

컬럼비아 특별구 정부
보건 재무부(Department of Health Care Finance)



**MEDICAID 에서 지급해야 할 의료 비용을 지급하신 컬럼비아 특별구 MEDICAID
주민 여러분께 알립니다.**

Medicaid 수혜 자격이 있는 동안 의약품 처방, 의사 진료 또는 입원 비용을 지급하신 경우 해당 비용을 상환받으실 수 있습니다.

요건: 본인 또는 가족 구성원이 Medicaid 수혜 자격이 있는 동안 다음에 해당하는 경우 상환을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

- a. 의약품 처방, 의사 진료 또는 입원 비용을 지급한 경우, 또는
- b. 약국, 클리닉, 개업의 또는 병원이 발부한 의약품 처방, 의사 진료 또는 입원 비용 고지서 비용을 아직 지급하고 있거나 지급 요청을 받고 있는 경우

본인이 상환 대상이라고 생각하시면 약국, 클리닉, 개업의 또는 병원을 방문한 날짜로부터 육(6)개월 이내, 또는 본인이 Medicaid 수혜 대상임을 인지한 날짜로부터 육(6)개월 이내에 상환을 요청하셔야 합니다.

“MEDICAID 수혜 자격”의 정의: “Medicaid 수혜 자격”이 있는 기간과 상환을 받을 자격이 있을 수 있다는 것은 다음을 의미합니다.

1. 컬럼비아 특별구에서 귀하(및/또는 가족 구성원)가 Medicaid 수혜 자격이 있다고 밝힌 날짜
2. 귀하가 Medicaid 신청서를 제출하기 삼(3)개월 전(추후 수혜 자격이 있는 것으로 밝혀짐)
3. 귀하가 Medicaid 신청서를 제출한 후 결정을 기다린 기간(추후 수혜 자격이 있는 것으로 밝혀짐)
4. 귀하가 부적절하게 서비스 수혜 자격을 거부당한 기간:
 - a. Medicaid 갱신 또는 재인증 시기에 컬럼비아 특별구에서 귀하의 수혜 자격을 부적절하게 중지한 경우
 - b. 귀하가 실제 Medicaid 대상이나 약국, 클리닉, 병원 또는 개업의 사무실에서 그렇지 않다고 하면서 귀하에게 지급을 요구한 경우
5. Medicaid 수혜 자격이 있는 21세 미만의 미성년자에 대해 의료 서비스, 치과 서비스, 투약, 의료 장비, 용품 또는 Medicaid 예약 시 교통편 서비스를 포함해 EPSDT 서비스 비용 지급을 요구받은 경우
6. 귀하가 Medicaid 와 Medicare 에 모두 해당하나 약국, 클리닉, 병원 또는 개업의가 Medicare 에서 지급하는 고지서의 일정 부분을 귀하에게 지급할 것을 요구하는 경우

상환을 받기 위해 지켜야 할 사항:

1. 동봉된 Medicaid 상환 양식(Medicaid Reimbursement Form)을 작성합니다. 귀하가 실제로 지급하였음을 보여주는 개업의, 클리닉, 병원 또는 약국에서 발행한 영수증을 첨부합니다.
2. 개업의, 클리닉, 병원 또는 약국에서 발행한 영수증이 없는 경우 해당 영수증이 없는 이유를 설명하고 서명과 날짜를 기재한 진술서를 제공하실 수 있습니다.
3. Medical 상환 양식과 영수증(또는 영수증이 없는 이유를 설명한 진술서)을 Medicaid 상환 양식에 나와 있는 주소로 제출합니다.
4. 약국, 클리닉, 개업의 또는 병원을 방문한 날짜, 또는 본인에게 Medicaid 가 대신 비용을 지급할 수혜 자격이 있음을 인정한 날짜로부터 육(6) 개월 이내에 Medicaid 상환 양식을 제출해야 한다는 점을 유념해 주십시오. 모든 정보를 가지고 있지 않은 경우에는 가지고 있는 만큼 제출하셔야 합니다.
5. Medicaid 에서 지급해야만 하는 비용에 대해서만 상환이 이루어집니다. 제출하는 모든 문서를 면밀히 검토해 완벽하게 정확한지 확인해 주십시오.

궁금한 점이 있거나 양식 작성 또는 요청된 정보 확보에 도움이 필요한 경우:

1. D.C. 보건 재무부(DHCF)의 Medicaid 수령자 청구 조사팀(Medicaid Recipient Claims Research Team)에 (202) 698-2009 번으로 문의하십시오.
2. *Salazar* 집단 소송 구성원이거나 *Salazar* 집단 소송 구성원 여부를 알기 위해 지원이 필요한 경우, Terris Pravlik & Millian, LLP(주소: 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009, 전화: (202) 682-0578)에서 Medicaid 상환 양식 작성을 도와드릴 수 있습니다.
3. Medicaid 수령자 청구 조사팀(RCRT)에서는 상환 청구를 접수한 날로부터 90 일 이내에 결정을 내려야 합니다. 해당 90 일 이내에 결정을 내리지 못하면 청구는 유효한 것으로 간주되며 해당 90 일 기간이 끝난 후 15 일 이내에 상환이 이루어집니다.
4. RCRT 의 결정에 동의하지 않는 경우 공정 심리를 요청할 권리가 있습니다. RCRT 의 결정일로부터 90 일 이내에 공정 심리 요청을 제출하셔야 합니다. 공정 심리는 행정 심리사무실(Office of Administrative Hearings)에 (202) 442-9094 번으로 전화해 요청하실 수 있습니다. 행정 심리사무실(OAH)은 441 4th Street, NW, Washington, DC 20001-2714 에 있습니다.
5. 공정 심리 결과에 동의하지 않는 경우 컬럼비아 특별구 상소법원(Court of Appeals)에 항소하실 수 있습니다. OAH 에서 최종 결정 명령을 우송한 날로부터 삼십(30) 일 이내에 항소장을 제출하셔야 합니다.
6. 심리 또는 항소 시 케이스를 제출하기 위해 무료 법률 지원을 받으실 수 있습니다. *Salazar 대 컬럼비아 특별구 민사소송* 번호 93-452 (TSC) (D.D.C.)에서 법원이 확인한 소송 집단 구성원의 경우, Terris, Pravliki & Millian, LLP(주소: 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009, 전화: (202) 682-0578)에 문의하실 수 있습니다. *Salazar* 소송 집단 구성원이 아닌 수혜자의 경우에는 다음의 기관으로부터 무료 법률 지원을 받으실 수 있습니다.

브레드 포 시티 법률 클리닉(Bread for the City Legal Clinic): (202) 265-2400

법률 지원 협회(Legal Aid Society): (202) 628-1161

노령자를 위한 법률 자문(Legal Counsel for the Elderly): (202) 434-4120

네이버후드 법률 서비스(Neighborhood Legal Services): (202) 269-5100

유니버시티 법률 서비스(University Legal Services): (202) 547-4747

MEDICAID REIMBURSEMENT REQUEST FORM

신청일

메디케이드(MEDICAID) 상환 신청서

작성법: 클리닉, 의사, 병원 또는 약국 방문 후 6 개월 이내, 혹은 귀하의 메디케이드 자격 취득에 대해 알게된 6 개월 이내에 본 양식을 작성하신 후 영수증을 첨부하여 다음 주소로 우송하십시오:

Recipients Claims Research Team
DC Department of Health Care Finance
441 4th Street, NW; Ste. 900S
Washington, DC 20001

가능한 최대의 정보를 제공하십시오. 영수증 사본을 첨부하십시오. 영수증이 없는 경우에는 영수증이 없는 사유를 설명하는 편지에 서명과 날짜를 기입하셔서 첨부하십시오. 한 군데 이상의 의료제공자(예를 들어, 병원 *그리고* 약국)에게서의 비용 상환을 요청하시는 경우에는, 각각에 대해 별도의 라인을 사용하십시오.

이름	우편 주소	전화번호
		낮
		저녁
메디케이드 수혜자 사회보장번호		핸드폰
메디케이드 수혜자 생일	상환 신청 수혜자 이름 및 메디케이드 ID #	

첨부자료 정보 요약서

각 비용 항목(약 처방, 의사 방문 또는 입원)에 대하여 다음 정보를 제공하십시오*

비용 지불일 (또는 추산일)	약국, 클리닉, 의사 또는 병원 이름 및 주소	지불 금액	미지급금	타 보험회사에서 지불한 금액	메디케이드로부터 상환 요구 금액

*약국, 클리닉, 의사, 병원으로부터의 모든 편지나 청구서의 복사본, 또는 청구서에 관한 부채 징수 회사로부터의 편지를 첨부하십시오.

본인은, 위증시 처벌을 받는다는 조건으로, 이 양식에 기입한 사항과 첨부한 서류들이 진실되며 정확함을 맹세하고 선언합니다.

서명