

MEDI-CAL DENTAL 조치 통지 이는
고지서가 아닙니다

--	--

서비스 진료실 이름:

MEDS ID:
DCN:
MRDCN:

페이지 /
요청 날짜: 가입자
이름:

Medi-Cal Dental에서는 타이틀 22, 캘리포니아 규정집, 섹션 51003 및 51307과 기준 매뉴얼에 따라 귀하의 치료에 대한 귀하의 치과 의사의 요청을 처리했습니다. 최소 하나 이상의 항목이 승인할 수 없거나 수정이 필요합니다. 기재된 조치 근거 코드에 대한 설명은 첨부된 목록을 참조하십시오. 또한, Medi-Cal 치과 진료 제공자 핸드북의 “기준 매뉴얼”이라는 제목의 5절에서 아래 기재된 특정 시술 번호의 구체적인 최소 요건을 찾을 수 있습니다. Medi-Cal 치과 의사의 진료실에서 사본을 확인할 수 있습니다.

치아 번호 또는 치궁	치료 기술	시술 번호	Medi- Cal Dental 조치	조치 근거 코드 (설명은 첨부 참조)

- Medi-Cal Dental 프로그램에서 허용되는 최상의 진료를 받을 수 있도록 담당 치과 의사와 다른 치료 계획에 대해 상의할 수 있습니다.
- 이 조치에 대해 질문이 있는 경우, 담당 치과 의사 또는 1-800-322-6384로 Medi-Cal Dental에 문의해 더 상세한 설명을 요청하십시오.
- 이 통지서에 설명된 조치에 불만이 있는 경우, 통지 날짜로부터 90일 이내에 주 심의회를 요청할 수 있습니다. 심의회 신청에 관한 정보는 이 통지서 뒷면을 참조하십시오.

이 통지서에 설명된 조치에 불만이 있는 경우,
통지 날짜로부터 90일 이내에 주 심의회를 요청할 수 있습니다.

심의회를 요청하려면:

이 통지서 양면을 다음 주소로 발송하십시오.

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

또는

공공질의 및 응답국에 수신자 부담 번호로 문의하십시오. 1-800-952-5253

(영어 이외의 언어

지원 가능)

또는

TDD 수신자 부담 번호 1-800-952-8349번으로
문의해주십시오

Sample

주 규정:

주 심의회를 포함하는 타이틀 22, 캘리포니아 규정집, 섹션 50951, 51014.1 및
51014.2 사본을 카운티 사회서비스 사무실이나 지역 도서관에서 얻으실 수 있습니다.

법정 대리인:

심의회에서 귀하 스스로 자신을 대변하거나, 친구, 변호사 또는 다른 어떤 사람이라도
귀하를 대변할 수 있습니다. 대리인은 귀하가 직접 주선해야 합니다. 공공질의 및 응답국의
수신자 부담 번호로 문의하시거나 귀하의 지역 사회보장 사무실에서 법률 지원 기관의
전화번호를 얻으실 수 있습니다.

(무료) 통역사가 필요합니다.

사용하는 언어 또는 방언: _____

차별 금지 통지

차별은 법에 위배됩니다. Medi-Cal 치과 프로그램(Medi-Cal 치과 서비스별 비용지급 프로그램)은 주 및 연방 공민권법을 준수합니다. Medi-Cal 치과 프로그램은 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신국, 인종별 추측, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성, 또는 성적 취향을 이유로 개인을 차별하거나, 배제하거나, 다르게 대우하지 않습니다.

Medi-Cal 치과 서비스 제공자:

- 원활한 의사소통을 위해 장애인에게 다음과 같은 무료 지원 및 서비스가 제공됩니다.
 - ✓ 적절한 수화 통역사
 - ✓ 기타 형식(큰 활자, 오디오, 접속 가능한 전자 형식, 기타 형식)의 서면 정보
- 모국어가 영어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스가 제공됩니다.
 - ✓ 적절한 통역사
 - ✓ 다른 언어로 작성된 서면 정보

이러한 서비스가 필요하시면 월요일 ~ 금요일, 오전 8시 ~ 오후 5시 사이에 1-800-322-6384번으로 Medi-Cal 치과 프로그램에 문의하십시오. 또는, 청각 또는 언어발성에 어려움이 있으신 경우, 청각 장애인용 문자 전화(TTY) 지원 1-800-735-2922번으로 전화하십시오. 교환원에게 수신자부담 가입자 번호 1-800-322-6384번으로 전화하도록 하십시오.

