

УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ MEDI-CAL DENTAL НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЧЕТОМ

--	--

НАЗВАНИЕ ОТДЕЛА
ОБСЛУЖИВАНИЯ:

СТР. ИЗ

МЕДИЦИН
СКИЙ
ИДЕНТИФ
ИКАЦИОН
НЫЙ

ДАТА ЗАПРОСА:

НОМЕР:
КОНТРОЛ
ЬНЫЙ
НОМЕР
ДОКУМЕН
ТА:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ
УЧАСТНИКА:

КОНТРОЛЬНЫЙ НОМЕР
ДОКУМЕНТА УЧАСТНИКА:

Sample

Группа Medi-Cal Dental обработала запрос стоматолога относительно вашего лечения в соответствии с разделами 51003 и 51307 главы 22 свода федеральных нормативных актов штата Калифорния и инструкцией по критериям. По крайней мере один из пунктов не может быть одобрен или требует внесения изменений. В прилагаемом списке приведены разъяснения перечисленных КОДОВ ПРИЧИН ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ. В разделе 5 «ИНСТРУКЦИИ ПО КРИТЕРИЯМ» (MANUAL OF CRITERIA) руководства для поставщиков услуг Medi-Cal Dental под определенным номером процедуры, перечисленным ниже, приведены конкретные минимальные требования. Копия этого документа имеется в каждом кабинете стоматолога Medi-Cal.

Номер зуба или дуга	Описание лечения	Номер процедуры	Действие Medi-Cal Dental	Коды причины выполнения действия (разъяснение см. в приложении)

- Вы можете обсудить различные планы лечения со своим стоматологом для получения оптимальной помощи, доступной по программе Medi-Cal Dental.
- При наличии любых вопросов относительно этого действия обращайтесь к своему стоматологу или в Medi-Cal Dental по тел.: 1-800-322-6384 для получения подробного разъяснения.
- Если вы не удовлетворены действием, изложенным в настоящем уведомлении, вы вправе затребовать проведение комиссии штата в течение 90 дней с момента уведомления. Сведения о подаче требования о проведении комиссии приведены на оборотной стороне настоящего уведомления:

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

Sample

ЕСЛИ ВЫ НЕ УДОВЛЕТВОРЕННЫ ДЕЙСТВИЕМ, ИЗЛОЖЕННЫМ
В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ, ВЫ ВПРАВЕ ЗАТРЕБОВАТЬ
ПРОВЕДЕНИЕ КОМИССИИ ШТАТА В ТЕЧЕНИЕ 90 ДНЕЙ С МОМЕНТА
УВЕДОМЛЕНИЯ.

Для подачи запроса на проведение комиссии:

ОТПРАВЬТЕ ОБЕ ЧАСТИ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ ПО
АДРЕСУ:

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

ИЛИ

Позвоните по БЕСПЛАТНОМУ номеру телефона в отдел ответов на запросы
общественности: 1-800-952-5253 (ПОДДЕРЖКА ОКАЗЫВАЕТСЯ НА ДРУГИХ
ЯЗЫКАХ, ПОМИМО
АНГЛИЙСКОГО)

ИЛИ

Позвоните по бесплатному номеру текстового телефона:
1-800-952-8349.

Нормативные документы штата:

копия разделов 50951, 51014.1 и 51014.2 главы 22 Свода федеральных нормативных
актов штата Калифорния,
которые распространяются на проведение комиссий на уровне штата, доступны в
управлении социального обеспечения вашего округа или в местной библиотеке.

Законный представитель:

в рассмотрении комиссией вы можете выступать от своего имени, или вас может
представлять друг, адвокат
или любое другое лицо. Предполагается, что вы выбираете представителя
самостоятельно. Номера телефонов организаций по оказанию правовой помощи
можно получить, позвонив по бесплатному номеру в отдел ответов на запросы
общественности, или в местном управлении социального обеспечения.

МНЕ ТРЕБУЕТСЯ ПЕРЕВОДЧИК (бесплатно).
МОЙ РОДНОЙ ЯЗЫК ИЛИ ДИАЛЕКТ: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУСТИМОСТИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Дискриминация запрещена законом. Программа Medi-Cal Dental (платные услуги по программе Medi-Cal Dental) реализуется в соответствии с законодательством в области гражданских прав на уровне штатов и на федеральном уровне. Программа Medi-Cal Dental не допускает противозаконной дискриминации, не лишает людей права на получение услуг и не предусматривает другого отношения к ним по признаку пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религиозных убеждений, родового и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, умственной или физической неполноценности, состояния здоровья, генетических данных, семейного положения, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Программа Medi-Cal Dental предоставляет:

- бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями для оказания им содействия в общении, в частности:
 - ✓ Квалифицированные сурдопереводчики.
 - ✓ Письменная информация в других форматах (набранная крупным шрифтом, в виде аудиозаписей, в легкодоступном электронном формате и др.).
- Бесплатные переводческие услуги лицам, основной язык общения которых не является английским, такие как:
 - ✓ Услуги квалифицированных устных переводчиков.
 - ✓ Письменная информация на других языках.

Если вам требуются такие услуги, обращайтесь в Medi-Cal Dental с 08:00 до 17:00 с понедельника по пятницу по тел.: 1-800-322-6384. Людям с нарушениями слуха или речи следует звонить по тел.: 1-800-735-2922 для связи с оператором телетекста (TTY). Позвоните на бесплатную линию для участников по тел.: 1-800-322-6384.

КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ

Если вы считаете, что по программе Medi-Cal Dental не предоставлены надлежащие услуги или присутствует противозаконная дискриминация по признаку пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религиозных убеждений, родового и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, умственной или физической неполноценности, состояния здоровья, генетических данных, семейного положения, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, вы вправе подать жалобу в Medi-Cal Dental. Жалобу можно подать по телефону или в письменном виде.

- По телефону: обращайтесь в центр поддержки Medi-Cal Dental с 08:00 до 17:00 с понедельника по пятницу по тел.: 1-800-322-6384. Людям с

нарушениями слуха или речи следует звонить по тел.: 1-800-735-2922.

- В письменном виде: заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте его по следующему адресу:

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

Sample

УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА КАЛИФОРНИЯ

Вы также вправе подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния по телефону, в письменном виде или в электронной форме.

- **По телефону:** позвоните по тел.: **916-440-7370**. Людям с нарушениями слуха или речи следует звонить по тел.: **711 (телекоммуникационная диспетчерская служба)**.
- **В письменном виде:** заполните бланк жалобы или отправьте письмо по следующему адресу:

**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**

Бланки жалоб доступны по адресу:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **В электронной форме:** отправьте электронное сообщение по адресу:
CivilRights@dhcs.ca.gov.

УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ США

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или сексуальной ориентации, вы вправе подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США по телефону, в письменном виде или в электронной форме.

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-800-368-1019**. Людям с нарушениями слуха или речи следует звонить **по тел.: 1-800-537-7697 (текстовый телефон/телетайп)**.
- **В письменном виде:** заполните бланк жалобы или отправьте письмо по следующему адресу:

U.S. Department of Health and Human Services

**200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Бланки жалоб доступны по адресу: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- В электронной форме: посетите веб-сайт Управления по гражданским правам для подачи жалоб:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Sample

ПРИЧИНЫ ДЛЯ КОДОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ

- 01 Ваше право на участие (код оказания помощи) распространяется только на услуги экстренной медицинской помощи.
- 02 Сведения, отправленные вашим стоматологом о нынешнем состоянии ваших зубов, не соответствуют нашим минимальным требованиям для одобрения этой услуги.
- 03 В запрос на стоматологическое лечение были внесены изменения. Это изменение было основано на сведениях, отправленных вашим стоматологом о текущем состоянии ваших зубов, или для соблюдения руководства программы.
- 04 По имеющимся у нас данным, такие или аналогичные услуги были одобрены, оплачены или оказаны ранее. (Например, в некоторых случаях количество процедур ограничено до одного раза в 12 месяцев или одного раза в 5 лет, и они не могут быть одобрены вновь, за исключением особых обстоятельств, которые должны быть документально подтверждены вашим стоматологом).
- 05 Мы не можем подтвердить регистрацию вашего стоматолога для участия в программе на дату получения запроса.
- 06 Услуга, запрошенная вашим стоматологом, не предоставляется по данной программе. Обратитесь к своему стоматологу для изменения плана лечения.
- 07 Вы не прошли плановое скрининговое обследование или во время визита не предъявили имеющиеся протезы (полностью или частично съемные). Обратитесь к своему стоматологу, чтобы отправить новый запрос.
- 08 Ваш стоматолог отправил нам недостаточно информации для обработки этого запроса. Пожалуйста, обратитесь к своему стоматологу, чтобы получить информацию о данном лечении.
- 09 Рентген показал, что зуб не соответствует требованиям на установку коронки. Зуб можно восстановить с помощью пломбирования.
- 10 Рентген показал, что зубы могут быть инфицированы. Обратитесь к своему стоматологу, поскольку сначала может потребоваться оказание другой услуги.
- 11 На основании рентгеновских снимков, медицинских карт и/или сведений, подтвержденных вашим клиническим скрининговым обследованием, вам не нужна глубокая чистка.
- 12 Эта услуга не может быть одобрена, поскольку она связана с процедурой, в которой было отказано, в том же плане лечения, который был отправлен вашим стоматологом.
- 13 На основании сведений, представленных вашим стоматологом и/или полученных в результате клинического скринингового обследования, нынешнее состояние ваших зубов стабильно, и в данный момент оказание запрашиваемой услуги не требуется.
- 14 На основании рентгеновского снимка и/или сведений, полученных нами при проведении клинического скринингового обследования, было установлено, что зубы изношены естественным образом или вследствие скрежетания зубами. Запрошенная услуга не предоставляется в рамках программы, за исключением случаев кариеса или сломанного зуба.

