

涉嫌欺詐或濫用轉診表格
填表說明

若要申請對涉嫌欺詐或濫用行為進行調查，請填寫 CalOptima 涉嫌欺詐或濫用轉診表格。「會員」或「醫療服務者」的欺詐或濫用行為例子已在此表中列出。下述所列僅為部分示例，並不代表可能發生欺詐或濫用行為的所有情況。

請填寫本表的所有適用部分。請務必完整填寫本表格，以便我們能有效地對問題進行調查。

如有需要，申請者可匿名提交；但是，如果申請者未提供其姓名和電話號碼，則當對其提交的資訊有疑問時，CalOptima 合規辦公室將無法與其聯絡，這可能會阻礙調查的完成。

請透過以下任一方式將填妥的表格和相關證明文件提交給 CalOptima 合規辦公室：

1. 電子郵件：Fraud@CalOptima.org
2. 美國郵政：CalOptima
Office of Compliance — SIU
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
3. 傳真：**1-714-481-6457**

將所有信件標註為“CONFIDENTIAL”。

您也可透過 CalOptima 道德與合規熱線報告涉嫌欺詐或濫用行為，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時，免費電話 1-877-837-4417。TDD/TTY 用戶請撥打免費電話 1-800-735-2929。我們有會講您的語言的工作人員。

涉嫌欺詐或濫用轉診表格

轉診資訊		
日期：	涉嫌欺詐或濫用涉及以下人士：	
提供轉診人士：姓名：	職位：	<input type="checkbox"/> 會員
部門：	電話號碼：	<input type="checkbox"/> 醫療服務者

會員	醫療服務者
CalOptima 計劃： <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> OneCare <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> OneCare Connect	醫療服務者姓名：
會員姓名：	醫療服務者類型：
會員醫療卡號碼：	醫療服務者號碼：
地址：	地址：
市： 郵遞區號：	市： 郵遞區號：
服務日期（如適用）：	服務日期（如適用）：
會員醫療卡號碼（如適用）：	若涉及多位會員，請附上一份名單。
涉嫌欺詐或濫用的例子： <input type="checkbox"/> 使用他人的身份資訊或 Medi-Cal 證件獲取承保的服務和處方藥物（除非該人士已獲得授權，可代表會員提供此類資訊以獲得承保服務） <input type="checkbox"/> 出售、出借或給予會員的身份資訊或證件獲取承保服務（家人代表會員獲取承保服務的除外） <input type="checkbox"/> 謊報資格 <input type="checkbox"/> 將承保服務用於除規定目的以外的其他目的，包括由該會員（該等承保服務係為此會員開處或提供）以外的個人使用 <input type="checkbox"/> 未報告其他健康保險 <input type="checkbox"/> 索取或收取回扣、賄賂或折扣，作為接受或不接受承保服務的獎勵 <input type="checkbox"/> 其他（請詳細說明）	涉嫌欺詐或濫用的指控： <input type="checkbox"/> 謊報資格以加入 CalOptima 計劃。 <input type="checkbox"/> 為承保服務所申報的醫療理賠有以下情況時： <input type="checkbox"/> 該承保服務的收費實質上明顯超過任何個人對該等服務支付的一般費用 <input type="checkbox"/> 與所提交的醫療理賠相關的服務實際上並未提供給會員 <input type="checkbox"/> 服務數量超出醫療所需 <input type="checkbox"/> 結算時使用更高費用的代碼取代反映實際承保服務的代碼 <input type="checkbox"/> 已經包含在人頭率中 <input type="checkbox"/> 在未完全披露的情況下，向 CalOptima 和另一第三方付款人申報理賠費用 <input type="checkbox"/> 向會員收取超出承保服務所允許的共付額和免賠額費用 <input type="checkbox"/> 在未就某項服務獲得結算書面許可的情況下，針對該承保服務向會員開具帳單

涉嫌欺詐或濫用轉診表格

	<input type="checkbox"/> 未披露利益衝突 <input type="checkbox"/> 接受、索取或提供回扣、賄賂或折扣，以向會員提供或不提供轉診 <input type="checkbox"/> 未向加州醫療保健服務部 (Department of Health Care Services, DHCS) 登記計費中介方 <input type="checkbox"/> 虛假的醫療必要性證明 <input type="checkbox"/> 將會員劃分至無法反映其醫療狀況的診斷代碼，以獲取更高的費用理賠 <input type="checkbox"/> 虛假或不準確的最低標準或認證資訊 <input type="checkbox"/> 申報的報告中包含有：未經證實的資料、與記錄不符的資料，或以違反政策、合同、法令或法規的方式進行變更的資料。 <input type="checkbox"/> 其他（請詳細說明）
--	---

文件（請附上）：	
<input type="checkbox"/> 醫療理賠資料 <input type="checkbox"/> 醫療記錄 <input type="checkbox"/> 投訴、上訴或申訴 <input type="checkbox"/> 醫療服務使用管理 (Utilization Management, UM) 報告 <input type="checkbox"/> 審計 <input type="checkbox"/> 其他（請詳細說明）	
<p>請簡要說明所提供的文件如何證明本申請表提及的欺詐活動：</p> <p>請說明此類涉嫌欺詐活動的根本原因：</p>	

其他相關資訊（請附上）：
<p>此會員、醫療服務者、藥房、其他人士以前是否存在任何涉嫌欺詐或濫用問題：</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是。請說明：</p> <p>2. 若是，結果如何？</p>

請將此表格及所有相關文件提交給合規辦公室特別調查科 (SPECIAL INVESTIGATIONS UNIT, SIU)。合規辦公室 SIU 應適當向地方和州實體報告。如果您在五 (5) 個工作日內沒有收到確認收訖此表格的信函，請發送電子郵件至 Fraud@CalOptima.org。