불만사항 접수 방법

Medi-Cal 치과 프로그램이 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신국, 인종별 추측, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성, 또는 성적 취향을 이유로 서비스를 제공하지 않았거나 기타 다른 방식으로 불법적으로 차별했다고 판단되는 경우, Medi-Cal 치과 프로그램에 불만사항을 접수할 수 있습니다. 불만사항은 전화나 우편으로 접수할 수 있습니다.

- 전화 접수: 월요일 ~ 금요일, 오전 8시 ~ 오후 5시 사이에 1-800-322-6384번으로 Medi-Cal 치과 서비스 센터에 문의하십시오. 또는, 청각 또는 언어발성에 어려움이 있으신 경우, 1-800-735-2922번으로 전화하십시오.
- 서면 접수: 불만사항 양식을 작성하거나 편지를 작성해 다음 주소로 발송하십시오.

Medi-Cal 치과 프로그램

Member Services Group
P. O. Box 15539
Sacramento, CA 95852-
1539

Sample

**OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH
CARE SERVICES**

또한, 전화, 서면, 또는 전자적으로 캘리포니아 보건 서비스부 민권사무소(California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights)에 민권 관련 불만사항을 접수할 수 있습니다.

- 전화 접수: 916-440-7370번으로 전화하십시오. 또는, 청각 또는 언어발성에 어려움이 있으신 경우, 711(통신 릴레이 서비스)번으로 전화하십시오.
- 서면 접수: 불만사항 양식이나 편지를 작성해 다음 주소로 발송하십시오.

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

불만사항 접수 양식은
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 이용할 수
있습니다.

- 전자 접수: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내주십시오.

민권사무소 – 미국 보건 사회 복지부

귀하가 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애 여부 또는 성별을 이유로 차별을 받았다고 판단되는 경우, 전화, 서면, 또는 전자적으로 미국의 보건 사회 복지부의 민권사무소에 민권 관련 불만사항을 접수할 수 있습니다.

- 전화 접수: 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. 또는, 청각 또는 언어발성에 어려움이 있으신 경우,
TTY/TDD 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.
- 서면 접수: 불만사항 양식이나 편지를 작성해 다음 주소로 발송하십시오.

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

불만사항 접수 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서
이용하실 수 있습니다.

- 전자 접수: 민권사무소 불만사항 접수 포털
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를
이용하십시오.

