

Date

Member Name

Address

Address

Số Mẫu Dịch Vụ:

Kính gửi Hội Viên:

Cám ơn quý vị đã liên hệ với chương trình Medi-Cal Dental để báo cáo vấn đề về việc nhà cung cấp của Medi-Cal Dental tính phí hoặc cố gắng tính phí cho quý vị đối với các dịch vụ nha khoa được bảo hiểm. Đáp lại, chúng tôi đã đưa ra **Thông Báo Tính Phí Không Đúng** cho nhà cung cấp. Đính kèm là một bản sao của thư để quý vị lưu giữ.

**Nếu quý vị có Medi-Cal miễn phí (không có phần chia sẻ chi phí) thì nhà cung cấp không được phép tính phí cho quý vị đối với các dịch vụ được bảo hiểm.** Tất cả các nhà cung cấp Medi-Cal (bao gồm nha sĩ) đều phạm luật khi tính phí cho hội viên Medi-Cal đối với các dịch vụ và việc điều trị được Medi-Cal bảo hiểm.

Nếu nhà cung cấp tiếp tục tính phí cho quý vị đối với các quyền lợi được bảo hiểm, vui lòng gọi số (800) 322-6384 và cho biết Số Mẫu Dịch Vụ ở trên để được trợ giúp thêm. Nếu quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ được bảo hiểm thì chúng tôi có thể giúp quý vị lấy lại tiền.

Trân trọng,

Chương Trình Medi-Cal Dental

Đính kèm

Ngày

Tên Người chăm sóc

Địa chỉ

Địa chỉ

Số Biểu mẫu Dịch vụ: XXXXXXXXXXXXX

Tên Hội viên: XXXX

Kính gửi Người chăm sóc:

Chúng tôi đã nhận được đơn khiếu nại từ hội viên có tên nêu trên liên quan đến việc tính hóa đơn không đúng và/hoặc yêu cầu thu tiền thanh toán cho các dịch vụ do quý vị cung cấp theo Chương trình Medi-Cal Dental Program.

Chúng tôi không biết hoàn cảnh liên quan đến khiếu nại này; tuy nhiên, chúng tôi phải tuân thủ luật pháp tiểu bang và điều tra khiếu nại.

Là người chăm sóc của Medi-Cal, quý vị bị cấm lập hóa đơn hoặc thu tiền từ hội viên Medi-Cal cho các dịch vụ đáp ứng các tiêu chí Sàng lọc, Chẩn đoán và Điều trị Sớm & Định kỳ; cùng các dịch vụ được bao gồm trong phạm vi quyền lợi của Chương trình Medi-Cal Dental, ngoại trừ các hội viên được áp dụng chia sẻ phí tổn. (Bộ luật Quy chế California, Tiêu đề 22 Mục 51002).

Chúng tôi phải phản hồi đơn khiếu nại này ngay lập tức. Vui lòng gọi (800) 423-0507 ngay khi có thể để cung cấp thông tin liên quan tới khiếu nại này và tham chiếu tới Số Biểu mẫu Dịch vụ nêu trên.

Cảm ơn quý vị đã tiếp tục tham gia Chương trình Medi-Cal Dental Program và phản hồi kịp thời truy vấn này.

Trân trọng,

Nhóm Dịch vụ Người chăm sóc  
Medi-Cal Dental Program