

**ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ MEDI-CAL DENTAL-Ի
ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ
ՍԱ ՀԱՇԻՎ ՉԷ**

--	--

ԾԱՆՈՒՑՈՒԹՅԱՆ
ԳՐԱՍԵՆՅԱԿԻ ԱՆՈՒԽԸ՝

MEDS ID՝
DCN՝
MRDCN՝

ԷՁ - ԻՑ
ԽՆԴՐԱՆՔԻ
ԱՍՍԱԹԻՎ՝ ԱՆԴԱՄԻ
ԱՆՈՒԽ՝

Medi-Cal Dental-ը մշակել է բուժման վերաբերյալ Ձեր ատամնաբույժի խնդրանքը՝ համաձայն Կալիֆորնիայի Կանոնակարգերի օրանագրքի Գլուխ 22, Բաժիններ 51003, 51307, և Չափանիշների ձեռնարկի: Առնվազն մեկ կետ չի կարող հաստատվել կամ փոփոխություն է պահանջում: Խնդրում ենք հղում կատարել կգվող գանկին՝ թվարկված ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԿՈՂ(ԵՐ)Ի ՊԱՏՃԱՌԻ վերաբերյալ: Բացի այդ, հատուկ նվազագույն պահանջներ կարելի է գտնել Medi-Cal Dental-ի Մատակարարի տեղեկագրի Բաժին 5-ում «ՉԱՓԱՆԻՇԻ ՁԵՌՆԱՐԿ» վերնագրով՝ ստորև թվարկված Բուժգործողության համարի ներքո: Պատճենը հնարավոր է գտնել Medi-Cal-ի ցանկացած ատամնաբույժի գրասենյակում:

Ատամ # կամ կամար	Բուժման նկարագրություն	Բուժգործողության համար	Medi-Cal Dental գործողություն	Գործողության կող(եր)ի պատճառ (տե՛ս կից՝ բացատրության համար)

- Ձեր ատամնաբույժի հետ Դուք կարող եք քննարկել բուժման տարրեր ծրագրեր՝ Medi-Cal Dental ծրագրի ներքո հնարավորինս լավագույն խնամք ստանալու նպատակով:
- Եթե հարցեր ունեք այս գործողության վերաբերյալ, լրացուցիչ մանրամասն բացատրությունների համար խնդրում ենք զանգահարել Ձեր ատամնաբույժին կամ Medi-Cal Dental՝ 1-800-322-6384 հեռախոսահամարով:
- Եթե Դուք բավարարված չեք այս ծանուցման մեջ նկարագրված գործողությամբ, Դուք կարող եք նահանգային յուրմ խնդրել այս Ծանուցման ամսաթվից 90 օրվա ընթացքում: Լսման համար դիմում ներկայացնելու

վերաբերյալ տեղեկություններ կարող եք գտնել այս ծանուցման հետևի կողմում:

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

Sample

ԵՅԵ ԴՈՒՔ ԲԱԿԱՐԱՐՎԱԾ ՉԵՔ ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ՄԵՋՆԱԿԱՐԱԳՐՎԱԾ
ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՄԲ, ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՆԱՅԱՆԳԱՅԻՆ ԼՍՈՒՄ ԽՆԴՐԵԼ
ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ԱՄՍԱԹՎԻՑ 90 ՕՐՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ:

Լսում ինտրելու համար.

ԱՅՍ ԱՄԲՈՂՋԱԿԱՆ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ԵՐԿՈՒ ԿՈՂՄԵՐՆ
ՈՒՂԱՐԿԵՔ ՅԵՏԵՎՅԱԼ ՅԱՍՑԵՈՎ՝
California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

ԿԱՍ

Դուք կարող եք զանգահարել Հանրային հարցերի և արձագանքի բաժին ԱՆՎՃԱՐ
հեռախոսահամարով: 1-800-952-5253 (ՄԱՏՉԵԼԻ Է ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ
ԱՆԳԼԵՐԵՆԻՑ ԲԱՑԻ
ԱՅԼ ԼԵՉՈՒՆԵՐՈՎ)

ԿԱՍ

Կարող եք զանգահարել TDD անվճար
հեռախոսահամարով՝ 1-800-952-8349

Նահանգային կանոնակարգեր.

