California Medi-Cal 歯科治療

2018 年受給者のための手引き書

保健福祉省 Denti-Cal

はじめに 1
DENTI-CAL への連絡方法 2
言語支援 3
DENTI-CAL ウェブサイト 4
MEDI-CAL が補償する歯科サービスを使用する 4
DENTI-CAL の医療費給付 5
DENTI-CAL の歯科医 7
歯科治療を受ける 8
歯科サービスの費用 11
移動手段及びその他のサービス 13
苦情処理 15
州公聴会プロセス 20
歯科用語及びその他の定義 21
あなたの権利と責任 24
あなたの個人情報は当サービスにとって重要なものです 25

はじめに

このパンフレットでは、あなたの歯科医療費給付についてご説明します。プログラムの仕組みと、歯科治療を受ける方法についてご説明します。この手引書は、後に疑問が生じた場合に見直すことができるように保管しておいてください。

カリフォルニアの Medi-Cal デンタルプログラム (Denti-Cal)

Medi-Cal は、資格のあるカリフォルニア在住者に対して、歯科医療費給付を含む無償又は安価な医療を提供します。歯科医療費給付は、Denti-Cal とよばれる Medi-Cal を通じて提供されます。歯科サービスを受けるためには、ご自身の Medi-Cal 医療費給付 ID カード(BIC)を、受診する歯科治療機関に提示する必要があります。Denti-Cal の申請を個別に行う必要はありません。歯科衛生は、健康全般における重要な部分です。Denti-Cal プログラムには、あなたの歯を健康に保つための多くのサービスがあります。Denti-Cal の給付は、以下のようなときに最大限活用できます：

- 必要な補償対象の治療を受けるために Denti-Cal 指定歯科医を受診する
- Denti-Cal のかかりつけ歯科医を定期的に(たとえ歯に問題がなくても)受診する
- 歯科治療(ブラッシングやフロッシングなど)について、Denti-Cal のかかりつけ歯科医の助言に従う

サクラメント郡にお住まいの場合は、Dental Managed Care (DMC／デンタルマネージドケア)に登録され、ご自身のデンタルマネージドケアプランのネットワークに所属する歯科医を指定されます。ロサンゼルス郡にお住まい場合は、DMC に登録するか、Denti-Cal にとどまるかを選ぶことができます。DMC に登録する場合は、選択したプランに応じて、歯科カードとあなたの給付情報が送られてきます。他の郡では、ご自身の Medi-Cal 受給者 ID カードを使用して歯科治療を受け、Denti-Cal プログラムに登録されている歯科医の中からご自身の歯科医を選ぶことができます。

本手引書の使用方法

この受給者のための手引書を隅々まで丁寧にお読みください。本書には、Denti-Cal プログラムの仕組みを説明しています。本手引書には、次のことについての重要な情報が記載されています：

- Medi-Cal が補償する歯科サービス
- 歯科治療を受ける方法
- 他の言語で支援を受ける方法
- あなたの権利と責任
- 苦情を申し立てる方法
- Medi-Cal が補償する歯科サービスに関するその他の重要な情報

本手引書には、知っておくべき次のいくつかの用語が使用されています：

Denti-Cal	Medi-Cal の歯科診療出来高払いプログラム
あなた、私、受給者	Medi-Cal の歯科医療費給付資格を持つ人、又はその人の正式な代理人。
私達、当サービス	Denti-Cal を指します
かかりつけ歯科医	歯科治療に際してあなたが選ぶ Denti-Cal の歯科医

「**歯科用語及びその他の定義**」の項（21 ページ）をお読みください。その項には、Denti-Cal プログラムにおいて特別な、または技術的な意味をもつ多くの言葉が説明されています。

Denti-Cal への連絡方法

電話サービスセンター

電話サービスセンター(TSC)のオペレーターが、月～金曜日の午前 8 時～午後 5 時までの間、お手伝いできるように待機しています。州の祝日は、TSC の休業日です。このパンフレットでは解決しないご質問がある場合は、以下の番号より当サービスにご連絡ください：

Denti-Cal 電話サービスセンター：
1(800)322-6384

テレタイプライター(TTY)：
1(800)735-2922

通話料は無料です。TSC のスタッフが、歯科医の受診についてのご質問にお答えします。

お手伝いできること：

- Denti-Cal の歯科医又はクリニックを見つける
- Denti-Cal プログラムに関する一般的なご質問
- 認可／拒否されるサービスについての情報
- 通訳・解説サービスの利用のサポート
- 補償される歯科医療費給付に対する費用の支援及び自己負担についての情報。臨床スクリーニング予約のスケジューリングおよびスケジュール変更
- 苦情および不服申立て

TSC からはどのような情報が得られますか？

TSC にお電話いただくと、自動電話システムに接続されます。オプションメニューより選択していただきます。

以下のことに関する一般的な情報を得られます：

- 補償される給付
- 州公聴会への申し立て方法
- あなたの歯科医療記録のコピーを請求する
- Medi-Cal 詐欺が疑われる場合の報告

TSC のスタッフと話すこともできます。

Denti-Cal 電話サービスセンターに電話をかけるのに最適な時間はいつですか？

午前 8 時～午後 5 時までであればいつでも、Denti-Cal TSC に電話をかけることができます。月～金曜日。

言語支援

英語以外の言語で話したい場合はどうなりますか？

英語以外の言語を話したい場合は、TSC にお電話ください。私達の TSC スタッフが英語とスペイン語でお手伝いします。他の言語を話したい場合は、どの言語をお話しになるのかを TSC スタッフにお伝えくだされば、お手伝いできるように待機している通訳者がいます。

TSC スタッフも、あなたの言語を話す Denti-Cal 歯科医やスタッフをお探しするようにお手伝いできます。

電話で歯科医と話す際に私の代わりに通訳してくれる人はいますか？

はい。通訳者や言語サービスでのお手伝いが必要であれば、TSC にお電話ください。TSC は、通訳者を手配するお手伝いもします。

歯科診療室で私の代わりに通訳してくれる人はいますか？

はい。かかりつけ歯科医があなたの言語を話せない場合は、手話も含め通訳者を無料で利用する権利があります。TSC に電話をかけて、通訳者に歯科用語の説明を依頼することも可能です。これには、来院時に歯科医があなたに伝える内容や、あなたのケアプランの説明をお手伝いし、歯科スタッフと話すことも含まれます。

