

날짜

가입자 이름
주소
주소

서비스 양식 번호:

회원님께,

Medi-Cal 치과 프로그램(Medi-Cal Dental Program)에 연락하여 귀하의 Medi-Cal 치과 서비스 제공자가 보장되는 치과 서비스에 대해 귀하께 비용을 청구하거나 청구하려 시도한 문제를 보고해 주셔서 감사합니다. 이에 대응하여 당사는 **부당한 청구에 대한 통지**를 발급했습니다. 귀하의 기록 보관을 위해 해당 통지서의 사본을 동봉하였습니다.

귀하께서 (비용 부담 없는) 무료 Medi-Cal을 가지고 있는 경우, 서비스 제공자는 귀하에게 보장된 서비스 비용을 청구할 수 없습니다. 모든 Medi-Cal 서비스 제공자(치과의사 포함)가 Medi-Cal 가입자에게 Medi-Cal에 보장된 서비스 및 치료에 대해 청구하는 것은 법으로 금지되어 있습니다.

해당 서비스 제공자가 귀하에게 보장된 혜택에 대해 계속하여 청구하는 경우, (800) 322-6384번으로 전화하여 위에 기재된 서비스 양식 번호를 이용하여 추가적인 도움을 받으십시오. 귀하가 보장된 서비스 비용을 이미 지급한 경우, 환급을 받으실 수 있도록 도와드리겠습니다.

감사합니다.

Medi-Cal 치과 프로그램

통지서 동봉

날짜

서비스 제공자 이름

주소

주소

서비스 양식 번호: XXXXXXXXXXXXXXX

가입자 이름: XXXX

서비스 제공자님께:

Medi-Cal 치과 프로그램에 따라 귀하가 제공한 서비스에 대한 부당한 청구 및 비용 징수 요청과 관련하여 상기 가입자로부터 불만사항이 접수되었습니다.

저희는 이 불만사항에 관한 상황을 알지 못하지만 주법을 준수하고 해당 불만사항을 조사해야 합니다.

귀하는 Medi-Cal 서비스 제공자로서 비용 공유 금액이 있는 가입자를 제외하고 조기 정기적인 스크리닝, 진단 및 치료 기준을 충족하는 서비스와 Medi-Cal 치과 프로그램 혜택 범위에 포함된 서비스에 대해 Medi-Cal 가입자에게 비용을 청구하거나 징수할 수 없습니다. (캘리포니아 규정집, 타이틀 22 섹션 51002).

저희는 즉시 불만사항에 회신해야 합니다. 해당 불만사항과 관련된 모든 정보를 확보하고 가능한 빨리 (800) 423-0507로 연락해 상기 서비스 양식 번호를 언급해 주십시오.

지속적인 Medi-Cal 치과 지속적인 참여와 이 질의에 대한 시기 적절한 응답에 감사드립니다.

감사합니다.

Provider Services Group

Medi-Cal 치과 프로그램