

會員手冊

關於福利須知

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

聯合承保證明書和 披露權益表

2019 年

洛杉磯縣
預付健康計劃 (PHP)



其他語言和格式

其他語言

您可以免費獲得本《會員手冊》和其他計劃資料的其他語言版本。請撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。此電話免費。

其他格式

您可以免費獲得本資訊的其他格式版本，例如盲文、大字體和音訊。請撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。此電話免費。

口譯服務

若需要免費口譯、語言和文化服務以及幫助，或獲取本手冊的不同語言版本，您可以每週 7 天每天 24 小時撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。此電話免費。



請致電會員服務部 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。



Notice of Language Assistance

IMPORTANT: You can get an interpreter at no cost to talk to your dentist or dental plan. To get an interpreter or to request written information (in your language or in a different format, such as Braille or larger font), first call your Dental plan's phone number at 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929). Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 1-888-466-2219. Make sure to notify your provider (Dentist) of your personal language needs upon your initial dental visit.

IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su dentista o con su plan dental. Para obtener la ayuda de un intérprete o pedir información escrita (en su idioma o en algún formato diferente, como Braille o tipo de letra más grande), primero llame al número de teléfono de su plan dental al 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929). Alguien que habla español puede ayudarlo. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de ayuda de HMO al 1-888-466-2219. Asegúrese de avisarle a su proveedor (Dentista) sobre sus propias necesidades de lenguaje en su consulta dental inicial. (Spanish)

重要提示: 您與您的牙醫或牙科計劃工作人員交談時，可獲得免費口譯服務。如需口譯員服務或索取（用給您的語言或布萊葉盲文或大字體等不同格式提供的）書面資料，請先打電話給您的牙科計劃，電話號碼 1-888-703-6999（TTY: 1-800-735-2929）。會講（您的語言）的人士將為您提供協助。如需更多協助，請打電話給 HMO 協助中心，電話號碼 1-888-466-2219。務必在您的初次牙科就診時告訴您的提供者（牙醫）您的個人語言需求。（Cantonese or Mandarin)

مهم: يمكنك الحصول على مترجم فوري مجانًا للتحدث مع طبيب الأسنان أو خطة الأسنان الخاصة بك. للحصول على مترجم فوري أو لطلب معلومات كتابية (بلغة) أو بتسبقي مختلف، مثل طريقة برايل أو خط أكبر)، اتصل أولاً برقم هاتف خطة الأسنان الخاصة بك على الرقم 1-888-703-6999 (الهاتف النصي: 1-800-735-2929). يمكن لشخص يتحدث (لغتك) مساعدتك. إذا كنت بحاجة لمزيد من المساعدة، فاقصل بمركز HMO Help Center على الرقم 1-888-466-2219. تأكد من إخطار مقدم الخدمات (طبيب الأسنان) الخاص بك باحتياجات لغتك الشخصية عند زيارة الأسنان الأولى لك. (Arabic)

ՀԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ. Հոսք կարող եք խոսել Ձեր ատամնաբույժի կամ ատամնաբուժական ծրագրի հետ՝ օգնվելով թարգմանչի ծառայություններից առանց որևէ վճարի: Թարգմանչիչ ունենալու կամ գրավոր տեղեկություն խնդրելու համար (հայերենով կամ մեկ այլ ձևաչափով, օրինակ՝ հրայր կամ մեծ տառաչափը), նախ զանգահարեք Ձեր ատամնաբուժական ծրագրի հեռախոսահամարով՝ 1-888-703-6999 (TTY՝ 1-800-735-2929): Ցանկացած մեկը, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Եթե Ձեզ լրացուցիչ օգնություն է անհրաժեշտ, ապա զանգահարեք Առողջապահական օժանդակության կազմակերպության (HMO) Օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: Ձեր առաջին ատամնաբուժական այցելության ժամանակ անսպախման տեղեկացրեք Ձեր մատակարարին (ատամնաբույժին) Ձեր անձնական լեզվական կարիքների մասին: (Armenian)

សារៈសំខាន់: អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីនិយាយទៅកាន់ទទួលបានឬ ឬក៏រោងសុខភាព ឬក៏រោងសុខភាព ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬស្នើសុំព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (ជាភាសាខ្មែរ ឬជាភាសាផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរស្រាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬអក្សរព្រមព្រៀង) សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់រោងសុខភាពឬរោងសុខភាព ឬក៏រោងសុខភាព ឬក៏រោងសុខភាព 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929) ជាមុនសិន។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយអង្គការថែរក្សាសុខភាព HMO តាមលេខ 1-888-466-2219 ត្រូវបានកំណត់អ្នកបានផ្តល់ដល់អ្នកផ្តល់សេវា (ពេទ្យ/ធុញ) របស់អ្នកអំពីការត្រូវការភាសាផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកពេលអ្នកជួប ពិនិត្យសុខភាពឬរោងសុខភាព (Khmer)

مهم: برای گفتگو با دندانپزشک یا طرح دندانپزشکی خود می توانید بطور رایگان یک مترجم حضوری داشته باشید. برای دریافت یک مترجم حضوری یا برای درخواست اطلاعات به صورت کتبی (به زبان خود، یا با فرمت های دیگر مانند خط بریل یا چاپ درشت) ابتدا با طرح دندانپزشکی خود به شماره 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید. فردی که (به زبان شما) صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. اگر به کمک بیشتری نیاز دارید با HMO Help Center یا شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. در اولین ویزیت دندانپزشکی خود اطمینان حاصل کنید که نیازهای زبانی شخصی خود را به ارائه کننده خدمات (دندانپزشک) خود اطلاع دهید. (Farsi)

TSEEM CEEB: Muaj tus neeg txhais lus pub dawb rau koj kom koj tham tau nrog koj tus kws kho hniav los yog nrog lub chaw pab them nqi kho hniav rau koj. Yog xav tau ib tug neeg txhais lus los yog xav tau cov ntaub ntawv (sau ua koj yam lus los sis ua lwam yam ntawv, zoo li ua lus Braille los sis ua ntawv loj loj), xub hu rau koj lub chaw pab them nqi kho hniav tus xov tooj ntawm 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929). Yuav muaj ib tug neeg hais lus Hmoob pab tau koj. Yog koj xav tau kev pab ntawv, hu rau HMO Qhov Chaw Txais Tos Pab Neeg ntawm 1-888-466-2219. Yuav tsum qhia rau koj tus kws muab kev pab (kws kho hniav) paub seb koj xav tau kev pab hais yam lus twg thawj zaug uas koj mus kho hniav. (Hmong)



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。



Notice of Language Assistance

중요: 치과 의사나 치과 플랜과 대화하실 때 무료 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 통역을 구하시거나 문자 정보(한국어 번역본 또는 점자나 큰 글자 같이 다른 형식으로 된 정보)를 요청하시려면, 가입하신 치과 플랜에 1-888-703-6999(TTY: 1-800-735-2929)로 먼저 전화하십시오. 한국어를 하는 사람이 도와드릴 수 있습니다. 도움이 더 필요하시면 HMO 도움 센터에 1-888-466-2219로 연락하십시오. 최초 치과 방문 시 원하시는 사용 언어를 치과 진료 제공자(치과의)에게 꼭 알려주시기 바랍니다. (Korean)

ВАЖНО: Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика во время обращения к стоматологу или в план стоматологического обслуживания. Чтобы запросить услуги переводчика или письменную информацию (на русском языке или в другом формате, например, шрифтом Брайля или крупным шрифтом), позвоните в свой план стоматологического обслуживания по телефону [1-888-703-6999](tel:1-888-703-6999) (линия TTY: 1-800-735-2929). Вам окажет помощь русскоговорящий сотрудник. Если вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в справочный центр Организации медицинского обеспечения (HMO) по телефону [1-888-466-2219](tel:1-888-466-2219). При необходимости перед первым обращением к поставщику услуг (стоматологу) сообщите ему, что вам требуются услуги переводчика. (Russian)

MAHALAGA: Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong dentista o planong dental. Upang makakuha ng isang tagasalin o upang humiling ng nakasulat na impormasyon (sa iyong wika o sa ibang anyo, tulad ng Braille o malalaking letra), tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong Dental sa 1-888-703-6999. (TTY: 1-800-735-2929). Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng karagdagang tulong, tawagan ang Sentro ng Pagtulong ng HMO sa 1-888-466-2219. Siguruhin na nabigyan ng paunawa ang iyong tagapagkaloob ng pangangalaga (Dentista) ng Iyong mga personal na pangangailangan na kaugnay ng wika sa iyong unang pagbisita para sa ngipin. (Tagalog)

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Quý vị có thể được cấp dịch vụ thông dịch miễn phí khi đi khám tại văn phòng nha sĩ hoặc khi cần liên lạc với chương trình bảo hiểm nha khoa của quý vị. Để được cấp dịch vụ thông dịch hoặc yêu cầu văn bản thông tin (bằng tiếng Việt hoặc bằng một hình thức khác như chữ nổi hoặc bản in bằng chữ khổ lớn), trước tiên hãy gọi số điện thoại của chương trình bảo hiểm nha khoa của quý vị tại 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929). Sẽ có người nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Trung tâm Hỗ trợ HMO theo số 1-888-466-2219. Khi quý vị đi khám lần đầu tiên, xin quý vị nhớ cho nhà cung cấp dịch vụ (Nha sĩ) biết nhu cầu về ngôn ngữ riêng của quý vị. (Vietnamese)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਗੱਲ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮੁਫਤ ਅਨੁਵਾਦ ਕਪਾਸ ਕਦੇ ਹੋ। ਅਨੁਵਾਦ ਕਪਾਉਣ ਲਈ ਜਾਂ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਵੱਖਰੇ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰ) ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ, ਪਹਿਲਾਂ 1-888-703-6999 (ਟਟਯ: 1-800-735-2929) ਤੇ ਆਪਣੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-888-466-2219 'ਤੇ HMO Help Center (ਐਚ.ਐਮ.ਓ. ਸਹਾਇਤਾ ਸੈਂਟਰ) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਆਪਣੀ ਨਿੱਜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਅਗਲੇ ਦੌਰੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ। (Punjabi)

重要 歯科医や歯科保険会社との対話に、無料通訳サービスをご利用いただけます。日本語の通訳を希望される場合、または日本語で書かれた情報（点字書類や大きな文字による書類など）を希望される場合には、歯科保険会社 1-888-703-6999（テキスト電話：1-800-735-2929）までお電話ください。スタッフが日本語で対応します。さらにヘルプが必要な場合は、HMO Help Center(1-888-466-2219)までお電話ください。日本語のサポートを希望される方は、歯科の初診時に必ずプロバイダー（歯科医）にお知らせください。 (Japanese)

ສຳຄັນ: ເຈົ້າສາມາດມີນາຍພາສາໃດໜຶ່ງເພື່ອຄ່າເລືອກເຊື່ອມຮ່ວມ ຫຼື ຜ່ານທັນຕະແພດຂອງເຈົ້າ. ເພື່ອໄດ້ນາຍພາສາ ຫຼື ຂໍຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນ (ເປັນພາສາຂອງເຈົ້າ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ, ເຊັ່ນ ພາສາບຸນ (Braille) ຫຼື ຕົວໜັງສືໃຫຍ່ກວ່າ), ໃຫລະສັບໄປຫາຜ່ານທັນຕະແພດຂອງເຈົ້າກ່ອນ ຕາມໝາຍເລກໃຫລະສັບ 1-888-703-6999 (ທີທີວາຍ: 1-800-735-2929). ຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາ (ລາວ) ສາມາດຊ່ວຍເຫລືອເຈົ້າໄດ້. ຖ້າວ່າເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມຕື່ມ, ໃຫລະສັບໄປທີ່ ສູນການຊ່ວຍເຫລືອ HMO ຕາມໝາຍເລກ 1-888-466-2219. ຢາລົມບອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ໝໍແຂວງ) ຂອງເຈົ້າເລື່ອງຄວາມຕ້ອງການທາງພາສາຂອງເຈົ້າເທື່ອທຳອິດທີ່ໄປຫາໝໍແຂວງທ່ານ. (Lao)



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。



Notice of Language Assistance

कृपया ध्यान दें: आप अपने डेंटिस्ट या डेंटल प्लान से संपर्क करने के लिए मुफ्त में एक दोभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। दोभाषिया प्राप्त करने के लिए या लिखित रूप में निवेदन करने के लिए (अपनी भाषा में या किसी अलग प्रारूप में, जैसे ब्रेल (Braille) या बड़े अक्षर)), पहले अपने डेंटल प्लान के फ़ोन नं 1-888-703-6999 (टी.टी.वाई: 1-800-735-2929) पर कॉल करें। जो (आपकी भाषा बोलता हो), आपकी सहायता कर सकता है। अगर आपको और सहायता की ज़रूरत है, ऐचएमओ (HMO) हैल्प सेंटर को 1-888-466-2219 पर कॉल करें। दांतों की जांच के लिए आने के प्रारंभिक समय में अपने उपलब्धकर्ता (डेंटिस्ट) को अपनी व्यक्तिगत भाषा आवश्यकताओं के बारे में सूचित करना सुनिश्चित करें। (Hindi)

เรื่องสำคัญ: ท่านสามารถใช้บริการล่ามได้ฟรีเพื่อช่วยในการคุยกับทันตแพทย์หรือปรึกษาเรื่องแผนการทำฟันของท่าน เพื่อขอใช้บริการล่ามหรือขอข้อมูลในรูปแบบเอกสาร (ในภาษาของท่านหรือในรูปแบบอื่น อย่างเช่น

อักษรเบรลล์หรืออักษรขนาดใหญ่พิเศษ) กรุณาโทรไปยังเบอร์ของแผนการทำฟันของท่านที่หมายเลข 1-888-703-6999 (ที่ทียาว: 1-800-735-2929) จะมีคนที่พูดภาษาไทยได้คอยช่วยเหลือท่าน ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม กรุณาโทรไปที่ศูนย์ช่วยเหลือ HMO ที่หมายเลข 1-888-466-2219. อย่าลืมแจ้งผู้ให้บริการ (ทันตแพทย์) ของท่านให้ทราบถึงความต้องการทางด้านภาษาของท่านครั้งแรกที่เข้าไปหาทันตแพทย์ (Thai)



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

非歧視通知

歧視是違反法律的。**LIBERTY Dental Plan** 遵守本州和聯邦民權法，不會基於性別、民族、膚色、宗教、血統、原國籍、種族群體身份、年齡、精神殘障、身體殘障、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而非法歧視、排斥或差別對待任何人。

LIBERTY Dental Plan 提供：

- 為殘障人士提供免費的幫助和服務，以幫助他們更好地溝通，這些服務包括：
 - 合格的手語譯員
 - 使用其他格式的書面資訊（盲文、大字體、音訊、可存取的電子格式和其他格式）
- 向主要語言為非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格的口譯員
 - 使用其他語言書寫的資訊

請在星期一至星期五上午 8 時至下午 5 時致電 **888-703-6999** 與 **LIBERTY** 聯絡。或者，如果您有聽或說的困難，請致電 **800-735-2929**。

如何提交申訴



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

如果您認為 **LIBERTY Dental** 未能提供這些服務，或者因性別、民族、膚色、宗教、血統、原國籍、種族群體身份、年齡、精神殘障、身體殘障、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而以其他方式非法歧視，可以向 **LIBERTY** 提出申訴。您可以撥打電話、透過書面方式、電子方式或親自提出申訴：

- 電話：請在星期一至星期五致電 888-703-6999 與 LIBERTY 聯絡。或者，如果您有聽或說的困難，請致電 800-735-2929。
- 書面方式：填寫投訴表或寫信並發送至：

PO Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110
Phone 888-704-9833

- 親自：造訪您的醫生辦公室或 LIBERTY，並告知您想要提出申訴。
- 電子方式：造訪 LIBERTY 網站 www.libertydentalplan.com。

民權辦公室 — 加州醫療保健服務部 (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

您也可以撥打電話、透過書面方式或以電子方式向加州醫療保健服務部提出民權投訴：

- 電話：請撥打 **916-440-7370**。聽語障人士請撥打 **711**（電訊轉接服務）。
- 書面方式：填寫投訴表或寄信至以下地址：

Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 提供投訴表格。

- 電子方式：傳送電子郵件到 CivilRights@dhcs.ca.gov。

民權辦公室 — 美國衛生與民眾服務部 (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

SERVICES)

如果您認為自己因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而遭到歧視，可以撥打電話、透過書面方式或電子方式向美國衛生與民眾服務部民權辦公室提出民權投訴：

- 電話：請撥打 **1-800-368-1019**。聽語障人士請撥打 **TTY/TDD 1-800-537-7697**。
- 書面方式：填寫投訴表或寄信至以下地址：

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

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 提供投訴表格。

- 電子方式：請造訪民權辦公室投訴門戶網站
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

歡迎參加 LIBERTY Dental Plan !

感謝您加入 LIBERTY Dental Plan (簡稱「LIBERTY」或本計劃)。LIBERTY 是針對 Medi-Cal 保戶設計的牙科計劃。我們與加利福尼亞州合作，幫助您獲得所需的牙科護理。

會員手冊

本《會員手冊》將介紹您根據 LIBERTY 享有的保險。請仔細閱讀本手冊。本手冊將幫助您理解和使用您的福利與服務。本手冊也會解釋您作為 LIBERTY 會員擁有的權利和責任。

本《會員手冊》也稱為《承保證明書》(EOC)。本手冊僅是 LIBERTY 規則與政策的摘要。如果您想瞭解承保的確切條款和條件，可以向會員服務部索取一份合約副本。

請撥打 888-703-6999 (TTY 800-735-2929) 索取合約副本。您也可以要求免費再獲得一份《會員手冊》，或登入我們的網站 www.libertydentalplan.com 查看《會員手冊》。

聯絡我們

我們竭誠為您服務。如果您有疑問，請撥打 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。

您也可以隨時線上登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

謝謝您，

LIBERTY Dental Plan of California
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

目錄

其他語言和格式.....	2
其他語言.....	2
其他格式.....	2
口譯服務.....	2
非歧視通知.....	6
歡迎參加 LIBERTY Dental !	9
會員手冊.....	9
聯絡我們.....	9
目錄.....	10
1. 會員入門指南.....	13
如何獲得幫助	13
誰可以成為會員	13
身份識別 (ID) 卡	14
會員的參與方式.....	14
2. 關於您的牙科計劃.....	15
牙科計劃概覽	15
您的牙科計劃如何運作	16
更改牙科計劃	16
連續性護理	17
費用.....	18
會員費用.....	18
牙醫如何收費.....	18
要求我們支付帳單.....	18



3. 如何獲得牙科護理	20
獲得牙科服務	20
常規牙科護理.....	21
緊急牙科護理.....	22
急診牙科護理.....	22
在哪裡獲得牙科護理.....	23
牙科服務提供者名錄.....	23
牙科服務提供者網路.....	23
網路內	23
網路外	24
牙醫.....	24
主治牙醫 (PCD).....	24
牙醫選擇.....	25
約診和看診	26
付費.....	26
轉診.....	26
預批准	27
第二醫療意見.....	27
及時得到護理.....	28
4. 福利和服務	29
您的牙科計劃的承保範圍.....	29
福利摘要.....	30
服務頻率.....	31
其他小兒牙科護理服務	31
非急診醫療交通	32
非醫療交通	33
您的牙科計劃非承保範圍.....	33
Medi-Cal 不承保以下牙科服務（在 21 歲以後）：	33



福利協調.....	35
5. 權利和責任.....	36
您的權利.....	36
您的責任.....	37
隱私慣例通知	37
關於法律的通知	37
關於 Medi-Cal 作為最後支付方的通知.....	37
不利福利決定通知	38
6. 報告和解決問題	39
投訴.....	40
上訴.....	41
州聽證會.....	42
欺詐、浪費和濫用	43
7. 須知道的重要電話號碼和詞語	44
重要的電話號碼.....	44
須知詞語.....	44



1. 會員入門指南

如何獲得幫助

我們希望您能獲得滿意的牙科護理。如果您對您的護理有任何疑問或疑慮，我們希望聽到您的聲音！

會員服務部

LIBERTY 的會員服務部竭誠為您服務。我們可以：

- 回答您的牙科計劃和承保服務之問題
- 幫助您選擇一位主治牙醫 (PCD)
- 告訴您去哪裡獲得所需的護理
- 如果您不說英語，我們提供口譯服務
- 提供採用其他語言和格式的資訊

如果您需要幫助，請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。本電話免費。您也可以隨時線上登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

誰可以成為會員

符合 Medi-Cal 資格且居住在**洛杉磯縣**的人士有資格加入 **LIBERTY Dental Plan**。如有關於參保的疑問，請致電「醫療保健選擇」(Health Care Options)，電話 **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**)。或者登入 <http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>。

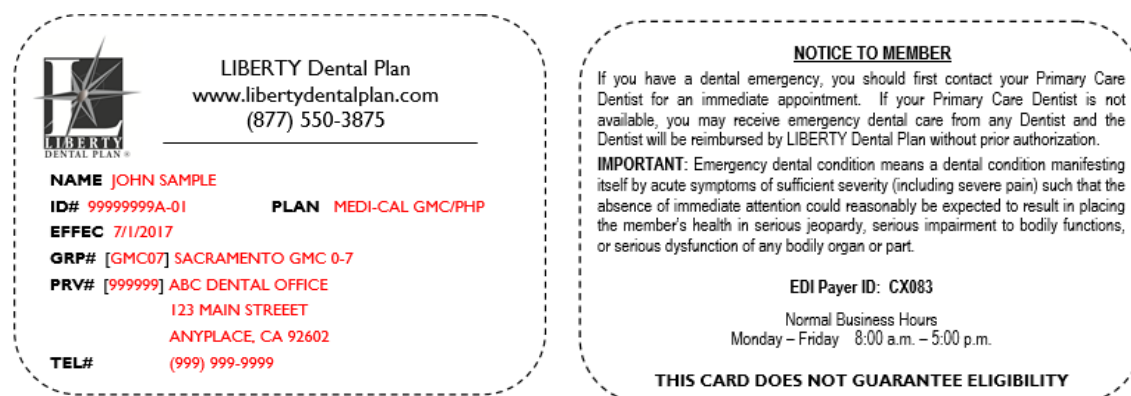
您可以在當地的縣民眾服務辦公室諮詢是否符合 Medi-Cal 資格。您可以在 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal> 查詢當地辦公室，或撥打 **1-800-300-1506** (TTY) **888 889-4500** 聯絡 Covered California。



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。本電話免費。
或撥加州轉接服務 **800-735-2929**。歡迎登入我們的網站

身份識別 (ID) 卡

作為 **LIBERTY Dental Plan** 的會員，您將獲得一張牙科計劃 ID 卡。您必須在接受任何牙科服務時，出示您的牙科計劃 ID 卡和 Medi-Cal 福利身份識別卡 (BIC)。您應始終隨身攜帶這兩張卡片。以下是一張牙科計劃 ID 卡範例，以供參考：



如果您在參保後幾週內未收到牙科計劃 ID 卡，或是卡片損壞、遺失或被盜，請立即致電會員服務部。我們將寄新的卡片給您。請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。

會員的參與方式

LIBERTY 希望聽到您的聲音。我們每年都會召開會議，討論哪些工作有效果、哪些工作仍需改進。我們會邀請會員參加會議。請加入我們，告訴我們您的想法！

LIBERTY 的公共政策委員會

我們有一個小組叫做「公共政策委員會」。該小組包括會員、牙科服務提供者、支援人員以及我們的牙科部主任。該小組討論如何改進 **LIBERTY** 的政策，並負責：

- 提供改善會員服務的建議
- 審查品質報告，包括投訴
- 提出改進本計劃方案的建議
- 審查財務報告

如果您想加入該小組，請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。
或撥加州轉接服務 800-735-2929。歡迎登入我們的網站

2. 關於您的牙科計劃

牙科計劃概覽

LIBERTY 是針對洛杉磯縣 Medi-Cal 保戶設計的牙科計劃。我們與加利福尼亞州合作，幫助您獲得所需的牙科護理。

您可以與我們的會員服務部代表聯絡，以更詳細瞭解牙科計劃以及如何使用該計劃。請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。

承保的開始和結束時間

您在參保 **LIBERTY** 後，會在七 (7) 個日曆日內收到 **LIBERTY** 會員 ID 卡。請在每次接受 **LIBERTY** 內的任何服務時出示此卡片。此卡片能證明您參保了 **LIBERTY**。

您必須去看 **LIBERTY** 會員 ID 卡上寫明的牙醫。您的 **LIBERTY** 會員 ID 卡上會寫明您的主治牙醫 (PCD) 姓名和電話號碼。如果您未在參保時選擇牙醫，我們將向您指定一位牙醫。或者請撥打 **888-703-6999** (TTY **877-550-2929**) 選擇另一位牙醫。

您可以隨時要求終止 **LIBERTY** 承保，並選擇其他牙科計劃。

您也可以要求終止您的 Medi-Cal。如果您要求終止承保，則必須遵循醫療保健服務部 (Department of Health Care Services, DHCS) 的程序。

有時，**LIBERTY** 可能無法再為您服務。如果發生以下情況，**LIBERTY** 必須終止您的承保：

- 您搬到縣外或入獄
- 您不再是 Medi-Cal 保戶
- 您要求退保該計劃
- 您參保了某個商業牙科計劃，成為其會員
- 您對牙醫或診室工作人員有語言侮辱
- 您在肢體上傷害牙醫或診室工作人員
- 您讓別人使用您的牙科福利



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。或撥加州轉接服務 800-735-2929。歡迎登入我們的網站

美國原住民不必參保 Medi-Cal 管理式護理牙科計劃。參保 **LIBERTY** 的會員可以隨時要求退保。您也可以向印第安人健康服務部 (Indian Health Service, IHS) 口腔健康處 (Division of Oral Health, DOH) 獲得牙科護理服務。

您的牙科計劃如何運作

LIBERTY 是與加州醫療保健服務部 (DHCS) 簽約的牙科計劃。**LIBERTY** 是一項牙科管理式護理計劃。管理式護理計劃會以划算的方式使用牙科護理資源，提高牙科護理的普及範圍並確保護理品質。**LIBERTY** 與我們服務區域內（網路內）的牙醫和其他服務提供者合作，為您（即我們的會員）提供牙科護理。

會員服務部將介紹 **LIBERTY** 的運作方式，以及如何獲得所需的牙科護理。會員服務部可以幫助您：

- 尋找一位主治牙醫 (PCD)
- 安排與 PCD 的約診
- 獲得一張新的 **LIBERTY** 會員 ID 卡
- 獲得關於承保和非承保服務的資訊
- 獲得交通服務
- 知道如何報告和解決申訴與上訴
- 獲得一份牙醫名單
- 索取會員資料
- 回答您可能有的其他疑問

如要瞭解更多資訊，請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。或者在線上 www.libertydentalplan.com 查詢會員服務部資訊。

更改牙科計劃

您可以隨時退保 **LIBERTY**，加入其他牙科計劃。請致電「醫療保健選擇」**1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**)，選擇一個新計劃。您可以在星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00 致電，或登入 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov。

處理您退保 **LIBERTY** 的請求最多需要 **45 個日曆日**。請撥打 **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) 查詢「醫療保健選擇」是否批准了您的要求。



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。本電話免費。
或撥加州轉接服務 **800-735-2929**。歡迎登入我們的網站

若想更快退保 **LIBERTY**，則您可以要求「醫療保健選擇」加急（快速）處理退保。如果您的要求原因符合加急退保的規則，我們將寄給您一封通知您已退保的信函。

您可以本人親自前往當地的縣民眾服務辦公室，要求退保 **LIBERTY**。您可以在 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal> 查詢當地辦公室或致電 1-800-300-1506 聯絡 Covered California。在您收到「醫療保健選擇」提供的信函前，您必須繼續去看 **LIBERTY** 會員 ID 卡上寫明的牙醫。

連續性護理

如果您目前正在看不在 **LIBERTY** 網路內的牙醫，您可以在最多 12 個月內繼續去看。如果您的牙醫未在 12 個月結束前加入我們的網路，則您需要更換一位 **LIBERTY** 網路內的牙醫。

您有權去看不在 **LIBERTY** 網路內的牙醫以獲得某些牙科福利。您可以撥打 888-703-6999 (TTY 800-735-2929) 諮詢您是否符合此服務資格，或索取一份 **LIBERTY** 的「連續性護理」政策。

搬到另一個縣的大學生

如果您因上大學而搬到另一個縣，那麼即使 **LIBERTY** 不在該縣提供服務，您也可能獲得 **LIBERTY** 的服務。或者您可以透過常規 Medi-Cal（也稱為按服務收費 (FFS) Medi-Cal）獲得服務，這稱為連續性護理。在以下情況中，**LIBERTY** 為大學生提供連續性護理服務：

- 發生緊急情況

如要瞭解關於連續性護理服務的更多資訊，請撥打 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。

退出 **LIBERTY** 的牙醫

即使您的牙醫停止與 **LIBERTY** 合作，您也可能繼續接受該牙醫的服務。這是另一種形式的連續性護理。**LIBERTY** 為以下服務提供連續性護理服務：

- 在牙醫退出 **LIBERTY** 前，該牙醫尚未完成的服務
- 在您成為 **LIBERTY** 會員時，網路外牙醫尚未完成的服務

如果滿足了下列條款，則 **LIBERTY** 提供連續性護理服務：

- 這些服務受您的牙科計劃承保
- 這些服務具有牙科必要性
- 這些服務符合我們的臨床準則
- 您不能使用 **LIBERTY** 牙科服務提供者



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。或撥加州轉接服務 800-735-2929。歡迎登入我們的網站

如果滿足了下列條款，則 **LIBERTY** 不提供連續性護理服務：

- 這些服務不受您的牙科計劃承保
- 這些服務沒有牙科必要性
- 這些服務不符合我們的臨床準則
- 您可以使用 **LIBERTY** 牙科服務提供者

如要瞭解關於連續性護理服務的更多資訊，請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。

費用

會員費用

LIBERTY 為符合 **Medi-Cal** 資格的人士服務。**LIBERTY** 會員不必支付承保服務的費用。您不必支付保費、共付額或扣除額。

在福利生效以前，您可能需要每月支付一部分的牙科護理費用。這部分費用叫做您的費用分擔。您的費用分擔額取決於您的收入和資源。有關費用分擔的疑問，您可以聯絡當地的縣立民眾服務辦公室。您可以在 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal> 查詢當地辦公室。

牙醫如何收費

LIBERTY 透過以下方式向牙醫付費：

- 論人計酬
 - **LIBERTY** 每月為每名 **LIBERTY** 會員向一些牙醫支付固定金額的費用，這稱為論人計酬。**LIBERTY** 和牙醫共同確定付費金額。
- 按服務收費費用
 - 一些牙醫在向 **LIBERTY** 會員提供牙科護理後，會向 **LIBERTY** 寄送一份提供服務的帳單，這稱為按服務收費費用。**LIBERTY** 和牙醫共同確定每項服務的費用是多少。

如要瞭解 **LIBERTY** 給牙醫付費方式的更多資訊，請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。

要求我們支付帳單

如果您收到承保服務的帳單，請立即致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。或撥加州轉接服務 800-735-2929。歡迎登入我們的網站

如果您為您認為 **LIBERTY** 應承保的服務支付了費用，請向我們提出索賠。請撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)** 索取一份索賠表，或請求提出索賠的幫助。請使用索賠表，以書面形式告訴我們為什麼您必須付費。



請致電會員服務部 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。本電話免費。
或撥加州轉接服務 **800-735-2929**。歡迎登入我們的網站

3. 如何獲得牙科護理

獲得牙科服務

請閱讀下列資訊，以瞭解誰或哪個服務提供者團體提供牙科護理服務。

您可以在承保的生效日期起獲得牙科護理服務。請始終隨身攜帶您的牙科計劃 ID 卡和 Medi-Cal BIC 卡。絕不要讓其他任何人使用您的 ID 卡或 BIC 卡。牙醫也稱為牙科服務提供者。

新會員必須選擇一位我們網路內的主治牙醫 (PCD)。LIBERTY 網路由一群與我們合作的牙醫組成。您必須在成為 LIBERTY 會員起的 30 天內選擇一位 PCD。如果您未選擇 PCD，我們將為您選擇。

您可以在 LIBERTY 內為所有家人選擇相同的 PCD 或不同的 PCD。

如果您想保持一位牙醫，或者您想找一位新 PCD，您可以在「牙科服務提供者名錄」中查詢。該名錄記載了我們計劃網路內的所有 PCD。「牙科服務提供者名錄」也有其他資訊可幫助您進行選擇。如果您需要一份「牙科服務提供者名錄」，請撥打 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。您也可以在我们的網站 www.libertydentalplan.com 找到「牙科服務提供者名錄」。

如果您無法從我們網路內的簽約牙科服務提供者獲得所需的護理，您的 PCD 必須請求 LIBERTY 的批准才能將您轉診給一位網路外服務提供者。

請閱讀本章其餘部分，瞭解關於 PCD、我們的「牙科服務提供者名錄」和我們的牙科服務提供者網路的更多資訊。



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

您在致電安排與 PCD 的約診時，請告訴接線員您是 **LIBERTY** 的會員。請提供您的牙科計劃 ID 號碼。

為了最大程度利用您的牙科看診，請：

- 攜帶您的 Medi-Cal 身份識別卡 (BIC)
- 攜帶您的牙科計劃 ID 卡
- 攜帶您的有效加州 ID 卡或駕駛執照
- 知道自己的社會安全號碼
- 攜帶您的藥物清單
- 準備好告訴您的 PCD 您注意到自己或孩子的牙科問題。

如果您會遲到或無法赴診，一定要聯絡 PCD 的診室。

常規牙科護理

口腔健康是整體健康和福祉的重要部分。Medi-Cal 牙科方案建議，兒童從長出第一顆牙或一歲生日起去看牙醫。常規護理是定期牙科護理。**LIBERTY** 承保您的 PCD 提供的常規護理。您可能被轉診到一些專科牙醫接受某些服務，而有些服務可能需要預批准（事先授權）。所有牙科服務都必須滿足 Medi-Cal 牙科計劃要求才能獲得承保。

可能為兒童承保的牙科服務有：

- 檢查和 X 光
- 洗牙
- 塗氟治療
- 溝隙封閉劑
- 補牙
- 牙冠
- 拔牙
- 根管治療
- 牙套
- 更換缺牙的用具



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

可能為成人承保的牙科服務有：

- 檢查和 X 光
- 洗牙
- 深度洗牙（牙結石清除和牙根整平）
- 塗氟治療
- 補牙
- 實驗室加工牙冠
- 前根管治療（前牙）
- 拔牙
- 預鑄牙冠
- 全口假牙和局部假牙
- 其他有醫療必要性的牙科服務

如要瞭解兒童和成人牙科服務的完整清單，請閱讀本手冊第 4 章。

緊急牙科護理

LIBERTY 承保緊急牙科護理。如果您需要立即看牙醫但不是急診，可以在 72 小時內為您安排緊急護理預約。

在正常工作時間內，您可以致電您的牙醫尋求幫助。如果是非工作時間，請首先嘗試致電您的牙醫。如果無法聯絡牙醫，請隨時致電 **LIBERTY** 尋求援助，電話為 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。

急診牙科護理

LIBERTY 承保急診牙科護理。牙科急診可能包括若不立即救治可能對您或您的牙齒造成傷害的疼痛、出血或腫脹。每週 7 天、每天 24 小時均提供急診牙科服務。獲得急診牙科護理不需要 **LIBERTY** 的批准。

在正常工作時間內，您可以致電您的牙醫尋求幫助。如果是非工作時間，請首先嘗試致電您的牙醫。如果無法聯絡牙醫，請隨時致電 **LIBERTY** 尋求援助，電話為 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。

您也可以撥打 **911** 或前往最近的急診室。如果您不在家，可以尋找附近的牙醫獲得急診護理。未與 **LIBERTY** 簽約的牙醫可能會向您收取急診護理費用。如果您支付了急診護理費用，我們會退款給



請致電會員服務部 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

您。

如需醫療急診，請撥打 **911** 或前往最近的急診室。

如果您需要幫助，請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。本電話免費。

在哪裡獲得牙科護理

您的 PCD 將提供大部分護理。您的 PCD 將提供大部分的常規牙科護理。您的 PCD 將視需要將您轉診給（送至）專科牙醫。

牙科服務提供者名錄

LIBERTY 「牙科服務提供者名錄」列出了參與 **LIBERTY** 網路的提供者。該網路是與 **LIBERTY** 合作的一群服務提供者。

LIBERTY 「牙科服務提供者名錄」列出了牙醫、專科牙醫、**聯邦合格健康中心 (Federally Qualified Health Center, FQHC)**、**印第安人健康中心 (Indian Health Center, IHC)** 和**美國原住民健康診所 (Native American Health Clinic)**。

「牙科服務提供者名錄」列出了姓名、服務提供者地址、電話號碼、工作時間和所用的語言。該名錄說明服務提供者是否接受新患者，它還提供服務地點的實體可達性。

您可以登入 www.libertydentalplan.com 在線上找到「牙科服務提供者名錄」。

如果您需要一份列印版「服務提供者名錄」，請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。

牙科服務提供者網路

牙科服務提供者網路是與 **LIBERTY** 合作的一群牙醫和專科牙醫。您將透過我們的網路獲得承保服務。

網路內

您將使用 **LIBERTY** 網路內的牙醫滿足您的牙科護理需求。您的 PCD 將提供預防性和常規護理。我們網路內的專科牙醫和其他服務提供者也將提供服務。

如需獲取一份網路內的「牙科服務提供者名錄」，請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。或者，您也可以登入 www.libertydentalplan.com 在線上找到「牙科服務提



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

供者名錄」。

如需緊急或急診牙科護理，請致電 PCD。如果您需要安排約診的協助，或您不在居住區域內，請撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。

如需醫療急診護理，請撥打 **911** 或前往最近的急診室。

網路外

網路外服務提供者是指未同意與 **LIBERTY** 合作的牙醫。緊急或急診護理除外，您可能需要為網路外服務提供者提供的護理支付費用。如果您需要承保的牙科護理服務，只要其具有醫療必要性並且不在網路內，或許就能免費在網路外獲取此類服務。

如果您需要網路外服務的幫助，請撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。

如果您在我們的服務區域以外，且需要**非**急診護理，請立即致電 PCD，或者撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。

如果您對網路外或區域外護理有疑問，請撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。

牙醫

您將從 **LIBERTY Dental Plan** 「牙科服務提供者名錄」中選擇一位主治牙醫 (PCD)。您的 PCD 必須是簽約牙醫。這表示該牙醫在我們的網路內。如需獲取一份我們的「牙科服務提供者名錄」，請撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。

如果您想確認您想去看 PCD 是否接收新患者，您也應該撥打該電話。

如果您在成為 **LIBERTY** 的會員之前正在看一位牙醫治療某些病況，或許您能繼續看該牙醫。這稱為連續性護理。您可以在本手冊的**第 16 頁**閱讀有關連續性護理的更多資訊。如要瞭解更多資訊，請撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。

主治牙醫 (PCD)

新會員必須在參保 **LIBERTY** 起的 30 天內選擇一位 PCD。您可以選擇一位普通牙醫作為 PCD。

您還可以選擇聯邦合格健康中心 (FQHC)、社區診所、美國原住民健康診所或其他提供牙科服務的初級護理設施作為 PCD，前提是他們在 **LIBERTY** 網路內並且您有資格獲得其服務。這些中心位於沒有太多牙科護理服務的區域。

您可以為家庭中的每位 **LIBERTY** 會員選擇相同或不同的 PCD。



請致電會員服務部 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。此電話免費。歡迎登入我們的網站 **www.libertydentalplan.com**。

如果您未在 30 天內選擇 PCD，與 LIBERTY 中的會員護理合作的牙醫將為您選擇一位 PCD。

您的 PCD 將：

- 瞭解您的牙科需要
- 保管您的牙科病歷
- 提供您需要的預防性和常規牙科護理
- 視需要將您轉診給（送至）專科牙醫

您可以在「牙科服務提供者名錄」中查詢一位 LIBERTY 網路內的 PCD。「牙科服務提供者名錄」有一份與 LIBERTY 合作的 FQHC 清單。

您可以登入 www.libertydentalplan.com 在線上找到「牙科牙科服務提供者名錄」，或者撥打 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。您也可以致電查詢您想去看的 PCD 是否接收新患者。

牙醫選擇

因為您最瞭解自己的牙科護理需求，所以最好由您來選擇 PCD。

最好保持同一位 PCD，這樣該牙醫能瞭解您的牙科護理需求。但是，如果您想更換一位新的 PCD，您可以每月更換一次。您必須選擇在 LIBERTY 牙科服務提供者網路內而且接收新患者的 PCD。

您選擇的新牙醫將在做出變更後的下個月首日成為您的 PCD。

若要更換 PCD，請撥打 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。

如果您的 PCD 不接收新患者、已離開我們的網路，或是不為您的年齡層患者提供護理，我們可能讓您更換 PCD。如果您與 PCD 相處得不好或與該牙醫有分歧，或者如果您錯過約診或遲到，LIBERTY 或您的 PCD 也可能讓您更換一位新 PCD。如果我們需要更換您的 PCD，我們會以書面形式通知您。

如果您更換 PCD，我們將會寄給您新的牙科計劃會員 ID 卡。該卡片會寫明新 PCD 的姓名。如果您對獲取新 ID 卡有疑問，請致電會員服務部。



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

約診和看診

在您需要牙科護理時：

- 致電 PCD
- 在打電話時準備好 **LIBERTY 會員 ID 號碼**
- 如果診室已下班，請留言（包括您的姓名和電話號碼）
- 在赴診時攜帶您的 **BIC** 和牙科計劃 ID 卡
- 攜帶身份證或駕駛執照
- 準時赴診
- 如果無法守約或將會遲到，立即打電話通知
- 準備好問題以備有需要時提出

付費

您不用為承保服務支付任何免賠額或共付額。您應不會收到牙醫開具的帳單。但您可能收到牙醫提供的福利說明信 (EOB) 或報表。EOB 和報表不是帳單。

如果您真的收到帳單，請撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。請告訴我們收取的金額、提供服務的日期和開具帳單的原因。

如果您收到帳單或被要求支付共付額，您也可以提交索賠表。您需要以書面形式告訴我們您為什麼必須為該物品或服務付費。我們將閱讀您的索賠表以確定是否能退回您的費用。如有疑問或索取索賠表，請撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。

轉診

您的 PCD 將視需要提供轉診，將您送至一位專科牙醫。專科牙醫指在某一牙科領域受過更多教育的牙醫。您的 PCD 將與您共同選擇一位專科牙醫。PCD 診室可以幫助您安排時間看專科牙醫。

PCD 可能給您一份表格，讓您在看專科牙醫時攜帶。該專科牙醫將填寫此表，再送回給您的 PCD。

如需獲取我們的轉診政策，請撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。

以下情況無需轉診：

- PCD 看診
- 緊急或急診護理



請致電會員服務部 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

預批准

對於一些類型的護理，您的 PCD 或專科牙醫需要先詢問我們，您才能獲得護理。這稱為事先授權或預批准。這表示 **LIBERTY** 同意該護理有醫療必要性。

如果護理是為了預防並去除口面部疾病、感染和疼痛，恢復齒列的形狀和功能，或矯正面部畸形或功能失調，則這些護理有醫療必要性。

牙科服務必須滿足 **Medi-Cal** 方案的醫療必要性規則。

以下牙科服務即使由 **LIBERTY** 網路內的服務提供者提供，也需要預批准：

- 根管治療
- 牙冠
- 全口假牙
- 假牙更換襯底
- 深度洗牙（牙結石清除和牙根整平）
- 全身麻醉和靜脈鎮靜

牙醫建議的其他牙科服務也可能需要預批准。

對於某些服務，例如專科牙醫提供的護理，如果您在網路外接受牙科護理，則需要事先授權。對於常規服務，我們會在 5 個工作日內做出決定；對於急診護理，我們會在 72 小時內做出決定。

我們會審查請求，以決定該護理是否有醫療必要性且受承保。我們不會付費給評估人員來拒絕承保或牙科服務。如果我們不批准護理，我們會通知您原因。

如果 **LIBERTY** 需要更多資訊或更多時間來審查您的請求，我們會聯絡您。

第二醫療意見

對於 PCD 認為您需要的護理，或是您的診斷或治療計劃，您可能想獲取第二醫療意見。例如，如果您不確定是否需要處方治療或手術，可能需要第二醫療意見。

若要獲得第二醫療意見，請致電您的 PCD。PCD 可以將您轉診給網路內服務提供者，徵詢第二醫療意見。或者撥打 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。

如果您或您的網路內牙醫要求第二醫療意見並且您向網路內牙醫獲取第二醫療意見，我們會支付費用。如果您選擇的提供第二醫療意見的牙醫獲得批准，那麼您無需我們的許可即可獲取第二醫療意見。如果您需要緊急服務，我們將在 72 小時內做出決定。

請致電會員服務部 800-735-2929 (TTY 888-703-6999)。



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

如果我們拒絕您的第二醫療意見請求，您可以上訴。想要瞭解關於上訴的更多資訊，請翻到本手冊的[第 53 頁](#)。

及時得到護理

LIBERTY 必須在下列時間段內提供看診預約：

- 常規看診預約（包括預防性護理）— 4 週
- 專科看診預約 — 30 個工作日（21 歲及以上）；30 個日曆日（未滿 21 歲）
- 緊急護理看診預約 — 72 小時
- 急診護理 — 必須每週 7 天、每天 24 小時提供服務



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

4. 福利和服務

您的牙科計劃的承保範圍

本部分介紹您作為 **LIBERTY** 會員享有的所有承保服務。您的承保服務如有醫療必要性，則是免費的。如果護理是為了預防並去除口面部疾病、感染和疼痛，恢復齒列的形狀和功能，和矯正面部畸形或功能失調，則這些護理有醫療必要性。

我們提供以下類型的牙科服務：

服務類型	範例
• 診斷	檢查和 X 光
• 預防性護理	洗牙、塗氟治療、溝隙封閉劑
• 修復服務	補牙、牙冠
• 牙髓護理	牙髓切斷術、根管治療
• 牙周護理	牙齦外科
• 活動式假牙贗復體	即時性和完全假牙更換襯底
• 口腔頷面外科	拔牙
• 矯正	牙套
• 附屬服務	鎮靜、全身麻醉

請閱讀以下福利摘要和每個小節，瞭解關於您能獲得的確切服務之更多資訊。



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

福利摘要

成人和兒童可獲得的牙科福利摘要如下：

程序	✓ 福利		✗ 非福利	
	全範圍	有限範圍	妊娠相關	居住在設施中 (專業護理設施 /中等護理設 施)
口腔評估 (3 歲以下)	✓	✗	✗	✓
首次檢查 (3 歲以上)	✓	✗	✓	✓
定期檢查 (3 歲以上)	✓	✗	✓	✓
定期洗牙	✓	✗	✓	✓
塗氟治療	✓	✗	✓	✓
修復服務 — 補牙/牙冠	✓	✗	✓	✓
牙冠*	✓	✗	✓	✓
牙結石清除和牙根整平 (深度洗牙) **	✓	✗	✓	✓
牙周養護 (牙齦)	✗	✗	✗	✓
前牙根管治療 (前牙)	✓	✗	✓	✓
後根管治療 (後牙)	✓	✗	✓	✓
局部假牙	✓	✗	✓	✓
全口假牙	✓	✗	✓	✓
拔牙/口腔頷面外科	✓	✓	✓	✓
急診服務	✓	✓	✓	✓

例外：

- *1. 非 13 歲以下兒童福利。
- 2. 21 歲以上，針對後牙特殊情況可允許提供。
- **非 13 歲以下兒童福利。可在特殊情況下提供。



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

服務頻率

牙科服務如具有醫療必要性則可獲得承保。然而，您可在特定時間內獲得某些服務的次數是有限制的。以下是具有次數限制的常見服務：

- 檢查 — 每 6 個月承保一次（21 歲以下）；每 12 個月承保一次（21 歲及以上）
- 咬翼片 X 光 — 每 6 個月承保一次
- 全口 X 光 — 每 36 個月承保一次
- 全景 X 光 — 每 36 個月承保一次
- 洗牙 — 每 6 個月承保一次（21 歲以下）；每 12 個月承保一次（21 歲及以上）
- 局部塗氟 — 每 6 個月承保一次（21 歲以下）；每 12 個月承保一次（21 歲及以上）
- 牙科溝隙封閉劑 — 每 36 個月承保一次（僅限 21 歲以下）
- 補牙 — 每 12 個月承保一次（每顆乳牙）；每 36 個月承保一次（每顆恆牙）
- 牙冠 — 每 5 年承保一次（13 歲及以上）
- 深度洗牙（牙結石清除和牙根整平） — 每 ¼ 口腔每 24 個月承保一次（13 歲及以上）
- 全口假牙和局部假牙 — 每 5 年承保一次
- 假牙修復和更換襯底 — 每年承保兩次

其他小兒牙科護理服務

早期和定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT) 服務

我們承保 EPSDT 服務。EPSDT 服務包括 Denti-Cal 承保的所有服務。如果您未滿 21 歲，可以獲得 Denti-Cal 所不承保的其他服務，只要該服務具有醫療必要性。這些服務是常規 Denti-Cal 福利的補充。

如果需要任一額外福利，您的牙醫將向我們提出請求。所有請求都被傳送到 **LIBERTY** 以獲得批准。

有關 EPSDT 福利的更多資訊，請撥打 **888-703-6999** (TTY 800-735-2929)。



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

非急診醫療交通

當您因身體或醫療原因無法乘汽車、公車、火車或計程車赴醫療約診時，您有權使用非急診醫療交通 (NEMT) 服務，且計劃會支付您的牙科費用。

NEMT 指救護車、帶擔架的廂型車、帶輪椅的廂型車或空中交通。NEMT 不是汽車、公車或計程車。在您需要乘車赴診時，LIBERTY 允許針對您的醫療需要使用最低費用的 NEMT。舉例來說，如果您在身體或醫療上能夠乘坐帶輪椅的廂型車，LIBERTY 就不會支付救護車的費用。僅當您的醫療狀況不允許使用任何形式的地面交通時，您才有權使用空中交通。

在以下情況必須使用 NEMT：

- 由醫師的書面醫囑確定，有身體或醫療上的需要；或者
- 因身體或醫療原因，您不能使用公車、計程車、汽車或廂型車赴診；
- 由 LIBERTY 提前批准，但需有醫師的書面醫囑。

若要請求 NEMT，請在約診前至少 10 個工作日（星期一至星期五）撥打 888-703-6999 聯絡 LIBERTY。對於緊急約診，請儘快打電話。請在來電時準備好您的會員 ID 卡。

NEMT 的限制

如果服務提供者為您開立，使用 NEMT 往來於 LIBERTY 承保的約診沒有限制。

哪些不適用？

如果您的身體和醫療狀況允許您乘汽車、公車、計程車或其他容易使用的交通方式赴診，則 LIBERTY 不會承保 NEMT。如果服務未受到 LIBERTY 承保，則不會提供交通服務。本會員手冊提供了承保服務清單。

會員承擔的費用

LIBERTY 授權的交通服務不向您收費。



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

非醫療交通

在以下情況中，您可以使用非醫療交通 (NMT) 服務：

- 往來於您的服務提供者開具、由 **LIBERTY** 承保的服務約診。

LIBERTY 允許您使用汽車、計程車、公車或其他公共/私人方式赴診，以接受計劃承保的醫療服務，包括乘坐由受益人安排的私人車輛，而非使用交通代理、公車票、計程車優惠券或火車票赴診時獲得里程補償。根據您的醫療需要，**LIBERTY** 允許使用在您赴診時可用的最低費用 NMT 類型。

若要請求 NMT 服務，請在約診前至少 **10** 個工作日（星期一至星期五）撥打 **888-703-6999** 聯絡 **LIBERTY**，或在安排緊急約診時儘快打電話。請在來電時準備好您的會員 ID 卡。

NMT 的限制

如果服務提供者為您開立，使用 NMT 往來於 **LIBERTY** 承保的約診沒有限制。

哪些不適用？

在以下情況 NMT 不適用：

- 醫療上需要使用救護車、帶擔架的廂型車、帶輪椅的廂型車或其他 NEMT 方式赴診接受承保的服務。
- LIBERTY** 不承保該服務。本會員手冊提供了承保服務清單。

會員承擔的費用

LIBERTY 允許的交通服務不向您收費。

您的牙科計劃非承保範圍

在沙加緬度縣以外的牙科服務不受承保，除非是急診服務。

Medi-Cal 不承保以下牙科服務（在 **21** 歲以後）：

- 高貴金屬牙冠（金）
- 牙齦澆灌
- 彈性基底局部假牙
- 專科牙醫諮詢
- 畸齒矯正治療（牙套）



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

- 實驗室備製的後齒牙冠無法支撐現有或預期治療的假牙
- 局部假牙，除非另一個牙弓上現有或治療預期有全口假牙
- 植入體和植入體相關服務，除非出現例外醫療狀況
- 固定局部假牙（牙橋），除非存在例外醫療狀況

如果您有疑問，或想瞭解關於牙科服務的更多資訊，請撥打 1- 800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) 聯絡 Denti-Cal。您也可以登入 Denti-Cal 網站 denti-cal.ca.gov。

您不能透過 **LIBERTY** 或 **Medi-Cal** 獲得的服務

有一些服務是 **LIBERTY** 或 **Medi-Cal** 都不承保的，包括：

- 加州兒童服務 (CCS)
- 非牙科相關服務
- **Medi-Cal** 牙科計劃不承保的任何牙科服務
- 有效承保開始之前或終止之後開始的牙科服務
- 治療顫顫關節失調 (TMJ) 的牙科服務、程序、用具或修復術
- 基於專業審查被判定為用於美容用途的牙科服務
- 基於專業審查被判定為沒有牙科必要性的牙科服務
- 旨在修復因磨損、腐蝕、磨牙或咬牙造成的牙齒結構損失而進行的牙科服務
- 由專精於修復的牙醫所提供的牙科服務或器材。
- 拔除第三臼齒（智齒）的牙科服務，該牙齒並無有意義的齲齒跡象、不可逆的疼痛和感染並且/或沒有堵塞其他牙齒的萌出。
- 將改變牙齒咬合和咀嚼方式的牙科服務
- 任何不在指定牙醫診所取得的牙科服務，除非明確獲得 **LIBERTY** 授權
- 由牙醫或專科牙醫在住院/門診醫院環境下提供的任何常規牙科服務

閱讀以下每個小節瞭解更多資訊，或者撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。

加州兒童服務 (CCS)

CCS 是一項州方案，旨在治療 21 歲以下有某些健康病況、疾病或慢性健康問題並且滿足 CCS 方案規定的兒童。如果 **LIBERTY** 或您的 PCP（主治醫師）認為您的孩子有 CCS 狀況，則該兒童將被轉診到 CCS 方案。

CCS 方案工作人員將確定您的孩子是否符合 CCS 服務的規則。如果您的孩子可以獲



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

得這些類型的護理，CCS 服務提供者將提供針對 CCS 狀況的治療。LIBERTY 將繼續承保與 CCS 狀況無關的服務類型，例如體檢、疫苗和兒童健康檢查。

LIBERTY 不承保 CCS 方案提供的護理。CCS 必須批准服務提供者、服務和設備後才會承保這些問題。

CCS 並不承保所有問題。CCS 承保給身體造成不便，或需要透過藥物、手術或康復治療的大多數問題。CCS 為有以下問題的孩子提供承保：

- 先天性心臟病
- 癌症
- 腫瘤
- 血友病
- 鐮形血球性貧血
- 甲狀腺問題
- 糖尿病
- 嚴重慢性腎臟問題
- 肝臟疾病
- 腸道疾病
- 唇裂/顎裂
- 脊柱裂
- 聽力損失
- 白內障
- 腦性麻痺
- 未被控制的癲癇
- 類風濕性關節炎
- 肌肉營養不良症
- 愛滋病
- 嚴重的頭部、大腦或脊髓損傷
- 嚴重燒傷
- 牙齒嚴重不整齊

州政府支付 CCS 服務的費用。如果您的孩子不符合 CCS 方案服務的資格，他/她將持續接受 LIBERTY 提供的醫療必要性護理。

如要瞭解關於 CCS 的更多資訊，請撥打 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。

福利協調

LIBERTY 免費提供服務來幫助協調您的牙科護理需求。如果您對您的牙科護理或孩子的牙科護理有疑問或疑慮，請撥打 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。此電話免費。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

5. 權利和責任

您作為 **LIBERTY** 的會員擁有某些權利和責任。本章將解釋這些權利和責任。本章也將提供您作為 **LIBERTY** 會員有權獲得的法律通知。

您的權利

LIBERTY 會員擁有以下權利：

- 受到尊重的待遇，適當考慮到會員的隱私權及保持會員和醫療和牙科資訊機密性的需求。
- 得到關於本計劃及其服務，包括承保服務的資訊。
- 能選擇簽約服務提供者網路內的主治牙醫。
- 參與自身牙科護理方面的決策制定，包括拒絕治療的權利。
- 以口頭或書面形式表達對本機構或所接受護理的申訴。
- 獲得口譯服務。
- 根據聯邦法律規定能使用聯邦合格健康中心、印第安人健康服務設施和簽約服務提供者網路以外的急診服務。
- 要求召開州聽證會，包括可以進行加急聽證會之條件的資訊。
- 能使用，並且在依法的前提下獲得牙科記錄的副本，或是修改或修正牙科記錄。
- 經申請取消計劃。
- 知曉在提出要求後，能夠以適合所請求格式的及時方式並依據 **W&I Code Section 14182 (b)(12)** 得到替代格式（包括盲文、大字體和音訊格式）的書面會員通知資料。
- 不受到作為強迫、懲罰、便利或報復手段的任何形式限制或隔離。
- 獲得關於可用治療方案及替代方式的資訊，這些資訊以適合會員狀況及理解能力的方式呈現。
- 獲得其牙科記錄副本，並且要求其依據聯邦法規要求修改或修正。
- 自由行使這些權利，而不會對簽約者、服務提供者或加州對待您的方式有消極影響。



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。
。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

您的責任

LIBERTY 會員承擔以下責任：

- 向牙醫提供據您所知有關自身和牙齒健康的正確資訊
- 當身體和牙齒健康有任何突然變化時告知牙醫
- 告訴牙醫您理解治療方案以及您需要做的事項
- 堅持您理解並與牙醫達成一致的治療計劃
- 準時赴診
- 如無法赴診，則提前通知牙醫
- 如果拒絕治療或不遵守牙醫的治療方案、指示和建議，則是您自己的行動
- 儘快向牙科診室償還任何費用或花費
- 遵守牙科診室關於護理和行為的所有規則

隱私慣例通知

有關我們保守牙科醫療記錄機密的政策和程序聲明可供索取。

根據法律要求，這份通知係關於在個人健康資訊 (PHI) 隱私方面您擁有的權利以及我們的法律責任和隱私慣例。這份通知也會介紹我們可能以什麼方式收集、使用和揭露您的 PHI。我們必須遵守現行有效的通知法令。我們保留權利不時更改這份通知以及使更改的通知對我們持有的所有 PHI 生效。您可以在我們的網站 www.libertydentalplan.com 找到最新的隱私通知。

請於星期一到星期五致電會員服務部 (888-703-6999) (TTY 800-735-2929) 獲取該通知的書面副本

關於法律的通知

許多法律都適用於此《會員手冊》。這些法律即使未包含在本手冊或有解釋，也可能影響您的權利和責任。適用於本手冊的主要法律是關於 Medi-Cal 方案的州和聯邦法律。其他聯邦和州法律也可能適用。

關於 Medi-Cal 作為最後支付方的通知

有時，有人需要先為我們向您提供的服務付費。例如，如果您已有僱主提供的平價醫療保險。



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。或撥加州轉接服務 800-735-2929。歡迎登入我們的網站

身為 LIBERTY 會員，您將始終獲得 Medi-Cal 福利。然而，如果您依據某一計劃或其他健康計劃保單獲得承保，那麼您在本計劃下所獲的承保屬於第二牙科福利。

加州醫療保健服務部有權利和責任收取 Medi-Cal 不是第一支付方的承保 Medi-Cal 服務之費用。

Medi-Cal 方案遵守州和聯邦法律法規，這些法律法規係關於第三方對受益人提供醫療保健服務的法律責任。我們將採取所有合理措施，確保 Medi-Cal 方案是最後尋求的支付方。

不利福利決定通知

我們必須使用「不利福利決定通知」(NABD) 表格通知您對福利的拒絕、終止和推遲或改動。如果您不同意我們的決定，您可以向我們的計劃提起上訴。



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。本電話免費。
或撥加州轉接服務 800-735-2929。歡迎登入我們的網站

6. 報告和解決問題

您在牙科計劃中可能遇到兩種問題：

- **投訴（或申訴）**的情況是您對 **LIBERTY**、服務提供者、牙科護理或從服務提供者獲得的治療有問題
- **上訴**的情況是您不同意 **LIBERTY** 做出不承保服務的決定

您應首先透過 **LIBERTY** 的申訴和上訴流程告訴我們您的問題。這不會取消您的任何法律權利和補救措施。我們也不會因您向我們投訴而歧視您或報復您。告訴我們您的問題將幫助我們改善為所有會員提供的服務。如果您的申訴未得到解決，您可以向**管理式醫療保健部 (Department of Managed Health Care, DMHC)** 提起投訴。如果您不同意上訴的結果，可以請求召開州公平聽證會。但在請求召開州公平聽證會前，您必須完成 **LIBERTY** 的上訴流程。

您也可以要求 **DMHC** 進行獨立醫療審查 (IMR)。IMR 是對牙科計劃決定的公正審查。IMR 會判定緊急或急診服務的醫療必要性、承保範圍和支付爭議。您必須在 **LIBERTY** 對您的上訴做出書面決定後的 6 個月內申請 IMR。

如果您先請求召開州聽證會，則**不能**再請求獨立醫療審查 (IMR)。但是，如果您先請求 IMR，但對結果不滿意，則可以再請求召開州聽證會。您可以尋求加州管理式醫療保健部的幫助。

加州管理式醫療保健部負責監管醫療保健服務計劃。如果您想對健康計劃提起申訴，您應該先撥打 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)** 聯絡該健康計劃，使用該健康計劃的申訴流程，之後再聯絡該部門。使用該申訴程序並不會禁止您的任何潛在法律權利或可採取的補救措施。如您需要協助處理涉及緊急情況的申訴、健康計劃未能圓滿解決的申訴，或超過 30 天仍未解決的申訴，您可以致電該部門尋求協助。

您亦可能符合申請獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合 IMR 的資格，IMR 程序將公正審查健康計劃對提議之服務或治療的醫療必要性所做的決定、對實驗或研究性治療的承保決定，以及有關緊急或急診醫療服務的付費爭議。該部門亦提供免費電話 **(1-888-HMO-2219)** 和聽障和語障者的 TDD 專線 **(1-877-688-9891)** 服務。該部門的網站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 有投訴表格、IMR 申請表和線上說明。



請致電會員服務部 **888-703-6999 (TTY 800-735-2929)**。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。本電話免費。
或撥加州轉接服務 800-735-2929。歡迎登入我們的網站

加州醫療保健服務部 (DHCS) Medi-Cal 管理式保健監察員也可以提供幫助。該監察員可幫助處理該計劃未解決的問題；有關加入、更改或退出計劃的問題；以及有關 Medi-Cal 管理式保健計劃的其他問題。您可以在星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00 撥打 **1-888-452-8609** 聯絡監察員。

您也可以就您的 Medi-Cal 資格問題向當地的縣立資格辦公室提起申訴。如果您不確定向誰提起申訴，可以撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。

投訴

投訴（或申訴）可能關於網路內服務提供者為您提供的護理。投訴也可能關於 **LIBERTY**。有關上訴和州聽證會的更多資訊，請見下文。您可以向 PCD 或 **LIBERTY** 提出投訴。

您可以透過電話或郵件向我們提出投訴。提出投訴無時間限制。

想透過電話提出投訴，請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**) 聯絡您的 PCD 辦公室。請提供您的牙科計劃 ID 號碼、您的姓名和投訴的原因。

想透過郵件提出投訴，請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。要求其為您發送表格。請在收到表格後填表。務必寫明您的姓名、牙科計劃 ID 號碼和投訴的原因。請說明事件經過以及我們能怎樣幫助您。

請將表格郵寄至：

LIBERTY Dental Plan
Quality Management Department
340 Commerce, Suite 100
Irvine, CA 92602
Fax: (949) 270-0109

如果您需要提出投訴的幫助，我們可以幫助您。我們提供免費的語言服務。請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。

我們將在 5 日內寄給您一封信函，告知您我們收到了您的投訴。我們將在 30 天內通知您我們解決問題的方式。

如果等待州聽證會的時間會讓您的生命、健康或正常生活的能力處於危險，因此需要我們快速決定，您可以請求加急（快速）審查。請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**) 請求加急審查。我們將在收到投訴後的 72 小時內做出決定。



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

上訴

上訴與投訴不同。上訴是請求 **LIBERTY** 審查並改變我們就所請求之服務做出的承保決定。如果我們給您提供了一份「不利福利決定通知」(NABD)，而您不同意此決定，您可以提出上訴，或者您的 PCD 可以代您提出上訴。

您可以透過電話或郵件提出上訴。您必須在收到的通知上所示日期起的 60 個日曆日內提出上訴。

- 想透過電話提出上訴，請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。請提供您的姓名、健康計劃 ID 號碼和上訴的服務。
- 想透過郵件提出上訴，請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。要求其為您發送表格。請在收到表格後填表。務必寫明您的姓名、牙科計劃 ID 號碼和上訴的服務。

請將表格郵寄至：

LIBERTY Dental Plan
Quality Management Department
340 Commerce, Suite 100
Irvine, CA 92602
Fax: (949) 270-0109

如果我們提供的通知告訴您服務將停止，您也可以在上訴期間繼續獲得服務。為此，您或您的 PCD 必須在通知書郵寄給您之日期起的 10 日內請求上訴。您需要告訴我們，您想繼續接受服務。

如果您需要提出上訴的幫助，我們可以幫助您。我們提供免費的語言服務。請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。

我們將在 5 日內寄給您一封信函，告知您我們收到了您的上訴。我們將在 30 天內通知您我們的上訴決定。

如果等待解決上訴的時間會讓您的生命、健康或正常生活的能力處於危險，因此您或您的醫生需要我們快速決定，您可以請求加急（快速）審查。請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**) 請求加急審查。我們將在收到上訴後的 72 小時內做出決定。



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

州聽證會

州聽證會是與加州社會服務部 (Department of Social Services, DSS) 的工作人員召開的會議。法官將幫助解決您的問題。僅當您已完成了 **LIBERTY** 內部的上訴流程，且對決定仍不滿意之後，或者如果您在 30 日之後仍未收到關於上訴的決定，您才能請求召開州聽證會。

您可以透過電話或郵件請求召開州聽證會。您必須在告知您上訴決定的通知所示日期起的 120 個日曆日內請求召開州聽證會。您的 PCD 如獲得 DSS 的批准，也可以代您請求召開州聽證會。請致電 DSS 讓州政府批准您的 PCD 來請求召開州聽證會。

如果我們提供的通知告訴您服務將停止，您可以在州聽證會期間繼續獲得服務。為此，您或您的 PCD 必須在通知書郵寄給您之日期起的 10 日內請求州聽證會。您需要告訴我們，您想繼續接受服務。

想透過電話請求召開州聽證會，請撥打 **1-800-952-5253** 聯絡加州社會服務部 (DSS) 的公共回應處。(TTD **1-800-952-8349**)。

想透過郵件請求召開州聽證會，請填寫提供給您的表格，並隨附上訴決議通知書。請將表格寄至：

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 09-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

如果您需要請求召開州聽證會的幫助，我們可以幫助您。我們提供免費的語言服務。請撥打 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。

在聽證會上，您將提出您的觀點，我們將提出我們的觀點。法官最多需要 90 天時間來裁定您的案件。

如果等待州聽證會的時間會讓您的生命、健康或完全正常生活的能力處於危險，因此需要我們快速決定，您或您的 PCD 可以寫信給 DSS。

您可以請求加急（快速）召開州聽證會。DSS 必須在收到您的請求後的 3 個工作日內做出決定。

如果已經召開過州聽證會，則不能請求 IMR。但是，如果您先請求 IMR，但對結果不滿意，則仍可以請求召開州聽證會。



請致電會員服務部 **888-703-6999** (TTY **800-735-2929**)。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

欺詐、浪費和濫用

如果您懷疑服務提供者或獲得 Medi-Cal 的某個人有詐欺、浪費或濫用行為，您有權利和責任報告此事。

服務提供者詐欺、浪費和濫用的行為包括：

- 更改牙科病歷
- 開立超過醫療必要性的藥物
- 提供超過醫療必要性的牙科護理服務
- 對未提供的服務開帳單
- 對於專業人員未提供的專業服務開帳單

獲得福利者的詐欺、浪費和濫用的行為包括：

- 將牙科計劃 ID 卡或 Medi-Cal 福利身份識別卡 (BIC) 出借、出售或給其他人
- 從多個服務提供者獲得相似或相同的治療或藥物
- 前往急診室，但並沒有緊急情況
- 使用其他人的社會安全號碼或牙科計劃 ID 號碼

若要報告欺詐、浪費和濫用，請寫下欺詐、浪費和濫用者的姓名、地址和 ID 號碼。儘可能提供關於此人的資訊，例如電話號碼或專科（如果是服務提供者）。提供事件的日期以及準確經過的摘要。

請將報告寄至：

LIBERTY Dental Plan
Special Investigations Unit
340 Commerce, Suite 100
Irvine, CA 92602

或者請撥打我們的 24 小時詐欺、浪費和濫用舉報熱線 (888) 704-9833。



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

7. 須知道的重要電話號碼和詞語

重要的電話號碼

- **LIBERTY** 會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)
- Denti-Cal 受益人熱線 800-322-6384 (TTY 800-735-2922)
- DMHC 幫助中心 888-466-2219
- 醫療保健選擇 — Medi-Cal 管理式保健 800-430-4263
- Health Consumer Alliance 888-804-3536
- Medi-Cal 資格熱線 916-552-9200
- Medi-Cal 公平聽證會 800-952-5253 (TTY 800-952-8349)
- Medi-Cal 管理式保健 916-449-2000
- Medi-Cal 監察員 888-452-8609

須知詞語

上訴：請 LIBERTY 針對提供的治療審查被拒絕服務的正式請求。您的牙醫可以提出上訴。

適用：適用於，或對某人或某事有影響。

授權：請參閱「事先授權」。

差額負擔：向患者開帳單，以彌補牙醫實際收取的金額與 LIBERTY 支付金額之間的差價。除了共付額與費用分擔以外，不得對承保服務收取差額負擔費用。

受益人：有資格享受 Medi-Cal 福利的人。

受益人身份識別卡 (BIC)：由醫療保健服務部提供給受益人的身份識別卡。BIC 包括受益人號碼和其他重要資訊。

福利：由一位 LIBERTY 牙醫提供、可透過 Medi-Cal 牙科方案獲得醫療必要性的牙科服務。

加州兒童服務 (CCS) 方案：一項公共健康方案，向 21 歲以下有州法規定義之 CCS 合格狀況的合格兒童提供專業的診斷、治療和療法服務。



請致電會員服務部 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)。我們的工作時間是**星期一至星期五上午 8:00 至下午 5:00**。歡迎登入我們的網站 www.libertydentalplan.com。

齲齒：蛀牙的另一術語。

兒童健康和殘障預防 (CHDP) 方案服務：根據州法律法規，向 21 歲以下受益人提供的預防性醫療保健服務。

臨床篩檢：由牙醫提供的檢查，就另一名 LIBERTY 牙醫提議或提供之治療的合適性給出意見。LIBERTY 可能在某些情況下要求進行臨床篩檢。

投訴：您或您的牙醫以口頭或書面形式表達的不滿，包括任何爭議、重新考量請求或上訴。您的代表也可以提起投訴。

共付額：由受益人支付的一小部分牙醫費用。

承保服務：屬於 LIBERTY 福利的一組牙科程序。LIBERTY 僅會為由 LIBERTY 牙醫提供、屬於 Medi-Cal 牙科方案福利之醫療必要性服務支付費用。

專科牙醫：提供專科護理（例如牙髓病治療、口腔手術、小兒牙科、牙周病治療和畸齒矯正（牙套））的牙醫。

Denti-Cal 牙醫：經批准向 Medi-Cal 受益人提供承保服務的牙醫。

早期和定期篩檢、診斷和治療方案 (EPSDT)：一項聯邦方案，透過定期篩檢、診斷和治療服務向兒童提供醫療保健服務。牙科護理包含在 EPSDT 方案內。

資格：指滿足接受 Medi-Cal 福利的要求。

急診護理：由 LIBERTY 牙醫或專科牙醫提供的牙科檢查和/或評估，確定是否存在緊急牙科狀況，並且在該設施的能力之內且在專業認可的護理標準之內提供護理，以治療任何緊急症狀。

緊急牙科狀況：一種牙科狀況，如不立即進行救治，可合理推斷將使患者的健康處於危險，造成嚴重的疼痛或損害機能。

牙髓病醫生：將自己的執業範圍限制在治療牙髓和牙根疾病與傷害的專科牙醫。

排除項目：指 Medi-Cal 牙科方案不提供的任何牙科程序或服務。

申訴：請參閱「投訴」部分。

身份識別：指能證明一個人身份的物件，例如駕駛執照。

限制：指允許的服務次數、允許的服務類型和/或最划算的合適牙科服務。

醫療必要性：對治療牙齒、牙齦和支承結構有必要且適當的承保服務，並符合以下要求：(a) 根據專業認可的執業標準提供；(b) 由治療牙醫確定符合牙科狀況；和 (c) 考慮到潛在風險、益處和替代的承保服務，是最適合的服務類型、供應和程度。

非承保服務：不屬於承保福利的牙科程序或服務。

非簽約牙醫：未被授權向 Medi-Cal 合格受益人提供服務的牙醫。

授權通知 (NOA)：由電腦生成的表格，提供給牙醫以回應服務授權的請求。（請參閱「治療授權請求」。）

其他健康承保/其他健康保險：您在任何私人牙科計劃、任何保險方案、任何其他州或聯邦牙科護理方案或在其他合約或法律權益下，可能享有的牙科相關服務承保。



口腔外科醫生：將自己的執業範圍限制在口腔、下頷和面部疾病、傷害、畸形、缺陷和外觀之診斷和手術治療的專科牙醫。

畸齒矯正醫生：將自己的執業範圍限制在預防和治療上下牙齒在咬合或咀嚼時貼合問題的專科牙醫。

網路外服務提供者：不在 LIBERTY 網路內的服務提供者。

緩和護理：緩解疼痛但不會治癒造成疼痛的問題，或僅提供暫時補救的治療方式。

簽約牙科服務提供者：加入 Medi-Cal 牙科計劃並且為計劃會員提供牙科服務的服務提供者。

小兒科牙醫：將自己的執業範圍限制在治療從出生到青春期兒童的專科牙醫，提供初級護理和完整的預防性護理治療。

牙周病醫生：將自己的執業範圍限制在治療牙齒周圍之牙齦和組織疾病的專科牙醫。

保費：會員每月必須為牙科承保而支付的費用金額。計劃會員不必支付保費。

事先授權：LIBERTY 牙醫在提供服務前，尋求批准服務的請求。牙醫會收到 LIBERTY 針對批准之服務提供的「授權通知」(NOA)。

程序代碼：代表特定醫療或牙科服務的代號。

匱復學醫生：將自己的執業範圍限制在用假牙、牙橋或其他替代品更換缺失牙齒的專科牙醫。

服務提供者：註冊 Medi-Cal 牙科方案的個人牙醫、另類執業環境註冊牙科保健員 (RDHAP)、牙科團體、牙科學院或牙科診所，向 Medi-Cal 受益人提供醫療保健和/或牙科服務。

服務提供者名錄：LIBERTY 網路內的所有服務提供者名單。

轉診：您的 PCP 表示您可以獲得另一服務提供者的護理。一些承保護理和服務需要轉診和預批准。

要求：指必須做的事情，或者必須遵守的規則。

責任：指應該做或被期望去做的事情。

服務區域：LIBERTY 服務的地理區域。這包括沙加緬度縣。

費用分擔：在支付當月的任何 Medi-Cal 付款之前，受益人必須支付或承諾支付的醫療費用份額。

簽名：指您手寫的姓名。

州聽證會：州聽證會是一項法律流程，可允許受益人請求對任何拒絕或改動的治療授權請求 (TAR) 進行再評估。州聽證會也允許受益人或牙醫請求對費用報銷案件進行再評估。

治療授權請求 (TAR)：在可以開始治療前，由 LIBERTY 牙醫提交、尋求對某些承保服務批准的請求。某些服務和特殊情況會要求 TAR。

TAR/索賠表：牙醫在請求授權以提供服務，或接受已完成服務的付款時使用的表格。