予約日に来院する際に、歯科診療室で通訳者を必要とする場合は、あなたか歯科医のどちらかが TSC にお電話することも可能です。TSC があなたとあなたが話す言語を解釈できる担当者とをおつなぎします。

Denti-Cal ウェブサイト

Denti-Cal ウェブサイトはどうしたら見つけられますか？

Denti-Cal ウェブサイトは、www.denti-cal.ca.gov にあります

Denti-Cal ウェブサイトにはどのような情報がありますか？

Denti-Cal ウェブサイトには、以下のような Medi-Cal デンタルプログラムについての重要な各種情報があります：

- Medi-Cal の申請
- 連絡先情報
- 歯科医療資源
- 歯科医の検索
- 記入用紙
- よくある質問(FAQ)
- その他の情報
- 支援プログラム
- 出版物

よくある質問に対する回答や、TSC の通話料無料の電話番号も確認できます。

Medi-Cal が補償する歯科サービスを使用する

歯科サービスを受けられるかどうかは、どうしたらわかりますか？

Medi-Cal の資格を持つほとんどの人々は、歯科サービスを受ける資格も得たことになります。歯科サービスを受けるための申請を個別に行う必要はありません。歯科サービスを受けるためには、ご自身の BIC をあなたの歯科治療提供者に提示する必要があります。ご質問がある場合や、Medi-Cal デンタルプログラムの医療費給付資格があるかどうかを知りたい場合は、TSC にお電話ください。

Denti-Cal の医療費給付

本項には、Medi-Cal で補償される歯科治療の概略を示します。

Medi-Cal プログラムで受けられる歯科医療費給付はどのようなものですか？

以下は、2018 年 1 月 1 日に発効された受給者のための医療費給付クイックリファレンスガイドです。医療費給付は、補助コードおよび受給者の居住地に基づいています。その他の情報についても、Denti-Cal ウェブサイト(www.denti-cal.ca.gov)に掲載されています。

✓医療費給付対象 ✕医療費給付対象外				
処置	**全範囲****	**限定的範囲 ****	**妊娠に関連するもの****	**施設の居住(高度看護施設／中間的ケア施設)**
口腔評価(3 歳未満)*	✓	✕	✕	✓
初回検査(3 歳以上)	✓	✕	✓	✓
定期検査(3 歳以上)	✓	✕	✓	✓
予防	✓	✕	✓	✓
フッ化物	✓	✕	✓	✓
回復処置ーアマルガム／コンポジット／ 既成のクラウン	✓	✕	✓	✓
歯科技工室で加工されたクラウン*	✓	✕	✓	✓
スケーリング及びルートプレーニング*	✓	✕	✓	✓
口腔内の完全な壊死組織除去	✕	✕	✕	✓
歯周メンテナンス	✓	✕	✓	✓
前部根管	✓	✕	✓	✓
後部根管	✓	✕	✓	✓
部分義歯	✓	✕	✓	✓
総義歯	✓	✕	✓	✓
抜歯／口腔及び顎顔面手術	✓	✓	✓	✓
救急サービス	✓	✓	✓	✓

例外： 上記の医療費給付にはいくつかの例外があります(*マークのあるもの)。**歯科用語及びその他の定義(21 ページ)を参照。

かかりつけ歯科医が、どのサービスが Denti-Cal で補償され、どのサービスが補償されないのかをあなたにお伝えします。かかりつけ歯科医は、あなたが最良の治療と、どのサービスが Medi-Cal プログラムで利用できるのかを決定するお手伝いします。初診の際に、ご自身の BIC をかかりつけ歯科医に見せてください。歯科医はあなたの歯科医療費給付にアクセスできるようになります。

補償される歯科サービスに対して Medi-Cal が支払う金額に年ごとの制限はありますか？ 小児と成人とでは異なりますか？

小児の補償される歯科サービスに対して年ごとの制限はありません。21 歳以上の受給者へのある種の歯科サービスに対する Medi-Cal の支払いは、暦年ごとに一人につき 1,800 ドルに制限されています。医学的に必要な歯科サービスは、1,800 ドルの制限を超えることが容認される場合があります。看護施設に居住する 21 歳以上の受給者に対しては年ごとの制限はありません。

特別なニーズのある患者に対する追加的な医療費給付はありますか？

若干の例外があるものの、補償される歯科サービスはどの人も同じです。しかし、特別なニーズのある患者さんについては、ある種の肉体、行動、発達、又は感情状態があるために、歯科医が検査を実施できない場合があります。このような状況で、歯科治療を受けてもらうために患者さんに鎮静処置を行う必要があると判断する場合には、歯科医は Denti-Cal による認可を要求します。

小児にはどのような医療費給付がありますか？

あなた又はあなたの子どもが 21 歳未満の場合は、早期及び定期スクリーニング・治療・診断(Early and Periodic Screening, Treatment, and Diagnostic／EPSDT)プログラムのもとで付加的な歯科サービスを受ける資格が得られる場合があります。

妊娠女性にはどのような医療費給付がありますか？

あなたが妊娠している場合に、該当する処置に関するその他すべての Denti-Cal の条件を満たす場合には、資格を持つ Medi-Cal の種類を問わず、補償されるすべての歯科処置を受けることができます。妊娠中の受給者は、出産後 60 日間、これらのサービスを受ける資格があります。出産後 60 日目に該当する日の月末までその資格は有効です。

Denti-Cal の歯科医

あなたは、どの Denti-Cal 歯科医(Medi- Cal に登録され、歯科サービスを提供する歯科医)による歯科治療も受けられます。歯科診療室に電話をかけ、その診療室が Medi-Cal 及び新規患者を受け入れているかどうかお尋ねください。本項をお読みいただければ、Denti-Cal プログラムで歯科医を見つける方法がわかります。

Denti-Cal 歯科医はどのようにして見つけられますか？

どの Denti-Cal 歯科医も選ぶことができます。TSC にお電話していただければ、お住まいの地域の Denti-Cal 歯科医をお探しするお手伝いを致します。Denti-Cal ウェブサイト(https://www.denti-cal.ca.gov/find-a-dentist/home)を見て、オンラインで Denti-Cal 歯科医を探すこともできます。"Insure Kids Now"のウェブサイト(https://www.insurekidsnow.gov/coverage/find-a-dentist/index.html)で歯科医を探すこともでき
ます。

自分の地域で Denti-Cal を受け入れている歯科医を検索できない場合はどうなりますか？

お住まいの地域の Denti-Cal 歯科医を探したい場合は、TSC にお電話ください。

Denti-Cal 電話サービスセンター：
1(800)322-6384
テレタイプライター(TTY)：
1(800)735-2922

歯科専門医を受診しなければならない場合はどうなりますか？

Denti-Cal のかかりつけ歯科医は、専門的な治療を受けられるようにあなたを別の歯科医に紹介することができます。TSC にお電話いただければ、歯科専門医を受診する手配をお手伝いします。

歯科サービスを受けるためにクリニックを受診できますか？

はい。多くのクリニックが Medi-Cal の患者さんを診察し、歯科サービスを提供しています。クリニックが Medi-Cal の受け入れを認可され、その補償サービスの一部として歯科サービスを提供する限り、そのクリニックで歯科検査を受けることができます。TSC にお電話していただければ、お住まいの郡のクリニックを探すお手伝いができますし、Denti-Cal ウェブサイト(https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Dental_Clinics_Serving_Medi-Cal_Beneficiaries/)で郡のクリニックのリストを確認して見つけることも可能です。

Denti-Cal 歯科医以外の歯科医を受診する場合はどうなりますか？

Denti-Cal プログラムは、Denti-Cal プログラムに登録されている歯科医で受けたサービスに対してのみお支払いします。Denti-Cal に登録されていない歯科医を受診する場合は、受ける歯科サービスに対してご自身で支払う必要があります。

歯科医は変更できますか？

はい。Denti-Cal に登録され、新規患者を受け入れているどの歯科医も受診できます。あなたが DMC プランに登録されていれば、別の歯科医を指定するように依頼することもできます。

歯科医の変更は何回できますか？

歯科医の変更に制限はありません。ただし、別の歯科医で同じ治療(クリーニングなど)を受けることは制限されています。Denti-Cal は、Denti-Cal 歯科医による在宅歯科を選択することをご提案します。

同じ歯科医を受診することにはどのようなメリットがありますか？

定期検査やケアのために同じ歯科医を受診することには、以下のように多くの点でメリットがあります：

- 次の受診通知を定期的に受けることができます
- かかりつけ歯科医が提供できない治療をあなたが必要とする場合には、かかりつけ歯科医が歯科専門医の検索をお手伝いします
- かかりつけ歯科医があなたの既往歴を把握し、早い段階で問題を発見するお手伝いをするため悪化する前に治療を受けられます

治療の最中に歯科医を変更できますか？

あなたの歯科サービスが一人の歯科医に対して認可された状態でかかりつけ歯科医の変更を希望する場合は、変更依頼書を書く必要があります。その文書をあなたの新しい歯科医に提供してください。その医師は文書を、事前許可要求書と併せて Denti-Cal に送付します。Denti-Cal はそれ以後のサービスについて、新しい歯科医に対して新たな認可を発行します。

歯科治療を受ける

Denti-Cal 歯科医の予約をするにはどうしたらいいですか？

歯科診療室に電話を掛けて予約してください。あなたが Medi-Cal の補償対象であることをその歯科医に伝え、歯科医が Denti-Cal 歯科医であることを歯科医に確認するように依頼してください。予約のお手伝いが必要であれば、TSC にお電話ください。

歯科医を受診する際には、何を持参する必要がありますか？

ご自身の BIC と写真付きの ID（運転免許証又は州の ID カードなど）を持参してください。里子などのケースで里親が BIC を受け取っていない場合は、社会保障番号を使用して適格性を確認することができます。その他の歯科補償がある場合は、その情報を持参してかかりつけ歯科医に提示してください。

歯科医を受診するべき頻度はどれくらいですか？

健康な歯と歯肉は、健康全般における重要な部分です。かかりつけ歯科医が、定期検査を受けるべき頻度(通常は 6～12 ヵ月ごと)をあなたに伝えます。かかりつけ歯科医は定期検査の一環として、あなたが必要とするかもしれない治療やフォローアップ受診の計画を立てます。

定期受診後、次の定期受診までの間に予想外の歯科疾患や問題が生じた場合は、かかりつけの歯科診療室にお電話の上、ご相談ください。口のけがや痛みがある場合は、かかりつけ歯科医にすぐにお電話してください。

乳児はいつ頃、歯科医に連れて行くべきですか？

あなたの赤ちゃんの乳歯が生えてきた頃、又は 1 歳の誕生日のどちらか早いほうの時点に歯科医に連れて行ってください。初診後、あなたの赤ちゃんには、6 ヵ月ごとに検査及びクリーニングを含む歯科検査を受けさせてください。この他の情報は、Denti-Cal ウェブサイトの、0～3 歳の受給者の歯科支援プログラムのパンフレット (Beneficiary Ages 0-3 Dental Outreach brochure) (https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Beneficiary_Flyers_Brochures/) より入手できます。

Medi-Cal は、アメリカ小児歯科医学会 (American Association of Pediatric Dentists) が予防歯科サービスに対して推奨するスケジュールを支援しています。このスケジュールは、ほとんどのお子様に提供できます。特別な医療ニーズや疾患又は外傷のある児童は、必要となるサービスや時間枠が異なる場合があります。お子様の歯科医がお子様に最適な予防サービスのスケジュールを決定します。

緊急事態が生じた場合はどうなりますか？

通常の営業時間内であれば、かかりつけ歯科医に電話を掛け、あなたの問題を説明してください。かかりつけ歯科医に連絡できない場合は、月～金曜日の午前 8 時から午後 5 時の間であれば TSC にお電話いただければ、歯科治療を受けられるようにお手伝いします。

