የዲሲ መንግስት የጤና እንክብካቤ ፋይናንስ መምሪያ
GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA
Department of Health Care Finance

በሜዲኬይድ (MEDICAID) መከፈል የነበረባቸውን የህክምና ወጪዎች ለከፈሉ የዲሲ ሜዲኬይድ (DISTRICT OF COLUMBIA MEDICAID) ነዋሪዎች በሙሉ

If you do not speak and/or read English, please call (202) 724-7491 between 9:00 a.m. and 4:45 p.m. A representative will assist you. ENGLISH

Si usted no habla o lee inglés, por favor llame al (202) 724-7491 de 9:00 a.m. a 4:45 p.m. Un representante le ayudará. SPANISH

Si vous ne parlez pas et / ou lisez l'anglais , s'il vous plaît appelez (202) 724-7491 9:00-16:45. Un représentant vous aidera. FRENCH

如果您不会说或阅读英语，请于早上 9 点至下午 4 点 45 分之间致电 (202) 724-7491。我们将为您提供帮助。 CHINESE

한국어로 상담하시려면 오전 9:00 - 오후 4:45 시간대에 전화 (202) 724-7491번으로 연락주십시오. 고객 지원 담당자의 서비스를 받으실 수 있습니다. KOREAN

እንግሊዝኛ የማይናገሩ እና/ወይም የማያነቡ ከሆኑ፣ እባክዎ ወደ ስልክ ቁጥር (202) 724-7491 ከጠዋቱ 9:00 a.m. እስከ ቀኑ 4:45 p.m. ድረስ ይደውሉ። ተወካይ ያግዞታል። AMHARIC

Nếu quý vị không nói và/hoặc đọc được tiếng Anh, vui lòng gọi (202) 724-7491 giữa 9 giờ sáng và 4:45 chiều. Một nhân viên sẽ giúp đỡ quý vị. VIETNAMESE

ለሜዲኬይድ (Medicaid) ብቁ በነበራችሁበት ወቅት ለታዘዙ መድሃኒቶች (prescriptions)፤ ለዶክተር ጉብኝቶች፤ ወይም ለሆስፒታል መኝታ ወጪ አውጥተው ከሆነ፤ ወጪዎቹን መልሰው ያገኙ ይሆናል።

<u>መስፈርቶች</u>፤ እርስዎ ወይም የቤተሰብዎ አባል ለሜዲኬድ ብቁ በሆናችሁበት ወቅት ያወጡትን ገንዘብ መልሶ ለማግኘት ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ፤

a. ለመድኃኒት ማዘዣዎች፣ ለሐኪም ጉብኝት ወይም ለሆስፒታል መተኛት ከከፈሉ። ወይም
b. አሁንም ሂሳብ እየከፈሉ ነው ወይም በፋርማሲ፣ ክሊኒክ፣ ዶክተር ወይም ሆስፒታል ለመድሃኒት ማዘዣ፣ ለዶክተር ጉብኝት ወይም ለሆስፒታል መተኛት ሂሳብ እንዲከፍሉ እየተጠየቁ ነው።

ክፍያ የማግኘት መብት እንዳለዎት ካመኑ፣ ወደ ፋርማሲ፣ ክሊኒክ፣ ዶክተር ወይም ሆስፒታል ከሄዱበት ቀን ጀምሮ ባሉት 12 ወራት ውስጥ ወይም ለሜዲኬድ ብቁ መሆንዎን ካወቁበት ቀን ጀምሮ ባሉት 12 ወራት ውስጥ ገንዘብ እንዲመለስ መጠየቅ አለብዎት።

<u>"ለሜዲኬይድ ብቁ የመሆን (ELIGIBLE FOR MEDICAID)" ትርጉም</u>፤ "ለሜዲኬይድ ብቁ" የሆኑበት ጊዜ እና የከፈሉትን መልሶ ማግኘት ማለት፤

