

ਤਾਰੀਖ

ਸਦੱਸ ਦਾ ਨਾਮ

ਪਤਾ

ਪਤਾ

ਸਰਵਿਸ ਫਾਰਮ ਨੰਬਰ:

ਪਿਆਰੇ ਸਦੱਸ:

ਆਪਣੇ Medi-Cal Dental ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਦੁਆਰਾ ਬਿੱਲ ਭੇਜਣ ਜਾਂ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਦੰਦਾਂ-ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿੱਲ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕਿਸੇ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਵਾਸਤੇ Medi-Cal Dental ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਧੰਨਵਾਦ। ਇਸਦੇ ਜਵਾਬ ਵਿੱਚ, ਅਸੀਂ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਨੂੰ **ਅਣਉਚਿਤ ਬਿੱਲ ਲਗਾਉਣ ਦਾ ਨੋਟਿਸ** ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਲਈ ਚਿੱਠੀ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ Medi-Cal ਹੈ (ਲਾਗਤ ਦੀ ਸਾਂਝ ਦੇ ਬਿਨਾਂ), ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲੋਂ ਖਰਚਾ ਲੈਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ। ਸਾਰੇ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ (ਦੰਦਸਾਜ਼ਾਂ ਸਮੇਤ) ਦੁਆਰਾ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਇਲਾਜਾਂ ਲਈ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਸਦੱਸਾਂ ਨੂੰ ਬਿੱਲ ਦੇਣਾ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਹੈ।

ਜੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਕਵਰ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਾਤਾਰ ਬਿੱਲ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ (800) 322-6384 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਅਤੇ ਵਾਧੂ ਮਦਦ ਲਈ ਉਪਰੋਕਤ ਸੇਵਾ ਫਾਰਮ ਨੰਬਰ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਲਓ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰ ਚੁੱਕੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਪੈਸੇ ਵਾਪਸ ਦਵਾਉਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਵਿਸ਼ਵਾਸ-ਪਾਤਰ,

Medi-Cal Dental ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਦਾ ਨੱਥੀ ਕਾਗਜ਼

ਤਾਰੀਖ

ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਦਾ ਨਾਂ

ਪਤਾ

ਪਤਾ

ਸਰਵਿਸ ਫਾਰਮ ਨੰਬਰ: XXXXXXXXXXXXX

ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਨਾਂ: XXXX

ਪਿਆਰੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ:

ਸਾਨੂੰ ਅਣ-ਉਚਿਤ ਬਿਲਿੰਗ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਉਪਰੋਕਤ-ਨਾਮਿਤ ਮੈਂਬਰ ਤੋਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਮਿਲੀ ਹੈ ਅਤੇ/ਜਾਂ Medi-Cal Dental Program ਦੇ ਤਹਿਤ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਸਬੰਧੀ ਸਥਿਤੀਆਂ ਤੋਂ ਜਾਣੂ ਨਹੀਂ ਹਾਂ; ਹਾਲਾਂਕਿ, ਸਾਨੂੰ ਪਰਦੇਸ਼ ਦੇ ਕਨੂੰਨ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

Medi-Cal ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅਤੇ ਆਵਧਿਕ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ (Early & Periodic Screening), ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਮਾਨਦੰਡਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ Medi-Cal Dental Program ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਛੱਡਕੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਕੋਲ ਲਾਗਤ-ਸਾਂਝ ਹੈ, ਲਈ Medi-Cal ਮੈਂਬਰ ਤੋਂ ਬਿਲਿੰਗ ਜਾਂ ਧਨ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪ੍ਰਤੀਬੰਧਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਕੋਡ ਆਫ ਰੈਗੂਲੇਸ਼ਨ, ਸਿਰਲੇਖ 22 ਸੈਕਸ਼ਨ 51002)।

ਸਾਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਫੋਰੀ ਜਵਾਬ ਜ਼ਰੂਰ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ (800) 423-0507 ਤੇ ਜਿੰਨੀ ਛੇਤੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਅਤੇ ਉੱਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸਰਵਿਸ ਫਾਰਮ ਨੰਬਰ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿਓ।

Medi-Cal Dental Program ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਲਗਾਤਾਰ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਅਤੇ ਇਸ ਜਾਂਚ ਦਾ ਸਮੇਂ-ਸਿਰ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਧੰਨਵਾਦ।

ਵਿਸ਼ਵਾਸ-ਪਾਤਰ,

ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਸੇਵਾ ਸਮੂਹ

Medi-Cal Dental Program (Medi-Cal ਡੈਂਟਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ)