# WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Division of Medicaid Services

F-10093S (09/2019)

Wisconsin Stat. § 49.46

**OP**

## AVISO DE SOBREPAGO DE MEDICAID Y BADGERCARE PLUS

**MEDICAID AND BADGERCARE PLUS OVERPAYMENT NOTICE**

**INSTRUCCIONES**: Para ser completado por un trabajador de Mantenimiento de los Ingresos (Income Maintenance Worker) de la agencia local y enviado a los miembros. Guarde una copia para el expediente del caso.

Bajo los Wis. Stat. § 49.45(4), la información de identificación personal proporcionada se utiliza directamente para la administración del programa Medicaid y BadgerCare Plus.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del miembro (Apellido, Nombre, Inicial) | | | |
| Dirección del miembro –Calle | Ciudad | Estado | Código Postal |

Los sobrepagos ocurren cuando los beneficios de Medicaid y BadgerCare Plus se le pagan a alguien que no era elegible para recibirlos, o cuando los pagos de Medicaid/BadgerCare Plus se hacen por la cantidad incorrecta. La cantidad que se recupera no puede exceder la cantidad de los beneficios de Medicaid/BadgerCare Plus que se proporcionaron incorrectamente.

Usted recibió más beneficios de Medicaid/BadgerCare Plus de los que era elegible a recibir. La cantidad de su sobrepago es de

$      en este periodo       (fecha) a       (fecha).

Por ley usted debe reembolsar el sobrepago resultante del tipo de error descrito a continuación. Se le enviará un Acuerdo de Reembolso de Medicaid y BadgerCare Plus que explique cómo puede usted reembolsar este sobrepago.

### Razón por sobrepago

Error del miembro

Error del miembro es cuando un miembro, o cualquier otra persona responsable de dar información en nombre del miembro, involuntariamente declaró información erróneamente. Un error del miembro incluye:

* Declaración errónea u omisión de información hecha por un miembro, o cualquier otra persona responsable de dar información en nombre del miembro, en una solicitud o revisión de Medicaid y BadgerCare Plus.
* Falta por parte del miembro o cualquier otra persona responsable de dar información en nombre del miembro de reportar cambios dentro de 10 días de haber ocurrido.

Fraude

Fraude ocurre cuando un miembro intencionalmente omite o proporciona información errónea al momento de la solicitud o revisión.

**Explicación del error:**

**OP**

Wisconsin Medicaid and BadgerCare Plus Overpayment Notice

F-10093S (09/2019)

Pagina 2

#### Derecho a una Audiencia

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial si usted cree que la decisión de la agencia de que usted recibió un sobrepago de Medicaid/BadgerCare Plus es incorrecta o si usted no está de acuerdo con la cantidad del sobrepago. Usted recibirá una Carta de Inscripción que explica sus derechos a la audiencia y como apelar. La carta le explicará que puede solicitar una audiencia oralmente o por escrito, dentro de 45 días a partir de la fecha de la carta. En una audiencia, usted puede ser representado por cualquier persona que usted elija.

|  |  |
| --- | --- |
| **SIGNATURE** – Income Maintenance Worker | Date Signed |
| County Agency Name | Case Number |