Կալիֆոռնիայի Medi-Cal ատամնաբուժական ծառայություններ

# Շահառուների տեղեկագիրք

Առողջապահական խնամքի ծառայությունների բաժին

Denti-Cal

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ ..... 1
ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՊՎԵԼ ՄԵԶ ՀԵՏ ..... 2
ԼԵԶՎԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ..... 4
DENTI-CAL ՎԵԲԿԱՅՔ ..... 4
ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄԸ՝ MEDI-CAL-Ի ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ ..... 5
DENTI-CAL ՆՊԱՍՏՆԵՐ ..... 5
DENTI-CAL-Ի ԱՏԱՄՆԱԲՈՒՅԺՆԵՐԸ ..... 9
ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՍՏԱՑՈՒՄԸ ..... 11
ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՐԺԵՔԸ ..... 15
ՓՈԽԱԴՐՈՒՄ և ԱՅԼ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ..... 18
ԲՈՂՈՔԻ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑԸ ..... 20
ՆԱՀԱՆԳԱՅԻՆ ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑԸ ..... 26
ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ և ԱՅԼ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄՆԵՐԸ ..... 28
ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՐՏԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ..... 32
ՁԵՐ ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԱՐԵՎՈՐ Է ՄԵԶ ՀԱՄԱՐ ..... 34

# Ներածություն

Այս ձեռնարկը Ձեզ կտեղեկացնի Ձեր ատամնաբուժական նպաստների վերաբերյալ: Մենք ցանկանում ենք, որպեսզի Դուք տեղյակ լինեք, թե ինչպես է աշխատում ծրագիրը և թե Դուք ինչպես կարող եք ստանալ ատամնաբուժական խնամք: Պահեք այս ձեռնարկը, որպեսզի հետագայում հարցեր ունենալու դեպքում այն վերանայեք:

## Կալիֆոռնիայի Medi-Cal ատամնաբուժական ծրագիր (Denti-Cal)

Medi-Cal-ն առաջարկում է ցածր արժեքով առողջապահական խնամք՝ Կալիֆոռնիայի իրավասու բնակիչների համար՝ ներառյալ ատամնաբուժական նպաստները: Ատամնաբուժական նպաստները տրամադրվում են Medi-Cal-ի կողմից, որը նաև հայտնի է որպես Denti-Cal: Անհրաժեշտ կլինի, որպեսզի Դուք ատամնաբուժական ծառայություններ ստանալու նպատակով Ձեր ատամնաբուժական ծառայությունների մատակարարին տրամադրեք Ձեր Medi-Cal Նպաստների նույնականացման քարտը (BIC): Անհրաժեշտ չէ, որպեսզի Դուք առանձին դիմեք Denti-Cal-ին: Ատամնաբուժական առողջությունը ընդհանուր առողջության կարևոր մասն է կազմում: Denti-Cal ծրագիրը ընդգրկում է բազմաթիվ ծառայություններ՝ Ձեր ատամները առողջ պահելու համար: Դուք կարող եք առավելագույնը ստանալ Ձեր Denti-Cal-ի նպաստներից, երբ Դուք.

- Այցելեք Denti-Cal ատամնաբույժին՝ Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները ստանալու համար
- Կանոնավոր կերպով այցելելու Denti-Cal ատամնաբույժին, նույնիսկ, եթե Ձեր ատամների հետ կապված խնդիր չունեք
- Հետևեք ատամնաբուժական խնամքի վերաբերյալ Denti-Cal-ի Ձեր ատամնաբույժի խորհրդին (ինչպես օրինակ՝ ատամը խոզանակելը և մածուկով մաքրելը)

Եթե Դուք բնակվում եք Սակրամենտո վարչաշրջանում, Դուք կանդամագրվեք Ատամնաբուժական կառավարվող խնամքին (Dental Managed Care, DMC) և կկցվեք Ձեր ատամնաբուժական կառավարվող խնամքի ցանցի որևէ ատամնաբույժի: Եթե Դուք բնակվում եք Լոս Անջելեսի վարչաշրջանում, Դուք կարող եք ընտրել անդամագրվել DMC-ին կամ մնալ Denti-Cal-ում: Եթե Դուք անդամագրվել եք DMC-ին, Ձեր ընտրած պլանը Ձեզ կուղարկի ատամնաբուժական քարտ և Ձեր նպաստի վերաբերյալ տեղեկատվություն: Մնացած բոլոր վարչաշրջաններում Դուք ստանում եք Ձեր ատամնաբուժական խնամքը՝ օգտագործելով Ձեր Medi-Cal նպաստի նույնականացման քարտը և կարող եք ընտրել Ձեր անձնական ատամնաբույժին, եթե նա ներառված է Denti-Cal ծրագրում:

## Ինչպես օգտագործել այս ձեռնարկը

Խնդրում ենք ամբողջովին և ուշադրությամբ կարդալ նպաստների վերաբերյալ ձեռնարկը: Այն բացատրում է, թե ինչպես է աշխատում Denti-Cal ծրագիրը: Այս ձեռնարկը պարունակում է կարևոր տեղեկատվություն հետևյալի մասին.

- Medi-Cal-ի կողմից վճարվող ատամնաբուժական ծառայություններ
- Ինչպես ստանալ ատամնաբուժական խնամք
- Ինչպես օգնություն ստանալ այլ լեզուներով
- Ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները
- Ինչպես բողոք ներկայացնել
- Medi-Cal-ի շրջանակներում ատամնաբուժական ծառայությունների վերաբերյալ տրամադրվող այլ կարևոր տեղեկատվություն

Այս ձեռնարկում օգտագործվում են մի քանի եզրույթներ, որոնք Դուք պետք է իմանաք.

| | |
|---|---|
| **Denti-Cal** | Medi-Cal ատամնաբուժական սպասարկման ծրագրի վճար |
| **Ձեր, Ձեզ, Իմ, Ես, Շահառու** | Medi-Cal ատամնաբուժական նպաստների համար իրավասու անձը կամ նրա կողմից լիազորված ներկայացուցիչը: |
| **Մենք, մեզ, մեր** | Վերաբերում է Denti-Cal-ին |
| **Ձեր ատամնաբույժը** | Denti-Cal-ի ատամնաբույժը, որին Դուք ընտրում եք Ձեր ատամնաբուժական խնամքի համար |

Խնդրում ենք կարդալ «**Ատամնաբուժական եզրույթներ և այլ սահմանումներ**» բաժինը՝ 28-րդ էջում: Այն բացատրում է շատ նոր բառեր, որոնք Denti-Cal ծրագրի շրջանակներում ունեն հատուկ կամ տեխնիկական իմաստներ:

# Ինչպես կապվել մեզ հետ

## Հեռախոսային ծառայությունների կենտրոն

Հեռախոսային ծառայությունների կենտրոնի (Telephone Service Center, TSC) օպերատորներն այնտեղ են, որպեսզի Ձեզ օգնեն երկուշաբթիից մինչև ուրբաթ՝ ժամը 08:00-ից մինչև 17:00-ը: TSC-ն չի աշխատում նահանգային տոների օրերին: Եթե ունեք հարցեր, որոնք այս ձեռնարկում չեն ստացել իրենց պատասխանները, խնդրում ենք զանգահարել՝

**Denti-Cal հեռախոսային ծառայությունների կենտրոն.**
**1-800-322-6384**

**Հեռատիպ (TTY)՝**
**1-800-735-2922**

Զանգն անվճար է: TSC անձնակազմը կարող է պատասխանել ատամնաբույժի մոտ գնալու վերաբերյալ Ձեր ունեցած ցանկացած հարցերին: Նրանք Ձեզ կարող ենք օգնել.

- Գտնել Denti-Cal ատամնաբույժ կամ կլինիկա
- Denti-Cal-ի ողջ ծրագրին առնչվող հարցեր
- Տեղեկատվություն հաստատված կամ մերժված ծառայությունների վերաբերյալ
- Թարգմանչական ծառայությունների հասանելիությունը
- Ապահովագրված ատամնաբուժական նպաստների ծախսերի բաշխման և համավճարների վերաբերյալ տեղեկատվություն: Կլինիկական սքրինինգի նշանակումը և վերանշանակումը
- Բողոքներ և բողոքարկումներ

## Ի՞նչ տեղեկատվություն կարող եմ ստանալ TSC-ից:

TSC զանգահարելու դեպքում, Ձեզ կկապեն ավտոմատացված հեռախոսային համակարգին: Ընտրանքների մենյուից Դուք կընտրեք մեկ տարբերակ:

Դուք կստանաք ընդհանուր տեղեկատվություն՝ հետևյալի վերաբերյալ.

- Ապահովագրված նպաստներ
- Ինչպես դիմել նահանգային լսումների համար:
- Խնդրել Ձեր ատամնաբուժական գրառումների կրկնօրինակները
- Հայտարարություն կասկածելի Medi-Cal խարդախության վերաբերյալ

Դուք կարող եք նաև խոսել TSC անձնակազմի հետ:

## Ո՞րն է Denti-Cal հեռախոսային ծառայությունների կենտրոն զանգահարելու լավագույն ժամանակը:

Denti-Cal TSC զանգահարելու լավագույն ժամանակը 08:00-ից մինչև 17:00-ն ընկած ժամանակահատվածն է՝ Երկուշաբթիից մինչև ուրբաթ:

# Լեզվական աջակցություն

## Ի՞նչ է անհրաժեշտ, եթե ես ցանկանում եմ խոսել անգլերենից բացի այլ լեզվով:

Եթե անգլերենից բացի նախընտրում եք խոսել այլ լեզվով, զանգահարեք TSC: TSC-ի մեր անձնակազմը կարող է Ձեզ օգնել անգլերենով և իսպաներենով: Եթե այլ լեզվով եք խոսում, հայտնեք TSC անձնակազմին, թե ինչ լեզվով եք խոսում, մենք ունենք թարգմանիչներ, որոնց կարող ենք զանգահարել, որպեսզի Ձեզ օգնեն:

TSC անձնակազմը կարող է նաև Ձեզ օգնել գտնել Denti-Cal-ի ատամնաբույժ, որը խոսում է Ձեր լեզվով կամ գրասենյակում ունի Ձեր լեզվով խոսող անձնակազմ:

## Կարո՞ղ է որևէ մեկը թարգմանել ինձ համար, երբ ես հեռախոսով խոսում եմ ատամնաբույժի հետ:

Այո: Եթե թարգմանչի կամ լեզվական ծառայությունների կարիք ունեք, զանգահարեք TSC: Թարգմանչի հարցում նրանք կարող են Ձեզ օգնել:

## Կարող է արդյոք որևէ մեկը ինձ համար թարգմանել ատամնաբույժի գրասենյակում:

Այո: Եթե Ձեր ատամնաբույժը չի խոսում Ձեր լեզվով, Դուք անվճար թարգմանչի, ինչպես նաև նշանների լեզվի թարգմանչի իրավունք ունեք: Դուք կարող եք զանգահարել TSC և թարգմանիչ խնդրել, որպեսզի նա Ձեզ բացատրի ատամնաբուժական եզրույթները: Սա ներառում է, թե ինչ է Ձեզ ատամնաբույժն ասում այցելության ընթացքում, խնամքի Ձեր պլանի վերաբերյալ բացատրությունները կամ ատամնաբուժական անձնակազմի հետ խոսակցությունը:

