



**دستورالعمل ها برای تکمیل
" فرم ارجاع احتمال کلاهبرداری یا سوء استفاده "**

به منظور تسلیم درخواست برای تحقیق در مورد احتمال کلاهبرداری یا سوء استفاده، لطفاً فرم ارجاع احتمال کلاهبرداری یا سوء استفاده CalOptima را تکمیل نمایید. نمونه هائی از موارد کلاهبرداری یا سوء استفاده "اعضا" یا "ارائه دهنده" در اینجا ذکر شده است. این موارد صرفاً به عنوان نمونه ذکر شده اند. موارد ذکر شده در بر گیرنده همه موقعیت های ممکن برای وقوع کلاهبرداری یا سوء استفاده نمی باشد.

همه بخش های مربوطه در این فرم را پر کنید. این نکته حائز اهمیت است که این فرم را به طور کامل تکمیل نمایند تا در مورد این مشکل به طور مؤثر تحقیق شود.

درخواست کننده در صورت تمایل می تواند ناشناس باقی بماند؛ هر چند بایستی توجه داشت در صورت عدم ارائه نام و شماره تلفن درخواست کننده، دفتر پذیرش CalOptima قادر نخواهد بود که در صورت نیاز به توضیحات بیشتر در مورد اطلاعات ارائه شده با شما تماس بگیریم که این ممکن است از تکمیل تحقیقات جلوگیری کند.

فرم تکمیل شده و مدارک اثباتی را از طریق یکی از روش های زیر به دفتر پذیرش CalOptima ارائه دهید :

1. ایمیل: Fraud@CalOptima.org
2. پست ایالات متحده: CalOptima
Office of Compliance — SIU
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
3. فکس: 1-714-481-6457

کلیه مکاتبات بایستی با عبارت "محرمانه" مشخص شده باشند.

شما باید موارد کلاه برداری و سوء استفاده را از طریق خط تلفن بخش امور اخلاقی و پذیرش در طی 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز با شماره تلفن رایگان 1-877-837-4417 اطلاع دهید. کاربران TDD/TTY میتوانند از طریق شماره تلفن رایگان 1-800-735-2929 تماس حاصل نمایند. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت میکنند.

فرم احتمال کلاهبرداری یا سوء استفاده

اطلاعات ارجاع

تاریخ:	گزارش کلاهبرداری یا سوء استفاده توسط:	
ارجاع توسط: نام:	سمت:	<input type="checkbox"/> عضو
بخش:	شماره تلفن:	<input type="checkbox"/> ارائه کننده

عضو	ارائه کننده
برنامه CalOptima: <input type="checkbox"/> OneCare <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> OneCare Connect <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/>	نام ارائه کننده:
نام عضو:	نوع خدمات ارائه کننده:
شماره عضویت:	شماره شناسه ارائه کننده:
نشانی:	نشانی:
شهر:	شهر: <input type="checkbox"/> کُد پستی:
تاریخ دریافت خدمات در صورتی که موجود است:	تاریخ ارائه خدمات در صورتی که موجود است:
شماره عضویت در صورتی که موجود است: اگر چندین عضو درگیر بوده اند، لطفاً لیستی از اسامی آنها را ضمیمه نمایید.	

مثالهای کلاهبرداری یا سوء استفاده:	احتمال کلاهبرداری یا سوء استفاده:
<input type="checkbox"/> سوء استفاده از هویت شخص دیگر یا اسناد واجدیت شرایط Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش (مگر اینکه چنین شخصی نماینده ای مجاز باشد که این اطلاعات را به نمایندگی از عضو برای استفاده از خدمات ارائه می دهد).	<input type="checkbox"/> ادعای مشمولیت تصویب نشده برای شرکت در برنامه CalOptima ارائه درخواست برای پرداخت هزینه خدمات تحت پوشش که:
<input type="checkbox"/> فروش، قرض یا ارائه دادن هویت و یا اسناد مشمولیت عضو (Medi-Cal، OneCare، OneCare Connect یا PACE) برای دریافت خدمات تحت پوشش (به غیر از اعضای خانواده که برای دریافت خدمات تحت پوشش به نمایندگی از عضو اقدام می کنند).	<input type="checkbox"/> به طور قابل ملاحظه و اثبات پذیری از هرگونه هزینه های معمول شخص برای چنین خدمات تحت پوششی تجاوز می کنند.
<input type="checkbox"/> ارائه ادعای تصویب نشده در مورد مشمولیت.	<input type="checkbox"/> در حقیقت، به عضوی که درخواست برای وی تسلیم شده ارائه نشده باشند.
<input type="checkbox"/> استفاده از خدمات تحت پوشش برای دریافت خدماتی ورای اهداف تعیین شده مانند استفاده غیر مجاز از خدمات، توسط شخصی غیر از عضوی که برای وی خدمات تحت پوشش تجویز یا ارائه شده است.	<input type="checkbox"/> از کمیتی که از لحاظ پزشکی لازم باشد تجاوز کنند.
<input type="checkbox"/> عدم گزارش پوشش درمانی دیگر.	<input type="checkbox"/> از کُدی هزینه شده باشند که خدمات تحت پوشش بیشتری را می پردازد.
<input type="checkbox"/> درخواست یا دریافت حق و حساب، رشوه یا تخفیف به عنوان انگیزه دریافت یا عدم دریافت خدمات تحت پوشش.	<input type="checkbox"/> قبلاً در احتساب هزینه ها منظور شده باشند.
<input type="checkbox"/> موارد دیگر (لطفاً ذکر کنید)	<input type="checkbox"/> برای پرداخت به CalOptima و شخص ثالث بدون شفافیت لازم ارائه گردیده باشند.
	<input type="checkbox"/> مطالبه پرداخت وجهی مزاد برسهم پرداختی عضو.
	<input type="checkbox"/> صدور صورتحساب برای عضو بدون کسب رضایت کتبی وی برای ارائه چنین خدماتی.
	<input type="checkbox"/> عدم شفاف سازی در مورد تضاد منافع
	<input type="checkbox"/> دریافت، درخواست یا ارائه حق و حساب، رشوه یا تخفیف برای معرفی یا عدم معرفی یک عضو.
	<input type="checkbox"/> عدم ثبت دریافت صورتحساب در اداره خدمات بهداشتی (Department of Health Services, DHS).
	<input type="checkbox"/> صدور گواهینامه کاذب برای ضرورتهای پزشکی.
	<input type="checkbox"/> انتساب کُد تشخیص بیماری اشتباه به عضویه منظور دریافت باز پرداخت بیشتر.
	<input type="checkbox"/> اطلاعات تقلبی و نادرست در مورد اعتبار نامه و حداقل استانداردها.
	<input type="checkbox"/> ارائه گزارشاتیی که حاوی اطلاعات بی اساس و یا ناهماهنگ با سوابق ضبط شده بوده و یا به صورتی تغییر یافته اند که با خط مشی ها، قراردادهای، قوانین یا مقررات همخوانی ندارند.
	<input type="checkbox"/> موارد دیگر (لطفاً ذکر کنید)

فرم احتمال کلاهبرداری یا سوء استفاده

مدارک (لطفاً ضمیمه کنید):

- اطلاعات مربوط به دعاوی
- سوابق پزشکی
- شکایت، استیناف یا نارضایتی
- گزارشات UM
- حسابرسی
- دیگر (لطفاً مشخص کنید)

لطفاً توضیح مختصری را در مورد اینکه مدارک ارائه شده چگونه از نگرانیهای مربوط به فعالیت کلاهبردانه حمایت می کنند، ارائه کنید:

لطفاً ریشه اصلی وقوع این فعالیت مظنون به کلاهبرداری مشخص کنید

سایر اطلاعات مربوطه (لطفاً ضمیمه کنید):

آیا قبلاً سوء ظنی در مورد کلاهبرداری یا سوء استفاده توسط این عضو، ارائه کننده، داروخانه و غیره وجود داشته است:

1. خیر
- بله. لطفاً توصیف کنید:

2. اگر بله، نتیجه چه بود؟

لطفاً این فرم را به همراه کلیه مدارک مربوطه به بخش پذیرش تحقیقات ویژه (SIU) ارائه دهید. بخش پذیرش، (SIU) موارد مقتضی را به نهادهای محلی و ایالتی گزارش خواهد کرد. اگر در ظرف پنج (5) روز کاری اعلامیه وصول این فرم را دریافت نکردید، لطفاً از طریق ایمیل آدرس Fraud@CalOptima.org به ما اطلاع دهید.