

ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਨੂੰ ਮੁੜ-ਅਦਾਇਗੀ (ਚਿਕਿਤਸਾ ਜਾਂ ਦੰਤ-ਚਿਕਿਤਸਾ ਭੁਗਤਾਨ ਰੀਫੰਡ) ਲਈ ਇੱਕ Medi-Cal ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਲਈ ਹਿਦਾਇਤਾਂ

ਦਾਅਵਾ ਕੌਣ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ?

ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸਨੇ ਅਜਿਹੀਆਂ ਚਿਕਿਤਸਾ ਜਾਂ ਦੰਤ-ਚਿਕਿਤਸਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਉਹ ਸੋਚਦੇ ਹਨ ਕਿ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ Medi-Cal ਦੁਆਰਾ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਉਹ ਰੀਫੰਡ ਲਈ ਦਾਅਵਾ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਦਾਅਵਾ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ, ਫਾਰਮ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਬੰਧਿਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਦੇ ਸਮੇਂ, ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਨਾਲ ਆਪਣਾ ਰਿਸ਼ਤਾ ਦੱਸਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਰੀਫੰਡ ਲੈਣ ਲਈ, ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਲੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਸੀ ਅਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਸੀ:

- ਤੁਹਾਡੀ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਕਾਉਂਟੀ ਦੁਆਰਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਫਾਈਲ ਉੱਤੇ ਪ੍ਰਲੇਖਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਚੁੱਕੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਇਸਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਦੀ ਪੂਰਵ-ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਯੋਗਤਾ ਮਿਆਦ ਦੇ ਦੌਰਾਨ; ਜਾਂ
- ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ Medi-Cal ਅਰਜ਼ੀ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਹੋਣ ਦਾ ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਕੀਤਾ ਸੀ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ 2 ਫਰਵਰੀ, 2006 ਨੂੰ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਸੀ, ਤਾਂ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਲਈ ਰੀਫੰਡ ਲੈਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ Medi-Cal ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ; ਜਾਂ
- ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਆਪਣਾ Medi-Cal ਕਾਰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ। ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਆਪਣਾ Medi-Cal ਕਾਰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੀਤੇ ਗਏ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦਾ ਰੀਫੰਡ ਲੈਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ Medi-Cal ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਦਾਅਵਾ ਕਿਵੇਂ ਦਾਇਰ ਕਰਾਂ?

ਇੱਕ ਦਾਅਵਾ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਦੀ ਮੁੜ-ਅਦਾਇਗੀ ਲਈ ਇੱਕ Medi-Cal ਕਲੇਮ ਫਾਰਮ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਉਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

- ਦਾਅਵੇ ਨੂੰ ਕੇਵਲ ਨੀਲੀ ਜਾਂ ਕਾਲੀ ਸਿਆਹੀ ਨਾਲ ਹੀ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ;
- ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ ਉੱਤੇ ਮੂਲ ਹਸਤਾਖਰ ਹੋਣੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ (ਕੋਈ ਕਾਪੀਆਂ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ);

ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ:

- ਤੁਹਾਡੇ Medi-Cal ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਪਛਾਣ ਕਾਰਡ (BIC) ਦੀ ਇੱਕ ਫੋਟੋ ਕਾਪੀ।
- ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਸਬੂਤ। ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਵਿੱਚ ਬੈਂਕ ਵੱਲੋਂ ਰੱਦ ਕੀਤੇ ਚੈੱਕ(ਕਾਂ) (ਅਗਲਾ ਅਤੇ ਪਿਛਲਾ ਪਾਸਾ) ਦੀ ਕਾਪੀ, ਜਿਸ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਸੀ ਉਸ ਵੱਲੋਂ ਰਸੀਦ(ਦਾਂ), ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਸਬੂਤ, ਜਾਂ ਮਨੀ ਆਰਡਰ ਦੀ ਕਾਪੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਨ ਬਣਾਉਣ ਜਾਂ ਸਮਰਥਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕੁਝ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਘੋਸ਼ਣਾ-ਪੱਤਰ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਇੱਕ ਸੰਪੂਰਨ PAYEE DATA RECORD (ਭੁਗਤਾਨ-ਕਰਤਾ ਡੇਟਾ ਰਿਕਾਰਡ) ਫਾਰਮ।
- ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ Medi-Cal ਅਧਿਕਾਰ-ਸੱਪਣੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਚਿਕਿਤਸਾ ਜਾਂ ਦੰਤ-ਚਿਕਿਤਸਾ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖਤੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜੋ ਉਸ ਸੇਵਾ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਲੋੜ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ।
- ਮਦਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਬਿਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ(ਆਂ); ਅਤੇ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਕੋਡ ਦਿਖਾਏ ਗਏ ਹਨ ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ(ਵਾਂ) ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪੌਲਿਓ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹਰੇਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੰਨੇ ਨੂੰ ਭਰੋ ਅਤੇ ਉਸ ਰਾਸ਼ੀ ਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਏ (ਜਿਸਦੀ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਤੀਪੂਰਤੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ) ਜਿਸਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਤੁਸੀਂ ਹਰੇਕ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਨੂੰ ਕੀਤਾ ਸੀ।

ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਫਾਈਲ ਕਰਨ ਦਾ ਕੀ ਮਤਲਬ ਹੈ?

1. 27 ਜੂਨ 1997 ਤੋਂ 16 ਨਵੰਬਰ 2006 ਤੱਕ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਦਾਅਵੇ: 27 ਜੂਨ, 1997 ਅਤੇ 16 ਨਵੰਬਰ, 2006 ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਅਵਾ 16 ਨਵੰਬਰ, 2007 ਤੱਕ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ Medi-Cal ਕਾਰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ, ਜੋ ਵੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਆਵੇ, ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
2. 16 ਨਵੰਬਰ, 2006 ਨੂੰ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲਈ ਦਾਅਵੇ: 16 ਨਵੰਬਰ 2006 ਨੂੰ ਜਾਂ ਇਸਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲਈ, ਤੁਹਾਡਾ ਦਾਅਵਾ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡਾ Medi-Cal ਕਾਰਡ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ, ਜੋ ਵੀ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਮਿਲ ਜਾਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਦਾਅਵੇ ਕਿੱਥੇ ਭੇਜਾਂ?

1. ਚਿਕਿਤਸਾ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ, ਸ਼ਰਾਬ ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਇਲਾਜਾਂ ਲਈ, ਅਤੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੀਤੇ ਗਏ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਲਈ ਰੀਫੰਡ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਇੱਥੇ ਭੇਜੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ:
Beneficiary Service Center, P.O. Box 138008, Sacramento, CA 95813-8008
2. ਦੰਤ-ਚਿਕਿਤਸਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੀਤੇ ਗਏ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦੇ ਰੀਫੰਡ ਦੇ ਦਾਅਵੇ ਇੱਥੇ ਭੇਜੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ:
Beneficiary Service Center, P.O. Box 526026, Sacramento, CA 95852-6026

ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਨੂੰ ਮੁੜ-ਅਦਾਇਗੀ (ਚਿਕਿਤਸਾ ਜਾਂ ਦੰਤ-ਚਿਕਿਤਸਾ ਭੁਗਤਾਨ ਰੀਫੰਡ) ਲਈ ਇੱਕ Medi-Cal ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੇਖੋ ਜਾਂ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਸਰਵਿਸ ਸੈਂਟਰ (BSC) ਨੂੰ (916) 403-2007 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TDD ਸੇਵਾ ਲਈ (916) 635-6491 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਲਾਭਪਾਤਰੀ (ਮਰੀਜ਼) ਸੂਚਨਾ: ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੀਲੀ ਜਾਂ ਕਾਲੀ ਸਿਆਹੀ ਵਾਲੇ ਪੈਨ ਨਾਲ ਭਰੋ।

ਪਿਛਲਾ ਨਾਮ:		ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ:		ਵਿਚਲੇ ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਅੱਖਰ:
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ (ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਗਲੀ):			ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੰਬਰ:	ਘਰ ਦਾ ਫ਼ੋਨ:
ਸ਼ਹਿਰ:	ਰਾਜ:	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ:	ਕਾਉਂਟੀ:	ਕੰਮ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ:
ਡਾਕ ਪਤਾ (ਜੇ ਉੱਪਰ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ ਜਾਂ ਪੀ.ਓ.ਬਾਕਸ ਹੈ):				ਸੰਦੇਸ਼ ਭੇਜਣ ਲਈ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ:
ਸ਼ਹਿਰ:			ਰਾਜ:	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ:
ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਰਿਟੀ ਨੰਬਰ:		ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ):		Medi-Cal ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ (BIC):

ਇੱਕ ਪੂਰਨ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਡੇਟਾ ਰਿਕਾਰਡ ਅਤੇ ਆਪਣੇ Medi-Cal ਕਾਰਡ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।

I. ਹਰੇਕ ਅਜਿਹੇ ਚਿਕਿਤਸਾ ਜਾਂ ਦੰਤ-ਚਿਕਿਤਸਾ ਪ੍ਰਦਾਤੇ(ਤਿਆਂ) ਨੂੰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ(ਤੇ) ਹੈ(ਹਨ) ਅਤੇ ਭੁਗਤਾਨ(ਨਾਂ) ਦੀ ਵਾਪਸੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ:

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

II. ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹਰੇਕ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪੰਨੇ 3 ਅਤੇ 4 ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਹਰੇਕ ਲਈ ਪੰਨਾ 3 ਅਤੇ 4 ਦੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਾਪੀਆਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਿਰਫ਼ ਪੰਨਾ 3 ਅਤੇ 4 ਦੀ ਫੋਟੋਕਾਪੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਾਂ ਪੰਨਾ 3 ਅਤੇ 4 ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ BSC ਨੂੰ (916) 403-2007, ਜਾਂ TDD ਲਈ (916) 635-6491 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

III. ਇਸ ਪੰਨੇ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਹਸਤਾਖਰ ਦੇ ਨਾਲ ਤਾਰੀਖ ਪਾਓ ਅਤੇ ਪੰਨਾ 3 ਦੀ ਉਸ ਹਰੇਕ ਕਾਪੀ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਦੇ ਹੇਠਾਂ ਤਾਰੀਖ ਪਾਓ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਨਾਲ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਸਬੰਧ ਸਾਫ਼ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਣਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ।

ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਲਈ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ: (ਇਸ ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਨਾਲ ਕਾਨੂੰਨੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਭਪਾਤਰੀ/ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ)

ਮੈਂ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਖੂਨੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇ ਦੰਡ ਦੇ ਤਹਿਤ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਗਿਆਨ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਸਹੀ ਅਤੇ ਸਟੀਕ ਹੈ। ਮੈਂ ਅਜਿਹੇ ਕਿਸੇ ਦੇਖਭਾਲ-ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਇਕਾਈ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਜੋ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਕਿ ਉਹ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਚਿਕਿਤਸਾ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਕੰਪਨੀਆਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਮੂਲ-ਜਨਕ, ਸਹਿਯੋਗੀਆਂ ਜਾਂ ਪਦ-ਨਾਮਿਤਾਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੈਂ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀ ਪ੍ਰੋਸੈਸਿੰਗ, ਚਿਕਿਤਸਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਲਾਭ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਭਾਰੀਦਾਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵੈਧ ਉਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ Medi-Cal ਨੂੰ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ

ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ Medi-Cal ਸਾਰੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਕਵਰ ਕੀਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਨਾਲ
ਗੋਪਨੀਅਤਾ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਆਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਇਸਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

ਸਪਸ਼ਟ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਮ: _____ ਸਬੰਧ: _____

ਹਸਤਾਖਰ: _____ ਤਾਰੀਖ: - _____
(ਲਾਭਪਾਤਰੀ/ਮਰੀਜ਼, ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ)

ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਣਕਾਰੀ

(ਚਿਕਿਤਸਾ ਜਾਂ ਦੰਤ-ਚਿਕਿਤਸਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ)

ਮੈਂ ਵਰਣਿਤ ਚਿਕਿਤਸਾ ਜਾਂ ਦੰਤ-ਚਿਕਿਤਸਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਹੇਠਲੇ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਨੂੰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ ਅਤੇ Medi-Cal ਦੀਆਂ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਅਦਾਇਗੀ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ:

ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਦਾ ਨਾਂ:		Medi-Cal ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਦਾ ਨੰਬਰ: (ਜੇ ਗਿਆਤ ਹੈ)
ਸੰਪਰਕ ਨਾਮ:		ਸੰਪਰਕ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ:
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ: (ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਗਲੀ)		ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ:
ਸ਼ਹਿਰ:	ਰਾਜ:	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ:
ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ(ਆਂ) ਤਾਰੀਖ਼(ਖ਼ਾਂ):	ਇਸ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਨੂੰ ਅਦਾ ਕੀਤੀ ਕੁੱਲ ਰਾਸ਼ੀ:	

ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਦਾ ਵਰਣਨ ਕਰਨ ਲਈ ਹੋਰ ਥਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਗਲਾ ਪੰਨਾ ਵਰਤੋ:

- ✓ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਲੀਆਂ ਫੋਟੋਕਾਪੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ:
- ਸਾਰੇ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦਾ ਸਬੂਤ
 - ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਦਾ ਲਿਖਤੀ ਸਬੂਤ ਜੋ ਲੋੜ ਹੈ
 - ਕੋਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਕਾਗਜ਼ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਦੇ ਹਨ
 - ਮਦਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਬਿਲਿੰਗ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ(ਆਂ); ਅਤੇ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਕੋਡ ਦਿਖਾਏ ਗਏ ਹਨ ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਦਾਤਾ(ਵਾਂ) ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪੌਲਿਓ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ

ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਲਈ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ: (ਇਸ ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਨਾਲ ਕਾਨੂੰਨੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਭਪਾਤਰੀ/ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ)

ਮੈਂ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇ ਦੰਡ ਦੇ ਤਹਿਤ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਗਿਆਨ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਸਹੀ ਅਤੇ ਸਟੀਕ ਹੈ। ਮੈਂ ਅਜਿਹੇ ਕਿਸੇ ਦੇਖਭਾਲ-ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਇਕਾਈ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਜੋ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਕਿ ਉਹ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਚਿਕਿਤਸਾ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਕੰਪਨੀਆਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਮੂਲ-ਜਨਕ, ਸਹਿਯੋਗੀਆਂ ਜਾਂ ਪਦ-ਨਾਮਿਤਾਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮੈਂ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀ ਪ੍ਰੋਸੈਸਿੰਗ, ਚਿਕਿਤਸਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਲਾਭ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵੈਧ ਉਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ Medi-Cal ਨੂੰ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ Medi-Cal ਸਾਰੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਕਵਰ ਕੀਤੇ ਸਦੱਸਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਗੋਪਨੀਅਤਾ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਆਵੇਗਾ, ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਇਸਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

ਸਪਸ਼ਟ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਮ: _____ ਸਬੰਧ: _____

ਹਸਤਾਖਰ: _____ ਤਾਰੀਖ਼: _____

(ਲਾਭਪਾਤਰੀ/ਮਰੀਜ਼, ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ)

ਸਿਰਫ ਅਧਿਕਾਰਤ ਵਰਤੋਂ ਲਈ	<input type="checkbox"/> ADP	<input type="checkbox"/> ਮੈਡੀਕਲ	<input type="checkbox"/> MMCD
<input type="checkbox"/> ਪੂਰਵ	<input type="checkbox"/> ਦੰਦਾਂ - ਸਬੰਧੀ	ਹੋਰ: _____	
<input type="checkbox"/> ਮੁਲਾਂਕਣ	<input type="checkbox"/> DMH	ਸੇਵਾ ਦੀ ਕਾਉਂਟੀ: _____	
<input type="checkbox"/> ਪੇਸ਼ਟ	<input type="checkbox"/> IHSS	ਕੇਸ ਨੰਬਰ: _____	

DHCS 4521 (Revised 07/2022)

Page 5 of 6

ਮੇਵਾ (ਵਾਂ) ਦਾ ਵੇਰਵਾ (ਜਾਰੀ):