प्रतिपूर्ति (चिकित्सीय या दंत-चिकित्सा भुगतान की धन-वापसी) के लिए Medi-Cal दावा फॉर्म जमा करने संबंधी निर्देश

दावा कौन कर सकता है?

कोई ऐसा व्यक्ति जिसने ऐसी चिकित्सकीय या दंत-चिकित्सा सेवाओं के लिए भुगतान किया है जिसके बारे में उसको लगता है कि सामान्यतया वे Medi-Cal द्वारा कवर की जाती हैं, तो वे धन-वापसी (रिफंड) के लिए दावा कर सकते हैं।किसी लाभार्थी की तरफ से दावा करने वाले किसी भी व्यक्ति के लिए, फॉर्म या किसी भी संबंधित दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करते समय, लाभार्थी के साथ अपना संबंध बताना अनिवार्य है।धन-वापसी प्राप्त करने के लिए, अनिवार्य है कि आपने निम्नलिखित समय में सेवा प्राप्त की थी और भुगतान किया था:

A. आपके द्वारा किए गए आवेदन की तारीख से तीन महीने पहले तक की पूर्व प्रभावी पात्रता अवधि के दौरान जिसे आपकी काउंटी द्वारा प्रदान किया और आपकी फाइल पर प्रलेखित होना चाहिए; या

B. जब आपने अपने Medi-Cal अनुरोध के निर्णय का इंतज़ार किया था।यदि आपने सेवाएँ 2 फरवरी, 2006 को या इसके बाद प्राप्त की थीं, तो भुगतानों के लिए धन-वापसी प्राप्त करने के लिए, आपके द्वारा Medi-Cal स्वीकार करने वाले प्रदाता को भुगतान किया गया होना ज़रूरी है; या

C. आपके द्वारा अपना Medi-Cal कार्ड प्राप्त करने के बाद।आपके द्वारा अपना Medi-Cal कार्ड प्राप्त करने के बाद किए गए भुगतानों की धन-वापसी प्राप्त करने के लिए, आपके द्वारा Medi-Cal स्वीकार करने वाले प्रदाता को भुगतान किया गया होना ज़रूरी है।

मैं दावा कैसे दायर करूँ?

दावा दायर करने के लिए, आपको लाभार्थी प्रतिपूर्ति के लिए Medi-Cal दावा फॉर्म जमा करवाना होगा।

- दावा फॉर्म को नीली या काली स्याही से भरा जाना चाहिए;
- दावा फॉर्म पर मूल हस्ताक्षर (कोई भी कॉपी स्वीकार नहीं की जाएगी) होने चाहिए; दावा

फॉर्म में निम्नलिखित शामिल होने चाहिए:

- आपके Medi-Cal लाभार्थी पहचान कार्ड (BIC) की एक फोटो कॉपी।
- भुगतान का प्रमाण।उदाहरणों में बैंक की तरफ से कैंसल किए गए चैक(कों) (अगला और पिछला भाग) की प्रति, जिस प्रदाता को आपने भुगतान किया था उसकी तरफ से रसीद(दें), इलेक्ट्रॉनिक भुगतान का प्रमाण, या मनी ऑर्डर की प्रति शामिल है।उपरोक्त दस्तावेज़ों की व्याख्या करने, उनको पूरक बनाने, या समर्थित करने के लिए कुछ स्थितियों में घोषणा-पत्र का इस्तेमाल किया जा सकता है,
- संपूर्ण प्राप्तकर्ता डेटा रिकॉर्ड (PAYEE DATA RECORD) फॉर्म।
- जिन सेवाओं के लिए Medi-Cal प्राधिकरण की आवश्यकता हो सकती है, चिकित्सकीय या दंत-चिकित्सा प्रदाता की तरफ से ऐसे दस्तावेज़ जो उस सेवा की चिकित्सकीय आवश्यकता को दर्शाते हों।
- एक मदवार बिलिंग स्टेटमेंट जिसमें सेवा के दिन(नों); और उन सेवा(ओं) और/या सेवा कोड(डों) का विवरण होना चाहिए जिनके लिए आपने प्रदाता(ओं) को अपनी जेब से भुगतान किया था।

ध्यान दें: कृपया प्रत्येक प्रदाता व्यक्तिगत प्रदाता जानकारी पृष्ठ को भरें और उस राशि को बताना सुनिश्चित करें (जिसकी आप प्रतिपूर्ति चाहते हैं) जिसका भुगतान आपने प्रत्येक प्रदाता को किया था।

समय पर फाइल करने का क्या अर्थ है?

1. 27 जून 1997 से लेकर 16 नवंबर 2006 तक प्रदान की गए सेवाओं के लिए दावे:27 जून 1997 से लेकर 16 नवंबर 2006 तक प्रदान की गए सेवाओं के लिए, आपका दावा 16 नवंबर 2007 तक या आपके Medi-Cal कार्ड के प्राप्त होने के 90 दिनों के भीतर, जो भी बाद में होता है, प्राप्त हो जाना चाहिए।
2. 16 नवंबर 2006 को या इसके बाद प्रदान की गई सेवा(ओं) के लिए दावे:16 नवंबर 2006 को या इसके बाद प्रदान की गई सेवा(ओं) के लिए, आपका दावा, सेवा(एँ) प्राप्त करने की तिथि से एक वर्ष के अंदर या आपका Medi-Cal कार्ड प्राप्त होने के 90 दिनों के अंदर, जो भी बाद में होता है, प्राप्त हो जाना चाहिए।

मैं दावे कहाँ भेज सकता हूँ?

1. चिकित्सा, मानसिक स्वास्थ्य, शराब और नशीले पदार्थ प्रोग्राम उपचारों के लिए, और घर में सहायता सेवाओं हेतु किए गए भुगतानों के लिए धन-वापसी के दावे यहाँ भेजे जा सकते हैं:
   Beneficiary Service Center, P.O. Box 138008, Sacramento, CA 95813-8008
2. दंत-चिकित्सा सेवाओं हेतु किए गए भुगतानों के धन-वापसी के दावे यहाँ भेजे जा सकते हैं:
   Beneficiary Service Center, P.O. Box 526026, Sacramento, CA 95852-6026

लाभार्थी प्रतिपूर्ति (चिकित्सीय या दंत-चिकित्सा भुगतान की धन-वापसी) के लिए Medi-Cal दावा फॉर्म

यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया संलग्न निर्देश देखें या लाभार्थी सेवा केंद्र (BSC) को (916) 403-2007 पर कॉल करें।TDD सेवा के लिए (916) 635-6491 पर कॉल करें।

लाभार्थी (रोगी) की जानकारी: कृपया नीचे दी गई सारी जानकारी नीली या काली स्याही वाले पेन से भरें।

अंतिम नाम:	पहला नाम:			मध्य आद्याक्षर:
घर का पता (नंबर और गली):			अपार्टमेंट नंबर:	घर का फ़ोन:
शहर:	राज्य:	ज़िप:	काउंटी:	कार्य फ़ोन:
डाक पता (यदि उपरोक्त या पी.ओ. बॉक्स से भिन्न है):				मैसेज फ़ोन:
शहर:			राज्य:	ज़िप:
सोशल सिक्योरिटी नंबर:	जन्म तिथि (मम/दद/वववव):		Medi-Cal आईडी नंबर(BIC):	

एक पूर्ण भुगतान प्राप्तकर्ता डेटा रिकॉर्ड और अपने Medi-Cal कार्ड की एक प्रति शामिल करें।

I. प्रत्येक ऐसे चिकित्सकीय या दंत प्रदाता(ओं) को सूचीबद्ध करें, जिनको आपने भुगतान किया(ए) है(हैं) और भुगतान(नों) की धन-वापसी चाहते हैं:

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

II. ऊपर सूचीबद्ध प्रत्येक प्रदाता के लिए कृपया इस फॉर्म के अलग-अलग पृष्ठ 3 और 4 को पूरा करें।उपरोक्त सूचीबद्ध प्रदाताओं में से प्रत्येक के लिए पृष्ठ 3 और 4 की व्यक्तिगत प्रतियां पूरी की जानी चाहिए।केवल पृष्ठ 3 और 4 की फोटोकॉपी की जा सकती है।या पृष्ठ 3 और 4 की प्रतियों का अनुरोध करने के लिए (916) 403-2007 पर BSC को, या TDD के लिए (916) 635-6491 पर कॉल करें।

III.**इस पृष्ठ के नीचे हस्ताक्षर के साथ तिथि डालें और पृष्ठ 3 की उस प्रत्येक कॉपी पर हस्ताक्षर के साथ तिथि डालें जिसे आप इस दावे के साथ शामिल कर रहे हैं।अपना नाम और संबंध स्पष्ट अक्षरों में लिखना सुनिश्चित करें।**

<u>लाभार्थी समझौता:</u>(लाभार्थी/रोगी का प्रतिनिधित्व करने के लिए आपको प्राधिकृत करने वाले कानूनी दस्तावेज़ों की एक प्रति के साथ कानूनी प्रतिनिधि या प्राधिकृत प्रतिनिधि को शामिल किया जा सकता है)

मैं California राज्य के कानूनों के तहत झूठी गवाही के दंड के तहत घोषणा करता/ती हूं कि इस दावे में दी गई सारी जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही और सटीक है।मैं ऐसे किसी देखभाल-प्रदाता या अन्य इकाई को अधिकृत करता/ती हूं जो ऊपर सूचीबद्ध लाभार्थी को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करता है, कि वे इन सेवाओं से संबंधित किसी भी जानकारी या चिकित्सा अभिलेखों को कंपनियों और/या उनके मूल-जनक, सहयोगियों या पदनामितों को जारी कर सकते हैं।मैं प्रसंस्करण लाभ, चिकित्सा प्रबंधन कार्यक्रमों के संबंध में या स्वास्थ्य लाभ योजना में भागीदारी से संबंधित किसी अन्य वैध उद्देश्य को पूरा करने के लिए इस तरह की जानकारी प्राप्त करने और जारी करने के लिए Medi-Cal को भी अधिकृत करता/ती हूं।मैं समझता/ती हूं कि Medi-Cal सारी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी और सभी कवर परिवार के सदस्यों की जानकारी के साथ गोपनीयता से पेश आएगा और किसी अन्य उद्देश्य के लिए इसका खुलासा नहीं करेगा।

स्पष्ट अक्षरों में नाम:_____ संबंध: _____

हस्ताक्षर:___ तिथि: _____

_____

(लाभार्थी/रोगी, कानूनी प्रतिनिधि या प्राधिकृत प्रतिनिधि)

प्रदाता जानकारी

(चिकित्सकीय या दंत सेवाएं प्रदान करने वाला व्यक्ति)

मैंने वर्णित चिकित्सा या दंत चिकित्सा सेवाओं के लिए निम्नलिखित प्रदाता को सूचीबद्ध भुगतान किया है और Medi-Cal में शामिल सेवाओं के लिए प्रतिपूर्ति का अनुरोध किया है।

प्रदाता का नाम:		Medi-Cal प्रदाता संख्या: (यदि ज्ञात हो)
संपर्क नाम:		संपर्क फ़ोन नंबर:
घर का पता: (संख्या और सड़क)		फ़ोन नंबर:
शहर:	राज्य:	ज़िप:
तिथि(याँ) जब सेवा(एं) प्रदान की गई:	इस प्रदाता को अदा की गई कुल राशिः	

<u>सेवा(ओं) का विवरण</u> <u>यदि आपको सेवा(ओं) का वर्णन करने के लिए अधिक जगह चाहिए, तो अगले पृष्ठ का उपयोग करें:</u>

✓ कृपया निम्नलिखित की फोटोकॉपी शामिल करें:

- सभी भुगतानों का प्रमाण
- चिकित्सकीय आवश्यकता का प्रलेखन यदि आवश्यक है
- आपके दावे का समर्थन करने वाले कोई भी दस्तावेज़ या कागजात
- एक मदवार बिलिंग स्टेटमेंट जिसमें सेवा के दिन(नों); और उन सेवा(ओं) और/या सेवा कोडों का विवरण होना चाहिए जिनके लिए आपने प्रदाता(ओं) को अपनी जेब से भुगतान किया था

<u>लाभार्थी समझौता:</u>(लाभार्थी/रोगी का प्रतिनिधित्व करने के लिए आपको प्राधिकृत करने वाले कानूनी दस्तावेज़ों की एक प्रति के साथ कानूनी प्रतिनिधि या प्राधिकृत प्रतिनिधि को शामिल किया जा सकता है)

मैं California राज्य के कानूनों के तहत झूठी गवाही के दंड के तहत घोषणा करता/ती हूं कि इस दावे में दी गई सारी जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सही और सटीक है।मैं ऐसे किसी देखभाल-प्रदाता या अन्य इकाई को अधिकृत करता/ती हूं जो ऊपर सूचीबद्ध लाभार्थी को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करता है, कि वे इन सेवाओं से संबंधित किसी भी जानकारी या चिकित्सा अभिलेखों को कंपनियों और/या उनके मूल-जनक, सहयोगियों या पदनामितों को जारी कर सकते हैं।मैं प्रसंस्करण लाभ, चिकित्सा प्रबंधन कार्यक्रमों के संबंध में या स्वास्थ्य लाभ योजना में भागीदारी से संबंधित किसी अन्य वैध उद्देश्य को पूरा करने के लिए इस तरह की जानकारी प्राप्त करने और जारी करने के लिए Medi-Cal को भी अधिकृत करता/ती हूं।मैं समझता/ती हूं कि Medi-Cal सारी व्यक्तिगत स्वास्थ्य जानकारी और सभी कवर परिवार के सदस्यों की जानकारी के साथ गोपनीयता से पेश आएगा और किसी अन्य उद्देश्य के लिए इसका खुलासा नहीं करेगा।

स्पष्ट अक्षरों में नाम:_____ संबंध: _____

तिथि:_____

हस्ताक्षर:_____

(लाभार्थी/रोगी, कानूनी प्रतिनिधि या प्राधिकृत प्रतिनिधि)

केवल आधिकारिक उपयोग के लिए

☐ रीट्रो
☐ मूल्यांकन
☐ पोस्ट

☐ ADP
☐ डेंटल
☐ DMH
☐ IHSS

☐ मेडीकल ☐ MMCD

अन्य: _____

सेवा की काउंटी: _____

केस नंबर:

सेवा(ओं) का विवरण (जारी):