컬럼비아 특별구 정부
보건 의료 재정부

메디케이드가 지불했어야 할 의료비를 본인이 지불한 컬럼비아 특별구 메디케이드 가입 주민들께

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

귀하가 메디케이드 수급 자격이 있었던 기간 동안 처방약 비용, 의사 진료비 또는 입원비를 지불했다면, 귀하는 해당 비용을 환급받을 수 있을 것입니다.

환급 요건: 다음과 같은 경우 귀하 또는 귀하의 가족은 메디케이드 수급 자격이 있었던 기간 동안 환급을 받을 자격이 있을 수 있습니다:

a. 귀하가 처방약 비용, 의사 진료비 또는 입원비를 지불한 경우; 또는

b. 귀하가 약국, 클리닉, 의사 또는 병원에서 청구한 처방약 비용, 의사 진료비 또는 입원비를 지금까지도 지불하고 있거나 지불하도록 요청을 받고 있는 경우.

귀하가 환급을 받을 권리가 있다고 생각하는 경우, 귀하는 약국, 클리닉, 의사 또는 병원을 방문한 날로부터 12개월 이내에, 또는 귀하가 메디케이드 수급 자격이 있다는 것을 알게 된 날로부터 12개월 이내에 환급을 신청해야 합니다.

"메디케이드 수급 자격이 있음"의 정의: 귀하가 "메디케이드 수급 자격이 있어서" 환급을 받을 자격이 있을 수 있는 기간은 다음을 의미합니다:

1. 컬럼비아 특별구 정부가 귀하 (및/또는 귀하의 가족 구성원)이 메디케이드 수급 자격이 있다고 표명한 날짜.
2. 귀하가 메디케이드 신청서를 제출하기전 3개월 (추후 수급 자격이 있는 것으로 판명된 경우).
3. 귀하가 메디케이드 신청서를 제출하고 자격 심사 판정을 기다리는 기간 (추후 수급 자격이 있는 것으로 판명된 경우).
4. 언제든 귀하가 서비스 수혜 자격을 부당하게 거부당했던 경우:
   a. 컬럼비아 특별구 정부가 메디케이드 수급 자격 갱신 또는 재인증 시 귀하의 수급 자격을 부당하게 중단한 경우.
   b. 귀하가 실제로 메디케이드 가입자임에도 약국, 클리닉, 병원 또는 의사 진료실에서 귀하가 메디케이드 가입자가 아니라는 이유로 귀하에게 비용을 지불하도록 요구한 경우.
   c. 메디케이드 수급 자격이 있는 21세 미만 아동에 대해, 귀하에게 의료 서비스, 치과 서비스, 의약품, 의료 장비, 의료용 소모품 또는 메디케이드 진료 예약을 위한 교통 서비스 등을 포함한 EPSDT(Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, 조기 및 정기 선별검사, 진단 및 치료) 서비스 비용을 지불하도록 요구한 경우.
   d. 귀하가 메디케이드와 메디케어에 모두 가입되어 있는 데 의사, 클리닉 또는 병원에서 귀하에게 메디케어가 지급하지 않는 진료비 일부를 지불하도록 요구한 경우.

환급을 받기 위해, 귀하는 다음과 같이 해야 합니다:

1. 동봉된 메디케이드 환급 신청서(Medicaid Reimbursement Form)를 작성해야 합니다. 귀하가 지불한비용을 보여주는, 의사, 클리닉, 병원 또는 약국에서 발급한 영수증을 첨부해야 합니다.
2. 의사, 클리닉, 병원 또는 약국에서 발급한 영수증이 없는 경우, 귀하는 영수증이 없는 이유를 설명하는,서명과 날짜가 기재된 서신을 제출할 수 있습니다.
3. 메디케이드 환급 신청서를 영수증(또는 영수증이 없는 이유를 설명하는 서신)과 함께 메디케이드 환급신청서에 기재된 주소로 제출해야 합니다.
4. 귀하는 약국, 클리닉, 의사 또는 병원을 방문한 날로부터 또는 귀하가 메디케이드 수급 자격이 있다는것을 알게 된 날로부터 12개월 이내에 메디케이드 환급 신청서를 제출해야 한다는 것을 유념해야 합니다.귀하가 모든 정보를 가지고 있는 것은 아닌 경우에도, 귀하는 가능한 한 많은 정보를 제출해야 합니다.
5. 환급은 메디케이드가 지불했어야 하는 비용에 대해서면 이루어집니다. 귀하는 제출하는 서류를 면밀하게 검토하여 그 서류가 빈틈없이 정확한지 확인해야 합니다.
6. W-9 서식을 작성하고 제출 서류에 포함시켜야 합니다(W-9 서식은 컬럼비아 특별구 메디케이드 웹포털에서 다운로드 가능: https://medicaid.dc.gov/SPDocumentLibrary/DocumentLibrary/Forms--Member%20Forms).반드시 W-9 서식을 작성 시 지침을 따르십시오.

질문이 있거나 서식 작성에 도움이 필요한 경우

1. 자세한 정보를 알아보려면 보건 의료 재정부(DHCF) 또는 귀하가 가입한 관리형 의료 플랜(MCP)에문의하십시오: Medicaid Recipient Claims Research Team (RCRT, 메디케이드 수급자 청구 조사팀): dhcf.medicaidreimbursementrequest@dc.gov
   AmeriHealth Caritas DC: dl-costeamleads@amerihealthcaritas.com
   Health Services for Children with Special Needs (HSCSN, 특수 필요 아동을 위한 보건 서비스): um@hschealth.org
   MedStar Family Choice (MSFC): dcmfccomplaintsgrievances@medstar.net
2. 귀하가 Salazar 집단소송의 일원이거나, 귀하가 Salazar 집단소송의 일원인지 알아내는 데 도움을 원하는 경우, Terris Pravlik & Millian, LLP(1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009, 전화: (202) 682-0578)가 귀하에게 메디케이드 환급 신청서를 작성하는 데 도움을 줄 수 있습니다.
3. RCRT(Medicaid Recipient Claims Research Team, 메디케이드 수급자 청구 조사팀)은 귀하가 환급청구서를 제출한 시점부터 90일 이내에 환급 청구에 대한 결정 및 지급을 해야 합니다. 90일 이내에결정이 내려지지 않는 경우, 귀하의 청구는 유효한 것으로 간주되며, 90일 기간이 종료된 후 귀하는15근무일 이내에 지급을 받습니다.
4. 귀하가 RCRT의 결정에 만족하지 못하는 경우, 귀하는 공정 심리(Fair Hearing)를 신청할 권리가 있습니다. 공정 심리 신청서는 RCRT의 결정일로부터 90일 이내에 제출해야 합니다. 귀하는 행정심리청(Office of Administrative Hearings, OAH)에 (202) 442-9094번으로 전화하여 공정 심리를 신청할 수 있습니다. OAH는 441 4th Street, NW, Washington, DC 20001에 소재합니다.
5. 귀하가 공정 심리 결과에 만족하지 못하는 경우, 귀하는 컬럼비아 특별구 항소 법원(District of Columbia Court of Appeals)에 항소할 수 있습니다. 귀하는 OAH가 최종 결정 명령서를 우편으로 발송한 날로부터 30일 이내에 항소를 제기해야 합니다.
6. 심리 또는 항소 과정에서 귀하가 항변하는 데 도움이 되는 무료 법률 지원을 받을 수 있습니다. 귀하가법원에서 인증한 Salazar 대 District of Columbia, 민사 소송 번호 93-452 (TSC) (D.D.C.) 집단소송의 일원인 경우, 귀하는1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009 주소로 또는 (202) 682-0578번으로 Terris Pravlik & Millian, LLP에 연락할 수 있습니다. Salazar 집단소송 일원이 아닌 수급자의 경우에도 다음 단체로부터 무료 법률 지원을 받을 수 있습니다:

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

메디케이드 환급 신청서 서식	오늘 날짜

작성 지침: 본 신청서는 귀하가 클리닉, 의사, 병원 또는 약국을 방문한 후 12개월 이내 또는 귀하가 본인이 메디케이드 수급 자격이 있다는 것을 알게 된 날로부터 12개월 이내에 작성하여 영수증과 함께 다음 팀에 제출하십시오:

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

가능한 한 많은 정보를 제공해 주십시오. 영수증 사본을 첨부하십시오. 영수증이 없는 경우에는, 영수증이 없는 이유를 설명하는, 서명 및 날짜가 기재된 서신을 첨부하십시오. 귀하가 둘 이상의 의료서비스 제공자(예: 의사 및 약국)에게 지불한 비용의 환급을 신청하는 경우, 각 제공자별로 별도의 줄을 사용하여 작성해 주십시오.

귀하의 성명	**우편 주소**	**전화 번호**
		주간
메디케이드 수급자의 사회보장번호		야간
		휴대폰
메디케이드 수급자의 생년월일	**환급을 신청하는 수급자의 성명 및 메디케이드 ID 번호**	

첨부자료 정보 요약

각 비용(처방약방, 의사 진료 또는 입원)에 대하여, 다음 정보를 기재해 주십시오:*

비용 발생일 (또는 추정 비용 발생일)	약국, 클리닉, 의사 또는 병원의 명칭 및 주소	귀하가 지불한 금액	귀하가 지금까지도 지불해야 하는 금액	다른 보험사가 지불한 금액	메디케이드에서 환급을 받고자 하는 금액

*약국, 클리닉, 의사 또는 병원에서 발행한 서신이나 청구서; 또는 청구서에 대해 채권추심 회사로부터 받은 서신이 있는 경우 그 사본을 첨부하십시오.

본인은 위증 시 처벌을 받을 수 있음을 인지하고, 본 신청서 및 첨부 서류에 기재된 모든 진술이 진실하고 정확하다는 것을 선서하고 선언하는 바입니다.

서명