Інструкції щодо подання форми заяви Medi-Cal на відшкодування бенефіціару (відшкодування платежів за медичні чи стоматологічні послуги)

Хто може подати заяву?

Будь-яка особа, яка оплатила медичні чи стоматологічні послуги, які, на її думку, зазвичай покриваються програмою Medi-Cal, може подати заяву на відшкодування витрат. При підписанні форми або будь-яких пов'язаних із цим документів будь-яка особа, яка подає заяву від імені бенефіціара, повинна вказати, ким вона доводиться бенефіціару. Щоб отримати відшкодування, ви повинні були отримати та оплатити послугу:

A. протягом ретроактивного періоду відповідності критеріям тривалістю не більше трьох місяців до дати подання вашої заяви, яка вже мала бути задоволена вашим округом і задокументована у вашій справі; або

B. поки ви чекали на прийняття рішення щодо вашої заяви по програмі Medi-Cal. Якщо ви отримували послуги 2 лютого 2006 р. або пізніше, щоб отримати відшкодування за платежі, ви повинні були здійснити оплату постачальнику, який бере участь у програмі Medi-Cal; або

C. після отримання картки Medi-Cal. Щоб отримати відшкодування за платежі, здійснені після отримання картки Medi-Cal, ви повинні були здійснити оплату постачальнику, який бере участь у програмі Medi-Cal.

Як подати заяву?

Щоб подати заяву, ви повинні подати форму заяви Medi-Cal для відшкодування бенефіціару.

- форма заяви має бути заповнена ручкою з синім або чорним чорнилом;
- форма заяви повинна містити оригінальний підпис (копії не приймаються).

До форми заяви має бути додано такі документи:

- Фотокопія вашої ідентифікаційної картки бенефіціара програми Medi-Cal (BIC, Beneficiary Identification Card).
- Підтвердження оплати. Наприклад, серед іншого, копії погашених чеків (лицьова та зворотна сторони), надані банком, квитанції від постачальника, якому ви здійснили оплату, підтвердження електронного платежу чи копія грошового переказу. У деяких випадках може вимагатися декларація для пояснення, доповнення чи підтвердження документів, наведених вище.
- Заповнена форма РЕЄСТРАЦІЇ ДАНИХ ОДЕРЖУВАЧА ПЛАТЕЖУ.
- Для тих послуг, для яких був потрібен дозвіл Medi-Cal, документація від постачальника медичних або стоматологічних послуг, яка підтверджує медичну потребу в отриманні послуги.
- Деталізований платіжний документ із зазначенням дати (дат) надання послуги, а також послуги (послуг) та (або) коду (кодів) послуг, за яку (які) ви здійснили оплату постачальнику (постачальникам) із власних коштів.

Примітка. Заповніть окрему сторінку з інформацією про постачальника для кожного з постачальників і обов'язково вкажіть суму (відшкодування якої ви бажаєте отримати), яку ви заплатили кожному з постачальників.

Що означає своєчасне подання?

1. Заяви на виплату відшкодування щодо послуг, наданих з 27 червня 1997 р. по 16 листопада 2006 р.: Щодо послуг, наданих у період з 27 червня 1997 р. по 16 листопада 2006 р., ваша заява повинна була бути отримана до 16 листопада 2007 р. або протягом 90 днів з моменту отримання вашої картки Medi-Cal, залежно від того, що настало пізніше.
2. Заяви на виплату відшкодування щодо послуг, наданих 16 листопада 2006 р. або після цієї дати: Щодо послуг, наданих 16 листопада 2006 р. або після цієї дати, ваша заява повинна була бути отримана протягом одного року з дати отримання послуг або протягом 90 днів з моменту

отримання картки Medi-Cal, залежно від того, що настало пізніше.

Куди надсилати заяви?

1. Заяви на відшкодування платежів, здійснених за медичне лікування, лікування психічних захворювань, алкогольної та наркотичної залежності, а також за послуги надання підтримки (у себе) вдома, слід надсилати за адресою:

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

2. Заяви щодо відшкодування платежів за стоматологічні послуги слід надсилати за адресою:

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

Форма заяви Medi-Cal на відшкодування бенефіціару (відшкодування платежів за медичне чи стоматологічне обслуговування)

Якщо у вас виникли запитання, перегляньте інструкції, що додаються, або зателефонуйте до Центру обслуговування бенефіціарів (BSC, Beneficiary Service Center) за номером (916) 403-2007. Особам, які користуються послугою TDD, слід звертатися за номером (916) 635-6491.

Інформація про бенефіціара (пацієнта): Заповніть усю інформацію, яка вимагається нижче, ручкою з синім або чорним чорнилом.

Прізвище:	Ім'я:			Ініціал другого імені:
Домашня адреса (номер будинку та вулиця):			Номер квартири:	Домашній телефон:
Місто:	Штат:	Поштовий індекс:	Округ:	Робочий телефон:
Поштова адреса (якщо відрізняється від зазначеної вище або поштова скринька):				Телефон для текстових повідомлень:
Місто:			Штат:	Поштовий індекс:
Номер соціального страхування:	Дата народження (ММ/ДД/РРРР):	Ідентифікаційний номер Medi-Cal (BIC):		

Додайте заповнену форму Реєстрації даних одержувача платежу та копію вашої картки Medi-Cal.

I. Зазначте кожного з постачальників медичних або стоматологічних послуг, яким ви здійснили платіж (платежі) і бажаєте отримати відшкодування своїх витрат:

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

II. Заповніть окремі сторінки 3 та 4 цієї форми для кожного постачальника, зазначеного вище. Окремі копії сторінок 3 та 4 мають бути заповнені для кожного з перелічених вище постачальників. Лише сторінки 3 та 4 можуть бути фотокопіями. Або щоб отримати копії сторінок 3 та 4, зателефонуйте до BSC за номером (916) 403-2007 або (916) 635-6491 для осіб, які використовують послугу TDD.

III. **Поставте підпис і дату внизу цієї сторінки, а також підпишіть і зазначте дату на кожній копії сторінки 3, яку ви додаєте до цієї заяви. Зазначте ім'я та прізвище друкованими літерами, а також ким доводитеся.**

Згода бенефіціара: (може включати законного представника або уповноваженого представника із наданням копії юридичних документів, які уповноважують вас представляти бенефіціара/пацієнта)

Під страхом покарання за неправдиві свідчення відповідно до законодавства State of California я заявляю, що вся інформація в цій формі заяви є правдивою та точною, наскільки мені відомо та на моє переконання. Я дозволяю будь-якому постачальнику медичних послуг або іншій організації, яка надає медичні послуги бенефіціару, зазначеному вище, надавати компаніям та (або) їхнім материнським компаніям, афілійованим особам або уповноваженим особам будь-яку інформацію чи

медичну документацію, що стосуються цих послуг. Я також дозволяю Medi-Cal отримувати та надавати таку інформацію у зв'язку з обробкою заяв, програмами медичного управління або виконанням будь-якої іншої законної мети, пов'язаної з участю в програмі забезпечення пільгами при медичному обслуговуванні. Я розумію, що співробітники програми Medi-Cal оброблятимуть всю персональну медичну інформацію, а також інформацію всіх членів родини, на яких розповсюджується дія програми, як конфіденційну та не розголошуватимуть її з будь-якою іншою метою.

Ім'я та прізвище друкованими літерами:_____ Ким доводиться: _____

Підпис:_____ Дата: _____

(бенефіціар/пацієнт, законний представник або уповноважений представник)

Інформація про постачальника (особа, яка надає медичні чи стоматологічні послуги)

Я здійснив(-ла) зазначений платіж вказаному нижче постачальнику за описані медичні чи стоматологічні послуги та прошу надати мені відшкодування за послуги, які покриваються Medi-Cal.

Ім'я та прізвище/назва постачальника:		Номер постачальника Medi-Cal: (якщо відомо)
Ім'я та прізвище контактної особи:		Номер телефону контактної особи:
Фізична адреса: (номер будинку та вулиця)		Номер телефону:
Місто:	Штат:	Поштовий індекс:
Дата надання послуги (послуг):	Загальна сума, сплачена цьому постачальнику:	

Опис послуги (послуг) Якщо вам потрібно більше місця для опису послуги (послуг), скористайтеся наступною сторінкою:

✓ Додайте фотокопії таких документів:
- підтвердження всіх платежів;
- документи про медичну потребу в послугах, у разі необхідності;
- будь-які документи чи офіційну документацію, що підтверджує вашу заяву;
- деталізований платіжний документ із зазначенням дати (дат) надання послуги, а також послуги (послуг) та (або) коду (кодів) послуг, за яку (які) ви здійснили оплату постачальнику (постачальникам) із власних коштів.

Згода бенефіціара: (може включати законного представника або уповноваженого представника із наданням копії юридичних документів, які уповноважують вас представляти бенефіціара/пацієнта)

Під страхом покарання за неправдиві свідчення відповідно до законодавства State of California я заявляю, що вся інформація в цій формі заяви є правдивою та точною, наскільки мені відомо та на моє переконання. Я дозволяю будь-якому постачальнику медичних послуг або іншій організації, яка надає медичні послуги бенефіціару, зазначеному вище, надавати компаніям та (або) їхнім материнським компаніям, афілійованим особам або уповноваженим особам будь-яку інформацію чи медичну документацію, що стосуються цих послуг. Я також дозволяю Medi-Cal отримувати та надавати таку інформацію у зв'язку з обробкою заяв, програмами медичного управління або виконанням будь-якої іншої законної мети, пов'язаної з участю в програмі забезпечення пільгами при медичному обслуговуванні. Я розумію, що співробітники програми Medi-Cal оброблятимуть всю персональну медичну інформацію, а також інформацію всіх членів родини, на яких розповсюджується дія програми, як конфіденційну та не розголошуватимуть її з будь-якою іншою метою.

Ім’я та прізвище друкованими літерами:_____ Ким доводиться: _____

Підпис:_____ Дата: _____

(бенефіціар/пацієнт, законний представник або уповноважений представник)

Тільки для службових відміток

☐ Ретроспективне страхування

☐ Оцінка

☐ Страхування поштового відправлення

☐ ADP

☐ Стоматологічні послуги

☐ DMH

☐ IHSS

☐ Медичні послуги

☐ MMCD

Інше: _____

Округ надання послуг: _____

Номер справи:

Опис послуги (послуг) (продовження):