

**TO ALL DISTRICT OF COLUMBIA MEDICAID RECIPEINTS WHO PAID FOR MEDICAL EXPENSES THAT SHOULD HAVE BEEN PAID BY MEDICAID**

**A TODOS LOS BENEFICIARIOS DE MEDICAID DEL DISTRITO DE COLUMBIA QUE PAGARON GASTOS MÉDICOS QUE DEBIERON HABER SIDO PAGADOS POR MEDICAID**

Si usted no habla ni/o no lee Inglés, por favor llame gratis al 1-877-685-6391 entre las 8:15 a.m. y 4:45 p.m. y un representante lo ayudará.

---

Si usted pagó por prescripciones médicas, visitas al doctor u hospitalización durante el tiempo en que era elegible para Medicaid, podría ser reembolsado por los gastos.

**REQUISITOS:** Usted puede ser elegible para reembolso si durante un periodo de tiempo usted o un miembro de su familia fueron elegibles para Medicaid, si:

- a. Usted pagó por prescripciones médicas, visitas al doctor u hospitalizaciones; ó
- b. Usted sigue pagando una cuenta o se le ha exigido el pago de una cuenta por una farmacia, clínica, doctor u hospital por concepto de prescripciones médicas, visitas al doctor u hospitalizaciones.

Si usted cree calificar para un reembolso, debe solicitar el reembolso dentro de los seis (6) a partir de la fecha en que fue a la farmacia, clínica, doctor u hospital, o dentro de los seis (6) meses a partir de la fecha en que supo que era elegible para Medicaid.

**DEFINICIÓN DE “ELEGIBLE PARA MEDICAID”:** El periodo de tiempo para el cual usted es “elegible para Medicaid” y puede ser elegible para reembolso significa:

1. Las fechas en que el Distrito de Columbia declaró que usted (y/o los miembros de su familia) era elegible para Medicaid.
2. Los tres (3) meses antes de que presentara su solicitud para Medicaid (y posteriormente se le encontró elegible).
3. El tiempo posterior a la recepción de su solicitud para Medicaid y estaba en espera de decisión (y posteriormente se le encontró elegible).
4. Cualquier momento en que le negaron inadecuadamente los servicios de elegibilidad:
  - a. Si el Distrito de Columbia detuvo inadecuadamente su elegibilidad al momento de su recertificación.
  - b. Si la farmacia, clínica, hospital o consultorio médico le solicitó pagar porque dijeron que usted no estaba en Medicaid cuando en realidad lo estaba.

**A FIN DE SER REEMBOLSADO, USTED DEBE:**

1. Completar la Forma de Reembolso de Medicaid adjunta.
2. Adjuntar el recibo del doctor, clínica, hospital o farmacia que muestra los gastos que usted pagó.
3. Si usted no tiene un recibo del doctor, clínica, hospital o farmacia, puede presentar una carta firmada y con la fecha explicando por qué no tiene el recibo.
4. Presentar la Forma de Reembolso de Medicaid con el(los) recibo(s) (o la carta explicando por qué no tiene un recibo) en la dirección mostrada en la Forma de Reembolso de Medicaid.

5. **Recuerde** que tiene seis (6) meses a partir de la fecha en que usted fue a la farmacia, clínica, doctor u hospital ó a partir de la fecha en que supo que era elegible para que Medicaid pagara el gasto, para presentar la Forma de Reembolso de Medicaid. Si usted no cuenta con toda la información, debe presentar toda la información posible que tenga disponible.
6. El reembolso sólo será realizado por gastos que deben ser pagados por Medicaid. Usted debe revisar cuidadosamente los documentos que presenta para asegurarse que estos son los correctos.

**SI USTED TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR LA FORMA U  
OBTENER LA INFORMACIÓN SOLICITADA CONTACTE:**

- a. Al Equipo de Investigación de Reclamaciones de Beneficiarios del Departamento de Financiamiento para el Cuidado de la Salud de D.C. (DHCF) al (202) 698-2009.
- b. Terris Pravlik & Millian, LLP, 1121 12<sup>th</sup> Street, NW, Washington, DC 20005, (202) 682-0578, quienes le proporcionarán asesoría legal gratuita.

**UNA DECISIÓN ACERCA DE SU RECLAMO DE REEMBOLSO DEBE SER TOMADA DENTRO  
DE 90 DÍAS:**

- a. El Equipo de Investigación de Reclamaciones de Beneficiarios debe tomar una decisión acerca de su reclamación de reembolso dentro de los 90 días a partir del momento en que usted entregó su reclamación. Si no hubiere decisión dentro esos 90 días, su reclamación será considerada como válida, y se le pagará dentro de los 15 días posteriores al término del periodo de 90 días.
- b. Si usted no está conforme con la decisión del Equipo de Investigación de Reclamaciones de Beneficiarios, tiene derecho a una audiencia justa. Usted puede solicitar una audiencia justa llamando a la Oficina de Audiencias Administrativas al (202) 442-9094. La Oficina de Audiencias Administrativas está ubicada en 441 4<sup>th</sup> Street, NW; Washington, DC 20001-2714.
- c. Si usted no está conforme con el resultado de la audiencia justa, puede apelar en el Tribunal Distrital de los Estados Unidos del Distrito de Columbia dentro de los 30 días. Puede obtener asesoría legal gratuita para ayudarlo a presentar su caso en la audiencia justa o en la apelación a través de contactar a Terris Pravlik & Millian, LLP en 1121 12<sup>th</sup> Street, NW, Washington, DC 20005 ó (202) 682-0578.