Նահանգային լսումների հարցը լուսաբանող Նահանգային կանոնակարգերի օրենսգրքի
Գլուխ 22, Բաժիններ 5095 1, 5 1014.1 և
51014.2 պատճենը մատչելի է Ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների
գրասենյակում կամ տեղական գրադարանում:

Լիազորված ներկայացուցիչ.

Լսման ընթացքում կարող եք ներկայացնել ինքներդ Ձեզ կամ Ձեզ կարող է ներկայացնել Ձեր
ընկերը, իրավաբանը
կամ ցանկացած այլ անձ: Ակնկալվում է, որ Դուք ինքներդ եք ընտրելու Ձեր
ներկայացուցիչ: Դուք կարող եք իրավաբանական օգնության կազմակերպությունների
հեռախոսահամարները ձեռք բերել՝ զանգահարելով Հանրային հարցերի և արձագանքի
բաժին անվճար հեռախոսահամարով կամ Ձեր տեղական Սոցիալական
ապահովության գրասենյակից:

ԻՆՉ ԹԱՐԳՄԱՆԻՉ Է ՀԱՐԿԱՎՈՐ (Ինձ համար անվճար):
ԻՍ ԼԵՉՈՒՆ ԿԱՍ ԲԱՐԲԱՌՆ Է՝ _____

ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԲԱՑԱՌԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

Խտրականությունն ապօրինի է: Medi-Cal Dental Program-ը (Medi-Cal Dental-ի Վճար ծառայության դիմաց) ենթարկվում է քաղաքացիական իրավունքներին առնչվող նահանգային և դաշնային օրենքներին: Medi-Cal Dental-ն ապօրինի խտրականություն չի դրսևորում, մարդկանց չի բացառում կամ նրանց հետ այլ կերպ չի վարվում սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, հավատքի, նախնիների, ազգային ծագման, էթնիկ խմբին պատկանելիության, տարիքի, հոգեկան հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, գենետիկական տեղեկությունների, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով:

Medi-Cal Dental-ը տրամադրում է՝

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամ անձանց՝ ավելի լավ հաղորդակցվելու հարցում նրանց օգնելու համար, ինչպես օրինակ՝
 - ✓ Որակավորված ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ
 - ✓ Գրավոր տեղեկություններ այլ ձևաչափերով (մեծ տառատեսակ, աուդիո, հասանելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, այլ ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ այն անձանց, ում համար անգլերենն առաջնային լեզուն չէ, ինչպես, օրինակ՝
 - ✓ Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ
 - ✓ Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ

Եթե Ձեզ հարկավոր են այս ծառայությունները, դիմեք Medi-Cal Dental-ին 8:00-ից մինչև 17:00-ը՝ երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին՝ զանգահարելով 1-800-322-6384 հեռախոսահամարով: Կամ, եթե լավ չեք լսում կամ խոսում, խնդրում ենք զանգահարել 1-800-735-2922 համարով Teletext Typewriter-ի (TTY) աջակցության համար: Խնդրեք օպերատորին զանգահարել 1-800-322-6384 անվճար համարին:

ԻՆՉՊԵՍ ԲՈՂՈՔ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ

Եթե կարծում եք, որ Medi-Cal Dental-ը չի տրամադրել այս ծառայությունները կամ այլ կերպ ապօրինի խտրականություն է դրսևորել սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, հավատքի, նախնիների, ազգային ծագման, էթնիկ խմբին պատկանելիության, տարիքի, հոգեկան հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, առողջական վիճակի, գենետիկական տեղեկությունների, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով, Դուք կարող եք Medi-Cal Dental-ին բողոք ներկայացնել: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել հեռախոսով կամ գրավոր՝

