

Инструкции по подаче формы заявления Medi-Cal на возмещение бенефициару (возмещение платежей за медицинские или стоматологические услуги)

Кто может подать заявление?

Любое лицо, которое оплатило медицинские или стоматологические услуги, которые, по его мнению, обычно покрывает программа Medi-Cal, может подать заявление на возмещение расходов. При подписании формы или любых связанных с ней документов любое лицо, подающее заявление от имени бенефициара, должно указать, кем оно ему приходится. Для получения возмещения вы должны были получить и оплатить услугу:

- A. в течение ретроактивного периода соответствия критериям, продолжительностью не более трех месяцев до даты подачи заявления, которое уже должно быть удовлетворено вашим округом и задокументировано в вашем деле; или
- B. в то время как вы дождались решения по вашему заявлению по программе Medi-Cal. Если вы получили услуги 2 февраля 2006 г. или позже, для получения возмещения расходов вы должны были оплатить услуги поставщику, который принимает участие в программе Medi-Cal; или
- C. после получения карты Medi-Cal. Для получения возмещения за платежи, произведенные после получения карты Medi-Cal, вы должны были оплатить услуги поставщику, который принимает участие в программе Medi-Cal.

Как подать заявление?

Для подачи заявления вам необходимо подать форму заявления Medi-Cal для возмещения бенефициару.

- Форма заявления должна заполняться ручкой с пастой синего или черного цвета.
- Форма заявления должна содержать собственноручную подпись (копии не принимаются);

форма заявления должна включать:

- Фотокопию вашей идентификационной карточки бенефициара (BIC, Beneficiary Identification Card) программы Medi-Cal.
- Документы, подтверждающие оплату. К примеру, среди прочего, копия погашенного чека (чеков) (лицевая и оборотная стороны), предоставленная банком, квитанции от поставщика, которому вы произвели оплату, подтверждение электронного платежа или копия денежного перевода. В некоторых ситуациях может понадобиться декларация для объяснения, дополнения или обоснования вышеуказанных документов.
- Заполненная форма РЕГИСТРАЦИИ ДАННЫХ ПОЛУЧАТЕЛЯ ПЛАТЕЖА.
- Документация от поставщика медицинских или стоматологических услуг, для которых требуется получение разрешения Medi-Cal, с указанием необходимости оказания услуг по медицинским показаниям.
- Подробный платежный документ с указанием даты (дат) оказания услуг; а также услуги (услуг) и (или) кода (кодов) услуг, которые вы оплатили поставщику (поставщикам) услуг за счет собственных денежных средств.

Примечание. Пожалуйста, заполните отдельную страницу с информацией о поставщике услуг для каждого из поставщиков услуг и обязательно укажите сумму, на которую вы хотите получить возмещение и которую вы выплатили каждому из поставщиков услуг.

Что такое своевременная подача заявления?

1. Заявления о выплате возмещения по услугам, предоставленным с 27 июня 1997 г. по 16 ноября 2006 г.: Для услуг, предоставленных в период с 27 июня 1997 г. по 16 ноября 2006 г., форма заявления должна была быть получена от вас до 16 ноября 2007 г. или в течение 90 дней после получения вашей карты Medi-Cal, в зависимости от того, что наступит позже.
2. Заявления о выплате возмещения за услугу(-и), предоставленные 16 ноября 2006 г. или позже: Для услуг, предоставленных 16 ноября 2006 г. или позже, форма заявления должна была быть получена от вас в течение одного года с даты получения услуг или в течение 90 дней с момента получения вами карты Medi-Cal, в зависимости от того, что наступит позже.

Куда отправлять форму заявления?

1. Заявления на возмещение расходов, связанных с медицинскими услугами, лечением психических заболеваний, алкогольной и наркотической зависимости, а также с оказанием вспомогательных услуг на дому, должны направляться по адресу:
Beneficiary Service Center, P.O. Box 138008, Sacramento, CA 95813-8008
2. Заявления на возмещение расходов на стоматологические услуги следует направлять по адресу:
Beneficiary Service Center, P.O. Box 526026, Sacramento, CA 95852-6026

Форма заявления Medi-Cal на возмещение бенефициару (возмещение платежей за медицинские или стоматологические услуги)

Если у вас возникнут какие-либо вопросы, пожалуйста, ознакомьтесь с прилагаемыми инструкциями или позвоните в Центр обслуживания бенефициаров (BSC, Beneficiary Service Center) по телефону: (916) 403-2007. Лицам, использующим TDD, следует обращаться по телефону: (916) 635-6491.

Информация о бенефициаре (пациенте): Пожалуйста, заполните всю информацию, запрошенную ниже, ручкой с пастой синего или черного цвета.

Фамилия:	Имя:	Инициал второго имени:		
Домашний адрес (номер дома и улица):		Номер квартиры:	Домашний телефон:	
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Округ:	Рабочий телефон:
Почтовый адрес (если отличается от указанного выше или а/я):				Телефон для текстовых сообщений:
Город:		Штат:		Почтовый индекс:
Номер социального страхования:	Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ):		Идентификационный номер Medi-Cal (BIC):	

Вложите заполненную форму Регистрации данных получателя платежа и копию вашей карты Medi-Cal.

- I. Укажите каждого из поставщиков медицинских или стоматологических услуг, за которые вы произвели оплату и хотите получить возмещение своих расходов:**

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

- II. Заполните отдельные страницы 3 и 4 этой формы для каждого поставщика, указанного выше. Отдельные копии страниц 3 и 4 необходимо заполнить для каждого из перечисленных выше поставщиков. Фотокопии можно делать только для страниц 3 и 4. Для запроса копий страниц 3 и 4 позвоните в BSC по телефону: (916) 403-2007 или по телефону: (916) 635-6491 (для лиц, использующих TDD).**

- III. Поставьте подпись и дату в нижней части этой страницы, а также на каждой копии страницы 3, которую вы прилагаете к этому заявлению. Не забудьте написать свои имя и фамилию печатными буквами, а также указать, кем приходитесь.**

Согласие бенефициара: (может включать законного представителя или уполномоченного представителя вместе с копией юридических документов, разрешающих представлять интересы бенефициара/пациента)

Под страхом наказания за ложные показания в соответствии с законодательством State of California я заявляю, что по моему убеждению и в меру моей осведомленности, вся информация в этой форме заявления является правдивой и точной. Я даю разрешение любому поставщику услуг или другой организации, оказывающей медицинские услуги указанному выше бенефициару, раскрывать компаниям и (или) их материнским компаниям, аффилированным лицам или уполномоченным лицам

State of California - Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

любую информацию или медицинскую документацию, связанную с этими услугами. Я также разрешаю Medi-Cal получать и раскрывать такую информацию в связи с обработкой заявлений, программами медицинского управления или выполнением любых других законных целей, связанных с участием в программе обеспечения льготами при медицинском обслуживании. Я понимаю, что сотрудники программы Medi-Cal будут обращаться со всей персональной медицинской информацией и информацией обо всех членах семьи, на которых распространяется действие этой программы, как с конфиденциальной информацией и не будут раскрывать ее ни в каких других целях.

Имя и фамилия печатными буквами: _____ Кем приходится: _____

Подпись: _____ Дата: _____

(бенефициар/пациент, законный представитель или
уполномоченный представитель)

Информация о поставщике**(лицо, предоставляющее медицинские или стоматологические услуги)**

Я произвел(-а) данный платеж указанному ниже поставщику за описанные медицинские или стоматологические услуги и прошу предоставить мне возмещение за услуги, покрываемые Medi-Cal.

Имя и фамилия/название поставщика:	Номер поставщика услуг Medi-Cal: (если известно)	
Контактное лицо:	Контактный номер телефона:	
Фактический адрес: (номер дома и улица)	Номер телефона:	
Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Дата оказания услуги (услуг):	Общая сумма, уплаченная этому поставщику:	

Описание услуги (услуг) Если вам нужно больше места, чтобы описать услугу (услуги), используйте

следующую страницу:

✓ Приложите фотокопии:

- документов, подтверждающих все платежи;
- документации, подтверждающую медицинскую необходимость, если требуется;
- любых документов или официальной документации, необходимой для обоснования вашего заявления;
- подробного платежного документа с указанием даты (дат) оказания услуг, а также услуги (услуг) и (или) кодов услуг, которые вы оплатили поставщику (поставщикам) услуг за счет собственных денежных средств.

Согласие бенефициара: (может включать законного представителя или уполномоченного представителя вместе с копией юридических документов, разрешающих представлять интересы бенефициара/пациента)

Под страхом наказания за ложные показания в соответствии с законодательством State of California я заявляю, что по моему убеждению и в меру моей осведомленности, вся информация в этой форме заявления является правдивой и точной. Я даю разрешение любому поставщику услуг или другой организации, оказывающей медицинские услуги указанному выше бенефициару, раскрывать компаниям и (или) их материнским компаниям, аффилированным лицам или уполномоченным лицам любую информацию или медицинскую документацию, связанную с этими услугами. Я также разрешаю Medi-Cal получать и раскрывать такую информацию в связи с обработкой заявлений, программами медицинского управления или выполнением любых других законных целей, связанных с участием в программе обеспечения льготами при медицинском обслуживании. Я понимаю, что сотрудники программы Medi-Cal будут обращаться со всей персональной медицинской информацией и информацией обо всех членах семьи, на которых распространяется действие этой программы, как с конфиденциальной информацией и не будут раскрывать ее ни в каких других целях.

Имя и фамилия печатными буквами: _____ Кем приходится: _____
Подпись: _____
(бенефициар/пациент, законный представитель или уполномоченный представитель)

Дата: _____

**Только для служебного
пользования** Ретроактивное
страхование Оценка Страхование

ПОЧТОВОГО отправления

 ADP Стоматологиче-

ские услуги

 DMH IHSS Медицинские услуги MMCD

Другое: _____

Округ оказания услуг: _____

Номер страхового случая: _____

Описание услуги (услуг) (продолжение):