

# 가입자 안내서



## 가입자 혜택 안내

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

통합 보장범위 증명서(EOC) 및  
공개 양식

2024년



로스앤젤레스 카운티  
선남 건강 플랜(PHP)

새크라멘토 카운티  
지리적 관리형 진료(GMC)



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

# 기타 언어 및 형식

## 기타 언어

본 가입자 안내서 및 기타 플랜 관련 자료는 다른 언어로도 무료로 받으실 수 있습니다. 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. 통화료는 무료입니다. 통역 및 번역 서비스 등 언어 지원 서비스에 대한 내용은 본 가입자 안내서를 참고해 주세요.

---

## 기타 형식

본인의 비용 부담 없이 무료로 이 정보를 점자, 20 포인트 글꼴을 사용한 큰 활자 인쇄물, 음성 및 장애가 있어도 접근 가능한 전자 형식 등 기타 형식으로 받을 수 있습니다. 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. 통화료는 무료입니다.

---



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

**English**

ATTENTION: If you need help in your language call 888-703-6999 (for Los Angeles County) or 877-550-3875 (for Sacramento County), TTY: 877-855-8039. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. These services are free of charge.

**(Arabic) الشعار بالعربية**

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 888-703-6999 (لمقاطعة لوس أنجلوس) أو 877-550-3875 (لمقاطعة ساكرامنتو)، الهاتف النصي: 877-855-8039. المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة متوفرة أيضًا، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والأحرف بالطباعة الكبيرة. هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 888-703-6999 (Լոս Անջելես վարչաշրջանի համար) կամ 877-550-3875 (Սակրամենտո վարչաշրջանի համար) հեռախոսահամարով, TTY՝ 877-855-8039: Մատչելի են նաև աջակցություններ և ծառայություններ հաշմանդամների համար, օրինակ՝ փաստաթղթերը բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Այս ծառայությունները մատուցվում են անվճար:

**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 888-703-6999 (សម្រាប់ខោនធី Los Angeles) ឬលេខ 877-550-3875 (សម្រាប់ខោនធី Sacramento), TTY: 877-855-8039 ។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារអក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងអក្សរពុម្ពធំ ក៏មានផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះមានដោយមិនគិតថ្លៃ។

**简体中文标语 (Chinese)**

注意：如果您需要语言方面的帮助，请拨打 888-703-6999 (Los Angeles 县) 或 877-550-3875 (Sacramento 县)，TTY：877-855-8039。可为残疾人士提供援助和服务，例如盲文版和大字体文件。这些服务是免费的。



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

**فارسی زبان به مطب (Farsi)**

توجه: اگر به کمک در زبان خود نیاز دارید با شماره 800-703-6999 (برای Los Angeles County) یا شماره 877-855-8039 (برای Sacramento County) تماس بگیرید، TTY: 877-855-8039. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد به خط بریل یا چاپ بزرگنمایی شده نیز وجود دارد. این خدمات مجانی هستند.

**हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए तो 888-703-6999 (Los Angeles काउंटी के लिए) पर या 877-550-3875 (Sacramento काउंटी के लिए) पर कॉल करें, TTY: 877-855-8039. विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

**Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog nej xav tau kev pab txhais koj yam lus cia li hu 888-703-6999 (rau Cheeb Nroog Los Angeles) los sis 877-550-3875 (rau Cheeb Nroog Sacramento), TTY: 877-855-8039. Tej khoom pab thiab tej kev pab rau cov neeg uas xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv uas muaj braille thiab muaj tsiaj ntawv loj, los kuj muaj thiab. Tej kev pab no los pub dawb tsis them nqi li.

**日本語表記 (Japanese)**

注意：日本語によるヘルプが必要な場合は、888-703-6999（ロサンゼルス郡）、877-550-3875（サクラメント郡）、または877-855-8039（TTY）にお電話ください。障害をお持ちの方のために、点字や大きい活字の文書などによる支援およびサービスもご用意しています。これらのサービスは無料でご利用いただけます。

**한국어 태그라인 (Korean)**

주의: 본인이 사용하는 언어로 도움을 받고자 할 경우 888-703-6999 (로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티), TTY: 877-855-8039번으로 연락하시기 바랍니다. 장애인을 위한 점자 또는 큰 활자 문서와 같은 지원 및 서비스도 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스는 무료입니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

**ຄຳບັນຍາຍເປັນພາສາລາວ (LAOTIAN)**

ຂໍ້ຄວນໃສ່ໃຈ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາ 888-703-6999 (ສໍາລັບ Los Angeles County) ຫຼື 877-550-3875 (ສໍາລັບ Sacramento County), TTY: 877-855-8039. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນວ່າ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນສໍາລັບຄົນພິການຕາ ແລະ ພິມເປັນຕົວໃຫຍ່ ກໍມີໃຫ້ພ້ອມໃຊ້ງານໄດ້. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

**Mien Tagline (Mien)**

COR-FIM JANGX LONGX: Beiv taux gorngv meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei fingz waac bun muangx nor douc waac lorx taux 888-703-6999 (Liouh yiem njiec Los Angeles nquenc), TTY: 877-855-8039. Maaih jaa sic tengx goux aengx caux nzie weih gong se duqv mbenc liouh bun ninh mbuo wuaaic fangx mienh longc beiv taux benx sou-nzangc pokc bun hluo doqc aengx caux domh sou-daan bun longc. Naaiv deix nzie weih gong se bun wang-henh longc maiv zuqc feix zinh nyaanh oc.

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 888-703-6999 (Los Angeles ਕਾਊਂਟੀ ਲਈ) 'ਤੇ ਜਾਂ 877-550-3875 (Sacramento ਕਾਊਂਟੀ ਲਈ) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ, TTY: 877-855-8039. ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਕ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Русский слоган (Russian)**

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на родном языке, позвоните по телефону 888-703-6999 (в округе Лос-Анджелес) или 877-550-3875 (в округе Сакраменто), линия TTY: 877-855-8039. Также предоставляются услуги и материалы в специальных форматах для людей с особыми потребностями, например документы, набранные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Такие услуги предоставляются бесплатно.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

**Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 888-703-6999 (para el condado de Los Ángeles) o al 877-550-3875 (para el condado de Sacramento), TTY: 877-855-8039. También se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y en letra grande. Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika tumawag sa 888-703-6999 (para sa County ng Los Angeles) o 877-550-3875 (para sa County ng Sacramento), TTY: 877-855-8039. Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking letra, ay makukuha rin. Ang mga serbisyong ito ay libre.

**แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

หมายเหตุ: หากท่านต้องการความช่วยเหลือในภาษาของท่าน ให้โทรไปที่ 888-703-6999 (สำหรับ ลอสแอนเจลิสเคาน์ตี) หรือ 877-550-3875 (สำหรับ แซคราเมนโตเคาน์ตี), TTY: 877-855-8039. มีทั้งอุปกรณ์ช่วยและบริการต่าง ๆ สำหรับคนพิการ เช่นเอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์หรือตัวพิมพ์ใหญ่ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**Примітка українською (Ukrainian)**

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо вам потрібна допомога рідною мовою, зателефонуйте на номер 888-703-6999 (в окрузі Лос-Анджелес) або 877-550-3875 (в окрузі Сакраменто), лінія TTY: 877-855-8039. Також надаються послуги та матеріали в спеціальних форматах для людей з особливими потребами, наприклад документи, набрані шрифтом Брайля та крупним шрифтом. Такі послуги надаються безкоштовно.

**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

LƯU Ý: Nếu quý vị cần hỗ trợ với ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi theo số 888-703-6999 (dành cho Quận Los Angeles) hoặc 877-550-3875 (dành cho Quận Sacramento), TTY: 877-855-8039. Cũng có sẵn các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu chữ nổi braille và bản in chữ lớn. Các dịch vụ này là miễn phí.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 기밀 커뮤니케이션

### 기밀 커뮤니케이션 요청의 권리

대체 장소에서 가입자의 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI)를 가입자가 요청한 형태 및 형식으로 생성하는 데 어려움이 없는 경우, 가입자에게는 가입자의 개인 건강 정보를 요청한 형태 및 형식으로 소통하도록 저희에게 요청할 수 있는 권리가 있습니다. 요청이 합리적이고 개인 건강 정보 전달 대체 방법 또는 장소가 명시되어 있다면 저희는 반드시 요청을 수용해야 합니다. 기밀 커뮤니케이션 요청은 전자식 발송 또는 전화상 요청 수신 후 달력일 기준 7일 이내 또는 제1종 우편 수신 후 달력일 기준 14일 이내에 이행됩니다. 저희는 가입자의 기밀 커뮤니케이션 요청을 받았음을 통보할 것이며, 가입자가 저희에게 연락할 경우 진척 상황을 알려드립니다.

관리를 받는 보호 대상자(Protected Individual)로부터 명시적 서면 승인을 받지 않는 한, 민감 서비스(Sensitive Services)에 관련된 의료 정보는 보호 대상자 외의 타인(가입자 또는 기타 플랜 가입자 포함)에게 공개되지 않습니다.

**보호 대상자(Protected Individual)**란 주정부 또는 연방정부 법률에 따라, 가입자의 건강관리 서비스 플랜으로 혜택을 받는 성인 또는 부모나 법적 보호자의 허락 없이 건강관리 서비스에 동의할 수 있는 미성년자를 모두 의미합니다. 검인법 제813절에 따라, "보호 대상자"는 건강관리에 관해 고지에 입각한 동의를 시행할 능력이 부족한 사람을 포함하지 않습니다. 보호 대상자에게 관리 동의에 대한 권리가 있는 경우, 건강관리 서비스 플랜은 보호 대상자에게 민감 서비스 수령 또는 청구 제기를 위해 가입자 또는 기타 가입자의 승인을 받도록 요구하지 않습니다.

**민감 서비스**란 정신 또는 행동 건강, 성 또는 생식 건강, 성 전염 감염, 약물 남용 장애, 성별 확증 관리 및 친밀 파트너의 폭력에 관련된 모든 건강관리 서비스를 의미하며, 조항에 명시된 서비스에 동의할 수 있는 최소 연령 이상의 환자가 받는, 가족법 제 6924, 6925, 6926, 6927, 6928, 6929 및 6930절 및 건강 안전법 제121020 및 124260절에 묘사된 서비스를 포함합니다.

LIBERTY에게 상기 목록 내 어떤 서비스에 대하여서도 기밀 커뮤니케이션을 요청하려면, 가입자 서비스에 전화하거나, 우편 또는 팩스를 통해 다음 중



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

하나의 방식으로 서면 요청을 제출할 수 있습니다.

- **온라인:** LIBERTY 웹사이트 방문: <https://www.libertydentalplan.com/About-LIBERTY/Privacy-1/Request-Confidential-Communications.aspx>
- **우편 발송:** Privacy Officer, LIBERTY Dental Plan, PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110
- **전화:** LIBERTY 가입자 서비스부 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티)
- **TDD/TTY:** 877-855-8039 또는 711

### 통역 서비스

가족이나 친구에게 통역을 부탁할 필요가 없습니다. 주 7일 24시간 이용 가능한 무료 통역, 언어 및 문화 서비스, 도움 등을 받기 원하시거나 이 안내서를 다른 언어로 받아 보기를 원하시면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. 통화료는 무료입니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 건강관리와 연결

LIBERTY Dental Plan(LIBERTY) 가입자의 치과 기록 관리에 새로운 옵션이 있습니다. 새로운 캘리포니아 법에 의해, 가입자가 가장 필요로 하는 시기에 의료 기록을 쉽게 받을 수 있게 되었습니다. 이제 휴대 장치에서 보안 앱을 통해 치과 기록 전체에 액세스할 수 있습니다. 해당 방법으로 자신의 건강을 더 편리하게 관리하고 가용한 자원에 대해 알아볼 수 있습니다.

LIBERTY 가입자가 건강 플랜을 변경할 경우 치과 기록도 옮겨줄 것을 요청할 수 있습니다. 만일 가입자가 건강 플랜을 변경했다면, LIBERTY에서 임상기록을 해당 건강 플랜에 보냅니다. 이렇게 하면 전체 건강 기록을 보유하여 진료의 품질과 건강 관리의 결과를 향상하도록 결정을 내리는 데 도움이 될 것입니다.

이러한 절차 또는 개인 건강 정보의 보안을 유지할 방법을 자세히 알아보려면 LIBERTY 웹사이트, <https://www.libertydentalplan.com/About-LIBERTY/Privacy-1/Request-Confidential-Communications.aspx>에 방문해 주세요.

또한 [My Health Application 웹사이트](#)에 방문하여 표준적 보안 관행을 충족하는 앱 목록에서 앱을 찾아 스마트폰에 다운로드하고, 전자식 의료 기록 관리용으로 새로운 계정을 설정할 수도 있습니다.

만일 LIBERTY 또는 관계자가 본인(또는 다른 사람)의 건강 정보 보호 권리를 위반하거나 이외 종류의 정보 보호, 보안 또는 침해 알람 규정을 위반했다고 생각된다면, 민권사무소(Office of Civil Rights, OCR)에 민원을 제기할 권리가 있습니다.

[OCR 민원 포털](#)에서 온라인 민원을 제기하면 더 신속히 진행되며, 또는 서면 민원을 다음으로 보낼 수 있습니다.

- 이메일: [OCRComplaints@hhs.gov](mailto:OCRComplaints@hhs.gov)
- 우편: Centralized Case Management Operations  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F HHH Building  
Washington, D.C. 20201

OCR에 민원은 민원의 원인이 발생한 날로부터 반드시 180일 이내에 제기되어야 합니다. 지체에 "합당한 사유"를 보일 수 있다면, OCR에서 180일의 기간을 연장할 수도 있습니다.

건강 정보 개인 정보 보호 또는 보안에 대한 민원 제기에 대해 더 많은 정보를 얻으려면, 미국 보건 복지부 웹사이트의 [HHS 민원 제기 절차](#) 페이지에 방문해 주세요. 소비자 보호 연방거래 위원회에도 민원을 제기할 수 있습니다. 자세한 정보는 [소비자 보호 연방거래 위원회](#)에서 확인해 주세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

# LIBERTY Dental Plan이 여러분을 환영합니다!

LIBERTY와 함께 해주셔서 감사합니다. LIBERTY는 Medi-Cal Dental 가입자를 위한 치과 플랜입니다. 저희는 캘리포니아주와 협력하여 가입자가 필요한 치과 진료를 받을 수 있도록 돕고 있습니다.

## 가입자 안내서

이 가입자 안내서에서는 LIBERTY의 보장 내용에 대해 알려드립니다. 주의 깊게 전문을 읽어보시기 바랍니다. 혜택과 서비스를 이해하고 이용하는 데 도움이 될 것입니다. LIBERTY 가입자로서의 권리와 의무 또한 설명합니다.

본 가입자 안내서를 보장범위증명서(Evidence of Coverage, EOC)라고도 합니다. LIBERTY와 건강관리 서비스부(Department of Healthcare Services, DHCS) 간 계약에 기반한 LIBERTY 규칙과 규정의 요약본일 뿐입니다. 정확한 보험 약관을 알고 싶으시면, 가입자 서비스부에 계약서의 사본을 요청하세요.

888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화하면 계약서의 사본을 요청할 수 있습니다. 가입자 안내서 무료 사본을 추가로 받을 수도 있으며 또는 저희 웹사이트 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com) 에 방문하여 가입자 안내서를 참고할 수도 있습니다.

## 연락처

언제나 여러분을 도울 준비가 되어 있습니다. 질문이 있으시면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. 통화는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 또한 언제라도 보험사 웹사이트 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문하실 수 있습니다.

감사합니다.

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



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

# 목차

기타 언어 및 형식.....	2
기타 언어 .....	2
기타 형식 .....	2
기밀 커뮤니케이션 .....	7
통역 서비스 .....	8
건강관리와 연결 .....	9
<b>LIBERTY Dental Plan이 여러분을 환영합니다!</b> .....	<b>10</b>
가입자 안내서 .....	10
연락처 .....	10
<b>1. 가입자로서 시작하기</b> .....	<b>14</b>
도움 요청 방법 .....	14
가입자 서비스부 .....	14
어떤 사람이 가입할 수 있나요? .....	14
과도기 Medi-Cal.....	14
ID 카드.....	15
<b>2. 치과 플랜 소개</b> .....	<b>16</b>
치과 플랜 개요 .....	16
보장범위의 시작 및 종료.....	16
관리형 진료에 아메리카 원주민 대상의 특별 고려 .....	17
치과 플랜 운용 방식.....	17
치과 플랜 변경 .....	17
진료의 연속성 유지.....	18
다른 카운티 또는 타주로 이사하는 대학생.....	19
LIBERTY에서 탈퇴한 치과의사 .....	20
비용 .....	20
가입자 비용 .....	20
LIBERTY에 비용에 대한 변제 요청 .....	21
비용 분담 가입자 대상.....	21
치과의사에게 진료 수가를 지급하는 방식 .....	22
제공자 장려책 프로그램.....	22
<b>3. 치과 진료를 받는 방법</b> .....	<b>23</b>
치과 서비스 받기 .....	23



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

예약된 진료에 방문.....	24
일상적인 치과 진료.....	24
첫 치과 진료 예약 방문.....	24
관리 조정/케이스 관리.....	24
LIBERTY에서 어떻게 하면 가입자의 구강 건강 필요 관련 서비스를 향상할 수 있을까요?.....	25
케이스 관리자 변경.....	25
장기적 관리.....	25
긴급 치과 진료.....	26
응급 치과 진료.....	27
치과 진료를 받을 수 있는 곳.....	27
치과의사.....	27
치과의료 제공자 명부.....	28
치과의료 제공자 네트워크.....	28
네트워크 소속.....	28
네트워크 미소속.....	29
치과 주치의(PCD).....	29
치과의사 선정.....	30
예약 및 방문.....	30
진료비 지급.....	31
진료 의뢰.....	31
사전 승인.....	31
이차 소견.....	32
적시 진료 접근.....	32
치아 건강 교육 서비스.....	33
<b>4. 혜택 및 서비스.....</b>	<b>34</b>
치과 플랜에서 비용을 부담하는 서비스.....	34
혜택 요약.....	35
산후관리 연장 프로그램.....	35
서비스 횟수.....	36
원격 치과 서비스.....	36
비응급 의료 교통편.....	37
비의료 교통편.....	38
치과 플랜이 비용을 부담하지 않는 서비스.....	38
LIBERTY 또는 Medi-Cal을 통해 받지 못하는 서비스.....	39
캘리포니아 아동 서비스(CCS).....	40
Medi-Cal 수혜자 대상의 기타 프로그램 및 서비스.....	41
LIBERTY 지역사회 스마일 프로그램(Community Smiles Program).....	41
LIBERTY 건강한 행동 프로그램(Healthy Behaviors Program).....	41



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

혜택 조정 .....	42
<b>5. 아동 및 청소년 예방적 치과 서비스.....</b>	<b>44</b>
치과 검진 .....	44
아동 및 청소년 예방적 치과 서비스 지원.....	45
조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 서비스(EPSDT).....	45
<b>6. 권리와 책임 .....</b>	<b>47</b>
가입자의 권리 .....	47
가입자의 책임 .....	48
가입자로서 참여하는 방법.....	49
LIBERTY 지역 자문 위원회 .....	49
<b>7. 차별 금지에 관한 고지 .....</b>	<b>50</b>
개인 정보 보호 관행 고지 .....	51
법률에 관한 고지 .....	52
최종 부담자인 Medi-Cal에 관한 고지.....	52
혜택 미승인 결정 통지.....	52
<b>8. 문제 신고 및 해결 .....</b>	<b>54</b>
민원 제기 .....	55
이의 제기 .....	56
주 정부 공청회 .....	57
사기와 낭비, 남용 행위.....	58
사기와 낭비, 남용 행위 신고.....	59
주 및 연방 부정청구방지법.....	60
<b>9. 주요 전화번호와 용어 설명.....</b>	<b>62</b>
주요 전화번호 .....	62
용어 설명 .....	62
<b>10. 양식.....</b>	<b>65</b>
가입자 고충 및 이의 제기 양식 .....	65
캘리포니아 지역 자문 위원회 가입 신청서.....	68
아동 구강 건강 평가 양식 .....	69
성인 구강 건강 평가 양식.....	71



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

# 1. 가입자로서 시작하기

## 도움 요청 방법

저희는 모든 가입자가 치과 진료에 만족하기를 바랍니다. 진료에 관하여 궁금한 점이나 우려 사항이 있으시면 말씀해주세요!

## 가입자 서비스부

LIBERTY 가입자 서비스가 여러분을 도와드립니다. 다음에 도움을 드릴 수 있습니다.

- 가입자의 치과 플랜과 보장 서비스에 관한 질문에 답해드립니다.
- 가입자의 치과 주치의(PCD) 선택 또는 변경을 도와드립니다.
- 필요한 진료를 받을 수 있는 곳을 알려드립니다.
- 영어 구사가 어려운 가입자에게 통역 서비스를 지원해드립니다.
- 기타 언어 및 형식으로 정보를 제공해드립니다.

