

日期

会员姓名

地址

地址

服务表格编号:

尊敬的会员:

感谢您联系 Medi-Cal Dental (加州医疗保险牙科) 计划, 以反映您的 Medi-Cal Dental 医疗服务提供者的帐单计费问题, 或其试图向您收取保险涵盖的牙科服务的费用。针对此事, 我们向该服务提供者发了一份**帐单计费不当告知书**。随附一份信函副本, 供您留存。

**如果您有免费的 Medi-Cal (无需承担费用), 则不允许服务提供者向您收取保险涵盖的服务的费用。任何 Medi-Cal 医疗服务提供者 (包括牙医) 向 Medi-Cal 会员收取 Medi-Cal 涵盖的服务和治疗的费用均属违法。**

如果医疗服务提供者继续向您收取保险涵盖的福利的费用, 请致电 (800) 322-6384, 并提供上述服务表格编号以获取更多帮助。如果您已经为保险涵盖的服务支付费用, 我们可以帮助您获得退款。

谨致,

Medi-Cal Dental 计划附

件

日期

服务提供者的姓名

地址

地址

服务表格编号: XXXXXXXXXXXXX

会员姓名: XXXX

尊敬的服务提供者:

我们收到了上述会员的投诉, 内容涉及帐单不正确和/或要求您根据加州低收入医疗保险牙科计划对您所提供的服务收取费用。

我们不了解有关此投诉的情况; 但是, 我们必须遵守州法律并对投诉进行调查。

作为加州低收入医疗保险服务提供者, 您被禁止向加州低收入医疗保险会员开具账单或针对符合早期和定期筛查、诊断和治疗标准以及包含在加州低收入医疗保险牙科计划福利范围内的服务收取费用, 费用分摊的会员除外。(加利福尼亚州法规规则, 22章第51002节)。

我们必须立即回复投诉。请尽快致电(800) 423-0507, 以提供与此投诉有关的任何信息, 并参考上面的服务表格编号。

感谢您继续参与加州低收入医疗保险牙科计划, 并及时回复此询问。

谨致,

服务提供者的服务小组

加州低收入医疗保险牙科计划