受益者への払い戻し（医療費または歯科支払の払い戻し）に関する Medi-Cal請求書の提出方法について

請求を申請できる人

通常はMedi-Calの支払いの対象となると考えられる医療サービスまたは歯科サービスに対して支払いを行った人は、払い戻しの請求をすることができます。受益者の代理で提出する人は、フォームまたは関連文書に署名する際、受益者との関係を明記する必要があります。払い戻しを受けるためには、以下の期間にサービスを受け、支払いを行っている必要があります。

A. あなたの国で承認済みであり、かつあなたのファイル中に記録のある請求で、申請日から最長3か月前までの遡及的な適格期間中、または

B. Medi-Cal申請の決定までの待機期間中。2006年2月2日以降にサービスを受けた場合、支払いの払い戻しを受けるには、Medi-Calを受け付けたヘルスケア提供者（プロバイダ）に対する支払いが完了している必要があります。

C. Medi-Calカードの受け取り後 Medi-Calカードを受け取った後に行った支払いに対して払い戻しを受けるには、Medi-Calを受け付けているプロバイダに対する支払いが完了している必要があります。

請求の申請方法

請求を申請するには、受益者への払い戻しに関するMedi-Cal請求書を提出する必要があります。

- 請求書には青または黒のインクで記入する必要があります。
- 請求書には原本の署名が必要です（コピーは受理されません）。

請求書には以下を含める必要があります。

- Medi-Cal受益者IDカード（BIC）のコピー。
- 支払証明 これには、銀行からのキャンセルされた小切手のコピー（表面および裏面）、支払い先のプロバイダからの領収書、電子支払いの証拠、または郵便為替のコピーなどが含まれます。状況によっては、上記の書類を説明、補足、サポートするために、申告書が使用されることがあります。
- 記入済みの受取人データ記録フォーム。
- これらのサービスについては、Medi-Calの承認、サービスに対する医療上の必要性を示す医療提供者または歯科医療提供者からの文書が必要となります。
- プロバイダに自己負担で支払ったサービスの実施日、および／またはサービスコードが記載された項目別請求明細書

備考：プロバイダごとにプロバイダ情報ページの記入を行い、各プロバイダに支払った（払い戻しを希望する）金額を必ず記入してください。

タイムリーな申請とは？

1. 1997年6月27日から2006年11月16日までに提供されたサービスを請求します。1997年6月27日から2006年11月16日の間に提供されたサービスについては、2007年11月16日、またはMedi-Calカードを受け取ってから90日以内のいずれか遅い期日までに請求しなければなりません。
2. 2006年11月16日以降に提供されたサービスの請求。2006年11月16日以降に提供されたサービスについては、サービスを受けた日から1年以内、またはMedi-Calカードを受け取ってから90日以内のいずれか遅い期日までに請求しなければなりません。

請求の送付先

1. 医療、メンタルヘルス、アルコールおよび薬剤プログラムの治療、およびIHSS（In Home Supportive Services）に対する支払いの払い戻しに関する請求は、以下の宛先に郵送してください。
   Beneficiary Service Center, P.O. Box 138008, Sacramento, CA 95813-8008
2. 歯科サービスへの支払いに対する払い戻し請求は、以下の宛先に郵送してください。
   Beneficiary Service Center, P.O. Box 526026, Sacramento, CA 95852-6026

受益者への払い戻しに関するMedi-Cal請求書
（医療費または歯科支払の払い戻し）

質問がある場合は、同封の説明書をご参照いただくか、Beneficiary Service Center (BSC) （916）403-2007にご連絡ください。TDD電話サービスへは(916) 635-6491にご連絡ください。

受益者（患者）情報: 以下のすべての情報を青または黒のインクで記入してください。

姓:		名:		ミドルネーム:
自宅住所（番地を含む）:			アパート番号:	自宅電話番号:
市:	州:	郵便番号:	郡:	勤務先電話番号:
郵送先住所（上記と異なる場合または私書箱）:				メッセージ電話:
市:			州:	郵便番号:
社会保障番号:	生年月日（年 月 日）:		Medi-Cal ID番号（BIC）:	

記入済みの受取人データ記録とMedi-Calカードのコピーを含めます。

I. あなたが支払いを済ませ、払い戻しを希望する医療または歯科医療プロバイダの一覧

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

II. 上記のプロバイダごとに、このフォームの3ページと4ページにそれぞれ記入してください。上記のプロバイダごとに、3ページと4ページの個別のコピーが必要です。3ページと4ページのみコピーできます。3ページと4ページのコピーを請求する場合は、BSC（916）403-2007、またはTDD（916）635-6491に電話でご依頼ください。

III. **このページの下部に署名と日付を記入し、この請求書を含めて3ページ目の各コピーに署名と日付を記入してください。自分の名前と続柄を必ず活字体で書いてください。**

受益者契約: （法定代理人または授権代理人を含め、あなたが受益者／患者を代表する旨を許可する法的文書のコピーを添付することも可能です。）

私は、カリフォルニア州の法律に基づいて、偽証した場合は偽証罪によって罰せられるという条件で、この請求書に記載されているすべての情報が、私の知る限り正確かつ正確であることを宣言します。私は、上記の受益者に医療サービスを提供する医療提供者またはその他の団体が、これらのサービスに関連する情報または医療記録を会社および／またはその親会社、関連会社または指名された者に開示することを許可します。私はまた、請求の手続き処理、医療管理プログラム、または健康保険プランへの参加に関連したその他の合法的な目的の遂行に関連して、Medi-Calがそのような情報を受信し、公開することを許可します。私は、Medi-Calがすべての個人の健康情報および対象となる家族全員の機密情報を機密事項として扱い、その他の目的では開示しないことを理解しています。

氏名（活字体）: _____ 続柄: _____

署名: _____ 日付: _____

（受益者／患者、法定代理人または授権代理人）

プロバイダ情報
（医療または歯科サービスを提供する個人）

私は記載されている以下のプロバイダの医療または歯科サービスに対して支払いを行いました。そのため、Medi-Cal が補償するサービスの払い戻しを要求します。

プロバイダ名	Medi-Calプロバイダ番号:（既知の場合）

連絡先名:		連絡先電話番号:
自宅住所:（番地を含む）		電話番号:
市:	州:	郵便番号:

サービス提供日:	このプロバイダに支払われた合計金額:

サービスの説明 サービスの説明欄がより多く必要な場合は、次のページを使用してください。

✓ 以下のコピーを含めてください。

- すべての支払証明
- 必要な場合、医療上の必要性の記録
- 請求を裏付ける文書または書面
- サービス実施日、ならびにあなたがプロバイダに自己負担で支払ったサービスおよび／またはサービスコードを示す項目別請求明細書

受益者契約:（法定代理人または授権代理人を含め、あなたが受益者／患者を代表する旨を許可する法的文書のコピーを添付することも可能です。）

私は、カリフォルニア州の法律に基づいて、偽証した場合は偽証罪によって罰せられるという条件で、この請求書に記載されているすべての情報が、私の知る限り正確かつ正確であることを宣言します。私は、上記の受益者に医療サービスを提供する医療提供者またはその他の団体が、これらのサービスに関連する情報または医療記録を会社および／またはその親会社、関連会社または指名された者に開示することを許可します。私はまた、請求の手続き処理、医療管理プログラム、または健康保険プランへの参加に関連したその他の合法的な目的の遂行に関連して、Medi-Calがそのような情報を受信し、公開することを許可します。私は、Medi-Calがすべての個人の健康情報および対象となる家族全員の機密情報を機密事項として扱い、その他の目的では開示しないことを理解しています。

氏名（活字体）:_____ 続柄: _____

署名:_____ 日付:_____
（受益者／患者、法定代理人または授権代理人）

職員使用欄

☐ 遡及的
☐ 評価
☐ 事後

☐ ADP ☐ 医療 ☐ MMCD
☐ 歯科
☐ DMH
☐ IHSS

その他: _____
サービス提供郡: _____
症例番号:

サービスの説明（続き）: