

Folha de detalhes - Despesas de assistência médica não seguradas Detail Sheet – Uninsured Health Care Expenses

Instruções (leia atentamente)

1. Use uma **Folha de detalhes** separada para cada responsável de quem você está solicitando reembolso. Liste as despesas de todos os filhos desse responsável no formulário. Liste os prêmios do seguro saúde separadamente na seção Seguro saúde. Você também deve fornecer as informações de seguro médico e/ou odontológico, quando indicado.
2. Se precisar de mais páginas, faça uma cópia deste formulário antes de começar ou baixe o formulário do site da DCS em <https://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support/division-child-support-forms>
3. Exceto pela sua assinatura, imprima todas as respostas somente com tinta azul ou preta.
4. Forneça informações completas para cada coluna abaixo. Insira o total para cada coluna onde mostrado.
5. Liste as despesas na ordem em que os serviços médicos foram recebidos (da data mais antiga para a data mais recente).
6. Você deve enviar registros para apoiar cada pedido (contas, recibos, explicação dos benefícios (EOBs), cheques cancelados etc.). Para acelerar o processamento, numere cada documento no canto superior direito com o mesmo Número de despesa e recibo que a despesa listada na página 2. **Não use um marcador de texto em nenhum dos registros. Isso torna o documento ilegível.**
7. Se estiver solicitando reembolso de uma despesa grande, como ortodontia, e estiver pagando de acordo com um contrato ou acordo, envie uma cópia do contrato ou acordo de pagamento.
8. Se você estiver solicitando o reembolso de prêmios de seguro que você paga por seus filhos, preencha a seção Seguro saúde deste formulário. Você deve ser o assinante da apólice para solicitar reembolso. Se um valor de prêmio for mostrado na linha 10.a. da Planilha de cronograma de pensão alimentícia para um dos responsáveis, você não pode solicitar o reembolso do prêmio.
9. Preencha a seção Declaração na página 3. Marque a caixa informando que você solicitou o pagamento diretamente do outro responsável ou marque a caixa informando que você não solicitou o pagamento do outro responsável porque você tem uma “justa causa”. A DCS precisa dessas informações se um pedido for inserido e um responsável solicitar uma Audiência administrativa. Você deve datar e assinar onde indicado.
10. A CS enviará uma cópia das páginas 2 e 3 desta “Folha de detalhes”, as contas, recibos, EOBs e registros de pagamento para o responsável obrigado a pagar. Exclua dos registros todas as informações pessoais 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.

NOME DO RESPONSÁVEL OBRIGADO A PAGAR

NÚMERO DO PROCESSO DA DCS

SEU NOME

Despesas e pagamentos

NÚMERO DA DESPESA E DO RECIBO	NOME DO MENOR	DATA DO SERVIÇO (DATA EM QUE A CRIANÇA RECEBEU O SERVIÇO OU DATA EM QUE A RECEITA FOI PREENCHIDA)	MONTANTE TOTAL DA DESPESA OU MONTANTE DO COPAGAMENTO	MONTANTE TOTAL PAGO POR VOCÊ	DCS USE (USO DA DCS) DENIAL REASON
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					

TOTAIS DAS COLUNAS

\$

\$

Valor que o outro responsável pagou diretamente a você pelas despesas de assistência médica acima: \$

Razões da negação de despesas da DCS

- D1: A data do serviço tem mais de 24 meses.
- D2: Nenhum documento demonstrando esta despesa.
- D3: Nenhuma comprovante de pagamento para esta despesa.
- D4: Não é uma despesa elegível (ex: não prescrita por um médico, taxas atrasadas)
- D5: Nenhuma decisão judicial de pensão cobrindo esta data de serviço
- D6: A outra parte já pagou sua parcela dessa despesa.
- D7: Você não é o assinante da apólice de seguro.
- D8: O outro responsável fornece seguro, portanto, não é obrigado a pagar uma parte do pagamento do prêmio.
- D9: Um valor do prêmio para você ou o outro responsável é mostrado na linha 10.a. da Planilha de cronograma de pensão alimentícia.
- D10: Outro

