

UNITED STATES DISTRICT COURT
FOR THE DISTRICT OF COLUMBIA

RECEIVED
DEC 08 1999
U.S. DISTRICT COURT

OSCAR SALAZAR, et al., on behalf
of themselves and all others
similarly situated,

Plaintiffs,

v.

THE DISTRICT OF COLUMBIA,
et al.,

Defendants.

Civil Action No. 93-452 (GK)
In Forma Pauperis

FILED

DEC - 7 1999

NANCY MAYER WHITTINGTON, CLERK
U.S. DISTRICT COURT

ORDER CONCERNING REIMBURSEMENT PROCEDURES

On consideration of the Plaintiffs' Motion for Entry of an Order Pursuant to This Court's
Orders of July 30, 1998, and September 28, 1998, and any opposition thereto, it is this

6th day of December, 1999,

ORDERED, that the deadline for submission of reimbursement claims dating back to
March 2, 1990, shall be April 1, 2001. Therefore, the deadline referenced in paragraphs 2, 4 and
5 of the Order of July 30, 1998, shall be April 1, 2001; and it is further

ORDERED that no later than February 1, 2000, and at least annually thereafter,
defendants shall inform providers of the reimbursement procedures set forth in the Order of
September 15, 1997, and the April 1, 2001, deadline for obtaining reimbursement of out-of-
pocket medical expenses dating back to March 2, 1990, that should have been paid by Medicaid.

IT IS SO ORDERED.

Gladys Kessler
GLADYS KESSLER
UNITED STATES DISTRICT JUDGE

42
694

UNITED STATES DISTRICT COURT
DISTRICT OF COLUMBIA

OSCAR SALAZAR, JR. et al. :
 :
 Demandantes, :
 :
 v. : Proceso Civil No. 93-452 (GK)
 :
 DISTRICT OF COLUMBIA et al. :
 :
 Demandados. :
 :
 _____ :

RESOLUCION JUDICIAL SOBRE PROCEDIMIENTOS DE REEMBOLSOS

EL 17 de enero de 1997 y el 5 de mayo de 1997, el juez dictó un Auto de Corrección y un Auto de Corrección Modificado, respectivamente, en los cuales se señala el establecimiento de procedimientos para facilitar el reembolso de cantidades ya abonadas por participantes en la demanda colectiva como consecuencia de las determinaciones inoportunas o imprecisas de las partes demandadas, con respecto al cumplimiento de requisitos de Medicaid por las personas que levantaron esta demanda. De acuerdo con esas dos resoluciones, el monitor ha presentado una serie de Procedimientos Recomendados y las partes han aportado sus comentarios. A base de esas propuestas y el acta completa de este caso, hoy el ~~15~~ día de septiembre, 1997, en virtud de este acto

SE ORDENA que el Documento Anexo A, anteriormente denominado "Aviso Sumarial de Procedimientos para Reembolsos de Cantidades Abonadas por Participantes en la Demanda Colectiva," se incorpore y adopte como parte integral de esta Resolución; además

SE ORDENA que debese diseminar y poner al alcance del público dicho Aviso Sumarial, en inglés y español, de la siguiente manera:

1. A partir del 1 de octubre de 1997, el Documento Anexo A será asequible y se distribuirá y conservará en todos los centros de servicio del Departamento de Servicios Humanos.

UNITED STATES DISTRICT COURT
DISTRICT OF COLUMBIA

OSCAR SALAZAR, JR. et al.,

Demandantes,

v.

DISTRICT OF COLUMBIA et al.,

Demandados.

Proceso Civil No. 93-452 (GK)

RESOLUCION JUDICIAL SOBRE PROCEDIMIENTOS DE REEMBOLSOS

EL 17 de enero de 1997 y el 5 de mayo de 1997, el juez dictó un Auto de Corrección y un Auto de Corrección Modificado, respectivamente, en los cuales se señala el establecimiento de procedimientos para facilitar el reembolso de cantidades ya abonadas por participantes en la demanda colectiva como consecuencia de las determinaciones inoportunas o imprecisas de las partes demandadas, con respecto al cumplimiento de requisitos de Medicaid por las personas que levantaron esta demanda. De acuerdo con esas dos resoluciones, el monitor ha presentado una serie de Procedimientos Recomendados y las partes han aportado sus comentarios. A base de esas propuestas y el acta completa de este caso, hoy el 15 día de septiembre, 1997, en virtud de este acto

SE ORDENA que el Documento Anexo A, anteriormente denominado "Aviso Sumarial de Procedimientos para Reembolsos de Cantidades Abonadas por Participantes en la Demanda Colectiva," se incorpore y adopte como parte integral de esta Resolución; además

SE ORDENA que debese diseminar y poner al alcance del público dicho Aviso Sumarial, en inglés y español, de la siguiente manera:

1. A partir del 1 de octubre de 1997, el Documento Anexo A será asequible y se distribuirá y conservará en todos los centros de servicio del Departamento de Servicios Humanos.

2. A los miembros integrantes del Grupo de Trabajo EPSDT (EPSDT Taskforce) les corresponde la distribución del Documento Anexo A, en paquetes de 100, a los donatarios de la Oficina Para Personas de Tercera Edad del Distrito de Columbia (District of Columbia Office on Aging), la Clínica Whitman-Walker (Whitman-Walker Clinic), la Oficina de Asesoría Legal Para Personas de Avanzada Edad (Legal Counsel for the Elderly), los Servicios Legales del Vecindario (Neighborhood Legal Services), el Consejo de Dependencias Latinas (Council of Latino Agencies), y el Centro Comunitario Indo-Chino (Indo-Chinese Community Center);

3. A más tardar, sesenta (60) días, a contar desde la fecha de esta resolución, el Documento Anexo A se publicará todas las semanas por espacio de tres meses en, por lo menos, un periódico de habla hispana, tres periódicos "comunitarios", y, por espacio de dos meses, cada dos semanas, en el Washington Post;

4. El Documento Anexo A se distribuirá, en paquetes de 100, a no menos de tres distintas organizaciones comunitarias, entre ellas, Ayuda, cuyas oficinas se ubican en tres distintas secciones de la ciudad donde residen altas concentraciones de personas quienes reciben beneficios de Medicaid.

Sept. 15, 1997

Fecha

Gladys Kessler

GLADYS KESSLER
Juez de Distrito de Estados Unidos

Entrega de copias a:

Michael E. Zielinski
William J. Earl
Robert C. Utiger
Office of Corporation Counsel
441 4th Street, NW, Room 62096
Washington, DC 20001

Jesse P. Goode
Acting General Counsel
Department of Human Services
801 East Building
2700 Martin Luther King Avenue, SE
Washington, DC 20032

**Bruce J. Terris
Kathleen L. Millian
David Bookbinder
Lynn E. Cunningham
Terris, Pravlik & Wagner
1121 12th Street, NW
Washington, DC 20005**

**Thomas W. Chapman, M.P.H., FACHE
The George Washington University Medical Center
2021 K Street, NW, Suite 8090
Washington, DC 20006**

TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS
DISTRITO DE COLUMBIA

OSCAR SALAZAR JR. *et al.* :
 :
 Demandantes, :
 :
 v. : Proceso Civil No. 93-452 (GK)
 :
 DISTRICT OF COLUMBIA *et al.*, :
 :
 Demandados. :
 :
 _____ :

AVISO SUMARIAL SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE REEMBOLSO DE CANTIDADES
ABONADAS POR PARTICIPANTES EN LA DEMANDA COLECTIVA

SE DIRIGE A: TODA PERSONA EN EL DISTRITO DE COLUMBIA QUE, A PARTIR DEL 2 DE
MARZO, HAYA SUFRAGADO GASTOS DE RECETAS Y CONSULTAS MÉDICAS
U HOSPITALIZACIÓN QUE LE CORRESPONDÍAN A MEDICAID:

POR MEDIO DE ESTE AVISO SE LE INFORMA DE UNA RESOLUCIÓN JUDICIAL QUE PUEDE
AFECTAR SUS DERECHOS. POR FAVOR LEA ESTE AVISO CON MUCHO DETALLE.

ES POSIBLE QUE USTED TENGA DERECHO A UN REEMBOLSO DE TODA SUMA QUE USTED
HAYA SUFRAGADO POR RECETAS Y CONSULTAS MÉDICAS U HOSPITALIZACIÓN SI EN
CUALQUIER MOMENTO, A PARTIR DEL 2 DE MARZO DE 1990, HASTA LA FECHA ACTUAL, USTED
RECIBIÓ BENEFICIOS DE MEDICAID. SI DURANTE ESTE PLAZO USTED SUFRAGÓ GASTOS DE
RECETAS Y CONSULTAS MÉDICAS U HOSPITALIZACIÓN QUE LE CORRESPONDÍAN A MEDICAID,
TIENE DERECHO A QUE SE LE REMBOLSEN LAS CANTIDADES QUE USTED ABONÓ.

SI DESEA UN REEMBOLSO DE LAS CANTIDADES QUE ABONÓ POR RECETAS Y CONSULTAS
MÉDICAS U HOSPITALIZACIÓN, SERÁ NECESARIO QUE LLENE UN "FORMULARIO DE MEDICAID
PARA REEMBOLSOS" (MEDICAID REIMBURSEMENT FORM), EL CUAL SE AGREGA A LA PRESENTE.

POR LA PRESENTE SE AVISA, conforme al Procedimiento Civil Distrital No. 93-452 y la Resolución
Judicial del Tribunal de Distrito de Estados Unidos para el Distrito de Columbia (US District Court for the District
of Columbia) con fecha de Julio 1997, que toda persona que se califique para recibir beneficios de Medicaid a partir
del 2 de marzo de 1990 y que haya sufragado gastos de recetas y consultas médicas u hospitalización en cualquier
momento cuando le correspondían los beneficios de Medicaid, se le devolverán las cantidades abonadas.

I. DESCRIPCIÓN SUMARIAL DE LA RESOLUCIÓN JUDICIAL

Todo participante en la demanda colectiva tiene derecho a a que se le reembolse toda suma que haya
abonado por recetas y consultas médicas u hospitalización a partir del 2 de marzo hasta el momento actual, desde
luego que ello haya ocurrido mientras le correspondía recibir beneficios de Medicaid al participante y durante los

tres (3) meses anteriores a la fecha en que presentó su solicitud para recibir beneficios de Medicaid. Es decir, usted tiene derecho a un reembolso (1) si sufragó gastos de recetas y consultas médicas u hospitalización mientras esperaba respuesta a su solicitud para recibir beneficios de Medicaid (es decir, si luego se determinó que cumplía los requisitos), (2) durante los tres meses anteriores a la fecha en que presentó su solicitud para recibir beneficios de Medicaid (es decir, si luego se determinó que cumplía los requisitos), (3) si, indebidamente, se le suspendieron los beneficios de Medicaid durante el proceso de recertificación y usted tuvo que sufragar gastos de recetas y consultas médicas u hospitalización o (4) si la farmacia, clínica, despacho médico u hospital le indicó que no tenía derecho a recibir beneficios de Medicaid cuando, en realidad, lo contrario era cierto y usted se vio obligado a sufragar gastos de recetas y consultas médicas u hospitalización. Si tuvo que sufragar los gastos de medicina, consultas médicas, u hospitalización de un familiar (como un hijo, por ejemplo) con derecho a recibir los beneficios de Medicaid, usted tiene derecho a que se le haga una devolución por concepto de esas cantidades. Si usted desea que se le reembolsen los gastos que ha sufragado, es necesario que presente una petición de reembolso a realizarse el 30 de junio, 1998, a más tardar o seis meses después de haber incurrido dichos gastos, si esta última fecha fuese posterior a la primera.

II. RESUMEN DE LOS PROCEDIMIENTOS

1. Los participantes en la demanda colectiva deben presentar el "Formulario de Medicaid para Reembolsos" respaldado con los comprobantes indicados a la siguiente dirección: Claims Research Team, Commission on Health Care Finance, 2100 Martin Luther King, Jr. Ave., S.E., Washington, DC 20020. Si está a su alcance, la siguiente documentación debe acompañar el formulario:

- Un Formulario de Medicaid Para Reembolsos donde aparece su nombre, dirección, número de teléfono (si lo tiene), número de Seguro Social, fecha de nacimiento, la fecha en que se brindaron los servicios, el nombre de la persona o institución que le brindó esos servicios, y la clase de cuidados médicos que tuvo que sufragar usted y la cantidad que abonó.
- Si lo tiene a su alcance, el recibo que se le entregó cuando canceló la cuenta en el lugar donde recibió cuidados médicos.
- Si no tiene el recibo que se le entregó en el lugar donde le brindaron cuidados médicos, deberá usted presentar una declaración jurada donde afirma que la información que está proporcionando es verídica y precisa, y donde explica la razón por la cual no tiene el recibo.

No obstante, aunque usted no tenga la información que se le pide, no demore en presentar su reclamo. Si demora, es posible que usted pierda su derecho a que se le reembolsen las cantidades que abonó. Presente toda la información que usted tenga a su disposición.

2. SI USTED TIENE ALGUNA DUDA O SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR EL FORMULARIO U OBTENER LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA, COMUNÍQUESE CON LA SIGUIENTE OFICINA:

1. Medicaid "Recipient Claims Research Team," D.C. Commission on Health Care Finance, (202) 727-0725; o

2. Terris, Pravlik & Wagner, 1121 12th Street, N.W., Washington, DC 20005, (202) 682-0578. Se le brindará asesoría legal gratis.

3. Las devoluciones de Medicaid se harán conforme a lo siguiente: (a) si usted (o un miembro de su familia) cumplía los requisitos para recibir beneficios de Medicaid cuando se le brindaron cuidados médicos, (b) la cobertura de Medicaid abarcaba gastos de recetas y consultas médicas u hospitalización, y (c) si la petición de reembolsos se presenta para el 30 de junio de 1998, a más tardar, o seis meses después de que se hayan incurrido los gastos médicos, si esta última fecha fuese posterior a la primera.

4. A contar de la fecha en que usted presente su solicitud, el Equipo de Investigación de Reclamaciones de Medicaid dispone de 90 días para llegar a una decisión. Si durante ese plazo de 90 días no se toma ninguna decisión, su reclamo se aceptará como válido y se le reembolsará 15 días después de que se venza el plazo de 90 días.

5. En caso de que no le satisfaga la decisión del Equipo de Investigación de Medicaid, usted tiene derecho a una vista imparcial. Si desea que se celebre una vista imparcial debe llamar al (202) 724-5477 o (202) 724-5475. En caso de que no le satisfaga el resultado de la vista, usted tendrá un plazo de 30 días para apelar su caso ante el Tribunal de Distrito de Estados Unidos para el Distrito de Columbia. Si necesita ayuda para presentar su reclamo en la vista o durante el proceso de apelación, tiene opción a recibir asesoría legal, gratis, si se comunica con Terris, Pravlik, & Wagner, 1121 12th Street, N.W., Washington, DC 20005, (202) 682-0578.

Por orden del Tribunal de Distrito de Estados Unidos del Distrito de Columbia

FECHA: ____ de septiembre, 1997

/s/ Gladys Kessler
La Honorable Gladys KESSLER
JUEZ DE DISTRITO DE ESTADOS UNIDOS

FECHA DE AVISO: ____ de septiembre, 1997

FORMULARIO de MEDICAID PARA REEMBOLSOS

Llene y devuelva este formulario para el 30 de junio de 1998, a más tardar, o seis meses después de que haya incurrido el gasto, si esta última fecha fuese posterior a la primera, acompañado de todos los datos y recibos (si los tiene a su alcance) de recetas o consultas médicas u hospitalización a:

Recipient Claims Research Team
D.C. Commission on Health Care Finance
2100 Martin Luther King, Jr. Ave., S.E.
Washington, D.C. 20020

Su Nombre: _____

Teléfono en horas del día: _____ Teléfono en horas de la noche: _____

Dirección: _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

(1) El nombre de la persona (usted o un miembro de su familia) a quien Medicaid no le pagó los gastos de recetas o consultas médicas u hospitalización.

(2) La fecha (o la fecha aproximada) de las recetas y consultas médicas o el período de hospitalización que Medicaid no pagó.

(3) ¿Qué clase de cuidados médicos (recetas y consultas médicas u hospitalización) recibió usted o el miembro de su familia?

(4) ¿Cuál era el nombre y la dirección (si lo sabe) de la farmacia, el doctor, o el hospital?

(5) ¿Cuánto dinero abonó? Agregue una copia del recibo si lo tiene. Si no tiene el recibo, explique por qué razón no lo tiene.

(6) Si usted aún está pagando alguna cuenta o se le está pidiendo que pague alguna cuenta que usted piensa que le corresponde pagar a Medicaid, explique sus razones aquí y agregue una copia de cualquier carta o factura que haya recibido de una farmacia, doctor, u hospital o que usted les haya enviado a ellos.

Se le permite usar papel adicional si lo necesita.

Yo juro y declaro bajo pena de perjurio que las susodichas declaraciones que he dado son verdicas y correctas.

Fecha: _____

Firma