지할 수 있도록 가정 요양, 개인 요양 등의 건강 서비스 및 CBLTSS(지역사회 기반 장기 서비스 및 지원)가 필요한 분들을 위해 특별히 설계되었습니다.

이 안내서에는 귀하가 해당 플랜에 가입됨에 따라 SWH of NY에서 제공하는 추가 혜택이 설명되어 있습니다. 또한 서비스 요청 방법, 불만 제기 방법 또는 SWH of NY 해지 방법에 대해서도 나와 있습니다. 이 안내서를 참고용으로 보관해 주십시오. 이 안내서에는 SWH of NY 및 당사 플랜의 장점에 관한 중요 정보가 포함되어 있습니다. 이 안내서가 있어야 귀하에게 어떤 서비스가 보장되며 이러한 서비스를 어떻게 받을 수 있는지 확인하실 수 있습니다.



회원 서비스부의 도움 받기

아래의 회원 서비스부 번호로 주 7일, 하루 24시간 중 언제든지 연락하실 수 있습니다.



(877) 353-0185 (TTY: 711)

당사의 자료는 다양한 언어와 형식으로 무료로 제공됩니다. 요청사항이 있는 경우 위 전화번호로 회원 서비스부에 연락하시면 됩니다.

MLTC 플랜 가입 자격

MLTC 플랜은 Medicaid에 가입된 분들을 위한 플랜입니다. 다음 조건을 충족하는 분은 MLTC 플랜에 가입하실 수 있습니다.

1. 나이가 18세 이상인 분
2. 다음 카운티 중 어디든 속해 있는 플랜 서비스 지역에 거주하는 분:
 - a. Westchester
 - b. Bronx
 - c. New York
 - d. Kings
 - e. Queens
 - f. Nassau
 - g. Suffolk
3. Medicaid 회원인 분
4. Medicaid에만 가입되어 있는 분 또는 18~20세로 Medicaid와 Medicare에 모두 가입되어 있으면서 요양원 수준의 요양이 필요한 분
5. 가입 시점에 건강과 안전에 대한 위험 없이 가정 및 지역사회로 복귀하거나 기존 생활을 유지할 능력이 있는 분
6. MLTC 플랜이 다음과 같이 보장하는 CBLTSS(지역사회 기반 장기 서비스 및 지원) 중 적어도 1가지를 가입일부터 중단 없이 121일 이상 받아야 할 것으로 예상되는 분:
 - a. 가정 내 간호 서비스
 - b. 가정 내 치료
 - c. 가정 건강 도우미 서비스
 - d. 가정 내 개인 요양 서비스
 - e. 성인 주간 요양 서비스
 - f. 개인 간호사 서비스
 - g. 소비자 주도 개인 지원 서비스

이 안내서에 설명된 보장 내용은 귀하가 SWH of NY MLTC 플랜에 가입한 날짜부터 유효합니다. MLTC 플랜 가입은 자발적입니다.

New York Independent Assessor Program(NYIAP) – 초기 평가 절차

NYIAP는 PCS 및/또는 CDPAS의 즉각적인 필요성에 근거하여 2022년 12월 1일부터 신속한 초기 평가를 수행하기 시작했습니다.

초기 평가 절차에는 다음 사항을 완료하는 것이 포함됩니다.



CHA(지역사회 건강 평가): CHA는 귀하에게 개인 요양 서비스 및/또는 소비자 주도 개인 지원 서비스(PCS/CDPAS)가 필요한지, Managed Long-Term Care 플랜에 가입할 자격이 있는지 확인하는 데 활용됩니다.



PO(임상 진료 예약 및 의료인 요청): PO는 귀하의 임상 진료 예약에 관한 기록으로, 귀하에 대해 다음과 같은 내용을 나타냅니다.

- 귀하의 일상 활동에 도움이 필요하다는 점
- 귀하의 의학적 상태가 안정적이므로 가정에서 PCS 및/또는 CDPAS를 받을 수 있다는 점

NYIAP에서는 CHA와 임상 진료 예약을 둘 다 예약해 드립니다. CHA는 숙련된 RN(등록 간호사)을 통해 완료됩니다. CHA가 끝나고 수일 후에는 NYIAP의 임상사가 임상 진료 예약 및 PO를 완료하게 됩니다.

SWH of NY는 CHA 및 PO 결과를 바탕으로 귀하에게 어떤 도움이 필요한지 확인하고 귀하의 요양 플랜을 수립합니다. 귀하의 요양 플랜에 따라 평균적으로 하루 13시간 이상의 PCS 및/또는 CDPAS가 필요한 경우, NYIAP IRP(독립심사단)의 심사를 별도로 받으셔야 합니다.

IRP는 귀하의 CHA, PO, 요양 플랜 및 기타 의료 기록을 심사할 의료 전문가 자문단입니다. 추가 정보가 필요하신 경우 이 자문단의 소속 의료인이 귀하를 진찰하거나, 귀하의 요구사항에 대해 상의할 수 있습니다. IRP는 해당 요양 플랜이 귀하의 요구사항에 부합하는지 여부에 대해 SWH of NY에 권고합니다.

NYIAP가 초기 평가 절차를 완료한 후 귀하에게 Medicaid Managed Long-Term Care 플랜에 가입할 자격이 있다고 판단하면, Managed Long-Term Care 플랜 중 어떤 것에 가입할지 선택하실 수 있습니다.

가입 방법

SWH of NY에 가입하려면 NYIAP 평가를 포함한 NYIAP의 자격 심사 절차를 거쳐야만 합니다. 기존 플랜에서 다른 플랜으로 전환하려는 경우에는 NYIAP 평가를 새로 받을 필요가 없습니다.

평가의 목적은 중단 없는 121일 이상의 장기 요양 서비스에 대한 귀하의 자격 유무를 확인하는 것입니다.

NYIAP에서 귀하가 MLTC 플랜에 가입할 자격이 있다고 판단하면 원하는 MLTC 플랜을 선택하실 수 있습니다.

SWH of NY를 선택하실 경우, 간호사가 CHA 심사 및 NYIAP 평가 결과에 따른 요양 플랜 수립을 위해 귀하께 연락하여 대면 또는 원격 의료 방문을 예약합니다. 필요에 따라 CHA를 심사하고 요양 플랜을 수립하기 위한 가정 방문도 진행해 드립니다. 귀하는 CHA 심사 과정에서 개인 중심 서비스 플랜, 개인 맞춤형 목표 및 요구사항에 따른 요양 플랜에 대해 제안을 받게 됩니다. NYIAP CHA 결과에 따른 SWH of NY 요양 플랜을 수락하고 SWH of NY를 선택하면 SWH of NY가 귀하의 가입 서류를 작성합니다. 귀하의 가입 서류가 New York Medicaid Choice에 접수되면 SWH of NY에 가입하실 수 있습니다. 귀하의 SWH of NY 가입은 다음과 같이 진행됩니다.

- NYIAP 평가 및 가입 서류 접수가 이번 달 20일까지 완료되면 다음 달 1일부터 가입이 유효해집니다.
- NYIAP 평가 및 서류 접수가 이번 달 20일까지 완료되지 않으면 늦어도 다다음 달 1일까지 가입을 완료하셔야 합니다.

가입 철회 방법

가입 서류 절차를 완료한 후에도 마음을 바꾸어 가입을 철회하실 수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 대리인이 SWH of NY 가입을 철회하고자 하는 경우, SWH of NY 가입이 완료된 달의 전월 20일 정오까지 구두 또는 서면으로 알려주시면 됩니다. 해당 달의 20일 이후에 가입이 완료된 경우에도 자발적으로 요청하여 SWH of NY를 해지하실 수 있습니다. SWH of NY는 가입 전이나 가입 도중, 심지어 가입이 완료된 후에도 귀하 또는 귀하의 대리인의 가입 철회 요청을 접수한 즉시 언제든지 처리해 드립니다.

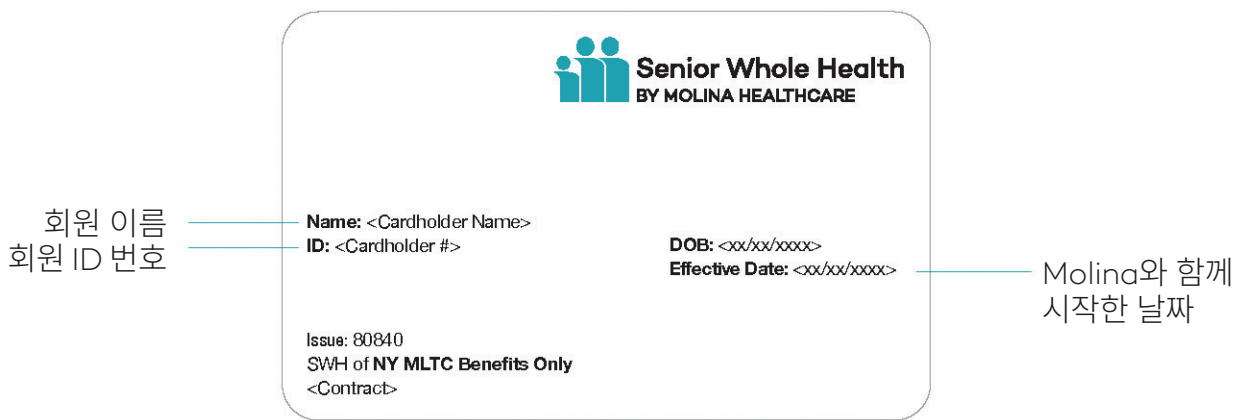
가입이 거부되면 어떻게 되나요?

SWH of NY가 가입 거부를 권고하면 해당 플랜 측에서 이를 New York Medicaid Choice(NYMC)에 통지하고, NYMC가 거부에 동의하면 그 결정을 통지하는 서신을 귀하께 보내드립니다.

플랜 회원(ID) 카드

귀하는 가입 유효일로부터 7~10일 이내에 SWH of NY 신분증(ID) 카드를 받게 됩니다. 카드의 모든 정보가 정확한지 확인하십시오. ID 카드와 Medicaid 카드를 항상 지참하십시오.

카드를 분실하거나 도난당한 경우 **(877) 353-0185(TTY: 711)**번으로 회원 서비스부에 연락하십시오.



SWH of NY의 보장 서비스

요양 관리 서비스

귀하는 당사 플랜의 회원으로서 요양 관리 서비스를 받게 됩니다. 당사 플랜에서는 의료 전문가(일반적으로 간호사 또는 사회복지사)인 요양 관리자를 배정해 드립니다. 귀하의 요양 관리자는 귀하 및 귀하의 주치 의사와 함께 귀하에게 필요한 서비스를 결정하고 요양 플랜을 수립합니다. 이외에도 귀하의 요양 관리자는 귀하에게 필요한 서비스의 예약을 조정하고 해당 서비스 지역까지의 교통편을 준비합니다.

요양 관리자는 장기 요양, 급성 치료, 지역사회 치료 분야의 경력이 있으면서 가정 내 서비스 및 지역사회 기반 서비스와 장기 지원 서비스에 대한 지식을 갖춘 임상 의입니다. 요양 관리자는 노인 요양, 허약/만성 질환에 대한 지식과 경력이 있으며 치매, 알츠하이머병, 행동 건강 및 기타 인지 장애 등의 상태를 이해합니다. 요양 관리자는 귀하가 요양 및 건강 상태를 관리할 수 있도록 도와드립니다.

귀하의 요양 관리자는 귀하와 함께 귀하의 요양 및 서비스 요구사항에 적합한 종합 PCSP(개인 중심 서비스 플랜)를 구성합니다. 요양 관리 서비스는 PCSP에 명시된 보장 서비스뿐만 아니라 PCSP를 지원하는 의료, 사회복지, 교육, 금융 및 기타 서비스를 받는 데 유용합니다.

귀하의 영양 관리자는 적어도 한 달에 한 번, 그리고 필요에 따라 귀하와 만나 PCSP 및 서비스 요구사항을 검토합니다. 또한 귀하의 현재 건강 상태를 검토하고, PCSP에서 승인된 진료 및 서비스에 대한 자격의 유지 여부를 확인합니다. 귀하는 귀하의 영양 관리자 또는 영양 관리팀 팀원에게 전화하여 이전에 승인되지 않았거나 PCSP에 포함되지 않은 서비스를 요청하고, 이러한 서비스가 PCSP에서 승인되도록 요청할 수 있습니다. 귀하의 영양 관리자와 복합 영양팀의 다른 팀원들이 귀하의 요청을 검토한 다음 해당 요청 또는 서비스가 승인되었는지, PCSP에 추가될 것인지 알려드립니다.

요양 관리자의 연중무휴 상담

주 7일, 24시간 중 언제든지 영양 관리자와 전화로 상담하실 수 있습니다. 주말, 공휴일 및 근무 시간 이후에 거신 전화의 경우 당직 영양 관리자가 당일에 응답해 드립니다.

(877) 353-0185(TTY:711)번으로 전화하여 담당 관리자에게 문의하십시오.

유연한 개인 중심 요양 플랜

당사는 귀하의 요구사항과 서비스가 변경될 수 있다는 점을 알고 있습니다. 당사는 귀하의 개인적인 요구사항에 맞는 PCSP를 수립할 수 있도록 유연한 태도로 임합니다. 당사가 제공하는 혜택에는 귀하가 가정과 지역사회에 머무르며 독립적인 생활을 유지할 수 있도록 돕는 다양한 장기 지원 서비스와 가정/지역사회 기반 서비스가 포함됩니다. 귀하의 영양 관리자는 귀하, 귀하의 주치의(그리고 원하시는 경우 간병인 또는 가족 구성원)와 함께 PCSP를 수립하고, 귀하와 귀하의 가족이 적절한 의료 및 사회복지 서비스를 결정할 수 있도록 도와드립니다. 귀하는 SWH of NY에 가입한 후 15일 이내에 승인된 PCSP를 받게 되며, 재평가 또는 연간 평가 시에도 다시 받게 됩니다.

추가 보장 서비스

귀하가 Medicaid에 가입되어 있고 MLTC 가입 자격을 갖추었으므로, 당사 플랜 측에서 아래에 설명된 추가 건강 및 사회복지 서비스를 조정하고 관련 비용을 부담합니다. 이러한 서비스가 의학적으로 필요한 경우, 즉 질병 또는 장애를 예방하거나 치료하는 데 필요한 경우 서비스를 받으실 수 있습니다. 귀하의 영양 관리자는 귀하에게 필요한 서비스와 의료 제공자를 파악하도록 도와드립니다. 경우에 따라서는 주치의의 진료 의뢰 또는 처방을 받아야 이러한 서비스를 받으실 수 있습니다. 해당 서비스는 SWH of NY 네트워크에 속한 의료 제공자를 통해서만 받으셔야 합니다. 당사 플랜에서 의료 제공자를 찾을 수 없는 경우, SWH of NY 영양 관리팀 및 이용 관리팀이 협력하여 의학적으로 필요한 서비스를 네트워크 외 의료 제공자에게 요청합니다. 해당 서비스는 통상적으로 귀하에게 의학적으로 필요한 기간 동안 보장되며, 네트워크 내 의료 제공자가 그러한 서비스를 제공하지 않는 경우에만 적용됩니다.

귀하의 영양 관리팀은 개인 중심 서비스의 일환으로 귀하 및 귀하의 PCP(일차 의료 제공자)와 함께 보장 서비스와 귀하의 개인 중심 서비스 플랜에 허가 및 포함되어야 하는 진료를 평가합니다. 귀하의 영양 플랜에서 허가된 보장 서비스는 허가 전에 귀하의 영양 관리자와 이용

관리팀의 승인을 받아야 합니다. 귀하의 영양 관리팀은 귀하의 PCP 및/또는 전문의와 협력하여 다음 서비스에 대한 처방전을 받습니다.

- 외래 재활
- 개인 영양(예: 목욕, 식사, 옷 입기, 걷기, 화장실 가기 등 보조)
- Medicare에서 보장하지 않는 가정 의료 서비스(간호, 가정 건강 도우미, 작업치료, 물리치료, 언어치료 포함)
- 영양
- 의료 사회복지 서비스
- 가정 배달 식사 및/또는 단체 생활(예: 주간 요양원)에서의 식사
- 사회복지사 주간 영양 서비스
- 개인 간호사 서비스
- 치과
- 사회복지/환경 지원(예: 가사 서비스, 주택 보수 또는 단기 영양)
- 개인 응급 대응 시스템
- 성인 주간 영양 서비스
- Medicare에서 보장하지 않는 요양원 영양 서비스(기관형 Medicaid 가입 자격을 갖춘 경우만 해당)
- 청각 진료
- DME
- 의료용품
- 보철 및 보조기
- 시력 검사
- 소비자 주도 개인 지원 서비스
- 족부 진료
- 호흡기 치료



추가 보장 서비스

성인 데이 케어	주거형 의료 시설이나 승인된 확장 시설에서 실시하는 요양 및 서비스는 다음 조건이 충족되는 경우에만 제공되어야 합니다. • 의사의 의학적 지시를 받음 • 성인 주간 요양 서비스 담당 직원이 실시함 • 회원의 전반적인 요구사항에 대한 평가 결과 및 요양 플랜에 따름 • 의료 서비스 계획을 지속적으로 조정해야 함 교통편을 포함해야 함 사전 승인을 받아야 합니다.
청각 진료	귀하의 청력 향상에 유용한 치료 및 장비를 지원해 드립니다. 청력 검사 및 보청기는 SWH of NY 서비스 지역 현지의 독립 청각 전문의 네트워크를 통해 제공됩니다. 모든 검사는 완전 면허를 소지한 청각 전문의가 실시합니다. 청력 검사가 필요하다고 판단하신 경우, 다른 건강 문제가 청력에 영향을 미치지 않는지 확인하기 위해 귀하께 먼저 주치의의 진료를 받도록 요청할 수 있습니다. 보청기용 배터리도 보장 범위에 포함됩니다. 사전 승인을 받아야 합니다.
소비자 주도 개인 지원 서비스(CDPAS)	일상생활(ADL)에 대한 의료 지원이 필요하거나 전문 간호 서비스가 필요한 만성 질환 또는 신체 장애가 있는 회원을 위한 서비스입니다. 개인 요양 도우미(가정 간병인), 가정 건강 도우미 또는 간호사가 제공하는 모든 서비스가 포함됩니다. 귀하는 유연하고 자유롭게 간병인을 선택할 수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 대리인은 간병인의 고용, 교육, 감독 및 해고(필요한 경우)에 대한 책임이 있습니다. 사전 승인을 받아야 합니다.

추가 보장 서비스

치과

치아와 잇몸을 치료하는 특수 의료 제공자의 서비스입니다. 치과 서비스는 DentaQuest에서 제공합니다. 이 서비스에 대해 궁금한 점이 있는 경우 **(855) 343-4272** 번으로 문의하시면 됩니다. 보장 서비스에 포함된 항목은 다음과 같습니다.

- 연례 구강 검사 및 세정
- 의학적으로 필요한 의치(틀니) 및 교정 (4년마다 전체 세트 1회 제공)
- 치아 임플란트(의학적으로 필요한 경우에 한함)*

*치아 임플란트의 시술 여부에 대해서는 사전 승인을 받아야 합니다. 이 서비스를 요청할 경우 임플란트가 귀하의 의학적 문제에 어떤 도움이 될지를 설명하는 의사의 소견서를 동봉해야만 합니다. 이외에도 다른 방법으로 귀하의 상태를 개선할 수 없는 이유와 임플란트가 필요한 이유를 설명하는 치과 의사의 소견서가 필요합니다.

내구성 있는 의료 장비(DME)

귀하에게 제공되는 의료 서비스 및 귀하의 자가 관리에 유용한 품목입니다. DME에는 의료/수술용품, 장내 및 비경구 처방약, 보청기 배터리, 보철, 보조기 및 정형외과 신발, 지팡이, 병원 침대, 휠체어, 산소호흡기 및 보행기가 포함됩니다. 일부 장비의 경우 사전 승인을 받아야 할 수 있습니다.

가정 배달 식사 또는 단체 식사

식사를 준비할 수 없거나 준비된 식사를 제공받을 수 없는 분들을 위해 가정 또는 단체 생활(예: 양로원)에서 제공되는 식사 사전 승인을 받아야 합니다.

가정 의료 서비스 (Medicare 미보장)

귀하의 가정에서 제공되는 서비스입니다. 이 서비스는 면허가 있는 직원 또는 면허가 없는 직원이 제공할 수 있습니다. 간호, 가정 건강 도우미, 작업치료, 물리치료, 언어치료가 포함됩니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

추가 보장 서비스

의료 사회 복지 서비스

귀하가 가정에 머물 수 있도록 사회적 문제를 점검 및 준비하고 그에 따른 도움을 드립니다. 이 서비스는 자격을 갖춘 사회복지사가 실시하며 요양 플랜의 범위 내에서 제공됩니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

의료용품

의학적 상태를 관리하는 데 필요한 제품입니다. 이러한 제품은 일반적으로 타인이 재사용할 수 없습니다. 당사는 New York Medicaid에 따라 정맥 울혈성 궤양 치료 시 사용할 경우에만 압박/지지 스타킹의 가격을 부담할 수 있습니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

영양

이 서비스에는 영양적 필요 평가, 치료 계획 수립 및 평가, 영양 교육 및 상담이 포함됩니다. 서비스 제공 시 문화적 요인도 감안해야 합니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

요양원 요양 서비스(Medicare 미보장)

요양원은 병원 입원이 필요 없지만 가정에서 돌봄을 받을 수도 없는 분들을 위한 장소입니다. 대부분의 요양원에는 간호 보조원과 숙련된 간호사가 하루 24시간 대기하고 있습니다.

어떤 요양원은 병원처럼 운영되기도 합니다. 직원들은 의료 서비스 외에도 물리치료, 언어치료 및 작업치료를 수행합니다. 총마다 간호사실이 있는 경우도 있습니다. 다른 요양원에서는 더 가정적인 분위기를 조성하고자 노력합니다. 이러한 요양원에서는 환자를 이웃 주민처럼 친근하게 대하려 합니다. 일일 일정이 정해지지 않은 경우가 흔하며, 모든 입소자에게 주방 사용이 허용된 경우도 있습니다. 이곳에서는 직원들이 입소자와 친분을 쌓도록 장려합니다.

추가 보장 서비스

제한사항:

요양원 요양 서비스는 3개월 이상의 장기 입원 환자로 간주되는 분들에게 보장됩니다. 해당 기간 이후에는 일반 Medicaid를 통해 요양원 요양 서비스가 보장될 수 있으며, 귀하의 SWH of NY 가입이 해지됩니다.

일부 요양원은 알츠하이머병과 같이 심각한 기억장애가 있는 분들을 위한 특수 병동을 갖추고 있습니다. 요양원은 노인뿐만 아니라 24시간 요양이 필요한 모든 사람을 위한 시설입니다. SWH of NY에서 요양원 요양 서비스 비용을 부담하기 위해서는 귀하가 New York의 Medicaid를 통해 요양원 요양 서비스를 받을 자격이 있어야만 합니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

시력 검사

시력 검사 서비스에 포함된 항목은 다음과 같습니다.

- 연례 예방용 안과 검사
- 의학적으로 필요한 안과 검사
- 네트워크 소속 검안사가 제공하는 안경(의학적으로 필요한 경우에 한함)
- 안경은 처방전이 변경되지 않는 한 2년에 한 번만 제공됩니다. 원시, 근시 교정이 모두 필요한 회원은 2년에 한 번씩 안경을 받을 수 있습니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

외래 재활

보장 서비스에 포함된 항목은 다음과 같습니다.

- 물리치료 및 작업치료
- 언어치료
- 심장 재활치료
- 사회적 심리치료
- CORF(종합 외래 재활 시설) 서비스

사전 승인을 받아야 합니다.

개인 요양 서비스

귀하가 요양원에 가는 대신 가정에 머물 수 있도록 돕는 서비스입니다. 개인 요양 서비스에는 가사 활동, 식사 준비, 목욕, 화장실 사용, 개인 위생 관리 등의 서비스가 포함됩니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

추가 보장 서비스

개인 응급 대응 시스템(PERS)

안전하지 않거나 넘어져서 혼자 일어날 수 없는 경우 경보가 울리는 전자 기기입니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

족부 진료

족부(발) 전문의의 발 관리 서비스입니다. 발 관리 서비스에는 의학적으로 필요한 경우 초기 검사, 발톱 다듬기, 굳은살 제거가 포함될 수 있습니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

개인 간호사 서비스

이 서비스는 NYS Education Department에서 발급받은 면허대로 현재 등록되어 있는 RN(등록 간호사) 또는 LPN(면허 소지 간호조무사)이 실시해야만 합니다. 승인된 공인 가정 의료기관, 면허가 있는 가정 요양기관 또는 개인 개업의를 통해 서비스가 제공될 수 있습니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

보철 및 보조기

보철은 상실된 신체 부위를 대체하기 위해 사용되는 인공 신체 부위(치아 제외)입니다. 보조기는 신발에 사용되는 특수 삽입물입니다.

- 처방 신발은 당뇨병 치료 또는 신발이 다리 보조기(목발)에 포함된 경우로 제한됩니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

호흡기 치료

당사는 귀하에게 필요한 의료 장비, 용품, 호흡기 치료, 산소호흡기에 관하여 의료 전문가와 상의합니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

추가 보장 서비스

사회복지사 주간 요양 서비스

사회복지사 주간 요양 서비스는 귀하가 돌봄을 받으면서 타인과 만날 수 있는 안전한 장소에 마련됩니다. 사회복지사 주간 요양 서비스에는 다른 성인과의 시간, 감독, 개인 관리, 영양 관련 지원이 포함됩니다. 일부 사회복지사 주간 요양 시설에서는 더 많은 서비스를 제공하며, 해당 서비스에는 간병인을 위한 지원, 생활 기술 지원, 진료 조정, 교통편 제공이 포함될 수 있습니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

사회복지/환경 지원

사회복지 지원은 귀하가 타인과 계속 연락을 주고받을 수 있도록 돕는 담당자 및 도구를 말합니다. 환경 지원은 귀하가 스스로 일을 할 수 있는 능력을 향상시키거나 귀하의 요양에 유용한 능력을 향상시키기 위해 가정을 변화시키는 서비스입니다. 사회복지/환경 지원에는 주택 보수 작업, 주부/가사 서비스, 주거 환경 개선, 단기 요양 등의 서비스가 포함됩니다.

사전 승인을 받아야 합니다.

제한사항

장내 처방약 및 영양제는 다른 방법으로 영양을 섭취할 수 없는 분들에게 다음 경우에 한해 제공됩니다.

1. 음식을 씹거나 삼킬 수 없어 튜브로 주입되는 처방약으로만 영양을 섭취해야 하는 삽관 환자
2. 희귀 선천성 대사장애가 있어 특정 의료용 제제를 복용해야 다른 방법으로는 섭취가 불가능한 필수 영양소를 공급받을 수 있는 환자

특정 아미노산 및 유기산 대사 유전병에 대한 보장 서비스에는 단백질 함유량이 적거나 유전자 변형 단백질이 함유된 유전자 변형 고형 식품이 포함됩니다.

요양원 요양 서비스는 3개월 이상의 장기 입원 환자로 간주되는 분들에게 보장됩니다. 해당 기간 이후에는 일반 Medicaid를 통해 요양원 요양 서비스가 보장될 수 있으며, 귀하의 SWH of NY 가입이 해지됩니다.

서비스 지역 외부에서 요양 서비스 받기

보장 지역 외부로 이동할 경우 귀하의 요양 관리자에게 알려주셔야만 합니다. 보장 지역 외부에서 서비스가 필요한 경우, 담당 요양 관리자에게 연락하여 서비스를 조정할 수 있도록 도움을 받아야 합니다.

응급 서비스

응급 서비스는 귀하의 건강을 심각하게 위협하는 상태가 갑작스럽게 발생한 경우 제공되는 서비스입니다. 의료 응급 상황이 발생하면 911로 전화하십시오. 응급 서비스에 대해서는 사전 승인이 필요하지 않습니다. 단, 응급 상황 발생 후 24시간 이내에 SWH of NY에 알려셔야 합니다. SWH of NY를 통해서만 제공되는 장기 요양 서비스를 받으셔야 할 수 있습니다.

입원한 경우에는 가족이나 다른 간병인을 통해 입원 후 24시간 이내에 SWH of NY에 연락하셔야 합니다. 담당 요양 관리자가 귀하의 가정 요양 서비스를 일시 중단하고, 필요에 따라 다른 진료 예약도 취소할 것입니다. 병원 퇴원 시 SWH of NY와 함께 요양 플랜을 수립할 수 있도록, 귀하의 주치의 또는 병원 퇴원 계획 담당자에게 반드시 SWH of NY에 연락해 달라고 알려십시오.

전환 요양 절차

SWH of NY 신규 회원은 가입일로부터 최대 60일간의 전환 기간 동안 네트워크 외 의료 제공자를 통해 치료를 계속 받을 수 있습니다. 이러한 경우 의료 제공자는 플랜 요율에 따른 납부를 수락하고, SWH of NY의 품질 보증 및 기타 정책을 준수하며, 귀하의 치료에 대한 의료 정보를 플랜 측에 제공해야 합니다.

귀하의 의료 제공자가 네트워크를 탈퇴하더라도 귀하는 최대 90일간의 전환 기간 동안 치료를 계속 받을 수 있습니다. 이러한 경우 의료 제공자는 플랜 요율에 따른 납부를 수락하고, 플랜의 품질 보증 및 기타 정책을 준수하며, 귀하의 치료에 대한 의료 정보를 플랜 측에 제공해야 합니다.

Money Follows the Person(MFP)/Open Doors

이 섹션에서는 Money Follows the Person(MFP)/Open Doors를 통해 제공되는 서비스와 지원에 대해 설명합니다. MFP/Open Doors는 요양원에서 가정이나 지역사회로 거주지로 복귀할 수 있도록 돕는 프로그램입니다. 귀하는 다음과 같은 경우 MFP/Open Doors 서비스를 받을 자격이 있습니다.

- 3개월 이상 요양원에서 생활한 경우
- 지역사회에서 제공되는 서비스를 통해 건강 관리가 가능한 경우

MFP/Open Doors에는 전환 전문가/동료로 불리는 담당자들이 있는데, 요양원에서 이 담당자를 만나 지역사회로의 복귀에 대해 상담하실 수 있습니다. 전환 전문가/동료는 요양 관리자 및 퇴원 계획 담당자와 다릅니다. 전환 전문가/동료는 다음과 같은 방법으로 귀하를 도와드립니다.

- 지역의 서비스 및 지원에 대한 정보 제공하기

- 지역사회에서 제공되는 독립 생활 지원 서비스 찾아보기
- 이사 후 방문하거나 전화하여 가정 생활에 필요한 물품이 있는지 확인하기

MFP/Open Doors에 대해 자세한 정보가 필요하거나 전환 전문가/동료의 방문을 준비하려면 New York Association on Independent Living에 **(844) 545-7108** 번으로 전화하시거나, mfp@health.ny.gov로 이메일을 보내십시오. 웹사이트 (health.ny.gov/mfp 또는 ilny.org)를 통해 MFP/Open Doors를 방문하셔도 됩니다.

당사 플랜에서 보장하지 않는 Medicaid 서비스

SWH of NY에서는 일부 Medicaid 서비스를 보장하지 않지만, 일반 Medicaid에 따라 해당 서비스가 보장되는 경우도 있습니다. Medicaid 혜택 카드를 사용하면 Medicaid에 가입한 모든 의료 제공자로부터 해당 서비스를 받으실 수 있습니다. 혜택이 SWH of NY로 보장되는지, 아니면 Medicaid로 보장되는지 여부에 대해 궁금하시면 **(877) 353-0185 (TTY: 711)**번으로 회원 서비스부에 전화하십시오. Medicaid 혜택 카드 사용 시 Medicaid로 보장되는 일부 서비스는 다음과 같습니다.

약국

대부분의 처방약 및 비처방약과 복합 처방약은 귀하가 Medicare에 가입되어 있는 경우 일반 Medicaid 또는 Medicare 파트 D로 보장됩니다.

다음에 포함하는 특정 정신건강 서비스:

- 정신과 집중 재활치료
- 주간 치료
- 심각하고 지속적인 정신 질환자를 위한 증례 관리(주 또는 지역의 정신건강 기관에서 후원함)
- Medicare에서 보장하지 않는 부분 입원 요양 서비스
- 사회복지 시설에 입소해 있거나 가족 기반 치료를 받고 있는 분들을 위한 재활 서비스
- 지속적인 주간 치료
- 적극적인 지역사회 기반 치료
- 개인 맞춤형 회복 지향 서비스

다음에 포함하는 특정 지적/발달장애 서비스:

- 장기 치료
- 주간 치료
- Medicaid 서비스 조율
- Home- and Community-Based Services Waiver에 따라 제공되는 서비스

다음을 포함하는 기타 Medicaid 서비스:

- 메타돈 투여
- 결핵(TB)에 대한 직접 관찰 치료
- HIV COBRA 증례 관리
- 가족계획
- 의학적으로 필요한 특정 배란 촉진제(기준을 충족하는 경우)

SWH of NY 또는 Medicaid에서 보장하지 않는 서비스

귀하의 의료 제공자가 이 서비스가 보장되지 않는다는 사실을 사전에 귀하에게 통지하여 귀하가 그 비용을 부담하기로 동의한 경우, SWH of NY 또는 Medicaid에서 보장하지 않는 서비스의 비용은 귀하가 부담해야만 합니다. SWH of NY 또는 Medicaid에서 보장하지 않는 서비스의 예는 다음과 같습니다.

- 의학적으로 필요 없는 성형 수술
- 개인 소지품 및 편의용품
- 플랜에 포함되지 않은 의료 제공자의 서비스(단, SWH of NY에서 귀하를 해당 의료 제공자에게 보내는 경우는 예외)

궁금한 점이 있으시면 회원 서비스부에 **(877) 353-0185(TTY: 711)** 번으로 전화해주십시오.



서비스 승인, 조치, 항소 제기

치료 또는 서비스의 승인을 요청하는 행위를 서비스 승인 요청이라고 합니다. 서비스 승인 요청을 제출하려면 귀하 또는 귀하의 의료 제공자가 당사 수신자 부담 회원 서비스 번호, 즉 **(877) 353-0185(TTY: 711)** 번으로 전화하거나, 15 MetroTech Center, 11th Floor, Brooklyn, NY 11201로 서면 요청을 보내면 됩니다.

당사는 특정 기간 동안 특정 금액의 서비스를 승인합니다. 이 기간을 승인 기간이라고 합니다.

사전 승인

일부 보장 서비스는 귀하가 해당 서비스를 받기 전에, 혹은 계속 받기 위해서 SWH of NY 이용 관리(UM)팀으로부터 사전 승인을 받아야 합니다. 귀하 또는 귀하가 신뢰하는 사람이 이 승인을 요청하면 됩니다. 다음 치료 및 서비스는 실시 전에 승인을 받아야만 합니다.

- | | |
|--|---|
| • 성인 주간 영양 서비스 | 자격을 갖춘 경우만 해당) |
| • 청각 진료 | • 영양 |
| • CDPAS | • 시력 검사 |
| • 치과(치아 임플란트의 시술 여부에 대해서는 사전 승인이 필요함) | • 외래 재활 |
| • DME(일부 장비의 경우 사전 승인이 필요할 수 있음) | • 개인 요양(예: 목욕, 식사, 옷 입기, 화장실 가기, 걷기 등 보조) |
| • 가정 배달 식사 및/또는 단체 생활(예: 주간 요양원)에서의 식사 | • PERS |
| • Medicare에서 보장하지 않는 가정 의료 서비스(간호, 가정 건강 도우미, 작업치료, 물리치료, 언어치료 포함) | • 족부 진료 |
| • 의료 사회복지 서비스 | • 개인 간호사 서비스 |
| • 의료용품 | • 보철 및 보조기 |
| • Medicare에서 보장하지 않는 요양원 요양 서비스(기관형 Medicaid 가입) | • 호흡기 치료 |
| | • 사회복지사 주간 영양 서비스 |
| | • 사회복지/환경 지원(예: 가사 서비스, 주택 보수 또는 단기 요양) |

동시 검토

귀하는 현재 받고 있는 서비스보다 더 많은 서비스를 받게 해 달라고 SWH of NY에 요청할 수도 있습니다. 이 절차를 동시 검토라고 합니다.

소급 검토

당사는 때때로 귀하가 받고 있는 요양 서비스가 여전히 필요한지 확인하기 위해 검토를 실시합니다. 또한 귀하가 이미 받은 기타 치료 및 서비스를 검토할 수도 있습니다. 이를 소급 검토라고 합니다. 당사가 이러한 검토를 실시할 경우 귀하에게 알려드리겠습니다.

서비스 승인 요청이 접수되면 어떻게 되나요?

플랜 측에는 귀하가 당사에서 약속한 서비스를 받도록 지원하는 검토팀이 있습니다. 이 검토팀은 의사 및 간호사로 구성됩니다. 이들이 하는 일은 귀하가 요청한 치료나 서비스가 의학적으로 필요하고 귀하에게 적합한지 확인하는 것입니다. 이는 허용되는 의학 표준에 따라 귀하의 치료 계획을 검토하는 일입니다.

당사는 서비스 승인 요청을 거부하거나 요청받은 금액보다 낮은 금액의 서비스를 승인하는 결정을 내릴 수 있습니다. 이러한 결정은 자격을 갖춘 의료 전문가가 내릴 것입니다. 당사가 요청받은 서비스에 대해 의학적으로 필요하지 않다고 결정하는 경우, 임상 동료 검토자(요청받은 의료 서비스를 통상적으로 제공하는 의사, 간호사 또는 의료 전문가)가 이 결정을 내립니다. 귀하는 이러한 의학적 필요성과 관련된 조치를 위한 결정을 할 때 사용하는, 임상 검토 기준이라고 불리는 특정 의학 표준을 요청하실 수 있습니다.

당사는 귀하의 요청을 받은 후 표준 또는 신속 절차에 따라 해당 요청을 검토합니다. 서비스가 지연되어 건강에 심각한 해를 끼칠 것이라고 판단되는 경우, 귀하 또는 귀하의 주치의가 신속 검토를 요청할 수 있습니다. 당사가 신속 검토 요청을 거부할 경우 귀하에게 이를 알려드리며, 귀하의 요청은 표준 검토 절차에 따라 처리됩니다. 당사는 어떠한 경우라도 귀하의 의학적 상태에 따라 최대한 신속하게 귀하의 요청을 검토합니다. 단, 검토 기간이 아래에 명시된 기한을 초과하지는 않습니다.

사전 승인 요청에 대한 처리 기한

표준 검토:	신속 검토:
당사는 필요한 정보가 모두 접수된 때부터 영업일 기준 삼(3)일 이내에 귀하의 요청에 대한 결정을 내립니다. 귀하의 요청을 접수한 날로부터 14일 이내에 결과를 알려드립니다. 추가 정보가 필요하면 14일째 되는 날에 알려드리겠습니다.	당사에서 결정을 내리고 그 결과를 72시간 이내에 알려드리겠습니다. 추가 정보가 필요하면 72시간 이내에 알려드리겠습니다.

동시 검토 요청에 대한 처리 기한

표준 검토:	신속 검토:
당사는 필요한 정보가 모두 접수된 때부터 영업일 기준 일(1)일 이내에 결정을 내립니다. 귀하의 요청을 접수한 날로부터 14일 이내에 결과를 알려드립니다.	당사는 필요한 정보가 모두 접수된 때부터 영업일 기준 일(1)일 이내에 결정을 내립니다. 귀하의 요청을 접수한 후 그 결과를 72시간 이내에 알려드리겠습니다. 추가 정보가 필요하면 영업일 기준 일(1)일 이내에 알려드리겠습니다.



귀하의 서비스 요청에 대한 표준 또는 신속 결정을 내리는 데 추가 정보가 필요한 경우, 위의 처리 기한이 최대 14일 연장될 수 있습니다. 당사는 결정 절차를 다음과 같이 진행합니다.

- 어떤 정보가 필요한지 귀하에게 서면으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 신속 검토 대상인 경우에는 즉시 전화로 알려드린 후 통지서를 보내드립니다.
- 그로 인한 지연이 귀하에게도 최선인 이유를 설명해 드립니다.
- 필요한 정보를 접수하는 즉시 최대한 신속하게 결정하되, 추가 정보를 요청드린 날로부터 14일을 넘기지 않습니다. 귀하, 귀하의 의료 제공자 또는 귀하가 신뢰하는 사람이 당사에 결정 기한 연장을 요청해도 됩니다. 그러한 연장 요청의 사유는 귀하가 귀하의 사례에 대해 결정을 내리는 데 유용한 추가 정보를 플랜 측에 제공할 수 있다는 점이어야 합니다. 이 요청은 **(877) 353-0185(TTY: 711)**번으로 전화하여 진행할 수 있습니다.

당사에서 귀하의 요청을 검토하는 데 필요한 시간을 연장하기로 결정한 것에 동의하지 않으실 경우, 귀하 또는 귀하가 신뢰하는 사람이 플랜 측에 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하 또는 귀하가 신뢰하는 사람은 New York State Department of Health에 **(866) 712-7197** 번으로 전화하여 검토 시간에 대한 불만을 제기해도 됩니다.

귀하가 요청한 사항의 일부 또는 전부에 대한 당사의 답변이 '예'인 경우, 당사는 서비스를 승인하거나 귀하가 요청한 항목을 제공합니다.

귀하가 요청한 사항의 일부 또는 전부에 대한 당사의 답변이 '아니오'인 경우, 당사는 그 이유를 설명하는 통지서를 보내드립니다. 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 22페이지의 **항소**를 제기하려면 어떻게 해야 하나요?를 참고하여 항소를 제기할 수 있습니다.

조치란 무엇인가요?

SWH of NY가 귀하 또는 귀하의 의료 제공자가 요청한 서비스를 거부하거나 제한하는 경우, 진료 의뢰 요청을 거부하는 경우, 요청받은 서비스가 보장 혜택이 아니라고 결정하는 경우, 당사가 이미 승인한 서비스를 제한, 축소, 일시 중단 또는 종료하는 경우, 서비스 비용 부담을 거부하는 경우, 서비스를 적시에 제공하지 않는 경우, 혹은 요구된 기한 내에 불만 또는 항소 결정을 내리지 않는 경우, 이러한 행위를 플랜 “조치”라고 합니다. 귀하는 조치에 대해 항소를 제기할 수 있습니다. (자세한 정보는 22페이지의 '항소를 제기하려면 어떻게 해야 하나요?'를 참조하십시오.)

조치 통지 시기

귀하가 요청한 서비스를 거부하거나 제한하기로 결정하는 경우, 혹은 보장 서비스의 전부 또는 일부에 대한 비용을 부담하지 않기로 결정하는 경우, 당사는 결정을 내리는 시점에 귀하에게 통지서를 보내드립니다.

당사가 승인된 서비스를 제한, 축소, 일시 중단 또는 종료하려는 경우, 서비스 변경 예정일의 최소 10일 전에 해당 내용을 설명하는 서신을 보내드립니다.

조치 통지서의 내용

당사가 조치와 관련하여 보내드리는 모든 통지서에는 다음 내용이 포함됩니다.

- 당사가 이미 취했거나 취하려는 조치에 대한 설명
- 임상적 근거(있는 경우)를 포함한 해당 조치의 이유에 대한 설명
- 당사에 항소를 제기할 수 있는 귀하의 권리에 대한 설명(귀하가 해당 주의 외부 항소 절차를 이용할 권리가 있는지 여부 포함)
- 내부 항소를 제기하는 방법과 귀하의 내부 항소에 대한 검토를 신속히 처리하도록 요청할 수 있는 상황에 대한 설명
- 의학적 필요성 문제 또는 해당 치료나 서비스가 실험적이거나 임상시험용인지 여부와 관련된 문제인 경우, 결정의 근거로 삼은 임상적 검토 기준의 유효성에 대한 설명
- 당사가 항소에 대한 결정을 내릴 수 있도록 귀하 및/또는 귀하의 의료 제공자가 제출해야만 하는 정보(있는 경우)에 대한 설명. 통지서는 항소 및 주 정부 행정심판에 대한 귀하의 권리에 대해서도 알려드립니다. 이에 관하여 포함되는 내용은 다음과 같습니다.
- 항소와 주 정부 행정심판의 차이에 대한 설명
- 주 정부 행정심판을 요청하기 전에 항소를 제기해야만 한다는 내용
- 항소 제기 방법에 대한 설명

이외에도 당사가 승인된 서비스를 축소, 일시 중단 또는 종료하는 경우, 통지서를 통해 귀하가 항소 여부를 결정하는 동안 귀하의 서비스를 계속 받을 권리에 대해 알려드립니다. 귀하의 서비스를 계속 받으려면 통지일 또는 제안해 드린 조치의 예정 유효일 중 더 늦은 날짜로부터 10일 이내에 항소를 제기하셔야만 합니다.

항소를 제기하려면 어떻게 해야 하나요?

귀하는 당사가 취한 조치에 동의하지 않는 경우 항소를 제기할 수 있습니다. 귀하가 항소를

제기할 경우 당사는 조치의 이유를 다시 검토하고, 당사가 올바른 결정을 내렸는지 확인해야만 합니다. 플랜 조치에 대한 항소는 구두 또는 서면으로 제기할 수 있습니다. 플랜 측의 조치(서비스 거부 또는 제한, 서비스 비용 미지급 등)에 대한 서신을 받으시면 통지일로부터 60일 이내에 항소 요청을 제기하셔야만 합니다. 당사가 승인된 서비스를 축소, 일시 중단 또는 종료하는 경우, 항소 여부를 결정하는 동안 귀하의 서비스를 계속 받으려면 통지일 또는 제안해 드린 조치의 예정 유효일 중 더 늦은 날짜로부터 10일 이내에 항소를 제기하셔야만 합니다.

항소 제기를 위해 플랜 측에 연락하려면 어떻게 해야 하나요?

당사에 연락하려면 **(877) 353-0185(TTY: 711)**번으로 전화하시거나 15 MetroTech Center, 11th Floor, Brooklyn, NY 11201로 서신을 보내시면 됩니다. 귀하의 항소를 접수하는 직원이 그 내용을 기록하고, 적절한 담당자가 항소 검토 절차를 감독합니다. 귀하의 항소를 접수한 사실과 처리 방법을 알리는 통지서를 보내드리겠습니다. 귀하의 항소는 귀하의 항소 대상인 플랜의 초기 결정 또는 조치에 관여하지 않은 숙련된 임상 직원의 검토를 받게 됩니다.

일부 조치의 경우 항소 절차 중 서비스 지속 요청 가능

현재 귀하가 받도록 승인된 서비스의 제한, 축소, 일시 중단 또는 종료에 항소하는 경우, 귀하가 항소를 결정하는 동안 해당 서비스를 계속 받기 위해서는 플랜 항소를 요청하셔야만 합니다. 귀하가 서비스의 제한, 축소, 일시 중단 또는 종료에 대한 통지일 또는 제안해 드린 조치의 예정 유효일 중 더 늦은 날짜로부터 10일 이내에 플랜 항소를 요청하는 경우, 당사는 귀하의 서비스를 계속 제공해야만 합니다. 플랜 항소를 요청하는 방법과 지속적인 지원을 요청하는 방법을 알아보려면 위 섹션 **항소를 제기하려면 어떻게 해야 하나요?**를 참조하십시오.

귀하가 지속적인 서비스 제공을 요청할 수는 있습니다. 다만 플랜 항소가 귀하에게 유리한 방향으로 결정되지 않으면 귀하의 사례가 검토를 받는 동안 서비스를 계속 받게 해 달라고 요청하셨으므로, 당사의 요구에 따라 제공된 해당 서비스의 비용을 부담하셔야 할 수도 있습니다.

플랜이 항소 결과를 결정하는 데 얼마나 걸리나요?

귀하의 항소가 신속 처리되는 경우를 제외하고, 당사는 당사가 취한 조치에 대한 귀하의 항소를 표준 항소로 검토합니다. 귀하의 건강 상태에 따라 최대한 신속하게 서면 결정을 보내드리되, 항소 접수일로부터 30일 이내에 보내드립니다. (귀하가 기한 연장을 요청한 경우, 혹은 당사에 더 많은 정보가 필요하고 결정의 지연이 귀하에게 최선인 경우, 검토 기간이 최대 14일까지 연장될 수 있습니다.)

귀하는 검토 과정에서 대면 및 서면 절차로 귀하의 사례를 해명할 기회를 얻게 됩니다. 또한 항소 검토 절차에 포함된 귀하의 기록을 보내드립니다.

귀하의 항소에 대해 당사가 내린 결정의 내용과 해당 결정을 내린 날짜를 명시한 통지서를 보내드립니다.

당사가 요청받은 서비스의 거부 또는 제한 결정이나 서비스의 제한, 축소, 일시 중단 또는 종료 결정을 반복하고, 항소가 진행 중인 동안 서비스가 제공되지 않은 경우, 귀하의 건강 상태에 따라 최대한 신속하게 항소 대상 서비스를 제공해 드립니다. 귀하는 경우에 따라 “신속” 항소를 요청할 수 있습니다. (아래의 신속 항소 절차 섹션을 참조하십시오.)

신속 항소 절차

귀하가 이미 받고 있는 서비스의 추가 요청에 관한 항소인 경우, 당사는 항상 신속 검토를 진행합니다. 또한 귀하 또는 귀하의 의료 제공자가 표준 항소 절차를 따름으로써 귀하의 건강이나 생명에 심각한 문제가 발생할 수 있다고 판단하는 경우, 귀하는 항소에 대한 신속 검토를 요청할 수 있습니다. 필요한 정보가 모두 접수된 후 영업일 기준 이(2)일 이내에 당사의 결정 결과를 알려드립니다. 어떠한 경우에도 결정 기한은 귀하의 항소를 접수한 후 72시간을 초과하지 않습니다. (귀하가 기한 연장을 요청한 경우, 혹은 당사에 더 많은 정보가 필요하고 결정의 지연이 귀하에게 최선인 경우, 검토 기간이 최대 14일까지 연장될 수 있습니다.)

당사가 귀하의 항소 신속 처리 요청에 동의하지 않는 경우, 당사가 귀하의 항소 신속 처리 요청을 거부했으며 표준 항소로 처리할 예정임을 알릴 수 있도록 최선을 다하여 귀하에게 직접 연락을 드리겠습니다. 또한 귀하의 요청을 접수한 후 이(2)일 이내에 항소 신속 처리 요청을 거부하기로 한 당사의 결정에 대한 통지서를 보내드립니다.

플랜 측이 항소를 거부하면 어떻게 하나요?

귀하의 항소에 대한 당사의 결정이 귀하에게 전혀 유리하지 않은 경우, 귀하는 New York 주 정부에 Medicaid 행정심판을 요청할 권리, 주 정부 행정심판 요청 방법, 주 정부 행정심판에서 귀하를 대신하여 출석할 수 있는 사람, 그리고 일부 항소의 경우 심판 진행 중에 서비스를 계속 받게 해 달라고 요청할 권리와 그 요청 방법을 설명하는 통지서를 받게 됩니다.

참고: 보험금 지급 거절 최종 결정 통지서에 명시된 날짜로부터 역일 기준 120일 이내에 주 정부 행정심판을 요청하셔야만 합니다. 당사가 귀하의 항소를 의학적 필요성 문제 때문에, 혹은 해당 서비스가 실험적이거나 임상시험용이라는 이유로 거부하는 경우, 해당 통지서에는 New York 주 정부에 “외부 항소”를 요청하는 방법도 설명되어 있습니다.

주 정부 행정심판

당사가 귀하의 플랜 항소를 거부하거나 위 섹션 “플랜이 항소 결과를 결정하는 데 얼마나 걸리나요?”에 명시된 기한 내에 보험금 지급 거절 최종 결정 통지서를 보내지 못하는 경우, 귀하는 New York 주 정부에 주 정부 행정심판을 요청할 수 있습니다. 행정심판 판결에 따라 당사의 결정이 번복될 수 있습니다. 당사가 귀하에게 보내드린 보험금 지급 거절 최종 결정 통지서에 명시된 날짜로부터 역일 기준 120일 이내에 주 정부 행정심판을 요청하셔야만 합니다.

당사가 승인된 서비스를 축소, 일시 중단 또는 종료하는 경우, 주 정부 행정심판이 진행 중인 동안 서비스를 계속 받으려면 보험금 지급 거절 최종 결정 통지서에 명시된 날짜로부터 10일 이내에 주 정부 행정심판을 요청하셔야만 합니다.

귀하의 혜택은 귀하가 주 정부 행정심판을 철회하거나 주 정부 행정심판 담당관이 귀하에게 불리한 판결을 내리는 시점 중 먼저 도래하는 시점까지 계속됩니다.

주 정부 행정심판 담당관이 당사의 결정을 번복하는 경우, 당사는 귀하의 건강 상태에 따라 최대한 신속하게 항소 대상 서비스를 귀하에게 제공해야만 합니다. 귀하의 항소가 진행 중인 동안 항소 대상 서비스를 받으신 경우, 당사는 주 정부 행정심판 담당관이 명령한 보장 서비스의 비용을 부담할 책임이 있습니다.

귀하는 주 정부 행정심판 판결을 기다리는 동안 서비스를 계속 받겠다고 요청할 수 있습니다. 다만 주 정부 행정심판 판결이 귀하에게 유리한 방향으로 나오지 않으면, 귀하에게는 주 정부 행정심판의 대상이 된 서비스의 비용을 부담할 책임이 있을 수 있습니다.

Office of Temporary and Disability Assistance(OTDA)에 연락하여 주 정부 행정심판을 요청하시면 됩니다.



온라인 요청 양식: otda.ny.gov/hearings/request



서면 요청 양식 우편 발송:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings Managed Care Hearing Unit
PO Box 22023
Albany, NY 12201-2023



서면 요청 양식 팩스 발송: (518) 473-6735



전화 요청:

- 표준 행정심판 전화번호 - (800) 342-3334
- 긴급 행정심판 전화번호 - (800) 205-0110
- TTY 번호 - 711(교환원에게 (877) 502-6155로 전화하도록 요청)



대면 요청:

New York City
5 Beaver Street
New York, NY 10004

Albany
40 North Pearl Street, 15th Floor
Albany, NY 12243

주 정부 행정심판 요청 방법에 대해 자세한 정보를 알아보려면 다음 주소로 접속하십시오.

otda.ny.gov/hearings/request

주 정부 외부 항소

당사가 서비스가 의학적으로 필요하지 않거나 실험적 또는 임상시험용이라고 판단하여 귀하의 항소를 거부하는 경우, 귀하는 New York 주 정부에 외부 항소를 요청할 수 있습니다. 외부 항소에 대한 결정은 당사 또는 New York 주 정부의 직원이 아닌 검토자가 내립니다.

이러한 검토자는 New York 주 정부의 승인을 받은 적격자입니다. 귀하는 외부 항소의 비용을 부담하지 않아도 됩니다.

서비스가 의학적으로 필요하지 않거나 실험적 또는 임상시험용이라고 판단하여 항소를 거부하기로 결정하는 경우, 당사는 외부 항소를 제기하는 방법에 대한 정보(외부 항소 제기 양식 포함)와 함께 항소 거부 결정에 관한 내용을 알려드립니다. 외부 항소를 원하는 경우에는 당사가 귀하의 항소를 거부한 날짜로부터 4개월 이내에 New York State Department of Financial Services에 양식을 제출하셔야만 합니다.

귀하의 외부 항소에 대한 결정은 30일 이내에 나옵니다. 외부 항소 검토자가 추가 정보를 요청하면 기한이 더 길어질 수 있습니다(영업일 기준 최대 5일). 검토자는 결정을 내린 후 영업일 기준 2일 이내에 최종 결정을 귀하와 당사에 알립니다.

의사의 판단에 따라 결정이 지연되어 귀하의 건강에 심각한 해를 끼칠 것으로 예상되는 경우, 귀하에게 보다 빠르게 결정을 알려드리겠습니다. 이 절차를 신속 외부 항소라고 합니다. 외부 항소 검토자는 72시간 이내에 신속 항소에 대한 결정을 내립니다. 검토자가 전화나 팩스로 즉시 귀하와 당사에 결정 내용을 알립니다. 이후에 결정 내용을 알리는 서신도 귀하에게 발송됩니다.

귀하는 주 정부 행정심판과 외부 항소를 모두 요청하실 수 있습니다. 주 정부 행정심판과 외부 항소를 요청하는 경우 행정심판 담당관의 결정이 “최종 결정”으로 간주됩니다.

불만 및 불만 항소

SWH of NY는 귀하의 우려사항이나 문제를 귀하가 만족할 수 있도록 최대한 신속하게 해결하기 위해 최선을 다할 것입니다. 귀하에게 발생한 문제의 유형에 따라 당사의 불만 처리 절차나 항소 절차를 이용하실 수 있습니다.

불만이나 항소를 제기한다고 해서 귀하의 서비스나 SWH of NY 직원 또는 의료 제공자가 귀하를 대우하는 방식이 변경되지는 않습니다. 당사는 귀하의 개인정보에 대한 보호 방침을 유지합니다. 귀하가 불만이나 항소를 제기하는 데 필요한 것을 전부 도와드리겠습니다. 이러한 도움에는 통역 서비스 제공이나 시력 및/또는 청력 문제가 있는 경우의 지원이 포함됩니다.

귀하는 귀하의 대리인(예: 친척이나 친구 또는 의료 제공자)을 선정할 수 있습니다. 불만을 제기하려면 (877) 353-0185 (TTY: 711)번으로 전화하시거나 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201로 서신을 보내십시오.

당사에 연락할 경우 귀하의 이름, 주소, 전화번호, 문제의 세부사항을 알려주셔야 합니다.

불만이란 무엇인가요?

불만은 당사 직원이나 보장 서비스 제공자로부터 받는 요양 및 치료에 대해 귀하가 당사에 전달하는 불만족 결과를 말합니다. 예를 들어 누군가가 귀하에게 무례했거나, 예약 내역에 맞춰 오지 않았거나, 당사로부터 받은 진료나 서비스의 품질이 마음에 들지 않는 경우, 당사에 불만을 제기하실 수 있습니다.

불만 처리 절차

귀하는 구두 또는 서면으로 당사에 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하의 불만을 접수하는 직원이 그 내용을 기록하고, 적절한 플랜 담당자가 불만 검토 절차를 감독합니다. 귀하의 불만을 접수한 사실과 당사의 검토 절차를 설명하는 서신을 보내드리겠습니다. 당사는 귀하의 불만을 검토하고, 다음 두 가지 기한 중 하나에 맞춰 답변서를 보내드립니다.

1. 결정이 지연되어 귀하의 건강이 더 심한 위험에 처할 수 있는 경우, 당사는 필요한 정보를 접수한 후 48시간 이내에 결정을 내립니다. 다만 이 절차는 불만 접수 후 7일 이내에 완료되어야만 합니다.
2. 기타 모든 유형의 불만의 경우, 당사는 필요한 정보를 접수한 후 45일 이내에 당사의 결정을 통지합니다. 다만 이 절차는 불만 접수 후 60일 이내에 완료되어야만 합니다. 귀하가 기한 연장을 요청한 경우, 혹은 당사에 더 많은 정보가 필요하고 결정의 지연이 귀하에게 최선인 경우, 검토 기간이 최대 14일까지 연장될 수 있습니다.

답변을 통해 귀하의 불만을 검토하면서 알아낸 사실과 해당 불만에 대한 당사의 결정을 설명해 드리겠습니다.

불만 결정에 대해 항소하려면 어떻게 해야 하나요?

귀하의 불만에 관한 당사의 결정에 만족하지 않는 경우, 불만 항소를 제기하여 귀하의 문제에 대한 2차 검토를 요청하실 수 있습니다. 불만 항소는 구두 또는 서면으로 제기해야만 하며, 귀하의 불만에 대한 당사의 초기 결정을 받은 후 영업일 기준 60일 이내에 제기해야만 합니다. 당사는 귀하의 항소를 접수한 후 영업일 기준 15일 이내에 귀하의 항소에 답변하도록 지명한 담당자의 이름, 주소, 전화번호를 알리는 확인서를 보내드립니다. 모든 불만 항소는 초기 불만 결정에 관여하지 않은 적절한 전문가(임상 문제와 관련된 불만의 경우 의료 전문가 포함)가 수행합니다.

표준 불만 항소의 경우 당사는 결정을 내리는 데 필요한 정보를 모두 접수한 후, 영업일 기준 30일 이내에 항소 결정을 내립니다. 결정 과정이 지연되어 귀하의 건강이 더 심한 위험에 처할 수 있는 경우, 당사는 신속 불만 항소 절차를 진행합니다. 신속 불만 항소의 경우 당사는 필요한 정보를 접수한 후 영업일 기준 이(2)일 이내에 항소 결정을 내립니다.

당사는 표준/신속 불만 항소 모두에 대해 불만 항소에 대한 결정 내용을 알리는 통지서를 보내드립니다. 통지서에는 당사 결정의 상세한 이유와, 임상 문제와 관련된 경우 해당 결정에 대한 임상적 근거가 포함됩니다.

참여자 옴부즈만

참여자 옴부즈만은 Independent Consumer Advocacy Network(ICAN)라고도 하는 독립 기관으로, New York 주의 장기 요양 서비스 수혜자에게 무료 옴부즈만 서비스를 제공합니다. 귀하의 보장 항목, 불만, 항소 옵션에 관한 독립적인 조언을 무료로 받으실 수 있습니다. 이 기관은 귀하의 항소 절차 관리를 도와드립니다. 또한 귀하가 SWH of NY와 같은 MLTC 플랜에 가입하기 전에 지원을 해 드릴 수 있습니다. 이러한 지원에는 공정한 건강 플랜

선택을 위한 상담 및 전반적인 플랜 관련 정보 제공이 포함됩니다. 아래 연락처로 ICAN에 문의하여 해당 서비스에 대해 자세히 알아보십시오.



전화번호:

(844) 614-8800

(TTY: 711)



웹사이트:

icannys.org



이메일:

ican@cssny.org

SWH of NY MLTC 플랜 가입 해지

다음 중 하나라도 해당하는 이유로는 MLTC 플랜 가입이 해지되지 않습니다.

- 보장되는 의료 서비스의 높은 이용률
- 기존 상태 또는 건강 변화
- 특별한 요구로 인한 정신적 능력 감소 또는 비협조적이거나 방해되는 행동(단, 이러한 행동으로 인해 MLTC 가입 자격이 상실되는 경우는 예외)

자발적 가입 해지

귀하는 언제든지 어떤 이유로든 SWH of NY 가입 해지를 요청하실 수 있습니다. 가입 해지를 요청하려면 **(877) 353-0185(TTY: 711)**번으로 전화하시거나 당사로 서신을 보내 주십시오. 플랜에 따라 귀하의 요청에 대한 확인서를 보내드립니다. 이 확인서에는 귀하가 서명하고 당사로 다시 보내야 하는 자발적 가입 해지 양식이 포함되어 있습니다. 귀하의 요청이 접수된 시기에 따라 처리 절차에 최대 6주가 소요될 수 있습니다. 귀하의 자격을 갖춘 한 가입 해지 후 일반 Medicaid로 전환하거나 다른 건강 플랜에 가입할 수 있습니다. 개인 요양 서비스와 같은 CBLTSS가 계속 필요한 경우, CBLTSS를 받기 위해서는 다른 MLTC 플랜, Medicaid 관리형 요양 플랜 또는 Home- and Community-Based Waiver 프로그램에 가입하셔야만 합니다.

전환

귀하는 90일 동안 당사 플랜을 체험해 보실 수 있습니다. 해당 기간 동안 언제든지 SWH of NY를 해지하고 전환하여 다른 플랜에 가입하실 수 있습니다. 처음 90일 이내에 전환하지 않으면 아래와 같이 특별한 사유(합리적인 이유)가 없는 한, 이후 9개월 동안 SWH of NY 가입 상태를 유지하셔야만 합니다.

- 당사의 서비스 지역이 아닌 곳으로 이사하는 경우
- 귀하, 플랜, 귀하가 속한 카운티의 Department of Social Services 또는 New York State Department of Health 모두 SWH of NY를 해지하는 것이 귀하에게 최선이라는 데 동의하는 경우
- 귀하의 현행 가정 요양 서비스 제공자가 당사 플랜과 협력하지 않는 경우

- 당사가 해당 주 정부와의 계약에 따라 요구되는 대로 귀하에게 서비스를 제공할 수 없었던 경우

귀하가 자격을 갖춘 경우, 특별한 사유 없이 언제든지 Medicaid Advantage Plus(MAP) 또는 Programs of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE)와 같은 다른 유형의 관리형 장기 요양 플랜으로 변경하실 수 있습니다. 플랜을 변경하려면 (888) 401-6582번으로 New York Medicaid Choice에 전화하십시오. New York Medicaid Choice 상담사가 귀하의 건강 플랜 변경을 도와드릴 수 있습니다.

새 플랜으로의 가입이 유효해지기까지 2주에서 6주 정도 걸릴 수 있습니다. 귀하는 New York Medicaid Choice로부터 새 플랜에 가입될 날짜를 알리는 통지서를 받게 됩니다. SWH of NY는 그때까지 귀하에게 필요한 요양 서비스를 제공해 드립니다.

플랜 전환에 소요되는 시간으로 인해 귀하의 건강이 위험해져 더 빠른 조치를 요청해야 하는 경우 New York Medicaid Choice에 전화하십시오. SWH of NY 가입에 동의하지 않았다는 점을 New York Medicaid Choice에 이미 알렸다면 더 빠른 조치를 요청하실 수도 있습니다.

비자발적 가입 해지

비자발적 가입 해지는 SWH of NY에서 개시하는 가입 해지 절차입니다. 귀하가 자발적 가입 해지를 요청하지 않는 경우, 당사는 귀하가 비자발적 가입 해지 사유 중 하나라도 충족한다는 것을 알게 된 날짜로부터 영업일 기준 오(5)일 이내에 비자발적 가입 해지 절차를 개시해야만 합니다.

다음 상황 중 하나라도 해당하는 경우 귀하는 SWH of NY를 해지해야 합니다.

- 더 이상 Medicaid 가입 자격을 충족하지 않는 경우
- SWH of NY 서비스 지역이 아닌 곳으로 영구적으로 이사하는 경우
- 연속 30일이 넘는 기간 동안 플랜 서비스 지역을 벗어나 있는 경우
- 요양원 요양 서비스가 필요하지만 기관형 Medicaid 가입 자격이 없는 경우
- 병원에 입원하거나 연속 사십오(45)일 이상 Office of Mental Health, Office for People with Developmental Disability 또는 Office of Alcoholism and Substance Abuse Services의 주거 프로그램에 입소하는 경우
- 매월 평가 결과 더 이상 CBLTSS에 대한 기능적 또는 임상적 필요가 없는 것으로 평가되는 경우
- Medicaid에만 가입되어 있으며, 지정된 평가 도구를 사용하여 결정된 바에 따라 더 이상 요양원 수준의 요양 서비스가 필요하지 않은 경우
- 사회복지사 주간 요양 서비스만 받고 있는 경우
- 더 이상 역월마다 한 가지 이상의 CBLTSS가 필요하지 않으며, 그러한 서비스를 받지 못하는 경우
- 지역사회에 거주하는 동안 재평가 시점에서 더 이상 CBLTSS에 대한 기능적 또는 임상적 필요가 없는 것으로 판단되는 경우
- 구금된 경우
- 플랜 측에 허위 정보를 제공하거나, 그 외의 방법으로 기만하거나, 플랜 회원 자격의 실질적인 측면과 관련하여 사기 행위에 관여하는 경우

다음 상황 중 하나라도 해당하는 경우 귀하에게 SWH of NY 해지를 요청할 수 있습니다.

- 귀하나 가족 구성원 또는 비공식 간병인이나 가구 내 다른 사람이 플랜의 서비스 제공 능력을 심각하게 방해하는 행위나 행동을 하는 경우
- Local Department of Social Services의 결정에 따라 플랜에 납부해야 하는 지출 한도/초과 금액을 처음 만기가 된 후 30일 이내에 납부하지 않거나 납부 계획을 세우지 않는 경우. 당사는 지급을 받을 수 있도록 합리적인 노력을 기울일 것입니다.

SWH of NY는 비자발적으로 가입이 해지되기 전에 New York Medicaid Choice(NYMC) 또는 주 정부에서 지정한 기관의 승인을 받습니다. 가입 해지의 유효일은 귀하의 가입 자격이 없어지는 달 기준 다음 달의 1일입니다. 귀하에게 CBLTSS가 계속 필요한 경우에는 다른 플랜을 선택하셔야 합니다. 그렇지 않으면 귀하를 다른 플랜에 자동 배정해 드립니다.

문화적/언어적 역량

SWH of NY는 귀하의 신념을 존중하며 문화적 다양성에 민감합니다. 당사는 귀하의 문화와 문화적 정체성을 존중하며 문화적 격차를 해소하기 위해 노력합니다. 당사는 포용적이고 문화적 역량을 갖춘 의료 제공자 네트워크를 유지하며, 모든 회원에게 문화적으로 적절한 방식으로 서비스가 제공되도록 촉진하고 보장합니다. 이러한 네트워크 및 절차는 영어 구사력이 제한적인 사람들, 다양한 문화적/민족적 배경 및 다양한 신앙 공동체를 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

회원의 권리 및 책임

SWH of NY는 모든 회원이 존엄과 존중으로 대우받도록 최선을 다합니다. 가입 시 귀하의 요양 관리자가 귀하의 권리와 책임에 대해 설명해 드립니다. 통역 서비스가 필요하신 경우 귀하의 요양 관리자가 이를 마련할 것입니다. 당사 직원들이 귀하가 권리를 행사할 수 있도록 최선을 다해 도와드리겠습니다.

회원의 권리

- 귀하는 의학적으로 필요한 요양 서비스를 받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 진료 및 서비스를 적시에 받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 의료 기록 및 치료 시의 개인정보 보호에 대한 권리가 있습니다.
- 귀하는 이해 가능한 방식과 언어로 제공되는 현존 치료 옵션 및 대안에 관한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
- 귀하는 이해 가능한 언어로 작성된 정보를 얻을 권리가 있습니다. 이에 따라 무료 통역 서비스를 받을 수 있습니다.
- 귀하는 치료 시작 전에 정보에 입각한 동의를 제공하는 데 필요한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
- 귀하는 존엄과 존중으로 대우받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 의료 기록 사본을 받고 기록의 수정 또는 정정을 요청할 권리가 있습니다.

- 귀하는 귀하의 의료 서비스에 관한 결정에 참여할 권리(치료를 거부할 권리 포함)가 있습니다.
- 귀하는 강제, 규율, 편의 또는 보복의 수단으로 사용되는 모든 형태의 제한 또는 격리를 당하지 않을 권리가 있습니다.
- 귀하는 성별, 인종, 건강 상태, 피부색, 나이, 출신 국가, 성적 지향, 결혼 여부 또는 종교와 관계없이 요양 서비스를 받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 귀하의 관리형 장기 요양 플랜에서 필요한 서비스를 어디서, 언제, 어떻게 받을 수 있는지(예: 플랜 네트워크에서 이용할 수 없는 경우 네트워크 외 의료 제공자로부터 보장 혜택을 받는 방법)에 대해 설명을 들을 권리가 있습니다.
- 귀하는 New York State Department of Health 또는 귀하의 Local Department of Social Services에 불만을 제기할 권리가 있습니다.
- 귀하는 New York 주 정부 행정심판 및/또는 New York 주 정부 외부 항소 절차(해당하는 경우)를 이용할 권리가 있습니다.
- 귀하는 본인의 요양 서비스 및 치료에 대해 대신 발언할 사람을 지명할 권리가 있습니다.
- 귀하는 참여자 옴부즈만 프로그램의 지원을 받을 권리가 있습니다.

회원의 책임

- 귀하는 SWH of NY를 통해 보장되는 서비스를 받아야 합니다.
- 귀하는 가능한 한 SWH of NY 네트워크 의료 제공자를 통해 보장 서비스를 이용해야 합니다.
- 귀하는 보장 서비스에 대한 사전 승인을 받아야 합니다(사전 승인된 보장 서비스 또는 응급 상황은 예외). 또한 건강 상태가 변화하면 의사에게 진찰을 받아야 합니다.
- 귀하는 의료 제공자에게 완전하고 정확한 건강 정보를 공유해야 합니다.
- 귀하는 건강 변화에 대해 SWH of NY 직원에게 알리고, 이해가 되지 않거나 지시를 따를 수 없는 경우 이를 알려야 합니다.
- 귀하는 SWH of NY 직원이 권장하는 요양 계획을 따라야 합니다(귀하의 의견 포함).
- 귀하는 SWH of NY 직원과 협력하고 서로 존중해야 하며 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 성별, 나이, 정신적 또는 신체적 능력, 성적 지향 또는 결혼 여부를 이유로 SWH of NY 직원을 차별하지 않아야 합니다.
- 귀하는 보장되지 않거나 사전 승인되지 않은 서비스를 받은 경우 영업일 기준 2일 이내에 SWH of NY에 알려야 합니다.
- 귀하는 귀하를 위해 마련된 서비스나 진료를 받기 위해 집을 비울 때마다 SWH of NY 의료팀에 미리 알려야 합니다.
- 귀하는 서비스 지역이 아닌 곳으로 영구적으로 이사하거나 서비스 지역에 장기간 부재할 경우 SWH of NY에 미리 알려야 합니다.

- 귀하는 치료를 거부하거나 간병인의 지시를 따르지 않는 경우 조치의 대상이 되어야 합니다.
- 귀하는 금전적 의무를 이행해야 합니다.

사전 의료 지시서

사전 의료 지시서는 귀하가 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우 귀하의 요청이 이행되도록 보장하는 법적 문서입니다. 사전 의료 지시서는 의료 위임장, 존엄사 유언 또는 소생 금지 명령의 형태로 작성될 수 있습니다. 귀하는 이 문서를 통해 특정 상황에서 어떤 영양 서비스를 받고 싶은지 지시할 수 있으며, 특정 가족 구성원이나 친구에게 귀하를 대신하여 결정을 내릴 권한을 부여할 수도 있습니다.

귀하는 원하는 대로 사전 의료 지시서를 작성할 권리가 있습니다. 가장 중요한 것은 질병이나 부상으로 인해 더 이상 정보에 입각하여 의료 제공자와 의사소통할 수 없는 경우, 귀하의 영양 서비스가 어떻게 계속되기 원하는지를 문서로 남기는 것입니다.

사전 의료 지시서 작성에 도움이 필요하다면 귀하의 영양 관리자에게 연락하십시오. 이미 사전 의료 지시서를 작성한 경우 영양 관리자에게 사본을 공유해 주십시오.

요청 시 제공되는 정보

- SWH of NY의 구조 및 운영에 관한 정보
- 특정 건강 상태와 관련된 특정 임상적 검토 기준 및 SWH of NY가 서비스 승인 시 고려하는 기타 정보
- 기밀 건강 정보에 관한 정책 및 절차
- 품질 보증 및 성과 개선 프로그램의 조직적 구성 및 진행 중인 절차에 대한 서면 설명
- 의료 제공자 자격 증명 정책
- SWH of NY 공인 재무제표의 최신 사본, SWH of NY가 의료 제공자의 적격성을 결정할 때 이용하는 정책 및 절차

