CHÍNH QUYỀN ĐẶC KHU COLUMBIA

Sở Tài chính Chăm sóc Sức khỏe

THÔNG BÁO CHO TẤT CẢ CƯ DÂN HƯỞNG MEDICAID CỦA ĐẶC KHU COLUMBIA ĐÃ THANH TOÁN CÁC CHI PHÍ Y TẾ MÀ ĐÁNG LẼ PHẢI ĐƯỢC MEDICAID CHI TRẢ

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

Nếu quý vị đã trả tiền cho các đơn thuốc, buổi khám bác sĩ hoặc chi phí nằm viện trong thời gian đủ điều kiện nhận Medicaid thì quý vị có thể được hoàn trả cho các chi phí đó.

YÊU CẦU: Quý vị có thể đủ điều kiện để được hoàn tiền trong khoảng thời gian quý vị hoặc thành viên gia đình đủ điều kiện nhận Medicaid nếu:

a. Quý vị đã trả tiền cho các đơn thuốc, buổi khám bác sĩ hay chi phí nằm viện; hoặc
b. Quý vị vẫn đang thanh toán hóa đơn hoặc được yêu cầu thanh toán hóa đơn của hiệu thuốc, phòng khám, bác sĩ hay bệnh viện cho đơn thuốc, buổi khám bác sĩ hoặc chi phí nằm viện.

Nếu quý vị cho rằng mình có quyền được hoàn trả thì phải yêu cầu hoàn trả trong vòng 12 tháng kể từ ngày quý vị đến hiệu thuốc, phòng khám, bác sĩ hay bệnh viện hoặc trong vòng 12 tháng kể từ ngày quý vị biết rằng mình đã đủ điều kiện hưởng Medicaid.

ĐỊNH NGHĨA VỀ "ĐỦ ĐIỀU KIỆN HƯỞNG MEDICAID": Khoảng thời gian mà quý bị "đủ điều kiện hưởng Medicaid" và có thể đủ điều kiện để được hoàn trả có nghĩa là:

1. Ngày mà Đặc khu Columbia cho biết rằng quý vị (và/hoặc các thành viên gia đình quý vị) đủ điều kiện để được nhận Medicaid.
2. Ba (3) tháng trước khi quý vị nộp đơn xin hưởng Medicaid (và sau đó quý vị được xác định là đủ điều kiện).
3. Khoảng thời gian sau khi quý vị nộp đơn xin hưởng Medicaid và đang chờ quyết định (và sau đó được xác định là đủ điều kiện).
4. Bất cứ khi nào quý vị bị từ chối quyền được hưởng dịch vụ một cách không chính đáng:
   a. Nếu Đặc khu Columbia đã chấm dứt quyền được hưởng Medicaid của quý vị không đúng cách vào thời điểm gia hạn hoặc tái chứng nhận Medicaid.
   b. Nếu hiệu thuốc, phòng khám, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ yêu cầu quý vị thanh toán vì họ cho biết rằng quý vị không được hưởng Medicaid trong khi thực tế quý vị có quyền được hưởng.
   c. Đối với trẻ dưới 21 tuổi đủ điều kiện hưởng Medicaid, nếu quý vị đã được yêu cầu thanh toán cho bất kỳ dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm và định kỳ (EPSDT) nào, bao gồm dịch vụ y tế, dịch vụ nha khoa, thuốc men, thiết bị, vật tư y tế, hoặc dịch vụ vận chuyển đến các cuộc hẹn Medicaid.
   d. Nếu quý vị có cả Medicaid cũng như Medicare và bác sĩ, phòng khám hoặc bệnh viện yêu cầu quý vị thanh toán bất kỳ phần nào của hóa đơn mà Medicare không chi trả.

ĐỂ ĐƯỢC HOÀN TIỀN, QUÝ VỊ PHẢI:

1. Hoàn tất Mẫu yêu cầu Hoàn trả Chi phí Medicaid kèm theo. Đính kèm biên lai từ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện hoặc hiệu thuốc cho thấy các chi phí mà quý vị đã thanh toán.
2. Nếu quý vị không có biên lai từ bác sĩ, phòng khám, bệnh viện hoặc hiệu thuốc thì có thể cung cấp thư có chữ ký và ngày tháng giải thích lý do tại sao quý vị không có biên lai.
3. Gửi Mẫu yêu cầu Hoàn trả Chi phí Medicaid cùng (các) biên lai (hoặc thư giải thích lý do tại sao quý vị không có biên lai) đến địa chỉ trên Mẫu yêu cầu Hoàn trả Chi phí Medicaid.
4. Hãy nhớ rằng quý vị có 12 tháng kể từ ngày quý vị đến hiệu thuốc, phòng khám, bác sĩ hay bệnh viện hoặc từ ngày quý vị biết rằng mình đủ điều kiện hưởng Medicaid để gửi Mẫu yêu cầu Hoàn trả Chi phí Medicaid. Nếu quý vị không có tất cả thông tin thì nên gửi càng nhiều thông tin càng tốt.
5. Việc hoàn trả sẽ chỉ được thực hiện cho các chi phí đáng lẽ phải do Medicaid chi trả. Quý vị nên xem xét cẩn thận các tài liệu gửi nộp để đảm bảo chúng hoàn toàn chính xác.
6. Hoàn thành và đính kèm một mẫu W-9 cùng với các tài liệu gửi nộp (có trên cổng thông tin điện tử Medicaid của DC: https://medicaid.dc.gov/SPDocumentLibrary/DocumentLibrary/Forms--Member%20Forms). Hãy đảm bảo điền đầy đủ và làm theo hướng dẫn trên mẫu đơn W-9.

NẾU QUÝ VỊ CÓ THẮC MẮC HOẶC CẦN TRỢ GIÚP HOÀN THÀNH BIỂU MẪU

1. Liên lạc với Phòng Tài chính Chăm sóc Sức khỏe (DHCF) hoặc Chương trình Chăm sóc có Quản lý (MCP) của quý vị để biết thêm thông tin: Nhóm Nghiên cứu Khiếu nại của Người nhận Medicaid (RCRT): dhcf.medicaidreimbursementrequest@dc.gov
   AmeriHealth Caritas DC: dl-costeamleads@amerihealthcaritas.com
   Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe cho Trẻ em có Nhu cầu Đặc biệt (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, có thể hỗ trợ quý vị hoàn thành Mẫu yêu cầu Hoàn trả Chi phí Medicaid nếu quý vị là thành viên nhóm *Salazar* hoặc muốn được hỗ trợ để xác định xem mình có phải là thành viên nhóm *Salazar* hay không.
3. RCRT phải đưa ra quyết định và thanh toán cho yêu cầu bồi hoàn của quý vị trong vòng 90 ngày kể từ thời điểm quý vị gửi yêu cầu bồi hoàn. Nếu không có quyết định nào được đưa ra trong vòng 90 ngày đó thì yêu cầu của quý vị sẽ được coi là hợp lệ và quý vị sẽ được thanh toán trong vòng 15 ngày làm việc sau khi kết thúc giai đoạn 90 ngày.
4. Nếu không hài lòng với quyết định của RCRT thì quý vị có quyền yêu cầu phiên điều trần công bằng. Quý vị phải gửi yêu cầu phiên điều trần công bằng trong vòng 90 ngày kể từ ngày RCRT ra quyết định. Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần công bằng bằng cách gọi cho Văn phòng Điều trần Hành chính (OAH) theo số (202) 442-9094. OAH tọa lạc tại 441 4th Street, NW, Washington, DC 20001.
5. Nếu quý vị không hài lòng với kết quả của phiên điều trần công bằng thì có thể kháng cáo lên Tòa án Phúc thẩm Đặc khu Columbia. Quý vị phải nộp đơn kháng cáo trong vòng ba mươi (30) ngày sau khi OAH gửi quyết định cuối cùng.
6. Có khả năng quý vị có thể nhận được trợ giúp pháp lý miễn phí để giúp trình bày vụ việc của mình trong phiên điều trần hoặc quá trình kháng cáo. Nếu quý vị là thành viên nhóm được tòa án chứng nhận trong vụ *Salazar chống lại Đặc khu Columbia*, Vụ kiện Dân sự số 93-452 (TSC) (D.D.C.) thì quý vị có thể liên hệ với Terris, Pravlik & Millian, LLP tại địa chỉ 1816 12th Street, NW, Suite 303 Washington, DC 20009 hoặc theo số (202) 682-0578. Hỗ trợ pháp lý miễn phí cho người thụ hưởng không phải là thành viên nhóm *Salazar* có thể có sẵn từ các tổ chức sau:

   Bread for the City Legal Clinic, (202) 480-8950 hoặc (202) 791-3982
   Hiệp hội Trợ giúp Pháp lý, (202) 628-1161
   Tư vấn Pháp lý cho Người cao tuổi, (202) 434-2120
   Dịch vụ Pháp lý Khu phố, (202) 832-6577
   Dịch vụ Pháp lý của Trường đại học, (202) 547-4747

MẪU YÊU CẦU HOÀN TRẢ CHI PHÍ MEDICAID

Ngày hôm nay

HƯỚNG DẪN: Hoàn thành và nộp lại, cùng với các biên lai, trong vòng 12 tháng sau khi quý vị đến phòng khám, bác sĩ, bệnh viện hay hiệu thuốc – hoặc 12 tháng kể từ ngày quý vị biết được rằng mình đủ điều kiện hưởng Medicaid – cho:

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

Vui lòng cung cấp càng nhiều thông tin càng tốt. Đính kèm bản sao các biên lai của quý vị. Nếu quý vị không có biên lai thì hãy đính kèm thư có chữ ký và ngày tháng giải thích lý do tại sao quý vị không có biên lai. Nếu quý vị đang yêu cầu hoàn trả chi phí từ nhiều hơn 1 nhà cung cấp (ví dụ như bác sĩ và hiệu thuốc) thì vui lòng sử dụng các dòng riêng cho mỗi nhà cung cấp.

Tên quý vị	**Địa chỉ gửi thư**	**Số điện thoại của quý vị**
		Ngày
Số An sinh Xã hội của người nhận Medicaid		Buổi tối
		Di động
Ngày sinh của người nhận Medicaid	**Tên & số ID Medicaid của người nhận yêu cầu hoàn trả**	

TÓM TẮT THÔNG TIN VỀ CÁC TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM

Đối với mỗi chi phí (đơn thuốc, buổi khám bác sĩ hoặc nằm viện), hãy cung cấp thông tin dưới đây*

Ngày (hoặc ngày dự kiến) phát sinh chi phí	**Tên và địa chỉ của hiệu thuốc, phòng khám, bác sĩ hoặc bệnh viện**	**Số tiền quý vị đã trả**	**Số tiền quý vị còn nợ**	**Số tiền bảo hiểm khác đã chi trả**	**Số tiền quý vị muốn Medicaid hoàn trả**

* Đính kèm bản sao của bất kỳ thư từ hoặc hóa đơn nào từ hiệu thuốc, phòng khám, bác sĩ hay bệnh viện; hoặc thư từ các công ty thu nợ liên quan đến hóa đơn đó.

Tôi xin thề và tuyên bố, cũng như sẽ chịu hình phạt về tội khai man, rằng những thông tin tôi cung cấp trên mẫu đơn này và trên bất kỳ giấy tờ đính kèm nào là đúng sự thật và chính xác.

Chữ ký