

THÔNG BÁO VỀ HÀNH ĐỘNG CỦA
MEDI-CAL DENTAL ĐÂY KHÔNG
PHẢI LÀ HÓA ĐƠN

--	--

TÊN VĂN PHÒNG DỊCH VỤ:

ID MEDS:
DCN:
MRDCN:

TRANG /
NGÀY YÊU CẦU:
TÊN HỘI VIÊN:

Medi-Cal Dental đã xử lý yêu cầu của nha sĩ về việc điều trị của quý vị theo Tiêu đề 22, Bộ luật Quy chế California, Mục 51003, 51307 và Hướng dẫn về Tiêu chí. Ít nhất một trong các mục không được phê duyệt hoặc cần sửa đổi. Vui lòng tham khảo danh sách kèm theo để được giải thích về (CÁC) MÃ LÝ DO CHO HÀNH ĐỘNG được liệt kê. Ngoài ra, quý vị có thể tìm thấy các yêu cầu tối thiểu cụ thể trong Sổ tay Người chăm sóc của Medi-Cal Dental, theo Mục 5 có tên "HƯỚNG DẪN VỀ TIÊU CHÍ" theo Mã số Thủ thuật cụ thể được liệt kê bên dưới. Quý vị cũng có thể lấy bản sao tài liệu này tại bất kỳ văn phòng nha sĩ nào của Medi-Cal.

Răng số hoặc Vòm miệng	Mô tả Điều trị	Mã số Thủ thuật	Hành động của Medi-Cal Dental	(Các) Mã Lý do của Hành động (xem biên bản giải thích đính kèm)

- Quý vị có thể trao đổi các kế hoạch điều trị khác với nha sĩ của mình để nhận được chăm sóc tốt nhất được cho phép theo chương trình Medi-Cal Dental.
- Nếu quý vị có thắc mắc về hành động này, vui lòng liên hệ với nha sĩ hoặc Medi-Cal Dental theo số 1-800-322-6384 để được giải thích chi tiết hơn.
- Nếu quý vị không đồng ý với hành động được nêu trong Thông báo này, quý vị có thể yêu cầu tổ chức một phiên điều trần của tiểu bang trong vòng 90 ngày kể từ Ngày Thông báo. Vui lòng xem mặt sau của thông báo này để biết thông tin về cách nộp đơn yêu cầu điều trần.

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐỒNG Ý VỚI HÀNH ĐỘNG ĐƯỢC NÊU
TRONG THÔNG BÁO NÀY, QUÝ VỊ CÓ THỂ YÊU CẦU TỔ CHỨC MỘT
PHIÊN ĐIỀU TRẦN CỦA TIỂU BANG TRONG VÒNG 90 NGÀY TỪ NGÀY
THÔNG BÁO.

Để Yêu cầu Phiên điều trần:

HÃY GỬI CẢ HAI MẶT CỦA TOÀN BỘ THÔNG BÁO NÀY TỚI:

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

HOẶC

Quý vị có thể gọi đến số điện thoại MIỄN PHÍ của Bộ phận Truy vấn và Phản hồi Công
dân. 1-800-952-5253 (HỖ TRỢ ĐƯỢC CUNG CẤP BẰNG CÁC NGÔN NGỮ KHÁC
NGOÀI TIẾNG ANH)

HOẶC

Quý vị có thể gọi tới số điện thoại TDD miễn phí: 1-800-952-
8349

Quy chế của Tiểu bang:

Bản sao của Tiêu đề 22, Bộ luật Quy chế California, Mục 5095 1, 5 1014.1, và
51014.2, trong đó quy định về điều trần của tiểu bang, được cung cấp tại văn phòng dịch
vụ xã hội quận hoặc thư viện địa phương.

Đại diện được Ủy quyền:

Quý vị có thể tự mình tham dự phiên điều trần hoặc có thể chỉ định bạn bè, luật sư
hoặc bất kỳ ai khác đại diện cho mình. Quý vị nên tự sắp xếp người đại diện cho mình. Bạn
có thể lấy số điện thoại của các tổ chức trợ giúp pháp lý bằng cách gọi đến số điện thoại
miễn phí của Bộ phận Truy vấn và Phản hồi Công dân hoặc từ Văn phòng An sinh Xã hội
địa phương.

TÔI CẦN CÓ NGƯỜI PHIÊN DỊCH (miễn phí cho tôi).
NGÔN NGỮ HOẶC THỂ NGỮ CỦA TÔI LÀ: _____

THÔNG BÁO CHỐNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật. Chương trình Medi-Cal Dental Program (Dịch vụ Có Tính Phí của Medi-Cal Dental) tuân thủ luật dân quyền của Tiểu bang và Liên bang. Medi-Cal Dental không phân biệt đối xử một cách bất hợp pháp, loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác nhau vì giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính hoặc xu hướng tình dục.

Medi-Cal Dental cung cấp:

- Hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp tốt hơn, chẳng hạn như:
 - ✓ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ
 - ✓ Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in cỡ lớn, băng âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, như:
 - ✓ Thông dịch viên có trình độ
 - ✓ Thông tin bằng văn bản bằng ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy liên hệ với Medi-Cal Dental từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu bằng cách gọi đến số điện thoại 1-800-322-6384. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói được rõ ràng, vui lòng gọi số 1-800-735-2922 để được hỗ trợ dịch vụ Teletext Typewriter (TTY). Yêu cầu nhân viên tổng đài gọi tới Đường dây Hội viên Miễn phí theo số 1-800-322-6384.

CÁCH NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

Nếu quý vị tin rằng Medi-Cal Dental đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử bất hợp pháp theo cách khác dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính hoặc xu hướng tình dục, quý vị có thể nộp khiếu nại Medi-Cal Dental. Quý vị có thể nộp khiếu nại qua điện thoại hoặc bằng văn bản:

- Qua điện thoại: Hãy liên hệ với Trung tâm Dịch vụ Điện thoại của Medi-Cal Dental từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu bằng cách gọi đến số điện thoại 1-800-322-6384. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói được rõ ràng, vui lòng gọi số 1-800-735-2922.
- Bằng văn bản: Hãy điền biểu mẫu khiếu nại hoặc viết thư khiếu nại và gửi tới:

Medi-Cal Dental Program
Nhóm Dịch vụ Hội viên
P. O. Box 15539
Sacramento, CA 95852-
1539

Sample

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – CƠ QUAN DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CALIFORNIA

Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại về dân quyền tới Cơ quan Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California, Văn phòng Dân Quyền qua điện thoại, bằng văn bản hoặc điện tử:

- Qua điện thoại: Hãy gọi **916-440-7370**. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói được rõ ràng, vui lòng gọi **711 (Dịch vụ Chuyên tiếp Viễn thông)**.
- Bằng văn bản: Hãy điền biểu mẫu khiếu nại hoặc gửi thư khiếu nại tới:

Michele Villados
Phó Giám đốc, Văn phòng Dân Quyền
Cơ quan Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Biểu mẫu khiếu nại được cung cấp trên trang
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Nộp điện tử: Hãy gửi email tới CivilRights@dhcs.ca.gov.

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – SỞ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH HOA KỲ

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền tới Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân Quyền qua điện thoại, bằng văn bản, hoặc nộp điện tử:

- Qua điện thoại: Hãy gọi số **1-800-368-1019**. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói được rõ ràng, vui lòng gọi **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Bằng văn bản: Hãy điền biểu mẫu khiếu nại hoặc gửi thư khiếu nại tới:

Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ 200
Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Biểu mẫu khiếu nại được cung cấp trên
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Nộp điện tử: Hãy truy cập Cổng Khiếu nại của Văn phòng Dân Quyền tại: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

MÃ LÝ DO CỦA MÃ HÀNH ĐỘNG

- 01 Điều kiện (mã hỗ trợ) của quý vị chỉ bao gồm các dịch vụ cấp cứu.
- 02 Thông tin về tình trạng nha khoa hiện tại của quý vị do nha sĩ của quý vị gửi không đáp ứng các yêu cầu tối thiểu để phê duyệt dịch vụ này.
- 03 Yêu cầu điều trị nha khoa đã thay đổi. Thay đổi này dựa trên thông tin về tình trạng nha khoa hiện tại của quý vị do nha sĩ của quý vị gửi hoặc theo hướng dẫn của chương trình.
- 04 Hồ sơ của chúng tôi cho thấy (các) dịch vụ này hoặc (các) dịch vụ tương tự đã được phê duyệt, được chi trả hoặc hoàn thành trước đây. (Ví dụ: Trong một số trường hợp, các thủ thuật được giới hạn ở một lần trong 12 tháng hoặc một lần trong năm (5) năm và không được tái phê duyệt ngoại trừ tình trạng đặc biệt mà phải được nha sĩ của quý vị ghi chép lại.)
- 05 Chúng tôi không thể xác minh trạng thái ghi danh chương trình của nha sĩ của quý vị vào ngày đã nhận yêu cầu.
- 06 Dịch vụ mà nha sĩ của quý vị yêu cầu không phải là một quyền lợi của chương trình. Vui lòng liên hệ với người chăm sóc của quý vị để có một kế hoạch điều trị khác.
- 07 Quý vị không có mặt để khám sàng lọc theo lịch hoặc không mang theo (các) hàm răng giả (toàn hàm hoặc bán phần) hiện có đến buổi hẹn khám. Vui lòng liên hệ với nha sĩ của quý vị để gửi yêu cầu mới.
- 08 Nha sĩ của quý vị không gửi đủ thông tin để chúng tôi có thể thực hiện yêu cầu này. Vui lòng liên hệ với nha sĩ của quý vị để có thông tin về điều trị này.
- 09 Phim chụp X-quang cho thấy răng không đáp ứng yêu cầu để làm mào răng. Răng quý vị vẫn có thể điều trị bằng trám răng.
- 10 Phim chụp X-quang cho thấy răng/các răng có thể bị nhiễm trùng; vui lòng liên hệ với nha sĩ của quý vị bởi vì quý vị có thể cần thực hiện một dịch vụ khác trước.
- 11 Dựa trên phim chụp x-quang, hồ sơ biểu đồ và/hoặc thông tin xác nhận qua khám sàng lọc lâm sàng, quý vị không cần thực hiện làm sạch sâu.
- 12 Dịch vụ này không được phê duyệt bởi vì nó liên quan tới một thủ thuật đã bị từ chối trong cùng kế hoạch điều trị mà nha sĩ quý vị đã nộp.
- 13 Dựa vào thông tin nha sĩ quý vị và/hoặc từ khám sàng lọc lâm sàng, tình trạng nha khoa của quý vị hiện đang ổn định và dịch vụ được yêu cầu là không cần thiết.
- 14 Dựa trên phim chụp x-quang và/hoặc thông tin xác nhận từ khám sàng lọc lâm sàng, răng/các răng của quý vị đã bị mòn tự nhiên hoặc quý vị mắc chứng nghiến răng khi ngủ. Dịch vụ yêu cầu không phải làm một lợi ích của chương trình trừ khi quý vị bị sâu răng hoặc vỡ răng.
- 15 Phim chụp x-quang cho thấy răng đã hư hỏng quá nhiều và không thể chữa trị. Nha sĩ của quý vị có thể đề xuất một phương pháp điều trị khác.
- 16 Hồ sơ của chúng tôi cho thấy răng đã được chữa trị bằng trám răng hoặc mào răng bằng thép không gỉ.
- 17 Phim chụp x-quang cho thấy dịch vụ được yêu cầu không thể được phê duyệt bởi vì bệnh nướu đã phá hủy xương quanh răng. Nha sĩ của quý vị có thể đề xuất một phương pháp điều trị khác.
- 18 Không thể xác minh yêu cầu tối thiểu cho niềng răng.
- 19 Hàm giả một phần chỉ có thể là một lợi ích khi quý vị có một hàm giả toàn bộ ở vòm đối diện.
- 20 Quý vị phải thực hiện điều trị ống tủy chân răng với kết quả tốt trước khi được cân nhắc làm mào răng.

- 21 Răng chưa hình thành đầy đủ. Nha sĩ của quý vị có thể đề xuất một phương pháp điều trị khác.
- 22 **Không cần điều trị vì phim chụp X-quang cùng các tài liệu cho thấy không có tổn thương thần kinh.**
- 23 Răng nệm chỉ có thể là một lợi ích để thay thế răng cửa vĩnh viễn bị mất.
- 24 **Phim chụp x-quang cho thấy cần nhổ răng thêm trước khi kế hoạch điều trị có thể được phê duyệt; vui lòng liên hệ với nha sĩ của quý vị.**
- 25 Dựa trên thông tin được gửi bởi nha sĩ của quý vị, răng của quý vị hiện đang ở trong tình trạng tồi tệ đến mức hàm răng giả bán phần được yêu cầu không phải là một lợi ích theo chương trình này.
- 26 **Dựa trên thông tin được gửi bởi nha sĩ của quý vị, răng của quý vị hiện đang ổn và không nên thay thế bằng hàm giả toàn bộ.**
- 27 Dựa trên thông tin được gửi bởi nha sĩ của quý vị, quý vị hiện không có hàm giả toàn bộ ở vòm đối diện; vì vậy quý vị không đủ tiêu chuẩn làm hàm giả bán phần. Tuy nhiên, nếu quý vị mất răng cửa, quý vị đủ điều kiện được làm răng nệm.
- 28 **Dựa trên phim chụp x-quang, tài liệu và/hoặc thông tin chúng tôi nhận được từ thăm khám sàng lọc, răng và/hoặc nướu của quý vị hiện đang ở tình trạng không tốt dẫn đến điều trị được yêu cầu không phải là lợi ích theo chương trình này. Nha sĩ của quý vị có thể đề xuất một phương pháp điều trị khác.**
- 29 Yêu cầu của quý vị cho các dịch vụ nha khoa đã được gửi lại cho người chăm sóc nha khoa của quý vị để họ cấp thêm thông tin. Người chăm sóc nha khoa của quý vị sẽ có 45 ngày để gửi lại thông tin được yêu cầu. Quý vị không cần thực hiện hành động nào, nhưng quý vị có thể liên hệ với nha sĩ về yêu cầu này. Yêu cầu tổ chức Phiên Điều trần Tiểu bang không phải là lựa chọn lúc này.
- 30 **Cầu răng cố định được cho phép khi tình trạng bệnh lý ngăn cản việc sử dụng hàm giả có thể tháo lắp.**
- 31 Răng không ở vị trí thông thường của nó và không thể chữa trị theo chương trình này.
- 32 **Dựa trên thông tin nhận được từ khám sàng lọc, răng giả hiện tại của quý vị hiện vẫn đang hoạt động tốt.**
- 33 Dựa trên khám sàng lọc gần đây, răng giả không phải là điều trị thích hợp cho quý vị. Vui lòng liên hệ với nha sĩ của quý vị để có thêm lựa chọn khác.
- 34 **Răng giả được yêu cầu không được phê duyệt bởi vì vòm răng hiện vẫn còn đủ răng để hỗ trợ cho hàm giả.**
- 35 Trong khi khám sàng lọc, quý vị cho biết không muốn nhận bất kỳ dịch vụ nha khoa nào vào lúc này hoặc muốn được khám bởi một nha sĩ khác.
- 36 **Số lần thăm khám được phê duyệt đã được điều chỉnh vì quý vị sẽ tròn 21 tuổi trước khi điều trị kết thúc. Vui lòng liên hệ với nha sĩ của quý vị.**
- 37 Chúng tôi không nhìn thấy răng trên phim chụp x-quang được gửi tới.
- 38 **Dựa trên phim chụp x-quang và/hoặc thông tin chúng tôi nhận được từ thăm khám sàng lọc, quý vị cần được điều trị thêm bởi nha sĩ của quý vị trước khi cân nhắc thực hiện thủ thuật này.**
- 39 Phim chụp x-quang cho thấy hiện không có đủ khoảng cách cho răng hồng được yêu cầu.
- 40 **Chương trình này không bao trả cho niềng răng khi vẫn còn răng sữa.**
- 41 Dựa trên phim chụp x-quang và/hoặc thông tin chúng tôi nhận được từ thăm khám sàng lọc, quý vị thường nghiến răng. Chương trình không bao trả cho các dịch vụ điều trị tình trạng này.
- 42 **Thủ thuật không phải là quyền lợi cho răng sữa hoặc cho răng sữa sẵn sàng để nhổ. Nha sĩ của quý vị có thể đề xuất một phương pháp điều trị khác cho bệnh trạng của quý vị.**

- 43 Thủ thuật được yêu cầu sẽ không chữa trị được vấn đề nha khoa của quý vị. Nha sĩ của quý vị có thể đề xuất một phương pháp điều trị khác cho bệnh trạng của quý vị.
- 44 **Dựa trên thông tin nhận được từ nha sĩ của quý vị, dịch vụ được yêu cầu chỉ nhằm mục đích thẩm mỹ. Các dịch vụ chỉ nhằm mục đích thẩm mỹ không phải là quyền lợi của chương trình.**
- 45 Răng giả hiện tại của quý vị có thể được cố định bằng cách thay mặt trong của răng giả.
- 46 **Chúng tôi không thể xác minh tính đủ điều kiện của quý vị trong chương trình này.**
- 47 Nha sĩ của quý vị phải liên hệ với Sở Dịch vụ Trẻ em California trước khi gửi đề nghị thanh toán hoặc phê duyệt thủ thuật này.
- 48 **Dịch vụ EPSDT không phải là một lợi ích dành cho bệnh nhân từ 21 tuổi trở lên.**
- 49 (Các) dịch vụ EPSDT được yêu cầu không cần thiết về mặt y tế.