

California 보건복지부

Medi-Cal Dental 회원 안내서

2023



Table of Contents

소개	1
California Medi-Cal Dental Program.....	2
온라인 정보 및 자원	3
문의 방법.....	5
다국어 지원 서비스.....	6
법정 대리인	7
Medi-Cal의 치과 서비스 이용.....	8
Medi-Cal 치과 보험혜택	9
Medi-Cal 치과 서비스 제공자.....	11
치과 서비스 받기.....	13
치과 서비스 비용.....	16
교통 및 기타 서비스.....	19
사례 관리.....	21
불만 사항 관련 절차.....	22
주정부 심의회 절차.....	31
치과 용어 및 기타 정의.....	32
귀하의 권리 및 책임.....	36
귀하의 개인정보 보호는 저희에게 중요합니다	37

소개

Medi-Cal 치과 회원 안내서(안내서)를 제공하게 되어 기쁘게 생각합니다. 이 안내서는 귀하의 치과 혜택, 프로그램 운영 방식, 치과 치료를 받을 수 있는 방법에 대해 설명합니다.

구강 건강은 전반적인 건강에 있어서 중요한 부분입니다. Medi-Cal Dental 프로그램은 치아 건강을 유지하기 위한 많은 서비스의 보험혜택을 보장합니다. Medi-Cal 치과 보험혜택을 최대한 활용할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

- Medi-Cal 치과 서비스 제공자의 진료를 받으시면 필요한 서비스에 대해 보험혜택 보장을 받습니다.
- 치아에 문제가 없다 하더라도 정기적으로 Medi-Cal 치과 서비스 제공자를 방문합니다.
- 치아 관리(치실질과 치실 사용 등)에 대한 Medi-Cal 치과 서비스 제공자의 권고사항을 따릅니다.

이 안내서의 전체 내용을 주의 깊게 읽으십시오. 다음에 관한 중요한 정보가 제공됩니다.

- Medi-Cal에서 보험혜택을 보장하는 여러 치과 서비스.
- 치과 서비스를 받는 방법.
- 영어 이외의 언어로 도움을 받을 수 있는 방법.
- 귀하의 권리와 책임.
- 불만을 신고하는 방법.
- Medi-Cal 치과 서비스에 대한 기타 중요 정보.

이 안내서에는 귀하가 아셔야 하는 다음 용어들이 나옵니다.

귀하, 나, 본인, 회원	Medi-Cal 치과 보험혜택을 받을 수 있는 사람 또는 그 법정 대리인
우리, 저희	Medi-Cal Dental을 의미
치과 서비스 제공자	귀하가 치과 서비스를 받기 위해 선택한 Medi-Cal 치과 서비스 제공자

치과 용어 및 기타 정의 섹션을 읽어보십시오. Medi-Cal Dental에서 사용하는 특별한 의미 또는 기술적 의미를 가진 많은 단어를 설명합니다.

California Medi-Cal Dental Program

Medi-Cal은 자격 기준에 부합하는 California 주민에게 무료 또는 저렴한 비용으로 의료 서비스 및 치과 보험혜택을 제공합니다. Medi-Cal Dental 프로그램 자격은 카운티 사회 서비스 사무실에서 결정해 California 주에 보고됩니다. 지역 카운티 사회 서비스 사무실에 전화해 귀하의 자격 여부를 확인할 수 있습니다. 카운티 사무실의 전체 목록은 보건복지부 웹사이트([여기](#))에서 확인할 수 있습니다. 별도로 치과 보험혜택을 신청할 필요는 없습니다.

Medi-Cal Dental(서비스별 비용지급) 및 치과관리의료 (Sacramento 카운티 및 Los Angeles 카운티)

Medi-Cal Dental 프로그램은 두 가지 전달 시스템입니다. Medi-Cal Dental (서비스별 비용지급) 및 치과관리의료(Sacramento 카운티 및 Los Angeles 카운티). 서비스별 비용은 Medi-Cal이 의사 및 기타 의료 서비스 제공자에게 지급하는 방법입니다. Medi-Cal Dental 서비스별 비용지급은 대부분의 California 카운티에서 적용되는 프로그램입니다. 이 안내서의 정보는 Medi-Cal Dental 서비스별 비용지급 회원용입니다.

Sacramento 카운티에 살고 계시는 경우 치과관리의료(DMC: Dental Managed Care)에 등록하셔야 하며 해당 DMC 플랜의 네트워크에 소속된 치과 서비스 제공자에게 배정될 것입니다. Los Angeles 카운티에 살고 계시는 경우, DMC에 등록하기로 선택할 수 있으며, 그렇지 않으면 서비스별 비용지급 Medi-Cal Dental을 그대로 유지할 수도 있습니다. DMC에 등록하는 경우, 플랜을 선택하시면 치과 카드와 보험혜택 정보를 보내드립니다. DMC에 관한 자세한 정보는 [치과관리의료 회원 페이지](#)를 방문하십시오.

San Mateo 건강 보험 플랜(San Mateo 카운티)

2022년 1월 1일부터, 귀하의 의료 건강 보험 플랜이 Health Plan of San Mateo(HPSM)인 경우, 귀하는 HPSM의 치과 서비스를 받게 됩니다. 치과 의사를 찾거나 치과 서비스를 받는 데 도움이 필요한 경우, 1-800-750-4776(수신자 부담)(TTY 1-800-735-2929 또는 711)번으로 전화하실 수 있습니다. 자세한 내용은 HPSM 웹사이트 www.hpsm.org/dental을 참조하십시오.

Medi-Cal 보험혜택 식별 카드

그 후 Medi-Cal 보험혜택을 받을 자격이 있는 회원에게 주에서 Medi-Cal 보험혜택 식별 카드(BIC)를 발급합니다. BIC는 Medi-Cal 회원의 신분증(ID)의 역할을 합니다. 치과 서비스를 받기 위해서는 귀하의 BIC(보험혜택 식별 카드)를 치과 서비스 제공자에게 제시해야 합니다. 그러나 이 카드를 가지고 있다는 것이 Medi-Cal 보험혜택을 받을 자격을 보장해 주지 않습니다.

California 아동 서비스 회원만이 10자리 ID가 있는 BIC를 가지게 됩니다. 다른 모든 Medi-Cal 회원은 14자리 ID가 있는 BIC를 가지게 됩니다. 14자리 BIC ID를 받지 못한 경우, 카운티 사회서비스 사무실에 전화하십시오.

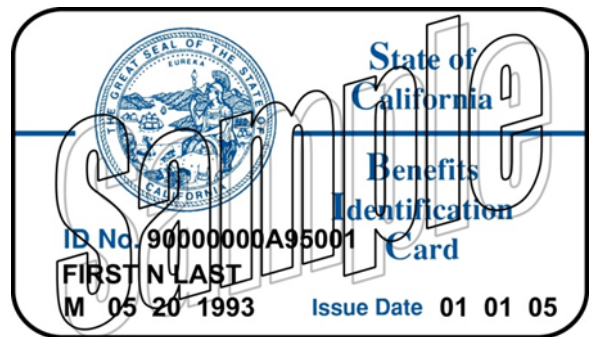
BIC를 받지 못했거나 분실 또는 도난당한 경우, 해당 카운티의 사회서비스 사무실에 BIC를 요청할 수 있습니다. BIC가 도난당한 경우, 현지 경찰과 현지 카운티 사회서비스 사무실에 알려야 합니다. 도난에 대해 가능한 한 많은 정보를 제공해야 합니다. 새 카드를 발급받는 경우, 이전 카드는 더 이상 유효하지 않습니다. **현지 카운티 사무실(여기)**에 문의하십시오.

유효한 Medi-Cal ID 카드의 보기가 아래에 나와 있습니다.

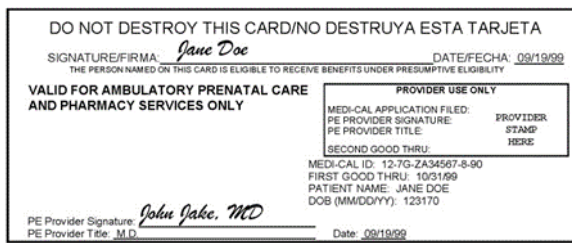
BIC 금영화 디자인:



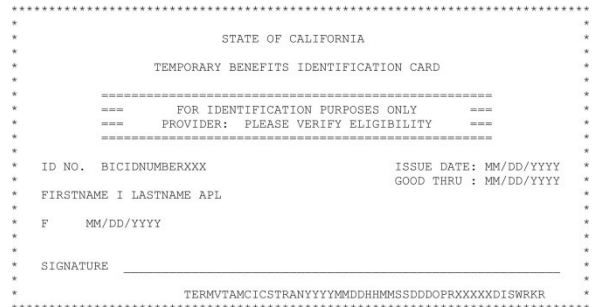
BIC 이전 금영화 디자인:



Medi-Cal 식별 카드 추정 수급 자격:



긴급 카드:



온라인 정보 및 자원

Medi-Cal Dental 정보를 어디에서 찾을 수 있나요?

귀하의 Medi-Cal 치과 보험혜택, 보장되는 서비스 등에 대한 정보는 회원 웹사이트인 SmileCalifornia.org 에서 찾을 수 있습니다.

치과 서비스 제공자를 온라인으로 찾을 수 있나요?

예. 언제든지 쉽게 온라인으로 치과 서비스 제공자를 검색할 수 있습니다. SmileCalifornia.org 홈페이지에서 치과의사 찾기 버튼을 클릭하십시오. 또는, [치과의사 찾기 페이지](#)로 직접 이동하여 링크를 클릭하십시오. 옵션은 다음과 같습니다.

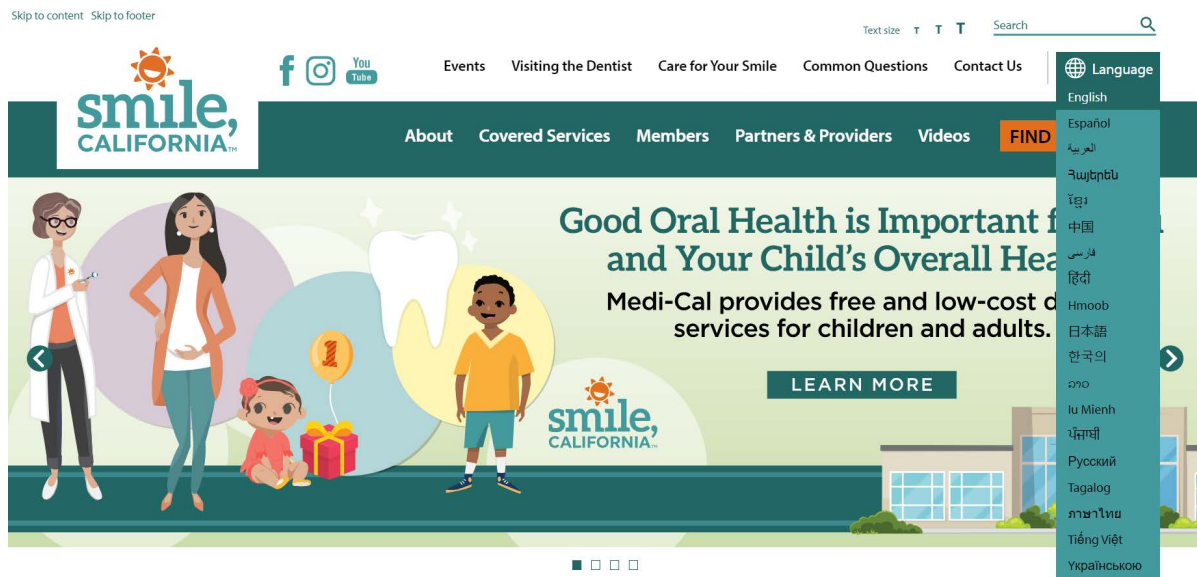
- 제공자 디렉토리 검색 - 치과 서비스 제공자 목록을 보려면 정보를 입력하십시오.
- Medi-Cal 회원에게 서비스를 제공하는 클리닉 - 카운티 및 도시별 클리닉 목록. 가까운 클리닉을 찾으려면 카운티 또는 도시를 선택하십시오.
- 대체 진료 등록 치과위생사(RDHAP) - 국가 및 도시별 RDHAP 목록. 가까운 RDHAP를 찾으려면 거주 카운티 또는 도시를 클릭하십시오.
- InsureKidsNow 검색 - 치과 서비스 제공자를 검색하는 또 다른 방법.

유의사항: 검색 결과가 귀하가 전화를 했을 때 Medi-Cal 치과 서비스 제공자가 신규 Medi-Cal 환자를 수락할 것이라고 보장하지는 않습니다.

다른 언어로 이용 가능한 온라인 자료가 있나요?

예. *Smile, California* 전체 웹사이트는 SmileCalifornia.org에서 영어로, SonrieCalifornia.org에서 스페인어로 이용하실 수 있습니다. 귀하가 다른 언어를 사용하는 경우, 웹사이트에는 17개의 다른 언어로 된 중요한 Medi-Cal 자원이 있습니다. 아래 단계를 따라 귀하의 언어를 찾으십시오.

1. 지구 아이콘을 클릭합니다. [Smile, California 웹 사이트](#)의 오른쪽 상단 모서리에 있습니다.
2. 드롭다운 메뉴에서 언어를 선택합니다.



3. 웹페이지를 살펴보세요!

- » 다음에 대한 정보를 얻을 수 있습니다.
 - Medi-Cal Dental Program
 - 치과의사 검색 도구 찾기
 - 전화 서비스 센터
- » 귀하의 언어로 된 다음과 같은 자원을 찾아보세요.
 - *Smile, California* 대외봉사 및 교육 자료
 - 자주 묻는 질문과 답변
 - 회원 안내서

Smile, California 웹사이트에 어떤 정보가 수록되어 있나요?

Smile, California 웹사이트는 사용이 간편하며 다음과 같은 유용한 정보 및 자원을 제공합니다.

- 치과의사 찾기
- 보험혜택 보장 서비스
- 치과 방문 정보
- 연락처
- 구강 건강 관리 정보
- 회원 게시판
- 회원 안내서
- 양식
- 동영상
- 안내 책자 및 전단
- 그림 책자 “Fotonovelas”
- 재미있는 어린이 종이 놀이(인쇄용),
- 번역 지원
- 자주 묻는 질문

문의 방법

전화 서비스 센터

전화 서비스 센터(TSC)는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시까지 귀하를 도와드립니다. TSC는 주정부 휴일에는 휴무입니다. 본 안내서에서 답변되지 않은 질문 사항이 있는 경우, SmileCalifornia.org를 확인하시기 바랍니다. 그래도 여전히 질문이 있거나 귀하의 치료를 조정하는 데 도움이 필요한 경우, 다음 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오.

Medi-Cal Dental 전화 서비스 센터:

1-800-322-6384: 한국어는 7번을 누르십시오

청각 장애인용 문자 전화기(TTY):

1-800-735-2922번으로 문의해주세요

전화 서비스 센터에서 어떤 정보를 얻을 수 있나요?

전화 서비스 센터(TSC)에 전화하시면 자동화된 회원 전화 시스템으로 연결됩니다. 그런 다음 메뉴 옵션을 선택하실 수 있습니다. 귀하의 복리혜택 식별 카드, 사회 보장 번호, 및 필기구를 준비해 주십시오. 전화상으로 다음과 같은 사항에 대한 도움을 받을 수 있습니다.

- Medi-Cal 치과 서비스 제공자 찾기(제공자 의뢰).
- 임상 스크리닝 예약 잡기, 다시 잡기 또는 취소하기.
- 거부되거나 수정된 서비스에 대한 정보(치료 승인 요청).
- 불만 및 이의 제기.
- 주정부 심의회 신청 방법.
- 일반적인 Medi-Cal Dental 질문:
 - » Medi-Cal에서 보험혜택을 보장하는 치과 서비스,
 - » 치과 기록 요청,
 - » Medi-Cal 사기행위 신고.
- 통역 서비스 이용.

TSC 담당자와 이야기할 수도 있습니다. 이들은 귀하가 자동 통화 시스템을 통해 얻을 수 없었던 모든 정보에 대해 도움을 드릴 것입니다. 귀하가 둘 이상의 치과 서비스 제공자 또는 특수 의료 지원이 필요한 경우, TSC가 치료 조정을 도와줄 수 있습니다.

다국어 지원 서비스

영어가 아닌 다른 언어를 구사하는 경우 어떻게 하나요?

Medi-Cal 회원으로서 귀하는 무료로 통역사를 이용할 권리가 있습니다. 전화 서비스 센터(TSC)에 1-800-322-6384로 전화하는 경우, 10개의 언어 옵션이 있습니다. 전화할 때, 아래의 언어를 선택하라는 메시지를 듣습니다.

- 영어는 1번을 누르십시오
- 스페인어는 2번을 누르십시오
- 표준 중국어는 3번을 누르십시오
- 베트남어는 4번을 누르십시오
- 러시아어는 5번을 누르십시오
- 페르시아어는 6번을 누르십시오
- 한국어는 7번을 누르십시오
- 광둥어는 8번을 누르십시오
- 아랍어는 9번을 누르십시오
- 아르메니아어는 10번을 누르십시오
- 목록에 없는 언어는 11번을 누르십시오

또한 TSC 담당자는 귀하의 언어를 구사하거나 또는 귀하의 언어를 구사하는 직원이 있는 Medi-Cal 치과 서비스 제공자를 찾는 것을 도와드릴 수도 있습니다.

제가 Medi-Cal 치과 서비스 제공자와 통화할 때 통역 서비스를 받을 수 있나요?

예. 통역사나 언어 서비스 지원이 필요하시면, 전화 서비스 센터에 전화해 귀하의 언어를 선택하라는 메시지를 들으십시오. 한국어는 7번을 누르십시오. 통역사를 지원해드릴 수 있습니다.

Medi-Cal 치과 진료실에서 통역 서비스를 받을 수 있나요?

예. 귀하의 치과 서비스 제공자가 귀하의 언어를 구사하지 않는 경우, 무료로 통역 서비스 또는 수화 통역사 서비스를 받을 권리가 귀하에게 있습니다. 치과 진료실에 있는 동안 통역 서비스가 필요한 경우, 귀하 또는 치과 서비스 제공자가 전화 서비스 센터(TSC)에 전화할 수 있습니다. TSC에서 귀하의 언어를 구사하는 통역사에게 연결해드릴 것입니다. 통역사는 귀하의 진료 중 필요한 시간 동안 전화를 끊지 않을 것입니다. 통역사가 내원 시 함께 하지는 않지만, 전화상으로 도움을 드릴 것입니다. 통역사는 내원 시 듣게 되는 내용을 설명하거나, 귀하의 치료 계획에 대해 논의하거나, 치과 직원과 이야기할 수 있습니다.

언어 통역사는 사전에 예약할 수 없습니다. 진료실 방문 시 통역사가 필요할 경우, 또는 치과 서비스 제공자와의 상담을 돕기 위해 가족 구성원 또는 친구와 동행할 경우, 방문 전 치과 진료실 직원에게 알려주십시오. 귀하의 방문을 준비하는 데 도움이 됩니다.

법정 대리인

법정 대리인이란 무엇인가요?

법정 대리인은 귀하가 귀하의 치과 정보를 열람하도록 지명하고 권한을 부여할 수 있는 사람입니다. 법정 대리인은 가족, 친구, 기관 또는 귀하가 선택하는 모든 사람일 수 있습니다. 예를 들어, 배우자 또는 성인 자녀가 청구 관련 질문, 예약에 도움을 주거나 귀하의 건강 상태를 알기를 원하실 수 있습니다.

2020년 7월 1일부터 본인 이외의 다른 사람이 Medi-Cal에 전화해 귀하의 치과 정보에 접근할 수 있도록 허용하고자 하는 경우, 그들을 법정 대리인으로 지명해야 합니다.

- 법정 대리인이 반드시 있을 필요는 없습니다.
- 누군가를 법정 대리인으로 지명하는 경우, 그들이 귀하를 대신하여 전화할 때 귀하가 통화하지 않아도 됩니다.
- 귀하가 아닌 다른 사람이 귀하의 치과 정보에 대해 당사에 연락하기를 원하시는 경우, 그 사람은 법정 대리인으로 지명된 사람이어야 합니다.

- 귀하는 법정 대리인에게 귀하의 치과 정보의 일부나 전체를 열람하도록 허용할 수 있습니다. 귀하는 언제든지 법정 대리인의 이름을 지명, 제거 또는 변경할 수 있습니다.
- 법정 대리인은 두 명 이상일 수 있습니다. 법정 대리인은 귀하의 치료를 돕는 친척, 친구 또는 기관일 수 있습니다.
- 이는 저희가 귀하 또는 귀하의 의료 서비스 제공자와 이야기하는 방법을 변경하지 않습니다.

법정 대리인은 어떻게 지정하나요?

[법정 대리인 양식](#)을 사용해 법정 대리인을 지정할 수 있습니다. 양식을 완전히 작성하고 서명한 후, 다음 주소로 우편으로 보내야 합니다.

Medi-Cal Dental Program
 Attn: Information Security/Privacy Office
 P.O. Box 15539 Sacramento, CA 95852-1539

또는 memberformreturn@delta.org로 양식을 이메일로 보내시거나 800-322-6384번으로 전화 서비스 센터에 연락하실 수도 있습니다.

전화 서비스 센터와의 통화에서 누군가의 도움을 받고 싶지만 그 사람이 법정 대리인은 아니기를 원하는 경우 어떻게 하나요?

누군가의 도움을 원하지만 그 사람을 법정 대리인으로 추가하기를 원하지 않는 경우, 이들과 함께 전화 서비스 센터(TSC)에 전화하여 질문 사항에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 한국어는 7번을 누르십시오. 통화 중에 해당인의 도움을 받으려면 TSC에게 구두 동의를 제공해야 합니다.

Medi-Cal의 치과 서비스 이용

제가 치과 서비스를 받을 수 있는지 어떻게 알 수 있나요?

Medi-Cal을 받을 수 있는 대부분의 사람들은 치과 서비스도 받을 수 있습니다. 치과 서비스를 받기 위해 별도로 신청할 필요는 없습니다. 치과 서비스를 받기 위해서는 귀하의 보험혜택 식별 카드를 귀하의 치과 서비스 제공자에게 제시해야 합니다. 귀하가 Medi-Cal 치과 보험혜택 자격이 있는지 확인하려면, 현지 카운티 사회서비스 사무실에 전화하십시오. 카운티 사무실의 전체 목록은 보건복지부 웹사이트([여기](#))에서 확인할 수 있습니다.

Medi-Cal 치과 보험혜택

이 섹션에서는 Medi-Cal에서 보험혜택을 보장하는 치과 서비스에 대한 개요를 제공합니다.

Medi-Cal 프로그램을 통해 이용할 수 있는 치과 보험혜택에는 어떤 것들이 있나요?

아래는 회원이 이용할 수 있는 가장 일반적인 서비스에 대한 빠른 참조 가이드입니다. 보험혜택은 치료 코드 및 회원 거주지에 따라 다릅니다. 자세한 정보는 SmileCalifornia.org에서 확인할 수 있습니다.

서비스	아기	어린이	십대	임신	성인	노인
검사*	☀	☀	☀	☀	☀	☀
엑스레이	☀	☀	☀	☀	☀	☀
치아 스케일링	☀	☀	☀	☀	☀	☀
불소 바니시	☀	☀	☀	☀	☀	☀
필링(filling)	☀	☀	☀	☀	☀	☀
발치	☀	☀	☀	☀	☀	☀
응급 서비스	☀	☀	☀	☀	☀	☀
정주진정법	☀	☀	☀		☀	☀
어금니 실란트**		☀	☀			
치근관		☀	☀	☀	☀	☀
치아 교정(치열교정기)***			☀			
치관****			☀	☀	☀	☀
부분 및 전체 의치			☀	☀	☀	☀
의치 침상			☀	☀	☀	☀
스케일링 및 치근활택술			☀	☀	☀	☀

예외:

*21세 미만 회원의 경우 6개월마다, 21세 이상 회원은 12개월마다 무료 또는 저렴한 검진 가능.

**영구 대구치 실란트는 21세 미만의 어린이와 십대에게 보장.

***자격을 갖춘 경우.

****경우에 따라 대구치 또는 소구치(어금니)의 치관은 보험혜택이 보장이 적용될 수 있습니다.

참고: 경우에 따라 0~6세 어린이는 클리닝, 불소 치료 및 검사(CRA번들)를 연간 최대 4회까지 받을 수 있습니다.

용어 정의는 **치과 용어 및 기타 정의** 섹션을 참조하십시오.

어떤 서비스가 Medi-Cal 보험혜택으로 보장이 되는지 여부는 치과 서비스 제공자가 알려드릴 것입니다. 최상의 치료에 대한 선택 및 Medi-Cal을 통해 어떤 서비스를 받을 수 있는지는 귀하의 치과 서비스 제공자가 도움을 드릴 수 있습니다. 처음 방문 시, 귀하의 보험혜택 식별 카드를 치과 서비스 제공자에게 보여주셔서 귀하의 치과 보험혜택을 확인할 수 있도록 하십시오.

1년에 Medi-Cal이 보험혜택 보장 치과 서비스에 대해 지불하는 비용 한도가 있나요?

Medi-Cal은 보장되는 치과 서비스에 대해 1년에 최대 \$1,800를 보장합니다. 그러나, 보장되고 의학적 필요성이 적용되는 치과 서비스, 또는 임신 중이거나 만 21세 미만인 회원에 대해서는 제한이 없습니다.

특수지원이 필요한 환자들을 위한 추가 혜택이 있나요?

보험혜택이 보장되는 치과 서비스는 거의 예외 없이 모든 사람에게 동일합니다. 하지만 특수 지원이 필요한 환자의 경우 치과 서비스 제공자의 검진 수행을 제한하는 신체적, 행동적, 발달적 또는 정서적 장애를 지니고 있을 수도 있습니다. 이러한 경우, 치과 서비스 제공자는 환자가 치과 치료를 받기 위해 잠이 들어야 한다고 결정할 수 있습니다. 그 후 치과 서비스 제공자가 검사 전 Medi-Cal의 승인을 요청할 것입니다.

아동을 대상으로 하는 보험혜택에는 어떤 것들이 있나요?

귀하 또는 자녀가 21세 미만인 경우, 조기 및 정기 스크리닝, 진단 및 치료(EPSDT) 프로그램을 통해 추가 치과 서비스를 위한 자격 기준에 부합할 수 있습니다. EPSDT를 통해 받을 수 있는 치과 서비스에는 건강 상태를 교정 또는 개선하기 위해 의학적으로 필요한 치료가 포함됩니다.

임산부를 대상으로 하는 보험혜택에는 무엇이 있나요?

귀하와 아기의 건강을 유지하기 위해, 아기가 태어나기 전에 치과 서비스 제공자를 방문하여 클리닝 및 검진을 받는 것이 좋습니다. Medi-Cal 회원으로서 귀하는 임신 중 및 산후(출산 이후) 12개월 동안 보장을 받습니다.

Medi-Cal 보험혜택 보장의 유형이 무엇이든 치과 서비스에 대한 보장 혜택을 받습니다. 보험혜택이 보장되는 치과 서비스를 받으려면 해당 서비스에 대한 모든 Medi-Cal Dental 요건을 충족해야 합니다.

Medi-Cal 치과 서비스 제공자

모든 Medi-Cal 치과 서비스 제공자로부터 치과 치료를 받을 수 있습니다. 치과 진료실에 전화하셔서 Medi-Cal을 수락하며 신규 환자를 받는지 물어보십시오. Medi-Cal 회원에게 서비스를 제공하는 Medi-Cal 치과 서비스 제공자를 찾는 방법에 대해서는 이 섹션을 읽어보십시오.

Medi-Cal 치과 서비스 제공자를 어떻게 찾나요?

Medi-Cal Dental이 있으면 모든 Medi-Cal 치과 서비스 제공자 중에서 선택할 수 있습니다. Medi-Cal 치과 서비스 제공자를 찾는 가장 좋은 방법은 캘리포니아 *Smile, California* [치과의사 찾기 페이지](#)를 방문하는 것입니다.

제 지역에서 Medi-Cal Dental을 받는 치과 서비스 제공자를 찾지 못하면 어떻게 하나요?

해당 지역에서 신규 환자를 받는 Medi-Cal 치과 서비스 제공자를 찾을 수 없는 경우, 전화 서비스 센터로 전화해서 귀하의 언어를 선택하십시오.

Medi-Cal Dental 전화 서비스 센터:

1-800-322-6384: 한국어는 7번을 누르십시오

청각 장애인용 문자 전화기(TTY):

1-800-735-2922번으로 문의하십시오

치과 전문의를 봐야 하는 경우에는 어떻게 하나요?

귀하의 Medi-Cal 치과 서비스 제공자가 특별 치료를 위해 다른 치과 서비스 제공자에게 귀하를 의뢰할 수 있습니다. 해당 전문의가 등록된 Medi-Cal 치과 서비스 제공자인지 확인하려면 *Smile, California* [치과의사 찾기 페이지](#)에서 확인할 수 있습니다. 방문 약속을 잡는 데 도움이 필요하시면 전화 서비스 센터로 전화하십시오.

치과 서비스를 위해 의료 클리닉에 갈 수 있나요?

예. 다수의 의료 클리닉에서 Medi-Cal 회원을 진료하며 치과 서비스를 제공합니다. Medi-Cal 보장을 승인받고 치과 서비스를 제공하는 클리닉이라면, 해당 의료 클리닉에서 치과 치료를 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 [치과 용어 및 기타 정의](#) 섹션을 참조하십시오.

Medi-Cal 치과 서비스 제공자로 등록되지 않은 치과 서비스 제공자에게 가게 되면 어떻게 되나요?

Medi-Cal Dental은 Medi-Cal Dental 프로그램에 등록된 치과 서비스 제공자로부터 서비스를 받는 경우에만 비용을 지불합니다. Medi-Cal Dental 프로그램에 등록하지 않은 치과 서비스 제공자에게 가시는 경우, 받으시는 모든 치과 서비스에 대한 비용을 귀하가 지불해야 합니다.

치과 서비스 제공자를 변경할 수 있나요?

예. 귀하는 Medi-Cal Dental 프로그램에 등록되어 있으며 신규 환자를 받는 모든 치과 서비스 제공자를 방문하실 수 있습니다. 귀하가 치과관리의료 플랜에 등록된 경우, 플랜에 전화해서 다른 치과 서비스 제공자 지정을 요청할 수 있습니다.

치과 서비스 제공자를 몇 번 변경할 수 있나요?

치과 서비스 제공자를 변경하는 데 제한은 없습니다. 하지만 다른 치과 서비스 제공자로부터 같은 치료를 받는 데 제한이 있습니다(예: 클리닝). Medi-Cal 치과 서비스 제공자가 있는 진료실을 귀하의 치과 진료실로 선택하시기를 권장합니다.

같은 치과 서비스 제공자를 보면 어떤 장점이 있나요?

정기 검진 및 치료를 위해 같은 치과 서비스 제공자를 보는 것은 다양한 측면에서 장점이 있습니다.

