

GOVERNEMENT DU DISTRICT DE COLUMBIA
Department of Health Care Finance
Département du financement des soins de santé



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

Si vous avez payé pour des médicaments d'ordonnance, des visites chez le médecin ou une hospitalisation durant une période de temps pendant laquelle vous étiez éligible pour bénéficier de Medicaid, il se peut que ces frais puissent vous être remboursés.

CRITÈRES : Vous pouvez avoir droit au remboursement durant la période de temps pendant laquelle vous ou un membre de votre famille étiez éligible pour bénéficier de Medicaid si :

- a. Vous avez payé pour des médicaments d'ordonnance, des visites chez le médecin ou une hospitalisation ou
- b. Vous continuez à payer une facture ou une pharmacie, clinique, médecin ou hôpital vous demande de payer une facture pour des médicaments d'ordonnance, des visites chez le médecin ou une hospitalisation.

Si vous pensez que vous avez droit à un remboursement, vous devez demander remboursement dans les six (6) mois suivant votre visite à la pharmacie, à la clinique, chez le médecin ou à l'hôpital ou dans les six (6) mois suivant la date à laquelle vous avez appris que vous êtes éligible pour bénéficier de Medicaid.

DÉFINITION d'« ÉLIGIBLE POUR BÉNÉFICIER DE MEDICAID » : La période de temps pendant laquelle vous êtes « éligible pour bénéficier de Medicaid » et pouvez avoir droit au remboursement veut dire :

1. Les dates auxquelles le District de Columbia déclare que vous (et / ou les membres de votre famille) aviez droit de bénéficier de Medicaid.
2. Les trois (3) mois avant que vous ayez soumis votre demande de participation à Medicaid (et vous avez plus tard été déclaré(e) éligible).
3. La période de temps après le dépôt de votre demande de participation à Medicaid (et vous avez plus tard été déclaré(e) éligible).
4. À tout moment que l'admissibilité aux services vous a été déniée à tort :
 - a. Si le District de Columbia a à tort mis fin à votre éligibilité au moment du renouvellement de Medicaid ou de la re-certification
 - b. Si la pharmacie, la clinique ou le cabinet médical vous ont fait payer disant que vous n'étiez pas bénéficiaire de Medicaid, alors qu'en réalité vous l'étiez.
5. Si, pour un enfant de moins de 21 ans éligible pour bénéficier de Medicaid, vous étiez dans l'obligation de payer pour un service de dépistage précoce et régulier, de diagnostic et de traitement (EPSDT), y compris les services médicaux, les services dentaires, les médicaments, l'équipement médical, les fournitures médicales ou les services de transport pour les rendez-vous de Medicaid.

6. Si vous bénéficiez de Medicaid et de Medicare et votre pharmacie, clinique, hôpital ou médecin exige que vous payiez pour une portion de la facture couverte par Medicare.

POUR VOUS FAIRE REMBOURSER, VOUS DEVEZ :

1. Remplissez le formulaire de remboursement *Medicaid Reimbursement Form* ci-joint. Joignez le reçu du médecin, de la clinique, de l'hôpital ou de la pharmacie qui indique le montant que vous avez payé.
2. Si vous n'avez pas de reçu du médecin, de la clinique, de l'hôpital ou de la pharmacie, vous pouvez soumettre une lettre datée et signée qui explique pourquoi vous n'avez pas de reçu.
3. Soumettez le formulaire de remboursement, *Medicaid Reimbursement Form*, avec le(s) reçu(s) (ou avec la lettre qui explique pourquoi vous n'avez pas de reçu) à l'adresse indiquée sur le *Medicaid Reimbursement Form*.
4. Rappelez-vous que vous avez six (6) mois à partir de la date de votre visite à la pharmacie, à la clinique, chez le médecin ou à l'hôpital ou à partir de la date à laquelle vous avez appris que vous êtes éligible pour que Medicaid couvre la dépense pour soumettre le formulaire de remboursement *Medicaid Reimbursement Form*. Si vous n'avez pas toutes les informations, soumettez autant d'informations que possible.
5. Seulement les dépenses qui auraient dû être payées par Medicaid seront remboursées. Vous devez soigneusement examiner les documents que vous soumettez pour vous assurer qu'ils sont totalement exacts.

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS OU AVEZ BESOIN D'ASSISTANCE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE OU OBTENIR LES INFORMATIONS REQUISES VEUILLEZ PRENDRE CONTACT AVEC :

1. L'équipe de recherche sur les demandes de remboursement des bénéficiaires de Medicaid auprès du Département du financement des soins de santé de D.C. (Medicaid Recipient Claims Research Team, D.C. Department of Health Care Finance ou DHCF) au numéro (202) 698-2009.
2. La firme 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 êtes un membre du groupe *Salazar* ou avez besoin d'assistance aux fins de déterminer si vous êtes membre du groupe *Salazar*.
3. L'équipe de recherche sur les demandes de remboursement des bénéficiaires de Medicaid (RCRT) doit prendre une décision sur votre demande de remboursement dans les 90 jours à partir de la date de soumission de votre demande. Si aucune décision n'est prise dans ce délai de 90 jours, votre demande sera traitée comme valide et vous recevrez le paiement dans les 15 jours à partir de la fin de la période de 90 jours.
4. Si vous n'êtes pas satisfait(e) avec la décision de la RCRT, vous avez droit d'être entendu(e). Vous devez déposer une demande de procès équitable dans les 90 jours à partir de la date de la décision de la RCRT. Vous pouvez demander une procédure équitable en appelant le Bureau des audiences administratives (*Office of Administrative Hearings*) au (202) 442-9094. Ce Bureau (OAH) est situé à 441 4th Street, NW, Washington, DC 20001-2714.
5. Si vous n'êtes pas satisfait(e) avec le résultat du procès équitable, vous pouvez déposer votre appel avec la Cour d'appel du District de Columbia, *District of Columbia Court of Appeals*. Votre appel doit être déposé dans les trente (30) jours après que l'OAH ait envoyé sa décision finale.
6. Vous pourriez aussi avoir droit à une assistance juridique gratuite pour vous aider à présenter votre cas à l'audience ou en appel. Si vous êtes membre du groupe certifié par le tribunal dans le recours collectif *Salazar contre le District de Columbia*, n° 93-452 (TSC) (D.D.C.), vous pouvez prendre contact avec Terris, Pravlik & Millian, LLP à l'adresse 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009 ou par téléphone au (202) 682-0578. Il y a possibilité d'obtenir une assistance juridique

gratuite pour les bénéficiaires qui ne font pas partie du groupe *Salazar* auprès des organisations suivantes :

Bread for the City Legal Clinic, (202) 265-2400
Legal Aid Society, (202) 628-1161
Legal Counsel for the Elderly, (202) 434-2120
Neighborhood Legal Services, (202) 269-5100
University Legal Services, (202) 547-4747