1. እርስዎን (እና/ወይም የቤተሰብዎን አባል) ዲሲ (District of Columbia) ለሜዲኬይድ ብቁ ናቸው ብሎ ያስቀመጣቸው ቀናት።
2. ለሜዲኬይድ (Medicaid) ማመልከቻዎን ከማስገባትዎ በፊት ባሉት ሶስት (3) ወራት (እና በኋላ ብቁ ሆነው ሲገኙ)።
3. ለ ሜዲኬይድ (Medicaid) ማመልከቻዎን ካቀረቡ በኋላ እና ውሳኔን ሲጠብቁ (እና በኋላ ላይ ብቁ ሆነው ሲገኙ)።
4. የአገልግሎቶች ብቁነት አላግባብ በተከለከሉበት በማንኛውም ጊዜ፤
   a. በሜዲኬይድ እድሳት ወይም በድጋሚ ማረጋገጫ ጊዜ የዲስትሪክት አፍ ኮሎምቢያ የእርስዎን ብቁነት አላግባብ ካቆመ።
   b. ፋርማሲው፣ ክሊኒኩ፣ ሆስፒታል ወይም የዶክተር ቢሮ እርስዎ በነበሩበት ጊዜ በሜዲኬይድ ላይ አልነበሩም በማለታቸው እንዲከፍሉ ከጠየቁ።
   c. ከ21 አመት በታች ለሆነ ልጅ ለሜዲኬድ ብቁ ከሆነ ለማንኛውም የኢፒኤስዲቲ (EPSDT) አገልግሎት፣ የህክምና አገልግሎቶችን፣ የጥርስ ህክምና አገልግሎቶችን፣ መድሃኒቶችን፣ የህክምና መሳሪያዎችን፣ አቅርቦቶችን ወይም የመጓጓዣ አገልግሎቶችን ወደ ኔዲኬይድ (Medicaid) ቀጠሮዎች ጨምሮ መክፈል ካለቦት።
   d. ሁለቱም፤ ማለትም ሜዲኬይድ እና ሜዲኬር ካለዎት እና ሐኪምዎ፣ ክሊኒክዎ ወይም ሆስፒታልዎ ሜዲኬር የማይከፍለውን ማንኛውንም የፍጆታ ክፍል እንዲከፍሉ ሲያደርጉ።

ተመላሽ ለማግኘት የሚከተሉትን ማድረግ አለብዎት:

1. የተዘጋውን የሜዲኬድ ማካካሻ ቅጽ ይሙሉ። የከፈሉትን ወጪ የሚያሳይ ከሐኪሙ፣ ከክሊኒክ፣ ከሆስፒታል ወይም ከፋርማሲ ደረሰኝ ያያይዙ።
2. ከዶክተር፣ ከክሊኒክ፣ ከሆስፒታል ወይም ከፋርማሲ ደረሰኝ ከሌለዎት ደረሰኙ ለምን እንደሌልዎ የሚገልጽ የተፈረመ እና ቀኑን የያዘ ደብዳቤ ማቅረብ ይችላሉ።
3. የሜዲኬድ ማካካሻ ቅጹን ከደረሰኝ(ዎች) ጋር (ወይም ለምን ደረሰኝ እንደሌለዎት የሚገልጽ ደብዳቤ) በሜዲኬድ ማካካሻ ፎርም ላይ ወዳለው አድራሻ ያስገቡ።
4. ወደ ፋርማሲ፣ ክሊኒክ፣ ዶክተር ወይም ሆስፒታል ከሄዱበት ቀን ጀምሮ ወይም ለሜዲኬድ ማካካሻ ፎርም ለማስገባት ለሜዲኬድ ብቁ መሆንዎን ካወቁበት ቀን ጀምሮ 12 ወራት እንዳለዎት ያስታውሱ። ሁሉም መረጃ ከሌልዎት፤ ያለዎትን ያህል መረጃ ማስገባት አለብዎት።
5. የሚከፈለው በሜዲኬድ መከፈል የነበረባቸውን ወጪዎች ብቻ ነው። ያቀረቡትን ሰነዶች ሙሉ በሙሉ ትክክል መሆናቸውን ለማረጋገጥ በጥንቃቄ መመርመር አለብዎት።
6. ከማመልከቻዎ ጋር የ W-9 ቅጽ ይሙሉ እና ያካትቱ (በዲሲ ሜዲኬይድ ዌብፖርታል ላይ ይገኛል)።፤ https://medicaid.dc.gov/SPDocumentLibrary/DocumentLibrary/Forms--Member%20Forms. በ W-9 ቅጽ ላይ መሙላት እና መመሪያዎችን መከተልዎን ያረጋግጡ።

