

日付:

メンバー名

住所

住所

サービスフォーム番号:

メンバー各位

Medi-Cal デンタル プログラムの加入プロバイダーから受け取った請求に関する問題、またはプログラムで補償される歯科治療に対する支払い請求について Medi-Cal デンタル プログラムにご連絡いただき、ありがとうございます。お客様の苦情に対応するため、このプロバイダーに**不当請求の通知**を送りました。控えとして通知書の写しを同封いたします。

無償の Medi-Cal (費用負担なし) にご加入の場合、プロバイダーは補償対象サービスに対してお客様に支払いを求めることはできません。 Medi-Cal プロバイダー (歯科医を含む) が Medi-Cal 補償対象のサービスや治療に対して Medi-Cal メンバーに料金の請求を行うことは法律で禁じられています。

プロバイダーが補償対象サービスに対する請求を停止しない場合は、(800) 322-6384 に電話をかけ、上記のサービスフォーム番号をお伝えください。補償対象サービスに対してすでに料金を支払われた場合は、払い戻しを受けられるように当社がお手伝いします。

よろしくお願いいたします。

Medi-Cal デンタルプログラム

同封書類

日付:

プロバイダー名
住所
住所

サービスフォーム番号:XXXXXXXXXXXX
会員番号:XXXX

プロバイダー 様

不適切な請求および/またはMedi-Calデンタルプログラムに基づいて提供されたサービスの支払いを徴収する要求に関して、上記の会員から苦情を受け取りました。

この苦情に関する状況は把握していません。しかしながら、州法を遵守して、苦情を調査する必要があります。

Medi-Calプロバイダーとして、早期および定期的スクリーニング・診断・治療の基準を満たすサービス、およびMedi-Calデンタルプログラムの給付範囲に含まれるサービスについて、費用負担が定められている会員を除き、Medi-Cal会員に治療費を請求するまたは会員から金銭を徴収することは禁止されています。(カリフォルニア州規則集(CCR)、タイトル22 セクション 51002)

早急に苦情に対応する必要があります。上記のサービスフォーム番号を参照し、この苦情に関連する情報があれば、できるだけ早く(800)423-0507に電話してください。

Medi-Calデンタルプログラムに継続的に参加していただき、またこの問い合わせに適時対応して下さることに感謝いたします。

よろしくお願いいたします。

プロバイダーサービスグループ
Medi-Calデンタルプログラム