

# Sospecha de Fraude o Reporte de Abuso de Programas

Reporte por:  Usuario  Miembro de la Familia  Amigo  T/RBHA  Proveedor  OPI  DBHS  Persona particular  
 OBHL  Clínica de CRS  Guardián / Tutor  Otra Agencia  OCSHCN

## Información acerca de Usted:

Nombre y título: \_\_\_\_\_

¿Solicitó usted el contacto con la Oficina de Integridad de Programas (OPI, por sus siglas en inglés) de ADHS?  Sí  No

Información de contacto:

(Dirección) \_\_\_\_\_

(Teléfono) \_\_\_\_\_

(email) \_\_\_\_\_

## Información acerca de quién o qué está usted reportando:

Nombre del proveedor, usuario, agencia, o T/RBHA sospechoso de fraude o abuso de programa: \_\_\_\_\_

Información de contacto:

(Ubicación/dirección) \_\_\_\_\_

(Teléfono) \_\_\_\_\_

(email) \_\_\_\_\_

Número de identificación (ID) del

proveedor o del usuario (si lo conoce): \_\_\_\_\_

Naturaleza de la sospecha de fraude o abuso de programa:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reclamación falsa/Datos            | <input type="checkbox"/> Alteración de una reclamación | <input type="checkbox"/> Códigos incorrectos (sobre facturar, cobro indebido e intencional, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Profesional sin licencia           | <input type="checkbox"/> Facturación duplicada         | <input type="checkbox"/> