



THE HSC HEALTH CARE SYSTEM

Health Services for Children
with Special Needs, Inc.

Reembolso de gastos de bolsillo para los inscritos de HSCSN

Health Services for Children with Special Needs, Inc. (HSCSN) cuenta con una red de proveedores, médicos, farmacias, hospitales y proveedores para brindarle a usted o a sus hijos los servicios y beneficios médicos que necesitan. No debería tener que pagar de su bolsillo los servicios cubiertos si los recibe de un proveedor, farmacia u hospital de nuestra red. Antes de pagar cualquier receta, consulta médica u hospitalización, debe llamar a HSCSN para consultar si el servicio está cubierto. Puede comunicarse con la línea de atención al beneficiario al (202) 467- 2737; TTY/TTD (202) 467-2709.

Antes de pagar de su bolsillo:

- a. Muestre su tarjeta de identificación de HSCSN al proveedor, a la farmacia, al hospital o al proveedor.
- b. Llame a HSCSN para consultar si necesita una certificación previa. Es posible que algunos servicios requieran una certificación previa de HSCSN para poder acceder a ellos. Si no tiene una certificación previa de HSCSN, es posible que deba pagar esos servicios.
- c. Llame a HSCSN si necesita ayuda para localizar un proveedor dentro de la red. Si va a un médico, una farmacia, un hospital o un proveedor que no forma parte de la red de HSCSN, es posible que tenga que pagar de su bolsillo los servicios. Cualquier servicio de un proveedor fuera de la red requiere una certificación previa.

Si pagó los medicamentos recetados, las consultas con el médico, las visitas a otros proveedores o las hospitalizaciones durante el tiempo en que estuvo inscrito en HSCSN, es posible que pueda recibir un reembolso por el gasto. Los reclamos deben presentarse a HSCSN en un plazo de 6 meses a partir de la fecha en que se incurrió en el gasto médico. El procedimiento general para las solicitudes de reembolso es el siguiente:

1. El inscrito o su representante presentarán a HSCSN un formulario de solicitud de reembolso de Medicaid completo, firmado y legible, junto con todos los documentos de respaldo, incluidos: (a) una factura detallada de los servicios prestados, (b) el recibo o comprobante de pago, (c) una copia de la receta y (d) un comprobante de cualquier otra cobertura de seguro. Los documentos deben enviarse a:

Health Services for Children with Special Needs (HSCSN)

Attn: Care Navigation

1101 Vermont Avenue, NW, 12th Floor

Washington, DC 20005



Health Services for Children with Special Needs, Inc. 1101 Vermont Avenue NW, Ste 1201, Washington, DC 20005 (202) 467.2737,
Family and Community Development Outreach Department 3400 Martin Luther King Jr. Avenue SE, Washington, DC 20032 (202) 580.6485
hscsnhealthplan.org

Junio de 2023

O por correo electrónico a carenavigation@hscshealth.org

2. HSCSN verificará la inscripción del beneficiario en HSCSN en el momento en que se incurrió en el gasto.
3. Si la persona que realiza el reclamo estaba inscrita en HSCSN en el momento en que se incurrió en el gasto, HSCSN le notificará al inscrito o a su representante que se ha aceptado la presentación de su reclamo.
4. El reembolso estará sujeto a lo siguiente: (a) la persona estaba inscrita en HSCSN en el momento en que se incurrió en el gasto, (b) el gasto médico (*p. ej.*, un medicamento recetado, una consulta con un proveedor o una hospitalización) era necesario desde el punto de vista médico y estaba cubierto por Medicaid, y (c) la solicitud de reembolso se presenta dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha en que se incurrió en el gasto médico.
5. HSCSN revisará detalladamente la solicitud de reembolso y todos los documentos de respaldo adjuntos al formulario de solicitud de reembolso de Medicaid completo, firmado y legible. A menos que HSCSN solicite información adicional para respaldar su reclamo, no se pueden presentar documentos adicionales una vez que se acepte la presentación de su reclamo.
6. HSCSN tiene sesenta (60) días a partir de la recepción de la solicitud de reembolso para completar la investigación del reclamo y enviar por correo a la persona que realiza el reclamo una decisión final por escrito. La decisión final por escrito consiste en una de las siguientes opciones: (1) el pago total del reclamo, (2) el pago parcial del reclamo con una explicación completa de los motivos de la denegación de una parte del mismo, o (3) la denegación del reclamo con una explicación completa de los motivos de la denegación. Todos los reclamos de reembolso denegados, en su totalidad o en parte, deberán incluir una declaración del derecho del inscrito a apelar la decisión.

Para obtener más información, ingrese en hscsnhealthplan.org, comuníquese con su administrador de atención médica o llame a la línea de atención al beneficiario al (202) 467-2737; TTY/TTD (202) 467-2709.



