



THE HSC HEALTH CARE SYSTEM

Health Services for Children
with Special Needs, Inc.

Caring. Serving. Empowering.



가입자 안내서



자세한 정보는 www.hscsnhealthplan.org를
참조하십시오.

합리적 편의 사항에 대한 정보를 원하시면
(202) 467-2737번으로 전화하십시오.



1101 Vermont Avenue, NW | 12th Floor | Washington, DC 20005
1 (866) WE-R-4-KIZ(937-4549) – 수신자 부담 전화

2021년 10월



THE HSC HEALTH CARE SYSTEM

Health Services for Children with Special Needs, Inc.

주 7일, 하루 24시간 상시 전화에 응대하고 있습니다. 영업 시간은 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분까지입니다. 다음 두 개 지점을 운영하고 있습니다. 지점 방문을 원하시면 고객 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하여 오시는 방법이나 자세한 정보를 요청하십시오. 대면 또는 온라인으로 방문하실 날짜 및 시간 예약을 하려면 케어매니저에게 연락하십시오.

Health Services for Children with Special Needs, Inc. (HSCSN)

1101 Vermont Avenue NW, 12th Floor

Washington, D.C. 20005

본 사무실에서 가장 가까운 Metro 역은 3블럭 거리에 있는
McPherson Square 역입니다.

HSCSN Wellness Center

3400 Martin Luther King Jr. Avenue SE

Washington, D.C. 20032

본 사무실에서 가장 가까운 Metro 역은 1마일 거리에 있는
Congress Heights 역입니다.



ENGLISH

If you do not speak and/or read English, please call (202) 467-2737.
A representative will assist you.

SPANISH

Si no habla ni lee inglés, llame al (202) 467-2737. Un representante lo asistirá.

VIETNAMESE

Nếu quý vị không nói và/hoặc đọc Tiếng Anh, vui lòng gọi (202) 467-2737.
Một người đại diện sẽ hỗ trợ quý vị.'

AMHARIC

እንግሊዘኛ መናገር/ወይም ማንበብ ካልቻሉ፣ እባክዎ በዚህ ስልክ ቁጥር (202) 467-2737.
ይደውሉ። ተወካይ ይረዳዎታል።

KOREAN

영어를 구사하지 못하시거나 읽지 못하는 경우, (202) 467-2737.
중에 연락해 주십시오. 상담원이 도움을 드릴 것입니다.

FRENCH

Si vous ne parlez pas et / ou ne lisez pas l'anglais, appelez le (202) 467-2737.
Un représentant vous aidera.

ARABIC

الممثلين أحد. (202) 467-2737 برقم الاتصال فيرجى، الإنجليزية تقرأ أو/و تتحدث لا كنت إذا

MANDARIN

如果您不会说和/或读英语，请致电(202) 467-2737。我们的服务代表将为您提供协助。

RUSSIAN

Если вы не говорите и / или не читаете по-английски, звоните по телефону
(202) 467-2737. Представитель поможет вам.

BURMESE

သငျသညျအင်္ဂလိပ်စကားပြောနှင့် / သို့မဟုတ်စာမတ်ကြားနားရန်အတွက်၊ (202) 467-2737.
ကိုခေါ်ပါ။ တစ်ဦးကကိုယ်စားလှယ်သင်ကူညီကြလိမ့်မည်။

CANTONESE

如果您不會說和/或讀英語，請致電 (202) 467-2737。我們的服務代表將為您提供協助。



FARSI

اگر انگلیسی صحبت نمی کنید/نمی خوانید، لطفاً بین ساعات
با شمار هتماس بگیرد. یکی از نمایندگان ما به شما کمک خواهد کرد.

POLISH

Osoby, które nie potrafią mówić lub czytać po angielsku, mogą zadzwonić na numer (202) 467-2737.
aby skorzystać z pomocy konsultanta.

PORTUGUESE

Caso você não fale/leia em inglês, ligue para (202) 467-2737. Um representante o ajudará.

PUNJABI

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਦੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਪੜ੍ਹਦੇ ਨਹੀਂ, ਕਰਪ ਕਰਕੇ ਦੇ ਕਿਚਕ ਰ (202) 467-2737
ਉੱਤੇ ਕਲ ਕਰੋ। ਇੱਕ ਪਰਤੀਕਨਧ ਤੁਹਡੀ ਸਹ ਇਤ ਕਰੇਗ।

HAITIAN CREOLE

Si ou pa pale ak/oswa li Angle, tanpri rele (202) 467-2737. Yon reprezantan ap ede w.

HINDI

यदि आप अंग्रेज़ी बोलते और/या पढ़ते नहीं, कृपया 8 a.m.-6 p.m. के बीच (202) 467-2737
पर कॉल करें। एक प्रतिनिध आपकी सहायता करेगा।

SOMALI

Haddii aadan ku hadlin iyo/ama qorin luuqada Ingiriiska, fadlan wac lambarkan (202) 467-2737.
wakiil ayaa ku caawin doona.

HMONG

Yog tias koj tsis hais thiab/lossis nyeem tau Lus As Kiv, thov hu rau (202) 467-2737.
Ib tug neeg sawv cev yuav pab tau koj.

ITALIAN

Se ha difficoltà a parlare e/o leggere la lingua inglese, chiami il numero (202) 467-2737.
Un rappresentante le presterà assistenza.

TAGALOG

Kung hindi ka nakakapagsalita at/o nakakapagbasa ng Ingles, pakitawagan ang (202)
467-2737. May kinatawan na tutulong sa iyo.

JAPANESE

(202) 467-2737 までお電話ください。担当者があなたをサポートします。



주요 전화번호

HSCSN 관련 문의 사항:	고객 관리 서비스 센터	(202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549	주 7일, 하루 24시간
	TTY/TDD 고객 관리 서비스 센터	(202) 467-2709	주 7일, 하루 24시간
병원 진료시간 이후 도움이 필요한 경우:	간호사 전화 상담 서비스	(202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549	주 7일, 하루 24시간
	TTY/TDD 간호사 전화 상담 서비스	(202) 467-2709	주 7일, 하루 24시간
24시간 이내 진료를 받아야 할 경우 ('긴급 진료')	PCP 진료실	(여기에 담당 PCP 정보 기재)	
	간호사 전화 상담 서비스	(202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549	주 7일, 하루 24시간
예약에 교통편이 필요한 경우:	Southeastern(SET)	1-866-991-5433	
	고객 관리 서비스 센터	(202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549	
정신 건강 관리가 필요하거나 정신 건강 관련 문의 사항이 있는 경우:	PCP 진료실	(여기에 담당 PCP 정보 기재)	
	간호사 전화 상담 서비스	(202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549	주 7일, 하루 24시간
	DC 행동 건강국 액세스 핫라인	1-(888) 793-4357	주 7일, 하루 24시간
모국어 구사자가 필요하거나 청각 장애가 있는 경우:	고객 관리 서비스 센터	(202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549	주 7일, 하루 24시간
	TTY/TDD 고객 관리 서비스 센터	(202) 467-2709	주 7일, 하루 24시간
치과 관련 문의 사항:	Delta Dental 고객 서비스 센터	1 (888) 258-8023	오전 8시~오후 8시 월요일~금요일
안과 관련 문의 사항:	고객 관리 서비스 센터	(202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549	주 7일, 하루 24시간

응급 상황의 경우, 911로 전화하거나 가까운 응급실을 방문하십시오



개인 정보

가입자의 메디케이드 ID 번호:

가입자의 일차 의료진(PCP):

가입자의 일차 의료진(PCP) 주소:

가입자의 일차 의료진 전화번호:

자녀의 메디케이드 ID 번호:

자녀(들)의 일차 의료진(PCP):

자녀(들)의 일차 의료진(PCP) 주소:

자녀(들)의 일차 의료진(PCP) 전화번호:

가입자의 일차 치과 의료진(PDP):

가입자의 일차 치과 의료진(PDP) 주소:

가입자의 일차 치과 의료진(PDP) 전화번호:

자녀(들)의 일차 치과 의료진(PDP):

자녀(들)의 일차 치과 의료진(PDP) 주소:

자녀(들)의 일차 치과 의료진(PDP) 전화번호



목차

주요 전화번호.....	4
개인 정보	5
목차	6
HSCSN 가입을 환영합니다	10
본 안내서 활용 방법	10
본 안내서를 유용하게 활용하는 방법.....	10
가입자의 권리.....	11
가입자의 의무.....	12
가입자 ID 카드.....	13
가입자 ID 카드 외양:	13
가입자의 일차 의료진(PCP)	14
가입자의 PCP 선택	14
가입자의 PCP 변경 방법	15
가입자의 일차 치과 의료진(PDP)	16
가입자의 PDP 선택	16
가입자의 PDP 변경 방법	16
정기 진료, 긴급 진료 및 응급 진료	17
정기 진료	17
긴급 진료	17
응급 진료	17
타지에 있을 경우 진료.....	19
타지에 있을 경우	19
정기 진료	19



긴급 진료	19
응급 진료.....	19
네트워크 소속 및 비소속 의료진.....	20
진료 예약.....	21
담당 PCP 진료 예약.....	21
진료 예약 변경 또는 취소.....	21
담당 PCP 또는 PDP의 진료 시간 외에 진료 받기.....	21
진료를 받기까지 걸리는 시간.....	22
지원 서비스	23
교통편 서비스	23
가족 치료 이동 서비스.....	24
통번역 서비스 / 청각 장애인 및 시각 장애인을 위한 보조 서비스.....	24
통역 서비스	24
번역 서비스	25
청각 장애인 및 시각 장애인을 위한 보조 서비스.....	25
전문 진료 및 의뢰.....	26
전문 진료를 받는 방법.....	26
자가 의뢰 서비스.....	26
의뢰를 받을 필요가 없는 경우:	26
정신 건강 서비스.....	27
알코올 또는 기타 약물 문제 관련 서비스	27
산아 제한 및 기타 가족 계획 서비스	27
HIV/AIDS 테스트, 상담 및 치료	28



약국 서비스 및 처방약.....	29
질병 관리	30
치료 조정 및 진료 관리 프로그램	31
진료 관리 프로그램 권리와 의무.....	33
청년 질병 예방 서비스.....	36
예방적 상담	36
성인 예방접종	36
임신.....	37
산전 및 산후 관리	37
자녀의 건강	38
아동 건강검진 프로그램(EPSDT).....	38
이민자 아동	38
자녀의 치아 관리	38
특별 건강 관리가 필요한 자녀	39
IDEA 프로그램	39
소아청소년을 위한 예방접종(주사).....	40
HSCSN 웰니스 기프트 카드 프로그램	49
아동 건강검진 프로그램(EPSDT).....	50
소아청소년에게 권장되는 백신 또는 예방접종 일정.....	51
의료 혜택	53
HSCSN 보장 의료 서비스	53
HSCSN 비보장 서비스	60
진료 전환	61
기타 알아야 할 중요 사항	62



이사 가는 경우.....	62
임신을 하는 경우	62
자녀를 입양하는 경우	62
가족이 사망하는 경우	62
가입자의 MCO 변경 방법.....	62
HSCSN에서 더 이상 의료 서비스를 받을 수 없는 경우:.....	63
DC 정부가 HSCSN에서 가입자를 탈퇴시킬 수 있는 경우:.....	63
보장 서비스에 대한 청구서를 받은 경우	63
비보장 서비스에 대한 비용 지불	63
사전의료의향서.....	64
다른 보험에 가입한 경우	64
메디케이드 및 메디케어 이중 수혜자인 경우	64
사기.....	65
의사 인센티브 계획 공개	65
고충, 이의 제기 및 공정 심리.....	66
고충	66
이의 제기 및 공정 심리	66
이의 제기.....	67
신속(긴급) 고충 및 이의 제기 절차.....	68
개인정보보호 관행 고지.....	68
메디케이드 및 메디케어 동시 가입자에 대한 HSCSN의 메디케어 파트 D 통보	74
보건 의료 음부즈만 및 권리 장전 사무국	75
정의.....	76



HSCSN 가입을 환영합니다

특수장애아를 위한 의료 서비스(Health Services for Children with Special Needs, Inc., HSCSN) 가입을 환영합니다. HSCSN은 소아청소년을 위한 컬럼비아 특별구의 소아청소년 생활보조금 프로그램(Child and Adolescent Supplemental Security Income Program, CASSIP)의 의료 플랜 계약 제공자입니다. CASSIP는 다음을 관리합니다.

- 의료 진료
- 치과 진료
- 행동 건강 서비스
- 약물 및 알코올 남용 서비스
- 안과 서비스

HSCSN 건강 플랜은 특수 장애가 있고 생활보조금(Supplemental Security Income, SSI) 혜택을 받거나 SSI 수혜 자격이 있는 소아청소년(0~26세)에게 제공됩니다.

본 안내서를 자세히 검토하고, 필요할 때 찾을 수 있도록 안전하고 찾기 쉬운 곳에 보관해 두십시오.

본 안내서 활용 방법

HSCSN은 가입자가 의료 서비스를 받을 수 있도록 컬럼비아 특별구에서 비용을 부담하는 관리형 의료 플랜입니다. 본 안내서는 HSCSN의 운용 방식, 진료의 찾기, 연락 방법, 비용 보장을 받을 수 있는 항목들에 대해 설명합니다. 의료 관리에서 사용하는 용어와 진료의가 사용하는 용어는 경우에 따라 이해하기 어려울 수 있습니다. 본 안내서 후반부의 정의 섹션에서 이러한 용어들에 대한 설명을 확인하실 수 있습니다.

본 안내서에 수록된 내용이나 HSCSN과 관련한 기타 궁금한 사항은 HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 문의하시거나 www.hscsnhealthplan.org를 방문하시면 성심성의껏 도와드리겠습니다.

본 안내서를 유용하게 활용하는 방법

본 가입자 안내서에 수록된 정보:

- 의료 서비스를 이용하는 방법
- 보장 서비스
- 비보장 서비스
- 일차 의료진(Primary Care Provider, PCP) 및 일차 치과 의료진(Primary Dental Provider, PDP) 선택 방법
- 애플 경우 대처 방법
- 고충이 있거나 HSCSN의 결정을 변경(이의 제기)하려는 경우 해야 할 일

본 가입자 안내서에는 HSCSN 운용과 관련된 기본적인 정보가 수록되어 있습니다. 문의 사항이 있는 경우 HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 주 7일, 하루 24시간 전화해 주십시오.



가입자의 권리

- 의사 및 기타 의료진과 상담한 내용은 비공개임을 알 권리
- 이해할 수 있는 언어로 질병이나 치료에 대해 설명을 들을 권리
- 치료를 거부할 권리를 포함하여 치료에 관한 결정에 참여할 권리
- 정보에 입각한 결정을 내릴 수 있도록 치료 옵션과 각 옵션의 위험성에 대해 완전하고 명확하며 이해할 수 있는 설명을 들을 권리
- 치료나 진료를 거부할 권리
- 강압, 징계, 편의 또는 보복의 수단으로 사용되는 모든 형태의 제약이나 격리에서 자유로울 권리
- 본인의 의료 기록을 확인하고 사본을 받을 권리 및 잘못된 경우 수정 또는 변경을 요청할 권리
- 적시에 이용 가능하고 접근 가능한 의료 서비스를 받을 권리
- HSCSN 네트워크 소속의 유자격 의료진 중에서 PCP/PDP를 선택 또는 변경할 권리
- 제공받은 진료에 대해 고충을 제기하고 그에 대한 답변을 받을 권리
- HSCSN의 특정 서비스나 항목의 거부, 축소 또는 중단이 잘못되었다고 판단되는 경우, 이의 제기나 공정 심리를 요청할 수 있는 권리
- 선택한 의료진으로부터 가족 계획 서비스 및 용품을 받을 권리
- 불필요한 지체 없이 의료적 진료를 받을 권리
- 네트워크에 소속된 유자격 의료 전문가로부터 2차 소견을 받거나 필요 시 무료로 네트워크 비소속 의료진의 소견을 구할 수 있는 권리
- 사전의료의향서에 대한 정보를 받고 연명 치료를 받지 않거나 지속하지 않기로 선택할 권리
- HSCSN 가입자 안내서 및/또는 의료진 목록 사본을 받을 권리
- 새로운 치료 계획이 나올 때까지 현재 받고 있는 치료를 계속 받을 수 있는 권리
- 무료 통번역 서비스를 제공받을 권리
- 구두 통역 서비스를 거부할 권리
- 교통편 서비스를 무료로 받을 권리
- 사전 승인 절차에 대한 설명을 제공받을 권리
- HSCSN의 재무 상태 및 당사에서 의사에게 지불하는 특별한 방식에 대한 정보를 받을 권리
- 고객 만족도 조사의 요약본을 구할 권리
- 처방약에 대해 HSCSN의 '처방대로 조제' 정책을 받을 수 있는 권리
- 모든 보장 약품 목록을 받을 권리
- 존엄성과 개인정보보호에 대한 권리를 존중받고 적절히 고려되며 대우를 받을 권리
- DC에서 규정한 중요한 변경 사항 등 진행 예정인 변경이 진행되기 전 30일 이내에 통지를 받을 권리



가입자의 의무

가입자는 다음과 같은 의무가 있습니다.

- 본인을 돌보는 사람들을 존경과 존엄으로 대우할 의무
- DC 메디케이드 관리형 의료 프로그램(Medicaid Managed Care Program) 및 HSCSN 규정을 준수할 의무
- 진료의 및 기타 의료진으로부터 받은 지침을 준수할 의무
- 진료 예약 시간을 준수할 의무
- 예약을 취소해야 하는 경우 예약 시간 최소 24시간 전에 의사에게 알릴 의무
- 의사의 지시를 이해하지 못하는 경우 추가 설명을 요청할 의무
- 응급 의료 상황에만 응급실을 방문할 의무
- 본인의 건강에 영향을 미칠 수 있는 의료 및 개인적인 문제에 대해 PCP/PDP에 알릴 의무
- 본인이나 가족 가입자가 다른 건강 보험에 가입한 경우 또는 본인의 주소나 전화번호가 변경된 경우, 가계 안정관리과(Economic Security Administration, ESA) 및 HSCSN에 보고할 의무
- 가족 구성원에 변화(예: 사망 또는 출생)가 있는 경우, ESA 및 HSCSN에 보고할 의무
- 건강 문제를 이해하고 치료 목표 설정에 참여하려고 노력할 의무
- 담당 진료의가 과거에 본인을 치료한 의료진으로부터 의료 기록을 받을 수 있도록 도울 의무
- 사고 또는 근무 중에 부상을 입은 경우 HSCSN에 알릴 의무



가입자 ID 카드

일차 의료진(PCP)이 배정되면 가입자 ID 카드를 우편으로 발송해 드립니다. 이 카드를 통해 진료의, 병원, 약국 및 기타 담당자는 귀하가 HSCSN의 가입자임을 알 수 있습니다. 가입자 ID 카드에 기재된 정보가 정확한지 확인하십시오. 문제가 있거나 카드를 분실한 경우, 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하십시오. 자녀를 포함하여 모든 HSCSN 가입자에게 각자의 카드가 제공됩니다. 카드를 분실하지 않도록 안전하게 보관하십시오. 타인이 귀하의 가입자 ID 카드를 사용하는 것은 법에 저촉됩니다.

가입자 ID 카드 외양:

타인이 귀하의 가입자 ID 카드를 사용하는 것은 법에 저촉됩니다.

카드 앞면

가입자: 이름, 중간 이름, 성
 가입자 ID 번호: XXXXXXXXXX
 메디케이드 번호: 7XXXXXXXXX

PCP 이름, 성
 PCP 그룹명
 PCP 전화번호

PDP 이름, 성
 PDP 그룹명
 PDP 전화번호

본인 부담액 - OV, \$0 RX: \$0 ER: \$0


THE HSC HEALTH CARE SYSTEM
**Health Services for Children
 with Special Needs, Inc.**
가입자 ID 카드

카드 뒷면

이 카드를 항상 소지해야 합니다. | 응급 의료 상황일 경우에는 911로 전화하십시오.
 고객 관리 서비스 센터: 매일 24시간: (202) 467-2737
LabCorp: 1(800) 762-4344
 사전 승인: 매일 24시간: (202) 467-2737
 CVS 고객 관리: 1(866) 885-4944
Delta Dental Insurance Company: 1(888) 258-8023
Southeastern Transportation: 1(866) 991-5433
Department of Behavioral Health: 1(888) 793-4357
Economic Security Administration(ESA): (202) 645-4614

청구서 제출처:
 HSCSN, ATTN: Claims Department, P.O. Box 29055, Washington, DC 20017.
 본 카드를 습득한 경우에는 다음 주소로 우편 발송해 주십시오:
 HSCSN, Attn. Customer Care Services, P.O. Box 29055, Washington, DC 20017
 자세한 정보는 www.hscsnhealthplan.org를 참조하십시오.
 합리적 편의 사항에 대한 정보를 원하시면 (202) 467-2737번으로 전화하십시오.

DC GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
 MURIEL BOWSER, MAYOR
 본 프로그램은 원형비와 특별구 정부 산하 보건 재무부(Department of Health Care Finance, DHCFO)의 일부 재정 지원을 받았습니다.

HSCSN은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 토대로 차별하지 않습니다.

가입자 ID 카드와 사진이 부착된 ID를 항상 소지하시기 바랍니다. 진료를 받거나 약국에서 의약품을 받기 전에 항상 카드를 제시해 주십시오.

가입자의 일차 의료진(PCP)

귀하는 HSCSN 가입자이므로 귀하의 일차 의료진(PCP)은 필요한 의료 서비스를 받을 수 있게 도와드릴 것입니다.

진료가 필요할 경우 PCP에게 먼저 전화하십시오. HSCSN에 가입하기 전에 PCP가 있었던 경우, 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737번 또는 1 (866) 937-4549번으로 전화하십시오. 해당 PCP와 계속 함께하고 싶다면 저희가 도와드릴 수 있습니다.

가입자의 PCP 선택

1. HSCSN에 가입할 때 PCP를 선택합니다. 해당 PCP는 HSCSN 가입 기간 동안 귀하를 담당할 PCP입니다.
 - 현재 PCP가 HSCSN 네트워크 의료진인 경우 해당 진료의와 계속 함께할 수 있습니다.
 - 담당 PCP가 없는 경우에는 의료진 목록 또는 <http://www.hscsnhealthplan.org>에서 선택할 수 있습니다.
 - 의료진 선택과 관련하여 도움이 필요한 경우에는 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하십시오.
 - 플랜에 가입한 후 첫 10일 이내에 PCP를 선택하지 않으시면 당사에서 귀하를 대신해 진료의를 선택하게 됩니다. 당사가 선택한 PCP가 마음에 들지 않으실 경우, PCP를 변경할 수 있습니다. PCP를 변경하시려면 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하십시오.
 - HSCSN은 귀하에게 가입자 ID 카드를 발송해 드립니다. 가입자 카드에는 담당 PCP의 이름 및 전화번호가 기재됩니다.
2. 귀하의 자녀를 포함하여 당사의 건강 플랜에 따라 각 가족 가입자를 담당할 PCP를 선택하십시오. 다음에 해당하는 의사가 PCP가 될 수 있습니다.
 - 일반가정의학과 의사(일반적으로 온 가족 진료)
 - 내과 의사(일반적으로 성인과 14세 이상의 청소년만 진료)
 - 소아과 의사(신생아부터 성인까지 진료)
 - 산부인과 의사(OB/GYN)(여성 건강 및 산부인과 진료 전문)
 - 귀하 또는 귀하의 자녀에게 특별 건강 관리가 필요한 경우, 전문의를 PCP로 선택할 수 있습니다.
3. PCP 선택 시,
 - 귀하를 원하는 병원에 보낼 수 있는 PCP를 선택하도록 합니다. 의사들 중 일부는 환자를 모든 병원에 보낼 수 없습니다. 의료진 목록에는 PCP가 환자를 보낼 수 있는 병원이 명시되어 있습니다. 고객 관리 서비스 센터에 도움을 위해 전화하셔도 됩니다.
 - 경우에 따라, 귀하가 선택한 PCP가 신규 환자를 받지 못할 수도 있습니다. 다른 진료의를 선택해야 할 경우에는 알려 드리겠습니다.
 - 자택이나 직장에서 가까운 진료의를 선택합니다.



가입자의 PCP 변경 방법

언제든 PCP를 변경할 수 있습니다. 의료진 목록에서 신규 PCP를 선택하기만 하면 됩니다. 신규 PCP를 선택하신 후 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화해 주십시오. 신규 PCP를 선택하는 데 도움이 필요한 경우 고객 지원 서비스 센터에서 도와드릴 수 있습니다.



가입자의 일차 치과 의료진(PDP)

귀하는 HSCSN 가입자이므로 귀하의 일차 치과 의료진(PDP)은 귀하 및 가족이 필요한 의료 서비스를 받을 수 있도록 도와드릴 것입니다.

Delta Dental에 연락해야 할 경우, HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737로 전화하십시오. **Delta Dental 고객 서비스 센터**에 연락하려면, 월요일부터 금요일, 오전 8시~오후 8시 사이(동부 시간 기준)에 1 (888) 258-8023(수신자 부담)으로 전화하십시오. 웹사이트, www.deltadentalins.com/hscsn 을 방문하실 수 있습니다.

진료가 필요할 경우 PDP에게 먼저 전화하십시오. HSCSN에 가입하기 전에 치과의사가 있었던 경우, 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하십시오. 해당 치과의사와 계속 함께하고 싶다면 저희가 도와드릴 수 있습니다.

가입자의 PDP 선택

1. HSCSN에 가입할 때 PDP를 선택합니다. 해당 PDP는 HSCSN 가입 기간 동안 귀하를 담당할 PDP입니다.
 - 현재 PDP가 HSCSN 네트워크 소속 의료진인 경우 해당 치과의사와 계속 함께할 수 있습니다.
 - 담당 PDP가 없는 경우에는 의료진 목록의 치과의 명단 또는 <http://www.hscsnhealthplan.org> 에서 선택할 수 있습니다.
 - 치과의 선택과 관련하여 도움이 필요한 경우에는 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하십시오.
 - 플랜에 가입한 후 첫 10일 이내에 PDP를 선택하지 않으시면 당사에서 귀하를 대신해 치과의를 선택하게 됩니다. 당사가 선택한 PDP가 마음에 들지 않으실 경우, PDP를 변경할 수 있습니다. PDP를 변경하시려면 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하십시오.
 - HSCSN은 귀하에게 가입자 ID 카드를 발송해 드립니다. 가입자 카드에는 담당 PDP의 이름 및 전화번호가 기재됩니다.
 - 귀하의 자녀를 포함하여 당사의 건강 플랜에 따라 각 가족 가입자를 담당할 PDP를 선택합니다. 다음에 해당하는 의사가 PDP가 될 수 있습니다.
 - 일반가정의학과 치과의사(일반적으로 온 가족 진료)
2. PDP 선택 시,
 - 귀하를 원하는 병원에 보낼 수 있는 치과의를 선택하도록 합니다. 의사들 중 일부는 환자를 모든 병원에 보낼 수 없습니다. 의료진 목록에는 PDP가 환자를 보낼 수 있는 병원이 명시되어 있습니다. 고객 관리 서비스 센터에 도움을 위해 전화하셔도 됩니다.
 - 경우에 따라, 귀하가 선택한 PDP가 신규 환자를 받지 못할 수도 있습니다. 다른 치과의를 선택해야 할 경우에는 알려 드리겠습니다.

가입자의 PDP 변경 방법

언제든 PDP를 변경할 수 있습니다. 의료진 목록에서 신규 PDP를 선택하기만 하면 됩니다. 신규 PDP를 선택하신 후 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화해 주십시오. 신규 PDP를 선택하는 데 도움이 필요한 경우 고객 지원 서비스 센터에서 도와드릴 수 있습니다.

정기 진료, 긴급 진료 및 응급 진료

가입자는 정기 진료, 긴급 진료 또는 응급 진료와 같은 3가지 종류의 의료 서비스가 필요할 수 있습니다.

정기 진료

정기 진료는 PCP로부터 받는 정기 진료입니다. 담당 PCP가 다른 의사에게 가입자의 치료를 의뢰하여 받는 진료도 정기 진료입니다. 정기 진료는 건강 검진, 신체 검사, 건강 검사 및 당뇨, 고혈압 및 천식과 같은 건강 문제에 대한 진료일 수 있습니다. 정기 진료가 필요한 경우 PCP 진료실이나 전문의에게 전화하여 예약을 요청하십시오.

다음은 정기 진료에 해당될 수 있습니다.

- 건강 검진
- 검진 방문(Well visit)
- 건강 검사
- 당뇨병, 고혈압 및 천식 등의 건강 문제에 대한 진료

긴급 진료

긴급 진료는 당장은 아니지만 24시간 이내에 진료를 받아야 하는 경우에 해당됩니다. 긴급 진료를 받아야 하는 일부 증세는 다음과 같습니다.

- 101°F의 발열
- 인후통
- 구토
- 귀통증

긴급 진료가 필요한 경우에는 담당 PCP 진료실에 전화하십시오. 담당 PCP 진료소의 진료 시간 외에는 전화 응대자에게 메시지를 남기십시오. 이후 간호사 전화 상담 서비스에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 문의해 주십시오. 간호사가 즉시 진료소를 방문해야 할지 결정하는 데 도움을 드릴 것입니다. 간호사는 진료를 받는 방법을 알려드릴 것입니다. 정기 진료나 긴급 진료를 위해 응급실에 가거나 구급차를 이용할 필요는 없습니다.

응급 진료

응급 진료는 심각하고 갑작스러운(가끔은 생명을 위협하는) 부상이나 질병에 대해 즉시 필요한 의료 서비스입니다. 귀하는 응급 진료를 위해 모든 병원을 이용할 권리가 있습니다. 응급 진료 서비스의 경우, 사전 승인은 필요치 않습니다.

행동 건강, 알코올 또는 기타 약물과 관련된 응급을 포함한 응급 상황이 발생하는 경우, 즉시 가까운 응급실(ER)에서 진료를 받으십시오. 타지에서 ER에 가는 경우 ER 직원에게 담당 PCP에게 전화해 달라고 요청하십시오.



응급 상황이 발생한 경우

1. 911로 전화하거나 가까운 응급실(ER)을 방문합니다.
2. ER에서 HSCSN 가입자 ID 카드를 제시합니다.
3. 최대한 빨리 담당 PCP에 전화합니다.
4. ER 방문 후 담당 HSCSN 케어매니저에게 연락합니다.



타지에 있을 경우 진료

타지에 있을 경우

다른 지역에서 진료소를 방문하거나 의약품을 받아야 하는 경우 다음을 수행해야 합니다.

정기 진료

컬럼비아 특별구 이외의 지역에 있는 의사는 HSCSN 소속이 아니므로 다른 지역에 계실 때 의사나 다른 의료진으로부터 진료를 받으려면 당사에 전화를 걸어 진료비를 당사에서 부담하는지 여부를 확인해야 합니다. 진료를 받으시기 전에 HSCSN에서 괜찮다고 말하지 않은 경우 가입자가 치료비를 직접 지불해야 합니다. 타지에 있는 동안 처방약을 받아야 하는 경우 CVS Health 네트워크 소속의 약국을 이용할 수 있습니다. CVS Health에 1 (866) 885-4944로 전화하거나 HSCSN 고객 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하여 네트워크 소속 약국을 찾을 수 있습니다.

긴급 진료

담당 PCP에 전화합니다. PCP 진료소의 진료 시간이 아닌 경우, 간호사 전화 상담 서비스(전화번호 삽입)에 전화하십시오. 간호사가 즉시 진료소를 방문해야 할지 결정하는 데 도움을 드릴 것입니다. 간호사는 진료를 받는 방법을 알려드릴 것입니다. 정기 진료나 긴급 진료를 위해 응급실에 가거나 구급차를 이용할 필요는 없습니다.

응급 진료

정신 건강, 알코올 또는 기타 약물과 관련된 응급을 포함한 응급 상황이 발생하는 경우, 즉시 가까운 응급실(ER)에서 진료를 받으십시오. 응급실을 방문하는 경우 ER 직원에게 담당 PCP에 전화하도록 요청해야 합니다. 응급실에 가는 경우 최대한 빨리 고객 관리 서비스 센터에 전화해야 합니다. 응급 진료 서비스의 경우, 사전 승인은 필요치 않습니다.

가능한 한 신속히 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하십시오. HSCSN은 네트워크 소속 여부와 상관없이 가입자가 받은 응급 서비스 비용 일체를 지불합니다.

처방약 리필 시

타지에 있는 동안 처방약을 받아야 하는 경우 CVS Health 고객 관리 센터에 1 (866) 885-4944로 전화하십시오.

자녀가 타지에서 의사의 진료를 받아야 하는 경우 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하십시오.



네트워크 소속 및 비소속 의료진

HSCSN은 가입자가 네트워크 소속 의사 또는 기타 의료진에게 제공받는 진료 비용을 부담합니다. 이러한 의사와 기타 의료진을 '네트워크' 의료진이라고 합니다. 이러한 모든 '네트워크 소속' 의료진은 의료진 목록에서 찾을 수 있습니다. 당사의 네트워크에 소속되지 않은 의사 또는 의료진을 '네트워크 비소속' 의료진이라고 합니다.

'네트워크 비소속' 의료진, 병원 또는 연구소를 방문하는 경우 진료비를 직접 지불하셔야 할 수 있습니다. 가입자가 먼저 당사에 요청하고 당사에서 보통 서면으로 수락한 경우에는 비용을 지불하지 않으셔도 됩니다. 이를 '사전 승인'이라고 합니다.

HSCSN에 보장 서비스를 수행할 수 있는 네트워크 소속 의료진이 없는 경우, HSCSN은 승인된 네트워크 비소속 의료진으로부터 보장 서비스를 (적절하고 시기적절하게) 제공합니다.

의료진으로부터 청구서를 받은 경우, 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 문의하십시오.

**일부 서비스는 진료를 받기 전에 HSCSN의 승인이 필요합니다.
이러한 승인을 사전 승인(Prior Authorization, PA)이라고 합니다. 응급 서비스를 제외한 네트워크 비소속 서비스 일체는 사전 승인이 필요합니다.**

가족 계획 의료진의 경우 가입자가 선택한 의료진이 네트워크 비소속 의료진일지라도 방문하실 수 있습니다. 사전 승인은 필요치 않습니다. 가족 계획 서비스에 대한 자세한 내용은 27페이지를 참조하십시오.



진료 예약

담당 PCP 진료 예약

- 가입자 ID 카드와 필기구 및 종이를 준비합니다.
- PCP 진료실에 전화합니다. PCP 전화번호는 가입자 ID 카드 앞면에서 확인해 주십시오. 또한, 의료진 목록 또는 www.hscsnhealthplan.org에서 온라인으로 찾을 수도 있습니다.
- 전화 응대자에게 귀하가 HSCSN 가입자임을 밝힙니다. PCP 진료 예약을 하고 싶다고 말합니다.
- 예약 사유를 밝힙니다. 예:
 - 본인 또는 가족 가입자가 아픈 경우
 - 다치거나 사고를 당한 경우
 - 검진이나 후속 진료가 필요한 경우
- 예약 날짜와 시간을 기록합니다.
- 예약 시간 정시에 맞춰 방문하시되, 가입자 ID 카드 및 사진이 부착된 신분증을 지참해야 합니다.
- 진료 예약 시 도움이 필요한 경우에는 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 요청하십시오.

진료 예약 변경 또는 취소

- 예약 시간은 반드시 엄수해 방문하셔야 합니다.
- 예약을 변경하거나 취소해야 할 경우에는 예약 시간 최소 24시간 전에 진료의에게 전화로 알려야 합니다.
- 일부 예약의 경우에는 24시간보다 더 이전에 전화해 취소해야 할 수도 있습니다.
- 예약 시간에 방문하지 않거나 늦으실 경우, 진료의는 귀하를 담당 진료의의 환자로 결정하지 않을 수 있습니다.

담당 PCP 또는 PDP의 진료 시간 외에 진료 받기

진료 시간 이후 PCP 또는 PDP와 상담해야 할 경우에는 해당 PCP 또는 PDP 진료실에 전화를 걸어 전화 응대자에게 메시지(전화번호 포함)를 남기십시오. 가능한 신속히 회신 전화를 드릴 것입니다. 또는 매일 24시간 간호사 전화 상담 서비스에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 문의하실 수 있습니다. 응급 상황으로 판단될 경우에는 911로 전화하거나 응급실을 방문해 주십시오.



진료를 받기까지 걸리는 시간

담당 진료실은 가입자로부터 전화를 받은 후 특정 시일 내에 가입자의 예약 일정을 잡아야 합니다. 아래 도표는 진료 예약을 잡기까지 걸리는 시간과 관련된 정보입니다. 이 기간에 예약을 잡을 수 없는 경우 (202) 467-2737번으로 전화해 주십시오.

진료 유형	가입자의 상태	진료를 받기까지 걸리는 시간
긴급 진료	상처를 입거나 아픈데, 증상 악화를 막기 위해 24시간 이내에 진료를 받아야 하지만 즉시 의사의 진찰을 받을 필요는 없는 경우. 긴급 진료 사례는 다음과 같습니다. <ul style="list-style-type: none"> • 101°F의 발열 • 인후통 • 구토 • 귀통증 	24시간 이내
정기 진료	경미한 질병이나 부상으로 인한 진료 또는 정기 검진이 필요하지만 긴급 예약은 필요하지 않은 경우	30일 이내
후속 진료	치료를 마친 후 의사를 만나 치유가 잘 되고 있는지 확인해야 하는 경우	치료 종류에 따라 1~2주 이내
성인 건강 검진	<ul style="list-style-type: none"> • 신규 의사와 최초 진료 예약을 한 경우 • 정기 성인 건강검진을 받아야 하는 경우 • 전립선 검사, 골반 검사, 자궁경부암 검사 또는 유방 검사를 받아야 하는 경우 	30일 이내 또는 필요 시 더욱 빨리
긴급 진료가 아닌 전문의와의 예약(의뢰에 의해)	담당 PCP가 전문의에게 가입자가 긴급하지는 않은 상태라고 밝히며 진료를 의뢰하는 경우	30일 이내
아동 조기 정기 검사, 진단 및 치료(EPSDT) - 긴급 진료 아님	가입자 자녀가 EPSDT 검진을 받아야 하는 경우	최초 검진: 60일 이내 추가 검진: 2세 미만 아동의 경우 기한일로부터 30일 이내, 2세 이상 아동의 경우 기한일로부터 60일 이내
IDEA(조기 개입) 평가	발달 지체 또는 장애의 위험이 있는 3세까지의 아동을 대상으로 하는 검사('평가')	30일 이내



지원 서비스

교통편 서비스

HSCSN은 필요한 경우 진료의와의 예약 진료소까지 교통편을 제공합니다. HSCSN은 또한 대부분의 비보장 서비스에 왕복 교통편을 제공합니다. 비보장 서비스는 HSCSN이 보장하지 않지만 보건 재무부(DHCF) 또는 기타 DC 기관에서 보장하는 서비스입니다. Southeastrans(SET)는 비응급 의료 교통편을 제공하기 위해 유연허의 등록된, 훈련을 받고 보험에 가입한 운송 공급자 네트워크를 제공합니다.

- Southeastrans(SET)에 1 (866) 991-5433으로 전화하여 픽업이 필요한 날짜와 시간을 알려주십시오.
- 교통편을 이용하시려면 예약된 진료 시간보다 최소 24시간 전(토요일 및 일요일 제외)에 전화하셔야 합니다. EPSDT 방문 또는 기타 정기 방문을 위해 교통편이 필요한 경우 예약일 하루 전에 전화하여 교통편을 요청할 수 있습니다.
- 당일 긴급 진료 예약 시에는 최소 3시간 전에 전화하셔야 합니다.
- SET는 긴급한 의학적 필요로 최소 3시간 전에 전화하는 가입자에게는 대체 교통편 옵션을 제공하지 않습니다.
- 이용 가능한 교통편 유형은 가입자의 의학적 필요에 따라 다릅니다. 교통편 유형에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.
 - 휠체어 탑승이 가능한 밴
 - 승용차
 - 구급차(비응급)
 - 적절한 경우 공공 승차 공유 옵션
- SET에 다음 중 귀하에게 필요한 특수 편의 사항에 대해 알려 주십시오.
 - 이동 인원수
 - 자동차 좌석
 - 이동 장비
 - 의료 장비
- SET에 가입자 ID, 전화번호 및 픽업 가능한 주소를 제공하십시오. 또한 방문하는 의료/치과 시설 또는 진료소의 이름, 주소 및 전화번호를 알려주시기 바랍니다.
- HSCSN은 정신과 거주 치료 시설(Psychiatric Residential Treatment Facility, PRTF)에 입소한 자녀와 함께 가족 치료를 받거나 의학적으로 필요한 치료를 받기 위한 장거리 교통편 서비스(DC에서 50마일 이상)를 제공합니다. 장거리 서비스를 조율하시려면 최대한 조속히 케어매니저에게 연락합니다.
- HSCSN은 가입자에게 가족 치료 이동 서비스를 제공합니다. 가족 치료는 가입자 또는 가입자의 자녀가 PRTF에 입소 시 받는 치료의 일부입니다.



가족 치료 및 장거리 교통편 서비스

HSCSN은 PRTF에 입소한 자녀와 함께 가족 치료를 받거나 의학적으로 필요한 치료를 받기 위한 장거리 여행(DC에서 50마일 이상)의 비용을 부담합니다. PRTF에서의 가족 치료는 HSCSN의 승인을 받기 위해 자녀 치료 계획의 일부여야 합니다. 의학적으로 필요한 치료를 위한 장거리 여행은 HSCSN의 승인을 받는 가입자의 치료 조정 계획의 일부여야 합니다. 이동을 조율하시려면 예약일 최소 2주 전에 HSCSN 케어매니저에게 연락해야 합니다.

