คำแนะนำในการส่งแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของ Medi-Cal สำหรับการจ่ายเงินคืนให้กับผู้รับสิทธิประโยชน์ (การขอคืนเงินค่ารักษาพยาบาลหรือทันตกรรม)

ใครที่สามารถยื่นคำร้องค่าสินไหมทดแทนได้

ทุกคนที่ชำระค่าบริการทางการแพทย์ หรือทันตกรรมที่พิจารณาว่าจะครอบคลุมในบริการของ Medi-Cal ตามปกติ จะสามารถยื่นคำร้องเพื่อขอเงินคืนได้ ทุกคนที่ยื่นคำร้องในนามของผู้รับสิทธิประโยชน์จะต้องระบุความสัมพันธ์กับผู้รับสิทธิประโยชน์ เมื่อลงนามในแบบฟอร์ม หรือเอกสารที่เกี่ยวข้อง ท่านต้องได้รับ และชำระค่าบริการเพื่อขอรับเงินคืน:

ก) ในช่วงระยะเวลาการมีสิทธิ์ย้อนหลังสูงสุดไม่เกินสามเดือนก่อนวันที่ท่านยื่นคำร้องซึ่งต้องได้รับอนุญาตจากเขตของท่าน และจัดทำเอกสารในแฟ้มข้อมูลของท่าน หรือ

ข) ในขณะที่ท่านรอการพิจารณาการสมัครขอรับบริการของ Medi-Cal หากท่านได้รับบริการตั้งแต่วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2006 เป็นต้นไป หากท่านประสงค์ที่จะขอเงินคืนตามจำนวนที่ท่านได้ชำระไปแล้ว ท่านต้องชำระเงินให้กับผู้ให้บริการที่ยอมรับโปรแกรม Medi-Cal หรือ

ค) หลังจากที่ท่านได้รับบัตรของ Medi-Cal แล้ว หากท่านประสงค์ที่จะขอเงินคืนตามจำนวนที่ท่านได้ชำระไปแล้วหลังจากที่ท่านได้รับบัตรของ Medi-Cal ท่านต้องชำระเงินให้กับผู้ให้บริการที่ยอมรับโปรแกรม Medi-Cal

วิธีการยื่นคำร้องค่าสินไหมทดแทน

หากท่านประสงค์ที่จะยื่นคำร้องค่าสินไหมทดแทน ท่านต้องส่งแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของ Medi-Cal สำหรับการจ่ายเงินคืนให้กับผู้รับสิทธิประโยชน์

- การกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนต้องใช้หมึกสีน้ำเงินหรือดำ
- การลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนต้องใช้ลายมือชื่อที่เป็นต้นฉบับ (ไม่ยอมรับลายมือชื่อฉบับสำเนา)

ทั้งนี้ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจะต้องประกอบด้วย:

- สำเนาบัตรประจำตัวผู้รับสิทธิประโยชน์ของ (BIC) ของ Medi-Cal
- หลักฐานการชำระเงิน ตัวอย่างเช่น สำเนาเช็คที่ยกเลิกจากธนาคาร (ด้านหน้าและด้านหลัง) ใบเสร็จรับเงินจากผู้ให้บริการที่ท่านได้ชำระ หลักฐานการจ่ายชำระทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือสำเนาธนาณัติ อาจมีคำชี้แจงในบางกรณีเพื่ออธิบาย เสริมหรือสนับสนุนเอกสารข้างต้น
- แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลผู้รับเงินที่ครบถ้วนสมบูรณ์
- สำหรับบริการที่จะต้องได้รับอนุญาตจาก Medi-Cal เอกสารประกอบจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ หรือทันตกรรมที่แสดงความจำเป็นทางการแพทย์เพื่อขอรับบริการ
- ใบแจ้งยอดการเรียกเก็บเงินที่ลงรายละเอียดแต่ละรายการ ซึ่งระบุวันที่รับบริการ และบริการ และ/หรือรหัสบริการที่ท่านได้จ่ายตามจริงให้กับผู้ให้บริการ

หมายเหตุ: กรุณากรอกข้อมูลในหน้าข้อมูลผู้ให้บริการแต่ละหน้าสำหรับผู้ให้บริการแต่ละราย และโปรดระบุจำนวนเงิน (ท่านประสงค์ที่จะขอรับคืน) ที่ท่านได้ชำระให้กับผู้ให้บริการแต่ละราย

ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการยื่นแบบฟอร์ม

1. <u>การยื่นคำร้องค่าสินไหมทดแทนสำหรับบริการที่ได้รับในวันที่ 27 มิถุนายน 1997 - 16 พฤศจิกายน 2006:</u>
   สำหรับบริการที่ได้รับในระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน 1997 - 16 พฤศจิกายน 2006
   สำนักงานต้องได้รับคำร้องค่าสินไหมทดแทนภายในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2007 หรือภายใน 90 วันนับจากวันที่ได้รับบัตร Medi-Cal ของท่าน แล้วแต่ว่ากรณีใดจะช้ากว่า
2. <u>การยื่นคำร้องค่าสินไหมทดแทนสำหรับบริการที่ได้รับเมื่อหรือหลังจากวันที่ 16 พฤศจิกายน 2006 เป็นต้นไป</u>
   สำหรับบริการที่ได้รับเมื่อหรือหลังจากวันที่ 16 พฤศจิกายน 2006 เป็นต้นไป
   สำนักงานต้องได้รับคำร้องค่าสินไหมทดแทนของท่านภายในหนึ่งปีนับจากวันที่ท่านได้รับบริการ หรือภายใน 90 วันหลังจากที่ได้รับบัตร Medi-Cal แล้วแต่ว่ากรณีใดจะช้ากว่า

ยื่นคำร้องค่าสินไหมทดแทนได้ที่ไหน

1. ควรส่งคำร้องขอคืนเงินตามจำนวนที่ท่านได้ชำระสำหรับค่ารักษาในโปรแกรมบริการทางการแพทย์ สุขภาพจิต แอลกอฮอล์ และยาเสพติด และบริการดูแลผู้ป่วยในเคหสถานไปที่:
   Beneficiary Service Center, P.O. Box 138008, Sacramento, CA 95813-8008
2. ควรส่งคำร้องขอคืนเงินตามจำนวนที่ท่านได้ชำระสำหรับค่าบริการทันตกรรมไปที่:
   Beneficiary Service Center, P.O. Box 526026, Sacramento, CA 95852-6026

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของ Medi-Cal สำหรับการจ่ายเงินคืนให้กับผู้รับสิทธิประโยชน์ (การขอคืนเงินค่ารักษาพยาบาลหรือทันตกรรม)

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ กรุณาดูคำแนะนำที่แนบมานี้ หรือโทรติดต่อศูนย์บริการผู้รับสิทธิประโยชน์ (Beneficiary Service Center, BSC) ที่ (916) 403-2007 สำหรับบริการ TDD กรุณาโทรไปที่ (916) 635-6491

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับสิทธิประโยชน์ (ผู้ป่วย): กรุณากรอกข้อมูลทั้งหมดที่ร้องขอด้านล่างด้วยหมึกสีน้ำเงิน หรือสีดำ

นามสกุล:	ชื่อ:			อักษรย่อชื่อกลาง:
ที่อยู่ที่บ้าน (เลขที่และถนน):			เลขที่อพาร์ทเมนท์:	หมายเลขโทรศัพท์บ้าน:
เมือง:	รัฐ:	รหัสไปรษณีย์:	เขต:	หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน:
ที่อยู่ไปรษณีย์ (หากแตกต่างจากที่อยู่ข้างต้นหรือตู้ปณ.):				โทรศัพท์รับส่งข้อความ:
เมือง:			รัฐ:	รหัสไปรษณีย์:
หมายเลขประกันสังคม:	วันเดือนปีเกิด (ดด/วว/ปปปป):		หมายเลขบัตรประจำตัวของ Medi-Cal (BIC):	

ระบุบันทึกข้อมูลผู้รับเงินที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และสำเนาบัตรของ Medi-Cal ของท่าน

1. **บันทึกรายชื่อผู้ให้บริการทางการแพทย์ หรือทันตกรรมแต่ละรายที่ท่านได้ชำระเงิน และต้องการขอเงินคืนตามจำนวนเงินที่ได้ชำระไป:**

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

2. **กรุณากรอกข้อมูลผู้ให้บริการแต่ละรายที่ระบุไว้ข้างต้นในหน้า 3 และ 4 ของแบบฟอร์มนี้แยกกัน ท่านต้องกรอกข้อมูลผู้ให้บริการแต่ละรายที่ระบุไว้ข้างต้นสำหรับสำเนาหน้า 3 และ 4 แต่ละชุด สามารถถ่ายสำเนาเฉพาะหน้า 3 และ 4 เท่านั้น หรือหากท่านประสงค์ที่จะขอสำเนาหน้า 3 และ 4 กรุณาโทรไปที่ BSC ที่ (916) 403-2007 หรือ (916) 635-6491 สำหรับบริการ TDD**
3. **ลงนามและลงวันที่ที่ส่วนท้ายของหน้านี้ และลงนามและลงวันที่ในสำเนาหน้า 3 ที่ท่านรวมในคำร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ทุกชุด กรุณาเขียนชื่อ และความสัมพันธ์ของท่านด้วยตัวบรรจง**

<u>ความยินยอมของผู้รับสิทธิประโยชน์:</u> (อาจเป็นตัวแทนโดยชอบทางกฎหมายหรือตัวแทนที่ได้รับแต่งตั้ง โดยต้องแนบสำเนาเอกสารทางกฎหมายที่อนุญาตให้ท่านเป็นตัวแทนของผู้รับสิทธิประโยชน์/ผู้ป่วย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดในแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้เป็นความจริง และถูกต้อง หากเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีรับโทษภายใต้กฎหมายแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับสิทธิประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถเผยแพร่ข้อมูล หรือเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับบริการเหล่านี้ต่อบริษัท และ/หรือบริษัทแม่ บริษัทในเครือหรือผู้ได้รับการแต่งตั้ง นอกจากนี้ ข้าพเจ้าอนุญาตให้ Medi-Cal รับ และเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โปรแกรมการจัดการทางการแพทย์ หรือดำเนินการตามวัตถุประสงค์ทางกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในแผนสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า Medi-Cal จะรักษาข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลทั้งหมด และข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับความคุ้มครองทั้งหมดเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยเพื่อวัตถุประสงค์อื่นใด

ชื่อตัวบรรจง:_____ ความสัมพันธ์: _____

ลายมือชื่อ:_____ วันที่: _____

(ผู้รับสิทธิประโยชน์/ผู้ป่วย ตัวแทนโดยชอบทางกฎหมาย หรือตัวแทนที่ได้รับอนุญาต)

ข้อมูลผู้ให้บริการ
(บุคคลที่ให้บริการทางการแพทย์ หรือทันตกรรม)

ข้าพเจ้าได้ชำระเงินตามรายการที่ระบุให้กับผู้ให้บริการต่อไปนี้สำหรับบริการทางการแพทย์ หรือทันตกรรมที่อธิบายไว้ และขอให้ดำเนินการจ่ายเงินคืนสำหรับค่าบริการที่ครอบคลุมของ Medi-Cal

ชื่อผู้ให้บริการ:	หมายเลขผู้ให้บริการของ Medi-Cal : (หากทราบ)	
ชื่อผู้ติดต่อ:		หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ:
ที่อยู่ปัจจุบัน: (เลขที่และถนน)		หมายเลขโทรศัพท์:
เมือง:	รัฐ:	รหัสไปรษณีย์:
วันที่ให้บริการ:	ยอดเงินทั้งหมดที่ชำระให้กับผู้ให้บริการรายนี้:	

<u>คำอธิบายบริการ</u> <u>หากท่านต้องการใช้พื้นที่ว่างเพิ่มเติมเพื่ออธิบายเกี่ยวกับบริการ กรุณาใช้พื้นที่ว่างในหน้าถัดไป:</u>

✓ กรุณาแนบสำเนาเอกสารต่อไปนี้:

- หลักฐานการชำระเงินทั้งหมด
- เอกสารประกอบเกี่ยวกับความจำเป็นทางการแพทย์ หากจำเป็น
- เอกสารหรือหนังสือใด ๆ ที่สนับสนุนคำร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน
- ใบแจ้งยอดการเรียกเก็บเงินที่ลงรายละเอียดแต่ละรายการ ซึ่งระบุวันที่รับบริการ และบริการ และ/หรือรหัสบริการที่ท่านได้จ่ายตามจริงให้กับผู้ให้บริการ

ความยินยอมของผู้รับสิทธิประโยชน์: (อาจเป็นตัวแทนโดยชอบทางกฎหมายหรือตัวแทนที่ได้รับแต่งตั้ง โดยต้องแนบสำเนาเอกสารทางกฎหมายที่อนุญาตให้ท่านเป็นตัวแทนของผู้รับสิทธิประโยชน์/ผู้ป่วย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดในแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้เป็นความจริง และถูกต้อง หากเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีรับโทษภายใต้กฎหมายแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับสิทธิประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถเผยแพร่ข้อมูล หรือเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องกับบริการเหล่านี้ต่อบริษัท และ/หรือบริษัทแม่ บริษัทในเครือหรือผู้ได้รับการแต่งตั้ง นอกจากนี้ ข้าพเจ้าอนุญาตให้ Medi-Cal รับ และเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน โปรแกรมการจัดการทางการแพทย์ หรือดำเนินการตามวัตถุประสงค์ทางกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในแผนสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า Medi-Cal จะรักษาข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลทั้งหมด และข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับความคุ้มครองทั้งหมดเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยเพื่อวัตถุประสงค์อื่นใด

ชื่อตัวบรรจง:_____ ความสัมพันธ์: _____

ลายมือชื่อ:_____ วันที่: _____

(ผู้รับสิทธิประโยชน์/ผู้ป่วย ตัวแทนโดยชอบทางกฎหมาย หรือตัวแทนที่ได้รับแต่งตั้ง)

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น	☐ ADP	☐ Medical	☐ MMCD
☐ Retro	☐ Dental	อื่น ๆ: _____	
☐ Evaluation	☐ DMH	เขตบริการ: _____	
☐ Post	☐ IHSS	หมายเลขกรณี:	

คำอธิบายบริการ (ต่อ):