

التاريخ

اسم العضو
العنوان
العنوان

رقم نموذج الخدمة:

عزيزي العضو:

شكراً لك على الاتصال ببرنامج Medi-Cal Dental لطب الأسنان للإبلاغ عن مشكلة في فوترة مقدم خدمات برنامج Medi-Cal Dental إليك أو محاولة تحصيل رسوم منك نظير خدمات طب الأسنان المشمولة بالتغطية. واستجابةً لذلك، أرسلنا إشعاراً بفوترة غير مناسبة إلى مقدم الخدمة. مرفق نسخة من الخطاب لتحتفظ بها.

إذا كنت تمتلك خدمات برنامج Medi-Cal Dental المجانية (دون حصة من التكلفة)، فلا يُسمح لمقدم الخدمة بتحصيل رسوم منك نظير الخدمات المشمولة بالتغطية. من غير القانوني لجميع مقدمي الخدمات في برنامج Medi-Cal (بما فيهم أطباء الأسنان) مطالبة أعضاء برنامج Medi-Cal بمقابل الخدمات والعلاجات التي يشملها برنامج Medi-Cal.

إذا استمر مقدم الخدمة في إصدار فواتير لك نظير المزايا المشمولة بالتغطية، فيرجى الاتصال برقم (800) 322-6384 والإشارة إلى رقم نموذج الخدمة أعلاه للحصول على مساعدة إضافية. إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية، فيمكننا مساعدتك في استرداد أموالك.

مع خالص التقدير،

برنامج Medi-Cal Dental

لطب الأسنان

مرفق

التاريخ

اسم مقدم الخدمة

العنوان

العنوان

رقم نموذج الخدمة:XXXXXXXXXXXX

اسم العضو:XXXX

عزيزي مقدم الخدمة:

لقد تلقينا شكوى من العضو المذكور أعلاه بشأن فواتير غير صحيحة و/أو طلب دفع غير صحيح للخدمات التي تقدمها بموجب برنامج Medi-Cal لطب الأسنان.

نحن لا ندرك الظروف التي تحيط بهذه الشكوى؛ لكن علينا الالتزام بقانون الولاية والتحقيق في الشكوى.

باعتبارك من مقدمي خدمة Medi-Cal، يُحظر عليك إصدار فواتير أو أخذ أموال من أي عضو من أعضاء Medi-Cal نظير خدمات تلمي معايير الفحص المبكر والدوري، والتشخيص والعلاج، والخدمات المتضمنة في نطاق منافع برنامج Medi-Cal لطب الأسنان، باستثناء ما يتعلق بالأعضاء الذين لديهم حصة من التكلفة. (مدونة اللوائح التنظيمية لولاية كاليفورنيا، عنوان 22 قسم 51002).

علينا الرد على الشكوى على الفور. يُرجى الاتصال بالرقم 800 (0507-423) بأسرع وقت ممكن وتقديم أي معلومات تتعلق بهذه الشكوى والرجوع إلى رقم نموذج الخدمة المذكور أعلاه.

شكراً لمشاركتك المستمرة في برنامج Medi-Cal لطب الأسنان وعلى سرعة الرد على هذا الاستفسار.

مع خالص التقدير،

Provider Services Group
برنامج Medi-Cal لطب الأسنان