- 다음 방문에 대한 알림 메시지를 받을 수 있습니다.
- 귀하의 일반 치과 서비스 제공자가 제공할 수 없는 치료가 필요한 경우 치과 전문의를 찾는 데 귀하의 치과 서비스 제공자가 도움을 줄 수 있습니다.
- 치과 서비스 제공자는 귀하의 건강 병력에 대해 알게 되며 조기에 문제를 발견하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 이를 통해 문제가 악화되기 전에 치료를 받을 수 있습니다.

치료 중간에 치과 서비스 제공자를 변경할 수 있나요?

예. 한 치과 서비스 제공자의 치과 서비스가 승인되었으며 치과 서비스 제공자를 변경하기를 원하시는 경우, 반드시 변경을 요청하는 편지를 작성하셔야 합니다. 그 편지를 새 치과 서비스 제공자에게 전달하여 사전 승인에 대한 치과 서비스 제공자의 요청과 함께 Medi-Cal Dental로 보낼 수 있도록 하십시오. 새 치과 서비스 제공자에게 남은 모든 서비스에 대한 신규 승인을 보내 드릴 것입니다.

치과 서비스 받기

어떻게 치과 서비스 제공자와 예약을 잡나요?

예약을 잡기 위해 치과 진료실에 전화하십시오. 귀하가 Medi-Cal 보험이 있다는 것을 알리고 해당 치과 서비스 제공자가 Medi-Cal 치과 서비스 제공자인지 물어보십시오. 예약을 잡는 데 도움이 필요하시면 전화 서비스 센터(TSC)에 전화하십시오.

치과 서비스 제공자 진료실에 갈 때 무엇을 가져가야 하나요?

귀하의 보험혜택 식별 카드(BIC) 및 운전면허증 또는 주정부 ID 카드와 같이 사진이 부착된 신분증(ID)을 가져가십시오. 귀하의 사진이 부착된 ID가 만료된 경우, 치과 진료실은 만료일 후로부터 최대 6개월이 경과할 때까지 만료된 ID를 허용합니다. 귀하가 수양 부모이고 위탁 아동을 위한 BIC를 받지 않은 경우, 소셜 시큐리티 번호로 자격요건을 확인할 수 있습니다. 다른 치과 보험이 있는 경우, 치과 서비스 제공자에게 그 정보를 제공해 주십시오.

치과 서비스 제공자에게 얼마나 자주 가야 하나요?

연례 검진은 건강한 치아와 잇몸, 전반적 건강에 중요합니다. 치과 서비스 제공자는 얼마나 자주 정기 검진을 받아야 하는지 알려줄 것입니다. 소아는 1년에 두 번입니다. 정기 검진의 일부로, 귀하의 치과 서비스 제공자는 귀하에게 필요한 모든 치료 또는 후속조치에 대한 계획을 정할 것입니다.

정기적으로 예약된 방문 사이에 예상치 못한 치과 문제가 생기는 경우, 치과 진료실에 전화하셔서 도움을 받으십시오. 구강 상해를 입었거나 통증이 있는 경우 즉시 치과 서비스 제공자에게 전화하십시오.

제 아기는 언제 치과 서비스 제공자를 봐야 하나요?

아기의 이가 처음 나거나 첫 번째 생일이 될 때(둘 중 이른 시점) 치과 서비스 제공자를 방문해야 합니다. 첫 방문 이후 아기는 6개월 마다, 혹은 어떤 경우에는 더 자주 치과 검진을 받아야 합니다. 여기에는 검진 및 클리닝이 포함됩니다. 자세한 정보는 *Smile, California* 웹사이트([여기](#))에서 확인할 수 있습니다.

Medi-Cal은 미국소아치과학회가 권장하는 소아 예방 치과 서비스 일정을 따르며, 이러한 서비스는 대부분의 아동에게 제공될 수 있습니다. 특수의료 지원이 필요하거나 질병 또는 외상이 있는 아동의 경우 다른 일정의 서비스 및/또는 횟수가 필요할 수 있습니다. 귀하 자녀의 치과 서비스 제공자가 자녀를 위한 최선의 예방 서비스 일정을 결정할 것입니다.

치과 응급 상황이란 무엇인가요?

치과 응급 상황에서는 즉각적인 치료가 필요합니다. 다음과 같은 경우 치과 응급 상황일 수 있습니다.

- 멈추지 않는 출혈.
- 입 안 또는 입 주변에 통증이 있는 부기.
- 심한 통증.
- 턱뼈 및 안면 손상과 같은 안면 외상.
- 통증 또는 부기를 동반한 잇몸 감염.
- 치아가 파손되거나 빠짐.
- 교정기에서 뽑이나 잇몸에 상처를 내는 와이어를 잘라내거나 조정.

응급 상황이 생기면 어떻게 하나요?

정규 영업 시간 중이라면, 치과 서비스 제공자에게 전화해서 문제를 설명하십시오. 귀하의 치과 서비스 제공자에게 연락할 수 없는 경우, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 전화 서비스 센터(TSC)에 전화하셔서 치과 서비스에 대한 도움을 받으십시오. 한국어는 7번을 누르십시오.

영업시간 외 응급 치과 서비스가 필요한 경우, 치과 서비스 제공자의 영업시간 외 자동응답기 메시지에서 나오는 지침을 따르셔야 합니다. 치과 진료실에 연락할 수 없거나 Medi-Cal 치과 서비스 제공자가 없는 경우, 가까운 응급실로 가서 치료를 받으십시오.

“의학적 필요성”이 무슨 의미인가요?

의학적 필요성이란 치아, 잇몸 및 지지 구조의 치료를 위해 보험혜택 보장 서비스가 필요하고 적절한지 결정하기 위한 Medi-Cal 규칙을 의미합니다. 이 규칙들은 전문적으로 인정된 표준 관행과 일치합니다. 자세한 정보는 **치과 용어 및 기타 정의** 섹션을 참조하십시오.

2차 소견을 구하기 원하면 어떻게 하나요?

귀하의 치과 서비스 제공자가 의학적 필요성에 부합하지 않다고 말하는 치과 시술을 귀하가 원하는 경우, 2차 소견을 요청할 수 있습니다. 귀하의 일반 치과 서비스 제공자가 아닌 다른 Medi-Cal 치과 서비스 제공자로부터 2차 소견을 받을 수 있습니다. 의학적 필요성이 있는 경우, 다른 치과 서비스 제공자는 귀하를 진찰하여 요청한 치료를 확인하거나 변경할 것입니다. *Smile, California* [치과의사 찾기 페이지](#)를 방문하여 가까운 다른 Medi-Cal 치과 서비스 제공자를 찾을 수 있습니다. 또한 TSC에 전화하여 다른 치과 서비스 제공자를 찾기 위한 도움을 요청할 수 있습니다.

왜 Medi-Cal Dental은 제가 다른 치과 서비스 제공자에게 치과 검진을 받도록 요청하고 있나요?

귀하는 Medi-Cal Dental이 보낸 “치과 검진 예약 통지” 편지를 받으실 수 있습니다. 이 서신은 귀하에게 임상 스크리닝 치과 서비스 제공자에게로 가서 치과 예약 검진을 받도록 지시합니다. 이 검진은 귀하의 치과 서비스 제공자가 요청한 치료가 승인될 수 있는지 또는 이전에 받은 치료가 적절한지 확인하기 위해 귀하를 대신하여 예약되었습니다. 이 검진을 지키는 것이 중요합니다.

이 검진은 약 15~30분이 걸립니다. 이 임상 스크리닝 치과 서비스 제공자는 귀하에게 그 어떤 치과 치료도 제공하지 않습니다. 귀하는 예약 비용을 지불할 필요가 없습니다. 방문 후에 치과 서비스 제공자가 보고서를 Medi-Cal Dental에 우편으로 전달합니다. 보고서는 요청된 서비스가 승인 또는 거부될지를 결정하는 데 도움이 됩니다.

검진을 지킬 수 없는 경우, 예약일로부터 최소 2일 전에 전화 서비스 센터(TSC)에 전화해주시요. 한국어는 7번을 누르십시오. 예약에 오지 않으시고 저희에게 알리지 않으시는 경우, 요청한 서비스가 거부될 수 있습니다.

유의해야 하는 중요 사항은 다음과 같습니다.

- 예약 시간을 정확히 지켜주시요. 늦게 도착하시는 경우 다시 예약을 잡아야 할 수 있습니다.
- 치과 서비스 제공자가 새 의치를 요청한 경우, 이전 의치를 예약에 가지고 오십시오.
- 길 안내를 위해서만 편지에 있는 치과 진료실 전화번호에 전화하십시오. 기타 모든 질문은 TSC에 문의하십시오.
- TSC에 전화하시는 경우, 받으신 편지의 오른쪽 아래 코너에 나와있는 “스크리닝 #”을 말씀해주시요.
- 임상 스크리닝 보고서는 Medi-Cal Dental에만 보내집니다. 귀하는 사본을 받지 않습니다.
- 임상 스크리닝 치과 서비스 제공자는 치료가 승인 또는 거부되었는지, 또는 귀하에게 권장하는 것이 무엇인지에 대해 귀하에게 알려 드릴 수 없습니다.

치과 예약을 취소해야 하는 경우 어떻게 하나요?

예약을 지킬 수 없는 경우, 되도록 빨리 또는 최소 1일 전에 치과 진료실에 전화해 취소하거나 일정을 변경하십시오. 예약을 다시 잡을 수 있도록 치과 진료실 직원이 도와드릴 수 있습니다.

California 주를 벗어난 다른 주 또는 외국에 있을 때 치과 서비스가 필요하면 어떻게 하나요?

California 주경 바로 옆의 일부 주에 Medi-Cal 치과 서비스 제공자가 있습니다. 이들 주경 지역의 모든 Medi-Cal 치과 서비스 제공자로부터 보험혜택 보장 치과 서비스를 받을 수 있습니다.

응급 시를 제외한 다른 모든 다른 주에서의 서비스의 경우 사전 승인이 필요합니다. 전화 서비스 센터에 전화하여 도움을 받을 수 있습니다. 한국어는 7번을 누르십시오. 캐나다 또는 멕시코에서 입원해야 하는 응급 서비스가 필요하지 않는 한, 외국에서 이루어진 치과 서비스는 Medi-Cal의 보험혜택의 적용을 받지 않습니다.

치과 서비스 비용

치과 서비스를 위해 제가 비용을 부담해야 하나요?

비용 공유 Medi-Cal 보험혜택이 아니라면, 귀하의 치과 서비스 제공자는 Medi-Cal Dental 보험혜택 보장 치료에 대해 지불하도록 귀하에게 요청할 수 없습니다. 귀하의 비용 공유에 대해서는 [내 Medi-Cal 팸플릿 \(Pub. 68\)](#)을 참조하십시오. 이 팸플릿은 새로운 Medi-Cal 등록 패킷과 함께 받는 소책자입니다.

