

Sospecha de Fraude o Reporte de Abuso de Programas

Reporte por: Usuario Miembro de la Familia Amigo T/RBHA Proveedor OPI DBHS Persona particular
 OBHL Clínica de CRS Guardián / Tutor Otra Agencia OCSHCN

Información acerca de Usted:

Nombre y título: _____

¿Solicitó usted el contacto con la Oficina de Integridad de Programas (OPI, por sus siglas en inglés) de ADHS? Si No

Información de contacto:

(Dirección) _____

(Teléfono) _____

(email) _____

Información acerca de quién o qué está usted reportando:

Nombre del proveedor, usuario, agencia, o T/RBHA sospechoso de fraude o abuso de programa: _____

Información de contacto:

(Ubicación/dirección) _____

(Teléfono) _____

(email) _____

Número de identificación (ID) del

proveedor o del usuario (si lo conoce): _____

Naturaleza de la sospecha de fraude o abuso de programa:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reclamación falsa/Datos | <input type="checkbox"/> Alteración de una reclamación | <input type="checkbox"/> Códigos incorrectos (sobre facturar, cobro indebido e intencional, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Profesional sin licencia | <input type="checkbox"/> Facturación duplicada | <input type="checkbox"/> Facturar por servicios no proveídos |
| <input type="checkbox"/> Alteración o pérdida de documentos | <input type="checkbox"/> Tergiversación de servicios | <input type="checkbox"/> Otro |

¿Que lo hace sospechar que hay un fraude o abuso de un programa? _____

¿Existe dinero federal involucrado proveniente de los servicios mencionados en el Título XIX o XXI (Dinero relacionado con Medicaid)?

Si No Pérdida estimada \$ _____

¿Otros detalles en relación con el fraude o acusación de abuso de programa? _____

Datos descubiertos: _____

Pruebas o documentación disponible? Si No

¿Ha diligenciado un reporte de queja con alguna otra agencia u organización (incluyendo su T/RBHA o clínica de CRS)? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, ¿que agencia? _____

Ha planteado usted sus preocupaciones o quejas al sujeto(s) en cuestion? Sí No

A quién? _____

Envíe por fax éste reporte a:
ADHS/OPI Numero de Fax: 602-364-4736

o
Por email a: ReportFraud@azdhs.gov

o
Llame a la línea gratuita 1-866-569-4927

Por correo envíenos éste reporte a:

Arizona Department of Health Services
Office of the Deputy Director/Office of Program Integrity
150 North 18th Avenue, Suite 280
Phoenix, Arizona 85007