

Sospecha de Fraude, Desperdicio o Abuso por parte de un MIEMBRO de CenCal Health

Persona Reportando el Fraude:	Fecha
Nombre	
Relación con la persona que usted está reportando	
<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro _____	
Nombre de la persona que usted está reportando:	
Domicilio	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Fecha cuando el Fraude, Desperdicio o Abuso ocurrió:	
Si más de una persona, por favor denos una lista de los nombres de las otras personas y direcciones.	

SOSPECHA DE FRAUDE O ABUSO:

Uso de la identificación de otra persona o de la tarjeta de Medi-Cal para recibir servicios.
Proporcionar información falsa a las agencias para ser elegible para Medi-Cal.
Vender, prestar o dar su (o de otra persona) tarjeta de identificación de CenCal Health o de Medi-Cal a otras personas para que puedan obtener servicios.
Pedir o recibir un pago o un reembolso para que puedan recibir o no recibir servicios.
Venta de medicamentos, equipo médico o de otras cosas que han recibido a través de CenCal Health.
Otro

Por favor, explique con detalles por qué usted cree que hay sospecha de fraude, desperdicio o abuso (favor de incluir quién, qué y cuándo).