コロンビア特別区政府
Department of Health Care Finance（医療財政局）

メディケイドが支払うべき医療費を自己負担した、
コロンビア特別区にお住まいのすべてのメディケイド受給者の皆様へ

英語を話せない、または読めない方は、午前9時から午後4時45分の間に (202) 724-7491 までお電話ください。担当者がサポートいたします。JAPANESE

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

メディケイドの受給資格があった期間中に、処方薬、診療、または入院にかかる費用をご自身でお支払いになった場合、その費用について払い戻しを受けられる可能性があります。

要件: あなたまたはご家族がメディケイドの受給資格を有していた期間中に、次のいずれかに該当する場合、払い戻しを受ける資格がある可能性があります。

a. 処方薬、診療、または入院にかかる費用をご自身で支払った場合。または
b. 処方薬、診療、または入院に関する請求について、現在も支払いを続けているか、薬局、クリニック、医師、もしくは病院から支払いを求められている場合。

払い戻しを受ける権利があるとお考えの場合は、薬局、クリニック、医師、または病院を利用した日から12か月以内、またはそれらを利用した時点でご自身にはメディケイド受給資格があったことを知った日から12か月以内に、払い戻しを請求しなければなりません。

「メディケイド受給資格あり（Eligible for Medicaid）」の定義： あなたが「メディケイド受給資格あり」とされる期間であり、医療費の払い戻しを受ける資格がある可能性のある期間とは、以下の期間を指します。

1. コロンビア特別区が、あなた（やあなたの家族）にメディケイドの受給資格があると認定した期間。
2. あなたがメディケイドを申請する前の3か月間（ただし、その後、受給資格が認定された場合）。
3. あなたがメディケイドを申請した後、資格認定の決定を待っていた期間（ただし、その後、受給資格が認定された場合）。
4. 本来受給資格またはサービスを受ける権利があったにもかかわらず、不当にそれらを拒否されていた期間（次の場合）：
    a. メディケイドの更新（renewal）または資格再認定（recertification）の際に、コロンビア特別区があなたの受給資格を不当に停止した場合。
    b. 実際にはメディケイド受給者であったにもかかわらず、薬局、クリニック、病院、医院から「あなたはメディケイドに加入していない」と言われ、費用の支払いを求められた場合。
    c. メディケイド受給資格のある21歳未満の子どもについて、医療サービス、歯科サービス、医薬品、医療機器、医療用品、またはメディケイド受診のための交通サービスを含むEPSDTサービスに対して費用の支払いを求められた場合。
    d. あなたがメディケイドとメディケアの両方に加入している場合に、医師、クリニック、または病院から、メディケアが支払わない部分について請求を受け、支払いを求められた場合。

払い戻しを受けるには、以下の条件を満たす必要があります。

1. 同封のメディケイド払戻請求書（Medicaid Reimbursement Form）に必要事項を記入してください。あわせて、 医師、クリニック、病院または薬局から発行された、あなたが支払った費用を証明する領収書を添付してください。
2. 医師、クリニック、病院または薬局の領収書をお持ちでない場合は、領収書を提出できない理由を説明した、署名および日付入りの書面を提出することができます。
3. メディケイド払戻請求書に領収書（または領収書を提出できない理由を説明した書面）を添えて、払戻請求書に記載された住所へ提出してください。
4. メディケイド払戻請求書は、薬局、クリニック、医師または病院を利用した日から12か月以内、またはその時点でご自身がメディケイド受給資格を有していたことを知った日から12か月以内に提出しなければなりません。必要な情報がすべて揃っていない場合でも、ある情報をできる限り提出してください。
5. 払い戻しの対象となるのは、本来メディケイドが支払うべきであった費用に限られます。提出する書類に誤りや記載漏れがないことを十分確認してください。
6. W-9フォームに必要事項を記入し、提出書類に添付してください（DC Medicaid Web Portal: https://medicaid.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/dhcf/publication/attachments/W-9_Form_Fillable_2019.pdf）。
W-9フォームの記入方法および提出に関する指示をよく読み、それに従ってください。

ご質問がある場合、または払戻請求書の記入についてサポートが必要な場合

1. 詳細については、コロンビア特別区医療財政局（DHCF）またはご加入のマネージド・ケア・プラン（MCP）にお問い合わせください。Medicaid Recipient Claims Research Team（RCRT）：
dhcf.medicaidreimbursementrequest@dc.gov
AmeriHealth Caritas DC: dl-costeamleads@amerihealthcaritas.com
Health Services for Children with Special Needs (HSCSN): um@hschealth.org
MedStar Family Choice (MSFC): dcmfccomplaintsgrievances@medstar.net

2. Salazarクラス訴訟のクラス（集団訴訟の対象者）に該当する方は、Terris Pravlik & Millian, LLP（1816 12th Street, NW, Suite 303 Washington, DC 20009, 電話：(202) 682-0578）から、メディケイド払戻請求書の作成について支援を受けられる場合があります。ご自身がSalazarクラスに該当するかどうかの判断についてサポートをご希望の場合もお問い合わせください。

3. RCRTは、あなたが請求を提出してから90日以内に、払戻請求について決定を行い、支払いを実施しなければなりません。90日以内に決定がなされない場合、その請求は有効な請求として扱われ、90日間の期間の満了後15営業日以内にあなたに支払いが行われます。

4. RCRTの決定に不服がある場合は、公正審理を求める権利があります。公正審理を求める申請は、RCRTの決定日から90日以内に行わなければなりません。公正審理は、行政審問局（Office of Administrative Hearings：OAH）に電話 (202) 442-9094 で申し込むことができます。OAHの所在地は、441 4th Street, NW Washington, DC 20001です。

5. 公正審理の結果に不服がある場合は、コロンビア特別区控訴裁判所（District of Columbia Court of Appeals）に上訴することができます。上訴は、OAHが最終決定命令（final order）を郵送した日から30日以内に提起しなければなりません。

6. 審理または上訴においてご自身の主張を行うための無料のリーガルサポートを受けられる場合があります。Salazar 対コロンビア特別区 (District of Columbia) 事件（民事訴訟番号 93-452）(TSC) (D.D.C.)において裁判所が認定したクラスに該当する方は、Terris, Pravlik & Millian法律事務所（1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009, 電話：(202) 682-0578）までご連絡ください。また、Salazarクラスに該当しない受給者の方でも、以下の団体から無料のリーガルサポートを受けられる場合があります。

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

メディケイド払戻請求書	記入日

記入方法：クリニック、医師、病院、または薬局を利用した日から12か月以内、またはその利用時点においてご自身がメディケイド受給資格を有していたことを知った日から12か月以内に、このフォームに必要事項を記入し、領収書を添付のうえ、以下の宛先へ返送してください。

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

できるだけ多くの情報を提供してください。領収書のコピーを添付してください。領収書がない場合は、領収書がない理由を説明する署名と日付入りの書面を添付してください。複数の医療機関（医師、薬局など）からの費用の払い戻しを請求する場合は、それぞれ別の行を使用してください。

あなたの氏名	**郵送先住所**	**あなたの電話番号**
		日中
メディケイド受給者の社会保障番号		夜間
		携帯
メディケイド受給者の生年月日	**払い戻しを請求する受給者の氏名とメディケイドID番号**	

添付した情報の概要

各費用（処方薬、診療、入院など）について、以下の情報を提供してください*

費用発生日（または推定発生日）	**薬局、クリニック、医師、または病院の名称と住所**	**あなたが支払った金額**	**現在も支払い義務が残っている金額**	**他の保険が支払った金額**	**メディケイドに払い戻しを求める金額**

* 薬局、クリニック、医師、病院からの通知書や請求書のコピー、またはこの請求に関する債権回収会社からの通知書のコピーを添付してください。

私は、偽証に対する法的責任を負うことを承知のうえで、本請求書および添付書類に記載した内容が真実かつ正確であることを誓います。

署名