

GOVERNEMENT DU DISTRICT DE COLUMBIA
Département des Finances des soins de santé



**À TOUS LES RÉSIDENTS DU DISTRICT DE COLUMBIA BÉNÉFICIAIRES DE MEDICAID QUI ONT
PAYÉ DES FRAIS MÉDICAUX QUI AURAIENT DÛ ÊTRE PAYÉS PAR MEDICAID**

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 연락하십시오. 고객 지원 담당자의 서비스를 받으실 수 있습니다. KOREAN

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

Si vous avez payé des médicaments sur ordonnance, des consultations médicales ou des hospitalisations pendant une période où vous étiez admissible à Medicaid, vous pourriez être en mesure d'obtenir un remboursement pour ces dépenses.

EXIGENCES : Vous pourriez avoir droit à un remboursement pour la période durant laquelle vous ou un membre de votre famille étiez admissible à Medicaid si :

- a. Vous avez payé des médicaments sur ordonnance, des consultations médicales ou des hospitalisations ; ou
- b. Vous continuez à payer une facture ou une pharmacie, une clinique, un médecin ou un hôpital vous demande de payer une facture pour des médicaments sur ordonnance, des consultations médicales ou des hospitalisations.

Si vous pensez avoir droit à un remboursement, vous devez en faire la demande dans les 12 mois suivant la date à laquelle vous vous êtes rendu à la pharmacie, à la clinique, chez le médecin ou à l'hôpital, ou dans les 12 mois suivant la date à laquelle vous avez appris que vous étiez admissible à Medicaid.

DÉFINITION DE « ADMISSIBLE À MEDICAID » : La période pendant laquelle vous êtes « admissible à Medicaid » et pouvez être admissible à un remboursement, désigne :

1. Les dates auxquelles le District de Columbia a déclaré que vous (et/ou les membres de votre famille) étiez admissible à Medicaid.
2. Les trois (3) mois précédant le dépôt de votre demande pour Medicaid (et où votre admissibilité a ensuite été confirmée).
3. La période entre le dépôt de votre demande pour Medicaid et l'attente d'une décision (et où votre admissibilité a ensuite été confirmée).
4. Chaque fois que votre admissibilité aux services vous a été refusée à tort :
 - a. Si le District de Columbia a suspendu indûment votre admissibilité au moment du renouvellement ou de la recertification de Medicaid.
 - b. Si la pharmacie, la clinique, l'hôpital ou le cabinet médical vous ont demandé de payer, parce qu'ils ont dit que vous n'étiez pas couvert par Medicaid, alors que vous l'étiez en réalité.
 - c. Si, pour un enfant de moins de 21 ans admissible à Medicaid, vous avez dû payer pour un service de dépistage précoce et régulier, de diagnostic et de traitement, y compris des services médicaux, des services dentaires, des médicaments, du matériel médical, des fournitures ou des services de transport pour des rendez-vous couverts par Medicaid.
 - d. Si vous bénéficiiez à la fois de Medicaid et de Medicare et que votre médecin, votre clinique ou votre hôpital vous a demandé de payer une partie de la facture non prise en charge par Medicare.

POUR ÊTRE REMBOURSÉ, VOUS DEVEZ :

1. Remplir le formulaire de remboursement de Medicaid ci-joint. Joindre le reçu du médecin, de la clinique, de l'hôpital ou de la pharmacie indiquant les dépenses que vous avez payées.
2. Si vous ne possédez pas de reçu du médecin, de la clinique, de l'hôpital ou de la pharmacie, vous pouvez fournir une lettre signée et datée expliquant pourquoi vous ne possédez pas ce reçu.
3. Veuillez soumettre le formulaire de remboursement de Medicaid accompagné des reçus (ou de la lettre expliquant pourquoi vous n'avez pas de reçu) à l'adresse indiquée sur le formulaire.
4. N'oubliez pas que vous disposez de 12 mois, à compter de la date à laquelle vous vous êtes rendu à la pharmacie, à la clinique, chez le médecin ou à l'hôpital, ou à compter de la date à laquelle vous avez appris que vous étiez admissible à Medicaid, pour soumettre le formulaire de remboursement de Medicaid. Si vous ne disposez pas de toutes les informations, vous devez soumettre autant d'informations que possible.
5. Le remboursement ne concernera que les dépenses qui auraient dû être prises en charge par Medicaid. Vous devez examiner attentivement les documents que vous soumettez afin de vous assurer de leur parfaite exactitude.
6. Remplissez et joignez un formulaire W-9 à votre demande (disponible sur le portail Web de DC Medicaid : <https://medicaid.dc.gov/SPDocumentLibrary/DocumentLibrary/Forms--Member%20Forms>). Veuillez à remplir le formulaire W-9 et à suivre les instructions qui y figurent.

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS OU SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

1. Contactez le Département des Finances des soins de santé (DHCF) ou votre régime de soins gérés pour plus d'informations : Équipe de recherche sur les demandes de remboursement des bénéficiaires de Medicaid (RCRT) : dhcf.medicaidreimbursementrequest@dc.gov
AmeriHealth Caritas DC : dl-costeamleads@amerihealthcaritas.com
Services de santé pour les enfants ayant des besoins spéciaux (HSCSN) : um@hschealth.org
MedStar Family Choice (MSFC) : dcmfcomplaintsgrievances@medstar.net
2. Terris Pravlik & Millian, LLP, 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009, (202) 682-0578, peut vous aider à remplir le formulaire de remboursement de Medicaid, si vous faites partie du groupe de plaignants dans l'affaire Salazar, ou à déterminer si vous êtes membre de ce groupe.
3. L'équipe RCRT doit prendre une décision et effectuer un paiement concernant votre demande de remboursement dans les 90 jours suivant le dépôt de votre demande. Si aucune décision n'est prise dans ce délai de 90 jours, votre demande sera considérée comme valide et vous serez remboursé dans les 15 jours ouvrables suivant la fin de la période de 90 jours.
4. Si vous n'êtes pas satisfait de la décision de l'équipe RCRT, vous avez droit à une audience équitable. Vous devez déposer votre demande d'audience équitable dans les 90 jours suivant la date de la décision de l'équipe RCRT. Vous pouvez demander une audience équitable en appelant le Bureau des audiences administratives (OAH) au (202) 442-9094. L'OAH est situé au 441 4th Street, NW, Washington, DC 20001.
5. Si vous n'êtes pas satisfait des résultats de l'audience équitable, vous pouvez faire appel devant la Cour d'appel du District de Columbia. Vous devez déposer votre appel dans les trente (30) jours à compter de la date d'envoi par l'OAH de la décision définitive.
6. Vous pourriez bénéficier d'une assistance juridique gratuite pour vous aider à présenter votre dossier lors de l'audience ou en appel. Si vous faites partie du groupe de plaignants reconnu par le tribunal dans l'affaire Salazar c. District de Columbia, action civile n° 93-452 (TSC) (D.D.C.), vous pouvez contacter Terris, Pravlik & Millian, LLP à l'adresse 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009 ou au (202) 682-0578. Les bénéficiaires qui ne font partie du groupe de plaignants dans l'affaire Salazar pourraient obtenir une assistance juridique gratuite auprès des organisations suivantes :

Bread for the City Legal Clinic, (202) 480-8950 or (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

