

加州低收入牙科保险行动通知，这不是账单

--	--

服务办公室名称:

MEDS ID:

DCN:

MRDCN:

页数

理赔日期:

会员姓名:

加州低收入牙科保险已根据《加州法规规则》第 22 章第 51003、51307 节和“标准手册”受理了您的牙医对您的治疗的理赔申请。其中至少一项无法被批准或需要修改。请参阅随附清单列出的“行动编码原因”的解释。此外，可以在《加州低收入牙科保险牙医手册》中标题为“标准手册”的第 5 节中，根据下列特定程序编码找到特定的最低要求。可以在任何加州低收入牙科保险牙医办公室找到一份副本。

牙齿编号或齿弓	治疗描述	程序编号	加州低收入牙科保险行动	行动编码原因 (解释参阅附件)
Sample				

- 您可以与您的牙医讨论不同的治疗计划，以获得加州低收入牙科保险计划允许的最佳护理。
- 如果您有关于此行动的疑问，请联系您的牙医或致电 1-800-322-6384 联系加州低收入牙科保险，以获得更详细的解释。
- 如果您对本通知中所述的行动不满意，可以在自通知日起 90 天内请求州听证会。请参阅本通知的背面以获取有关申请听证的信息。

如果您对本通知中所述的行动不满意，
可以在自通知日起 90 天内请求州听证会。

如需申请听证：

请将此完整的通知正反面 寄往：
California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

或

拨打公共咨询和响应部门（Public Inquiry and Response Unit）的免费电话。1-
800-952-5253（可提供非英语
语言协助服务）

或

您可以拨打 TDD 免费电话：1-800-952-8349

州法规：

《加州法规规则》第 22 章第 50951、51014.1 和
51014.2 节，其中涵盖州听证会的信息，可以在您的县郡社会服务办公室或当地图书馆找到
一份副本。

授权的代表：

您可以代表自己或者由朋友、律师
或任何其他人代表您出席州听证会。您应自己安排代表。您可以通过拨打公共咨询和响应
部门的免费电话或从您当地的社会安全办公室获得法律援助组织的电话号码。

我将需要一位翻译（对我是免费的）。

我的语言或方言是：_____

无歧视通知

歧视是违法的。加州低收入保险牙科计划（加州低收入保险牙科免费服务）遵循州和联邦民权法。加州低收入保险牙科计划不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、种族认同、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向而非法歧视、排斥他人或以不同方式对待人们。

加州低收入保险牙科计划提供：

- 针对残疾人的免费援助和服务，以帮助他们更好地交流，例如：
 - ✓ 合格的手语翻译
 - ✓ 其它格式的书面信息（大字体、音频、可访问的电子格式、其它格式）
- 针对主要语言不是英语的人们的免费语言服务，例如：
 - ✓ 合格的翻译
 - ✓ 用其它语言编写的信息

如果您需要这些服务，请在上午 8 点至下午 5 点之间与加州低收入保险牙科计划联系。周一至周五致电 1-800-322-6384。或者，如果您听不清或说不清，请致电 1-800-735-2922 以获取远程图文打字机（TTY）的帮助。让接线员转拨 1-800-322-6384 免费会员专线。

如何提出申诉

如果您认为加州低收入保险牙科计划没有提供这些服务或基于性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、种族认同、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向以其它方式非法歧视，您可以向加州低收入保险牙科计划提出申诉。您可以通过电话或以书面方式提出申诉：

- 通过电话：在上午 8 点至下午 5 点之间与加州低收入保险牙科计划电话服务中心联系。周一至周五致电 1-800-322-6384。或者，如果您听不清或说不清，请致电 1-800-735-2922。
- 以书面方式：填写投诉表或写信并发送至：

Medi-Cal Dental Program
Member Services Group
P. O. Box 15539
Sacramento, CA 95852-1539

民事权利办公室-加利福尼亚州卫生保健服务部

您还可以通过电话、以书面或电子方式向加利福尼亚州卫生保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- 通过电话：拨打 916-440-7370。如果您说不清或听不清，请致电 711（远程通讯中转服务）。
- 以书面方式：填写投诉表或写信并发送至：

Michele Villados
Deputy Director, Office of Civil
Rights Department of Health Care
Services Office of Civil Rights
P. O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

投诉表可在以下网址获得：

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

- 电子方式：发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

民事权利办公室 - 美国卫生与公众服务部

如果您认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而受到歧视，您还可以通过电话、以书面或电子形式向美国卫生与公众服务部民权办公室提出民权投诉：

- 通过电话：拨打 1-800-368-1019。如果您说不清或听不清，请致电 TTY/TDD 1-800-537-7697。
- 以书面方式：填写投诉表或写信并发送至：

