GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Finanzas para la Atención Médica

A TODOS LOS BENEFICIARIOS DE MEDICAID RESIDENTES EN EL DISTRITO DE COLUMBIA QUE PAGARON GASTOS MÉDICOS QUE CORRESPONDÍAN A 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 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

Si usted pagó medicamentos recetados, consultas médicas u hospitalizaciones durante un período en el que era elegible para Medicaid, podría recibir un reembolso por dichos gastos.

REQUISITOS: Usted puede ser elegible para un reembolso durante un período en el que usted o un familiar eran elegibles para Medicaid si:

a. Usted pagó medicamentos recetados, consultas médicas u hospitalizaciones; o
b. Aún está pagando una factura o si /una farmacia, clínica, médico u hospital le está solicitando el pago de una factura por medicamentos recetados, consultas médicas u hospitalizaciones.

Si usted considera que tiene derecho a un reembolso, debe solicitarlo dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que acudió a la farmacia, clínica, médico u hospital, o dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que supo que era elegible para Medicaid.

DEFINICIÓN DE "ELIGIBLE PARA MEDICAID": El período de tiempo durante el cual usted es "elegible para Medicaid" y podría ser elegible para un reembolso significa:

1. Las fechas en las que el Distrito de Columbia declaró que usted (y/o sus familiares) eran elegibles para Medicaid.
2. Los tres (3) meses antes de que+ usted presentara su solicitud para Medicaid (y posteriormente se le declarara elegible).
3. El período de tiempo después de que presentara su solicitud para Medicaid y quedara a la espera de una decisión (y posteriormente se le declarara elegible).
4. Cualquier momento en que se le haya denegado indebidamente la elegibilidad para los servicios:
   a. Si el Distrito de Columbia suspendió indebidamente su elegibilidad al momento de la renovación o recertificación de Medicaid.
   b. Si en la farmacia, clínica, hospital o consultorio médico le exigieron pagar porque dijeron que usted no tenía Medicaid cuando, en realidad, sí tenía.
   c. Si, para un niño menor de 21 años de edad que es elegible para Medicaid, se le exigió pagar cualquier servicio de EPSDT, incluidos servicios médicos, servicios dentales, medicamentos, equipo médico, suministros o servicios de transporte a las citas de Medicaid.
   d. Si usted tiene tanto Medicaid como Medicare y un médico, clínica u hospital le exigió pagar cualquier parte de la factura que Medicare no cubre.

PARA PODER RECIBIR SU REEMBOLSO, USTED DEBE:

1. Completar el Formulario de reembolso de Medicaid adjunto. Adjuntar el recibo del médico, la clínica, el hospital o la farmacia donde figuren los gastos que pagó.
2. Si usted no tiene recibos del médico, la clínica, el hospital o la farmacia, puede proporcionar una carta firmada y fechada donde explique por qué no tiene recibos.
3. Enviar el Formulario de reembolso de Medicaid con los recibos que tenga (o la carta donde explique por qué no tiene recibos) a la dirección que figura en el Formulario de reembolso de Medicaid.
4. Recordar que tiene 12 meses a partir de la fecha en que acudió a la farmacia, la clínica, el médico o el hospital, o bien la fecha en que se enteró de que era elegible para Medicaid, para enviar el Formulario de reembolso de Medicaid. Si usted no tiene toda la información, debe proporcionar toda la información que tenga disponible.
5. Solo se reembolsarán los gastos que correspondían a Medicaid. Usted debe revisar cuidadosamente los documentos que presente para asegurarse de que sean precisos en su totalidad.
6. Completar e incluir un formulario W-9 con su solicitud (disponible en el portal web de Medicaid de DC: https://medicaid.dc.gov/SPDocumentLibrary/DocumentLibrary/Forms--Member%20Forms). Asegúrese de llenar y seguir las instrucciones del formulario W-9.

SI USTED TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

1. Comuníquese con el Departamento de Finanzas para la Atención Médica (DHCF) o con su Plan de Atención Administrada (MCP) para obtener más información: Equipo de investigación de reclamos de beneficiarios de Medicaid (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. Terris Pravlik & Millian, LLP, 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009, (202) 682-0578, puede ayudarle para completar el formulario de reembolso de Medicaid si usted es miembro del grupo *Salazar* o si necesita asistencia para determinar si es miembro del grupo *Salazar*.
3. El RCRT debe tomar una decisión y efectuar el pago de su solicitud de reembolso dentro de los 90 días siguientes a la presentación de la misma. Si no se toma una decisión dentro de esos 90 días, su solicitud se considerará válida y se le pagará dentro de los 15 días hábiles posteriores a la finalización del período de 90 días
4. Si usted no está satisfecho con la decisión del RCRT, tiene derecho a una audiencia imparcial. Debe presentar su solicitud de audiencia imparcial dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la decisión del RCRT. Puede solicitar una audiencia imparcial llamando a la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) al (202) 442-9094. La OAH está ubicada en 441 4th Street, NW, Washington, DC 20001.
5. Si usted no está satisfecho con los resultados de la audiencia imparcial, puede apelar ante el Tribunal de Apelaciones del Distrito de Columbia. Debe presentar su apelación dentro de los treinta (30) días posteriores a que la OAH envíe por correo la orden final de su decisión.
6. Usted puede obtener asistencia legal gratuita para ayudarle a presentar su caso en la audiencia o en la apelación. Si usted forma parte del grupo de demandantes certificado por el tribunal en el caso *Salazar v. District of Columbia*, Acción Civil No. 93-452 (TSC) (D.D.C.), puede comunicarse con Terris, Pravlik & Millian, LLP en 1816 12th Street, NW, Suite 303 Washington, DC 20009 o (202) 682-0578. Los beneficiarios que no pertenezcan al grupo *Salazar* pueden obtener asistencia legal gratuita de las siguientes organizaciones:

   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

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE MEDICAID

Fecha de hoy

INDICACIONES: Completar y enviar, con los recibos, dentro de los 12 meses posteriores a su visita a la clínica, al médico, al hospital o a la farmacia, o 12 meses desde el día que supo que era elegible para Medicaid, a:

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

Proporcione toda la información posible. Adjunte copias de sus recibos. Si no tiene recibos, adjunte una carta firmada y fechada donde explique por qué no los tiene. Si solicita el reembolso de gastos de más de un proveedor (como un médico y una farmacia), utilice líneas separadas para cada uno.

Su nombre	**Dirección de correo**	**Sus números de teléfono**
		Día
Número de seguro social del beneficiario de Medicaid		Tarde
		Celular
Fecha de nacimiento del beneficiario de Medicaid	**Nombre y N° de ID de Medicaid del beneficiario solicitante del reembolso**	

RESUMEN DE LA INFORMACIÓN DE LOS ADJUNTOS

Para cada gasto (receta de medicamento, visita al médico u hospitalización), proporcione esta información*

Fecha (o fecha estimativa) del gasto	**Nombre y dirección de la farmacia, la clínica, del médico o del hospital**	**Cuánto pagó**	**Cuánto todavía debe**	**Cuánto pagó cualquier otro seguro**	**Cuánto desea que Medicaid le reembolse**

* Adjunte copias de cualquier carta o factura de la farmacia, clínica, médico u hospital; o cartas de compañías de cobro de crédito sobre la factura.

Juro y declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones que hice en este formulario y en cualquier documento adjunto son verdaderas y correctas.

Firma