

Fecha

Member Name

Address

Address

Service Form Number:

Estimado afiliado:

Gracias por ponerse en contacto con el programa Medi-Cal Dental para reportar un problema con su proveedor de Medi-Cal Dental relacionado al cobro o intento de cobro por servicios dentales. Como respuesta, le hemos enviado un **Aviso de facturación indebida** al proveedor. Adjunto se encuentra una copia de la carta para sus archivos.

**Si usted tiene Medi-Cal gratuito (sin costo compartido), el proveedor no tiene permiso de cobrarle por servicios cubiertos.** Es contra la ley que los proveedores de Medi-Cal (incluyendo a los dentistas) facturen a los miembros de Medi-Cal por servicios y tratamientos cubiertos por Medi-Cal.

Si el proveedor continúa facturándole beneficios cubiertos, llame al (800) 322-6384 y refiérase al Número de servicio de formulario que se encuentra arriba para obtener ayuda adicional. Si usted ya pagó por servicios cubiertos, podemos ayudarlo a recibir un reembolso.

Saludos cordiales,

Programa Medi-Cal Dental Adjunto

Fecha

Nombre del proveedor

Dirección

Dirección

Número del formulario de servicio: XXXXXXXXXXXXX

Nombre del afiliado: XXXX

Estimado proveedor:

Hemos recibido una queja del afiliado mencionado anteriormente con respecto a una inadecuada facturación o solicitud de cobrar por servicios brindados por usted bajo el programa de Medi-Cal Dental.

No conocemos las circunstancias con respecto a esta queja; sin embargo, debemos cumplir con la ley estatal e investigar la queja.

Como proveedor de Medi-Cal, se le prohíbe facturarle o cobrarle dinero a un afiliado de Medi-Cal por servicios que cumplen con los criterios de evaluación, diagnóstico y tratamiento periódicos y tempranos, y los servicios incluidos en los beneficios del programa de Medi-Cal Dental, a excepción de los afiliados que tienen un costo compartido. (Código de Reglamentos de California, título 22, sección 51002).

Debemos responder a la queja de inmediato. Llame al (800) 423-0507 lo antes posible para brindar cualquier información relacionada con esta queja y use el número del formulario de servicio mencionado anteriormente como referencia.

Gracias por la continuidad de su participación en el programa de Medi-Cal Dental y por responder esta consulta de manera oportuna.

Atentamente,

Grupo de Servicios al Proveedor  
Programa de Medi-Cal Dental