도움이 필요하시면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. 통화는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 또한 언제라도 보험사 웹사이트 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문하실 수 있습니다.

## 어떤 사람이 가입할 수 있나요?

Medi-Cal Dental 수혜 자격이 있는 로스앤젤레스 또는 새크라멘토 카운티 주민은 누구나 LIBERTY에 가입할 수 있습니다. 가입 문의는 Healthcare Options에 800-430-4263(TTY 800-430-7077)으로 전화하거나 웹사이트 [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)에 방문해 주세요.

새크라멘토 카운티 주민이라면 전화번호 800-541-5555로 인적지원부(Department of Human Assistance)에 문의하거나 웹사이트 <https://ha.saccounty.gov/Pages/default.aspx>에 방문하실 수 있습니다.

로스앤젤레스 카운티 주민이라면 전화번호 866-613-3777로 사회복지국(Department of Public Social Service)에 문의하거나 웹사이트 <https://dpss.lacounty.gov/en/resources/contact.html>에 방문하실 수 있습니다.

## 과도기 Medi-Cal

과도기 Medi-Cal은 “근로자를 위한 Medi-Cal”이라고도 합니다. 다음과 같은 사유로 Medi-Cal 서비스가 중단되는 경우, 과도기 Medi-Cal 서비스를 받을 자격이 될 수 있습니다.

- 가입자의 수입이 증가하기 시작해서.
- 가족의 자녀 양육비 또는 배우자 부양비가 더 늘어나기 시작해서.



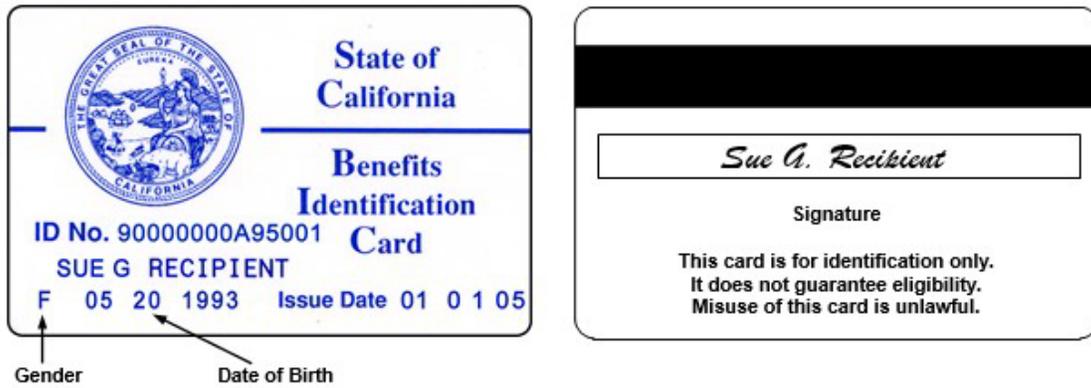
가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

과도기 Medi-Cal 가입 자격에 관한 질문은 웹사이트 <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>에서 거주 카운티 보건 복지 사무소에 문의하거나 Health Care Options에 800-430-426(TTY: 800-430-7077)번을 이용해 전화로 문의할 수 있습니다.

## ID 카드

귀하는 LIBERTY 가입자로서 LIBERTY Dental Plan ID 카드(치과 플랜 ID 카드)를 받으실 것입니다. 치과 서비스를 받으려면 치과 플랜 ID 카드와 Medi-Cal 혜택 신분증(Benefits Identification Card, BIC)을 반드시 보여주세요. 언제나 두 카드를 모두 지니고 다니십시오. 가입자님의 Medi-Cal BIC 및 치과 플랜 ID 카드는 다음과 같이 생겼습니다.

### Medi-Cal BIC 샘플:



Sample BIC  
(Actual card size = 3 ¼ x 2 ¾ inches; white card with blue letters on front, black letters on back.)

### LIBERTY ID 카드 샘플:

 <p><b>LIBERTY Dental Plan</b> <a href="http://www.libertydentalplan.com">www.libertydentalplan.com</a> <b>(888) 703-6999</b></p> <hr/> <p><b>NAME</b> 아무개 <b>ID#</b> 99999999A-01      <b>PLAN</b> MEDI-CAL GMC/PHP <b>EFFEC</b> 1/1/2024 <b>GRP#</b> [200] LOS ANGELES PHP <b>PRV#</b> [999999] ABC DENTAL OFFICE <b>123 MAIN STREET</b> <b>ANYPLACE, CA 92602</b> <b>TEL#</b> (999) 999-9999</p>	<p><b>가입자 대상 통지</b></p> <p>치과 관련 응급 상황 발생 시, 먼저 치과 주치의에게 연락하여 즉시 진료를 예약하십시오. 담당 치과 주치를 만나지 못할 경우, 아무 치과 의사로부터 응급 치과 치료를 받을 수 있으며, 사전 승인 없이 LIBERTY로부터 치료비를 환불 받을 수 있습니다.</p> <p><b>유의할 점:</b> 치과적 응급 상황이란 치아에 충분히 심각한 급성 증상(극심한 통증 포함)이 나타나 즉각적으로 주의를 기울이지 않으면 가입자의 건강이 심각하게 위협해지거나 신체 기능에 심각한 장애가 발생하거나 신체 기관이나 일부가 심각한 기능 장애를 겪게 될 것임을 합리적으로 예상할 수 있는 상태를 의미합니다.</p> <p><b>EDI 지급자 ID:</b> CX083 <b>정상 운영 시간</b> <b>월요일~금요일 오전 8:00~오후 5:00</b></p> <p>이 카드를 소지하고 있다고 해서 적격함을 보장하지 않습니다.</p>
--	--

가입 후 몇 주 이상 LIBERTY로부터 치과 플랜 ID 카드를 받지 못하거나 카드 손상, 분실, 또는 도난이 발생하는 경우 가입자 서비스에 즉시 전화하세요. 새로운 카드를 보내 드리겠습니다. 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 2. 치과 플랜 소개

### 치과 플랜 개요

LIBERTY는 Medi-Cal Dental에 가입되어 있는 로스앤젤레스 카운티 및 새크라멘토 카운티 주민을 위한 치과 플랜입니다. 저희는 캘리포니아주와 협력하여 가입자가 필요한 치과 진료를 받을 수 있도록 돕고 있습니다.

치과 플랜과 본인에게 맞는 이용 방법을 자세히 알아보려면 가입자 서비스 담당자와 상담할 수 있습니다. 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

### 보장범위의 시작 및 종료

LIBERTY에 가입하면 가입 당일부터 달력일 기준 7일 이내에 LIBERTY Dental Plan ID 카드를 보내드립니다. 치과 서비스를 받으러 가실 때마다 Medi-Cal BIC 카드와 LIBERTY Dental Plan ID 카드를 보여주세요. LIBERTY Dental Plan ID 카드로 LIBERTY 가입 여부를 입증할 수 있습니다.

Medi-Cal 보장은 매년 갱신되어야 합니다. 해당 카운티 부서에서 Medi-Cal 갱신 양식을 보내 드립니다. 이 양식을 작성하여 지역 카운티 인적 서비스 기관에 제출하세요. 카운티에서 이러한 서비스를 제공한다면, 온라인으로, 직접 또는 전화로, 또는 기타 전자식 방법으로 정보를 제공할 수도 있습니다.

LIBERTY Dental Plan ID 카드에 기재된 치과의사에게서만 진료를 받으셔야 합니다. 가입 시 치과의사를 선정하지 않는 경우 임의로 치과의사가 배정됩니다. 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화하여 다른 치과의사를 선정할 수 있습니다. 가입자님의 치과 주치의(PCD) 이름과 전화번호가 LIBERTY Dental Plan ID 카드에 나와 있습니다.

언제라도 LIBERTY 보험 중단을 요청하고 다른 치과 플랜을 선택할 수 있습니다. 신규 플랜 선택에 도움이 필요하신 분은 Healthcare Options로 전화해 주세요. 전화번호는 800-430-4263(TTY 800-430-7077)입니다. 또는 웹사이트 <http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>에 방문해 주세요. 가입자는 Medi-Cal 종료 또한 요청할 수 있습니다. 보험 종료 시에는 반드시 DHCS 절차를 따라야 합니다.

LIBERTY에서 서비스를 종료하는 경우도 있습니다. 다음의 경우, LIBERTY 보험 혜택이 종료됩니다.

- 가입자가 카운티 밖으로 이사하거나 수감되는 경우
- 가입자가 Medi-Cal에서 탈퇴하거나 자격을 상실하는 경우
- 가입자가 LIBERTY 가입 해지를 요청하는 경우
- 가입자에게 특정 면제 프로그램 자격이 있는 경우
- 가입자가 주요 장기 이식을 받아야 하는 경우(신장 제외)
- 가입자가 민간 치과 플랜에 가입하는 경우
- 가입자가 타인에게 자신의 치과 혜택을 이용하게 한 경우



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 관리형 진료에 아메리카 원주민 대상의 특별 고려

가입자가 아메리카 원주민이라면 Medi-Cal 관리형 진료 치과 플랜에 가입하지 않아도 됩니다. LIBERTY에 가입되었다면, 언제라도 가입을 해지하도록 요청할 수 있습니다. LIBERTY 가입 해지 후에는 Medi-Cal Dental 서비스당 지급제(Dental Fee-for-Service)에서 치과 관리를 받게 됩니다. 원주민 보건 서비스(Indian Health Service, IHS) 구강 보건국(Division of Oral Health, DOH) 사이트를 통해서도 치과 진료를 받을 수 있습니다. 이러한 장소에서 치과 서비스를 받는 동안 LIBERTY에 가입되어 있을 수도 있으며, 가입을 해지할 수도 있습니다. 가입 및 가입 해지에 대한 정보는 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화하여 받을 수 있습니다.

## 치과 플랜 운용 방식

LIBERTY는 DHCS와 계약한 치과 플랜입니다. LIBERTY는 가입자의 서비스 지역(리버티 보험사 네트워크) 내 치과의사 및 기타 제공자들과 협력하여 가입자에게 치과 진료를 제공하고 있습니다.

LIBERTY 가입자 서비스부와 온라인 서비스부에서 가입자에게 LIBERTY 운용 방식과 필요한 치과 진료를 받는 방법을 알려드립니다. 다음 항목을 도와드립니다.

- 치과의사 명부 입수
- PCD 찾기
- PCD 방문 예약하기
- 새 LIBERTY 가입자 ID 카드 받기
- 보험 서비스와 비보험 서비스 정보 받기
- 교통편 서비스 받기
- 고충 및 이의 제기 신청과 해결 방법 이해하기
- 가입자용 자료 요청
- 가입자에게 있을 수 있는 기타 질문 해결

자세한 정보를 얻으려면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. 온라인의 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에서도 정보를 찾으실 수 있습니다.

## 치과 플랜 변경

가입자는 언제라도 LIBERTY 가입을 해지하고 해당 카운티 내 다른 치과 플랜에 가입할 수 있습니다. 새로운 플랜을 선택하려면 Healthcare Options(HCO)에 800-430-4263(TTY 800-430-7077)로 전화해 주세요. 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 6:00 사이에 전화하거나 [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)에 방문할 수 있습니다.

LIBERTY 해지 신청을 처리한 후 다른 치과 플랜에 가입하는 데는 달력일 기준 30일까지 걸릴 수 있습니다. 신청의 진척 상황은 HCO에 800-430-4263(TTY 800-430-7077)로 문의해 주세요.

LIBERTY 가입을 더 신속히 해지하려면 HCO에 신속 해지를 요청할 수도 있습니다. 신청 사유가 신속 해지 규정에 해당하면 해지 승인을 통지받습니다.

신속 해지를 요청할 자격이 있는 가입자로는 가정 위탁(Foster Care) 또는 입양 지원(Adoption Assistance)



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

프로그램에 따라 서비스를 받고 있는 아동, 특별 건강관리가 필요한 가입자, 이미 Medicare 또는 다른 Medi-Cal 관리형 진료 플랜 또는 민간 플랜에 가입한 가입자 등이 있습니다.

다음에 해당하는 경우 신속 해지가 가능합니다.

- 유자격 가입자로서 해지를 요청한 달에 LIBERTY가 비용을 부담하는 치과 플랜 적용 혜택을 받지 않았음.
- 다음 이유 중 하나로 유자격 가입자가 해지를 희망하는 경우 증빙 서류가 필요합니다.
  - 가입자가 아메리카 원주민 또는 아메리카 원주민 가구의 구성원이거나, 원주민 보건 서비스(IHS)를 통해 치과 서비스를 받기로 선택하고 IHS 시설에서 서비스당 지급제 치료에 서면 승인을 받은 경우.
  - 가입자가 가정 위탁 또는 입양 지원 프로그램에 따라 서비스를 받고 있거나 아동 보호 서비스 관리에 배치된 경우. 이러한 경우 해지 요청은 반드시 승인 받은 수양 부모, 승인 받은 양부모 또는 보호 서비스를 제공하는 인가 기관에서 제출해야 합니다.
  - 가입자가 복합 질환을 앓고 있는 경우, Medi-Cal Dental 서비스당 지급제 치과 의사가 제공하는 질환, 치료 계획 및 치료 기간에 대한 증빙 서류와 함께 해지 요청을 제출합니다.
  - 가입자가 특별 재택 간호가 필요한 Medi-Cal 면제 프로그램에 등록된 경우.
  - 가입자가 주정부의 파일럿 프로젝트에 참여하고 있는 경우.
  - HCO에서 가입자를 잘못된 플랜에 등록했거나 잘못된 정보를 제공한 경우.
  - 요건을 충족하는 가입자가 비신속으로 해지 신청을 했으나 HCO에서 적시에 처리하지 못한 경우.
  - 가입자가 플랜 서비스 대상 지역 외부로 이사했거나 전출한 경우.
  - 가입자의 의사-환자 관계가 해결이 불가능한 수준으로 무너진 경우.
  - 가입자에게 요양 시설 서비스가 필요하고 연속 2개월 이상 장기 요양 시설에 머물러야 하는 경우.
  - 가입자가 사망했지만 아직 Medi-Cal 자격 날짜 시스템에 반영되지 않은 경우

LIBERTY 해지 신청은 거주 카운티 복지부 사무소에서 직접 할 수 있습니다. 거주 지역 복지부 사무소는 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/countyoffices.aspx>에서 찾으실 수 있습니다. 또는 Healthcare Options에 800-430-4263(TTY 800-430-7077)로 전화로 문의해 주세요.

## 진료의 연속성 유지

귀하는 LIBERTY 가입자로서 LIBERTY 네트워크에 속한 의료 제공자로부터 치과 진료를 받습니다. 담당의가 LIBERTY 네트워크에 속한 치과 의사가 아닌 경우에도 최장 12개월까지 계속 진료를 받을 수 있습니다. 치과 의사가 12개월이 경과하는 시점까지 LIBERTY 네트워크에 가입하지 않는 경우에는 LIBERTY 네트워크 소속 치과 의사로 변경해야 합니다.

진료의 연속성 유지에 대한 자격을 갖추려면, 반드시 네트워크 미소속 치과 의사와의 기존 관계가 있어야 합니다. 네트워크에 소속되지 않은 치과 의사는 반드시 가입자의 LIBERTY 가입 첫날 이전 12개월의 기간에 최소 한 차례 비응급으로 방문했음을 증빙하는 기록을 제공해야 합니다. 진료의 연속성 유지 케이스는 모두 케이스 관리팀에서 검토합니다.

보장범위에 속하는 치료를 적극적으로 받고 있는 중이거나 보장범위 내 서비스에 대해 유효한 사전 승인을 받았다면, 진료의 연속성 유지를 요청할 수 있습니다. 캘리포니아 법에 의해, 다음과 같은 상태가



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

기록되어 있는 가입자도 요청 시 진료의 연속성 유지에 대한 자격이 있습니다.

- 출생에서 36개월의 신생아 관리
- 산전 및 산후 조리
- 중증 만성 및 급성 질환
- 보장 마감일 또는 발효 일자에서 180일 이내에 예정된 수술
- 말기 환자

LIBERTY에서 진료의 연속성 유지 요청을 받으면, 요청 수신 일자와 플랜에서 결정하는 데 소요되는 기간을 전화, 문자, 이메일 또는 서면 편지로 가입자에게 알립니다.

LIBERTY는 다음 기간 이내에 가입자의 진료의 연속성 유지 요청을 검토하고 완료할 것입니다.

- 긴급 요청 - 수신 당일로부터 달력일 기준 3일을 넘지 않으며 가입자의 상태에 따라 요구되는 기간 내 최대한 빨리
- 즉각 주목 요청 - 수신 당일로부터 달력일 기준 15일을 넘지 않으며 가입자의 상태에 따라 요구되는 기간 내 최대한 빨리
- 비긴급 요청 - 수신 당일로부터 달력일 기준 30일을 넘지 않으며 가입자의 상태에 따라 요구되는 기간 내 최대한 빨리

LIBERTY에서 가입자의 지속 치료 요청에 대한 승인 또는 거절을 알리는 서신을 보내 드립니다.

- 거절된 요청 - 결정에 대한 이유 및 고충 또는 이의 제기에 대한 가입자의 권리를 포함합니다. 고충 및 이의 제기 절차에 대한 더 많은 정보는 가입자 안내서의 제8장 문제 신고 및 해결을 참고해 주세요.
- 승인된 요청 - 결정에 대한 이유, 진료의 연속성 유지가 유효한 기간, 진료의 연속성 기간 이후의 절차 및 네트워크 내부의 치과의사 선택에 대한 가입자의 권리를 포함합니다.

### 진료의 연속성 유지 재시작 기간

첫 가입 후 관리형 진료 치과 플랜을 변경하거나 12개월의 진료의 연속성 유지 도중 Medi-Cal 자격을 잃었다가 다시 회복하는 경우, 진료의 연속성 유지 재시작이 한 회 허용됩니다. 관리형 진료 치과 플랜을 변경하거나 12개월 기간의 진료의 연속성 유지 도중 Medi-Cal 자격을 잃었다가 다시 회복한 사례가 두 번 이상인 경우 진료의 연속성 유지를 재시작할 수 없으며, 새롭게 12개월간의 진료의 연속성 유지 권리가 없습니다.

해당하는 경우, Medi-Cal 서비스당 지급제(Fee-for-Service, FFS)를 회복하고 추후 관리형 진료 플랜에 재가입하는 경우에도, 진료의 연속성 유지가 재시작되지 않습니다.

## 다른 카운티 또는 타주로 이사하는 대학생

거주 카운티에 무관하게, 주 전역의 모든 Medi-Cal 가입자에게 응급 서비스 및 긴급 치료가 제공됩니다. 유자격자에게는 Medi-Cal Dental이 타주에서 발생하는 응급 서비스 및 긴급 진료 비용을 부담합니다. 서비스가 승인되고 의사와 병원이 Medi-Cal Dental 규정을 만족한다면 캐나다 및 멕시코에서 발생하는 입원이 필요한 응급 진료비를 Medi-Cal Dental이 부담합니다. Medi-Cal Dental은 캐나다와 멕시코를 제외한 미국 외에서 발생하는 응급, 긴급 또는 기타 서비스의 비용을 부담하지 않습니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

대학 진학을 위해 다른 카운티로 이사하는 학생 가입자는 LIBERTY가 해당 카운티에서 제공되지 않아도 여전히 LIBERTY 서비스를 받을 수 있습니다. 또는 서비스당 지급제(Fee-for-Service, FFS) Medi-Cal이라고도 알려진 일반 Medi-Cal Dental로 서비스를 받을 수 있습니다. 이를 진료의 연속성 유지라고 합니다. LIBERTY에서는 다음에 해당하는 대학생에게 진료의 연속성 유지 서비스를 제공합니다.

- 응급 상황

진료의 연속성 유지 서비스에 대해 자세한 정보를 얻으려면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

## LIBERTY에서 탈퇴한 치과의사

가입자의 치과의사가 LIBERTY에서 탈퇴하는 경우에도 해당 치과의사에게 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 이는 또 다른 형식으로 시행되는 진료의 연속성 유지입니다. LIBERTY에서는 다음의 경우 진료의 연속성 유지 서비스를 제공합니다.

- 치과의사가 LIBERTY를 탈퇴하기 전까지 완료하지 못한 서비스.
- LIBERTY 가입 시점에 네트워크에 소속되지 않은 치과의사가 완료하지 못한 서비스.

LIBERTY에서는 다음 조건을 충족하는 경우 진료의 연속성 유지 서비스를 제공합니다.

- 해당 서비스가 가입자의 치과 플랜으로 보장될 것
- 해당 서비스가 의학적으로 필요할 것
- 서비스가 해당 임상 가이드라인을 충족할 것
- 가입자가 LIBERTY 치과 의료 제공자를 이용하지 못했을 것

LIBERTY에서는 다음 조건에 해당하는 경우 진료의 연속성 유지 서비스를 제공하지 **않습니다**.

- 해당 서비스가 가입자의 치과 플랜으로 보장되지 않음
- 해당 서비스가 의학적으로 필요하지 않음
- 서비스가 해당 임상 가이드라인을 충족하지 않음
- 가입자가 LIBERTY 치과 의료 제공자를 이용할 수 있었음

진료의 연속성 유지 서비스에 대해 자세한 정보를 얻으려면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

## 비용

### 가입자 비용

LIBERTY에서는 Medi-Cal Dental 수혜 유자격자에게 서비스를 제공합니다. 사례의 대부분에서 LIBERTY 가입자는 보장범위 내 서비스에 대한 비용, 보험료, 본인부담금 또는 공제금을 내지 **않아도 됩니다**. 보장범위에 포함되는 서비스는 LIBERTY에서 부담하는 치과 서비스입니다. 보장범위 내 서비스에 대한 수수료 또는 본인부담금을 청구받아도 불하지 마십시오. 즉각 가입자 서비스에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티), 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. 보장범위 내 서비스 목록은 제4장 혜택 및 서비스를 참고하세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 21 | 치과 플랜 소개

응급 서비스 또는 긴급 치료를 제외하고, LIBERTY 네트워크에 소속되지 않은 치과의를 방문하기 전에 반드시 LIBERTY의 사전 승인을 받아야 합니다. 사전 승인을 받지 않고 네트워크에 소속되지 않은 치과의를 방문할 경우, 가입자가 치과 진료 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

본 플랜에서 비용을 부담하지 않는 치과 서비스를 받으면, 참여 치과 제공자가 이러한 서비스에 통상적이고 관례적인 요금을 부과할 수도 있습니다. 치과 의사는 보장범위 내 혜택이 아닌 치과 서비스를 제공하기 전, 각각의 예상 서비스와 예상 비용을 포함한 치료 계획을 가입자에게 알려주어야 합니다.

치과 보장 옵션에 대해 더 많은 정보를 얻으려면 가입자 서비스에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티), 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. 가입자의 보험 혜택 전체를 이해할 수 있도록 본 보장범위 증명 문서를 잘 읽어보세요.

## LIBERTY에 비용에 대한 변제 요청

보장범위 내 서비스에 대한 청구서를 받는 경우, 즉각 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티), 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY에서 부담해야 하는 서비스의 비용을 가입자가 직접 부담한 경우 LIBERTY에 청구하세요. 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티), 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해서 청구 양식을 요청하거나 청구에 대한 도움을 요청할 수 있습니다. 청구 양식을 사용하여 가입자가 직접 비용을 부담한 이유를 알려주세요.

받은 서비스에 대한 비용을 벌써 지불했다면, 다음에 모두 해당하는 경우 변제받을 자격이 성립될 수 있습니다.

- 받은 서비스가 LIBERTY에서 부담하는 보장범위 내 서비스임. LIBERTY는 보장범위 외 서비스를 변제하지 않습니다.
- Medi-Cal Dental 자격을 갖춘 이후 보장범위 내 서비스를 받았음.
- 보장범위 내 서비스를 받은 당일로부터 1년 이내에 변제를 요청함.
- 치과에서 받은 상세한 영수증과 같이, 보장범위 내 서비스에 대한 비용을 지불했음을 나타내는 증거 제공.
- LIBERTY 네트워크 소속의 Medi-Cal 치과 의사에게 보장범위 내 서비스를 받았음. 응급 서비스 또는 사전 승인 없이 네트워크 미소속 제공자가 시행할 수 있도록 Medi-Cal Dental이 허락하는 다른 서비스를 받은 경우에는 이러한 조건을 충족할 필요가 없습니다.
- 만약 보장범위 내 서비스가 보통 사전 승인을 필요로 한다면, 보장범위 내 서비스에 대한 의학적 필요를 나타내는 치과 의사 제공 증거를 제공합니다.

상기 조건 중 한 가지에 해당하지 않는다면, LIBERTY에서 변제를 제공하지 않습니다. LIBERTY는 조치통지(Notice of Action)라는 서신으로 변제 여부에 대한 결정을 알릴 것입니다. 상기 조건에 모두 해당한다면, Medi-Cal Dental 소속 치과 의사가 가입자가 지불한 전체 금액을 변제할 것입니다. Medi-Cal 치과 의사가 가입자에게 변제를 거절하는 경우, LIBERTY에서 가입자가 지불한 전체 금액을 변제할 것입니다. LIBERTY에서는 가입자의 청구를 받은 후, 반드시 근무일 45일 이내에 변제를 완료합니다.

## 비용 부담 가입자 대상

혜택이 발효되기 전에는 치과 진료 비용의 일부를 매월 가입자가 부담해야 할 수도 있습니다. 이를 가입자의 비용 부담(share of cost)이라고 합니다. 가입자의 비용 부담금은 소득과 가용 자원에 따라 다릅니다. 비용 부담에 관하여 궁금한 점이 있으시면 거주 카운티 복지부 사무소에 문의하세요. 거주



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

지역 복지부 사무소는 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/countyoffices.aspx>에서 찾으실 수 있습니다.

## 치과의사에게 진료 수가를 지급하는 방식

LIBERTY에서는 다음과 같은 방식으로 치과의사에게 수가를 지급합니다.

- 균일 금액 지급
  - LIBERTY는 각 LIBERTY 가입자마다 일정 금액을 치과의사에게 매달 지급합니다. 이를 균일 금액 지급(capitation payment)이라고 합니다. LIBERTY와 치과의사가 서로 협력하여 지급액을 결정합니다.
- 서비스당 지급제
  - 일부 치과 의사는 LIBERTY 가입자에게 치과 진료를 제공한 후 LIBERTY에 해당 서비스 비용의 청구서를 보냅니다. 이를 서비스당 지급제(fee-for-service payment)라고 합니다. LIBERTY와 치과의사가 서로 협력하여 각 서비스 비용을 결정합니다.

LIBERTY가 치과의사에게 지불하는 방식에 대한 자세한 정보를 얻으려면, 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티), 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

## 제공자 장려책 프로그램

요청 시 LIBERTY의 제공자 장려책 프로그램의 사본을 보내드립니다. 사본을 요청하려면 가입자 서비스에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티), 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화하세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

# 3. 치과 진료를 받는 방법

## 치과 서비스 받기

다음 정보를 읽고 치과 진료를 어떻게 어디에서 받을 수 있는지 확인해 보세요.

치과 진료 서비스는 보험 혜택 발효일부터 받을 수 있습니다. LIBERTY ID 카드와 Medi-Cal BIC 카드를 항상 가지고 다니세요. ID 카드나 Medi-Cal BIC 카드는 절대로 남이 사용하지 못하게 하세요. 치과의사는 치과의료 제공자(dental provider)라고도 합니다.

새 가입자는 PCD를 반드시 LIBERTY 네트워크 안에서 선정해야 합니다. LIBERTY 네트워크는 LIBERTY와 협력하는 치과의사 그룹입니다. 가입자는 LIBERTY의 가입자가 되는 시점으로부터 30일 안에 PCD를 선정하여야 합니다. PCD를 선정하지 않는 경우 LIBERTY가 임의로 배정합니다. LIBERTY에 가입된 가족 전체에 한 명의 PCD를 정하거나 가족 개인마다 서로 다른 PCD를 선정할 수도 있습니다.

기존 치과의사를 원하거나 새 PCD를 원하시면 치과의료 제공자 명부를 참고할 수 있습니다. 명부에는 LIBERTY 플랜 네트워크에 속한 모든 PCD가 수록되어 있습니다. 치과의료 제공자 명부에는 선정에 도움이 되는 다른 정보도 있습니다. 저희 웹사이트 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에서도 치과의료 제공자 명부를 찾으실 수 있습니다. 도움이나 LIBERTY 치과의료 제공자 명부 사본이 필요하시면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

가입자가 필요한 진료를 LIBERTY 보험사 네트워크 소속 치과의료 제공자에게 받지 못하는 경우, PCD는 LIBERTY에 승인을 요청하여 가입자를 네트워크 외 제공자에게 보내야 합니다. 다음은 PCD와 치과의료 제공자 명부 및 LIBERTY 치과의료 제공자 네트워크에 대한 내용입니다.

PCD 예약을 위해 전화할 때, 전화를 받는 사람에게 본인이 LIBERTY 가입자임을 알리세요. 치과 플랜 ID 번호를 제공하세요. 예약된 시간에 늦거나 갈 수 없으면 반드시 담당 PCD 치과에 연락하세요.

치과 방문 시 최대한 편리하게 이용하려면 다음을 확인해주세요.

- Medi-Cal BIC를 가져가세요.
- LIBERTY Dental Plan ID 카드를 가져가세요.
- 유효한 캘리포니아 ID 카드나 운전면허증을 가져가세요.
- 사회 보장 번호(SSN)를 알아두세요.
- 복용 중인 약의 목록을 가져가세요.
- 본인 또는 자녀에게서 발견한 치아 문제를 PCD와 상담할 수 있도록 준비하세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 예약된 진료에 방문

보장범위 내 서비스를 받기 위해 예약된 진료에 왕복 수단이 없는 경우, 저희가 교통편 준비를 도울 수 있습니다. 이 서비스를 비응급 의료 교통(NEMT)이라고 부르며, 이는 응급용이 아닙니다. 이러한 종류의 교통편은 응급 서비스와 무관한 서비스 및 예약 방문에 이용될 수 있으며, 무료로 제공될 수도 있습니다. 제4장 혜택 및 서비스로 이동해서 비응급 의료 교통(NEMT) 부분을 검토하세요.

## 일상적인 치과 진료

구강 건강은 전반적인 건강과 웰빙의 중요한 일부입니다. Medi-Cal Dental 프로그램은 자녀가 처음 이가 나거나 첫 돌 무렵에 치과의사의 진찰을 받기 시작하도록 권하고 있습니다. 일상적인 진료는 정규 치과 진료입니다. LIBERTY는 PCD의 일상적인 진료비를 부담합니다. 치과 전문의에게 의뢰하는 서비스 및 사전 승인이 필요한 서비스도 포함합니다.

## 첫 치과 진료 예약 방문

LIBERTY 신규 가입자는 PCD와 첫 치과 진료 예약 방문(IDHA)을 가입일로부터 120일 이내에 완료해야 합니다. 가입자의 PCD가 구강 상태를 보고 치과 진료의 필요를 결정합니다. 가입자의 PCD가 구강 진료 필요 여부를 파악한 후 가입자의 치아와 잇몸, 구강 상태를 양호하게 유지하기 위한 계획을 세워줍니다.

담당 PCD의 정보가 LIBERTY Dental Plan ID 카드에 기재되어 있으니 첫 치과 진료 방문을 예약하세요. PCD가 가입자의 건강 내력에 관한 질문을 하거나 질문지에 답을 하도록 요청할 수 있습니다. PCD는 또한 가입자에게 도움이 될 만한 보건 교육 상담 및 수업에 대해서도 알려줍니다. LIBERTY 웹사이트 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에서도 구강 건강 교육 및 도움말을 무료로 이용하실 수 있습니다.

신규 가입자의 첫 치과 진료 예약 방문(IDHA)은 진료 예약을 문의한 날로부터 28일 이내에 이뤄져야 합니다. 첫 치과 진료(IDHA)를 예약하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티), 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

방문 시 Medi-Cal BIC와 LIBERTY ID 카드를 가지고 가세요. 첫 치과 진료 예약 방문(IDHA) 시 복용약 목록과 질문을 준비해서 가는 것이 좋습니다. 치과적 필요 사항 및 우려 사항에 대해 PCD와 상담할 수 있도록 준비하세요. 예약된 시간에 늦거나 갈 수 없으면 반드시 담당 PCD 치과에 연락하세요.

## 관리 조정/케이스 관리

LIBERTY의 목표는 가입자가 적절한 제공자로부터 적절한 시간에 적절한 치료를 받을 수 있도록 하는 것입니다. 추가적인 지원이 필요한 상태의 치아가 있거나 장기적인 의학적 질환 또는 질병이 있는 경우, 임신 중 또는 노숙 생활을 하는 경우에는 관리 조정/케이스 관리에 대한 자격이 성립될 수도 있습니다.

필요한 진료를 받을 수 있도록 케이스 관리자가 도울 수 있습니다. 건강 플랜 케이스 관리자는 저희와 협력하여 기타 의료 서비스, 지역사회 기반 단체 및/또는 캘리포니아주와 함께 치과 진료 관리를 조정할 수 있습니다.

추가적인 지원 및 조정을 필요로 하는 상태의 치아가 있다면 LIBERTY 케이스 관리자가 있을 수도 있습니다. 추가적인 지원 및 조정을 필요로 하는 의학적 질환, 질병이 있거나 임신 중 또는 노숙 생활을 하는 경우



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

필요한 치과 진료 서비스를 받을 수 있도록 도움을 줄 수 있는 케이스 관리자가 있을 수 있습니다.

건강 플랜 케이스 관리자는 저희와 협력하여 기타 의료 서비스, 지역사회 기반 단체 및/또는 캘리포니아주와 함께 치과 진료 관리를 조정할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 케이스 관리에 대한 상담 희망을 알리세요. 치과 진료 플랜 케이스 관리자는 가입자가 이득을 보기 위해 늘 찾아야 하는 사람입니다. 이렇게 해서 가입자가 필요한 치과 진료 서비스를 받을 수 있는 방법을 찾을 수 있습니다.

## LIBERTY에서 어떻게 하면 가입자의 구강 건강 필요 관련 서비스를 향상할 수 있을까요?

LIBERTY는 여러분의 개인 구강 건강 요구 사항에 맞는 서비스를 제공하기 위해 노력하고 있습니다. LIBERTY에서는 구강 건강 위험 평가(Oral Health Risk Assessment, OHRA) 양식을 통해 가입자의 건강 정보를 수집하고, 진료 필요를 성립하며 가입자가 무료로 적절한 치과 진료 및 서비스 조정을 받을 수 있게 합니다.

가입자의 치과 및 건강관리 필요 사항을 더욱 원활하게 지원해 드릴 수 있도록 가입 후 첫 90일 이내에 OHRA 양식 작성을 완료해 주시기 바랍니다. 스마트폰 카메라로 아래 QR 코드를 스캔하거나 이 안내서의 10장 양식에 포함된 OHRA 양식을 작성할 수 있습니다. OHRA 양식 작성을 완료하신 후에는 작성한 양식을 제공된 자기앞 선불 편지 봉투를 이용해 저희에게 보내주세요.



또는 <https://www.libertydentalplan.com>에 방문하여 온라인으로 OHRA 양식을 작성할 수 있으며, 가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화하여 양식을 작성할 수도 있습니다.

신규 가입자에게 어떤 종류의 지원과 치료가 필요한지 판단할 수 있도록 모든 신규 가입자는 OHRA 양식 작성을 완료해야 합니다. 소중한 가입자님의 이야기를 들을 수 있기를 바랍니다.

## 케이스 관리자 변경

가입자에게 케이스 관리자가 배정될 것입니다. 언제라도 케이스 관리자를 변경하려면, 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화하세요.

## 장기적 관리

요양시설 및 발달 장애인을 위한 거주시설을 포함하되 이에 국한되지 않는 장기요양(LTC)시설에 거주하는 LIBERTY 가입자는 이러한 시설에서 치과 진료 필요를 충족할 수 있습니다. 질문 및/또는 예약에 필요한 도움 또는 치료 일정 조정은 LIBERTY 케이스 관리자에게 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 문의해 주세요.

LTC에 대한 자세한 정보를 얻으려면 온라인에서 [www.ssa.ocgov.com/health-care-services/medi-cal-program-services/long-term-care](http://www.ssa.ocgov.com/health-care-services/medi-cal-program-services/long-term-care)에 있는 사회복지 서비스 기관에 방문하거나, 714-645-3093으로 전화하여 신청서를 요청할 수 있습니다.

**모든 치과 진료 서비스가 보장되려면, Medi-Cal Dental 프로그램 요건을 충족해야 합니다.**

보험 대상인 자녀의 치과 서비스는 다음과 같습니다.

- 검사 및 엑스레이
- 치석 제거
- 불소처리
- 실란트
- 치아 충전
- 크라운
- 발치
- 치근관 치료
- 교정기

보장 가능한 성인 대상 치과 서비스는 다음과 같습니다.

- 검사 및 엑스레이
- 치석 제거
- 딥클리닝(치석 제거 및 치근활택)
- 불소처리
- 치아 충전
- 크라운
- 치근관 치료
- 발치
- 완전 및 부분 의치
- 의학적으로 필요한 기타 치과 서비스

어린이와 성인 대상 치과 서비스의 목록 전체를 보려면 본 안내서 제4장 혜택과 서비스 부분을 참고하세요.

## 긴급 치과 진료

LIBERTY에서는 긴급 치과 진료 비용을 부담합니다. 다음 예 중 한 가지에 해당하는 경우 긴급 치과 진료가 필요할 수 있습니다.

- 깨진 치아
- 충전, 크라운 또는 브릿지 손실
- 둔한 치통



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 27 | 치과 진료를 받으시는 방법

바로 치과의사의 진료를 받아야 하지만 응급 상황이 아닌 경우 긴급 진료를 72시간 이내에 예약할 수 있습니다.

치과 정상 근무 시간 중에 치과의사에게 전화하여 도움을 받으세요. 근무 시간이 지난 경우 치과의사에게 먼저 전화해 보십시오. 치과의사와 연락이 닿지 않는다면, 언제라도 LIBERTY에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화하여 도움을 얻으세요.

## 응급 치과 진료

LIBERTY에서는 응급 치과 진료 비용을 부담합니다. 치과적 응급 상황은 즉시 치료하지 않으면 가입자 또는 가입자의 치아에 손상을 초래할 수 있는 통증, 출혈 또는 부기입니다. 응급 치과 진료는 주 7일 24시간 이용 가능합니다. LIBERTY로부터 응급 치료에 대한 승인을 받지 않아도 됩니다.

치과 정상 근무 시간 중에 치과의사에게 전화하여 도움을 받으세요. 근무 시간이 지난 경우 치과의사에게 먼저 전화해 보십시오. 치과의사와 연락이 닿지 않는다면, 언제라도 LIBERTY에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화하여 도움을 얻으세요.

911에 전화하거나 가까운 응급실로 갈 수도 있습니다. 집에서 떨어져 있는 경우, 가까운 곳에서 치과의사를 찾아 응급 진료를 받을 수 있습니다. LIBERTY와 계약하지 않은 치과의사의 경우, 응급 진료 비용을 청구할 수 있습니다. 응급 진료 비용을 지불한다면 저희가 변제합니다.

의료 응급 상황에는 911에 전화하거나 가까운 응급실로 가세요.

도움이 필요하시면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. 통화는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00 사이에 가능합니다. 통화료는 무료입니다.

## 치과 진료를 받을 수 있는 곳

### 치과의사

가입자는 치과 주치의(PCD)를 LIBERTY 치과의료 제공자 명부에서 선정합니다. PCD는 반드시 참여 치과의사이어야 합니다. 이는 저희 네트워크 소속 치과의사를 의미합니다. 치과의료 제공자 명부가 필요하시면 온라인 <https://www.libertydentalplan.com/Find-a-Dentist/Find-a-Dentist.aspx>에 방문하거나, 스마트폰에 LIBERTY 모바일 앱을 다운로드하거나, 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

진료는 대부분 PCD에게서 받습니다. 일상적인 치과 진료의 대부분은 PCD가 제공합니다. 필요하다면 PCD가 전문의에게 의뢰할 수 있습니다(회부). 희망하는 PCD에게 전화하여 신규 환자를 받는지 확인하는 것 또한 좋은 생각입니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 28 | 치과 진료를 받으시는 방법

LIBERTY 가입 전에 특정 질환으로 치과의사에게 진료를 받고 있었던 경우 해당 치과의사의 진료를 계속 받으실 수도 있습니다. 이를 진료의 연속성 유지라고 합니다. 진료의 연속성 유지에 관한 가입자님의 혜택은 본 안내서의 2장에서 자세히 확인할 수 있습니다. 자세한 정보를 얻으려면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

## 치과 의료 제공자 명부

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

LIBERTY 치과 의료 제공자 명부는 치과의사, 전문 치과의사, 지역 사회 클리닉, 연방정부 공인 건강 센터(FQHC) 및 농촌 건강 클리닉(RHC)을 포함합니다.

LIBERTY 치과 의료 제공자 명부에는 이름, 제공자 주소, 전화번호, 웹사이트 주소, 진료 시간 및 구사 가능한 언어가 명시되어 있습니다. 제공자가 새로운 환자를 받는지, 원격 치과 진료 서비스를 제공하는지, 장애가 있는 환자 치료를 제공하는지와 제공자의 문화이해력 및 언어능력(즉, 미국 수어를 포함하여, 제공자 또는 언어 통역사가 구사하는 언어)을 알려줍니다.

또한, 제공자의 특수 교육 목록과 주차장, 경사로, 손잡이가 있는 계단, 접근 가능 화장실과 같은 건물의 물리적 접근 가능 여부도 알려줍니다. 치과 의료 제공자 명부는 웹사이트 [www.libertydentalplan.com/Find-a-Dentist/Find-a-Dentist](http://www.libertydentalplan.com/Find-a-Dentist/Find-a-Dentist), 또는 스마트폰에 LIBERTY 모바일 앱을 다운로드하여 찾을 수 있습니다.

치과 의료 제공자 명부 인쇄본이 필요하시면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

## 치과 의료 제공자 네트워크

LIBERTY 치과 의료 제공자 네트워크는 LIBERTY와 협력하는 치과의사와 치과 전문의로 구성된 그룹입니다. 가입자는 저희 네트워크를 통해 보험 서비스를 받습니다.

## 네트워크 소속

가입자에게 치과 의료 관리가 필요하다면 LIBERTY 네트워크 소속 치과의사를 이용합니다. 예방 진료와 일상적인 진료는 PCD에게서 받습니다. 가입자는 LIBERTY 네트워크 소속 전문의와 그 외 제공자도 이용합니다.

네트워크 소속 치과 의료 제공자 명부를 받으려면 온라인에 있는 [www.libertydentalplan.com/Find-a-Dentist/Find-a-Dentist](http://www.libertydentalplan.com/Find-a-Dentist/Find-a-Dentist)에 접속하거나 스마트폰에 LIBERTY 모바일 앱을 다운로드해 주세요.

도움이 필요하시면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화할 수도 있습니다.

긴급 또는 응급 치과 진료를 받으려면 PCD에게 연락하세요. 진료를 예약하는 데 도움을 원하시거나 거주지가 아닌 곳에 계시는 경우, 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티)로 전화해 주세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화하세요.

의학적 응급 진료의 경우 **911**에 전화하거나 가까운 응급실로 가세요.

## 네트워크 미소속

네트워크에 소속되지 않은 제공자는 LIBERTY와 계약을 맺지 않은 치과의사를 말합니다. 긴급 또는 응급 진료를 제외하고 네트워크 미소속 제공자에게 받은 진료에 대한 비용을 가입자가 지불해야 할 수도 있습니다. 보장범위 내 치과 진료 서비스가 필요한 가입자는 의학적으로 필요하며 네트워크 소속 제공자가 이러한 서비스를 제공하지 않는 경우 네트워크 미소속 제공자의 치료를 무료로 이용할 수도 있습니다.

네트워크 소속이 아닌 제공자의 서비스를 받는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

서비스 지역 밖에 계신데 응급 상황이 아닌 진료가 필요하시면 PCD에게 즉시 연락하십시오. 또는 가입자 서비스에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

네트워크에 소속되지 않은 의사에게나 서비스 지역 외에서 진료 받는 것에 관해 질문이 있으시면, 가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티), 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

## 치과 주치의(PCD)

신규 가입자는 LIBERTY 가입 후 30일 이내에 반드시 PCD를 선정해야 합니다. 일반 치과의사를 PCD로 선정할 수 있습니다.

또한, 연방정부 공인 보건 센터(Federally Qualified Health Center, FQHC), 지역 사회 클리닉, 아메리카 원주민 보건 클리닉, 또는 LIBERTY 네트워크 소속 시설로, 유자격 가입자의 PCD 역할을 맡을 수 있는 치과 서비스를 갖춘 기타 주치의 시설을 선택할 수도 있습니다. 이러한 센터는 치과 진료 서비스가 많지 않은 지역에 있습니다.

LIBERTY 가입자인 가족 구성원 모두가 한 명의 PCD를 선택하거나, 서로 다른 치과의사를 선택할 수 있습니다. 30일 이내에 PCD를 선정하지 않는 경우 LIBERTY에서 대신 PCD를 선정합니다.

PCD는 다음과 같이 합니다.

- 가입자의 치과적 필요를 알려 드립니다.
- 가입자의 치과 기록을 유지합니다.
- 가입자에게 필요한 예방 및 일상적인 치과 진료를 제공합니다.
- 필요에 따라 가입자를 전문의에게 의뢰합니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

치과의료 제공자 명부에서 LIBERTY 네트워크 소속 PCD를 찾으실 수 있습니다. 치과의료 제공자 명부에는 LIBERTY와 협력하는 FQHC 목록이 수록되어 있습니다.

치과의료 제공자 명부는 온라인 [www.libertydentalplan.com/Find-a-Dentist/Find-a-Dentist](http://www.libertydentalplan.com/Find-a-Dentist/Find-a-Dentist)에서 찾거나 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039번으로 전화해서 요청하실 수 있습니다. 희망하는 PCD에게 전화하여 신규 환자를 받는지 확인하는 것 또한 좋은 방법입니다.

## 치과의사 선정

필요한 치과 진료는 본인이 가장 잘 아는 법이기에, PCD를 직접 선정하는 것이 가장 좋습니다. 한 PCD를 계속 이용하면 가입자에게 필요한 치과 진료를 의사가 잘 알 수 있으므로 가장 바람직합니다. 그러나 새로운 PCD를 희망하는 경우, 매월 1회 변경이 가능합니다. 반드시 LIBERTY 치과의료 제공자 네트워크에 소속되어 있으며 새 환자를 받는 PCD를 선정해야 합니다.

새로 선택한 PCD는 변경 후 다음 달 1일부로 가입자의 PCD가 됩니다. 담당 PCD를 변경하려면, LIBERTY 웹사이트의 [Transact Logon\(libertydentalplan.com\)](http://Transact_Logon(libertydentalplan.com)) 페이지에서 온라인 계정을 만들거나, 스마트폰에 LIBERTY 모바일 앱을 다운로드하거나, 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

PCD가 신규 환자를 받지 않거나, 네트워크를 탈퇴했거나, 가입자 나이대의 환자를 진료하지 않는 경우 LIBERTY에서 가입자에게 담당 치과의료 제공자를 변경하도록 요청할 수도 있습니다. 가입자가 PCD와 마음이 맞지 않거나 PCD에 동의하지 않는 경우 또는 가입자가 예약 진료에 오지 않거나 늦는 경우, LIBERTY 또는 PCD 측에서도 가입자에게 PCD를 변경할 것을 요청할 수 있습니다. PCD 변경이 필요한 경우, 저희가 서면으로 알려드립니다.

PCD를 변경하는 가입자는 새 Dental Plan 가입자 ID 카드를 우편으로 받습니다. 해당 카드에는 새 PCD의 이름이 기재되어 있습니다. 도움이 필요하거나 새 ID 카드를 요청하려면 LIBERTY 웹사이트 <https://www.libertydentalplan.com>으로 가서 스마트폰에 LIBERTY 모바일 앱을 다운로드하거나, 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

## 예약 및 방문

치과 진료가 필요하면:

- PCD에게 전화하세요.
- 전화 연결 시 LIBERTY ID 번호를 제공할 수 있도록 준비하세요.
- 치과 운영 시간이 지났으면 이름과 전화번호를 메시지로 남기세요.
- Medi-Cal BIC와 LIBERTY Dental Plan ID 카드를 예약 방문 때 가지고 가세요.
- 신분증이나 운전면허증을 가지고 가세요.
- 예약 시간을 지켜 주세요.
- 갈 수 없거나 늦을 경우에는 즉시 전화하세요.
- 필요한 경우 질문을 준비하세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 진료비 지급

가입자는 보장범위 내 서비스에 공제금 또는 본인 부담금을 지불하지 **않습니다**. 가입자는 치과 의사의 청구서(bill)를 받지 **않습니다**. 가입자는 치과 의사로부터 혜택 설명(Explanation of Benefits, EOB)이나 명세서를 받기도 합니다. EOB와 명세서는 청구서가 아닙니다.

청구서를 받게 되는 경우, 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039번으로 전화해 주세요. 청구 금액과 서비스 일자 및 청구 이유를 알려 주세요.

청구서를 받거나 본인부담금 납부 요청을 받는 경우, 가입자 또한 청구를 제기할 수 있습니다. 해당 품목이나 서비스에 대한 지불을 해야 했던 이유를 LIBERTY에 서면으로 알려야 합니다. LIBERTY에서 가입자의 청구서를 읽고 변제 여부를 결정합니다. 질문이 있거나 청구 양식을 요청하려면, 저희 웹사이트의 [ADA 청구 양식\(libertydentalplan.com\)](http://libertydentalplan.com) 페이지로 가거나 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

## 진료 의뢰

가입자에게 전문의의 진료가 필요한 경우 PCD가 LIBERTY에 진료 의뢰를 요청합니다. 전문의는 치아 제거를 위한 구강외과 등 치과학의 한 분야를 더 공부한 치과 의사입니다.

다음의 경우에는 진료 의뢰가 필요하지 않습니다.

- PCD 방문
- 긴급 또는 응급 진료

담당 PCD가 LIBERTY에 전문의를 요청하는 의뢰서를 반드시 전송해야 합니다. LIBERTY가 진료 의뢰서와 필수 정보를 수신하면, 일반 진료 요청은 영업일 기준 5일 이내, 긴급 진료는 72시간 이내에 요청을 처리하고 서면으로 결정된 내용을 알려드립니다. 진료 의뢰가 승인되면, LIBERTY는 가입자와 협력하여 전문의를 선택하고 진료 시간을 예약하도록 도와드릴 수 있습니다.

진료 의뢰가 승인되지 않은 경우, 가입자는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 이의 제기 절차에 대한 더 자세한 정보는 제8장 문제 신고 및 해결을 참고해 주세요.

저희 진료 의뢰 규정을 사본으로 받으려면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화하세요.

## 사전 승인

일부 유형의 진료 서비스는 PCD 또는 전문의가 저희에게 사전에 문의하여야 가입자가 진료를 받을 수 있습니다. 이를 사전 승인(prior authorization 또는 pre-approval)이라고 합니다. 이는 LIBERTY에서 진료의 의학적 필요하다는 것에 동의함을 의미합니다.

구강안면 질환, 감염 및 통증 예방 및 제거, 치열의 형태 또는 기능 복구, 또는 안면 기형이나 기능장애 교정을 목적으로 하는 치과 진료는 의학적으로 필요한 것입니다. 치과 서비스를 LIBERTY 보험으로



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

보장받으려면 의학적 필요에 대한 Medi-Cal Dental 프로그램 규정에 반드시 부합해야 합니다.

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

- 치근관
- 크라운
- 완전/부분 의치
- 딥클리닝(치석 제거 및 치근활택)
- 전신마취제 및 IV 진정제 투여

치과 제공자가 원하는 기타 치과 서비스에도 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 전문의 진료 등의 일부 서비스 또는 네트워크 미소속 의료 제공자에게서 진료를 받아야할 경우 일상적인 서비스는 영업일 기준 5일 이내에, 긴급 진료는 72시간 이내에 LIBERTY가 결정합니다.

요청을 검토하여 해당 진료가 의학적으로 필요한지 그리고 보장범위에 속하는지 결정할 것입니다. 요청 검토에 정보나 시간이 더 필요하다면 LIBERTY에서 가입자에게 연락합니다.

저희는 보장범위 내 진료 또는 치과 서비스를 거절할 목적으로 검토자에게 보상을 지불하지 **않습니다**. 진료를 승인하지 않을 경우 저희가 이유를 설명하고 이의 제기 권리를 고지해 드립니다. 가입자의 이의 제기 권리에 대한 자세한 정보는 제8장 문제 신고 및 해결을 참고해 주세요.

## 이차 소견

치과 진료 제공자가 제시하는 필요한 진료, 진단 또는 치료 계획에 이차 소견을 원하는 경우가 있습니다. 예를 들어, 처방 치료나 수술이 필요한지 확신이 안 서는 경우 이차 소견이 필요할 수 있습니다.

이차 소견을 받으려면 가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.

가입자 또는 PCD가 이차 소견을 요구하고 가입자가 네트워크 소속 치과의사로부터 이차 소견을 받는 경우, LIBERTY에서 비용을 부담합니다.

이차 소견을 위해 선택한 치과의사가 승인되었다면, 저희에게 또 다른 승인을 받을 필요가 없습니다. 일반 요청의 경우 영업일 기준 5일 이내, 긴급 요청의 경우 72시간 이내에 LIBERTY에서 결정을 내립니다.

LIBERTY가 이차 소견 요청을 거부하는 경우, 가입자에게 반드시 혜택 미승인 결정 통지서(Notice of Adverse Benefit Determination, NABD)를 발송해야 합니다. NABD에 관하여 더 자세한 정보를 원하시는 분은 본 안내서의 6장 권리와 책임을 참조하세요.

## 적시 진료 접근

LIBERTY는 반드시 다음 시간 프레임 안에 예약을 제공해야 합니다.

- 첫 치과 진료 예약 방문(검사, 엑스레이) - 4주 이내
- 일상적인 진료 예약(예방 진료 포함) - 4주 이내



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

- 전문의 진료 예약 - 영업일 기준 30일 이내(나이 만 21세 이상), 달력일 기준 30일 이내(만 21세 미만)
- 긴급 진료 예약(위급한 통증/부기/출혈) - 72시간 이내
- 응급 진료(즉각적인 급성 통증/부기/출혈) - 24시간 이내
- 영업 시간 외 응급 진료 이용 시간(응답 서비스 또는 제공자 연결) - 하루 24시간, 연중무휴

## 치아 건강 교육 서비스

치아 건강 교육 서비스는 예방적 서비스와 PCD 방문의 일환이기도 합니다.

LIBERTY에서는 치아뿐만이 아닌 그 외에도 신경을 씁니다! 저희는 가입자의 전반적인 건강 및 웰니스를 중요하게 여깁니다. 저희 건강 교육 및 자원(Health Education and Resource, HEART) 팀은 가입자들이 구강 건강 관리, 가용한 자원 및 치과 진료 혜택 이용 방법에 대해 배울 수 있도록, 지역사회 내에서 직접 활동하고 있습니다.

저희는 무료로 치과 진료 자원에 편리한 접근성 및 교육 자료를 제공하고 있습니다. [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문하면 구강 건강 및 웰니스 도움말을 얻을 수 있습니다.

인스타그램 및 페이스북 @libertydentalplan에서 LIBERTY를 '좋아요'하고 '팔로우'하시면 예방적 치과 진료에 대한 더 많은 도움말을 볼 수 있고, 가입자가 거주하는 지역의 HEART 대표와 구강 건강 우려 사항에 대해 상담할 수 있으며, 구강 위생 키트와 같은 무료 증정품을 받을 수 있습니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

# 4. 혜택 및 서비스

## 치과 플랜에서 비용을 부담하는 서비스

이 부분에서는 LIBERTY 가입자로서 받을 수 있는 모든 보장범위 내 서비스를 설명합니다. 의학적으로 필요하다면 가입자의 보험 서비스는 무료입니다. 구강안면 질환, 감염, 통증의 예방 및 제거, 치열의 형태 또는 기능 복구, 안면 기형이나 기능장애 교정을 목적으로 하는 진료는 의학적으로 필요한 것입니다.

저희는 다음 유형의 치과 진료를 제공합니다.

서비스 유형	예
<input type="checkbox"/> 진단	검사 및 X선
<input type="checkbox"/> 예방	치석 제거, 불소치료, 실란트(아동용)
<input type="checkbox"/> 수복	충전, 크라운
<input type="checkbox"/> 근관 치료	치수 절단, 치근관
<input type="checkbox"/> 치주	치은수술, 딥클리닝
<input type="checkbox"/> 가철성 치과 보철	즉시 의치와 완전 의치, 리라이닝
<input type="checkbox"/> 구강 및 악안면 수술	발치
<input type="checkbox"/> 치과 교정	교정기(아동용)
<input type="checkbox"/> 보조적	진정, 전신 마취

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



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 혜택 요약

아래는 성인 및 아동 대상 치과 혜택의 요약 내용입니다.

✓ 혜택 ✗ 혜택 아님

시술	전체 범위	임신 관련	전문간호시설(SNF)/중 간진료시설(ICF) 거주
구강 평가(만 3세 미만)	✓	✗	✓
초기 검사(만 3세 이상)	✓	✓	✓
정기 검사(만 3세 이상)	✓	✓	✓
정기 치석 제거	✓	✓	✓
불소처리	✓	✓	✓
수복 서비스-충전	✓	✓	✓
크라उन*	✓	✓	✓
치석 제거 및 치근활택(딥클리닝)**	✓	✓	✓
치주 관리(잇몸)	✓	✓	✓
앞니 치근관(전면)	✓	✓	✓
어금니 치근관(뒷면)	✓	✓	✓
부분 의치	✓	✓	✓
완전 의치	✓	✓	✓
발치/구강 및 상악안면 수술	✓	✓	✓
응급 서비스	✓	✓	✓

예외:

\*1. 만 13세 미만에게는 적용되지 않는 혜택. 대구치 또는 소구치(어금니) 크라운의 의학적 필요에 따라 보험처리가 가능할 수 있습니다.

\*\*2. 만 13세 미만에게는 적용되지 않는 혜택.

## 산후관리 연장 프로그램

산후관리 연장 프로그램은 임신 중 또는 산후 Medi-Cal 가입자에게 연장된 서비스를 제공합니다. 가입자의 소득, 시민권 소유 여부, 또는 이민 신분과 관계 없이 임신 기간 후 12개월까지 LIBERTY 보험처리 기간을 연장하는 프로그램이며, 가입자가 추가적 조치를 취할 필요가 없습니다.

의학적 필요를 지닌 서비스는 보장범위 내 서비스를 포함하며, 합당하고 다음과 같은 목적을 달성하는 데 필요한 서비스를 의미합니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

- 생명 보호
- 중증 질환 또는 중증 장애 예방
- 심한 통증 완화
- 나이에 맞는 성장 및 발달 성취
- 기능적 능력 획득, 보유 및 회복

만 21세 미만 가입자의 경우, 연방정부의 조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료(Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) 혜택에 따라 의무화된 바와 같이, 의학적으로 필요한 서비스는 상기 명시된 모든 보장대상 서비스 및 결함과 신체적 및 정신적 질환과 상태를 교정 또는 개선하는 데 필요한 기타 서비스, 치료 또는 기타 조치를 포함합니다. 신체적 또는 정신적 질환 또는 상태를 고치거나 완화하는 데 도움을 주거나, 가입자의 상태가 더 악화되지 않도록 유지하는 데 필요한 진료 또한 포함합니다.

EPSDT는 저소득층 신생아, 아동 및 만 21세 미만의 청소년을 대상으로 광범위한 예방, 진단 및 치료 서비스를 제공합니다. EPSDT 혜택은 성인 대상 혜택보다 확고하며, 어린이의 건강상 문제가 방지되거나 진단되어 최대한 빨리 치료될 수 있도록 조기 검사를 받을 수 있게 설계되었습니다. EPSDT의 목표는 각 어린이가 필요로 하는 시기에 필요한 치과 진료를 받도록 - 즉, 적절한 환경에서 적절한 시기에 적절한 진료가 시행되도록 - 보장하는 것입니다.

## 서비스 횟수

의학적으로 필요한 치과 서비스에는 보험이 적용됩니다. 하지만 일부 서비스의 경우, 주어진 기간 이내에 받을 수 있는 서비스의 횟수가 한정되어 있습니다. 아래는 한정되어 있는 일반 서비스입니다.

- 검사 - 6개월마다 1회(만 21세 미만), 12개월마다 1회(만 21세 이상), 각 제공자 진료소당
- 교익 엑스레이 촬영 - 6개월마다 1회, 각 제공자 진료소당
- 전체 구강 엑스레이 촬영 - 36개월마다 1회, 각 제공자 진료소당
- 파노라마 엑스레이 촬영 - 36개월마다 1회, 각 제공자 진료소당
- 충치 위험 평가 - 저위험도: 6개월마다 1회, 중등위험도: 4개월마다 1회, 고위험도: 3개월마다 1회, 만 0~6세는 전체 위험군 검사 가능
- 충치 치료 및 예방약 - 6개월마다 1회(만 7세 미만)
- 치석 제거 - 4개월마다 1회(SNF/ICF), 6개월마다 1회(만 21세 미만), 12개월마다 1회(만 21세 이상)
- 국소 불소 - 4개월마다 1회(SNF/ICF), 6개월마다 1회(만 21세 미만), 12개월마다 1회(만 21세 이상)
- 실란트 - 36개월마다 1회(만 21세 미만만 해당), 각 제공자 진료소당
- 치아 충전 - 12개월마다 1회(유치당), 36개월마다 1회(영구치당), 치면당, 치아당
- 크라운 - 5년마다 1회(만 13세 이상)
- 딥클리닝(치석 제거/치근활택) - 쿼드당 24개월마다 1회(만 13세 이상)
- 즉시 완전 의치 - 평생 치조궁당 1회
- 완전 및 부분 의치 - 5년마다 치조궁당 1회
- 의치 복구 - 1년에 치조궁 또는 치아당 2회
- 의치 리라이닝 - 1년에 치조궁당 1회

## 원격 치과 서비스

원격 치과 서비스는 치과의사와 물리적으로 같은 장소에 있지 않 으면서도 서비스를 받는 방식입니다. 원격 치과 서비스 시 제공자와 비공개로 안전하게 실시간 대화를 할 수도 있고, 실시간 대화 없이



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

치과의사와 정보를 공유할 수도 있습니다. 개인 건강 정보는 가입자의 허락 없이 공유되지 않으며 암호화된(보호된) 형식을 이용하지 않는 한 전송되지 않습니다.

가입자와 치과의사가 특정 치료에 대한 원격 치과 서비스의 적절함에 동의하는 것이 중요합니다. 치과의사에게 연락하여 원격 치과 서비스를 통해 이용 가능한 서비스 유형을 알아보세요. 원격 치과 서비스를 받는 경우, 치과의사로부터 대면 서비스를 받거나 대면 서비스를 위한 진료 의뢰에 필요한 치과 치료 또는 지원을 받을 수 있습니다.

원격 치과 서비스 이용 시, 제공자가 가입자에게 고지에 입각한 동의(승인)를 요청해야 합니다. 원격 치과 서비스에 필요한 고지에 입각한 동의는 다음을 포함하되, 이에 국한되지 않습니다.

- 대면 진료 또는 원격 치과 서비스로 진료 서비스를 이용할 수 있는 선택권 제공
- 사용될 원격 치과 서비스의 유형 및 제공자와의 전자식 소통 응답 절차에 대한 정보 제공
- 원격 치과 서비스 이용 시 개인 건강 정보의 기밀성과 보안에 관한 문제 또는 위험 설명
- 원격 치과 서비스로 제공되는 치과 진료 서비스의 이용 여부 및 적절성의 한계 설명

모든 상황에 원격 치과 서비스가 적절한 것은 아니며, 제공자는 어떠한 치료든 치료를 시작하기 전에 가입자의 병력을 파악하고, 서면 처방전을 비롯하여 가입자의 구강 상태 평가를 완료하는 것이 중요합니다. 처방전은 모두 가입자의 구강 상태를 치료하기에 적합해야 하며 캘리포니아주에서 정한 기준에 부합해야 합니다.

## 비용급 의료 교통편

가입자가 신체적으로나 의학적으로 승용차, 버스, 열차 또는 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 이송 승합차, 휠체어 승합차 또는 항공 이송입니다. NEMT는 승용차나 버스, 택시가 아닙니다. 가입자가 치과 진료 예약 방문에 교통편이 필요한 경우, LIBERTY에서 최저가의 NEMT를 지원합니다.

예를 들어 가입자가 신체적으로나 의학적으로 휠체어 승합차로 이동할 수 있다면, LIBERTY에서 구급차 비용을 부담하지 않는다는 것을 의미합니다. 가입자가 의학적 상태로 인해 어떠한 방식의 지상 교통편으로도 이동이 가능하지 않은 경우에만 항공 수송을 이용할 수 있습니다.

다음과 같은 경우에는 NEMT를 이용하여야 합니다.

- 신체적 또는 의학적 사유로 의사가 서면 처방전을 제공한 경우
- 가입자가 신체적으로나 의학적으로 버스나 택시, 승용차, 밴을 타고 진료를 받으러 갈 수 없는 경우
- 의사의 서면으로 처방하고 LIBERTY에서 사전 승인한 경우

NEMT를 요청하시려면 예약 방문 당일에서 영업일 기준 최소 십(10)일 전(월요일~금요일) LIBERTY에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. 긴급 예약의 경우, 가능하면 빨리 연락하세요. 전화하기 전 가입자 ID 카드를 준비해 주세요.

### NEMT 한도

의료 제공자가 처방한 경우에는 LIBERTY에서 비용을 부담하는 치과 예약 왕복 NEMT 사용에 제한이 가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.



없습니다.

### 해당하지 않는 경우는?

가입자의 신체적 및 의학적 상태가 승용차, 버스, 택시, 또는 기타 쉽게 탈 수 있는 교통수단으로 예약된 치과에 방문할 수 있는 경우. LIBERTY가 보장하지 않는 서비스에는 교통편이 제공되지 않습니다. 보장범위 내 서비스 목록이 본 가입자 안내서에 수록되어 있습니다.

### 가입자 부담 비용

LIBERTY에서 승인한 교통편은 무료입니다.

## 비의료 교통편

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

- 의료 제공자가 처방한 LIBERTY의 보장대상 서비스를 받으러 예약장소를 왕복하는 경우.

LIBERTY는 플랜이 비용을 부담하는 치과 서비스에 속하는 치과 진료 예약 방문 시 가입자에게 교통편을 무료로 제공합니다. NMT 서비스를 요청하려면 예약 방문 당일에서 영업일 기준 최소 십(10)일 전(월요일~금요일)이나 긴급 예약 방문이 예정된 후 가능한 한 빨리 LIBERTY에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039번으로 전화해 주세요.

연락하실 때 가입자 ID 번호를 준비해 주세요. 교통편을 취소하거나 일정을 변경하려는 경우, 최대한 빨리 LIBERTY에 연락해 주시기 바랍니다.

### NMT 한도

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

### 해당하지 않는 경우는?

다음의 경우 NMT에 해당하지 않습니다.

- 보장범위 내 서비스를 받으려고 이동하려면 구급차, 환자 이송용 승합차, 휠체어 승합차, 또는 기타 형태의 NEMT가 의학적으로 필요한 경우.
- LIBERTY는 서비스 비용을 부담하지 않습니다. 보장범위 내 서비스 목록이 본 가입자 안내서에 수록되어 있습니다.

### 가입자 부담 비용

LIBERTY에서 제공하는 교통편은 무료입니다.

## 치과 플랜이 비용을 부담하지 않는 서비스

Medi-Cal Dental은 다음 치과 서비스의 대상이 만 21세 초과자일 때 비용을 부담하지 않습니다.

- 고귀금속(금) 포세린 크라운
- 보장범위에 속하지 않는 혜택을 포함하며 “일반적” 또는 “포괄적”으로 간주할 수 있는 시술



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

- 유연한 부분 의치
- 치과 교정 치료(교정기)
- 수복 불가능 또는 치주 침범으로 인해 치료 예후가 의심스러운 경우의 수복 및 크라운 서비스
- 마찰, 마모, 침식으로 인해 손실을 입은 치아 구조를 대체하거나 성형의 목적으로만 제공되는 수복 및 크라운 서비스.
- 엑스레이 영상에 상당량의 골손실이 나타나지 않는 경우의 딥클리닝.
- 금속 기반 부분 의치, 다른 쪽 치조궁에 기존 또는 치료 계획된 완전 의치가 있는 경우 제외
- 고정성 부분 의치(가공 의치). 단 예외적 의학적 증세를 충족하는 경우에는 제외로 함.
- 임플란트와 임플란트 관련 서비스, 예외적 의학적 증세가 있는 경우 제외

예외적 의학적 증세는 다음을 포함하되, 이에 국한되지 않습니다.

- 절제 수술 및/또는 방사선 치료가 필요한 구강암으로, 상실한 골 구조가 표준 가철성 의치를 지지할 수 없어 치조골 파괴를 초래하는 경우
- 전정 확장 시술 또는 골 확대 시술로 교정할 수 없는 하악 및/또는 상악의 심각한 위축으로, 표준 가철성 의치로는 환자가 기능할 수 없는 경우.
- 표준 가철성 의치 사용을 방해하는 골격 기형(예: 관절연골증, 외배엽 이형성증, 부분 무치핵, 쇄골두개 이형성증)
- 남아 있는 골 구조가 표준 가철성 의치를 지지할 수 없는 턱, 얼굴, 또는 두부의 외상적 파괴
- 다음과 같은 의학적 질병으로 환자가 표준 가철성 부분 의치를 사용할 수 없는 경우
  - 통제할 수 없는 발작 증세로 가철성 부분 의치가 심각한 부상을 유발할 수 있는 간질 환자
  - 입막대를 사용하여 어느 정도 기능하는 하반신 마비 환자가 자연치 상실로 입막대를 사용할 수 없게 된 경우
  - 손의 움직임이 적절한 치료 및 가철성 부분 의치의 관리를 방해하는 신경 질환 환자

새크라멘토 카운티 또는 로스앤젤레스 카운티 외부의 치과 서비스는 응급 서비스가 아닌 한 보험 적용 대상이 아닙니다. 궁금한 사항이 있거나 치과 서비스에 관하여 보다 더 자세한 정보를 원하는 경우 800-322-6384(TTY 800-735-2922)번으로 Medi-Cal Dental에 전화해 주세요. Medi-Cal Dental 프로그램 웹사이트인 <https://smilecalifornia.org/>에 방문하셔도 좋습니다.

## LIBERTY 또는 Medi-Cal을 통해 받지 못하는 서비스

일부의 서비스는 LIBERTY 또는 Medi-Cal의 보험 보장을 받을 수 없으며, 다음을 포함합니다.

- 캘리포니아 아동 서비스(California Children's Services, CCS)
- 치과와 무관한 서비스
- Medi-Cal Dental 프로그램에서 비용을 부담하지 않는 모든 치과 서비스
- 활성 보장범위 적용 이전 또는 플랜의 보장범위 적용 종료 후에 시작된 치과 서비스
- 턱관절 기능 장애(Temporomandibular Joint Dysfunction, TMJ) 치료를 위한 치과 서비스, 시술, 장치 또는 수복
- 전문가의 검토에 기반하여 성형을 목적으로 한 것으로 판단되는 치과 서비스
- 전문가의 검토에 기반하여 의학적으로 불필요한 것으로 판단되는 치과 서비스
- 마멸이나 침식, 이갈이증 또는 이 악물기로 손실된 치아 구조를 수복하려고 행하는 치과 서비스
- 치과 보철 전문 치과의사가 제공하는 치과 서비스나 장치
- 충치, 비가역적 통증, 감염의 의미 있는 징후가 없는 경우 및/또는 치아가 다른 치아의 맹출을



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

차단하지 않는 제삼대구치(사랑니) 발치에 필요한 치과 서비스

- 이로 물고 씹을 때 치아가 합쳐지는 방식을 바꾸기 위한 치과 서비스
- 배정된 PCD 또는 전문의의 병원이 아닌 곳에서 시행한 치과 서비스, LIBERTY에서 명시적으로 승인한 경우는 예외
- 입원/외래 병원 환경에서 치과의사나 전문의가 시행한 일상적인 치과 서비스

아래 각항을 읽고 더 자세히 알아보십시오. 또는 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039번으로 전화해 주세요.

## 캘리포니아 아동 서비스(CCS)

CCS는 특정 질환, 질병 또는 만성 건강 문제가 있고 CCS 프로그램 규정을 충족하는 만 21세 미만 자녀를 치료하는 주정부 프로그램입니다. LIBERTY 또는 PCD가 가입자의 자녀가 CCS 조건에 부합하는 질환이 있는 것으로 보면 그 자녀를 CCS 프로그램에 의뢰합니다.

CCS 프로그램 실무진이 CCS 서비스에 대한 가입자 자녀의 자격 여부를 결정합니다. 자녀가 이리 유형의 진료를 받을 수 있는 경우 CCS 제공자가 CCS 조건에 부합하는 질환을 치료합니다. LIBERTY는 검사, 치석제거, 후속 진료 등 CCS 조건과 관계 없는 유형의 치과 진료 비용을 계속 부담할 것입니다.

LIBERTY가 CCS 프로그램으로 받게 되는 치료 비용을 부담하지는 않습니다. CCS에서 이러한 치료에 대한 비용을 부담하기 위해서는 CCS가 반드시 해당 제공자, 서비스 및 장비를 승인하여야 합니다.

CCS가 모든 질환의 비용을 부담하지는 않습니다. CCS는 신체적 장애가 있는 가입자 또는 약이나 수술, 재활(rehab)로 치료할 필요가 있는 질환은 대부분 비용을 부담합니다. CCS가 비용을 부담하는 자녀의 질환은 다음과 같습니다.

- 선천성 심장병
- 암
- 종양
- 혈우병
- 겸상 적혈구 빈혈
- 갑상선 문제
- 당뇨병
- 중대한 만성 신장 문제
- 간 질환
- 장 질환
- 입술/입천장 갈림증
- 척추 갈림증
- 청력 상실
- 백내장
- 뇌성 마비
- 통제 불가 발작
- 류마티스 관절염
- 근이영양증



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

- 후천성 면역 결핍증(AIDS)
- 머리, 뇌, 척수의 증상
- 심한 화상
- 심하게 비뚤어진 치아

CCS 서비스 비용은 주정부에서 부담합니다. CCS 프로그램 서비스 수혜 자격이 없는 자녀라도 의학적으로 필요한 진료는 LIBERTY를 통해 계속 받습니다.

CCS에 대해 더 많은 정보를 얻으려면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화하세요.

## Medi-Cal 수혜자 대상의 기타 프로그램 및 서비스

Medi-Cal 수혜자 대상의 기타 프로그램 및 서비스에 대한 상세 정보는 아래의 각항을 참고하세요. 가입자와 제공자는 [www.dhcs.ca.gov/services/Pages/Medi-CalDenti-Cal.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/Medi-CalDenti-Cal.aspx)에 방문하여 이용 가능한 프로그램, 서비스, 자원에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

## LIBERTY 지역사회 스마일 프로그램(Community Smiles Program)

LIBERTY의 지역사회 스마일 프로그램은 무료 의뢰 프로그램으로, 가입자와 지역사회 자원을 연결해 줍니다.

지역사회 스마일 프로그램을 이용하면 음식, 의료, 주택, 개인 안전, 교통, 교육 등의 서비스를 무료 또는 할인된 가격으로 이용할 수 있습니다.

거주지에서 이용 가능한 자원을 검색하려면 스마트폰으로 아래의 QR 코드를 스캔하거나 LIBERTY 홈페이지 <https://communityresources.libertydentalplan.com>에 방문해 보세요.



## LIBERTY 건강한 행동 프로그램(Healthy Behaviors Program)

LIBERTY의 건강한 행동 프로그램은 지난 12개월간 치과를 방문하지 않은 Medi-Cal 가입자 대상의 장려책 프로그램입니다. 지정된 PCD 대면 예약 방문을 완료하는 LIBERTY 가입자에게는 성인과 미성년자 모두 \$25.00 상당의 기프트 카드를 무료로 받을 수 있는 자격을 부여됩니다.

다음 치과 방문 예약을 요청하려면, 스마트폰 카메라로 아래 QR 코드를 스캔하여 본인에게 편리한 시간에 방문을 예약하세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.



Medi-Cal을 통해 이용할 수 있는 추가 프로그램은 다음과 같습니다.

- **Medi-Cal 면제:** 특정 그룹에게 추가적 서비스를 제공하고, 특정 지역에 한정된 서비스를 제공하며, Medi-Cal 수혜 자격이 되지 않는 사람에게 의료 보장을 제공하는 프로그램
- **Medicare Part D 처방약 프로그램:** Medicare Part D 가입자를 위한 처방약 혜택을 포함하는 법률
- **시력 관리 프로그램:** Medi-Cal에 따라 자격을 갖춘 대부분의 가입자에게 보장하는 건강 혜택.

## 혜택 조정

LIBERTY에서는 가입자에게 필요한 치과 진료를 조정하는 서비스를 무료로 제공합니다. 본인 또는 자녀분의 치과 진료에 대한 질문 또는 우려 사항은 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 문의하세요.

1개 이상의 건강 플랜에서 보험 혜택이 적용되는 가입자에게는 혜택 조정이 적용됩니다. LIBERTY를 통해서만 보험 혜택이 적용되는 가입자는 혜택 조정에 대해 걱정하실 필요가 없습니다. 다른 건강 플랜의 보험 혜택이 적용되는 경우에도 Medi-Cal 프로그램으로 보장되는 서비스는 여전히 이용하실 자격이 유지됩니다.

법에 따라, LIBERTY를 통한 Medi-Cal 보험은 마지막 결제수단입니다. 이는 다른 건강관리 플랜에서 보장되는 서비스의 청구 비용을 먼저 부담해야 하며, LIBERTY를 통한 Medi-Cal 보험은 보장되는 서비스에 대한 청구 비용을 마지막에 부담한다는 의미입니다. LIBERTY에서는 보장범위에 속하지 않는 서비스의 청구 비용을 부담하지 않습니다.

다음은 다른 건강관리 플랜 보험의 예입니다.

- 단체 건강 플랜(Group Health Plans, GHP)
- 자가 보험 플랜
- 관리형 진료 기구(Managed Care Organizations, MCO)
- Medicare
- 법원 판결에 따른 건강 보험
- 책임 보험 회사의 지급 결정
- 약제 급여 관리 기관(Pharmacy Benefit Managers, PBM)
- 장기 요양 보험
- 산재 보상
- 기타 주정부 또는 연방정부 보험 프로그램(법에서 구체적으로 제외하는 경우 제외)



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

### 43 | 혜택 및 서비스

Medi-Cal 혜택 이외의 건강 보험이 있는 경우, 담당 PCD나 기타 제공자에게 꼭 알려주세요. 그렇게 하면 LIBERTY의 의료 제공자가 올바른 건강관리 플랜에 청구서를 전송하는 데 도움이 되며, 가입자의 청구 비용 지급 결정이 지연되는 것을 방지할 수 있습니다.

혜택 조정에 관해 자세한 정보가 필요하시면 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

# 5. 아동 및 청소년 예방적 치과 서비스

LIBERTY는 만 21세 미만의 아동 및 청소년 가입자가 올바른 예방적 치과 서비스를 받을 수 있도록 치과 서비스를 자동으로 제공합니다. 본 장에서는 해당 서비스에 대해 설명합니다.

## 치과 검진

매일 수건으로 잇몸을 부드럽게 닦아 아기의 잇몸을 깨끗하게 유지해 주세요. 생후 약 4~6개월이 되면 유치에 나기 시작합니다. 자녀의 첫 치아가 나온 날 혹은 첫 생일 중 앞선 날짜 중 앞선 시점에 도달하자마자 자녀의 첫 치과 방문을 예약하는 것이 좋습니다. 다음은 무료 또는 저가로 대상자에게 제공하는 Medi-Cal Dental 서비스입니다.

만 1~4세의 유아:

- 유아의 첫 치과 방문
- 유아의 첫 치과 검진
- 치과 검진(6개월마다; 출생에서 만 3세까지는 3개월마다)
- 엑스레이
- 치석 제거(6개월마다)
- 불소처리(6개월마다)
- 치아 충전
- 발치
- 응급 서비스
- 진정제 투여(의학적으로 필요한 경우)

만 5~12세의 아동:

- 치과 검진(6개월마다)
- 엑스레이
- 치석 제거(6개월마다)
- 불소처리(6개월마다)
- 어금니 실란트
- 치아 충전
- 치근관 치료
- 발치
- 응급 서비스
- 진정제 투여(의학적으로 필요한 경우)



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

만 13~17세의 아동:

- 치과 검진(6개월마다)
- 엑스레이
- 불소처리(6개월마다)
- 치석 제거(6개월마다)
- 유자격 가입자 대상의 치아 교정(교정기)
- 치아 충전
- 크라운
- 치근관 치료
- 부분 및 완전 의치
- 스케일링 및 치근활택
- 발치
- 응급 서비스
- 진정제 투여(의학적으로 필요한 경우)

질문이 있거나 보장범위 내 Medi-Cal Dental 서비스에 대해 더 자세한 정보를 얻고자 한다면, 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 문의해 주세요. LIBERTY 웹사이트 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)을 방문할 수도 있습니다.

## 아동 및 청소년 예방적 치과 서비스 지원.

LIBERTY에서는 만 21세 미만의 가입자가 필요로 하는 서비스를 받을 수 있도록 지원합니다. LIBERTY에서 해줄 수 있는 것:

- 서비스에 대한 설명
- 제공자 찾기
- 진료 방문 예약
- LIBERTY에서 부담하는 비용의 관리가 아닐지라도 올바른 관리를 얻을 수 있도록 관리 조정 제공.

## 조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료 서비스(EPSTD)

만 21세 미만의 Medi-Cal 가입자는 EPSTD 서비스 혜택을 받을 자격이 있습니다. EPSTD 프로그램의 목표는 각 어린이가 필요로 하는 시기에 필요한 진료를 받도록 보장하는 것입니다.

Medi-Cal Dental 프로그램은 출생 후 만 21세까지 아동의 건강을 지키는 무료 서비스를 제공합니다. EPSTD로 (1) 의학적으로 필요하고 Medicaid로 보장되지만 현재 Medi-Cal Dental 프로그램의 일부가 아닌 치과 서비스, (2) Medi-Cal Dental 프로그램에서 허용하는 빈도수를 초과하여 더 자주 치료가 필요한 치과 서비스, (3) 통증 및 감염 완화, 치아 수복, 치아 건강관리를 포함한 치과 서비스를 받을 수 있습니다.

이러한 상황에서 PCD가 제출한 서류로 가입자의 상태를 치료하거나 개선하기 위해 의학적 필요성이 있음을 입증하는 경우, 가입자는 EPSTD 혜택 대상이 될 자격이 있을 수 있습니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

#### 46 | 아동 및 청소년 예방적 치과 서비스

담당 PCD는 반드시 LIBERTY에 사전 승인을 요청해야 하며, EPSDT 혜택의 필요성을 입증하는 모든 필수 서류를 함께 제출해야 합니다. LIBERTY는 서면으로 응답하며, EPSDT 혜택 요청이 거절되는 경우, 저희의 결정에 이의를 제기하실 권리가 있습니다. 이의 제기 절차에 대한 더 자세한 정보는 본 안내서의 제8장 문제 신고 및 해결을 참조하세요.

EPSDT에 관한 더 자세한 정보를 원하시는 분은, 아동 및 청소년을 위한 DHCS Medi-Cal 웹사이트, <https://www.dhcs.ca.gov/services/Medi-Cal-For-Kids-and-Teens/Pages/home.aspx>에 방문해 주세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

# 6. 권리와 책임

LIBERTY 가입자로서 귀하에게는 특정한 권리와 의무가 있습니다. 본 장에서 이러한 권리 및 의무를 설명합니다. 또한, 본 장에서 법적 통지 또한 제공해드리며 해당 통지는 LIBERTY 가입자로서 받을 권리가 있습니다.

## 가입자의 권리

LIBERTY 가입자에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 가입자의 개인 정보 보호와 가입자의 의료 및 치과 정보의 기밀이 유지되어야 하는 필요를 고려하여 존중받을 권리
- 보장되는 서비스, 치과의료 제공자, 가입자의 권리/책임을 포함하여 플랜 및 플랜의 서비스에 대한 정보를 제공받을 권리
- LIBERTY 네트워크 내에서 PCD 또는 전문의를 선택할 권리
- 치료 거부 권리 포함, 자신의 치과 진료에 관한 의사 결정에 참여할 권리
- LIBERTY 지역 자문 위원회의 일원으로서 참여하고 추천할 권리
- LIBERTY 또는 받은 진료에 대하여 구두나 서면으로 고충을 제기할 권리
- 가입자에게 유리하지 않은 LIBERTY의 결정에 구두나 서면으로 이의를 신청할 권리
- 가입자가 사용하는 언어로 구두 통역 서비스를 받을 권리
- 고충 및 이의 제기 통지를 포함하여 선호하는 언어로 번역된 서면 가입자 정보를 받을 권리
- 연방법에 따라 연방정부 공인 보건 센터(FQHC), 원주민 보건 서비스(IHS) 시설 및 계약자의 네트워크 외부의 응급 서비스를 이용할 수 있는 권리
- 서비스 또는 혜택 거부에 대해 LIBERTY에 이미 이의를 제기했지만 여전히 결정에 만족하지 않는 경우 또는 LIBERTY가 30일 이내에 결정을 제공하지 않을 경우 주 공청회를 요청할 권리(신속 공청회 개최가 가능한 상황에 대한 정보 포함)
- 연방법에 명시된 바에 따라, 자신의 치과 기록을 볼 권리 및 법적으로 타당한 경우 자신의 치과 기록 사본을 받거나, 그 기록을 수정 또는 교정할 권리
- 요청 시 LIBERTY 또는 Medi-Cal 가입을 취소할 권리
- W.& I. 법규 제14182(b)(12)절에 부합하여, 요청 시 서면 가입자 정보 및 자료를 다른 형식(점자, 큰 활자로 제작된 인쇄물, 음성 형식, 접근 가능한 전자 형식 포함)으로, 요청된 형식으로 적절한 시기에 무료로 받을 권리
- 치료를 결정할 때, 강압, 징벌, 편익 또는 보복의 수단으로 사용되는 어떠한 형태의 결과, 제약 또는 격리도 당하지 않을 권리
- 비용이나 보험 혜택과 관계 없이 자신의 상태 및 이해력에 적절한 방식으로 제시되는 가용한 치료 옵션과 대안에 대한 정보를 받을 권리
- 보장되는 서비스와 보장되지 않는 서비스가 혼합된 치료를 받을 때 고지에 입각한 동의를 요청받을 권리
- 사실적인 진단 및 치료 계획(구강 질환에 대한 설명과 권장되는 서비스 포함)을 서면으로 받을 권리
- 생명을 위협하는 질병 또는 부상 발생 시 응급 진료의 정의에 관한 정보를 제공받을 권리



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

- 필요할 때 진료를 예약할 권리
- 사전연명의료의향서(Advance Directives, AD)를 작성할 권리
- 미성년자 동의 서비스를 이용할 권리
- 이차 소견을 무료로 요청할 권리
- 담당 치과의사가 LIBERTY 네트워크에서 탈퇴할 경우 진료의 연속성을 요청할 권리
- LIBERTY가 어떤 서비스나 치료를 거절, 지연, 제한하는 이유를 알고 이해할 권리
- LIBERTY가 가입자의 치과 서비스나 치료를 거절, 수정, 지연한 경우 중립적 의료 심사(IMR)를 요청할 권리
- LIBERTY의 건강 교육 프로그램과 지원 서비스를 이용하여 치아 건강을 개선할 권리
- 거주 지역의 법률 구조 사무소나 기타 단체에서 무료로 법적 도움을 받을 권리
- LIBERTY, 치과의료 제공자 또는 주정부가 가입자를 대하는 방식에 부정적인 영향을 끼치지 않는 한도 내에서 상기 권리를 행사할 수 있는 자유

## 가입자의 책임

LIBERTY 가입자에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 가입자 안내서를 읽을 책임
- 예약 방문 또는 진료 서비스를 받으러 갈 때 Medi-Cal BIC와 LIBERTY ID 카드를 사용할 책임
- 자신의 Medi-Cal BIC와 LIBERTY ID 카드를 타인이 사용하지 못하게 할 책임
- 가입자 ID 카드 분실 또는 도난 시 LIBERTY에 알릴 책임
- 담당 PCD와 케이스 관리자가 배정된 경우, 이들의 이름을 숙지할 책임
- 자신의 치과 플랜에 대해 제대로 파악하고 치료를 받을 때 적용되는 규정을 이해할 책임
- 가입일로부터 120일 이내에 담당 PCD와 첫 치과 진료 예약 방문(IDHA)을 완료할 책임
- 가입 후 첫 90일 이내에 OHRA 양식을 작성하여 LIBERTY에 제출하거나 온라인으로 또는 가입자 서비스부에 전화하여 양식을 작성할 책임
- 배정받은 PCD 또는 전문의에게서 치료를 완료할 책임
- LIBERTY 직원, 담당 PCD, 기타 의료 서비스를 제공하는 의료진을 존중할 책임
- 진료와 행동에 관한 치과의 규칙을 모두 따를 책임
- 전문 진료를 위한 의뢰 절차를 따를 책임
- 담당 PCD와 전문의, 그리고 LIBERTY에 자신의 신체 건강 및 치아 건강에 관하여 아는 대로 최대한 정확한 정보를 제공할 책임
- 자신의 신체 건강 및 치아 건강에 갑작스러운 변화가 있었는지 PCD 또는 전문의에게 알려줄 책임
- 치료 계획 및 본인에게 요구되는 바를 이해하고 있음을 PCD 또는 전문의에게 알려줄 책임
- 이해하고 PCD 또는 전문의와 동의한 치료 계획을 준수할 책임
- 자신의 필요와 PCD 또는 전문의에 대한 기대 사항을 LIBERTY에 알려줄 책임
- PCD 또는 전문의와 진료 일정을 정하고 예정된 예약을 지킬 책임
- 예정된 예약을 지키지 못하거나 늦을 경우 최소 24시간 전에 PCD 또는 전문의에게 미리 알릴 책임
- 치료를 거부하거나 PCD 또는 전문의의 치료 계획, 지침, 충고를 따르지 않는 경우 자신의 행동에 대한 책임
- 보장범위를 포함한 치과 혜택을 이해할 책임
- 치과 플랜에서 보장하지 않는 서비스 완료에 동의한 경우 치과 진료소에 수수료 또는 비용을 지불할 책임
- 실제 응급 상황에서만 응급실을 이용할 책임



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

- 보유하고 있는 다른 보험에 대해 LIBERTY에 알릴 책임
- 주소, 가족의 법적 신분, 기타 건강상의 변경 사항을 LIBERTY에 알릴 책임
- 의료 제공자가 사기/남용과 관련 있다고 생각할 경우 LIBERTY에 알릴 책임
- LIBERTY 또는 캘리포니아 DHCS에 사기, 낭비, 남용 행위를 신고할 책임

## 가입자로서 참여하는 방법

LIBERTY에서는 가입자의 의견을 경청합니다. 저희는 매 분기(3개월마다)에 공청회를 개최하여 성과가 좋은 것과 개선할 점에 관하여 논의합니다. 가입자 여러분을 초대해드리오니 참석하셔서 바라는 바를 알려주시기 바랍니다. 기탄없이 의견을 말씀해 주세요!

## LIBERTY 지역 자문 위원회

LIBERTY는 지역 자문 위원회(Community Advisory Committee(CAC), 전 대중 준칙 위원회)라는 단체를 두고 있습니다. CAC는 Medi-Cal 가입자, 지역 사회 관계자, 플랜 지원 직원으로 구성됩니다. 그룹은 LIBERTY의 정책 개선 방안을 논의하고 다음을 담당합니다.

- 가입자에게 더 나은 서비스를 제공할 수 있는 방법 제안
- 가입자 만족도를 보장하기 위한 품질 측정 항목 검토
- LIBERTY 프로그램 개선 제안
- LIBERTY 재정 보고 검토



참여를 희망하시는 분은 다음과 같이 안내해드리는 방법 중 어떤 것으로도 신청하실 수 있습니다.

- **QR 코드:** 상기 QR 코드를 스캔합니다.
- **온라인:** <https://www.libertydentalplan.com/Members/Member-Facing-Committee.aspx>로 이동하세요.
- **이메일:** 양식을 프린트한 후 작성하여 [QM@libertydentalplan.com](mailto:QM@libertydentalplan.com)으로 보내주세요.
- **메일 및 팩스:** 양식을 작성하신 후 888-334-6027로 팩스를 보내거나 우편을 통해 다음 주소로 LIBERTY에 보내주십시오.

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

CAC 신청서는 본 안내서 제10장 양식이나 위에 열거한 온라인에서 찾을 수 있습니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

# 7. 차별 금지에 관한 고지

차별은 위법입니다. LIBERTY에서는 주정부 및 연방정부의 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 차별대우하지 않습니다.

LIBERTY에서는 다음을 제공합니다.

- 장애인의 원활한 소통을 보장하기 위한 다음과 같은 무료 보조기기 및 서비스.
  - ✓ 유자격 수어 통역사
  - ✓ 다른 형식(점자, 큰 활자, 음성, 편리한 전자식 및 기타 형식)으로 된 문자 정보
- 주된 언어가 영어가 아닌 사람들을 위한 다음과 같은 무료 언어 서비스:
  - ✓ 유자격 통역사
  - ✓ 영어 외의 언어로 제시되는 정보

이러한 서비스를 필요로 한다면 오전 8:00에서 오후 5:00 사이, 월요일부터 금요일까지 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티)로 전화하여 LIBERTY에 문의해 주세요. 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 경우, 877-855-8039 또는 711로 전화하여 캘리포니아 릴레이 서비스를 사용할 수 있습니다.

## 고충 제기 방법

LIBERTY에서 이러한 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, LIBERTY의 민권 조정자에게 항의하실 수 있습니다. 고충은 전화, 서면, 대면 또는 온라인으로 제기하실 수 있습니다.

- 전화: LIBERTY의 민권 조정자에게 월요일부터 금요일까지 오전 8:00에서 오후 5:00 사이에, 888-704-9833으로 연락하세요. 또는 청력이나 소통에 어려움이 있는 경우, 877-855-8039로 전화하세요.
- 서면: 항의서를 작성하거나 편지를 써서 아래 주소로 보내세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

**LIBERTY Dental Plan**  
**Civil Rights Coordinator**  
**P.O. Box 26110**  
**Santa Ana, CA 92799-6110**

- 대면: 치과 또는 LIBERTY를 방문하여 고충 제기를 원한다고 말하세요.
- 온라인: LIBERTY 웹사이트 [www.libertydentalplan.com/Legal/Grievances](http://www.libertydentalplan.com/Legal/Grievances)에 방문해 주세요.

### **민권사무소(OFFICE OF CIVIL RIGHTS) - 캘리포니아 보건 서비스부(DHCS)**

또한 전화, 서면 또는 전자 방식으로 캘리포니아 보건 서비스부, 민권 사무소에 민권에 관한 민원 사항을 제기할 수도 있습니다.

- 전화: **916-440-7370**으로 전화해 주세요. 청력 또는 소통에 어려움이 있는 경우 **711(원격통신중계서비스)**로 전화해 주세요.
- 서면: 민원 양식을 작성하거나 편지를 써서 아래 주소로 보내십시오.

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

민원 양식은 웹사이트 [www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access)에 있습니다.

- 온라인: [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)로 이메일을 보내 주세요.

### **민권사무소(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, 민권에 관한 민원 사항을 미국 보건 복지부(U.S. Department of Health and Human Services) 민권사무소(Office for Civil Rights)에 전화, 서면 또는 온라인 방식으로 제출하실 수도 있습니다.

- 전화: **800-368-1019**로 전화하세요. 말하기나 듣기에 어려움이 있는 분은 **TTY/TDD 800-537-7697**로 전화하시기 바랍니다.
- 서면: 민원 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**

민원 양식은 [www.hhs.gov/ocr/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/complaints)에서 찾으실 수 있습니다.

- 온라인: 민권사무소 민원 신고 포털 [www.hhs.gov/ocr/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/complaints)에 방문해 주세요.

## 개인 정보 보호 관행 고지

가입자의 요청 시 제공되는 치과 기록의 기밀성을 유지하기 위한 LIBERTY의 정책과 절차를 설명하는 문서가 있습니다.

법적 요건에 따라, 이 고지는 가입자의 권리와 LIBERTY의 법적 의무 및 개인 건강 정보(Personal Health



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

Information, PHI)의 사생활권과 관련한 개인 정보 보호 관행에 관한 내용입니다. 이 고지에는 저희가 가입자의 PHI를 수집, 사용 및 공개할 수 있는 방식 또한 논의됩니다. LIBERTY는 현재 유효한 고지의 조건을 준수하여야 합니다. 저희는 때때로 이 고지를 변경할 수 있는 권리 및 저희가 보관하는 모든 PHI에 대하여 이 변경된 고지의 효력을 발효하는 권리를 보유하고 있습니다. 가장 최근 개인 정보 보호 관행 고지는 대부분 LIBERTY 웹사이트 [www.libertydentalplan.com/About-LIBERTY/Compliance/HIPAA-Privacy-Notice](http://www.libertydentalplan.com/About-LIBERTY/Compliance/HIPAA-Privacy-Notice)에서 찾으실 수 있습니다.

본 고지의 사본을 받으려면, 가입자 서비스에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 월요일부터 금요일까지 오전 8:00에서 오후 5:00 사이에 전화해 주세요.

## 법률에 관한 고지

다수의 법률이 이 가입자 안내서에 적용됩니다. 이러한 법률이 본 안내서에 수록 또는 설명되지 않아도 가입자의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 이 안내서에 주로 적용되는 법은 Medi-Cal 프로그램에 관한 주정부 및 연방정부의 법률입니다. 기타 연방정부 및 주정부의 법 또한 적용될 수 있습니다.

## 최종 부담자인 Medi-Cal에 관한 고지

저희가 제공하는 서비스의 비용을 제삼자가 먼저 부담하여야 할 때도 있습니다. 예를 들어, 가입자가 이미 고용주가 제공하는 보험에 가입되어 있는 경우입니다.

캘리포니아 보건 서비스부(Department of Health Care Services)에는 Medi-Cal Dental이 일차적 부담자가 아닌 Medi-Cal 혜택 서비스에 대한 비용을 수급할 권리와 책임이 있습니다.

Medi-Cal Dental 프로그램은 수혜자의 건강관리 서비스에 대한 제삼자의 법적 책임에 관련된 주정부 및 연방정부의 법률과 규정을 준수합니다. 저희는 Medi-Cal Dental 프로그램이 마지막 결제수단이 되도록 합리적인 모든 조치를 취할 것입니다.

더 자세한 정보를 원하시는 분은 본 안내서의 제4장 혜택 및 서비스에서 혜택 조정 부분을 참조해 주세요.

## 혜택 미승인 결정 통지

LIBERTY가 요청된 서비스나 치료를 거절, 지연, 수정하거나 승인을 제한하는 경우, 가입자에게 반드시 결정 통지(NO)라고도 하는 혜택 미승인 결정 통지서(Notice of Adverse Benefit Determination, NABD)를 서면으로 발송해야 합니다. 여기에는 의학적 필요성, 적절성, 유형, 서비스 수준, 환경, 보장되는 서비스나 치료의 효과 등 결정을 내리게 된 이유가 포함되어 있습니다.

LIBERTY는 이전에 승인된 서비스를 축소, 중단, 종료하는 경우, 또 이미 완료된 서비스와 치료에 대한 비용 지급을 거절하는 경우에도 가입자에게 NABD를 발송합니다. 또한, LIBERTY가 적시에 서비스를 제공하지 않거나 고충이나 이의 제기 요청을 해결하는 데 필요한 기간을 준수하지 못한 경우, 재정적 책임에 이의를



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

제기하는 가입자의 요청을 거절하거나 네트워크에 소속되지 않은 제공자와 치료 서비스를 완료하겠다는 농촌 지역 가입자의 요청을 거절하는 경우에도 NABD를 고려합니다.

LIBERTY는 모든 일반적인 사전 서비스 요청에 대해 가입자의 건강 상태가 요구하는 기간 내에 최대한 빠르게 결정하지만, 결정에 필요한 모든 정보를 수신한 날로부터 영업일을 기준으로 5일을 초과하지 않습니다. 모든 긴급한 사전 서비스 요청은 수신 후 72시간 이내에 결정됩니다. LIBERTY는 모든 사후 서비스 요청에 대해 결정에 필요한 모든 정보를 수신한 날로부터 달력일을 기준으로 30일 이내에 결정합니다. 사후 서비스 요청은 신속 심사 절차에 적격하지 않습니다.

서비스가 승인될 수 있는 경우, 정보가 더 필요하거나 전문 검토자와의 상담이 필요하거나 결정을 위해 가입자가 검진이나 검사를 추가로 완료해야 할 때는 LIBERTY에서 1회 연장(지연)을 요청할 수도 있습니다. 연장 기간은 달력일을 기준으로 14일을 초과할 수 없습니다.

연장을 요청해야 할 경우 가입자에게 서면 통지를 발송하여 어떤 정보가 필요한지와 언제 최종 결정이 내려질 것으로 예상하는지를 알려 드립니다. LIBERTY의 기간 연장에 동의하지 않거나 LIBERTY에서 가입자에게 적절한 결정을 제공하지 않은 경우, 고충을 제기하실 수 있습니다. 고충 제기 방법에 대한 자세한 정보는 본 안내서의 제8장 문제 신고 및 해결을 참고해 주세요.

최종 결정이 내려지면, 사유와 해당 서비스 거절, 제한, 수정에 사용된 임상 가이드라인이 명확하고 가입자가 이해하기 쉬운 방식으로 포함된 서면 NABD를 발행합니다. NABD에는 가입자의 고충 및 이의를 제기할 권리와 절차에 관한 정보를 제공하고 신청서를 제출해야 할 기간과 어떤 단계를 밟아야 하는지를 설명하는 “가입자의 권리” 내용도 포함되어 있습니다.

신청하신 사전 서비스 요청이나 서비스 또는 치료 비용 지급에 대한 LIBERTY의 결정에 동의하지 않는 경우, 이의를 제기하실 수 있습니다. 이의 제기 방법에 대한 자세한 정보는 본 안내서의 제8장 문제 신고 및 해결을 참고해 주세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 8. 문제 신고 및 해결

치과 플랜에 문제를 제기하려면 두 가지의 방법이 있습니다.

- **민원(또는 고충)**은 가입자가 LIBERTY나 제공자 또는 제공자에게 받은 치과 진료 또는 치료에 문제가 있어 신고하는 경우입니다.
- **이의 제기**는 LIBERTY에서 서비스에 대한 비용을 부담하지 않기로 한 결정에 가입자가 동의하지 않음을 밝히는 것을 말합니다.

가입자는 LIBERTY 고충 및 이의 신청 절차를 먼저 이용하여 저희에게 문제를 알려야 합니다. 그렇다고 가입자의 법적 권리 및 해결책이 사라지는 것은 아닙니다. 저희 또한 가입자가 불만을 제기한다고 해서 차별하거나 보복하지 않습니다. 가입자가 저희에게 문제를 알림으로써 모든 가입자의 관리를 개선하는데 도움이 됩니다. 고충이 해결되지 않으면 캘리포니아 관리 의료부(DMHC)에 민원을 제기할 수 있습니다. 항의 결과에 동의하지 않는 경우 주 정부 공청회를 요청할 수 있습니다. 주 정부 공청회를 요청하기 **이전에** LIBERTY 내부의 이의 제기 절차를 완료해야 합니다.

관리 의료부(Department of Managed Healthcare, DMHC)에 중립적 의학 심사(Independent Medical Review, IMR) 또한 요청할 수 있습니다. IMR은 치과 플랜 결정의 중립적 검토입니다. IMR은 긴급 또는 응급 서비스에 대한 의학적 필요성, 보장범위 및 긴급 또는 응급 서비스 결제의 분쟁에 대해 판정합니다. IMR은 반드시 LIBERTY에서 가입자의 이의 제기에 대한 서면 결정을 송부한 날로부터 6개월 이내에 신청해야 합니다.

주 정부 공청회를 먼저 요청하는 경우(아래 이의 제기 및 주 정부 공청회에 대한 추가적 정보 참고), 중립적 의료 심사(IMR)를 요청할 수 없습니다. 그러나 IMR을 먼저 요청하고 결과가 만족스럽지 않으면 주 정부 청문회를 요청할 수 있습니다. 캘리포니아 관리 의료부(Department of Managed Health Care)의 도움을 받을 수 있습니다.

“캘리포니아 관리 의료부(Department of Managed Health Care)에는 건강관리 서비스 플랜을 규제할 책임이 있습니다. 건강 플랜을 상대로 고충이 있는 가입자는 관리 의료부에 연락하기 전에 **888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039**로 건강 플랜에 전화하여 건강 플랜의 항의 절차를 먼저 이용해야 합니다. 이러한 고충 처리 절차를 활용함으로써 잠재적으로 가용한 법적 권리 또는 구제 수단이 금지되는 것은 아닙니다. 응급 상황에 관련된 고충, 건강 플랜에서 만족스럽게 해결되지 않은 고충 또는 30일이 지나도록 해결되지 않은 고충에 대한 도움이 필요한 경우에는 관리 의료부에 연락하여 도움을 받을 수 있습니다. 가입자는 또한 중립적 의학 심사(Independent Medical Review, IMR)에 적격할 수 있습니다. IMR에 적격한 경우, IMR 절차가 제안된 서비스 또는 치료의 의학적 필요에 대해 건강 플랜이 내린 결정, 실험적 또는 조사적인 성격의 치료에 대한 보장 여부 결정 및 응급 또는 긴급 의료 서비스에 대한 결제 분쟁에 중립적인 검토를 제공할 것입니다. 관리 의료부에는 무료 전화번호(**888-466-2219**)와 청각 및 언어 장애인용 TDD 전화(**877-688-9891**)가 준비되어 있습니다. 관리 의료부 인터넷 웹사이트 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)에는 온라인 민원 사항 신고서, IMR 신청서, 양식 작성 안내문 등이 있습니다.”



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

캘리포니아 DHCS Medi-Cal 관리형 진료 옴부즈맨(Managed Care Ombudsman)에서도 도움을 제공합니다. 옴부즈맨은 플랜의 미해결 문제, 플랜 가입, 변경, 해지 문제, Medi-Cal Dental 관리형 진료 플랜에 대한 기타 문제 등에 도움을 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨에 888-452-8609로 월요일에서 금요일, 오전 8:00에서 오후 5:00 사이에 연락하시면 됩니다.

또한 거주 카운티 수혜 자격 심사 사무소에 Medi-Cal 수혜 자격 관련 고충 또한 제기할 수 있습니다. 어느 곳에 고충을 제기해야 할지 확신이 서지 않을 경우, 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 문의하세요.

## 민원 제기

민원(또는 고충)은 네트워크 제공자에게서 받는 진료에 대한 것일 수 있습니다. LIBERTY에 관한 것일 수도 있습니다. 이의 제기와 주 정부 공청회에 관한 자세한 내용은 아래를 참고하세요. LIBERTY, PCD, 전문의를 대상으로 민원을 제기할 수 있습니다.

온라인, 이메일, 우편, 전화 중 한 가지 방법으로 민원을 제기할 수 있습니다. 민원 제기에 시간 제한은 없습니다.

- **온라인으로 민원을 제기하려면** 아래에 제공해드린 링크로 가서 “캘리포니아 고충 신고 양식-온라인 제출(California Grievance Form – Submit Online)”을 선택해 주세요. 필수 항목을 모두 작성하여 있었던 일과 저희가 도움 방법을 알려주세요. LIBERTY 고충 사항 및 이의 신청 부서가 제기한 민원을 자동으로 받아 검토합니다.
- **이메일로 민원을 제기하려면** 본인의 이름, 치과 플랜 ID 번호 및 민원 제기 사유를 밝혀주세요. [G&A@libertydentalplan.com](mailto:G&A@libertydentalplan.com)에 이메일을 제출해 주세요. LIBERTY에 보내주시는 이메일은 암호화(보호)하여 개인 건강 정보를 안전하게 유지하시기를 강력하게 권해드립니다.
- **우편으로 민원을 제기하는 데는** 두 가지 선택 사항이 있습니다. 1) 아래 온라인 링크로 이동하여 “캘리포니아 고충 신고 양식(California Grievance Form)”을 선택하고 사본을 인쇄하여 LIBERTY에 우편이나 팩스로 보내거나 2) 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티), 877-550-3875(새크라멘토 카운티), TTY 877-855-8039로 연락하여 양식을 보내줄 것을 요청하세요. 양식을 받으면 작성을 완료한 후 LIBERTY에 우편이나 팩스로 보내주세요. 본인의 이름, 치과 플랜 ID 번호 및 민원 제기 사유를 꼭 포함하세요. 무슨 일이 있었으며 저희가 도움 방법을 알려주세요.
- **전화로 민원을 제기하려면** 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. 본인의 이름, 치과 플랜 ID 번호 및 민원 제기 사유를 밝혀주세요.

### 발송 주소:

LIBERTY Dental Plan  
Grievances and Appeals Department  
P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110

**온라인:** <https://www.libertydentalplan.com/Members/File-a-Grievance-or-Appeal.aspx>

**팩스 전송:** 833-250-1814

필요하다면, 저희가 민원 제기를 도움 수 있습니다. 언어 서비스를 무료로 제공할 수 있습니다. 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

LIBERTY는 민원 접수 5일 이내에 서면 통지를 발송하여 민원이 접수되었음을 알려 드립니다. 또한, 30일 이내에 문제를 어떻게 해결했는지 서면으로 알려 드립니다.

민원 처리에 걸리는 시간 때문에 가입자의 생명이나 건강, 기능 능력이 위협해질 수 있어 빠른 결정을 원하는 경우 긴급 심사를 요청하시면 됩니다. 긴급 심사를 요청하려면, 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화하세요. LIBERTY는 민원 접수 후 72시간 안에 결정을 내리며, 전화 또는 서면으로 알려 드립니다.

## 이의 제기

이의 제기(appeal)는 민원 사항과 다릅니다. 이는 LIBERTY에서 가입자가 요청하거나 완료한 서비스의 비용 부담에 대해 내린 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 것입니다. LIBERTY가 NABD를 발송했고 그 결정에 동의하지 않는 가입자는 직접 또는 PCD가 가입자 대신 이의를 제기할 수 있습니다. PCD가 대신 이의를 제기하기를 원하는 경우 가입자의 서면 승인이 필요합니다.

가입자는 전화, 온라인 또는 우편으로 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기는 반드시 통지서의 날짜로부터 달력으로 60일 안에 하셔야 합니다.

- **온라인으로 이의를 제기하려면** 아래에 제공해드린 링크로 가서 “캘리포니아 고충 신고 양식-온라인 제출(California Grievance Form – Submit Online)”을 선택해 주세요. 필수 항목을 모두 작성하여 이의를 제기하는 서비스가 어떤 것인지 알려주세요. LIBERTY 고충 사항 및 이의 신청 부서가 제기한 이의를 자동으로 받아 검토합니다.
- **이메일로 이의를 제기하려면** 본인의 이름, 치과 플랜 ID 번호 및 이의 제기 사유를 밝혀주세요. [G&A@libertydentalplan.com](mailto:G&A@libertydentalplan.com)에 이메일을 제출해 주세요. LIBERTY에 보내주시는 이메일은 암호화(보호)하여 개인 건강 정보를 안전하게 유지하시기를 강력하게 권해드립니다.
- **전화로 이의를 제기하려면**, 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화하세요. 가입자 이름, 건강 플랜 ID 번호, NABD 번호, 이의 제기 대상 서비스, 해당 서비스가 승인되어야 한다고 생각하시는 이유를 기재해 주세요.
- **우편으로 이의를 제기하는 데는 두 가지 선택 사항이 있습니다.** (1) 아래 온라인 링크로 이동하여 “캘리포니아 고충 신고 양식(California Grievance Form)”을 선택하고 사본을 인쇄하여 LIBERTY에 우편이나 팩스로 보내거나 (2) 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티), 877-550-3875(새크라멘토 카운티), TTY 877-855-8039로 연락하여 양식을 보내줄 것을 요청하세요. 통화 연결 시, 양식을 보내줄 것을 요청하세요. 양식을 받으면 작성 후 우편이나 팩스를 이용해 LIBERTY에 보내주세요. 가입자 이름, 치과 플랜 ID 번호, NABD 번호, 이의 신청 대상 서비스를 반드시 기재합니다.

### 발송 주소:

LIBERTY Dental Plan  
Grievances and Appeals Department  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110

**온라인:** <https://www.libertydentalplan.com/Legal/Grievances.aspx>

**팩스 전송:** 833-250-1814



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 57|문제 신고 및 해결

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

이의 제기에 도움이 필요하시면 LIBERTY에 연락 주시기 바랍니다. 언어 서비스를 무료로 제공할 수 있습니다. 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화하세요.

LIBERTY는 민원 접수 5일 이내에 서면 통지를 발송하여 이의 제기가 접수되었음을 알려 드립니다. 또한, 30일 이내에 이의 제기에 대한 결정 내용을 서면으로 알려드립니다.

이의 처리 시간 때문에 가입자의 생명이나 건강, 기능 능력이 위협해질 수 있어 빠른 결정을 원하는 가입자나 가입자의 PCD, 전문의는 긴급 심사를 요청하시면 됩니다. 긴급 심사를 요청하려면, 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티), 877-550-3875(새크라멘토 카운티) 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 이의 제기 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. 가입자가 LIBERTY 내의 이의 제기 절차를 완료했으나 결정이 여전히 불만스럽거나 이의 제기 후 30일이 지나도록 결정을 받지 못한 **경우에만** 주 정부 청문회를 요청할 수 있습니다.

주 정부 공청회는 전화 또는 우편으로 신청할 수 있습니다. 이의 신청 결정을 알리는 통지서에 기재된 날짜로부터 달력일 기준 90일 이내에 주 정부 공청회를 요청해야 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.

LIBERTY가 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 LIBERTY에 알려주셔야 합니다.

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

주 정부 공청회를 우편으로 요청하려면 이의 제기 결정 통지서에 첨부된 양식을 작성하세요.

### 발송 주소:

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



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

주 정부 공청회 요청에 도움이 필요하시면 LIBERTY가 도울 수 있습니다. 언어 서비스를 무료로 제공할 수 있습니다. 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티), 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039번으로 전화해 주세요. 청문회 시 가입자는 본인의 입장을 밝히고, 저희는 저희 입장을 설명합니다. 판사가 사건을 판결하는 데 90일까지 걸릴 수 있습니다.

주 정부 공청회에 걸리는 시간 때문에 가입자의 생명이나 건강, 온전한 기능 능력이 위협해져 빠른 결정을 원하면 가입자나 PCD가 DSS에 편지를 쓰면 됩니다. 긴급(신속) 주 정부 공청회를 요청할 수 있습니다. DSS는 요청을 받은 후 영업일 기준 3일 안에 반드시 결정을 내려야 합니다.

주 정부 공청회에 참석한 가입자는 IMR을 요청할 수 없습니다. 그러나 IMR을 먼저 요청했지만 결과에 만족하지 못하는 경우, 여전히 주 정부 공청회를 요청할 수 있습니다.

## 사기와 낭비, 남용 행위

제공자나 Medi-Cal Dental 수혜자가 사기나 낭비, 남용 행위를 저지른 것 같으면 가입자는 신고할 권리와 책임이 있습니다.

제공자의 사기, 낭비, 남용 행위는 다음을 포함합니다.

- 초과 기록 변경
- 의학적으로 필요한 정도 이상으로 약을 처방함
- 의학적으로 필요한 정도 이상으로 치과 진료 서비스를 제공함
- 제공하지 않은 서비스에 대한 비용을 청구함
- 전문의가 수행하지 않은 전문 서비스에 대한 비용을 청구함

수혜자의 사기, 낭비, 남용 행위는 다음을 포함합니다.

- 초과 플랜 ID 카드 또는 Medi-Cal BIC 카드를 제삼자에게 대여, 판매 또는 제공함
- 비슷하거나 똑같은 치료 또는 약을 두 명 이상의 제공자에게서 받음
- 응급하지 않은 상황에 응급실을 찾음
- 다른 사람의 사회 보장 번호나 치과 플랜 ID 번호를 사용함

사기, 낭비, 남용 행위를 신고하려면 이러한 위반 행위를 저지른 사람의 이름, 주소, ID 번호를 적어 두세요. 전화번호, 전공 분야(제공자인 경우) 등 해당 제공자나 해당인에 관한 정보를 가능한 한 최대한 알려주세요. 사건 발생 날짜와 정확한 사건 내용을 요약하여 알려주세요.

신고서는 다음 주소로 발송합니다.

LIBERTY Dental Plan  
Special Investigation Unit  
P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110

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



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 사기와 낭비, 남용 행위 신고

LIBERTY에는 LIBERTY, Medi-Cal, 미국 보건 복지부 감찰관실(U.S. Department of Health & Human Services, Office of Inspector General, HHS-OIG)에 잠재적인 위반 행위를 기밀로 신고할 수 있는 여러 가지 방법이 있습니다. 신고 방법의 예는 다음과 같습니다.

- LIBERTY 기업 준법 핫라인: 888-704-9833
- LIBERTY 준법팀 이메일: [compliancehotline@libertydentalplan.com](mailto:compliancehotline@libertydentalplan.com)
- LIBERTY 특별 조사팀 핫라인: 888-704-9833
- LIBERTY 특별 조사팀 이메일: [SIU@libertydentalplan.com](mailto:SIU@libertydentalplan.com)
- HHS-OIG 신고 전화 800-HHS-TIPS 또는 TTY 800-377-4950으로 사기와 낭비, 남용 행위를 기밀로 신고하실 수도 있습니다.
- DHCS는 Medi-Cal 사기와 낭비, 남용 행위가 의심되는 경우 누구나 DHCS Medi-Cal 사기 행위 핫라인에 800-822-6222로 연락해주시도록 요청하고 있습니다.

**사기**는 건강관리 혜택 프로그램을 의식적이고 고의적으로 실행하거나 실행을 시도하는 행위, 또는 이를 사취하려는 책략이나 계략이며, 건강관리 혜택 프로그램이 소유하거나 보호 또는 통제 중인 자금이나 자산을 거짓이나 사기, 허위 진술 또는 약속으로 획득하는 행위입니다.

다음은 사기의 예시입니다.

- 완료하지 않은 서비스 및 치료에 대한 비용을 청구함
- 수행된 서비스 또는 치료를 잘못 표현함(변제액을 늘리기 위해 다른 치과 시술 코드를 제출)
- 불법 자금, 뇌물, 리베이트를 요청하거나 제공 또는 수령함

**낭비**에는 서비스를 과도하게 사용하는 등 Medicare 프로그램에 직간접적으로 불필요한 비용을 초래하는 행위가 포함됩니다. 보통 낭비는 형사법상 과실 행위에서 기인한다고 보지 않으며, 그보다는 자원의 오용으로 인한 것으로 간주됩니다.

다음은 낭비의 예시입니다.

- 서비스나 치료의 과도한 활용
- 자원의 오용

**남용**에는 Medicare 프로그램에 직간접적으로 불필요한 비용을 초래할 수도 있는 행위가 포함됩니다. 남용은 비용 부담을 위한 법적 자격이 없는 상태에서 품목이나 서비스의 비용을 부담하는 경우, 의식적이거나 고의적인 것은 아니나 제공자가 비용 획득을 위한 사실을 잘못 표현한 경우 등과 연관되어 있습니다.

다음은 남용의 예시입니다.

- 청구서에 치과 시술 코드를 잘못 사용함
- 서비스, 치료, 용품의 비용을 과도하게 청구함
- 의학적으로 필요하지 않은 서비스에 대한 비용을 청구함

사기와 남용 행위는 모두 제공자를 형사 및 민사 책임을 져야 하는 상황에 노출시킬 수 있습니다. LIBERTY는 모든 제공자와 가입자가 관련 법률과 규정을 준수하기를 기대합니다. 관련 법규는 다음을 포함하되, 이에 국한되지는 않습니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

- 연방 및 주 부정청구방지법(False Claims Act)
- 쿼탐(Qui Tam) 조항(내부 고발자)
- 금품수수금지법(Anti-Kickback Statute)
- 의사자기의뢰법(Physician Self-Referral Law, 스타크법)
- HIPAA
- 사회보장법(Social Security Act)
- 미국 형법(U.S. Criminal Codes)

## 주 및 연방 부정청구방지법

**연방 부정청구방지법:** 개인 또는 단체가 연방 정부로부터 비용 또는 승인을 받기 위해 “의식적으로” 거짓 또는 허위로 청구하거나 청구하도록 유발하는 행위, 연방 정부로부터 거짓 또는 허위 청구의 비용을 받거나 승인을 받기 위해 “의식적으로” 거짓 기록이나 진술을 작성, 사용, 생성을 유발하는 행위를 금지하는 법입니다. 연방 부정청구방지법(Federal False Claims Act)은 개인 또는 단체가 거짓 또는 허위 청구의 허용 또는 비용 지급으로 정부를 사취할 모의를 하는 행위도 금지하고 있습니다. 이러한 금지 조항은 Medicare나 Medicaid와 같은 연방 건강관리 프로그램에 제출된 청구로도 확장 적용됩니다.

연방 부정청구방지법은 “의식” 및 “의식적으로”라는 용어의 의미를 넓게 정의합니다. 특히, 연방 부정청구방지법의 목적에 따라 해당 개인 또는 단체가 다음과 같은 경우 의식적인 태도로 입증됩니다. (1) 해당 정보에 대한 실질적인 정보를 알고(의식하고) 있는 경우, (2) 해당 정보의 사실 또는 거짓을 의도적으로 무시하며 행동하는 경우, (3) 해당 정보의 사실 또는 거짓을 적극적으로 목살하며 행동하는 경우. 이 법은 해당 법 위반을 입증하는 데 사취하려는 특정 의도가 필수 사항은 아님을 구체적으로 명시하고 있습니다.

**내부 고발자 보호법:** 개인은 연방 부정청구방지법 위반을 이유로 국가 대신 민사 소송을 제기할 수 있도록 승인을 받았으며(쿼탐법(qui tam actions)으로도 알려짐), 이행된 합의금, 위약금 및/또는 벌금을 통해 확보된 금액의 일정 비율을 받을 자격이 있습니다. 이러한 주장을 제기하는 개인은 관계자 또는 내부 고발자라고도 불리며, 이 법에 따라 보호를 받습니다.

특히 연방 부정청구방지법의 위반 행위를 신고하여 고용주에 의해 해고, 강등, 유예, 위협, 괴롭힘, 그 외 기타 어떠한 방식으로든 차별을 당한 내부 고발자는 연공서열 회복, 이중 체불 임금, 이자, 차별적인 대우로 인해 지속되는 특별 손해, 변호사 수임료와 비용 등을 청구할 권리가 있습니다.

**금품수수금지법:** 금품수수금지법(Anti-Kickback Statute)은 Medicare 및 Medicaid 사기 및 남용 금지법(Medicare and Medicaid Fraud and Abuse Statute), 42 U.S.C. § 1320a-7b (b)의 속칭입니다. 금품수수금지법은 연방 형법입니다. 이 법은 건강관리 사업을 생성하기 위한 불법 자금 제공 또는 수락을 금지하고 있습니다.

금품수수금지법은 건강관리법으로, 개인과 단체가 연방 건강관리 프로그램이 부담해야 할 비용과 연관되어 있는 환자 진료 의뢰에 대한 대가로 고의적으로 “보수”를 지급하거나 지위, 자산, 특권 등의 가치로 보상하는 행위를 금지합니다. 이러한 대가성 혜택에는 약물, 의료 용품, Medicare나 Medicaid 수혜자가 이용할 수 있는 건강관리 서비스 등이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 금품수수금지법의 조항에 따라, 직간접적으로, 공공연하게 혹은 은밀하게, 현금 또는 현물 등의 형태로 불법 자금, 뇌물, 리베이트를 비롯한 여하한 형태의 보수를 요청, 수령, 제공, 지급하는 행위는 법률로 금지합니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

**의사자기의뢰법:** 의사자기의뢰법(Physician Self-Referral Law)은 사회보장법(Social Security Act, 이하 "법") 42 U.S.C. 1395nn의 제1877조를 일컫는 말입니다.

의사자기의뢰법은 스타크법(Stark Law)이라고도 널리 알려져 있으며, 의사(치과의사 포함)가 Medicare 또는 Medicaid의 "지정 건강/치과 서비스" 혜택을 받도록 환자를 의뢰하고, 해당 의사(치과의사 포함) 또는 가까운 가족 구성원과 재정적으로 관계가 있는 단체에 의뢰하는 행위를 금지합니다.

이 법은 현재 Medicare 또는 Medicaid에 그러한 진료 의뢰를 제공하는 모든 의학 전문의(치과의사 포함)의 환자가 가까운 다른 병원의 목록과 해당 환자가 다른 병원으로 갈 수 있는 권리가 적힌 서면 통지를 반드시 함께 제공하도록 강력히 요구합니다.

또한, (치과 의사를 포함하여) 의사 및 기타 건강관리 제공자가 환자를 위한 진료의 품질을 조정 및 개선하고 비용을 낮추는 적법한 활동이 의사자기의뢰법을 위반할 것이라는 두려움 없이 가치 기반 조정책을 설계하고 관여할 수 있도록 승인하는 가치 기반 조정책을 위한 영구적인 예외 사항을 최종 확정했습니다. 이는 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Center of Medicare and Medicaid Services, CMS)가 Medicare, Medicaid, 민영 플랜의 협의된 치료와 혁신적인 지급 모델의 발전을 더욱 광범위하게 추진할 수 있도록 지원합니다.

LIBERTY의 모든 제공자 및 가입자는 모든 Medicaid 가입자에게 치료 또는 서비스를 제공하는 직원, 동료, 개인, 단체와 관련된 위반 및 위반이 의심되는 행위를 신고해야 합니다. 이러한 위반의 예로는 뇌물 수수, 허위 청구, 사기, 도난, 횡령을 저지르려는 음모, 허위 진술, 우편 사기, 건강관리 사기, 주 및/또는 연방 건강관리 사기 조사 방해, 자금 세탁, 의학적으로 필요한 서비스 제공 실패, 마케팅 계약, 불법적인 보수 계획, 신원 도용, 가입자 약제 사기 등이 있습니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

# 9. 주요 전화번호와 용어 설명

## 주요 전화번호

- LIBERTY 가입자 서비스 – 로스앤젤레스 카운티: 888-703-6999
- LIBERTY 가입자 서비스 – 새크라멘토 카운티: 877-550-3875
- LIBERTY TDD/TTY: 877-855-8039
- Medi-Cal Dental 수혜자: 800-322-6384 (TTY 800-735-2922)
- DMHC 도움 센터(DMHC Help Center): 888-466-2219
- Healthcare Options - Medi-Cal 관리형 진료(Managed Care): 800-430-4263
- 보건 소비자 연맹(Health Consumer Alliance): 888-804-3536
- Medi-Cal 수혜 자격(Eligibility): 800-545555
- Medi-Cal 공정 공청회(Fair Hearing): 800-952-5253 (TTY 800-952-8349)
- Medi-Cal 관리형 진료(Managed Care): 800-430-4263 (TTY 800-430-7077)
- Medi-Cal 옴부즈맨(Ombudsman): 888-452-8609

## 용어 설명

- **이의 제기(Appeal):** 제공되거나 요청된 치료를 거부한 서비스를 LIBERTY가 검토하도록 청하는 정식 요청. 이의 제기는 가입자의 서면 승인이 있는 치과의사가 할 수 있습니다.
- **적용되는, 해당하는(Applicable):** 사람이나 사물에 적용되거나 영향을 미치는 것을 말합니다.
- **승인(Authorization):** 사전 승인 참고.
- **차액 청구(Balance Billing):** 치과의사의 실제 수가와 LIBERTY에서 지불한 금액 간 차액을 환자에게 청구하는 것. 본인부담금과 비용 분담을 제외하고, 차액 청구는 보험 보장범위 내 서비스에 허용되지 않습니다.
- **수혜자(Beneficiary):** Medi-Cal 혜택을 받을 자격이 있는 사람.
- **수혜자 신분증(Beneficiary Identification Card, BIC):** 보건 서비스부가 수혜자에게 제공하는 Medi-Cal 신분증. BIC에는 수혜자 번호와 기타 중요한 정보가 기재되어 있습니다.
- **혜택(Benefits):** Medi-Cal Dental 프로그램을 통해 가용한 LIBERTY 치과의사에 의해 제공되는 의학적으로 필요한 치과 서비스.
- **캘리포니아 아동 서비스 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.
- **충치(Caries):** 썩은니 또는 충치를 의미하는 용어.
- **임상 선별 검사(Clinical Screening):** 다른 LIBERTY 치과의사가 제안하거나 제공한 치료의 적합성에 관하여 의견을 제시하기 위해 치과의사가 시행하는 검사. LIBERTY가 특정 상황에서 임상 선별 검사를 필수로 요청할 수도 있습니다.
- **민원(Complaint):** 가입자나 가입자를 대신한 치과의사가 쟁의, 재검토 요청 또는 이의 제기 등에



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

대한 불만족을 말이나 글로 표현하는 것. 대리인이 민원을 제기할 수도 있습니다.

- **본인부담금(Copayment):** 수혜자가 부담하는 치과비용의 일부 소액
- **보장대상 서비스(Covered Services):** LIBERTY 혜택으로 제공되는 치과 진료 절차. LIBERTY에서는 Medi-Cal Dental 프로그램의 혜택이며, LIBERTY 치과 의사에 의해 제공된, 의학적으로 필요한 서비스에 대한 비용만 부담합니다.
- **치과 전문의(Dental Specialist):** 근관치료, 구강 수술, 소아 치과, 치주치료 및 치아 교정(교정기)과 같은 전문적 관리를 제공하는 치과 의사.
- **조기 및 정기 선별 검사, 진단 및 치료(Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT):** 정기 선별 검사와 진단, 치료 서비스로 21세 미만의 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):** 응급 치과 질환 여부를 결정하기 위하여 또한 시설의 역량 범위 내에서 전문적으로 인정되는 진료 기준에 부합하여 LIBERTY 치과 의사 또는 치과 전문의가 시행하는 치과 검사 및/또는 평가.
- **응급 치과 질환(Emergency Dental Condition):** 즉시 치료를 받지 않으면 환자의 건강이 위험하게 되어 심한 통증이나 기능 손상을 초래하는 결과를 합리적으로 예상할 수 있는 치과 질환.
- **채내요법의사(Endodontist):** 전문 분야를 치아의 치수 및 치근에 발생하는 질병과 손상 치료로 제한하는 치과 전문의.
- **제외 사항(Exclusion):** Medi-Cal Dental 프로그램으로 제공되지 않는 치과 시술이나 서비스를 말함
- **고충(Grievance):** 민원(Complaint) 참고.
- **신분증(Identification):** 운전면허증과 같이 사람의 신원을 파악하는 것.
- **한정(Limitations):** 허용되는 서비스의 개수, 종류 및/또는 가장 저가의 비용으로 치과적으로 적절한 서비스를 말함.
- **Medi-Cal 치과 의사(Medi-Cal Dentist):** Medi-Cal 수혜자에게 보장범위 내 서비스를 제공하도록 승인된 치과 의사.
- **의학적으로 필요(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):** 보장대상이 아닌 치과적 시술 또는 서비스.
- **비소속 치과 의사(Non-Participating Dentist):** Medi-Cal에 소속되어 있지 않으며 Medi-Cal 수혜자에게 서비스를 제공하도록 승인되지 않은 치과 의사.
- **승인 통지(Notice of Authorization, NOA):** 서비스 승인 요청에 대한 응답으로 치과 의사에게 전송되는 컴퓨터 생성 양식(치료 승인 요청 참고).
- **기타 의료 보장범위/기타 의료 보험(Other Health Coverage / Other Health Insurance):** 민영 치과 플랜이나 보험 프로그램, 기타 주 또는 연방 치과 진료 프로그램, 기타 계약상의 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):** 전문 분야를 윗니와 아랫니로 물거나 씹을 때 윗니와 아랫니의 교합에 발생하는 문제의 예방 및 치료로 제한하는 치과 전문의.
- **네트워크 미소속 제공자(Out-of-Network provider):** LIBERTY 네트워크에 속하지 않는 제공자.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

- **완화 진료(Palliative Care):** 통증이 덜하게 하지만 통증의 원인이 되는 문제를 고치지는 않거나 일시적으로 고치기만 하는 치료.
- **참여 치과의료 제공자(Participating Dental Provider):** 플랜 가입자에게 치과 서비스를 제공하는 Medi-Cal에 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 보증을 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 LIBERTY로부터 승인 통지(NOA)를 받습니다.
- **절차 코드(Procedure Code):** 특정 의료 또는 치과 서비스를 식별하는 코드 번호.
- **치과 보철 전문의(Prosthodontist):** 전문 분야를 빠진 치아에 의치, 브릿지 또는 기타 대용물 대체로 제한하는 치과 전문의.
- **제공자(Provider):** Medi-Cal Dental 프로그램에 등록하여 Medi-Cal 수혜자에게 건강관리 및/또는 치과 서비스를 제공하는 개인 치과 의사, 대체 진료에 종사하는 등록 치과 위생사(RDHAP), 치과 그룹, 치과 학교 또는 치과 클리닉.
- **제공자 명부(Provider Directory):** LIBERTY 네트워크 내 모든 제공자의 명부.
- **진료 의뢰(Referral):** PCD가 또 다른 제공자의 진료를 받을 수 있다고 하는 경우. 일부의 보장범위 내 진료 및 서비스에는 진료 의뢰 및 사전 승인이 요구됩니다.
- **요건(Requirements):** 반드시 해야 하는 것 또는 반드시 따라야 하는 규칙.
- **책임(Responsibility):** 해야 하는 것, 실천해야 하는 행동.
- **서비스 지역(Service area):** LIBERTY에서 서비스를 제공하는 지리적 구역. 새크라멘토 카운티와 로스앤젤레스 카운티가 포함됩니다.
- **비용 분담(Share of Cost):** 수혜자가 반드시 내야 하거나 내기로 약속하여야 해당 월의 Medi-Cal 지급이 이루어질 수 있는 의료 비용의 일부.
- **서명(Signature):** 친필로 쓴 이름.
- **주 정부 공청회(State Hearing):** 주 정부 청문회는 수혜자가 거부되거나 수정된 치료 승인 요청(TAR)에 하여 재평가를 요청할 수 있도록 하는 법적 절차입니다. 수혜자나 치과 의사가 변제 케이스의 재평가 또한 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.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

# 10. 양식

## 가입자 고충 및 이의 제기 양식



### 가입자 고충 사항 및 이의 신청 양식 - 캘리포니아 1페이지

본 양식을 작성하여 LIBERTY Dental Plan(LIBERTY)에 고충 또는 이의를 제기하십시오. 또한 본 양식을 사용하여 LIBERTY의 케이스 검토에 도움이 될 만한 정보를 더 많이 제공할 수 있습니다. 전화로 이의를 제기한 경우, 본 양식을 작성하여 LIBERTY에 반송하십시오. 이는 선택 사항입니다. 서면 이의 없이도 케이스를 검토합니다.

가입자 정보(정자로 기입하세요)			
가입자의 성(姓)	가입자의 이름	오늘 일자	
가입자의 주소	시	주	우편번호
가입자의 전화번호	가입자 ID 번호(ID 카드 참고)		
고용주 또는 그룹	환자 이름	관계	

해당하는 경우 승인된 대리인 정보(정자로 기입하세요)		
본인은 고충/이의 절차에 다음 대리인이 본인을 대리할 수 있도록 LIBERTY Dental Plan에 승인합니다.		
대리인 성(姓)	대리인 이름	대리인 전화번호
대리인 서명	가입자 서명	

본 양식 작성에 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 **888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티)**, 또는 TTY **877-855-8039**로 월요일부터 금요일까지 오전 8:00에서 오후 5:00 사이에 전화해 주세요. 통역사가 필요한 경우 무료로 지원해드릴 수 있습니다. 가입자 또는 가입자가 허락하는 사람에게는 언제라도 케이스 기록을 열람할 수 있는 권리가 있습니다. 저희가 무료 사본을 제공합니다.



가입자 서비스부에 **888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티)**, 또는 TTY **877-855-8039**로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.



## 가입자 고충 사항 및 이의 신청 양식 - 캘리포니아 2페이지

치과/제공자 정보(정자로 기입하세요)			
본인은 LIBERTY에서, 해당하는 경우에는 차트 기록 및 엑스레이를 포함하여, 본인의 정보를 다음 치과에 요청할 수 있도록 허용합니다.			
치과 번호	치과 명	마지막 방문일자	
치과 주소	시	주	우편번호
치과 전화번호	관련된 치과 근무자 이름(해당하는 경우)		

**Medicaid**를 대상으로 하는 이의 제기는 반드시 거절 통지서에 기재된 날짜로부터 60일 이내에 하셔야 합니다.

**Medicaid**를 대상으로 하는 고충 신고는 언제든지 하실 수 있습니다.

고충 또는 이의 요약내용
고충 또는 이의에 대한 모든 정보를 공유해 주세요. 가급적이면 날짜, 이름, 치료 등을 포함하여 최대한 상세히 정보를 제공해 주세요. 필요에 따라 페이지를 추가로 첨부할 수 있습니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.



가입자 고충 사항 및 이의 신청 양식 - 캘리포니아 3페이지

고충 또는 이의에 어떠한 방식의 해결책을 희망하는지 알려주세요.

가입자 서명

일자

작성을 완료하고 서명한 양식을 다음 주소로 발송합니다.

<p>발송 주소:  <b>LIBERTY Dental Plan of California                  Grievances and Appeals Department                  P.O. Box 26110                  Santa Ana, CA 92799-6110</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 팩스 발송지: LIBERTY 고충 사항 및 이의 신청 부서  <b>833-250-1814</b></li> <li>• LIBERTY Dental Plan 가입자 서비스에 <b>866-703-6999</b>(로스앤젤레스 카운티) 또는 <b>877-550-3875</b>(새크라멘토 카운티), TTY (877) 855-8039로 전화해 주세요.</li> <li>• 웹사이트 <a href="http://www.libertydentalplan.com">www.libertydentalplan.com</a>에 방문하여 전자식 온라인 고충 신고 절차를 시작하세요.</li> <li>• 이메일: <a href="mailto:GandA@libertydentalplan.com">GandA@libertydentalplan.com</a></li> </ul>
--	--

LIBERTY에서 고충 또는 이의를 접수한 후 달력일 기준 5일 이내에 접수 확인 서신을 보내드립니다. 또한, LIBERTY의 접수일로부터 달력일 기준 삼십(30)일 안에 고충 사항이나 이의 신청에 대한 해결 통지서를 받게 됩니다.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.



## 캘리포니아 지역 자문 위원회 가입 신청서

LIBERTY의 캘리포니아 지역 자문 위원회(California Community Advisory Committee, CAC)에 가입하는 데 관심을 보여주셔서 감사합니다. 본 양식을 작성한 후 LIBERTY에 반송해 주세요. 페이지 아래에서 정보를 볼 수 있습니다.

위원회 가입 승인을 받은 후에는 참석 자격이 되는 각 회의에 참석할 때마다 비용을 지급받습니다.

- 위원회는 분기당 한(1) 번, 연간 네(4) 번 회의를 개최합니다.
- 가입자에게는 분기당 \$100, 연간 \$400 이하를 보상해드립니다.

가입자 이름 및 성
생년월일
주소
낮 시간 전화번호
치과 플랜 ID 번호
어디에서 근무하시나요?
직위는 어떻게 되시나요?
교육 성취 수준을 선택해 주세요. <input type="checkbox"/> 8학년 <input type="checkbox"/> 고등학교 <input type="checkbox"/> 대학교 <input type="checkbox"/> 기타 _____

- **QR 코드:** 제공된 QR 코드를 스마트폰의 카메라로 스캔해 주세요.
- **온라인:** 온라인에서 <https://www.libertydentalplan.com/Members/Member-Facing-Committee.aspx>에 방문해 주세요.
- **이메일:** 이 양식을 작성하고 이메일에 첨부하여 [QM@libertydentalplan.com](mailto:QM@libertydentalplan.com)에 보내주세요.
- **우편/팩스:** 이 양식을 작성하여 다음 주소에 우편 또는 팩스로 보내주세요.

LIBERTY Dental Plan of California  
 Quality Management Dept.  
 P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110  
 팩스: 888-334-6027



월요일~금요일 오전 8:00~오후 5:00(PST)까지 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티) 또는 877-550-3875(새크라멘토 카운티), TTY/TDD 877-855-8039를 통해 저희에게 문의하실 수 있습니다. 본 양식을 작성하는 데 도움이 필요하거나 어떤 질문이라도 생기는 경우 연락해 주세요.



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

## 아동 구강 건강 평가 양식

LIBERTY  
DENTAL PLAN.

아동 구강 건강 평가 양식

자발적으로 본 양식을 작성하시면 됩니다. 답변에 따라 가입자의 치료가 거부되지 않습니다. 본 정보는 비공개입니다.

가입자의 이름:	생년월일:	ID 번호:
----------	-------	--------

하나의 답변을 체크해 주십시오.

1. 가입자가 자주 방문해서 진료를 받는 치과 의사가 있습니까? 예  아니요
2. 가입자는 매일 이를 닦습니까? 예  아니요
3. 가입자가 찬 음식, 뜨거운 음식, 단 음식을 먹을 때 치아에 통증이 있습니까? \* 예  아니요
4. 가입자는 불소화된 식수를 사용하는 지역에 살고 있습니까? 예  아니요
5. 가입자는 식사 전후로 간식을 먹습니까? 예  아니요
6. 가입자가 탄산음료, 주스 또는 에너지 드링크를 많이 마십니까? 예  아니요
7. 가입자는 충치가 있습니까? \* 예  아니요
8. 부모나 보호자에게 충치 병력이 있습니까? 예  아니요   
예라고 응답한 경우, 관계: \_\_\_\_\_
9. 가입자의 치아에 플라그라고 하는 막이 있는 것처럼 보입니까? \* 예  아니요
10. 가입자는 잠들기 전에 우유, 주스 또는 기타 음료를 마십니까? \* 예  아니요
11. 가입자가 임신했습니까? 예  아니요
12. 가입자는 심각한 질병으로 의사의 진료를 자주 받습니까? 예  아니요   
예라고 응답한 경우, 해당되는 사항을 모두 선택하십시오. 암 당뇨병  
신장병 기타: \_\_\_\_\_
13. 가입자에게 특별한 의료 관리가 필요합니까? 예  아니요
14. 가입자에게 정신적, 행동적, 신체적 장애가 있거나 진단을 받은 적이 있습니까? 예  아니요
15. 가입자는 지난 1년 동안 치과 문제로 응급실에 간 경험이 있습니까? 예  아니요   
예라고 응답한 경우, 자세히 설명해 주시기 바랍니다. \_\_\_\_\_
16. 가입자의 비의료/사회적 조건이 진료 받는 것에 영향을 미칩니까? 예  아니요   
예라고 응답한 경우, 해당되는 사항을 모두 선택하십시오. 음식 주택 교통  
기타: \_\_\_\_\_
17. 집에서 주로 사용하는 언어가 영어입니까? 예  아니요



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.

그렇지 않은 경우 사용하는 언어: \_\_\_\_\_

18. 본인은 구강 건강 관리에 도움이 되는 LIBERTY Dental Plan의 문자/이메일 예  아니요  메시지를 받는 데 동의합니다.

휴대 전화: \_\_\_\_\_ 이메일 주소: \_\_\_\_\_

\*통증, 부기, 출혈 또는 염증이 있는 경우 LIBERTY에 연락하여 즉각적으로 지원을 받으십시오.

본인은 본 정보가 새로운 치료 플랜에 제공될 것임을 인지하고 있습니다.

서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

가입자가 서명하지 않은 경우 다음 중 하나를 선택하십시오.  미성년자의 부모  보호자  기타 대리인: \_\_\_\_\_

보내실 주소: LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.



휴대 전화: \_\_\_\_\_ 이메일 주소: \_\_\_\_\_

\*통증, 부기, 출혈 또는 염증이 있는 경우 LIBERTY에 연락하여 즉각적으로 지원을 받으십시오.

본인은 본 정보가 새로운 치과 플랜에 제공될 것임을 인지하고 있습니다.

서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

가입자가 서명하지 않은 경우 다음 중 하나를 선택하십시오. 미성년자의 부모 보호자기타 대리인: \_\_\_\_\_

보내실 주소: LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110



가입자 서비스부에 888-703-6999(로스앤젤레스 카운티)나 877-550-3875(새크라멘토 카운티), 또는 TTY 877-855-8039로 전화해 주세요. LIBERTY는 월요일에서 금요일 오전 8:00에서 오후 5:00까지 운영하며 통화료는 무료입니다. 또는 California Relay Line(711번)으로 전화해 주세요. 온라인에서 [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)에 방문해 주세요.