Եթե ժամանում եք պայմանավորվածության վայր և ատամնաբույժի գրասենյակում թարգմանչի կարիք ունեք, Դուք կամ Ձեր ատամնաբույժը կարող եք զանգահարել TSC: TSC-ն Ձեզ կկապի ներկայացուցչի հետ, որը կարող է թարգմանել այն լեզվով, որով Դուք խոսում եք:

# Denti-Cal վեբկայք

## Ինչպե՞ս գտնեմ Denti-Cal վեբ կայքը:

Այցելեք Denti-Cal-ի կայքը՝ www.denti-cal.ca.gov հասցեով

### Ի՞նչ տեղեկատվություն կա Denti-Cal կայքում:

Denti-Cal կայքը Medi-Cal ատամնաբուժական ծրագրի վերաբերյալ ունի մի շարք կարևոր տեղեկատվություն, ներառյալ՝

- Դիմել Medi-Cal
- Կոնտակտային տեղեկատվություն
- Ատամնաբուժական ռեսուրսներ
- Գտնել ատամնաբույժ
- Ձևաթղթեր
- Հաճախ տրվող հարցեր (FAQs)
- Այլ տեղեկատվություն
- Իրազեկում
- Հրապարակումներ

Դուք նաև կգտնեք պատասխաններ հաճախ տրվող հարցերին և TSC հեռախոսահամարներ:

## Ատամնաբուժական ծառայությունների օգտագործումը՝ Medi-Cal-ի շրջանակներում

### Ինչպե՞ս եմ ես պարզում, թե արդյոք ի վիճակի եմ ստանալ ատամնաբուժական ծառայություններ:

Մարդկանց մեծ մասը, ովքեր Medi-Cal-ի իրավասություն ունեն, նաև իրավասու են ստանալ ատամնաբուժական սպասարկման ծառայություններ: Կարիք չկա առանձին դիմել ատամնաբուժական սպասարկման ծառայությունների համար: Ատամնաբուժական սպասարկում ստանալու համար միայն պետք է Ձեր ատամնաբույժին տրամադրեք Ձեր BIC-ն: Եթե ունեք այլ հարցեր կամ ցանկանում եք պարզել, թե արդյոք իրավասու եք Medi-Cal ատամնաբուժական ծրագրի նպաստների համար, զանգահարեք TSC:

## Denti-Cal նպաստներ

Այս բաժինն ապահովում է Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրվող ատամնաբուժական խնամքի ընդհանուր բնութագիրը:

## Ո՞րոնք են Medi-Cal ծրագրի շրջանակներում հասանելի ատամնաբուժական նպաստները:

Ստորև շահառուների համար նախատեսված հակիրճ ուղեցույց-հղումն է, որն ուժի մեջ է մինչև 2018թ. հունվարի 1-ը: Նպաստները հիմնված են օգնության ծածկագրերի վրա՝ ըստ շահառուի բնակության վայրի: Լրացուցիչ տեղեկատվություն կարող եք գտնել www.denti-cal.ca.gov կայքում:

| ✓ Նպաստ ✗ Ոչ նպաստ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Գործընթաց** | **Ողջ ծավալը**** | **Սահմանափակ ծավալ**** | **Հղիության վերաբերյալ**** | **Բնակվում է հաստատությունում (SNF/ICF)** |
| Բանավոր գնահատում (Մինչև 3 տարեկան)* | ✓ | ✗ | ✗ | ✓ |
| Նախնական քննություն (3 տարեկան և բարձր) | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Պարբերաբար անցկացվող քննություն (3 տարեկան և բարձր) | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Պրոֆիլակտիկա | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Ֆտորիդ | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Վերականգնողական ծառայություններ – Ամալգամներ/Կոմպոզիտներ/ Նախապատրաստված պսակներ | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Լաբորատոր պայմաններում վերամշակված պսակներ* | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Ատամնաքարերի հեռացում և արմատի պլանավորում* | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Ողջ բերանի լվացում | ✗ | ✗ | ✗ | ✓ |
| Պերիոդոնտոզի սպասարկում | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Առաջնային արմատային խոռոչներ | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Հետին արմատային խոռոչներ | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Մասնակի արհեստական ատամնաշարեր | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Ամբողջական արհեստական ատամնաշարեր | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| Հեռացումներ/Բերանի խոռոչի և դիմածնոտային վիրաբուժության | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Շտապ օգնության ծառայություններ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

**<u>Բացառություններ.</u>**

Վերոնշյալ նպաստներից կան որոշակի բացառություններ (նշված են խորհրդանշանով *):
<u>**Տես ատամնաբուժական եզրույթները և այլ սահմանումները էջ 28-ում:</u>

Ձեր ատամնաբույժը Ձեզ կհայտնի այն ծառայությունների վերաբերյալ, որոնք չեն վճարվում Denti-Cal-ի կողմից: Ձեր ատամնաբույժը կարող է Ձեզ օգնել ընտրելու լավագույն բուժումը և թե ինչ ծառայություններ Դուք կարող եք ստանալ Medi-Cal ծրագրի շրջանակներում: Առաջին այցելության ընթացքում ցույց տվեք Ձեր BIC-ն Ձեր բժշկին, այնպես, որ նրանց հասանելի լինեն Ձեր ատամնաբուժական նպաստները:

## Կա՞ն արդյոք սահմանաչափեր, թե որքան պետք է Medi-Cal-ը վճարի տարեկան կտրվածքով՝ ատամնաբուժական սպասարկման ծառայությունների դիմաց: Այն տարբե՞ր է լինելու երեխաների և մեծահասակների համար:

Երեխաների ապահովագրված ատամնաբուժական ծառայությունների համար չկա տարեկան սահմանաչափ: 21 տարեկան կամ ավել շահառուների համար Medi-Cal որոշ ատամնաբուժական ծառայությունների վճարը յուրաքանչյուր օրացուցային տարում մեկ անձի համար կազմում է $1,800: Ըստ բժշկական անհրաժեշտության կարող է թույլատրվել, որ ատամնաբուժական ծառայությունների սահմանաչափը գերազանցի $1,800-ը: 21 տարեկան կամ ավել շահառուների համար, ովքեր ապրում են բժշկական հաստատությունում, չկա ծառայությունների տարեկան սահմանաչափ:

## Արդյո՞ք հատուկ կարիքներ ունեցող հիվանդների համար կան լրացուցիչ նպաստներ:

Որոշ բացառություններով, ապահովագրված ատամնաբուժական ծառայությունները միևնույնն են բոլորի համար: Այնուամենայնիվ, հատուկ կարիքներ ունեցող հիվանդները կարող են ունենալ ֆիզիկական, վարքագծային, զարգացման կամ հուզական վիճակներ, որոնք սահմանափակում են ատամնաբույժի՝ քննություն անցկացնելու կարողությունը: Այսպիսի դեպքերում, երբ ատամնաբույժը որոշում է, որ հիվանդը պետք է անզգայացում ստանա ատամնաբուժական խնամքի նպատակով, նա պետք է դրա վերաբերյալ հավանություն ստանա Denti-Cal-ից:

## Ի՞նչ նպաստներ են հասանելի երեխաների համար:

Եթե Դուք կամ Ձեր երեխան ցածր եք 21 տարեկանից, հնարավոր է, որ իրավասու լինեք Վաղ կամ պարբերաբար անցկացվող սքրինինգի, բուժման, և ախտորոշման (Early and Periodic Screening, Treatment, and Diagnostic, EPSDT) ծրագրին:

## Ի՞նչ նպաստներ են հասանելի հղի կանանց համար:

Եթե Դուք հղի եք, անկախ Medi-Cal-ի Ձեր ունեցած տեսակի, Դուք կարող եք անցնել ապահովագրված ատամնաբուժական բուժգործողություններ, եթե բավարարեք այդ

բուժգործողության կողմից պահանջվող Denti-Cal-ի այլ պահանջներին: Հղի շահառուները իրավասու կլինեն ստանալ այս ծառայությունները ծննդաբերությունից հետո 60 օրվա ընթացքում: Ծննդաբերությունից հետո իրավունակությունը շարունակվում է մինչև ամսվա վերջ՝ 60-րդ օրը:

## Denti-Cal-ի ատամնաբույժները

Դուք կարող եք ատամնաբուժական բուժօգնություն ստանալ Denti-Cal-ի ատամնաբույժի կողմից (ատամնաբույժ, ով ներգրավվել է Medi-Cal-ում՝ ատամնաբուժական ծառայություններ տրամադրելու նպատակով): Զանգահարեք ատամնաբուժական գրասենյակ և հարցրեք, թե արդյոք նրանք դեռ ընդունում են Medi-Cal և նոր հիվանդներ: Խնդրում ենք կարդալ այս հատվածը՝ իմանալու համար, թե ինչպես պետք է Denti-Cal ծրագրում գտնեք ատամնաբույժ:

### Ինչպե՞ս կարող եմ գտնել Denti-Cal-ի ատամնաբույժ:

Դուք կարող եք գտնել Denti-Cal-ի ցանկացած ատամնաբույժ: Ձեր տարածքում Denti-Cal-ի ատամնաբույժ գտնելու նպատակով օգնություն ստանալու համար կարող եք զանգահարել TSC: Դուք կարող եք նաև առցանց գտնել Denti-Cal-ի ատամնաբույժ՝ այցելելով Denti-Cal-ի վեբկայք հետևյալ հասցեով՝ https://www.denti-cal.ca.gov/find-a-dentist/home: Դուք կարող եք նաև ատամնաբույժ փնտրել Ապահովագրեք երեխաներին այժմ կայքում, հետևյալ հասցեով՝ https://www.insurekidsnow.gov/coverage/find-a-dentist/index.html:

### Իսկ ի՞նչ, եթե ես չկարողանամ գտնել ատամնաբույժ, ով Denti-Cal-ի ատամնաբուժական սպասարկման ծառայություն է իրականացնում իմ տարածքում:

Ձեր տարածքում Denti-Cal-ի ատամնաբույժ գտնելու նպատակով օգնություն ստանալու համար կարող եք զանգահարել TSC:

**Denti-Cal հեռախոսային ծառայությունների կենտրոն.**

**1-800-322-6384**

**Հեռատիպ (TTY)՝**

**1-800-735-2922**

## Ի՞նչ է անհրաժեշտ, եթե ես մասնագիտացված ատամնաբույժի կարիք ունեմ:

Denti-Cal-ի Ձեր ատամնաբույժը կարող է դիմել մեկ այլ ատամնաբույժի՝ մասնագիտացված բուժման համար: Մասնագիտացված ատամնաբույժի հետ պայմանավորվածություն ձեռք բերելու նպատակով օգնություն ստանալու համար զանգահարեք TSC:

## Կարո՞ղ եմ արդյոք ես գնալ կլինիկա՝ իմ ատամնաբուժական ծառայությունների համար:

Այո: Շատ կլինիկաներ կընդունեն Medi-Cal-ի հիվանդներին և կտրամադրեն ատամնաբուժական ծառայություններ: Դուք Ձեր ատամնաբուժական աշխատանքը կարող եք ստանալ կլինիկայում, քանի դեռ կլինիկան հավանություն է տալիս ընդունել Medi-Cal-ին և մատուցում է ատամնաբուժական ծառայություններ՝ որպես ապահովագրված ծառայությունների մաս: Ձեր վարչաշրջանում Denti-Cal-ի ատամնաբույժ գտնելու նպատակով օգնություն ստանալու համար կարող եք զանգահարել TSC կամ կարող եք տեսնել վարչաշրջանի կլինիկաների ցանկը Denti-Cal-ի կայքում՝ https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Dental_Clinics_Serving_Medi-Cal_Beneficiaries/ հասցեով:

## Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե ես այցելեմ մի ատամնաբույժի, ով Denti-Cal-ի ատամնաբույժ չէ:

Denti-Cal-ի ծրագիրը վճարում է միայն այն ծառայությունների համար, որ Դուք ստանում եք Denti-Cal ծրագրին անդամագրված ատամնաբույժի կողմից: Եթե այցելեք մի ատամնաբույժի, ով անդամագրված չէ Denti-Cal-ին, Դուք ստիպված կլինեք վճարել ցանկացած ատամնաբուժական ծառայությունների դիմաց, որ կստանաք:

## Կարո՞ղ եմ արդյոք ես փոխել ատամնաբույժներին:

Այո: Դուք կարող եք այցելել Denti-Cal-ին անդամագրված և նոր հիվանդներ ընդունող ցանկացած ատամնաբույժի: Եթե Դուք անդամագրված եք DMC պլանին, Դուք կարող եք խնդրել, որպեսզի Ձեզ կցեն մեկ այլ ատամնաբույժի:

## Քանի՞ անգամ ես կարող եմ փոխել իմ ատամնաբույժին:

Ատամնաբույժներին փոխելու սահմանաչափ գոյություն չունի: Այնուամենայնիվ, տարբեր ատամնաբույժների մոտ միևնույն բուժումը ստանալու սահմանաչափեր կան, (օրինակ՝ մաքրումը): Մենք Ձեզ առաջարկում ենք ընտրել ատամնաբուժական կենտրոն՝ Denti-Cal ատամնաբույժով:

### Ինչո՞վ է ինձ օգնում միևնույն ատամնաբույժի մոտ հաճախելը:

Ձեր ընթացիկ ստուգումների և խնամքի համար միևնույն ատամնաբույժին այցելելը կարող է Ձեզ օգնել շատ առումներով.

- Կարող եք մշտական հիշեցումներ ստանալ Ձեր հաջորդ այցելության վերաբերյալ
- Ձեր ատամնաբուժը կարող է Ձեզ օգնել գտնել մասնագիտացված ատամնաբույժ, եթե Դուք կարիք ունեք մի բուժման, որը Ձեր մշտական բժիշկը չի կարող ապահովել:
- Ձեր ատամնաբույժը տեղեկանում է Ձեր առողջության պատմության վերաբերյալ և օգնել ավելի վաղ նկատել խնդիրները, որպեսզի կարողանաք բուժում ստանալ՝ նախքան դրանց վատթարացումը:

### Կարո՞ղ եմ արդյոք փոխել ատամնաբույժին բուժման ընթացքում:

Եթե Ձեր ատամնաբուժական ծառայությունները հաստատվել են մեկ բժշկի մասով և Դուք ցանկանում եք փոխել Ձեր ատամնաբույժին, Դուք պետք է փոփոխության վերաբերյալ խնդրանքի նամակ գրեք: Այդ նամակը տվեք Ձեր նոր ատամնաբույժին, որպեսզի վերջինս այն ուղարկի Denti-Cal՝ նախապես թույլտվություն ստանալու նպատակով: Denti-Cal-ը մնացած բոլոր ծառայությունների համար նոր հաստատում կուղարկի:

## Ատամնաբուժական խնամքի ստացումը

### Ինչպե՞ս եմ պայմանավորվածություն ձեռք բերելու Denti-Cal-ի ատամնաբույժի հետ:

Զանգահարեք ատամնաբուժական գրասենյակ՝ հանդիպում նշանակելու նպատակով: Հայտնեք ատամնաբույժին, որ Դուք ապահովագրված եք Medi-Cal-ի կողմից և խնդրեք ատամնաբույժին հաստատել, որ նա Denti-Cal-ի ատամնաբույժ է: Պայմանավորվածություն ձեռք բերելու հարցում օգնության անհրաժեշտության դեպքում, զանգահարեք TSC:

### Ի՞նչ է անհրաժեշտ ինձ հետ ունենալ՝ բժշկին այցելելիս:

Ձեզ հետ ունեցեք Ձեր BIC-ն և լուսանկարով ID-ն, ինչպես օրինակ՝ վարորդական իրավունքի վկայականը կամ նահանգային ID քարտը: Խնամակալության տակ գտնվող երեխաների դեպքում, եթե խնամատար ծնողները չեն ստացել BIC, իրավասության հաստատման համար կարող է օգտագործվել սոցիալական

ապահովության համարը: Եթե ունեք ատամնաբուժական այլ ծածկույթ, այդ տեղեկատվությունը տրամադրեք Ձեր ատամնաբույժին:

## Որքա՞ն հաճախ ես պետք է այցելել ատամնաբույժին:

Առողջ ատամները և լնդերը ընդհանուր առողջության կարևոր մասն են կազմում: Ձեր ատամնաբույժը Ձեզ կհայտնի, թե որքան հաճախ Դուք պետք է ստանաք կանոնավոր ստուգումներ՝ սովորաբար 6-12 ամիսը մեկ անգամ: Որպես Ձեր մշտական ստուգման մաս՝ Ձեր ատամնաբույժը Ձեզ անհրաժեշտ ցանկացած բուժման կամ հետզննման այցելության համար պլան կկազմի:

Ձեր կանոնավոր այցելությունների ընթացքում անսպասելի ատամնաբուժական խնդիրների կամ հարցերի դեպքում օգնություն ստանալու նպատակով զանգահարեք ատամնաբուժական գրասենյակ: Բերանի վնասվածք կամ ցավ ունենալու դեպքում անմիջապես զանգահարեք Ձեր ատամնաբույժին:

## Ե՞րբ պետք է իմ երեխան այցելի ատամնաբույժին:

Ձեր երեխան պետք է այցելի ատամնաբույժին առաջին ատամը ծակելուն պես կամ առաջին ծննդյան օրը, որը որ առաջինը տեղի ունենա: Առաջին այցելությունից հետո, յուրաքանչյուր վեց ամիսը մեկ անգամ Ձեր երեխան պետք է անցնի ատամնաբուժական ստուգում՝ ներառյալ զննումը և մաքրումը: Դուք ավելի շատ տեղեկատվություն կարող եք ստանալ 0-3 տարեկան շահառուներին ատամնաբուժական օգնություն տրամադրելու համար նախատեսված ձեռնարկից, որը տեղադրված է Denti-Cal-ի վեբկայքում հետևյալ հասցեով՝ https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Beneficiary_Flyers_Brochures/:

Medi-Cal-ը աջակցում է Մանկական ստոմատոլոգների ամերիկյան ասոցիացիայի կողմից առաջարկված կանխարգելիչ ատամնաբուժական ծառայությունների համար նախատեսված ժամանակացույցին, որը կարող է տրամադրվել երեխաների մեծամասնությանը: Հատուկ առողջապահական խնամքի կարիք, հիվանդություն կամ վնասվածք ունեցող երեխաների համար հնարավոր է, որ անհրաժեշտ լինի ծառայությունների այլ շարք կամ ժամանակացույց: Ձեր երեխայի ատամնաբույժը կսահմանի լավագույն ժամանակացուցը՝ կանխարգելիչ գործողությունների համար:

## Ի՞նչ տեղի կունենա շտապ օգնության կարիքի դեպքում:

Կանոնավոր աշխատանքային ժամերին կարող եք զանգահարել Ձեր ատամնաբույժին և բացատրել Ձեր խնդիրը: Եթե ի վիճակի չեք կապվել Ձեր ատամնաբույժի հետ, զանգահարեք TSC՝ 08:00-ից մինչև 17:00-ն ընկած

ժամանակահատվածում՝ երկուշաբթիից մինչև ուրբաթ՝ օգնություն և ատամնաբուժական խնամք ստանալու նպատակով:

Եթե Դուք շտապ ատամնաբուժական ծառայությունների կարիք ունեք՝ աշխատանքային ժամերից դուրս, պետք է հետևեք տվյալ ժամերին Ձեր ատամնաբույժի պատասխան հաղորդագրությանը: Այցելեք մոտակա բուժօգնության սենյակ՝ խնամք ստանալու նպատակով, եթե ի վիճակի չեք հասնել Ձեր ատամնաբուժական գրասենյակ կամ չունեք Denti-Cal-ի ատամնաբույժ:

## Ի՞նչ է նշանակում «բժշկական անհրաժեշտություն»:

Բժշկական անհրաժեշտությունը վերաբերում է մի չափանիշի, որը կոչված է որոշելու, թե արդյոք ապահովագրված ծառայություններն անհրաժեշտ են և համապատասխան՝ ատամների, լնդերի բուժման համար, ինչպես նաև թե արդյոք դրանք և աջակցող կառույցները համապատասխանում են ճանաչված մասնագիտական ստանդարտներին: Լրացուցիչ տեղեկատվության համար այցելեք Ատամնաբուժական պայմաններ և այլ սահմանումներ բաժին՝ էջ 28-ում:

## Ի՞նչ է հարկավոր, եթե ես ցանկանում եմ ստանալ երկրորդ կարծիք:

Եթե Դուք ցանկանում եք ատամնաբուժական բուժգործողություն, որն ըստ Ձեր բժշկի չի համապատասխանում Ձեր բժշկական վիճակին, Ձեր ատամի բուժման վերաբերյալ Դուք կարող եք երկրորդ կարծիք հարցնել: Կապվեք TSC-ի հետ և խնդրեք, որպեսզի Ձեզ օգնեն գտնել այլ ատամնաբույժ:

## Ինչո՞ւ է Denti-Cal-ը ինձ խնդրում գնալ քննության այլ ատամնաբույժի մոտ:

Դուք հնարավոր է Denti-Cal-ից ստանաք «Ատամնաբուժական հետազոտության նշանակման մասին ծանուցում», որը Ձեզ հայտնում է, որ պետք է գնաք ատամնաբուժական հետազոտական հանդիպման: Խնդրում ենք ոչ մի դեպքում բաց չթողնել այն: Նշանակումը կատարվել է Ձեր անունից՝ ստուգելու համար, թե արդյոք Ձեր ատամնաբույժի նշանակած բուժումը կարող է հաստատվել թույլտվության համար:

Հանդիպումը կտևի առավելագույնը 15 րոպե: Սքրինինգ անցկացնող բժշկի կողմից չի կատարվի որևէ ատամնաբուժական գործողություն: Ձեզանից չի պահանջվում հանդիպման համար որևէ վճարում կատարել: Հանդիպումն ավարտվելուն պես ատամնաբույժը զեկույց կուղարկի Denti-Cal-ին: Զեկույցը հիմք կծառայի ծառայությունների իրականացումը հաստատելու կամ մերժելու համար:

Եթե ի վիճակի չեք ներկայանալ, խնդրում ենք զանգահարել TSC հանդիպումից առնվազն երկու օր առաջ: Եթե չեք ներկայանում հանդիպմանը և չեք տեղեկացնում Denti-Cal-ին, պահանջված ծառայությունները կարող են մերժվել:

Ահա մի քանի կարևոր խորհուրդներ, որ պետք է հիշել.

- Ժամանակին ներկայացեք Ձեր հանդիպմանը: Ուշ ժամանելու պարագայում հնարավոր է, որ Ձեր պայմանավորվածությունը հետաձգվի:
- Եթե Ձեր հանդիպումը պրոթեզների վերաբերյալ է, և ատամնաբույժը խնդրել է նոր պրոթեզներ, Ձեզ հետ բերեք Ձեր ընթացիկ օգտագործման պրոթեզները:
- TSC զանգահարելու դեպքում՝ սեղմեք «Screening #»-ը, որը գտնվում է նամակի աջ կողմի ստորին հատվածում:
- Գրասենյակի համարը ներառված է նամակում՝ միայ ցուցումների համար: Ցանկացած այլ հարցերի դեպքում զանգահարեք Denti-Cal TSC:
- Սքրինինգ անցկացնող ատամնաբույժն ի վիճակի չի լինի քննարկել նրա խորհրդատվությունը, կամ այն, թե արդյոք ծառայությունները հաստատվելու կամ մերժվելու են:

## Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե ինձ անհրաժեշտ է չեղարկել պայմանավորվածությունը:

Եթե չեք կարող ներկայանալ հանդիպմանը, զանգահարեք ատամնաբույժի գրասենյակ առնվազն մեկ օր առաջ նախապես՝ հանդիպումը հնարավորինս շուտ չեղարկելու նպատակով: Ատամնաբուժական գրասենյակը Ձեզ կարող է օգնել վերանշանակել Ձեր հանդիպումը:

## Ի՞նչ, եթե ինձ անհրաժեշտ լինի ատամնաբուժական սպասարկում Կալիֆոռնիայից կամ երկրից դուրս:

Կալիֆորնիայի սահմանին մոտ որոշ նահանգներում կան Medi-Cal ատամնաբույժներ: Դուք կարող եք ստանալ ապահովագրված ատամնաբուժական ծառայություններ Medi-Cal ցանկացած ատամնաբույժի կողմից:

Վարչաշրջանից դուրս գտնվող բոլոր այլ ծառայությունների համար, բացի շտապ օգնության ծառայությունից, անհրաժեշտ է նախնական թույլտվություն: Աջակցության համար Դուք կարող եք զանգահարել TSC: Երկրից դուրս իրականացված ատամնաբուժական ծառայությունները չեն վճարվում Medi-Cal-ի կողմից՝ բացառությամբ շտապ օգնության ծառայությունների, որոնք պահանջում են հոսպիտալացում Կանադայում կամ Մեքսիկայում:

# Ատամնաբուժական ծառայությունների արժեքը

## Արդյո՞ք ես պետք է որևէ վճարում կատարեմ իմ ատամնաբուժական խնամքի համար:

Medi-Cal Ատամնաբուժական ծրագրում ներառված ծառայություններն անվճար են, եթե Դուք ունեք Medi-Cal ապահովագրություն՝ որոշակի վճարային մասնաբաժնով: Ձեր վճարային բաժնեմասի վերաբերյալ կարող եք տեղեկանալ «Իմ Medi-Cal» ձեռնարկից (Հրատ. 68), որը ստացել եք Ձեր նոր Medi-Cal անդամագրման փաթեթի հետ միասին: Դուք կարող եք նաև ձեռնարկը կարդալ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx հասցեով

Այն բանից հետո, երբ Ձեր ատամնաբույժը հաստատում է, որ Դուք իրավասու եք ստանալ Medi-Cal ծառայություններ, ատամնաբույժը կարող է միայն Ձեզ խնդրել կատարել որևէ համավճարում կամ վճարել բաժնեմասային որևէ գումար, որ Դուք պարտավոր եք վճարել ապահովագրական ծառայության համար: Եթե Դուք որոշեք ստանալ բուժում, ինչպես նաև համապարփակ օրթոդոնտիկ բուժում (բրեկետներ), որը չի ծածկվում Medi-Cal ծրագրի կողմից կամ Դուք 21 տարեկան եք կամ ավել, Ձեր ատամնաբույժը հնարավոր է Ձեզնից վճարում պահանջի:

## Ի՞նչ է համավճարումը:

Medi-Cal-ի որոշ ծառայություններ փոքր համավճարում են նախատեսում: Ատամնաբույժը կպահանջի համավճարումները Ձեր հանդիպման ժամանակ: Ստորև տե՛ս համավճարման չափանիշները:

| Medi-Cal համավճարման չափանիշները | | |
|---|---|---|
| **Համավճարում նախատեսող ծառայություններ** | **Համա-վճար** | **Բացառություններ վճարից** |
| **Ոչ արտակարգ ծառայություններ, որոնք մատուցվում են շտապ օգնության սենյակում:**<br>Ոչ արտակարգ է համարվում «ցանկացած ծառայություն, որը չի պահանջում սուր ցավի մեղմացում կամ սուր բժշկական վիճակների ախտորոշում կամ բուժում, որը, եթե անմիջապես չախտորոշվի և չբուժվի, կարող է հանգեցնել հաշմանդամության կամ մահվան»: | $5.00 | 1. 18 տարեկան կամ ցածր անձինք:<br>2. Ցանկացած կին, ով խնամք է ստանում հղիության ընթացքում և ծննդաբերությունից հետո մեկ ամիս շարունակ:<br>3. Այն անձինք, ովքեր առողջապահական հաստատությունում են (հիվանդանոց, |

| Medi-Cal համավճարման չափանիշները | | |
|---|---|---|
| **Համավճարում նախատեսող ծառայություններ** | **Համա-վճար** | **Բացառություններ վճարից** |
| Նման ծառայությունները, որոնք մատուցվում են շտապ օգնության սենյակում, ենթակա են համավճարման: | | մասնագիտացված բուժքույրական հաստատություն, միջանկյալ խնամքի հաստատություն):<br>4. AFDC խնամակալության տակ գտնվող ցանկացած երեխա:<br>5. Ցանկացած ծառայություն, որի համար ծրագիրը նախատեսում է $10-ի չափով կամ ավելի քիչ վճարում: |
| **Ամբուլատոր ծառայություններ.** Բժիշկ, օպտոմետրիկ, քնկապաթիկ, հոգեբանություն, խոսքի թերապիա, աուդիոլոգիա, ասեղնաբուժություն, մասնագիտական թերապիա, մանկական, վիրաբուժական կենտրոն, հիվանդանոց կամ ամբուլատոր կլինիկա, ֆիզիկական և ատամնաբուժական թերապիա: | $1.00 | 1. 18 տարեկան կամ ցածր անձինք:<br>2. Ցանկացած կին, ով խնամք է ստանում հղիության ընթացքում և ծննդաբերությունից հետո մեկ ամիս շարունակ:<br>3. Այն անձինք, ովքեր առողջապահական հաստատությունում են (հիվանդանոց, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատություն, միջանկյալ խնամքի հաստատություն):<br>4. AFDC խնամակալության տակ գտնվող ցանկացած երեխա<br>5. Ցանկացած ծառայություն, որի համար ծրագիրը նախատեսում է $10-ի չափով կամ ավելի քիչ վճարում: |

| Medi-Cal համավճարման չափանիշները | | |
|---|---|---|
| Համավճարում նախատեսող ծառայություններ | Համա-վճար | Բացառություններ վճարից |
| **Դեղատոմսային նշանակումներ** Դեղատոմսով ցանկացած նշանակում կամ լիցքավորում: | $1.00 | Ինչպես վերը նկարագրված է, ներառյալ 65 տարեկան կամ ավել անձինք: |

## Ի՞նչ, եթե ես չեմ կարող կատարել համավճարումը՝ հանդիպման գնալիս:

Medi-Cal-ի ատամնաբույժը չի կարող հրաժարվել Ձեզ բուժել, եթե Ձեր հանդիպման պահին ի վիճակի չեք վճարում կատարել: Սա այլ է, քան մասնաբաժնի արժեքը:

## Ի՞նչ պետք է անեմ, եթե վճարել եմ մի ծառայության դիմաց, որի համար չպետք է վճարեի:

Ձեր իրավիճակում աջակցություն ստանալու համար զանգահարեք TSC: Եթե Ձեզանից վճարում են պահանջել կամ Դուք վճարել եք ատամնաբուժական բուժգործողության համար, որը աջակցության Ձեր ծածկագրի հիման վրա Medi-Cal ծրագրի նպաստն է, մենք Ձեզ կարող ենք օգնել փոխհատուցում ստանալու հարցում:

## Ի՞նչ պետք է անեմ, եթե վճարել եմ մի ծառայության դիմաց, որի համար չպետք է վճարեի:

Ձեր յուրահատուկ իրավիճակում աջակցություն ստանալու համար զանգահարեք TSC: Եթե Ձեզանից վճարում են պահանջել կամ Դուք վճարել եք ատամնաբուժական բուժգործողության համար, որը աջակցության Ձեր ծածկագրի հիման վրա Medi-Cal ծրագրի նպաստն է, մենք Ձեզ կարող ենք օգնել փոխհատուցում ստանալու հարցում:

## Ինչ տեղի կունենա, եթե ես հաշիվ ստանամ ատամնաբույժից:

Առաջին հերթին, Դուք պետք է զանգահարեք Ձեր ատամնաբուժական գրասենյակ և նրանցից հարցնեք, թթ նրանք ինչու են Ձեզ հաշիվ ուղարկել: Ատամնաբուժական գրասենյակը Ձեզ կբացատրի վճարումները և թե ինչու են Ձեզ խնդրում վճարում կատարել: Օրինակ, եթե Դուք ունեք վճարային մասնաբաժին, անհրաժեշտ կլինի, որ այդ գումարը վճարեք՝ նախքան ատամնաբույժը կխնդրի Denti-Cal-ին: Կամ, եթե Դուք ստանում եք Medi-Cal-ի կամ այլ ապահովագրության միջոցներ, Դուք պետք է վճարեք ատամնաբույժին այդ բուժման համար:

Եթե Դուք դեռ հարցեր ունեք այն մասին, թե ինչու է Ձեր ատամնաբույժը Ձեզանից վճար պահանջում և/կամ ինչի համար է Medi-Cal-ը վճարում, զանգահարեք TSC-ին:

### Ի՞նչ է տեղի ունենում, եթե ես ունեմ այլ ատամնաբուժական ապահովագրություն:

Ձեր ատամնաբույժը պետք է ստանա Ձեր ատամնաբուժական ապահովագրավճարը՝ նախքան Denti-Cal-ին կխնդրի վճարել որևէ բուժման համար: Medi-Cal ատամնաբուժական ծրագիրը չի վճարում որևէ նպաստներ, որ Դուք կարող եք ստանալ ատամնաբուժական այլ ապահովագրության կողմից՝ ներառյալ կառավարական ծրագրերը, TRICARE (CHAMPUS) կամ Աշխատողների փոխհատուցումը: Medi-Cal-ի շրջանակներում տրամադրվող ծածկույթը երկրորդական է բոլոր մյուս ծածկույթների նկատմամբ:

Եթե Դուք ունեք այլ ատամնաբուժական ապահովագրություն, որը չի վճարում մի ծառայության համար, որը վճարվում է Denti-Cal-ի կողմից կամ ավելի քիչ է վճարում, քան Denti-Cal-ի կողմից վճարվող գումարը, Ձեր ատամնաբույժը կուղարկի պահանջ Denti-Cal-ին՝ ցանկացած չվճարված գումարի համար: Ձեր ատամնաբույժը Ձեզ չի կարող խնդրել վճարել ցանկացած բուժման համար, որը վճարվում է Denti-Cal-ի կողմից:

## Փոխադրում և այլ ծառայություններ

### Եթե ես չունեմ փոխադրամիջոց, ինչպես կարող եմ գնալ ատամնաբույժի գրասենյակ:

Medi-Cal-ը կարող է օգնել բժշկական, հոգեկան առողջության, թմրանյութերի օգտագործման կամ ատամնաբուժական նշանակումների ժամանակ, երբ այդ նշանակումները վճարվում են Medi-Cal- ի կողմից: Փոխադրամիջոցները կարող են լինել կա՛մ ոչ բժշկական (NMT), կա՛մ ոչ արտակարգ բժշկական փոխադրամիջոցներ (NEMT): Դուք կարող եք նաև օգտագործել NMT, եթե անհրաժեշտ է վերցնել դեղատոմսեր կամ բժշկական ապրանքներ կամ սարքավորումներ:

Եթե Դուք կարող եք ճանապարհորդել ավտոմեքենայով, ավտոբուսով, գնացքով կամ տաքսիով, սակայն չունեք հնարավորություն հասնել պայմանավորվածության վայր, կարելի է կազմակերպվել NMT ծառայություններ:

- Եթե Դուք անդամագրված եք Medi-Cal առողջապահական պլանին, զանգահարեք Ձեր պլանին՝ NMT ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկատվություն ստանալու նպատակով:
- Եթե Դուք ներառված <u>չեք</u> Medi-Cal առողջապահական պլանում, Դուք կարող եք կատարել հետևյալը.
    - Զանգահարեք Ձեր վարչաշրջանի Medi-Cal գրասենյակ՝ պարզելու համար, թե արդյոք նրանք Ձեզ կարող են օգնել՝ կազմակերպել NMT փոխադրում:

- 2018թ. հուլիսի 1-ից սկսած՝ Medi-Cal-ը կտրամադրի հավանություն ստացած փոխադրամիջոցի մատակարարներ, ովքեր կիրականացնեն NMT փոխադրումներ: Ձեզ անհրաժեշտ կլինի կապ հաստատել հավանություն ստացած մատակարարի հետ՝ փոխադրում իրականացնելու նպատակով, կամ կարող եք զանգահարել Ձեր առողջապահական կամ ատամնաբուժական մատակարարին և հարցեր տալ Ձեր տարածքում փոխադրամիջոցի մատակարարի վերաբերյալ:

Medi-Cal-ը իրավասու շահառուներին, ըստ բժշկական անհրաժեշտության, ապահովում է NEMT ծառայություններով, որը որոշվում է Ձեր բժշկի կամ ատամնաբույժի կողմից՝ նախնական թույլտվության միջոցով:

Եթե հատուկ բժշկական փոխադրամիջոցի կարիք ունեք՝ Ձեր պայմանավորվածության վայր հասնելու համար, տեղյակ պահեք Ձեր ատամնաբույժին: Նա կարող է պատվիրել NEMT, ինչպես օրինակ՝ անվասայլակով ավտոմեքենա, աղբատար ավտոմեքենա, շտապ օգնության ավտոմեքենա կամ օդային փոխադրամիջոց: Տրանսպորտային աջակցության համար զանգահարեք TSC կամ կապ հաստատեք Ձեր բժշկի կամ ատամնաբույժի հետ՝ տնից դեպի ատամնաբուժական և բժշկական այցելությունների գնալիս: Փոխադրամիջոցը կարող է օգտագործվել միայն Medi-Cal-ի կողմից վճարվող անհրաժեշտ բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայություններ ստանալու նպատակով:

Հանդիպումից հնարավորինս շուտ դիմեք փոխադրամիջոցի համար: Եթե ունեք հաճախակի հանդիպումներ, Ձեր ատամնաբույժը կամ բժիշկը կարող է նախապես խնդրել տրանսպորտային միջոց՝ հետագա հանդիպումները ապահովելու նպատակով:

Այցելե՛ք http://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx՝ NMT մատակարարների կողմից կազմակերպված լրացուցիչ տեղեկատվության համար:

## Ի՞նչ անել, եթե ես ունեմ լսողության կամ խոսքի խանգարում:

Եթե ունեք լսողության կամ խոսքի խանգարումներ, զանգահարեք մեզ երկուշաբթիից մինչև ուրբաթ՝ ժամը 08:00-17:00-ը՝ հեռատիպի միջոցով՝ 1-800-735-2922 հեռախոսահամարով: Մնացած բոլոր դեպքերում խնդրում ենք զանգահարել Կալիֆոռնիայի հերթափոխային ծառայություն՝ TDD/TTY 711 հեռախոսահամարով՝ Ձեզ անհրաժեշտ օգնությունը ստանալու նպատակով: Ամերիկյան նշանների լեզվով (ASL) ծառայություններն ապահովվում են օրենքով: Աջակցության համար դիմելիս, խնդրում ենք Ձեզ հետ ունենալ հետևյալ տեղեկատվությունը.

- Ատամնաբուժական հանդիպման ամսաթիվը
- Հանդիպման սկիզբը և ավարտը
- Հանդիպման տեսակը (օրինակ՝ «ատամնաբուժական հանդիպում, վիրաբուժական հանդիպում, խորհրդատվական հանդիպում, և այլն»:
- ASL ծառայությունների կարիք ունեցող անձը և նրա շահառուի ID-ն
- Գրասենյակի գտնվելու վայրի հասցեն և հեռախոսահամարը
- Գրասենյակի կոնտակտային անձի անունը

### Իսկ ի՞նչ, եթե ես տեսողական խնդիր ունեմ:

Այս ձեռնարկը կամ այլ կարևոր տեղեկատվությունը հասանելի կլինեն մեծ տպաքանակով, ընդլայնված համակարգչային սկավառակի (CD) ձևաչափերով և տեսողական խնդիրներ ունեցողների համար՝ առդիոսկավառակով: Այլընտրանքային ձևաչափերի կամ ձեռնարկը կամ Denti-Cal այլ նյութեր կարդալու ընթացքում օգնություն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել TSC:

### Իսկ ի՞նչ, եթե ես բժշկական որևէ վիճակ կամ այլ խնդիր ունեմ, որն ինձ համար դժվարացնում է ատամնաբուժական խնամքը:

Զանգահարեք TSC: TSC անձնակազմը կարող է Ձեզ օգնել գտնել մի ատամնաբույժ, ով կարող է Ձեզ բուժել: Նրանք կարող են նաև, ըստ անհրաժեշտության, օգնել Ձեզ կարգավորել Ձեր խնամքը առողջապահության Ձեր մատակարարի հետ:

### Իսկ ի՞նչ, եթե ես ունեմ ֆիզիկական սահմանափակում, ինչն ինձ համար դժվարացնում է ատամնաբույժին այցելելը:

Մենք յուրաքանչյուր ջանք գործադրում ենք՝ հավաստիանալու համար, որ Denti-Cal-ի գրասենյակները և ատամնաբույժները ֆիզիկապես հասանելի են հաշմանդամների համար: Եթե Դուք ի վիճակի չեք գտնել հասանելի ատամնաբույժին, խնդրում ենք զանգահարել TSC և մենք Ձեզ կօգնենք:

## Բողոքի գործընթացը

Denti-Cal-ը ունի բողոքի լուծման գործընթացներ՝ հետևյալի վերաբերյալ.

- Ատամնաբուժական ծառայություններ
- Խնամքի որակ
- Բուժման թույլտվության խնդրանքի ձևափոխում կամ մերժում
- Denti-Cal ծրագրի շրջանակներում տրամադրվող ծառայությունների այլ ասպեկտներ

Բողոքների օրինակներ.

- Դուք չեք կարող ստանալ ծառայություն, բուժում կամ Ձեզ անհրաժեշտ դեղորայք
- Ծառայությունը մերժվում է բժշկական տեսանկյունից ոչ անհրաժեշտ լինելու պատճառով
- Դուք ստիպված եք հանդիպման համար չափազանց երկար սպասել
- Դուք ստացել եք ոչ լիարժեք խնամք կամ բուժումն իրականացվել է կոպիտ ձևով
- Ատամնաբուժական գրասենյակում ապահովագրված ատամնաբուժական ծառայության համար Ձեզանից գումար է գանձվել
- Ձեր ատամնաբուժական գրասենյակը շարունակում է Ձեզ հաշիվ ուղարկել, որն, ընտ Ձեզ, Դուք չպետք է վճարեք

## Ի՞նչ կարող եմ ես անել, եթե Denti-Cal-ը մերժում է կամ սահմանափակում իմ ատամնաբույժի կողմից պահանջված ծառայությունը:

Եթե Ձեր ատամնաբույժի կողմից պահանջված ծառայությունը հավանության չի արժանացել և մերժվել է, կապվեք Ձեր ատամնաբույժի հետ և հարցրեք, թե արդյոք նա կարող է վերագնահատում պահանջել:

## Ինչպե՞ս կարող եմ ես պարզել, թե արդյոք Denti-Cal-ը մերժել է ծառայությունը:

Denti-Cal-ը Ձեր ատամնաբուժական բուժման մերժման կամ փոփոխության դեպքում Ձեզ Denti-Cal Գործողության ծանուցում կուղարկի: Ծանուցումը բացատրում է, թե ինչու է պահանջված ատամնաբուժական բուժումը մերժվել կամ փոփոխվել: Ծանուցումը նաև տրամադրում է տեղեկատվություն այն մասին, թե Դուք ինչ կարող եք անել, եթե համաձայն չլինեք գործողությունների հետ:

## Ի՞նչ պետք է ես անեմ բողոք ունենալու դեպքում: Ինչպե՞ս ներկայացնել պաշտոնական բողոք:

Որոշ բողոքներ կարող են արագ լուծում ստանալ՝ նախ և առաջ Ձեր ատամնաբույժի հետ այդ խնդրի վերաբերյալ խոսելու միջոցով: Հաճախ, ատամնաբույժը կարող է արագ լուծում տալ Ձեր բողոքին: Եթե Դուք չեք ցանկանում խոսել Ձեր ատամնաբույժի հետ առաջին հերթին կամ եթե ատամնաբույժն ի վիճակի չէ լուծել Ձեր բողոքը, զանգահարեք TSC: Denti-Cal-ը ընդունում է բողոքներ հեռախոսով կամ գրավոր կերպով:

Երբ Դուք զանգահարում եք TSC, նրան տվեք Ձեր տեղեկատվությունը և ներգրավված ատամնաբույժի անունը: Նկարագրեք Ձեր խնդիրը՝ ներառյալ ընդգրկված ծառայությունները կամ ցանկացած գործողություն կամ անգործություն: TSC-ն ամեն ջանք կգործադրի՝ զանգի ընթացքում խնդիրը լուծելու համար: Եթե Ձեր բողոքը չի կարող լուծվել TSC-ի կողմից առաջին զանգից, Դուք կստանաք պարզաբանող զանգ:

**Denti-Cal հեռախոսային ծառայությունների կենտրոն.**

**1-800-322-6384**

**Հեռատիպ (TTY)՝**

**1-800-735-2922**

Եթե Դուք որոշեք ուղարկել գրավոր բողոք, Դուք կարող եք ներբեռնել Medi-Cal-ի շահառուի ատամնաբուժական ծրագրի բողոքարկման ձևաթուղթը Denti-Cal վեբկայքից: Ավարտեք և վերադարձրեք ձևաթուղթը Denti-Cal-ին՝ ձևաթղթում տպված հասցեով: Denti-Cal-ը Ձեզ տեղյակ կպահի, եթե այն ստացվի ձևաթուղթը ստանալու պահից հինգ օրացուցային օրվա ընթացքում: Դուք կարող եք նաև զանգահարել TSC՝ հարցնելու համար, թե արդյոք Ձեր ձևաթուղթը ստացվել է:

Medi-Cal-ի շահառուի ատամնաբուժական ծրագրի բողոքարկման ձևաթղթի ձևանմուշը հաջորդ էջի վրա է: Ձևաթուղթը կարելի է նաև գտնել Denti-Cal վեբկայքի շահառուի էջում՝ https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/ հասցեով: Ձևաթուղթը հասանելի է միայն անգլերենով:

Առողջապահական ծառայությունների բաժանմունքը համապատասխանում է կիրառելի դաշնային քաղաքացիական իրավունքի նորմերին և չի դրսևորում խտրականություն՝ ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության, կամ սեռի հիմքով: Առողջապահական խնամքի ծառայությունների բաժանմունքը չի բացառում մարդկանց կամ նրանց բուժումն այլ կերպ՝ ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիմքով: Խտրականության բացառման քաղաքականության վերաբերյալ ավելին իմանալու նպատակով՝ խնդրում ենք այցելել Առողջապահական խնամքի ծառայությունների բաժանմունք՝ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx հասցեով:

**Denti-Cal**

**California Medi-Cal Dental Program**

NAME: _____ DATE: _____

ADDRESS 1: _____

ADDRESS 2: _____

CITY: _____ST: ____ ZIP: _____

BENEFICIARY MEDI-CAL DENTAL PROGRAM COMPLAINT FORM

Please fill in the form below and describe your questions or complaints completely. This information is important and necessary to research and resolve your questions or complaints.

STATE OF CALIFORNIA MEDI-CAL
BENEFITS IDENTIFICATION CARD NUMBER: _____

TELEPHONE NUMBER: (_____) _____ - _____

MESSAGE TELEPHONE NUMBER: (_____) _____

YOUR REPRESENTATIVE (if not yourself):

NAME: _____

ADDRESS: _____

CITY: _____, STATE: _____ ZIP CODE: _____

TELEPHONE NUMBER: (_____) _____

YOUR DENTAL PROVIDER'S NAME: _____

NAME: _____

ADDRESS: _____

CITY: _____, STATE: _____ ZIP CODE: _____

TELEPHONE NUMBER: (_____) _____

P.O Box 15539 • Sacramento, CA 95852-0609 • (800) 322-6384

**Denti-Cal**

**California Medi-Cal Dental Program**

BENEFICIARY MEDI-CAL DENTAL PROGRAM COMPLAINT FORM (PAGE 2)

TYPE OF COMPLAINT:

_____ Dentist service was incomplete or unsatisfactory

_____ Clinical Screening process was unsatisfactory

_____ Other

_____ Comments (Please describe your questions or complaints/ grievances completely here. Use the reverse side of this form or additional pages if you need additional space.)

_____

_____

_____

_____

_____

PLEASE SIGN AND DATE THIS FORM:

It may be necessary to obtain your medical records from your dental care provider. Your signature below authorizes release of your dental records to Denti-Cal.

SIGNATURE_____ DATE_____

Return this form to: Medi-Cal Dental Program
Beneficiary Services Group
P.O. Box 15539
Sacramento, CA 95852-1539

When we receive this information, we will research your questions or complaints/grievances and notify you of our findings. If it is necessary for you to appear for a clinical examination in order to resolve this matter, we will notify you in writing of the date, time, and location of this appointment.

P.O Box 15539 • Sacramento, CA 95852-0609 • (800) 322-6384

**Denti-Cal**

California Medi-Cal Dental Program

Notice from the Department of Managed Health Care

You may file a complaint with the California Department of Managed Health Care after you have completed Delta's grievance process or after you have been involved in Denti-Cal's grievance process for 30 days. You may file a grievance with the Department immediately in an emergency situation that is one involving severe pain and imminent and serious threat to your health.

The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against your health plan, you should first telephone your plan at **(1-800-322-6384)** and use your plan's grievance process before contacting the Department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by your Health Plan, or a grievance that has remained unresolved for more than 30 days, you may call the Department for assistance. You may also be eligible for an Independent Medical Review (IMR)**.** If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a Health Plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment, coverage decisions for treatments that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The Department also has a toll-free telephone number **(1-888-HMO-2219)** and a TDD line **(1-877-688-9891)** for the hearing and speech impaired. The Department's Internet Web site **(http://www.hmohelp.ca.gov)** has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

IMR has limited application to your dental program. You may request IMR only if your dental claim concerns a life-threatening or seriously debilitating condition(s) and is denied or modified because it was deemed an experimental procedure.

B-GRV-FRM-034.A

P.O Box 15539 • Sacramento, CA 95852-0609 • (800) 322-6384

### Ի՞նչ է տեղի ունենում բողոք ներկայացնելուց հետո:

Եթե Դուք բողոք եք ներկայացրել հեռախոսով և այն զանգի ընթացքում լուծում չի ստացել, Ձեզ կրկին կզանգահարեն՝ հետագա օգնության համար: Եթե Ձեր բողոքը չի կարող լուծվել կրկնակի զանգի ընթացքում, մենք Ձեզ կօգնենք ներբեռնել Medi-Cal-ի ատամնաբուժական ծրագրի բողոքարկման ձևաթուղթը Denti-Cal վեբկայքից՝ https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Beneficiary_Forms/ հասցեով: Մենք նաև փոստով Ձեզ կուղարկենք ձաթուղթը: Հենց որ լրացնեք և ստորագրեք ձևաթուղթը, այն ուղարկեք Denti-Cal՝ ձևաթղթի վրա նշված հասցեով: Բողոքարկման թերթիկի նմանատիպ նմուշ ցուցադրված է 23-25 էջերում:

Եթե Դուք լրացրել եք գրավոր բողոքարկումը, Denti-Cal-ը Ձեզ տեղյակ կպահի, եթե այն ստացվի ձևաթուղթը ստանալու պահից հինգ օրացուցային օրվա ընթացքում: Հնարավոր է, որ գրավոր բողոքն ուղղորդվի Denti-Cal-ի ատամնաբուժական խորհրդատուին, որը կորոշի գործողության հաջորդ քայլը: Մենք հնարավոր է.

- Կապ հաստատենք Ձեզ կամ Ձեր ատամնաբույժի հետ
- Դիմենք Ձեզ՝ կլինիկական սքրինինգի զննման համար
- Հղում ուղարկենք գործընկերների համապատասխան վերանայման մարմնին

Denti-Cal-ը Ձեզ՝ բողոքը մեր կողմից ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում նման որոշման վերաբերյալ բացահայտումները և պատճառները ամփոփող նամակ կուղարկի: Որոշ դեպքերում 30-օրյա ժամկետը կարող է երկարաձգվել: Օրինակ, Դուք հնարավոր է լրացուցիչ ժամանակի կարիք ունենաք՝ հաճախելու Ձեր կլինիկական սքրինինգի հանդիպմանը:

### Եթե ինձ դուր չի գալիս այն, ինչ տեղի է ունենում բողոք ներկայացնելիս, կարո՞ղ եմ ես արդյոք որևէ բան անել:

Եթե Դուք գոհ չեք բողոքի վերանայման ընթացքի արդյունքից, կարող եք **Նահանգային լսում** պահանջել: Medi-Cal Նահանգային լսումների վերաբերյալ ավելին իմանալու համար, խնդրում ենք այցելել Առողջապահական խնամքի ծառայությունների վեբկայք՝ http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx հասցեով:

## Նահանգային լսումների գործընթացը

Եթե Ձեր ատամնաբույժի պահանջած բուժումը մերժվել է կամ փոփոխության ենթարկվել կամ Դուք գոհ չեք մերժված ծառայության վերաբերյալ Ձեր բողոքի

արդյունքից, Դուք կարող եք Նահանգային լսում պահանջել Կալիֆոռնիայի Սոցիալական ծառայությունների բաժանմունքից (California Department of Social Services, CDSS): Ձեր նահանգի տեղական սոցիալական ծառայությունները Ձեզ կարող են այդ հարցում աջակցել: Հեռախոսահամարը կարող եք գտնել Ձեր տեղական հեռախոսագրքում, Ձեր նահանգի վեբկայքում կամ օգտագործելով Medi-Cal բջջային հավելվածը:

Նահանգային լսումների ընթացքում կարող եք ներկայանալ ինքներդ կամ Ձեզ կարող է ներկայացնել Ձեր ընկերը, իրավաբանը կամ ցանկացած այլ անձ: Դուք պատասխանատու եք պայմանավորվածություն ձեռք բերել, եթե ցանկանում եք, որ որևէ մեկը Ձեզ ներկայացնի: Անվճար իրավաբանական օգնություն ստանալու համար զանգահարեք CDSS-ի Հանրային հարցման և պատասխանների բաժին՝ 1-800-952-5253 հեռախոսահամարով: Այս միավորը կարող է նաև օգնել Նահանգային լսումների գործընթացի վերաբերյալ ընդհանուր տեղեկատվությամբ:

Նահանգային լսում պահանջելը չի կարող ազդել ատամնաբուժական ծառայություններ ստանալու Ձեր իրավունքի վրա և լսման համար Դուք չեք կրի որևէ տույժ: Բողոքարկման ողջ գործընթացի ընթացքում մենք կպահպանենք գաղտնիությունը:

## Ե՞րբ ես պետք է պահանջեմ Նահանգային լսում:

Եթե Դուք համաձայն չեք Ձեր ստացած Denti-Cal-ի գործողությունների ծանուցման հետ, լավագույն խնամքը ստանալու նպատակով՝ առաջին հերթին պետք է Ձեր ատամնաբույժի հետ քննարկեք Denti-Cal ծրագրի կողմից հովանավորվող բուժման տարբեր պլաններ: Եթե Դուք և Ձեր ատամնաբույժը այն կարծիքին եք, որ բուժման այլ պլանը տարբերակ չէ, Նահանգային լսման վերաբերյալ ծանուցում ստանալու ամսաթվից սկսած ունեք 90 օր ժամանակ նման լսում պահանջելու համար:

## Ինչպե՞ս պետք է սկսեմ գործընթացը:

Դուք պետք է գործընթացը սկսեք՝ զանգահարելով անվճար 1-800-952-5253 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք ուղարկել Denti-Cal գործողության ողջ ծանուցումը կամ գրել.

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

Եթե Դուք զանգահարել եք կամ խնդրանքով դիմել Նահանգային լսման համար, անպայման ներառել փաստաթղթի վերահսկման համարը (Document Control Number, DCN), որը տեղակայված է Denti-Cal գործողության ծանուցման վրա: DCN-ն նույնականացնում է Բուժման թույլտվության խնդրանքը, որի ծառայությունների վերաբերյալ մերժում է ստացվել, և օգնում է արագացնել Ձեր խնդրանքի գործընթացը:

## Ատամնաբուժական պայմանները և այլ սահմանումները

Denti-Cal ծրագրում շատ բառեր կան, որոնք ունեն հատուկ կամ տեխնիկական նշանակություն: Իսկ որոշ եզրույթներ կարող են անծանոթ լինել: Հուսով ենք, որ հետևյալ սահմանումներն օգտակար կլինեն: Հարցեր ունենալու դեպքում խնդրում ենք զանգահարել TSC և խոսել ներկայացուցիչներից որևէ մեկի հետ:

**Օգնության ծածկագիր.** Նկարագրում է Medi-Cal-ի՝ Ձեր ունեցած ծածկագիրը:

**Բողոքարկում.** Պաշտոնական խնդրանք, որը խնդրում է Denti-Cal-ին՝ վերանայել տրամադրված բուժման համար մերժված ծառայությունները: Բողոքարկում կարող է ներկայացվել Ձեր, Ձեր ատամնաբույժի կամ իրավասու ներկայացուցչի կողմից:

**Լիազորում.** Տե՛ս Նախորոք լիազորում:

**Շահառու.** Անձ, որն իրավասու է ստանալ Medi-Cal նպաստները:

**Շահառուի նույնականացման քարտ (BIC).** Նույնականացման քարտը տրամադրվում է շահառուներին՝ Առողջապահական ծառայությունների բաժանմունքի կողմից: BIC-ն ներառում է շահառուի համարը և այլ կարևոր տեղեկատվություն:

**Նպաստներ.** Denti-Cal ատամնաբույժի կողմից տրամադրված՝ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ատամնաբուժական ծառայություններ, որոնք հասանելի են Medi-Cal ատամնաբուժական ծրագրի միջոցով:

**Կլինիկական սքրինինգ.** Զննում ատամնաբույժի կողմից՝ առաջարկված բուժման համարժեքության վերաբերյալ կամ Denti-Cal այլ ատամնաբույժի կողմից կարծիք տրամադրելու նպատակով: Denti-Cal ծրագիրը որոշ դեպքերում կարող է պահանջել կլինիկական սքրինինգ:

**Բողոք.** Շահառուի կողմից կամ շահառուի կամ ատամնաբույժի անունից գրավոր կամ բանավոր դժգոհության արտահայտություն, ներառյալ ցանկացած վեճ, վերանայման խնդրանք կամ դժգոհություն: Սովորաբար բողոք է ներկայացվում՝ ըստ միջավայրի կամ անձնակազմի պայմանների, որում ծառայությունը մատուցվում է:

**Համավճար.** Ատամնաբուժական վճարի մի փոքր հատված, որը վճարվում է շահառուի կողմից:

**Ապահովագրված ծառայություններ.** Մի շարք ատամնաբուժական բուժգործողություններ, որոնք համարվում են Denti-Cal ծրագրի նպաստներ: Denti-Cal-ը միայն կվճարի բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ և Denti-Cal ատամնաբույժի կողմից տրամադրվող ծառայությունների համար, որոնք Denti-Cal ծրագրի նպաստներն են: 21 տարին չլրացած երեխաների համար հասանելի են ավելի շատ ապահովագրված ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ բրեկետները՝ ըստ բժշկական անհրաժեշտության:

**Մասնագիտացված ատամնաբույժ.** Ատամնաբույժի կողմից մասնագիտացված այնպիսի խնամքի տրամադրում, ինչպիսին է էնդոդոնտիան, բերանի խոռոչի վիրաբուժությունը, մանկական ստոմատոլոգիան, պարոդոնտիան և օրթոդոնտիան (բրեկետներ):

**Denti-Cal.** Medi-Cal ատամնաբուժական անվճար ծրագիր:

**Denti-Cal ատամնաբույժ.** Ատամնաբույժ, որը Medi-Cal շահառուներին ապահովագրված ծառայություններ մատուցելու հավանության է արժանացել:

**Վաղ և պարբերական սքրինինգ, ախտորոշման և բուժման ծրագիր (EPSDT).** Դաշնային ծրագիր, որը պարբերական սքրինինգների, ախտորոշման և բուժման ծառայությունների միջոցով՝ երեխաներին տրամադրում է առողջապահական խնամք: Ատամնաբուժական խնամքն ապահովվում է EPSDT ծրագրի կողմից:

**Մասնակցության իրավասությունը.** Առնչվում է Medi-Cal նպաստներ ստանալու պայմանները բավարարելուն:

**Ատամնաբուժական արտակարգ իրավիճակ.** Ատամնաբուժական մի վիճակ, որին անհապաղ ուշադրություն չդարձնելը կարող է ողջամտորեն հանգեցնել անհատի առողջական վիճակի վատթարացմանը՝ առաջ բերելով խիստ ցավ կամ որևէ գործառույթի խաթարում:

**էնդոդոնտոլոգ.** Մասնագիտացված ատամնաբույժ, որը սահմանափակում է բուժվող հիվանդությունը, ատամի ներվի և արմատի վնասվածքի բուժումը:

**Վաղ և պարբերական սքրինինգ, ախտորոշում և բուժում**. Մինչև 21 տարեկան Medi-Cal շահառուի նպաստը, երբ անհրաժեշտ է ստուգել կամ վատթարացնել թերությունները կամ ֆիզիկական և հոգեկան հիվանդությունները և պայմանները:

**Medi-Cal-ի ամբողջական ծավալը**. Medi-Cal-ն իր ամբողջական ծավալով տրամադրում է առողջապահական ծառայություններ ցածր եկամուտ ունեցող անհատներին: Medi-Cal-ում ներառված բոլոր երեխաները, ներկայումս, ինչպես նաև նախկինում խնամքի տակ գտնվող, մինչև 26 տարեկան երիտասարդները, հղի կանայք, կույր կամ անկարող մարդիկ ամբողջական ծավալով են ստանում առողջապահական ծառայություններ:

**Նույնականացում.** Առնչվում է մի բանի, որն ապացուցում է, թե ով է տվյալ մարդը, ինչպես օրինակ՝ վարորդական իրավունքը:

**Սահմանափակումներ.** Առնչվում է մի շարք թույլատրելի ծառայությունների, որևէ տիպի թույլատրելի ծառայության, և/կամ ատամնաբուժական տեսանկյունից ամենից թույլատրելի ողջամիտ ծառայության:

**Բժշկական անհրաժեշտություն.** Ապահովագրված ծառայություններ, որոնք անհրաժեշտ են և նպատակահարմար ատամների, լնդերի, աջակցող կառույցների բուժման համար, որոնք (ա) տրամադրվում են ճանաչված մասնագիտական ստանդարտներին համապատասխան, (բ) սահմանված բուժող ատամնաբույժի կողմից, որը պետք է համահունչ լինի ատամնաբուժական վիճակին, և (գ) ամենից հարմար տեսակն է, մատակարարման և սպասարկման մակարդակը՝ հաշվի առնելով հնարավոր ռիսկերը, օգուտները և ապահովագրված ծառայությունները, որոնք այլընտրանք են:

**Առողջապահական այլ ծածկույթ / Առողջապահական այլ ապահովագրություն** Ստոմատոլոգիական ծառայություններ ստանալու համար ապահովագրություն կարող եք ստանալ ցանկացած մասնավոր ատամնաբուժական պլանի, ցանկացած ապահովագրական ծրագրի, ցանկացած այլ նահանգային կամ դաշնային ատամնաբուժական խնամքի ծրագրի կամ այլ պայմանագրային կամ իրավունքի պայմաններում:

**Բերանի խոռոչի վիրաբույժ.** Մասնագիտացված ատամնաբույժ, ով սահմանափակում է իր պրակտիկան հիվանդությունների ախտորոշմամբ, հիվանդությունների վիրաբուժական բուժմամբ, վնասվածքների, դեֆորմացիաների, թերությունների, բերանի, ծնոտի և դեմքի արտաքին տեսքի բուժմամբ:

**Օրթոդոնտ.** Մասնագիտացված ատամնաբույժ, ով սահմանափակում է իր պրակտիկան կանխարգելման և բուժման մեթոդներով, ինչպես նաև որպեսզի վերին և ստորին ատամները համընկնեն՝ կծելիս կամ ծամելիս:

**Մանկական ատամնաբույժ.** Մասնագիտացված ատամնաբույժ, ով սահմանափակում է իր պրակտիկան երեխաների ծննդից մինչև դեռահասների բուժումը՝ ապահովելով կանխարգելիչ բուժման առաջնային և ամբողջական շարք:

**Պարոդոնտիստ.** Մասնագիտացված ատամնաբույժ, ով սահմանափակում է իր պրակտիկան լնդերի հիվանդությունների և ատամների շուրջ գտնվող հյուսվածքների բուժմամբ:

**Հղիությանն առնչվող**. Հղիության հետ կապված ծառայությունները հասանելի են՝ սկսած նախածննդաբերական փուլից, երբ հղիությունը բժշկական տեսանկյունից հաստատված է, մինչև հետվիրահատական փուլը և այն ամսվա ավարտը, որի 60-օրյա շրջանում ավարտվում է հղիությունը: Անկախ Ձեր աջակցության ծածկագրից և/կամ նպաստների շրջանակից, Դուք իրավասու եք ստանալ բոլոր ապահովագրված ատամնաբուժական բուժգործողությունները, քանի դեռ բոլոր մնացած ընթացակարգային պահանջների չափանիշները բավարարված են:

**Նախորոք լիազորում.** Խնդրանք ատամնաբույժի կողմից հաստատել ծառայությունները՝ նախքան դրանց իրականացումը: Ատամնաբույժները Denti-Cal-ից ստանում են Լիազորության ծանուցում (Notice of Authorization, NOA)՝ հաստատված ծառայությունների համար:

**Պրոսթոդոնտիստ.** Մասնագիտացված ատամնաբույժ, ով սահմանափակում է իր պրակտիկան՝ փոխարինելով բացակա ատամները պրոթեզներով, կամուրջներով կամ այլ փոխարինողներով:

**Մատակարար.** Medi-Cal-ի ծրագրում ընդգրկված անհատ ատամնաբույժ, այլընտրանքային պրակտիկայում (RDHAP) գրանցված ատամնաբուժական հիգիենիստ, ատամնաբուժական խումբ, Medi-Cal ծրագրում ներառված ատամնաբուժական դպրոց կամ ստոմատոլոգիական կլինիկա՝ Medi-Cal-ի շահառուներին առողջապահական և/կամ ատամնաբուժական ծառայություններ մատուցելու նպատակով:

**Սահմանափակ շրջանակ**. Սահմանափակված է միայն շտապօգնության ծառայություններով:

**Արժեքի մասնաբաժին**. Գումարը, որ Դուք պետք է վճարեք կամ խոստանում եք վճարել յուրաքանչյուր ամիս առողջության կամ ատամների խնամքի համար՝ նախքան կսկսի վճարել Medi-Cal-ը:

**Պահանջները.** Վերաբերում է մի բանի, որը Դուք պետք է կատարեք, կամ կանոններ, որոնց պետք է հետևեք:

**Պատասխանատվությունը.** Վերաբերում է մի բանի, որը Դուք պետք է կատարեք, կամ ակնկալվում է, որ պետք է կատարեք:

**Նահանգային լսում.** Նահանգային լսումը իրավական գործընթաց է, որը շահառուներին թույլատրում է պահանջել բուժման ցանկացած մերժված կամ փոփոխված Բուժման լիազորման խնդրանքի վերագնահատում: Այն նաև շահառուին կամ ատամնաբույժին թույլատրում է պահանջել տվյալ դեպքի վերագնահատում կամ փոխհատուցում:

**Բուժման լիազորման խնդրանք.** Նախքան բուժման սկիզբը, Denti-Cal ատամնաբույժի կողմից ապահովագրված որոշակի ծառայությունների հաստատման համար խնդրանք է ներկայացվում: Բուժման լիազորման խնդրանքը պահանջվում է որոշակի ծառայությունների համար և որոշ հանգամանքներում:

# Ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները

## Ո՞րոնք են իմ իրավունքները և պարտականությունները՝ Medi-Cal ծրագրի շրջանակներում:

Medi-Cal դիմելիս՝ Դուք կստանաք Ձեր իրավունքների և պարտականությունների ցանկը: Սա ներառում է հասցեի, եկամտի փոփոխության մասին զեկուցելու պահանջ կամ եթե որևէ մեկը հղի է կամ ծննդաբերած է: Ստորև Դուք կարող եք գտնել Ձեր իրավունքների և պարտականությունների ամենավերջին ցանկը՝ http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx հասցեով: Դուք կարող եք գտնել Առողջապահական խնամքի ծառայությունների բաժանմունքի խտրականության բացառման քաղաքականությունը՝ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx հասցեով:

Դուք իրավունք ունեք, որպեսզի.

- Ձեզ վերաբերեն հարգանքով և արժանապատվությամբ
- Դուք Ձեր ընտրությամբ ներգրավված ատամնաբույժի կողմից ստանաք Ձեզ հասանելի ատամնաբուժական ծառայություններ՝ որպես Medi-Cal ծրագրի նպաստ:
- Ողջամիտ ժամանակահատվածում ձեռք բերեք պայմանավորվածություններ
- Մասնակցեք Ձեր առողջապահական կարիքներին, ինչպես նաև պատշաճ կամ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ բուժման տարբերակներին առնչվող քննարկումներին և որոշումների կայացմանը

- Ձեր ատամնաբուժական տվյալները գաղտնի պահվեն: Սա նշանակում է, որ մենք չենք տարածի Ձեր ատամնաբուժական տեղեկատվությունը առանց Ձեր գրավոր թույլտվության կամ եթե դա թույլատրված չէ օրենքով:
- Հայտնեք մեզ Denti-Cal-ի կամ Ձեր ատամնաբուժական ծառայությունների վերաբերյալ Ձեր ունեցած անհանգստությունները
- Denti-Cal-ի, հասանելի ծառայությունների և ատամնաբույժների վերաբերյալ ստացեք տեղեկատվություն
- Ծանոթացեք Ձեր ատամնաբուժական գրառումներին:
- Խնդրեք Ձեզ համար անվճար թարգմանիչ
- Օգտվեք այնպիսի թարգմանչից, ով Ձեր ընտանիքի անդամը կամ Ձեր ընկերը չէ
- Բողոք ներկայացրեք, եթե Ձեր թարգմանչական ծառայությունները չեն բավարարվում:

Ձեր պարտականություններն են.

- Medi-Cal-ին և Ձեր ատամնաբույժներին տվեք ճիշտ տեղեկատվություն
- Հասկացեք Ձեր ատամնաբուժական խնդիր(ներ)ը և Ձեր ատամնաբույժի հետ միասին հնարավորինս մասնակցեք բուժման նպատակների մշակմանը
- Միշտ ցույց տվեք շահառուի Ձեր նույնականացման քարտը՝ ծառայություններ ստանալիս:
- Հարցեր տվեք ցանկացած բժշկական վիճակի վերաբերյալ և հավաստիացեք, որ բացատրությունները և ցուցումները Ձեզ համար պարզ են
- Ձեռք բերեք և ատամնաբուժական հանդիպման պայմանավորվածություններ և մասնակցեք դրանց: Եթե պետք է, չեղարկեք հանդիպումը, նվազագույնը քսանչորս (24) ժամ առաջ այդ մասին տեղեկացրեք Ձեր ատամնաբույժին:
- Օգնեք Denti-Cal-ին ճշգրիտ կերպով վարել ընթացիկ բժշկական գրառումները՝ ժամանակին տրամադրելով Ձեր հասցեի, ընտանիքի կարգավիճակի և առողջապահական ծածկույթի վերաբերյալ այլ տեղեկատվություն
- Հնարավորինս շուտ տեղյակ պահեք Denti-Cal-ին, եթե Ձեզ սխալ հաշիվ են ուղարկել կամ եթե բողոք ունեք
- Հարգանքով և քաղաքավարությամբ վերաբերվեք Denti-Cal-ի անձնակազմին և ատամնաբույժներին:

# Ձեր գաղտնիությունը կարևոր է մեզ համար

Այս բաժինը նկարագրում է, թե ինչպես ստանալ տեղեկատվություն այն մասին, թե ինչպես կարելի է օգտագործել և բացահայտել բժշկական տեղեկատվությունը: Այն նաև նկարագրում է, թե ինչպես կարող է Ձեր տեղեկատվությունը Ձեզ համար հասանելի դառնալ:

## Ծանուցում՝ գաղտնիության գործառույթների վերաբերյալ:

Առողջապահական խնամքի ծառայությունների բաժանմունքը Ձեզ փոստով ուղարկում է Գաղտնիության գործառույթների վերաբերյալ ծանուցում՝ որպես Medi-Cal-ի Ձեր ողջույնի փաթեթի մաս: Դուք կարող եք նաև կրկնօրինակ ստանալ առցանց՝ այցելելով http://dhcs.ca.gov/privacyoffice: Այս ծանուցումը նկարագրում է Ձեր առողջապահական տեղեկատվության գաղտնիության իրավունքները և ընտրանքները:

## Ի՞նչպես ես կարող եմ տեսնել, թե Denti-Cal-ը ինչ պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվություն ունի իմ վերաբերյալ:

Դուք իրավունք ունեք խնդրել վերանայելու Ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվությունը Denti-Cal-ի կողմից պահվող գրառումներում: Դուք նաև այդ գրառումների կրկնօրինակները պահանջելու իրավունք ունեք: Հնարավոր է, որ Դուք այդ գրառումները կրկնօրինակելու և փոստային առաքման համար վճարեք: Ձեր խնդրանքը մեր կողմից ստացվելուց հետո 30 օրվա ընթացքում Դուք կստանաք պատասխան:

Անհրաժեշտ կլինի, որ Դուք մեզ ուղարկեք Ձեր՝ Կալիֆոռնիայի վարորդական իրավունքի պատճենը, DMV նույնականացման քարտը, կամ որևէ այլ նույնականացման քարտ, որը կարող է ապացուցել Ձեր ինքնությունը: Նաև անհրաժեշտ կլինի ուղարկել Ձեր հասցեն հաստատող փաստաթուղթ:

Դուք կարող եք Դիմումի ձևաթուղթը ստանալ՝ զանգահարելով TSC կամ առցանց լրացնել և տպել ձևաթուղթը.

1. Այցելեք https://www.denti-cal.ca.gov/:
2. Սեղմեք **Շահառուներ** գրանշանը՝ վեբ էջի վերևի հատվածում:
3. Սեղմեք **Denti-Cal (Սպասարկման վճար)**:
4. Սեղմեք **Ձևաթղթերի** վրա:
5. Ընտրեք ձևաթուղթ՝ **Denti-Cal-ից Անձնական առողջապահական տեղեկատվություն խնդրելու նպատակով**:

Ուղարկեք լրացված ձևաթուղթը Ձեր նույնականացման քարտի հետ հետևյալ հասցեով՝

Correspondence Specialist
c/o Delta Dental of California
P.O. Box 15539
Sacramento, CA 95852-1539
1-800-322-6384

***Նշում. պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվություն կեղծ կերպով ստանալու ցանկացած փորձ ենթակա է իրավական տույժի:***

Denti-Cal-ը պարտավոր է պաշտպանել Ձեր տրամադրած տեղեկատվությունը: Անօրինական մուտքը կամ բացահայտումը կանխելու, տվյալների ճշգրտության պահպանման և տեղեկատվության համապատասխան օգտագործման ապահովման համար, Denti-Cal-ը ունի համապատասխան ֆիզիկական և կառավարչական ընթացակարգեր՝ ապահովագրելու մեր հավաքած տեղեկատվությունը: