

CHÁNH QUYỀN QUẬN COLUMBIA
Ban Tài Chánh Chăm Sóc Sức Khỏe



GỬI TẤT CẢ CƯ DÂN CÓ MEDICAID Ở QUẬN COLUMBIA ĐÃ TRẢ CÁC CHI PHÍ Y TẾ
MÀ ĐÁNG RA DO MEDICAID CHI TRẢ

Nếu quý vị trả tiền cho thuốc kê toa, khám bác sĩ hoặc nằm viện trong thời gian quý vị đủ điều kiện được Medicaid thì quý vị có thể được bồi hoàn các chi phí này.

ĐÒI HỎI: Quý vị có thể đủ điều kiện được bồi hoàn trong thời gian quý vị hoặc người trong nhà mình đủ điều kiện được Medicaid nếu:

- a. Quý vị đã trả tiền thuốc kê toa, khám bác sĩ hoặc nhập viện; hoặc
- b. Quý vị vẫn trả tiền hoặc được yêu cầu trả tiền thuốc kê toa, khám bác sĩ hoặc nhập viện cho nhà thuốc tây, bệnh xá, bác sĩ hoặc bệnh viện.

Nếu quý vị cho rằng mình được bồi hoàn thì phải yêu cầu bồi hoàn trong vòng sáu (6) tháng kể từ ngày quý vị đến nhà thuốc tây, bệnh xá, bác sĩ hoặc bệnh viện, hoặc trong vòng sáu (6) tháng kể từ ngày quý vị biết mình đủ điều kiện được Medicaid.

ĐỊNH NGHĨA “ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC MEDICAID”: Thời gian quý vị “đủ điều kiện được Medicaid” và có thể đủ điều kiện để được bồi hoàn có nghĩa là:

1. Ngày Quận Columbia xác nhận quý vị (và/hoặc người trong nhà quý vị) đủ điều kiện được Medicaid.
2. Ba (3) tháng trước khi quý vị đệ đơn xin Medicaid (và sau đó quý vị được xác nhận đủ điều kiện).
3. Thời gian sau khi quý vị nộp đơn xin Medicaid và đang chờ quyết định (và sau đó quý vị được xác nhận đủ điều kiện)
4. Bất cứ lúc nào quý vị bị từ chối đủ điều kiện nhận dịch vụ theo cách không hợp lý:
 - a. Nếu Quận Columbia không cho quý vị đủ điều kiện một cách không hợp lý vào lúc tái lập hoặc xác nhận lại Medicaid
 - b. Nếu tiệm thuốc tây, bệnh xá, bệnh viện hoặc văn phòng bác sĩ yêu cầu quý vị trả tiền vì quý vị nói rằng mình không có Medicaid trong khi thực ra quý vị lại có.
5. Đối với trẻ dưới 21 tuổi và đủ điều kiện được Medicaid, nếu quý vị được yêu cầu trả tiền cho bất cứ dịch vụ EPSDT nào, bao gồm dịch vụ y tế, dịch vụ nha khoa, thuốc men, thiết bị và vật dụng y tế hoặc dịch vụ chuyên chở đến buổi hẹn khám Medicaid.
6. Nếu quý vị có cả Medicaid và Medicare và tiệm thuốc tây, bệnh xá, bệnh viện hoặc bác sĩ yêu cầu quý vị trả tiền cho bất cứ phần nào của hóa đơn mà Medicare phải trả.

QUÝ VỊ PHẢI THỰC HIỆN NHỮNG ĐIỀU SAU ĐÂY ĐỂ ĐƯỢC BỒI HOÀN:

1. Điền đầy đủ thông tin vào Mẫu Bồi Hoàn Medicaid gửi kèm. Đính kèm biên nhận từ bác sĩ, bệnh xá, bệnh viện hoặc tiệm thuốc tây cho thấy chi phí quý vị đã trả.
2. Nếu quý vị không có biên nhận từ bác sĩ, bệnh xá, bệnh viện hoặc tiệm thuốc tây thì có thể cung cấp một thư có chữ ký và đề ngày giải thích lý do quý vị không có biên nhận.
3. Gửi Mẫu Bồi Hoàn Y Tế (Medical Reimbursement Form) cùng với (các) biên nhận (hoặc thư giải thích lý do quý vị không có biên nhận) đến địa chỉ đề trên Mẫu Bồi Hoàn Medicaid.
4. Xin nhớ rằng quý vị có sáu (6) tháng kể từ ngày quý vị đến tiệm thuốc tây, bệnh xá, bác sĩ hoặc bệnh viện hoặc từ ngày quý vị biết mình đủ điều kiện được Medicaid trả các chi phí, để gửi Mẫu Bồi Hoàn Medicaid. Nếu quý vị không có tất cả thông tin thì gửi tất cả những thông tin gì quý vị đang có.
5. Chỉ các chi phí đáng ra Medicaid phải trả mới được bồi hoàn. Quý vị nên xem lại cẩn thận các tài liệu gửi đi để chắc chắn các tài liệu này hoàn toàn chính xác.

NẾU QUÝ VỊ CÓ THẮC MẮC HOẶC CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỖ ĐIỀN THÔNG TIN VÀO MẪU HOẶC LẤY THÔNG TIN LIÊN LẠC YÊU CẦU:

1. Nhóm Nghiên Cứu Đơn Xin của Người Nhận Medicaid (Medicaid Recipient Claims Research Team, hay RCRT) của Ban Tài Chánh Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Finance, hay DHCF) (Kenneth Gause và Pamela Stevenson) của D.C. theo số (202) 698-2000.
2. Terris Pravlik & Millian, LLP, 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009, (202) 682-0578, có thể giúp quý vị điền thông tin vào mẫu Bồi Hoàn Medicaid nếu quý vị là một hội viên của vụ kiện tập thể *Salazar* hoặc muốn được trợ giúp để xác định mình có phải một hội viên của vụ kiện tập thể *Salazar* không.
3. Nhóm Nghiên Cứu Đơn Xin của Người Nhận Medicaid (RCRT) phải lấy quyết định về đơn xin bồi hoàn của quý vị trong vòng 90 ngày kể từ lúc quý vị nộp đơn xin. Nếu trong vòng 90 ngày vẫn chưa có quyết định thì đơn xin của quý vị được coi là hợp lệ và quý vị sẽ được trả tiền trong vòng 15 ngày kể từ ngày kết thúc thời hạn 90 ngày.
4. Nếu không hài lòng với quyết định của RCRT thì quý vị có quyền yêu cầu điều trần công bằng. Quý vị phải nộp yêu cầu buổi điều trần công bằng trong vòng 90 ngày kể từ ngày RCRT lấy quyết định. Quý vị có thể yêu cầu điều trần công bằng khi gọi đến Văn Phòng Điều Trần Hành Chánh (Office of Administrative Hearings, hay OAH) theo số (202) 442-9094. Văn Phòng Điều Trần Hành Chánh (OAH) ở 441 4th Street, NW, Washington, DC 20001.
5. Nếu không hài lòng với kết quả điều trần công bằng thì quý vị có thể khiếu nại đến Tòa Khiếu Nại Quận Columbia. Quý vị phải nộp đơn khiếu nại của mình trong vòng ba mươi (30) ngày sau khi OAH gửi thư về yêu cầu cuối cùng trong quyết định của họ.
6. Quý vị có thể được trợ giúp pháp lý miễn phí để trình nội vụ của mình tại buổi điều trần hoặc tại phiên khiếu nại. Nếu quý vị là hội viên của vụ kiện tập thể *Salazar kiện Quận Columbia*, Vụ Kiện Dân Sự số 93-452 (TSC) (D.D.C.), thì quý vị có thể liên lạc với Terris, Pravliki & Millian, LLP tại địa chỉ 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009 hoặc gọi số (202) 682-0578. Có trợ giúp pháp lý miễn phí cho người thụ hưởng không nằm trong vụ kiện tập thể *Salazar* từ các tổ chức sau đây:

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
ĐƠN YÊU CẦU HOÀN TRẢ MEDICAID

Ngày hôm nay

HƯỚNG DẪN: Hoàn thành và gửi lại, cùng với phiếu thu, trong vòng 6 tháng sau khi quý vị khám bệnh tại phòng khám, bác sỹ, bệnh viện, hoặc cửa hàng thuốc – hoặc 6 tháng kể từ ngày quý vị biết rằng quý vị hội đủ điều kiện để nhận trợ cấp Medicaid – đến:
 Recipients Claims Research Team
 DC Department of Health Care Finance
 441 4th Street NW – 900 South
 Washington, DC 20001

Vui lòng cung cấp thông tin nhiều nhất có thể. Gửi kèm bản sao phiếu thu của quý vị. Nếu quý vị không có phiếu thu, gửi kèm một bức thư có chữ ký và ghi ngày, giải thích vì sao quý vị không có phiếu thu. Nếu quý vị yêu cầu hoàn trả chi phí từ nhiều nhà cung cấp (như bác sỹ và cửa hàng thuốc), vui lòng ghi riêng từng dòng cho từng nhà cung cấp.

Tên của quý vị	Địa chỉ nhận thư	Số điện thoại của quý vị
Số An sinh Xã hội của Người nhận Medicaid		Ban n
Ngày sinh của Người nhận Medicaid	Tên và Mã số Medicaid của Người nhận đang yêu cầu hoàn trả	Buổi tối
		Di động

TÓM TẮT THÔNG TIN TRÊN CÁC TÀI LIỆU GỬI KÈM

Với từng khoản chi phí (đơn thuốc, gặp bác sỹ hoặc nhập viện), hãy cung cấp thông tin này*

Ngày (hoặc ngày ước tính) của chi phí	Tên và địa chỉ của cửa hàng thuốc, phòng khám, bác sỹ hoặc bệnh viện	Quý vị đã trả bao nhiêu tiền	Quý vị vẫn đang nợ bao nhiêu tiền	Bảo hiểm khác đã trả bao nhiêu tiền	Quý vị muốn Medicaid hoàn trả bao nhiêu tiền

*Gửi kèm bản sao bất kỳ bức thư hoặc hóa đơn nào của cửa hàng thuốc, phòng khám, bác sỹ hoặc bệnh viện, hoặc thư từ các công ty thu tín dụng cho hóa đơn.

Tôi tuyên thệ và cam đoan, theo các quy định về hình phạt khi có sự khai man, rằng những tuyên bố trên tài liệu này và trên bất kỳ tài liệu gửi kèm nào khác là trung thực và chính xác.

Chữ ký