DHCS | Medi-Cal Dental

,

Ідентифікаційний номер форми для надання послуг:

ФОРМА ПРЕТЕНЗІЇ MEDI-CAL DENTAL

Будь ласка, заповніть наведену нижче форму та детально опишіть свої запитання або скарги.
Ця інформація є важливою і необхідною при вивченні та вирішенні ваших питань або скарг.

MEDI-CAL, ШТАТ CALIFORNIA
НОМЕР СТРАХОВОГО СВІДОЦТВА: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ: (_____) _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПОВІДОМЛЕНЬ: (_____) _____

ВАШ ПРЕДСТАВНИК (якщо ви особисто не представляєте свої інтереси):

ІМ'Я:_____

АДРЕСА:_____

МІСТО:_____, ШТАТ: _____ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ: (_____) _____

ІМ'Я ВАШОГО ПОСТАЧАЛЬНИКА СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ: _____

ІМ'Я:_____

АДРЕСА:_____

МІСТО:_____, ШТАТ: _____ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ: (_____) _____

ФОРМА ПРЕТЕНЗІЇ MEDI-CAL DENTAL (СТОРІНКА 2)

ТИП ПРЕТЕНЗІЇ:

_____ Обслуговування лікарем-стоматологом було неповним або незадовільним

_____ Процес проведення клінічного огляду був незадовільним

_____ Інше

_____ Коментарі (Будь ласка, детально опишіть свої запитання або претензії/скарги у цьому полі. Якщо для опису вам потрібно більше місця, скористайтеся зворотною стороною цієї сторінки.)

_____

_____

_____

_____

_____

БУДЬ ЛАСКА, ПОСТАВТЕ ПІДПИС І ЗАЗНАЧТЕ ДАТУ ЗАПОВНЕННЯ ЦІЄЇ ФОРМИ:

Можливо, нам знадобиться отримати медичні дані про ваше стоматологічне обслуговування від вашого постачальника стоматологічних послуг. Ставлячи підпис нижче, ви надаєте право передати дані про ваше стоматологічне обслуговування до Medi-Cal Dental.

ПІДПИС_____ ДАТА _____

Надішліть цю форму за адресою:

Medi-Cal Dental Program
Member Services Group
P.O. Box 15539
Sacramento, CA 95852-1539

Ви також можете надіслати форму електронною поштою на адресу:
memberformreturn@delta.org

Отримавши цю інформацію, ми вивчимо ваші запитання або претензії/скарги і повідомимо вас про наші висновки. Якщо для вирішення цього питання вам знадобиться пройти клінічний огляд, ми у письмовій формі повідомимо вас про дату, час і місце проведення цього прийому.