บริการทันตกรรมภายใต้เมดิ-แคล แคลิฟอร์เนีย

คู่มือสำหรับผู้รับสิทธิประโยชน์ประจำปี 2018

กระทรวง

บริการดูแลสุขภาพ

Denti-Cal

บทนำ 1
จะติดต่อเราอย่างไร 2
ความช่วยเหลือด้านภาษา 3
เว็บไซต์ของเดนทิ-แคล 4
การใช้บริการทันตกรรมภายใต้เมดิ-แคล 4
สิทธิประโยชน์ของเดนทิ-แคล 4
ทันตแพทย์ของเดนทิ-แคล 7
การรับการรักษาทางทันตกรรม 8
ค่าใช้จ่ายของบริการทันตกรรม 11
การคมนาคมและบริการอื่น ๆ 14
ขั้นตอนการร้องเรียน 15
กระบวนการพิจารณาจากรัฐ 21
คำศัพท์ด้านทันตกรรมและคำนิยามอื่น ๆ 22
สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ 26
ความเป็นส่วนตัวของคุณสำคัญกับเรา 27

บทนำ

จุลสารฉบับนี้จะแจ้งให้คุณทราบเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของคุณ
เราต้องการให้คุณทราบว่าโปรแกรมนี้เป็นไปอย่างไร
และคุณจะขอรับการรักษาทางทันตกรรมได้อย่างไร
เก็บรักษาคู่มือฉบับนี้ไว้เพื่อที่คุณจะได้นำมาทบทวนอีกครั้งหากคุณมีคำถามในภายหลัง

โปรแกรมทันตกรรมของเมดิ-แคล (เดนทิ-แคล)

เมดิ-
แคลมอบการดูแลสุขภาพแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือค่าใช้จ่ายน้อยให้แก่ผู้อยู่อาศัยในรัฐแคลิฟอร์เนีย รวมถึงสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมมีการจัดหาให้ผ่านทางเมดิ-แคล หรือรู้จักในอีกชื่อว่าเดนทิ-แคล คุณจะต้องแสดงบัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์เมดิ-แคล (BIC) ของคุณแก่ผู้ให้บริการทันตกรรมเพื่อรับการบริการทางทันตกรรม
คุณไม่จำเป็นต้องสมัครเดนทิ-แคลแยกอีก
สุขภาพภายในช่องปากเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของสุขภาพทั้งหมด โปรแกรมเดนทิ-แคลครอบคลุมบริการมากมายเพื่อรักษาสุขภาพฟันของคุณให้แข็งแรง
คุณสามารถรับสิทธิประโยชน์เดนทิ-แคลของคุณได้อย่างเต็มที่เมื่อคุณ:

- พบทันตแพทย์ของเดนทิ-แคลเพื่อรับบริการที่ครอบคลุมที่คุณต้องการ
- พบทันตแพทย์ของเดนทิ-แคลเป็นประจำ แม้ว่าคุณจะไม่มีปัญหากับสุขภาพฟันของคุณ
- ปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตแพทย์ของเดนทิ-แคลเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพฟัน (เช่น การแปรงฟันและการขัดฟัน)

หากคุณอาศัยอยู่ในเขตซาคราเมนโต คุณจะได้รับการลงทะเบียนในแผนดูแลทันตกรรม (DMC) และจะได้รับการกำหนดทันตแพทย์ให้ในเครือข่ายแผนดูแลทันตกรรมของคุณ
หากคุณอาศัยอยู่ในเขตลอสแอนเจลิส คุณสามารถเลือกลงทะเบียนในแผน DMC หรืออยู่ในเดนทิ-แคลก็ได้ หากคุณลงทะเบียนในแผน DMC
แผนที่คุณเลือกนี้จะส่งบัตรทันตกรรมให้คุณรวมทั้งข้อมูลสิทธิประโยชน์ของคุณ ในเขตอื่น ๆ ทั้งหมดคุณจะได้รับการดูแลทันตกรรมโดยใช้บัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์เมดิ-แคล และคุณสามารถเลือกทันตแพทย์ของคุณได้เองหากแพทย์ผู้นั้นได้รับการลงทะเบียนอยู่ในโปรแกรมเดนทิ-แคล

จะใช้คู่มือฉบับนี้อย่างไร

โปรดอ่านคู่มือสำหรับผู้รับสิทธิประโยชน์ฉบับนี้ทั้งหมดอย่างละเอียด
เอกสารฉบับนี้อธิบายว่าโปรแกรมเดนทิ-แคลนั้นทำงานอย่างไร
คู่มือนี้ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับ:

- บริการทันตกรรมที่ครอบคลุมโดยเมดิ-แคล
- จะได้รับการดูแลรักษาทางทันตกรรมอย่างไร
- จะขอรับความช่วยเหลือในภาษาอื่นอย่างไร

- สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ
- จะแจ้งข้อร้องเรียนอย่างไร
- ข้อมูลที่สำคัญอื่น ๆ เกี่ยวกับบริการทันตกรรมภายใต้เมดิ-แคล

คู่มือฉบับนี้ใช้คำศัพท์บางคำที่คุณควรทราบ:

เดนทิ-แคล	โปรแกรมบริการทันตกรรมตามค่าใช้จ่ายจริงของเมดิ-แคล
คุณ, ของคุณ, ของฉัน, ฉัน, ผู้รับสิทธิประโยชน์	บุคคลที่มีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของเมดิ-แคล หรือตัวแทนที่ได้รับอนุญาต
เรา, พวกเรา, ของเรา	อ้างอิงถึงเดนทิ-แคล
ทันตแพทย์ของคุณ	ทันตแพทย์เดนทิ-แคลที่คุณเลือกให้ดูแลสุขภาพช่องปากของคุณ

กรุณาอ่านหัวข้อ "**คำศัพท์ด้านทันตกรรมและคำนิยามอื่น ๆ**" ในหน้า 23
ส่วนนี้จะอธิบายคำศัพท์มากมายที่มีความหมายพิเศษหรือทางเทคนิคภายใต้โปรแกรมเดนทิ-แคล

จะติดต่อเราอย่างไร

ศูนย์บริการโทรศัพท์

โอเปอเรเตอร์ของศูนย์บริการโทรศัพท์ (TSC) คอยช่วยเหลือคุณทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ระหว่างเวลา 8.00 น. และ 17.00 น. TSC ปิดทำการในวันหยุดของรัฐ หากคุณมีคำถามใด ๆ ที่จุลสารฉบับนี้ยังไม่ได้ให้คำตอบ กรุณาโทรหาเราที่:

ศูนย์บริการโทรศัพท์ของเดนทิ-แคล:
1-800-322-6384

เครื่องพิมพ์ดีดเทเลเท็กซ์ (TTY):
1-800-735-2922

โทรฟรี พนักงานของ TSC จะตอบคำถามที่คุณมีเกี่ยวกับการไปพบทันตแพทย์ พวกเขาสามารถช่วยคุณเรื่อง:

- การค้นหาทันตแพทย์หรือคลินิกเดนทิ-แคล
- คำถามทั่วไปเกี่ยวกับโปรแกรมเดนทิ-แคล
- ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ได้รับการอนุมัติหรือปฏิเสธ
- ความมีพร้อมของบริการล่ามแปล
- ข้อมูลเกี่ยวกับส่วนแบ่งของค่าใช้จ่ายและการร่วมจ่ายสำหรับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่คุ้มครอง
  การกำหนดเวลาและการเปลี่ยนแปลงเวลานัดหมายเพื่อการคัดกรองทางคลินิก
- ข้อร้องเรียนและคำขอร้อง

ฉันจะได้รับข้อมูลใดจาก TSC?

เมื่อคุณโทรหา TSC คุณจะได้รับการเชื่อมโยงกับระบบโทรศัพท์อัตโนมัติ คุณจะเลือกจากเมนูตัวเลือก

คุณสามารถขอข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ:

- สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม
- จะยื่นขอการพิจารณาจากรัฐอย่างไร
- การขอสำเนาเวชระเบียนทางทันตกรรมของคุณ
- การรายงานการฉ้อโกงของเมดิ-แคลที่น่าสงสัย

นอกจากนี้คุณยังสามารถพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ของ TSC ได้อีกด้วย

เวลาที่ดีที่สุดที่จะโทรหาศูนย์บริการโทรศัพท์ของเดนทิ-แคลคือเวลากี่โมง?

เวลาที่ดีที่สุดที่จะโท TSC ของเดนทิ-แคลคือเวลาใดก็ได้ระหว่าง 8.00 น. ถึง 17.00 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์

ความช่วยเหลือด้านภาษา

ฉันจะทำอย่างไรหากฉันต้องการพูดในภาษาอื่นที่นอกเหนือจากภาษาอังกฤษ?

หากคุณต้องการพูดในภาษาอื่นที่นอกเหนือจากภาษาอังกฤษ โทรหา TSC เจ้าหน้าที่ TSC ของเราจะช่วยคุณเป็นภาษาอังกฤษและสเปน หากคุณพูดภาษาอื่น แจ้งเจ้าหน้าที่ของ TSC ว่าคุณพูดภาษาใด เรามีล่ามแปลที่จะเราจะสามารถโทรขอความช่วยเหลือได้

นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ TSC จะช่วยค้นหาทันตแพทย์ของเดนทิ-แคลที่พูดภาษาของคุณได้หรือมีพนักงานประจำสำนักงานที่พูดภาษาของคุณ

จะมีผู้ใดทำหน้าที่ล่ามแปลภาษาให้ฉันขณะที่ฉันคุยกับทันตแพทย์ทางโทรศัพท์ได้หรือไม่?

ได้ หากคุณต้องการล่ามแปลหรือต้องการความช่วยเหลือด้านบริการภาษา โทรหา TSC พวกเขาจะหาล่ามแปลให้สำหรับคุณ

จะมีผู้ใดทำหน้าที่ล่ามแปลภาษาให้ฉันที่คลินิกของทันตแพทย์ได้หรือไม่?

ได้ หากทันตแพทย์ไม่ได้พูดภาษาของคุณ คุณมีสิทธิที่จะขอรับบริการล่ามแปลโดยไม่มีค่าใช้จ่าย รวมไปถึงล่ามแปลภาษามือด้วย คุณอาจโทรหา TSC และขอบริการล่ามแปลเพื่อช่วยอธิบายคำศัพท์ทางทันตกรรม ซึ่งจะรวมไปถึงสิ่งที่ทันตแพทย์ได้บอกคุณในตอนที่คุณเข้าพบ คำอธิบายถึงแผนดูแลรักษาของคุณ หรือเพื่อพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ทันตกรรม

หากคุณมาถึงที่นัดหมายและต้องการล่ามแปลภาษาที่คลินิกของทันตแพทย์ คุณหรือทันตแพทย์ของคุณอาจโทรหา TSC แล้ว TSC จะเชื่อมต่อคุณกับตัวแทนที่สามารถเป็นล่ามแปลในภาษาที่คุณพูดได้

เว็บไซต์ของเดนทิ-แคล

เว็บไซต์ของเดนทิ-แคลอยู่ที่ไหน?

เว็บไซต์เดนทิ-แคลอยู่ที่: www.denti-cal.ca.gov

มีข้อมูลอะไรบ้างบนเว็บไซต์ของเดนทิ-แคล?

เว็บไซต์ของเดนทิ-แคลมีข้อมูลสำคัญหลากหลายเกี่ยวกับโปรแกรมทันตกรรมเมดิ-แคล รวมไปถึง:

- การสมัครเมดิ-แคล
- ข้อมูลติดต่อ
- ทรัพยากรทันตกรรม
- ค้นหาทันตแพทย์
- แบบฟอร์ม
- คำถามที่พบบ่อย (FAQ)
- ข้อมูลอื่น ๆ
- การติดต่อ
- สิ่งพิมพ์เผยแพร่

นอกจากนี้แล้วคุณจะพบคำตอบสำหรับคำถามที่พบบ่อยและหมายเลขโทรฟรีของ TSC ด้วย

การใช้บริการทันตกรรมภายใต้เมดิ-แคล

ฉันจะทราบได้อย่างไรว่าฉันจะสามารถรับบริการทันตกรรมได้หรือไม่?

คนส่วนใหญ่ที่มีสิทธิในโปรแกรมเมดิ-แคลมีสิทธิได้รับบริการทางทันตกรรมด้วย คุณไม่จำเป็นต้องสมัครแยกกันเพื่อขอรับบริการทันตกรรม คุณจะต้องแสดงบัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์เมดิ-แคล (BIC) ของคุณแก่ผู้ให้บริการทันตกรรมเพื่อรับบริการด้านทันตกรรม หากคุณมีคำถามใด ๆ หรือคุณต้องการทราบว่าคุณได้รับสิทธิประโยชน์โปรแกรมทันตกรรมเมดิ-แคลหรือไม่ โทรหา TSC

สิทธิประโยชน์ของเดนทิ-แคล

ส่วนนี้ให้ภาพรวมเกี่ยวกับการดูแลรักษาด้านทันตกรรมที่ครอบคลุมโดยเมดิ-แคล

มีสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมใดให้บ้างภายใต้โปรแกรมเมดิ-แคล?

ด้านล่างคือคู่มืออ้างอิงเกี่ยวกับผลประโยชน์สำหรับผู้รับสิทธิประโยชน์แบบรวบรัดซึ่งมีผลใช้วันที่ 1 มกราคม 2018 สิทธิประโยชน์ขึ้นอยู่กับรหัสการช่วยเหลือและถิ่นที่อยู่ของผู้รับสิทธิประโยชน์
ข้อมูลเพิ่มเติมสามารถหาอ่านได้บนเว็บไซต์เดนทิ-แคลที่ www.denti-cal.ca.gov

✓ สิทธิประโยชน์ ✗ ไม่ใช่สิทธิประโยชน์				
ขั้นตอน	**ขอบเขตทั้งหมด****	**ขอบเขตที่จำกัด****	**เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์****	**พำนักอาศัยในโรงงาน (SNF/ICF)**
การประเมินช่องปาก (ต่ำกว่าอายุ 3 ปี)*	✓	✗	✗	✓
การตรวจเบื้องต้น (อายุ 3 ปีขึ้นไป)	✓	✗	✓	✓
การตรวจเป็นระยะ (อายุ 3 ปีขึ้นไป)	✓	✗	✓	✓
การป้องกันโรค	✓	✗	✓	✓
ฟลูออไรด์	✓	✗	✓	✓
บริการฟื้นฟู – อะมอลกัม/คอมโพสิต/ครอบฟันสำเร็จรูป	✓	✗	✓	✓
ครอบฟันที่ผลิตในห้องปฏิบัติการ*	✓	✗	✓	✓
การขูดหินปูนและการเกลารากฟัน*	✓	✗	✓	✓
การขูดและล้างทั้งปาก	✗	✗	✗	✓
การดูแลเหงือกบริเวณใกล้คอฟัน	✓	✗	✓	✓
รากฟันหน้า	✓	✗	✓	✓
รากฟันหลัง	✓	✗	✓	✓
ฟันปลอมบางส่วน	✓	✗	✓	✓
ฟันปลอมทั้งปาก	✓	✗	✓	✓
การถอนฟัน/ศัลยกรรมช่องปากและใบหน้าขากรรไกร	✓	✓	✓	✓
การบริการฉุกเฉิน	✓	✓	✓	✓

ข้อยกเว้น:

มีข้อยกเว้นบางประการแก่สิทธิประโยชน์ข้างต้น (ทำเครื่องหมายเอาไว้ด้วยสัญลักษณ์นี้ *)
ดูคำศัพท์ด้านทันตกรรมและคำนิยามอื่น ๆ ในหน้า 23

แพทย์ของคุณจะบอกคุณว่าบริการใดที่ครอบคลุมหรือไม่ครอบคลุมโดยเดนทิ-แคล ทันตแพทย์ของคุณจะช่วยคุณตัดสินว่าการรักษาใดที่ดีที่สุด และบริการใดที่คุณจะสามารถรับได้ภายใต้โปรแกรมเมดิ-แคล ในระหว่างนัดครั้งแรกของคุณ แสดงบัตร BIC แก่ทันตแพทย์เพื่อให้พวกเขาสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของคุณได้

มีข้อจำกัดว่าเมดิ-แคลจะจ่ายค่าบริการทันตกรรมที่ครอบคลุมสูงสุดแค่ไหนหรือไม่ในหนึ่งปี? ระหว่างเด็กและผู้ใหญ่มีความแตกต่างหรือไม่?

ไม่มีข้อจำกัดรายปีสำหรับการบริการทันตกรรมที่คุ้มครองของเด็ก การจ่ายเงินของเมดิ-แคลสำหรับบริการทันตกรรมบางรายการให้กับผู้รับสิทธิประโยชน์อายุ 21 ปีขึ้นไปมีข้อจำกัดอยู่ที่ 1,800 ดอลลาร์ต่อคนสำหรับแต่ละปีปฏิทิน บริการทันตกรรมที่มีความจำเป็นทางการแพทย์อาจได้รับการอนุมัติมากกว่า 1,800 ดอลลาร์ ไม่มีข้อจำกัดรายปีสำหรับผู้รับสิทธิประโยชน์อายุ 21 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาล

มีสิทธิประโยชน์ใดเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษหรือไม่?

ด้วยข้อยกเว้นบางอย่าง บริการทันตกรรมที่ครอบคลุมจะเหมือนกันสำหรับทุกคน อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษอาจมีสภาวะทางกาย ทางพฤติกรรม ทางพัฒนาการ หรือทางอารมณ์ที่จำกัดความสามารถของทันตแพทย์ในการตรวจรักษา ในกรณีนี้ หากทันตแพทย์ตัดสินให้ต้องมีการใช้ยาระงับประสาทกับผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาช่องปาก ทันตแพทย์จะขอการอนุมัติจากเดนทิ-แคล

สิทธิประโยชน์ใดมีให้สำหรับเด็ก?

หากคุณหรือบุตรหลานของคุณอายุต่ำกว่า 21 ปี คุณอาจมีสิทธิได้รับบริการทันตกรรมเสริมภายใต้โปรแกรมการคัดกรองช่วงต้นและเป็นระยะ การรักษา และการวินิจฉัย (EPSDT)

สิทธิประโยชน์ใดมีให้สำหรับสตรีตั้งครรภ์?

หากคุณตั้งครรภ์ ไม่คำนึงว่าคุณมีเมดิ-แคลประเภทใด คุณสามารถรับการดูแลรักษาทางทันตกรรมที่ครอบคลุมทั้งหมดได้หากคุณมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดอื่นทั้งหมดของเดนทิ-แคลสำหรับการดูแลรักษานั้น ผู้รับสิทธิประโยชน์ที่ตั้งครรภ์จะมีสิทธิได้รับบริการเหล่านี้เป็นเวลา 60 วันภายหลังให้กำเนิดบุตร ภายหลังที่พวกเขาให้กำเนิดบุตรแล้ว สิทธิจะมีต่อเนื่องไปจนสิ้นสุดเดือนที่ครบกำหนดวันที่ 60

ทันตแพทย์ของเดนทิ-แคล

คุณสามารถขอการรักษาทางทันตกรรมจากทันตแพทย์ของเดนทิ-แคล (ทันตแพทย์ที่ลงทะเบียนในเมดิ-แคลเพื่อให้บริการทางทันตกรรม) โทรไปยังคลินิกทันตกรรมและถามว่าพวกเขายังคงยอมรับเมดิ-แคลหรือไม่และพวกเขารับผู้ป่วยใหม่หรือไม่
โปรดอ่านส่วนนี้เพื่อที่คุณจะได้รู้วิธีค้นหาทันตแพทย์ในโปรแกรมเดนทิ-แคล

ฉันจะค้นหาทันตแพทย์เดนทิ-คัลได้อย่างไร?

คุณสามารถเลือกทันตแพทย์เดนทิ-แคลคนใดก็ได้ คุณสามารถโทรขอให้ TSC ช่วยค้นหาทันตแพทย์เดนทิ-แคลในพื้นที่ของคุณ
นอกจากนี้แล้วคุณยังสามารถค้นหาทันตแพทย์เดนทิ-แคลทางออนไลน์โดยเข้าไปที่เว็บไซต์เดนทิ-แคลที่: https://www.denti-cal.ca.gov/find-a-dentist/home
อีกทั้งคุณยังสามารถค้นหาทันตแพทย์บนเว็บไซต์ Insure Kids Now ที่: https://www.insurekidsnow.gov/coverage/find-a-dentist/index.html

จะทำอย่างไรถ้าฉันไม่สามารถหาทันตแพทย์ที่ยอมรับแผนเดนทิ-แคลในพื้นที่ของฉัน?

โทรขอให้ TSC ช่วยค้นหาทันตแพทย์เดนทิ-แคลในพื้นที่ของคุณ

ศูนย์บริการโทรศัพท์ของเดนทิ-แคล:
1-800-322-6384
เครื่องพิมพ์ดีดเทเลเท็กซ์ (TTY):
1-800-735-2922

จะทำอย่างไรถ้าฉันต้องการผู้เชี่ยวชาญทันตกรรมเฉพาะทาง?

ทันตแพทย์ของคุณอาจส่งต่อคุณไปยังทันตแพทย์รายอื่นที่ดูแลรักษาเฉพาะด้าน โทรหา TSC เพื่อช่วยทำการนัดหมายผู้เชี่ยวชาญทันตกรรมเฉพาะทางให้กับคุณ

ฉันจะไปขอรับบริการทันตกรรมของฉันที่คลินิกได้หรือไม่?

ได้ คลินิกหลายแห่งจะรับผู้ป่วยเมดิ-แคลและให้บริการทันตกรรม
คุณสามารถขอรับการรักษาช่องปากและฟันของคุณในคลินิกได้หากคลินิกแห่งนั้นอนุมัติแล้วว่ายอมรับเมดิ-แคลและให้บริการทันตกรรมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบริการที่ครอบคลุมโดยโปรแกรม
คุณสามารถโทรหา TSC เพื่อให้ช่วยค้นหาคลินิกในเขตของคุณ
หรือคุณสามารถดูรายชื่อคลินิกในเขตของคุณบนเว็บไซต์เดนทิ-แคลที่: https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Dental_Clinics_Serving_Medi-Cal_Beneficiaries/

จะเป็นอย่างไรถ้าฉันไปพบทันตแพทย์ที่ไม่ใช่ทันตแพทย์ของเดนทิ-แคล?

โปรแกรมเดนทิ-แคลจะจ่ายเฉพาะค่าบริการที่คุณได้รับจากทันตแพทย์ผู้ที่ได้รับการลงทะเบียนในโปรแกรมเดนทิ-แคลเท่านั้น หากคุณไปพบทันตแพทย์ที่ไม่ได้ลงทะเบียนในเดนทิ-แคล คุณจะต้องจ่ายค่าบริการทันตกรรมที่คุณรับบริการด้วยตัวเอง

ฉันสามารถเปลี่ยนทันตแพทย์ได้หรือไม่?

ได้ คุณสามารถเข้าพบทันตแพทย์คนใดก็ได้ที่ได้ลงทะเบียนในเดนทิ-แคลและยอมรับผู้ป่วยรายใหม่ หากคุณลงทะเบียนแผน DMC เอาไว้ คุณอาจทำเรื่องขอให้กำหนดทันตแพทย์รายอื่นให้กับคุณ

ฉันจะเปลี่ยนทันตแพทย์ของฉันได้กี่ครั้ง?

ไม่มีข้อจำกัดในการเปลี่ยนทันตแพทย์ อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดในการรับการรักษาแบบเดียวกันจากทันตแพทย์คนละราย (ตัวอย่างเช่น การทำความสะอาดฟัน) เราแนะนำให้คุณเลือกทันตแพทย์ประจำครอบครัวที่เป็นทันตแพทย์ของเดนทิ-แคล

การเข้าพบทันตแพทย์รายเดิมจะช่วยฉันอย่างไรบ้าง?

การเข้าพบทันตแพทย์รายเดิมเพื่อรับการตรวจสุขภาพและรักษาเป็นประจำเป็นประโยชน์กับคุณในหลายด้าน:

- คุณจะได้รับการแจ้งเตือนเป็นประจำสำหรับการนัดพบครั้งต่อไป
- ทันตแพทย์ของคุณจะช่วยคุณหาผู้เชี่ยวชาญทันตกรรมเฉพาะทางหากคุณจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ทันตแพทย์ประจำของคุณให้ไม่ได้
- ทันตแพทย์ของคุณทราบประวัติสุขภาพของคุณและช่วยสังเกตปัญหาช่วงต้นเพื่อที่จะได้ให้การรักษาก่อนที่มันจะรุนแรงขึ้น

ฉันจะสามารถเปลี่ยนทันตแพทย์ในระหว่างที่ทำการรักษาอยู่ได้หรือไม่?

หากบริการทันตกรรมของคุณได้รับอนุมัติให้เพียงทันตแพทย์รายเดียว และคุณต้องการเปลี่ยนทันตแพทย์ของคุณ คุณต้องเขียนจดหมายเพื่อขอการเปลี่ยนแปลง มอบจดหมายให้ทันตแพทย์รายใหม่ของคุณเพื่อส่งไปยังเดนทิ-แคลพร้อมคำขอการอนุญาตล่วงหน้าของเขา เดนทิ-แคลจะออกการอนุมัติใหม่ให้แก่ทันตแพทย์รายใหม่ของคุณสำหรับบริการที่ยังเหลืออยู่

การรับการรักษาทางทันตกรรม

ฉันจะกำหนดการนัดหมายกับทันตแพทย์ของเดนทิ-แคลอย่างไร?

โทรไปยังสำนักงานของทันตแพทย์เพื่อกำหนดการนัดหมาย บอกทันตแพทย์ว่าคุณได้รับความคุ้มครองโดยเมดิ-แคล

และขอให้ทันตแพทย์ยืนยันว่าเขาหรือเธอเป็นทันตแพทย์ของเดนทิ-แคล
หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการนัดหมาย โทรหา TSC

ฉันต้องนำอะไรไปเมื่อไปพบทันตแพทย์?

นำบัตร BIC และบัตรประจำตัวที่มีรูปถ่าย เช่น ใบขับขี่หรือบัตรประจำตัวที่ออกให้โดยรัฐ
ในกรณีที่เป็นบุตรบุญธรรม หากผู้ปกครองอุปถัมภ์ไม่ได้รับ BIC
อาจใช้หมายเลขประกันสังคมเพื่อยืนยันสิทธิ์ หากคุณมีความคุ้มครองทางทันตกรรมอื่น ๆ
ให้นำข้อมูลนั้นมาแสดงให้ทันตแพทย์ของคุณด้วย

ฉันควรไปพบทันตแพทย์บ่อยแค่ไหน?

ฟันและเหงือกที่มีสุขภาพดีเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพทั้งหมด
ทันตแพทย์ของคุณจะบอกคุณว่าคุณควรไปตรวจสุขภาพบ่อยแค่ไหน - โดยปกติทุก ๆ 6 ถึง 12 เดือน
ทันตแพทย์ของคุณจะทำการวางแผนการรักษาหรือนัดติดตามผลการรักษาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสุขภาพทั่วไปของคุณ

หากคุณมีปัญหาด้านทันตกรรมที่ไม่ได้คาดไว้หรือปัญหาในระหว่างนัดตรวจตามตารางประจำของคุณ โทรไปยังสำนักงานทันตกรรมเพื่อขอความช่วยเหลือ
โทรหาทันตแพทย์ของคุณทันทีหากคุณได้รับบาดเจ็บหรือรู้สึกเจ็บปวดในช่องปาก

ทารกของฉันควรไปพบทันตแพทย์ได้เมื่อใด?

ทารกของคุณควรไปพบทันตแพทย์เมื่อฟันซี่แรกของเขาขึ้นหรือเมื่อครบรอบวันเกิดขวบปีแรก ขึ้นอยู่กับว่าอะไรมาถึงก่อน ภายหลังพบทันตแพทย์ครั้งแรก
บุตรของคุณควรเข้ามาตรวจสุขภาพฟันทุก ๆ หกเดือน รวมทั้งทำความสะอาดช่องปากด้วย
คุณสามารถขอข้อมูลเพิ่มเติมจากโบรชัวร์บริการทันตกรรมสำหรับผู้รับสิทธิประโยชน์อายุ 0-3 ปี บนเว็บไซต์เดนทิ-แคลที่: https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Beneficiary_Flyers_Brochures/

เมดิ-แคลสนับสนุนสมาคมตารางเวลาที่แนะนำของทันตแพทย์กุมารเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Association of Pediatric Dentists)
สำหรับการให้บริการทันตกรรมเชิงป้องกันซึ่งให้บริการแก่เด็ก ๆ ส่วนมาก เด็ก ๆ
ที่ต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษหรือเป็นโรคหรือบาดเจ็บอาจต้องการชุดบริการและ/หรือกรอบเวลาที่แตกต่างกันออกไป
ทันตแพทย์ของบุตรหลานของคุณจะเป็นผู้พิจารณาตารางเวลาที่ดีที่สุดสำหรับบริการเชิงป้องกันให้กับบุตรหลานของคุณ

จะทำอย่างไรกรณีที่ฉันต้องการบริการฉุกเฉิน?

ในช่วงเวลาทำการปกติ โทรหาทันตแพทย์ของคุณและอธิบายปัญหาของคุณ
หากคุณไม่สามารถติดต่อทันตแพทย์ของคุณได้ โทรหา TSC ระหว่างเวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เพื่อขอความช่วยเหลือในการรักษาช่องปาก

หากคุณต้องการบริการทันตกรรมฉุกเฉิน<u>ภายหลังชั่วโมงทำการ</u>
คุณควรปฏิบัติตามคำแนะนำในข้อความตอบกลับนอกเวลาทำการของทันตแพทย์ของคุณ
ไปยังห้องฉุกเฉินที่ใกล้ที่สุดเพื่อรับการรักษากรณีที่คุณไม่สามารถติดต่อสำนักงานทันตกรรมของคุณได้ หรือกรณีที่คุณไม่มีทันตแพทย์เดนทิ-แคล

"ความจำเป็นทางการแพทย์" หมายความว่าอย่างไร?

ความจำเป็นทางการแพทย์ หมายถึง
เกณฑ์ที่ใช้เพื่อตัดสินว่าบริการที่ครอบคลุมนั้นมีความจำเป็นและเหมาะสมหรือไม่เพื่อรักษาฟันเหงือก และสนับสนุนโครงสร้างต่าง ๆ ตามมาตรฐานปฏิบัติที่เป็นที่ทราบกันในวงการแพทย์
ดูคำศัพท์ทันตกรรมและคำนิยามอื่น ๆ ในหน้า 22 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม

ฉันจะทำอย่างไรหากฉันต้องการความคิดเห็นที่สอง?

หากคุณต้องการวิธีการทางทันตกรรมซึ่งทันตแพทย์ของคุณบอกคุณว่าคุณไม่มีคุณสมบัติได้รับการพิจารณาว่ามีความจำเป็นทางการแพทย์
คุณสามารถขอความคิดเห็นที่สองเกี่ยวกับการรักษาทันตกรรมของคุณได้ ติดต่อ TSC
และขอความช่วยเหลือเพื่อค้นหาทันตแพทย์รายอื่น

ทำไมเดนทิ-แคลขอให้ฉันไปตรวจสุขภาพฟันกับทันตแพทย์อีกราย?

คุณอาจได้รับจดหมาย "แจ้งการนัดตรวจสุขภาพทางทันตกรรม" จากเดนทิ-แคลที่บอกให้คุณไปยังนัดหมายการตรวจทางทันตกรรม กรุณาไปตามนัดทุกนัดให้ได้
นัดหมายนี้มีขึ้นในนามของคุณเพื่อยืนยันว่าการรักษาที่ทันตแพทย์ของคุณร้องขอนั้นจะได้รับการอนุมัติเพื่ออนุญาตให้ทำการรักษาหรือไม่

นัดหมายนี้จะใช้เวลาประมาณ 15 นาที จะยังไม่มีการทำฟันจากทันตแพทย์ผู้ทำการคัดกรอง
คุณไม่ต้องชำระเงิน ๆ สำหรับการนัดหมายนั้น เมื่อการนัดหมายสิ้นสุดลง
ทันตแพทย์จะส่งรายงานกลับมายังเดนทิ-แคล
รายงานดังกล่าวจะถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อพิจารณาว่าบริการนั้นควรได้รับการอนุญาตหรือปฏิเสธ

หากคุณไม่สามารถไปตามนัด โปรดโทรหา TSC อย่างน้อยสองวันก่อนการนัดหมาย
หากคุณไม่ได้ไปตามนัดและไม่ได้แจ้งเดนทิ-แคล บริการที่ร้องขอนี้อาจถูกปฏิเสธ

ต่อไปนี้เป็นข้อแนะนำที่สำคัญที่ต้องจดจำไว้:

- ไปตามนัดตรงเวลา หากคุณมาถึงสาย นัดของคุณอาจถูกกำหนดเวลาใหม่
- หากนัดของคุณเป็นนัดเกี่ยวกับฟันปลอม และทันตแพทย์ของคุณได้ขอฟันปลอมอันใหม่ ให้นำฟันปลอมที่คุณใส่อยู่ปัจจุบันมาด้วยในการนัดหมาย
- หากคุณโทรหา TSC ให้อ้างถึง "Screening #" (หมายเลขการคัดกรอง) ที่อยู่ทางมุมขวามือด้านล่างของจดหมายเมื่อดำเนินการโทร
- หมายเลขโทรศัพท์ไปยังสำนักงานอยู่ในจดหมายแล้วนั้นสำหรับสอบถามเส้นทางเท่านั้น โทรหา TSC เดนทิ-แคลหากมีคำถามอื่น ๆ

- ทันตแพทย์ผู้คัดกรองจะไม่สามารถพูดคุยคำแนะนำของเขาหรือบอกว่าบริการนั้นได้รับอนุมัติหรือปฏิเสธ

ฉันจะทำอย่างไรถ้าฉันต้องยกเลิกนัดทันตแพทย์?

หากคุณไม่สามารถไปตามนัดหมาย
ให้โทรไปยังสำนักงานของทันตแพทย์หนึ่งวันก่อนนัดหมายเป็นอย่างน้อยเพื่อยกเลิกหรือเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สำนักงานของทันตแพทย์จะสามารถช่วยกำหนดเวลานัดหมายให้คุณได้ใหม่

ฉันจะทำอย่างไรถ้าฉันจำเป็นต้องได้รับบริการทันตกรรมเมื่อฉันอยู่นอกแคลิฟอร์เนียหรือนอกประเทศ?

มีทันตแพทย์เมดิ-แคลประจำอยู่ในบางรัฐใกล้เขตแดนแคลิฟอร์เนีย
คุณสามารถรับบริการทันตกรรมที่ครอบคลุมได้จากทันตแพทย์เมดิ-แคลในพื้นที่รอบเขตเหล่านี้

จะต้องได้รับอนุมัติล่วงหน้าก่อนสำหรับบริการที่อยู่นอกรัฐทั้งหมด ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน
คุณสามารถโทร TSC เพื่อขอความช่วยเหลือ เมดิ-แคลไม่ครอบคลุมบริการทันตกรรมที่ดำเนินการภายนอกประเทศ
ยกเว้นบริการกรณีฉุกเฉินที่กำหนดให้คุณเข้ารับการรักษาในแคนาดาหรือเม็กซิโก

ค่าใช้จ่ายของบริการทันตกรรม

ฉันต้องจ่ายอะไรสำหรับค่ารักษาทันตกรรมของฉันหรือไม่?

บริการต่าง ๆ ในขอบเขตของสิทธิประโยชน์ของโปรแกรมทันตกรรมเมดิ-แคลจะไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายกับคุณ ยกเว้นว่าคุณมีความคุ้มครองเมดิ-แคลที่มีส่วนแบ่งของค่าใช้จ่าย คุณสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายนี้ในจุลสาร "เมดิ-แคลของฉัน" (ฉบับ 68) ที่คุณได้รับพร้อมกับแพคเกจลงทะเบียนเมดิ-แคลฉบับใหม่ของคุณ
นอกจากนี้คุณสามารถเข้าถึงจุลสารได้ที่: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx

ภายหลังที่ทันตแพทย์ยืนยันว่าคุณมีสิทธิได้รับบริการทันตกรรมของเมดิ-แคลแล้ว
ทันตแพทย์จะขอให้คุณชำระส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายหรือร่วมจ่ายจำนวนที่คุณติดค้างค่าบริการที่ครอบคลุมได้เท่านั้น
ทันตแพทย์อาจคิดค่าบริการกับคุณหากคุณเลือกการรักษาที่ไม่ได้ครอบคลุมโดยโปรแกรมเมดิ-แคล หรือคุณมีอายุ 21 ปีหรือมากกว่า และต้องการรักษาด้วยการจัดฟันแบบครอบคลุม (เหล็กจัดฟัน)

อะไรคือการร่วมจ่าย?

บริการของเมดิ-แคลบางบริการมีการร่วมจ่ายเล็กน้อย
ทันตแพทย์จะเรียกเก็บเงินร่วมจ่ายจากคุณในวันนัด ดูเกณฑ์การร่วมจ่ายด้านล่าง

เกณฑ์การร่วมจ่ายของเมดิ-แคล		
บริการที่อยู่ภายใต้การร่วมจ่าย	**ค่าธรรมเนียมร่วมจ่าย**	**การยกเว้นค่าธรรมเนียม**
บริการที่ไม่ใช่กรณีฉุกเฉินที่จัดหาให้ในห้องฉุกเฉิน: บริการที่ไม่ใช่กรณีฉุกเฉินหมายถึง "บริการใด ๆ ที่ไม่ใช่เพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดรุนแรงหรือต้องได้รับการวินิจฉัยโดยทันทีและการรักษาสภาวะทางแพทย์ที่รุนแรง ซึ่งหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยทันทีจะส่งผลให้ทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้" บริการดังกล่าวจะมีให้ในห้องฉุกเฉินซึ่งอยู่ภายใต้การร่วมจ่าย	$5.00	1. บุคคลที่อายุ 18 หรือต่ำกว่า 2. สตรีที่ได้รับการดูแลรักษาในระหว่างตั้งครรภ์และหนึ่งเดือนภายหลังคลอดบุตร 3. บุคคลที่อยู่ในสถานพยาบาล (โรงพยาบาล, สถานทักษะพยาบาล, สถานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง) 4. เด็กในสถานอุปถัมภ์ AFDC 5. บริการใด ๆ ซึ่งค่าใช้จ่ายของโปรแกรมอยู่ที่ $10 หรือน้อยกว่า
บริการผู้ป่วยนอก: อายุรเวช, จักษุ, ไคโรแพรคติก, จิตเวช, อรรถบำบัด, โสตสัมผัส, ฝังเข็ม, กิจกรรมบำบัด, กุมารเวช, ศูนย์ศัลยกรรม, โรงผู้ป่วยนอกของพยาบาลหรือคลินิก, กายภาพบำบัด และทันตกรรม	$1.00	1. บุคคลที่อายุ 18 หรือต่ำกว่า 2. สตรีที่ได้รับการดูแลรักษาในระหว่างตั้งครรภ์และหนึ่งเดือนภายหลังคลอดบุตร 3. บุคคลที่อยู่ในสถานพยาบาล (โรงพยาบาล, สถานทักษะพยาบาล, สถานดูแลผู้ป่วยระยะกลาง) 4. เด็กในสถานอุปถัมภ์ AFDC 5. บริการใด ๆ ซึ่งค่าใช้จ่ายของโปรแกรมอยู่ที่ $10 หรือน้อยกว่า
ใบสั่งยา: ใบสั่งยาหรือรีฟิลแต่ละครั้ง	$1.00	ข้างต้นที่ระบุไว้ทั้งหมด รวมทั้งบุคคลที่อายุ 65 ปีขึ้นไป

จะทำอย่างไรถ้าฉันไม่สามารถร่วมจ่ายได้เมื่อฉันไปพบแพทย์ตามนัด?

ทันตแพทย์เมดิ-แคลไม่สามารถปฏิเสธการรักษาคุณได้หากคุณไม่สามารถร่วมจ่ายในวันนัดของคุณ ซึ่งแตกต่างจากการแบ่งค่าใช้จ่าย

ฉันจะทำอย่างไรหากฉันได้จ่ายบริการที่ฉันไม่จำเป็นต้องจ่าย?

โทรหา TSC เพื่อขอความช่วยเหลือกับสถานการณ์ของคุณ หากคุณได้รับการเรียกเก็บเงิน หรือหากคุณได้จ่ายค่าดำเนินการทันตกรรมซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ของโปรแกรมเมดิ-แคลขึ้นอยู่กับรหัสการช่วยเหลือของคุณ เราสามารถช่วยเหลือคุณเพื่อให้ได้รับเงินคืนได้

ฉันจะทำอย่างไรหากฉันได้จ่ายบริการที่ฉันไม่จำเป็นต้องจ่าย?

โทรหา TSC เพื่อขอความช่วยเหลือกับสถานการณ์เฉพาะของคุณ หากคุณได้รับการเรียกเก็บเงิน หรือหากคุณได้จ่ายค่าดำเนินการทันตกรรมซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ของโปรแกรมเมดิ-แคลขึ้นอยู่กับรหัสการช่วยเหลือของคุณ เราสามารถช่วยเหลือคุณเพื่อให้ได้รับเงินคืนได้

ฉันจะทำอย่างไรหากได้รับใบแจ้งชำระเงินจากทันตแพทย์?

อันดับแรก
คุณควรโทรไปยังสำนักงานทันตกรรมของคุณและถามพวกเขาว่าทำไมจึงส่งใบแจ้งชำระเงินมาให้ สำนักงานทันตกรรมจะอธิบายค่าธรรมเนียมต่าง ๆ และเหตุผลที่ขอให้คุณชำระเงิน ตัวอย่างเช่น หากคุณมีส่วนแบ่งค่าใช้จ่าย คุณจะต้องจ่ายจำนวนนั้นก่อนที่ทันตแพทย์จะสามารถขอให้เดนทิ-แคลจ่ายค่ารักษา หรือหากคุณได้รับการรักษาซึ่งไม่ครอบคลุมโดยเมดิ-แคลหรือประกันอื่น ๆ คุณจะต้องจ่ายทันตแพทย์สำหรับการรักษานั้น

หากคุณยังคงมีคำถามว่าทำไมทันตแพทย์ถึงเรียกเก็บเงินคุณและ/หรือเมดิ-แคลจ่ายอะไรบ้าง โทรหา TSC

จะเกิดอะไรขึ้นหากฉันมีประกันทันตกรรมอื่น?

ทันตแพทย์ของคุณต้องส่งใบแจ้งชำระเงินไปยังประกันทันตกรรมอื่นของคุณก่อนขอให้เดนทิ-แคลจ่ายค่ารักษาใด ๆ โปรแกรมทันตกรรมเมดิ-แคลไม่จ่ายสิทธิประโยชน์ใด ๆ ที่คุณจะได้รับผ่านประกันทันตกรรมอื่น ๆ รวมทั้งโปรแกรมของรัฐบาลอื่น ๆ, TRICARE (CHAMPUS) หรือประกันภัยทดแทนแรงงาน ความคุ้มครองที่จัดหาให้ภายใต้เมดิ-แคลถือเป็นอันดับรองต่อความคุ้มครองอื่น ๆ ทั้งหมด

หากคุณมีประกันทันตกรรมอื่นที่ไม่จ่ายสำหรับบริการที่ครอบคลุมโดยเดนทิ-แคล หรือจ่ายน้อยกว่าจำนวนที่จ่ายโดยเดนทิ-แคล ทันตแพทย์ของคุณจะส่งใบเคลมไปยังเดนทิ-แคลเฉพาะจำนวนที่ยังไม่ได้จ่าย ทันตแพทย์ของคุณไม่สามารถขอให้คุณจ่ายค่ารักษาใด ๆ ที่ครอบคลุมโดยเดนทิ-แคล

การคมนาคมและบริการอื่น ๆ

ถ้าฉันไม่มีคนไปส่ง ฉันจะไปสำนักงานของทันตแพทย์ได้อย่างไร?

เมดิ-แคลสามารถนำส่งไปยังนัดตรวจทางแพทย์ สุขภาพจิต การใช้สารเคมี หรือทันตกรรมเมื่อการนัดหมายเหล่านั้นครอบคลุมโดยเมดิ-แคล การรับส่งมีทั้งแบบที่ไม่ใช่รถพยาบาล (NMT) หรือรถพยาบาลที่ไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน (NEMT) คุณสามารถใช้ NMT ได้หากคุณต้องการไปรับยาตามใบสั่งหรือเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์ทางแพทย์

หากคุณเดินทางด้วยรถยนต์ รถประจำทาง รถไฟ หรือแท็กซี่ แต่ไม่มียานพาหนะไปยังนัดหมายของคุณ สามารถที่จะรับบริการ NMT ได้

- หากคุณลงทะเบียนไว้ในแผนสุขภาพของเมดิ-แคล โทรไปยังแผนของคุณเพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับวิธีใช้บริการ NMT
- หากคุณไม่ได้ลงทะเบียนในแผนของเมดิ-แคล คุณสามารถทำดังต่อไปนี้:
  - โทรสำนักงานเมดิ-แคลในเขตของคุณเพื่อดูว่าพวกเขาจะสามารถช่วยเหลือในการรับส่งด้วย NMT ได้หรือไม่
  - หลังวันที่ 1 กรกฎาคม 2018 เมดิ-แคลจะเสนอผู้ให้บริการขนส่งที่ได้รับอนุมัติซึ่งจะสามารถรับส่งด้วยรถ NMT ได้ คุณจะต้องติดต่อผู้ให้บริการที่ได้รับอนุมัติในการรับส่ง หรือคุณสามารถโทรหาผู้ให้บริการด้านสุขภาพหรือทันตกรรมและสอบถามเกี่ยวกับผู้ให้บริการรับส่งในพื้นที่ของคุณ

เมดิ-แคลให้บริการ NEMT แก่ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ขึ้นอยู่กับความจำเป็นทางการแพทย์ ซึ่งแพทย์หรือทันตแพทย์ของคุณเป็นผู้พิจารณาผ่านการอนุมัติล่วงหน้า

หากคุณต้องการยานพาหนะพิเศษทางแพทย์เพื่อไปยังนัดของคุณ แจ้งให้ทันตแพทย์ของคุณทราบ ทันตแพทย์ของคุณจะสามารถสั่ง NEMT เช่น รถตู้สำหรับรถเข็นผู้ป่วย รถตู้พร้อมอุปกรณ์แพทย์ รถพยาบาลฉุกเฉิน หรือการขนส่งทางอากาศ สำหรับความช่วยเหลือในการขนส่ง โทรหา TSC หรือติดต่อแพทย์หรือทันตแพทย์ของคุณเพื่อขอความช่วยเหลือหรือขอ NEMT จากบ้านไปยังนัดตรวจทางแพทย์ การรับส่งอาจถูกใช้เฉพาะเพื่อขอรับบริการทางการแพทย์หรือทางทันตกรรมที่จำเป็นซึ่งครอบคลุมโดยเมดิ-แคล

แน่ใจว่าได้ขอรับบริการรับส่งโดยทันทีก่อนถึงการนัดหมาย หากคุณมีนัดบ่อยครั้ง ทันตแพทย์หรือแพทย์ของคุณอาจขอการรับส่งให้ล่วงหน้าเพื่อครอบคลุมการนัดหมายที่จะมีในอนาคต

ไปที่ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับส่งที่จัดให้โดยผู้ให้บริการ NMT ที่ได้รับการอนุมัติ

ฉันจะทำอย่างไรถ้าฉันมีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการพูด?

หากคุณมีข้อจำกัดในการได้ยินหรือการพูด โทรหาเราวันจันทร์ถึงวันศุกร์ จาก 8.00 น. ถึง 17.00 น. ผ่านทางสาย TTY ของเราที่ 1-800-735-2922 ในช่วงเวลาอื่น ๆ
โปรดโทรหาบริการรีเลย์แคลิฟอร์เนีย TDD/TTY ที่ 711 เพื่อขอรับความช่วยเหลือที่คุณต้องการ
บริการแปลภาษามืออเมริกัน (ASL) มีให้บริการตามกฎหมาย เมื่อขอความช่วยเหลือ
โปรดเตรียมข้อมูลต่อไปนี้ให้พร้อม:

- วันที่นัดหมายทางทันตกรรม
- เวลาเริ่มต้นและเวลาสิ้นสุดของการนัด
- ประเภทของการนัด (เช่น: "นัดทำฟัน, นัดศัลยกรรม, ขอคำปรึกษา เป็นต้น")
- ชื่อของบุคคลที่ต้องการบริการ ASL และรหัสประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ของเขา
- ที่อยู่ของที่ตั้งสำนักงานและหมายเลขโทรศัพท์
- ชื่อบุคคลติดต่อในสำนักงาน

ฉันจะทำอย่างไรหากฉันมีความบกพร่องทางสายตา?

คู่มือนี้และวัสดุที่สำคัญอื่น ๆ จะมีให้พร้อมด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่
ฟอร์แมตคอมพิวเตอร์ดิสก์ขนาดใหญ่ขึ้น (CD) และเทปออดิโอสำหรับผู้มีความบกพร่องทางสายตา
โปรดโทรหา TSC สำหรับรูปแบบทางเลือกอื่นหรือเพื่อขอให้ช่วยอ่านคู่มือฉบับนี้หรือวัสดุเดนทิ-แคลอื่น ๆ

จะทำอย่างไรหากฉันมีอาการทางแพทย์หรือปัญหาอื่นที่ทำให้ฉันได้รับการดูแลรักษาทางทันตกรรมได้ยากลำบาก?

โทรหา TSC เจ้าหน้าที่ TSC สามารถช่วยค้นหาทันตแพทย์ที่จะรักษาคุณ
นอกจากนี้พวกเขาจะช่วยประสานการดูแลรักษาของคุณกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ของคุณ
หากจำเป็น

จะทำอย่างไรหากฉันมีข้อจำกัดทางกายภาพที่ทำให้ฉันไปพบทันตแพทย์ได้ยากลำบาก?

เราพยายามทุกวิถีทางที่จะให้มั่นใจว่าผู้ทุพพลภาพสามารถเข้าถึงสำนักงานและสถานประกอบการของทันตแพทย์เดนทิ-แคล หากคุณไม่สามารถค้นหาทันตแพทย์ที่จะรับการรักษาได้ โปรดโทรหา TSC และเราจะช่วยคุณ

ขั้นตอนการร้องเรียน

เดนทิ-แคลมีขั้นตอนเพื่อแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนเกี่ยวกับ:

- บริการทันตกรรม
- คุณภาพในการรักษา
- การแก้ไขหรือการปฏิเสธคำขอรับการอนุมัติการรักษา
- ด้านอื่น ๆ ของบริการที่จัดหาให้ภายใต้โปรแกรมเดนทิ-แคล

ตัวอย่างของข้อร้องเรียน:

- คุณไม่สามารถรับบริการ การรักษา หรือยาที่คุณต้องการ
- บริการถูกปฏิเสธด้วยเหตุผลว่าไม่มีความจำเป็นทางการแพทย์
- คุณจะต้องรอนัดหมายนานเกินไป
- คุณได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ดีหรือได้รับการปฏิบัติอย่างหยาบคาย
- คุณได้รับการเรียกเก็บเงินที่สำนักงานของทันตแพทย์สำหรับบริการทันตกรรมที่ครอบคลุม
- สำนักงานทันตกรรมของคุณส่งใบแจ้งชำระเงินมาเรื่อย ๆ ซึ่งคุณเชื่อมั่นว่าคุณไม่ควรจะต้องจ่าย

ฉันจะทำอย่างไรหากเดนทิ-แคลปฏิเสธหรือจำกัดบริการที่ทันตแพทย์ของฉันได้ขอไป?

หากคุณได้รับการปฏิเสธบริการที่ทันตแพทย์ของคุณได้ร้องขอการอนุมัติ ให้ติดต่อทันตแพทย์ของคุณและถามทันตแพทย์ว่าจะสามารถขอให้มีการประเมินใหม่ได้หรือไม่

ฉันจะรู้ได้อย่างไรว่าเดนทิ-แคลได้ปฏิเสธบริการหรือไม่?

เดนทิ-แคลจะส่งจดหมายแจ้งการดำเนินการของเดนทิ-แคลให้ทราบหากการรักษาทางทันตกรรมของคุณถูกปฏิเสธหรือเปลี่ยนแปลง การแจ้งนี้จะอธิบายเหตุผลว่าทำไมการรักษาทางทันตกรรมที่ร้องขอถึงถูกปฏิเสธหรือเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้การแจ้งนี้ยังให้ข้อมูลว่าคุณจะสามารถทำอะไรได้บ้างหากคุณไม่เห็นด้วยกับการดำเนินการ

ฉันจะทำอย่างไรหากฉันมีข้อร้องเรียน? ฉันจะยื่นข้อร้องเรียนอย่างเป็นทางการได้อย่างไร?

ข้อร้องเรียนบางอย่างอาจแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วโดยการพูดคุยกับทันตแพทย์ของคุณเกี่ยวกับปัญหานั้นเป็นอันดับแรก บ่อยครั้งที่ทันตแพทย์สามารถแก้ไขข้อร้องเรียนของคุณได้อย่างรวดเร็ว หากคุณไม่ต้องการพูดคุยกับทันตแพทย์ของคุณก่อนหรือหากทันตแพทย์ไม่สามารถแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนของคุณได้ โทรหา TSC เดนทิ-แคลรับฟังข้อร้องเรียนทางโทรศัพท์หรือทางลายลักษณ์อักษร

เมื่อคุณโทรหา TSC โปรดให้ข้อมูลของคุณและชื่อทันตแพทย์ที่เกี่ยวข้อง อธิบายปัญหาของคุณ รวมทั้งบริการที่เกี่ยวข้องและการดำเนินการหรือการไม่ได้ดำเนินการใด ๆ TSC จะพยายามอย่างเต็มที่ในการแก้ไขปัญหาในระหว่างการโทร คุณจะได้รับการโทรติดตามผลหากข้อร้องเรียนของคุณไม่สามารถแก้ปัญหาได้โดย TSC ในการโทรครั้งแรก

ศูนย์บริการโทรศัพท์ของเดนทิ-แคล:

1-800-322-6384

เครื่องพิมพ์ดีดเทเลเท็กซ์ (TTY):

1-800-735-2922

หากคุณเลือกส่งข้อร้องเรียนเป็นลายลักษณ์อักษร
คุณสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มร้องเรียนสำหรับโปรแกรมทันตกรรมเมดิ-แคลสำหรับผู้รับประโยชน์ได้จากเว็บไซต์เดนทิ-แคล กรอกแบบฟอร์มและส่งคืนมายังเดนทิ-แคลตามที่อยู่ที่พิมพ์ไว้บนแบบฟอร์ม เดนทิ-แคลจะแจ้งให้คุณทราบเมื่อได้รับจดหมายแล้วภายในห้าวันตามปฏิทินเมื่อได้รับแบบฟอร์ม นอกจากนี้คุณยังสามารถโทรหา TSC เพื่อสอบถามว่าแบบฟอร์มของคุณไปถึงหรือยัง

ตัวอย่างแบบฟอร์มร้องเรียนโปรแกรมทันตกรรมเมดิ-แคลสำหรับผู้รับประโยชน์อยู่ในหน้าถัดไป
แบบฟอร์มยังสามารถหาได้บนหน้าสำหรับผู้รับประโยชน์ในเว็บไซต์เดนทิ-แคลที่:
https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/
แบบฟอร์มนี้มีให้เฉพาะภาษาอังกฤษเท่านั้น

กระทรวงบริการดูแลสุขภาพปฏิบัติตามกฎหมายสิทธิของรัฐบาลกลางที่เกี่ยวข้องและไม่เลือกปฏิบัติโดยพิจารณาจากเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ
กระทรวงบริการดูแลสุขภาพไม่แบ่งแยกหรือไม่ปฏิบัติกับพวกเขาแตกต่างกันเพราะเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ เพื่อเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายการไม่เลือกปฏิบัติ โปรดเข้าชมเว็บไซต์กระทรวงบริการดูแลสุขภาพที่:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

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

จะเกิดอะไรขึ้นหลังจากที่ฉันยื่นข้อร้องเรียนไป?

หากคุณแจ้งข้อร้องเรียนผ่านทางโทรศัพท์และข้อร้องเรียนยังไม่ได้รับการแก้ไขในระหว่างการโทร คุณจะได้รับการโทรติดตามผลเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป
หากข้อร้องเรียนของคุณไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ในระหว่างการโทรติดตามผล เราจะช่วยคุณดาวน์โหลดแบบฟอร์มข้อร้องเรียนโปรแกรมทันตกรรมเมดิ-แคลสำหรับผู้รับประโยชน์จากเว็บไซต์เดนทิ-แคล https://www.denti-cal.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/Beneficiary_Forms/
นอกจากนี้เรายังสามารถส่งแบบฟอร์มนี้คุณทางไปรษณีย์
เมื่อคุณได้กรอกและเซ็นลงนามในแบบฟอร์มแล้ว ส่งไปรษณีย์มายังเดนทิ-แคลตามที่อยู่ที่พิมพ์อยู่บนแบบฟอร์ม ตัวอย่างของแบบฟอร์มร้องเรียนแสดงอยู่ในหน้า 18-20

หากคุณยื่นข้อร้องเรียนเป็นลายลักษณ์อักษร เดนทิ-แคลจะแจ้งให้คุณทราบว่าได้รับแล้วหรือยังภายในห้าวันทำการตามปฏิทินเมื่อได้รับแบบฟอร์มร้องเรียนของคุณแล้ว ข้อร้องเรียนที่เป็น
ลายลักษณ์อักษรอาจส่งต่อไปให้ที่ปรึกษาทางทันตกรรมของเดนทิ-แคล
ซึ่งจะพิจารณาว่าจะใช้วิธีดำเนินการอย่างไรต่อไป เราอาจ:

- ติดต่อคุณและ/หรือทันตแพทย์ของคุณ
- ส่งคุณไปตรวจคัดกรองทางการแพทย์
- ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานตรวจสอบที่เหมาะสม

เดนทิ-แคลจะส่งจดหมายสรุปข้อค้นพบและเหตุผลสำหรับการตัดสินใจภายใน 30 วันที่ได้รับข้อร้องเรียน กรอบเวลา 30 วันอาจยืดออกไปอีกในบางกรณี ตัวอย่างเช่น คุณอาจต้องการเวลาเพิ่มเติมเพื่อไปยังนัดตรวจคัดกรองทางคลินิกของคุณ

หากฉันไม่ชอบสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อฉันยื่นข้อร้องเรียน มีสิ่งอื่นใดที่ฉันจะทำได้อีกหรือไม่?

หากคุณไม่พอใจกับการตัดสินใจของขั้นตอนตรวจสอบข้อร้องเรียน
คุณอาจขอให้**มีการพิจารณาจากรัฐ** เพื่อเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการพิจารณาจากรัฐของเมดิ-แคล โปรดเข้าดูเว็บไซต์กระทรวงบริการดูแลสุขภาพที่: http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx

กระบวนการพิจารณาจากรัฐ

หากการรักษาที่ทันตแพทย์ของคุณร้องขอถูกปฏิเสธหรือเปลี่ยนแปลง
คุณอาจไม่พอใจกับวิธีการแก้ไขปัญหาในข้อร้องเรียนของคุณเกี่ยวกับบริการที่ถูกปฏิเสธดังกล่าว
คุณอาจขอให้มีการพิจารณาจากรัฐผ่านทางกระทรวงบริการทางสังคม (CDSS) แห่งแคลิฟอร์เนีย
สำนักงานให้บริการทางสังคมประจำเขตของคุณจะสามารถช่วยเหลือคุณกับคำขอนี้
คุณสามารถค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุในสมุดโทรศัพท์ประจำพื้นที่ของคุณ
เว็บไซต์ของเขตของคุณ หรือใช้ แอพมือถือของเมดิ-แคล

คุณอาจแสดงตนที่สถานที่สำหรับการพิจารณาของรัฐหรือให้เพื่อน ทนาย หรือบุคคลอื่นใดเป็นตัวแทนของคุณก็ได้
คุณเป็นผู้รับผิดชอบในการเตรียมการหากคุณต้องการให้บุคคลอื่นไปแสดงตนแทนคุณ
เพื่อขอรับความช่วยเหลือทางกฎหมายโดยไม่เสียเงิน
โทรหน่วยตอบและสอบถามเพื่อสาธารณะของ CDSS ที่ 1-800-952-5253
หน่วยนี้จะสามารถช่วยเหลือคุณในเรื่องข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับขั้นตอนการพิจารณาของรัฐ

การขอการพิจารณาจากรัฐจะไม่กระทบกับสิทธิประโยชน์ในการรับบริการทางทันตกรรมของคุณ
และคุณจะไม่ได้รับโทษในการขอให้รัฐพิจารณา
เราจะธำรงความเชื่อมั่นในระหว่างขั้นตอนการร้องเรียนทั้งหมด

ฉันจะขอให้มีการพิจารณาจากรัฐได้เมื่อใด?

หากคุณไม่เห็นด้วยกับประกาศแจ้งการดำเนินการของเดนทิ-แคลที่คุณได้รับ
คุณควรพูดคุยแผนการรักษาที่แตกต่างออกไปกับทันตแพทย์ของคุณก่อนเป็นอันดับแรกเพื่อให้ได้รับการรักษาที่ดีที่สุดซึ่งครอบคลุมในโปรแกรมเดนทิ-แคลนี้
หากคุณและทันตแพทย์ของคุณยอมรับว่าแผนการรักษาที่ต่างออกไปไม่ใช่ตัวเลือก คุณมีเวลา 90 วันหลังวันที่ได้รับการแจ้งนั้นเพื่อขอให้มีการพิจารณาจากรัฐ

ฉันจะเริ่มกระบวนการได้เมื่อใด?

คุณสามารถเริ่มกระบวนการโดยโทรหมายเลขโทรฟรีที่ 1-800-952-5253 คุณอาจ
ส่งการแจ้งการดำเนินการของเดนทิ-แคลทั้งหมดหรือเขียนไปที่:

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

หากคุณกำลังโทรหรือเขียนเพื่อขอการพิจารณาจากรัฐ
โปรดแน่ใจว่าได้ให้หมายเลขควบคุมเอกสาร (DCN)
ที่ปรากฏอยู่ในใบแจ้งการดำเนินการของเดนทิ-แคล DCN
ระบุคำร้องขอการอนุมัติเพื่อการรักษาที่บริการต่าง ๆ ถูกปฏิเสธ
และช่วยเร่งกระบวนการของคำร้องของคุณ

คำศัพท์ด้านทันตกรรมและคำนิยามอื่น ๆ

มีคำศัพท์มากมายที่ใช้ในโปรแกรมเดนทิ-แคลซึ่งมีความหมายพิเศษหรือทางเทคนิค
และคำศัพท์ด้านทันตกรรมบางคำอาจฟังดูไม่คุ้นเคย
เราหวังว่าคุณจะพบว่าคำนิยามเหล่านี้เป็นประโยชน์ หากคุณมีคำถาม โทรหา TSC
และพูดคุยกับหนึ่งในตัวแทนของเรา

รหัสช่วยเหลือ: อธิบายประเภทความคุ้มครองเมดิ-แคลที่คุณมี

อุทธรณ์: คำขออย่างเป็นทางการเพื่อขอให้เดนทิ-แคลตรวจสอบบริการเพื่อรักษาที่มีซึ่งถูกปฏิเสธ การร้องเรียนนี้อาจยื่นโดยทันตแพทย์ของคุณ หรือตัวแทนที่ได้รับอนุญาต

การอนุมัติ: ดู การอนุมัติล่วงหน้า

ผู้รับสิทธิประโยชน์: บุคคลที่มีสิทธิในผลประโยชน์ของเมดิ-แคล

บัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ (BIC):
บัตรประจำตัวที่ออกให้แก่ผู้รับสิทธิประโยชน์โดยกระทรวงบริการดูแลสุขภาพ BIC ประกอบด้วยหมายเลขของผู้รับสิทธิประโยชน์และข้อมูลที่สำคัญอื่น ๆ

สิทธิประโยชน์: บริการทางทันตกรรมที่จำเป็นทางการแพทย์ที่จัดหาให้โดยทันตแพทย์ของเดนทิ-แคลซึ่งมีให้ผ่านทางโปรแกรมทันตกรรมเมดิ-แคล

การคัดกรองทางคลินิก:
การตรวจโดยทันตแพทย์เพื่อให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของการรักษาที่เสนอหรือจัดหาให้โดยทันตแพทย์เดนทิ-แคลรายอื่น โปรแกรมเดนทิ-แคลอาจกำหนดให้มีการคัดกรองทางคลินิกภายใต้บางสถานการณ์

ข้อร้องเรียน: การแสดงออกถึงความไม่พึงพอใจทางวาจาหรือลายลักษณ์อักษร รวมทั้งการโต้แย้ง การขอร้องให้พิจารณาใหม่
หรือการอุทธรณ์ที่ทำโดยผู้รับสิทธิประโยชน์หรือทันตแพทย์ในนามของผู้รับสิทธิประโยชน์ โดยทั่วไปการยื่นข้อร้องเรียนมีขึ้นเนื่องจากสภาพของสิ่งแวดล้อมหรือพนักงานที่มีการจัดหาบริการให้

การร่วมจ่าย: สัดส่วนเล็กน้อยของค่าธรรมเนียมของทันตแพทย์ซึ่งจ่ายให้โดยผู้รับสิทธิประโยชน์

บริการที่ครอบคลุม: ชุดขั้นตอนทางทันตกรรมที่เป็นสิทธิประโยชน์ของโปรแกรมเดนทิ-แคล เดนทิ-แคลจะจ่ายเฉพาะบริการที่จำเป็นทางการแพทย์ซึ่งจัดหาโดยทันตแพทย์เดนทิ-แคล ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ของโปรแกรมเดนทิ-แคล เด็กอายุต่ำกว่า 21
ปีมีสิทธิที่จะได้รับบริการที่ครอบคลุมมากขึ้น เช่น การจัดฟัน หากมีความจำเป็นทางการแพทย์

ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม: ทันตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษา เช่น รักษารากฟัน ศัลยกรรมในช่องปาก ทันตกรรมสำหรับเด็ก และการจัดฟัน (เหล็กจัดฟัน)

เดนทิ-แคล: โปรแกรมดูแลรักษาทางทันตกรรมของเมดิ-แคลที่ไม่มีค่าบริการ

ทันตแพทย์ของเดนทิ-แคล:
ทันตแพทย์ที่ได้รับการอนุมัติให้จัดหาบริการที่ครอบคลุมแก่ผู้รับสิทธิประโยชน์ของเมดิ-แคล

โปรแกรมการคัดกรองช่วงต้นและเป็นระยะ การวินิจฉัย และการรักษา (EPSDT)
โปรแกรมของรัฐบาลกลางที่ให้การดูแลสุขภาพแก่เด็ก ๆ ผ่านทางบริการตรวจคัดกรองเป็นระยะ วินิจฉัย และรักษา การดูแลทางทันตกรรมรวมอยู่ในโปรแกรม EPSDT นี้

สิทธิ: หมายถึงการมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ของเมดิ-แคล

สภาวะทางทันตกรรมฉุกเฉิน:
สภาวะทางทันตกรรมที่หากไม่ได้รับการรักษาในทันทีอาจทำให้เกิดอันตรายต่อบุคคล มีอาการบาดเจ็บรุนแรง หรือร่างกายทำงานบกพร่องได้

หมอรักษารากฟัน:
ผู้เชี่ยวชาญทางทันตกรรมเฉพาะทางที่ฝึกฝนมาในการรักษาโรคและการบาดเจ็บของประสาทในฟันและรากฟัน

โปรแกรมการคัดกรองช่วงต้นและเป็นระยะ การวินิจฉัย และการรักษา:
สิทธิประโยชน์สำหรับผู้รับสิทธิประโยชน์ของเมดิ-แคลอายุต่ำกว่า 21 ปีเมื่อมีความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขหรือเยียวยาข้อบกพร่อง และความเจ็บป่วยและสภาวะทางร่างกายและจิตใจ

เมดิ-แคลแบบเต็มรูปแบบ: เมดิ-แคลแบบเต็มรูปแบบจัดหาบริการด้านการดูแลสุขภาพแก่บุคคลที่มีรายได้ต่ำ เด็กทุกคนที่ลงทะเบียนเมดิ-แคล เด็กอุปถัมภ์และอดีตเยาวชนอุปถัมภ์ที่อายุสูงสุด 26 ปี สตรีมีครรภ์ และบุคคลพิการทางสายตาและบุคคลทุพพลภาพมีขอบเขตเต็มรูปแบบ

การระบุ: หมายถึงสิ่งที่พิสูจน์ว่าบุคคลเป็นใคร เช่น ใบขับขี่

ข้อจำกัด: หมายถึงจำนวนบริการที่ได้รับการอนุมัติ ประเภทบริการที่ได้รับการอนุมัติ และ/หรือบริการทันตกรรมที่เหมาะสมที่สามารถจ่ายได้

ข้อจำกัดทางการแพทย์: บริการที่ครอบคลุมซึ่งมีความจำเป็นและเหมาะสมในการรักษาฟันเหงือก และสนับสนุนโครงสร้าง และที่ (ก) ให้ตามมาตรฐานในการปฏิบัติอย่างมืออาชีพที่เป็นที่ทราบกันดี (ข) พิจารณาโดยทันตแพทย์ที่ทำการรักษาโดยให้สอดคล้องกับสภาวะทางทันตกรรม และ (ค) ประเภทที่เหมาะสมที่สุด ซัพพลายและระดับของบริการโดยพิจารณาถึงความเสี่ยงที่อาจมี สิทธิประโยชน์ และบริการที่ครอบคลุมซึ่งเป็นทางเลือก

ความคุ้มครองด้านสุขภาพอื่น ๆ / ประกันสุขภาพอื่น ๆ:
ความคุ้มครองในบริการที่เกี่ยวกับทันตกรรมที่คุณอาจมีภายใต้แผนทันตกรรมส่วนตัว โปรแกรมประกันภัย และโปรแกรมดูแลทางทันตกรรมของรัฐบาลกลางอื่น ๆ หรือภายใต้สิทธิตามสัญญาหรือกฎหมายอื่น ๆ

ศัลยกรรมช่องปาก:
ผู้เชี่ยวชาญทันตกรรมที่มีทักษะเชี่ยวชาญจำเพาะเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรค การบาดเจ็บ ความผิดปกติ ข้อบกพร่อง และรูปลักษณ์ของปาก กราม และใบหน้าทางศัลยศาสตร์

หมอฟันที่เชี่ยวชาญด้านจัดฟันและขากรรไกร:
ผู้เชี่ยวชาญทางทันตกรรมซึ่งมีทักษะจำเพาะในการป้องกันและรักษาปัญหาที่เกิดจากการสบฟันของฟันบนและฟันล่างทำให้เกิดปัญหาในการกัดหรือเคี้ยว

ทันตแพทย์กุมารเวชศาสตร์: ผู้เชี่ยวชาญทางทันตกรรมซึ่งมีทักษะจำเพาะในการรักษาเด็ก ๆ ตั้งแต่เกิดจนเป็นวัยรุ่น โดยให้การรักษาเบื้องต้นและแบบครอบคลุม

ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านโรคเหงือก:
ผู้เชี่ยวชาญทางทันตกรรมซึ่งมีทักษะจำเพาะในการรักษาโรคของเหงือกและเนื้อเยื่อรอบฟัน

ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์: บริการที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์มีให้ตั้งแต่คลอด ตั้งแต่วันที่ตั้งครรภ์ที่มีการตรวจพบทางแพทย์และหลังคลอดไปจนถึงสิ้นสุดเดือนที่ระยะ 60 วันภายหลังการคลอดสิ้นสุดลง
โดยไม่คำนึงถึงรหัสความช่วยเหลือของคุณและ/หรือขอบเขตของสิทธิประโยชน์ คุณมีสิทธิที่จะได้รับขั้นตอนทางทันตกรรมที่ครอบคลุมทั้งหมดตราบใดที่คุณมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และขั้นตอนกระบวนการอื่น ๆ ทั้งหมด

การอนุมัติล่วงหน้า: คำร้องโดยทันตแพทย์เพื่อให้อนุมัติบริการก่อนที่พวกเขาจะปฏิบัติการ ทันตแพทย์จะได้รับการแจ้งอนุมัติ (NOA) จากเดนทิ-แคลสำหรับบริการที่ได้รับการอนุมัติ

ทันตแพทย์ทันตกรรมประดิษฐ์:
ผู้เชี่ยวชาญทางทันตกรรมซึ่งมีทักษะจำเพาะในการเปลี่ยนทดแทนฟันที่หายไปด้วยฟันปลอม สะพานฟัน และวัตถุที่ใช้แทนอื่น ๆ

ผู้ให้บริการ: ทันตแพทย์, ทันตานามัยที่ลงทะเบียนในการรักษาทางเลือก (RDHAP), กลุ่มทันตกรรม, โรงเรียนหรือคลินิกทันตกรรมที่ลงทะเบียนในโปรแกรมเมดิ-แคลเพื่อให้การดูแลสุขภาพและ/หรือบริการทางทันตกรรมแก่ผู้รับสิทธิประโยชน์ของเมดิ-แคล

ขอบเขตที่จำกัด: จำกัดเพื่อบริการกรณีฉุกเฉินเท่านั้น

ส่วนแบ่งค่าใช้จ่าย: จำนวนที่คุณต้องจ่ายหรือสัญญาจะจ่ายในแต่ละเดือนเพื่อสุขภาพหรือทันตกรรมก่อนที่เมดิ-แคลจะเริ่มจ่าย

ข้อกำหนด: หมายถึงสิ่งที่คุณต้องทำ หรือกฎที่คุณต้องปฏิบัติตาม

ความรับผิดชอบ: หมายถึงสิ่งที่คุณควรทำ หรือคาดหวังที่จะทำ

การพิจารณาจากรัฐ:
การพิจารณาจากรัฐเป็นขั้นตอนทางกฎหมายที่อนุญาตให้ผู้รับสิทธิประโยชน์ร้องขอการประเมินคำร้องขออนุมัติการรักษาใหม่อีกครั้ง ซึ่งมีการปฏิเสธและเปลี่ยนแปลง
มันจะช่วยให้ผู้รับสิทธิประโยชน์หรือทันตแพทย์ร้องขอให้มีการประเมินเคสที่ต้องชดเชยเงิน

คำขออนุมัติการรักษา: คำขอที่ส่งโดยทันตแพทย์เดนทิ-แคลเพื่อรับการอนุมัติสำหรับบริการที่ครอบคลุมบางอย่าง ก่อนการรักษาจะเริ่มต้น คำขออนุมัติการรักษาจะต้องใช้ในบริการบางอย่างและภายใต้สถานการณ์บางอย่าง

สิทธิและความรับผิดชอบของคุณ

อะไรคือสิทธิและความรับผิดชอบของฉันภายใต้โปรแกรมเมดิ-แคล

เมื่อคุณสมัครเมดิ-แคล คุณจะได้รับรายการสิทธิและความรับผิดชอบของคุณ ซึ่งรวมไปถึงข้อกำหนดในการรายงานความเปลี่ยนแปลงเรื่องที่อยู่ รายได้ หรือหากมีบุคคลตั้งครรภ์หรือให้กำเนิดบุตร
คุณสามารถค้นหารายการของสิทธิและความรับผิดชอบของคุณซึ่งปรับปรุงข้อมูลล่าสุดได้ที่ด้านล่าง: http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Medi-CalFairHearing.aspx
นอกจากนี้คุณยังสามารถค้นหานโยบายการไม่เลือกปฏิบัติของกระทรวงบริการดูแลสุขภาพ ที่: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

คุณมีสิทธิที่จะ:

- ได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพและศักดิ์ศรี
- รับการบริการทางทันตกรรมที่คุณมีสิทธิที่จะได้รับผลประโยชน์ตามโปรแกรมของเมดิ-แคลโดยทันตแพทย์ที่ลงทะเบียนซึ่งคุณเลือกได้
- ขอรับการนัดหมายภายในปริมาณเวลาที่เหมาะสม
- เข้าร่วมการพูดคุยและตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลด้านทันตกรรม รวมถึงตัวเลือกในการรักษาที่เหมาะสมและทางการแพทย์
- เก็บระเบียนประวัติทันตกรรมของคุณให้เป็นความลับ ซึ่งหมายความว่า คุณจะไม่แบ่งปันข้อมูลการดูแลทันตกรรมของคุณโดยไม่ได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเว้นแต่จะได้รับอนุญาตตามกฎหมาย
- บอกเราเกี่ยวกับข้อกังวลในเรื่องเดนทิ-แคล หรือเกี่ยวกับบริการทางทันตกรรมที่คุณได้รับ
- ขอข้อมูลเกี่ยวกับเดนทิ-แคล บริการและทันตแพทย์ที่มีพร้อมให้
- ดูระเบียนประวัติทันตกรรมของคุณ
- ขอล่ามแปลภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- ใช้ล่ามแปลภาษาที่ไม่ใช่คนในครอบครัวหรือเพื่อนของคุณ
- ยื่นข้อร้องเรียนหากไม่มีการให้บริการในภาษาที่คุณต้องการ

ความรับผิดชอบของคุณคือต้อง:

- ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องของคุณแก่ทันตแพทย์และเมดิ-แคล
- เข้าใจปัญหาทางทันตกรรมของคุณและมีส่วนร่วมในการพัฒนาเป้าหมายของการรักษาให้มากเท่าที่จะทำได้กับทันตแพทย์ของคุณ
- แสดงบัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์เสมอเมื่อขอรับบริการ
- ถามคำถามเกี่ยวกับสภาวะในช่องปากใด ๆ และทำให้แน่ใจว่าคำอธิบายและคำแนะนำมีความชัดเจนแล้วสำหรับคุณ

- ขอและรักษาการนัดหมายทางทันตกรรม
  คุณควรแจ้งให้ทันตแพทย์ของคุณทราบอย่างน้อยยี่สิบสี่ (24) ชั่วโมงล่วงหน้าหากคุณต้องยกเลิกการนัดหมาย
- ช่วยเดนทิ-แคลรักษาระเบียนประวัติทางการแพทย์ที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันโดยการให้ข้อมูลทันเวลาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ สถานะครอบครัว และความคุ้มครองในการดูแลสุขภาพอื่น ๆ
- แจ้งเดนทิ-แคลโดยเร็วที่สุดหากทันตแพทย์ให้ใบแจ้งชำระเงินที่ไม่ถูกต้องกับคุณหรือหากคุณมีข้อร้องเรียน
- ปฏิบัติต่อเจ้าหน้าที่เดนทิ-แคลและทันตแพทย์ด้วยความเคารพและสุภาพ

ความเป็นส่วนตัวของคุณสำคัญกับเรา

ส่วนนี้อธิบายถึงวิธีรับข้อมูลและข้อมูลทางการแพทย์จะถูกนำไปใช้และเปิดเผยอย่างไร นอกจากนี้แล้วยังอธิบายว่าคุณจะเข้าถึงข้อมูลของคุณได้อย่างไร

ประกาศแจ้งการปฏิบัติเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัว

กระทรวงบริการดูแลสุขภาพจะส่งประกาศแจ้งการปฏิบัติเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวให้กับคุณ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแพคเกจต้อนรับของเมดิ-แคล คุณสามารถเข้าถึงสำเนาออนไลน์โดยเข้าไปที่ http://dhcs.ca.gov/privacyoffice
ประกาศแจ้งนี้อธิบายสิทธิด้านความเป็นส่วนตัวของคุณและทางเลือกเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของคุณ

ฉันจะเห็นได้อย่างไรว่าข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการปกป้องข้อมูลใดที่เดนทิ-แคลมีเกี่ยวกับตัวฉัน?

คุณมีสิทธิขอดูข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการปกป้องของคุณในระเบียนประวัติที่เดนทิ-แคลเก็บไว้ นอกจากนี้คุณยังมีสิทธิที่จะขอสำเนาของระเบียนเหล่านี้
คุณอาจถูกเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการทำสำเนาระเบียนประวัติและอากรไปรษณีย์
คุณจะได้รับคำตอบภายใน 30 วันหลังจากเราได้รับคำร้องของคุณ

คุณจะต้องส่งสำเนาภาพถ่ายของใบขับขี่ประจำรัฐแคลิฟอร์เนียของคุณ บัตรประจำตัว DMV หรือบัตรประจำตัวอื่น ๆ ที่สามารถพิสูจน์ตัวตนของคุณ
นอกจากนี้คุณจะต้องส่งเอกสารเพื่อยืนยันที่อยู่ของคุณ

คุณสามารถขอรับแบบฟอร์มคำร้องโดยโทรหา TSC
หรือกรองแบบฟอร์มออนไลน์และพิมพ์แบบฟอร์ม:

1. ไปที่ https://www.denti-cal.ca.gov/
2. คลิกบนแท็บ **Beneficiaries (ผู้รับสิทธิประโยชน์)** ที่ด้านบนของเว็บเพจ
3. คลิกบน **Denti-Cal (Fee-For-Service) (เดนทิ-แคล (ค่าธรรมเนียมสำหรับบริการ))**

4. คลิกบน **Forms (แบบฟอร์ม)**
5. เลือกแบบฟอร์มเพื่อ**Request Personal Health Information from Denti-Cal (ขอข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลจากเดนทิ-แคล)**

ส่งแบบฟอร์มที่กรอกเรียบร้อยแล้วไปพร้อมกับบัตรประจำตัวของคุณที่:

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

หมายเหตุ: ความพยายามในการหลอกเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการปกป้องจะต้องรับโทษตามกฎหมาย

เดนทิ-แคลมุ่งมั่นในการปกป้องข้อมูลที่คุณให้เรากับ
เพื่อป้องกันการเข้าถึงที่ไม่ได้รับอนุญาตหรือการเปิดเผยข้อมูล เพื่อรักษาความถูกต้องของข้อมูล และเพื่อให้มั่นใจว่ามีการใช้ข้อมูลอย่างเหมาะสม เดนทิ-
แคลมีกระบวนการในบริหารจัดการทางกายภาพอย่างเหมาะสมเพื่อปกป้องข้อมูลที่เราเก็บรวบรวม