캘리포니아 **Medi-Cal Dental** 서비스

2018 년 수혜자 안내서

보건서비스부 Denti-Cal

소개 1
문의 방법 2
다국어 지원 서비스 3
DENTI-CAL 웹사이트 4
MEDI-CAL 의 치과 서비스 이용 4
DENTI-CAL 보험혜택 5
DENTI-CAL 치과의사 7
치과 서비스 받기 9
치과 서비스 비용 12
교통 및 기타 서비스 14
불만사항 관련 절차 16
주정부 심의회 절차 22
치과 용어 및 기타 정의 23
귀하의 권리 및 책임 26
귀하의 개인정보 보호는 저희에게 중요합니다 28

소개

이 안내서는 귀하의 치과 보험혜택에 대한 정보를 제공합니다. 프로그램 내용에 대해 이해하시고 치과 서비스를 받는 방법을 이해하셨으면 합니다. 이 안내서는 보관하셔서 나중에 궁금한 점이 있으면 다시 참고하실 수 있습니다.

캘리포니아 Medi-Cal Dental 프로그램(Denti-Cal)

Medi-Cal 은 자격 기준에 부합하는 캘리포니아 주민을 위해 치과 보험혜택을 포함하여 무료 또는 저렴한 비용으로 의료 서비스를 제공합니다. 치과 보험혜택은 Denti-Cal 이라고도 알려진 Medi-Cal 을 통해 제공됩니다. 치과 서비스를 받기 위해서는 귀하의 Medi-Cal 보험혜택 식별 카드(BIC: Benefits Identification Card)를 귀하의 치과 서비스 제공자에게 보여주어야 합니다. 별도로 Denti-Cal 신청을 할 필요는 없습니다. 치아 건강은 전반적인 건강에 있어서 중요한 부분입니다. Denti-Cal 프로그램은 치아 건강을 유지하기 위한 많은 서비스의 보험혜택을 보장합니다. 다음과 같은 경우 Denti-Cal 보험혜택을 최대한 활용할 수 있습니다.

- Denti-Cal 치과의사를 보시면 필요한 서비스에 대해 보험혜택 보장을 받습니다
- 치아에 문제가 없다 하더라도 정기적으로 Denti-Cal 치과의사를 봅니다
- 치아 관리(칫솔질과 치실 사용 등)에 대한 Denti-Cal 치과의사의 권고를 따릅니다

새크라멘토 카운티에 살고 계시는 경우 치과관리의료(DMC: Dental Managed Care)에 등록되며 해당 치과관리의료 플랜의 네트워크에 소속된 치과의사에게 배정될 것입니다. 로스앤젤레스 카운티에 살고 계시는 경우, DMC 에 등록하기로 선택할 수 있으며, 그렇지 않으면 Denti-Cal 을 그대로 유지할 수도 있습니다. DMC 에 등록하는 경우, 선택하시는 플랜에서 치과 카드와 보험혜택 정보를 보내드립니다. 다른 모든 카운티의 경우, 귀하의 Medi-Cal 수혜자 식별 카드를 사용해서 치과 서비스를 받으며 Denti-Cal 프로그램에 등록된 치과의사를 직접 선택하실 수 있습니다.

이 안내서 사용 방법

이 수혜자 안내서의 전체 내용을 주의 깊게 읽으십시오. 이 안내서는 Denti-Cal 프로그램에 대해 설명하며 다음 사항에 대한 중요한 정보를 제공합니다.

- Medi-Cal 에서 보험혜택을 보장하는 치과 서비스들
- 치과 서비스를 받는 방법
- 영어 이외의 언어로 도움을 받을 수 있는 방법
- 귀하의 권리와 책임

- 불만을 신고하는 방법
- Medi-Cal 의 치과 서비스에 대한 기타 중요 정보

이 안내서에는 귀하가 아셔야 하는 다음 용어들이 나옵니다.

Denti-Cal	Medi-Cal 치과 서비스별 비용지급 프로그램
귀하, 나, 수혜자	Medi-Cal 치과 보험혜택을 받을 수 있는 사람 또는 그 법정 대리인
우리, 저희	Denti-Cal 을 의미합니다
귀하의 치과의사	귀하가 치과 서비스를 받기 위해 선택한 Denti-Cal 치과의사

23 페이지에 있는 "**치과 용어 및 기타 정의**" 섹션을 참조하십시오. Denti-Cal 프로그램에서 사용하는 특별한 의미 또는 기술적 의미를 가진 많은 단어들이 설명되어 있습니다.

문의 방법

전화 서비스 센터

전화 서비스 센터(TSC)는 월요일 ~ 금요일, 오전 8 시 ~ 오후 5 시까지 귀하를 도와드립니다. TSC 는 주정부 휴일에는 휴무입니다. 이 안내서에 나와 있지 않은 내용에 대해 질문이 있으시면 아래 번호로 저희에게 문의해주십시오.

Denti-Cal 전화 서비스 센터:
1-800-322-6384

청각 장애인용 문자 전화기(TTY):
1-800-735-2922

통화는 무료입니다. 치과 서비스를 받는 것에 대한 귀하의 질문에 TSC 직원이 대답해드릴 수 있습니다. 다음과 같은 사항을 도와드릴 수 있습니다.

- Denti-Cal 치과의사 또는 클리닉 찾기
- 일반적인 Denti-Cal 프로그램 질문
- 승인 또는 거부된 서비스에 대한 정보
- 통역 서비스 이용
- 보장되는 치과 보험혜택의 비용 부담 및 코페이먼트에 대한 정보 임상 스크리닝 예약 잡기 및 다시 잡기
- 불만 및 이의 제기

TSC 에서 어떤 정보를 얻을 수 있나요?

TSC 에 전화하시면 자동화된 전화 시스템으로 연결됩니다. 옵션 메뉴 중에서 선택하실 수 있습니다.

다음에 대한 일반적인 정보를 얻을 수 있습니다.

- 보장되는 보험혜택
- 주정부 심의회 신청 방법
- 귀하의 치과 기록 사본 요청
- 의심되는 Medi-Cal 사기행위 신고

TSC 직원과 이야기할 수도 있습니다.

Denti-Cal 전화 서비스 센터에 전화하기에 가장 적합한 시간이 언제인가요?

Denti-Cal TSC 에 전화하기에 가장 적합한 시간은 월요일 ~ 금요일, 오전 8 시 ~ 오후 5 시입니다.

다국어 지원 서비스

영어가 아닌 다른 언어로 대화하기 원한다면 어떻게 하나요?

영어가 아닌 다른 언어로 대화하기를 원하시는 경우 TSC 에 전화하십시오. 저희 TSC 직원은 영어 및 스페인어로 도와드릴 수 있습니다. 그 외 다른 언어를 구사하시는 경우, 무슨 언어인지 TSC 직원에게 말씀해주십시오. 전화 통역 서비스를 받을 수 있습니다.

또한 TSC 직원은 귀하의 언어를 구사하는 Denti-Cal 치과의사 또는 귀하 언어를 구사하는 직원이 있는 치과의사를 찾는 데 도와드릴 수 있습니다.

제가 치과의사와 통화할 때 통역 서비스를 받을 수 있나요?

예. 통역사가 필요하거나 언어 서비스 지원이 필요하시면, TSC 에 전화하십시오. 통역사를 지원해드릴 수 있습니다.

치과 진료실에서 통역 서비스를 받을 수 있나요?

예. 귀하의 치과의사가 귀하 언어를 구사하지 않는 경우, 무료로 통역 서비스(수화 통역사 포함)를 받을 권리가 귀하에게 있습니다. TSC 에 전화하셔서 통역사를 통해 치과 용어에

대해 설명을 들으실 수 있습니다. 여기에는 치과의사가 진료실에서 귀하에게 설명한 내용, 귀하의 치료 계획에 대한 설명 또는 치과 직원과 이야기하는 것 등이 포함됩니다.

귀하가 예약된 방문을 위해 치과 진료실에 도착했는데 통역 서비스가 필요한 경우, 귀하 또는 치과의사가 TSC 에 전화할 수 있습니다. TSC 에서 귀하가 구사하는 언어로 통역할 수 있는 직원에게 연결해 드릴 것입니다.

Denti-Cal 웹사이트

Denti-Cal 웹사이트를 어떻게 찾나요?

Denti-Cal 웹사이트는 www.denti-cal.ca.gov 입니다.

Denti-Cal 웹사이트에 어떤 정보가 수록되어 있나요?

Denti-Cal 웹사이트에는 다음과 같은 Medi-Cal Dental 프로그램에 대한 중요한 정보가 다양하게 제공됩니다.

- Medi-Cal 신청
- 연락처
- 치과 정보
- 치과의사 찾기
- 양식
- 자주 묻는 질문(FAQ)
- 기타 정보
- 대외봉사
- 간행물

자주 묻는 질문에 대한 답변 및 TSC 에 연락하실 수 있는 무료 전화번호도 수록되어 있습니다.

Medi-Cal 의 치과 서비스 이용

제가 치과 서비스를 받을 수 있는지 어떻게 알 수 있나요?

Medi-Cal 을 받을 수 있는 대부분의 사람들은 치과 서비스도 받을 수 있습니다. 치과 서비스를 받기 위해 별도로 신청할 필요는 없습니다. 치과 서비스를 받기 위해서는 귀하의 BIC(보험혜택 식별 카드)를 치과 서비스 제공자에게 보여주어야 합니다. 질문이

있으시거나 Medi-Cal Dental 프로그램 혜택의 자격 기준에 부합하는지 알아보시려면 TSC 에 문의하십시오.

Denti-Cal 보험혜택

이 섹션에서는 Medi-Cal 에서 보험혜택을 보장하는 치과 서비스에 대한 개요를 제공합니다.

Medi-Cal 프로그램을 통해 이용할 수 있는 치과 보험혜택에는 어떤 것들이 있나요?

아래는 2018 년 1 월 1 일부터 유효한, 수혜자를 위한 빠른 보험혜택 참조 가이드입니다. 보험혜택은 치료 코드 및 수혜자 거주지에 따라 다릅니다. 추가 정보는 Denti-Cal 웹사이트 www.denti-cal.ca.gov 에서도 제공됩니다.

✓ 보험혜택 ✗ 보험혜택 아님				
시술	**전체 범위****	**제한된 범위****	**임신 관련****	**시설 내 거주(SNF/ICF)**
구강 평가(3 세 미만)*	✓	✗	✗	✓
초기 검진(3 세 이상)	✓	✗	✓	✓
정기 검진(3 세 이상)	✓	✗	✓	✓
예방	✓	✗	✓	✓
불화물	✓	✗	✓	✓
복원 치과 서비스 – 아말감/복합/ 기성 치관	✓	✗	✓	✓
검사실 처리 치관*	✓	✗	✓	✓
스케일링 및 치근활택술*	✓	✗	✓	✓
입 전체 괴사 조직 제거	✗	✗	✗	✓
치주 건강 유지	✓	✗	✓	✓
전방 근관	✓	✗	✓	✓
후방 근관	✓	✗	✓	✓
부분 의치	✓	✗	✓	✓
총의치	✓	✗	✓	✓
발치/구강 및 상악안면 수술	✓	✓	✓	✓
응급 서비스	✓	✓	✓	✓

예외:

상기 보험혜택들에 일부 예외가 존재합니다(이 기호*로 표시). **23 페이지에 있는 치과 용어 및 기타 정의 참조.

어떤 서비스가 Denti-Cal 보험혜택으로 보장이 되는지 여부는 귀하의 치과의사가 알려드릴 것입니다. 최상의 치료에 대한 결정 및 Medi-Cal 프로그램을 통해 어떤 서비스를 받을 수 있는지는 귀하의 치과의사가 도움을 드릴 수 있습니다. 처음 방문 시, 귀하의 BIC(보험혜택 식별 카드)를 치과의사에게 보여주셔서 귀하의 치과 보험혜택을 확인할 수 있도록 하십시오.

1 년에 Medi-Cal 이 보험혜택 보장 치과 서비스에 대해 지불하는 비용 한도가 있나요? 아동과 성인에 대해 그 한도가 다른가요?

아동의 보험혜택 보장 치과 서비스에 대해서는 연간 한도가 없습니다. 21 세 이상의 수혜자를 위한 특정 치과 서비스들에 대한 Medi-Cal 지불은 각 역년 동안 한 사람당 $1,800 로 제한되어 있습니다. 의학적으로 필요한 치과 서비스는 $1,800 한도를 초과하는 것이 허용될 수도 있습니다. 간호 시설에서 거주하고 있는 21 세 이상인 수혜자의 경우 연간 한도가 없습니다.

특수지원이 필요한 환자들을 위한 추가 혜택이 있나요?

예외가 거의 없이, 보험혜택이 보장되는 치과 서비스는 모든 사람을 위해 동일합니다. 하지만 특수지원이 필요한 환자의 경우, 치과의사가 검진을 할 수 있는 능력을 제한하는 신체, 행동, 발달 또는 정서 장애가 있을 수 있습니다. 이러한 경우, 환자가 치과 치료를 받기 위해서 진정제를 투여받아야 한다고 치과의사가 결정하는 경우 Denti-Cal 의 승인을 요청할 것입니다.

아동을 대상으로 하는 보험혜택에는 어떤 것들이 있나요?

21 세 이하의 경우, 조기 및 정기 스크리닝, 치료 및 진단(EPSDT) 프로그램을 통해 추가 치과 서비스를 위한 자격 기준에 부합할 수 있습니다.

임신부를 대상으로 하는 보험혜택에는 어떤 것들이 있나요?

임신부의 경우, 어떤 종류의 Medi-Cal 인지 관계없이 해당 시술에 대한 다른 모든 Denti-Cal 요건에 부합하는 경우 모든 보험혜택 보장 치과 시술을 받을 수 있습니다. 임신부 수혜자는 출산 후 60 일 동안 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 출산 후, 60 일째 날짜가 속한 달의 마지막 날까지 계속 받을 수 있습니다.

Denti-Cal 치과의사

모든 Denti-Cal 치과의사(Medi-Cal 에 등록되어 치과 서비스를 제공하는 치과의사)로부터 치과 서비스를 받을 수 있습니다. 치과 진료실에 전화하셔서 Medi-Cal 을 수락하며 신규 환자를 받는지 물어보십시오. Denti-Cal 프로그램의 치과의사를 찾는 방법에 대해서는 이 섹션을 읽으십시오.

어떻게 Denti-Cal 치과의사를 찾나요?

모든 Denti-Cal 치과의사 중에서 선택할 수 있습니다. TSC 에 전화하셔서 귀하 지역의 Denti-Cal 치과의사를 찾는 데 도움을 받을 수 있습니다. 다음 Denti-Cal

웹사이트(https://www.denti-cal.ca.gov/find-a-dentist/home)에서 Denti-Cal 치과의사를 온라인으로 찾을 수도 있습니다. 또한 Insure Kids Now 웹사이트(https://www.insurekidsnow.gov/coverage/find-a-dentist/index.html)에서 치과의사를 찾을 수 있습니다.

제 지역에서 Denti-Cal 을 받는 치과의사를 찾지 못하면 어떻게 하나요?

귀하 지역의 Denti-Cal 치과의사를 찾는 데 도움이 필요하시면 TSC 에 전화하십시오.

Denti-Cal 전화 서비스 센터:

1-800-322-6384

청각 장애인용 문자 전화기(TTY):

1-800-735-2922

치과 전문의를 봐야 하는 경우에는 어떻게 하나요?

귀하의 Denti-Cal 치과의사가 특별 치료를 위해 다른 치과의사에게 의뢰할 수 있습니다. 치과 전문의를 방문하는 데 도움이 필요하시면 TSC 에 전화하십시오.

치과 서비스를 위해 클리닉에 갈 수 있나요?

예. 다수의 클리닉에서 Medi-Cal 환자를 보며 치과 서비스를 제공합니다. Medi-Cal 을 수락하도록 승인된 클리닉이며, 보험혜택 보장 서비스의 일부로 치과 서비스를 제공하는 클리닉인 경우, 귀하는 그 클리닉에서 치과 치료를 받을 수 있습니다. 해당 카운티의 클리닉을 찾는 데 도움이 필요하시면 TSC 에 전화하시거나, Denti-Cal 웹사이트(https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Dental_Clinics_Serving_Medi-Cal_Beneficiaries/)에서 카운티 클리닉 목록을 확인할 수 있습니다.

Denti-Cal 치과의사가 아닌 치과의사에게 가게 되면 어떻게 하나요?

Denti-Cal 프로그램은 Denti-Cal 프로그램에 등록한 치과의사로부터 서비스를 받는 경우에만 비용을 지불합니다. Denti-Cal 에 등록하지 않은 치과의사에게 가시는 경우, 받으시는 모든 치과 서비스에 대한 비용을 귀하가 지불해야 합니다.

치과의사를 변경할 수 있나요?

예. 귀하는 Denti-Cal 에 등록되어 있으며 신규 환자를 받는 모든 치과의사를 방문하실 수 있습니다. 귀하가 DMC 플랜에 등록된 경우, 다른 치과의사를 지정해줄 것을 요청할 수 있습니다.

치과의사를 몇 번 변경할 수 있나요?

치과의사를 변경하는 데 제한은 없습니다. 하지만 다른 치과의사로부터 같은 치료를 받는 데 제한이 있습니다(예: 클리닝). Denti-Cal 치과의사의 진료실을 귀하의 치과 진료실로 정하시기를 권장합니다.

같은 치과의사를 보면 어떤 장점이 있나요?

정기 검진 및 치료를 위해 같은 치과의사를 보는 것은 다양한 측면에서 장점이 있습니다.

- 다음 방문에 대한 정기적인 알림 메시지를 받을 수 있습니다
- 귀하의 일반 치과의사가 제공할 수 없는 치료가 필요한 경우 치과 전문의를 찾는 데 귀하의 치과의사가 도움을 줄 수 있습니다
- 치과의사는 귀하의 건강 병력에 대해 잘 알게 되며 악화되기 전에 치료를 받을 수 있도록 조기에 문제를 발견하는 데 도움을 줄 수 있습니다

치료 중간에 치과의사를 변경할 수 있나요?

한 치과의사의 치과 서비스가 승인되었으며 치과의사를 변경하기를 원하시는 경우, 반드시 변경을 요청하는 편지를 작성하셔야 합니다. 그 편지를 귀하의 새 치과의사에게 전해주셔서 치과의사의 요청과 함께 Denti-Cal 로 보내고 사전 승인을 받을 수 있도록 하십시오. Denti-Cal 은 새 치과의사에게 남은 모든 서비스에 대한 신규 승인을 보낼 것입니다.

치과 서비스 받기

어떻게 Denti-Cal 치과의사와 예약을 잡나요?

예약을 잡기 위해 치과의사 진료실에 전화하십시오. 귀하가 Medi-Cal 보험이 있다는 것을 치과의사에게 말씀하시고 해당 치과의사가 Denti-Cal 치과의사인지 확인할 것을 요청하십시오. 예약을 잡는 데 도움이 필요하시면 TSC 에 전화하십시오.

치과의사 진료실에 갈 때 무엇을 가져가야 하나요?

귀하의 BIC(보험혜택 식별 카드) 및 운전면허증 또는 주정부 ID 카드와 같이 사진이 부착된 ID 를 가져가십시오. 위탁 아동과 같은 경우 수양 부모가 BIC 를 받지 않은 경우, 소셜 시큐리티 번호로 자격요건을 확인할 수 있습니다. 다른 치과 보험이 있는 경우, 치과의사에게 그 정보를 제공해 주십시오.

치과의사에게 얼마나 자주 가야 하나요?

건강한 치아와 잇몸은 전반적인 건강에 중요한 부분입니다. 얼마나 자주 정기 검진을 받아야 하는지 귀하의 치과의사가 말씀해드릴 것입니다. 보통 6 ~ 12 개월마다 한 번입니다. 정기 검진의 일부로, 귀하의 치과의사는 귀하에게 필요한 모든 치료 또는 후속조치에 대한 계획을 정할 것입니다.

정기적으로 예약된 방문 사이에 예상치 못한 치과 문제가 생기는 경우, 치과 진료실에 전화하셔서 도움을 받으십시오. 구강 상해를 입었거나 통증이 있는 경우 즉시 치과의사에게 전화하십시오.

제 아기는 언제 치과의사를 봐야 하나요?

아기의 이가 처음 나거나 첫 번째 생일이 될 때(둘 중 이른 시점) 치과의사를 방문해야 합니다. 첫 방문 이후, 귀하의 자녀는 검진 및 클리닝을 포함하여 6 개월마다 치과 검진을 받아야 합니다. 다음 Denti-Cal 웹사이트(https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Beneficiary_Flyers_Brochures/)의 수혜자 0~3 세 치과 대외봉사 책자에서 더 자세한 내용을 보실 수 있습니다.

Medi-Cal 은 미국소아치과학회가 권장하는 예방 치과 서비스 일정을 지원하며, 대부분의 아동에게 제공될 수 있습니다. 특수의료 지원이 필요하거나 질병 또는 외상이 있는 아동의 경우 다른 일정의 서비스 및/또는 기간이 필요할 수 있습니다. 귀하 자녀의 치과의사가 자녀를 위한 최선의 예방 서비스 일정을 결정할 것입니다.

응급 상황이 생기면 어떻게 하나요?

정규 영업 시간 중이라면, 치과의사에게 전화해서 문제를 설명하십시오. 귀하의 치과의사에게 연락할 수 없는 경우, 월요일 ~ 금요일, 오전 8 시 ~ 오후 5 시에 TSC 에 전화하셔서 치과 서비스에 대한 도움을 받으십시오.

영업 시간 외 응급 치과 서비스가 필요한 경우, 귀하 치과의사의 영업 시간 외 자동응답기 메시지에서 나오는 지침을 따르셔야 합니다. 귀하의 치과 진료실에 연락할 수 없거나 Denti-Cal 치과의사가 없는 경우, 가까운 응급실로 가서 치료를 받으십시오.

"의학적 필요성"이 무슨 의미인가요?

의학적 필요성이란 전문적으로 인정된 표준 관행에 따라 치아, 잇몸 및 지지 구조의 치료를 위해 보험혜택 보장 서비스가 필요하고 적절한지 결정하기 위해 사용되는 기준을 의미합니다. 자세한 정보는 23 페이지의 치과 용어 및 기타 정의를 참조하십시오.

2 차 소견을 구하기 원하면 어떻게 하나요?

귀하의 치과의사가 의학적 필요성에 부합하지 않다고 말하는 치과 시술을 귀하가 원하는 경우, 치과 치료에 대한 2 차 소견을 요청할 수 있습니다. TSC 에 문의하셔서 다른 치과의사를 찾는 데 도움을 받으십시오.

왜 Denti-Cal 은 제가 다른 치과의사에게 가서 치과 검진을 받도록 요청하고 있나요?

Denti-Cal 이 귀하께 다른 치과 검진 예약에 가시도록 요청하는 "치과 검진 예약 통지" 편지를 받으실 수도 있습니다. 그 예약을 지키기 위해 모든 노력을 다해주십시오. 이 예약은 귀하의 치과의사가 요청한 치료에 대해 승인이 허가될 수 있는지 확인하기 위해 귀하를 대신하여 잡힌 것입니다.

이 예약은 약 15 분 소요될 것입니다. 이 스크리닝 치과의사는 그 어떤 치과 치료도 귀하에게 실시하지 않습니다. 이 방문을 위해 귀하는 그 어떤 비용도 부담하지 않습니다. 방문이 완료되면 치과의사가 보고서를 Denti-Cal 에 보냅니다. 보고서를 도구로 사용하여 서비스가 승인 또는 거부될지 결정됩니다.

예약에 참석하지 못하시는 경우, 예약일로부터 최소 2 일 전에 TSC 에 전화해주십시오. 예약에 참석하지 않으시고 Denti-Cal 에 통지하지 않으시는 경우, 요청된 서비스가 거부될 수 있습니다.

기억하셔야 하는 중요한 팁이 다음과 같습니다.

- 예약 시간을 정확히 지켜주십시오. 늦게 도착하시는 경우 다시 예약을 잡아야 할 수 있습니다.
- 예약이 의치와 관련된 것이며 귀하의 치과의사가 새 의치를 요청한 경우, 현재 사용하고 계시는 의치를 예약 방문 시 가지고 오십시오.
- TSC 에 전화하시는 경우, 받으신 편지의 오른쪽 아래 코너에 있는 "스크리닝 #"를 전화하실 때 말씀해주십시오.
- 진료실 전화번호는 길 안내를 위해서만 편지에 포함되었습니다. 기타 모든 질문은 Denti-Cal TSC 에 문의하십시오.
- 스크리닝 치과의사는 자신의 권장사항에 대해, 또는 서비스가 승인 또는 거부될지에 대해 논의할 수 없습니다.

치과 예약을 취소해야 하는 경우 어떻게 하나요?

예약을 지킬 수 없는 경우, 최소 1 일 전 또는 되도록 빨리 치과의사 진료실에 전화하십시오. 예약을 다시 잡을 수 있도록 치과의사 진료실에서 도와드릴 수 있습니다.

캘리포니아 밖의 타주 또는 외국에 있을 때 치과 서비스가 필요하면 어떻게 하나요?

캘리포니아 경계 바로 옆의 일부 주에 Medi-Cal 치과의사가 있습니다. 이들 경계 지역의 모든 Medi-Cal 치과의사로부터 보험혜택 보장 치과 서비스를 받을 수 있습니다.

응급 시를 제외한 다른 모든 타주 서비스의 경우 사전 승인이 필요합니다. TSC 에 전화하셔서 도움을 받으실 수 있습니다. 캐나다 또는 멕시코에서 입원해야 했던 응급 서비스를 제외하고, 외국에서 이루어진 치과 서비스는 Medi-Cal 의 보험혜택이 적용되지 않습니다.

치과 서비스 비용

치과 서비스를 위해 제가 비용을 부담해야 하나요?

비용 공유 Medi-Cal 보험혜택이 아니라면, Medi-Cal Dental 프로그램의 보험혜택 범위에 포함된 서비스에 대해서는 귀하는 비용을 지불하지 않습니다. 귀하의 비용 공유에 대해서는, 신규 Medi-Cal 가입 자료집과 함께 받으신 "내 Medi-Cal" 팸플릿(Pub. 68)을 참조하십시오. 이 팸플릿은 웹사이트(http://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx)에서도 제공됩니다.

귀하가 Medi-Cal 치과 서비스를 받을 수 있는 것으로 귀하의 치과의사가 확인한 후, 귀하는 보험혜택 보장 서비스에 대한 코페이먼트 또는 비용 공유 금액만을 치과 진료실에 지불해야 합니다. Medi-Cal 프로그램의 보험혜택이 적용되지 않는 치료 또는 21 세 이상이며 포괄적인 치과교정 치료(치열교정기)를 원하는 경우, 귀하가 서비스 비용을 치과의사에게 지불해야 할 수 있습니다.

코페이먼트가 무엇인가요?

일부 Medi-Cal 서비스는 소액의 코페이먼트가 있습니다. 모든 코페이먼트는 진료실 방문 시 지불합니다. 아래 코페이먼트 기준을 참조하십시오.

Medi-Cal 코페이먼트 기준		
코페이먼트가 적용되는 서비스	**코페이먼트 요금**	**요금 예외사항**
응급실에서 제공된 비응급 서비스: 비응급 서비스는 "중증 통증의 완화를 위해, 또는 즉시 진단 및 치료되지 않을 경우 장애 또는 사망이 초래되는 중증 의료 병태의	$5.00	1. 18 세 이하. 2. 임신 중 및 출산 후 한 달 동안 서비스를 받는 여성.

Medi-Cal 코페이먼트 기준		
코페이먼트가 적용되는 서비스	코페이먼트 요금	요금 예외사항
즉각적인 진단 및 치료를 위해 필요하지 않은 일체의 서비스"로 정의됩니다. 응급실에서 제공된 비응급 서비스는 코페이먼트가 적용됩니다.		3. 의료 시설(병원, 전문 간호 시설, 중급 간호 시설)에 있는 사람. 4. AFDC-위탁 보호를 받는 모든 아동. 5. 프로그램 지불비용이 $10 이하인 모든 서비스.
외래환자 서비스: 의사, 시력측정, 척추지압, 심리학, 언어치료, 청각학, 침술, 작업요법, 소아과, 수술센터, 병원 또는 클리닉 외래환자, 물리치료 및 치과.	$1.00	1. 18 세 이하. 2. 임신 중 및 출산 후 한 달 동안 서비스를 받는 여성. 3. 의료 시설(병원, 전문 간호 시설, 중급 간호 시설)에 있는 사람. 4. AFDC-위탁 보호를 받는 모든 아동 5. 프로그램 지불비용이 $10 이하인 모든 서비스.
약 처방: 각 약 처방 또는 재조제.	$1.00	상기 모든 사항, 그리고 65 세 이상.

예약된 방문 시 제가 코페이먼트를 지불하지 못하면 어떻게 하나요?

Medi-Cal 치과의사는 귀하가 예약된 방문 시 코페이먼트를 지불하지 못한다고 해서 치료를 거부할 수 없습니다. 이는 비용 공유와는 다릅니다.

지불할 필요가 없었던 서비스에 대해 지불한 경우에는 어떻게 하나요?

TSC 에 전화하셔서 귀하의 상황에 대해 도움을 받으십시오. 지불 청구를 받았거나, 치료 코드에 따른 Medi-Cal 프로그램의 보험혜택이 적용되는 치과 시술에 대해 지불한 경우, 환불을 받으시도록 저희가 도와드릴 수 있습니다.

지불할 필요가 없었던 서비스에 대해 지불한 경우에는 어떻게 하나요?

TSC 에 전화하셔서 귀하의 특수 상황에 대해 도움을 받으십시오. 지불 청구를 받았거나, 치료 코드에 따른 Medi-Cal 프로그램의 보험혜택이 적용되는 치과 시술에 대해 지불한 경우, 환불을 받으시도록 저희가 도와드릴 수 있습니다.

치과의사로부터 청구서를 받으면 어떻게 하나요?

먼저, 치과 진료실에 전화하셔서 왜 청구서를 보냈는지 물어보십시오. 치과 진료실에서 청구 내역에 대해 설명하고 왜 지불 청구가 되었는지 설명할 것입니다. 예를 들어, 비용 공유 금액이 있는 경우 Denti-Cal 이 치료 비용을 지불하도록 치과의사가 요청하기 전에 귀하가 비용 공유 금액을 지불해야 합니다. 또는, Medi-Cal 또는 다른 보험혜택이 보장되지 않는 치료를 받은 경우, 귀하는 그 치료에 대해 치과의사에게 지불해야 합니다.

치과의사가 청구하는 내역 및/또는 Medi-Cal 의 지불 내역에 대해 여전히 질문이 있으시면 TSC 에 문의하십시오.

제게 다른 치과 보험이 있으면 어떻게 하나요?

모든 치료에 대해서 치과의사는 Denti-Cal 에 청구하기 전에 다른 치과 보험에 먼저 청구해야 합니다. Medi-Cal Dental 프로그램은 다른 정부 프로그램, TRICARE(CHAMPUS) 또는 산재보험을 포함하는 다른 치과 보험을 통해 보험혜택을 받을 수 있는 일체 서비스에 대해 지불하지 않습니다. Medi-Cal 에서 제공하는 보험혜택은 다른 보험혜택에 비해 2 차적입니다.

귀하의 다른 치과 보험에서 Denti-Cal 보험혜택 보장 서비스에 대해 지불하지 않거나, Denti-Cal 이 지불하는 금액보다 적게 지불하는 경우, 귀하의 치과의사가 미지불 금액에 대해 Denti-Cal 에 청구할 것입니다. 귀하의 치과의사는 Denti-Cal 보험혜택 보장 치료에 대해 귀하가 지불하도록 청구할 수 없습니다.

교통 및 기타 서비스

라이드가 없는데 치과 진료실로 어떻게 가죠?

Medi-Cal 보험혜택이 적용되는 의료, 정신건강, 약물사용 또는 치과 예약의 경우, 라이드 서비스를 받으실 수 있도록 Medi-Cal에서 도와드릴 수 있습니다. 라이드는 비의료 교통편(NMT) 또는 비응급 의료 교통편(NEMT)일 수 있습니다. 또한 처방약 또는 의료 용품이나 기기를 사러 갈 때 NMT를 이용할 수 있습니다.

귀하가 자동차, 버스, 기차 또는 택시를 이용할 수 있지만, 라이드가 없는 경우, NMT 서비스를 주선해드릴 수 있습니다.

- 귀하가 Medi-Cal 건강 플랜에 등록된 경우, NMT 라이드 서비스를 제공받는 방법에 대해서 플랜에 문의하십시오.
- Medi-Cal 건강 플랜에 등록되지 <u>않은</u> 경우, 다음과 같이 하실 수 있습니다.
  - 귀하 카운티의 Medi-Cal 사무실로 전화하셔서 NMT 라이드 서비스를 이용하는 데 도움을 받을 수 있는지 알아보십시오.

- 2018년 7월 1일 이후, Medi-Cal은 NMT 라이드를 제공할 수 있는 허가된 교통수단 제공자의 서비스를 제공합니다. 라이드를 제공받기 위해서 허가된 라이드 서비스 제공자에게 직접 연락하시거나, 의료 또는 치과 진료실에 전화하셔서 귀하 지역의 교통편 제공자에 대해 문의할 수 있습니다.

Medi-Cal 은 의사 또는 치과의사의 판단에 따라 의학적 필요성이 있고 사전 승인이 된 경우, 자격 기준에 부합하는 수혜자에게 NEMT 서비스를 제공합니다.

치과 진료실에 가기 위해서 특수 의료차량이 필요한 경우, 치과의사에게 알리십시오. 치과의사는 휠체어 밴, 소형 밴, 구급차 또는 항공 운송과 같은 NEMT 를 주문할 수 있습니다. 교통편 지원을 위해, TSC 또는 귀하의 의사나 치과의사에게 문의하셔서 자택에서 치과 및 의료 진료실로 갈 수 있는 NEMT 를 요청하는 데 도움을 받으십시오. 교통편은 Medi-Cal 보험혜택이 적용되는, 필요한 의료 또는 치과 서비스를 받기 위해서만 이용할 수 있습니다.

예약일 전에 되도록 빨리 라이드 서비스를 요청하십시오. 예약이 자주 있는 경우, 향후 방문을 위해서 귀하의 치과의사 또는 의사가 미리 교통편을 요청할 수 있습니다.

승인된 NMT 제공자가 주선하는 라이드 서비스에 대한 자세한 내용은 웹사이트(http://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx)를 참조하십시오.

제게 청각 장애 또는 언어발성 장애가 있으면 어떻게 하나요?

청각 또는 언어발성에 제한이 있으신 경우, 월요일 ~ 금요일, 오전 8 시 ~ 오후 5 시, 청각 장애인용 문자 전화번호(TTY) 1-800-735-2922 번으로 저희에게 문의하십시오. 그 외 시간에는 캘리포니아 릴레이 서비스 TDD/TTY 번호 711 로 전화하셔서 도움을 받으십시오. 미국 수화(ASL) 통역 서비스는 법에 의해 제공됩니다. 지원을 요청할 때 다음 정보를 준비해주십시오.

- 치과 예약일
- 예약의 시작 및 종료 시간
- 예약된 방문 종류(예: "치과 예약, 수술 예약, 소견 진찰 등")
- ASL 서비스가 필요한 사람의 이름 및 그 사람의 보험혜택 식별 카드
- 진료실 주소 및 전화번호
- 진료실 연락처 사람 이름

제게 시력 장애가 있으면 어떻게 하나요?

이 안내서 및 기타 중요 자료는 시력 장애가 있는 사람들을 위해 큰 활자 인쇄판, 확대된 CD 형식 및 오디오테이프로 제공됩니다. TSC 에 전화하셔서 이 안내서나 기타 Denti-Cal 자료를 읽거나 대체 형식으로 제공받는 데 도움을 요청하십시오.

제게 의료 질환 또는 기타 문제가 있어서 치과 서비스를 받는 것이 어려운 경우 어떻게 하나요?

TSC 에 전화하세요. 귀하를 치료할 수 있는 치과의사를 찾는 데 TSC 직원이 도움을 드릴 수 있습니다. 또한 필요한 경우, 귀하의 치료에 대해 다른 의료 서비스 제공자와 함께 조정할 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.

제게 신체적인 어려움이 있어서 치과의사를 보러 가는 것이 힘든 경우 어떻게 하나요?

우리는 Denti-Cal 치과 진료실 및 시설이 장애인이 이용할 수 있도록 보장하기 위해서 최선을 다합니다. 이용할 수 있는 치과를 찾지 못하시는 경우, TSC 에 전화하셔서 도움을 받으십시오.

불만사항 관련 절차

Denti-Cal 에는 다음과 같은 사항에 대한 불만을 해소할 수 있는 절차가 마련되어 있습니다.

- 치과 서비스
- 서비스의 질
- 치료 승인 요청의 수정 또는 거부
- Denti-Cal 프로그램을 통해 제공되는 서비스의 다른 측면

불만사항의 예:

- 필요한 서비스, 치료 또는 약을 받을 수 없는 경우
- 의학적으로 필요하지 않다는 이유로 서비스가 거부됨
- 방문 시 너무 오래 기다려야 함
- 불량한 서비스를 받거나 무례한 취급을 당함
- 보험혜택이 보장되는 치과 서비스에 대해서 치과 진료실이 지불을 청구함
- 지불할 필요가 없다고 생각되는 내역에 대해 치과 진료실에서 계속 청구서를 보냄

제 치과의사가 요청한 서비스에 대해서 Denti-Cal 이 거부하거나 제한하는 경우에는 제가 어떻게 할 수 있나요?

귀하의 치과의사가 승인을 요청한 서비스가 거부된 경우, 귀하의 치과의사에게 연락하셔서 재평가를 요청할 수 있는지 물어보십시오.

Denti-Cal 이 서비스 거부를 했는지 제가 어떻게 알 수 있나요?

귀하의 치과 치료가 거부 또는 수정된 경우 Denti-Cal 에서 귀하에게 우편으로 Denti-Cal 의 조치에 관한 통지서를 보냅니다. 요청된 치과 치료가 왜 거부 또는 수정되었는지 통지서에 설명되어 있습니다. 또한 통지서에는 귀하가 그 조치에 반대하는 경우 어떻게 할 수 있는지에 대한 정보가 나와 있습니다.

불만이 있는 경우 어떻게 해야 하나요? 정식으로 불만사항을 어떻게 제출하나요?

어떤 불만사항은 먼저 치과의사에게 문제에 대해 이야기함으로써 신속하게 해결될 수 있습니다. 종종 치과의사는 귀하의 불만사항을 신속하게 해결할 수 있습니다. 귀하의 치과의사에게 먼저 이야기하는 것을 원하지 않으시거나 치과의사가 귀하의 불만사항을 해결할 수 없는 경우, TSC 에 전화하십시오. Denti-Cal 은 전화 또는 서면으로 불만사항을 접수합니다.

TSC 에 전화하실 때, 귀하의 정보와 치과의사의 이름을 제공해주십시오. 관련 서비스 및 조치나 미조치를 포함하여 귀하의 문제를 설명해주십시오. 전화상으로 문제를 해결하기 위해 TSC 는 모든 노력을 다할 것입니다. 첫 번째 통화에서 TSC 가 귀하의 불만사항을 해결할 수 없는 경우 후속 전화를 드릴 것입니다.

Denti-Cal 전화 서비스 센터:

1-800-322-6384

청각 장애인용 문자 전화기(TTY):

1-800-735-2922

서면으로 불만사항을 제출하시는 경우, Denti-Cal 웹사이트에서 수혜자 Medi-Cal Dental 프로그램 불만사항 접수 양식을 다운로드받을 수 있습니다. 작성하신 후 양식에 나와 있는 주소로 Denti-Cal 에 보내주십시오. Denti-Cal 은 양식을 받고 5 일 역일 이내로

받았음을 알려드릴 것입니다. 또한 TSC 에 전화하셔서 양식을 받았는지 물어보실 수 있습니다.

수혜자 Medi-Cal Dental 프로그램 불만사항 접수 양식의 예가 다음 페이지에 나와 있습니다. 또한 Denti-Cal 웹사이트(https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/)의 수혜자 페이지에도 이 양식이 있습니다. 이 양식은 영어로만 제공됩니다.

보건서비스부는 해당하는 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. 보건서비스부는 개인을 제외시키거나 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 다르게 대우하지 않습니다. 비차별 정책에 대한 자세한 내용은 보건서비스부 웹사이트(http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)를 방문하십시오

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

불만사항을 제출한 후에는 어떻게 되나요?

전화로 불만사항을 제출하시고 전화상에서 해결되지 않은 경우, 추가 지원을 위해서 후속 전화를 받으시게 됩니다. 후속 전화통화 시에도 불만사항이 해결되지 않는 경우, Denti-Cal 웹사이트(https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Beneficiary_Forms/)에서 Medi-Cal Dental 프로그램 불만사항 접수 양식을 다운로드받도록 도와드릴 것입니다. 이 양식을 우편으로 보내드릴 수도 있습니다. 양식을 작성 및 서명하신 후, 양식에 나와 있는 Denti-Cal 주소로 보내십시오. 불만사항 접수 양식의 예는 19-21 페이지에 나와 있습니다.

서면으로 불만사항을 제출한 경우, Denti-Cal 에서 귀하의 불만사항 접수 양식을 받고 5 일 역일 이내로 받았음을 알려드릴 것입니다. 서면상으로 제출된 불만사항은 Denti-Cal 치과 자문가에게 의뢰될 수 있으며, 이 자문가가 다음 단계에서 취해질 조치에 대해 결정할 것입니다. 우리는 다음을 할 수 있습니다.

- 귀하 및/또는 치과의사에게 연락
- 귀하가 임상 스크리닝 검진을 받도록 함
- 적절한 동료심사 위원회에 소견 요청을 보냄

Denti-Cal 은 불만사항을 접수한 후 30 일 이내에 결정 및 결정 이유를 요약한 서신을 귀하에게 보낼 것입니다. 일부의 경우 30 일 기한이 연장될 수 있습니다. 예를 들면, 귀하가 임상 스크리닝 예약에 참석하기 위해서 추가로 시간이 필요할 수 있습니다.

불만사항을 제출한 후 진행되는 상황이 마음에 들지 않으면 제가 달리 어떻게 할 수 있나요?

불만사항의 검토 절차에 따른 결정에 만족하지 않으시는 경우, **주정부 심의회**를 요청할 수 있습니다. Medi-Cal 주정부 심의회에 대한 자세한 내용은 보건서비스부 웹사이트(http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx)를 방문하십시오.

주정부 심의회 절차

귀하의 치과의사가 요청한 치료가 거부 또는 수정된 경우 또는 거부된 서비스에 대한 불만사항 접수 결과에 귀하가 만족하지 않으시는 경우, 캘리포니아 사회서비스부(CDSS)를 통해 주정부 심의회를 요청할 수 있습니다. 귀하의 지역 사회서비스 사무실에서 이 요청에 대해 도와드릴 수 있습니다. 전화번호는 귀하의 지역 전화번호부, 해당 카운티 웹사이트 또는 Medi-Cal 모빌앱을 사용하여 찾을 수 있습니다.

주정부 심의회에서 귀하 스스로 자신을 대변하거나, 친구, 변호사 또는 다른 어떤 사람이라도 귀하를 대변할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대변하기를 원하시는 경우, 그에 대한 주선은 귀하 스스로의 책임입니다. 무료 법률 지원을 받으려면, CDSS 의 공공질의 및 응답국에 1-800-952-5253 번으로 문의하십시오. 이곳에서 주정부 심의회에 대한 일반적인 정보를 제공할 수 있습니다.

주정부 심의회를 요청한다고 해서 치과 서비스를 받을 수 있는 자격에 영향을 미치지 않으며, 심의 요청으로 인해서 처벌 조치를 받지 않습니다. 불만사항 관련 절차의 전 과정에서 비밀이 유지됩니다.

언제 주정부 심의회를 요청하나요?

받으신 Denti-Cal 의 조치 통지에 반대하시는 경우, 다른 치료 계획에 대해 귀하의 치과의사와 상의하셔서 Denti-Cal 프로그램에서 보험혜택이 보장되는 최선의 치료를 받으셔야 합니다. 다른 치료 계획을 선택할 수 없다고 귀하와 귀하의 치과의사가 동의하시는 경우, 주정부 심의회를 요청할 수 있는 기간은 통지서 날짜로부터 90 일까지입니다.

절차를 어떻게 시작하나요?

무료 전화번호 1-800-952-5253 번으로 전화하시면 절차를 시작할 수 있습니다. 아래 주소로 Denti-Cal 의 조치 통지서 전체를 보내거나 서신을 보낼 수 있습니다.

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

주정부 심의회를 요청하기 위해서 전화하거나 서신을 보내는 경우, Denti-Cal 의 조치 통지서에 나와 있는 문서 컨트롤 번호(DCN: Document Control Number)를 반드시 알려주셔야 합니다. DCN 은 서비스가 거부된 치료 승인 요청을 식별하며, 귀하의 요청을 신속하게 처리하는 데 도움을 줍니다.

치과 용어 및 기타 정의

Denti-Cal 프로그램에서 사용하는 특별한 의미 또는 기술적 의미를 가진 단어들이 많이 있습니다. 또한, 일부 치과 용어는 익숙하지 않을 수 있습니다. 다음 용어 설명이 도움이 되었으면 합니다. 질문이 있으시면 TSC 에 전화하셔서 직원에게 문의하십시오.

치료 코드: Medi-Cal 보험혜택 보장의 유형을 설명합니다.

이의 제기: 거부된 치료 서비스를 Denti-Cal 이 검토하도록 요청하는 정식 요청. 이의 제기는 귀하의 치과의사, 귀하 자신 또는 법정 대리인이 제출할 수 있습니다.

승인: 사전 승인을 참조하십시오.

수혜자: Medi-Cal 보험혜택을 받을 수 있는 사람

수혜자 식별 카드(BIC): 보건서비스부가 수혜자에게 발행하는 식별 카드. BIC 에는 수혜자 번호 및 기타 중요 정보가 포함되어 있습니다.

보험혜택: Denti-Cal Dental 프로그램을 통해 이용할 수 있는 Medi-Cal 치과의사가 제공하는 의학적으로 필요한 치과 서비스.

임상 스크리닝: 다른 Denti-Cal 치과의사가 제안하거나 제공한 치료의 적절성에 대한 소견을 제공하기 위해 치과의사가 실시하는 검진. 특정한 경우 Denti-Cal 프로그램이 임상 스크리닝을 요구할 수 있습니다.

불만사항: 수혜자 또는 수혜자를 대신하여 치과의사가 제출하는 분쟁, 재고려 요청 또는 이의를 포함하는 불만족의 구두 또는 서면상의 표현. 일반적으로 서비스가 수행되는 환경의 상태 또는 직원으로 인해 불만사항이 접수됩니다.

코페이먼트: 치과 수수료 중에서 수혜자가 지불하는 소액.

보험혜택 보장 서비스: Denti-Cal 프로그램의 보험혜택인 치과 시술들. Denti-Cal 은 Denti-Cal 치과의사가 제공하는 Denti-Cal 프로그램의 보험혜택이 보장되는 의학적으로 필요한 서비스를 위해서만 지불합니다. 의학적으로 필요한 경우, 21 세 미만의 아동은 치열교정기와 같이 보험혜택이 보장되는 서비스를 받을 수 있습니다.

치과 전문의: 근관치료과, 구강 수술, 소아 치과, 치주학과 및 치과교정(치열교정기)과 같은 전문 치료를 제공하는 치과의사.

Denti-Cal: Medi-Cal 치과 서비스별 비용지급 프로그램.

Denti-Cal 치과의사: Medi-Cal 수혜자에게 보험혜택 보장 서비스를 제공하도록 허가된 치과의사.

조기 및 정기 스크리닝, 진단 및 치료 프로그램(EPSDT): 정기적인 스크리닝, 진단 및 치료 서비스를 통해 아동에게 의료 서비스를 제공하는 연방 프로그램. EPSDT 프로그램에 치과 서비스가 포함되어 있습니다.

자격요건: Medi-Cal 보험혜택을 받기 위한 요건에 부합함을 의미함.

응급 치과 상태: 즉각적인 처치를 받지 않는 경우 개인의 건강을 위험하게 하거나 중증의 통증 또는 기능 장애를 초래할 것으로 합리적으로 예상할 수 있는 치과 상태.

근관치료 전문의: 치아의 치수 및 치근의 질병 및 부상을 치료하는 데 진료를 제한하는 치과 전문의.

조기 및 정기 스크리닝, 진단 및 치료: 결함을 비롯하여 신체 및 정신 질환과 병태를 교정 또는 개선하기 위해 필요한 경우, 21 세 미만의 Medi-Cal 수혜자를 위한 보험혜택.

전체 범위 Medi-Cal: 전체 범위 Medi-Cal 은 저소득 개인에게 보건의료 서비스를 제공합니다. Medi-Cal 에 등록된 모든 아동, 위탁 아동 및 이전에 위탁 보호를 받았던 26 세 이하의 청소년, 임신부, 맹인 또는 장애인은 전체 범위를 가지고 있습니다.

식별: 운전면허증과 같이 개인이 누구인지 증명할 수 있는 어떤 것을 의미합니다.

제한사항: 허락된 서비스 횟수, 허락된 서비스 종류 및/또는 가장 저렴한 치과적으로 적절한 서비스를 의미합니다.

의학적으로 필요: 치아, 잇몸 및 지지 구조의 치료를 위해 필요하며 적절한 보험혜택 보장 서비스로서 (a) 전문적으로 인정된 표준 관행에 따라 제공되고, (b) 치과 상태와 일관된 치료의 치과의사가 결정하며, (c) 잠재적인 위험, 혜택 및 대안적인 보험혜택 보장 서비스를 고려하여 가장 적절한 서비스의 유형, 공급 및 수준입니다.

기타 건강 보험혜택 보장 / 기타 건강보험: 사설 치과 플랜, 보험 프로그램, 기타 주 또는 연방 치과 서비스 프로그램 또는 기타 계약이나 법적 자격 권리에 따라 가질 수 있는 치과 관련 서비스를 위한 보험혜택 보장.

구강 수술의: 입, 턱 및 안면의 질병, 부상, 변형, 결함 및 외모에 대한 진단 및 수술적 치료에 진료를 제한하는 치과 전문의.

치과교정전문의: 물거나 씹는 데 상부 치아와 하부 치아가 서로 맞는 방식의 문제에 대한 예방 및 치료에 진료를 제한하는 치과 전문의.

소아치과의사: 출생에서 청소년기까지 아동의 치료에 진료를 제한하며 예방 치료에 대해 일차 및 전체 범위 서비스를 제공하는 치과 전문의.

치주학과 전문의: 잇몸 및 치아 주변 조직의 질병의 치료에 진료를 제한하는 치과 전문의.

임신 관련: 출생 전으로는 의료적으로 임신이 확립된 날부터 출생 후로는 임신 종료 후 60 일 기간이 되는 달의 마지막 날까지 이용할 수 있는 임신 관련 서비스. 귀하의 치료

코드 및/또는 보험혜택 범위와 관계 없이, 모든 기타 시술 요건 및 기준에 부합하는 경우 모든 보험혜택 보장 치과 시술을 받을 수 있습니다.

사전 승인: 서비스 수행 전 허가를 위해 치과의사가 하는 요청. 허가된 서비스에 대해서 치과의사는 Denti-Cal 로부터 승인 통지(NOA)를 받습니다.

치과보철 전문의: 소실된 치아를 의치, 브릿지 또는 기타 대체물로 교체하는 데에 진료를 제한하는 치과 전문의.

제공자: Medi-Cal 수혜자에게 의료 서비스 및/또는 치과 서비스를 제공하기 위해 Medi-Cal 프로그램에 등록된 개인 치과의사, 대체 진료 등록 치과위생사(RDHAP), 치과 그룹, 치과 대학 또는 치과 클리닉.

제한 범위: 응급 서비스에만 제한됨.

비용 공유: Medi-Cal 이 지불을 시작하기 전에 의료 또는 치과 서비스를 위해 매달 귀하가 지불을 해야 하거나 지불하기로 약속하는 금액.

요건: 귀하가 반드시 해야 하는 것 또는 따라야 하는 규칙을 의미합니다.

책임: 귀하가 해야 하는 것 또는 하도록 기대되는 것을 의미합니다.

주정부 심의회: 주정부 심의회는 거부되거나 수정된 치료 승인 요청을 재평가할 것을 수혜자가 요청할 수 있도록 하는 법적 절차입니다. 이는 또한 환급 사례의 재평가를 수혜자 또는 치과의사가 요청할 수 있도록 합니다.

치료 승인 요청: 치료를 시작할 수 있기 전에 특정 보험혜택 보장 서비스의 허가를 위해 Denti-Cal 치과의사가 제출하는 요청. 치료 승인 요청은 특정 서비스의 경우 및 특수 상황에서 필요합니다.

귀하의 권리 및 책임

Medi-Cal 프로그램에서 제 권리와 책임은 무엇인가요?

Medi-Cal 을 신청할 때, 귀하의 권리와 책임이 나열된 목록을 받습니다. 여기에는 주소 및 소득 변경 신고 또는 누군가가 임신을 하거나 출산을 하는 경우 보고해야 하는 요건도 포함합니다. 다음 웹사이트(http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx)에서 귀하의 권리와 책임이 수록된 최신 목록을 구할 수 있습니다. 또한 다음 웹사이트(http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)에는 보건서비스부의 비차별 정책이 나와 있습니다.

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 존중과 존엄으로 대우받을 권리
- 귀하가 받을 자격이 있는 Medi-Cal 프로그램의 보험혜택이 보장되는 치과 서비스를 귀하가 선택한 등록 치과의사로부터 받을 권리
- 합당한 시간 내에 예약이 확정될 권리
- 적절하거나 의학적으로 필요한 치료 선택을 포함한 귀하의 치과 치료 관련 필요사항에 대한 논의와 결정에 참여할 권리
- 귀하의 치과 기록이 비밀로 유지될 권리. 이는 귀하의 서면 허락 없이, 또는 법적으로 허용되는 경우가 아니라면 저희가 귀하의 치과 서비스 정보를 공유하지 않는다는 의미입니다
- Denti-Cal 에 대해서, 또는 제공받은 치과 서비스에 대한 우려사항을 표현할 권리
- Medi-Cal, 이용할 수 있는 서비스 및 치과의사에 대한 정보를 받을 권리
- 치과 기록을 열람할 권리
- 귀하가 비용을 부담하지 않고 통역사를 요청할 권리
- 가족이나 친구가 아닌 통역사를 이용할 권리
- 귀하의 언어를 구사할 필요가 충족되지 않을 경우 불만사항을 제출할 권리

귀하의 책임은 다음과 같습니다.

- 귀하의 치과의사와 Medi-Cal 에게 정확한 정보를 제공할 책임
- 귀하의 치과 문제를 이해하고 치과의사와 치료 목표를 설정하는 데 가능한 한 많이 참여할 책임
- 서비스를 받을 때 항상 수혜자 식별 카드를 제공할 책임
- 치과 상태에 대해 질문하고, 제공되는 설명과 지침을 귀하가 명확하게 이해하고 있는지 확인할 책임
- 치과 예약을 잡고 지킬 책임. 예약을 취소해야 하는 경우, 최소 이십사(24) 시간 전에 귀하의 치과의사에게 알려야 합니다
- 주소, 가족 상태 또는 기타 건강의료 보험혜택의 변경에 대해 신속히 알림으로써 Denti-Cal 이 정확한 최신 의료 기록을 유지할 수 있도록 도울 책임
- 치과의사가 잘못된 청구서를 귀하에게 보내거나, 귀하가 불만사항이 있는 경우 되도록 빨리 Denti-Cal 에게 알릴 책임
- 모든 Denti-Cal 직원과 치과의사를 존중과 예의로 대우할 책임

귀하의 개인정보 보호는 저희에게 중요합니다

이 섹션은 의료 정보가 어떻게 사용 및 공개되는지에 대한 정보를 제공받는 방법에 대해 설명합니다. 또한 귀하의 정보를 어떻게 열람할 수 있는지에 대해서도 설명합니다.

개인정보보호 실행사항 통지

보건서비스부에서 Medi-Cal 가입 자료집의 일부로 개인정보보호 실행사항 통지를 우편으로 보내드립니다. 이 통지의 사본은 다음 웹사이트(http://dhcs.ca.gov/privacyoffice)에도 나와 있습니다. 이 통지는 귀하의 건강 정보에 대한 귀하의 개인정보 보호 권리 및 선택에 대해 설명합니다.

저에 대해 Denti-Cal 이 가지고 있는 보호된 건강 정보를 제가 어떻게 볼 수 있나요?

귀하는 Denti-Cal 이 관리하고 있는 귀하의 보호된 건강 정보 기록의 열람을 요청할 수 있는 권리가 있습니다. 또한 이 기록의 사본을 요청할 권리가 있습니다. 기록 복사 및 우편 발송 비용이 귀하에게 청구될 수 있습니다. 저희가 귀하의 요청을 접수한 후 30 일 이내에 답변을 받으실 것입니다.

귀하의 캘리포니아 운전면허증, DMV ID 카드 또는 귀하의 신원을 증명할 수 있는 기타 ID 의 사본을 저희에게 보내셔야 합니다. 또한 귀하의 주소를 확인할 수 있는 문서도 보내셔야 합니다.

요청 양식은 TSC 에 전화하셔서 받거나, 다음 웹사이트에서 온라인으로 양식을 작성하고 인쇄한 후 우편으로 보낼 수 있습니다.

1. https://www.denti-cal.ca.gov/로 가십시오.
2. 웹페이지의 윗부분에 있는 **Beneficiaries(수혜자)** 탭을 클릭하십시오.
3. **Denti-Cal(Fee-For-Service)(Denti-Cal(서비스별 비용지급))**을 클릭하십시오.
4. **Forms(양식)**를 클릭하십시오.
5. **Request Personal Health Information from Denti-Cal(개인 건강 정보를 Denti-Cal 로부터 받기를 요청)** 양식을 선택하십시오.

작성한 양식을 귀하의 ID 사본과 함께 아래 주소로 우편으로 보내십시오.

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

참고: 보호된 건강 정보를 부정하게 입수하려는 일체의 시도는 법적 처벌의 대상입니다.

Denti-Cal 은 귀하가 저희에게 제공하는 정보를 보호하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 허가되지 않은 열람 또는 공개를 방지하며 자료의 정확성을 유지하고 정보의 적절한 사용을 보장하기 위해서 Denti-Cal 은 수집된 정보를 물리적으로, 그리고 관리적으로 적절히 보호할 수 있는 절차를 마련해두고 있습니다.