

**เอกสารแจ้งข้อมูลการดำเนินการของ MEDI-CAL DENTAL
และเอกสารนี้ไม่ใช่ใบเรียกเก็บเงิน**

--	--

ชื่อหน่วยบริการ:

รหัส MEDS:
DCN:
MRDCN:

หน้า จาก
วันที่ของคำขอ:
ชื่อสมาชิก:

Medi-Cal Dental ได้ดำเนินการกับคำขอจากทันตแพทย์ของคุณสำหรับการรักษาของคุณ ตามข้อ 22 ของรหัสระเบียบข้อบังคับแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย มาตรา 51003, 51307 และคู่มือกฎเกณฑ์แล้ว ทั้งนี้มีอย่างน้อยหนึ่งรายการที่ไม่สามารถจะอนุมัติได้ หรือจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยน กรณาดข้อมูลอ้างอิงสำหรับคำอธิบายเหตุผลและรหัสการดำเนินการที่ระบุไว้จากรายการที่แนบมานี้ นอกจากนี้ยังสามารถตรวจสอบข้อกำหนดขั้นต่ำโดยเฉพาะได้ในคู่มือผู้ให้บริการของ Medi-Cal Dental ภายใต้ข้อที่ 5 ที่ชื่อว่า "คู่มือกฎเกณฑ์" ภายใต้หมายเลขขั้นตอนดำเนินการเฉพาะที่ระบุไว้ในรายการด้านล่าง
สำเนาเอกสารนี้มีอยู่ที่สำนักงานทันตแพทย์ของ Medi-Cal

พื้นที่หรือส่วนโค้งแนวนอน	รายละเอียดการรักษา	หมายเลขขั้นตอน	การดำเนินการขอ Medi-Cal Dental	รหัสเหตุผลสำหรับการดำเนินการด้านกา ร (โปรดดูเอกสารแนบสำหรับคำอธิบาย)

- คุณสามารถปรึกษาเรื่องแผนการรักษากับทันตแพทย์ของคุณเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุดที่สามารถให้อนุญาตได้ภายใต้โปรแกรมของ Medi-Cal Dental
- หากคุณมีคำถามใดก็ตามเกี่ยวกับดำเนินการนี้ กรุณาติดต่อทันตแพทย์ของคุณหรือ Medi-Cal Dental ได้ที่ 1-800-322-6384 เพื่อขอคำอธิบายโดยละเอียดเพิ่มเติม
- หาก你不เพียงพอใจในการดำเนินการตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในเอกสารแจ้งข้อมูลฉบับนี้ คุณต้องยื่นขอการพิจารณาจากรัฐภายใน 90 วันนับตั้งแต่วันที่ระบุไว้ในเอกสารแจ้งข้อมูลฉบับนี้ กรุณาอ่านข้อมูลที่อยู่ด้านหลังของเอกสารแจ้งข้อมูลฉบับนี้ สำหรับข้อมูลเรื่องการยื่นขอการพิจารณาคำร้อง

หากคุณไม่พึงพอใจในการดำเนินการตามรายละเอียดที่ระบุไว้
ในเอกสารแจ้งข้อมูลฉบับนี้ คุณต้องยื่นขอการพิจารณาจากรัฐภายใน 90
วันนับตั้งแต่วันที่ที่ระบุไว้ในเอกสารแจ้งข้อมูลฉบับนี้

วิธีการยื่นขอการพิจารณาคำร้อง:

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

หรือ

คุณสามารถโทรติดต่อด้วยหมายเลขโทรศัพท์ที่หน่วยตอบรับและสอบถามเพื่อสาธารณะ (Public
Inquiry and Response Unit) 1-800-952-5253 (มีเจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือในภาษาอื่น
ที่นอกเหนือจากภาษาอังกฤษ)

หรือ

คุณสามารถโทรติดต่อด้วยหมายเลขโทรศัพท์ของ TDD: 1-800-952-
8349

ระเบียบข้อบังคับของรัฐ:

สำเนาของข้อ 22 ของรหัสระเบียบข้อบังคับแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย มาตรา 5095 1, 51014.1 และ
51014.2 ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับการพิจารณาของรัฐ มีอยู่ที่สำนักงานบริการสังคมประจำเขตเคาน์ตี
(County social services office) หรือห้องสมุดท้องถิ่นของคุณ

ตัวแทนที่ได้รับแต่งตั้ง:

คุณสามารถเป็นตัวแทนให้แก่ตนเองได้ที่สถานที่พิจารณาคดี หรือให้เพื่อน ทนาย หรือบุคคลอื่นใด
เป็นตัวแทนของคุณก็ได้คุณต้องจัดเตรียมตัวแทนของคุณด้วยตนเอง
คุณสามารถสอบถามหมายเลขโทรศัพท์ขององค์กรความช่วยเหลือด้านกฎหมายได้โดยการโทรติดต่อ
ด้วยหมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยตอบรับและสอบถามเพื่อสาธารณะ
หรือจากสำนักงานบริการสังคมประจำเคาน์ตีของคุณ

ฉันต้องการนักแปล (ที่ฉันไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย)

ภาษาหรือภาษาท้องถิ่นของฉันคือ: _____

คำแถลงเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติ

การเลือกปฏิบัติมีความผิดตามกฎหมาย โปรแกรม Medi-Cal Dental (การจ่ายค่าบริการตามที่ใช้ (Fee-For-Service) ของ Medi-Cal Dental)

ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสิทธิพลเมืองระดับรัฐและรัฐบาลกลาง Medi-Cal Dental ไม่ทำผิดกฎหมายในเรื่องการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล หรือให้การรักษาที่ไม่เท่าเทียมกัน เนื่องจากเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ ชาติกำเนิด อัดลักษณะของกลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความทุพพลภาพทางจิต ความทุพพลภาพทางกาย สภาวะทางสุขภาพ ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานะการสมรส เพศ อัดลักษณะทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ

Medi-Cal Dental ให้บริการ:

- ความช่วยเหลือและบริการฟรีแก่บุคคลที่มีความทุพพลภาพเพื่อช่วยเหลือกลุ่มบุคคลเหล่านี้ให้สามารถสื่อสารได้ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น
 - ✓ ล่ามภาษามือที่มีใบรับรองคุณสมบัติ
 - ✓ ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบอื่น (ตัวอักษรขนาดใหญ่ เสียง รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถใช้งานได้ รูปแบบอื่นๆ)
- บริการภาษาฟรีแก่บุคคลที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาแรก ตัวอย่างเช่น
 - ✓ ล่ามที่มีใบรับรองคุณสมบัติ
 - ✓ ข้อมูลที่เขียนด้วยภาษาอื่น

หากคุณต้องการบริการเหล่านี้ โปรดติดต่อ Medi-Cal Dental ระหว่างเวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น. วันจันทร์ถึงศุกร์โดยการโทรติดต่อหมายเลข 1-800-322-6384 หรือหากคุณไม่สามารถได้ยินหรือพูดได้ตึ๊ง กรุณาโทรติดต่อหมายเลข 1-800-735-2922 สำหรับความช่วยเหลือการพิมพ์โทรสาร (TTY) ให้พนักงานตอบรับโทรศัพท์โทรติดต่อหมายเลขโทรฟรีที่ 1-800-322-6384

วิธียื่นเรื่องราวร้องทุกข์

หากคุณเชื่อว่า Medi-Cal Dental มีความบกพร่องในการจัดหาบริการเหล่านี้ หรือทำผิดกฎหมายโดยการเลือกปฏิบัติด้วยวิธีการใดก็ตามเนื่องจากเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ ชาติกำเนิด อัดลักษณะของกลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความทุพพลภาพทางจิต ความทุพพลภาพทางกาย สภาวะทางสุขภาพ ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานะการสมรส เพศ อัดลักษณะทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ คุณสามารถยื่นเรื่องราวร้องทุกข์กับ Medi-Cal Dental ได้ คุณสามารถยื่นเรื่องราวร้องทุกข์ทางโทรศัพท์ หรือโดยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร

- โดยโทรศัพท์: โทรติดต่อศูนย์บริการทางโทรศัพท์ Medi-Cal Dental ระหว่างเวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น. วันจันทร์ถึงศุกร์โดยการโทรติดต่อหมายเลข 1-800-322-6384 หรือหากคุณไม่สามารถได้ยินหรือพูดได้ตึ๊ง กรุณาโทรติดต่อหมายเลข 1-800-735-2922
- โดยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร: กรอกแบบฟอร์มคำร้องเรียน หรือเขียนจดหมายแล้วส่งไปที่

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

Sample

สำนักงานสิทธิพลเมือง – กระทรวงบริการดูแลสุขภาพแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย

คุณสามารถยื่นคำร้องเรียนเรื่องสิทธิพลเมืองต่อกระทรวงบริการดูแลสุขภาพแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย สำนักงานสิทธิพลเมืองทางโทรศัพท์ ทางจดหมายหรือด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้เช่นกัน

- **โดยโทรศัพท์:** โทรหมายเลข **916-440-7370**.
หากคุณไม่สามารถได้ยินหรือพูดได้ดีนัก กรุณาโทรติดต่อหมายเลข **711**
(บริการถ่ายทอดสัญญาณการสื่อสาร)
- **โดยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร:** กรอกแบบฟอร์มคำร้องเรียน หรือส่งจดหมายไปที่:

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

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

- **ระบบอิเล็กทรอนิกส์:** ส่งอีเมลไปที่ CivilRights@dhcs.ca.gov

สำนักงานสิทธิพลเมือง – กระทรวงบริการดูแลสุขภาพและมนุษย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา

หากคุณเชื่อว่าคุณถูกเลือกปฏิบัติเนื่องจาก เชื้อชาติ สีผิว ชนชาติกำเนิด อายุ ความทุพพลภาพหรือเพศ

คุณสามารถยื่นคำร้องเรียนต่อกระทรวงบริการดูแลสุขภาพและมนุษย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา สำนักงานสิทธิพลเมือง ทางโทรศัพท์ ทางจดหมายหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้

- **โดยโทรศัพท์:** โทรหมายเลข **1-800-368-1019**
หรือหากคุณไม่สามารถได้ยินหรือพูดได้ดีนัก กรุณาโทรติดต่อหมายเลข
TTY/TDD **1-800-537-7697**
- **โดยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร:** กรอกแบบฟอร์มคำร้องเรียน หรือส่งจดหมายไปที่:

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

แบบฟอร์มคำร้องเรียนมีอยู่ที่ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **ระบบอิเล็กทรอนิกส์:** เข้าไปที่พอร์ทัลของสำนักงานสิทธิพลเมืองที่:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

รหัสเหตุผลสำหรับการดำเนินการ

- | | |
|---|---|
| <p>01 สิทธิ (รหัสช่วยเหลือ) ของคุณครอบคลุมเฉพาะบริการฉุกเฉินเท่านั้น</p> <p>02 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะในช่องปากในปัจจุบันของคุณที่ทันตแพทย์ของคุณส่งมาไม่ตรงตามข้อกำหนดขั้นต่ำของเราสำหรับการอนุมัติบริการนี้</p> <p>03 คำขอสำหรับการรักษาทางทันตกรรมมีการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับสถานะในช่องปากในปัจจุบันของคุณที่ทันตแพทย์ของคุณส่งมาให้หรือตามแนวทางปฏิบัติของโปรแกรม</p> <p>04 บันทึกของเราระบุว่าได้เคยอนุมัติ จ่ายเงิน หรือเสร็จสิ้นบริการนี้หรือบริการที่คล้ายกันนี้แล้ว (ตัวอย่างเช่น ในบางกรณีมีการจำกัดจำนวนหัตถการการรักษาวีทีหนึ่งครั้งภายในเวลา 12 เดือน หรือหนึ่งครั้งภายในห้า (5) ปีและไม่สามารถอนุมัติอีกได้ ยกเว้นภายใต้สภาพการพิเศษซึ่งจะต้องมีการบันทึกเอกสารไว้โดยทันตแพทย์ของคุณ)</p> <p>05 เราไม่สามารถยืนยันการลงทะเบียนเข้าร่วมโปรแกรมนี้ในวันที่ที่มีการส่งค่าขอนี้จากทันตแพทย์ของคุณ</p> <p>06 บริการที่ผู้ให้บริการด้านทันตกรรมของคุณร้องขอมาไม่ใช่สิทธิประโยชน์ของโปรแกรมนี้ กรุณาติดต่อผู้ให้บริการของคุณสำหรับแผนการรักษาอื่น</p> <p>07 ไม่มีชื่อของคุณอยู่ในกำหนดการตรวจคัดกรองที่ระบุไว้ หรือไม่ได้เข้าฟันปลอม (ฟันปลอมทั้งชุดหรือฟันปลอมบางซี่) ที่มีอยู่มาช่วยในการนัดตรวจของคุณ กรุณาติดต่อทันตแพทย์ของคุณเพื่อการส่งค่าขออีกครั้ง</p> <p>08 ทันตแพทย์ของคุณไม่ได้ส่งข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการดำเนินการตามคำขอนี้มาให้เรา กรุณาติดต่อทันตแพทย์ของคุณสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษานี้</p> <p>09 ผลการเอ็กซเรย์แสดงว่าฟันซี่นี้มีคุณสมบัติไม่ตรงตามข้อกำหนดสำหรับการครอบฟัน ฟันซี่นี้อาจรักษาได้ด้วยการอุดฟัน</p> <p>10 ผลการเอ็กซเรย์แสดงว่าฟันซี่นี้/เหล่านี้อาจมีการติดเชื้อ กรุณาติดต่อทันตแพทย์ของคุณเนื่องจากอาจจะต้องรับบริการอื่นก่อน</p> | <p>11 ตามผลการเอ็กซเรย์ บันทึกการรักษา และ/หรือข้อมูลที่ยืนยันโดยการตรวจคัดกรองทางคลินิกของคุณ คุณไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดแบบล้ำลึก</p> <p>12 ไม่สามารถอนุมัติบริการนี้ได้เนื่องจากบริการนี้มีความเกี่ยวข้องกับหัตถการการรักษาที่ถูกปฏิเสธในแผนการรักษาเดียวกันซึ่งทันตแพทย์ของคุณเคยยื่นส่ง</p> <p>13 ตามข้อมูลจากทันตแพทย์ของคุณ และ/หรือจากการตรวจคัดกรองทางคลินิก สถานะในช่องปากในปัจจุบันของคุณไม่เปลี่ยนแปลงและบริการที่ร้องขอจึงไม่จำเป็นสำหรับตอนนี้</p> <p>14 ตามผลการเอ็กซเรย์ และ/หรือข้อมูลที่ได้รับการยืนยันจากการตรวจคัดกรองทางคลินิกของคุณ ฟันซี่นี้/เหล่านี้อาจมีการสึกกร่อนตามธรรมชาติ หรือเนื่องจากการบดกัดหรือนอนกัดฟันของคุณ บริการที่ร้องขอไม่ใช่สิทธิประโยชน์ของโปรแกรม ยกเว้นกรณีที่มีฟันผุหรือฟันแตกกร้าว</p> <p>15 ผลการเอ็กซเรย์ระบุว่าฟันซี่นี้มีการหักมากเกินไปที่จะแก้ไขได้ ทันตแพทย์ของคุณอาจจะแนะนำการรักษาวิธีอื่นได้</p> <p>16 บันทึกของเราระบุว่าฟันซี่นี้ได้รับการแก้ไขแล้วด้วยวิธีการอุดฟันหรือการครอบฟันด้วยสแตนเลสสตีล</p> <p>17 การเอ็กซเรย์แสดงผลว่าไม่สามารถอนุมัติบริการที่ร้องขอนี้ได้เนื่องจากโรคเหงือกได้ทำลายกระดูกรอบๆ ฟันซี่นี้แล้ว ทันตแพทย์ของคุณอาจจะแนะนำการรักษาวิธีอื่นได้</p> <p>18 ข้อกำหนดขั้นต่ำสำหรับการรักษาด้วยการจัดฟันไม่สามารถยืนยันได้</p> <p>19 ฟันปลอมบางซี่อาจมีประโยชน์เฉพาะเมื่อมีฟันปลอมทั้งชุดที่สวมใส่อีกด้านหนึ่งเท่านั้น</p> <p>20 การรักษารากฟันจะต้องดำเนินการเสร็จโดยเป็นที่น่าพึงพอใจก่อนที่จะมีการพิจารณาการครอบฟัน</p> <p>21 ฟันยังขึ้นไม่เต็มที่ ทันตแพทย์ของคุณอาจจะแนะนำการรักษาวิธีอื่นได้</p> <p>22 ไม่มีความจำเป็นต้องทำการรักษาเนื่องจากไม่มีทั้งผลการเอ็กซเรย์และเอกสารสนับสนุนว่ามีภาวะบาดเจ็บของเส้นประสาท</p> |
|---|---|

- 23 ฟันปลอมชั่วคราวอาจมีประโยชน์เฉพาะเพื่อใช้ทดแทนฟันด้านหน้าที่ขาดหายไปแบบถาวร
- 24 ผลการเอกซเรย์แสดงว่าจำเป็นต้องมีการถอนฟันเพิ่มเติมก่อนที่จะอนุมัติแผนการรักษา กรุณาติดต่อทันตแพทย์ของคุณ
- 25 ตามข้อมูลที่ทันตแพทย์ของคุณยื่นส่ง ฟันหลายซี่ของคุณอยู่ในสภาพแย่มาก ซึ่งการทำฟันปลอมบางซี่ตามที่ร้องขอนั้นไม่ใช่สิทธิประโยชน์ภายใต้โปรแกรมนี้
- 26 ตามข้อมูลที่ทันตแพทย์ของคุณยื่นส่ง ฟันหลายซี่ของคุณอยู่ในสภาพดีและไม่ควรที่จะแทนที่ฟันเหล่านี้ด้วยฟันปลอมทั้งหมด
- 27 ตามข้อมูลที่ทันตแพทย์ของคุณยื่นส่ง คุณไม่มีฟันปลอมทั้งชุดที่อีกด้านหนึ่ง ดังนั้นคุณจึงไม่มีสิทธิ์สำหรับฟันปลอมแบบโลหะบางซี่ อย่างไรก็ตาม หากฟันด้านหน้าของคุณขาดหายไป คุณก็มีสิทธิ์สำหรับฟันปลอมบางซี่แบบถอดได้
- 28 ตามผลการเอกซเรย์ บันทึกการรักษาและ/หรือข้อมูลที่ได้รับจากการตรวจคัดกรองของคุณ ฟันและ/หรือเหงือกของคุณอยู่ในสภาพแย่งซึ่งการรักษาที่ร้องขอไม่ใช่สิทธิประโยชน์ภายใต้โปรแกรมนี้ ทันตแพทย์ของคุณอาจจะแนะนำการรักษาวิธีอื่นได้
- 29 ค่าขอรับบริการทันตกรรมของคุณถูกส่งกลับไปยังผู้ให้บริการทันตกรรมของคุณเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ผู้ให้บริการของคุณมีเวลา 45 วันในการส่งข้อมูลที่ร้องขออีกครั้ง คุณไม่จำเป็นต้องดำเนินการใดๆ แต่คุณสามารถติดต่อทันตแพทย์ของคุณเกี่ยวกับค่าขอนี้ได้ ค่าขอการพิจารณาจากรัฐไม่ใช่ทางเลือกในขณะนี้
- 30 สะพานฟันแบบถาวรสามารถอนุญาตให้ได้ในกรณีที่สภาวะทางการแพทย์ทำให้ไม่สามารถใช้ฟันปลอมแบบถอดได้
- 31 ฟันอยู่ในตำแหน่งผิดปกติและไม่สามารถซ่อมแซมได้ภายใต้โปรแกรมนี้
- 32 ตามข้อมูลที่ได้รับจากการตรวจคัดกรองฟันปลอมในปัจจุบันของคุณมีสภาพดีในขณะนี้
- 33 ตามการตรวจคัดกรองเมื่อไม่นานมานี้ของคุณ ฟันปลอมไม่ใช่วิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับคุณ กรุณาติดต่อทันตแพทย์ของคุณสำหรับทางเลือกอื่นๆ
- 34 ฟันปลอมที่ร้องขอไม่ได้รับการอนุมัติเนื่องจากมีฟันเหลืออยู่ในส่วนโค้งแนวฟันมากพอที่จะรองรับฟันปลอมได้
- 35 ในระหว่างการตรวจคัดกรองของคุณ คุณแจ้งว่าคุณไม่ต้องการรับบริการทันตกรรมในขณะนี้ หรือคุณต้องการรับการตรวจโดยทันตแพทย์อีกราย
- 36 มีการปรับเปลี่ยนจำนวนการนัดพบแพทย์ที่อนุมัติเนื่องจากคุณจะมีอายุครบ 21 ปีบริบูรณ์ก่อนที่การรักษาจะเสร็จสิ้น กรุณาติดต่อทันตแพทย์ของคุณ
- 37 ฟันซี่นี้ไม่แสดงอยู่ในภาพเอกซเรย์ที่ส่งมา
- 38 ตามผลการเอกซเรย์และ/หรือข้อมูลที่เราได้รับจากการตรวจคัดกรองของคุณ คุณจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมจากทันตแพทย์ของคุณก่อนที่จะมีการพิจารณาการทำหัตถการการรักษานี้
- 39 ผลการเอกซเรย์แสดงให้เห็นว่ามีพื้นที่ไม่มากพอสำหรับฟันปลอมที่ร้องขอ
- 40 โปรแกรมนี้ไม่ครอบคลุมการจัดฟันขณะที่ยังคงมีฟันน้ำนมปรากฏอยู่
- 41 ตามผลการเอกซเรย์และข้อมูลที่ได้รับจากการตรวจคัดกรองของคุณ คุณบดกัดหรือนอนกัดฟันของคุณ โปรแกรมไม่ครอบคลุมบริการสำหรับสภาวะนี้
- 42 หัตถการการรักษานี้ไม่ใช่สิทธิประโยชน์สำหรับฟันเด็กทารกหรือฟันทารกที่ได้หลุดร่วงไปแล้ว ทันตแพทย์ของคุณอาจจะเสนอการรักษาวิธีอื่นสำหรับสภาวะของคุณ
- 43 หัตถการการรักษาที่ร้องขอจะไม่แก้ปัญหาทางทันตกรรมของคุณ ทันตแพทย์ของคุณอาจจะเสนอการรักษาวิธีอื่นสำหรับสภาวะของคุณ
- 44 ตามข้อมูลที่ได้รับจากทันตแพทย์ของคุณ บริการที่ร้องขอนั้นเป็นบริการเนื่องจากเหตุผลทางศัลยกรรมตกแต่งเท่านั้น บริการเพื่อวัตถุประสงค์ทางศัลยกรรมตกแต่งเท่านั้นไม่ใช่สิทธิประโยชน์ของโปรแกรมนี้
- 45 ฟันปลอมในปัจจุบันของคุณสามารถแก้ไขได้โดยการเปลี่ยนส่วนด้านในของฟันปลอม
- 46 เราไม่สามารถยืนยันสิทธิ์ของคุณในโปรแกรมนี้ได้
- 47 ทันตแพทย์ของคุณจะต้องติดต่อโปรแกรมหน่วยบริการสำหรับเด็กประจำรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Children's Services) ก่อนที่จะส่งหัตถการการรักษานี้สำหรับการชำระเงินหรือการอนุมัติ
- 48 บริการ EPSDT ไม่ใช่สิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยอายุ 21 ปีขึ้นไป
- 49 บริการ EPSDT ที่ร้องขอไม่ใช่บริการที่เป็นความจำเป็นทางการแพทย์