- 15 Рентген показал, что зуб слишком сильно разрушен и восстановлению не подлежит. Ваш стоматолог может предложить другое лечение.
- 16 **По имеющимся у нас сведениям, зуб был восстановлен с помощью пломбирования или с помощью коронки из нержавеющей стали.**
- 17 Рентген показал, что запрашиваемая услуга не может быть одобрена, поскольку пародонтит разрушил костную ткань вокруг зуба. Ваш стоматолог может предложить другое лечение.
- 18 **Минимальные требования для ортопедических скоб нельзя подтвердить.**
- 19 Частичный зубной протез целесообразно устанавливать только при наличии полного съемного зубного протеза на противоположной дуге.
- 20 **Прежде чем рассматривать установку коронки, следует провести надлежащее лечение корневого канала.**
- 21 Зуб еще не полностью сформирован. Ваш стоматолог может предложить другое лечение.
- 22 **Лечение не требуется, поскольку рентгеновские снимки и документация показывают отсутствие поражения нерва.**
- 23 Опорную пластину целесообразно устанавливать только при замене отсутствующего постоянного переднего зуба.
- 24 Рентген показал, что перед одобрением плана лечения требуется дополнительное удаление зубов. Обратитесь, пожалуйста, к своему стоматологу.
- 25 На основании сведений, отправленных вашим стоматологом, ваши зубы в таком плохом состоянии, что частичный зубной протез нецелесообразно устанавливать по этой программе.
- 26 **На основании сведений, отправленных вашим стоматологом, ваши зубы на данный момент находятся в хорошем состоянии и не подлежат замене на полностью съемный зубной протез.**
- 27 На основании сведений, отправленных вашим стоматологом, у вас отсутствует полностью съемный зубной протез на противоположной дуге, поэтому вы не соответствуете требованиям относительно установки частично съемного металлического зубного протеза. Однако, если у вас отсутствуют передние зубы, вы имеете право на установку опорной пластины.
- 28 **Судя по рентгеновским снимкам, документации и/или информации, полученной в результате вашего скринингового осмотра, ваши зубы и/или десны находятся в таком плохом состоянии, что запрошенное лечение не предоставляется в рамках этой программы. Ваш стоматолог может предложить другое лечение.**
- 29 Ваш запрос на стоматологические услуги был возвращен вашему стоматологу для получения дополнительной информации. В распоряжении вашего стоматолога 45 дней, чтобы повторно отправить запрошенную информацию. От вас не требуется каких-либо действий, но вы можете обратиться к стоматологу по этому поводу. Запрос на слушание на уровне штата в настоящее время не рассматривается.
- 30 **Несъемные мостовидные протезы допустимы, когда состояние здоровья не позволяет использовать съемный протез.**
- 31 Зуб находится не в своем обычном положении и не подлежит восстановлению по этой программе.
- 32 **На основании сведений, полученных в результате скринингового обследования, ваш нынешний зубной протез на данный момент находится в хорошем состоянии.**

- 33 Судя по результатам вашего недавнего скринингового обследования, установка протеза вам не поможет. Обратитесь к своему стоматологу по поводу других вариантов.
- 34 **Запрашиваемый протез не утвержден, поскольку на этой дуге остается достаточное количество зубов для поддержания зубного протеза.**
- 35 Во время скринингового обследования вы сказали, что не хотите на этот раз получить какие-либо стоматологические услуги, или что вы хотите попасть на прием к другому стоматологу.
- 36 **Число утвержденных посещений было откорректировано, поскольку вам исполнится 21 год до завершения лечения. Обратитесь к своему стоматологу.**
- 37 Зуб не виден на представленном рентгеновском снимке.
- 38 **На основании рентгеновских снимков или сведений, полученных в результате скринингового обследования, перед рассмотрением процедуры вам нужно пройти дополнительное лечение у своего стоматолога.**
- 39 Рентген показал, что для запрашиваемого вставного зуба недостаточно места.
- 40 **Данная программа не включает в себя ортопедические скобы в случае наличия молочных зубов.**
- 41 На основании рентгеновских снимков и информации, полученной во время скринингового обследования, вы скрипите зубами. Программа не покрывает услуги для этого состояния.
- 42 **Процедура нецелесообразна для молочных зубов или молочных зубов, готовых выпсть. Ваш стоматолог может порекомендовать другое лечение в соответствии с вашим состоянием.**
- 43 Запрашиваемая процедура не устранил возникшую у вас проблему с зубами. Ваш стоматолог может порекомендовать другое лечение в соответствии с вашим состоянием.
- 44 **Согласно сведениям, полученным от вашего стоматолога, запрашиваемая услуга обусловлена только косметическими соображениями. Процедуры, выполняемые только в косметических целях, не предоставляются по этой программе.**
- 45 Ваш текущий протез можно восстановить, заменив внутреннюю сторону протеза.
- 46 **Мы не можем подтвердить ваше право на участие в этой программе.**
- 47 Перед подачей запроса на оплату или одобрение этой процедуры ваш стоматолог должен связаться с группой по оказанию услуг детям штата Калифорния (California Children's Services).
- 48 **Услуги по программе EPSDT не предоставляются пациентам от 21 года и старше.**
- 49 Запрашиваемые услуги EPSDT не обусловлены медицинской необходимостью.