Անդամների փոխհատուցման Medi-Cal հայցի ձևաթղթի ներկայացման հրահանգներ (բժշկական կամ ատամնաբուժական վճարի փոխհատուցում)

Ո՞վ կարող է հայց ներկայացնել:

Ցանկացած անձ, ով վճարել է բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայությունների համար, որոնք, իր կարծիքով, սովորաբար ծածկվում են Medi-Cal-ի կողմից, կարող է փոխհատուցման հայց ներկայացնել: Յուրաքանչյուր ոք, ով դիմում է շահառուի անունից, պետք է ներառի շահառուի հետ իր հարաբերությունը՝ ձևաթուղթը կամ հարակից որևէ փաստաթուղթ ստորագրելիս: Փոխհատուցում ստանալու նպատակով դուք պետք է ստացած և վճարած լինեք ծառայության համար՝

A. Ձեր կողմից ներկայացված դիմումի ամսաթվից մինչև երեք ամիս առաջ՝ հետադարձ իրավունքի ժամկետի ընթացքում, որը պետք է արդեն տրված լինի ձեր վարչաշրջանի կողմից և փաստաթղթավորված լինի ձեր գործում, կամ

B. Medi-Cal-ին ուղղված ձեր դիմումի վերաբերյալ որոշման սպասելիս: Եթե ծառայություններ եք ստացել 2006 թվականի փետրվարի 2-ին կամ դրանից հետո, փոխհատուցում ստանալու նպատակով դուք պետք է վճարած լինեք Medi-Cal ընդունող մատակարարին, կամ

C. Ձեր կողմից Medi-Cal քարտ ստանալուց հետո: Medi-Cal քարտն ստանալուց հետո կատարված վճարումների փոխհատուցում ստանալու համար դուք պետք է վճարած լինեք Medi-Cal ընդունող մատակարարին:

Ինչպե՞ս ներկայացնել հայց:

Հայց ներկայացնելու համար դուք պետք է ներկայացնեք Շահառուների փոխհատուցման Medi-Cal-ի հայցի ձևաթուղթ:

- Հայցի ձևաթուղթը պետք է լրացվի կապույտ կամ սև թանաքով,
- Հայցի ձևաթուղթը պետք է լինի բնօրինակ ստորագրությամբ (պատճենները չեն ընդունվում),

հայցի ձևաթուղթը պետք է ներառի.

- Ձեր՝ Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտի (BIC) լուսապատճենը:
- Վճարման ապացույց: Օրինակները ներառում են չեղարկված բանկային չեկ(եր) (դիմերեսից և դարձերեսից), մատակարարից ստացված վճարման ստացական(ներ), էլեկտրոնային վճարման ապացույց կամ դրամական հանձնարարականի պատճեն: Որոշ իրավիճակներում հայտարարագիրը կարող է օգտագործվել վերը նշված փաստաթղթերը բացատրելու, լրացնելու կամ դրանց աջակցելու համար:
- ՎՃԱՐՈՒՄ ՍՏԱՑՈՂԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ լրացված ձևաթուղթ:
- Այն ծառայությունների համար, որոնք կպահանջեին Medi-Cal-ի լիազորում, փաստաթղթեր՝ բժշկական կամ ատամնաբուժական մատակարարից, որոնք ցույց են տալիս ծառայության բժշկական անհրաժեշտությունը:
- Ծառայության ամսաթիվ(ներ)ը նշող վճարման հաշիվների մանրամասն քաղվածք. և ծառայություն(ներ) և/կամ ծառայության կոդ(եր), որոնց համար դուք եք վճարել մատակարար(ներ)ին:

Նշում. Խնդրում ենք մատակարարներից յուրաքանչյուրի համար լրացնել անհատական Մատակարարի տեղեկատվության էջը և անպայման նշել այն գումարը (որը ցանկանում եք, որ ձեզ փոխհատուցեն), որը վճարել եք մատակարարներից յուրաքանչյուրին:

Ի՞նչ է նշանակում ժամանակին դիմել:

1. Հայցեր այն ծառայությունների համար, որոնք տրվել են 1997 թվականի հունիսի 27-ից մինչև 2006 թվականի նոյեմբերի 16-ն ընկած ժամանակահատվածում. 1997 թվականի հունիսի 27-ից մինչև 2006 թվականի նոյեմբերի 16-ն ընկած ժամանակահատվածում տրամադրված ծառայությունների համար ձեր հայցերը պետք է ստացվեն մինչև 2007 թվականի նոյեմբերի 16-ը կամ ձեր Medi-Cal-ի քարտի ստացման օրվանից սկսած 90 օրվա ընթացքում, որը որ ավելի ուշ լինի:
2. 2006 թվականի նոյեմբերի 16-ին կամ դրանից հետո տրամադրված ծառայության (ծառայությունների) համար ներկայացված հայցեր: 2006 թվականի նոյեմբերի 16-ին կամ դրանից հետո տրամադրված ծառայության (ծառայությունների) համար ձեր կողմից ներկայացված հայցերը պետք է ստացվի ծառայություն(ների) մատուցման օրվանից մեկ տարվա ընթացքում կամ ձեր կողմից Medi-Cal քարտ ստանալու օրվանից 90 օրվա ընթացքում, որը որ ավելի ուշ է տեղի ունեցել:

Ո՞ւր եմ ուղարկում հայցերը:

1. Բժշկական, հոգեկան առողջության, ալկոհոլային խմիչքների և թմրանյութերի ծրագրով բուժման և Տնային օժանդակ ծառայություններին առնչվող հայցերը պետք է ուղարկվեն այստեղ՝
   Beneficiary Service Center, P.O. Box 138008, Sacramento, CA 95813-8008
2. Ատամնաբուժական ծառայությունների համար վճարների փոխհատուցման հայցերը պետք է ուղարկվեն այստեղ՝
   Beneficiary Service Center, P.O. Box 526026, Sacramento, CA 95852-6026

Medi-Cal-ի հայցի ձևաթուղթ շահառուի փոխհատուցման համար (բժշկական կամ ատամնաբուժական վճարման գումարի վերադարձի համար)

Հարցերի դեպքում տեսեք կցված հրահանգները կամ զանգահարեք Շահառուների սպասարկման կենտրոն (BSC) (916) 403-2007 հեռախոսահամարով: TDD ծառայությունների համար զանգահարեք (916) 635-6491 հեռախոսահամարով:

Շահառուների (բուժառու) տեղեկատվություն. Խնդրում ենք լրացնել ներքևում պահանջված ողջ տեղեկությունները կապույտ կամ սև թանաքով:

Ազգանուն՝	Անուն՝			Միջին անվան սկզբնատառեր՝
Տան հասցե (համարը և փողոցը)			Բնակարանի համարը՝	Տան հեռախոսահամար՝
Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝	Վարչաշրջան՝	Աշխատանքային հեռախոսահամար՝
Փոստային հասցե (եթե տարբերվում են վերոնշյալներից կամ փոստարկղ)				Հաղորդագրության հեռախոսահամար՝
Քաղաք՝			Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Սոցիալական ապահովության (SSN) համար՝	Ծննդյան ամսաթիվ (ԱԱ/ՕՕ/ՍՍՍՍ)՝		Medi-Cal ID-ի համար (BIC)՝	

Ներառեք ստացողի տվյալների լրացված գրառումը և ձեր Medi-Cal քարտի պատճենը:

I. **Նշեք բժշկական կամ ատամնաբուժական մատակարար(ներ)ից յուրաքանչյուրին, ում վճարում(ներ) եք կատարել և ցանկանում եք ստանալ վճարման (վճարումների) փոխհատուցում՝**

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

II. **Խնդրում ենք լրացնել այս ձևաթղթի առանձին 3-րդ և 4-րդ էջերը՝ վերը թվարկված յուրաքանչյուր մատակարարի համար: 3-րդ և 4-րդ էջերի առանձին պատճենները պետք է լրացվեն վերը թվարկված մատակարարներից յուրաքանչյուրի համար: Միայն 3-րդ և 4-րդ էջերը կարող են լուսապատճենվել: Կամ 3-րդ և 4-րդ էջերի պատճենները ստանալու նպատակով զանգահարեք BSC՝ (916) 403-2007 հեռախոսահամարով, կամ TDD-ի համար՝ (916) 635-6491 հեռախոսահամարով:**

III. **Ստորագրեք և թվագրեք այս էջի ներքևում, ինչպես նաև ստորագրեք և թվագրեք 3-րդ էջի յուրաքանչյուր օրինակը, որը կցում եք սույն հայցին: Համոզվեք, որ նշել եք ձեր անունն ու հարաբերությունը:**

Շահառուի համաձայնագիր. (Կարող է ներառել օրինական ներկայացուցիչ կամ լիազորված ներկայացուցիչ՝ օրինական փաստաթղթերի պատճենի հետ միասին, որոնք թույլ են տալիս ներկայացնել շահառուին/բուժառուին)

California նահանգի օրենսդրության համաձայն, ակնհայտ սուտ տվյալների տրամադրման համար նախատեսված պատասխանատվության ներքո՝ ես հայտարարում եմ, որ հայցի սույն ձևաթղթում նշված ողջ տեղեկություններն իմ գիտելիքների և համոզմունքների չափով ճշմարիտ են և ճշգրիտ: Ես վերը նշված շահառուին առողջապահական ծառայություններ մատուցող ցանկացած խնամքի մատակարարի կամ այլ սուբյեկտի լիազորում եմ տրամադրել Ընկերություններին և/կամ նրանց մայր, դուստր ձեռնարկություններին կամ լիազորված անձանց այդ ծառայությունների հետ կապված ցանկացած տեղեկատվություն կամ բժշկական գրառումներ: Ես նաև լիազորում եմ Medi-Cal-ին ստանալ և տարածել հայցերի մշակման, բժշկական կառավարման ծրագրերի կամ առողջության նպաստների ծրագրին մասնակցելու հետ կապված որևէ այլ օրինական նպատակների վերաբերյալ տեղեկատվություն: Ես հասկանում եմ, որ Medi-Cal-ը կվերաբերի ողջ անձնական առողջապահական տեղեկատվությանը, ինչպես նաև ընտանիքի ապահովագրված բոլոր անդամների անձնական առողջապահական տեղեկություններին որպես գաղտնի և չի բացահայտի դրանք որևէ այլ նպատակով:

Անունը տպատառ՝ _____ Հարաբերություն՝ _____

Ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

(Շահառու/Բուժառու, օրինական ներկայացուցիչ կամ լիազորված ներկայացուցիչ)

Մատակարարի վերաբերյալ տեղեկատվություն (Բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայություններ տրամադրող անհատ)

Նշված վճարումը ես կատարել եմ հետևյալ մատակարարին՝ նկարագրված բժշկական կամ ատամնաբուժական ծառայությունների համար և պահանջում եմ փոխհատուցել Medi-Cal-ով ապահովագրված ծառայությունների համար՝

Մատակարարի անունը՝		Medi-Cal-ի մատակարարի համարը՝ (եթե հայտնի է)
Կոնտակտային անձի անուն՝		Կոնտակտի անձի հեռախոսահամար՝
Հասցե՝ (համարը և փողոցը)		Հեռախոսահամար՝
Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
Ծառայության(ների) մատուցման ամսաթիվ(ամսաթվեր)ը՝	Այս մատակարարին վճարված ընդհանուր գումարը՝	

Ծառայության(ների) նկարագրությունը, եթե ձեզ պետք է ավելի շատ հատված ծառայություն(ներ)ը նկարագրելու համար, օգտագործեք հաջորդ էջը.

✓ Խնդրում ենք ներառել նշվածների լուսապատճենները՝

- Բոլոր վճարումների ապացույց
- Բժշկական անհրաժեշտության փաստաթղթավորում, եթե պարտադիր է
- Ցանկացած փաստաթուղթ կամ թղթաբանություն, որն օժանդակում է ձեր հայցին
- Վճարային հաշվի մանրամասն քաղվածք, որը ցույց է տալիս ծառայության ամսաթիվ(ամսաթվեր)ը և ծառայություն(ներ)ը և/կամ ծառայության ծածկագրերը, որոնց համար դուք ինքներդ եք վճարել մատակարար(ներ)ին

Շահառուի համաձայնագիր. (Կարող է ներառել օրինական ներկայացուցիչ կամ լիազորված ներկայացուցիչ՝ օրինական փաստաթղթերի պատճենի հետ միասին, որոնք թույլ են տալիս ներկայացնել շահառուին/պացիենտին)

California նահանգի օրենսդրության համաձայն, ակնհայտ սուտ տվյալների տրամադրման համար նախատեսված պատասխանատվության ներքո՝ ես հայտարարում եմ, որ հայցի սույն ձևաթղթում նշված ողջ տեղեկություններն իմ գիտելիքների և համոզմունքների չափով ճշմարիտ են և ճշգրիտ: Ես վերը նշված շահառուին առողջապահական ծառայություններ մատուցող ցանկացած խնամքի մատակարարի կամ այլ սուբյեկտի լիազորում եմ տրամադրել Ընկերություններին և/կամ նրանց մայր, դուստր ձեռնարկություններին կամ լիազորված անձանց այդ ծառայությունների հետ կապված ցանկացած

տեղեկատվություն կամ բժշկական գրառումներ: Ես նաև լիազորում եմ Medi-Cal-ին ստանալ և տարածել հայցերի մշակման, բժշկական կառավարման ծրագրերի կամ առողջության նպաստների ծրագրին մասնակցելու հետ կապված որևէ այլ օրինական նպատակների վերաբերյալ տեղեկատվություն: Ես հասկանում եմ, որ Medi-Cal-ը կվերաբերի ողջ անձնական առողջապահական տեղեկատվությանը, ինչպես նաև ընտանիքի ապահովագրված բոլոր անդամների անձնական առողջապահական տեղեկություններին որպես գաղտնի և չի բացահայտի դրանք որևէ այլ նպատակով:

Անունը տպատառ՝ _____ Հարաբերություն՝ _____

Ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

(Շահառու/Բուժառու, օրինական ներկայացուցիչ կամ լիազորված ներկայացուցիչ)

Միայն պաշտոնական օգտագործման համար

☐ Ռետրո
☐ Գնահատում
☐ Փոստ

☐ ADP ☐ Բժշկական ☐ MMCD
☐ Ատամնաբուժական
☐ DMH
☐ IHSS

Այլ՝ _____
Ծառայությունների մատուցման վարչաշրջան՝ _____
Գործի համար՝

Ծառայության(ծառայությունների) նկարագրություն (շարունակություն).