

EDI-CAL デンタルアクション通知 これは請求書
ではありません

--	--

医療機関名:

MEDS ID:

DCN:

MRDCN:

ページ /

リクエスト日:

会員名:

Medi-Cal Dental は、カリフォルニア州規則 22 条、セクション 51003、51307、および基準書に従って、担当の歯科医の治療要望を処理しました。承認できないか、変更が必要な項目が少なくとも 1 つあります。記載されている ACTION コードの理由の説明については、同封のリストを参照してください。また、特定の最小限の要件は、Medi-Cal デンタルプロバイダーハンドブックのセクション 5「基準書 (MANUAL OF CRITERIA)」の処置番号に従って記載されています。ハンドブックは、Medi-Cal 登録の歯科医院にあります。

歯番号 またはア ーチ	治療の説 明	処置番号	Medi-Cal デンタル アクショ ン	アクションコード の理由 (説明については同封の文書をご覧ください)

- Medi-Cal デンタルプログラムで認められる最高の治療を受けるために、担当の歯科医と各種治療計画について話し合うことができます。
- この処置に関して質問がある場合は、担当歯科医または Medi-Cal デンタル (1-800-322-6384) まで問い合わせていただき、詳しい説明を受けてください。
- この通知に記載されている措置に納得できない場合は、通知日から 90 日以内に州公聴会を要請することができます。公聴会の要請については、この通知の裏面をご覧ください。

この通知に記載されている措置に納得できない場合は、
通知日から 90 日以内に州公聴会を要請することができます。

公聴会を要請する：

この通知の両面 を次の宛先まで送信してください。
California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

または

公共問い合わせ・応答ユニット(Public Inquiry and Response Unit)まで次のフリーダイヤル番号
に電話してください。1-800-952-5253 (英語以外の
言語でサービスを利用できます)、

または

TDD フリーダイヤル番号(1-800-952-8349)に 電話することもできま
す。

州行政規則集：

タイトル 22、カリフォルニア州規則集、セクション 5095 1、5 1014.1、51014.2
(州公聴会の内容を含む)。コピーはお住まいの地域の社会福祉事務所または地元の図書館で入手
することができます。

授權代理人：

公聴会では自分が代表者になることも、友人や弁護士、
その他の人が代表者になることもできます。代表者の選定は自分で手配する必要があります。法律相
談機関の電話番号は、フリーダイヤル番号の公共問い合わせ・応答ユニットに電話するか、地元の社会
保障事務所から入手できます。

私は通訳者が必要です(費用はかかりません)。

使用する言語または方言：_____

差別禁止に関する通知

差別は法律違反です。Medi-Calデンタルプログラム(Medi-Cal Dental Fee-For-Service)は、州および連邦の公民権法を遵守します。Medi-Calデンタルは、性、人種、肌の色、宗教、祖先、国籍、民族の識別、年齢、精神障害、身体障害、病状、遺伝情報、婚姻区分、性別、性同一性、性的指向などの理由で、人を違法に差別したり、排除したり、異なる扱いをしたりしません。

Medi-Calデンタルが提供するもの:

- 障害のある人のために、次のようなコミュニケーションを補助する無料の援助とサービス。
 - ✓ 資格を有する手話通訳者
 - ✓ ほかの形式の書面による情報(大きな字体の印刷、音声、アクセス可能な電子形式、その他の形式)
- 一次言語が英語ではない方々に次のような無償の言語サービスを行っております。
 - ✓ 資格を有する通訳者
 - ✓ 英語以外の言語で書かれた情報

これらのサービスをご利用になりたい方は、Medi-Calデンタル(1-800-322-6384)までお電話でお問い合わせください。(平日、午前8時から午後5時まで) または、耳や言葉が不自由な方は、1-800-735-2922に電話して、テレテキスト・タイプライター(TTY)の支援を受けてください。オペレーターに1-800-322-6384のフリーダイヤル会員回線につないでもらってください。

苦情を申し立てる方法

Medi-Calデンタルがこれらのサービスを提供しなかった、または性、人種、肌の色、宗教、祖先、国籍、民族の識別、年齢、精神障害、身体障害、医療状態、遺伝情報、婚姻区分、性別、性同一性、または性的指向に基づいて違法に差別されたと思われる場合、Medi-Calデンタルに苦情を申し立てることができます。電話または書面で苦情を申し立てることができます。

- 電話の場合: これらのサービスをご利用になりたい方は、Medi-Calデンタル電話サービス(1-800-322-6384)までお電話ください。(平日、午前8時から午後5時まで) または、耳や言葉が不自由な方は、1-800-735-2922までお電話ください。
- 書面の場合: 苦情フォームに記入するか、手紙を書いて、次の宛先に送信してください。

Medi-Cal Dental Program
Member Services Group
PO Box 15539
Sacramento, CA 95899-7330

公民権局 – カリフォルニア州医療保険サービス省 (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

また、電話、書面で、または電子的に、カリフォルニア州医療保険サービス省、公民権局に公民権侵害の申し立てを行うこともできます。

- **電話の場合**: 916-440-7370までお電話ください。耳や言葉が不自由な方は、711 (Telecommunications Relay Service)までご連絡ください。
- **書面の場合**: 苦情フォームに記入するか、手紙を書いて、次の宛先に送信してください。

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

苦情フォームは http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspxから入手できます。

- **電子的に送信する場合**: CivilRights@dhcs.ca.govまで電子メールを送信してください。

公民権局 – アメリカ合衆国保健福祉省

人種、肌の色、出身国、年齢、障害、または性別に基づいて差別されていると思われる場合は、アメリカ合衆国保健福祉省の公民権局に電話、書面でまたは電子的に公民権侵害の申し立てを行うこともできます。

- **電話の場合**: 1-800-368-1019までお電話ください。耳や言葉が不自由な方は、TTY/TDD 1-800-537-7697までご連絡ください。
- **書面の場合**: 苦情フォームに記入するか、手紙を書いて、次の宛先に送信してください。

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

苦情フォームは、<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>から入手できます。

- **電子的に送信する場合**: Office for Civil Rights Complaint Portal (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)をご覧ください。

アクションコードの理由

- | | |
|---|---|
| <p>01 あなたの適格性(処置コード)は緊急サービスのみを対象としています。</p> <p>02 現在の歯の症状について担当の歯科医から提出された情報は、このサービスを承認する最小限の要件を満たしていません。</p> <p>03 歯科治療の依頼を変更しました。この変更は、歯科医師から送られてきた、現在の歯科疾患に関する情報、またはプログラムのガイドラインに従うための情報に基づいて行われました。</p> <p>04 当プログラムの記録では、この治療または同様の治療が以前に承認済み、支払い済み、または完了済みであることが示されています。(例えば、処置は12か月に1回または5年に1回に制限される場合があります、担当の歯科医が記録を取る必要がある特別な状況を除いて、再度承認することはできません。)</p> <p>05 依頼が受領された当日に歯科医がプログラムに参加するための登録を確認することはできません。</p> <p>06 担当の歯科医療従事者が依頼した治療は、このプログラムの給付対象ではありません。別の治療計画については、担当の歯科医療従事者にお問い合わせください。</p> <p>07 予定されたスクリーニング検査に来院しなかったか、来院時に既存の義歯(全部または一部)を持参されませんでした。歯科医に連絡して、新しい依頼を送信してください。</p> <p>08 担当の歯科医は、この依頼を処理するのに十分な情報を送信しませんでした。この治療に関する情報については、担当の歯科医にお問い合わせください。</p> <p>09 X線写真によると、歯冠の要件が満たされていません。歯は詰め物で修復できる可能性があります。</p> <p>10 X線写真によると、歯性感染症の可能性があり、最初に別の治療が必要になる可能性があるため、担当の歯科医にお問い合わせください。</p> | <p>11 X線、カルテ記録、および/または臨床スクリーニング検査で確認された情報に基づき、ディープクリーニングは必要ありません。</p> <p>12 この治療は、担当の歯科医から提出された同じ治療計画で拒否された処置に関連しているため、承認できません。</p> <p>13 担当の歯科医から送信された情報および/または地域のスクリーニング検査から得られた情報から判断すると、現在の歯の症状は安定しており、現時点では要望された治療は必要ありません。</p> <p>14 X線写真および/または臨床スクリーニング検査により確認された情報に基づいて、歯が自然に磨耗しているか、ブラキシズム(歯ぎしり)の症状があると判断されました。要求されたサービスは、虫歯または破損した歯がない限り、プログラムの給付対象ではありません。</p> <p>15 X線写真によると、修復できないほど歯の欠損が進んでいます。担当の歯科医は、別の治療を提供することもできます。</p> <p>16 当プログラムの記録によると、歯が詰め物またはステンレス鋼の歯冠で修復されています。</p> <p>17 X線写真によると、歯周病が歯の周りの骨を破壊しているため、要望された治療を承認できません。担当の歯科医は、別の治療を提供することもできます。</p> <p>18 歯科矯正の最小要件を確認できませんでした。</p> <p>19 部分的な義歯は、反対側のアーチに完全な義歯がある場合にのみ給付対象となります。</p> <p>20 歯冠を考慮する前に、根管治療を十分に完了する必要があります。</p> <p>21 歯が完全に形成されていません。担当の歯科医は、別の治療を提供することもできます。</p> <p>22 神経の損傷がないことがX線および記録で示されるため、治療は不要です。</p> <p>23 ステープレートは、失われた永久前歯を交換する場合にのみ給付対象となります。</p> |
|---|---|

- 24 X線写真によると、治療計画が承認される前にさらなる抜歯が必要であることを示しています。担当の歯科医に連絡してください。
- 25 担当の歯科医が送信した情報に基づくと、歯の状態が非常に悪い場合、要望された部分義歯はこのプログラムの給付対象ではありません。
- 26 担当の歯科医が送信した情報に基づくと、歯は現時点では良好であるため、総義歯に交換する必要はありません。
- 27 担当の歯科医が送信した情報に基づくと、反対側のアーチに総義歯はありません。そのため、金属部分の要件を満たしていません。ただし、前歯が欠けている場合は、ステイプレートの治療要件を満たしています。
- 28 スクリーニング検査で得たX線検査、記録、および/または情報に基づき、あなたの歯および/または歯茎の状態が悪い場合、このプログラムでは要求された治療は給付対象ではありません。担当の歯科医は、別の治療を提供することもできます。
- 29 歯科サービスに関するお客様の依頼は、詳細について担当の歯科医療従事者に返送されました。担当の歯科医療従事者は、45日以内に要求された情報を再送信できます。あなたからのアクションは必要ありませんが、この依頼について歯科医に連絡することができます。州公聴会の要請は、現時点では選択できません。
- 30 疾患により可撤式義歯の使用が妨げられている場合、固定式ブリッジは許容されます。
- 31 歯は通常的位置にないため、このプログラムでは修復できません。
- 32 スクリーニング検査から得られた情報から判断すると、現時点での義歯の状態は良好です。
- 33 あなたの最近のスクリーニング検査によると、義歯はあなたにとって適切な治療ではありません。その他のオプションについては、歯科医にお問い合わせください。
- 34 義歯を支えるのに十分な歯がこのアーチに残っているため、依頼された義歯は承認されません。
- 35 スクリーニング検査中、現時点で歯科サービスを希望していない、または別の歯科医を受診したいとお答えになりました。
- 36 治療が完了する前に21歳になるため、承認来院回数が調整されました。歯科医に連絡してください。
- 37 提出されたX線写真にその歯は映っていません。
- 38 X線および/あるいはスクリーニング検査から得られた情報によると、処置を検討する前に担当の歯科医による追加の治療が必要です。
- 39 X線写真は、依頼された入れ歯用に十分なスペースがないことを示しています。
- 40 このプログラムは、乳歯が残っている場合の歯科矯正を対象としておりません。
- 41 X線検査やスクリーニング検査で得た情報に基づくと、歯ぎしりをしています。本プログラムは、この条件に対するサービスには適用されません。
- 42 この処置は、乳歯または抜けそうな乳歯については給付対象ではありません。担当の歯科医は歯の症状に適する別の治療を提供することもできます。
- 43 依頼された処置では歯の問題を修復することはありません。担当の歯科医は歯の症状に適する別の治療を提供することもできます。
- 44 担当の歯科医から受け取った情報に基づくと、要望された治療は美容上の処置に限られています。美容目的に限られる治療はこのプログラムの給付対象ではありません。
- 45 現在の義歯は、義歯の内側を交換することで固定できます。
- 46 このプログラムの給付資格を確認することはできません。
- 47 担当の歯科医は、支払いまたは承認のためにこの処置を提出する前に、カリフォルニア州児童福祉サービス(California Children's Services)に連絡する必要があります。
- 48 21歳以上の患者さんは、EPSDTサービスの給付対象ではありません。
- 49 依頼されたEPSDT治療は医学的に必要ではありません。