Sample

조치 근거 코드

- | | |
|--|--|
| <p>01 귀하의 자격요건(치료 코드)은 응급 서비스만 보장합니다.</p> <p>02 귀하의 치과 의사가 보낸 귀하의 현재 구강 상태에 대한 정보가 이 서비스의 승인을 위한 최소 요건을 충족하지 않습니다.</p> <p>03 치과 치료 요청이 변경되었습니다. 이 변경은 귀하의 치과 의사가 귀하의 현재 치과 상태에 대해 전송하거나 프로그램 지침을 따르기 위해 보낸 정보에 근거한 것입니다.</p> <p>04 기록에 의하면 이 서비스 또는 유사한 서비스가 이전에 승인되었거나, 지불되었거나, 완료되었습니다. (예를 들어, 경우에 따라 시술이 12개월에 한 번 또는 5년에 한 번으로 제한되고 담당 치과 의사가 문서화해야 하는 특별한 상황을 제외하고는 다시 승인을 받을 수 없습니다.)</p> <p>05 요청이 수령된 날짜에 귀하의 치과 의사가 프로그램에 등록했는지 여부는 확인할 수 없습니다.</p> <p>06 귀하의 치과 서비스 제공자가 요청한 서비스는 프로그램의 혜택이 아닙니다. 다른 치료 플랜에 관한 내용은 해당 서비스 제공자에게 문의하시기 바랍니다.</p> <p>07 귀하는 예정된 스크리닝 검진에 오지 않았거나 기존 의치(전체 또는 부분)를 가지고 오지 않았습니다. 새로운 요청을 보내려면 담당 치과 의사에게 연락하십시오.</p> <p>08 귀하의 치과 의사가 이 요청을 처리할 수 있는 충분한 정보를 제출하지 않았습니다. 이 치료에 관한 정보는 담당 치과 의사에게 문의하십시오.</p> <p>09 엑스레이에 의하면 해당 치아가 치관에 대한 요건을 충족하지 않습니다. 치아는 충전으로 치료할 수 있습니다.</p> <p>10 엑스레이에 의하면 치아에 감염이 있을 수 있습니다. 다른 서비스가 먼저 필요할 수 있으므로 담당 치과 의사에게 문의하십시오.</p> | <p>11 엑스레이, 차트 기록 및/또는 임상 스크리닝 검진으로 확인된 정보에 의하면, 귀하는 딥 클리닝이 필요하지 않습니다.</p> <p>12 이 서비스는 귀하의 치과 의사가 보낸 동일한 치료 플랜에서 거부된 시술과 관련이 있기 때문에 승인할 수 없습니다.</p> <p>13 귀하의 치과 의사가 보낸 정보 및/또는 임상 스크리닝 검진 정보에 의하면, 귀하의 현재 구강 상태는 안정적이며 요청된 서비스는 현재 필요하지 않습니다.</p> <p>14 엑스레이 및/또는 스크리닝 검진으로 확인된 정보에 의하면, 치아가 자연적으로 마모되었거나 이갈이가 있는 것으로 판단됩니다. 충치 또는 부러진 치아가 없는 한 요청된 서비스는 프로그램의 혜택이 아닙니다.</p> <p>15 엑스레이에 의하면 치아가 심하게 부서져 치료할 수 없습니다. 귀하의 치과 의사가 다른 치료를 제안할 수 있습니다.</p> <p>16 기록에 의하면 치아가 충전이나 스테인리스 스틸 치관 치료를 받았습니다.</p> <p>17 엑스레이에 의하면 잇몸 질환이 치아 주위의 뼈를 망가뜨렸기 때문에 요청된 서비스를 승인할 수 없습니다. 귀하의 치과 의사가 다른 치료를 제안할 수 있습니다.</p> <p>18 교정기의 최소 요건을 확인할 수 없습니다.</p> <p>19 부분 의치는 반대쪽 치궁 전체에 의치가 있는 경우에만 혜택이 될 수 있습니다.</p> <p>20 치관은 근관 치료가 만족스럽게 완료된 후에만 고려할 수 있습니다.</p> <p>21 치아가 완전히 형성되지 않았습니다. 귀하의 치과 의사가 다른 치료를 제안할 수 있습니다.</p> <p>22 엑스레이와 문서 상으로 신경 손상이 없기 때문에 치료가 필요하지 않습니다.</p> <p>23 스테이플레이트는 빠진 영구 전치 교체만을 위한 혜택입니다.</p> |
|--|--|

- 24 엑스레이에 의하면 치료 플랜 승인 전에 추가 발치가 필요합니다. 담당 치과의사에게 문의하십시오.
- 25 귀하의 치과의사가 보낸 정보에 의하면, 귀하의 치아 상태가 불량해 요청된 부분 틀니는 이 프로그램으로 받을 수 있는 혜택에 해당되지 않습니다.
- 26 귀하의 치과의사가 보낸 정보에 의하면, 귀하의 치아 상태는 양호하며 전체 의치로 교체해서는 안 됩니다.
- 27 귀하의 치과의사가 보낸 정보에 의하면, 귀하는 반대쪽 치궁에 전체 의치가 없기 때문에 금속 부분 의치에 적합하지 않습니다. 그러나 전치가 빠진 경우, 귀하는 스테이플레이트에 적격합니다.
- 28 엑스레이, 문서 및/또는 스크리닝 검진에서 받은 정보에 의하면, 귀하의 치아 및/또는 잇몸의 상태가 좋지 않기 때문에 요청된 치료는 이 프로그램으로 받을 수 있는 혜택에 해당되지 않습니다. 귀하의 치과의사가 다른 치료를 제공할 수 있습니다.
- 29 귀하의 치과 서비스 요청은 추가 정보를 위해 해당 치과 서비스 제공자에게 반송되었습니다. 귀하의 서비스 제공자는 요청된 정보를 45일 내에 다시 제출해야 합니다. 귀하가 취해야 하는 조치는 없지만, 이 요청과 관련해 담당 치과의사에게 연락할 수 있습니다. 주정부 공청회 요청은 현재 선택할 수 있는 옵션이 아닙니다.
- 30 고정 브릿지는 질환으로 인해 가철성 의치를 사용할 수 없는 경우에 허용됩니다.
- 31 치아가 정상 위치에 있지 않아 이 프로그램의 적용을 받아 치료할 수 없습니다.
- 32 스크리닝 검진에서 받은 정보에 의하면, 귀하의 기존 의치는 현재 양호한 상태입니다.
- 33 최근 스크리닝 검진에 의하면, 의치는 귀하에게 적합한 치료가 아닙니다. 다른 치료 옵션에 대해서는 담당 치과의사에게 문의하십시오.
- 34 의치를 지지할 수 있는 충분한 치아가 치궁에 남아있기 때문에 요청된 서비스는 승인되지 않습니다.

- 35 귀하는 스크리닝 검진 중에 현재 치과 서비스를 원하지 않는다고 언급했거나 다른 치과의사의 진료를 받고 싶다고 언급했습니다.
- 36 치료가 완료되기 전에 귀하의 나이가 21세가 되어 승인된 방문 수가 조정되었습니다. 담당 치과의사에게 문의하시기 바랍니다.
- 37 제출된 엑스레이에 치아가 보이지 않습니다.
- 38 엑스레이 및/또는 스크리닝 검진에서 받은 정보에 의하면, 귀하는 시술을 고려하기 전에 담당 치과의사로부터 추가 치료를 받아야 합니다.
- 39 엑스레이에 의하면 요청된 의치를 위한 충분한 공간이 없습니다.
- 40 이 프로그램은 유치가 있을 경우 치열교정기를 보장하지 않습니다.
- 41 엑스레이와 스크리닝 검진에서 받은 정보에 의하면, 귀하는 이같이 합니다. 이 프로그램은 이 질환에 대한 서비스를 보장하지 않습니다.
- 42 이 시술은 유치 또는 빠지려고 하는 유치에 대한 혜택이 아닙니다. 귀하의 질환에 대한 다른 치료는 담당 치과의사가 제안할 수 있습니다.
- 43 요청된 시술로는 귀하의 치아 문제를 해결할 수 없습니다. 귀하의 질환에 대한 다른 치료는 담당 치과의사가 제안할 수 있습니다.
- 44 귀하의 치과의사에게 받은 정보에 의하면, 요청된 서비스는 미용 목적만을 위한 것입니다. 미용 목적만을 위한 서비스는 이 프로그램의 혜택이 아닙니다.
- 45 귀하의 현재 의치는 의치의 안쪽을 교체하여 고칠 수 있습니다.
- 46 이 프로그램에 대한 귀하의 자격요건을 확인할 수 없습니다.
- 47 귀하의 치과의사는 지급 또는 승인을 위해 이 시술을 제출하기 전에 캘리포니아 아동 서비스 프로그램에 연락해야 합니다.
- 48 EPSDT 서비스는 21세 이상의 환자를 위한 혜택이 아닙니다.
- 49 요청된 EPSDT 서비스는 의학적으로 필요하지 않습니다.