

## Solicitação de cobrança de despesas de assistência médica não seguradas Request for Collection of Uninsured Health Care Expenses

PARA:

RE:

NÚMERO DE CASO:

A Divisão de Pensão Alimentícia (DCS) pode ser capaz de cobrar despesas de assistência médica não seguradas que você pagou para seus filhos, se você não tiver recebido o pagamento do responsável obrigado a pagar as despesas sob uma decisão judicial de pensão alimentícia existente. Despesas de assistência médica não seguradas incluem despesas médicas, odontológicas, oftalmológicas, farmacêuticas, copagamentos, franquias e prêmios de seguro. Você pode incluir pagamentos para equipamentos médicos se fornecer prova de que o equipamento foi prescrito por um profissional de saúde.

**Leia todas as informações abaixo e siga todas as instruções para evitar que sua solicitação seja negada.**

Você pode solicitar à DCS para cobrar essas despesas quando **todas as seguintes condições forem verdadeiras:**

1. Você é responsável por uma criança com despesas de saúde.
2. Você tem uma ordem judicial de pensão alimentícia no Estado de Washington que exige que o outro responsável pague parte ou todas as despesas de assistência médica.
3. Você pagou um mínimo de US\$ 500,00 de despesas de assistência médica não seguradas para os filhos desse responsável.
4. Seu filho recebeu os serviços de assistência médica nos últimos 24 meses.
5. O último pedido de reembolso de despesas de assistência médica ocorreu há pelo menos 12 meses.
6. Você solicitou o pagamento diretamente do outro responsável por essas despesas **ou** pode comprovar a "justa causa" porque não o fez.
7. Você não recebeu o pagamento integral do responsável que deve pagar nos termos da decisão judicial.

### Instruções

Use o formulário **Folha de detalhes - Despesas de assistência médica não seguradas** anexo para listar as despesas de assistência médica de seus filhos. Use um formulário separado para cada responsável de quem você está solicitando reembolso.

Preencher, datar, assinar e devolver a **Folha de detalhes - Despesas de assistência médica não seguradas**. Certifique-se de seguir as instruções do formulário. Se você está solicitando o reembolso de prêmios de seguro saúde que pagou por seus filhos, preencha a seção Seguro saúde.

Leia atentamente a **Permissão para compartilhar documentos para reembolso de despesas médicas**.

1. Você deve marcar uma das caixas na página 2.
2. Você deve datar, assinar e devolver o formulário à DCS com a **Folha de detalhes** e cópias de contas, recibos, pagamentos ou outra documentação.

Anexe fotocópias claramente legíveis dos registros detalhados de despesas e registros de pagamento.

1. A DCS não pode devolver esses registros para você.
2. Não use um marcador de texto em nenhum dos registros. Isso torna o documento ilegível.

Os registros devem mostrar os nomes das crianças, datas de serviço, todas as cobranças e todos os pagamentos. Esses registros podem incluir:

1. Uma explicação dos benefícios (EOB) da seguradora com comprovante de que você pagou o valor de Responsabilidade do paciente.
2. Um extrato de cobrança, recibo ou livro-razão do prestador de serviços de saúde que mostre os nomes das crianças, cobranças, pagamentos e quem fez o pagamento (seguro ou cliente).

A DCS enviará cópias das contas, recibos, EOBs e registros de pagamento ao responsável que deve pagar. **Exclua qualquer informação pessoal dos registros que você não deseja que o outro responsável veja.** Guarde os originais ou cópias (com todas as informações visíveis) dos registros para uso futuro. Ao excluir informações pessoais, envie também à DCS uma cópia com todas as informações visíveis para nossos registros. Exemplos de informações pessoais incluem seu endereço, número de telefone, números de seguridade social, números de contas ou informações bancárias mostradas em seus recibos e informações médicas confidenciais, como números de receita e determinados diagnósticos.

Envie os formulários preenchidos e os documentos solicitados à DCS no número de fax ou endereço listado abaixo.

\_\_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_

REPRESENTANTE AUTORIZADO  
DIVISÃO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520

Na \_\_\_\_\_ área de residência \_\_\_\_\_

Fora da \_\_\_\_\_ área de residência \_\_\_\_\_

Fax: 866-668-9518

Serviços de teletipo (TTY)/dispositivos de telecomunicação para pessoas com deficiência auditiva (TDD) estão disponíveis para indivíduos com deficiências na fala ou audição.

Visite nosso website em: [www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support](http://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support)

Nenhum indivíduo pode ser discriminado para fins de emprego, serviços ou qualquer aspecto das atividades do programa devido à sua etnia, cor, nacionalidade, credo, religião, sexo, idade ou deficiência. Este formulário está disponível em formatos alternativos, mediante solicitação.