

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

Persona Reportando el Fraude:		Fecha
Nombre		
¿Es usted actualmente un paciente de este doctor o especialista?		
Sí	No	Fui un Paciente en (mes y año) _____
Nombre del Doctor, Especialista o Grupo Médico		
¿Qué tipo de Doctor o Especialista es?		
Domicilio		
Ciudad, Estado, Código Postal		
Fecha(s) las cuales usted recibió servicio(s) (si es aplicable)	Lugar donde usted recibió servicio(s) (si es aplicable)	

SOSPECHA DE FRAUDE O ABUSO:

Mandaron cobrar a CenCal Health por servicios o equipo médico que:
 No me dieron o entregaron.
 Otro (escriba lo que pasó):

El doctor o especialista me cobro más de que es mi parte de costo por los servicios cubiertos.

El doctor o especialista me proporciono tratamiento médico o equipo médico que no era necesario.
 ¿Qué tratamiento médico o equipo médico recibió usted?

El doctor o especialista no debió proporcionarme tratamiento médico porque:

Otro (por favor escriba a continuación las razones por las que siente que el doctor o especialista hizo mal el cual causó el fraude)

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