

**PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS
DEL CONDADO
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN INFORMACIÓN DE
SOBREPAGO Y REEMBOLSO**

(County Stamp)

Número del Estado: _____

Nombre del beneficiario en referencia: _____

Fecha: _____

Hemos determinado que el CMSP ha pagado incorrectamente \$ _____ por sus cuidados médicos para el mes de _____. Este sobrepago resultó debido ha:

I. Parte de Costo

Su parte de costo debió haber sido \$ _____ porque _____ y usted no reporto al condado esta información.

El sobrepago se calculó como segue:

1. Mes	2. Ingreso Neto Correcto	3. Manutención Necesaria Correcta	4. Parte de Costo Correcto (2-3)	5. Parte de Costo Cumplido	6. Posible Sobre Pago (4-5)	7. Cantidad Pagada por CMSP	8. Sobrepago (lo más bajo de 6 o 7)
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

II. Propiedad

Usted debia haber sido inelegible para CMSP para el mes(es) de _____ porque usted tenia propiedad no exenta contable con valor de \$ _____ lo que es \$ _____ sobre el limite de propiedad. CMSP pago \$ _____ del costo de su cuidado de salud durante este tiempo. Y usted es responsable de pagar \$ _____ (lo más bajo de el exceso de su propiedad o la cantidad que pagó el CMSP).

III. Otro

IV. Instrucciones para Reembolso

Usted es responsable de pagar \$ _____. Envie su cheque o giro por esta cantidad a _____ dentro de 30 días. Las regulaciones que requieren esta acción son Secciones 7-029, 8-011, 8-012, 10-012, 14-010 – 14-017 del Manual de la Elegibilidad de CMSP.

Si tiene preguntas, por favor comuníquese con _____ al _____. Si usted no esta de acuerdo, puede solicitar una audiencia acerca de este asunto, comunicandose con el departamento de bienestar del condado.