

# Форма запроса на возмещение расходов участникам

(Форма медицинского требования на возмещение. Не использовать для возмещения расходов на аптечные услуги.)

Если Вы получили счет, который Вы не оплатили, не заполняйте эту форму. Позвоните нам как можно скорее по номеру (800) 863-4155. Пользователям телетайпа (TTY) следует набирать номер службы California Relay Service (800) 735-2929 или 711.

## Раздел 1. Информация об участнике (лицо, получившее услуги)

Имя	Фамилия	M.I.	
Адрес (укажите также номер квартиры)	Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон	Наиболее подходящее время для связи с Вами		
Номер идентификационной карточки РНС	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)		

**Раздел 2. Если у нас (РНС) появятся вопросы по этой форме, с кем мы можем поговорить? Если это не участник и не один из родителей несовершеннолетнего, мы вышлем Вам форму авторизации для заполнения.**

Имя	Фамилия
Телефон	Наиболее подходящее время для связи с Вами
Отношение к участнику: <input type="checkbox"/> Сам <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Сын <input type="checkbox"/> Дочь <input type="checkbox"/> Другое: _____	

**Раздел 3. В случае одобрения, на чье имя следует выписать чек? Куда вы хотите, чтобы он был отправлен по почте? (Оплата не гарантируется)**

Имя	Фамилия		
Адрес (укажите также номер квартиры):	Город	Штат	Почтовый индекс

**Раздел 4. Сообщите, почему эти услуги были оплачены?**

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, информация в этой форме достоверна и точна.

Подпись	Имя печатными буквами	Дата (ММ/ДД/ГГГГ)
---------	-----------------------	-------------------

**Заполнение этой формы не гарантирует возмещение или оплату.**

## Форма запроса на возмещение расходов участникам

(Форма медицинского требования на возмещение. Не использовать для возмещения расходов на аптечные услуги.)

### Как использовать эту форму

Эту форму следует использовать **только** в том случае, если Вы оплатили услуги, покрываемые Medi-Cal. Эта форма не предназначена для возмещения аптечных услуг.

Используйте отдельную форму запроса для каждого участника, получившего услуги.

#### Приложите все необходимые документы:

1. Детализированный счет (счет, в котором перечислены все предоставленные услуги)
2. Подтверждение оплаты
3. Медицинские справки об услугах, полученных вне штата (справки от врача, который оказывал услуги)

Вы должны заполнить все разделы этой формы и **приложить все необходимые документы, перечисленные выше**. Если нам понадобится дополнительная информация, мы позвоним Вам.

#### Раздел 1. Информация об участнике

Этот раздел предназначен для участника, получившего услуги.

#### Раздел 2. К кому обращаться, если у нас появятся вопросы?

В этом разделе спрашивается, к кому нам обращаться, если у нас появятся вопросы. Если это не участник и не один из родителей несовершеннолетнего ребенка, то это лицо должно заполнить форму авторизации.

#### Раздел 3. В случае одобрения, на чье имя следует выписать чек?

В этом разделе запрашивается информация о том, на чье имя следует выписать чек и куда отправить.

#### Раздел 4. Сообщите, почему Вы или кто-либо еще оплатили эти услуги?

Этот раздел предназначен для того, чтобы сообщить нам, почему кто-то должен был заплатить за эти услуги.

#### Отправьте заполненную форму и необходимые документы по факсу или по почте в РНС.

Для участников из округов Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano, Sonoma, Yolo:

- Факс: (707) 863-4415
- Почтовый адрес: Partnership HealthPlan of California, Attention EUnit, 4665 Business Center Drive, Fairfield CA 94534

Для участников из округов Del Norte, Humboldt, Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou, Trinity:

- Факс: (530) 223-2508
- Почтовый адрес: Partnership HealthPlan of California, Attention EUnit 3688 Avtech Parkway, Redding CA 96002

Мы вышлем Вам письмо с информацией о нашем решении в течение 30 дней после Вашего запроса.

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы или потребуется помощь, звоните нам по номеру (800) 863-4155. Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 а.м. до 5:00 р.м. Пользователям с нарушениями слуха следует обращаться в Калифорнийскую службу коммутируемых сообщений по телефонам (800) 735-2929 или 711.