귀하는 Medi-Cal이 보장하는 서비스만을 요청할 권리를 갖습니다. 귀하의 치과 서비스 제공자는 서면 또는 전자로 치료 계획을 귀하에게 제공해야 합니다. 이 플랜은 Medi-Cal이 의학적으로 필요한 다른 서비스를 보장하는지 보여줍니다. 치과 서비스 제공자는 귀하에게 Medi-Cal이 보장하지 않는 어떠한 서비스도 받도록 할 수 없습니다.

귀하의 치과 서비스 제공자는 사보험 비용 부담금을 귀하에게 청구할 수 없습니다. 여기에는 회원부담액, 공동 부담액, 코페이먼트가 포함됩니다.

귀하가 Medi-Cal Dental에서 보장하지 않는 치료를 받기로 선택하는 경우, 귀하의 치과 서비스 제공자는 귀하에게 서비스 비용을 청구할 수 있습니다. 또한 21세 이상인 경우, 포괄적인 치과교정 치료(치열교정기) 비용을 청구할 수 있습니다.

코페이먼트가 무엇인가요?

일부 Medi-Cal 서비스는 소액의 코페이먼트가 있습니다. 모든 코페이먼트는 치과 진료실 방문 시 지불합니다. 아래 코페이먼트 기준을 참조하십시오.

Medi-Cal 코페이먼트 기준

코페이먼트가 적용되는 서비스	코페이먼트 요금	요금 예외사항
<p>응급실에서 제공된 비응급 서비스: 비응급 서비스는 “중증 통증의 완화를 위해, 또는 즉시 진단 및 치료되지 않을 경우 장애 또는 사망이 초래되는 중증 의료 병태의 즉각적인 진단 및 치료를 위해 필요하지 않은 일체의 서비스”로 정의됩니다.</p>	\$5.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. 18세 이하. 2. 임신 중 및 출산 후 한 달 동안 서비스를 받는 사람. 3. 의료 시설(병원, 전문 간호 시설, 중급 간호 시설)에 있는 사람. 4. AFDC-위탁 보호를 받는 모든 아동. 5. 프로그램 지불 비용이 \$10 이하인 모든 서비스.
<p>외래환자 서비스: 의사, 시력측정, 척추지압, 심리학, 언어치료, 청각학, 침술, 작업요법, 소아과, 수술센터, 병원 또는 클리닉 외래환자, 물리치료 및 치과.</p>	\$1.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. 18세 이하. 2. 임신 중 및 출산 후 한 달 동안 서비스를 받는 사람. 3. 의료 시설(병원, 전문 간호 시설, 중급 간호 시설)에 있는 사람. 4. AFDC-위탁 보호를 받는 모든 아동. 5. 프로그램 지불 비용이 \$10 이하인 모든 서비스.
<p>약 처방: 각 약 처방 또는 재조제.</p>	\$1.00	<p>상기 모든 사항, 그리고 65세 이상.</p>

예약된 방문 시 제가 코페이먼트를 지불하지 못하면 어떻게 하나요?

Medi-Cal 치과 서비스 제공자는 귀하가 예약된 방문 시 코페이먼트를 지불하지 못한다고 해서 치료를 거부할 수 없습니다. 이는 비용 공유와는 다릅니다.

지불할 필요가 없었던 서비스에 대해 지불한 경우에는 어떻게 하나요?

법에 의거해, Medi-Cal 치과 서비스 제공자는 Medi-Cal 회원에게 Medi-Cal이 보장하는 서비스 비용을 청구할 수 없습니다. 귀하가 보장된 치과 서비스 비용을 지급한 경우, 환급을 받으실 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 귀하가 받은 의학적으로 필요한 서비스에 대해 Medi-Cal 보험혜택 보장이 있었다는 증거를 제시하는 경우, Medi-Cal 치과 서비스 제공자는 귀하에게 청구를 환불해야 합니다. 전화 서비스 센터에 전화하여 상황에 대한 도움을 받으십시오. 한국어는 7번을 누르십시오.

귀하가 Medi-Cal에서 보장하지 않는 서비스를 받기로 선택하는 경우, 귀하의 치과 서비스 제공자는 귀하에게 비용을 청구할 수 있습니다. 따라서 Medi-Cal이 어떤 혜택을 보장하는지 아는 것이 매우 중요합니다.

서비스 비용 지불에 대한 계약서에 서명하기 전에, 어떤 서비스가 Medi-Cal에 의해 보장되거나 보장되지 않는지 귀하의 치과 서비스 제공자에게 문의하십시오. 또한 이 안내서의 혜택 빠른 참조 가이드를 다음에서 검토하십시오: **Medi-Cal 프로그램을 통해 이용할 수 있는 치과 보험혜택에는 어떤 것들이 있나요?**

치과 서비스 제공자로부터 청구서를 받으면 어떻게 하나요?

치과 서비스 제공자로부터 청구서를 받으면, 치과 진료실에 전화해 왜 청구서를 보냈는지 물어보십시오. 치과 진료실에서 청구 내역에 대해 설명하고 왜 지불 청구가 되었는지 설명할 것입니다. 여전히 청구서에 대해 질문이 있으시면 전화 서비스 센터에 전화하여 도움을 받으십시오. 한국어는 7번을 누르십시오.

귀하의 Medi-Cal 보험혜택 보장이 확인되면, Medi-Cal 치과 서비스 제공자는 귀하를 현금 환자로서 치료할 수 없습니다. 이들은 Medi-Cal 코페이먼트 또는 비용 공유 금액을 추징하는 경우를 제외하고, Medi-Cal 보장 서비스 비용의 전부 또는 일부를 청구할 수 없습니다. 예를 들어, 비용 공유 금액이 있는 경우 Medi-Cal Dental이 해당 치료 비용을 지불하기 전에 귀하가 비용 공유 금액을 지불해야 합니다.

제게 다른 치과 보험이 있으면 어떻게 하나요?

귀하에게 다른 치과 보험이 있는 경우, 치과 진료실에서 Medi-Cal Dental에 치료에 대한 지불을 요청하기 전에 다른 치과 보험에 먼저 청구해야 합니다. 치과 진료실은 사보험 비용 분담금을 귀하에게 청구할 수 없습니다. 여기에는 회원부담액, 공동 부담액, 코페이먼트가 포함됩니다.

Medi-Cal은 귀하가 다른 치과 보험을 통해 보험혜택을 받을 수 있는 일체 서비스에 대한 비용을 지급하지 않습니다. 여기에는 기타 정부 프로그램, TRICARE(CHAMPUS) 또는 산재보험이 포함됩니다. Medi-Cal에서 제공하는 보험혜택은 다른 보험혜택에 비해 2차적입니다.

귀하의 다른 치과 보험에서 Medi-Cal Dental 보험혜택 보장 치과 서비스에 대해 지불하지 않거나, Medi-Cal Dental이 지불하는 금액보다 적게 지불하는 경우, 치과 서비스 제공자가 미지불 금액에 대해 Medi-Cal Dental에 청구할 것입니다. 치과 서비스 제공자는 Medi-Cal Dental 보험혜택 보장 치료에 대해 귀하가 지불하도록 요청할 수 없습니다. 본 안내서의 다음 내용을 읽어 주십시오. **이러한 일이 발생할 경우 어떻게 해야 하는지 알아보기 위해서, 치과 서비스 제공자로부터 청구서를 받으면 어떻게 하나요?**의 내용.

교통 및 기타 서비스

치과 서비스 제공자 진료실로 가는 교통편이 필요한 경우 어떻게 하나요?

Medi-Cal이 라이드 서비스에 대해 도와드릴 수 있습니다. Medi-Cal은 두 가지 유형의 라이드 서비스에 대한 보험혜택을 보장합니다. 한 가지 유형은 비의료 교통편(non-medical transportation, NMT)이라고 합니다. 귀하가 자동차, 버스, 기차 또는 택시를 이용할 수 있지만, 라이드가 없는 경우, NMT 서비스를 추천해드릴 수 있습니다. 또한 처방약 또는 의료 용품이나 기기를 사러 갈 때 NMT를 이용할 수 있습니다.

NMT 라이드에 대한 도움을 받으려면 아래 단계를 따르십시오.

- 귀하가 건강 플랜에 가입한 경우, 플랜의 회원 서비스에 전화해 NMT 서비스에 대한 도움을 문의하십시오.
- 귀하가 Medi-Cal 치과관리진료(DMC) 플랜에 등록된 경우, [DMC 플랜](#)에 전화해 NMT 서비스에 대한 도움을 문의하십시오.
- 건강 플랜이나 DMC 플랜에서 라이드 서비스를 받는 데 어려움이 있는 경우, 1-800-322-6384 번으로 전화 서비스 센터에 전화하십시오. 한국어는 7번을 누르십시오. 또한 귀하 카운티의 Medi-Cal 사무실에서 NMT 라이드 서비스를 이용하는 데 도움을 드릴 수도 있습니다.

승인된 NMT 제공자에 대한 추가 정보가 필요하신가요? 보건복지부 [웹사이트](#)에서 이 목록에 액세스할 수 있습니다.

다른 유형의 라이드는 비응급 의료 교통편(NEMT)이라고 합니다. Medi-Cal은 의학적 필요에 따라 자격을 갖춘 회원에게 NEMT 서비스를 제공합니다. 의료 또는 치과 서비스 제공자가 귀하에게 NEMT 서비스가 필요한지 여부를 결정할 수 있습니다. NEMT 서비스는 다음과 같은 교통편을 제공합니다.

- 휠체어 밴
- 소형 밴
- 구급차
- 항공 운송

예정된 예약일 전에 가능한 한 빨리 라이드 서비스를 요청해야 합니다. 예정된 예약이 여럿이거나 여러 예약일을 잡으려는 경우, 귀하의 의료 또는 치과 서비스 제공자가 향후 방문을 위해서 미리 교통편을 요청할 수 있습니다.

NEMT 라이드에 대한 도움을 받으려면 아래 단계를 따르십시오.

- 귀하가 DMC 플랜에 등록된 경우, 회원 서비스에 전화해 NEMT 서비스에 대한 도움을 문의하십시오. 귀하는 면허가 있는 제공자로부터 처방을 받아야 합니다.
- 서비스별 비용지급 Medi-Cal에 등록한 경우, 치과 서비스 제공자에게 알리시면 NEMT 교통편을 주선받거나 Medi-Cal San Diego 현장 사무실(1-858-495-3666)에 전화할 수 있도록 도와드릴 것입니다.

제게 청각 장애 또는 언어 발생 장애가 있으면 어떻게 하나요?

청각 또는 언어 발생에 제한이 있으신 경우, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시, 청각 장애인용 문자 전화번호 (TTY) 1 800 735 2922번으로 전화하십시오. 그 외 시간에는 California 릴레이 서비스 TDD/TTY 번호 711로 전화하셔서 도움을 받으십시오. 미국 수화(ASL) 통역 서비스는 법에 의해 제공됩니다. ASL 지원을 요청할 때 다음 정보를 준비해 주십시오.

- 예약일
- 예약의 시작 및 종료 시간
- 예약된 방문 종류(예: 치과 예약, 수술 예약, 소견 진찰 등)
- ASL 서비스가 필요한 사람의 이름 및 회원 ID
- 진료실 주소 및 전화번호
- 진료실 연락처 사람 이름

제게 시력 장애가 있으면 어떻게 하나요?

이 안내서 및 기타 중요 자료는 시력 장애가 있는 사람들을 위해 다양한 형식으로 제공됩니다. 전화 서비스 센터에 전화해 이 안내서나 기타 Medi-Cal 치과 서비스 자료의 다른 형태를 요청하시거나 읽는 데 도움을 요청하십시오. 한국어는 7번을 누르십시오.

제게 의료 질환 또는 기타 문제가 있어서 치과 서비스를 받는 것이 어려운 경우 어떻게 하나요?

전화 서비스 센터(TSC)에 전화하십시오. 한국어는 7번을 누르십시오. TSC 담당자가 귀하를 치료할 수 있는 치과 서비스 제공자를 찾도록 도와드릴 수 있습니다. 또한 필요한 경우, 귀하의 치료에 대해 다른 의료 서비스 제공자와 함께 조정할 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.

제가 신체적인 어려움이 있어서 치과 서비스 제공자를 보러 가는 것이 힘든 경우 어떻게 하나요?

우리는 Medi-Cal 치과 서비스 제공자의 진료실 및 시설이 장애인이 물리적으로 접근할 수 있도록 보장하기 위해 최선을 다합니다. 접근할 수 있는 치과 진료실을 찾지 못하시는 경우, 전화 서비스 센터에 전화하셔서 도움을 받으십시오. 한국어는 7번을 누르십시오.

사례 관리

사례 관리 프로그램은 무엇인가요?

사례 관리는 정신, 신체 및/또는 행동 장애나 진단이 있어서 하나 이상의 서비스 제공자와 복잡한 치료를 조정할 능력이 없는 회원을 위한 프로그램입니다. 사례 관리팀은 이러한 회원이 한 명 이상의 의료 전문가를 포함하는 복잡한 치료 계획의 일정을 잡고 조정하도록 도울 것입니다.

사례 관리 서비스를 받으려면 어떻게 해야 하나요?

사례 관리 서비스를 받으려면, Medi-Cal 치과 서비스 제공자, 의료 서비스 제공자, 사례 관리자, 사례 담당 직원 또는 기타 의료 전문가가 귀하를 위한 의뢰서를 제출해야 합니다. 귀하의 사례가 수락되면 Medi-Cal 사례 관리팀이 귀하의 치료를 조정하는 데 도움을 드릴 것입니다. 사례 관리 서비스가 필요한 경우 치과 서비스 제공자 또는 의료 서비스 제공자와 상의하십시오.

사례 관리 서비스는 치료 조정 서비스와 다른가요?

예. 치료 조정 서비스는 전화 서비스 센터(TSC)에서 제공합니다. 모든

TSC에 전화하는 Medi-Cal 회원은 건강 상태에 관계없이 의료 조정 서비스를 받을 수 있습니다. Medi-Cal 회원은 의료 조정 서비스를 통해 TSC 담당자의 지시와 지원을 받아 치과 서비스에 전화하고 서비스를 받을 수 있습니다. TSC가 귀하를 도울 수 있는 방법에 대한 자세한 내용은 이 안내서의 **문의 방법** 섹션을 참조하십시오.

불만 사항 관련 절차

다음과 같은 사항에 대한 불만을 해소할 수 있는 절차가 마련되어 있습니다.

- 치과 서비스
- 서비스의 질
- 치료 승인 요청의 변경 또는 거부
- Medi-Cal Dental을 통해 제공되는 다른 유형의 서비스

불만 사항의 예:

- 필요한 서비스, 치료 또는 약을 받을 수 없음
- 의학적으로 필요하지 않다는 이유로 서비스가 거부됨
- 방문 시 너무 오래 기다려야 함
- 불량한 서비스를 받거나 무례한 취급을 당함
- 치과 진료실에서 보험혜택이 보장되는 치과 서비스에 대해 지불을 청구함
- 치과 진료실에서 지불할 필요가 없다고 생각되는 내역에 대해 계속 청구서를 보냄

제 서비스 제공자가 요청한 서비스에 대해서 Medi-Cal Dental이 거부하거나 제한하는 경우, 제가 무엇을 할 수 있나요?

귀하의 치과 서비스 제공자가 승인을 요청한 서비스가 거부되거나 이에 제한되는 경우, 귀하의 치과 서비스 제공자에게 연락해 재평가를 요청하거나 새로운 치료 승인 요청을 제출할 수 있는지 물어보십시오.

치료가 변경되거나 거부되는 경우, 치과 서비스 제공자에게 그 이유를 제공합니다. 치과 서비스 제공자는 NOA를 돌려보내 해당 치료를 다시 검토하도록 요청할 수 있습니다. 치과 서비스 제공자는 또한 별도의 이의 제기 절차를 통해 변경 또는 거부된 치료에 대해 이의를 제기할 수 있습니다.

Medi-Cal Dental이 서비스를 거부했거나 변경했는지 제가 어떻게 알 수 있나요?

치과 치료 요청이 거부되거나 변경되는 경우, 귀하는 [Medi-Cal Dental 조치 통보](#)를 받게 될 것입니다. 이 통지는 치과 서비스가 연기, 변경 또는 거부되는 근거를 설명합니다. 또한 귀하가 동의하지 않을 경우 어떻게 할 수 있는지에 대해 알려줍니다.

- **연기** – 수정을 위해 치과 서비스 제공자에게 돌려보냈습니다. 치과 서비스 제공자는 45일 이내에 수정 사항을 돌려보낼 수 있습니다. 제공자가 응답하지 않는 경우, 다른 Medi-Cal Dental 조치 통보를 보내 해당 사실을 알려드립니다.

- **변경** – 서비스가 승인되었지만 치과 서비스 제공자가 요청한 것과 다릅니다.
- **거부됨** – 서비스가 승인되지 않았습니다.

다음 페이지에서 Medi-Cal Dental 조치 통지 양식 샘플 및 조치 근거 코드 안내지를 찾을 수 있습니다. 또한 이 양식은 *Smile, California* [회원 페이지](#)에 18개의 다른 언어로 작성되어 있습니다.

귀하가 받는 모든 통지에 조치 사유 코드 안내지를 보내드립니다. 이 안내지는 귀하가 받으시는 통지에 열거된 각 코드에 대한 설명을 제공합니다. 이 설명은 Medi-Cal Dental이 취한 조치를 이해하는 데 도움이 될 것입니다. 이 통지에 대해 질문이 있는 경우 치과 서비스 제공자에게 문의하거나 전화 서비스 센터에 문의할 수 있습니다. 한국어는 7번을 누르십시오.

거부 또는 변경된 치료에 동의하지 않을 경우 어떻게 해야 하는지에 대한 정보는 본 안내서의 **주정부 심의회 절차** 섹션을 검토하십시오.



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)
Sample				

- 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.

P.O. Box 15539 • Sacramento, CA 95852-1539 • (800) 322-6384

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

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: _____

소시 근거 코드

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

BTN-002 10/20 OCT

- 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 할 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.

불만이 있는 경우 어떻게 해야 하나요? 정식으로 불만 사항을 어떻게 제출하나요?

불만이 있는 경우 먼저 치과 서비스 제공자와 상의하십시오. 종종 치과 서비스 제공자는 귀하의 불만 사항을 신속하게 해결할 수 있습니다. 치과 서비스 제공자와 먼저 상의하고 싶지 않거나 치과 서비스 제공자가 귀하의 불만을 해결할 수 없는 경우, Medi-Cal Dental이 도와드릴 수 있습니다. 불만 사항은 전화 또는 서면으로 접수할 수 있습니다.

전화로 불만 제기

전화로 불만을 제기하려면 전화 서비스 센터(TSC)에 전화하십시오. 귀하의 정보와 치과 서비스 제공자의 이름을 제공해 주십시오. 문제를 설명해 주십시오. 여기에는 관련 서비스 및 조치나 미조치가 포함됩니다. 저희는 전화상으로 문제를 해결하기 위해 모든 노력을 다할 것입니다. 귀하는 불만 사항과 관련된 추가 정보 또는 자료가 포함된 후속 전화를 받으실 수 있습니다.

Medi-Cal Dental 전화 서비스 센터:

1-800-322-6384: 한국어는 7번을 누르십시오

청각 장애인용 문자 전화기(TTY):

1-800-735-2922번으로 문의해주십시오

이메일 또는 우편으로 불만 제기

서면으로 불만 사항을 제출하시는 경우, [Medi-Cal Dental 불만 사항 접수 양식](#)을 *Smile, California* 웹사이트에서 다운로드받을 수 있습니다. 작성한 양식을 MemberFormReturn@delta.org로 전송하거나 Medi-Cal Dental에 다음으로 우편으로 보낼 수 있습니다.

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

Medi-Cal Dental 불만 사항 접수 양식의 샘플이 다음 페이지에 나와 있습니다. 또한 이 양식은 *Smile, California* [회원 페이지](#)에 18개의 다른 언어로 작성되어 있습니다.

보건복지부는 해당하는 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. 보건복지부는 개인을 제외시키거나 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 다르게 대우하지 않습니다. 비차별 정책에 대한 자세한 내용은 보건복지부 웹사이트([여기](#))를 방문하십시오.

일자: _____

이름: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

서비스 양식 ID:

MEDI-CAL Dental 진료 불만 사항 접수 양식

아래의 양식을 작성하여 귀하의 문의 사항이나 불만 사항을 모두 설명하여 주십시오. 아래의 정보는 귀하의 문의 사항이나 불만 사항을 조사하고 해결하기 위해 필요한 중요 정보입니다.

캘리포니아주 MEDI-CAL

보험혜택 식별 카드 번호: _____

전화 번호: (_____) _____

메시지 전화 번호: (_____) _____

대리인(직접 작성하지 않는 경우):

이름: _____

주소: _____

시: _____, 주: _____ 우편 번호: _____

전화 번호: (_____) _____

치과 진료 서비스 제공자의 이름: _____

이름: _____

주소: _____

시: _____, 주: _____ 우편 번호: _____

전화 번호: (_____) _____

P.O Box 15539 □ Sacramento, CA 95852-0609 □ (800) 322-6384

MEDI-CAL DENTAL 진료 불만 사항 접수 양식(2페이지)

불만 사항의 유형:

___ 치과 의사가 의료 서비스를 완전히 제공하지 않았거나 만족스럽지 않았습니다

___ 임상 스크리닝 과정이 만족스럽지 않았습니다

___ 기타

___ 의견(귀하의 문의 사항 또는 불만/고충 사항을 설명해 주십시오. 추가로 작성 공간이 필요한 경우 본 양식의 후면 또는 추가 페이지를 사용하십시오.)

본 양식에 서명 및 날짜를 기입하여 주십시오.

귀하의 치과 진료 서비스 제공자에게서 의료 기록을 제공받아야 할 수도 있습니다. 아래에 서명함으로써 Medi-Cal Dental에 대한 귀하의 치과 진료 기록 제공을 승인하게 됩니다.

서명 _____ 일자 _____

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

저희가 이 정보를 수령하게 되면, 귀하의 문의 사항 또는 불만/고충 사항에 관해 조사한 후 확인한 내용을 알려드리도록 하겠습니다. 해당 문제를 해결하기 위해 진료소의 진료를 받으셔야 할 필요가 있는 경우, 진료 예약 일자, 시간, 장소를 서면으로 알려드리겠습니다.

P.O Box 15539 □ Sacramento, CA 95852-0609 □ (800) 322-6384

불만 사항을 제출한 후에는 어떻게 되나요?

전화로 불만 사항을 접수하는 경우, 저희는 통화 중에 불만 사항을 해결하기 위해 최선을 다할 것입니다. 그러나 해결하기 위해 몇 가지 조치가 필요한 불만 사항이 있을 수 있습니다. 이로 인해, 귀하는 귀하의 불만 사항과 관련된 자세한 정보 또는 업데이트에 대한 후속 전화를 받으실 수 있습니다.

서면으로 불만 사항을 접수하는 경우, 해당 불만 사항을 접수한 날로부터 5일 이내에 해당 불만 사항이 접수되었음을 알려드릴 것입니다. 서면 불만 사항은 Medi-Cal 치과 자문가에게 의뢰될 수 있습니다. 이 자문가가 다음 단계에서 취해질 조치를 결정할 것입니다.

우리는 다음을 할 수 있습니다.

- 귀하 및/또는 치과 서비스 제공자에게 연락합니다.
- 귀하가 임상 스크리닝 검진을 받도록 의뢰합니다.
- 다른 부서에 불만 사항을 보냅니다.

불만 사항을 접수한 후 30일 이내에 결정 및 결정 이유를 요약한 서신을 귀하에게 보내드립니다. 대부분의 불만 사항은 30일 이내에 해결됩니다. 그러나 해결에 더 긴 시간이 걸리는 불만 사항이 있을 수 있습니다. 예를 들면, 귀하가 임상 스크리닝 예약에 참석하기 위해서 추가로 시간이 필요할 수 있습니다.

불만 사항을 제출한 후 진행되는 상황이 마음에 들지 않으면 제가 달리 어떻게 할 수 있나요?

불만 사항 검토에 따른 결정에 만족하지 않으시는 경우, 전화 서비스 센터로 연락하십시오. 귀하는 담당 치과 서비스 제공자로 하여금 치료 승인 요청을 전송하고 다른 임상 스크리닝을 받도록 요청받을 수 있습니다. 여전히 만족스럽지 않으신 경우 주정부 심의회를 요청하실 수 있습니다. Medi-Cal 주정부 심의회에 대해 자세히 알아보려면, 보건복지부 웹사이트([여기](#))를 방문하십시오.

주정부 심의회 절차

귀하의 치과 서비스 제공자가 요청한 치료가 거부되거나 변경된 경우, 불만 사항 접수 결과에 만족하지 않는 경우, 또는 Conlan 환급 요청이 거부된 경우(**치과 서비스 비용** 섹션 참조), California 사회서비스부(CDSS)를 통해 주정부 심의회를 요청할 수 있습니다. 귀하의 지역 사회 서비스 사무실에서 이 요청에 대해 도와드릴 수 있습니다. 카운티 사무실의 전체 목록은 보건복지부 웹사이트([여기](#))에서 확인할 수 있습니다. 주정부 심의회를 요청한다고 해서 치과 서비스를 받을 수 있는 자격에 영향을 미치지 않으며, 심의 요청으로 인해서 처벌 조치를 받지 않습니다. 불만 사항 관련 절차의 전 과정에서 비밀이 유지됩니다.

귀하는 주정부 심의회에서 스스로를 변호할 수 있습니다. 친구, 변호사 또는 다른 어떤 사람이라도 귀하를 대변할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대변하기를 원하시는 경우, 그에 대한 주선은 귀하 스스로의 책임입니다. 무료 법률 지원을 받으려면, CDSS의 공공질의 및 응답국에 1-800-952-5253번으로 문의하십시오. 이곳에서 주정부 심의회에 대한 일반적인 정보를 제공할 수 있습니다.

추가적인 무료 법률 지원을 받으려면 California 소비자 보호국에 1-800-952-5210 또는 TTY 1-800-326-2297번으로 걸어서 문의하십시오. 또한 거주하시는 카운티의 법률구조회(Legal Aid Society)에 1-888-804-3536번으로 걸어 문의하실 수도 있습니다.

언제 주정부 심의회를 요청하나요?

받으신 Denti-Cal Dental 조치 통지에 반대하시는 경우, 다른 치료 계획에 대해 치과 서비스 제공자와 상의하셔서 Medi-Cal Dental 프로그램에서 보험혜택이 보장되는 최선의 치료를 받으셔야 합니다. 다른 치료 계획을 선택할 수 없다고 귀하와 치과 서비스 제공자가 동의하는 경우, 주정부 심의회를 요청할 수 있는 기간은 Denti-Cal Dental 조치 통지에 나온 날짜로부터 90일까지입니다.

절차를 어떻게 시작하나요?

무료 전화번호 1-800-952-5253번으로 전화하시거나 [계정을 생성](#)해서 절차를 시작할 수 있습니다. 아래 주소로 Denti-Cal Dental 조치 통지서 전체 사본을 보내거나 서신을 보낼 수 있습니다.

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

주정부 심의회를 요청하기 위해서 전화하거나 서신을 보낼 때, Denti-Cal Dental 조치 통지서에 나와 있는 문서 컨트롤 번호(DCN: Document Control Number)를 반드시 제공해야 합니다. DCN은 거부된 서비스에 대한 치료 승인 요청을 식별하며, DCN을 제공하면 귀하의 요청을 신속하게 처리하는 데 도움을 줍니다. 불만 사항 사례 결과에 만족하지 않아 주정부 심의회를 요청하기 위해 전화하거나 서신을 보내는 경우, 거부 서신에 포함된 서비스 양식 ID를 포함해야 합니다.

치과 용어 및 기타 정의

Medi-Cal Dental 프로그램에서 사용하는 특별한 의미 또는 기술적 의미를 가진 단어들 많이 있습니다. 일부 치과 용어는 익숙하지 않을 수 있습니다. 다음 용어 설명이 도움이 되었으면 합니다. 질문이 있으신 경우, 전화 서비스 센터에 연락하십시오.

치료 코드: Medi-Cal 보험혜택 보장의 유형을 설명합니다.

이의 제기: 요청하거나 제공된 치료 서비스 거부를 Medi-Cal Dental이 검토하도록 요청하는 정식 요청. 이의 제기는 귀하의 치과 서비스 제공자, 귀하 자신 또는 법정 대리인이 제출할 수 있습니다.

승인: 사전 승인을 참조하십시오.

회원: Medi-Cal 보험혜택을 받을 수 있는 사람

보험혜택 식별 카드(BIC): 보건복지부가 회원에게 발행하는 식별 카드. BIC에는 회원 번호 및 기타 중요 정보가 포함되어 있습니다.

보험혜택: Medi-Cal Dental로 이용할 수 있는 Medi-Cal 치과 서비스 제공자가 제공하는 의학적으로 필요한 치과 서비스.

클리닉(의료 클리닉): 클리닉은 주로 외래 환자 진료에 초점을 맞춘 의료 시설입니다. 클리닉에서 치과 서비스를 받으려면, 클리닉과 클리닉 제공자가 Medi-Cal에 등록해야 합니다. *Smile, California* [치과의사 찾기 페이지](#)에서 가까운 등록 치과 클리닉을 검색할 수 있습니다. 클리닉이 등록되었는지 또는 신규 환자를 받는지에 관해 질문이 있으시면, 전화 서비스 센터로 전화하십시오.

임상 스크리닝: 다른 Medi-Cal 치과 서비스 제공자가 제안하거나 제공한 치료에 대한 소견을 제공하기 위해 치과 서비스 제공자가 실시하는 검진. 특정 상황에서 Medi-Cal Dental 프로그램이 임상 스크리닝을 요구할 수 있습니다.

불만 사항: 회원 또는 회원을 대신하여 치과 서비스 제공자가 제출하는 분쟁, 재고려 요청 또는 이의제기를 포함하는 불만족의 구두 또는 서면상의 표현.

코페이먼트: 치과 서비스 제공자 수수료 중에서 회원이 지불하는 금액.

보험혜택 보장 서비스: Medi-Cal의 보험혜택이며 적절한 Medi-Cal 회원이 이용할 수 있는 치과 시술. Medi-Cal Dental은 치과 서비스 제공자가 제공하는 Medi-Cal Dental 프로그램의 보험혜택이 보장되는 의학적으로 필요한 서비스에 대해서만 지불합니다.

치과 전문의: 근관치료(치근관), 구강 수술, 소아 치과 치료(아동 치과 치료), 치주요법(치아 주변의 잇몸과 뼈 관리), 치아교정(교정기)과 같은 전문 치과 치료를 제공하는 제공자.

조기 및 정기 스크리닝, 진단 및 치료(EPSTD): EPSTD를 통해 Medi-Cal에 등록한 만 21세 미만 어린이가 예방적(스크리닝) 치과 서비스를 받고 건강 상태를 교정하거나 개선하기 위해 의학적으로 필요한 진단 및 치료 서비스를 받을 수 있습니다.

적격성: Medi-Cal 보험혜택을 받기 위한 요건에 부합함을 의미.