- Հեռախոսով՝ Չանգահարեք Medi-Cal Dental-ի Հեռախոսային ծառայության կենտրոն 8:00-ից մինչև 17:00-ը՝ երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին՝ զանգահարելով 1-800-322-6384 հեռախոսահամարով: Կամ, եթե լավ չեք

լսում կամ խոսում, խնդրում ենք զանգահարել 1-800-735-2922 համարով:

- Գրավոր` Լրացրեք բողոքի ձևը կամ նամակ գրեք և ուղարկեք այն հետևյալ հասցեով`

Medi-Cal Dental Program

Member Services Group

P. O. Box 15539

Sacramento, CA 95852-

1539

Sample

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ – ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱՅԻ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՐԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ

Դուք կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների խախտման վերաբերյալ գրավոր կամ էլեկտրոնային բողոք ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջապահական ինսամքի ծառայությունների վարչության Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակին:

- Հեռախոսով` Չանգահարեք **916-440-7370** հեռախոսահամարով: Եթե լավ չէք լսում կամ խոսում, խնդրում ենք զանգահարել **711** (**Հեռահաղորդակցման կոմուտատորային ծառայություն**):
- Գրավոր` Լրացրեք բողոքի ձևը կամ նամակ ուղարկեք այն հետևյալ հասցեով`

Միշել Վիլադոս
Քաղաքացիական իրավունքների բաժանմունքի Առողջապահական ինսամքի ծառայությունների գրասենյակի փոխտնօրեն
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx կայքում:

- Էլեկտրոնային` Էլ. նամակ ուղարկեք CivilRights@dhcs.ca.gov հասցեով:

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ– ԱՄՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՄԱՐԴՈՒ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ

Եթե կարծում եք, որ ենթարկվել եք խտրականության` ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա, Դուք կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների խախտման վերաբերյալ բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու ծառայությունների վարչության Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակին` հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով`

- Հեռախոսով` Չանգահարեք **1-800-368-1019** հեռախոսահամարով: Եթե լավ չէք լսում կամ խոսում, խնդրում ենք զանգահարել **TTY/TDD 1-800-537-7697** հեռախոսահամարով:
- Գրավոր` Լրացրեք բողոքի ձևը կամ նամակ ուղարկեք այն հետևյալ հասցեով`

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

Բողոքների ձևաթղթերը հասանելի են <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> կայքում:

- [Էլեկտրոնային՝ Այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի Բողոքների պորտալ՝ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf հասցեով:](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)

Sample

ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԿՈՒՇԵՐԻ ՊԱՏՃԱՌԸ

- 01 Ձեր իրավասությունը (աջակցության կողմ) վերաբերում է միայն շտապ օգնության ծառայություններին:
- 02 **Ձեր ատամների ընթացիկ վիճակի վերաբերյալ Ձեր ատամնաբույժի կողմից ներկայացված տեղեկությունները չեն համապատասխանում այս ծառայության հաստատման համար սահմանված նվազագույն պահանջներին:**
- 03 Ատամները բուժելու վերաբերյալ Ձեր խնդրանքը փոխվել է: Այս փոփոխությունը հիմնված էր Ձեր ատամնաբույժի կողմից Ձեր ատամների ընթացիկ վիճակի վերաբերյալ ուղարկված տեղեկատվության կամ ծրագրի ուղեցույցներին հետևելու հանգամանքի վրա:
- 04 **Մեր գրառումները ցույց են տալիս, որ այս ծառայություն(ներ)ը կամ նմանատիպ ծառայություն(ներ)ը նախկինում հաստատված, վճարված կամ ավարտված է/են եղել: (Օրինակ՝ որոշ դեպքերում, բուժգործողությունների հաճախականությունը սահմանափակվում է 12 ամսվա ընթացքում մեկ անգամով կամ հինգ (5) տարվա ընթացքում մեկ անգամով, և դրանք չեն կարող կրկին հաստատվել՝ բացառությամբ հատուկ հանգամանքների, որոնք պետք է փաստաթղթավորվեն Ձեր ատամնաբույժի կողմից:)**
- 05 Խնդրանքը ներկայացնելու օրվա դրությամբ՝ մենք ի վիճակի չենք հաստատել Ձեր ատամնաբույժի անդամությունը՝ ծրագրին մասնակցելու համար:

- 06 **Ձեր ատամնաբուժական ծառայությունների մատակարարի կողմից ներկայացված ծառայությունը ծրագրի նպաստ չի հանդիսանում: Խնդրում ենք դիմել Ձեր մատակարարին կամ մեկ այլ բուժման ծրագրի:**
- 07 Դուք չեք ներկայացել նշանակված սքրինինգային ստուգմանը, կամ հանդիպմանը Ձեզ հետ չեք բերել Ձեր ունեցած ատամնաշար(եր)ը (ամբողջական կամ մասնակի): Խնդրում ենք կապ հաստատել Ձեր ատամնաբույժի հետ՝ նոր հարցում ուղարկելու նպատակով:
- 08 **Ձեր ատամնաբույժը չի ներկայացրել բավարար տեղեկություններ, որպեսզի մենք հնարավորություն ունենանք մշակել այս հարցումը: Խնդրում ենք կապվել ձեր ատամնաբույժի հետ՝ այս բուժման վերաբերյալ տեղեկատվություն ստանալու նպատակով:**
- 09 Ռենտգենային պատկերները ցույց են տալիս, որ ատամը չի համապատասխանում պսակի համար սահմանված չափանիշներին: Ատամը կարող է ամրացվել լիցքով:
- 10 Ռենտգենային պատկերները ցույց են տալիս, որ ատամ(ներ)ը կարող է/են բորբոքում ունենալ. խնդրում ենք դիմել Ձեր ատամնաբույժին, քանի որ հնարավոր է, որ առաջնահերթ մեկ այլ ծառայության կարիք լինի:
- 11 Հիմնվելով ռենտգենային պատկերների, գծապատկերների գրառումների և/կամ Ձեր կլինիկական սքրինինգի քննությամբ հաստատված տեղեկատվության վրա՝ Ձեզ մանրակրկիտ մաքրում անհրաժեշտ չէ:

- 12 **Այս ծառայությունը չի կարող հաստատվել, քանի որ այն վերաբերում է Ձեր ատամնաբույժի կողմից ներկայացրած՝ միևնույն բուժման ծրագրի շրջանակներում մերժված բուժգործողությանը:**
- 13 Չամաձայն Ձեր ատամնաբույժի կողմից ներկայացված և/կամ կլինիկական սքրինինգային ստուգումից ստացված տեղեկությունների՝ Ձեր ատամների ներկայիս վիճակը կայուն է, և այս պահին պահանջվող ծառայության անհրաժեշտություն չկա:
- 14 **Չամաձայն ռենտգենային պատկերների և/կամ սքրինինգային ստուգումից ստացված տեղեկությունների՝ պարզվել է, որ ատամ(ներ)ը մաշվել է/են բնական ճանապարհով կամ կրճտացնելու հետևանքով:** Չայցվող ծառայությունը ծրագրի նպաստ չի հանդիսանում, քանի որ առկա չէ քայքայում կամ կտրված ատամ:
- 15 Ռենտգենային պատկերները ցույց են տալիս, որ ատամը չափից ավել է վնասված, և այն հնարավոր չէ վերականգնել: Ձեր ատամնաբույժը հավանաբար կկարողանա մեկ այլ բուժում առաջարկել:
- 16 **Մեր գրառումները ցույց են տալիս, որ ատամի հետ կապված խնդիրը լուծվել է ատամնալիցքով կամ չժանգոտվող պողպատե պսակով:**
- 17 Ռենտգենային պատկերները ցույց են տալիս, որ պահանջվող ծառայությունը չի կարող հաստատվել, քանի որ լնդերի հիվանդությունը ոչնչացրել է ատամի շուրջ գտնվող ոսկորը: Ձեր ատամնաբույժը հավանաբար կկարողանա մեկ այլ բուժում առաջարկել:
- 18 **Բրեկետների համար ներկայացվող նվազագույն պահանջները չեն կարող հաստատվել:**
- 19 Մասնակի արհեստական ատամնաշարը կարող է նպաստ լինել, միայն եթե ամբողջական արհեստական ատամնաշար

