

서비스 코디네이터를 위한 건강 보험 툴 키트 (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

툴 키트 항목

배경

1. 서비스 코디네이터 건강 보험 책임 - 툴 키트 항목 1
2. 건강 보험에 관한 부모 공지 - 툴 키트 항목 2
3. 건강 보험 정보 수집에 관한 부모를 위한 정보 및 지침/건강 보험 미가입 부모 증명 - 툴 키트 항목 3
4. 건강 보험 정보 수집 - 툴 키트 항목 4(양식 A)
5. 건강 보험 미가입 부모 증명 - 툴 키트 항목 5(양식 B)
6. 건강 보험 정보 공개 승인 - 툴 키트 항목 6(양식 C)
7. 서비스 코디네이터를 위한 지침: 부모 또는 주치의로부터 서면 의뢰서 수집 - 툴 키트 항목 7
8. 주치의의 서면 의뢰서 - 툴 키트 항목 8(양식 D) 이전 양식 E
9. Medicaid Managed Care 플랜에 등록된 아동에 대한 Medicaid 청구 지침 - 툴 키트 항목 9

참고

- 초기 및 지속적인 서비스 코디네이터 보험 책임이 통합되었습니다
- 양식 B는 이제 건강 보험 미가입 부모 증명입니다
- 보장 정보 요청(이전 양식 D) - 제거됨 - 더 이상 해당되지 않음
- 대위권 필수 통지 - 제거됨 - 더 이상 해당되지 않음
- NYEIS에 비규제 보험 플랜 입력에 관한 지침 - 제거됨 - 더 이상 해당되지 않음

배경

뉴욕주의 조기 중재 서비스는 부모에게 무료로 제공되어야 합니다. [공중보건법 제2557조, 10 NYCRR 섹션 69-4.1(m)(1)(iv)(d)] Medicaid 보장이 있는 적격 아동의 경우 서비스는 Medicaid에서 지불됩니다. 2021년 12월 29일 이전에는 조기 중재 서비스가 뉴욕주 보험법에(New York State Insurance Law, SIL) 따라 규제되는 건강 보험 플랜이 있는 경우, 해당 아동의 건강 보험 보장을 통해 부분적으로 지불되었습니다.

2021년 12월 29일, Hochul 주지사는 조기 중재 서비스에 대한 청구 처리 및 지불 방식을 크게 변경하는 법안(A.5339/S.5560A)에 서명했습니다. 이 법안은 건강 보험 플랜에 대한 평가를 통해 자금을 조달하는 조기 중재 프로그램(Early Intervention Program) 보장 대상자 풀을 정합니다. 조기 중재 프로그램 풀 자금은 Medicaid가 보장하지 않는 조기 중재 프로그램 서비스의 지방 자치단체 및 주 부담분을 대신 지불합니다. **조기 중재 청구는 더 이상 상업 건강 보험에 청구되지 않습니다.** 보장되는 서비스에 대한 청구는 계속해서 Medicaid에, 보장되지 않는 서비스에 대한 청구는 지방 자치단체 예치 계좌에 청구될 것입니다.

참고: 서비스 코디네이터는 계속해서 아동의 건강 보험 정보를 수집하고 문서화해야 합니다.

이 건강 보험 툴 키트는 서비스 코디네이터가 아동/가족의 건강 보험 보장 정보 수집 및 문서화와 관련된 모든 조기 중재 책임을 수행하는 데 필요한 정보를 제공하기 위해 개정되었습니다.

서비스 코디네이터 건강 보험 책임

1. 부모/법적 보호자에게 **건강 보험에 관한 부모 공지**(툴 키트 항목 2)의 사본을 제공하고 이 정보를 부모와 함께 검토합니다. 가족과 조기 중재 프로그램 규정의 요건에 대해 논의하여 서비스 코디네이터가 정보를 수집하고 부모가 조기 중재 프로그램 서비스에 대한 조기 중재 상황에 협조하기 위해 조기 중재 아동의 건강 보험 정보를 제공해야 함을 설명합니다.

- a. 뉴욕주 공중보건법(New York State Public Health Law, PHL)에 따라 조기 중재 프로그램 서비스는 부모에게 무료로 제공되어야 합니다.
[공중보건법 제2557조, 10 NYCRR 섹션 69-4.1(m)(1)(iv)(d)]
- b. **Medicaid**는 **뉴욕주의 조기 중재 서비스 지불 시스템의 일부입니다**. Medicaid 보장이 있는 적격 아동의 경우 서비스는 Medicaid에서 지불됩니다. Medicaid 기금과 보험 플랜에 대한 평가를 통해 자금을 조달하는 조기 중재 프로그램 보장 대상자 풀을 통해 이용 가능한 기금은 모두 프로그램 지불 시스템의 일부입니다. 조기 중재 프로그램 풀 자금은 Medicaid가 보장하지 않는 조기 중재 프로그램 서비스의 지방 자치단체 및 주 부담분을 대신 지불합니다. 보장되는 서비스에 대한 청구는 계속해서 Medicaid에, 보장되지 않는 서비스에 대한 청구는 지방 자치단체 예치 계좌에 청구될 것입니다.

중요 참고 사항: 조기 중재 프로그램 청구는 더 이상 상업 건강 보험에 청구되지 않습니다.

2. 조기 중재 제공자는 제공자 청구가 다른 모든 해당 조기 중재 청구 및 청구 규칙을 충족하는 경우 Medicaid에서 완전히 지불되지 않는 서비스에 대해 지방 자치단체 기금(예치 계좌)에서 조기 중재에 대한 지불을 받게 됩니다.

- a. Medicaid 프로그램은 주에서 설정한 뉴욕주 보건부(New York State Department of Health) 조기 중재 프로그램 서비스 지불 요율에 따라 모든 조기 중재 프로그램 서비스를 지불합니다.
 - b. 제공자는 부모로부터 조기 중재 프로그램 서비스에 대한 지불을 요구하는 것이 금지되어 있습니다.
 - c. 조기 중재 프로그램 서비스는 아동의 개별화된 가족 서비스 계획(Individualized Family Service Plan, IFSP)에 따라 모든 적격 아동에게 제공되어야 합니다. 여기에는 서비스 조정 및 평가가 포함됩니다. 여기에는 보험 상태에 관계없이 모든 아동이 포함됩니다.
 - i. 아동이 무보험 상태인 경우, 서비스 코디네이터는 가족이 자격이 있을 수 있는 Medicaid, Child Health Plus, 사회 보장 장애 소득(Social Security Disability Income)을 포함한 혜택 프로그램을 식별하고 신청하는 데 부모를 지원할 책임이 있습니다. 그러나 조기 중재 프로그램 서비스를 제공받기 위해 부모가 건강 보험 프로그램에 등록할 필요는 없습니다.
 - ii. **양식 A**, (툴 키트 항목 4), **건강 보험 정보 수집**은 서비스 코디네이터가 아동/가족의 건강 보험 보장에 관한 정보를 수집하는 데 사용해야 합니다.
 - iii. **양식 B**, (툴 키트 항목 5)는 **건강 보험 미가입 부모 증명**입니다. 조기 중재 아동에게 건강 보험 보장이 없는 경우 부모는 이 증명서에 서명해야 합니다. 서비스 코디네이터는 분기별로 또는 아동의 건강 보험 상태가 변경되는 경우 더 자주 가족과 함께 아동의 건강 보험 보장 정보를 검토해야 합니다. 부모가 자녀의 건강 보험 보장을 받게 되어 서비스 코디네이터가 부모로부터 **양식 A**를 작성 및 수집한 경우가 아니라면, 적어도 분기별로 새로운 증명서에 부모가 서명해야 합니다.
 - iv. 부모가 건강 보험에 관한 적절한 양식(**양식 A** 또는 건강 보험 보장이 없는 경우 **양식 B**)를 작성하면, 이 정보는 주 데이터 시스템에 입력되어야 하며 해당 양식은 아동의 파일에 보관되어야 합니다. 서비스 코디네이터는 모든 청구 제공자와 지방 자치단체에게 작성된 건강 보험 정보 문서가 아동의 파일에서 접근 가능하다는 것을 통지하고, 요청이 있을 경우 요청을 받은 날로부터 14일 이내에 하드 카피를 우편으로 보낼 것입니다.
- **가족이 Medicaid 카드와 Medicaid 아동 식별 번호(Child Identification Number, CIN)가 있는 경우, CIN은 현재 주 데이터 시스템에 입력되어야 합니다. Medicaid 보장이 Medicaid Managed Care 플랜인 경우, 관리 의료 보험사/보험 정보도 주 데이터 시스템에 입력되어야 합니다.**

유의사항:

건강 지출 계좌(Health Spending Account, HSA)/건강 저축 계좌(Health Savings Account, HSA)는 의료 저축 계좌이며 건강 보험으로 간주되지 **않습니다**. 이러한 유형의 계좌에 관한 정보는 서비스 코디네이터가 수집하거나 아동의 파일 또는 주 데이터 시스템에 입력해서는 **안 됩니다**.

- d. 조기 중재 프로그램에 건강 보험 정보를 제공할 때 가족이 받는 보호 조치:
 - i. 부모는 조기 중재 프로그램 서비스에 대한 공제액이나 코페이먼트 같은 본인 부담 비용을 지불하지 않습니다.
 - ii. 조기 중재 프로그램에 의한 건강 보험 정보 수집은 가족이 가지고 있을 수 있는 건강 보험 보장에 부정적인 영향을 미치지 않습니다.

3. 가족으로부터 건강 보험 약관 정보를 수집합니다(10 NYCRR 섹션 69-4.6(d)).

- a. 서비스 코디네이터는 가족이 조기 중재 아동을 위한 건강 보험이 있는지 확인하고 가족에게 적절한 양식과 지침을 제공하여 작성하도록 해야 합니다.
 - i. 서비스 코디네이터는 부모와 함께 **양식 A와 B**를 검토하고 적절한 양식을 작성하는 데 도움을 주어야 합니다.
 - ii. 가족이 아동을 위한 건강 보험이 있는 경우, 가족에게 **양식 A(건강 보험 정보 수집)**를 제공하십시오.
 - iii. 가족이 건강 보험 보장이 없는 경우, 서비스 코디네이터는 부모에게 작성할 **양식 B(건강 보험 미가입 부모 증명)**를 제공할 것입니다.

- b. 아동이 조기 중재 프로그램에 참여하고 있다면, Medicaid와 Child Health Plus를 포함하여 아동의 건강 보험 약관에 변화가 있을 때마다 조기 중재 서비스 코디네이터에게 알려야 한다고 부모에게 설명하십시오. 서비스 코디네이터는 분기별로 가족과 함께 아동의 건강 보험 정보를 검토해야 합니다.
- c. 서비스 코디네이터는 조기 중재 서비스 조정 기록에 조기 중재 프로그램의 건강 보험과 아동의 건강 보험 보장에 관한 부모와의 논의를 문서화해야 합니다. 건강 보험 정보를 부모와 분기별로 검토할 때:
 - i. **양식 A**에서 서비스 코디네이터는 정보가 부모와 검토되었음을 나타내기 위해 양식에 이니셜을 적고 날짜를 기입해야 합니다. 서비스 코디네이터는 또한 양식의 정보가 '변경 없음'인지 또는 '새로운' 업데이트된 양식이 필요한지 나타낼 것입니다.
 - ii. 건강 보험 정보를 업데이트하기 위해 새로운 **양식 A**가 필요한 경우, 이는 부모에게 제공되어야 합니다. 새 양식이 작성되어 서비스 코디네이터에게 반환되면, 주 데이터 시스템에 입력되고 아동의 파일에 보관되어야 합니다.
 - iii. 아동이 건강 보험 보장이 없고 부모가 이전에 **양식 B**를 작성했으며, 검토 시 아동이 계속해서 건강 보험 보장이 없는 경우, 새로운 **양식 B, 건강 보험 미가입 부모 증명**을 부모가 작성하고 서비스 코디네이터가 받아 아동의 파일에 보관해야 합니다.
 - iv. 조기 중재 프로그램에 참여하는 동안 아동이 건강 보험 보장을 가지고 있었지만, 검토 시 더 이상 보장이 없는 경우, 부모는 **건강 보험 미가입 부모 증명 (양식 B)**을 작성, 서명하고 날짜를 기입해야 하며, 이는 서비스 코디네이터가 받아 주 데이터 시스템에 양식 정보를 입력하고 아동의 파일에 양식을 보관할 것입니다.
- d. 서비스 코디네이터는 또한 부모가 **양식 C**(틀 키트 항목 6), **건강 보험 정보 공개 승인**을 작성하는 것을 도와야 합니다.
 - i. 이것은 부모가 아동의 건강 보험 정보를 서비스 코디네이터와 지방 자치단체에 공개하도록 승인하는 통지입니다.

4. 조기 중재 프로그램 서비스의 의학적 필요성에 대한 문서로서 아동의 주치의로부터 서면 의뢰서를 부모로부터 받습니다.

- a. **서비스 코디네이터 건강 보험 책임**(틀 키트 항목 1)과 **부모 또는 주치의로부터 서면 의뢰서 수집**(틀 키트 항목 7)에 제공된 서면 의뢰서에 관한 지침을 참조하십시오.
- b. 이 목적을 위해 필요에 따라 **양식 D**(틀 키트 항목 8), **주치의의 서면 의뢰서**를 사용하십시오.
- c. 아동의 조기 중재 프로그램 제공자에게 조기 중재 서비스에 대한 의학적 필요성을 문서화하기 위해 아동의 주치의로부터 서면 의뢰서를 받았음을 알립니다.

***서비스 코디네이터는 아동의 개별화된 가족 서비스 계획에서 승인된 서비스가 적시에 시작되어야 한다는 것을 인식하는 것이 중요합니다. 의학적 필요성에 대한 서면 의뢰서가 아직 제공되지 않은 경우에도 서비스가 지연되어서는 안 됩니다.**

5. 서비스 코디네이터는 건강 보험 정보를 얻기 위한 모든 노력과 조기 중재 프로그램의 건강 보험에 관한 가족과의 논의를 문서화해야 합니다. 얻은 모든 정보는 다음과 같이 서비스 코디네이터가 유지해야 합니다.

- a. 완성된 모든 양식의 왼쪽 상단에 아동의 참조 번호를 기입하십시오.
- b. 적어도 분기별로, 또는 필요한 경우 더 자주, 건강 보험이 변경되지 **않았다면 양식 A, 건강 보험 정보 수집**을 검토하고 이니셜을 기입하십시오. 건강 보험이 변경된 경우, **양식 A**를 업데이트하고 부모가 양식에 서명하고 날짜를 기입하도록 하십시오. 업데이트된 정보를 주 데이터 시스템에 입력하고 아동의 파일에 양식을 보관하십시오.
- c. 서비스 조정 기록에 건강 보험 정보를 얻기 위한 모든 노력을 문서화하십시오.
- d. 부모로부터 수집한 아동과 가족의 건강 보험 정보(Medicaid, Medicaid Managed Care, Child Health Plus 약관 정보 포함)를 직접 주 데이터 시스템에 입력하십시오. 서비스 코디네이터나 지방 자치단체와 건강 보험 정보를 교환하기 전에 부모가 **양식 C, 건강 보험 정보 공개 승인**에 서명해야 합니다.
- e. 부모로부터 모든 건강 보험 정보가 수집된 후, 서비스 코디네이터는 이 정보를 주 데이터 시스템에 입력할 것입니다.
- f. 완성된 모든 건강 보험 양식의 사본을 아동의 기록에 보관하십시오.

건강 보험에 관한 부모 공지

뉴욕주에서는 조기 중재 서비스가 가족에게 무료로 제공되어야 합니다. 조기 중재 프로그램을 위한 뉴욕주의 지불 시스템에는 조기 중재 서비스 환급을 위한 공공 건강 보험(Medicaid 및 Child Health Plus와 같은)의 사용이 포함됩니다.

2021년 12월 29일, Hochul 주지사는 조기 중재 프로그램 서비스에 대한 청구 처리 및 지불 방식을 크게 변경하는 법안(A.5339/S.5560A)에 서명했습니다. 이 법안은 건강 보험 플랜에 대한 평가를 통해 자금을 조달하는 조기 중재 프로그램 보장 대상자 풀을 정합니다. 조기 중재 프로그램 풀 자금은 Medicaid가 보장하지 않는 조기 중재 프로그램 서비스의 지방 자치단체 및 주 부담분을 대신 지불합니다. 보장되는 서비스는 Medicaid에 청구되고 보장되지 않는 서비스는 지방 자치단체 예치 계좌를 통해 지불됩니다.

Medicaid 및 민영 건강 보험

귀하의 가족이 민영 건강 보험과 공공 건강 보험(Medicaid) 보장을 모두 가지고 있는 경우, 조기 중재 서비스 지불에 대한 청구는 공공 건강 보험(Medicaid)에 청구될 것입니다.

건강 보험 정보 및 아동의 사회 보장 번호 수집

뉴욕주 공중보건법(PHL)에 따라:

귀하는 반드시 공공 및 민영 건강 보험을 포함한 자녀의 건강 보험 보장에 관한 정보와 문서를 제공해야 하고 귀하의 서비스 코디네이터는 이를 반드시 수집해야 합니다. 이 정보에는 건강 보험 약관 또는 건강 혜택 플랜의 유형, 보험사 또는 플랜 관리자의 이름, 약관 또는 플랜 식별 번호, 약관의 보장 유형 및 귀하의 보험에 청구하는 데 필요한 기타 정보가 포함됩니다. 귀하의 서비스 코디네이터는 귀하의 권리와 책임, 그리고 법이 가족에게 제공하는 보호에 대해 설명할 것입니다.

[10 NYCRR 섹션 69 4.7(g)-(h)]

귀하는 반드시 자녀의 사회 보장 번호를 제공해야 하고 귀하의 조기 중재 담당관은 이를 반드시 수집해야 합니다. 이 정보는 안전하게 기밀로 유지될 것입니다.

[PHL§ 2552(2)]

뉴욕주의 보험

다음과 같은 보호는 공공 건강 보험이 조기 중재 서비스 비용을 지불하는 데 사용될 때 뉴욕주 공중보건법(PHL) 및 뉴욕주 보험법(SIL)에 따라 보장됩니다.

1. **귀하의 자녀가 필요로 하는 조기 중재 서비스는 귀하의 가족에게 무료로 제공될 것입니다.** 귀하는 귀하의 자녀와 가족이 조기 중재 프로그램에서 받는 서비스에 대해 공제액이나 코페이먼트 같은 본인 부담 비용을 지불하도록 요청받을 수 없습니다. 조기 중재 프로그램은 모든 코페이먼트와 공제액의 지불을 조정할 것입니다. [PHL§ 2557(1), PHL§ 2559(3)(b)]
2. **귀하의 자녀와 가족이 이용할 수 있는 조기 중재 서비스는 귀하의 보험이 보장하는 한도로 제한되지 않을 것입니다.** 귀하의 조기 중재 담당관은 귀하의 보험이 이러한 서비스를 보장하지 않거나 귀하가 보험이 없더라도 적절한 조기 중재 서비스가 귀하의 자녀에게 제공되도록 해야 합니다. [PHL§ 2552(1)]
3. **조기 중재 서비스 비용을 지불하기 위해 공공 건강 보험(즉, Medicaid)을 사용함으로써 자녀의 가정 및 지역사회 기반 면제 프로그램 자격은 영향을 받지 않을 것입니다.**
4. **귀하의 개별화된 가족 서비스 계획의 조기 중재 서비스는 귀하가 민영 또는 공공 건강 보험 보장을 가지고 있지 않더라도 여전히 제공되어야 합니다.** 귀하는 조기 중재 프로그램에 참여하기 위한 조건으로 건강 보험 보장을 얻도록 요구받을 수 없지만, 귀하가 선택하면 귀하의 서비스 코디네이터가 공공 혜택에 대한 의뢰 및 신청을 도울 수 있습니다. [PHL§ 2552(1), PHL§ 2559(1)]
5. **건강 지출 계좌/건강 저축 계좌(HSA)는 의료 저축 계좌이며 건강 보험으로 간주되지 않습니다.** 이러한 계좌에 관한 정보는 귀하의 서비스 코디네이터가 수집하지 않을 것입니다.

적법 절차 권리

부모는 의견 불일치나 불만을 해결하기 위해 적법 절차를 이용할 권리가 있습니다. 이러한 적법 절차 권리에는 중재 기회, 공정 심리, 그리고/또는 주 시스템 불만을 제기할 기회가 포함됩니다. 모든 옵션은 자발적이며 부모에게 비용이 들지 않습니다. [34 CFR § 303.431, § 303.436, § 303.441, § 303.434, PHL § 2549, 10 NYCRR 섹션 69-4.17]

- **중재**는 지역사회 분쟁 해결 센터의 훈련된 중재자가 진행하는 과정으로, 장애인 교육법 파트 C에 따른 모든 문제에 대해 당사자들이 합의에 도달하도록 돕습니다. 중재 과정은 부모의 공정 심리에 대한 권리를 거부하거나 지연시키거나, 다른 적법 절차의 권리를 거부하는 데 사용될 수 없습니다.
- **공정 심리**는 심리 담당관(보건 위원회 또는 지명인이 지정한 행정법 판사)이 진행하며 부모와 조기 중재 담당관 간의 분쟁을 해결하는 데 사용됩니다. 평가자에 의해 아동이 서비스에 부적격하다고 판단된 경우, 부모는 아동이 부적격하다고 판단된 날짜로부터 6개월 이내에 요청이 이루어진다면 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

- **시스템 불만**은 부모나 어떤 당사자가 주도 기관, 조기 중재 담당관, 서비스 코디네이터, 평가자, 또는 서비스 제공자가 법, 규칙, 또는 규정에 따라 그들의 일을 하지 않는다고 생각되는 경우 제기될 수 있습니다. 이 불만은 뉴욕주 보건부, 조기 중재국(Bureau of Early Intervention) 국장에게 서면으로 제출되어야 하며, 서명되고 주장된 위반 날짜로부터 1년 미만에 접수되어야 합니다. 불만의 사본은 아동의 서비스 코디네이터, 카운티 조기 중재 담당관, 그리고 불만의 대상이 되는 조기 중재 제공자에게 보내야 합니다.

이러한 이용 가능한 옵션 각각에 대한 추가 정보는 [조기 중재 프로그램에 관한 부모 기본 안내서](#) 및 조기 중재국 웹페이지

health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/에서 참조하십시오. 이 공지의 정보에 대해 질문이 있으시면, 귀하의 서비스 코디네이터나 조기 중재 담당관에게 문의하거나, 전화 518-473-7016 또는 이메일 beipub@health.ny.gov로 뉴욕주 보건부 조기 중재국에 문의해 주십시오.

부모를 위한 정보 및 지침

건강 보험 정보 수집 - 양식 A

건강 보험 미가입 부모 증명 - 양식 B

아동의 건강 보험 정보: (양식 A)

뉴욕주에서는 조기 중재 서비스가 가족에게 무료로 제공되어야 합니다. 그러나 조기 중재 프로그램을 위한 뉴욕주의 지불 시스템에는 조기 중재 서비스 환급을 위한 공공 건강 보험(Medicaid 및 Child Health Plus와 같은)의 사용이 포함됩니다.

10 NYCRR 69-4.7에 따르면 귀하는 반드시 공공 및 민영 건강 보험을 포함한 자녀의 건강 보험 보장에 관한 정보와 문서를 제공해야 하며 귀하의 서비스 코디네이터는 이를 반드시 수집해야 합니다. 이 정보에는 건강 보험 약관 또는 건강 혜택 플랜의 유형, 보험사 또는 플랜 관리자의 이름, 약관 또는 플랜 식별 번호, 약관의 보장 유형 및 서비스에 대해 제공자에게 환급하는 데 필요한 기타 정보가 포함됩니다. 귀하의 서비스 코디네이터는 귀하의 권리와 책임, 그리고 법이 귀하의 가족에게 제공하는 보호에 대해 설명해야 합니다.

건강 보험 양식 작성

귀하의 서비스 코디네이터는 필요한 양식을 작성하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

- 필요한 양식이 완전하고 정확하게 작성되었는지 확인하십시오.
- 귀하의 서비스 코디네이터는 적어도 분기별로 귀하와 함께 자녀의 건강 보험 정보를 검토해야 합니다. 귀하의 건강 보험이 변경되거나 더 이상 건강 보험 보장이 없는 경우, 업데이트된 양식을 작성해야 합니다.

자녀의 건강 보험 보장이 변경되는 경우 즉시 서비스 코디네이터에게 알려주십시오.

건강 보험 정보 수집(양식 A)

귀하의 자녀가 두 개 이상의 건강 보험 약관을 가지고 있는 경우, 각 약관에 대한 정보를 제공해야 합니다(아래 예시).

- 귀하의 자녀가 두 개의 서로 다른 민영 건강 보험 약관을 가지고 있는 경우, 두 약관에 대한 정보를 포함시킵니다.
- 귀하의 자녀가 Medicaid와 민영 건강 보험을 가지고 있는 경우, Medicaid 아동 식별 번호(CIN)와 민영 건강 보험 정보를 포함시킵니다.
- 귀하의 자녀가 Medicaid Managed Care를 가지고 있는 경우, Medicaid 아동 식별 번호(CIN)와 Medicaid Managed Care 보험 회사 정보가 모두 보험 정보 섹션에 문서화됩니다.
- 귀하의 자녀가 Medicaid Managed Care와 민영 건강 보험 약관을 가지고 있는 경우, Medicaid 아동 식별 번호(CIN), Medicaid Managed Care 보험 회사 정보, 그리고 민영 건강 보험 약관 정보를 포함시킵니다.

적법 절차 권리

부모는 의견 불일치나 불만을 해결하기 위해 적법 절차를 이용할 권리가 있습니다. 이러한 적법 절차 권리에는 중재 기회, 공정 심리, 그리고/또는 주 시스템 불만을 제기할 기회가 포함됩니다. 모든 옵션은 자발적이며 부모에게 비용이 들지 않습니다. [34 CFR § 303.431, § 303.436, § 303.441, § 303.434, PHL § 2549, 10 NYCRR 섹션 69-4.17]

- **중재**는 지역사회 분쟁 해결 센터의 훈련된 중재자가 진행하는 과정으로, 장애인 교육법 파트 C에 따른 모든 문제에 대해 당사자들이 합의에 도달하도록 돕습니다. 중재 과정은 부모의 공정 심리에 대한 권리를 거부하거나 지연시키거나, 다른 적법 절차의 권리를 거부하는 데 사용될 수 없습니다.
- **공정 심리**는 심리 담당관(보건 위원회 또는 지명인이 지정한 행정법 판사)이 진행하며 부모와 조기 중재 담당관 간의 분쟁을 해결하는 데 사용됩니다. 평가자에 의해 아동이 서비스에 부적격하다고 판단된 경우, 부모는 아동이 부적격하다고 판단된 날짜로부터 6개월 이내에 요청이 이루어진다면 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

서비스 코디네이터를 위한 건강 보험 툴 키트 (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

건강 보험 정보 수집 - 양식 A(Collection of Health Insurance Information - Form A)

건강 보험 툴 키트 항목 4 - 양식 A

아동 참조 번호 _____

아동 이름 _____

생년월일 _____ 아동 성별 남성 여성

기본 보험 정보

보험 회사/플랜 이름 _____

보험 회사 청구 주소 _____

약관/식별(ID) 번호 _____

아동의 회원 ID(다른 경우) _____

그룹 번호 _____

약관 소유자 이름 _____

약관 소유자 생년월일 _____

약관 소유자 주소 _____

약관 소유자 전화번호 _____

약관 소유자와 아동의 관계 _____

기타 보험(해당되는 경우)

보험 회사/플랜 이름 _____

보험 회사 청구 주소 _____

약관/ID 번호 _____

아동의 회원 ID(다른 경우) _____

그룹 번호 _____

약관 소유자 이름 _____

약관 소유자 생년월일 _____

약관 소유자 주소 _____

약관 소유자 전화번호 _____

약관 소유자와 아동의 관계 _____

Medicaid 고객 식별 번호(Client Identification Number, CIN)(해당되는 경우) _____ (2개의 문자, 5개의 숫자, 1개의 문자)

부모/법적 보호자 서명 _____ 날짜 _____

참고 사항: 건강 보험 정보 수집용 기입 양식에 부모/보호자의 전자 서명이 포함된 경우, 양식에 서명 날짜와 시간이 표시되는 전자 서명 유효성 검사 마커(Adobe Acrobat, DocuSign 등의 애플리케이션을 통해 이용 가능)도 해당 서명에 반드시 함께 포함되어야 합니다. 해당 보안 방식을 이용할 수 없는 경우, 부모/법적 보호자가 종이 사본에 동의 서명을 할 수 있도록 건강 보험 정보 수집용 기입 양식을 인쇄해야 합니다.

보험 정보는 적어도 분기별로, 그리고 아동의 보험 상태가 변경될 때마다 검토되어야 합니다.

보험 정보 검토: 날짜 _____ 이니셜 _____ 변경 없음 새 양식

보험 정보 검토: 날짜 _____ 이니셜 _____ 변경 없음 새 양식

보험 정보 검토: 날짜 _____ 이니셜 _____ 변경 없음 새 양식

보험 정보 검토: 날짜 _____ 이니셜 _____ 변경 없음 새 양식

보험 정보 검토: 날짜 _____ 이니셜 _____ 변경 없음 새 양식

서비스 코디네이터를 위한 건강 보험 툴 키트 (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

건강 보험 미가입 부모 증명 - 양식 B(Parent Attestation of No Health Insurance - Form B)

건강 보험 툴 키트 항목 5 - 양식 B

아동 참조 번호 _____

(해당되는 경우)

아동 이름 _____

생년월일 _____

나 _____ (정자체로 이름을 적어주세요)은(는) 위에 이름이 적힌
아동의 부모 및/또는 법적 보호자로서, 오늘 날짜를 기준으로 해당 아동이 건강 보험 보장이 없음을 증명합니다. 나는 지정된 조기 중재 프로그램 서비스 코디네이터가
해당 아동이 자격이 있을 수 있는 건강 보험의 식별 및 신청을 도와야 함을 이해합니다. 또한 나는 조기 중재 프로그램 서비스를 제공받기 위해 해당 아동이 건강 보험을
가질 필요가 없음을 이해합니다.

부모/법적 보호자 서명 _____

날짜 _____

참고 사항: 건강 보험 미가입 부모 증명용 기입 양식에 부모/보호자의 전자 서명이 포함된 경우, 양식에 서명 날짜와 시간이 표시되는 전자 서명 유효성 검사 마커(Adobe Acrobat, DocuSign 등의 애플리케이션을 통해 이용 가능)도 해당 서명에 반드시 함께 포함되어야 합니다. 해당 보안 방식을 이용할 수 없는 경우, 부모/법적 보호자가 종이 사본에 동의 서명을 할 수 있도록 건강 보험 미가입 부모 증명용 기입 양식을 인쇄해야 합니다.

서비스 코디네이터를 위한 건강 보험 툴 키트

(Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

건강 보험 정보 공개 승인 - 양식 C(Authorization to Release Health Insurance Information - Form C)

건강 보험 툴 키트 항목 6 - 양식 C

아동 참조 번호 _____

뉴욕주(NYS) 공중보건법 섹션 2559(3)(c)에 따라

피보험자(아동) 이름 _____

생년월일 _____

부모/법적 보호자 이름 _____

보험 회사 이름 _____

보험 플랜 이름/유형 _____

보험 회사 주소 _____

보험 회사 전화번호 _____

약관 소유자 이름 _____

약관 소유자 주소 _____

약관/ID 번호 _____

아동 회원 ID 번호 _____

그룹 번호(해당되는 경우) _____

서비스 코디네이터 이름 _____

서비스 코디네이터 기관 _____

서비스 코디네이터 주소 _____

서비스 코디네이터 전화번호 _____

지방 자치단체 _____

나는 위에 명시된 피보험자에 대한 건강 보험 보장 정보를 내 아동과 가족의 조기 중재 서비스 코디네이터, 제공자, 지역 조기 중재 프로그램을 관리하는 지방 자치단체, 그리고 뉴욕주 보건부 및/또는 그 조기 중재 재정 대리인에게 공개할 것을 요청하고 승인합니다.

나는 조기 중재 프로그램에 따라 제공된 서비스에 대한 청구를 촉진하고 청구의 판정을 지원하기 위해 이러한 당사자들과 위에 명시된 보험사 간의 정보 교환을 승인합니다.

부모/법적 보호자 서명 _____ 서명 날짜 _____

참고 사항: 건강 보험 정보 공개 승인용 기입 양식에 부모/보호자의 전자 서명이 포함된 경우, 양식에 서명 날짜와 시간이 표시되는 전자 서명 유효성 검사 마커(Adobe Acrobat, DocuSign 등의 애플리케이션을 통해 이용 가능)도 해당 서명에 반드시 함께 포함되어야 합니다. 해당 보안 방식을 이용할 수 없는 경우, 부모/법적 보호자가 종이 사본에 동의 서명을 할 수 있도록 건강 보험 정보 공개 승인용 기입 양식을 인쇄해야 합니다.

서비스 코디네이터를 위한 지침: 부모 또는 주치의로부터 서면 의뢰서 수집[PHL § 2559(3)(a)]

배경

의학적 필요성을 문서화하기 위해 아동의 주치의(primary care provider, PCP)로부터의 서면 의뢰서를 가족을 통해 수집하는 것은 서비스 코디네이터의 책임입니다.

공중보건법(PHL) § 2559(3)(a)는 부모 또는 법적 보호자가 적격 아동의 조기 중재 서비스의 의학적 필요성에 대해 주치의(예: 의사, 전문 간호사 또는 의사 보조)로부터 서면 의뢰서를 지방 자치단체 및 서비스 코디네이터에게 제공할 것을 요구합니다.

이 요구 사항은:

- **조기 중재 프로그램 서비스에 대한 발급 청구를 목적으로 하는 적격 아동에게만 관련되며,**
- **물리 치료, 언어 치료, 작업 치료 및 청각학과 같은 서비스에만 적용되며, 서비스 조정 및 특별 지도와 같이 주치의의 서면 의뢰가 필요하지 않은 서비스에는 적용되지 않습니다. 그리고**
- **아동이 조기 중재 프로그램 서비스를 받기 위한 요구 사항이 아닙니다.**

양식

툴 키트에는 의뢰서를 얻으려고 할 때 아동의 주치의와의 의사소통에 사용할 수 있는 샘플 의뢰 양식(양식 D, **주치의의 서면 의뢰서**)이 포함되어 있습니다. 이것은 샘플 양식일 뿐입니다. 주치는 자신의 의뢰 양식을 사용할 수 있습니다.

절차

초기 가정 방문 동안, 서비스 코디네이터는 아동의 건강 보험 정보를 수집할 책임이 있습니다. 서비스 코디네이터는 적어도 분기별로 부모와 함께 건강 보험 정보를 검토하고 변경사항이 있을 때마다 필요한 양식과 주 데이터 시스템에서 건강 보험 정보를 업데이트해야 합니다.

아동이 건강 보험 보장을 가지고 있는 경우, 서비스 코디네이터는 다음 단계를 취합니다.

- 서비스 코디네이터는 의학적 필요성을 뒷받침하기 위해 아동의 개별화된 가족 서비스 계획에서 승인된 서비스에 대해 아동의 주치의로부터 서면 의뢰서를 수집할 필요성에 대해 부모와 논의합니다. 서비스 코디네이터는 부모에게 이 단계의 필요성을 설명할 때 샘플 **양식 D, 주치의의 서면 의뢰서**를 참조할 수 있습니다.
- 서비스 코디네이터는 의뢰 양식의 상단 상자에 정보를 작성하고 양식 하단의 적절한 상자에 아동의 개별화된 가족 서비스 계획에 있는 서비스를 나열합니다. 부모가 주치의로부터 서면 의뢰서를 수집할 수 없는 경우, 서비스 코디네이터는 부모의 동의를 얻어 주치의에게 연락하고 샘플 의뢰 양식을 주치의에게 전달하여 과정을 촉진해야 합니다. 서면 의뢰서를 수집하기 위해 주치의에게 후속 전화가 필요할 수 있습니다.
- 서면 의뢰 양식이 주치이에 의해 서명되고 반환된 후:
 - 서비스 코디네이터는 이 정보를 주 데이터 시스템에 문서화합니다.
 - 서비스 코디네이터는 아동의 조기 중재 프로그램 제공자에게 청구를 위한 의학적 필요성을 문서화하기 위해 아동의 주치의로부터 서면 의뢰서를 얻었음을 알립니다. 이 양식은 요청 시 제공자에게 보낼 수 있습니다.
 - 서비스 코디네이터는 완성된 서면 의뢰 양식을 아동의 기록에 파일로 보관합니다.

중요 정보

- 서면 의뢰서는 아동 자신의 주치의로부터 얻어야 합니다. 그러나 아동에게 주치의가 없는 경우, 의뢰서는 아동의 의료와 상태에 익숙한 어떤 주치의로부터도 얻을 수 있습니다. 여기에는 조기 중재 서비스에 대한 자격을 결정하기 위한 아동의 초기 다학제 평가의 일부로 아동의 건강 평가를 수행했을 수 있는 의사가 포함될 수 있습니다.
- 서면 의뢰서는 의사, 전문 간호사 또는 의사 보조에 의해 제공될 수 있습니다.
- 서면 의뢰서는 보장 서비스당 한 번만 얻으면 됩니다. 아동이 조기 중재 프로그램에 참여하는 동안 개별화된 가족 서비스 계획에 추가된 모든 서비스(서비스 조정 및 특별 지도 제외)에 대해 서면 의뢰서를 얻어야 합니다.
- 10 NYCRR 섹션 69-4.11(a)(10)(ii)에서 요구하는 것과 같이, 개별화된 가족 서비스 계획을 이행하기 위한 서비스 주문은 이 요구 사항을 충족하는 데 사용될 수 있습니다. 특정 서비스에 대한 지시서는, 만약 그것이 아동의 주치의로부터 얻어졌거나 (아동에게 주치의가 없는 경우) 아동의 의료 상태와 상황에 익숙한 어떤 주치의로부터 얻어진 경우, 해당 서비스에 대한 주치의 의뢰 요건을 충족합니다.

가족이 건강 보험 보장을 가지고 있는 경우, 다음을 기억하십시오.

서비스 코디네이터는 아동의 주치의로부터 서면 의뢰서를 받을 책임이 있습니다. 서면 의뢰서는 Medicaid 또는 Medicaid Managed Care가 있는 아동에게 필요합니다.

유의사항: 이 서면 의뢰서는 서비스 제공을 위한 요구 사항이 아니라 청구를 위한 것입니다. 개별화된 가족 서비스 계획의 서비스는 주치의로부터 서면 의뢰서를 얻을 수 없더라도 아동과 가족에게 제공되어야 합니다. 이러한 경우, 아동의 파일과 서비스 조정 기록의 문서화는 아동의 주치의로부터 서면 의뢰서를 얻을 수 없었음을 반영해야 합니다. *어떠한 상황에서도 주치의로부터 의학적 필요성에 대한 서면 지시를 얻어야 한다는 요구 사항에 근거하여 아동이 서비스를 거부당하거나 서비스 지연을 경험해서는 안 됩니다.*

서비스 코디네이터를 위한 건강 보험 툴 키트 (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

주치의의 서면 의뢰서
의학적 필요성 문서화 - 양식 D

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

(Written Referral from Primary Health Care Practitioner
Documentation of Medical Necessity - Form D)

건강 보험 툴 키트 항목 8 - 양식 D

아동 참조 번호 _____

뉴욕주(NYS) 공중보건법 섹션 2559(3)(c)에 따라

아동 이름(이름/중간이름 이니셜/성) _____

아동 생년월일 _____

부모/법적 보호자 이름 _____

전화번호 _____

서비스 코디네이터 _____

전화번호 _____

친애하는 주치의께:

뉴욕주 공중보건법 섹션 2559(3)(a)에 따라, 부모는 다학제 평가를 통해 조기 중재 프로그램에 적격하다고 판단된 조기 중재 아동들에 대해 조기 중재 서비스의 의학적 필요성 증빙으로서 주치의의 서면 의뢰서를 조기 중재 프로그램에 제공해야 합니다. 이 정보는 이러한 서비스에 대한 청구 처리를 촉진하기 위해 요청됩니다. 조기 중재국은 완전하고 정확한 의뢰를 촉진하기 위해 이 양식을 개발했습니다. 그러나, 필요한 모든 정보가 포함되어 있다면 귀하가 선택한 다른 양식을 사용할 수 있습니다. 아래 요청된 정보를 제공해 주셔서 감사합니다.

환자 평가 및 관련 의료 이력 _____

조기 중재 프로그램 서비스의 필요성과 관련된 진단된 상태 또는 발달 지연 및 동반되는 국제 질병 분류(International Classification of Diseases, ICD) 코드를 포함한 진단 _____

아동의 개별화된 가족 서비스 계획(IFSP)에서 확인된 조기 중재 프로그램 서비스

서비스 유형

빈도/기간

사전 승인 번호(보험사 전용)

_____ IFSP에 따라 _____

_____ IFSP에 따라 _____

_____ IFSP에 따라 _____

_____ IFSP에 따라 _____

_____ IFSP에 따라 _____

_____ IFSP에 따라 _____

나는 위에 나열된 조기 중재 서비스가 아동의 진행 상황을 평가하기 위해 자격을 갖춘 전문가가 정기적으로 실시하는 지속적인 평가/사정이 필요할 수 있음을 이해합니다. 나는 _____ (아동)을(를) 조기 중재 프로그램에 의뢰하여, 개별화된 가족 서비스 계획에서 확인된 서비스를 얻도록 합니다.

의사 서명 _____ (원본) 날짜 _____

의사 이름(정자체) _____

전화번호 _____

의사 주소 _____

뉴욕주 면허 번호 _____ 미국 제공자 식별 번호 _____

MEDICAID MANAGED CARE 플랜에 등록된 아동에 대한 MEDICAID 청구 지침

뉴욕주의 거의 모든 카운티에서, 아동이 Medicaid 자격이 있다고 결정되면, 그들은 Managed Care 보험 플랜에 가입해야 합니다. 조기 중재 프로그램 서비스는 Medicaid Managed Care에서 제외됩니다. 따라서, **조기 중재 프로그램 서비스 청구는 Managed Care 보험사에 청구되지 않습니다. 대신, 행위별 수가제 기준으로 직접 Medicaid 프로그램에 청구됩니다.** 청구가 적절하게 Medicaid에 청구/전달되기 위해서는 Medicaid 및 Medicaid Managed Care 정보가 주 데이터 시스템에 올바르게 기록되어야 합니다.

서비스 코디네이터와 지방 자치단체는 함께 협력하여 정확한 정보가 주 데이터 시스템에 포함되도록 하고, 아동의 약관 정보에 관한 잘못된 정보가 있는 경우 필요시 주 데이터 시스템에서 가능한 한 빨리 수정하여 향후 청구가 부적절하게 관리 의료 보험사에 청구되는 것을 방지해야 합니다. 서비스 코디네이터가 필요에 따라 지방 자치단체 및 가족과 협력하여 아동의 건강 보험 및/또는 Medicaid 보장의 적절한 상태를 결정하는 것이 중요합니다.

서비스 코디네이터는 적어도 분기별로 가족과 함께 아동의 건강 보험 정보를 검토하고 업데이트하거나 가족의 건강 보험 상태가 변경된 경우 언제든지 이를 수행할 책임이 있습니다. Medicaid 프로그램에 등록된 아동의 경우, 서비스 코디네이터는 아동의 **Medicaid 고객 식별 번호(CIN)를 얻어 청구 목적으로 이 번호를 주 데이터 시스템에 입력해야 합니다.** 또한, 서비스 코디네이터는 Medicaid 보장을 받고 있는 자신의 담당 사례 내 모든 아동들에 대해 Medicaid Managed Care 플랜 정보를 확인해야 합니다. 주 데이터 시스템에 입력되는 정보는 eMedNY 시스템에 포함된 정보와 일치해야 합니다.

서비스 코디네이터는 Medicaid Managed Care 상태를 확인하기 위해 자동화된 터치톤 전화 접속 시스템인 Medicaid 자격 확인 시스템(Medicaid Eligibility Verification System, MEVS)을 사용할 수 있습니다. 아동이 Medicaid Managed Care 플랜에 등록되어 있는 경우, MEVS는 Medicaid Managed Care 플랜을 식별하고 Managed Care 플랜 이름, 플랜 주소 및 플랜 전화번호에 관한 정보를 제공할 것입니다. 전화 사용에 관한 지침은 다음 링크에서 MEVS 빠른 참조 안내서를 확인해 주십시오.

https://www.emedny.org/ProviderManuals/5010/MEVS%20Quick%20Reference%20Guides/5010_MEVS_Telephone_Quick_Reference_Guide.pdf

거래량이 더 큰 서비스 조정 기관(월 50건 이상)은 컴퓨터 기반 애플리케이션인 ePACES를 통해 이 동일한 정보를 얻을 수 있습니다. ePACES 접근/사용에 관한 정보는 eMedNY 콜 센터 1-800-343-9000으로 문의하십시오.

또한, 각 카운티에서 Medicaid Managed Care 플랜을 제공하는 회사를 찾는 카운티별 Medicaid Managed Care 제공자에 관한 정보가 제공됩니다. 이 정보는 다음 링크에서 확인할 수 있습니다. http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/pdf/cnty_dir.pdf

Medicaid 청구 규칙에 따르면 청구에는 아동의 모든 잠재적 보험 약관 정보가 포함되어야 합니다. 여기에는 아동이 가진 Medicaid Managed Care 플랜의 주요 약관 부분이 포함됩니다. 이 정보가 Medicaid 청구에 포함되지 않으면, Medicaid는 청구를 거부할 것입니다.

아동의 플랜이 Medicaid Managed Care인 경우, Medicaid 고객 식별 번호(CIN) 정보와 Medicaid Managed Care 보험 회사 정보 모두가 주 데이터 시스템에 문서화되어야 합니다. 완성된 모든 양식의 사본을 아동 기록 및 주 데이터 시스템에 보관하십시오.

주 데이터 시스템에 건강 보험 정보를 입력하는 방법에 대한 지침은 사용자 매뉴얼 및 사용 가능한 작업 지원을 참조하십시오.

Medicaid Managed Care의 등록, 제외 또는 일반 정보에 대한 자세한 내용은 뉴욕주 보건부 Managed Care 웹사이트

http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/index.htm을 방문하거나 Medicaid Managed Care 헬프라인 1-800-505-5678로 전화하십시오.