哥伦比亚特区政府
医疗保健财务部

致所有本应由 Medicaid 支付医疗费用却自行垫付费用的哥伦比亚特区的 Medicaid 参保居民

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

如果您在符合 Medicaid 承保资格期间自行支付了处方药、医生看诊费或住院费用，您可能有资格获得费用报销。

报销条件： 在您或家庭成员在符合 Medicaid 承保资格的期间，若满足以下条件，您可能有资格获得费用报销：

a. 您已支付了处方药、医生看诊或住院的费用；或者
b. 您仍在支付相关费用，或被药房、诊所、医生或医院要求支付处方药、医生看诊或住院的费用。

如果您认为自己有权获得报销，必须在前往药房、诊所、医生处或医院的日期起 12 个月内，或在得知自己符合 Medicaid 资格之日起 12 个月内提出报销申请。

“符合 MEDICAID 承保资格”的定义： 您“符合 Medicaid 承保资格”且可能有资格获得报销的期间是指：

1. 哥伦比亚特区认定您（和/或您的家庭成员）符合 Medicaid 承保资格期间。
2. 您提交 Medicaid 申请前的三个（3）月（且您随后被认定为符合资格）。
3. 您提交 Medicaid 申请后等待批准期间（且您随后被认定为符合资格）。
4. 您曾被不当地拒绝提供服务的任何时候：
   a. 如果哥伦比亚特区在 Medicaid 续保或重新认证时不当终止了您的资格。
   b. 如果药房、诊所、医院或医生办公室要求您付款，理由是您未参加 Medicaid，而实际上您已受 Medicaid 承保。
   c. 如果您为一名符合 Medicaid 承保资格且年龄为 21 岁以下的儿童支付了任何 EPSDT 服务费用，包括医疗服务、牙科医护服务、药品、医疗设备、耗材用品或前往 Medicaid 就诊的交通服务费用。
   d. 如果您同时拥有 Medicaid 和 Medicare ， 且您的医生、诊所或医院要求您支付 Medicare 未涵盖的任何部分费用。

要获得报销，您必须做以下事情：

1. 填写随附的 Medicaid 报销表。附上医生、诊所、医院或药房开具的、显示您已支付费用的收据。
2. 如果您没有医生、诊所、医院或药房的收据，您可以提供一封已签名并注明日期的信函，说明您没有收据的原因。
3. 请将 Medicaid 报销表连同收据（或说明无法提供收据原因的信函）一并寄至 Medicaid 报销表上注明的地址。
4. 请记住，您必须在前往药房、诊所、医生处或医院之日或得知自己符合 Medicaid 资格之日起 12 个月内提交“Medicaid 报销表”。如果您没有所有信息，应提交您所掌握的尽可能多的信息。
5. 仅报销本应由 Medicaid 计划支付的费用。您应仔细核对所提交的文件，确保信息完全准确。
6. 请填写 W-9 表格并随申请材料一并提交（可在 DC Medicaid 计划门户网站下载：https://medicaid.dc.gov/SPDocumentLibrary/DocumentLibrary/Forms--Member%20Forms。请务必
   按照 W-9 表格上的说明进行填写。

如有疑问或需要协助填写表格

1. 请联系医疗保健财务部（DHCF）或您的“管理式医疗计划”Managed Care Plan（MCP）以获取更多信息：“Medicaid 受益人索赔研究团队”Medicaid Recipient Claims Research Team（RCRT）： dhcf.medicaidreimbursementrequest@dc.gov
   AmeriHealth Caritas DC：dl-costeamleads@amerihealthcaritas.com
   “特殊需求儿童健康服务” Health Services for Children with Special Needs（HSCSN）：um@hschealth.org
   MedStar Family Choice (MSFC)： dcmfccomplaintsgrievances@medstar.net
2. Terris Pravlik & Millian, LLP, 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009, (202) 682-0578，若您是Salazar 集体诉讼案的成员，或需要协助确认您是否属于该集体诉讼案成员，该事务所可协助您填写 Medicaid 报销表格。
3. RCRT 必须在您提交报销申请之日起 90 天内对您的报销申请作出决定并支付款项。如果 90 天内未作出决定，您的申请将被视为有效，且您将在 90 天期限届满后的 15 个工作日内收到付款。
4. 如果您对 RCRT 的决定不满意，您有权要求举行公平听证会。您必须在 RCRT 作出决定之日起 90 天内提交公平听证请求。您可以通过致电“行政听证办公室”Office of Administrative Hearings (OAH), 电话 (202) 442-9094，申请举行公平听证会。OAH 地址为：441 4th Street, NW, Washington, DC 20001.。
5. 如果您对公平听证的结果不满意，您可以向哥伦比亚特区上诉法院提出上诉。您必须在 OAH 邮寄其最终裁决令后三十（30）天内提交上诉。
6. 您可能有资格获得免费法律援助，以协助您在听证会或上诉过程中陈述案情。如果您是法院在“Salazar v. District of Columbia 案”（民事诉讼案号：93-452 (TSC) (D.D.C.) 一案中经法院认证的集体诉讼的成员，可联系 Terris, Pravlik & Millian 律师事务所，地址：Pravlik & Millian, LLP at 1816 12th Street, NW, Suite 303 Washington, DC 20009，电话：(202) 682-0578。对于非 Salazar 集体诉讼成员的受益人，可通过以下机构获得免费法律援助：

   Bread for the City Legal Clinic, (202) 480-8950 或 (202) 791-3982
   Legal Aid Society, (202) 628-1161
   Legal Counsel for the Elderly, (202) 434-2120 Neighborhood Legal Services, (202) 832-6577
   University Legal Services, (202) 547-4747

MEDICAID 报销申请表	今日日期

填写说明：请在前往诊所、医生办公室、医院或药房后的12个月内——或自您得知符合 Medicaid 资格之日起12个月内填写本表并附上收据，寄至以下地址：

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

请尽可能提供详细信息。附上收据复印件。若无收据，请附上一封注明日期并已签名的信函，说明无法提供收据的原因。若您申请报销的费用来自多个服务提供方（如医生和药房）的费用，请分别填写。

您的姓名	**邮寄地址**	**您的电话号码**
		白天
Medicaid 受益人的社会安全号码		晚上
		手机
Medicaid 受益人出生日期	**申请报销的受益人姓名及 Medicaid 卡号**	

附件信息摘要

针对每一项费用（处方药、医生看诊或住院），请提供以下信息*

费用发生日期（或预计日期）	药房、诊所、医生或医院的名称和地址	您支付的金额	您尚欠款项金额	其他保险已支付的金额	您希望 Medicaid计划报销的金额

*请附上药房、诊所、医生或医院出具的信函或账单复印件；或催收公司关于该账单的信函。

本人郑重宣誓并声明，若作伪证将承担法律责任，本人在本表格及任何附件中所作的陈述均真实准确。

签名