



# 필요한 진료 받기

장애가 있는 분들을 위한 안내





## 목차

1. 자신의 권리 이해하기.....	3
2. 서비스 제공자와 함께 협력하여 필요한 진료 받기 .....	4
3. 어려움을 겪고 있다면 해야 할 일.....	7
4. 자세한 정보.....	7
5. 예약 체크리스트 .....	8
6. 예약 정하기.....	9
7. 진료 전 .....	10
8. 진료 중 .....	11
9. 진료 후 .....	12
10. 귀하의 질문.....	13

헬스 케어 제공자는  
장애에 따른 차별을 하지  
않고 모든 사람에게 의료  
서비스를 제공해야 한다는  
사실을 알고 계십니까?



## 자신의 권리 이해하기

**귀하는 다른 모든 사람들과 같은 의료 서비스를 이용할 권리가 있습니다.**

**따라서 의료 서비스 제공자는:**

- 건물, 검사실, 장비를 이용할 수 없다는 이유로 귀하의 진료나 서비스를 거부해서는 안됩니다.
- 귀하께서 이용하실 수 있는 형식으로 정보를 제공해야 합니다.
- 가상 방문과 같은 대안 경로를 통해 특정 서비스를 제공할 수 있습니다.

**귀하는 합당한 변경, 보조 수단, 서비스를 이용하실 권리가 있습니다.**

**따라서 의료 서비스 제공자는:**

- 자격을 갖춘 수화 통역자, 보조청각장치 또는 브라우 점자나 큰 활자로 인쇄된 자료를 제공해야 합니다.
- 봉사 동물이 입원실과 검사실에 들어올 수 있도록 해야 합니다(여기서 봉사 동물이란 장애가 있는 사람을 위해 일을 하거나 작업을 수행하도록 훈련된 개를 뜻합니다).

**연방법은 귀하의 권리를 보호하고 차별을 금지합니다.**

**따라서 의료 서비스 제공자는:**

- 귀하께 장애가 있다는 이유로 귀하에 대한 서비스를 거부하거나, 귀하를 오래 기다리도록 할 수 없습니다.
- 통역이나 읽기, 기타 다른 유형의 도움을 줄 사람과 함께 오도록 귀하에게 요구할 수 없습니다.
- 브라우 점자 자료 또는 수화 통역에 대한 추가 요금을 부과할 수 없습니다.
- 주에서 지정한 Medicaid 면제에 따라 보장되는 특정 서비스 이용을 거부할 수 없습니다.

## 서비스 제공자와 함께 협력하여 필요한 진료 받기



**예약을 하실 때** 직원에게 귀하의 장애로 인해 필요하신 것에 대해 말씀하십시오.



**진료를 시작하기 전에** 직원에게 귀하의 장애로 인해 필요한 편의 제공에 대해 알려주십시오. 서비스 제공자에게 귀하와 상호작용하는 방법을 간단하게 변경해주시도록 주문하실 수 있습니다. 예를 들어, 맹인이신 경우 검사를 받을 때 서비스 제공자에게 어떤 일을 진행하고 있는지 설명해줄 것을 주문하고 귀하와 접촉을 하기 전에 말로 신호를 줄 것을 주문할 수 있습니다.



**진료 시** 서비스 제공자에게 귀하께서 경험하시는 문제에 대해 알려주십시오. 편하게 말씀을 하실 수 없다면 예약 후 글로 써서 알리거나 전화로 말씀하실 수 있습니다.



## 어려움을 겪고 있다면 해야 할 일

- 서비스 제공자나 사무실 관리자에게 귀하께서 경험하시는 문제를 알리고 직원이 귀하에게 어떤 도움을 드릴 수 있는지 의논하십시오.
- 귀하의 우려사항을 서면이나 전자 기록으로 작성하십시오.
- Medicare 및/또는 Medicaid에 가입하셨고, 서비스 제공자가 장애를 이유로 귀하를 부당하게 대우했다고 생각하신다면 익명으로 차별 불만 신고를 하실 수 있습니다.



### 익명 차별 불만 신고에 대한 자세한 정보:

- **HHS 민권실(HHS Office for Civil Rights)** 무료 전화 (800) 368-1019 또는 TDD 무료 전화 (800) 537-7697로 전화하십시오.
- [ocrportal.hhs.gov/ocr](https://ocrportal.hhs.gov/ocr) 을 방문하십시오.
- **불만을 우편으로 보내주십시오.**  
U.S. Department of Health and Human Services,  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building,  
Washington, DC 20201

### Medicaid 청구서 또는 청구에 대한 정보:

- [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 를 방문하거나 전화 1-800-Medicare (1-800-633-4227)  
TTY 사용자 전화 1-877-486-2048로 연락하십시오.

## 장애가 있는 분을 위한 예약 체크리스트

다음 페이지의 체크리스트를 이용하여 예약하신 진료 전, 진료 중, 진료 후에 필요한 도움을 받으십시오.

진료 예약을 위해 전화를 하셨을 때 담당자에게 장애인으로서 필요한 점과 편의 제공에 대해 말씀해주시요. 진료가 어떻게 진행될 것인지 질문하십시오. 이는 귀하와 귀하의 서비스 제공자가 진료를 준비하는데 도움이 됩니다.

귀하와 통화를 하는 담당자가 서비스 제공자 사무실에 있지 않은 경우에는, 귀하께서 서비스 제공자 사무실에 직접 전화를 걸어 귀하께 필요한 것을 의논하고 진료가 어떻게 진행되는지 질문하실 수 있습니다.

온라인으로 예약을 하실 경우, 온라인 양식을 통해 필요한 점을 설명하시거나 나중에 전화를 걸어 말씀해주시요.



## 예약 정하기

- 진료가 어떻게 진행되니까?
- 저에게 필요한 도움을 어떻게 받을 수 있습니까?  
예를 들어 "저는 진찰대로 이동하기가 어렵기 때문에 도움이 필요합니다."
- 진료 시간을 추가하여 예약할 수 있습니까?
- 건물, 사무실, 검사실, 화장실, 체중계를 어떻게 이용할 수 있습니까?
- 어떤 교통편과 주차 시설을 이용할 수 있습니까?
- 제가 건물에 도착했을 때 저를 도와줄 사람이 있습니까?
- 어떤 양식을 작성해야 합니까, 그리고 예약 진료 시간이 되기 전에 작성할 수 있습니까? 이 양식들은 장애인이 이용할 수 있는 형식으로 제공됩니까?
- 서비스 제공자와 의논한 내용을 기록할 수 있는 가장 좋은 방법은 무엇입니까? 장애인이 이용할 수 있는 형식으로 진료 방문 요약이 제공됩니까, 또는 진료 시 녹음기를 이용할 수 있습니까?



## 진료 전

**진료를 받을 준비를 미리 하고 오시는 것이** 중요합니다.

진료를 위해 준비하실 수 있는 것:

- 서비스 제공자에게 질문하고자 할 내용을 글로 작성하시거나 기록하십시오. 대화를 연습하십시오.
- 가족력을 확인하여 서비스 제공자에게 알려주십시오.
- 보험 카드, 복용하시는 약물과 복용량 목록, 귀하의 약국 및 다른 서비스 제공자 연락처 정보를 준비하십시오.
- 진료 장소에 가는 방법을 정하고 함께 가실 분과 계획을 세워두십시오.\*
- 장애인이 이용할 수 있는 주차장이 있는지 확인하시고, 대중교통을 이용하시는 경우에는 정류장에서 서비스 제공자 사무실로 가는 경로를 확인하십시오.
- 노트 또는 녹음기를 준비하시거나<sup>†</sup> 가족 또는 도움을 주시는 분에게 노트를 준비하도록 해주십시오.



\* 서비스 제공자에게 진료 장소에 다른 사람이 함께 동행할 수 있는지 현재 정책을 문의하십시오.

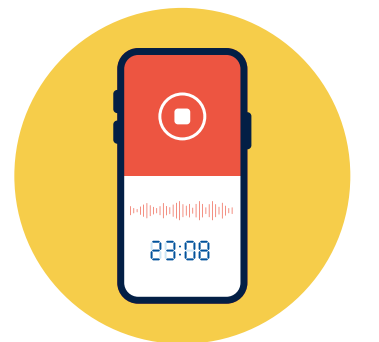
† 녹음에 대한 조건은 주마다 다르므로 녹음을 하기 전에 서비스 제공자에게 허락을 구하십시오. 일부 주는 연방법에 따라 대화에 참여하는 사람 중 한 명 이상에게 권한이 있는 경우 녹음이 가능합니다. 다른 주의 경우에는 대화에 참여하는 모든 사람으로부터 허락을 받아야 합니다.

## 진료 중

**준비를 하셨더라도** 계획대로 되지 않거나 예상치 못한 문제가 발생할 수 있습니다.

이러한 일이 생기면 다른 사람에게 말씀을 하시는 것이 중요합니다. 귀하의 서비스 제공자와 사무실 직원이 귀하에게 필요한 진료를 받으실 수 있도록 도움을 드릴 수 있습니다. 다음을 통해 도움을 받으실 수 있습니다.

- 진료를 받기 전에 직원에게 귀하께서 요청하신 지원을 알려주십시오.
- 귀하께 필요한 합당한 변경을 주문하십시오(진료 녹음 또는 기타 보조 지원과 서비스).
- 귀하께 어려운 일을 주문받으셨다면 다른 사람에게 말씀해주십시오.
- 서비스 제공자에게 귀하의 건강 우려사항을 솔직하고 구체적으로 말씀하십시오.
- 준비하신 질문을 하십시오.
- 서비스 제공자가 귀하께 해드린 말을 정리하여 다시 말씀하시고 올바르게 이해하였는지 확인하십시오.
- 새로운 정보나 다음 단계를 글로 적거나 녹음하십시오. 또는 가족이나 도움을 주는 사람에게 노트를 작성하도록 하십시오.\*



\* 서비스 제공자에게 진료 장소에 다른 사람이 함께 동행할 수 있는지 현재 정책을 문의하십시오.

## 진료 후

**진료를 통해 해결되지 않은** 우려사항은 서비스 제공자를 통해 후속 조치를 취하십시오. 귀하는 다음을 요청하실 수 있습니다.

- 장애인이 이용할 수 있는 형식으로 된 방문 요약 받기.
- 서비스 제공자가 추천하는 다음 단계나 후속 진료 예약.
- 새 약을 투약하는 방법과 시기.

진료 방문 시 귀하의 장애로 인해 불공정한 대우를 받았다고 생각하신다면 사무실 관리자에게 말씀하실 수 있습니다.

Medicare 또는 Medicaid 보장을 받고 계시며 추가 조치를 취하셔야 하는 경우, 미국 보건사회복지부 (HHS), 민권실 (OCR) 에 인터넷 웹사이트 [ocrportal.hhs.gov/ocr](https://ocrportal.hhs.gov/ocr), 또는 OCR 무료 (800) 368-1019 (TDD 무료 (800) 537-7697), 또는 미국 보건사회복지부 에 우편으로 불만을 제기하실 수 있습니다.  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201



## 귀하의 질문

질문 1: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

질문 2: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

질문 3: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 귀하의 다른 서비스 제공자

서비스 제공자, 제공자 이름, 전화번호: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

약품 및 투약법: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





[go.cms.gov/c2c](https://go.cms.gov/c2c)

US Department of Health and Human Services(미국 보건사회복지부) 지불  
개정일: 2022년 5월 발행 12139-K

본 간행물은 납세자의 세금으로 제작, 출판, 배포되었습니다.

본 문서의 내용은 강제력과 법적 효력이 없으며 계약서에 구체적으로 통합되지 않은 한 어떠한 구속력도 갖지 않습니다. 본 문서는 대중에게 법률에 따른 요구조건을 명확하게 안내하는 목적으로만 이용됩니다.