U. S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington,
D. C. 20201

投诉表可在以下网址获得 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

- 电子方式：访问民权投诉办公室网站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

行動理由代碼

- 01 根據您的資格（輔助代碼），僅有緊急醫療服務獲承保。
- 02 由您的牙醫發來的且與您目前的牙科病症有關的資訊並不符合批准此項服務的最低規定。
- 03 牙科治療的申請已遭到變更。此項變更是以您的牙醫所發來的且與您目前的牙科病症有關的資訊為依據，或者是根據計劃指導準則而作出變更。
- 04 我們的記錄顯示，我們先前已批准、給付或完成了此項服務或類似的服務。（例如：在某些情況下，醫療程序僅限每 12 個月一次或每五 (5) 年一次，且除非發生了須由牙醫提供記錄文件來證實的特別情況，否則無法再次批准同一個醫療程序。）
- 05 我們無法確認您的牙醫在我們收到此申請的當天是否已加入此計劃。
- 06 您牙科醫療提供者所申請的服務不屬於此計劃承保的福利。請與您的醫療提供者聯絡以擬定其他治療安排。
- 07 您似乎沒有預定的篩檢檢查或者您沒有攜帶現有的義齒（全套或部份）前往約診。請與您的牙醫聯絡以提交新的申請。
- 08 您的牙醫沒有提交足以供我們處理此項申請的資訊。請與您的牙醫聯絡以索取與此項治療有關的資訊。
- 09 X 光顯示，這顆牙齒不符合安裝牙冠的規定。這顆牙齒或可使用填充補牙術來修復。
- 10 X 光顯示，有一顆／多顆牙齒可能感染了；請與您的牙醫聯絡，因為您可能需要先接受其他服務。
- 11 X 光、病歷和／或經您臨床篩檢確認的資訊表明，您並不需要進行深度洗牙。
- 12 此項服務與您的牙醫所提交之同一個治療計劃中某項遭到拒絕的程序有關，所以此項服務無法獲得批准。
- 13 根據您的牙醫所提供的資訊和／或臨床篩檢結果，您當前的牙齒健康處於穩定狀態，您目前並不需要接受所申請的服務。
- 14 X 光和／或經您的臨床篩檢所確認的資訊表明，有一顆／多顆牙齒已自然磨損或因磨牙而磨損。除非您有蛀牙或牙齒斷裂的情況，否則所申請的服務不屬於此計劃承保的福利。
- 15 X 光顯示，該牙齒損壞太嚴重而無法修復。您的牙醫也許可以採取不同的治療方案。
- 16 我們的記錄顯示，該牙齒已使用填充物或不銹鋼牙冠修復。
- 17 X 光顯示，所申請的醫療服務無法獲得批准，因為牙齦病已經毀壞了該牙齒周圍的牙骨。您的牙醫也許可以採取不同的治療方案。
- 18 我們無法驗證您是否符合使用畸齒矯正牙套的最低規定。
- 19 只有對側牙弓有安裝全口假牙的情況下，局部假牙才屬於承保福利。
- 20 牙根治療必須圓滿完成，而後才可考慮安裝牙冠。
- 21 該牙齒尚未完全成形。您的牙醫也許可以採取不同的治療方案。
- 22 由於 X 光和佐證文件顯示並未發生神經損壞，因此不需要進行治療。
- 23 只承保有在需要補替前排缺失之恆齒的情況下，托牙板才屬於承保福利。
- 24 X 光顯示，您需要拔掉更多牙齒，此治療計劃才可獲得批准；請與您的牙醫聯絡。
- 25 根據您牙醫發來的資訊，您的牙齒情況很糟，因而所申請的局部假牙不屬於本計劃的承保福利。
- 26 根據您牙醫發來的資訊，您的牙齒狀況良好而不應使用全口假牙來更換。

- 27 根據您牙醫發來的資訊，您的對側牙弓並沒有安裝全口假牙；因此，您不符合安裝金屬局部假牙的資格。不過，如果您有前牙缺失，您將符合使用托牙板的資格。
- 28 根據 X 光、佐證文件和／或您的篩檢資訊，您的牙齒和／或牙齦狀況很糟，因而所申請的治療不屬於本計劃的福利。您的牙醫也許可以採取不同的治療方案。
- 29 為索取更多資訊，我們已將您的牙科服務申請退回給您的牙科醫療提供者。您的提供者有 45 天時間可以重新提交我們所索取的資訊。您不需要採取任何行動，但您可與您的牙醫聯絡以瞭解有關此項申請的事宜。您目前不能選擇提請舉行州政府上訴聽證會。
- 30 若因為醫療狀況而無法使用可摘義齒，將允許使用固定齒橋。
- 31 這顆牙齒沒有位於其正常位置，因而無法透過本計劃修復。
- 32 根據篩檢獲得的資訊，目前您的假牙狀況良好。
- 33 根據您最新的篩檢結果，假牙對您而言並非適合的治療。請與您的牙醫聯絡以討論其他可選用的治療方案。
- 34 由於牙弓內殘留的牙齒仍足以支撐假牙，因此所申請的假牙未獲批准。
- 35 在篩檢期間，您表示您目前不想接受任何牙科服務或者您想找另一名牙醫看診。
- 36 由於在治療完成之前您將年滿 21 歲，因此我們調整了獲准的就診次數。請與您的牙醫聯絡。
- 37 所提交的 X 光片上並未顯示該牙齒。
- 38 根據 X 光和／或得自您篩檢的資訊，您需要先接受牙醫的進一步治療，而後我們才能考慮此項醫療程序。
- 39 X 光顯示，您沒有足夠空位可以安裝所申請的假牙。
- 40 若尚有乳齒存在，本計劃不承保畸齒矯正牙套。
- 41 根據 X 光和得自您篩檢的資訊，您有磨牙的情況。本計劃不承保此病況所需的服務。
- 42 此醫療程序對乳齒或即將脫落的乳齒不屬於承保福利。您的牙醫也許可以對您的病況採取不同的治療方案。
- 43 所申請的醫療程序將無法解決您的牙齒問題。您的牙醫也許可以對您的病況採取不同的治療方案。
- 44 根據您牙醫提供的資訊，所申請的服務僅是出於美容理由而提出。僅用於美容的服務不屬於本計劃承保的福利。
- 45 您目前的假牙可藉由更換假牙的內側來修復。
- 46 我們無法驗證您是否符合本計劃的資格。
- 47 您的牙醫在提請對此項醫療程序予以給付或批准之前，必須先與加利福尼亞州兒童服務計劃聯絡。
- 48 EPSDT 服務對已年滿 21 歲的患者不屬於福利。
- 49 所申請的 EPSDT 服務並非醫療上必需的服務。