営業時間後に緊急の歯科サービスを必要とする場合は、かかりつけ歯科医の営業時間後の応答メッセージの指示に従ってください。かかりつけ歯科医に連絡できない場合や Denti-Cal 歯科医がいない場合は、最寄りの救急治療室を受診して治療を受けてください。

「医学的必要性」とはどのような意味ですか？

医学的必要性とは、専門家によって認識されている診療基準に従って、歯、歯肉及び支持構造の治療に補償サービスが必要で適切であるかどうかを判断する際に根拠とする基準を意味します。この他の情報については、歯科用語及びその他の定義(21 ページ)を参照してください。

セカンドオピニオンを受けたい場合はどうなりますか？

かかりつけ歯科医が医学的必要性の条件を満たしていないと伝える歯科処置をあなたが受けたい場合は、その歯科治療に関するセカンドオピニオンを求めることができます。TSC にご連絡の上、ご依頼いただければ、別の歯科医をお探しします。

Denti-Cal はなぜ、別の歯科医による歯科検査を私に受けるように求めているのですか？

Denti-Cal より、歯科検査予約日に受診するように告げる「歯科検査予約通知書」を受け取る場合があります。その場合は、来院できるようにあらゆる努力をしてください。その予約は、かかりつけ歯科医が要求した治療許可が認可できるかどうかを確認するために、あなたの代わりに行われたものです。

その予約は約 15 分かかります。歯科検査がスクリーニング歯科医によって行われることはありません。この予約にあなたが支払う必要は一切ありません。予約が終了したら、歯科医がレポートを Denti-Cal に返送します。このレポートは、サービスが許可されるべきか、拒否されるべきかを決定する際の判断材料として利用されます。

あなたが受診できない場合は、その予約の 2 日前までに TSC にお電話ください。予約受診をせず、Denti-Cal に通知しない場合には、要求されたサービスが拒否されることがあります。

以下はいくつかの重要な留意事項です：

- 時間通りに予約受診を受けてください。到着が遅れる場合は、その予約スケジュールを変更しなければならないことがあります。
- その予約が義歯に関するもので、かかりつけ歯科医が新しい義歯を求めている場合は、予約の際にその時点で装着している義歯を持参してください。
- TSC にお電話いただく場合は、その際に通知書の右下隅にある「スクリーニング番号」をお伝えください。
- 通知書に記載されている診療室の電話番号は、指示を受ける場合に限ります。他のご質問については、Denti-Cal TSC にお電話ください。
- スクリーニング歯科医は助言したり、サービスが認可されるのか拒否されるのかどうかについては話したりすることはできません。

歯科医の予約を取り消さなければならない場合はどうなりますか？

予約を保持できない場合はできる限り早めに 1 日前またはできるだけ早くに歯科診療室に電話して予約を取り消してください。歯科診療室は、予約スケジュールの変更をお手伝いします。

カリフォルニア又は国外にいるときに歯科サービスが必要になった場合はどうなりますか？

カリフォルニア州の境界に隣接するいくつかの州にも Medi-Cal 歯科医はいます。この境界地域のどの Medi-Cal 歯科医からも補償対象の歯科サービスを受けられます。

緊急時以外のその他すべての州外のサービスには事前許可が必要です。TSC にお電話していただければお手伝いできます。カナダ又はメキシコでの入院を要する救急サービス以外の、国外で行われる歯科サービスは Medi-Cal で補償されません。

歯科サービスの費用

歯科治療に私が支払わなければならないものはありますか？

Medi-Cal デンタルプログラムの医療費給付範囲内のサービスは、Medi-Cal の補償に費用分担がない限り支払いの対象とはなりません。あなたの費用の分担については、Medi-Cal の新規登録資料一式と一緒に受け取った「My Medi-Cal」パンフレット(出版物 68)で知ることができます。このパンフレットは、http://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx からも入手できます。

かかりつけ歯科医があなたに Medi-Cal 歯科サービスの資格があることを確認したら、歯科医は補償サービスに対して支払い義務のある自己負担又は費用分担金に対してのみ支払いを請求できます。かかりつけ歯科医は、Medi-Cal プログラムで補償されない治療を選択する場合、又はあなたが 21 歳以上で、広範囲の矯正治療(ブレース)を希望する場合、あなたにその治療に対する支払いを請求場合があります。

自己負担とは何ですか？

いくつかの Medi-Cal サービスには、少額の自己負担があります。歯科医は、予約日に自己負担分があれば集金します。以下の自己負担条件を参照してください。

Medi-Cal の自己負担条件		
自己負担対象のサービス	**自己負担料金**	**料金の例外**
救急治療室で提供される非救急サービス: 非救急サービスとは、「すぐに診断、治療されないと障害又は死に至るようなひどい痛みの緩和、又は重度の疾患の即時診断及び治療のために必	5.00 ドル	1. 18 歳以下の人。 2. 妊娠中及び出産後 1 ヵ月間、ケアを受けている女性。

Medi-Cal の自己負担条件		
自己負担対象のサービス	自己負担料金	料金の例外
要としないサービス」と定義されます。救急治療室で提供されるそのようなサービスは自己負担の対象です。		3. 医療施設(病院、高度看護施設、中間的ケア施設)にいる人。 4. AFDC 里親制度の小児。 5. プログラムの支払いが 10 ドル以下のサービス。
外来サービス: 内科、検眼、カイロプラクティック、心理学、言語療法、聴力学、鍼治療、作業療法、小児科、外科施設、病院又はクリニックの外来患者、理学療法及び歯科。	1.00 ドル	1. 18 歳以下の人。 2. 妊娠中及び出産後 1 ヵ月間、ケアを受けている女性。 3. 医療施設(病院、高度看護施設、中間的ケア施設)にいる人。 4. AFDC 里親制度の小児。 5. プログラムの支払いが 10 ドル以下のサービス。
薬剤処方: 薬剤処方又は再調剤ごとに。	1.00 ドル	上記に記載されたすべてに加え、65 歳以上の人。

予約日に受診する際に自己負担分を支払えない場合はどうなりますか？

予約の時点であなたが自己負担をできない場合も、Medi-Cal 歯科医は治療を拒否できません。この点は、費用の分担金とは異なります。

支払い義務のないサービスに対して支払ってしまった場合は、どうすればいいですか？

TSC にお電話いただければ、状況を解決できるようにお手伝いします。支払いを課せられたり、あなたの補助コードに基づいて Medi-Cal プログラムの医療費給付対象となる歯科処置に対して支払ったりした場合は、払い戻しを受けられるように私達がお手伝いします。

支払う必要のないサービスに対して支払ってしまった場合はどうすればいいですか？

TSC にお電話いただければ、その特別な状況を解決できるようにお手伝いします。ある歯科処置に対して支払いを課せられたり、支払ってしまった場合に、その処置があなたの補助コードに基づいて Medi-Cal プログラムの医療費給付対象である場合は、払い戻しを受けられるように私達がお手伝いします。

歯科医から請求書を受け取った場合はどうなりますか？

まず、歯科診療室にお電話してください。それから、請求書を送付した理由をお尋ねください。歯科診療室はその料金と、支払いを請求した理由を説明します。例えば、費用の分担分がある場合は、あなたは、歯科医がその治療に対する支払いを Denti-Cal に要求する前にその金額を支払う必要があります。あるいは、Medi-Cal 又はその他の保険で補償されない治療を受ける場合は、その治療に対して歯科医に支払う必要があります。

かかりつけ歯科医が支払いを請求するものや、Medi-Cal が支払うものについてまだ不明点がある場合は、TSC にお電話ください。

その他の歯科保険がある場合はどうなりますか？

かかりつけ歯科医は、治療に対する支払いを Denti-Cal に要求する前に、あなたのその他の歯科保険に対して請求書を送付する必要があります。Medi-Cal デンタルプログラムは、その他の政府プログラム、TRICARE (CHAMPUS)又は労働者災害補償制度などのその他の歯科保険で受けられる医療費給付に対して支払いはしません。Medi-Cal の補償範囲は、その他すべての補償範囲に次ぐものです。

Denti-Cal で補償されるサービスに対し、支払いの対象とならない又は支払う金額が Denti-Cal の支払い金額未満であるその他の歯科保険がある場合は、かかりつけ歯科医が未払い分の請求書を Denti-Cal に送付します。かかりつけ歯科医は、Denti-Cal で補償される治療に対してあなたに支払いを請求することはできません。

移動手段及びその他のサービス

車などがない場合は、どのようにして歯科診療室に行けばいいですか？

医療、メンタルヘルス、薬物使用又は歯科予約のための移動手段は、その予約がMedi-Calによって補償される場合にはMedi-Calがお手伝いします。移動手段は、非医療搬送(NMT)又は非緊急的医療搬送(NEMT)のどちらかがあります。NMTは、あなたが処方薬や医療用品又は医療機器を受け取る必要がある場合にも利用できます。

自動車やバス、電車、タクシーで移動できるけれども予約日に移動手段がない場合には、NMTサービスをご用意できます。

- あなたがMedi-Calの健康保険に登録されている場合は、NMTサービスの利用方法についての情報は、その健康保険にお問い合わせください。
- Medi-Cal健康保険に登録していない場合にできること:
  - お住まいの郡のMedi-Calの事業所にお電話いただければ、NMTに乗車するお手伝いをできるかどうか確認できます。

- 2018年7月1日以降、Medi-CalはNMTの乗車を手配できる認可された移動手段提供者をご用意します。あなたは、移動手段を手配するために認可提供者に連絡する必要があります。また、かかりつけの医療機関や歯科治療提供者にお電話し、お住まいの地域の移動手段提供者について問い合わせることもできます。

Medi-Cal は、かかりつけ医又は歯科医が事前許可を通じて医学的必要性があると判断した場合に、NEMT サービスを正式な受給者に提供します。

予約日に受診する際に特別な医療車両を必要とする場合は、かかりつけ歯科医にお知らせください。歯科医は、車椅子用のワゴン車、リッターバン、救急車又は空港輸送などの NEMT をオーダーできます。移動支援は、TSC にお電話いただくか、かかりつけ医又は歯科医にご連絡いただければ、ご自宅から歯科及び医療機関までの NEMT の手配を依頼、又はお手伝いします。移動手段は、Medi-Cal で補償される必要な医療又は歯科サービスを受ける場合に限り利用できます。

予約前にできる限り早めに移動手段を依頼するようにしてください。予約受診が頻繁にある場合は、かかりつけ医又は歯科医は、将来的な予約も含めて移動手段を事前に依頼できます。

NMT の認可提供者が手配する移動手段についての詳細は、
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx をご覧ください。

私は聴覚障害又は言語障害者なのですが、その場合はどうなりますか？

聴覚又は発話に制限がある場合は、月～金曜日の午前 8 時から午後 5 時までの間に当サービスの TTY 回線(1-800-735-2922)にご連絡ください。それ以外の時間は、カリフォルニア中継サービス(California Relay Service)の TDD/TTY (711)にお電話いただければ、必要なお手伝いをします。アメリカ手話(ASL)翻訳サービスは法律で規定されています。支援を要請する際は、以下の情報をご用意しておいてください:

- 歯科予約日
- 予約開始日及び終了日
- 予約の種類(例:「歯科予約、手術予約、相談など」)
- ASL サービスを必要とする人の名前と受給者 ID
- 診療室の所在地及び電話番号
- 診療室の連絡担当者名

視覚障害がある場合はどうなりますか？

本手引書及びその他の重要資料は、視覚障害者の方用に大きな活字、コンピュータディスク(CD)の拡大書式及びオーディオテープをご用意致します。TSC にお電話いただければ、別の書式をご用意するか、本手引書又はその他の Denti-Cal 資料を読むお手伝いをします。

歯科治療を受け難くなるような疾患又はその他の問題がある場合はどうなりますか？

TSC にお電話ください。TSC のスタッフが治療できる歯科医をお探しします。また必要に応じて、かかりつけの医療提供者による治療を調整するお手伝もできます。

歯科医を受診し難くなるような身体的制約がある場合はどうなりますか？

Denti-Cal は、障害者の方が Denti-Cal 歯科医の診療室及び施設に障害にあわせて利用できるように最大限努力します。利用できる歯科医を見つけられない場合は、TSC にお電話いただければお手伝いします。