ጥያቄዎች ካሉዎት ወይም ቅጹን ለመሙላት እገዛ ከፈለጉ

1. ለበለጠ መረጃ የጤና ክብካቤ ፋይናንስ ክፍልን (Department of Health Care Finance (DHCF)) ወይም የእርስዎን ማኔጅድ ኬር ፕላን (Managed Care Plan (MCP)) ያነጋግሩ፤ የሜዲኬይድ ተቀባይ የይገባኛል ጥያቄዎች የምርምር ቡድን (Medicaid Recipient Claims Research Team (RCRT))፤ dhcf.medicaidreimbursementrequest@dc.gov
   አሜሪሄልዝ ካሪታስ ዲሲ (AmeriHealth Caritas DC)፤ dl-costeamleads@amerihealthcaritas.com
   የጤና አገልግሎቶች ልዩ ፍላጎቶች ላሏቸው ልጆች (Health Services for Children with Special Needs (HSCSN))፤ um@hschealth.org
   ሜድስታር ፋሚሊ ቾይዝ (MedStar Family Choice (MSFC))፤ dcmfccomplaintsgrievances@medstar.net
2. ተሪስ ፕራቭሊክ እና ሚሊያን ኤሌልፒ (Terris Pravlik & Millian, LLP)፤ 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009, (202) 682-0578፤የሳላዛር (Salazar) ክፍል አባል ከሆኑ ወይም የሳላዛር (Salazar) ክፍል አባል መሆንዎን ለማረጋገጥ እርዳታ ከፈለጉ የሜዲኬይድ ማካካሻ ቅጽን (Medicaid Reimbursement form) ለመሙላት ሊረዱዎ ይችላሉ።
3. አርሲአርቲ (RCRT) የይገባኛል ጥያቄዎን ካቀረቡበት ጊዜ ጀምሮ ባሉት 90 ቀናት ውስጥ በእርስዎ የማካካሻ ጥያቄ ላይ ውሳኔ እና ክፍያ መስጠት አለበት። በነዚያ 90 ቀናት ውስጥ ምንም ውሳኔ ካልተሰጠ፣ የይገባኛል ጥያቄዎ ልክ እንደሆነ ይቆጠራል፣ እና የ90-ቀን ጊዜ ካለቀ በኋላ በ15 የስራ ቀናት ውስጥ ይከፈልዎታል።
4. በአርሲአርቲ (RCRT) ውሳኔ ካልረኩ፣ ፍትሃዊ ችሎት የማግኘት መብት አለዎት። በRCRT ውሳኔ ከተሰጠበት ቀን ጀምሮ ለፍትሃዊ ችሎት ጥያቄዎን በ90 ቀናት ውስጥ ማስገባት አለበት። የአስተዳደር ችሎቶች ቢሮ (Office of Administrative Hearings (OAH)) በ (202) 442-9094 በመደወል ፍትሃዊ ችሎት መጠየቅ ይችላሉ። የአስተዳደር ችሎት ቢሮ (OAH) የሚገኘው በ441 4th Street፣ NW፣ Washington, DC 20001 ነው።
5. በፍትሃዊ ችሎት ውጤት ካልረኩ፣ ለዲስትሪክት ኦፍ ኮሎምቢያ ይግባኝ ሰሚ ፍ/ቤት (District of Columbia Court of Appeals) ይግባኝ ማለት ይችላሉ። ኦኤኤች (OAH) የውሳኔውን የመጨረሻ ትዕዛዝ በፖስታ ከላከ በኋላ በሰላሳ (30) ቀናት ውስጥ ይግባኝዎን ማስገባት አለበት።
6. ጉዳይዎን በችሎት ወይም በይግባኝ ለማቅረብ እንዲረዳዎ ነጻ የህግ ድጋፍ ማግኘት ይችሉ ይሆናል። በ ሳላዛር (Salazar v.) ዲሲ (District of Columbia)፤ የሲቪል እርምጃ ቁጥር 93-452 (TSC) (D.D.C.) ውስጥ በፍርድ ቤት የተረጋገጠ ክፍል አባል ከሆኑ ተሪስ ፕራቭሊክ እና ሚሊያን ኤል ኤል ፒ (Terris, Pravlik & Millian, LLP) በ 1816 12th Street, NW, Suite 303 Washington, DC 20009፤ ወይም በ (202) 682-0578) ማግኘት ይችላሉ። የሳላዛር ክፍል አባል ላልሆኑ ተጠቃሚዎች ነፃ የህግ ድጋፍ ከሚከተሉት ድርጅቶች ሊገኙ ይችላሉ፡-

   ብሬድ ፎር ዘ ሲቲ ሌጋል ክሊኒክ (Bread for the City Legal Clinic)፤ (202) 480-8950 or (202) 791-3982
   ሌጋል ኤይድ ሶሳይቲ (Legal Aid Society)፤ (202) 628-1161
   ሌጋል ካውንስል ፎር ኤልደርሊ (Legal Counsel for the Elderly)፤ (202) 434-2120
   ኔበርሁድ ሌጋል ሰርቪስስ (Neighborhood Legal Services)፤ (202) 832-6577
   ዩኒቨርሲቲ ሌጋል ሰርቪስስ (University Legal Services)፤ (202) 547-4747

የሜዲኬይድ ክፍያ መጠየቂያ ቅጽ (MEDICAID REIMBURSEMENT REQUEST FORM)	የዛሬ ቀን

መመሪያዎች፡ ወደ ክሊኒኩ፣ ዶክተር፣ ሆስፒታል ወይም ፋርማሲ ከሄዱ በ12 ወራት ውስጥ ወይም ለMedicaid ብቁ መሆንዎን ካወቁበት ቀን ጀምሮ ባሉት 12 ወራት ውስጥ ሞልተው ለሚከተለው ይመለሱ፤

Recipients Claims Research Team
DC Department of Health Care Finance
441 4th Street NW - 900 South
Washington, DC 20001

እባክዎን በተቻለዎት መጠን መረጃ ይስጡ። የ ደረሰኞችዎን ቅጂዎች ያያይዙ። ደረሰኝ ከሌለዎት ለምን እንደሌለዎት ሚገልጽ የተፈረመ እና ቀንያለበት ደብዳቤ ያያይዙ። ወጪዎችዎን ከ1 በላይ አቅራቢዎች እንዲመልሱ ከጠየቁ (እንደ ዶክተር እና ፋርማሲ)፤ እባክዎ ለእያንዳንዱ የተለየ መስመሮችን ይጠቀሙ።

ስምዎ	የፖስታ አድራሻ	ስልክ ቁጥርዎ
		ቀን
የሜዲኬይድ ተቀባዩ የሶሻል ሴኩሪቲ ቁጥር		ምሽት
		ሞባይል (Cell)
የሜዲኬይድ ተቀባዩ የትውልድ ቀን	የክፍያ (Reimbursement) ጠያቂው ተቀባይ ስም እና የሜዲኬይድ መታወቂያ ቁጥር (Medicaid ID #)	

በአባሪዎች ላይ ያለው መረጃ ማጠቃለይ (SUMMARY OF INFORMATION ON ATTACHMENTS)

ለእያንዳንዱ ወጪ (የመድሃኒት ማዘዣ፣ የዶክተር ጉብኝት ወይም ሆስፒታል መተኛት) ይህንን መረጃ ይስጡ*

ወጪ የወጣበት ቀን (ወይም የተገመተ ቀን)	የፋርማሲ፣ ክሊኒክ፣ ዶክተር ወይም ሆስፒታል ስም እና አድራሻ	ምን ያህል ከፈሉ	እስካሁን ምን ያህል ይቀርብዎታል	ሌላ ኢንሹራንስ ምን ያህል ከፈለ	ሜዲኬይድ ምን ያህል ገንዘብ እንዲመልስልዎ ይፈልጋሉ

*ከፋርማሲ፣ከክሊኒክ፣ከሐኪም ወይም ከሆስፒታል የሚመጡ ማናቸውንም ደብዳቤዎች ወይም ሂሳቦች ቅጂዎች፤ ወይም ስለ ሂሳቡ የብድር ሰብሳቢ ኩባንያዎች ደብዳቤዎች ያያይዙ።

በዚህ ቅጽ ላይ እና በማናቸውም ተያያዥ ወረቀቶች ላይ የሰጠኋቸው መግለጫዎች እውነት እና ትክክለኛ መሆናቸውን በሐሰት ምስክርነት ቅጣት በመማል አረጋግጣለሁ።

ፊርማ