DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE
DIVISIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA

NOTIFICACIÓN DE UN PAGO EXCESIVO POR ASISTENCIA MÉDICA

Fecha: _____

Programa: _____ (Nombre y dirección del deudor)
Identificación del Caso – Programa: _____
Identificación del Caso – Condado: _____

Se ha determinado que usted y/o personas en su hogar para quienes usted tiene responsabilidad económica, recibieron beneficios de Medicaid o de NC Health Choice a los cuales no tenían derecho. Actualmente, usted debe \$ _____, según los gastos médicos que nosotros pagamos para usted y/o personas en su hogar, para cobertura médica a la que no tenían derecho. Esto incluye gastos incurridos durante el período entre _____ y _____ debido a datos que no se reportaron o que fueron erróneamente reportados.

NOTA IMPORTANTE: La cantidad que usted debe se basa en los gastos médicos que se han pagado hasta la fecha. La cantidad que usted nos debe puede aumentar si le pagamos a los proveedores gastos médicos adicionales que fueron incurridos durante el período arriba indicado y en el que no tenían derecho a cobertura. Si la cantidad del pago excesivo aumenta, se le notificará de la cantidad adicional debida.

Personas responsables por esta reclamación son personas adultas quienes tienen responsabilidad económica por personas que recibieron beneficios.

SUS RESPONSABILIDADES

Usted debe hacer todo lo posible para pagar la cantidad debida. Si no ha hecho un arreglo previo para devolver la cantidad total, comuníquese con el Investigador para Integridad del Programa, en el Departamento de Servicios Sociales del Condado de _____ para concertar un acuerdo voluntario para devolución del dinero.

Si usted no concierta la devolución del pago excesivo por asistencia médica, o si usted no hace los pagos debidos según el acuerdo que tiene para la devolución del dinero, el Depto. de Servicios Sociales del condado tomará medidas adicionales para poder cobrar. Dichas medidas incluyen pero no se limitarán a la acción judicial civil, acción judicial penal, intercepción de un reembolso del impuesto sobre la renta de Carolina del Norte y el embargo de su sueldo.

DERECHOS DE AUDIENCIA

Usted tiene 60 días a partir de la fecha de esta notificación (o 90 días si tiene una buena razón por el retraso) para solicitar una audiencia del Depto. de Servicios Sociales del Condado de _____. El sexagésimo (60°) día es _____. Si usted no solicita una audiencia local antes de esa fecha, ya no tendrá derecho a la misma.

Si usted cree que nos hemos equivocado, tendrá derecho a una audiencia. La audiencia determinará si esta acción fue correcta. Primero, podrá tener una audiencia local ante un funcionario imparcial del Depto. de Servicios Sociales del condado. Esta audiencia tendrá lugar cinco días consecutivos después de su solicitud. La audiencia se puede postergar, con razón justificada, por un máximo de otros diez días. Para obtener una audiencia, pídase-la al Departamento indicado, ya sea por escrito o verbalmente. La dirección y el teléfono de esta dependencia se encuentra al pie de esta carta.

Si usted cree que la decisión de la audiencia local fue errónea, podrá pedir una segunda audiencia. Esta segunda audiencia tendrá lugar ante un funcionario oficial de la División de Servicios Sociales de Carolina del Norte. Deberá solicitar la segunda audiencia del Depto. de Servicios Sociales del condado, ya sea por escrito o verbalmente.

Usted puede solicitar a un pariente o a un abogado contratado por usted, que lo represente durante la audiencia. Quizás también haya servicios jurídicos gratuitos en su comunidad. Para obtener más información, llame a CARE-LINE Servicios de información y remisión, al número gratuito 1-800-662-7030. Si vive en la zona de Raleigh, llame al 855-4400. TDD/Voz para personas con problemas de audición está a disposición a través de CARE-LINE.

Usted puede pedirle al Investigador para la Integridad del Programa que le muestre su historial de beneficios y con la dependencia, puede repasar las circunstancias que se relacionan a esta reclamación. Si usted lo solicita, también podrá ver otros datos e información que se usarán durante la audiencia. Se le proporcionarán copias gratis de dicha información.

Depto. de Servicios Sociales del condado de _____ (Teléfono del DSS del condado)

DMA-8010S (Revisión 06/08)
Sección de Control de Calidad