

دستورالعمل‌های مربوط به ارسال فرم مطالبه Medi-Cal برای بازپرداخت ذینفع (بازپرداخت هزینه پزشکی یا دندانپزشکی)

چه کسی می‌تواند درخواست مطالبه کند؟

هرکسی که هزینه خدمات پزشکی یا دندانپزشکی را پرداخت کرده باشد و فکر می‌کند این خدمات به‌طور معمول تحت پوشش Medi-Cal است، می‌تواند مطالبه بازپرداخت را مطرح کند. هرکسی که به نمایندگی از ذینفع مطالبه را مطرح می‌کند، باید در هنگام امضای این فرم یا هرگونه اسناد مربوطه نسبت خود را با عضو درج نماید. به منظور انجام بازپرداخت، باید این خدمات را در بازه زمانی زیر دریافت و هزینه آنها را پرداخت کرده باشید:

A. در طول مدت واد شرایط بودن عطف به ماسبق حداکثر سه ماه قبل از تاریخ ثبت تقاضانامه شما که باید کانتی شما آن را قبلاً در اختیار شما قرار داده و در پرونده شما ثبت شده باشد؛ یا

B. در حالی که منتظر تصمیم‌گیری در مورد درخواست Medi-Cal خود هستید. اگر خدمات را در تاریخ 2 فوریه 2006 یا پس از آن دریافت کرده‌اید، برای بازپرداخت هزینه‌ها، باید هزینه را به ارائه‌دهنده‌ای پرداخت کرده باشید که Medi-Cal را می‌پذیرد؛ یا

C. بعد از اینکه کارت Medi-Cal خود را دریافت کردید. به منظور بازپرداخت پرداخت‌های انجام شده پس از دریافت کارت Medi-Cal باید هزینه را به ارائه‌دهنده‌ای پرداخت کرده باشید که Medi-Cal را می‌پذیرد.

خطور مطالبه را مطرح کنم؟

برای طرح مطالبه، باید یک فرم مطالبه Medi-Cal برای بازپرداخت اعضا را ارائه دهید.

- فرم مطالبه باید با خودکار آبی یا مشکی پر شود؛
- فرم مطالبه باید دارای امضای اصلی (کپی قابل قبول نیست)

باشد؛ فرم مطالبه باید حاوی این موارد باشد:

- فتوکپی از کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) خود.
 - مدرک پرداخت. مثال‌ها عبارتند از کپی چک(های) برگشتی بانک (پشت و رو)، رسید(های) ارائه دهنده‌ای که به وی هزینه پرداخت کرده‌اید، مدرک پرداخت الکترونیک یا کپی حواله پول. ممکن است برای توضیح، تکمیل یا تأیید اسناد بالا از بیانیه استفاده شود.
 - فرم سوابق داده‌های دریافت‌کننده که تکمیل شده باشد.
 - در مورد آن دسته از خدماتی که نیاز به مجوز Medi-Cal دارند، اسنادی از ارائه‌دهنده خدمات پزشکی یا دندانپزشکی که ضرورت پزشکی خدمات را نشان دهد.
 - ریز صورت حساب حاوی تاریخ(های) خدمات، و خدمات و/یا کد(های) خدمات که بابت آنها از جیب خود به ارائه‌دهنده(ها) هزینه پرداخت کرده‌اید.
- توجه:** لطفاً صفحه اطلاعات ارائه‌دهنده جداگانه را برای هریک از ارائه‌دهندگان تکمیل کنید و حتماً مبلغی را که به هر یک از ارائه‌دهندگان پرداخت کرده‌اید (و می‌خواهید بازپرداخت شود) را ذکر نمایید.

مطرح کردن به‌موقع چیست؟

1. مطالبات مربوط به خدماتی که در 27 ژوئن 1997 تا 16 نوامبر 2006 ارائه شدند: برای خدمات ارائه شده بین 27 ژوئن 1997 تا 16 نوامبر 2006؛ مطالبه شما باید تا 16 نوامبر 2007 یا ظرف 90 روز از زمان دریافت کارت Medi-Cal خود، هر کدام که دیرتر باشد، دریافت شود.
2. مطالبه‌های مربوط به خدمات ارائه شده در تاریخ 16 نوامبر 2006 یا بعد از آن: برای خدمات ارائه شده در تاریخ 16 نوامبر 2006 یا بعد از آن، مطالبه شما باید ظرف یک سال از تاریخی که خدمات را دریافت کرده‌اید یا ظرف 90 روز از زمان دریافت کارت Medi-Cal خود، هر کدام که دیرتر باشد، دریافت گردد.

مطالبات را به کجا ارسال کنم؟

1. مطالبه‌های بازپرداخت بابت پرداخت‌های انجام شده جهت درمان‌های پزشکی، سلامت روان، برنامه الکل و مواد مخدر و خدمات حمایتی در منزل باید از طریق پست به این آدرس ارسال شود:

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

2. مطالبه‌های بازپرداخت مربوط به خدمات دندانپزشکی باید از طریق پست به این آدرس ارسال گردد:

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

فرم مطالبه Medi-Cal برای بازپرداخت ذینفع

(بازپرداخت هزینه پزشکی یا دندانپزشکی)

اگر هرگونه سوالی دارید لطفاً به دستورالعمل‌های پیوست شده مراجعه کرده یا با مرکز خدمات اعضا (BSC) به شماره 403-2007 (916) تماس بگیرید. درخصوص خدمات TDD با شماره 635-6491 (916) تماس بگیرید.

اطلاعات ذینفع (بیمار): لطفاً تمام اطلاعات درخواستی زیر را با خودکار آبی یا سیاه پر کنید.

نام خانوادگی:		نام:		حروف اول نام میانی:	
آدرس منزل (پلاک و خیابان):		شماره آپارتمان:		شماره تلفن منزل:	
شهر:	ایالت:	کدپستی:	ناحیه:	شماره تلفن محل کار:	
آدرس‌های پستی (در صورتی که با بالایی متفاوت باشد یا صندوق پستی):			تلفن پیام‌رسانی:		
شهر:	ایالت:	کدپستی:			
شماره تأمین اجتماعی:		تاریخ تولد (ماه/روز/سال):		شماره شناسایی (BIC#): Medi-Cal	

سوابق داده‌های دریافت‌کننده که تکمیل شده باشد و یک کپی از کارت Medi-Cal خود را ضمیمه کنید.

I. هرکدام از ارائه‌دهندگان پزشکی یا دندانپزشکی که به آنها هزینه پرداخت کرده‌اید و مایل به دریافت هزینه (های) پرداختی هستید را ذکر کنید:

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

II. لطفاً صفحات 3 و 4 این فرم را برای هر ارائه‌دهنده ذکر شده در بالا تکمیل کنید. نسخه‌های جداگانه صفحات 3 و 4 باید برای هریک از

ارائه‌دهندگان ذکر شده در بالا تکمیل شود. فقط از صفحات 3 و 4 می‌توان فتوکپی گرفت. یا برای درخواست کپی صفحات 3 و 4 با BSC به شماره 403-2007 (916) یا 635-6491 (916) جهت TDD تماس بگیرید.

III. پایین این صفحه را امضا کرده و تاریخ بزنید و هر کپی از صفحه 3 که به همراه این مطالبه ارائه کرده‌اید را امضا کنید و تاریخ بزنید. حتماً نام و نسبت خود را با حروف بزرگ و خوانا بنویسید.

قرارداد عضو: (می‌تواند شامل نماینده قانونی یا نماینده مجاز به همراه یک کپی از مدارک قانونی باشد که به شما این اجازه را می‌دهند که نماینده عضو/بیمار باشید)

بر طبق قوانین ایالت کالیفرنیا و با در نظر گرفتن مجازات شهادت کذب اعلام می‌دارم که تمام اطلاعات موجود در این فرم مطالبه بنا به اطلاع و اعتقاد من درست و دقیق است. من به هر ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی یا شخص دیگری که خدمات مراقبت‌های بهداشتی را به عضو ذکر شده در بالا ارائه می‌دهد اجازه می‌دهم هرگونه اطلاعات یا سوابق پزشکی مربوط به این خدمات را نزد شرکت‌ها و/یا شرکت‌های مادر، شرکت‌های وابسته یا نمایندگان آن افشا کند. همچنین به Medi-Cal اجازه می‌دهم که چنین اطلاعاتی را در رابطه با رسیدگی به مطالبه‌ها، برنامه‌های مدیریت پزشکی یا انجام هر هدف قانونی دیگری درخصوص مشارکت در طرح مزایای بهداشتی دریافت و افشا کند. متوجه هستم که Medi-Cal تمام اطلاعات بهداشتی شخصی و همچنین اطلاعات اعضای خانواده تحت پوشش را محرمانه تلقی خواهد کرد و آنها را برای هیچ هدف دیگری افشا نمی‌کند.

نام با حروف بزرگ و خوانا: _____ نسبت: _____

امضا: _____ تاریخ: _____

(عضو/بیمار، نماینده قانونی یا نماینده مجاز)

اطلاعات ارائه‌دهنده

(هریک از ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی یا دندانپزشکی)

من پرداخت ذکر شده را جهت خدمات پزشکی یا دندانپزشکی شرح داده شده به ارائه‌دهنده زیر انجام داده‌ام و درخواست بازپرداخت خدمات تحت پوشش Medi-Cal را دارم.

نام ارائه‌دهنده:		شماره ارائه‌دهنده Medi-Cal: (در صورت اطلاع)	
نام مسئول پاسخگویی:		شماره تلفن مسئول پاسخگویی:	
آدرس فیزیکی: (پلاک و خیابان)		شماره تلفن:	
شهر:	ایالت:	کدپستی:	
تاریخ(های) خدمات ارائه شده:		کل مبلغ پرداختی به این ارائه‌دهنده:	

شرح خدمات در صورتی که برای توصیف خدمات به جای خالی بیشتری نیاز دارید، از صفحه بعدی استفاده کنید:

--

✓ لطفا فتوکپی این موارد را ارائه دهید:

- مدرک پرداخت
 - مستندات ضرورت پزشکی در صورت نیاز
 - هر گونه مدرک یا برگه‌ای که مطالبه شما را تایید می‌کند
 - ریز صورت حساب حاوی تاریخ(های) خدمات، و خدمات و/یا کد(های) خدمات که بابت آنها از جیب خود به ارائه‌دهنده هزینه پرداخت کرده‌اید
- قرارداد عضو:** (می‌تواند شامل نماینده قانونی یا نماینده مجاز به همراه یک کپی از مدارک قانونی باشد که به شما این اجازه را می‌دهند که نماینده عضو/بیمار باشید)

بر طبق قوانین ایالت کالیفرنیا و با در نظر گرفتن مجازات شهادت کذب اعلام می‌دارم که تمام اطلاعات موجود در این فرم مطالبه بنا به اطلاع و اعتقاد من درست و دقیق است. من به هر ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی یا شخص دیگری که خدمات مراقبت‌های بهداشتی را به عضو ذکر شده در بالا ارائه می‌دهد اجازه می‌دهم هرگونه اطلاعات یا سوابق پزشکی مربوط به این خدمات را نزد شرکت‌ها و/یا شرکت‌های مادر، شرکت‌های وابسته یا نمایندگان آن افشا کند. همچنین به Medi-Cal اجازه می‌دهم که چنین اطلاعاتی را در رابطه با رسیدگی به مطالبه‌ها، برنامه‌های مدیریت پزشکی یا انجام هر هدف قانونی دیگری درخصوص مشارکت در طرح مزایای بهداشتی دریافت و افشا کند. متوجه هستم که Medi-Cal تمام اطلاعات بهداشتی شخصی و همچنین اطلاعات اعضای خانواده تحت پوشش را محرمانه تلقی خواهد کرد و آنها را برای هیچ هدف دیگری افشا نمی‌کند.

نام با حروف بزرگ و خوانا: _____ نسبت: _____

امضا: _____ تاریخ: _____

(عضو/بیمار، نماینده قانونی یا نماینده مجاز)

فقط جهت استفاده اداری	ADP <input type="checkbox"/>	پزشکی <input type="checkbox"/>	MMCD <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عطف به ماسبق	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی	سایر: _____	
<input type="checkbox"/> ارزیابی	DMH <input type="checkbox"/>	کانتی محل خدمات: _____	
<input type="checkbox"/> پست	IHSS <input type="checkbox"/>	شماره پرونده: _____	

