

UNITED STATES DISTRICT COURT  
DISTRICT OF COLUMBIA

OSCAR SALAZAR, JR. et al.,

Plaintiffs,

v.

DISTRICT OF COLUMBIA et al.,

Defendants.

:  
:  
:  
:  
: Civil Action No. 93-452 (GK)  
:  
:  
:  
:  
:

FILED

SEP 15 1997

REIMBURSEMENT PROCEDURES ORDER

CLERK U.S. DISTRICT COURT  
DISTRICT OF COLUMBIA

On January 17, 1997 and May 5, 1997, the Court issued a Remedial and Amended Remedial Order, respectively, which provided for the development of reimbursement procedures for class members who incurred out-of-pocket expenses because of untimely or inaccurate eligibility determinations made by Defendants. In accordance with those Orders, the Monitor has submitted Recommended Procedures and parties have submitted comments. Based upon those submissions and the entire record in this case, it is this 15th day of September, 1997, hereby

ORDERED, that Attachment A hereto, entitled "Summary Notice of Reimbursement Procedures for Class Members' Out-of-Pocket Expenses", is incorporated and adopted as part of this Order; and it is further

ORDERED, that such Summary Notice, printed in both English and Spanish, is to be disseminated and made available to the public in the following manner:

SPINDLE # 38

ITEM # 567

550

(N)

1. Commencing October 1, 1997, Attachment A is to be made available, distributed, and maintained at all Department of Human Services service centers.

2. Attachment A is to be distributed by the constituent members of the EPSDT Taskforce, and distributed, in packets of 100, to grantees of the District of Columbia Office on Aging, Whitman-Walker Clinic, Legal Counsel for the Elderly, Neighborhood Legal Services, Council of Latino Agencies, and Indo-Chinese Community Center;

3. Commencing no later than sixty (60) days from the date of this Order, Attachment A is to be printed every week for three months in at least one Spanish language newspaper, every week for three months in at least three "community" newspapers, and once every two weeks for two months in the Washington Post;

4. Attachment A is to be distributed, in packets of 100, to at least three different community organizations, including Ayuda, located in three different quadrants of the City with high Medicaid populations.

Sept. 15, 1997  
Date

Gladys Kessler  
GLADYS KESSLER  
United States District Judge

Copies to:

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

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

Bruce J. Terris  
Kathleen L. Millian  
David G. Bookbinder  
Lynn E. Cunningham  
Terris, Pravlik & Wagner  
1121 12th Street, N.W.  
Washington, D.C. 20005

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

UNITED STATES DISTRICT COURT  
DISTRICT OF COLUMBIA

FILED

SEP 15 1997

OSCAR SALAZAR, JR. et al.,

Plaintiffs,

V.

DISTRICT OF COLUMBIA et al.,

**Defendants.**

CLERK U.S. DISTRICT COURT  
DISTRICT OF COLUMBIA

Civil Action No. 93-452 (GK)

## SUMMARY NOTICE OF REIMBURSEMENT PROCEDURES FOR CLASS MEMBERS' OUT-OF-POCKET EXPENSES

TO: ALL PERSONS IN THE DISTRICT OF COLUMBIA WHO PAID MONEY FOR DRUG PRESCRIPTIONS, DOCTOR VISITS, OR HOSPITALIZATIONS THAT SHOULD HAVE BEEN PAID BY MEDICAID SINCE MARCH 2, 1990:

THIS NOTICE IS GIVEN TO INFORM YOU OF A COURT ORDER THAT MAY AFFECT YOUR RIGHTS. PLEASE READ THIS NOTICE CAREFULLY.

YOU MAY BE ENTITLED TO BE REPAID ANY MONEY YOU SPENT FOR DRUG PRESCRIPTIONS, DOCTOR VISITS, OR HOSPITALIZATIONS IF YOU HAVE BEEN ON MEDICAID AT ANY TIME FROM MARCH 2, 1990, UNTIL THE PRESENT TIME. IF YOU PAID FOR DRUG PRESCRIPTIONS, DOCTOR VISITS, OR HOSPITALIZATION DURING THIS PERIOD THAT SHOULD HAVE BEEN PAID BY MEDICAID, YOU HAVE THE RIGHT TO BE REPAID THE MONEY YOU SPENT.

IN ORDER TO BE REPAID THE MONEY YOU SPENT FOR DRUG PRESCRIPTIONS, DOCTOR VISITS, OR HOSPITALIZATIONS, YOU MUST FILL OUT A "MEDICAID REIMBURSEMENT FORM" WHICH IS ATTACHED.

NOTICE IS HEREBY GIVEN, pursuant to District Civil Action No. 93-452 and the Order of the United States District Court for the District of Columbia dated July, 1997, that all persons eligible for Medicaid since March 2, 1990, who paid for drug prescriptions, doctor visits, or hospitalizations at a time when they were eligible for Medicaid will be paid back for those expenses.

## I. SUMMARY DESCRIPTION OF THE ORDER

All class members have the right to be repaid any money they spent from March 2, 1990, to the present, on drug prescriptions, doctor visits, or hospitalizations at a time that they were eligible for Medicaid and the three (3) months prior to their Medicaid application. This means that you are entitled to repayment (1) if you spent money on drug prescriptions, doctor visits, or hospitalizations while you were waiting for a decision on your Medicaid application (and you were later found eligible), (2) in the three months prior to your application for Medicaid (if you were later found eligible), (3) if you were improperly cut-off from Medicaid at recertification and had to spend your own money on drug prescriptions, doctor visits, or hospitalizations or (4) if the pharmacy, clinic, doctor's office or hospital said that you were not on Medicaid when you actually were and you had to spend money for drug prescriptions, doctor visits, or hospitalizations. If you spent money for drugs, doctor visits, or hospitalizations for a family member (such as a child) who was eligible for Medicaid, you are also entitled to be repaid that money. You must submit your request to be repaid by June 30, 1998 or six months after the expense was incurred, whichever is later.

## II. SUMMARY OF PROCEDURES

1. Class members are to submit the "Medicaid Reimbursement Form" with supporting documentation to the "Claims Research Team," Commission on Health Care Finance, 2100 Martin Luther King Jr., Ave. S.E., Washington, D.C. 20020. The form should include the following supporting documentation, if it is available:

- A completed Medicaid Reimbursement Form which gives your name, address, telephone number (if you have one), Social Security number, date of birth, states the date the service was provided, the provider of the service, the type of medical service you paid for and the amount you paid.
- A receipt from the provider showing payment for the medical service(s), if available.
- If you do not have a receipt from the provider, you must submit a sworn statement that the information you are giving is true and accurate, and explaining why you do not have the receipt.

However, do not delay submitting your claim if you do not have all requested information. If you delay, you may lose your right to be repaid the money you spent. Provide as much information as you have available.

2. IF YOU HAVE QUESTIONS, OR IF YOU NEED HELP COMPLETING THE FORM OR OBTAINING REQUESTED INFORMATION, CONTACT:

1. The Medicaid "Recipient Claims Research Team" of the D.C. Commission on Health Care Finance at (202) 727-0725; or

2. Terris, Pravlik & Wagner, 1121 12th Street, N.W., Washington, D.C. 20005, (202) 682-0578. All legal advice will be provided to you free of charge.

3. Medicaid reimbursement will be subject to the following: (a) you (or your family member) were eligible for Medicaid at the time medical service was given, (b) the drug prescription, doctor visit or hospitalization was covered under Medicaid, and (c) the reimbursement request is submitted by June 30, 1998 or six months after the medical expense was incurred, whichever is later.

4. The Medicaid "Recipient Claims Research Team" is required to decide your claim within 90 days from the time you file. If no decision is made within that 90-day time period, your claim will be treated as valid, and will be paid within 15 days after the end of the 90-day time period.

5. If you are not satisfied with the decision of the Medicaid "Recipient Claims Research Team", you have a right to a fair hearing. You may request a fair hearing by calling (202) 724-5477 or (202) 724-5475. If you are not satisfied with the result of the fair hearing, you will have 30 days to appeal to the United States District Court for the District of Columbia. You may obtain free legal assistance to help you present your claim at the fair hearing or during the appeal by contacting Terris, Pravlik & Wagner, 1121 12th Street, N.W., Washington, D.C. 20005, (202) 682-0578.

By Order of the United States District Court for the District of Columbia.

DATED: September \_\_\_\_, 1997     /s/ Gladys Kessler  
THE HONORABLE GLADYS KESSLER  
UNITED STATES DISTRICT JUDGE

NOTICE DATE: September \_\_\_\_, 1997

MEDICAID REIMBURSEMENT FORM

Complete and return this form no later than June 30, 1998 or six months after the expense was incurred, whichever is later, with supporting information and receipts (if available) for the drug prescriptions, doctor visits or hospitalizations to:

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

Your Name: \_\_\_\_\_

Daytime Phone: \_\_\_\_\_ Evening Phone: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

(1) Name of Person (you or family member) for whom Medicaid did not pay for drug prescriptions, doctor visits or hospitalizations.

(2) Date (or approximate date) of drug prescriptions, doctor visits or hospitalizations for you or family member that Medicaid did not pay.

(3) What type of medical service (drug prescriptions, doctor visits or hospitalizations) did you or family member receive?

(4) What was the name and address (if available) of the pharmacy, doctor or hospital?

(5) How much money did you spend? Attach a copy of your receipt, if you have it. If you do not have your receipt, explain why not.

(6) If you are still paying money on a bill or being asked to pay on a bill that you think should have been paid by Medicaid, explain here and attach a copy of any letters or bills you have that a pharmacy, doctor or hospital sent to you or you sent to it.

You may use additional paper if you need to.

I swear, and declare under penalty of perjury that the statements I have made above are true and correct.

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

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)

FILED

SEP 15 1997

CLERK U.S. DISTRICT COURT  
DISTRICT OF COLUMBIA

**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<sup>to</sup> 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 débese 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.

Attachment

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

DOCUMENTO ANEXO A

TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS  
DISTRITO DE COLUMBIA

OSCAR SALAZAR. JR. et al.,

Demandantes,

v.

DISTRICT OF COLUMBIA et al.,

Demandados.

Proceso Civil No. 93-452 (GK)

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 que 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 verídicas y correctas.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma