Instrucciones para enviar un formulario de reclamación de Medi-Cal para el reembolso al beneficiario (reembolso de pagos por servicios médicos o dentales)

¿Quién puede presentar una reclamación?

Cualquier persona que haya pagado por servicios dentales o médicos que considere que están generalmente cubiertos por Medi-Cal puede presentar una reclamación de reembolso. Cualquier persona que presente una solicitud en nombre del beneficiario debe incluir su relación con el beneficiario al firmar el formulario o cualquier documento relacionado. Para obtener un reembolso, debe haber recibido y pagado por el servicio según se describe a continuación:

A. Durante el periodo de elegibilidad retroactivo de hasta tres meses antes de la fecha de presentación de su solicitud, que ya debe haber sido concedida por su condado y documentada en su expediente; o

B. Mientras esperaba a que se decidiera su solicitud de Medi-Cal. Si recibió los servicios el 2 de febrero de 2006 o después, para obtener un reembolso por los pagos, debe haber pagado a un proveedor que acepte Medi-Cal, o

C. Después de haber recibido su tarjeta de Medi-Cal. Para obtener un reembolso de los pagos realizados después de haber recibido su tarjeta de Medi-Cal, debe haber pagado a un proveedor que acepte Medi-Cal.

¿Cómo presento una reclamación?

Para presentar una reclamación, debe enviar un formulario de reclamación de Medi-Cal para el reembolso al beneficiario.

- El formulario de reclamación debe rellenarse con tinta azul o negra.
- El formulario de reclamación debe tener una firma original (no se aceptarán copias).

El formulario de reclamación debe incluir:

- Una fotocopia de su Tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC, por sus siglas en inglés).
- Prueba de pago. Los ejemplos incluyen una copia de los cheques cancelados del banco (parte delantera y posterior), recibos del proveedor al que pagó, evidencia del pago electrónico o una copia del giro postal. En algunas situaciones, se puede utilizar una declaración para explicar, complementar o respaldar los documentos anteriores.
- Un formulario de REGISTRO DE DATOS DEL BENEFICIARIO completado.
- Para aquellos servicios que hubieran requerido autorización de Medi-Cal, se requiere documentación del proveedor del servicio médico o dental que demuestre la necesidad médica del servicio.
- Un estado de cuenta detallado que indique las fechas de servicio; y los servicios o códigos de servicio por los que pagó directamente a los proveedores.

Nota: Complete una página de Información del proveedor individual para cada uno de los proveedores y asegúrese de indicar la cantidad (que desea que se le reembolse) que pagó a cada uno de los proveedores.

¿Qué es la solicitud oportuna?

1. Reclamaciones de servicios prestados desde el 27 de junio de 1997 hasta el 16 de noviembre de 2006: para los servicios prestados entre el 27 de junio de 1997 y el 16 de noviembre de 2006, su reclamación debe recibirse antes del 16 de noviembre de 2007 o en un plazo de hasta 90 días desde la recepción de su tarjeta de Medi-Cal, lo que ocurra más tarde.

2. Reclamaciones de servicios prestados el 16 de noviembre de 2006 o después: para los servicios prestados el 16 de noviembre de 2006 o después, su reclamación debe recibirse en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió los servicios o en el plazo de los 90 días posteriores a la recepción de su tarjeta de Medi-Cal, lo que ocurra más tarde.

¿Dónde envío las reclamaciones?

1. Las reclamaciones de reembolsos por pagos realizados por tratamientos médicos, de salud mental, del Programa de alcohol y drogas, y de Servicios de apoyo en el hogar deben enviarse por correo a:
   Beneficiary Service Center, P.O. Box 138008, Sacramento, CA 95813-8008
2. Las reclamaciones por reembolsos por los pagos realizados por servicios dentales deben enviarse a:
   Beneficiary Service Center, P.O. Box 526026, Sacramento, CA 95852-6026

Formulario de reclamación de Medi-Cal para el reembolso al beneficiario (reembolso de pagos por servicios médicos o dentales)

Si tiene alguna pregunta, consulte las instrucciones adjuntas o llame al Centro de servicios para beneficiarios (BSC, por sus siglas en inglés) al (916) 403-2007. Para el servicio de Dispositivo de telecomunicaciones para sordos (TDD, por sus siglas en inglés) llame al (916) 635-6491.

Información del beneficiario (paciente): Rellene toda la información solicitada a continuación en tinta azul o negra.

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Dirección del domicilio (número y calle):			Número de apartamento:	Teléfono de casa:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:	Teléfono del trabajo:
Dirección de correo (si es diferente a la que se mencionó antes o P.O. Box):				Teléfono de mensajes:
Ciudad:			Estado:	Código postal:
Número del seguro social:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):		Número de ID de Medi-Cal (N.º de Tarjeta de identificación de beneficiario [BIC]):	

Incluya un registro de datos del beneficiario completo y una copia de su tarjeta de Medi-Cal.

I. Indique cada uno de los proveedores de servicios médicos o dentales a los que ha realizado pagos y de los que desea solicitar un reembolso de los pagos:

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

II. Complete las páginas 3 y 4 por separado de este formulario para cada proveedor mencionado anteriormente. Deben completarse copias individuales de las páginas 3 y 4 para cada uno de los proveedores mencionados anteriormente. Solamente las páginas 3 y 4 pueden fotocopiarse. O para solicitar copias de las páginas 3 y 4, llame al BSC al (916) 403-2007 o al (916) 635-6491 para el TDD.

III. Firme y feche la parte inferior de esta página, y firme y feche cada copia de la página 3 que se incluye con esta reclamación. Asegúrese de escribir su nombre y su relación.

Acuerdo del beneficiario: (Puede incluir un representante legal o un representante autorizado junto con una copia de los documentos legales que lo autorizan a representar al Beneficiario/Paciente).

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de California que toda la información contenida en este formulario de reclamación es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Autorizo a cualquier proveedor de atención u otra entidad que preste servicios del cuidado de la salud al beneficiario mencionado anteriormente a divulgar a las Compañías o sus matrices, afiliadas o designados cualquier información o registros médicos relacionados con estos servicios. También autorizo a Medi-Cal a recibir y divulgar dicha información en relación con el procesamiento de reclamaciones, programas de administración médica o llevar a cabo cualquier otro propósito legal relacionado con la participación en el plan de beneficios de salud. Entiendo que Medi-Cal tratará toda la información de la salud personal, y la de todos los familiares de los afiliados cubiertos, como confidencial y no la divulgará para ningún otro propósito.

Nombre en letra de imprenta:_____ Relación: _____

Firma:_____ Fecha:_____

(Beneficiario/Paciente, Representante legal o Representante autorizado)

Información del proveedor
(Persona que proporciona servicios dentales o médicos)

He realizado el pago indicado al siguiente proveedor por los servicios dentales o médicos descritos y solicito el reembolso de los servicios cubiertos de Medi-Cal.

Nombre del proveedor:	Número del proveedor de Medi-Cal: (si se conoce)	
Nombre del contacto:		Número de teléfono del contacto:
Dirección física (número y calle):		Número de teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fechas de los servicios prestados:	Monto total pagado a este proveedor:	

Descripción de los servicios Si necesita más espacio para describir los servicios, utilice la siguiente página:

✓ Incluya fotocopias de:

- Prueba de todos los pagos
- Documentación de la necesidad médica, si es necesario
- Cualquier documento o papeleo que respalde su reclamación
- Un estado de cuenta detallado que indique las fechas de servicio y los servicios o códigos de servicio por los que pagó directamente a los proveedores

Acuerdo del beneficiario: (Puede incluir un representante legal o un representante autorizado junto con una copia de los documentos legales que lo autorizan a representar al Beneficiario/Paciente).

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de California que toda la información contenida en este formulario de reclamación es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Autorizo a cualquier proveedor de atención u otra entidad que preste servicios del cuidado de la salud al beneficiario mencionado anteriormente a divulgar a las Compañías o sus matrices, afiliadas o designados cualquier información o registros médicos relacionados con estos servicios. También autorizo a Medi-Cal a recibir y divulgar dicha información en relación con el procesamiento de reclamaciones, programas de administración médica o llevar a cabo cualquier otro propósito legal relacionado con la participación en el plan de beneficios de salud. Entiendo que Medi-Cal tratará toda la información de la salud personal, y la de todos los familiares de los afiliados cubiertos, como confidencial y no la divulgará para ningún otro propósito.

Nombre en letra de imprenta:_____ Relación: _____

Firma:_____ Fecha:_____

(Beneficiario/Paciente, Representante legal o Representante autorizado)

Para uso exclusivo oficial	☐ ADP	☐ Médico	☐ MMCD
☐ Retroactivo	☐ Dental	Otro: _____	
☐ Evaluación	☐ DMH	Condado de servicio: _____	
☐ Posterior	☐ IHSS	Número de caso:	

Descripción de los servicios (continuación):