

**Examen**  
Verdadero o Falso

[ Score \_\_\_\_\_ ]

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Se considera fraude si un miembro sale de la ciudad, y su trabajador/a entrega una hoja de trabajo como si hubiese proporcionado servicios como regularmente lo hace – aun cuando el miembro dice que está bien.  | <b>V F</b> |
| 2. Si un miembro es hospitalizado por unos días y su trabajador/a lo visita en el hospital, le lleva la correspondencia y revistas, va a casa del miembro le da de comer al perro y riega las plantas, es correcto que el/a trabajador/a entregue una hoja de trabajo y reclame este tiempo.   | <b>V F</b> |
| 3. Se consideraría fraude a Medicaid si un miembro da sus credenciales o contraseña de portal en línea para permitir que el/la trabajador/a ajuste los turnos de trabajo o haga el mantenimiento de visitas.   | <b>V F</b> |
| 4. El fraude es fácil de detectar y fácil de enjuiciar a las personas que cometen fraude.  | <b>V F</b> |
| 5. Un miembro está aprobado para servicios y vive en casa con su hija. El miembro sale de la casa para ir de compras con su hija, y le pide a su trabajadora que se quede y cuide a sus nietos. Está bien que el trabajador cuide a los niños y reclame tiempo para el pago como de costumbre. | <b>V F</b> |
| 6. Fraude a Medicaid es un delito grave que puede resultar en enjuiciamiento, pérdida de trabajo, pérdida de beneficios de Medicaid, multas, y encarcelamiento.  | <b>V F</b> |
| 7. Denunciar el fraude de Medicaid es obligatorio. Usted debe reportar fraude de Medicaid a Consumer Direct, al estado, o a la Unidad Federal de fraude de Medicaid.   | <b>V F</b> |
| 8. Con la Verificación Electrónica de Visitas (EVV), el miembro debe confirmar y aprobar cada turno de trabajo cuando su trabajador está saliendo de su turno.   | <b>V F</b> |
| 9. Se considera fraude a Medicaid si alguien falsifica una lesión o enfermedad con el fin de recibir servicios mas alla de lo que es medicamento necesario.  | <b>V F</b> |
| 10. La primera vez que cometa fraude, Consumer Direct no reportara sus acciones al estado o gobierno federal.  | <b>V F</b> |

Nombre Miembro: **Letra Impresa**

Firma Miembro/ Representante

Fecha

Nombre Coordinador: **Letra Impresa**

Firma Coordinador

Fecha

