

MEDI-CAL DENTAL ACTION का नोटिस यह
बिल नहीं है

--	--

सेवा कार्यालय का नाम:

MEDS
आईडी:
DCN:
MRDCN:

पृष्ठ कुल
अनुरोध की तारीख:
सदस्य का नाम:

Medi-Cal Dental ने शीर्षक 22, कैलिफ़ोर्निया कोड ऑफ़ रेगुलेशन्ज़, अनुभाग 51003, 51307, और मैनुअल ऑफ़ क्राइटेरिया के अनुसार आपके उपचार के लिए आपके दंत चिकित्सक के अनुरोध को संसाधित किया है। कम से कम एक आइटम को मंजूरी नहीं दी जा सकती है या संशोधन की आवश्यकता है। कृपया सूचीबद्ध REASON FOR ACTION CODE(S) (कार्रवाई के कारण का(के) कोड) के स्पष्टीकरण के लिए संलग्न सूची देखें। इसके अलावा, विशिष्ट न्यूनतम आवश्यकताओं को Medi-Cal Dental की प्रदाता हैंडबुक में देखा जा सकता है, जो नीचे सूचीबद्ध विशिष्ट प्रक्रिया संख्या के तहत "MANUAL OF CRITERIA (मानदंडों की पुस्तिका)" शीर्षक 5 के तहत है। किसी भी Medi-Cal दंत चिकित्सक के कार्यालय में से इसकी प्रति मिल सकती है।

दाँत # या आर्क	उपचार का वर्णन	प्रक्रिया संख्या	Medi-Cal Dental एक्शन	कार्रवाई के कारण का(के) कोड (स्पष्टीकरण के लिए संलग्न देखें)

- आप Medi-Cal Dental प्रोग्राम के तहत अनुमति-योग्य सबसे अच्छी देखभाल प्राप्त करने के लिए अपने दंत चिकित्सक के साथ विभिन्न उपचार योजनाओं पर चर्चा कर सकते हैं।
- यदि आपके पास इस क्रिया के बारे में कोई प्रश्न है, तो कृपया अधिक विस्तृत विवरण के लिए अपने दंत चिकित्सक या Medi-Cal Dental से 1-800-322-6384 पर संपर्क करें।
- यदि आप इस नोटिस में वर्णित कार्रवाई से असंतुष्ट हैं, तो आप नोटिस की तिथि से 90 दिनों के

भीतर स्टेट हियरिंग का अनुरोध कर सकते हैं। सुनवाई दर्ज करवाने की जानकारी के लिए कृपया इस नोटिस के पीछे देखें।

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

Sample

यदि आप वर्णित कार्रवाई से असंतुष्ट हैं
इस नोटिस पर, आप नोटिस की तारीख से 90 दिनों के भीतर स्टेट हियरिंग का अनुरोध कर
सकते हैं।

सुनवाई का अनुरोध करने के लिए:

इस पूरे नोटिस के दोनों फलक यहाँ भेजें :
California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

या

आप सार्वजनिक पूछताछ और रिस्पांस यूनिट में TOLL-FREE नंबर पर कॉल कर सकते हैं। 1-

800-952-5253 (अंग्रेज़ी के अलावा अन्य

भाषाओं में सहायता उपलब्ध)

या

आप TDD टोल-फ्री नंबर पर कॉल कर सकते हैं: 1-800-952-8349

राज्य विनियम:

शीर्षक 22, कैलिफोर्निया कोड ऑफ रेगुलेशंज़, अनुभाग 5095 1, 5 1014.1, और
51014.2 की प्रति, जो राज्य की सुनवाई को कवर करती है, आपके काउंटी सामाजिक सेवा कार्यालय या
स्थानीय पुस्तकालय में उपलब्ध है।

अधिकृत प्रतिनिधि:

आप सुनवाई में खुद का प्रतिनिधित्व कर सकते हैं या आपका प्रतिनिधित्व किसी दोस्त, वकील
या किसी अन्य व्यक्ति द्वारा किया जा सकता है। आपसे अपेक्षा की जाती है कि आप स्वयं प्रतिनिधि की
व्यवस्था करेंगे। आप पब्लिक इंकवायरी और रिस्पांस यूनिट या अपने स्थानीय सुरक्षा सुरक्षा कार्यालय से
टोल-फ्री नंबर पर कॉल करके कानूनी सहायता संगठनों के टेलीफोन नंबर प्राप्त कर सकते हैं।

मुझे एक अनुवादक (मेरे बिना किसी खर्च के) की आवश्यकता होगी।

मेरी भाषा या बोली है: _____

Sample

गैर-भेदभाव नोटिस

भेदभाव कानून के खिलाफ है। Medi-Cal Dental Program (Medi-Cal Dental Fee-For-Service) राज्य और संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का पालन करता है। Medi-Cal Dental लिंग, जाति, रंग, धर्म, वंश, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, आयु, मानसिक विकलांगता, शारीरिक विकलांगता, चिकित्सा स्थिति, आनुवंशिक जानकारी, वैवाहिक जीवन, लिंग, लिंग पहचान या यौन अभिविन्यास के कारण गैरकानूनी रूप से भेदभाव नहीं करता, लोगों को बाहर नहीं करता, या अलग-अलग व्यवहार नहीं करता।

Medi-Cal Dental निम्नलिखित प्रदान करता है:

- विकलांग लोगों को मुफ्त सहायता और सेवाएं उन्हें बेहतर संवाद करने में मदद करने के लिए, जैसे:
 - ✓ योग्य सांकेतिक भाषा व्याख्याकार
 - ✓ अन्य प्रारूपों में लिखित जानकारी (बड़े प्रिंट, ऑडियो, सुलभ इलेक्ट्रॉनिक प्रारूप, अन्य प्रारूप)
- जिन लोगों की प्राथमिक भाषा अंग्रेजी नहीं है, उन्हें मुफ्त भाषा सेवाएं, जैसे:
 - ✓ योग्य अनुवादक
 - ✓ अन्य भाषाओं में लिखित जानकारी

यदि आपको इन सेवाओं की आवश्यकता है, तो Medi-Cal Dental को सुबह 8 बजे से शाम 5 बजे के बीच सोमवार से शुक्रवार 1-800-322-6384 पर कॉल करके संपर्क करें। या, यदि आप अच्छी तरह से सुन या बोल नहीं सकते हैं, तो कृपया Teletext Typewriter (TTY) सहायता के लिए 1-800-735-2922 पर कॉल करें। ऑपरेटर को 1-800-322-6384 पर टोल-फ्री मेंबर लाइन पर कॉल करें।

शिकायत कैसे दर्ज करें

यदि आप मानते हैं कि Medi-Cal Dental इन सेवाओं को प्रदान करने में विफल रही है या इसने यौन, जाति, रंग, धर्म, वंश, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, आयु, मानसिक विकलांगता, शारीरिक विकलांगता, चिकित्सा स्थिति, आनुवंशिक जानकारी, वैवाहिक स्थिति, लिंग, लिंग पहचान, या यौन अभिविन्यास के आधार पर दूसरे तरीके से भेदभाव किया गया है, तो आप Medi-Cal Dental से शिकायत दर्ज कर सकते हैं। आप फोन के माध्यम से या लिखित रूप से शिकायत दर्ज कर सकते हैं:

- फोन के माध्यम से: Medi-Cal Dental के टेलीफोन सर्विस सेंटर को सुबह 8 बजे से शाम 5 बजे

के बीच सोमवार से शुक्रवार 1-800-322-6384 पर कॉल करके संपर्क करें। या, यदि आप अच्छी तरह से सुन या बोल नहीं सकते हैं, तो कृपया 1-800-735-2922 पर कॉल करें।

- लिखित रूप में: एक शिकायत फ़ॉर्म भरें या एक पत्र लिखें और उसे यहाँ पर भेजें:

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

Sample

नागरिक अधिकार कार्यालय - कैलिफ़ोर्निया स्वास्थ्य देखभाल सेवा विभाग

आप कैलिफ़ोर्निया स्वास्थ्य देखभाल सेवा विभाग, नागरिक अधिकार कार्यालय को फोन, लिखित रूप में, या इलेक्ट्रॉनिक रूप से शिकायत दर्ज कर सकते हैं:

- **फ़ोन के माध्यम से:** यहाँ कॉल करें **916-440-7370**. यदि आप अच्छी तरह से बोल या सुन नहीं सकते हैं, तो कृपया **711 (टेलीकम्यूनिकेशंस रिले सर्विस)** पर कॉल करें।
- **लिखित रूप में:** एक शिकायत फ़ॉर्म भरें या इस पते पर पत्र भेजें:

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

शिकायत फ़ॉर्म यहाँ पर उपलब्ध हैं

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

- **इलेक्ट्रॉनिक रूप से:** यहाँ ईमेल भेजें CivilRights@dhcs.ca.gov

नागरिक अधिकार कार्यालय - अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग

यदि आपको लगता है कि आपके साथ नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता या सेक्स के आधार पर भेदभाव किया गया है, तो आप अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग, नागरिक अधिकार कार्यालय को फोन द्वारा, लिखित रूप में या इलेक्ट्रॉनिक रूप से भी शिकायत दर्ज कर सकते हैं:

- **फ़ोन के माध्यम से:** यहाँ कॉल करें **1-800-368-1019**. या, यदि आप अच्छी तरह से सुन या बोल नहीं सकते हैं, तो कृपया यहाँ कॉल करें **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **लिखित रूप में:** एक शिकायत फ़ॉर्म भरें या इस पते पर पत्र भेजें:

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

शिकायत फॉर्म यहाँ उपलब्ध हैं <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- इलेक्ट्रॉनिक रूप से: नागरिक अधिकार कार्यालय के शिकायत पोर्टल पर जाने के लिए यहाँ जाएं:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Sample

एक्शन कोड्स के कारण

- 01 आपका पात्रता (एड कोड) केवल आपातकालीन सेवाओं को कवर करता है।
- 02 आपकी वर्तमान दंत स्थिति के बारे में आपके दंत चिकित्सक द्वारा भेजी गई जानकारी इस सेवा के अनुमोदन के लिए हमारी न्यूनतम आवश्यकताओं को पूरा नहीं करती है।
- 03 दंत उपचार के लिए अनुरोध बदल गया है। यह परिवर्तन आपकी वर्तमान दंत अवस्था के बारे में आपके दंत चिकित्सक के द्वारा भेजी गई जानकारी के आधार पर या कार्यक्रम के दिशा-निर्देशों का अनुसरण करने के लिए था।
- 04 हमारे रिकॉर्ड दर्शाते हैं कि यह सेवा(एँ) या इसी तरह की सेवा(एँ) पहले से स्वीकृत, भुगतान या पूर्ण की गई थीं। (उदाहरण के लिए: कुछ मामलों में, कार्यविधियाँ 12 माह में एक बार या पाँच (5) वर्षों में एक बार तक सीमित हैं और दोबारा स्वीकृत नहीं की जा सकतीं, सिवाय विशेष दशाओं के, जिन्हें कि आपके दंत चिकित्सक के द्वारा अवश्य ही प्रलेखित किया जाना चाहिए।)
- 05 जिस तिथि को अनुरोध प्राप्त हुआ था, उस पर हम कार्यक्रम में आपके दंत चिकित्सक के नामांकन को सत्यापित करने में असमर्थ हैं।
- 06 आपके दंत चिकित्सक द्वारा अनुरोधित सेवा, कार्यक्रम का लाभ नहीं है। कृपया भिन्न उपचार योजना के लिए अपने दंत चिकित्सक से संपर्क करें।
- 07 आप अपनी मुलाकात पर निर्धारित जाँच परीक्षा के लिए उपस्थित नहीं हुए या मौजूदा दंतावली (दंतावलियाँ) (पूर्ण या आंशिक) लाने में विफल रहे। नया अनुरोध भेजने के लिए कृपया अपने दंत चिकित्सक से संपर्क करें।
- 08 आपके दंत चिकित्सक ने हमें इस अनुरोध को संसाधित करने की अनुमति देने के लिए पर्याप्त जानकारी नहीं भेजी है। इस उपचार के बारे में जानकारी के लिए कृपया अपने दंत चिकित्सक से संपर्क करें।
- 09 एक्स-रे दिखाते हैं कि यह दांत क्राउन की आवश्यकताओं को पूरा नहीं करता है। दांत की मरम्मत फिलिंग से की जा सकती है।
- 10 एक्स-रे से पता चलता है कि दांत/दाँतों में संक्रमण हो सकता है; कृपया अपने दंत चिकित्सक से संपर्क करें क्योंकि पहले किसी अन्य सेवा की आवश्यकता हो सकती है।
- 11 एक्स-रे, चार्ट रिकार्ड्स और/या आपकी नैदानिक जाँच परीक्षण के द्वारा पुष्ट जानकारी के आधार पर आपको गहरी सफाई की आवश्यकता नहीं है।
- 12 यह सेवा स्वीकृत नहीं की जा सकती है क्योंकि यह आपके दंत चिकित्सक द्वारा भेजी गई उसी उपचार योजना में अस्वीकृत प्रक्रिया से संबंधित है।
- 13 आपके दंत चिकित्सक और/ या नैदानिक जाँच परीक्षण से प्राप्त जानकारी के आधार पर, आपकी वर्तमान दंत स्थिति स्थिर है और इस समय अनुरोधित सेवा की आवश्यकता नहीं है।
- 14 एक्स-रे और/या आपके नैदानिक जाँच परीक्षण के द्वारा पुष्ट जानकारी के आधार पर दाँत प्राकृतिक रूप से घिस गया/गए है/हैं या दाँत पीसने के कारण खराब हो गए हैं। अनुरोधित सेवा कार्यक्रम का लाभ नहीं है जब तक कि क्षरण या टूटा हुआ दाँत न हो।
- 15 एक्स-रे से पता चलता है कि दाँत बहुत टूट गया है और उसकी मरम्मत नहीं की जा सकती है। आपका दंत चिकित्सक भिन्न उपचार की सिफारीश करने में सक्षम हो सकता है।
- 16 हमारे रिकार्ड दर्शाते हैं कि फिलिंग या स्टेनलेस स्टील क्राउन के साथ दाँतों की मरम्मत की गई है।
- 17 एक्स-रे दर्शाते हैं कि मांगी गई सेवा को मंजूरी नहीं दी जा सकती क्योंकि मसूड़ों की बीमारी ने दाँत के आसपास की हड्डी को नष्ट कर दिया है। आपका दंत चिकित्सक भिन्न उपचार की सिफारीश करने में सक्षम हो सकता है।
- 18 ब्रेसेज के लिए न्यूनतम आवश्यकताएं सत्यापित नहीं की जा सकतीं।
- 19 एक आंशिक दंतावली का केवल तभी कोई लाभ हो सकता है जब सामने वाली आर्च पर एक पूर्ण दंतावली हो।
- 20 क्राउन पर विचार करने से पहले, रूट कैनाल उपचार संतोषजनक ढंग से किया जाना चाहिए।
- 21 दाँत पूरी तरह से नहीं बने हैं। आपका दंत चिकित्सक भिन्न उपचार की सिफारीश करने में सक्षम हो सकता है।
- 22 उपचार की आवश्यकता नहीं है क्योंकि एक्स-रे और प्रलेखन दर्शाता है कि नस को कोई क्षति नहीं पहुँची है।
- 23 स्टेप्लेट सामने वाले टूट चुके स्थायी दाँत को बदलने के लिए एक लाभ हो सकता है।
- 24 एक्स-रे दर्शाते हैं कि उपचार योजना को मंजूरी देने से पहले और निस्सारणों की जरूरत है; कृपया अपने दंत चिकित्सक से संपर्क करें।
- 25 आपके दंत चिकित्सक द्वारा भेजी गई जानकारी के आधार पर, आपके दाँत इतनी खराब स्थिति में हैं कि अनुरोधित आंशिक दंतावली इस कार्यक्रम के तहत लाभ नहीं है।
- 26 आपके दंत चिकित्सक द्वारा भेजी गई जानकारी के आधार पर, आपके दाँत अच्छे हैं और उन्हें पूर्ण दंतावली द्वारा प्रतिस्थापित नहीं किया जाना चाहिए।

- 27 आपके दंत चिकित्सक द्वारा भेजी गई जानकारी के आधार पर, आपके पास सामने वाली आर्च पर पूर्ण दंतावली नहीं है; इसलिए आप धातु के आंशिक के लिए पात्र नहीं हैं।
- हालांकि, यदि आपके सामने वाले दांत गायब हैं, तो आप स्टेप्लेट के लिए योग्य हैं।
- 28 आपके जाँच परीक्षण से प्राप्त एक्स-रे, प्रलेखन, और/ या जानकारी के आधार पर, आपके दांत और/या मसूड़े ऐसी खराब स्थिति में हैं कि अनुरोधित उपचार इस कार्यक्रम के तहत लाभ नहीं है। आपका दंत चिकित्सक अलग उपचार की पेशकश करने में सक्षम हो सकता है।
- 29 दंत चिकित्सा सेवाओं के लिए आपका अनुरोध अधिक जानकारी के लिए आपके दंत प्रदाता को वापस कर दिया गया था। आपके प्रदाता के पास अनुरोधित जानकारी को फिर से प्रस्तुत करने के लिए 45 दिन हैं। आपकी ओर से कोई कार्रवाई की आवश्यकता नहीं है, लेकिन आप इस अनुरोध के बारे में अपने दंत चिकित्सक से संपर्क कर सकते हैं। इस समय स्टेट हियरिंग का अनुरोध विकल्प नहीं है।
- 30 उस समय फिक्स्ड ब्रिज अनुमति देने योग्य हैं जब चिकित्सा स्थिति हटाने योग्य दंतावली के उपयोग को रोकती है।
- 31 दांत अपनी सामान्य स्थिति में नहीं है और इस कार्यक्रम के तहत उसकी मरम्मत नहीं की जा सकती है।
- 32 जाँच परीक्षण से प्राप्त जानकारी के आधार पर, आपकी मौजूदा दंतावली इस समय अच्छी है।
- 33 आपके हालिया जाँच परीक्षण के आधार पर, आपके लिए दंतावली सही उपचार नहीं है। अन्य विकल्पों के लिए कृपया अपने दंत चिकित्सक से संपर्क करें।
- 34 अनुरोधित दंतावली स्वीकृत नहीं है क्योंकि दंतावली को सहारा देने के लिए आर्च में पर्याप्त दाँत बचे हुए हैं।
- 35 अपने जाँच परीक्षण के दौरान, आपने कहा था कि आप इस समय कोई दंत चिकित्सा सेवा नहीं चाहते हैं या आप किसी अन्य दंत चिकित्सक को दिखाना चाहते हैं।
- 36 अधिकृत मुलाकातों की संख्या को समायोजित किया गया है क्योंकि उपचार के पूरा होने से पहले आप 21 वर्ष के हो जाएंगे। कृपया अपने दंत चिकित्सक से संपर्क करें।
- 37 सबमिट एक्स-रे में दाँत दिखाई नहीं दे रहा है।
- 38 आपके एक्स-रे और/या जाँच परीक्षण से प्राप्त जानकारी के आधार पर; कार्यविधि पर विचार करने से पहले आपको अपने दंत चिकित्सक से अतिरिक्त उपचार की आवश्यकता होगी।
- 39 एक्स-रे से पता चलता है कि अनुरोधित नकली दाँत के लिए पर्याप्त जगह नहीं है।
- 40 यह कार्यक्रम ब्रेसेज को कवर नहीं करता है जबकि दूध के दाँत अभी भी मौजूद हैं।
- 41 एक्स-रे और आपके जाँच परीक्षण से प्राप्त जानकारी के आधार पर आप अपना दाँत पीसते हैं। कार्यक्रम इस अवस्था के लिए सेवाओं को कवर नहीं करता है।
- 42 यह प्रक्रिया शिशु दाँत या टूटने के लिए तैयार शिशु दाँत के लिए लाभ नहीं है। आपका दंत-चिकित्सक आपकी स्थिति के लिए एक भिन्न उपचार की सिफारिश कर सकता है।
- 43 अनुरोधित प्रक्रिया आपकी दंत समस्या को ठीक नहीं करेगी। आपका दंत चिकित्सक आपकी स्थिति के लिए भिन्न उपचार को ऑफर कर सकता है।
- 44 आपके दंत चिकित्सक से प्राप्त जानकारी के आधार पर, अनुरोधित सेवा केवल कॉस्मेटिक कारणों के लिए है। केवल कॉस्मेटिक उद्देश्यों के लिए सेवाएं, कार्यक्रम का लाभ नहीं हैं।
- 45 आपकी वर्तमान दंतावली को दंतावली के अंदरूनी हिस्से को बदलकर ठीक किया जा सकता है।
- 46 हम इस प्रोग्राम में आपकी पात्रता को सत्यापित करने में असमर्थ हैं।
- 47 भुगतान या अनुमोदन के लिए इस कार्यविधि को प्रस्तुत करने से पहले आपके दंत चिकित्सक को कैलिफ़ोर्निया चिल्ड्रन्स सर्विसेज प्रोग्राम से संपर्क करना चाहिए।
- 48 EPSDT सेवा 21 वर्ष और उससे अधिक उम्र के रोगियों के लिए लाभकारी नहीं है।
- 49 अनुरोधित EPSDT सेवा(एँ) चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं है/हैं।