응급 치과 상태: 즉각적인 처치를 받지 않는 경우 개인의 건강을 위협하게 하거나 중증의 통증 또는 기능 장애를 초래할 것으로 합리적으로 예상할 수 있는 치아 상태.

근관치료 전문의: 치아의 신경 및 치근의 질병 및 부상을 치료하는 데 진료를 제한하는 치과 전문의.

전체 범위 Medi-Cal: 전범위 Medi-Cal은 저소득 개인에게 보건 의료 서비스를 제공합니다. Medi-Cal에 등록된 모든 아동, 위탁 아동 및 이전에 위탁 보호를 받았던 26세 이하의 청소년, 임산부, 맹인 또는 장애인은 전범위 보장을 받습니다.

식별: 운전면허증과 같이 개인이 누구인지 사진으로 증명할 수 있는 수단을 의미합니다.

제한사항: 허용된 서비스 횟수, 허용된 서비스 종류 및 가장 적절한 서비스를 의미합니다.

Medi-Cal Dental: Medi-Cal Dental 서비스별 비용지급 프로그램.

의학적으로 필요: 치아, 잇몸 및 지지 구조의 치료를 위해 필요한 보험혜택 보장 서비스로서 (a) 전문적으로 인정된 표준 관행에 따라 제공되고, (b) 치과 상태와 일관된 치료의 치과 서비스 제공자가 결정하며, (c) 잠재적인 위험, 혜택 및 대안적인 보험혜택 보장 서비스를 고려하여 가장 적절한 서비스의 유형, 공급 및 수준입니다.

기타 건강 보험혜택 보장/기타 건강보험: 사실 치과 플랜, 보험 프로그램, 기타 주 또는 연방 치과 서비스 프로그램 또는 기타 계약이나 법적 자격 권리에 따른 치과 관련 서비스를 위한 보험혜택 보장.

구강 수술의: 입, 턱 및 안면의 질병, 부상, 변형, 결함 및 외모에 대한 진단 및 수술적 치료에 진료를 제한하는 치과 전문의.

치과교정전문: 교정기와 같이 윗니와 아랫니가 서로 맞는 데 대한 예방 및 치료에 진료를 제한하는 치과 전문의.

소아 치과 서비스 제공자: 출생에서 십대까지 아동의 치료에 진료를 제한하며 일차 치과 치료 및 전체 범위 예방 치료 서비스를 제공하는 치과 전문의.

치주학과 전문의: 잇몸 및 치아 주변 조직의 질병의 치료에 진료를 제한하는 치과 전문의.

임신 관련: 임신 관련 서비스는 의학적으로 임신이 확정된 날부터 산후(출산 이후) 12개월까지 이용할 수 있습니다. 임산부는 치료 코드 및/또는 보험혜택 범위와 관계없이 모든 기타 시술 요건 및 기준에 부합하는 경우 모든 보험혜택 보장 치과 시술을 받을 수 있습니다.

사전 승인: 서비스 수행 전 허가를 위해 치과 서비스 제공자가 하는 요청. 허가된 서비스에 대해서 치과 서비스 제공자는 Medi-Cal Dental로부터 승인 통지(NOA)를 받습니다. 치과 치료가 연기, 변경 또는 거부되는 경우, 회원은 Medi-Cal Dental 조치 통보를 받게 됩니다.

치과보철 전문의: 소실된 치아를 의치, 브릿지 또는 기타 대체물로 교체하는 데에 진료를 제한하는 치과 전문의.

제공자: Medi-Cal 회원에게 구강 의료 서비스를 제공하기 위해 Medi-Cal Dental 프로그램에 등록된 개인 치과 서비스 제공자, 대체 진료 등록 치과위생사, 치과 그룹, 치과 대학 또는 클리닉.

대체 진료 등록 치과위생사(RDHAP): 개인 진료소 운영 면허가 있는 치과 위생사. RDHAP는 가정, 학교, 주거 시설 및 서비스가 부족한 지역에서 치과 위생(스케일링) 서비스를 제공합니다.

제한 범위: 응급 서비스에만 제한됨.

비용 공유: Medi-Cal이 치과 또는 의료 서비스 비용을 지급하기 전 건강 또는 치과 서비스에 대해 매달 지급하거나 지급하기로 약속한 금액.

요건: 귀하가 반드시 해야 하는 것 또는 따라야 하는 규칙을 의미합니다.

책임: 귀하가 해야 하는 것 또는 하도록 기대되는 것을 의미합니다.

주정부 심의회: 주정부 심의회는 회원이 거부되거나 수정된 치료 승인 요청에 대한 재평가를 요청하는 법적 절차입니다. 이는 또한 환급 사례의 재평가를 회원 또는 치과 서비스 제공자가 요청할 수 있도록 합니다.

치료 승인 요청: 치료를 시작할 수 있기 전에 특정 보험혜택 보장 서비스의 허가를 위해 Medi-Cal Dental 치과 서비스 제공자가 제출하는 요청. 치료 승인 요청은 특정 서비스의 경우 및 특수 상황에서 필요합니다.

귀하의 권리 및 책임

Medi-Cal 프로그램에서 제 권리와 책임은 무엇인가요?

Medi-Cal을 신청할 때, 귀하의 권리와 책임이 나열된 목록을 받습니다. 여기에는 주소 및 소득 변경 신고 또는 누군가가 임신을 하거나 출산을 하는 경우 보고해야 하는 요건도 포함합니다. 귀하의 권리와 책임에 대한 최신 목록은 [여기](#)에서 확인할 수 있습니다. 또한 [여기](#)에서 보건복지부 비차별 정책을 찾을 수 있습니다.

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 존중과 존엄으로 대우받을 권리.
- 귀하가 받을 자격이 있는 Medi-Cal Dental 프로그램의 보험혜택이 보장되는 치과 서비스를 등록 치과 서비스 제공자로부터 받을 권리.
- 합당한 시간 내에 예약이 확정될 권리.
- 적절하거나 의학적으로 필요한 치료 선택을 포함한 귀하의 치과 치료 관련 필요사항에 대한 논의와 결정에 참여할 권리.
- 귀하의 치과 기록이 비밀로 유지될 권리. 이는 귀하의 서면 허락 없이, 또는 법적으로 허용되는 경우가 아니라면 저희가 귀하의 치과 서비스 정보를 공유하지 않는다는 의미입니다.
- Medi-Cal Dental 또는 제공받은 치과 서비스에 대한 우려사항을 표현할 권리.
- Medi-Cal Dental, 이용할 수 있는 서비스 및 치과 서비스 제공자에 대한 정보를 받을 권리.
- 치과 기록을 열람할 권리.
- 귀하가 비용을 부담하지 않고 통역사를 요청할 권리.
- 가족이나 친구가 아닌 통역사를 이용할 권리.
- 귀하의 언어를 구사할 필요가 충족되지 않을 경우 불만 사항을 제출할 권리.

귀하의 책임은 다음과 같습니다.

- 치과 서비스 제공자와 Medi-Cal에 정확한 정보를 제공할 책임.
- 귀하의 치과 문제를 이해하고 치과 서비스 제공자와 함께 치료 목표를 설정하는 데 가능한 한 많이 참여할 책임.
- 서비스를 받을 때 항상 보험혜택 식별 카드를 제공할 책임.
- 치과 상태에 대해 질문하고, 제공되는 설명과 지침을 귀하가 명확하게 이해하고 있는지 확인할 책임.
- 치과 예약을 잡고 지킬 책임. 예약을 취소해야 하는 경우, 최소 24시간 전에 치과 서비스 제공자에게 알려야 합니다.

- 주소, 가족 상태 또는 기타 건강의료 보험혜택의 변경에 관한 정보를 신속히 알림으로써 Medi-Cal Dental이 정확한 최신 의료 기록을 유지할 수 있도록 도울 책임.
- 치과 서비스 제공자가 잘못된 청구서를 귀하에게 보내거나, 귀하가 불만 사항이 있는 경우 되도록 빨리 Medi-Cal Dental에 알릴 책임.
- 모든 Medi-Cal Dental 직원과 치과 진료실을 존중과 예의로 대우할 책임.

귀하의 개인정보 보호는 저희에게 중요합니다

이 섹션은 의료 정보가 어떻게 사용 및 공개되는지에 대한 정보를 제공받는 방법에 대해 설명합니다. 또한 귀하의 정보를 어떻게 열람할 수 있는지에 대해서도 설명합니다.

개인정보보호 실행사항 통지

보건복지부에서 Medi-Cal 가입 자료집의 일부로 개인정보보호 실행사항 통지를 우편으로 보내드립니다. 또한 [여기](#)에서 온라인으로 사본을 열람할 수 있습니다. 이 통지는 귀하의 건강 정보에 대한 귀하의 개인정보 보호 권리 및 선택에 대해 설명합니다.

Medi-Cal Dental이 가지고 있는 저에 관한 보호 대상 건강 정보를 제가 어떻게 볼 수 있나요?

귀하는 Medi-Cal Dental이 관리하고 있는 귀하의 보호 대상 건강 정보 기록의 열람을 요청할 수 있는 권리가 있습니다. 또한 이 기록의 사본을 요청할 권리가 있습니다. 기록 복사 및 우편 발송 비용이 귀하에게 청구될 수 있습니다. 저희가 귀하의 요청을 접수한 후 30일 이내에 답변을 받으실 것입니다.

귀하의 California 운전면허증, DMV(차량관리부) ID 카드 또는 귀하의 신분을 입증할 수 있는 기타 신분증 사본을 저희에게 보내셔야 합니다. 또한 귀하의 주소를 확인할 수 있는 문서도 보내셔야 합니다.

[여기](#)에서 개인 건강 정보 요청 양식을 다운로드할 수 있습니다. 전화 서비스 센터에 전화하여 사본을 요청할 수도 있습니다.

작성한 양식을 귀하의 ID 사본과 함께 아래 주소로 우편으로 보내십시오.

Medi-Cal Dental Program
 Attn: HIPAA Privacy Contact
 P.O. Box 15539
 Sacramento, CA 95852-1539

참고: 보호된 건강 정보를 부정하게 입수하려는 일체의 시도는 법적 처벌의 대상입니다.

Medi-Cal Dental은 귀하가 저희에게 제공하는 정보를 보호하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 허가되지 않은 열람 또는 공개를 방지하며 자료의 정확성을 유지하고 정보의 적절한 사용을 보장하기 위해 Medi-Cal Dental은 수집된 정보를 물리적으로, 그리고 관리적으로 적절히 보호할 수 있는 절차를 마련해 두고 있습니다.