**For more information visit www.hscsnhealthplan.org.
For reasonable accommodations please call (202) 467-2737.**

If you do not speak and/or read English, please call 202-467-2737 between 7:00 a.m. and 5:30 p.m. A representative will assist you. **English.**

Si no habla o lee inglés, llame al 202-467-2737 entre las 7:00 a.m. y las 5:30 p.m. Un representante se complacerá en asistirle. **Spanish.**

የእንግሊዝንኛ ቋንቋ መናገርና ማንበብ የማይችሉ ከሆነ ከጊዜ 7:00 ሰዓት እስከ ቀኑ 5:30 ባለው ጊዜ በስልክ ቁጥር 202-467-2737 በመደወል እርዳታ ማግኘት ይቻላል። **Amharic.**

Nếu bạn không nói và/hoặc đọc tiếng Anh, xin gọi 202-467-2737 từ 7 giờ 00 sáng đến 5 giờ 30 chiều. Sẽ có người đại diện giúp bạn. **Vietnamese.**

如果您不能講和/或不能閱讀英語，請在上午 7:00 到下午 5:30 之間給 (202) 467-2737 打電話，我們會有代表幫助您。 **Traditional Chinese.**

영어로 대화를 못하시거나 영어를 읽지 못하는 경우, 오전 7시 00분에서 오후 5시 30분 사이에 (202) 467-2737번으로 전화해 주시기 바랍니다. 담당 직원이 도와드립니다. **Korean.**

Si vous ne parlez pas ou lisez l'anglais, s'il vous plaît appeler 202-467-2737 entre 7:00 du matin et 5:30 du soir. Un représentant vous aidera. **French.**



This program is funded in part by the Government of the District of Columbia Department of Health Care Finance.

HSCSN complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.





Sistema de Salud de Children's National, Cuentas por pagar

12211 Plum Orchard Dr

Silver Spring, MD 20904

Teléfono de Cuentas por pagar: 301-572-5288

Correo electrónico de Cuentas por pagar: APIC@ChildrensNational.org

Formulario de inscripción de depósito directo de ACH

Children's National puede enviar el pago a su organización mediante un crédito de ACH a su cuenta corriente o de ahorros empresarial. Los pagos de ACH son un medio puntual, seguro y económico para recibir su pago. Complete la siguiente información para inscribir a su organización en los pagos de ACH del Sistema de Salud de Children's National.

Información del proveedor

Nombre de la empresa:	
Dirección:	
Nombre de contacto:	
Dirección de correo electrónico de contacto (para recibir notificaciones de pago de ACH):	
N.º de identificación del proveedor (solo para uso de Children's National):	

Información de la institución financiera

Nombre de la institución financiera:	
Nombre del titular de la cuenta:	
Número de cuenta:	
Número de ruta:	
Tipo de cuenta (corriente o de ahorros):	
Dirección de la institución financiera:	

Firmante autorizado:

Nombre:

Firma:

Fecha:

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Financiación de Servicios de la Salud



PARA TODOS LOS HABITANTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA CON MEDICAID QUE PAGARON LOS GASTOS MÉDICOS QUE MEDICAID DEBERÍA HABER CUBIERTO

If you do not speak and/or read English, please call (202) 724-7491 between 9:00 a.m. and 4:45 p.m. A representative will assist you.

Si usted no habla o lee inglés, por favor llame al (202) 724-7491 de 9:00 a.m. a 4:45 p.m. Un representante le ayudará. SPANISH

Si vous ne parlez pas et / ou lisez l'anglais, s'il vous plaît appelez (202) 724-7491 9:00-16:45. Un représentant vous aidera. FRENCH

如果您不会说或阅读英语，请于早上 9 点至下午 4 点 45 分之间致电 (202) 724-7491。我们将为您提供帮助。CHINESE

한국어로 상담하시려면 오전 9:00 - 오후 4:45 시간대에 전화 (202) 724-7491 번으로 연락주십시오. 고객 지원 담당자의 서비스를 받으실 수 있습니다. KOREAN

እንግሊዝኛ የማይናገሩ እና/ወይም የማይነገቡ ከሆኑ፣ እባክዎ ወደ ስልክ ቁጥር (202) 724-7491 ከጠዋቱ 9:00 a.m. እስከ ቀኑ 4:45 p.m. ድረስ ይደውሉ። ተወካይ ያግዙታል። AMHARIC

Nếu quý vị không nói và/hoặc đọc được tiếng Anh, vui lòng gọi (202) 724-7491 giữa 9 giờ sáng và 4:45 chiều. Một nhân viên sẽ giúp đỡ quý vị. VIETNAMESE

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

