

Ամսաթիվ

Անդամի անունը և ազգանունը
Հասցեն
Հասցեն

Ծառայության ձևաթղթի համարը՝

Հարգելի անդամ,

Շնորհակալ ենք, որ կապվել եք Medi-Cal Dental ծրագրի հետ՝ տեղեկացնելու Ձեր Medi-Cal Dental մատակարարի կողմից խնդրահարույց հաշվի ներկայացման կամ Ձեզանից՝ տրամադրված ատամնաբուժական ծառայությունների դիմաց վճարում պահանջելու փորձ կատարելու վերաբերյալ: Ի պատասխան՝ մենք մատակարարին ենք ուղարկել **Ոչ պատշաճ հաշվի ներկայացման վերաբերյալ ծանուցում**: Կից ուղարկում ենք այդ նամակի պատճենը:

Եթե Դուք անդամագրված եք անվճար Medi-Cal-ի (առանց ծախսերի մասնաբաժնի), մատակարարին չի թույլատրվում Ձեզանից վճարում գանձել ապահովագրված ծառայությունների համար: Medi-Cal-ի բոլոր մատակարարների (ներառյալ ատամնաբույժների) կողմից անօրինական է Medi-Cal անդամներին վճարման հաշիվ ներկայացնել Medi-Cal-ով ապահովագրված ծառայությունների և բուժման համար:

Եթե մատակարարը շարունակում է Ձեզ վճարման հաշիվ ներկայացնել ապահովագրված նպաստների համար, զանգահարեք (800) 322-6384 հեռախոսահամարով և լրացուցիչ օգնության համար հղում արեք վերոհիշյալ ծառայության ձևաթղթի համարին: Եթե Դուք արդեն վճարել եք ապահովագրված ծառայությունների համար, մենք կարող ենք օգնել Ձեզ գումարը հետ ստանալ:

Հարգանքով,

Medi-Cal Dental Ներդիր

Ամսաթիվ

Մատակարարի անուն

Հասցե

Հասցե

Ծառայության ձևաթղթի համար՝ XXXXXXXXXXXXX

Անդամի անուն՝ XXXX

Հարգելի մատակարար,

Մենք բողոք ենք ստացել վերոնշյալ անդամից, որը վերաբերում էր ոչ պատշաճ հաշվի ներկայացմանը և/կամ խնդրանքին վճարումներ հավաքագրել Medi-Cal Dental Program-ի ներքո Ձեր կողմից մատուցված ծառայությունների համար:

Մենք տեղյակ չենք այս բողոքի հետ կապված հանգամանքներին, այնուամենայնիվ, մենք պետք է հետևենք նահանգային օրենքին և ուսումնասիրենք բողոքը:

Որպես Medi-Cal-ի մատակարար, Ձեզ արգելվում է հաշիվ ներկայացնել կամ վճարում հավաքագրել Medi-Cal-ի անդամից այնպիսի ծառայությունների համար, որոնք համապատասխանում են Վաղ և պարբերական սքրինինգի, ախտորոշման և բուժման չափանիշներին, ինչպես ծառայությունների, որոնք ներառված են Medi-Cal Dental Program-ի նպաստների շրջանակում, բացառությամբ արժեքի բաշխում ունեցող անդամների: (Կալիֆորնիայի Կանոնակարգերի օրենսգիրք, Գլուխ 22 Բաժին 51002):

Մենք անմիջապես պետք է արձագանքենք բողոքին: Խնդրում ենք հնարավորինս շտապ զանգահարել (800) 423-0507 հեռախոսահամարով այս բողոքին առնչվող որևէ տեղեկատվությամբ և հղում կատարել վերոնշյալ Ծառայության ձևաթղթի համարին:

Շնորհակալություն Medi-Cal Dental Program-ին Ձեր շարունակական մասնակցության և այս խնդրանքին ժամանակին արձագանքելու համար:

Հարգանքով՝

Մատակարարի ծառայությունների խումբ
Medi-Cal Dental Program