

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Finanzas de la Atención de la Salud



PARA TODOS LOS RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA MIEMBROS DE MEDICAID QUE HAYAN INCURRIDO EN GASTOS MÉDICOS QUE DEBERÍAN HABER SIDO CUBIERTOS POR MEDICAID

Si usted pagó recetas de medicamentos, visitas al médico u hospitalizaciones durante un periodo en el que era elegible para recibir los servicios de Medicaid, es posible que se le reembolsen esos gastos.

REQUISITOS: Puede ser que reúna los requisitos para el reembolso correspondiente a un periodo durante el cual usted o algún familiar hayan sido elegibles para recibir los servicios de Medicaid si:

- a. Pagó recetas de medicamentos, visitas al médico u hospitalizaciones; o
- b. Todavía está pagando una factura o se le pide que pague una factura de farmacia, clínica, médico u hospital por recetas de medicamentos, visitas al médico u hospitalizaciones.

Si considera que tiene derecho a un reembolso, debe solicitarlo dentro de los seis (6) meses desde la fecha en que fue a la farmacia, clínica, médico u hospital; o dentro de los seis (6) meses desde la fecha en que se enteró de que reunía los requisitos para recibir Medicaid.

DEFINICIÓN DE "ELEGIBLE PARA MEDICAID": El periodo durante el cual usted es "elegible para Medicaid" y puede ser elegible para un reembolso comprende:

1. Las fechas que el Distrito de Columbia determina que usted (y/o los miembros de su familia) eran elegibles para Medicaid.
2. Los tres (3) meses previos a entregar su solicitud para Medicaid (y que luego haya resultado elegible).
3. El periodo posterior a haber presentado la solicitud para Medicaid, durante el cual estuvo esperando una decisión (y que luego haya resultado elegible).
4. Cualquier momento en que se le haya negado indebidamente la prestación de servicios:
 - a. Si el Distrito de Columbia detuvo de forma indebida su elegibilidad al momento de la renovación o recertificación de Medicaid.
 - b. Si la farmacia, clínica, hospital o consultorio médico le exigió el pago porque dijeron que usted no estaba en Medicaid cuando en realidad sí lo estaba.
5. Si se le demandó el pago por cualquier servicio de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) para un joven menor de 21 años elegible para Medicaid, incluidos servicios médicos o dentales, medicación, equipamiento o insumos médicos, o servicios de transporte hacia citas de Medicaid.
6. Si usted tiene tanto Medicaid como Medicare y su farmacia, clínica, hospital o médico le exigen el pago de una parte de la factura que Medicare sí cubre.

A FIN DE CONSEGUIR EL REEMBOLSO, USTED DEBE:

1. Completar el formulario de reembolso de Medicaid aquí incluido. Adjuntar el recibo del médico, clínica, hospital o farmacia que muestre los gastos por los que usted pagó.
2. Si no tiene el recibo del médico, clínica, hospital o farmacia, podrá entregar una carta fechada y firmada donde explique por qué no lo tiene.
3. Presente el formulario de reembolso médico con los recibos (o una carta que explique por qué no los tiene) a la dirección indicada en dicho formulario.
4. Recuerde que tiene seis (6) meses desde la fecha en que acudió a la farmacia, clínica, médico u hospital, o desde la fecha en que se enteró de que reunía los requisitos para que Medicaid realizara el pago necesario para presentar el formulario de reembolso de Medicaid. Si usted no cuenta con toda la información, deberá presentar tanta como tenga disponible.
5. Solo se realizarán reembolsos de gastos que deberían haber sido cubiertos por Medicaid. Deberá revisar cuidadosamente toda la documentación que presente para asegurarse de que sea precisa.

SI TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO U OBTENER LA INFORMACIÓN SOLICITADA, CONTACTE A:

1. Equipo de Investigación de Reclamos de Beneficiarios de Medicaid del Departamento de Finanzas de Atención de la Salud del Distrito de Columbia (DHCF, por sus siglas en inglés) al (202) 698-2009.
2. Terris Pravlik & Millian, LLP, 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009, (202) 682-0578, podrá asistirlo al completar el formulario de reembolso de Medicaid si usted es miembro de la demanda colectiva *Salazar* o si necesita ayuda para determinar si pertenece a la demanda colectiva *Salazar*.
3. El Equipo de Investigación de Reclamos de Beneficiarios de Medicaid (RCRT, por sus siglas en inglés) debe tomar una decisión sobre el reembolso dentro de los 90 días posteriores a la presentación de su reclamo. Si no se toma decisión alguna en esos 90 días, su reclamo será considerado válido y se le pagará dentro de los 15 días posteriores a la finalización de dicho periodo.
4. Si usted no queda satisfecho con la decisión del RCRT, tendrá derecho a una audiencia justa. Deberá presentar una solicitud para dicha audiencia dentro de los 90 días posteriores a la decisión del RCRT. Puede solicitar una audiencia justa llamando a la Oficina de Audiencias Administrativas al (202) 442-9094. La Oficina de Audiencias Administrativas (OAH, por sus siglas en inglés) está ubicada en 441 4th Street, NW; Washington, DC 20001-2714.
5. Si no está satisfecho con el resultado de la audiencia justa, puede apelar ante el Tribunal de Apelaciones del Distrito de Columbia. Deberá presentar la apelación dentro de los treinta (30) días posteriores al envío por correo de la sentencia con la decisión final por parte de la OAH.
6. Podrá obtener asistencia legal gratuita para ayudarlo a presentar su caso en la audiencia o en la fase de apelación. Si usted es miembro de la demanda colectiva certificada por la corte en el *Salazar v. Distrito de Columbia*, Acción Civil n.º 93-452 (TSC) (D.D.C.), puede contactar a Terris, Pravlik & Millian, LLP en 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009 o al (202) 682-0578. Los beneficiarios que no sean miembros de la demanda colectiva *Salazar* podrán obtener asistencia legal gratuita de las siguientes organizaciones:

Bread for the City Legal Clinic, (202) 265-2400
Legal Aid Society, (202) 628-1161
Legal Counsel for the Elderly, (202) 434-4120
Neighborhood Legal Services, (202) 269-5100
University Legal Services, (202) 547-4747

**MEDICAID REIMBURSEMENT REQUEST FORM
SOLICITUD DE REEMBOLSO DE MEDICAID**

Fecha de hoy

INSTRUCCIONES: Complete y devuelva con los recibos, dentro de los 6 meses luego de haber asistido a la clínica, doctor, hospital o farmacia – o 6 meses a partir de la fecha en que supo que era elegible para Medicaid -- a:

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

Por favor proporcione tanta información como pueda. Adjunte copias de sus recibos. Si no tiene un recibo, adjunte una carta con su firma y fecha explicando por qué no lo tiene. Si usted está solicitando un reembolso de gastos de más de un proveedor (como doctor y una farmacia), por favor use renglones separados para cada uno.

Su Nombre	Dirección Postal	Sus números telefónicos		
		Día	Noche	Celular
Número de Seguro Social de Beneficiario de Medicaid		Nombre y # de ID Medicaid del Beneficiario que Solicita el Reembolso		

RESUMEN DE INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS

Por cada gasto (prescripción médica, visita al doctor u hospitalización), proporcione ésta información*

Fecha (o fecha estimada) del gasto	Nombre y dirección de la farmacia, clínica, doctor u hospital	Cuánto pagó	Cuánto sigue debiendo	Cuánto pagó por otro seguro	Cuánto quiere que Medicaid le reembolse

*Adjunte copias de cualquier carta, recibo de farmacia, clínica, doctor u hospital; o cartas de compañías de cobranza sobre el recibo.

Juro y declaro, bajo protesta de decir verdad, que las declaraciones que hice en este documento y en cualquiera de los documentos adjuntos son verdaderas y correctas.

Firma