苦情処理

Denti-Cal には、以下の苦情を解決する手続きがあります：

- 歯科サービス
- ケアの質
- 治療許可要求の変更又は拒否
- Denti-Cal プログラムで提供されるサービスのその他の側面

苦情の事例：

- 必要なサービス、治療又は医療を受けられない
- サービスが「医学的に必要ではない」として拒否された
- 予約の待ち時間が長すぎる
- 受けた治療の質が良くなかった、雑な治療を受けた
- 補償される歯科サービスに対して、歯科診療室で支払いを請求された
- 歯科診療室が、支払う必要のないと思われる請求書を送り続けてくる

歯科医が要求したサービスを、Denti-Cal が拒否又は制限する場合、私は何ができますか？

かかりつけ歯科医が許可を要求したサービスを拒否された場合は、かかりつけ歯科医に連絡し、歯科医が再検討を要請できるかどうかお尋ねください。

Denti-Cal がサービスを拒否したかどうかは、どうしたらわかりますか？

あなたの歯科治療が拒否、又は変更される場合は、Denti-Cal は Denti-Cal 措置通知をあなた宛に郵送します。通知には、要求した歯科治療が拒否又は変更された理由が説明されています。通知には、あなたがその措置に同意できない場合にあなたができることについての情報も記載されています。

苦情がある場合はどうするべきですか？ 正式な苦情の申し立てはどのようにすればいいですか？

苦情の中には、まずは問題についてかかりつけ歯科医に話すことですぐに解決できるものもあります。通常は、あなたの苦情は歯科医がすぐに解決できます。最初にかかりつけ歯科医に話したくない場合や、歯科医があなたの苦情を解決できない場合は、TSC にお電話ください。Denti-Cal は、電話又は書面による苦情を受け入れています。

TSC にお電話いただく際は、あなたの情報とその歯科医の名前をお伝えください。あなたの問題を、関係のあるサービス、あらゆる措置又は無策を含めて説明してください。TSC はそのお電話の間に、問題を解決するために最大限努力します。最初のお電話で TSC が苦情を解決できない場合は、後からフォローアップのための電話をします。

Denti-Cal 電話サービスセンター：

1(800)322-6384

テレタイプライター(TTY)：

1(800)735-2922

苦情書を送付する場合は、Denti-Cal ウェブサイトより、Medi-Cal デンタルプログラム受給者苦情用紙をダウンロードできます。用紙を完成させて、用紙に印刷されている Denti-Cal の所番地に返送してください。Denti-Cal は、その用紙を受領後 5 暦日以内に受領したことをお知らせします。TSC にお電話いただき、あなたの用紙を受領したかどうかを確認することもできます。

次のページに、Medi-Cal デンタルプログラム受給者苦情用紙の見本があります。用紙は、Denti-Cal ウェブサイトの受給者のページにも掲載されています(https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/)。この用紙は英語版のみです。

米国保健福祉省 (Department of Health Care Services) は、適用される連邦の市民権に関する法律を遵守しており、人種、皮膚の色、国籍、年齢、障害、または性別に基づく差別待遇をしておりません。米国保健福祉省は、人種、皮膚の色、国籍、年齢、障害、または性別により人々を排除することはなく、待遇を変えることもありません。無差別政策について詳しく知りたい方は、保健福祉省のウェブサイト (http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) にアクセスしてください。

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

苦情を申し立てた後はどうなりますか？

電話で苦情を申し立てても、その電話で苦情が解決しない場合は、後からフォローアップのための電話をすることで引き続きお手伝いします。フォローアップの電話で苦情を解決できない場合は、Denti-Cal のウェブサイト https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Beneficiary_Forms/ より、Medi-Cal デンタルプログラム受給者苦情用紙をダウンロードできるようにお手伝いします。Denti-Cal は、あなた宛に用紙を郵送することもできます。用紙を記入し署名したら、用紙に印刷されている Denti-Cal の所番地に郵送してください。Medi-Cal デンタルプログラム受給者苦情用紙の見本は、17～19 ページにあります。

苦情書を提出した場合は、Denti-Cal はその用紙を受領後 5 暦日以内に受領したことをお知らせします。苦情書は、Denti-Cal の歯科顧問への照会を経て、そこで次の措置経過が決定されます Denti-Cal が行うこと:

- あなた又は歯科医、あるいは双方に連絡します
- あなたに臨床スクリーニング検査をご案内します
- 適切な専門家評価機関に紹介状を送付します

Denti-Cal は、苦情を受領後 30 日以内にその決定に関する所見及び理由をまとめた文書をあなた宛に送付します。30 日という期限は延長できる場合もあります。例えば、臨床スクリーニングのための予約日に受診するのに追加時間が必要となる場合などです。

苦情を申し立てる際の手続きが気に入らない場合に他にできることは何かありますか？

苦情の評価プロセスの決定に不満がある場合は、**州公聴会**を要請できます。Medi-Cal の州公聴会について詳しく知りたい方は、保健福祉省のウェブサイト(http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx)にアクセスしてください。

州公聴会プロセス

かかりつけ歯科医が要求した治療が拒否又は変更された場合、あるいは、拒否されたサービスについての苦情の解決策が気に入らない場合は、カリフォルニア州社会福祉省(California Department of Social Services／CDSS)を通じて州公聴会を要請できます。この要請に対しては、お住まいの郡の社会福祉事業所が支援できます。電話番号は、お住まいの地域の電話帳、郡のウェブサイトや Medi-Cal モバイルアプリで確認できます。

州公聴会でご自分の意見を主張することができます。また、友人、弁護士又はその他の人があなたを代弁することもできます。他の人に代弁してもらう場合は、あなたがその手続きをする責任を負います。無料の法的支援を受けたい方は、CDSS の公衆調査対応課(Public Inquiry and Response

Unit) (1-800-952-5253)にお電話ください。この課は、州公聴会プロセスについての一般的な情報を提供することもできます。

州公聴会を要請しても、歯科サービスを受けるあなたの資格に影響はなく、公聴会を要請することで不利益を被ることもありません。Denti-Cal は、苦情処理期間を通して守秘義務を保持します。

州公聴会はいつ要請できますか？

あなたが受け取った Denti-Cal の措置通知に同意できない場合はまず、異なる治療プランについてかかりつけ歯科医と話し合い、Denti-Cal プログラムで補償される最良のケアを見つけてください。あなたとかかりつけ歯科医が、異なる治療プランが選択肢にないという意見でまとまったら、通知に記載される日付後 90 日の間に州公聴会を要請します。

そのプロセスはどのようにして始めるのですか？

このプロセスは、通話料無料の 1-800-952-5253 への電話から始まります。以下の宛先に、Denti-Cal の措置通知をそのまま送付するか、書面を送ることも可能です：

California Department of Social Services
State Hearings Division (州公聴会部局)
P.O. Box 944243 MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

電話又は書面で州公聴会を要請する場合は、Denti-Cal の措置通知に記載されている文書管理番号(Document Control Number／DCN)を伝えることを忘れないようにしてください。DCN は、サービスが拒否された治療許可要求(Treatment Authorization Request)を識別するもので、あなたの要請の処理速度の向上に役立ちます。

歯科用語及びその他の定義

Denti-Cal プログラムで使用される多くの言葉には、特別な、又は技術的な意味があります。そして、歯科用語の中には身近ではないものもあります。以下に示す定義がお役に立つことを願います。ご質問のある方は TSC にお電話いただければ、担当者の一人がご説明いたします。

補助コード：対象となる Medi-Cal の補償範囲の種類を表すものです。

不服申立て：提供されるべき拒否された治療サービスの再検討を Denti-Cal に要求する正式な要請。不服申立ては、かかりつけ歯科医、あなた自身、又は正式な代理人によって行うことができます。

許可：事前許可を参照。

受給者：Medi-Cal の医療費給付資格を有する人。

受給者 ID カード(BIC)：保健福祉省より、受給者に提供される ID カード。BIC には、受給者番号とその他の重要な情報が記載されています。

医療費給付：Medi-Cal デンタルプログラムを通じて利用できる Denti-Cal 歯科医によって提供される医学的に必要な歯科サービス。

臨床スクリーニング：歯科医による検査で、この検査によって、異なる Denti-Cal 歯科医によって提案、又は提供される治療の妥当性についての意見が得られます。Denti-Cal プログラムでは、ある種の状況において臨床スクリーニングを要求する場合があります。

苦情：口頭又は文書による不満の表明で、受給者又は受給者を代理する歯科医によるあらゆる紛争、再考要求、不服申立てなどが含まれます。通常、サービスが行われた環境又はスタッフの条件を原因として苦情は申し立てられます。

自己負担：受給者が歯科医に支払う少額の料金。

補償サービス：Denti-Cal プログラムの医療費給付対象となる一連の歯科処置。Denti-Cal は、Denti-Cal プログラムの医療費給付対象とされる、Denti-Cal 歯科医によって提供される医学的に必要なサービスに対してのみお支払いします。21 歳未満の未成年は、医学的に必要な場合にはブレースなどのより多くの補償サービスを受けられます。

歯科専門医：歯内療法、口腔外科、小児歯科、歯周病及び歯列矯正(ブレース)などの特別な医療を提供する歯科医。

Denti-Cal: Medi-Cal の歯科診療ごとの個別支払い制度。

Denti-Cal 歯科医：Medi-Cal 受給者に補償サービスを提供することを認可された歯科医。

早期及び定期スクリーニング・治療・診断(Early and Periodic Screening, Treatment, and Diagnostic／EPSDT)：定期的スクリーニング、診断及び治療サービスを通じて、小児に医療を提供する連邦制度。歯科治療は、EPSDT プログラムの一部です。

適格性：Medi-Cal の医療費給付を受ける条件を満たしていることを意味します。

歯の緊急状態：早急な処置が行われないために、結果的にその人の健康が危険に曝され、ひどい痛みに襲われたり、機能が損なわれることが当然予想されるような歯の状態。

歯科根管治療医：歯髄及び歯根の疾患と損傷の治療に診療を限定する歯科専門医。

早期及び定期スクリーニング・治療・診断 (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment): 21 歳未満の Medi-Cal 受給者を対象とする、障害並びに身体的・精神疾患及び状態を改善、又は回復させるための医療費給付制度。

全範囲(Full Scope)Medi-Cal：全範囲(Full Scope) Medi-Cal は、低所得の人々に医療サービスを提供します。Medi-Cal に登録されているすべての小児、里親制度の子ども及び里子だった 26 歳までの若者、妊娠女性、目の不自由な人や障害者の人々が全範囲の対象です。

識別情報：その人が誰であるかを証明するものを指します（運転免許証など）。

制限条項: 許可されるサービスの数、許可されるサービスの種類や、最適な価格の歯科的に適したサービスを指します。

医学的に必要：補償対象のサービスが歯、歯肉及び支持構造の治療に必要かつ適切で、(a)専門家によって認識されている診療基準に従って提供され、(b)治療する歯科医によって歯科疾患に一致すると判断され、(c)潜在的リスクと利益、代替えの補償サービスを考慮した上でサービスの最適な種類、供給及びレベルであるとみなされる場合を言う。

その他の医療補償／その他の健康保険：民間の歯科保険、保険制度、その他の州又は連邦のデンタル・ケアプログラム、あるいはその他の契約又は法律に基づく医療費給付金制度で受けられる、歯科関連サービスに対する補償。

口腔外科医：口腔、顎、顔の疾患、損傷、奇形、障害及び外観の診断と外科治療に診療を限定する歯科専門医。

矯正歯科医：上顎と下顎歯の咬合（噛み合わせ）が合うように問題を予防し治療することに診療を限定する歯科専門医。

小児歯科医：子どもの生後から思春期までの治療に診療を限定する歯科専門医で、一時的な全範囲の予防的ケアによる治療を提供する。

歯周治療専門医：歯肉及び歯の周辺組織の疾患の治療に診療を限定する歯科専門医。

妊娠に関連するもの：妊娠関連のサービスは、妊娠が医学的に証明された日の出生前から、出生後は妊娠後 60 日間が終わる月の最後まで利用できます。その他すべての手続き条件及び基準を満たす限り、あなたの補助コードや医療費給付範囲に関係なく、補償されるすべての歯科処置を受けることができます。

事前許可：実施される前にサービスを認可することを歯科医が要求すること。歯科医は、認可されるサービスに対して Denti-Cal より許可通知(NOA)を受け取ります。

義歯専門医：失われた歯を義歯、ブリッジ又はその他の代用品で補うことに診療を限定する歯科専門医。

治療提供者：Medi-Cal プログラムに登録され、医療及び/又は歯科サービスを Medi-Cal 受給者に提供する個人歯科医、代理診療が可能な公認歯科衛生士(Registered Dental Hygienist in an Alternative Practice／RDHAP)、歯科グループ、歯科医学校又は歯科クリニック。

限定的範囲：救急サービスのみに制限されます。

費用の分担：Medi-Cal が支払いを開始する前に、医療又は歯科に対して毎月支払わなければならない、又は支払うことを約束した金額。

条件：あなたが行うべきこと、又は従うべき規則を指します。

責任：あなたが行うべきこと、又は行うことが期待されることを指します。

州公聴会：州公聴会は、受給者が、拒否又は変更された治療許可要求の再評価を要請できるようにする法的手続きの 1 つです。州公聴会では、受給者又は歯科医が払い戻しのケースの再評価を要請することも可能です。

治療許可要求：治療が開始できるようになる前にある種の補償サービスの認可を求めて、Denti-Cal 歯科医によって提出される要請書。治療許可要求は、ある種のサービスや特別な状況において必要になります。

あなたの権利と責任

Medi-Cal プログラムでの私の権利と責任とはどのようなものですか？

Medi-Cal を申請すると、あなたの権利と責任を記載したリストが提供されます。このリストには、住所、収入の変更や、妊娠または出産を報告する前提条件が記載されています。あなたの権利と責任の最新のリストは、以下の http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx で確認できます。また、保健福祉省の差別撤廃政策も http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx より確認できます。

あなたが持つ権利：

- 威厳と尊敬を持った扱いを受ける
- Medi-Cal プログラムの医療費給付として受ける資格のある歯科サービスを、あなたが選ぶ登録歯科医から受ける
- 適当な期間内に予約をする
- 適切又は医学的に必要な治療選択肢を含む、あなたの歯科治療のニーズについての話し合いと決定に関与する

- あなたの歯科記録は機密情報として扱われる。これは、当サービスが、法律が許す場合を除き、あなたの歯科治療情報をあなたの書面による許可なく共有しないことを意味します。
- Denti-Cal 又はあなたが受けた歯科サービスに関する心配を当サービスに伝える
- Denti-Cal、利用できるサービス及び歯科医についての情報を入手する
- あなたの歯科記録を見る
- 無料で解説者を依頼する
- あなたの家族や友人ではない解説者を利用する
- あなたの言語ニーズが満たされない場合に苦情を申し立てる

あなたの責任：

- かかりつけ歯科医及び Medi-Cal に正しい情報を提供する
- あなたの歯の問題を理解し、かかりつけ歯科医とできる限り話し合い治療目標の設定に関与する
- サービスを受ける際には必ず自分の受給者 ID カードを提示する
- 歯の状態について質問し、説明と指示をよく理解するようにする
- 歯科予約を入れ、その状態を保持する。予約を取り消さなければならない場合は、24 時間前までにかかりつけ歯科医に知らせること
- 住所、家族状態及びその他の医療補償の変更についての情報をすみやかに提供することによって、Denti-Cal が正確で最新の医療記録を維持できるように協力する
- 歯科医が間違って請求書を作成している場合や苦情がある場合は、できる限り早めに Denti-Cal に知らせる
- 敬意をもって丁重に Denti-Cal のすべてのスタッフと歯科医に接する

あなたの個人情報は当サービスにとって重要なものです

本項では、医療情報がどのように使用され、開示されるのかについての情報を受け取る方法を解説します。また、あなたがご自身の情報を入手できる方法についても解説します。

プライバシー慣行の通知

保健福祉省は、Medi-Cal の新規登録資料一式の一部としてプライバシー慣行の通知をあなた宛てに郵送します。また、http://dhcs.ca.gov/privacyoffice にアクセスすれば、オンラインでコピーを入手できます。この通知では、あなたのプライバシー権利と、あなたの医療情報についての選択について説明します。

Denti-Cal が私についてどのような保護医療情報を保有しているのかは、どのようにして確認できますか？

あなたには、Denti-Cal が保持する記録中のあなたの保護医療情報の閲覧を要求する権利があります。また、その記録のコピーを要求する権利もあります。記録のコピーと郵送料金の支払いを要求される場合があります。あなたは、当サービスがあなたの要求を受領後 30 日以内に回答を受け取ることになります。

あなたは、ご自身のカリフォルニア州の運転免許証、DMV ID カード、又はあなたの身元を証明するその他の識別情報の写真複写を当サービスに送付する必要があります。また、あなたの住所を確認できる書類も送付する必要があります。

依頼書は、TSC にお電話いただけば入手できますが、以下のようにオンラインでもフォームに入力し、印刷することが可能です：

1. https://www.denti-cal.ca.gov/にアクセスしてください。
2. ウェブページ最上部の **Beneficiaries(受給者)** タブをクリックしてください。
3. **Denti-Cal (Fee-For-Service／診療｛しんりょう｝ごとの個別支払い)** をクリックしてください。
4. **Forms(用紙)** をクリックしてください。
5. **Request Personal Health Information from Denti-Cal (Denti-Cal に個人医療情報を依頼する)**フォームを選択してください。

記入した用紙は、あなたの識別情報と併せて以下に郵送してください：

連絡先専門家
Delta Dental of California 様方
P.O. Box 15539
Sacramento, CA 95852-1539
1(800)322-6384

注：保護医療情報への不正アクセスを試みた場合はどのような場合も法定刑罰が課せられます。

Denti-Cal は、あなたが当サービスに提供する情報の保護に取り組んでいます。不正アクセス又は開示を防止するため、データの正確さを保持するため、また、情報の適切な使用を保証するため、Denti-Cal は、当サービスが収集する情報を保護する適切な物理的・管理的手続きを整備しています。