សេចក្តីណែនាំសម្រាប់ការដាក់ទម្រង់បែបបទទាមទាររបស់ Medi-Cal សម្រាប់សំណងសមាជិក (ប្រាក់សំណងនៃការទូទាត់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬមាត់ធ្មេញ)

<u>តើអ្នកណាអាចនឹងដាក់ការទាមទារបាន?</u>

នរណាដែលបានបង់ថ្លៃសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬមាត់ធ្មេញដែលពួកគេគិតថាជាធម្មតាត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal អាចនឹងដាក់ការទាមទារប្រាក់សំណងបាន។ នរណាដែលដាក់ពាក្យជំនួសសមាជិករបស់អ្នកទទួលផលត្រូវតែរួមបញ្ចូលទំនាក់ទំនងរបស់ពួកគេជាមួយអ្នកទទួលផលនោះនៅពេលចុះហត្ថលេខាលើ
ទម្រង់បែបបទ ឬឯកសារពាក់ព័ន្ធណាមួយ។ ដើម្បីទទួលបានប្រាក់សំណងអ្នកត្រូវតែបានទទួល និងបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មនោះ៖

A. ក្នុងអំឡុងពេលនៃការទទួលបានសិទ្ធិត្រឡប់ក្រោយរហូតដល់បីខែមុនកាលបរិច្ឆេទនៃពាក្យសុំដែលបានដាក់ពាក្យរបស់អ្នកដែលត្រូវតែត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិរួចហើយដោយខោនធីរបស់អ្នក និងបានចងក្រងជាឯកសាររបស់អ្នក ឬ

B. នៅពេលដែលអ្នករង់ចាំការសម្រេចចិត្តចំពោះពាក្យសុំ Medi-Cal របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលសេវាកម្មនៅចំ ឬនៅក្រោយថ្ងៃទី 2 ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ 2006 នោះដើម្បីទទួលបានប្រាក់សំណងម្រាប់ការទូទាត់ អ្នកត្រូវតែបានបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ដែលទទួលយក Medi-Cal ឬ

C. បន្ទាប់ពីអ្នកបានទទួលប័ណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានប្រាក់បង្វិលសងវិញសម្រាប់ការទូទាត់ដែលបានបង់បន្ទាប់ពីអ្នកបានទទួលប័ណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកត្រូវតែបានបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលទទួល Medi-Cal ។

<u>តើខ្ញុំត្រូវដាក់ការទាមទារដោយរបៀបណា?</u>

ដើម្បីដាក់ការទាមទារ អ្នកត្រូវតែដាក់ទម្រង់បែបបទទាមទាររបស់ Medi-Cal សម្រាប់សំណងសមាជិក។

- ទម្រង់បែបបទទាមទារត្រូវតែបំពេញដោយទឹកថ្នាំពណ៌ខៀវ ឬខ្មៅ។
- ទម្រង់បែបបទទាមទារត្រូវតែមានហត្ថលេខាដើម (គ្មានច្បាប់ចម្លងណាមួយនឹងត្រូវបានទទួលយក)។

ទម្រង់បែបបទទាមទារត្រូវតែរួមបញ្ចូល៖

- ច្បាប់ចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអ្នកទទួលផល Medi-Cal (BIC)។
- ភស្តុតាងនៃការទូទាត់។ ឧទាហរណ៍រួមមានច្បាប់ចម្លងនៃមូលប្បទានប័ត្រ(នានា)ដែលបានលុបចោលពីធនាគារ (ខាងមុខ & ខាងក្រោយ)បង្ហាន់ដៃ(នានា)ពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃភស្តុតាងនៃការទូទាត់តាមអេឡិចត្រូនិក ឬច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជាទិញសាច់ប្រាក់។ សេចក្តីប្រកាសមួយអាចត្រូវបានប្រើនៅក្នុងស្ថានភាពខ្លះដើម្បីពន្យល់ បន្ថែម ឬគាំទ្រឯកសារខាងលើ។
- ទម្រង់បែបបទកំណត់ត្រាទិន្នន័យអ្នកបង់ប្រាក់ដែលបានបំពេញរួច ។
- សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនោះដែលតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតពី Medi-Cal ឯកសារពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬមាត់ធ្មេញដែលបង្ហាញពីភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាកម្មនោះ។
- សេចក្តីថ្លែងការណ៍ចេញវិក្កយបត្រដែលបង្ហាញអំពីកាលបរិច្ឆេទ(នានា)នៃសេវាកម្ម និងសេវាកម្ម(នានា) និង/ឬលេខកូដសេវាកម្ម(នានា) ដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅទៅអ្នកផ្តល់សេវា(នានា)។

កំណត់ចំណាំ៖សូមបំពេញទំព័រព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាដោយឡែកពីគ្នា សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មនីមួយៗ ហើយត្រូវប្រាកដថាបានកត់នូវចំនួនទឹកប្រាក់ (ដែលអ្នកចង់ទទួលសំណងវិញ) ដែលអ្នកបានបង់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មនីមួយៗ។

<u>តើការដាក់ឯកសារទាន់ពេលវេលាជាអ្វី?</u>

1. <u>ការទាមទារសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់នៅថ្ងៃទី 27 ខែមិថុនា ឆ្នាំ 1997 ដល់ថ្ងៃទី 16 ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ 2006</u>៖
   សម្រាប់សេវាកម្មដែលផ្តល់នៅចន្លោះថ្ងៃទី 27 ខែមិថុនា ឆ្នាំ 1997 ដល់ថ្ងៃទី 16 ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ 2006 ការទាមទាររបស់អ្នកត្រូវតែទទួលបានត្រឹមថ្ងៃទី 16 ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ 2007 ឬនៅក្នុង 90 ថ្ងៃនៃការទទួលប័ណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក មួយណាក៏បានដែលក្រោយជាង។
2. <u>ការទាមទារសម្រាប់សេវាកម្ម(នានា)ដែលបានផ្តល់ជូននៅចំ ឬនៅក្រោយថ្ងៃទី 16 ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ 2006</u>៖
   សម្រាប់សេវាកម្ម(នានា)ដែលបានផ្តល់ជូននៅចំ ឬនៅក្រោយថ្ងៃទី 16 ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ 2006 ការទាមទាររបស់អ្នកត្រូវតែត្រូវបានទទួលក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្ម(នានា) ឬក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីការទទួលបានប័ណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក មួយណាដែលក្រោយគេ។

<u>តើខ្ញុំផ្ញើការទាមទារនៅកន្លែងណា?</u>

1. ការទាមទារប្រាក់សំណងសម្រាប់ការទូទាត់ ដែលបានបង់សម្រាប់ការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត កម្មវិធីគ្រឿងស្រវឹង និងគ្រឿងញៀន និងសេវាកម្មជំនួយក្នុងគេហដ្ឋាន គួរតែត្រូវបានផ្ញើទៅ៖
   Beneficiary Service Center, P.O. Box 138008, Sacramento, CA 95813-8008
2. ការទាមទារប្រាក់សំណងសម្រាប់ការទូទាត់ដែលបានបង់សម្រាប់សេវាកម្មមាត់ធ្មេញគួរតែត្រូវបានផ្ញើទៅ៖
   Beneficiary Service Center, P.O. Box 526026, Sacramento, CA 95852-6026

ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណង Medi-Cal សម្រាប់អ្នកទទួលផល
(ការសងប្រាក់សំណងវេជ្ជសាស្ត្រ ឬធ្មេញ)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំនួរណាមួយ សូមមើលការណែនាំដែលបានបង្ហាញ ឬហៅទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអ្នកទទួលផល (MSC) តាមលេខ
(916) 403-2007។ សម្រាប់សេវាកម្ម TDD សូមហៅទៅលេខ (916) 635-6491។

ព័ត៌មានអ្នកទទួលផល (អ្នកជំងឺ)៖ សូមបំពេញរាល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំខាងក្រោម ដោយទឹកប៊ិចពណ៌ខៀវ ឬខ្មៅ។

នាមត្រកូល៖	នាមខ្លួន៖	នាមកណ្តាល៖

អាសយដ្ឋានគេហដ្ឋាន (លេខផ្ទះ &ផ្លូវ)៖	លេខអាជ្ញាកម្ម៖	ទូរសព្ទនៅផ្ទះ៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្ស៊ីប៖	ខោនធី៖	ទូរសព្ទកន្លែងធ្វើការ៖

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ (ប្រសិនបើខុសគ្នាពីខាងលើ ឬ P.O.BOX)៖	ទូរសព្ទទទួលសារ៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្ស៊ីប៖

លេខសន្តិសុខសង្គម៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖	លេខសម្គាល់ Medi-Cal (BIC)៖

រួមបញ្ចូលកំណត់ត្រាទិន្នន័យអ្នកទទួលប្រាក់ដែលបានបំពេញ និងច្បាប់ចម្លងនៃប័ណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក។

I. កត់ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬមាត់ធ្មេញនីមួយៗដែលអ្នកបានបង់ការទូទាត់ឱ្យ ហើយចង់ទាមទារប្រាក់សំណងនៃការទូទាត់នោះ៖

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

II. សូមបំពេញទំព័រ 3 និង 4 ដាច់ដោយឡែកពីគ្នានៃទម្រង់បែបបទនេះ សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មនីមួយៗដែលបានកត់ខាងលើ។ ច្បាប់ចតចម្លងនីមួយៗនៃទំព័រ 3 និង 4 ត្រូវតែបំពេញសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មនីមួយៗដែលបានរាយខាងលើ។ មានតែទំព័រ 3 និង 4 ប៉ុណ្ណោះអាចនឹងថតចម្លងបាន។ ឬដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃទំព័រ 3 និង 4 សូមទូរសព្ទមក BSC តាមលេខ (916) 403-2007 ឬ (916) 635-6491 សម្រាប់ TDD។

III. ចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ ហើយចុះហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទលើច្បាប់ចម្លងនីមួយៗនៃទំព័រ 3 ដែលអ្នកកំពុងរួមបញ្ចូលមកជាមួយការទាមទារនេះ។ ត្រូវប្រាកដថាបានសរសេរឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងរបស់អ្នក។

<u>កិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកទទួលផល៖</u> (អាចរួមបញ្ចូលអ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់ ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត រួមជាមួយនឹងច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកតំណាងឱ្យអ្នកទទួលផល/អ្នកជំងឺ)

ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមទោសបញ្ជាក្តីនៃការបំពានសម្បថក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ថារាល់ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់ទាមទារនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវទៅតាមចំណេះដឹង និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ ប្រាកដមែន។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំ ឬស្ថាប័នផ្សេងទៀតណាមួយ ដែលផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពដល់អ្នកទទួលផលដែលបានកត់នៅខាងលើ ដើម្បីបញ្ចេញទៅឱ្យក្រុមហ៊ុន និង/ឬក្រុមហ៊ុនមេ ក្រុមហ៊ុនសម្ព័ន្ធ ឬអ្នកត្រូវបានចាត់តាំងនូវព័ត៌មាន ឬកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសេវាកម្មទាំងនេះ។ ខ្ញុំក៏ផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ Medi-Cal ទទួល និងបញ្ចេញព័ត៌មានបែបនេះ ទាក់ទងនឹងការទាមទារដែលកំពុងដំណើរការកម្មវិធីគ្រប់គ្រងវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការអនុវត្តគោលបំណងស្របច្បាប់ផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការចូលរួមក្នុងផែនការអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពផងដែរ។ ខ្ញុំយល់ថា Medi-Cal នឹងរក្សាទុករាល់ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង ជាការសម្ងាត់ ហើយនឹងមិនបង្ហាញវាសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតឡើយ។

ឈ្មោះសរសេរ៖_____ ទំនាក់ទំនង៖ _____

ហត្ថលេខា៖_____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

(អ្នកទទួលផល/អ្នកជំងឺ អ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់ ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត)

ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម

(បុគ្គលដែលផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬមាត់ធ្មេញ)

ខ្ញុំបានកត់ត្រាការទូទាត់នោះទៅអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដូចខាងក្រោម សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬមាត់ធ្មេញដែលបានពិពណ៌នា ហើយស្នើសុំសំណងសម្រាប់សេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងដោយMedi-Cal។

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម៖	លេខអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម Medi-Cal៖ (ប្រសិនបើដឹង)

ឈ្មោះទំនាក់ទំនង៖	លេខទូរសព្ទទំនាក់ទំនង៖
អាសយដ្ឋានគេហដ្ឋាន៖ (លេខផ្ទះ និងផ្លូវ)	លេខទូរសព្ទ៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ហ្ស៊ីប៖

កាលបរិច្ឆេទ(នានា) សេវាកម្ម(នានា) ដែលបានផ្តល់៖	ចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលបានបង់ដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មនេះ៖

<u>ការពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម(នានា)</u> <u>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការចន្លោះបន្ថែមដើម្បីពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម(នានា) សូមប្រើទំព័របន្ទាប់៖</u>

✓ សូមបញ្ជូលច្បាប់ចម្លងនៃ៖

- ភស្តុតាងនៃការទូទាត់ទាំងអស់
- សំណុំឯកសារចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ បើចាំបាច់
- ឯកសារ ឬក្រដាសស្នាមណាមួយដែលគាំទ្រការទាមទាររបស់អ្នក
- សេចក្តីថ្លែងការណ៍ចេញវិក្កយបត្រជាធាតុដែលបង្ហាញពីកាលបរិច្ឆេទ(នានា)នៃសេវាកម្ម និងសេវាកម្ម(នានា) និង/ឬលេខកូដសេវាកម្មដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅទៅអ្នកផ្តល់សេវា(នានា)

<u>កិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកទទួលផល៖</u> (អាចរួមបញ្ចូលអ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់ ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត រួមជាមួយនឹងច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកតំណាងឱ្យអ្នកទទួលផល/អ្នកជំងឺ)

ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមទោសបញ្ជាក្តីនៃការបំពានសម្បថក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ថារាល់ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់ទាមទារនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវទៅតាមចំណេះដឹង និងជំនឿរបស់ខ្ញុំ ប្រាកដមែន។ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំ ឬស្ថាប័នផ្សេងទៀតណាមួយ ដែលផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពដល់អ្នកទទួលផលដែលបានកត់ត្រានៅខាងលើ ដើម្បីបញ្ចេញទៅឱ្យក្រុមហ៊ុន និង/ឬក្រុមហ៊ុនមេក្រុមហ៊ុនសម្ព័ន្ធ ឬអ្នកត្រូវបានចាត់តាំងនូវព័ត៌មាន ឬកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសេវាកម្មទាំងនេះ។ ខ្ញុំក៏ផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ Medi-Cal ទទួល និងបញ្ចេញព័ត៌មានបែបនេះ
ទាក់ទងនឹងការទាមទារដែលកំពុងដំណើរការកម្មវិធីគ្រប់គ្រងវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការអនុវត្តគោលបំណងស្របច្បាប់ផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការចូលរួមក្នុងផែនការអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពផងដែរ។ ខ្ញុំយល់ថា Medi-Cal នឹងរក្សាទុករាល់ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងជាការសម្ងាត់ ហើយនឹងមិនបង្ហាញវាសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតឡើយ។

ឈ្មោះសរសេរ៖ _____ ទំនាក់ទំនង៖ _____

ហត្ថលេខា៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

(អ្នកទទួលផល/អ្នកជំងឺ អ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់ ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត)

ការប្រើជាផ្លូវការតែប៉ុណ្ណោះ

☐ Retro ☐ ADP ☐ Medical ☐ MMCD

☐ ការវាយតម្លៃ ☐ Dental ផ្សេងទៀត៖ _____

ខ្លឹមសារនៃសេវាកម្ម៖

ការពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម (បន្ត)៖