

가입자 안내서

가입자님의 혜택에 관하여 알아두셔야 할 내용

LIBERTYDental Plan of California, Inc.

통합 보장 범위 증명 및 고지 양식

2019

로스앤젤레스 카운티
선납 건강 플랜(PHP)



기타 언어와 형식

기타 언어

이 가입자 안내서와 기타 플랜 자료는 다른 언어로도 무료로 받으실 수 있습니다. [888-703-6999](tel:888-703-6999)(TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.

기타 형식

이 정보는 점자, 큰 글자, 오디오 등 다른 형식으로도 무료로 받으실 수 있습니다. [888-703-6999](tel:888-703-6999) (TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.

통역 서비스

하루 24시간 연중 언제든지 이용 가능한 무료 통역, 언어 및 문화 서비스, 도움 등을 받기 원하시거나 이 안내서를 다른 언어로 받아 보기를 원하시면 [888-703-6999](tel:888-703-6999) (TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.



가입자 서비스부에 [888-703-6999](tel:888-703-6999)(TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.



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 ayudarle. 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 مجاناً للتحدث مع طبيب الأسنان أو خطة الأسنان الخاصة بك. للحصول على مترجم فوري أو لطلب معلومات كتابية (بلغة أو بتسقي 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, فاقبل بمركز HMO Help Center على الرقم 1-888-466-2219. تأكد من إخطار مقدم الخدمات (طبيب الأسنان) الخاص بك باحتياجات لغتك الشخصية عند زياره الأسنان الأولى لك. (Arabic)

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ. Դուք կարող եք խոսել Ձեր աստամբարույժի կամ աստամբարուժական ծրագրի հետ՝ օգտվելով թարգմանչի ծառայություններից առանց որևէ վճարի: Թարգմանիչ ունենալու կամ գրավոր տեղեկություն խնդրելու համար (հայերենով կամ մեկ այլ ձևաչափով, օրինակ՝ Բրայլը կամ մեծ տառաչափը), նախ զանգահարեք Ձեր աստամբարուժական 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 սնկրաժեշտ, ապա զանգահարեք Առողջապահական օժանդակության կազմակերպության (HMO) Օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: Ձեր առաջին աստամբարուժական այցելության ժամանակ անսայրման տեղեկացրեք Ձեր մատակարարին (աստամբարույժին) Ձեր անձնական լեզվական կարիքների մասին: (Armenian)

សារ:សំខាន់: អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីនិយាយទៅកាន់ទទួលបានព័ត៌មាន ឬក៏រោងសុខភាព ធូញរបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬស្នើសុំព័ត៌មានផ្សេងៗទៀត (ជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំនងផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរស្នាមសម្រាប់ឆ្មារនិងការផ្តោត ឬអក្សរព្រៃធំៗ) សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់រោងសុខភាពធូញរបស់អ្នក កាមលេខ 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929) ជាមុនសិន។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយអង្គការថែទាំសុខភាព HMO កាមលេខ 1-888-466-2219។ ត្រូវប្រាកដថាអ្នកបានជួយដល់អ្នកផ្តល់សេវា (ពេទ្យធូញ) របស់អ្នកអំពីតម្រូវការភាសាផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកពេលអ្នកជួប ព័ត៌មានសុខភាពធូញរបស់អ្នក (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 با 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 lwm 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 ntxiv, 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)

가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.





Notice of Language Assistance

중요: 치과의사나 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 1-888-466-2219 로 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: ເຈົ້າສາມາດມີນາຍພາສາໃດໜຶ່ງສະໜອງເພື່ອເວົ້ານຳທ່ານແຂ້ວ ຫຼື ຜູ້ຮັບບັນທຶກຕາມພາສາຂອງເຈົ້າ. ເພື່ອໄດ້ນຳພາພາສາ ຫຼື ຂໍຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນ (ເປັນພາສາຂອງເຈົ້າ ຫຼື ຊຸບພບບອນ, ເຊັ່ນ ພາສານຸນ (Braille) ຫຼື ຕົວໜັງສືທີ່ໃຫຍ່ກວ່າ), ໃຫລະສັບໄປຫາຜູ້ຮັບບັນທຶກຕາມພາສາຂອງເຈົ້າກ່ອນ ຕາມໝາຍເລກໃຫລະສັບ 1-888-703-6999 (ທີ່ທົ່ວໄປ: 1-800-735-2929). ຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາ (ລາວ) ສາມາດຊ່ວຍເຫລືອເຈົ້າໄດ້. ຖ້າວ່າເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມເຕີມ, ໃຫລະສັບໄປທີ່ ສູນການຊ່ວຍເຫລືອ HMO ຕາມໝາຍເລກ 1-888-466-2219. ຢ່າລືມບອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ທ່ານແຂ້ວ) ຂອງເຈົ້າເລື່ອງຄວາມຕ້ອງການທາງພາສາຂອງເຈົ້າເທື່ອທຳອິດທີ່ໄປຫາທ່ານແຂ້ວຂອງທ່ານ. (Lao)



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.



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 (ที่ทิวาย: 1-800-735-2929) จะมีคนที่พูดภาษาไทยได้คอยช่วยเหลือท่าน ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม กรุณาโทรไปที่ศูนย์ช่วยเหลือ HMO ที่หมายเลข 1-888-466-2219. อย่าลืมแจ้งผู้ให้บริการ (ทันตแพทย์) ของท่านให้ทราบถึงความต้องการทางด้านภาษาของท่านครั้งแรกที่เข้าไปหาทันตแพทย์ (Thai)



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

차별 금지 공지

차별은 위법입니다. **LIBERTYDental Plan**은 주 및 연방 민권법을 따르고 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 식별, 나이, 정신 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 혼인 여부, 성 정체성 또는 성적지향으로 인해 비합법적으로 차별하거나, 사람을 제외시키거나 다르게 대하지 않습니다.

LIBERTYDental Plan 은 다음을 제공합니다.

- 다음과 같은 장애인에게 저희와 더 잘 소통하기 위한 무료 보조물 및 서비스:
 - 유자격 수화 통역
 - 다른 형식(점자, 큰 글자, 오디오, 편리한 전자 형식, 기타 형식)으로 된 문자 정보
- 다음과 같은 주된 언어가 영어가 아닌 사람들을 위한 무료 언어 서비스:
 - 유자격 통역



가입자 서비스부에 **888-703-6999**(TTY **800-735-2929**)로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

• 다른 언어로 쓰여진 정보

LIBERTY Dental Plan에 월~금요일까지 오전 8시~오후 5시 사이에 888-703-6999번으로 연락하십시오. 듣거나 말하기에 장애가 있는 분은 800-735-2929번으로 전화하시기 바랍니다.

고충 제기 방법

LIBERTY Dental이 이런 서비스를 제공하지 않았거나 성별, 인종, 피부색, 출신 국가, 인종 집단 식별, 나이, 정신 장애, 신체 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 혼인 여부, 성 정체성 또는 성적지향을 이유로 비합법적으로 차별했다고 생각하시면, LIBERTY에 고충을 제기하실 수 있습니다. 고충 제기는 다음과 같이 문서, 직접 또는 온라인으로 하실 수 있습니다.

- 전화로: LIBERTY에 월~금요일까지 888-703-6999번으로 전화하십시오. 듣거나 말하기에 장애가 있는 분은 800-735-2929번으로 전화하시기 바랍니다.
- 문서로: 불만 제기 양식을 작성하거나 편지를 써서 아래 주소로 보내주십시오.

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

- 직접: 의사 사무소나 LIBERTY을 방문하여 고충 제기를 원한다고 말하십시오.
- 온라인으로: LIBERTY 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

민권실(OFFICE OF CIVIL RIGHTS) - 캘리포니아 보건 서비스부(DHCS)

또한, 민권 불만 사항을 캘리포니아 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 민권실(Office for Civil Rights)에 전화, 문서 또는 온라인으로 제출하셔도 됩니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

- 전화로: **916-440-7370** 번으로 전화하십시오. 말하거나 듣기에 장애가 있는 분은 **711 (원격통신중계서비스)**번으로 전화하시기 바랍니다.
- 문서로: 불만 양식을 작성하거나 편지를 써서 아래 주소로 보내십시오.

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

불만 사항 신고 양식은 다음 웹사이트에 있습니다:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- 온라인으로: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

민권실(OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – 미국 보건 복지부(U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 차별을 받았다고 생각하시는 경우, 민권 불만 사항을 미국 보건 복지부(U.S. Department of Health and Human Services) 민권실(Office for Civil Rights)에 전화로, 문서로 또는 전자 방식으로 제출하셔도 됩니다.

- 전화로: **1-800-368-1019** 번으로 전화하십시오. 말하거나 듣기에 장애가 있는 분은 **TTY/TDD 1-800-537-7697** 번으로 전화하시기 바랍니다.
- 문서로: 불만 양식을 작성하거나 편지를 써서 아래 주소로 보내십시오.

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

불만 사항 신고 양식은 다음 웹사이트에 있습니다:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- 온라인으로: 다음 민권실 불만 신고 포털을 방문하십시오:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



가입자 서비스부에 **888-703-6999**(TTY **800-735-2929**)로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

LIBERTY Dental Plan 가입을 환영합니다!

LIBERTY Dental Plan (“LIBERTY” 또는 플랜)에 가입해 주셔서 감사합니다.

LIBERTY은 Medi-Cal이 있는 분들을 위한 치과 플랜입니다. 저희는 캘리포니아주와 협력하여 가입자님이 필요한 치과 진료를 받도록 돕습니다.

가입자 안내서

이 가입자 안내서에서는 LIBERTY의 보장에 대해 알려드립니다. 잘 읽어보시기 바랍니다. 가입자님의 혜택과 서비스를 이해하고 이용하실 때 도움이 될 것입니다. 안내서에는 LIBERTY 가입자의 권리와 책임도 설명되어 있습니다.

이 가입자 안내서는 보장 범위 증명(Evidence of Coverage, EOC)이라고도 합니다. 안내서는 LIBERTY 규칙과 정책의 요약에 불과합니다. 보험 혜택의 정확한 조건을 알고 싶으시면, 가입자 서비스부에 계약서 사본을 요청하시면 됩니다.

888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하셔서 계약서 사본을 달라고 하십시오. 가입자 안내서도 한 부 더 무료로 요구하셔도 되며, 아니면 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com에서 가입자 안내서를 보셔도 됩니다.

연락처

저희가 돕겠습니다. 궁금한 점이 있으시면 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다.

또한, 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 언제든지 방문하셔도 됩니다. 감사합니다.

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



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

차례

| | |
|--|-----------|
| 기타 언어와 형식 | 2 |
| 기타 언어..... | 2 |
| 기타 형식..... | 2 |
| 통역 서비스..... | 2 |
| 차별 금지 공지..... | 6 |
| LIBERTY Dental 가입을 환영합니다! | 9 |
| 가입자 안내서 | 9 |
| 연락처 | 9 |
| 차례..... | 10 |
| 1. 가입자로서 시작하기 | 13 |
| 도움을 받으시는 방법..... | 13 |
| 누가 가입자가 될 수 있나요..... | 13 |
| ID 카드..... | 14 |
| 가입자로서 참여하시는 방법 | 14 |
| 2. 치과 플랜 소개 | 16 |
| 치과 플랜 개요 | 16 |
| 치과 플랜 운용 방식 | 17 |
| 치과 플랜 변경 | 18 |
| 진료의 연속성 | 18 |
| 비용..... | 20 |
| 가입자 비용..... | 20 |
| 치과 의사에게 진료 수가를 지급하는 방식..... | 20 |



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.
통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는
무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

| | |
|--------------------------------|-----------|
| 저희에게 청구서 금액 지급 요청하기..... | 21 |
| 3. 치과 진료를 받으시는 방법 | 22 |
| 치과 서비스 받기..... | 22 |
| 일상적인 치과 진료..... | 23 |
| 긴급 치과 진료..... | 24 |
| 응급 치과 진료..... | 25 |
| 치과 진료를 받으실 수 있는 곳..... | 25 |
| 치과 제공자 명부..... | 25 |
| 치과 제공자 네트워크..... | 26 |
| 네트워크 내(in network) | 26 |
| 네트워크 밖..... | 26 |
| 치과 의사..... | 27 |
| 치과 주치의(PCD)..... | 27 |
| 치과 의사 선정..... | 28 |
| 예약 및 방문..... | 28 |
| 진료비 지급..... | 29 |
| 진료 의뢰..... | 29 |
| 사전 승인..... | 30 |
| 이차 의견..... | 31 |
| 적시 진료 이용..... | 31 |
| 4. 혜택 및 서비스 | 33 |
| 치과 플랜이 비용을 부담하는 것 | 33 |
| 혜택 요약..... | 34 |
| 서비스 횟수..... | 35 |
| 추가 소아 치과 진료 서비스..... | 35 |
| 비용급 의료 교통편..... | 36 |
| 비의료 교통편..... | 37 |
| 치과 플랜이 비용을 부담하지 않는 것 | 38 |



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.
통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는
무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

| | |
|--|-----------|
| 다음 초과 서비스는 만 21세 초과자 대상으로 Medi-Cal이 비용을 부담하지 않습니다..... | 38 |
| 혜택 조정..... | 40 |
| 5. 권리와 책임 | 42 |
| 가입자의 권리 | 42 |
| 가입자의 책임 | 43 |
| 개인 정보 보호 관행 고지 | 43 |
| 법률에 관한 고지..... | 44 |
| 최종 부담자인 Medi-Cal에 관한 고지 | 44 |
| 부정적인 혜택 결정 통지 | 44 |
| 6. 문제 신고 및 해결 | 46 |
| 불만 사항..... | 47 |
| 이의 신청..... | 48 |
| 주 정부 공청회 | 49 |
| 사기와 낭비, 남용 행위..... | 50 |
| 7. 주요 전화번호와 용어 설명 | 52 |
| 주요 전화번호 | 52 |
| 용어 설명..... | 52 |



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.
통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는
무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

1. 가입자로서 시작하기

도움을 받으시는 방법

저희는 가입자님이 치과 진료를 받고 만족하시기를 원합니다. 진료에 관하여 궁금한 점이나 우려 사항이 있으시면 말씀하십시오!

가입자 서비스부

LIBERTY 가입자 서비스부가 돕겠습니다. 저희는

- 가입자님의 치과 플랜과 보험 서비스에 관한 질문에 답할 수 있습니다
- 가입자님의 치과 주치의(PCD) 선정을 도울 수 있습니다
- 필요한 진료를 어디서 받으시는지 알려드릴 수 있습니다
- 가입자님이 영어를 못하시면 통역 서비스를 제공할 수 있습니다
- 다른 언어와 형식으로 정보를 제공할 수 있습니다

도움이 필요하시면 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 또한, 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 언제든지 방문하셔도 됩니다.

누가 가입자가 될 수 있나요

가입자님은 Medi-Cal 수혜 자격이 있고 로스앤젤레스 카운티에 거주하므로 LIBERTY 수혜 자격이 있습니다. 가입 문의는 Health Care Options에 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077)번으로 하십시오. 또는 <http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>를 보십시오.

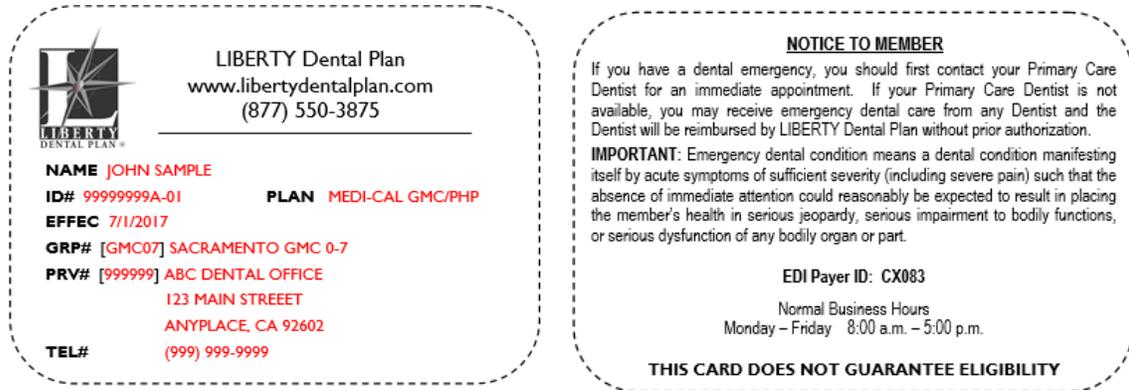
Medi-Cal 수혜 자격에 관한 질문은 거주 카운티 복지부 사무소에 하시면 됩니다. 거주지 사무소는 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal>에서 찾으시거나 1-800-300-1506(TTY 888 889-4500)번으로 전화하여 Covered California에 문의하십시오.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

ID 카드

LIBERTY 가입자는 치과 플랜 ID 카드를 받습니다. 치과 서비스를 받으실 때는 치과 플랜 ID 카드와 Medi-Cal 혜택 신분증(Benefits Identification Card, BIC)을 반드시 보여주셔야 합니다. 두 카드를 항상 지니고 다니십시오. 가입자님의 치과 플랜 ID 카드는 다음과 같이 생겼습니다.



가입 후 몇 주 안에 치과 플랜 ID 카드를 받지 못하시거나 카드가 손상, 분실 또는 도난당하는 경우 가입자 서비스부에 즉시 전화하십시오. 저희가 새 카드를 보내드립니다. 888-703-6999 (TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.

가입자로서 참여하시는 방법

LIBERTY은 가입자님의 의견을 듣고 싶습니다. 해마다 저희는 모임을 열어 잘 하고 있는 것과 개선할 수 있는 방법을 이야기합니다. 가입자들의 참여를 바랍니다. 오셔서 의견을 말씀해주십시오!

LIBERTY의 대중 정책 위원회

대중 정책 위원회(Public Policy Committee)라는 그룹이 있습니다. 이 그룹은 가입자, 서비스 제공자, 저희 네트워크 내 치과 의사, 치과 디렉터, 지원 실무진으로 구성되어 있습니다. 이 그룹은 LIBERTY의 정책 개선 방안을 논의하고 다음을 담당합니다.

- ▶ 가입자 서비스 방식 개선 아이디어 제공



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

1 | 가입자로서 시작하기

- 불만 사항을 포함한 품질 보고서 검토
- 플랜의 프로그램 개선 방법 제안
- 재정 보고서 검토

이 그룹에 참여하기를 원하시면 [888-703-6999](tel:888-703-6999)(TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오.



가입자 서비스부에 [888-703-6999](tel:888-703-6999)(TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오.
통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는
무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

2. 치과 플랜 소개

치과 플랜 개요

LIBERTY은 로스앤젤레스 카운티에서 Medi-Cal이 있는 분들을 위한 치과 플랜입니다.

저희는 캘리포니아주와 협력하여 가입자님이 필요한 치과 진료를 받도록 돕습니다.

치과 플랜과 이용 방법을 자세히 알아보시려면 가입자 서비스부 담당자와 이야기하시면 됩니다. 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.

보험 혜택이 시작할 때와 끝날 때

LIBERTY에 가입하시면 달력으로 7일 안에 LIBERTY 가입자 ID 카드를 받으시게 됩니다. LIBERTY으로 어떤 서비스를 받으시든 방문할 때마다 이 카드를 보여주시기 바랍니다. 이 카드는 가입자님이 LIBERTY에 가입되어 있다는 증명입니다.

LIBERTY 가입자 ID 카드에 기재된 치과 의사에게서만 진료를 받으셔야 합니다. 가입자님의 치과 주치의(PCD) 이름과 전화번호가 LIBERTY 가입자 ID 카드에 나와 있습니다. 가입 시 치과 의사를 선정하지 않으신 분에게는 치과 의사가 배정됩니다. 다른 치과 의사를 원하시면 888-703-6999(TTY 877-550-2929)로 전화하십시오.

언제든지 LIBERTY 보험을 종료하고 다른 치과 플랜을 선택하겠다고 하셔도 됩니다.

Medi-Cal 종료도 요청하실 수 있습니다. 보험 혜택 종료를 요청하시려면 DHCS의 절차를 따르셔야 합니다.

LIBERTY이 서비스를 더는 제공할 수 없는 때도 있습니다. 다음 경우 LIBERTY은 보험 혜택을 종료하여야 합니다.

- 가입자가 카운티 밖으로 이사하거나 수감되는 경우
- 가입자에게 Medi-Cal이 더는 없는 경우
- 가입자가 플랜 해지를 요청하는 경우



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

- 가입자가 치과 플랜의 상업용 가입자로 등록하는 경우
- 가입자가 치과 의사나 치과 직원을 말로 학대하는 경우
- 가입자가 치과 의사나 치과 직원을 물리적으로 폭행하는 경우
- 가입자가 타인에게 자신의 치과 혜택을 이용하게 하는 경우

가입자가 원주민이면 Medi-Cal 관리 의료 치과 플랜에 가입하지 않아도 됩니다. LIBERTY의 가입자는 언제든지 해지를 요청할 수 있습니다. 인디언 보건 서비스(Indian Health Service, IHS) 구강 보건국(Division of Oral Health, DOH) 사이트에서도 치과 진료를 받을 수 있습니다.

치과 플랜 운용 방식

LIBERTY은 DHCS와 계약한 치과 플랜입니다. 또한, LIBERTY은 치과 관리 의료 플랜입니다. 관리 의료 플랜은 치과 진료 이용을 개선하고 진료의 품질을 보장하는 치과 진료 서비스를 비용 효과적으로 이용할 수 있는 플랜입니다. LIBERTY은 저희 서비스 지역(저희 네트워크)에서 치과 의사 및 그 외 서비스 제공자들과 협력하여 가입자에게 치과 진료를 제공하고 있습니다.

가입자 서비스부는 가입자님에게 LIBERTY 운용 방식과 필요한 치과 진료를 받으시는 방법을 알려드립니다. 가입자 서비스부는 다음을 도울 수 있습니다.

- 치과 주치의(PCD) 찾기
- PCD 예약하기
- 새 LIBERTY 가입자 ID 카드 받기
- 보험 서비스와 비보험 서비스 정보 안내
- 교통편 서비스
- 고충 신고 및 해결과 이의 신청 방법 안내
- 치과 의사 명부 입수
- 가입자용 자료 요청
- 가입자의 기타 질문에 답변

자세한 사항은 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 또는

www.libertydentalplan.com에서 가입자 서비스 정보를 알아보십시오.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

치과 플랜 변경

언제든지 LIBERTY를 떠나 다른 치과 플랜에 가입하셔도 됩니다. 새 플랜을 선택하시려면 Health Care Options에 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077)번으로 전화하십시오.

월~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 전화하시거나 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov를 보시면 됩니다.

LIBERTY 해지 신청을 처리하는 기간은 달력으로 길게는 45일까지 걸립니다. Health Care Options가 신청을 언제 승인했는지 알아보시려면 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) 번으로 전화하십시오.

LIBERTY를 더 빨리 떠나고자 하시면 Health Care Options에 신속(빠른) 해지를 요청하시면 됩니다. 신청 사유가 신속 해지 규칙에 맞으면 해지 승인을 알리는 편지를 받습니다.

LIBERTY 해지 신청은 거주 카운티 복지부 사무소에서 직접 하셔도 됩니다. 거주지 사무소는 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal>에서 찾으시거나

1-800-300-1506으로 연락하여 Covered California에 문의하십시오. Health Care Options에서 편지를 받을 때까지 LIBERTY 가입자 ID 카드에 기재된 치과 의사에게 계속 진료를 받으셔야 합니다.

진료의 연속성

LIBERTY 소속이 아닌 치과 의사는 최대 12개월까지 계속 이용하실 수 있습니다. 그 치과 의사가 12개월이 끝날 때까지 저희 네트워크에 합류하지 않으면 LIBERTY 네트워크 내 치과 의사로 바꾸셔야 합니다.

가입자는 특정 치과 혜택에 대하여 LIBERTY 네트워크 소속이 아닌 치과 의사에게 치과 서비스를 받을 권리가 있습니다. 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하셔서 가입자님에게 이런 서비스를 받을 자격이 있는지 알아보시거나 LIBERTY 진료의 연속성(Continuity of Care) 정책 사본을 요청하실 수 있습니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

새 카운티로 이사하는 대학생

대학에 다니러 새 카운티로 이사하는 학생 가입자는 LIBERTY이 새 카운티에서 제공되지 않아도 여전히 LIBERTY 서비스를 받을 수 있습니다. 또는 서비스당 지급(Fee-for-Service, FFS) Medi-Cal로도 알려진 일반 Medi-Cal로 서비스를 받을 수 있습니다. 이를 진료의 연속성이라고 합니다. LIBERTY은 다음의 경우 대학생에게 진료의 연속성 서비스를 제공합니다.

□응급 상황인 경우

진료의 연속성 서비스에 관한 자세한 사항은 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 문의하십시오.

LIBERTY을 떠나는 치과 의사

가입자님의 치과 의사가 LIBERTY에서 더는 일하지 않아도 그 치과 의사에게서 서비스를 계속 받으실 수 있습니다. 이는 또 다른 형태로 진행되는 진료의 연속성입니다. LIBERTY은 다음에 대하여 진료의 연속성 서비스를 제공합니다.

- 치과 의사가 LIBERTY을 떠나기 전에 마치지 못한 서비스
- 가입자님이 LIBERTY에 가입했을 때 네트워크 밖 치과 의사가 마치지 못한 서비스

LIBERTY은 다음을 조건을 충족하는 경우 진료의 연속성 서비스를 제공합니다.

- 해당 서비스가 가입자의 치과 플랜으로 처리됨
- 해당 서비스가 치과적으로 필요함
- 서비스가 해당 임상 가이드라인을 충족함
- 가입자가 LIBERTY 치과 제공자를 이용하지 못함

LIBERTY은 다음을 조건을 충족하는 경우 진료의 연속성 서비스를 제공하지 않습니다.

- 해당 서비스가 가입자의 치과 플랜으로 보장되지 **않음**
- 해당 서비스가 치과적으로 필요하지 **않음**
- 서비스가 해당 임상 가이드라인을 충족하지 **않음**



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

- 가입자가 LIBERTY 치과 제공자를 이용하지 못함

진료의 연속성 서비스에 관한 자세한 사항은 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 문의하십시오.

비용

가입자 비용

LIBERTY은 Medi-Cal 수혜 자격자에게 서비스를 제공합니다. LIBERTY 가입자는 보험 서비스 비용을 내지 **않아도** 됩니다. 가입자에게는 보험료나 코페이 또는 본인 부담금이 없습니다.

혜택이 발효되기 전에는 치과 진료 비용의 일부를 매월 가입자가 부담하여야 할 수도 있습니다. 이를 가입자의 비용 분담(share of cost)이라고 합니다. 가입자의 비용 분담금은 소득과 가용 자원에 따라 다릅니다. 비용 분담에 관하여 궁금한 점이 있으시면 거주 카운티 복지부 사무소에 문의하십시오. 거주지 사무소는 <http://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal>에서 찾으십시오.

치과 의사에게 진료 수가를 지급하는 방식

LIBERTY은 다음과 같은 방식으로 치과 의사에게 수가를 지급합니다.

- 정액 지급
 - LIBERTY은 각 LIBERTY가입자에 대하여 매월 일정한 금액을 일부 치과 의사에게 지급합니다. 이를 정액 지급(capitation payment)이라고 합니다. LIBERTY과 치과 의사는 서로 협력하여 지급액을 결정합니다.
- 서비스당 지급
 - 일부 치과 의사는 LIBERTY 가입자에게 치과 진료를 제공하고 나서 해당 서비스 비용의 청구서를 LIBERTY으로 보냅니다. 이를 서비스당 지급(fee-for-service



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

payment)이라고 합니다. LIBERTY과 치과 의사는 서로 협력하여 각 서비스 비용을 결정합니다.

LIBERTY이 치과 의사에게 수가를 지급하는 방식에 관한 자세한 사항은 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 문의하십시오.

저희에게 청구서 금액 지급 요청하기

보험 서비스 청구서를 받으시면 가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 즉시 전화하십시오.

LIBERTY 부담이라고 생각하시는 서비스의 비용을 가입자님이 부담하시면 저희에게 청구하십시오. 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하셔서 청구(claim) 양식을 받으시거나 청구에 도움을 받으십시오. 청구 양식에 가입자님이 비용을 부담하신 이유를 작성하여 저희에게 알려주십시오.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

3. 치과 진료를 받으시는 방법

치과 서비스 받기

다음 정보를 읽으시면 누구에게서 또는 어느 제공자 그룹에게서 치과 진료를 받을 수 있는지 아시게 됩니다.

치과 진료 서비스는 보험 혜택 발효일부터 받으실 수 있습니다. 치과 플랜 ID 카드와 Medi-Cal BIC 카드를 항상 가지고 다니십시오. ID 카드와 BIC 카드를 절대로 남이 사용하지 못하게 하십시오. 치과 의사는 치과 제공자(dental provider)라고도 합니다.

새 가입자는 치과 주치의(PCD)를 반드시 저희 네트워크에서 선정하여야 합니다. LIBERTY 네트워크는 저희와 협력하는 치과 의사 그룹입니다. 가입자는 LIBERTY의 가입자가 되는 시점으로부터 30일 안에 PCD를 선정하여야 합니다. PCD를 선정하지 않으면 저희가 대신 선정해 드립니다.

LIBERTY 가입 가족 전체에 한 명의 PCD를 정하거나 가족 개인마다 서로 다른 PCD를 선정하여도 됩니다.

기존 치과 의사를 원하거나 새 PCD를 원하시면 치과 제공자 명부에서 찾으시면 됩니다. 명부에는 저희 플랜 네트워크에 속한 모든 PCD가 수록되어 있습니다. 치과 제공자 명부에는 선정에 도움이 되는 다른 정보도 있습니다. 치과 제공자 명부가 필요하시면 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com에서도 치과 제공자 명부를 찾으실 수 있습니다.

가입자가 필요한 진료를 저희 네트워크 내 참여 치과 제공자에게서 받지 못하면, PCD는 LIBERTY에 승인을 요청하여 가입자를 네트워크 밖 제공자에게 보내드려야 합니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

이 장의 나머지 부분을 읽으시고 PCD와 치과 제공자 명부 및 저희 치과 제공자 네트워크를 자세히 알아보십시오.

PCD 예약을 위해 전화하실 때, 전화 받는 사람에게 **LIBERTY** 가입자라고 말씀하십시오. 치과 플랜 ID 번호를 알려주십시오.

치과 방문을 최대한 활용하시려면

- Medi-Cal 신분증(BIC)을 가져가십시오
- 치과 플랜 ID 카드를 가져가십시오
- 유효한 캘리포니아 ID 카드나 운전면허증을 가져가십시오
- 사회 보장 번호(SSN)를 알아두십시오
- 복용 약 목록을 가져가십시오
- 본인과 자녀에게서 발견한 치과 문제를 PCD에게 말씀할 준비를 하십시오.

예약에 늦거나 갈 수 없으면 반드시 PCD 치과에 연락하십시오.

일상적인 치과 진료

구강 건강은 전반적인 건강과 행복의 중요한 일부입니다. Medi-Cal 치과 프로그램은 자녀가 첫 치아 또는 첫 돌 무렵에 치과 의사의 진찰을 받기 시작하도록 권하고 있습니다. 일상적인 진료는 정규 치과 진료입니다. **LIBERTY**은 PCD의 일상적인 진료비를 부담합니다. 치과 전문의에게 의뢰되는 서비스가 있는가 하면, 사전 승인이 필요한 서비스도 있습니다. 모든 치과 서비스는 보장되는 Medi-Cal 치과 프로그램 요건을 충족시켜야 합니다.

보험 대상인 자녀의 치과 서비스는 다음과 같습니다.

- 검사 및 x선
- 세정
- 불소 치료
- 봉합제



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

- 치아 충전
- 치관
- 발치
- 치근관
- 교정기
- 상실 치아 대체 장치

보험 대상인 성인의 치과 서비스는 다음과 같습니다.

- 검사 및 x선
- 세정
- 심층 세정(치석 제거와 치근 활택)
- 불소 치료
- 치아 충전
- 치기공실 치관
- 앞니 치근관
- 발치
- 조립식 치관
- 완전 및 부분 의치
- 의학적으로 필요한 기타 치과 서비스

어린이와 성인 치과 서비스 전체 목록은 본 안내서 4장을 보십시오.

긴급 치과 진료

LIBERTY은 긴급 치과 진료 비용을 부담합니다. 바로 치과 의사의 진료를 받아야 하지만 응급 상황은 아닌 경우 긴급 진료를 72시간 내 예약할 수 있습니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.
통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는
무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

치과 정상 근무 시간 중에는 치과 의사에게 전화하시면 도움을 받을 수 있습니다. 근무 시간이 지난 경우 치과 의사에게 먼저 전화해 보십시오. 치과 의사와 연락이 되지 않으면 LIBERTY에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 언제든지 전화하셔서 도움을 받으십시오.

응급 치과 진료

LIBERTY은 응급 치과 진료 비용을 부담합니다. 치과 응급 상황일 수 있는 증상은 귀하 또는 치료하지 않으면 귀하의 치아에 해를 일으키거나 손상이 올 수 있는 통증이나 출혈, 부기입니다. 응급 치과 진료는 하루 24시간 연중무휴 이용 가능합니다. 응급 치과 진료는 LIBERTY의 승인을 받지 않아도 됩니다.

치과 정상 근무 시간 중에는 치과 의사에게 전화하시면 도움을 받을 수 있습니다. 근무 시간이 지난 경우 치과 의사에게 먼저 전화해 보십시오. 치과 의사와 연락이 되지 않으면 LIBERTY에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 언제든지 전화하셔서 도움을 받으십시오.

911에 전화하거나 가까운 응급실로 가실 수도 있습니다. 집에서 떨어져 있는 경우 응급 진료를 받을 수 있는 가까운 곳에 있는 치과의사를 찾으실 수 있습니다. LIBERTY과 계약하지 않은 치과 의사는 응급 진료 비용을 청구할 수 있습니다. 응급 진료 비용을 지불한 경우 저희가 돌려 드립니다.

의학적 응급 상황의 경우 **911**에 전화하거나 가까운 응급실로 가십시오.

도움이 필요하시면 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다.

치과 진료를 받으실 수 있는 곳

대부분의 진료는 PCD에게서 받습니다. 일상적인 치과 진료의 대부분은 PCD가 제공합니다. 필요하다면 PCD가 전문의에게 의뢰할(보내드릴) 수 있습니다.

치과 제공자 명부



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

2 | 치과 플랜 소개

LIBERTY 치과 제공자 명부는 LIBERTY 네트워크에 참여하는 제공자가 수록되어 있습니다. 이 네트워크는 LIBERTY와 협력하는 제공자 그룹입니다.

LIBERTY 치과 제공자 명부에는 치과 의사, 치과 전문의, 연방 정부 인정 보건 센터(Federally Qualified Health Center, FQHC), 인디언 보건 센터(Indian Health Center, IHC), 원주민 보건 클리닉(Native American Health Clinic) 등이 수록되어 있습니다.

치과 제공자 명부에는 이름, 제공자 주소, 전화번호, 진료 시간, 구사 언어 등이 나와 있습니다. 제공자가 새 환자를 받는지 알 수 있으며, 건물의 물리적 접근 가능성을 알려줍니다.

웹사이트 www.libertydentalplan.com에서도 치과 제공자 명부를 보실 수 있습니다.

제공자 명부 인쇄본이 필요하시면 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.

치과 제공자 네트워크

치과 제공자 네트워크는 LIBERTY와 협력하는 일단의 치과 의사와 치과 전문의입니다. 가입자는 저희 네트워크를 통해 보험 서비스를 받습니다.

네트워크 내(in network)

가입자는 치과 진료를 LIBERTY 네트워크 내 치과 의사에게 받습니다. 예방 진료와 일상적인 진료는 PCD에게서 받습니다. 가입자는 저희 네트워크 내 전문의와 그 외 제공자도 이용합니다.

제공자 명부를 받으시려면 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 또는 웹사이트 www.libertydentalplan.com에서도 치과 제공자 명부를 보실 수 있습니다.

긴급 또는 응급 치과 진료는 PCD에게 연락하십시오. 진료 예약에 도움을 원하시거나 거주지가 아닌 곳에 계시면 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.

의학적 응급 진료의 경우 911에 전화하거나 가까운 응급실로 가십시오.

네트워크 밖

네트워크 밖 제공자는 LIBERTY와 협력 계약을 맺지 않은 치과 의사를 말합니다. 긴급 또는 응급 진료를 제외하고 네트워크 밖 제공자에게 받은 진료는 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 보험 치과 진료 서비스가 필요한 가입자는 의학적으로 필요하고 네트워크 내에서 받을 수 없는 한 네트워크 밖에서도 무료로 받을 수 있기도 합니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

네트워크 밖 서비스에 도움이 필요하시면 [888-703-6999](tel:888-703-6999)(TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오.

서비스 지역 밖에 계신데 응급 상황이 **아닌** 진료가 필요하시면 PCD에게 즉시 연락하십시오. 또는 [888-703-6999](tel:888-703-6999)(TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오.

네트워크 밖 또는 서비스 지역 밖 진료에 관하여 궁금한 점이 있으시면 [888-703-6999](tel:888-703-6999)(TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오.

치과 의사

가입자는 치과 주치의(primary care dentist, PCD)를 **LIBERTY** 치과 제공자 명부에서 선정합니다. PCD는 반드시 참여 치과 의사이어야 합니다. 이는 저희 네트워크 내 치과 의사라는 뜻입니다. 제공자 명부를 받으시려면 [888-703-6999](tel:888-703-6999)(TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오.

원하시는 PCD가 새 환자를 받는지 확인하실 때도 이 번호로 연락하셔야 합니다.

LIBERTY 가입 전에 특정 질환으로 치과 의사에게 진료를 받고 계셨던 분은 그 치과 의사에게 계속 가실 수도 있습니다. 이를 진료의 연속성이라고 합니다. 진료의 연속성에 관한 자세한 내용은 이 안내서 [16페이지](#)를 보시면 됩니다. 자세한 사항은 [888-703-6999](tel:888-703-6999)(TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오.

치과 주치의(PCD)

새 가입자는 **LIBERTY** 가입 후 30일 안에 반드시 PCD를 선정하여야 합니다. 일반 치과 의사를 PCD로 선정하셔도 됩니다.

연방 정부 인정 보건 센터(FQHC)나 지역 사회 클리닉, 원주민 보건 클리닉 또는 **LIBERTY** 네트워크 내에 있고 가입자가 서비스를 받을 수 있는 자격이 되는 경우 치과 서비스를 제공하는 기타 일차 진료 시설을 PCD로 선정하셔도 됩니다. 이런 센터는 치과 진료 서비스가 많지 않은 지역에 위치해 있습니다.

가족이 **LIBERTY** 가입자이면 가족 전체에 한 PCD를 선택하거나 가족 개인마다 서로 다른 PCD를 선택할 수 있습니다.

PCD를 30일 안에 선정하지 않는 분은 **LIBERTY**에서 가입자 진료에 협력하는 치과 의사가 PCD를 대신 선정해 드립니다.



가입자 서비스부에 [888-703-6999](tel:888-703-6999)(TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

PCD는

- 가입자의 치과 필요를 알게 됩니다
- 가입자의 치과 기록을 유지합니다
- 가입자에게 필요한 예방 및 일상 치과 진료를 제공합니다
- 필요하면 가입자를 전문의에게 보내드립니다

LIBERTY 네트워크 내 PCD를 찾으시려면 치과 제공자 명부를 보시면 됩니다. 치과 제공자 명부에는 **LIBERTY**와 협력하는 FQHC 목록이 수록되어 있습니다.

웹사이트 www.libertydentalplan.com에서도 치과 제공자 명부를 보실 수 있습니다. 또는 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 원하시는 PCD가 새 환자를 받는지도 전화로 알아보실 수 있습니다.

치과 의사 선정

필요한 치과 진료는 본인이 가장 잘 알므로 PCD를 직접 선정하시면 가장 좋습니다.

한 PCD를 계속 이용하면 가입자에게 필요한 치과 진료를 의사가 잘 알 수 있으므로 가장 바람직합니다. 그러나 새 PCD로 변경하고자 하시면 매월 1회 변경이 가능합니다. 반드시 **LIBERTY** 치과 제공자 네트워크 내에 있고 새 환자를 받는 PCD를 선정하셔야 합니다.

그러면 그 PCD가 변경 후 다음 달 1일부로 새 PCD가 됩니다.

PCD를 변경하시려면 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.

해당 PCD가 새 환자를 받지 않거나, 저희 네트워크를 떠났거나, 가입자의 나이대 환자를 진료하지 않으면 저희가 가입자에게 PCD 변경을 요청하기도 합니다. 가입자가 PCD와 마음이 맞지 않거나 PCD에 동의하지 않는 경우 또는 가입자가 예약에 오지 않거나 늦는 경우 **LIBERTY**이나 PCD도 가입자에게 새 PCD로 변경할 것을 요청할 수 있습니다. 저희가 PCD를 변경해야 하면 서면으로 알려드립니다.

PCD를 변경하는 가입자는 새 치과 플랜 가입자 ID 카드를 우편으로 받습니다. 그 카드에 새 PCD의 이름이 있습니다. 새 ID 카드 받기에 관하여 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

예약 및 방문



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

치과 진료에 필요하시면

- PCD에게 연락하십시오
- 통화 시 **LIBERTY 가입자 ID** 번호를 준비하십시오
- 치과 진료 시간이 지났으면 이름과 전화번호를 메시지로 남기십시오
- BIC와 치과 플랜 ID 카드를 예약 방문 때 가지고 가십시오
- 신분증이나 운전면허증을 가지고 가십시오
- 예약 시간을 지켜주십시오
- 갈 수 없거나 늦을 경우에는 즉시 전화하십시오
- 필요한 경우 질문을 준비하십시오

진료비 지급

보험 서비스는 본인 부담금이나 코페이를 내지 **않으셔도** 됩니다. 가입자는 치과 의사의 청구서(bill)를 받아서는 안 됩니다. 가입자는 치과 의사로부터 혜택 설명(Explanation of Benefits, EOB)이나 명세서를 받기도 합니다. EOB와 명세서는 청구서가 아닙니다.

청구서를 받으시면 **888-703-6999(TTY 800-735-2929)**번으로 전화하십시오. 저희에게 청구 금액과 서비스 날짜, 청구 이유를 알려주십시오.

청구서를 받거나 코페이 납부 요청을 받으시면 저희에게 청구(claim)하셔도 됩니다. 해당 품목이나 서비스 비용을 부담하셔야 한 이유를 저희에게 서면으로 알려주셔야 합니다. 저희는 가입자의 청구서를 읽고 환불이 가능한지 결정합니다. 궁금한 점이 있거나 청구(claim) 양식이 필요하시면 **888-703-6999(TTY 800-735-2929)**번으로 전화하십시오.

진료 의뢰

가입자에게 전문의가 필요하면 PCD가 전문의에게 진료를 의뢰합니다. 전문의는 치과학의 한 분야를 더 공부한 치과 의사입니다. PCD는 가입자와 협력하여 전문의를 선택합니다. PCD 치과는 전문의 예약을 도울 수 있습니다.

PCD는 가입자가 치과 전문의에게 가져갈 양식을 주기도 합니다. 치과 전문의는 이 양식을 작성하여 PCD에게 돌려보냅니다.



가입자 서비스부에 **888-703-6999(TTY 800-735-2929)**번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

저희의 진료 의뢰 정책 사본을 원하시면 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.

다음은 진료 의뢰가 필요하지 않습니다.

- PCD 방문
- 긴급 또는 응급 진료

사전 승인

일부 유형의 서비스는 PCD나 전문의 치과 의사가 저희에게 사전에 문의하여야 가입자가 진료를 받을 수 있습니다. 이를 사전 승인(prior authorization 또는 pre-approval)이라고 합니다. 이는 해당 진료가 의학적으로 필요하다고 LIBERTY이 동의한다는 뜻입니다.

진료로 구강안면 질환, 감염, 통증을 예방하거나 없어져 치열의 형태와 기능이 복구되거나 안면 변형이나 기능 장애가 교정된다면 이는 의학적으로 필요한 진료입니다. 치과 서비스는 의학적 필요성에 대한 Medi-Cal 프로그램 규칙에 반드시 부합하여야 합니다.

다음 치과 서비스는 LIBERTY 네트워크 내 제공자로부터 진료를 받아도 사전 승인이 필요합니다.

- 치근관
- 치관
- 완전 의치
- 의치 이장(denture relines)
- 심층 세정(치석 제거와 치근 활택)
- 전신 마취와 IV 진정

치과 의사가 원하는 기타 치과 서비스도 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

전문 치과 의사의 진료 같은 일부 서비스는 네트워크 밖 치과 진료의 경우 사전 승인이 필요합니다. 저희는 일상적인 서비스의 경우 평일로 5일, 긴급 진료의 경우 72시간 안에 결정합니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

저희는 요청을 검토하여 해당 진료에 의학적 필요성이 있는지 그리고 보험 대상인지 결정합니다. 저희는 혜택이나 치과 서비스를 거부할 목적으로 검토자 비용을 부담하지 **않습니다**. 저희가 진료를 승인하지 않으면 이유를 알려드립니다.

LIBERTY은 요청 검토에 정보나 시간이 더 필요하다면 가입자에게 연락합니다.

이차 의견

PCD가 필요하다고 하는 진료나 가입자의 진단 또는 치료 계획에 대하여 이차 의견을 원하실 수도 있습니다. 예를 들어, 처방 치료나 수술이 필요한지 확신이 안 서는 경우 이차 의견이 필요할 수 있습니다.

이차 의견을 구하시려면 PCD에게 연락하십시오. PCD는 네트워크 제공자에게 보내드려 이차 의견을 구하게 해드릴 수 있습니다. 또는 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.

가입자나 네트워크 치과 의사가 이차 의견을 요구하고 가입자가 네트워크 치과 의사로부터 이차 의견을 받은 경우 그 비용을 저희가 부담합니다. 이차 의견을 위해 선택한 치과 의사가 승인된 경우 이차 의견을 받기 위해 저희로부터 승인을 받을 필요가 없습니다. 가입자에게 긴급 요청이 있으면 저희는 72시간 안에 결정합니다.

가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.

저희가 이차 의견 요청을 거부하면, 가입자는 이의 신청을 할 수 있습니다. 이의 신청에 관한 자세한 내용은 이 안내서 [53페이지](#)를 보십시오.

적시 진료 이용

LIBERTY은 다음 시간 프레임 안에 예약을 제공해야 합니다.

- 정기 진료 예약(예방 진료 포함) - 4주



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

- 전문의 예약-30 영업일(나이 만 21세 이상), 달력으로 30일 (만 21세 미만)
- 긴급 진료 예약 - 72시간
- 응급 진료 - 하루 24시간 연중무휴 이용 가능해야 합니다



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.
통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는
무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

4. 혜택 및 서비스

치과 플랜이 비용을 부담하는 것

여기서는 LIBERTY 가입자의 모든 보험 서비스를 설명합니다. 가입자의 보험 서비스는 의학적으로 필요하다면 무료입니다. 진료로 구강안면 질환, 감염, 통증을 예방하거나 없애져 치열의 형태와 기능이 복구되고 안면 변형이나 기능 장애가 교정된다면 이는 의학적으로 필요한 진료입니다

저희는 다음과 같은 유형의 치과 서비스를 제공합니다.

| 서비스 유형 | 예 |
|--------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> 진단 | 검사 및 x선 |
| <input type="checkbox"/> 예방 | 세정, 불소 치료, 봉합제 |
| <input type="checkbox"/> 수복 | 충전, 치관 |
| <input type="checkbox"/> 근관 치료 | 치수 절단, 치근관 |
| <input type="checkbox"/> 치주 | 잇몸 수술 |
| <input type="checkbox"/> 가철성 치과 보철 | 즉시 의치와 완전 의치, 이장 |
| <input type="checkbox"/> 구강 및 악안면 수술 | 발치 |
| <input type="checkbox"/> 치과 교정 | 교정기 |
| <input type="checkbox"/> 보조적 | 진정, 전신 마취 |

혜택 요약과 아래 각항을 읽으시고 가입자가 받을 수 있는 서비스를 정확히 알아보십시오.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

혜택 요약

아래는 성인 및 아동 치과 혜택을 요약해 놓은 것입니다.

✓ 혜택 ✗ 혜택 아님

| 절차 | 전체 범위 | 제한된 범위 | 임신 관련 | 시설 (SNF/ICF) 거주 |
|------------------------|-------|--------|-------|-----------------|
| 구강 평가(만 3세 미만) | ✓ | ✗ | ✗ | ✓ |
| 최초 검사(만 3세 이상) | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| 정기 검사(만 3세 이상) | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| 정기 세정 | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| 불소 | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| 수복 서비스 - 충전/치관 | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| 치관* | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| 치석 제거 및 치근 활택(심층 세정)** | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| 치주 관리(잇몸) | ✗ | ✗ | ✗ | ✓ |
| 앞니 치근관(전면) | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| 어금니 치근관(뒷면) | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| 부분 의치 | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| 완전 의치 | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ |
| 발치/구강 및 악안면 수술 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 응급 서비스 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

예외

- *1. 만 13세 미만 혜택 아님
- 2. 만 21세 이상은 어금니의 특수 상황에 따라 허용.
- **만 13세 미만 혜택 아님. 특수 상황에서 허용.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.
통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는
무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

서비스 횟수

치과 서비스는 의학적으로 필요한 경우 보험이 적용됩니다. 하지만 일부 서비스는 주어진 기간 내에 몇 번의 서비스를 받을 수 있는지에 대해 제한이 있습니다. 아래는 제한이 있는 일반 서비스입니다.

- 검사 - 6개월마다 1회(만 21세 미만), 12개월마다 1회(만 21세 이상)
- 교익 X선 촬영 - 6개월마다 1회
- 전체 구강 X선 촬영 - 36개월마다 1회
- 파노라마 X선 촬영 - 36개월마다 1회
- 치아 세정 - 6개월마다 1회(만 21세 미만), 12개월마다 1회(만 21세 이상)
- 국소 불소 - 6개월마다 1회(만 21세 미만), 12개월마다 1회(만 21세 이상)
- 치아 봉합제 - 36개월마다 1회(만 21세 미만)
- 치아 충전 - 12개월마다 1회(유치당), 36개월마다 1회(영구치당)
- 치관 - 5년마다 1회(만 13세 이상)
- 심층 세정(치석 제거/치근 활택) - 4분약당 24개월마다 1회(만 13세 이상)
- 완전 및 부분 의치 - 5년마다 1회
- 의치 수리 및 재정렬 - 1년에 2회

추가 소아 치과 진료 서비스

조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료(EPSDT) 서비스

저희는 EPSDT 서비스 비용을 부담합니다. EPSDT 서비스에는 Denti-Cal에서 부담하는 모든 서비스를 포함합니다. 만 21세 미만인 경우 의학적으로 필요하다면 Denti-Cal에서 부담하지 않는 추가 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 서비스는 일반 Denti-Cal 혜택 이외의 것입니다.

이러한 추가 서비스 중 하나가 필요한 경우 치과 의사가 저희에게 문의할 것입니다. 모든



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

요청은 승인을 위해 **LIBERTY**으로 보냅니다.

EPSDT 혜택에 대한 자세한 사항을 원하시면 **888-703-6999**(TTY 800-735-2929)번으로 문의하십시오.

비용급 의료 교통편

가입자가 신체적으로나 의학적으로 승용차나 버스, 열차, 택시를 타고 진료를 받으러 갈 수 없는 경우 비용급 의료 교통편(Non-Emergency Medical Transportation, NEMT)을 이용할 자격이 있으며, 플랜은 가입자의 치과 질환 비용을 부담합니다.

NEMT는 구급차나 환자 수송용 밴, 휠체어, 항공 수송입니다. NEMT는 승용차나 버스, 택시가 아닙니다. **LIBERTY**은 가입자에게 예약 방문 교통편이 필요할 때 가입자의 의학적 필요에 대하여 최저 비용 NEMT를 허용합니다. 이는 예를 들어 가입자가 신체적으로나 의학적으로 휠체어 밴으로 이동할 수 있으면 **LIBERTY**은 구급차 비용을 부담하지 않는다는 뜻입니다. 가입자는 의학적 상태 때문에 어떤 형태의 지상 교통편으로도 수송이 가능하지 않은 경우에만 항공 수송을 이용할 수 있습니다.

다음과 같은 경우에는 NEMT를 이용하여야 합니다.

- 신체적으로나 의학적으로 필요하다고 의사가 서면 처방으로 결정함 또는
- 가입자가 신체적으로나 의학적으로 버스나 택시, 승용차, 밴을 타고 진료를 받으러 갈 수 없음
- 의사의 서면 처방으로 **LIBERTY**이 사전 승인함

NEMT를 요청하시려면 최소한 평일로 예약 **십(10) 일** 전에 **LIBERTY** 에 **877-550-3868**번으로 연락하시기 바랍니다. 긴급 예약의 경우, 가능하면 빨리 연락하십시오. 연락하실 때 가입자 ID 카드를 준비하시기 바랍니다.

NEMT 한도

의료 제공자가 처방한 경우 **LIBERTY**이 비용을 부담하는 치과 예약 왕복 NEMT 혜택에는 제한이 없습니다.

해당하지 않는 경우



가입자 서비스부에 **888-703-6999**(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

가입자의 신체적 및 의학적 상태가 승용차나 버스, 택시, 기타 쉽게 탈 수 있는 운송 수단으로 의료 예약 방문을 할 수 있는 경우. 해당 서비스가 LIBERTY의 보험 대상이 아니면 교통편이 제공되지 않습니다. 보험 서비스 목록은 이 가입자 안내서에 있습니다.

가입자 부담 비용

교통편을 LIBERTY이 승인하면 비용이 없습니다.

비의료 교통편

다음의 경우 가입자는 비의료 교통편(Non-Medical Transportation, NMT)을 이용할 수 있습니다.

- 의료 제공자가 처방한 LIBERTY 보험 서비스를 받으러 예약지 왕복.

LIBERTY은 교통편 중개인, 버스 패스, 택시 바우처 또는 철도 티켓을 통해서가 아닌 교통편이 수혜자가 마련한 개인 소유 자동차일 때 마일리지 상환을 포함해 가입자가 플랜이 비용을 부담하는 의료 서비스를 위해 의료 예약지에 다녀오도록 승용차나 택시, 버스, 기타 공적/사적 수단을 이용하는 것을 허용합니다. LIBERTY은 가입자의 의학적 필요에 대하여 예약 방문 시 이용 가능한 최저 비용 NMT를 허용합니다.

NMT 서비스를 요청하시려면 최소한 평일로(월~금) 예약 **십(10) 일** 전에 LIBERTY에 888-703-6999번으로 연락하시거나 긴급 예약이 있는 경우 가능하면 빨리 연락하시기 바랍니다. 연락하실 때 가입자 ID 카드를 준비하시기 바랍니다.

NMT 한도

의료 제공자가 처방한 경우 LIBERTY이 비용을 부담하는 치과 예약 왕복 NMT 혜택에는 제한이 없습니다.

해당하지 않는 경우

다음의 경우 NMT는 해당하지 않습니다.

- 구급차나 환자 수송용 밴, 휠체어 밴, 기타 형태의 NEMT가 보험 서비스를 받으러 가는 데 의학적으로 필요함.
- 이 서비스는 LIBERTY이 비용을 부담하지 않습니다. 보험 서비스 목록은 이 가입자



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

안내서에 있습니다.

가입자 부담 비용

교통편을 LIBERTY이 허용하면 비용이 없습니다.

치과 플랜이 비용을 부담하지 않는 것

로스앤젤레스 카운티 밖의 치과 서비스는 응급 서비스가 아닌 한 보험 대상이 아닙니다.

다음 치과 서비스는 만 21세 초과자 대상으로 Medi-Cal이 비용을 부담하지 않습니다.

- 고급 귀금속(금) 치관
- 잇몸 세척
- 탄성 기저 부분 의치
- 치과 전문의 상담
- 치과 교정 치료(교정기)
- 지지하지 않는 어금니 치기공실 치관 및 기존 또는 치료 계획된 의치
- 부분 의치, 다른 쪽 치조궁에 기존 또는 치료 계획된 완전 의치가 있는 경우 제외
- 임플란트와 임플란트 관련 서비스, 예외적 의학적 증세가 있는 경우 제외
- 고정성 부분 의치(가공 의치), 예외적 의학적 증세를 충족하는 경우 제외

궁금한 점이 있거나 치과 서비스를 자세히 알아보시려면, Denti-Cal에 1- 800-322-6384(TTY 1-800-735-2922)번으로 전화하십시오. Denti-Cal 웹사이트 denti-cal.ca.gov를 보셔도 됩니다.

LIBERTY이나 Medi-Cal로 받을 수 없는 서비스

다음과 같은 일부 서비스는 LIBERTY이나 Medi-Cal로도 보험 대상이 아닙니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

- 캘리포니아 아동 서비스(California Children's Services, CCS)
- 치과와 무관한 서비스
- Medi-Cal 치과 프로그램으로 보장이 되지 않는 모든 치과 서비스
- 활성 보험 보장 전이나 플랜 보험 보장 종료 후에 시작된 치과 서비스
- 턱관절 기능 장애(TMJ) 치료용 치과 서비스, 절차나 장치, 복원
- 전문가의 검토를 기반으로 미용 목적인 것으로 판단되는 치과 서비스
- 전문가의 검토를 기반으로 치과적으로 필요하지 않은 것으로 판단되는 치과 서비스
- 마멸이나 침식, 마찰, 이갈이증 또는 클린칭으로 사라진 치아 구조를 수복하려고 수행하는 치과 서비스
- 치과 보철 전문 치과 의사가 제공하는 치과 서비스나 장치
- 충치, 비가역적 통증 및 감염의 중요한 징후가 없고/또는 치아가 다른 치아의 맹출을 차단하지 않는 제삼대구치(사랑니) 제거를 위한 치과 서비스.
- 이로 물고 씹는 데 치아가 합쳐지는 방식을 바꾸기 위한 치과 서비스
- 배정된 치과 이외의 곳에서 수행한 치과 서비스, LIBERTY이 명시적으로 승인한 경우는 예외
- 입원/외래 병원 환경에서 치과 의사나 치과 전문의가 수행한 일상적인 치과 서비스

아래 각항을 읽고 더 자세히 알아보십시오. 또는 [888-703-6999](tel:888-703-6999)(TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오.

캘리포니아 아동 서비스(California Children's Services, CCS)

CCS는 특정 질환, 질병 또는 만성 건강 문제가 있고 CCS 프로그램 규칙을 충족하는 만 21세 미만 자녀를 치료하는 주 정부 프로그램입니다. LIBERTY이나 PCP가 가입자의 자녀에게 CCS 질환이 있다고 믿으면 그 자녀는 CCS 프로그램으로 보내집니다.

CCS 프로그램 실무진은 그 자녀가 CCS 서비스를 받을 자격이 있는지 결정합니다. 자녀가 이런 유형의 진료를 받을 수 있는 경우 CCS 제공자가 CCS 질환 치료를 합니다. LIBERTY은



가입자 서비스부에 [888-703-6999](tel:888-703-6999)(TTY [800-735-2929](tel:800-735-2929))번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

신체 검사, 백신 및 건강한 소아 정기 검진과 같은 CCS 질환과 관련이 없는 유형의 서비스 비용을 계속 부담합니다.

LIBERTY은 CCS 프로그램이 제공하는 진료의 비용은 부담하지 않습니다. CCS가 이런 질환의 비용을 부담하려면 해당 제공자, 서비스, 장비를 CCS가 승인하여야 합니다.

CCS가 모든 질환의 비용을 부담하지는 않습니다. CCS는 신체적 장애가 있거나 약이나 수술, 재활(rehab)로 치료할 필요가 있는 대부분 질환의 비용을 부담합니다. CCS는 다음과 같은 질환이 있는 자녀의 비용을 부담합니다.

- 선천성 심장병
- 암
- 종양
- 혈우병
- 낮 적혈구 빈혈
- 갑상선 문제
- 당뇨병
- 중증 만성 콩팥 질환
- 간 질환
- 장 질환
- 입술/입천장 갈림증
- 척추 갈림증
- 청력 상실
- 백내장
- 뇌성 마비
- 통제되지 않는 발작
- 류마티스 관절염
- 근(육)디스트로피
- AIDS
- 머리, 뇌, 척수의 증상
- 심한 화상
- 심하게 비뚤어진 치아

CCS 서비스 비용은 주 정부가 부담합니다. CCS 프로그램 서비스 수혜 자격이 없는 자녀라도 의학적으로 필요한 진료는 **LIBERTY**을 통해 계속 받습니다.

CCS에 관한 자세한 사항은 **888-703-6999(TTY 800-735-2929)**번으로 전화하십시오.

혜택 조정



가입자 서비스부에 **888-703-6999(TTY 800-735-2929)**번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

LIBERTY은 가입자에게 필요한 치과 진료를 조정하는 서비스를 무료로 제공합니다. 본인이나 자녀의 치과 진료에 관하여 궁금한 점이나 우려 사항이 있으시면 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

5. 권리와 책임

LIBERTY 가입자에게는 특정한 권리와 책임이 있습니다. 이 장에서는 그런 권리와 책임을 설명합니다. 또한 LIBERTY 가입자의 권리에 대한 법적 고지도 제공합니다.

가입자의 권리

LIBERTY 가입자에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 개인정보와 가입자의 의료 및 치과 정보의 비밀이 유지되어야 할 필요성에 대한 가입자의 권리를 고려하면서 정중하게 대우받을 권리
- 플랜 및 보장되는 서비스를 포함한 플랜 제공 서비스에 관한 정보를 제공받을 권리
- 계약자의 네트워크 안에서 치과 주치의를 선정할 수 있는 권리
- 치료 거부 권리를 포함하여 자신의 치과 진료에 관한 의사 결정에 참여할 권리
- 기관 또는 받은 진료에 대하여 구두나 서면으로 고충을 제기할 권리
- 해당 언어에 대해 구두 통역 서비스를 받을 권리
- 연방법에 따라 계약자의 네트워크 밖에서 연방 정부 인정 보건 센터(FQHC)와 인디언 보건 서비스(HIS) 시설을 이용하고 응급 서비스를 받을 권리
- 주 정부 공청회를 요청할 권리, 신속 공청회 가능 상황에 관한 정보 포함
- 치과 기록을 볼 권리 및 법적으로 타당한 경우 자신의 치과 기록 사본을 받거나, 그 기록을 수정 또는 교정할 권리
- 요청 시 가입을 해지할 권리
- 서면 가입자 안내 자료를 요청하는 대로 시기적절하게 요청하는 형식에 맞게 그리고 W & I Code Section 14182 (b)(12)에 따라 다른 형식(점자, 큰 글자, 오디오 형식 등)으로 받을 수 있음을 통지받을 권리
- 강압, 징벌, 편의 또는 보복 수단으로 사용되는 어떠한 형태의 제약이나 격리도 당하지 않을 권리
- 가입자의 조건 및 이해 능력에 맞는 방식으로 제시된 이용 가능한 치료 옵션과 대안에



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

대한 정보를 받을 권리

- 자신의 치과 기록 사본을 받고 연방 규정에 명시한 대로 그 기록을 수정 또는 교정하도록 요청할 권리
-
- 이 같은 권리를 계약자, 제공자, 주 정부가 가입자를 대하는 방식에 악영향 없이 자유로이 행사할 권리

가입자의 책임

LIBERTY 가입자에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 치과 의사에게 자신의 신체적 및 치과 건강에 관하여 아는 대로 정확한 정보를 제공할 책임
- 자신의 신체적 및 치과 건강에 갑작스러운 변화가 있었는지 치과 의사에게 알려줄 책임
- 치료 계획 및 본인에게 요구되는 것을 이해한다고 치과 의사에게 알려줄 책임
- 이해하고 치과 의사와 동의한 치료 계획을 준수할 책임
- 치과 의사와 예정된 예약을 지킬 책임
- 예정된 예약을 지키지 못할 경우 치과 의사에게 미리 알려줄 책임
- 치료를 거부하거나 치과 의사의 치료 계획을 따르지 않는 경우 자신의 행동에 대한 책임
- 치과에 대해 모든 동의된 비용 또는 금액을 가능한 한 빨리 갚을 책임
- 진료와 행동에 관한 모든 치과의 규칙을 따를 책임

개인 정보 보호 관행 고지

치과 기록의 비밀을 유지하기 위한 저희의 정책과 절차를 기술한 자료가 있으며 이 자료는 요청에 따라 가입자에게 제공됩니다.

법적 요건에 따라, 이 고지는 가입자의 권리와 저희의 법적 의무 및 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI)의 사생활권과 관련한 개인 정보 보호 관행에 관한 내용입니다. 이 고지에서는 저희가 가입자의 PHI를 수집, 사용, 공개할 수 있는 방식도 다루고 있습니다. 저희는 현재 유효한 고지의 조건을 준수하여야 합니다. 저희는 때때로 이 고지를 변경할



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.
통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는
무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

권리와 저희가 보관하는 모든 PHI에 대하여 이 변경된 고지의 효력을 발효하게 할 권리를
보유합니다. 가장 최근의 개인 정보 보호 관행 고지는 저희 웹사이트
www.libertydentalplan.com에서 보실 수 있습니다.

이 고지의 인쇄본이 필요하시면 가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY: 800-735-
2929)번으로 월~금요일까지 전화하십시오.

법률에 관한 고지

다수의 법률이 이 가입자 안내서에 적용됩니다. 이 법들은 이 안내서에 수록 또는 설명되지
않았어도 가입자의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 이 안내서에 주로 적용되는 법들은
Medi-Cal 프로그램에 관한 주 법과 연방 법입니다. 다른 연방 및 주 법들도 적용될 수 있습니다.

최종 부담자인 Medi-Cal에 관한 고지

저희가 제공하는 서비스의 비용을 제삼자가 먼저 부담하여야 할 때도 있습니다. 예를 들면,
고용주로부터 입수 가능한 건강 보험이 이미 있는 경우.

LIBERTY 가입자로서 항상 Medi-Cal 혜택을 받을 것입니다. 그러나 다른 건강 플랜의
플랜이나 보험 증권 하에 보험 보장이 있는 경우 이 플랜에 따른 보험은 이차 초과 혜택이
됩니다.

캘리포니아 보건 서비스부(Department of Health Care Services)는 Medi-Cal이 일차
부담자가 아닌 Medi-Cal 혜택 서비스 비용을 수금할 권리와 책임이 있습니다.

Medi-Cal 프로그램은 수혜자의 의료 서비스에 대한 제삼자의 법적 책임을 다루는 주 및 연방
법률과 규정을 준수합니다. 저희는 Medi-Cal 프로그램이 최종 부담자가 되도록 타당한 모든
조치를 취합니다.

부정적인 혜택 결정 통지

저희는 부정적인 혜택 결정 통지(Notice of Adverse Benefit Determination, NABD) 양식으로



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.
통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는
무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

가입자에게 혜택 거부나 종료, 지연, 수정 등을 알려야 합니다. 저희의 결정에 불복하는 가입자는 저희 플랜에 이의 신청을 할 수 있습니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

6. 문제 신고 및 해결

가입자가 치과 플랜과의 문제를 다루는 방법은 두 종류가 있습니다.

- **불만(또는 고충)**은 가입자가 LIBERTY이나 제공자 또는 제공자에게 받은 치과 진료 또는 치료에 문제를 제기하는 경우입니다.
- **이의 신청**은 서비스 비용을 부담하지 않겠다는 LIBERTY의 결정에 가입자가 동의하지 않는 경우입니다.

가입자는 LIBERTY의 고충 및 이의 신청 절차를 먼저 이용하여 저희에게 문제를 알려주어야 합니다. 그렇다고 가입자의 법적 권리와 구제 수단이 없어지는 것은 아닙니다. 저희도 가입자가 불만을 제기한다고 해서 차별하거나 보복하지 않습니다. 가입자가 저희에게 문제를 알려주면 모든 가입자를 위한 진료 개선에 도움이 됩니다. 고충이 해결되지 않으면 **관리 의료부(Department of Managed Health Care, DMHC)**에 불만을 제기할 수 있습니다. 이의 신청 결과에 동의하지 않는 가입자는 **주 정부 공정 공청회(State Fair Hearing)**를 요청할 수 있습니다. 반드시 LIBERTY의 이의 신청 절차를 먼저 거친 후에야 주 정부 공정 공청회를 요청할 수 있습니다.

또한, **DMHC**에 독립적 의학 심사(Independent Medical Review, IMR)도 요청할 수 있습니다. IMR은 치과 플랜의 결정을 독립적으로 검토하는 것입니다. IMR은 긴급 또는 응급 서비스에 대한 의학적 필요성, 보장 범위 및 지급 쟁의를 결정합니다. IMR 신청 시한은 이의 신청에 대한 LIBERTY의 서면 결정이 송부된 날로부터 6개월 안입니다.

주 정부 공청회를 먼저 요청하면 독립적 의학 심사(IMR)을 요청할 수 없습니다. 그러나 IMR을 먼저 요청하고 결과가 만족스럽지 않으면 주 정부 공청회를 요청할 수 있습니다. 캘리포니아 관리 의료부의 도움을 받을 수 있습니다.

캘리포니아 관리 의료부는 의료 서비스 플랜을 감독할 책임이 있습니다. 건강 플랜에 고충이 있는 가입자는 관리 의료부에 연락하기 전에 **888-703-6999(TTY : 800-735-2929)**번으로



가입자 서비스부에 **888-703-6999(TTY 800-735-2929)**번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

건강 플랜에 전화하여 건강 플랜의 고충 처리 절차를 먼저 이용하여야 합니다. 이 같은 고충 처리 절차를 이용한다고 해서 달리 사용할 수 있는 잠재적인 법적 권리나 구제 수단이 금지되는 것은 아닙니다. 응급 상황과 관련한 고충이나 건강 플랜에서 만족스럽게 처리되지 않은 고충 또는 30일이 지나도록 해결되지 않은 고충으로 도움이 필요하시면 관리 의료부에 연락하여 도움을 받으셔도 됩니다.

중립적 의학 심사(IMR)를 받으실 자격도 있을 수 있습니다. IMR 자격이 있으면, 제안된 서비스나 치료의 의학적 필요성, 실험적이거나 조사적인 성격의 치료에 대한 보험 혜택 결정, 응급 상황이나 긴급 의료 서비스에 대한 비용 지급 분쟁과 관련하여 건강 플랜이 내린 의료 결정이 IMR 절차를 거치면서 중립적인 검토를 받습니다. 관리 의료부에는 무료 전화(**1-888-HMO-2219**)와 청각 및 언어 장애인용 TDD 전화(**1-877-688-9891**)도 있습니다. 관리 의료부 인터넷 웹사이트 <http://www.hmohelp.ca.gov>에는 온라인 불만 사항 신고서, IMR 신청서, 양식 작성 안내문 등이 있습니다.

캘리포니아 보건 서비스부(DHCS) Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨(Managed Care Ombudsman)도 도울 수 있습니다. 옴부즈맨은 플랜이 해결하지 못한 문제, 플랜 가입, 변경, 해지 문제, Medi-Cal 관리 의료 플랜에 대한 기타 문제 등을 도울 수 있습니다. 옴부즈맨에 **1-888-452-8609**번으로 월~금, 오전 8시~오후 5시 사이에 연락하시면 됩니다.

거주 카운티 수혜 자격 심사 사무소에는 Medi-Cal 수혜 자격에 관한 고충도 제기할 수 있습니다. 고충을 어디에 제기하여야 하는지 잘 모르시면 **888-703-6999(TTY 800-735-2929)**번으로 전화하십시오.

불만 사항

불만(또는 고충)은 네트워크 제공자에게서 받는 진료에 관한 것일 수 있습니다. 또한, 불만은 **LIBERTY**에 관한 것일 수도 있습니다. 이의 신청과 주 정부 공청회에 관한 자세한 내용은 아래를 보십시오. 불만은 PCD나 **LIBERTY**에 제기할 수 있습니다.

저희에게 전화나 우편으로 하시면 됩니다. 불만 제기 시한은 없습니다.

불만을 전화로 제기하려면 PCD 사무소에 **888-703-6999(TTY 800-735-2929)**번으로 연락하십시오. 치과 플랜 ID 번호, 이름, 불만 사유 등을 알려주십시오.



가입자 서비스부에 **888-703-6999(TTY 800-735-2929)**번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

불만을 우편으로 제기하려면 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하여 양식을 보내 달라고 하십시오. 양식을 받으면 작성하십시오. 이름, 치과 플랜 ID 번호, 불만 사유를 꼭 기재하십시오. 무슨 일이 있었으며 저희가 어떻게 도와드릴 수 있는지 알려주십시오.

양식을 다음 주소로 우편으로 보내주십시오.

LIBERTY Dental Plan
Quality Management Department
340 Commerce, Suite 100
Irvine, CA 92602

불만 신고에 도움이 필요하시면 저희가 도울 수 있습니다. 언어 서비스를 무료로 제공할 수 있습니다. 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.

불만 신고 접수 오(5) 일 이내에 저희는 불만 신고 접수 확인 편지를 보내드립니다. 30일 안에 저희는 문제를 어떻게 해결했는지 알려드립니다.

불만 처리 시간 때문에 가입자의 생명이나 건강, 기능 능력이 위험해져 빠른 결정을 원하는 가입자는 신속(빠른) 심사를 요청하시면 됩니다. 신속(빠른) 심사 요청은 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 하십시오. 저희는 불만 접수 후 72시간 안에 결정을 내립니다.

이의 신청

이의 신청(appeal)은 불만 사항과 다릅니다. 이의 신청은 요청된 서비스의 보험 혜택에 관하여 저희가 내린 결정을 검토하고 변경해 달라고 LIBERTY에 요청하는 것입니다. 저희가 부정적인 혜택 결정 통지(NABD)를 보냈는데 그 결정에 동의하지 않는 가입자는 직접 또는 PCD가 가입자 대신 이의 신청을 할 수 있습니다.

전화나 우편으로 하시면 됩니다. 이의 신청은 반드시 통지서의 날짜로부터 달력으로 60일 안에 하셔야 합니다.

- 전화 이의 신청은 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 연락하십시오. 가입자 이름, 건강 플랜 ID 번호, 이의 신청 대상 서비스를 알려주십시오.
- 우편 이의 신청은 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 연락하십시오. 양식을 보내 달라고 하십시오. 양식을 받으면 작성하십시오. 가입자 이름, 치과 플랜 ID 번호, 이의 신청 대상 서비스를 꼭 기재하십시오.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

양식을 다음 주소로 우편으로 보내주십시오.

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

저희가 보낸 통지서에 서비스가 중단된다고 되어 있어도 이의 신청 기간 중에는 서비스를 계속 받으실 수 있습니다. 이를 위해, 본인이나 PCD는 통지서 발송 날짜로부터 반드시 10일 안에 이의 신청을 하여야 합니다. 서비스를 계속 받기를 원한다고 저희에게 알려주셔야 합니다.

이의 신청에 도움이 필요하시면 저희가 도울 수 있습니다. 언어 서비스를 무료로 제공할 수 있습니다. 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.

이의 신청 접수 오(5) 일 이내에 저희는 이의 신청 접수 확인 편지를 보내드립니다. 30일 안에 저희는 이의 신청 결정 내용을 알려드립니다.

이의 신청 처리 시간 때문에 가입자의 생명이나 건강, 기능 능력이 위험해져 빠른 결정을 원하는 가입자나 의사는 신속(빠른) 심사를 요청하시면 됩니다. 신속(빠른) 심사 요청은 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 하십시오. 저희는 이의 신청 접수 후 72시간 안에 결정을 내립니다.

주 정부 공청회

주 정부 공청회(State Hearing)는 캘리포니아 사회 복지부(Department of Social Services, DSS) 사람들과 하는 회의입니다. 판사가 가입자의 문제 해결을 돕습니다. 주 정부 공청회는 가입자가 LIBERTY 안의 이의 신청 절차를 마친 **후에** 결정이 여전히 불만족스럽거나 이의 신청 후 30일이 지나도록 결정 내용을 받지 못한 경우에만 요청할 수 있습니다.

주 정부 공청회는 전화나 우편 신청이 가능합니다. 주 정부 공청회는 이의 신청 결정 통지서의 날짜로부터 달력으로 반드시 120일 안에 하셔야 합니다. DSS 승인이 있으면 PCD가 가입자 대신 주 정부 공청회를 요청할 수 있습니다. DSS에 연락하여 PCD가 주 정부 공청회를 요청할 수 있도록 주 정부가 승인하게 해달라고 하십시오.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

저희가 보낸 통지서에 서비스가 중단된다고 되어 있어도 주 정부 공청회 기간 중에는 서비스를 계속 받으실 수 있습니다. 이를 위해, 본인이나 PCD는 통지서 발송 날짜로부터 반드시 10일 안에 주 정부 공청회를 요청해야 합니다. 서비스를 계속 받기를 원한다고 저희에게 알려주셔야 합니다.

주 정부 공청회를 전화로 요청하려면 캘리포니아 사회 복지부(DSS) 대민 대응과(Public Response Unit)에 **1-800-952-5253**번으로 연락하십시오. (TTD **1-800-952-8349**).

주 정부 공청회를 우편으로 요청하려면 이의 신청 결정 통지서에 첨부된 양식을 작성하십시오. 양식을 아래 주소로 보내주십시오.

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

주 정부 공청회 요청에 도움이 필요하시면 저희가 도울 수 있습니다. 언어 서비스를 무료로 제공할 수 있습니다. **888-703-6999**(TTY **800-735-2929**)번으로 전화하십시오.

공청회에서 가입자는 가입자 주장을 하고 저희는 저희 주장을 합니다. 판사가 사건을 판결하기까지 최대 90일이 걸릴 수 있습니다.

주 정부 공청회에 걸리는 시간 때문에 가입자의 생명이나 건강, 온전한 기능 능력이 위험해져 빠른 결정을 원하는 가입자나

PCD는 DSS에 편지를 쓰면 됩니다. 신속(빠른) 주 정부 공청회를 요청할 수 있습니다. DSS는 요청을 받은 후 평일로 3일 안에 반드시 결정을 내려야 합니다.

주 정부 공청회를 이미 한 가입자는 IMR을 요청할 수 **없습니다**. 그러나 IMR을 먼저 요청하고 결과가 만족스럽지 않으면 여전히 주 정부 공청회를 요청할 수 있습니다.

사기와 낭비, 남용 행위

제공자나 Medi-Cal 수혜자가 사기나 낭비, 남용 행위를 저지른 것으로 의심이 되면 가입자는 신고할 권리와 책임이 있습니다.

제공자의 사기, 낭비, 남용 행위는 다음과 같습니다.

- 치과 기록 변경



가입자 서비스부에 **888-703-6999**(TTY **800-735-2929**)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

- 의학적으로 필요한 정도 이상으로 약을 처방함
- 의학적으로 필요한 정도 이상으로 치과 진료 서비스를 제공함
- 제공하지 않은 서비스 비용을 청구함
- 그 제공자가 수행하지 않은 전문 서비스 비용을 청구함

혜택 수혜자의 사기, 낭비, 남용 행위는 다음과 같습니다.

- 치과 플랜 ID 카드나 Medi-Cal 혜택 신분증(BIC)을 제삼자에게 대여, 판매, 제공함
- 비슷하거나 똑같은 치료나 약을 두 명 이상의 제공자에게서 받음
- 응급 상황이 아닌데 응급실에 감
- 다른 사람의 사회 보장 번호나 치과 플랜 ID 번호를 사용함

사기, 낭비, 남용 행위를 신고하려면 그런 행위를 저지른 사람의 이름, 주소, ID 번호를 기록하십시오. 그 사람의 전화번호 또는 제공자인 경우 전공 분야 등 그 사람에 관한 정보를 가능하면 최대한 알려주십시오. 사건 발생 날짜와 정확한 사건 내용을 요약하여 알려주십시오.

신고서를 아래 주소로 보내주십시오.

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

또는 24시간 사기, 낭비, 남용 핫라인(24-Hour Fraud, Waste and abuse Hotline)에 1-888-704-9833 번으로 연락하십시오.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

7. 주요 전화번호와 용어 설명

주요 전화번호

- LIBERTY 가입자 서비스부(Member Services) 888-703-6999(TTY 800-735-2929)
- Denti-Cal 수혜자 800-322-6384(TTY 800-735-2922)
- DMHC 도움 센터(Help Center) 888-466-2219
- Health Care Options – Medi-Cal 관리 의료(Managed Care) 800-430-4263
- 건강 소비자 연맹(Health Consumer Alliance) 888-804-3536
- Medi-Cal 수혜 자격(Eligibility) 916-552-9200
- Medi-Cal 공정 공청회(Fair Hearing) 800-952-5253(TTY 800-952-8349)
- Medi-Cal 관리 의료(Managed Care) 916-449-2000
- Medi-Cal 옴부즈맨(Ombudsman) 888-452-8609

용어 설명

이의 신청(Appeal): 제공된 치료에 대해 거부된 서비스를 LIBERTY에 심사해 달라고 하는 정식 요청. 이의 신청은 치과 의사가 할 수 있습니다.

적용되는(Applicable): 사람이나 사물에 영향을 주게 되는.

승인(Authorization): 사전 승인 참고.

차액 청구(Balance Billing): 치과 의사의 실제 수가와 LIBERTY이 지급한 금액 간 차액을



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

환자에게 청구하는 것. 코페이먼트와 비용 분담을 제외하고, 차액 청구는 보험 서비스에 허용되지 않습니다.

수혜자(Beneficiary): Medi-Cal 혜택을 받을 자격이 있는 사람.

수혜자 신분증(Beneficiary Identification Card, BIC): 보건 서비스부가 수혜자에게 제공하는 신분증. BIC에는 수혜자 번호와 기타 중요한 정보가 기재되어 있습니다.

혜택(Benefits): Medi-Cal 치과 프로그램으로 이용할 수 있고 LIBERTY 치과 의사가 제공하는 의학적으로 필요한 치과 서비스.

캘리포니아 아동 서비스(CCS) 프로그램(California Children Services (CCS) Program):

주 정부 규정에 정의된 CCS 적격 질환을 앓는 만 21세 미만 유자격 자녀에게 전문 진단, 치료, 요법 서비스를 제공하는 공공 보건 프로그램.

우식(Caries): 충치의 다른 말.

아동 보건 장애 예방(CHDP) 프로그램 서비스(Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program Services): 주 법과 규정에 따라 만 21세 미만 수혜자에게 제공되는 예방 의료 서비스.

임상 선별 검사(Clinical Screening): 다른 LIBERTY 치과 의사가 제안하거나 제공한 치료의 적합성에 관하여 의견을 제시하려고 치과 의사가 하는 검사. LIBERTY은 특정 상황에서 임상 선별 검사가 필요할 수 있습니다.

불만(Complaint): 가입자나 가입자를 대신한 치과 의사가 쟁의, 재검토 요청 또는 이의 신청 등에 대한 불만족을 말이나 글로 표현하는 것. 또한, 불만은 대리인이 제기할 수도 있습니다.

코페이먼트(Copayment): 치과 의사 요금의 작은 일부로 수혜자가 부담함.

보험 서비스(Covered Services): LIBERTY의 혜택인 일단의 치과 절차. LIBERTY은 LIBERTY 치과 의사가 제공한 의학적으로 필요한 서비스이자 Medi-Cal 치과 프로그램의 혜택인 서비스의 비용만 부담합니다.

치과 전문의(Dental Specialist): 근관 치료, 구강 수술, 소아 치과, 치주 치료, 치과 교정(교정기) 등 전문 진료를 제공하는 치과 의사.

Denti-Cal 치과 의사(Denti-Cal Dentist): Medi-Cal 수혜자에게 보험 서비스를 제공하도록 승인된 치과 의사.

조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료(EPSTD) 프로그램(Early and Periodic Screening,



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

Diagnosis and Treatment (EPSDT) Program): 정기 선별 검사와 진단, 치료 서비스로 아동에게 의료를 제공하는 연방 프로그램. 치과 진료는 EPSDT 프로그램에 속합니다.

수혜 자격(Eligibility): Medi-Cal 혜택을 받기 위한 요건을 충족하는 것.

응급 진료(Emergency Care): LIBERTY 치과 의사나 치과 전문의가 응급 치과 질환 여부를 결정하기 위하여 또한 시설의 능력 한도 안에서 및 전문 분야에서 인정되는 진료 기준 안에서 진료를 제공하기 위하여 진행되는 치과 검사 및/또는 평가.

응급 치과 질환(Emergency Dental Condition): 즉시 치료를 받지 않으면 환자의 건강이 위험하게 되어 심한 통증이나 기능 손상을 초래하는 결과가 이성적으로 예상될 수 있는 치과 질환.

치근관 전문의(Endodontist): 의료 행위 분야를 치수와 치근의 질병과 손상 치료로 제한하는 치과 전문의.

제외 사항(Exclusion): Medi-Cal 치과 프로그램으로 제공되지 않는 치과 절차나 서비스를 말함.

고충(Grievance): 불만(Complaint).

신분증(Identification): 운전면허증 등 어떤 사람이 누구인지 증명하는 것.

제한 사항(Limitations): 허용된 서비스의 수, 허용된 서비스의 종류 및/또는 가장 경제적인 치과적으로 적합한 서비스를 말함.

의학적으로 필요한(Medically Necessary): 치아, 잇몸, 지지 구조 치료에 필요하고 적합하며, (a) 전문적으로 인정된 진료 기준에 따라 제공되고 (b) 치료하는 치과 의사가 치과 질환과 일치되게 결정하며 (c) 잠재 위험, 혜택, 대안적 보험 서비스 등을 고려하여 종류, 공급 및 수준이 가장 적합한 서비스인 보험 서비스.

비보험 서비스(Non-Covered Services): 보험 혜택이 아닌 치과 절차나 서비스.

비참여 치과 의사(Non-Participating Dentist): Medi-Cal 수혜자에게 서비스를 제공하도록 승인되지 않은 치과 의사.

승인 통지(Notice of Authorization, NOA): 치과 의사의 서비스 승인 요청에 대하여 치과 의사에게 보내는 컴퓨터 생성 양식. (치료 승인 요청 참고)

기타 의료 보험 혜택/기타 의료 보험(Other Health Coverage / Other Health Insurance): 민영 치과 플랜이나 보험 프로그램, 기타 주 또는 연방 치과 진료 프로그램, 기타 계약상의



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오.
통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는
무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

자격이나 법적 자격에 따라 있을 수 있는 치과 관련 서비스의 보장 범위.

구강 외과의(Oral Surgeon): 의료 행위 분야를 입, 턱, 얼굴에 있는 질환, 손상, 기형, 결함, 외모의 진단과 외과 치료로 제한하는 치과 전문의

치과 교정 전문의(Orthodontist): 의료 행위 분야를 물기나 씹기 시 윗니와 아랫니가 서로 맞물리는 방식에서 나타나는 문제의 예방과 치료로 제한하는 치과 전문의.

네트워크 밖 제공자(Out-of-Network provider): LIBERTY 네트워크에 속하지 않는 제공자.

완화 진료(Palliative Care): 통증이 덜하게 하지만 통증의 원인이 되는 문제를 고치지는 않거나 일시적으로 고치기만 하는 치료.

참여 치과 제공자: 플랜 가입자에게 치과 서비스를 제공하는 Medi-Cal 치과 프로그램에 등록된 제공자.

소아 치과 의사(Pediatric Dentist): 의료 행위 분야를 출생에서 청소년기까지 어린이에게 일차 진료와 모든 범위의 예방 진료 치료로 제한하는 치과 전문의.

치주 전문의(Periodontist): 의료 행위 분야를 치아 주위의 잇몸과 조직에 발생하는 질병의 치료로 제한하는 치과 전문의.

보험료(Premium): 치과 보험을 위해 매달 지급해야 하는 금액. 플랜 가입자는 보험료를 내지 않아도 됩니다.

사전 승인(Prior Authorization): LIBERTY 치과 의사가 서비스를 수행하기 전에 그에 대한 승인을 요청하는 것. 치과 의사는 승인된 서비스에 대하여 LIBERTY으로부터 승인 통지(NoA)를 받습니다.

절차 코드(Procedure Code): 특정 의료 또는 치과 서비스를 식별하는 코드 번호.

치과 보철 전문의(Prosthodontist): 의료 행위 분야를 상실 치아용 의치나 가공 의치, 기타 대용물 대체로 제한하는 치과 전문의.

제공자(Provider): Medi-Cal 치과 프로그램 소속으로 Medi-Cal 수혜자에게 의료 및/또는 치과 서비스를 제공하는 개인 치과 의사나 대체 의학 공인 치과 위생사(RDHAP), 치과 그룹, 치과 학교, 치과 클리닉.

제공자 명부(Provider Directory): LIBERTY 네트워크에 있는 모든 제공자의 명부.

진료 의뢰(Referral): PCP가 또 다른 제공자의 진료를 받을 수 있다고 하는 경우. 일부 보험 진료나 서비스는 진료 의뢰와 사전 승인이 있어야 합니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(TTY 800-735-2929)번으로 전화하십시오. 통화는 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 저희 웹사이트 www.libertydentalplan.com을 방문하십시오.

요건(Requirements): 반드시 해야 하는 것 또는 반드시 따라야 하는 규칙.

책임(Responsibility): 해야 하는 것 또는 기대되는 행동.

서비스 지역(Service area): LIBERTY이 서비스를 제공하는 지리적 지역. 로스앤젤레스 카운티가 포함됩니다.

비용 부담(Share of Cost): 수혜자가 반드시 내야 하거나 내기로 약속하여야 해당 월의 Medi-Cal 지급이 이루어질 수 있는 의료 비용의 일부.

서명(Signature): 손으로 쓴 이름.

주 정부 공청회(State Hearing): 수혜자가 거부되거나 수정된 치료 승인 요청(TAR)의 재평가를 요청할 수 있는 법적 절차. 수혜자나 치과 의사가 환불 사례의 재평가도 요청할 수 있습니다.

치료 승인 요청(Treatment Authorization Request, TAR): LIBERTY 치과 의사가 치료를 시작하기 전에 특정 보험 서비스의 승인을 받기 위하여 제출하는 요청. 특정 서비스와 특정 상황에서는 TAR이 필요합니다.

TAR/청구 양식(TAR/Claim Form): 치과 의사가 서비스를 수행하거나 완료된 서비스에 대하여 수가를 받으려고 승인을 요청할 때 사용하는 양식.

