

중요 고지

사전 의료 지시서

본 고지는 연방 및 CALIFORNIA 법에 의거해 HEALTH NET CAL MEDICCONNECT 가입자로서 귀하의 권리에 대한 중요한 세부 사항을 포함하고 있습니다.

귀하는 본인을 위해 결정을 내릴 수 없을 경우 귀하 및 귀하의 건강에 대해 어떻게 하기 원하는지를 말할 권리가 있습니다.

때때로 사람들은 응급 상황 또는 질병으로 인해 본인들을 위한 의료에 대해 결정을 내릴 수 없게 됩니다. 귀하는 이러한 경우 어떻게 하기를 원하는지를 말할 권리가 있습니다.

즉, 이것은 귀하가 원하는 경우 다음을 하실 수 있다는 것을 의미합니다.

- 귀하가 원하는 바를 말할 수 없게 되는 경우 다른 사람이 귀하를 위해 의료적 결정을 내릴 법적 권한을 부여하기 위해 **서면 양식을 작성하십시오.**
- 귀하가 본인을 위해 결정을 내릴 수 없을 경우 의사들이 귀하의 의료적 관리를 어떻게 처리하기를 원하는지에 대한 **서면 지시서를 의사에게 주십시오.**

귀하의 지시를 전달하기 위해 “사전 의료 지시서”를 이용하고자 하는 경우 다음 조치를 취하시면 됩니다.

- **양식을 받으십시오.** 사전 의료 지시서를 받고자 하는 경우, 귀하의 변호사, 사회 봉사자, <1-800-786-4262>(국립 릴레이 서비스 TTY: 711)번을 이용해 캘리포니아 주 의료 협회, 또는 일부 사무용품 판매처에서 양식을 받으실 수 있습니다. 해당 양식은 또한 캘리포니아 주 법무부 웹사이트 <https://oag.ca.gov/>에서 이용 가능합니다.

귀하는 때때로 Medicare에 대한 정보를 사람들에게 제공하는 조직을 통해 사전 의료 지시서 양식을 받을 수도 있습니다.

- **양식을 작성하고 서명하십시오.** 본 양식을 받는 장소에 상관없이 이것은 법적 고지라는 것을 유념하십시오. 이것을 준비하는데 도움을 줄 변호사를 구하는 것을 생각해 보셔야 합니다. California에서 사전 의료 지시서는 공증을 받기 전 또는 주법을 충족하는 최소 두 명의 증인이 서명하기 전에 서명되어야 합니다. California 법에 의거해 각 증인은 성인이어야 하며 다음의 사람은 증인이 될 수 없습니다.

- 귀하가 선택한 에이전트,
- 귀하의 의료 공급자 또는 귀하의 의료 공급자를 위해 일하는 사람 또는
- 귀하가 거주하는 장소에서 일하는 사람.

또한 두 명의 증인 중 오직 한 명만이 가족 구성원일 수 있습니다.



법에 의거해 누구도 귀하가 사전 의료 지시서에 서명했는지의 여부에 따라 귀하에게 진료를 거부하거나 귀하를 차별할 수 없습니다.

“사전 의료 지시서”는 귀하가 스스로의 건강을 위해 선택할 수 없게 되기 전에 귀하의 지시를 전달하기 위해 사용할 수 있는 법적 고지입니다. 고유의 명칭을 가진 다양한 유형의 사전 의료 지시서가 있습니다. “사망 선택 유언(living will)” 및 “의료를 위한 위임장(power of attorney for health care)”이라고 불리는 고지들이 사전 의료 지시서의 예시입니다.

귀하가 전문 요양 시설에 거주하는 경우, 귀하의 사전 의료 지시서가 효력을 발휘하기 위해 적절한 에이전트의 서명을 받아야 합니다.

- **귀하가 믿을 수 있는 사람들에게 사본들을 맡기십시오.** 귀하가 건강에 관련된 선택을 할 수 없을 경우 귀하를 위해 선택을 하기로 양식에 지명된 사람 및 귀하의 의사에게 본 양식의 사본을 주셔야 합니다.

가까운 친구 또는 가족에게도 사본을 맡기실 수 있습니다. 반드시 집에 사본을 보관하십시오.

귀하가 병원에 가는 때를 미리 알고 있고 사전 의료 지시서에 서명을 한 경우, 병원에 가실 때 사본을 지참하십시오.

- **병원에서 입원 수속을 하는 경우,** 그들은 귀하에게 서명된 사전 의료 지시서를 갖고 있는지 그리고 그것을 지참했는지 물어볼 것입니다.
- **귀하가 사전 의료 지시서에 서명을 하지 않은 경우,** 병원에서는 이용 가능한 양식을 마련하고 있으며 귀하가 서명하기를 원하는지 물어볼 것입니다.

사전 의료 지시서 작성은 귀하의 선택이며 이는 귀하가 병원에 있는 경우 여기에 서명하기를 원하는지를 포함합니다.

저희는 귀하에게 아래 정보를 통지해야 합니다.

- 저희는 귀하가 사전 의료 지시서에 서명했는지 여부에 따라 귀하에게 진료를 거부하거나 귀하를 차별할 수 없습니다.
- 귀하가 사전 의료 지시서에 서명했고, 의사 또는 병원에서 거기에 있는 지시를 따르지 않았다고 믿는 경우, 귀하는 미국 보건복지부 인권 사무국(90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103)에 불편 사항을 제출할 수 있습니다. 전화번호는 1-800-368-1019(TDD: 1-800-537-7697) 번입니다.
- 저희는 저희 네트워크 의사들에게 귀하의 현재 의료 기록의 주요 부분에 귀하가 사전 의료 지시서에 서명했는지의 여부를 기록할 것을 요구합니다.
- 저희는 사전 의료 지시서에 대해 주법을 준수해야 합니다.
- 저희는 사전 의료 지시서 과정에 대해 저희 직원들을 교육합니다.
- 저희는 저희 웹사이트, 의사 진료소 및 건강 박람회를 통해 사전 의료 지시서에 대한 공공 교육을 제공합니다.

귀하는 귀하의 가입자 안내서 및 혜택 요약에서 본 플랜의 가입자로서 귀하의 권리에 대한 추가 정보를 찾아보실 수 있습니다.

(계속)



궁금한 점이
있으십니까?

Los Angeles:
1-855-464-3571

San Diego:
1-855-464-3572

(TTY 사용자는 711번
이용)

가입자 서비스에서 도움을
드릴 수 있습니다.



저희는 도움을 드릴 준비가 되어 있습니다!
사전 의료 지시서 또는 귀하의 가입자 권리에 대한 질문이 있으신 경우 - 저희에게 전화하십시오!

Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스로 전화하십시오.

**Los Angeles: 1-855-464-3571, San Diego: 1-855-464-3572(TTY
사용자는 711번으로 전화하십시오).**

월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 이용하실 수 있습니다. 영업 시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일 내로 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다.

Health Net Community Solutions, Inc.는 Medicare 및 Medi-Cal 가입자들에게 양 프로그램의 혜택을 제공하기 위해 양 프로그램 모두와 계약을 맺은 건강 보험입니다.

Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, LLC. 및 Centene Corporation의 자회사입니다. Health Net은 Health Net, LLC.의 등록된 서비스 상표입니다. 모든 기타 확인된 상표/서비스 표시는 해당 회사의 소유입니다. 모든 사용 권한은 Health Net, LLC.에 있습니다.

주의: 귀하가 영어를 사용하지 않는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Los Angeles County는 1-855-464-3571번 또는 San Diego County는 1-855-464-3572(TTY: 711)번을 이용해 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오. 영업 시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일 내로 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 이 전화는 무료입니다.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้านคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ասյա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցություն ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends, and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.