

**تعليمات لتقديم نموذج مطالبة Medi-Cal لتعويض المستفيد (استرداد مبلغ الخدمات الطبية أو خدمات العناية بالأسنان)****مَن الذي يجوز له تقديم مطالبة؟**

أي شخص قد دفع مقابل خدمات طبية أو خدمات طب الأسنان يعتقد أنها تكون عادةً مشمولة بتغطية برنامج Medi-Cal فمن حقه تقديم مطالبة وذلك لاسترداد مبلغ النفقات. يجب أن يقوم أي شخص يقدم طلباً نيابةً عن المستفيد بذكر علاقته بالمستفيد عند توقيع النموذج أو أي مستندات ذات صلة. لاسترداد النفقات، يجب أن تكون قد تلقيت الخدمة وسدّدت مقابلها:

A. خلال فترة الأهلية بأثر رجعي التي تصل مدتها إلى ثلاثة أشهر قبل تاريخ طلبك المُقدّم والذي يجب أن تكون المقاطعة قد منحتة بالفعل وتم توثيقه في ملفك؛ أو

B. في أثناء انتظارك لنتيجة قرار Medi-Cal بخصوص طلبك. إذا حصلت على خدمات بتاريخ 2 فبراير 2006 أو بعده، فمن أجل استرداد النفقات التي سددتها، يجب أن تكون قد دفعت لأحد مقدمي الخدمة الذي يقبل التعامل مع برنامج Medi-Cal؛ أو

C. بعد حصولك على بطاقة Medi-Cal الخاصة بك. لاسترداد المبالغ المدفوعة بعد حصولك على بطاقة Medi-Cal الخاصة بك، يجب أن تكون قد دفعت لأحد مقدمي الخدمة الذي يقبل التعامل مع برنامج Medi-Cal.

**كيف يمكنني تقديم مطالبة؟**

لتقديم مطالبة، يجب عليك تقديم نموذج مطالبة Medi-Cal لتعويض المستفيد.

- يجب ملء نموذج المطالبة بالحبر الأزرق أو الأسود؛
- يجب أن يحتوي نموذج المطالبة على توقيع أصلي (لن يتم قبول أي نسخ)؛ ويجب أن يتضمن نموذج المطالبة ما يلي:

- صورة من البطاقة التعريفية للمستفيد (BIC) الخاصة ببرنامج Medi-Cal.
- إثبات الدفع. تشمل الأمثلة نسخة من شيك (شيكات) مُلغى (مُلغاة) من البنك (الأمم والخلف)، أو إيصال (إيصالات) من مقدم الخدمة الذي سددت له، أو إثبات السداد الإلكتروني، أو نسخة من الحوالة المالية. يجوز استخدام إقرار في بعض الحالات لشرح أو استكمال أو دعم المستندات أعلاه.
- نموذج سجل بيانات المدفوع له مكتمل.
- بالنسبة لتلك الخدمات التي تتطلب الحصول على تصريح من برنامج Medi-Cal، يتطلب توثيقاً من مقدم الخدمات الطبية أو خدمات طب الأسنان الذي يوضح ضرورة طبية للخدمة.
- بيان فواتير مُفصّل يشير إلى تاريخ (تواريخ) الخدمة؛ والخدمة (الخدمات) و/أو رمز (رموز) الخدمة التي دفعت مقابلها من مالك الخاص إلى مقدم (مقدمي) الخدمة.

**ملاحظة:** يُرجى استكمال صفحة معلومات مُقدّمي الرعاية الفردية لكل من مقدمي الخدمات والتأكد من إدراج المبلغ (الذي ترغب في استرداده) الذي دفعته إلى كل من مقدمي الخدمات.

**ما هو الابداع في الوقت المناسب؟**

1. مطالبات الخدمات المقدمة في 27 يونيو 1997 حتى 16 نوفمبر 2006: بالنسبة للخدمات المُقدّمة في الفترة ما بين 27 يونيو 1997 و16 نوفمبر 2006، يجب استلام مطالبتك قبل 16 نوفمبر 2007 أو في غضون 90 يوماً من استلام بطاقة Medi-Cal، أيهما يحدث لاحقاً.
2. المطالبات الخاصة بالخدمة (الخدمات) المُقدّمة بتاريخ 16 نوفمبر 2006 أو بعده: بالنسبة للخدمة (الخدمات) المُقدّمة بتاريخ 16 نوفمبر 2006 أو بعده، يجب تلقي مطالبتك في غضون سنة واحدة من تاريخ حصولك على الخدمة (الخدمات) أو في غضون 90 يوماً من استلام بطاقة Medi-Cal، أيهما يحدث لاحقاً.

**أين يمكنني إرسال المطالبات؟**

1. يجب إرسال المطالبات الخاصة باسترداد المبالغ المدفوعة للعلاجات الطبية، وعلاجات الصحة العقلية، وعلاجات الإدمان على الكحول والمخدرات، والخدمات الداعمة المنزلية عبر البريد إلى:

**Beneficiary Service Center, P.O. Box 138008, Sacramento, CA 95813-8008**

2. يجب إرسال المطالبات الخاصة باسترداد المبالغ المدفوعة لخدمات طب الأسنان عبر البريد إلى:

**Beneficiary Service Center, P.O. Box 526026, Sacramento, CA 95852-6026**

**نموذج مطالبة Medi-Cal لتعويض المستفيد (استرداد مبلغ الخدمات الطبية أو خدمات العناية بالأسنان)**

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الرجوع إلى التعليمات المرفقة أو الاتصال بمركز خدمة المستفيدين (BSC) على الرقم 403-2007 (916). للحصول على خدمة ترحيل المكالمات (TDD)، اتصل بالرقم 635-6491 (916).

**معلومات المستفيد (المريض):** يُرجى ملء جميع المعلومات المطلوبة أدناه بالخط الأزرق أو الأسود.

اسم العائلة:	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط:
عنوان المنزل (الرقم والشارع):	رقم الشقة:	رقم هاتف المنزل:
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه أو الرمز البريدي):	هاتف الرسائل:	
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
رقم الضمان الاجتماعي:	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة):	رقم تعريف Medi-Cal (BIC):

قم بتضمين سجل بيانات المدفوع له مكتمل ونسخة من بطاقة Medi-Cal الخاصة بك.

I. اذكر كلاً من مقدم (مقدمي) الخدمات الطبية أو خدمات طب الأسنان الذين قمت بسداد مبلغ (مبالغ) لهم وترغب في تقديم طلب استرداد المبلغ:

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

II. يُرجى إكمال الصفحتين 3 و4 منفصلتين من هذا النموذج لكل من مقدمي الخدمات المذكورين أعلاه. يجب إكمال نُسخ فردية من الصفحتين 3 و4 لكل من مقدمي الخدمات المذكورين أعلاه. يمكن نُسخ الصفحتين 3 و4 فقط ضوئياً. أو لطلب نُسخ من الصفحتين 3 و4، اتصل بمركز خدمات المستفيدين (BSC) على الرقم 403-2007 (916) أو 635-6491 (916) للحصول على خدمة ترحيل المكالمات (TDD).

III. قم بتوقيع وتاريخ الجزء السفلي من هذه الصفحة وتوقيع وتاريخ كل نسخة من الصفحة 3 التي تقوم بتضمينها في هذه المطالبة. تأكد من كتابة اسمك وعلاقتك.

**اتفاقية المستفيد:** (قد يشمل ذلك الممثل القانوني أو الممثل المفوض مع نسخة من الوثائق القانونية التي تفوضك بتمثيل المستفيد/المريض)

أصرح تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين وبموجب قوانين ولاية كاليفورنيا بأن جميع المعلومات الواردة في نموذج المطالبة هذا صحيحة ودقيقة وفقاً لأفضل ما لدي من معرفة واعتقاد. أنا أفوض لأي مقدم رعاية أو كيان آخر يقدم خدمات الرعاية الصحية للمستفيد المذكور أعلاه، بالإفصاح إلى الشركات و/أو شركاتها الأم أو الشركات التابعة لها أو من ينوب عنها، عن أي معلومات أو سجلات طبية تتعلق بهذه الخدمات. كما أنني أفوض Medi-Cal بالحصول على هذه المعلومات والإفصاح عنها فيما يتعلق بمعالجة المطالبات وبرامج الإدارة الطبية أو تنفيذ أي غرض قانوني آخر يتعلق بالمشاركة في خطة المزايا الصحية. أفهم أن برنامج Medi-Cal سيتعامل مع جميع المعلومات الصحية الشخصية وتلك الخاصة بكل أفراد الأسرة الذين يشملهم القانون، على أنها سرية، ولن يفصح عنها لأي غرض آخر.

الاسم بخط واضح: \_\_\_\_\_ العلاقة: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

(المستفيد/المريض أو الممثل القانوني أو الممثل المفوض)

## معلومات مقدم الخدمة

## (الفرد الذي يقدم خدمات طبية أو خدمات طب الأسنان)

لقد قمتُ بسداد المبلغ المذكور إلى مقدم الخدمة التالي للحصول على الخدمات الطبية أو خدمات العناية بالأسنان الموصوفة وطلب استرداد تكاليف الخدمات المشمولة بالتغطية من Medi-Cal.

اسم مقدم الخدمة:		رقم مقدم خدمة Medi-Cal: (إذا كان معروفاً)	
اسم جهة الاتصال:		رقم هاتف جهة الاتصال:	
العنوان: (الرقم والشارع)		رقم الهاتف:	
المدينة:		الولاية:	الرمز البريدي:
تاريخ (تواريخ) الخدمة (الخدمات) المقدمة:		إجمالي المبلغ المدفوع لمقدم الخدمة هذا:	

وصف الخدمة (الخدمات) إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر لوصف الخدمة (الخدمات)، فاستخدم الصفحة التالية:

--

✓ يُرجى تضمين نُسخ من:

- إثبات كل المدفوعات
- توثيق الضرورة الطبية إذا لزم الأمر
- أي مستندات أو أوراق تدعم مطالبتك
- بيان فواتير مُفصّل يشير إلى تاريخ (تواريخ) الخدمة؛ والخدمة (الخدمات) و/أو رمز (رموز) الخدمة التي دفعت مقابلها من مالك الخاص إلى مقدم (مقدمي) الخدمة.

**اتفاقية المستفيد:** (قد يشمل ذلك الممثل القانوني أو الممثل المفوض مع نسخة من الوثائق القانونية التي تفوضك بتمثيل المستفيد/المريض)

أصرّح تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين وبموجب قوانين ولاية كاليفورنيا بأن جميع المعلومات الواردة في نموذج المطالبة هذا صحيحة ودقيقة وفقاً لأفضل ما لدي من معرفة واعتقاد. أنا أفوض لأي مقدم رعاية أو كيان آخر يقدم خدمات الرعاية الصحية للمستفيد المذكور أعلاه، بالإفصاح إلى الشركات و/أو شركاتها الأم أو الشركات التابعة لها أو مَنْ ينوب عنها، عن أي معلومات أو سجلات طبية تتعلق بهذه الخدمات. كما أنني أفوض Medi-Cal بالحصول على هذه المعلومات والإفصاح عنها فيما يتعلق بمعالجة المطالبات وبرامج الإدارة الطبية أو تنفيذ أي غرض قانوني آخر يتعلق بالمشاركة في خطة المزايا الصحية. أفهم أن برنامج Medi-Cal سيتعامل مع جميع المعلومات الصحية الشخصية وتلك الخاصة بكل أفراد الأسرة الذين يشملهم القانون، على أنها سرية، ولن يفصح عنها لأي غرض آخر.

الاسم بخط واضح: \_\_\_\_\_ العلاقة: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

(المستفيد/المريض أو الممثل القانوني أو الممثل المفوض)

<input type="checkbox"/> MMCD	<input type="checkbox"/> Medical	<input type="checkbox"/> ADP	للاستخدام الرسمي فقط
أخرى:		<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Retro
المقاطعة حيث تتم الخدمة:		<input type="checkbox"/> DMH	<input type="checkbox"/> التقييم
رقم الحالة:		<input type="checkbox"/> IHSS	<input type="checkbox"/> Post

