

## **INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE REFERENCIA DE SOSPECHA DE FRAUDE O ABUSO**

Para enviar una solicitud para reportar la sospecha de fraude o abuso, llene el Formulario de referencia de sospecha de fraude o abuso de CalOptima. El formulario contiene ejemplos de fraude o abuso de un “miembro” o “proveedor”. Las situaciones descritas únicamente son ejemplos. La lista no incluye todas las situaciones que se pudieran considerar como fraude o abuso.

Llene todas las partes del formulario que apliquen. Es muy importante que conteste todo el formulario para poder revisar el problema eficazmente.

Si lo desea, puede conservar el anonimato; sin embargo, sin su nombre y número de teléfono, la Oficina de Cumplimiento Normativo de CalOptima no podrá comunicarse con usted para aclarar cualquier información presentada lo cual podría prevenir que se finalice la investigación.

El formulario contestado y los documentos de apoyo deben ser enviados a la Oficina de Cumplimiento Normativo de CalOptima por medio de uno de los siguientes métodos:

1. Correo electrónico: [Fraud@CalOptima.org](mailto:Fraud@CalOptima.org)
2. Correo postal: CalOptima  
Office of Compliance — SIU  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868
3. Fax: **1-714-481-6457**

**MARQUE TODA LA CORRESPONDENCIA COMO “CONFIDENCIAL”.**

**También puede reportar la sospecha de fraude o abuso llamando gratuitamente a la línea directa de Ética y Cumplimiento Normativo de CalOptima, al 1-877-837-4417, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar gratuitamente al 1-800-735-2929. Tenemos personal que habla su idioma.**

**FORMULARIO DE REFERENCIA DE SOSPECHA DE FRAUDE O ABUSO**

INFORMACIÓN DE REFERENCIA		
Fecha:	El aviso involucra sospecha de fraude o abuso por un:	
Referido por: Nombre:	Título:	<input type="checkbox"/> Miembro
Departamento:	Número de teléfono:	<input type="checkbox"/> Proveedor

MIEMBRO	PROVEEDOR
Programa de CalOptima: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> OneCare <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> OneCare Connect	Nombre del proveedor:
Nombre del miembro:	Tipo de proveedor:
Número de identificación del miembro:	Número de identificación del proveedor:
Dirección:	Dirección:
Ciudad: <span style="float: right;">Código postal:</span>	Ciudad: <span style="float: right;">Código postal:</span>
Fecha de servicio, si aplica:	Fecha de servicio, si aplica:
Número de identificación del miembro, si aplica:	Adjunte una lista si están involucrados otros miembros.

<p><b>Ejemplos de sospecha de fraude o abuso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Usar la identidad o la documentación de elegibilidad de Medi-Cal de otra persona para recibir servicios cubiertos y medicamentos con receta (a menos que la persona sea el representante autorizado que esté proporcionando tal información para recibir servicios cubiertos en nombre del miembro)</li> <li><input type="checkbox"/> Vender, prestar o dar la identificación o documentación de elegibilidad de un miembro para recibir servicios cubiertos (sin incluir un pariente para recibir servicios cubiertos en nombre del miembro)</li> <li><input type="checkbox"/> Afirmación fraudulenta de elegibilidad</li> <li><input type="checkbox"/> Usar un servicio cubierto para un propósito diferente al propósito por el cual fue aprobado, incluyendo el uso de tal servicio cubierto por una persona que no sea el miembro para quien el servicio fue aprobado o brindado</li> <li><input type="checkbox"/> Negligencia en reportar otra cobertura médica</li> <li><input type="checkbox"/> Pedir o recibir un regalo, remuneración, o reembolso como incentivo para recibir o no recibir servicios cubiertos</li> <li><input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar)</li> </ul>	<p><b>Alegación de sospecha de fraude o abuso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Afirmación fraudulenta de derecho a participar en el programa de CalOptima.</li> <li><input type="checkbox"/> Presentar reclamos de servicios cubiertos que: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Son considerables y evidentemente en exceso a los cargos normales para tales servicios</li> <li><input type="checkbox"/> No fue brindado al miembro</li> <li><input type="checkbox"/> Exceden la cantidad de necesidad médica</li> <li><input type="checkbox"/> Fue facturado utilizando un código que resultaría en un pago más alto que el código para el servicio cubierto brindado</li> <li><input type="checkbox"/> Ya es incluido en la tarifa de capitación</li> <li><input type="checkbox"/> Fue enviado para ser pagado por ambos CalOptima y otro pagador de tercera parte sin divulgación completa</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Cobrarle a un miembro en exceso al copago y deducible permitido por servicios cubiertos</li> <li><input type="checkbox"/> Facturar al miembro por servicios cubiertos sin obtener el consentimiento escrito de facturar por tales servicios</li> <li><input type="checkbox"/> Incumplimiento de divulgar un conflicto de interés</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FORMULARIO DE REFERENCIA DE SOSPECHA DE FRAUDE O ABUSO**

	<input type="checkbox"/> Recibir, pedir u ofrecer compensación, remuneración o reembolso para referir o no referir a un miembro <input type="checkbox"/> Incumplimiento de registrar el representante de facturación con el Department of Health Care Services (DHCS) <input type="checkbox"/> Certificación falsa de necesidad médica <input type="checkbox"/> Aplicar un código de diagnóstico que no refleja la afección del miembro para obtener un pago más alto <input type="checkbox"/> Presentar estándares mínimos o credenciales falsas o erróneas <input type="checkbox"/> Enviar reportes que contengan datos inválidos, datos que no son iguales que los de los expedientes, o que han sido cambiados de manera que no es consistente con las políticas, los contratos, estatutos o normas. <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar)
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**DOCUMENTACIÓN (FAVOR DE ADJUNTAR):**

- |                                            |                                            |                                                      |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Datos de reclamos | <input type="checkbox"/> Registros médicos | <input type="checkbox"/> Queja, apelación o reclamo  |
| <input type="checkbox"/> Reportes de UM    | <input type="checkbox"/> Auditoría         | <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar) |

**Favor de proporcionar una explicación breve de cómo apoyan los documentos presentados sus inquietudes de la actividad fraudulenta:**

**Favor de explicar la razón por la cual sospecha de actividad fraudulenta:**

**OTRA INFORMACIÓN RELACIONADA (FAVOR DE ADJUNTAR):**

¿Ha existido alguna otra sospecha de fraude o abuso sobre este miembro, proveedor, farmacia, otro?:

1.  No  
 Sí. Favor de describir:

2. Si contesta que sí, ¿cuál fue el resultado?

Envíe este formulario junto con toda la documentación pertinente a la UNIDAD DE INVESTIGACIÓN ESPECIAL (SIU) DE LA OFICINA DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO DE CALOPTIMA. La SIU de la Oficina de Cumplimiento Normativo reportará según lo apropiado a las entidades locales y estatales. Si no recibe un acuse de recibo de este formulario dentro de cinco (5) días laborales, envíe un correo electrónico a [Fraud@CalOptima.org](mailto:Fraud@CalOptima.org).