

**AVISO DE MEDIDAS DE MEDI-CAL DENTAL.
ESTO NO ES UNA FACTURA**

--	--

NOMBRE DEL CONSULTORIO
DEL SERVICIO:

Identificación
de los
medicamentos:
Número de
control del
documento (DCN,
por sus siglas
en inglés):
Número de control del
documento más
reciente (MRDCN, por
sus siglas en
inglés):

PÁGINA DE

FECHA DE LA
SOLICITUD:

NOMBRE DEL
AFILIADO:

Sample

Medi-Cal Dental ha procesado la solicitud de su dentista para el tratamiento de acuerdo con el Código de Reglamentos de California, título 22, secciones 51003 y 51307, y el Manual de Criterios. Al menos uno de los elementos no puede aprobarse o debe ser modificado. Consulte la lista adjunta para obtener una explicación de los CÓDIGOS DE RAZONES DE LAS MEDIDAS indicados. Además, se pueden encontrar requisitos específicos mínimos en el Manual para Proveedores de Medi-Cal Dental, en la sección 5 llamada “MANUAL DE CRITERIOS” bajo el número del procedimiento específico indicado a continuación. Hay copias disponibles en los consultorios de los dentistas de Medi-Cal.

N.º de diente o arco dentario	Descripción del tratamiento	N.º del procedimiento	Medida de Medi-Cal Dental	Códigos de razones de las medidas (consulte el adjunto para obtener una explicación)

- Puede analizar diferentes planes de tratamiento con su dentista para obtener la mejor atención permitida bajo el programa de Medi-Cal Dental.
- Si tiene una pregunta con respecto a esta medida, póngase en contacto con su dentista o con Medi-Cal Dental llamando al 1-800-322-6384 para obtener una explicación más detallada.
- Si no está satisfecho con la medida descrita en este aviso, puede solicitar una audiencia estatal en el plazo de 90 días desde la fecha del aviso. Consulte el reverso de este aviso para obtener información sobre cómo solicitar una audiencia.

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

Sample

SINO ESTÁ SATISFECHO CON LA MEDIDA DESCRITA
EN ESTE AVISO, PUEDE SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL EN EL
PLAZO DE 90 DÍAS DESDE LA FECHA DEL AVISO.

Para solicitar una audiencia:

ENVÍE AMBOS LADOS DE ESTE AVISO COMPLETO A:

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

O BIEN

Puede llamar al número GRATUITO de la Unidad de consulta pública y
respuesta. 1-800-952-5253 (ASISTENCIA DISPONIBLE EN IDIOMAS
QUE NO SEAN INGLÉS)

O BIEN

Puede llamar al número gratuito TDD: 1-800-952-8349

Regulaciones estatales:

En la biblioteca local o la oficina de servicios sociales de su condado, se encuentra disponible una copia del Código de Reglamentos de California, título 22, secciones 5095 1, 5 1014.1 y 51014.2, que trata sobre las audiencias estatales.

Representante autorizado:

Puede representarse a usted mismo en la audiencia o puede ser representado por un amigo, un abogado o cualquier otra persona. Se espera que usted coordine la representación. Puede obtener los números de teléfonos de organizaciones de asistencia legal llamando al número gratuito de la Unidad de consulta pública y respuesta o de su Oficina de Seguro Social local.

NECESITARÉ UN TRADUCTOR (sin costo alguno para mí).
MI IDIOMA O DIALECTO ES EL: _____

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación está prohibida por la ley. El programa de Medi-Cal Dental (cargo por servicio de Medi-Cal Dental) sigue las leyes de derechos civiles federales y estatales. Medi-Cal Dental no excluye a las personas, las trata diferente ni las discrimina ilegalmente por sexo, raza, color, religión, ascendencia, nación de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género ni orientación sexual.

Medi-Cal Dental brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios sin cargo a personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor, por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - ✓ Información por escrito en otros formatos (impresiones grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados.
 - ✓ Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con Medi-Cal Dental entre las 8 a. m. y las 5 p. m. de lunes a viernes llamando al 1-800-322-6384. O bien, si no puede escuchar o hablar bien, llame al 1-800-735-2922 para recibir asistencia de teléfono de texto (TTY, por sus siglas en inglés). Pida al operador que llame a la línea gratuita para afiliados al 1-800-322-6384.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si cree que Medi-Cal Dental ha fallado en brindar estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente de otra forma por sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante Medi-Cal Dental. Puede presentar una queja por teléfono o por escrito:

- Por teléfono: póngase en contacto con el centro de servicio telefónico de Medi-Cal Dental entre las 8 a. m. y las 5 p. m. de lunes a viernes llamando al 1-800-322-6384. O bien, si no puede escuchar o hablar bien, llame al 1-800-735-2922.
- Por escrito: complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

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

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL CUIDADO DE LA SALUD DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud de California por teléfono, por escrito o de forma electrónica:

- Por teléfono: llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al **711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- Por escrito: complete un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de queja están disponibles en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx (solo disponible en inglés).

- De forma electrónica: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si cree que ha sido discriminado por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por teléfono, por escrito o de forma electrónica:

- Por teléfono: llame al **1-800-368-1019**. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al **Servicio de retransmisión TTY/TDD para clientes con dificultades auditivas 1-800-537-7697**.
- Por escrito: complete un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (solo disponible en inglés).

- De forma electrónica: visite el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (solo disponible en inglés).

Sample

CAUSA DE LOS CÓDIGOS DE ACCIÓN

- 01 Su elegibilidad (código de ayuda) cubre únicamente los servicios de emergencia.
- 02 **La información enviada por su dentista sobre su afección dental actual no cumple con los requisitos mínimos para la aprobación de este servicio.**
- 03 Se cambió la solicitud de tratamiento dental. Este cambio está basado en la información enviada por su dentista sobre su afección dental actual, o bien se realizó para seguir las pautas del programa.
- 04 **Nuestros registros indican que este servicio, o un servicio similar, fue previamente aprobado, pagado o completado. (Por ejemplo: en algunos casos, los procedimientos se limitan a una vez cada 12 meses o a una vez cada cinco (5) años, y no pueden ser aprobados nuevamente, excepto en condiciones especiales, que deben ser documentadas por su dentista).**
- 05 No podemos verificar la inscripción de su dentista en el programa en la fecha en que se recibió la solicitud.
- 06 **El servicio solicitado por su proveedor dental no es un beneficio del programa. Comuníquese con su proveedor para obtener un plan de tratamiento diferente.**
- 07 Usted no asistió a un examen de detección programado o no trajo dentaduras postizas existentes (completas o parciales) a su cita. Comuníquese con su dentista para enviar una nueva solicitud.
- 08 **Su dentista no envió suficiente información para permitirnos procesar esta solicitud. Comuníquese con su dentista para obtener información sobre este tratamiento.**
- 09 Las radiografías muestran que el diente no cumple con los requisitos para una corona. El diente podría arreglarse con un empaste.
- 10 **Las radiografías muestran que el diente/los dientes puede(n) tener una infección; comuníquese con su dentista, ya que es posible que se necesite otro servicio primero.**
- 11 Basado en las radiografías, los registros médicos o la información confirmada por su examen de detección clínica, no necesita una limpieza profunda.
- 12 **Este servicio no se puede aprobar porque está relacionado con un procedimiento denegado en el mismo plan de tratamiento enviado por su dentista.**
- 13 Basado en la información proporcionada por su dentista o un examen de detección clínica, su condición dental actual es estable y el servicio solicitado no es necesario en este momento.
- 14 **Basado en las radiografías o la información confirmada por su examen de detección clínica, el diente/los dientes se ha(n) desgastado naturalmente o el desgaste ha sido causado por el rechinamiento de los dientes (bruxismo). El servicio solicitado no es un beneficio del programa a menos que haya caries o un diente roto.**
- 15 Las radiografías muestran que el diente está demasiado desgastado y no puede repararse. Su dentista puede ofrecer un tratamiento diferente.
- 16 **Nuestros registros indican que el diente se ha reparado con un empaste o una corona de acero inoxidable.**
- 17 Las radiografías muestran que el servicio solicitado no se puede aprobar porque la enfermedad de las encías ha destruido el hueso alrededor del diente. Su dentista puede ofrecer un tratamiento diferente.
- 18 **No se pudieron verificar los requisitos mínimos para los correctores dentales.**
- 19 Una dentadura postiza parcial puede ser un beneficio solo cuando hay una dentadura postiza completa en el arco dentario opuesto.

- 20 **El tratamiento de conducto radicular debe realizarse satisfactoriamente antes de que se pueda considerar una corona.**
- 21 El diente no está completamente formado. Su dentista puede ofrecer un tratamiento diferente.
- 22 **El tratamiento no es necesario porque las radiografías y la documentación demuestran que no hay daño nervioso.**
- 23 Una prótesis provisional de acrílico puede ser un beneficio solo para reemplazar un diente frontal permanente faltante.
- 24 **Las radiografías muestran que se necesitan más extracciones antes de que se apruebe el plan de tratamiento; comuníquese con su dentista.**
- 25 Basado en la información enviada por su dentista, sus dientes están en una condición tan deficiente que la dentadura postiza parcial solicitada no es un beneficio bajo este programa.
- 26 **Basado en la información enviada por su dentista, sus dientes están bien y no deben reemplazarse por una dentadura postiza completa.**
- 27 Basado en la información enviada por su dentista, usted no tiene una dentadura postiza completa en el arco dentario opuesto; por lo tanto, no califica para una dentadura postiza parcial de metal. Sin embargo, si le faltan dientes frontales, califica para una prótesis provisional de acrílico.
- 28 **Basado en las radiografías, la documentación o la información recibida de su examen de detección, sus dientes o encías están en una condición tan deficiente que el tratamiento solicitado no es un beneficio en virtud de este programa. Su dentista puede ofrecer un tratamiento diferente.**
- 29 Su solicitud de servicios dentales fue devuelta a su proveedor dental para obtener más información. Su proveedor tiene 45 días para volver a enviar la información solicitada. No es necesario que usted tome ninguna medida, pero puede ponerse en contacto con su dentista para conocer más acerca de esta solicitud. Una solicitud de audiencia estatal no es una opción en este momento.
- 30 **Se permiten puentes fijos cuando una afección médica impide el uso de una dentadura postiza extraíble.**
- 31 El diente no está en su posición normal y no puede fijarse con este programa.
- 32 **Basado en la información recibida de un examen de detección, su dentadura postiza actual está en buen estado en este momento.**
- 33 Basado en su examen de detección reciente, una dentadura postiza no es el tratamiento adecuado para usted. Comuníquese con su dentista para conocer otras opciones.
- 34 **No se aprueba la dentadura postiza solicitada porque quedan suficientes dientes en el arco dentario para sostener la dentadura postiza.**
- 35 Durante su examen de detección, usted dijo que no desea recibir ningún servicio dental en este momento o que desea que lo vea otro dentista.
- 36 **La cantidad de visitas aprobadas se ha ajustado porque usted cumplirá 21 años de edad antes de que se complete el tratamiento. Comuníquese con su dentista.**
- 37 El diente no se muestra en las radiografías enviadas.
- 38 **Basado en las radiografías o la información recibida de su examen de detección, usted necesita tratamiento adicional de su dentista antes de que se pueda considerar el procedimiento.**
- 39 Las radiografías muestran que no hay suficiente espacio para el diente postizo solicitado.

- 40 **Este programa no cubre correctores dentales cuando el paciente aún tiene dientes de leche.**
- 41 Basado en las radiografías y la información recibida de su examen de detección, usted rechina los dientes. El programa no cubre servicios para esta afección.
- 42 **El procedimiento no es un beneficio para un diente de leche ni para un diente de leche a punto de caerse. Su dentista puede ofrecer un tratamiento diferente para su afección.**
- 43 El procedimiento solicitado no solucionará su problema dental. Su dentista puede ofrecer un tratamiento diferente para su afección.
- 44 **Basado en la información recibida de su dentista, el servicio solicitado es solo por motivos estéticos. Los servicios con fines estéticos únicamente no son un beneficio del programa.**
- 45 Su dentadura postiza actual puede arreglarse reemplazando el lado interno de la dentadura postiza.
- 46 **No podemos verificar su elegibilidad en este programa.**
- 47 Su dentista debe ponerse en contacto con el programa Servicios para Niños de California antes de enviar este procedimiento para su pago o aprobación.
- 48 **Los servicios de Examen, diagnóstico y tratamiento regulares y tempranos (EPSDT, por sus siglas en inglés) no son un beneficio para pacientes de 21 años o más.**
- 49 Los servicios de EPSDT solicitados no son médicamente necesarios.