

تاریخ

نام عضو

آدرس

آدرس

شماره فرم سرویس:

عضو گرامی:

از این که برای گزارش مشکل مربوط به صورتحساب ارائه‌دهنده Medi-Cal Dental خود یا اقدام به مطالبه هزینه خدمات دندان‌پزشکی از شما تحت پوشش با برنامه Medi-Cal Dental تماس گرفتید، از شما سپاسگزاریم. در پاسخ به این شکایت، ما یک **اخطار صورتحساب نادرست** برای ارائه‌دهنده صادر کردیم. رونوشت این نامه به پیوست برای سوابق شما ارسال می‌شود.

اگر شما Medi-Cal رایگان (بدون سهم هزینه) دارید، ارائه‌دهنده مجاز نیست هزینه خدمات تحت پوشش را از شما مطالبه کند. ارائه‌دهندگان Medi-Cal (از جمله دندان‌پزشکان) طبق قانون نمی‌توانند بابت خدمات و درمان‌های تحت پوشش Medi-Cal به اعضای Medi-Cal صورتحساب بدهند.

اگر ارائه‌دهنده باز هم برای شما بابت مزایای تحت پوشش صورتحساب داد، باید با 322-6384 (800) تماس بگیرید و شماره فرم سرویس بالا را برای دریافت راهنمایی بیشتر ذکر کنید. اگر قبلاً هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید، می‌توانیم شما را برای پس گرفتن آن وجه راهنمایی کنیم.

با تقدیم احترام،

برنامه Medi-Cal Dental

پیوست

تاریخ

نام دندانپزشک
آدرس
آدرس

شماره فرم سرویس:XXXXXXXXXXXX
نام عضو:XXXX

ارائه‌دهنده گرامی:

ما از عضو نام برده در بالا شکایتی در مورد صورتحساب نادرست و/ یا درخواست بازگشت هزینه خدمات ارائه شده توسط شما تحت برنامه Medi-Cal Dental دریافت کردیم.

ما از شرایط مربوط به این شکایت مطلع نیستیم. با این وجود، باید از قانون ایالت پیروی کنیم و شکایت را بررسی نماییم.

به عنوان یک ارائه دهنده خدمات Medi-Cal، شما اجازه دادن صورتحساب یا گرفتن پول از یک عضو Medi-Cal را که برای خدمات مطابق با معیارهای غربالگری زودهنگام و دوره ای، معیارهای تشخیصی و درمانی، و خدماتی که شامل مزایای برنامه دندان پزشکی Medi-Cal می باشند، ندارید، مگر اعضای که سهمی از هزینه دارند. (مقررات کالیفرنیا، عنوان 22، بخش 51002).

ما باید هر چه زودتر به شکایت پاسخ دهیم. لطفاً هر چه زودتر هرگونه اطلاعات مربوط به این شکایت را با شماره 423-0507 (800) در میان گذاشته و شماره فرم خدمات بالا را ذکر کنید.

از ادامه همکاری شما در برنامه Medi-Cal Dental و پاسخ به موقع شما به این تحقیق متشکریم.

با تقدیم احترام،

گروه ارائه خدمات
Medi-Cal Dental Program