

ວັນທີ

ສະມາຊິກ  
ທີ່ຢູ່  
ທີ່ຢູ່

ໝາຍເລກແບບຟອມໃຫ້ບໍລິການ:

ສະມາຊິກທີ່ຮັກແພງ:

ຂໍຂອບໃຈທີ່ຕິດຕໍ່ມາຍັງໂຄງການ Medi-Cal Dental ເພື່ອລາຍງານບັນຫາທີ່ມີກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ Medi-Cal Dental ຂອງທ່ານໃນການຮຽກເກັບເງິນ ຫຼື ຄວາມພະຍາຍາມທີ່ຈະເກັບຄ່າບໍລິການບົວເຂັ້ວທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຈາກທ່ານ. ໃນການຕອບຄືນ, ພວກເຮົາໄດ້ອອກແຈ້ງການເລື່ອງການຮຽກເກັບເງິນທີ່ບໍ່ເໝາະສົມແກ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ສໍາເນົາໜັງສືແມ່ນໄດ້ສອດມານໍາມື້ເພື່ອເປັນບັນທຶກຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີ Medi-Cal ຟຣີ (ໃດຍບໍ່ມີການອອກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຊ່ວຍ), ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແມ່ນບໍ່ມີສິດເກັບຄ່າການບໍລິການທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງນໍາທ່ານ. ມັນຜິດກົດໝາຍທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ Medi-Cal ທຸກຄົນ (ລວມທັງທັນຕະແລດ) ທີ່ຈະຮຽກເກັບເງິນນໍາສະມາຊິກ Medi-Cal ສໍາລັບຄ່າບໍລິການ ແລະ ການປິ່ນປົວທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medi-Cal.

ຖ້າຜູ້ບໍລິການສືບຕໍ່ຮຽກເກັບເງິນນໍາທ່ານສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ກະລຸນາໂທຫາ (800) 322-6384 ແລະ ອ້າງອີງເຖິງແບບຟອມບໍລິການຂ້າງເທິງເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໄປແລ້ວ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານເອົາເງິນຄືນໄດ້.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

ຄັດຕິດເອກະສານຂອງໂຄງການ Medi-CalDental

ວັນທີ

ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ  
ທີ່ຢູ່  
ທີ່ຢູ່

ຫຼາຍລາຍລະອຽດໃຫ້ບໍລິການ: XXXXXXXXXXXXX  
ຊື່ສະມາຊິກ: XXXX

ທ່ານຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຮັກແພງ,

ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຮຽນຈາກສະມາຊິກທີ່ມີຊື່ຢູ່ຂ້າງເທິງກ່ຽວກັບການຮຽກເກັບເງິນທີ່ບໍ່ເໝາະ  
ສົມ ແລະ/ຫຼື ການສະເໜີຂໍເກັບເງິນຊໍາລະຄ່າການບໍລິການທີ່ທ່ານສະໜອງໃຫ້ພາຍໃຕ້ໂຄງການ  
Medi-Cal Dental Program.

ພວກເຮົາບໍ່ຮູ້ສະພາບການທີ່ກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງຮຽນນີ້; ເຖິງແນວໃດກໍຕາມ, ພວກເຮົາຕ້ອງປະຕິ  
ບັດຕາມກົດໝາຍແຫ່ງລັດ ແລະ ສືບສວນຄໍາຮ້ອງຮຽນດັ່ງກ່າວ.

ໃນຖານະທີ່ເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ Medi-Cal, ຫ້າມທ່ານຮຽກເກັບເງິນ ຫຼື ເກັບເງິນຈາກສະມາຊິກ Medi-Cal  
ສໍາລັບການບໍລິການທີ່ເຮັດໄດ້ຕາມມາດຖານການກວດ, ການບົ່ງມະຕິ ແລະ ການປິ່ນປົວແຕ່ຫົວທີ ແລະ  
ເປັນໄລຍະ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆທີ່ລວມຢູ່ໃນຂອບເຂດສິດຜົນປະໂຫຍດຂອງໂຄງການ Medi-Cal  
Dental Program, ຍົກເວັ້ນສະມາຊິກຜູ້ທີ່ມີການຮ່ວມຮັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. (ປະມວນກົດລະບຽບລັດຄາລິຟໍເນຍ  
(California Code of Regulations), ມາຕາທີ 22 ຂໍ້ທີ 51002).

ພວກເຮົາຕ້ອງຕອບກັບຄໍາຮ້ອງຮຽນດັ່ງກ່າວຄືນໂດຍທັນທີ. ກະລຸນາໂທຫາເບີ (800) 423-0507  
ໄວເທົ່າທີ່ຈະໄວໄດ້ພ້ອມກັບໃຫ້ທຸກໆຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄໍາຮ້ອງຮຽນນີ້ ແລະ ອ້າງອີງເຖິງໝາຍເລກແບບ  
ຟອມບໍລິການຂ້າງເທິງ.

ຂໍຂອບໃຈທີ່ທ່ານສືບຕໍ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການ Medi-Cal Dental Program ແລະ ສໍາລັບການ  
ຕອບກັບການສອບຖາມນີ້ທັນເວລາ.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

ກຸ່ມບໍລິການຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ  
ໂຄງການ Medi-Cal Dental Program