կա հակառակ կամարի վրա:

- 20 **Պետք է արմատի խոռոչի բավարար չափով բուժում անցկացվի՝ նախքան ատամնապսակ նախատեսելը:**
- 21 Ատամն ամբողջովին ձևավորված չէ: Ձեր ատամնաբույժը հավանաբար կկարողանա մեկ այլ բուժում առաջարկել:
- 22 **Բուժում անհրաժեշտ չէ, քանի որ ռենտգենային պատկերները և փաստաթղթավորումը ցույց են տալիս, որ նյարդի վնասում առկա չէ:**
- 23 Ժամանակավոր մասնակի պրոթեզը կարող է նպաստ հանդիսանալ միայն բացակա մշտական դիմային ատամի փոխարինման դեպքում:
- 24 **Ռենտգենային պատկերները ցույց են տալիս, որ անհրաժեշտ են ատամների լրացուցիչ հեռացումներ՝ նախքան բուժման ծրագրի հաստատումը: Խնդրում ենք դիմել Ձեր ատամնաբույժին:**
- 25 Չամաձայն Ձեր ատամնաբույժի կողմից ուղարկված տեղեկությունների՝ Ձեր ատամներն այնքան վատ վիճակում են, որ պահանջվող մասնակի արհեստական ատամնաշարն այս ծրագրի ներքո նպաստ չի հանդիսանում:
- 26 **Չամաձայն Ձեր ատամնաբույժի կողմից ներկայացված տեղեկությունների՝ այս պահին Ձեր ատամները հիանալի վիճակում են, և դրանք ամբողջական արհեստական ատամնաշարով փոխարինելու անհրաժեշտություն չկա:**
- 27 Չամաձայն Ձեր ատամնաբույժի կողմից ներկայացված տեղեկությունների՝ Դուք հակառակ կամարի վրա գտնվող ամբողջական արհեստական ատամնաշար չունեք, հետևաբար, Ձեզ համար չի կարող նախատեսվել մասնակի արհեստական ատամնաշար: Այնուամենայնիվ, եթե Ձեր ատամները բացակայում են, Դուք որակավորվում եք ժամանակավոր մասնակի պրոթեզի համար:

- 28 **Համաձայն ռենտգենյան պատկերների և/կամ Ձեր ատամնաբույժի կողմից ստացված տեղեկությունների՝ Ձեր ատամները/լնդերն այնքան վատ վիճակում են, որ պահանջվող բուժումն այս ծրագրի ներքո նպաստ չի հանդիսանում: Ձեր ատամնաբույժը հավանաբար կկարողանա մեկ այլ բուժում առաջարկել:**
- 29 Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու նպատակով ատամնաբուժական ծառայությունների վերաբերյալ Ձեր հայրը վերադարձվել է Ձեր ատամնաբուժական ծառայությունների մատակարարին: Ձեր մատակարարը 45 օր ունի՝ պահանջվող տեղեկությունները կրկին ուղարկելու համար: Ձեզնից որևէ գործողություն չի պահանջվում, բայց այս խնդրանքի վերաբերյալ կարող եք դիմել Ձեր ատամնաբույժին: Պետական լսումների վերաբերյալ հարցումն այս պահին տարբերակ չէ:
- 30 **Ֆիքսված կամուրջները թույլատրելի են, երբ բժշկական վիճակը կանխում է շարժական ատամնաշարի օգտագործումը:**
- 31 Ատամն իր սովորական դիրքում չէ և չի կարող վերականգնվել այս ծրագրի շրջանակներում:
- 32 **Համաձայն սքրինինգային ուսումնասիրությանից ստացված տեղեկատվության՝ այս պահին Ձեր ունեցած արհեստական ատամնաշարը լավ վիճակում է:**
- 33 Վերջերս անցկացված Ձեր սքրինինգային քննության հիման վրա՝ արհեստական ատամնաշարը Ձեզ համար ճիշտ բուժում չէ: Այլ տարբերակների համար խնդրում ենք կապ հաստատել Ձեր ատամնաբույժի հետ:
- 34 **Պահանջվող արհեստական ատամնաշարը չի հաստատվել, քանի որ կամարի վրա բավարար քանակությամբ ատամներ կան՝ արհեստական ատամնաշարին**