HSCSN에서 보장하는 가족 치료 및 장거리 교통편 서비스는 다음과 같습니다.

- 간병인과 1명의 추가 인원이 PRTF 또는 의료진 시설 및 호텔로 이동
- 공항, 기차역 및 버스 정류장 왕복 이동
- 가입자 및 추가 1인의 1개의 호텔 객실(최대 2박). 객실에는 더블침대 2개 또는 퀸침대 2개가 있을 수 있습니다.
- 치료의 일환으로 자녀와 함께 치료 휴가/외출을 위한 여행. 치료 휴가/외출은 PRTF 치료 의사와 팀의 승인을 받아야 합니다. 치료 휴가/외출 여행이 시설에서 25마일 이상 떨어져 있는 경우 HSCSN의 승인도 받아야 합니다. 여행 전에 케어매니저에게 연락하여 요청해 주십시오.

HSCSN은 다음을 보장하지 않습니다.

- 렌터카
- 식료품, 게임, 의류 또는 당일치기 여행
- 치료 시설에서 25마일 이상(편도) 또는 50마일 이상 왕복 여행의 Lyft 또는 택시 승차 HSCSN은 개인적 용도의 Lyft 승차를 보장하지 않습니다. 개인적 용도는 자녀의 치료와 관련이 없는 모든 사용을 일컫습니다.
- 50마일 이상 이동하시려면 HSCSN의 승인을 받아야 합니다. 담당 케어매니저에게 연락하여 요청해 주십시오.

통번역 서비스 / 청각 장애인 및 시각 장애인을 위한 보조 서비스

통역 서비스

HSCSN은 병원을 포함하여 필요한 경우 무료로 구두 통역 서비스를 제공할 것입니다.

통역 서비스가 필요한 경우에는 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 요청하십시오. 통역 서비스가 필요한 경우에는 예약된 진료 시간 전에 전화해 주시기 바랍니다.

통역 서비스는 보통 유선상으로 제공됩니다. 진료 시 통역사를 동반해야 할 경우에는 예약일 5일 전 또는 최소 48시간 전에 알려주셔야 합니다.



통역사 서비스가 필요한 경우 HSCSN에서 제공해 드립니다. 가입자 또는 가입자 자녀가 병원에 있을 경우에도 해당 서비스가 포함됩니다.

통역 서비스가 필요한 경우에는 예약된 진료 시간 전에 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 요청하십시오.

번역 서비스

HSCSN의 정보를 구하고 이를 다른 언어로 번역해야 하는 경우, 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 요청해 주십시오.

청각 장애인 및 시각 장애인을 위한 보조 서비스

청각 장애인일 경우에는 고객 관리 서비스 센터에 TTY/TTD (202)467-2709로 전화하십시오.

시각 장애인일 경우에는 고객 관리 서비스 센터에 1(866)937-4549 또는 (202)467-2737로 전화하십시오. 오디오 테이프, 점자 또는 큰 활자로 정보를 제공해 드릴 수 있습니다.



전문 진료 및 의뢰

전문 진료를 받는 방법

담당 PCP는 가입자의 의료 서비스 필요 대부분을 처리할 수 있습니다. 다른 의료진으로부터의 진료가 필요한 경우도 있을 수 있습니다.

HSCSN은 다양한 의료진의 서비스를 제공합니다. 해당 의료진들은 특정 의학 분야에 대한 교육을 받았기 때문에 '전문의'라고 합니다.

담당 케어매니저가 가입자 및 담당 PCP와 협력하여 가입자가 전문의를 만나야 할 지 여부를 결정합니다.

가입자가 네트워크 소속이 아닌 전문의의 서비스를 받을 수 있도록 담당 PCP는 HSCSN의 의뢰 및 승인 절차를 준수합니다.

HSCSN 네트워크 비소속 전문의의 진료를 받고 싶지만 승인을 받지 못하여 HSCSN이 해당 비용을 부담하지 않겠다고 하는 경우에는 다음과 같이 할 수 있습니다.

- HSCSN 네트워크에 소속된 다른 의사와 예약하여 2차 소견을 받습니다.
- 당사의 결정에 이의를 제기합니다(67페이지의 이의 제기 참조).
- 이의 제기 절차 후 공정 심리를 요청합니다(66페이지의 공정 심리 참조).

자가 의뢰 서비스

PCP의 사전 허가 없이 특정 서비스를 받을 수 있습니다. 이를 자가 의뢰 서비스라고 하며 아래에 명시되어 있습니다.

다음의 경우, 의뢰를 받을 필요가 없습니다.

- 담당 PCP의 진료를 받는 경우
- 응급 상황으로 치료를 받는 경우
- 정기 또는 예방적 서비스를 위해 네트워크 소속 산부인과(OB/GYN) 의사로부터 서비스를 받는 경우(여성만 해당)
- 가족 계획 서비스를 받는 경우
- 성매개감염(STI)에 대한 서비스를 받는 경우
- 예방접종(주사)을 받는 경우
- 전문 서비스에 대한 후속 치료를 받는 경우
- 네트워크 소속 안과 의사의 진료를 받는 경우
- 자녀가 네트워크 소속 치과 의사의 진료를 받는 경우
- 정신 건강 또는 알코올 또는 기타 약물 문제와 관련된 서비스를 받는 경우



정신 건강 서비스

정신 건강 치료는 성인과 아동 모두에게 제공됩니다. 이 치료는 우울하거나 불안할 때 도움이 됩니다.

귀하 또는 가족 중 누군가가 도움이 필요하다면, 다음으로 전화하십시오.

- HSCSN 고객 관리 서비스 센터: (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549
- DC 행동 건강국(Department of Behavioral Health) 핫라인: 1 (888) 793-4357(주 7일, 하루 24시간)

알코올 또는 기타 약물 문제 관련 서비스

알코올 또는 기타 약물 문제는 당사자의 건강은 물론, 주변 사람들의 건강에도 위험을 초래할 수 있습니다. 이러한 문제와 관련하여 도움이 필요한 경우에는 의사의 진료를 받아야 합니다. HSCSN은 중독 치료 서비스를 마련하고 추가 서비스를 받을 수 있도록 치료 조정을 제공합니다. 다음을 통해 이러한 문제에 대해 서비스를 받을 수 있습니다.

- 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737, 1 (866) 937-4549 또는 TTY/TTD (202) 467-2709로 주 7일, 하루 24시간 전화
- 행동 건강국(DBH) 평가 의뢰 센터(Assessment and Referral Center, ARC)에 (202) 727-8473으로 직접 전화
- 모든 정신 건강, 알코올 및 약물 남용 서비스는 기밀사항입니다.

산아 제한 및 기타 가족 계획 서비스

산아 제한 또는 기타 가족 계획 서비스를 받기 위해 의뢰는 필요하지 않습니다. 모든 산아 제한 및 기타 가족 계획 서비스는 기밀사항입니다.

가입자는 직접 선택한 의료진으로부터 산아 제한 및 기타 가족 계획 서비스를 받을 수 있습니다. 해당 서비스를 받는 데 의뢰는 필요치 않습니다. 담당 PCP가 아닌 가족 계획 서비스 담당 의사를 선택하는 경우에는 담당 PCP에게 알리십시오. 담당 PCP가 더 나은 진료를 위해 도움을 드릴 것입니다. 산아 제한 또는 기타 가족 계획 서비스에 대한 자세한 정보는 PCP와 상담하거나 HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549 또는 TTY/TTD (202) 467-2709로 요청하십시오.

가족 계획 서비스에는 다음이 해당됩니다.

- 임신 테스트
- 여성과 커플을 위한 상담
- 정기 및 응급 피임
- 상담 및 예방접종
- 자궁경부 검진(파파니콜로도말표본)
- 모든 성매개감염에 대한 검사
- 모든 성매개감염에 대한 치료
- 불임 시술(21세 이상이어야 하며 시술 30일 전에 양식에 서명해야 함)
- HIV/AIDS 테스트 및 상담

가족 계획 서비스에 다음은 해당되지 않습니다.

- 정기 불임 연구 또는 시술
- 불임을 위한 자궁 적출술
- 자발적 불임 시술 복원
- HIV/AIDS 치료
- 낙태

HIV/AIDS 테스트, 상담 및 치료

다음의 경우, HIV/AIDS 테스트 및 상담을 받을 수 있습니다.

- 가족 계획 서비스를 받을 때
- 담당 PCP로부터
- HIV 검사 및 상담 센터에서

HIV 검사 및 상담을 받을 수 있는 곳에 대한 정보가 필요하다면, 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737, 1 (866) 937-4549 또는 TTY/TTD (202) 467-2709로 전화해 주십시오. 담당 PCP는 가입자가 필요 시 HIV 치료를 받도록 도와드릴 것입니다. 또는 담당 케어매니저에게 문의할 수 있습니다. 가입자가 HIV/AIDS 고위험군이라고 의사가 판단하는 경우 노출 전 예방 요법 (Pre-exposure prophylaxis, PrEP)을 받을 수도 있습니다.



약국 서비스 및 처방약

약국은 의약품(약물)을 수령하는 곳입니다. 의사가 처방전을 제공하는 경우, HSCSN 네트워크에 소속된 약국에 가야 합니다.

HSCSN 네트워크에 소속된 모든 약국 목록은 HSCSN 의료진 목록 또는 www.hscsnhealthplan.org에서 온라인으로 찾을 수 있습니다.

도움이 필요하거나 인쇄본을 요청하려면 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하십시오.

타지에 있을 때 응급 상황이 발생하거나 긴급 진료가 필요할 경우에는 19페이지의 **타지에 있을 경우 진료** 섹션을 참조하십시오.

처방약 받기:

- 직장이나 자택에서 가까운 HSCSN 네트워크 소속 약국을 선택하십시오.
- 처방전을 받으면 약국에 가서 약사에게 처방전과 HSCSN 가입자 ID 카드를 제시하십시오.
- 도움이 필요한 경우에는 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737, 1 (866) 937-4549 또는 TTY/TTD (202) 467-2709로 전화하십시오.

기억할 점:

- 약국 측은 가입자에게 약값을 지불하라고 요청해서는 안 됩니다. 약국이 약값을 지불하라고 요청하는 경우에는 HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 알려 주십시오.
- 경우에 따라, 의사는 의약품에 대해 HSCSN으로부터 사전 승인(PA)을 받아야 할 수도 있습니다. 의사가 사전 승인을 기다리는 동안 가입자는 다음과 같이 약을 받을 수 있는 권리가 있습니다.
 - 최대 72시간 동안
 - 1일 1회 미만으로 복용하는 경우 전체 처방약 1회분



질병 관리

천식, 고혈압 또는 정신 질환과 같은 만성 질환이나 특별한 건강 관리가 필요한 경우 질병 관리 프로그램에 배정해 드릴 수 있습니다. HSCSN 케어매니저는 가입자의 질병을 관리하고 건강을 유지하는 데 필요한 서비스와 정보를 얻을 수 있게 도움을 드릴 것입니다.

가입자/가입자 자녀의 전반적인 건강 목표를 지원하기 위한 노력의 일환으로 HSCSN의 질병 관리 프로그램은 가입자가 특정 건강 관련 상태에 따라 양질의 건강 관리를 받을 수 있게 마련되었습니다. HSCSN은 가입자들과 협력하여 만성 건강 질환을 관리하는 데 도움을 드립니다.

질병 관리 프로그램은 HSCSN의 기존 진료 관리 프로그램의 일부입니다. 만성 질환과 관련된 조정은 HSCSN 케어매니저 또는 담당 케어매니저와 협력하는 간호사가 수행합니다.

질병 관리에 포함된 사항

- 가입자/가입자 자녀의 질환과 관련된 건강 평가
- 만성 건강 질환에 초점을 맞춘 건강 교육
- 행동 계획 개발
- 질환 관리를 위해 마련된 지침 준수
- 질환과 관련된 HSCSN 케어매니저의 대면 또는 온라인 방문
- 지역사회 자원에 의뢰
- 만성 건강 질환을 관리하기 위해 가입자/가입자 자녀의 진료의와 협력

HSCSN의 질병 관리 프로그램에 대해 궁금한 사항은 케어매니저에게 문의하거나 202-467-2727 또는 (202) 467-2737로 고객 관리 서비스 센터에 전화해 주십시오.



치료 조정 및 진료 관리 프로그램

HSCSN 케어매니저는 가입자의 필요에 맞는 지원을 제공할 것입니다. 케어매니저는 가입자에게 필요한 모든 의료 서비스를 조율하는 파트너입니다. 케어매니저는 특수 장애가 있는 아동 및 청년과 관련된 교육을 받았고 관련 업무 경험도 갖추고 있습니다. 건강 플랜에 가입하시면 첫 5일 이내로 담당 케어매니저가 연락을 드립니다. 케어매니저는 가입자와 직접 만나 치료 조정 계획을 세우는 데 필요한 정보를 수집할 것입니다. 케어매니저는 가입자 또는 가입자 자녀에 대해 다음과 같은 질문을 할 것입니다.

- 의학적 질환
- 복용약
- 학교 정보
- 의료진

HSCSN 케어매니저는 가입자 또는 가입자의 자녀를 위해 다음을 지원할 수 있습니다.

- 보장 서비스 받기
- 진료 예약 및 검사 준비
- 교통편 준비
- 가입자가 적절한 서비스를 받을 수 있는 방안 모색
- 특별 건강 관리 요구사항 및/또는 간병인이 일상적 스트레스를 관리하는 데 유용한 자원 확인
- 지역사회 및 사회복지 서비스와 연결
- 혜택 종료 시, 다른 치료로 전환하면서 다른 MCO를 선택하거나 필요한 경우 DC 메디케이드 행위별 수가제 프로그램으로 이동
- 가입자 또는 가입자 자녀의 담당 의료진이 치료 조정 계획에 포함된 의료 서비스를 제공하는지 확인
- 자녀의 학교, 교육구 기관 및 네트워크 비소속 의료진이 치료 계획에 포함된 서비스를 제공하는지 확인
- 가입자가 본인 또는 자녀의 상태와 관리 방법을 이해하도록 지원
- 가입자에게 본인 또는 자녀를 도울 수 있는 지역사회 구성원 연계
- 연중에 가입자와 직접 만나 다음과 같은 업무를 진행:
 - 평가 완료
 - 가입자의 치료 관련 필요 사항에 대해 논의
 - 가입자 또는 가입자 자녀의 치료 조정 계획 논의

가입자 또는 가입자의 자녀가 당뇨병, 고혈압, 정신 질환을 앓거나 천식과 같은 만성 질환 또는 특별한 건강 관리가 필요한 경우, HSCSN은 가입자의 건강 관리 요구에 대한 추가 지원을 위해 특별 서비스 및 프로그램을 가입자에게 제공할 수 있습니다. 가입자 또는 가입자의 자녀에게는 질병을 관리하고 건강을 개선하는 데 필요한 서비스와 정보를 얻을 수 있게 도움을 드릴 케어매니저가 있습니다.



케어매니저는 연1회 또는 가입자와 가입자 자녀의 의료 서비스 필요를 기반으로 더욱 자주 가입자를 만나게 됩니다. 케어매니저에 대한 우려 사항이 있을 시에는 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하십시오.

담당자가 자세한 정보를 제공해 드릴 수 있습니다. 또한 가입자의 현재 가입된 프로그램 종류를 알려드릴 수도 있습니다. 가입자는 의뢰를 요청하거나 프로그램에서 탈퇴를 요청할 수도 있습니다.



진료 관리 프로그램 권리와 의무

HSCSN은 치료의 모든 부분에 관여될 수 있는 가입자의 권리를 다룹니다. 가입자는 필요한 사항을 알고 치료 참여하여 결정을 내리기 위해 가입자의 권리를 이용하는 것이 좋습니다. 이를 통해 수혜 서비스와 서비스를 제공하는 의료진을 평가할 수 있습니다.

I. 가입자와 가족은 다음의 권리를 갖습니다.

- A. HSCSN 직원으로부터 배려와 존중하는 태도로 대우를 받을 권리
- B. 개인정보보호를 받을 권리
- C. HSCSN 서비스, 의료진, 권리와 의무에 대한 정보를 매년 받을 권리
- D. 치료에 관련된 모든 의료종사자 및 의료진의 성명을 알 권리
- E. 가입자의 권리와 의무에 대한 의견을 공유할 권리
- F. 매년 또는 회원 자격이나 혜택에 변경 사항이 발생하기 30일 전에 서면으로 통지를 받을 권리
- G. 네트워크 소속 의료진을 선택 또는 변경하거나 필요 사항을 충족하기 위해 케어매니저에 변경을 요청할 권리
- H. 건강상의 필요 사항을 알고 치료를 받기 전에 치료에 동의할 권리
 - I. 서비스가 제공되기 전에 서비스에 대한 승인을 받는 방법을 알 권리(응급 서비스에는 승인이 필요하지 않음)
- J. 911에 언제 어떻게 전화해야 하는지 알 권리
- K. 응급 의료 상태와 이용 가능한 후속 치료 또는 서비스의 종류를 알 권리
- L. 비용이나 혜택 보장에 관계없이 가입자의 상태에 대한 권리 또는 의학적으로 필요한 치료 옵션에 대해 공개적으로 논의할 권리
- M. 가입자의 건강 관리에 대한 의사 결정 과정에 참여할 권리. 가입자는 치료가 제공되기 전에 치료를 수락 또는 거부할 권리가 있습니다. 가입자는 2차 소견을 받고/받거나 치료 제안을 거부할 권리가 있습니다.
- N. 네트워크 소속 의료진이 없는 경우 HSCSN이 가입자에게 무료로 네트워크 비소속 의료진의 2차 소견을 주선하도록 할 권리
- O. 의학적으로 필요한 모든 예약 장소로 교통편을 제공받을 권리
- P. 결정을 내리는 데 도움이 되도록 HSCSN의 정책을 가입자가 이해할 수 있는 언어로 제공받을 권리
- Q. 우려 사항 및 고충을 HSCSN 직원에게 표명하고 시기적절한 응답을 받을 권리
- R. 보복에 대한 두려움 없이 언제든지 우려 사항이나 고충을 표명하기 위해 보건 재무부(DHCF) 옴부즈만에게 연락할 권리. 공정 심리를 받고 필요한 경우 HSCSN 또는 DHCF 직원의 도움을 받을 권리가 있습니다.
- S. 18세 이상으로 스스로 의학적 선택을 할 수 없는 상황에서, 사망 위험이 있는 경우 원하는 바를 명시한 아동 또는 청소년의 보살핌에 대한 사전의료의향서를 보유할 권리가 있으며, 변경일로부터 90일 이내에 주법 변경 사항에 대한 정보를 가입자에게 제공할 권리



- T. 아동 또는 청소년의 의료 기록을 기밀로 유지하고 일반적으로 부모, 법적 보호자 또는 자립한 미성년자의 서면 허가가 있는 경우에만 공개하게 할 권리
- U. 본인의 의료 기록 사본을 요청하고 받을 수 있으며 45C.F.R. sec. 164.524 및 164.526에 명시된 대로 의료 기록을 수정 또는 정정하도록 요청할 권리
- V. 법적 요청으로 인해 자녀의 치료에 대한 정보가 공개된 경우 10일 이내에 서면으로 통지를 받을 권리
- W. 치료, 인터뷰 및 모든 치료 계획 상담 중에 아동 또는 청소년이 개인정보보호를 받으면서 사려 깊은 의료 서비스를 받게 할 권리
- X. 연중 내내 24시간 아동 또는 청소년을 위한 HSCSN의 의료 서비스를 이용할 권리
- Y. 가입자/간병인은 어떤 이유로든 강요나 판단을 받지 않을 권리
- Z. 비영어권 가입자의 경우 번역 서비스를 받을 권리
- AA. 가입자는 다른 언어 및 형식으로 번역된 문서를 받을 수 있는 권리
- BB. LEP 가입자는 구두 번역 서비스가 시기적절하게 제공되지 않는 경우 이의를 제기할 권리
- CC. 징계나 복수의 수단으로 제약을 받지 않을 권리
- DD. HSCSN의 재정 상태를 알 권리. 가입자는 HSCSN의 채무나 재산에 대해 책임이 없으며, 보장 서비스에 대한 지불에 대해 책임을 지지 않습니다.
- EE. HSCSN의 처방약 프로그램, 프로그램의 정책, 처방이 고충 처리 중이거나 이의 제기 절차에 있는 동안 처방약을 받을 수 있는 가입자의 권리를 알 권리
- FF. HSCSN의 의사 인센티브 계획(PIP)에 대한 설명을 들을 권리
- GG. 42 C.F.R. sec. 438.10(i)(3)(iv)에 있는 요구 사항에 따른 가입자 만족도 조사의 요약본을 받을 권리
- HH. 컬럼비아 특별구의 모든 보건 재무 제공자로부터 가족 계획 서비스 및 용품을 받을 권리
 - II. 가입자 안내서 및 의료진 목록 사본을 받을 권리

II. 가입자와 가족은 다음의 의무를 갖습니다.

- A. 의료 또는 치료 조정 서비스를 받을 때 HSCSN 직원과 의료진을 친절하고 존중하는 마음으로 대우할 의무
- B. 가입자의 의료진 및 케어매니저와 협력하여 합의된 진료에 대한 계획과 지침을 만들고 따를 의무
- C. 가입자 또는 가입자 자녀의 건강 문제를 알고 치료 방법에 대한 계획에 참여할 의무
- D. 진료 플랜을 변경하고자 할 경우 담당 직원과 진료의에게 알릴 의무
- E. 진료를 받을 때 HSCSN 카드와 예방접종 기록을 제시할 의무
- F. 모든 의료 검진 시 진찰을 받고, 취소해야 하는 경우 진료의와 HSCSN에 알릴 의무
- G. HSCSN에서 자녀의 의료 검진을 위해 가입자에게 교통편을 제공할 때 시간을 지킬 의무
- H. 진료실 방문 시 18세 미만의 자녀와 성인이 동반할 의무 자녀가 교통편을 이용하고 진료의를 방문하는 동안 성인이 함께 있어야 합니다.



- I. HSCSN이 의료 방문 또는 프로그램에서 자녀를 데려올 때 자녀를 맞을 준비가 되어있을 의무
- J. 가입자가 자녀를 데리러 갈 수 없는 경우, 알고 있는 성인이 자녀를 데리러 갈 수 있게 확인해야 할 의무
- K. 요청 시, HSCSN에 동의서 공개(ROI)를 제공할 의무
- L. HSCSN에 이름, 주소, 전화번호 또는 긴급 전화번호의 변경 사항을 즉시 알릴 의무
- M. 가입자 또는 가입자의 자녀가 HSCSN에 가입한 동안 임신했거나 자녀를 출산한 경우 HSCSN에 알릴 의무
- N. 부모나 간병인 또는 자녀가 사망한 경우, SSI를 상실한 경우, 집에 살고 있지 않는 경우, 교도소에 수감된 경우, 또는 당사에서 가입자에게 전화 시 유용할 기타 정보를 HSCSN에 알릴 의무
- O. 진료의와 HSCSN에 필요한 정보를 제공할 의무. 이는 진료의가 양질의 진료를 제공하는 데 도움이 됩니다. 이는 가입자에게 올바른 서비스를 제공하는 데 도움이 됩니다.
- P. 가입자와 가입자 자녀의 진료에 대한 본인의 의견을 공유할 의무
- Q. 모든 새로운 약물 및 치료는 승인을 받아야 하는 의무
- R. 몸이 아프면 응급실에 방문할 의무
- S. 진료의가 이전 진료의로부터 기록을 받도록 도울 의무
- T. 가입자 또는 가족 구성원이 다른 건강 보험에 가입되어 있는 경우 소득 유지 관리국 (Income Maintenance Administration, IMA) 및 HSCSN에 알릴 의무
- U. 가입자와 가입자 자녀의 진료 및 HSCSN 서비스에 대해 질문할 의무. 이는 진료의가 가입자와 가입자 자녀의 건강 문제를 파악하는 데 도움이 됩니다.
- V. 진료의 및/또는 HSCSN과 거래 시, 사기나 악용에 연루되지 않을 의무



청년 질병 예방 서비스

HSCSN은 가입자의 건강을 관리해 드리고자 합니다. 또한 당사가 제공하는 건강 및 웰니스 서비스를 신청해 주시기를 바랍니다. 건강 및 웰니스 서비스에는 검진, 상담 및 예방접종이 포함됩니다.

검진('검사') 권고

최소 연1회 예약을 하여 PCP의 검진을 받으십시오. 건강검진 중 담당 PCP와 논의해야 할 사항은 '가입자의 의료 혜택' 섹션의 '성인 웰니스 서비스' 목록을 참조하십시오.

최소 연1회 건강검진을 위해 PCP와 진료 예약을 잡으십시오.

예방적 상담

건강을 유지하는 데 도움이 되는 예방적 상담이 제공됩니다. 다음에 대한 예방적 상담 정보를 받을 수 있습니다.

- 식단 및 운동
- 알코올 및 약물 사용
- 금연
- HIV/AIDS 예방
- 행동 건강

성인 예방접종

성인의 경우, 예방접종(주사)을 맞아야 할 수도 있습니다. 담당 PCP와 필요한 백신이나 예방접종에 대해 상의하십시오.



임신

임신 중이거나 임신했다고 생각되는 경우에는 즉시 산부인과(OB/GYN) 의사를 방문해야 합니다. 진료 예약을 하기 전에 PCP의 진료를 받아야 할 필요는 없습니다.

임산부의 경우, 다음으로 전화하십시오.

- 가계 안정관리과(ESA): 202-727-5355(임신 사실 보고)
- 고객 관리 서비스 센터: (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549
- 담당 PCP

임신한 경우 확인해야 할 특정 항목들이 있습니다. 이는 건강한 임신, 출산 및 신생아에게 도움이 됩니다. 이를 산전 관리라고 합니다. 아기가 태어나기 전에 산전 관리를 받습니다.

임신했거나 임신했다고 생각되는 경우에는 음주, 약물 복용 또는 흡연은 삼가해 주십시오.

산전 및 산후 관리

산후 관리

출산한 경우에는 가능한 신속히 케어매니저에게 전화로 알려 주십시오. 담당 케어매니저가 자녀의 HSCSN 가입을 도와드릴 것입니다. 가입자의 산과 케어매니저는 아기가 가입자와 함께 자택으로 귀가하지 않더라도 가입자의 퇴원 후 2일 이내에 자택을 방문할 것이며, 해당 방문을 통해 회복과 관련된 질문에 답변해 드릴 것입니다.

아기가 자택으로 함께 귀가하는 경우, 산과 케어매니저는,

- 가입자가 궁금해 하는 모든 질문에 답변해 드릴 것입니다.
- 신생아를 돌보는 방법에 대해서도 알려 드릴 것입니다.
- 모유 또는 분유 수유에 대해서도 알려 드릴 것입니다.

산후 기간 동안에는,

- 산부인과 의사에게 전화하여 산후 검진 예약을 하십시오. 의사가 더욱 빠른 시일 내에 진료해야 한다고 하는 경우를 제외하고는 보통 출산 후 4~6주 사이에 예약하시면 됩니다.
- 자녀를 담당할 소아과 의사를 선택하십시오. 소아과 의사를 찾는 데 도움이 필요한 경우에는 산과 케어매니저에게 전화하십시오.
- 진료실에 전화하여 자녀의 진료 예약을 잡으십시오. 소아과 의사가 더욱 빠른 시일 내에 자녀를 진료해야 한다고 하는 경우를 제외하고 생후 약 2주 뒤에 진료 예약을 하시면 됩니다.

출산 후, 산과 케어매니저 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549 및 ESA에 202-727-5355로 전화해 주십시오.

자녀의 건강

아동 건강검진 프로그램(EPSTD)

HSCSN은 가입자 자녀가 건강하게 성장할 수 있도록 돕고 싶습니다. 가입자 자녀가 DC Healthy Families(메디케이드) 프로그램에 가입된 경우, 자녀는 조기 및 정기 검사, 진단 및 치료(Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSTD)라고 하는 건강검진 프로그램(Health Check Program)에 참여하게 됩니다. 건강검진 프로그램은 자녀가 태어난 직후부터 21세까지 지속되며, 자녀에게 몇 가지 중요한 검진 서비스를 제공합니다.

건강검진(EPSTD) 안내문이 본 안내서에 수록되어 있습니다. 또한 진료의에게 문의하거나 고객 관리 서비스 센터에 전화하거나 당사 웹사이트 www.hscsnhealthplan.org를 방문하여 건강 검진(EPSTD) 주기 일정 책자를 요청할 수 있습니다. 일정에서 자녀가 병원을 방문해야 하는 시기를 확인할 수 있습니다.

가입자 자녀는 건강검진/EPSTD 서비스 외에도 아래 '가입자 의료 혜택' 섹션에 수록된 혜택도 받을 수 있습니다.

이민자 아동

가입자 자녀가 이민자 아동 프로그램(Immigrant Children's Program)에 가입되어 있는 경우, 아동 건강검진 서비스를 받게 됩니다. 본 프로그램은 가입자 자녀가 21세가 될 때까지 지속됩니다.

가입자 자녀는 아동 건강검진 외에도 아래 '가입자 의료 혜택' 섹션에 설명된 혜택도 받을 수 있습니다. 이민자 아동은 HSCSN에 가입되어 있는 동안에만 의료 서비스를 받을 수 있습니다.

가입자 자녀에게 제공되는 본 서비스는 무료로 제공되기 때문에, 어떠한 비용에 대해서도 직접 지불할 필요가 없습니다. 문의 사항이 있는 경우 또는 진료 시 교통편이 필요하거나 진료 예약과 관련하여 도움이 필요한 경우에는 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하십시오.

자녀의 치아 관리

HSCSN 가입자는 무료로 치과 건강검진 및 치료를 받을 수 있습니다. HSCSN은 Delta Dental 과 협력하여 진료 서비스를 제공하는 치과 의사를 찾아드립니다. 치과 의사는 충치 예방 치료를 제공하는 것은 물론, 가입자와 가입자 자녀에게 치아 관리 방법을 가르쳐 드립니다.

- 신생아에서 3세까지의 경우, 담당 PCP가 정기 검진 중에 치과 진료를 제공할 수도 있습니다.
- PCP는 치과 의사에게 자녀의 치료 의뢰 여부를 결정할 수 있습니다.

3세 이상의 모든 아동은 HSCSN 네트워크에 소속된 치과 의사에게 최소 연2회 또는 6개월마다 검진을 받아야 합니다. HSCSN 소속 의료진 목록 또는 온라인 www.hscsnhealthplan.org를 검토하여 인근의 치과를 선택하십시오. 치과에 전화하여 진료 예약을 하십시오.



특별 건강 관리가 필요한 자녀

자녀에게 영구적 또는 장기간 지속되는 신체적, 발달적, 행동적 또는 정서적 질환이 있는 경우 특별 건강 관리를 받을 수 있습니다. 이들 자녀는 추가적인 의료 및 기타 서비스가 필요할 수 있습니다.

HSCSN은 가입자 자녀의 특별 건강 관리 필요사항이 있는지 확인하기 위한 건강 검진을 완료하기 위해 가입자에게 연락할 것입니다. HSCSN에서 연락을 받지 못한 경우 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 고객 관리 서비스 센터에 전화해 주십시오.

자녀에게 특별 건강 관리가 필요한 경우

- 가입자 자녀는 전문의인 PCP에게 진료를 받을 권리가 있습니다.
- 가입자 자녀는 자녀의 특별한 요구사항을 도울 케어매니저에게 배정될 수 있습니다.
- 가입자 자녀의 케어매니저는 가입자 및 자녀의 담당의와 협력하여 치료 계획을 세울 것입니다.

자녀의 치료 계획에 가입자와 자녀의 담당의가 서명했는지 확인하십시오. 치료 계획이 없는 경우 HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 전화하여 자녀를 위한 치료 계획을 요청하시기 바랍니다.

IDEA 프로그램

IDEA는 장애인 교육법(Individuals with Disabilities Education Act, IDEA)의 약자입니다. IDEA는 연방법입니다. IDEA 프로그램은 발달 지체, 장애 또는 특수한 요구사항이 필요한 자녀를 위한 특별 서비스를 제공합니다. 3세까지의 아동은 HSCSN의 조기 개입 서비스를 제공받게 됩니다. 4세 이상의 아동은 DC 공립학교 및 공립 차터 스쿨에서 특수 교육 서비스를 받게 됩니다.

자녀의 발달 상태에 문제가 있다고 생각된다면 검사를 받아보게 하십시오('IDEA 평가'). IDEA 평가를 받으려면 담당 PCP에게 전화하십시오. 자녀에게 IDEA 서비스가 필요한 경우 PCP가 자녀를 DC Strong Start 조기 개입 프로그램(Early Intervention Program)에 의뢰해 줄 것입니다.

HSCSN의 케어매니저가 자녀가 받을 수 있는 IDEA 및 기타 서비스에 대해 자세히 알려 드릴 수 있습니다.

HSCSN은 자녀가 조기 개입 서비스 수혜 대상인 경우 아래 명시된 서비스를 보장합니다.

- 3세까지 아동의 경우, HSCSN은 서비스가 자녀의 치료 계획(IFSP)에 포함되어 있는 경우 모든 의료 서비스를 보장합니다.
- 3세 이상 아동의 경우 HSCSN은
 - 자녀가 학교에 있지 않을 때(저녁, 주말 및 공휴일에도), 모든 의료 서비스 및 자녀에게 필요한 치료 계획에 있는 서비스에 대한 비용을 지불합니다.
 - 학교의 치료 계획을 통해 제공되지 않는 서비스를 조정합니다.

자녀가 IDEA 프로그램을 통해 받을 수 있는 서비스에 대한 자세한 사항은 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 연락하거나 자녀의 학교에 문의하십시오.

DC의 성장 차트(차트 참조)는 자녀의 성장 및 발달 지체 여부를 파악하는 데 도움이 될 수 있습니다.



소아청소년을 위한 예방접종(주사)

예방접종(주사)은 자녀의 건강을 유지하는 데 있어서 매우 중요합니다. 아주 어린 자녀의 경우 몇 달에 한 번씩 예방주사를 맞아야 합니다. 예방주사는 태어날 때부터 시작됩니다. 예방주사는 자녀를 질병으로부터 보호합니다.

담당 PCP와 HSCSN이 자녀의 예방접종 일정을 잡을 것입니다.

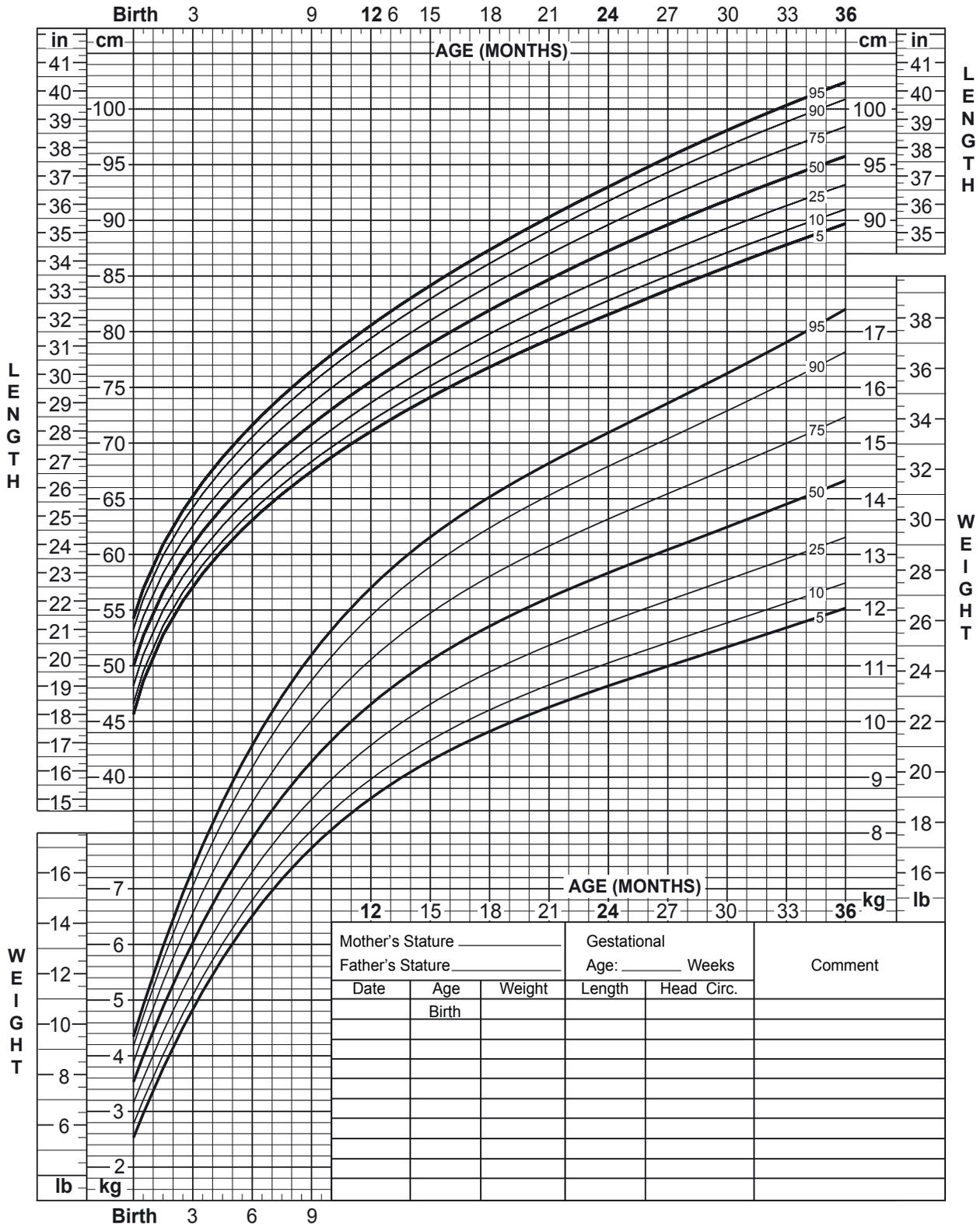
자녀의 예방접종 일정에 대한 권장 예방접종 및 일정 차트(삽입물 참조)를 확인해 보시기 바랍니다.



Birth to 36 months: Boys
Length-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____



Published May 30, 2000 (modified 4/20/01).
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

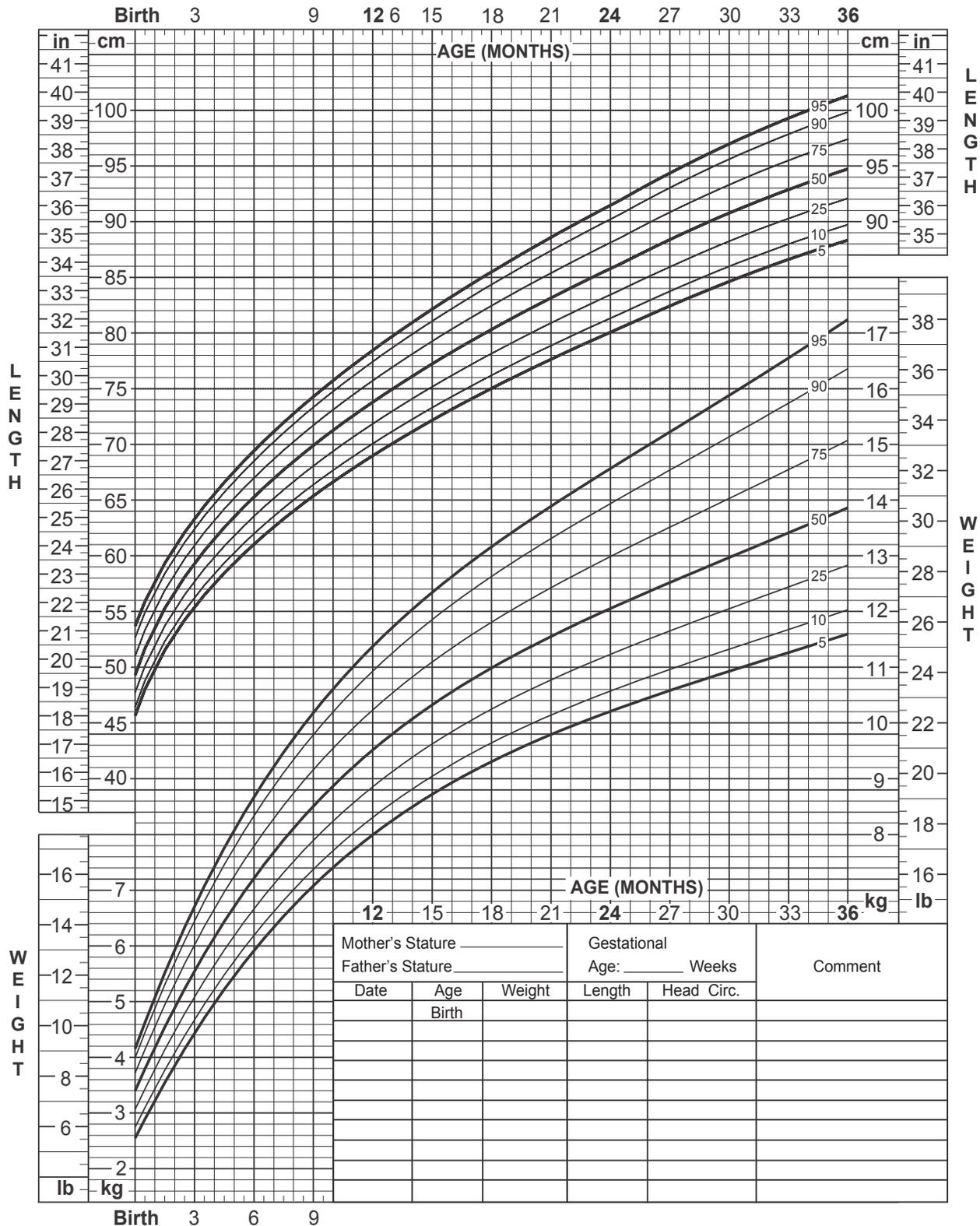


Birth to 36 months: Girls

Length-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____

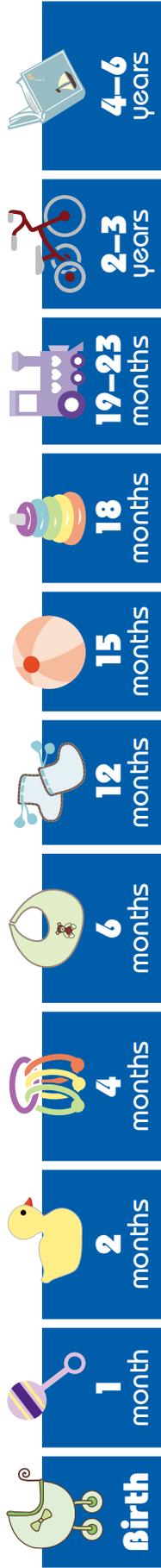


Published May 30, 2000 (modified 4/20/01).
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

2021 Recommended Immunizations for Children from Birth Through 6 Years Old



Is your family growing? To protect your new baby against whooping cough, get a Tdap vaccine. The recommended time is the 27th through 36th week of pregnancy. Talk to your doctor for more details.

Shaded boxes indicate the vaccine can be given during shown age range.

HepB	RV	RV	HepB	DTaP	DTaP	DTaP
DTaP	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib
PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13
IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV
Influenza (Yearly)*	MMR	MMR	MMR	MMR	MMR	MMR
	Varicella	Varicella	Varicella	Varicella	Varicella	Varicella
	HepA ^s					

NOTE: If your child misses a shot, you don't need to start over. Just go back to your child's doctor for the next shot. Talk with your child's doctor if you have questions about vaccines.

FOOTNOTES:
 * Two doses given at least four weeks apart are recommended for children age 6 months through 8 years of age who are getting an influenza (flu) vaccine for the first time and for some other children in this age group.
^s Two doses of HepA vaccine are needed for lasting protection. The first dose of HepA vaccine should be given between 12 months and 23 months of age. The second dose should be given 6 months after the first dose. All children and adolescents over 24 months of age who have not been vaccinated should also receive 2 doses of HepA vaccine.
 If your child has any medical conditions that put him at risk for infection or is traveling outside the United States, talk to your child's doctor about additional vaccines that he or she may need.

See back page for more information on vaccine-preventable diseases and the vaccines that prevent them.



For more information, call toll-free
1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)
 or visit
www.cdc.gov/vaccines/parents



U.S. Department of Health and Human Services
 Centers for Disease Control and Prevention



American Academy of Pediatrics
 DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN[®]

Vaccine-Preventable Diseases and the Vaccines that Prevent Them

Disease	Vaccine	Disease spread by	Disease symptoms	Disease complications
Chickenpox	Varicella vaccine protects against chickenpox.	Air, direct contact	Rash, tiredness, headache, fever	Infected blisters, bleeding disorders, encephalitis (brain swelling), pneumonia (infection in the lungs)
Diphtheria	DTap* vaccine protects against diphtheria.	Air, direct contact	Sore throat, mild fever, weakness, swollen glands in neck	Swelling of the heart muscle, heart failure, coma, paralysis, death
Hib	Hib vaccine protects against <i>Haemophilus influenzae</i> type b.	Air, direct contact	May be no symptoms unless bacteria enter the blood	Meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), intellectual disability, epiglottitis (life-threatening infection that can block the windpipe and lead to serious breathing problems), pneumonia (infection in the lungs), death
Hepatitis A	HepA vaccine protects against hepatitis A.	Direct contact, contaminated food or water	May be no symptoms; fever, stomach pain, loss of appetite, fatigue, vomiting, jaundice (yellowing of skin and eyes), dark urine	Liver failure, arthralgia (joint pain), kidney, pancreatic and blood disorders
Hepatitis B	HepB vaccine protects against hepatitis B.	Contact with blood or body fluids	May be no symptoms; fever, headache, weakness, vomiting, jaundice (yellowing of skin and eyes), joint pain	Chronic liver infection, liver failure, liver cancer
Influenza (Flu)	Flu vaccine protects against influenza.	Air, direct contact	Fever, muscle pain, sore throat, cough, extreme fatigue	Pneumonia (infection in the lungs)
Measles	MMR** vaccine protects against measles.	Air, direct contact	Rash, fever, cough, runny nose, pink eye	Encephalitis (brain swelling), pneumonia (infection in the lungs), death
Mumps	MMR** vaccine protects against mumps.	Air, direct contact	Swollen salivary glands (under the jaw), fever, headache, tiredness, muscle pain	Meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), encephalitis (brain swelling), inflammation of testicles or ovaries, deafness
Pertussis	DTap* vaccine protects against pertussis (whooping cough).	Air, direct contact	Severe cough, runny nose, apnea (a pause in breathing in infants)	Pneumonia (infection in the lungs), death
Polio	IPV vaccine protects against polio.	Air, direct contact, through the mouth	May be no symptoms, sore throat, fever, nausea, headache	Paralysis, death
Pneumococcal	PCV13 vaccine protects against pneumococcus.	Air, direct contact	May be no symptoms, pneumonia (infection in the lungs)	Bacteremia (blood infection), meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), death
Rotavirus	RV vaccine protects against rotavirus.	Through the mouth	Diarrhea, fever, vomiting	Severe diarrhea, dehydration
Rubella	MMR** vaccine protects against rubella.	Air, direct contact	Sometimes rash, fever, swollen lymph nodes	Very serious in pregnant women—can lead to miscarriage, stillbirth, premature delivery, birth defects
Tetanus	DTap* vaccine protects against tetanus.	Exposure through cuts in skin	Stiffness in neck and abdominal muscles, difficulty swallowing, muscle spasms, fever	Broken bones, breathing difficulty, death

* DTaP combines protection against diphtheria, tetanus, and pertussis.

** MMR combines protection against measles, mumps, and rubella.

INFORMATION FOR PARENTS

2021 Recommended Immunizations for Children 7–18 Years Old

Talk to your child's doctor or nurse about the vaccines recommended for their age. COVID-19 vaccination is recommended for some adolescents.

	Flu Influenza	Tdap Tetanus, diphtheria, pertussis	HPV Human papillomavirus	Meningococcal		Pneumococcal	Hepatitis B	Hepatitis A	Polio	MMR Measles, mumps, rubella	Chickenpox Varicella
				MenACWY	MenB						
7-8 Years	Shaded Green	Shaded Orange				Shaded Purple	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange
9-10 Years	Shaded Green	Shaded Orange	Shaded Purple			Shaded Purple	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange
11-12 Years	Shaded Green	Shaded Orange	Shaded Green	Shaded Orange		Shaded Purple	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange
13-15 Years	Shaded Green	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Purple	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange
16-18 Years	Shaded Green	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Purple	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange	Shaded Orange

More information: Everyone 6 months and older should get a flu vaccine every year.

All 11- through 12- year olds should get one shot of Tdap.

All 11- through 12- year olds should get a 2-shot series of HPV vaccine. A 3-shot series is needed for those with weakened immune systems and those who start the series at 15 years or older.

All 11- through 12- year olds should get one shot of meningococcal conjugate (MenACWY). A booster shot is recommended at age 16.

Teens 16-18 years old may be vaccinated with a serogroup B meningococcal (MenB) vaccine.

 These shaded boxes indicate when the vaccine is recommended for all children unless your doctor tells you that your child cannot safely receive the vaccine.

 These shaded boxes indicate the vaccine is recommended for children with certain health or lifestyle conditions that put them at an increased risk for serious diseases. See vaccine-specific recommendations at www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/.

 These shaded boxes indicate the vaccine should be given if a child is catching up on missed vaccines.

 This shaded box indicates children not at increased risk may get the vaccine if they wish after speaking to a provider.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention



American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS

Vaccine-Preventable Diseases and the Vaccines that Prevent Them

Disease	Vaccine	Disease spread by	Disease symptoms	Disease complications
Chickenpox	Varicella vaccine protects against chickenpox.	Air, direct contact	Rash, tiredness, headache, fever	Infected blisters, bleeding disorders, encephalitis (brain swelling), pneumonia (infection in the lungs)
Diphtheria	Tdap* and Td** vaccines protect against diphtheria.	Air, direct contact	Sore throat, mild fever, weakness, swollen glands in neck	Swelling of the heart muscle, heart failure, coma, paralysis, death
Hepatitis A	HepA vaccine protects against hepatitis A.	Direct contact, contaminated food or water	May be no symptoms, fever, stomach pain, loss of appetite, fatigue, vomiting, jaundice (yellowing of skin and eyes), dark urine	Liver failure, arthralgia (joint pain), kidney, pancreatic and blood disorders
Hepatitis B	HepB vaccine protects against hepatitis B.	Contact with blood or body fluids	May be no symptoms, fever, headache, weakness, vomiting, jaundice (yellowing of skin and eyes), joint pain	Chronic liver infection, liver failure, liver cancer
Human Papillomavirus	HPV vaccine protects against human papillomavirus.	Direct skin contact	May be no symptoms, genital warts	Cervical, vaginal, vulvar, penile, anal, oropharyngeal cancers
Influenza (Flu)	Flu vaccine protects against influenza.	Air, direct contact	Fever, muscle pain, sore throat, cough, extreme fatigue	Pneumonia (infection in the lungs)
Measles	MMR*** vaccine protects against measles.	Air, direct contact	Rash, fever, cough, runny nose, pink eye	Encephalitis (brain swelling), pneumonia (infection in the lungs), death
Meningococcal Disease	MenACWY and MenB vaccines protect against meningococcal disease.	Air, direct contact	Sudden onset of fever, headache, and stiff neck, dark purple rash	Loss of limb, deafness, nervous system disorders, developmental disabilities, seizure disorder, stroke, death
Mumps	MMR*** vaccine protects against mumps.	Air, direct contact	Swollen salivary glands (under the jaw), fever, headache, tiredness, muscle pain	Meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), encephalitis (brain swelling), inflammation of testicles or ovaries, deafness
Pertussis	Tdap* vaccine protects against pertussis.	Air, direct contact	Severe cough, runny nose, apnea (a pause in breathing in infants)	Pneumonia (infection in the lungs), death
Pneumococcal Disease	Pneumococcal vaccine protects against pneumococcal disease.	Air, direct contact	May be no symptoms, pneumonia (infection in the lungs)	Bacteremia (blood infection), meningitis (infection of the covering around the brain and spinal cord), death
Polio	Polio vaccine protects against polio.	Air, direct contact, through the mouth	May be no symptoms, sore throat, fever, nausea, headache	Paralysis, death
Rubella	MMR*** vaccine protects against rubella.	Air, direct contact	Sometimes rash, fever, swollen lymph nodes	Very serious in pregnant women—can lead to miscarriage, stillbirth, premature delivery, birth defects
Tetanus	Tdap* and Td** vaccines protect against tetanus.	Exposure through cuts on skin	Stiffness in neck and abdominal muscles, difficulty swallowing, muscle spasms, fever	Broken bones, breathing difficulty, death

*Tdap combines protection against diphtheria, tetanus, and pertussis.

**Td combines protection against diphtheria and tetanus.

***MMR combines protection against measles, mumps, and rubella.

If you have any questions about your child's vaccines, talk to your child's doctor or nurse.

DC Medicaid HealthCheck Periodicity Schedule

Based on Recommendations from Preventive Pediatric Health Care
from Bright Futures/American Academy of Pediatrics (AAP)

The DC HealthCheck Periodicity Schedule follows AAP health recommendations in consultation with the local medical community. The recommendations are for the care of children who have no manifestations of any important health problems. Additional visits or interperiodic screens may become necessary if circumstances suggest the need for more screens, i.e., medical conditions, referral by parent, Head Start, DC Public Schools, early intervention services and programs. Developmental, psychosocial, and chronic disease issues may require frequent counseling and treatment visits separate from preventive care visits. Additional visits also may become necessary if circumstances suggest variations from normal. If a child comes under care for the first time, or if any items are not done at the suggested age, the schedule should be brought up to date as soon as possible. The recommendations in this statement do not indicate an exclusive course of treatment or standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

KEY: * = to be performed ** = risk assessment to be performed with appropriate action to follow, if positive ← = range during which a service may be provided

CPT CODE	INFANCY					EARLY CHILDHOOD					MIDDLE CHILDHOOD										ADOLESCENCE												
	3-5 d	1 mo	2 mo	4 mo	6 mo	9 mo	12 mo	15 mo	18 mo	24 mo	30 mo	3 y	4 y	5 y	6 y	7 y	8 y	9 y	10 y	11 y	12 y	13 y	14 y	15 y	16 y	17 y	18 y	19 y	20 y	21 y			
HISTORY Immunization ¹ or 95937-5	*																																
PHYSICAL EXAMINATION¹																																	
MEASUREMENTS																																	
Length and Weight																																	
Head Circumference																																	
Weight for Length																																	
Body Mass Index ⁶																																	
Blood Pressure																																	
ANTICIPATORY GUIDANCE																																	
ORAL HEALTH																																	
Oral Health Assessment ⁸																																	
Fluoride Varnish ¹⁰																																	
SENSORY SCREENINGS																																	
Vision ¹¹																																	
Hearing																																	
DEVELOPMENTAL/BEHAVIORAL HEALTH																																	
Developmental Surveillance																																	
Developmental Screening ¹⁵																																	
Autism Spectrum Disorder Screening ¹⁶																																	
Psychosocial/Behavioral Surveillance																																	
Psychosocial/Behavioral Screening ¹⁷																																	
Tobacco, Alcohol, or Drug Use Screening ¹⁸																																	
Behavioral Health Screening ¹⁹																																	
Maternal Depression Screening ²⁰																																	
PROCEDURES²²																																	
Immunization ²²																																	
Newborn Screening ²³																																	
Lead ²⁴																																	
Anemia ²⁶																																	
Dyslipidemia ²⁷																																	
Tuberculosis ²⁸																																	
Cervical Dysplasia ²⁹																																	
Sexually Transmitted Infections ³⁰																																	
HIV ³¹																																	

NOTES

1. If a child comes under care for the first time at any point on the schedule, or if any items are not accomplished at the suggested age, the schedule should be brought up to date at the earliest possible time.
2. A prenatal visit is recommended for parents who are at high risk for first-time parents, and for those who request a conference. The prenatal visit should include anticipatory guidance, pertinent medical history, and a discussion of benefits of breastfeeding and planned method of feeding per AAP statement ["The Prenatal Visit"](#) (2009).
3. Every infant should have a newborn evaluation after birth, breastfeeding encouraged, and instruction and support offered.
4. Every infant should have an evaluation within 3 to 5 days of birth and within 48 to 72 hours after discharge from the hospital, to include evaluation for feeding and jaundice. Breastfeeding infants should receive formal breastfeeding evaluation, encouragement, and instruction as recommended in AAP statement ["Breastfeeding and the Use of Human Milk"](#) (2012).
For newborns discharged in less than 48 hours after delivery, the infant must be examined within 48 hours of discharge per AAP statement ["Hospital Stay for Healthy Term Newborns"](#) (2010).
5. At each visit, age-appropriate physical examination is essential, with infant totally unclothed, older child undressed and suitably draped. See ["Use of Chaperones During the Physical Examination of the Pediatric Patient"](#) (2011).
6. Screen, per ["Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report"](#) (2007).
7. Blood pressure measurement in infants and children with specific risk conditions should be performed at visits before age 3 years.
8. Oral Health Services by the primary care provider include oral health assessments, fluoride varnish applications, and referral to a Dental Home. An oral health assessment ([Risk Assessment Tool](#)) is a required component of a preventive health visit to a primary care provider for children prior to the establishment of a Dental Home. Fluoride varnish should be applied to teeth in a primary care setting by trained primary care providers from the eruption of the first tooth up to age three (3) years. Fluoride varnish should be applied 2 times per year and up to 4 times per year, depending on patient risk for caries. To bill for fluoride varnish application for children under 3 years old use CPT code 99188. Children should be referred to a Dental Home beginning within six (6) months of the eruption of the first tooth and should have an established dental home by no later than age three (3) years. A Dental Home is where all aspects of a child's oral health care is delivered in a comprehensive, continuously accessible, and coordinated way by a single dental practice.
9. Perform a risk assessment. See ["Maintaining and Improving the Oral Health of Young Children"](#) (2014).
10. See [USPSTF recommendations](#) (2014). Once teeth are present, fluoride varnish may be applied to all children every 3–6 months in the primary care or dental office. Indications for fluoride use are noted in ["Fluoride Use in Caries Prevention in the Primary Care Setting"](#) (2014).
11. A visual acuity screen is recommended at ages 4 and 5 years, as well as in cooperative 3-year-olds. Instrument-based screening may be used to assess risk at ages 12 and 24 months, in addition to the well visits at 3 through 5 years of age. See ["Visual System Assessment in Infants, Children, and Young Adults by Pediatricians"](#) (2016) and ["Procedures for the Evaluation of the Visual System by Pediatricians"](#) (2016).
12. Confirm initial screen was completed, verify results, and follow up, as appropriate. Newborns should be screened, per ["Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs"](#) (2007).
13. Verify results as soon as possible, and follow up, as appropriate.
14. Screen with audiometry including 6,000 and 8,000 Hz high frequencies once between 11 and 14 years, once between 15 and 17 years, and once between 18 and 21 years. See ["The Sensitivity of Adolescent Hearing Screens Significantly Improves by Adding High Frequencies"](#) (2016).
15. Developmental surveillance is the process of recognizing children who may be at risk of developmental delays and should be performed at every well-child visit. Developmental screening is the administration of a brief standardized tool aiding the identification of children at risk of a developmental disorder, and is required at 9, 18, and 30 months. To bill for a developmental screening using a structured, validated tool as a part of the preventive care visit, use CPT code 96110. ["Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening"](#) (2006).
16. Gupta VB, Hyman SL, Johnson CP, et al. Identifying children with autism early? *Pediatrics*. 2007; 119: 152-153. See [CMS Guidance](#). Screening should occur per ["Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders"](#) (2007).
17. Psychosocial/behavioral screening and depression screening are a key part of monitoring mental health in children and youth, and allow for early identification of and intervention of mental health problems. If a child is identified as requiring further mental health services or treatment, please refer to ["The DC Collaborative for Mental Health in Pediatric Primary Care's Child and Adolescent Mental Health Resource Guide"](#) (2017). The psychosocial/behavioral assessment should be family-centered and may include an assessment of child social-emotional health, caregiver depression, and social determinants of health. See ["Promoting Optimal Development: Screening for Behavioral and Emotional Problems"](#) (2015) and ["Poverty and Child Health in the United States"](#) (2016). For depression screening, recommended screening using the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 or other tools available in the [GLAD-PC toolkit](#).
18. A recommended screening tool is the [CRAFT Screening Tool](#).
19. Recommended screening using the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 or other tools available in the [GLAD-PC toolkit](#).
20. Maternal Screening should occur per ["Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression into Pediatric Practice"](#) (2010).
21. These may be modified, depending on entry point into schedule and individual need.
22. [Immunization Schedules](#), per the AAP Committee on Infectious Diseases, are available at. Every visit should be an opportunity to update and complete a child's immunizations.
23. District of Columbia law requires all newborns to have a blood test for all conditions defined in the District of Columbia Newborn Screening Act. For a full list of conditions that should be tested for go to [Chapter 4: Newborn Screening, Understanding Genetics: A District of Columbia Guide for Patients and Health Professionals](#). Results should be reviewed at visits and appropriate retesting or referral done as needed. In addition to District-required Newborn blood lead tests, the newborn bilirubin and critical congenital heart defect tests should be completed.
For children at risk of lead exposure, consult the AAP statement ["Lead Exposure in Children: Prevention, Detection, and Management"](#) (2005) and ["Low Level Lead Exposure Harms Children: A Renewed Call for Primary Prevention"](#) (2012). District law (2012) requires that all children receive two blood lead screening tests between ages 6–14 months and 22–26 months; and providers must report lead-poisoned children to DOE's Childhood Lead Poisoning Prevention Program within 72 hours by faxing (202) 535-2607.
Perform risk assessments or screenings as appropriate, based on universal screening requirements for patients with Medicaid or in high prevalence areas. See ["Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Infants and Young Children \(0–3 Years of Age\)"](#) (2010).
24. See the AAP-endorsed guidelines from the National Heart Blood and Lung Institute, ["Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents"](#) (2012).
25. Tuberculosis testing per recommendations of the Committee on Infectious Diseases, published in the current edition of the [AAP Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases](#) (2012). Testing should be done on recognition of high-risk factors.
26. All sexually active girls should have screening for cervical dysplasia as part of a pelvic examination beginning within 3 years of onset of sexual activity or age 21 (whichever comes first). See [USPSTF Cervical Cancer Screening](#) recommendations (2012). Indications for pelvic examinations prior to age 21 are noted in ["Gynecologic Examination for Adolescents in the Pediatric Office Setting"](#) (2010).
27. Adolescents should be screened for sexually transmitted infections (STIs) per recommendations in the current edition of the [AAP Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases](#) (2012).
28. Adolescents should be screened for HIV according to the [USPSTF HIV Infection Screening](#) recommendations (2013) once between the ages of 15 and 18, making every effort to preserve confidentiality of the adolescent. Those at increased risk of HIV infection, including those who are sexually active, participate in injection drug use, or are being tested for other STIs, should be tested for HIV and reassessed annually.

HSCSN 웰니스 기프트 카드 프로그램(Wellness Gift Card Program)

모든 HSCSN 가입자는 웰니스 목표 달성에 따라 최대 \$50까지 적립할 수 있습니다. 이러한 목표는 예방적 건강 검진과 관련이 있습니다. HSCSN 케어매니저는 치료 조정 계획을 통해 이러한 목표를 이루는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

HSCSN에서 가입자의 웰니스 목표 달성을 확인하면 참여 매장에서 사용할 수 있도록 가입자의 기프트 카드에 금액을 충전해 줍니다.

웰니스 목표는 어떻게 달성할 수 있나요?

이 장려금을 받기 위해 매년 달성해야 하는 웰니스 목표는 다음 4가지입니다.

- 성인 또는 아동 건강 검진(예방 서비스 예약)의 경우 \$15
- 치과 예방 진료 예약 1회당 \$15
- HSCSN 케어매니저 연간 방문에 대해 \$10(온라인 방문 포함)
- 가입자의 건강과 관련하여 가입자의 케어매니저에게 확인된 임상 목표에 대해 \$10

웰니스 기프트 카드를 사용하는 데 문제가 있거나 궁금한 사항은 케어매니저에게 문의해 주십시오. HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하실 수도 있습니다.





THE HSC HEALTH CARE SYSTEM
 Health Services for Children
 with Special Needs, Inc.

아동 건강검진 프로그램(EPSDT)

HSCSN은 가입자 자녀가 건강하게 성장할 수 있도록 돕고 싶습니다. 가입자 자녀가 DC Healthy Families(메디케이드) 프로그램에 가입되어 있는 경우, 건강검진 프로그램에 가입됩니다. 이 프로그램은 '조기 및 정기 검사, 진단 및 치료(Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT)'라고도 합니다. 자녀가 태어난 직후부터 21세까지 지속됩니다. 건강검진 프로그램은 자녀에게 몇 가지 중요한 검진 서비스를 제공합니다.

건강검진 포함 내역:

- 전체 신체 검사
- 성장 및 발달 검사
- 백신 또는 예방 접종
- 치과 검사
- 청력 검사
- 시력 검사
- 납 수치 검사(6세 미만의 모든 가입자 대상)
- 건강 교육
- 행동 건강 검사

연령별 권장되는 건강검진:

영아	유아	아동/청소년/청년
1개월	12개월	연1회 (3세~20세)
2개월	15개월	
4개월	18개월	
6개월	24개월	
9개월	30개월	



아동과 청소년에게 권장되는 백신 또는 예방접종 일정

영유아

연령	예방접종 또는 검사
신생아	<ul style="list-style-type: none"> HepB(B형 간염) 예방 접종 1차 신생아 대사/헤모글로빈 검사
2개월	<ul style="list-style-type: none"> HepB 예방 접종 2차 DTaP(디프테리아, 백일해, 파상풍) 예방 접종 1차 RV(로타바이러스) 예방 접종 1차 Hib(헤모필루스 인플루엔자) 예방 접종 1차 PCV(폐렴연쇄상구균) 예방 접종 1차 IPV(소아마비) 예방 접종 1차
4개월	<ul style="list-style-type: none"> DTaP 예방 접종 2차 RV 예방 접종 2차 Hib 예방 접종 2차 PCV 예방 접종 2차 IPV 예방 접종 2차
6개월	<ul style="list-style-type: none"> HepB 예방 접종 3차 Hib 예방 접종 3차 DTaP 예방 접종 3차 RV 예방 접종 3차 PCV 예방 접종 3차
12개월	<ul style="list-style-type: none"> HiB 예방 접종 4차 MMR(홍역, 유행성 이하선염, 풍진) 예방 접종 1차 수두 예방 접종 1차 PCV 예방 접종 4차 HepA(A형 간염) 예방 접종 1차 납 수치 검사 헤모글로빈/헤마토크릿 위험한 경우, 결핵 검사 치과 검사
15개월	<ul style="list-style-type: none"> 수두 예방 접종 2차(2차 접종분은 4세에 접종 가능)
18개월	<ul style="list-style-type: none"> Hep A 예방 접종 2차
24개월	<ul style="list-style-type: none"> 납 수치 검사
매년	<ul style="list-style-type: none"> 6개월부터 매년 권장되는 계절성 인플루엔자(독감) 백신



학령기 아동 및 청소년

연령	예방 접종 또는 검사
3세~6세	<ul style="list-style-type: none"> • 혈중 납 수치 검사
4세~6세	<ul style="list-style-type: none"> • DTaP • MMR • IPV
11세~12세	<ul style="list-style-type: none"> • HPV(여아) • MCV4(수막구균)
13세 이상	<ul style="list-style-type: none"> • 수두 예방 접종
13세~16세	<ul style="list-style-type: none"> • Tdap • HPV(여아)
18세 이하	<ul style="list-style-type: none"> • MCV4(수막구균)
6개월 간격	<ul style="list-style-type: none"> • 치과 방문
매년	<ul style="list-style-type: none"> • 독감

발달 이정표

본 차트는 자녀의 발달 지체 여부를 파악하는 데 도움이 될 수 있습니다. 가이드로 활용하십시오. 가입자 자녀는 이 이정표 상에서 같은 연령의 다른 아동에 비해 약간 앞서거나 뒤쳐질 수 있습니다. 질문이나 우려 사항이 있을 경우에는 자녀의 담당의와 상담하십시오.

생후 7개월에 다수 아동의 성장 모습: <ul style="list-style-type: none"> • 이름을 부르면 고개를 돌림 • 타인에게 미소로 답함 • 소리에 소리로 반응 • 까꿍 놀이와 같은 사교적인 놀이를 즐김 	2세(생후 24개월)에 다수 아동의 성장 모습: <ul style="list-style-type: none"> • 2~4개의 단어로 구성된 구문 구사 • 간단한 지시사항 준수 • 다른 아이들에게 더욱 관심이 생김 • 이름을 말하면 해당 물체나 그림을 가리킴
1세(생후 12개월)에 다수 아동의 성장 모습: <ul style="list-style-type: none"> • 간단한 몸동작으로 손 흔들며 작별 인사를 함 • '엄마,' '아빠'와 같은 소리를 구사함 • 놀면서 행동을 모방함(성인이 박수를 치면 똑같이 박수를 치) • '안 돼'라고 말할 때 반응함 	3세(생후 36개월)에 다수 아동의 성장 모습: <ul style="list-style-type: none"> • 놀이 친구에게 애정 표현 • 4 ~ 5개의 단어로 구성된 문장 구사 • 성인과 놀이 친구 모방(다른 아이가 달리면 똑같이 달림) • 인형, 동물 및 사람들과 가상 역할극(테디베어 인형에게 '먹이를 주는 행위')
1세 반(생후 18개월)에 다수 아동의 성장 모습: <ul style="list-style-type: none"> • 간단한 역할극(장난감 전화기로 '통화') • 관심이 가는 물체를 가리킴 • 성인이 특정 물체를 가리키거나 보라고 하면 봄 • 제시하지 않아도 여러 개의 낱말 사용 	4세(생후 48개월)에 다수 아동의 성장 모습: <ul style="list-style-type: none"> • 4 ~ 6개의 단어로 구성된 문장 구사 • 3단계 명령 준수("옷을 입고, 머리를 빗고, 세수하렴") • 다른 아동과 협력



의료 혜택

HSCSN 보장 의료 서비스

아래 목록은 모든 HSCSN 가입자에게 제공되는 의료 서비스 및 혜택에 대한 정보입니다. 일부 혜택의 경우, 특정 연령에 해당되거나 해당 서비스에 대한 특정한 필요가 있을 경우에만 제공됩니다. 가입자가 네트워크에 소속된 의료진이나 병원에 가는 경우, HSCSN은 본 목록에 수록된 의료 서비스에 대해서는 가입자에게 직접 비용을 청구하지 않습니다.

특정 의료 서비스에 대한 HSCSN의 보장 여부 및 서비스 이용 방법에 대해 궁금한 사항은 HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 문의하십시오.

혜택	혜택 내용	해당 혜택의 수혜자
성인 건강 검진 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 예방접종 • 성매개감염에 대한 정기 검사 • HIV/AIDS 검사, 테스트 및 상담 • 유방암 검사 • 자궁경부암 검사(여성) • 골다공증 검진(폐경 후 여성) • HPV 검사 • 전립선암 검사(남성) • 복부대동맥류 검사 • 비만 검사 • 당뇨병 검사 • 고혈압 및 콜레스테롤(지질 장애) 검사 • 우울증 검사 • 대장암 검사(50세 이상 가입자) • 금연 상담 • 식단 및 운동 상담 • 정신 건강 상담 • 알코올 및 약물 검사 	해당하는 경우 21세 이상 가입자



혜택	혜택 내용	해당 혜택의 수혜자
알코올 및 약물 남용 치료	<ul style="list-style-type: none"> • 입원 중독 치료 • 중독, 예방 및 회복관리국(Addiction, Prevention and Recovery Administration, DBH)이 제공하는 기타 알코올/약물 남용 관련 서비스 • DBH에서 진료를 받는 데 도움 제공 	모든 가입자
	<ul style="list-style-type: none"> • 입원 및 외래 약물 남용 치료 • DBH가 제공하는 기타 알코올/약물 남용 관련 서비스 • DBH에서 진료를 받는 데 도움 제공 	모든 가입자
아동 건강 검진 서비스	<p>다음과 같은 검사 및 평가를 포함하여 질병이 있는 아동을 돌보고 건강하게 유지하는 데 필요한 모든 사항</p> <ul style="list-style-type: none"> • 건강 및 발달 이력 및 검사 • 신체 및 정신 건강 발달 및 검사 • 종합건강검진 • 예방접종 • 혈중 납 수치를 포함한 연구소 검사 • 건강 교육 • 치과 검사 서비스 • 시력 검사 서비스 • 청력 검사 서비스 • 알코올 및 약물 검사 및 상담 • 정신 건강 서비스 <p>학교 환경에서 아동에게 제공되는 의료 서비스는 포함하지 않음</p>	21세 미만 가입자



혜택	혜택 내용	해당 혜택의 수혜자
치과 혜택	<ul style="list-style-type: none"> • 일반 치과(정기 및 응급 치료 포함) 및 특수 문제에 대한 교정 치료 • 6개월마다 치과 의사의 검진은 3세에서 25세 사이의 소아청소년에게 보장됨 • 자녀의 PCP가 3세 이하 아동에 대한 치과 검사 수행 • 정기 교정 치료는 포함하지 않음 • 3세 미만의 가입자에 대해 연 최대 4회까지 불소 바니시 처리 	모든 가입자
	<ul style="list-style-type: none"> • 6개월마다 일반 치과 검진 및 정기 클리닝 • 수술 서비스 및 발치 • 응급 치과 진료 • 충전 • 엑스레이(전체 세트는 3년마다 1회로 제한됨) • 전체 구강 과사조직 제거 • 6개월에 1회로 제한되는 예방 • 교익촬영(Bitewing) 세트 • 완화 치료 • 실란트 도포 • 20세 이하 가입자의 경우 부분 및 전체 제거 가능 • 근관 치료 • 치주 스케일링과 치근활택술 • 치과 크라운 • 매복 치아 제거 • 가철성 보철물의 최초 배치(필요한 경우 제거 및 재삽입하도록 설계된 관련 구조를 포함하여 하나 이상의 소실된 치아를 대체하는 모든 치과 장치 또는 기구), 5년에 1회. 일부 제한 사항이 적용될 수 있음 • 제거 가능한 부분 보철물(사전 승인이 있는 경우 제외) • 입원이 필요한 모든 치과 서비스는 사전 승인이 있어야 함(사전 승인). 일부 제한 사항이 적용될 수 있음 	해당되는 경우 25세 이하의 가입자



혜택	혜택 내용	해당 혜택의 수혜자
투스석 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 주 최대 3회 치료(1일 1회에 한함) 	모든 가입자
내구성 의료 장비(DME) 및 일회용 의료용품(DMS)	<ul style="list-style-type: none"> 내구성 의료 장비(DME) 일회용 의료용품(DMS) 	모든 가입자
응급 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 의료진이 HSCSN 네트워크 소속 또는 비소속 여부에 관계없이 가입자에게 응급 의료 질환이 있는 경우 건강 상태, 안정화 후 서비스 및 안정화 서비스에 대한 검사 응급 질환 치료 	모든 가입자
가족 계획	<ul style="list-style-type: none"> 임신 테스트, 여성을 위한 상담 정기 및 응급 피임 21세 이상의 가입자에 대한 자발적 불임 치료(시술 30일 전에 승인한 불임 치료 양식에 가입자가 서명해야 함) 검사, 상담 및 예방접종(인유두종 바이러스-HPV 포함) 모든 성매개감염에 대한 검사 및 예방 치료 <p>21세 미만 가입자를 위한 불임 시술은 제외</p>	해당하는 경우 모든 가입자
청력 혜택	<ul style="list-style-type: none"> 보청기 및 보청기 배터리를 포함한 청력 관련 질환의 진단 및 치료 	모든 가입자
가정 방문 의료 서비스	<p>다음에 포함한 재가 의료 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> 요양원 및 가정 방문 요양 보호사 관리 가정 방문 요양 기관에서 제공하는 가정 요양 서비스 물리 치료, 작업 치료, 언어 병리학 및 청력 서비스 	모든 가입자 해당하는 경우
호스피스 케어	<ul style="list-style-type: none"> 임종 돌봄이 필요한 사람들을 위한 지원 서비스 	모든 가입자 해당하는 경우



혜택	혜택 내용	해당 혜택의 수혜자
병원 서비스	<ul style="list-style-type: none"> ● 외래환자 서비스(예방, 진단, 치료, 재활 또는 완화 서비스) ● 입원 환자 서비스(재원) 	PCP의 의뢰가 있거나 응급 상황이 있는 모든 가입자
연구소 및 엑스레이 서비스	<ul style="list-style-type: none"> ● 연구소 테스트 및 엑스레이 	모든 가입자
정신 건강 서비스	<ul style="list-style-type: none"> ● 다음을 포함하여 정신 건강 의료진이 제공하는 서비스 <ul style="list-style-type: none"> ○ 진단 및 평가 서비스 ○ 다음을 포함한 의사 및 전담자(mid-level) 방문 ○ 개인 상담 ○ 단체 상담 ○ 가족 상담 ○ 연방 공인 건강 센터(Federally Qualified Health Center, FQHC) 서비스 ● 약물치료/신체치료 ● 위기 관리 서비스 ● 입원 및 응급과 서비스 ● 집중 일일 치료 ● 사례 관리 서비스 ● 난임을 일으킬 수 있는 모든 정신 질환에 대한 치료 ● 22세 미만의 가입자를 위한 30일 연속 환자 정신과 거주 치료 시설(Patient psychiatric residential treatment facility, PTRF) 서비스 ● 휴일, 방학 또는 자녀가 학교에 가지 못하는 병가 동안 IEP 또는 IFSP에 포함된 아동을 위한 정신 건강 서비스 ● DBH로부터 다음 서비스를 받는 가입자를 위한 관리 조정 <ul style="list-style-type: none"> ○ 지역사회 기반 개입 ○ 멀티시스템요법(Multi-systemic therapy, MST) ○ 적극적 지역사회 치료(Assertive community treatment, ACT) ○ 지역사회 지원 ● 정신 질환 기관의 정신 건강 및 약물 남용 서비스 	해당하는 경우 모든 가입자



혜택	혜택 내용	해당 혜택의 수혜자
개인 생활 간병인 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 일반적으로 집에서 가입자의 가족 구성원이 아닌 해당 서비스를 제공할 자격을 갖춘 개인이 가입자에게 제공하는 서비스이며, 가입자의 치료 계획의 일부로 의사가 승인한 서비스 이 서비스에 대한 사전 승인을 받아야 함 	적절한 의학적 근거가 있는 모든 가입자
약국 서비스(처방약)	<ul style="list-style-type: none"> HSCSN 약물 처방집에 포함된 처방약. www.hscsnhealthplan.org에서 또는 고객 관리 서비스 센터에 전화하여 약품 처방집을 확인할 수 있습니다. 네트워크에 소속된 약국의 의약품만 포함됨 다음과 같은 비처방(일반의약품) 의약품이 포함됨. 일반의약품을 수령하려면 의사의 처방전을 받아야 합니다. 전체 목록은 www.hscsnhealthplan.org 또는 고객 지원 서비스 센터에 전화하여 확인할 수 있습니다. 	이중 수혜자 (메디케이드/메디케어)를 제외한 모든 가입자 처방약이 메디케어 파트 D의 보장을 받는 가입자
발병 치료	<ul style="list-style-type: none"> 발 문제에 대한 특별 진료 의학적으로 필요한 경우, 발 정기 진료 	모든 가입자
일차 의료 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 가입자의 PCP가 일반적으로 제공하는 예방, 급성 및 만성 건강 관리 서비스 	모든 가입자
보철 장치	<ul style="list-style-type: none"> 유면허 의료진이 처방한 교체, 교정 또는 보조 장치 	모든 가입자
재활 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 물리, 언어 및 작업 치료 포함 	모든 가입자



혜택	혜택 내용	해당 혜택의 수혜자
전문의 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 특별 훈련을 받은 의사 또는 상급 실무 간호사가 제공하는 의료 서비스 • 일반적으로 의뢰가 요구됨 • 미용 서비스 및 수술은 포함하지 않음(수술 또는 질병으로 인한 상태, 우발적 부상 또는 선천적 기형으로 인해 발생하는 질환 또는 신체의 정상적인 기능을 손상시키는 질환을 교정하기 위해 필요한 수술은 제외) 	모든 가입자
교통편 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • DHCF에서 보장하는 서비스를 포함하여 진료 예약을 왕복하는 교통편 	모든 가입자
안과 진료	<ul style="list-style-type: none"> • 최소 연1회 및 필요 시 시력 검사 	모든 가입자
	<ul style="list-style-type: none"> • 매년 안경 1쌍(가입자가 안경을 분실했거나 처방전이 0.5디옵터 이상 변경된 경우는 제외) 	모든 가입자



HSCSN 비보장 서비스

- 성형 수술
- 실험 또는 조사 서비스, 수술, 치료 및 약물
- 임상 시험 프로토콜의 일부인 서비스
- 연방법에 따라 요구되지 않는 낙태 또는 자발적 임신 중절
- 다음을 제외한 낙태 시술:
 - 만삭 시 산모의 생명이 위태로울 경우
 - 강간 또는 근친상간으로 인한 임신일 경우
- 불임 치료
- 21세 미만을 위한 불임 수술
- 의학적으로 필요하지 않은 서비스
- 일부 상담 또는 의뢰 서비스는 종교적 또는 도덕적 신념으로 인해 HSCSN에서 보장하지 않을 수 있습니다. 자세한 사항은 DHCF에 (202) 442-5988번으로 문의해 주십시오.
- 보장 혜택 목록에 수록되어 있지 않으며 사전 승인을 받지 않은 서비스
- 미용상 이유의 수술 및/또는 제품(상기 참조)
- DC 보건 재무부(DHCF)에서 명시한 한도를 초과하는 금액, 기간 및 범위에 해당하는 서비스
- 이 서비스는 메디케어 및 DC 메디케이드 이중 수혜 가입자에게 제공되는 처방약입니다. 예외:
 - 벤조디아제핀
 - 바르비투르산염(신경안정제)
 - 보장되는 일반의약품

해당 서비스는

- 연구용임
- 실험용임
- 임상 시험의 일부임
- 컬럼비아 특별구 공립학교(District of Columbia Public Schools, DCPS) 교직원, 학교 계약업체, 또는 가입자가 사립 학교에 재학 중인 경우, 학교 환경에서 제공되는 서비스



진료 전환

HSCSN 신규 가입자인 경우 처음 90일 동안은 예정된 진료의 예약과 처방을 유지할 수 있습니다. 담당 의료진이 현재 HSCSN 네트워크에 소속되지 않은 경우, HSCSN의 의료진 네트워크 소속의 새 의료진을 선택하라는 요청을 받을 수 있습니다.

담당자가 HSCSN 네트워크를 탈퇴하는 경우 다른 의료진을 선택할 수 있도록 15일 이내에 알려드립니다. HSCSN에서 가입자의 의료진과 계약을 종료하는 경우 종료 발효일로부터 30일 이내에 가입자에게 통지할 것입니다.

24세가 되는 생일부터 케어매니저가 가입자와 긴밀하게 협력하여 연령대에 따른 진료 전환 계획을 세울 것입니다. 케어매니저는 다음과 같은 업무를 담당합니다.

- 가입자에게 모든 서비스 및 의료진 목록을 제공합니다. 포함 내역:
 - 의사
 - 약품 및 용품
 - 가정 방문 의료 서비스
 - 의료 장비
- 가입자가 FFS 메디케이드 의료진으로 이전하도록 합니다.
- 가입자의 FFS 메디케이드 ID 카드 요청을 돕습니다.
- 가입자의 FFS 메디케이드 자격이 최신 자격인지 DC 가계 안정관리과(ESA)에 확인합니다.
- 가입자의 FFS 메디케이드 자격 재인증을 지원합니다.
- 가입자가 자격 대상에 해당될 수 있는 DC 장애인 서비스국(Department of Disability Services) 프로그램에 대해 가입자와 논의하고 해당 프로그램에 신청을 돕습니다.
- 가입자에게 지역사회 자원 목록을 제공합니다.
- 전환하는 과정에서 발생할 수 있는 문제점을 해결하기 위한 방법에 대해 논의합니다.

HSCSN 탈퇴 시, 성인의 치료 조정을 지원하는 사례 관리 기관(Case Management Agency)에 등록할 수 있습니다. HSCSN 케어매니저가 등록 방법에 대해 알려 드릴 것입니다. 자격 대상에 해당되는 경우, 일반적으로 HSCSN 탈퇴 후 30~60일 뒤에 변경됩니다.

HSCSN의 연령에 따른 진료 전환에 대한 질문이 있을 경우에는 (202) 467-2737로 전화해 담당 케어매니저에게 문의해 주십시오.

HSCSN 보험은 아동, 청소년 및 26세 미만 성인에게 제공됩니다. 26세가 되면 HSCSN에서 탈퇴 처리됩니다.



기타 알아야 할 중요 사항

이사 가는 경우

- 컬럼비아 특별구(DC) 가계 안정관리과(ESA) 변경 센터에 (202) 727-5355번으로 전화하십시오.
- HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737번 또는 1 (866) 937-4549번으로 전화하십시오.

임신할 경우

- DC 가계 안정관리과(ESA) 변경 센터에 (202) 727-5355번으로 전화하십시오.
- HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737번 또는 1 (866) 937-4549번으로 전화하십시오.

자녀를 입양하는 경우

- DC 가계 안정관리과(ESA) 변경 센터에 (202) 727-5355번으로 전화하십시오.

가족이 사망하는 경우

- DC 가계 안정관리과(ESA) 변경 센터에 (202) 727-5355번으로 전화하십시오.
- HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737번 또는 1 (866) 937-4549번으로 전화하십시오.

가입자의 MCO 변경 방법

- MCO는 1년에 한 번 또는 정당한 이유/명분이 있는 경우 언제든지 변경할 수 있습니다.
 - 서비스 지역을 벗어나 이사하는 경우
 - HSCSN에서 도덕적 또는 종교적 반대로 인해 가입자가 필요로 하는 서비스를 보장하지 않는 경우
 - 가입자가 관련 서비스를 동시에 수행해야 하고 일부 관련 서비스를 이용할 수 없는 경우 및 의료진이 서비스를 별도로 받는 것이 위험하다고 판단하는 경우
 - MCO가 가입자의 인종, 성별, 민족, 출신 국가, 종교, 장애, 임신, 연령, 유전 정보, 결혼 여부, 성적 취향, 성별 식별, 외모, 가족 책임, 정치적 성향 및/또는 소득원 또는 거주지를 근거로 가입자를 차별했다고 생각하는 경우
 - 낮은 품질의 치료를 받았거나 보장 서비스에 대한 접근성이 부족하거나 가입자의 의료적 필요 사항을 처리한 경험이 있는 의료진 이용이 부족하다고 느끼는 경우
- 계약해당일(HSCSN에 처음 가입한 월과 날짜) 이전 90일 동안 1년에 1회 MCO를 변경할 수 있습니다.
- 최초 가입일로부터 90일 또는 DC로부터 가입 통지를 받은 날로부터 90일 중 더 늦은 날짜 동안
- 그 이후로는 적어도 12개월마다
- 일시적인 자격 상실로 인해 연 가입 해지 기회를 놓치는 경우
- DC에서 가입 중지로 HSCSN에 제재를 가한 경우



- DC Healthy Families는 계약해당일 2개월 전에 가입자에게 서신을 발송합니다. 서신에 MCO를 변경하는 방법이 명시됩니다.
- 가입자의 건강 관리 정보는 가입자가 선택하는 새 MCO로 이전되어 필요한 진료를 계속 받을 수 있습니다.

다음에 해당되는 경우, HSCSN에서 더 이상 의료 서비스를 받을 수 없습니다.

- 메디케이드 자격을 상실한 경우
- 생활보조금(Social Security Income, SSI) 지원 자격을 상실한 경우
- 소란 행위 또는 학대 행동을 하거나 사기 또는 기만 행위를 통해 서비스를 받은 경우

DC 정부는 다음에 해당되는 경우 HSCSN에서 가입자를 탈퇴시킬 수 있습니다.

- 타인에게 본인의 가입자 ID 카드를 사용하게 하는 경우
- DC에서 가입자가 메디케이드 사기 행위를 저지른 사실을 알게 된 경우
- 가입자가 가입자의 의무를 다하지 않는 경우

보장 서비스에 대한 청구서를 받은 경우

상기 열거된 보장 서비스에 대한 청구서를 받은 경우, 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 알려 주십시오.

비보장 서비스에 대한 비용 지불

- 당사가 비용을 부담하지 않고 HSCSN의 서면 허가를 받지 않은 서비스를 받고 싶은 경우에는 서비스 비용을 직접 지불해야 합니다.
- 당사가 비용을 지불하지 않는 서비스를 받기로 결정한 경우, 가입자는 서비스 비용을 직접 지불하는 데 동의한다는 진술서에 서명해야 합니다.
- 서비스를 받기 전에 항상 가입자 ID 카드를 제시하고 의사에게 HSCSN 가입자임을 알려주십시오.
- 서비스 비용을 지불했는데, 이에 대해 환급 자격이 있다고 생각되는 경우 약국, 진료소, 의사 또는 병원 방문일로부터 6개월 이내에 환급을 요청해야 합니다. 요청서를 제출하거나 추가 정보를 받으시려면 HSCSN 케어매니저 또는 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737로 문의해 주십시오.



사전의료의향서

다른 보험에 가입한 경우

HSCSN의 가입자인 경우 다른 건강 보험이 있는지 즉시 알려야 합니다. 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하십시오.

메디케이드 및 메디케어 혜택을 모두 누리는 대상자인 경우

메디케어 및 메디케이드가 있는 경우 HSCSN에 알려주시면 메디케어 의료진을 선택할 수 있습니다. 메디케어에 가입된 경우, 처방약에 대해서는 메디케어 파트 D를 신청해야 합니다. 메디케이드에서 본인부담금을 지급합니다. 자세한 내용은 본 안내서의 74페이지를 참조하십시오.

사전의료의향서는 가입자가 타인에게 본인이 선택한 치료에 대해 알리기 위해 직접 서명한 법적 서류입니다. 본 의향서는 가입자가 직접 말을 할 수 없을 때 사용됩니다. 이 서류는 '생전유서' 또는 '대리인지정서'라고도 합니다.

사전의료의향서는 가입자를 대신해 가입자의 치료에 대해 선택해 줄 수 있는 타인을 지정할 수 있습니다. 사전의료의향서는 또한 가입자의 상태가 너무 위중해 다른 사람들에게 바라는 바를 알릴 수 없는 경우 받고 싶은 치료 유형을 명시할 수 있습니다.

가입자의 가족, PCP 또는 이러한 사안과 관련하여 가입자를 도울 수 있는 다른 사람들과 사전의료의향서에 대해 논의하는 것이 중요합니다.

사전의료의향서를 작성하고 이에 서명하시려면 다음 예약 시 PCP에게 도움을 요청하거나 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화하면 도와드리겠습니다.



사기

사기는 심각한 문제입니다. 사기란 무엇일까요? 사기는 자격 대상이 아닌 데도 불구하고 특정 혜택이나 지급 보장을 받기 위해 중요한 사실을 허위로 진술하거나 표현하는 행위입니다. 가입자 사기의 예로는 실제로는 컬럼비아 특별구 경계 밖에 거주하고 있는데도 가입자가 해당 지역에 살고 있다고 거짓으로 주장하는 것이 있습니다. 의료진 사기의 예는 공급되지 않은 서비스 및/또는 제공되지 않은 공급품에 대한 청구입니다.

사기가 의심되는 경우 당사에 알려 주십시오. 신원을 밝히거나 이름을 말할 필요는 없습니다. 사기가 무엇인지 자세히 알아보시려면 HSCSN 웹사이트 www.hscsnhealthplan.org를 참조해 주십시오. 사기를 신고하시려면 HSCSN 고충, 이의 제기 및 규정 준수 핫라인에 (202) 495-7582로 전화, Compliance@hschealth.org로 이메일 발송 또는 DC 보건 재무부(DHCF)의 사기 사건 핫라인인 1-877-632-2873으로 전화해 주십시오.

의사 인센티브 계획 공개

가입자는 HSCSN이 HSCSN 의사와 특별한 재무 계약을 맺고 있는지 여부를 확인할 권리가 있습니다.

이 정보는 HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 문의하십시오.



고충, 이의 제기 및 공정 심리

HSCSN과 DC 정부는 모두 가입자가 받는 진료 또는 HSCSN이 가입자에게 제공하는 서비스에 대해 불만을 제기할 수 있도록 하고 있습니다. 아래에 명시된 대로 이의 제기 방법을 선택할 수 있습니다.

고충

- 가입자가 본인에게 발생한 일에 대해 불만이 있는 경우 고충을 제기할 수 있습니다. 고충을 제기할 수 있는 사례:
 - 치료 시 존중 받지 못했다고 느끼는 경우
 - 제공 받은 의료 서비스에 만족하지 못할 경우
 - 진료 예약까지 지나치게 오래 기다린 경우
- 고충을 제기하려면 HSCSN 고충, 이의 제기 및 규정 준수 핫라인에 (202) 495-7582로 전화해야 합니다.
- 고충 제기에 대한 도움이 필요하시면 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 고객 관리 서비스 센터에 문의하십시오.
- 가입자의 서면 동의가 있으면 가입자를 대신하여 담당의가 고충을 제기할 수도 있습니다.

불만 사항이 발생한 후 언제든지 고충을 제기할 수 있습니다. HSCSN은 일반적으로 90일 이내에 결정을 내리지만 결정을 내리기 위해 추가 시간(총 14일 이내)을 요청할 수 있습니다. HSCSN은 가입자의 고충 요청을 접수했음을 알리기 위해 영업일 기준 2일 이내에 서신을 우편으로 발송할 것입니다.

HSCSN에 서면으로 고충을 제기하려면 다음 주소로 우편을 송부해 주십시오.

ATTN: Risk Management
1101 Vermont Avenue NW
Suite 1200
Washington, DC 20005
riskmanagement@hschealth.org

이의 제기 및 공정 심리

혜택이 부당하게 거부, 축소, 지연 또는 중단되었다고 생각하는 경우, 가입자는 HSCSN에 이의를 제기할 권리가 있습니다. HSCSN에 제출한 이의 제기 결과에 만족하지 않으시면 DC의 행정 심리 사무국(Office of Administrative Hearings)에 '공정 심리'를 요청할 수 있습니다.

HSCSN에 이의를 제기하시려면, 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 전화해 주십시오.

HSCSN에 서면으로 이의를 제기하려면 다음 주소로 우편을 송부해 주십시오.

Health Services for Children with Special Needs, Inc.
ATTN: UM-Appeals
1101 Vermont Avenue NW, Suite 1200
Washington, D.C. 20005



공정 심리를 요청하시려면 다음 주소로 DC 정부에 전화하거나 서신을 보내십시오.

District of Columbia Office of Administrative Hearings
Clerk of the Court
441 4th Street, NW
Suite #450 North
Washington, DC 20001
전화번호: 202-442-9094

기한일:

- 가입자는 불리한 혜택 결정 통지일로부터 60일 이내에 이의를 제기해야 합니다.
- HSCSN의 이의 제기 해결 통지일로부터 120일 이내에 공정 심리를 요청할 수 있습니다.
- 공정 심리 또는 이의 제기 기간 동안 계속 혜택을 받고자 하시는 경우 다음 중 더 나중 기간 내에 공정 심리 또는 이의 제기를 요청해야 합니다.
 - HSCSN 소인이 찍힌 불리한 혜택 결정 통지서 또는 이의 제기 해결 통지서로부터 10일 이내
 - HSCSN이 제안한 조치의 의도된 발효일(또는, 혜택이 중단되는 시점)

가입자의 의료진은 가입자의 서면 동의를 받아 가입자를 대신하여 이의를 제기하거나 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

이의 제기

유선상으로 이의를 제기하게 되면, HSCSN에서 이의 제기를 요약하여 서신으로 사본을 보내드립니다. 해당 서신을 신중하게 검토해 주십시오.

이의 제기는 이의 제기가 접수된 날짜로부터 30일 이내에 HSCSN에서 결정합니다.

HSCSN이 정보를 수집하는 데 시간이 더 필요하고 DC가 가입자에게 최선이라고 판단하는 경우, 또는 가입자나 가입자의 대변인이 기간 연장을 요청하는 경우, HSCSN은 이의 제기 결정 기간을 14일 연장할 수 있습니다. 해당 기한 연장 시 HSCSN은 가입자에게 서면으로 통보합니다.

이의 제기에 대한 HSCSN의 결정에 대해 알리는 서면 통보는 우편으로 발송됩니다.

이의 제기에 대한 HSCSN의 결정에 만족하지 못하는 경우에는 공정 심리를 요청할 수 있습니다.



신속(긴급) 고충 및 이의 제기 절차

가입자의 이의 제기가 긴급한 건이라고 판단되면 HSCSN은 72시간 이내에 결정을 내릴 것입니다. 이의 제기 절차의 표준 처리 기간을 기다려야 하는 경우, 가입자에게 위해가 되거나 고통을 주는 경우 이의 제기는 긴급 상황으로 간주됩니다.

이의 제기 요청 심사를 기반으로 해당 이의 제기가 즉각적 주의가 필요한 서비스와 관련된 경우, HSCSN은 24시간 또는 요청에 적절한 기간 내에 결정을 내립니다.

고충, 이의 제기 및 공정 심리 절차 중 가입자의 권리

- 가입자는 공정 심리를 받을 권리가 있습니다. 가입자는 HSCSN과의 1단계 이의 제기 절차를 거친 후 행정 심리 사무국에 공정 심리를 요청할 수 있습니다.
- 가입자는 불리한 혜택 결정을 지지하는 통지가 우편 발송된 날짜로부터 120일 이내에 공정 심리를 요청해야 합니다.
- HSCSN이 가입자의 이의 제기에 관한 통지를 제공하지 않거나 가입자에게 적시에 통지를 하지 않는 경우, 이의 제기 절차는 완료된 것으로 간주되며 가입자는 공정 심리를 요청할 수 있습니다.
- 가입자는 가입자의 이의 제기 또는 공정 심리가 심사되는 동안 당사에서 거부한 혜택을 계속 받을 권리가 있습니다. 공정 심리 기간 동안 혜택을 유지하려면 특정 일 수(10일 기간으로 짧을 수 있음) 이내에 공정 심리를 요청해야 합니다.
- 가입자는 고충 및 이의 제기 절차와 관련하여 HSCSN 담당자의 도움을 받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 본인을 대리하거나 가족 간병인, 변호사 또는 기타 대리인에게 위임할 권리가 있습니다.
- 가입자는 본인에게 필요한 특수 의료 서비스를 위한 편의 사항을 제공받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 시각장애인을 위한 적합한 TTY/TTD 기능 및 서비스를 제공받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 적합한 통번역 서비스를 제공받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 고충, 이의 제기 또는 공정 심리와 관련된 모든 서류를 열람할 권리가 있습니다.

고충 및 이의 제기/공정 심리 절차에 대해 궁금한 사항은 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 문의하십시오.

개인정보보호 관행 고지

이 고지문은 가입자에 관한 의료 정보가 어떻게 사용 및 공개될 수 있으며 가입자가 본 정보를 얻을 수 있는 방법에 대해 설명합니다. 주의 깊게 검토해 주십시오.

이 고지문은 가입자에 관한 개인적 또는 의학적 정보가 어떻게 사용 및 공개될 수 있으며 가입자가 본 정보를 얻을 수 있는 방법에 대해 설명합니다. 주의 깊게 검토해 주십시오.



특수장애아를 위한 의료 서비스(Health Services for Children with Special Needs, Inc., HSCSN)는 가입자의 건강 정보를 비공개로 유지하는 것이 얼마나 중요한지 잘 알고 있습니다.

당사는 가입자의 개인 정보를 안전하게 유지하고 말씀드린 방법으로만 사용할 것입니다.

당사는 법률과 본 고지에 수록된 내용대로만 가입자의 개인 정보를 사용할 것입니다. 당사는 언제든지 본 고지를 변경할 권리가 있습니다. 본 고지는 www.hscsnhealthplan.org에서 확인할 수 있습니다. 가입자는 언제든지 본 고지의 사본을 요청할 수도 있습니다.

각 법률의 건강 정보와 관련된 규정은 각기 다릅니다.

- 건강 정보는 가입자 또는 가입자 자녀의 의료 서비스에 대한 정보를 의미합니다.
- 개인 정보는 가입자 또는 가입자 자녀에게 혜택을 제공하면서 얻은 건강 정보 및 기타 정보를 의미합니다. 가입자의 주소 및 사회보장번호도 이에 해당될 수 있습니다.

법률에 따라 당사는 가입자에게 본 고지를 해야 합니다. 해당 고지에는 다음에 대한 내용이 수록됩니다.

- 가입자와 가입자 자녀와 관련된 건강 정보 사용 방법
- 가입자의 권리
- 당사가 본 정보를 사용하고 타인에게 제공할 경우 부담해야 할 책임

건강 정보

당사는 의료 서비스를 제공하기 위해 가입자 또는 타인으로부터 건강 정보를 제공 받을 수 있습니다. 또한 다음 출처에서도 정보를 제공 받을 수 있습니다.

- 건강 보험 청구 및 대면
- 의료 기록
- 서비스 요청
- 불만 및 이의 제기

당사의 개인 정보 보호 방법

당사는 다음을 통해 가입자의 건강 정보를 보호합니다.

- 가입자 또는 가입자 자녀에 대한 개인 정보를 알아야 하는 HSCSN 직원들에게만 해당 정보를 제공합니다. 이는 당사가 가입자에게 상품이나 서비스를 제공하는 데 도움이 됩니다.
- 개인 정보의 안전 및 보안을 유지합니다.
- 당사는 가입자나 가입자 자녀에 대한 정보를 발송하기 전에 매번 허가를 요청합니다.

타인은 가입자 또는 가입자 자녀에 대해 당사가 제공하는 정보를 다른 타인에게 제공할 수 없습니다. 이는 법적 사항입니다.



당사의 건강 정보 사용 및 공개 방법

법에 따르면, 다음에 해당되는 경우 가입자의 허가 없이 가입자의 건강 정보를 사용할 수 있습니다.

- 치료—당사는 치료 의료진에게 정보를 제공할 수 있습니다.
 - 의사
 - 간호사
 - 기술자
 - 사무 직원
 - 기타 인력
- 지급—당사는 다음 사항을 결정해야 할 때 가입자의 건강 정보를 사용하고 타인에게 제공할 수 있습니다.
 - 서비스나 항목의 보장 여부
 - 진료 시작
 - 의학적으로 필요한 서비스인지 검토하기 위한 목적
 - 보험 청구금 지급 또는 검토를 위한 목적
 - 불만을 해소하기 위한 목적
- 의료 서비스 운영—당사는 의료 서비스 운영을 돕기 위해 가입자 또는 가입자 자녀의 개인 정보를 사용하고 타인에게 제공할 수 있습니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.
 - 품질 개선 활동
 - 인증
 - 문의 답변
 - 이의 제기 및 검토 프로그램
 - 건강 촉진
 - 사례 관리 및 케어
 - 일반 사무 활동
 - 경우에 따라 다음을 목적으로 사용될 수도 있습니다.
 - 감사
 - 약국 프로그램 및 지급 내역 검토
 - HSC 시스템의 전체 또는 일부와 다른 조직의 매각, 양도 또는 합병 지원

이 외에도 가입자 또는 가입자 자녀의 개인 정보를 제공할 수 있는 경우들이 있습니다. 그 경우, 가입자에게 승인서에 서명 요청을 하게 되며 해당 승인서에는 관련 활동에 대한 정보가 수록됩니다.



기타 허용되거나 필수적인 사용

법률에 따라 다음과 같은 이유로 가입자 또는 가입자 자녀의 건강 정보를 허가 없이 사용하거나 제공할 수 있습니다.

- 의료 서비스를 감독하는 연방 또는 주 기관 규정을 준수하기 위한 목적
- 가입자의 건강 보험사인 자매 회사와 당사와의 약속을 지키기 위한 목적
- 건강 플랜 후원사가 플랜을 관리할 수 있도록 하기 위한 목적
- 가입자의 개인 정보를 보호하는 데 필요한 모든 법률을 준수하는 연구자에게 제공
- 법원 명령 또는 기타 합법적인 절차를 준수하기 위한 목적
- 당사에 서비스를 제공하는 모든 사람에게 제공. 이들은 모든 정보를 안전하게 유지해야 합니다.
- 가입자에게 치료 대안이나 건강 관련 혜택 또는 서비스에 대해 알려 드리기를 위한 목적
- 연방법 및 주법에 따라 기관에 가입자 또는 가입자 자녀의 건강 정보를 승인 없이 제공할 수 있는 경우도 있습니다. 예:
 - 학대 또는 방치 피해자 보호
 - 심각한 건강 또는 안전 위협 방지
 - 질병 또는 의료 기기 추적
- 또한 군대 가입자의 경우 군대 또는 재향 군인 당국에 알릴 수도 있습니다.
- 다음의 경우, 정보를 제공할 수 있습니다.
 - 검사관에게 제공
 - 산재보상 목적
 - 국가 안보 목적
 - 법률에 따라 당사가 해당 정보를 제공해야 하는 대상 누구에게나
- 장기, 눈 또는 조직 이식을 담당하는 기관이나 장기 기증 은행에 건강 정보를 제공합니다. 이를 통해 장기 이식 및 장기 기증이 더욱 수월할 수 있습니다.
- 당사는 가입자 또는 가입자 자녀의 신원을 드러내지 않는 건강 정보를 사용할 수 있습니다.
- 가입자가 서면으로 동의하는 경우 가입자의 건강 정보를 가족이나 친구에게 제공할 수 있습니다.

가입자의 요청 시, 어떤 정보를 공개했는지 알려 드립니다. 또한 해당 정보를 제공 받은 대상과 해당 사유에 대해서도 알려 드립니다.

건강 정보의 기타 사용

- 사유 불문하고 가입자 또는 가입자 자녀의 건강 정보를 사용하거나 타인에게 알리지 않을 것입니다. 당사가 유일하게 정보를 공유하는 경우는 상기 열거된 사유 또는 가입자의 서면 승인을 받은 경우만 해당됩니다.
- 과거에 가입자로부터 받은 동의와는 별도로 승인을 받아야 합니다.
- 당사가 가입자의 건강 정보를 사용 또는 공개하도록 승인이 이루어졌더라도, 가입자는 언제든지 철회할 수 있습니다. 당사에 서면으로 통보하시면 됩니다.



- 승인을 철회할 경우, 당사는 더 이상 가입자 또는 가입자 자녀에 대한 정보를 사용하거나 타인에게 제공하지 않을 것입니다.
- 가입자가 이미 승인한 경우, 이미 사용하거나 공개한 내용은 철회할 수 없습니다.

가입자 또는 가입자 자녀에 대한 HIV 또는 약물 남용 정보의 경우에는 특별 규칙이 적용됩니다.

- 당사는 서명을 통한 특별 서면 승인 없이 해당 정보를 제공할 수 없습니다.
- 이 경우는 상기 언급한 승인 및 동의와는 다릅니다.
- 법률에 따르면, 당사는 가입자가 서명한 동의서와 특별 승인서를 소지하고 있어야 합니다.

HIV 또는 약물 남용 기록에는 특별법이 적용됩니다. 가입자 또는 가입자 자녀의 법적 보호자가 모든 동의와 승인을 제공해야 합니다.

건강 정보에 관한 권리

가입자, 가입자 자녀 및 자녀의 보호자는 건강 정보에 대해 다음과 같은 권리를 갖습니다.

건강 정보를 조회 및 복사할 수 있는 권리

심리 치료 소견 또는 기타 제한된 사유의 경우만 예외에 해당됩니다. 건강 정보를 조회 및/또는 복사하려면 서면으로 요청하셔야 합니다. 복사, 우편 또는 기타 용품의 비용에 대해서는 수수료가 부과될 수 있습니다.

기록을 변경할 수 있는 권리

건강 정보가 잘못된 경우에는 당사에 해당 정보의 변경을 요청할 수 있습니다. 당사가 가입자의 정보 변경을 허용하지 않는 경우, 해당 사유를 알려 드릴 것입니다.

공개 대상에 대한 권리

이는 당사가 가입자 또는 가입자 자녀에 대한 의료 정보를 제공한 대상 명단입니다. 이것은 치료, 지급 및 의료 서비스 운영에 포함되지 않는 가입자 또는 가입자 자녀에 대한 정보입니다. 본 목록을 받으려면,

- 서면으로 요청하셔야 합니다.
- 당사에 정보의 원하는 기간을 알려 주셔야 합니다.
- 단, 6년 미만이어야 합니다.
- 2003년 4월 14일 이전의 정보는 제공되지 않습니다.

당사는 무료로 해당 목록을 제공해 드립니다. 단, 이전에 목록을 제공 받은 뒤 12개월이 지나지 않은 경우에는 무료로 제공할 수 없습니다.

법률에 따라 특정 상황에 당사는 가입자가 정보 공개 명단을 받을 수 있는 권리를 일시적으로 제한할 수도 있습니다.



제한을 요청할 권리

가입자는 당사가 사용하거나 타인에게 제공하는 건강 정보의 공개를 제한하라는 요청을 할 수 있는 권리가 있습니다.

여기에는 다음 정보가 포함됩니다.

- 치료
- 지급
- 의료 서비스 운영

가입자는 또한 당사가 가입자 또는 가입자 자녀의 건강 정보를 치료 또는 지급에 관여하는 사람에게만 제한 공개하도록 요청할 권리가 있습니다.

그러나 당사는 해당 제한 요청에 동의할 필요는 없습니다.

의사소통의 기밀 유지에 대한 권리

가입자는 특정 장소에서 또는 특정 방식으로 건강 정보를 논의하도록 요청할 권리가 있습니다. 당사는 모든 합리적 요청에 동의할 것입니다.

본 고지의 문서 사본에 대한 권리

가입자는 언제든지 본 고지의 서면 사본을 요청할 권리가 있습니다.

본 고지의 변경

당사는

- 본 고지를 변경할 수 있습니다.
- 이미 가지고 있는 가입자의 의료 정보에 변경된 고지를 적용할 수 있습니다.
- 향후 당사가 받는 정보로 변경할 수 있습니다.

당사는 현재 고지의 요약본을 우측 상단 코너에 발효일을 기재하여 보관할 것입니다. 가입자는 항상 현행 고지 사본을 받을 수 있습니다.

자세한 정보 또는 불만 신고

가입자는 본인의 개인 정보가 침해되었다고 생각되는 경우, 불만을 제기할 수 있습니다. 당사 사무실이나 보건복지부(Department of Health and Human Services) 장관실로 연락하시면 됩니다.

보건복지부에 불만을 제기하는 경우:

- 서신 발송 주소: 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201
- 전화번호: 1(877)696-6775

당사 사무실로 불만을 제기하는 경우:

- HSCSN Compliance & Privacy Officer Jason Pounds (202) 495-7718
- HSCSN 1101 Vermont Avenue NW, Suite 1200, Washington, D.C. 20005

불만을 제기한다고 해서 불이익을 받지 않습니다.



메디케이드 및 메디케어 동시 가입자에 대한 HSCSN의 메디케어 파트 D 통보

메디케어와 메디케이드 혜택을 동시에 받는 경우 메디케어 파트 D 프로그램에서 약을 받게 됩니다. 이는 2006년 1월 1일에 시작되었습니다.

HSCSN은 다음의 경우만 가입자의 약값을 보장할 것입니다.

- 바르비투르산염(신경안정제)
- 벤조디아제핀
- 일부 일반의약품

의약품과 관련된 문의가 있을 경우 HSCSN 고객 관리 서비스 센터에 (202) 467-2737 또는 1 (866) 937-4549로 문의하십시오. 메디케어 파트 D와 관련된 문의가 있을 경우 메디케어에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 웹사이트 www.Medicare.gov로 문의해 주십시오.



보건 의료 옴부즈만 및 권리 장전 사무국

보건 의료 옴부즈만 프로그램(Health Care Ombudsman Program)은 가입자가 MCO로부터 의료 서비스를 받을 수 있도록 지원과 자문을 제공하는 컬럼비아 특별구 정부 프로그램입니다. 보건 의료 옴부즈만은 다음 서비스를 제공할 수 있습니다.

- 받을 권리가 있는 의료 서비스에 대한 설명
- 가입자의 의료 서비스에 대한 질문과 우려에 대한 응대
- MCO 가입자로서의 권리 및 책임에 대한 이해 지원
- 가입자가 의학적으로 필요한 서비스를 받을 수 있도록 지원
- 가입자의 의료 서비스 품질에 대한 질문 및 우려에 대한 답변
- 가입자의 담당의 또는 기타 의료진과의 문제 해결 지원
- 가입자의 MCO에 대한 불만 및 문제 해결 지원
- 이의 제기 절차 지원
- 가입자를 위한 공정 심리 요청 지원

보건 의료 옴부즈만에 202-724-7491 또는 1-877-685-6391(수신자 부담)로 전화하십시오.
보건 의료 옴부즈만은 고충, 이의 제기 또는 공정 심리에 대한 결정은 하지 않습니다.
보건 의료 옴부즈만 및 권리 장전 사무국 위치:

One Judiciary Square
441 4th Street, NW
Suite 250 North
Washington, DC 20001
전화번호: (202) 724-7491
팩스: (202) 442-6724
수신자 부담 번호: 1(877) 685-6391
이메일: healthcareombudsman@dc.gov

정의

사전의료의향서	가입자가 매우 아프거나 다쳤는데 스스로를 대변할 수 없는 경우, 원하거나 원하지 않는 의료 서비스가 무엇인지 타인들에게 알리기 위해 직접 서명한 법적 서면 문서
대변인	가입자가 필요한 의료 및 기타 서비스를 받도록 도와주는 사람
이의 제기	HSCSN이 가입자의 의료 서비스 요청이나 가입자가 이미 받은 서비스 비용 부담을 거부하는 결정에 동의할 수 없는 경우 가입자가 제기할 수 있는 특별한 불만 형태. 가입자가 받고 있는 서비스를 중단하기로 한 결정에 동의하지 않는 경우에도 이러한 불만을 제기할 수 있음
(진료) 예약	가입자와 담당의가 가입자의 의료 서비스 필요를 충족시키기 위해 별도로 정하는 특정 시간과 요일
케어매니저	건강을 유지하기 위해 필요한 진료, 지원 및 정보를 제공받을 수 있도록 도와 주는 HSCSN 직원
검진	검사 참조
피임	산아 제한 관련 용품
보장 서비스	의료진이 서비스 완료 시 HSCSN이 비용을 부담하는 의료 서비스
중독 치료	신체에서 약물 및 알코올과 같은 유해 물질을 제거하는 치료
발달	자녀가 성장하는 방식
질병 관리 프로그램	천식, 고혈압 또는 정신 질환과 같은 만성 질환 또는 특수 건강 관리가 요구되는 분들이 필요한 치료와 서비스를 받을 수 있도록 돕는 프로그램
내구성 의료 장비(DME)	의사가 자택에서 사용하라고 요청하거나 지시할 수 있는 특수 의료 장비
응급 진료	심각하고 갑작스럽고 가끔은 생명을 위협하는 상태에 대해 즉시 필요한 의료 서비스
가입자	고객 관리 의료진 네트워크에서 의료 서비스를 받는 사람
가입자 신원(ID) 카드	이 카드를 통해 진료의, 병원, 약국 및 기타 담당자는 환자가 HSCSN의 가입자임을 확인할 수 있음



EPSDT 조기, 정기 검사, 진단 및 치료(Early, Periodic Screening, Diagnosis and Treatment) 프로그램	만 21세까지의 소아청소년이 의료 검사, 검진, 후속 치료 및 필요한 특별 관리를 받을 수 있는 방법을 제공하는 서비스. <i>건강검진 프로그램</i> 이라고도 함
공정 심리	가입자는 이의 제기에 관한 결정에 만족하지 않는 경우 DC의 행정 심리 사무국(Office of Administrative Hearings)에 공정 심리를 요청할 수 있음
가족 계획	임신 테스트, 피임, 성매개감염 검사 및 치료, HIV/AIDS 테스트 및 상담과 같은 서비스
일반가정의학과 의사	온 가족을 치료할 수 있는 의사
고충	가입자가 제공받는 치료나 HSCSN이 제공하는 의료 서비스에 만족하지 못하는 경우, 고객 관리 서비스 센터에 전화하여 고충을 제기할 수 있음
안내서	HSCSN 및 당사가 제공하는 서비스에 대한 정보를 제공하는 책자
건강검진 프로그램	EPSDT 참조
청력 장애인	귀가 잘 안 들리는 경우 또는 청각장애인인 경우
IDEA	장애인교육법(Individuals with Disabilities Education Act): 발달 지체 및 특수 의료 서비스가 필요한 아동에게 서비스를 제공하는 연방법
예방 접종	예방 접종 주사 또는 백신
내과 의사	14세 이상 성인 및 아동 담당 의사
통번역 서비스	가입자의 언어를 구사하는 사람과 이야기해야 하거나 의사 또는 병원과 이야기하는 데 도움이 필요한 경우 HSCSN이 제공하는 지원
관리 의료 조직 (Managed Care Organization, MCO)	가입자에게 의료 및 보건 서비스를 제공하기 위해 컬럼비아 특별구에서 비용을 부담하는 회사
임신 및 출산기	여성의 임신 기간 및 출산 직후
정신 건강	사람이 다양한 상황에서 생각하고 느끼고 행동하는 방식
네트워크 소속 의료진	의사, 간호사, 치과 의사 및 HSCSN에 소속되어 가입자의 건강을 돌보는 기타 인력



비보장 서비스	의료진이 서비스 완료 시 HSCSN이 비용을 부담하지 않는 의료 서비스
OB/GYN	산부인과 의사(Obstetrician/Gynecologist): 임신기를 포함하여 여성의 건강을 관리하도록 교육 받은 의사
네트워크 비소속 의료진	HSCSN 소속은 아니지만 가입자의 건강을 돌보는 의사, 간호사, 치과 의사 및 기타 인력
소아과 의사	아동을 담당하는 의사
약국	약을 수령하는 장소
의사 인센티브 계획	가입자의 담당의가 HSCSN과 특별 합의를 했는지 여부를 알려줌
산후 관리	출산 후 여성 건강 관리
산전 관리	임산부에게 임신 기간 내내 제공되는 관리
처방약	의사가 가입자에게 처방한 약. 약을 수령하려면 처방전을 약국에 가져가야 함
예방적 상담	건강을 유지하는 방법 또는 아프거나 다치지 않도록 하는 방법에 대해 누군가와 이야기하고 싶을 경우 제공 받을 수 있는 서비스
일차 의료진(Primary Care Provider, PCP)	가입자를 주로 돌보는 의사
사전 승인	의료 서비스 또는 치료를 받기 위해 HSCSN가 제공하는 서면 허가
의료진 목록	HSCSN에 소속된 모든 의료 서비스 제공자 목록
의료진	의사, 간호사, 치과 의사 및 가입자의 건강을 돌보는 기타 사람들
의뢰	가입자를 다른 의사에게 보낼 때 주치의가 제공하는 서면 소견서
정기 진료	가입자가 일차 의료진 또는 일차 의료진이 의뢰한 의사로부터 받는 정기 진료. 정기 진료는 검진, 신체 검사, 건강 검사 및 당뇨, 천식 및 고혈압과 같은 건강 문제에 대한 진료일 수 있음
검사	가입자의 건강을 확인하기 위해 담당의나 기타 의료진이 실시할 수 있는 검사. 청력 검사, 시력 검사 또는 가입자 자녀의 정상 발달 여부를 확인하기 위한 검사 포함
자가 의뢰 서비스	주치의로부터 서면 소견서나 의뢰서 없이 받을 수 있는 특정 서비스
서비스	가입자의 담당의 또는 기타 의료진으로부터 받는 진료



특별 건강 관리 필요	다른 아동 및 성인이 필요로 하는 것보다 많거나 다른 의료 및 기타 특수 서비스를 받아야 하는 아동과 성인
전문의	이비인후과 의사나 발 전문의처럼 전문 진료를 제공하도록 교육 받은 의사
전문 진료	특정한 유형의 의료 서비스를 제공하도록 교육 받은 의사 또는 간호사가 제공하는 의료 서비스
불임 시술	향후 임신을 원치 않을 경우 받을 수 있는 수술
교통편 서비스	병원 방문을 위해 HSCSN이 제공하는 지원. 제공되는 교통편 유형은 가입자의 의학적 필요에 따라 달라짐
치료	의사로부터 받는 관리
긴급 진료	당장은 아니더라도 24시간 이내에 받아야 하는 진료
시각 장애인	눈이 잘 안 보이거나 맹인인 경우



자세한 정보는 www.hscsnhealthplan.org를 참조하십시오.
For reasonable accommodations please call (202) 467-2737.

If you do not speak and/or read English, please call 202-467-2737 between 7:00 a.m. and 5:30 p.m. A representative will assist you. **English.**

Si no habla o lee inglés, llame al 202-467-2737 entre las 7:00 a.m. y las 5:30 p.m. Un representante se complacerá en asistirle. **Spanish.**

የእንግሊዝኛ ቋንቋ መናገርና ማንበብ የማይችሉ ከሆነ ከጣቱ 7:00 ሰዓት እስከ ቀኑ 5:30 ባለው ጊዜ በስልክ ቁጥር 202-467-2737 በመደወል እርዳታ ማግኘት ይቻላል። **Amharic.**

Nếu bạn không nói và/hoặc đọc tiếng Anh, xin gọi 202-467-2737 từ 7 giờ 00 sáng đến 5 giờ 30 chiều. Sẽ có người đại diện giúp bạn. **Vietnamese.**

如果您不能講和/或不能閱讀英語，請在上午 7:00 到下午 5:30 之間給 (202) 467-2737 打電話，我們會有代表幫助您。 **Traditional Chinese.**

영어로 대화를 못하시거나 영어를 읽지 못하는 경우, 오전 7시 00분에서 오후 5시 30분 사이에 (202) 467-2737번으로 전화해 주시기 바랍니다. 담당 직원이 도와드립니다. **Korean.**

Si vous ne parlez pas ou lisez l'anglais, s'il vous plaît appeler 202-467-2737 entre 7:00 du matin et 5:30 du soir. Un représentant vous aidera. **French.**

Kung hindi ka nagsasalita ng Ingles o hindi marunong magbasa ng Ingles, tumawag sa 202-467-2737 mula 7:00 hanggang 17:30. Tutulungan ka ng isang kinatawan. **Tagalog.**

Если вы не говорите по-английски или не читаете по-английски, звоните по номеру 202-467-2737 с 7:00 до 17:30. Представитель поможет вам. **Russian.**

Se você não fala inglês ou lê inglês, ligue para 202-467-2737 entre as 7:00 e 17:30. Um representante irá ajudá-lo. **Portuguese.**

Se non parli inglese o non leggi inglese, chiama 202-467-2737 dalle 7:00 alle 17:30. Un rappresentante ti aiuterà. **Italian.**

আপন যিদ ইংরেজী না বলেন বা ইংরেজ না পেড়ন, 202-467-2737 কল কর 7:00 থেকে 17:30 পযর | একজন প্রতিনিধ আপনাকে সাহায্য কেরব। **Bengali.**

Wenn Sie kein Englisch sprechen oder kein Englisch lesen, rufen Sie die Nummer 202-467-2737 von 7:00 bis 17:30 an. Ein Vertreter wird Ihnen helfen. **German.**

หากคุณไม่พูดภาษาอังกฤษหรือไม่อ่านภาษาอังกฤษโทร 202-467-2737 ตั้งแต่ 7:00 ถึง 17:30 น. ตัวแทนจะช่วยเหลือคุณ **Thai.**

英語を話さないか、英語を読まない場合は、7:00～17:30に202-467-2737に電話してください。担当者がお手伝いします。 **Japanese.**

Ọ bụrụ na ị naghị asụ ma ọ bụ agụ oyibo, biko kpọọ 202-467-2737 ihe dịka oge elekere asaa nke ụtụtụ (7:00 a.m) ruo na elekere ise na ọkara nke mgbede (5:30 p.m). Onye nnochiteanya ga enyere gi aka. **Igbo**

Tí ó bá jẹ pé o kí sọ pẹlú/àbí ka èdè Gèèsi, jòwọ pe 202-467-2737 láárín aago méje òwúrò sí márún àbò iròlẹ (7am-5:30pm). Aşojú kan yóò ràn ọ lówó. **Yoruba**





THE HSC HEALTH CARE SYSTEM
Health Services for Children
with Special Needs, Inc.

**1101 Vermont Avenue, NW, 12th Floor
Washington, D.C. 20005**

**3400 Martin Luther King Jr. Avenue SE
Washington, D.C. 20032**

**(202) 467-2737
1 (866) 937-4549 (toll-free)**



GOVERNMENT OF THE
DISTRICT OF COLUMBIA
MURIEL BOWSER, MAYOR

This program is funded in part by the Government of the
District of Columbia Department of Health Care Finance.
HSCSN complies with applicable Federal civil rights laws and does
not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.