

**수혜자 환급을 위한 Medi-Cal 청구 양식 제출 지침(의료 또는 치과 지불금 환급)****누가 청구를 제기할 수 있습니까?**

일반적으로 Medi-Cal이 부담하는 의료 또는 치과 서비스에 대해 대금을 지불한 사람은 환급을 청구할 수 있습니다. 수혜자를 대신하여 제출하는 사람은 양식 또는 관련 문서에 서명할 때 수혜자와의 관계를 명시해야 합니다. 환불을 받으려면, 다음 시기에 해당 서비스를 받고, 비용을 지급했어야 합니다.

- A. 해당 카운티에서 이미 승인받았고 귀하의 파일에 문서화된 신청 제출일 전 최대 3개월의 소급 자격 기간 동안, 또는
- B. 본인의 Medi-Cal 신청이 결정을 기다리는 동안 본인이 2006년 2월 2일 또는 그 이후에 서비스를 받은 경우, 지급금에 대한 환급을 받으려면 Medi-Cal을 수락하는 제공자에게 대금을 지불했어야 합니다. 또는
- C. Medi-Cal 카드를 받은 후, Medi-Cal 카드를 받은 후 지급한 대금에 대한 환급을 받으려면, Medi-Cal을 수락하는 제공자에게 금액을 지불했어야 합니다.

**청구를 제기하려면 어떻게 해야 합니까?**

청구를 제기하려면, 반드시 수혜자 환급을 위한 Medi-Cal 청구 양식을 제출해야 합니다.

- 청구 양식은 파란색 또는 검은색 잉크로 작성해야 합니다.
- 청구 양식에는 원본 서명이 있어야 합니다(사본은 불가).

청구서 양식에는 다음이 포함되어야 합니다:

- Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC) 사본.
- 지불 증빙 예로는 은행의 기지급 수표 사본(앞면 및 뒷면), 귀하가 지불한 제공업체 영수증, 전자 지불 증빙 또는 우편환 사본이 있습니다. 일부 상황에서는 위의 문서를 설명, 보완 또는 뒷받침하기 위해 진술문을 사용할 수 있습니다.
- 작성된 수취인 데이터 기록(PAYEE DATA RECORD) 양식.
- Medi-Cal 승인이 필요한 서비스의 경우, 해당 서비스가 의료적으로 필요함을 보여주는 의료 또는 치과 서비스 제공자의 문서.
- 서비스 날짜 및 제공자에게 본인부담금을 지불한 서비스 및/또는 서비스 코드를 나타내는 항목별 청구 내역서.

**참고:** 각 제공자에 대해 개별 제공자 정보 페이지를 작성하고 각 제공자에게 지급한 금액(환급되기를 원하는 금액)을 기재해 주십시오.

**적기 청구란 무엇입니까?**

1. 1997년 6월 27일부터 2006년 11월 16일까지 제공된 서비스에 대한 청구: 1997년 6월 27일부터 2006년 11월 16일까지 제공된 서비스의 경우, 귀하의 청구는 2007년 11월 16일까지 또는 Medi-Cal 카드 수령 후 90일 이내 중 더 늦은 날짜까지 접수되어야 합니다.
2. 2006년 11월 16일 또는 그 이후에 제공된 서비스에 대한 청구: 2006년 11월 16일 또는 그 이후에 제공된 서비스의 경우, 청구는 본인이 서비스를 받은 날로부터 1년 이내와 Medi-Cal 카드 수령 후 90일 이내 중 더 늦은 날짜까지 접수해야 합니다.

**청구는 어디로 보내야 합니까?**

1. 의학적, 정신건강, 알코올 및 약물 프로그램 치료 및 가정 지원 서비스에 대한 환급 청구는 다음 주소로 우편으로 송부해야 합니다.

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

2. 치과 서비스에 대한 환급 청구는 다음 주소로 우편으로 송부해야 합니다.

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

수혜자 환급을 위한 Medi-Cal 청구 양식(의료 또는 치과 지불금 환급)

문의사항이 있으신 경우, 동봉된 지침을 참조하거나 (916) 403-2007번으로 수혜자 서비스 센터(BSC)에 전화하십시오. TDD 서비스를 이용하려면 (916) 635-6491번으로 전화하십시오.

수혜자(환자) 정보: 다음에 요청된 모든 정보를 파란색 또는 검은색 잉크로 기입하십시오.

성:		이름:		중간 이니셜:	
집 주소(번지 및 도로명):				아파트 호수:	집 전화번호:
시:	주:	우편 번호:	카운티:	직장 전화번호:	
우편 주소(상기 주소와 다른 경우 또는 사서함):					메시지 전화:
시:				주:	우편 번호:
사회 보장 번호:		생년월일(MM/DD/YYYY):		Medi-Cal ID 번호(BIC):	

작성한 수취인 데이터 기록(Payee Data Record) 및 본인의 Medi-Cal 카드 사본을 포함합니다.

I. 요금을 지불하고 환급을 요청하려는 의료 또는 치과 제공자를 모두 기재하십시오.

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

II. 위 제공자별로 본 양식의 3페이지와 4페이지를 별도로 작성하십시오. 위 제공자별로 3페이지와 4페이지를 별도로 작성해야 합니다. 3페이지와 4페이지에 한해 복사해도 됩니다. 3페이지와 4페이지의 사본을 요청하려면 BSC에 (916) 403-2007번으로 전화하십시오. TDD를 이용하려면 (916) 635-6491번으로 전화하십시오.

III. 이 페이지의 하단에 서명하고 날짜를 기입한 후, 이 청구서와 함께 제출하는 3페이지의 각 사본에 서명하고 날짜를 기입하십시오. 본인의 이름과 관계는 반드시 정자체로 기재하십시오.

수혜자 계약: (귀하가 수혜자/환자를 대리할 수 있는 권한을 부여한 법률 문서 사본과 함께 법정 대리인 또는 위임 대리인을 포함할 수 있습니다)

캘리포니아주의 법률에 따라 본인은 위증에 따른 처벌을 알고 있으며 이 양식의 정보가 진실되고 정확하다는 점을 확인합니다. 본인은 상기 수혜자에게 의료 서비스를 제공하는 모든 치료 제공자 또는 다른 주체가 해당 회사 및/또는 모회사, 계열사 또는 피지명인에게 이러한 서비스에 관련된 일체의 정보 또는 의료 기록을 공개하도록 허가합니다. 본인은 또한 Medi-Cal이 청구 처리, 의료 관리 프로그램 또는 건강 혜택 플랜 참여와 관련된 기타 합법적 목적을 수행하는 데에 있어 그러한 정보를 수령하고 공개하는 것을 허가합니다. 본인은 Medi-Cal이 모든 개인 및 모든 보장된 가족 구성원의 개인 건강 정보를 기밀로 취급할 것이며, 그 외 일체의 다른 목적으로 공개하지 않을 것임을 이해합니다.

정자체 이름: _____	관계: _____
서명: _____	날짜: _____
(수혜자/환자, 법정 대리인 또는 위임 대리인)	

제공자 정보

(의료 또는 치과 서비스를 제공하는 개인)

본인은 설명된 의료 또는 치과 서비스에 대해 다음 제공자에게 나열된 대금을 지불하였으며, 이에 Medi-Cal 보장 서비스에 대한 환급을 요청합니다.

제공자 이름:		Medi-Cal 제공자 번호: (아는 경우)
담당자 이름:		담당자 전화번호:
집 주소: (번지 및 도로명)		전화번호:
시:	주:	우편번호:
서비스 제공 날짜:		이 제공자에게 지불된 총 금액:

**서비스 설명** 서비스를 설명하기 위해 추가 공간이 필요한 경우, 다음 페이지를 사용하십시오.

- ✓ 다음의 복사본을 첨부하십시오.
- 모든 지불 증빙
  - 필요한 경우, 의학적 필요에 대한 문서
  - 본인의 청구를 뒷받침하는 일체의 문서 또는 서류
  - 서비스 날짜 및 제공자에게 본인부담금을 지불한 서비스 및/또는 서비스 코드를 나타내는 항목별 청구 내역서
- 수혜자 계약:** (귀하가 수혜자/환자를 대리할 수 있는 권한을 부여한 법률 문서 사본과 함께 법정 대리인 또는 위임 대리인을 포함할 수 있습니다)

캘리포니아주의 법률에 따라 본인은 위증에 따른 처벌을 알고 있으며 이 양식의 정보가 진실되고 정확하다는 점을 확인합니다. 본인은 상기 명시된 수혜자에게 의료 서비스를 제공하는 모든 치료 제공자 또는 다른 주체가 해당 회사 및/또는 모회사, 계열사 또는 피지명인에게 이러한 서비스에 관련된 일체의 정보 또는 의료 기록을 공개하도록 허가합니다. 본인은 또한 Medi-Cal이 청구 처리, 의료 관리 프로그램 또는 건강 혜택 플랜 참여와 관련된 기타 합법적 목적을 수행하는 데에 있어 그러한 정보를 수령하고 공개하는 것을 허가합니다. 본인은 Medi-Cal이 모든 개인 및 모든 보장된 가족 구성원의 개인 건강 정보를 기밀로 취급할 것이며, 그 외 일체의 다른 목적으로 공개하지 않을 것임을 이해합니다.

정자체 이름: \_\_\_\_\_ 관계: \_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

(수혜자/환자, 법정 대리인 또는 위임 대리인)

공무용	<input type="checkbox"/> ADP	<input type="checkbox"/> 의 료	<input type="checkbox"/> MMCD
<input type="checkbox"/> Retro	<input type="checkbox"/> 치 과	기타: _____	
<input type="checkbox"/> 평가	<input type="checkbox"/> DMH	관할 카운티: _____	
<input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> IHSS	사례 번호: _____	

서비스 설명(계속):