օժանդակելու նպատակով:

- 35 Սքրինինգային քննության ընթացքում Դուք ասացիք, որ այս պահին չեք ցանկանում որևէ ատամնաբուժական ծառայություն կամ հետազոտվել որևէ այլ ատամնաբույժի կողմից:
- 36 **Հաստատված այցելությունների քանակը շտկվել է, քանի որ նախքան բուժման ավարտը կլրանա Ձեր 21 տարին: Խնդրում ենք կապ հաստատել Ձեր ատամնաբույժի հետ:**
- 37 Ներկայացված ռենտգենային պատկերների մեջ ատամը ցուցադրված չի:
- 38 **Ռենտգենային պատկերների և/կամ Ձեր սքրինինգային ստուգումներից ստացված տեղեկությունների համաձայն՝ Ձեզ անհրաժեշտ է լրացուցիչ բուժում ստանալ Ձեր ատամնաբույժի կողմից՝ նախքան բուժգործողության դիտարկումը:**
- 39 Ռենտգենային պատկերները ցույց են տալիս, որ պահանջվող արհեստական ատամի համար բավարար տարածք չկա:
- 40 **Այս ծրագիրը չի ապահովում բրեկետներ, երբ դեռևս առկա են կաթնատամներ:**
- 41 Ռենտգենային պատկերների և սքրինինգային քննությունից ստացված տեղեկատվության հիման վրա՝ Դուք կրճտացնում եք Ձեր ատամները: Այս ծրագիրը չի տրամադրում ծառայություններ այս վիճակի համար:
- 42 **Բուժգործողությունը նպաստ չի հանդիսանում կաթնատամի կամ ընկնելուն պատրաստ կաթնատամի համար: Ձեր ատամնաբույժը հնարավոր է Ձեզ խորհուրդ տա մեկ այլ բուժում՝ Ձեր վիճակի համար:**
- 43 Պահանջվող բուժգործողությունը չի լուծի Ձեր ատամների հետ կապված խնդիրը: Ձեր ատամնաբույժը հնարավոր է Ձեզ խորհուրդ տա մեկ այլ բուժում՝ Ձեր վիճակի համար:

- 44 **Չամաձայն Ձեր ատամնաբույժից ստացված տեղեկությունների՝ պահանջվող ծառայությունը միայն կոսմետիկ նպատակների համար է: Բացառապես կոսմետիկ նպատակների համար ծառայությունները ծրագրի նպաստ չեն հանդիսանում:**
- 45 Ձեր ներկայիս ատամնաշարը կարող է ամրացվել՝ փոխարինելով Ձեր արհեստական ատամնաշարի ներքին կողմը:
- 46 **Մենք չենք կարող ստուգել այս ծրագրին մասնակցելու Ձեր իրավասությունը:**
- 47 Ձեր ատամնաբույժը պետք է դիմի Կալիֆորնիայի Երեխաների ծառայությունների ծրագրին՝ նախքան այս բուժգործողությունը վճարման կամ հաստատման համար ներկայացնելը:
- 48 **EPSDT ծառայությունները նպաստ չեն հանդիսանում 21 տարեկան և ավելի մեծ տարիքի հիվանդների համար:**
- 49 Պահանջվող EPSDT ծառայություն(ներ)ը բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ չէ/չեն: