

اطلاعیه اقدام MEDI-CAL DENTAL  
این صورتحساب نیست

--	--

نام دفتر خدمات:

صفحه از  
تاریخ درخواست:  
نام عضو:

شناسه MEDS:  
DCN:  
MRDCN:

Medi-Cal Dental درخواست دندانپزشکتان برای درمان شما را طبق ماده 22 مجموعه قوانین کالیفرنیا، بندهای 51307، 51003 و آیین‌نامه مربوطه، بررسی کرده است. حداقل یکی از موارد ذکر شده قابل تایید نیست یا نیازمند اصلاح است. برای مشاهده شرح دلیل کد(های) اقدام به فهرست پیوست مراجعه کنید. در ضمن، حداقل الزامات خاص را می‌توانید در کتابچه راهنمای خدمات Medi-Cal Dental بیابید. این اطلاعات در بخش 5، با عنوان «آیین‌نامه»، با شماره روش درمان خاص ذکر شده در زیر، ارائه شده است. یک نسخه از این کتابچه در مطب دندانپزشکان Medi-Cal وجود دارد.

دلیل کد(های) اقدام (برای کسب اطلاعات بیشتر به سند پیوست مراجعه کنید)	اقدام Medi-Cal Dental	شماره روش درمانی	شرح درمان	شماره دندان یا فک

- می‌توانید برنامه‌های درمان مختلف را به کمک دندانپزشک خود بررسی کنید تا به بهترین گزینه درمانی ممکن که تحت پوشش برنامه Medi-Cal Dental است، دست یابید.
- اگر درباره این اقدام سوالی دارید، لطفاً برای توضیحات بیشتر با دندانپزشک خود یا Medi-Cal Dental به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید.
- اگر با اقدام ذکر شده در این اطلاعیه مخالفتی دارید، می‌توانید درخواست دادرسی ایالتی را ظرف 90 روز از تاریخ اطلاعیه ارائه نمایید. لطفاً برای کسب اطلاعات درباره ارائه درخواست دادرسی به پشت برگه اطلاعیه مراجعه کنید.

اگر با اقدام ذکر شده در این اطلاعیه مخالفتی دارید، می‌توانید درخواست دادرسی ایالتی را ظرف 90 روز از تاریخ این اطلاعیه ارائه نمایید.

برای ارائه درخواست دادرسی دولتی:

هر دو سمت این اطلاعیه را به نشانی زیر بفرستید:  
California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

یا

می‌توانید با شماره رایگان واحد پرسش و پاسخ عمومی تماس بگیرید. 1-800-952-5253  
(راهنمایی به زبان‌هایی غیر از انگلیسی نیز ارائه می‌شود)

یا

می‌توانید با شماره رایگان TDD تماس بگیرید: 1-800-952-8349

قوانین ایالتی:

نسخه ای از ماده 22 مجموعه قوانین کالیفرنیا، بندهای 1.1014، 1.5095 و 2.51014 که در مورد دادرسی ایالتی می‌باشد، در کتابخانه عمومی و یا دفتر خدمات اجتماعی شهر شما موجود است.

نماینده مجاز:

می‌توانید خودتان در جلسه دادرسی حضور یابید، یا به یک دوست، وکیل یا شخص دیگری از طرف خود وکالت دهید. مسئولیت استخدام نماینده بر عهده خودتان است. شماره تلفن سازمان‌های ارائه‌دهنده کمک‌های حقوقی را می‌توانید از طریق تماس با شماره رایگان واحد پرسش و پاسخ عمومی یا از دفتر تأمین اجتماعی محلی خود دریافت نمایید.

---

به مترجم نیاز خواهیم داشت (رایگان).  
زبان یا لهجه من:

## اطلاعیه ممنوعیت تبعیض

اعمال تبعیض عملی غیرقانونی است. برنامه Medi-Cal Dental (کارمزد خدمات Medi-Cal Dental) از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. Medi-Cal Dental اعمال هرگونه تبعیض، محرومیت یا رفتار متفاوت با افراد را بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، خاستگاه ملی، هویت قومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، بیماری، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسی یا گرایش جنسی آنها، ممنوع می‌داند.

Medi-Cal Dental خدمات زیر را ارائه می‌کند:

- ارائه کمک و خدمات رایگان به افراد دارای معلولیت برای برقراری ارتباط بهتر؛ مانند:

- ✓ مترجمان صلاحیت‌دار زبان اشاره
- ✓ اطلاعات مکتوب در قالب‌های دیگر (حروف درشت، صوتی، قالب‌های الکترونیکی قابل دسترس و غیره)
- ارائه خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست؛ مانند:

- ✓ مترجمان صلاحیت‌دار
- ✓ اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر

در صورت نیاز به این خدمات، می‌توانید با Medi-Cal Dental از ساعت 8 صبح تا 5 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه با شماره تلفن 1-800-322-6384 تماس بگیرید. در صورتی که، دچار مشکل شنوایی یا گفتاری هستید، با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرید و کمک (TTY) Teletext Typewriter را درخواست کنید. از متصدی بخواهید که با شماره 1-800-322-6384 که خط رایگان اعضا است، تماس بگیرد.

## روش طرح شکایت

اگر فکر می‌کنید که Medi-Cal Dental در ارائه این خدمات به شما کوتاهی کرده است یا شما را به شکل غیرقانونی مشمول تبعیض بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، خاستگاه ملی، هویت قومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، بیماری، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تاهل، جنسیت، هویت جنسی یا گرایش جنسی قرار داده است، می‌توانید از Medi-Cal Dental شکایت نمایید. شکایت خود را می‌توانید به صورت تلفنی یا کتبی مطرح کنید:

- تلفنی: از 8 صبح تا 5 عصر با مرکز خدمات تلفنی Medi-Cal Dental روزهای دوشنبه تا جمعه با شماره تلفن 1-800-322-6384 تماس بگیرید. در صورتی که، ناشنوا یا کم‌شنوا هستید، با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرید.
- کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای بنویسید و به نشانی زیر بفرستید:

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

---

## دفتر حقوق مدنی – اداره خدمات درمانی کالیفرنیا

همچنین می‌توانید شکایت حقوق مدنی را تلفنی، کتبی یا الکترونیکی به اداره خدمات درمانی کالیفرنیا، دفتر حقوق مدنی، ارائه نمایید:

- **تلفنی:** با شماره **916-440-7370** تماس بگیرید. اگر دچار مشکل شنوایی یا گفتاری هستید، با **711 (سرویس مخابراتی Relay)** تماس بگیرید.
- **کتبی:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به نشانی زیر بفرستید:

**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**

فرم‌های شکایت را می‌توانید از نشانی زیر دریافت نمایید

[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **الکترونیکی:** ایمیل خود را به نشانی [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) بفرستید.

---

## دفتر حقوق مدنی – اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده

اگر فکر می‌کنید که بر مبنای نژاد، رنگ پوست، خاستگاه ملی، سن، معلولیت یا جنسیت مشمول تبعیض شده‌اید، می‌توانید شکایت حقوق مدنی خود را از طریق تلفن، نامه یا ایمیل به دفتر حقوق مدنی اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده ارائه نمایید:

- **تلفنی:** با شماره **1-800-368-1019** تماس بگیرید. اگر دچار مشکل گفتاری یا شنوایی هستید، با **TTY/TDD 1-800-537-7697** تماس بگیرید.
- **کتبی:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به نشانی زیر بفرستید:

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

فرم شکایت را می‌توانید از نشانی زیر دریافت کنید: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **الکترونیکی:** به سایت شکایت حقوق مدنی به نشانی <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> مراجعه کنید.

### دلیل کدهای اقدام

- |  |   |
|--|---|
| <p>14 بر اساس عکس‌های دندان و یا اطلاعات تاییدشده در معاینه دوره ای بالینی، دندان(ها) به طور طبیعی یا بر اثر دندان‌قروچه فرسوده شده است. خدمت درخواستی مشمول این برنامه نمی‌شود، مگر این‌که پوسیدگی یا تخریب دندان رخ داده باشد.</p> <p>15 عکس‌های دندان نشان می‌دهد که دندان دچار تخریب شدید شده است و ترمیم آن ممکن نیست. شاید دندان‌پزشکتان بتواند طرح درمان دیگری به شما ارائه کند.</p> <p>16 سوابق ما نشان می‌دهد که دندان، با پر کردن یا استفاده از روکش استیل (SS) ترمیم شده است.</p> <p>17 عکس‌های دندان نشان می‌دهد که این درخواست را نمی‌توان تایید کرد زیرا بیماری لته سبب تخریب استخوان اطراف دندان شده است. شاید دندان‌پزشکتان بتواند طرح درمان دیگری به شما ارائه کند.</p> <p>18 حداقل شرایط لازم برای ارتودنسی دندان تایید نمی‌شود.</p> <p>19 دندان مصنوعی پارسیل در صورتی مشمول برنامه می‌شود که یک دست دندان مصنوعی کامل در فک مقابل وجود داشته باشد.</p> <p>20 درمان ریشه دندان باید به شکل قابل قبولی انجام بگیرد تا امکان استفاده از روکش بررسی شود.</p> <p>21 دندان به صورت کامل شکل نگرفته است. شاید دندان‌پزشکتان بتواند طرح درمان دیگری به شما ارائه کند.</p> <p>22 درمان ضرورتی ندارد زیرا عکس‌های دندان و مدارک نشان می‌دهد که عصب آسیبی ندیده است.</p> <p>23 دندان مصنوعی موقت فقط در صورتی مشمول برنامه می‌شود که یکی از دندان‌های دائم جلویی افتاده باشد.</p> <p>24 عکس‌های دندان نشان می‌دهد که تایید برنامه درمان مستلزم کشیدن دندان بیشتری است. لطفاً با دندان‌پزشک خود تماس بگیرید.</p> <p>25 بر اساس اطلاعات دریافتی از دندان‌پزشک، دندان شما در شرایط نامناسبی است که دندان مصنوعی پارسیل درخواست شده مشمول مزایای این برنامه نمی‌شود.</p> <p>26 بر اساس اطلاعات دریافتی از دندان‌پزشک شما، دندان‌های شما سالم است و نیازی به جایگزینی آنها با دست دندان مصنوعی کامل نیست.</p> <p>27 بر اساس اطلاعات دریافتی از دندان‌پزشکتان، شما در فک مقابل دست دندان مصنوعی ندارید و به همین دلیل واجد شرایط دریافت دندان مصنوعی پارسیل فیزی نیستید. البته اگر دندان جلویی شما افتاده باشد، واجد شرایط دریافت دندان مصنوعی موقت خواهید بود.</p> | <p>01 شما فقط واجد شرایط (کد برنامه درمانی) برای دریافت خدمات اورژانسی می‌باشید.</p> <p>02 با توجه به اطلاعات دریافتی از دندان‌پزشک شما درباره وضعیت کنونی دهان و دندانان، حداقل شرایط لازم برای تایید این خدمات وجود ندارد.</p> <p>03 درخواست درمان دندان تغییر کرده است. این تغییر مبتنی بر اطلاعات دریافتی از دندان‌پزشک درباره وضعیت کنونی دهان و دندان شما یا بر اساس دستور العمل‌های برنامه صورت گرفته است.</p> <p>04 سوابق ما نشان می‌دهد که این خدمات، یا خدمات مشابه، پیش‌تر تایید شده، هزینه آنها پرداخت شده، یا تکمیل شده است. (مثلاً: در برخی موارد، خدمات محدود به یک نوبت در هر 12 ماه یا یک نوبت در هر پنج (5) سال است و تایید آنها، جز در شرایط ویژه و با گواهی دندان‌پزشک شما، امکان‌پذیر نیست.)</p> <p>05 ما نمی‌توانیم در همان تاریخ دریافت درخواست، ثبت‌نام دندان‌پزشک شما در برنامه را تایید کنیم.</p> <p>06 خدمات مورد درخواست دندان‌پزشک شما مشمول این برنامه نمی‌شود. برای دریافت طرح درمانی متفاوت، لطفاً با دندان‌پزشک خود تماس بگیرید.</p> <p>07 شما طبق برنامه در معاینه دوره ای شرکت نکردید یا دندان(های) مصنوعی (دست‌دندان کامل یا پارسیل) خود را به مطب نیاوردید. لطفاً برای ارائه درخواست جدید، با دندان‌پزشک خود تماس بگیرید.</p> <p>08 اطلاعات دریافتی از دندان‌پزشک شما برای رسیدگی به این درخواست کافی نیست. لطفاً برای کسب اطلاعات درباره این درمان، با دندان‌پزشک خود تماس بگیرید.</p> <p>09 عکس‌های دندان نشان می‌دهد که این دندان شرایط لازم برای روکش را ندارد. این دندان را می‌توان با پر کردن درمان کرد.</p> <p>10 عکس‌های دندان نشان می‌دهد که دندان(ها) ممکن است دچار عفونت باشد؛ لطفاً با دندان‌پزشک خود تماس بگیرید زیرا ممکن است لازم باشد که ابتدا خدمات دیگری ارائه شود.</p> <p>11 بر اساس عکس‌های دندان، سوابق، نمودار و یا اطلاعات تاییدشده در معاینه دوره ای بالینی، شما به جرم‌گیری عمیق نیاز ندارید.</p> <p>12 این خدمات قابل تایید نیست زیرا مربوط به روش پذیرفته نشده ای در طرح درمانی مشابهی می‌شود که دندان‌پزشک شما ارسال کرده بود.</p> <p>13 بر اساس اطلاعات دریافتی از دندان‌پزشک شما و یا معاینه دوره ای بالینی، وضعیت کنونی دهان و دندانان پایدار است و ارائه خدمت درخواستی فعلاً ضرورتی ندارد.</p> |
|--|---|

- 28 بر اساس عکس‌های دندان، اسناد و یا اطلاعات دریافتی از معاینه دوره‌ای شما، دندان و یا لثه‌هایتان در شرایط نامناسبی است، بنابراین درمان درخواستی مشمول این برنامه نمی‌شود. شاید دندان‌پزشکتان بتواند درمان دیگری به شما ارائه کند.
- 29 درخواست شما برای خدمات دندان‌پزشکی، با هدف دریافت اطلاعات تکمیلی، به دندان‌پزشکتان ارجاع داده شد. دندان‌پزشک شما 45 روز برای ارائه اطلاعات درخواستی فرصت دارد. لزومی ندارد که خود شما اقدامی انجام دهید ولی در مورد این درخواست می‌توانید با دندان‌پزشکتان تماس بگیرید. در حال حاضر، نیازی به ارائه درخواست دادرسی ایالتی نیست.
- 30 استفاده از بریج ثابت در صورتی مجاز است که مشکل پزشکی مانع استفاده از دندان مصنوعی متحرک شود.
- 31 دندان در فک در جای درستی نیست و ترمیم آن مشمول این برنامه نمی‌شود.
- 32 بر اساس اطلاعات دریافتی از معاینه دوره‌ای، دندان مصنوعی فعلی شما فعلاً وضعیت مطلوبی دارد.
- 33 بر اساس نتیجه معاینه اخیر شما، استفاده از دندان مصنوعی گزینه درمانی مناسبی برای شما نیست. لطفاً برای آگاهی از گزینه‌های دیگر، با دندان‌پزشک خود تماس بگیرید.
- 34 دست دندان مصنوعی درخواستی تایید نمی‌شود زیرا تعداد دندان‌های باقی‌مانده در فک برای نگه داشتن دندان مصنوعی کافی است.
- 35 شما در جلسه معاینه دوره ای اظهار کردید که فعلاً به خدمات دندان‌پزشکی نیازی ندارید یا ترجیح می‌دهید که به دندان‌پزشک دیگری مراجعه کنید.
- 36 تعداد مراجعات تاییدشده تنظیم شده است؛ زیرا شما پیش از کامل شدن فرآیند درمان 21 ساله خواهید شد. لطفاً با دندان‌پزشک خود تماس بگیرید.
- 37 دندان، در عکس‌های ارائه‌شده دیده نمی‌شود.
- 38 بر اساس عکس‌های دندان و یا اطلاعات دریافتی از معاینه دوره‌ای شما، پیش از اجرای این روش لازم است که دندان‌پزشکتان درمان بیشتری برای شما انجام دهد.
- 39 عکس‌های دندان نشان می‌دهد که دهان شما فضای کافی برای قرار دادن دندان مصنوعی درخواستی ندارد.
- 40 در مواردی که هنوز دندان‌های شیری وجود دارند، ارتودنسی دندان مشمول این برنامه نمی‌شود.
- 41 بر اساس عکس‌های دندان و یا اطلاعات دریافتی از معاینه دوره‌ای، شما دچار دندان‌قروچه هستید. این برنامه خدمات مربوط به این مشکل را پوشش نمی‌دهد.
- 42 این روش درمانی برای دندان‌های شیری یا دندان‌های شیری درحال افتادن، مشمول برنامه نمی‌شود. شاید دندان‌پزشک شما بتواند درمان دیگری برای این مشکل به شما ارائه کند.
- 43 روش درمانی درخواستی سبب رفع مشکل دندان شما نمی‌شود. شاید دندان‌پزشک شما بتواند درمان دیگری برای این مشکل به شما ارائه کند.
- 44 بر اساس اطلاعات دریافتی از دندان‌پزشکتان، خدمات درخواستی فقط کاربرد زیبایی دارد. خدماتی که فقط کاربرد زیبایی دارند، مشمول این برنامه نمی‌شوند.
- 45 دندان مصنوعی کنونی شما را می‌توان با تعویض قسمت داخلی آن ترمیم کرد.
- 46 ما نمی‌توانیم صلاحیت شما را برای این برنامه تایید کنیم.
- 47 دندان‌پزشک شما پیش از اعلام این روش درمانی برای پرداخت یا تایید، باید با برنامه خدمات کودکان کالیفرنیا (California Children's Services) تماس بگیرد.
- 48 خدمات EPSDT شامل بیماران 21 ساله و بالاتر نمی‌شود.
- 49 ارائه خدمات EPSDT درخواستی ضرورت پزشکی ندارد.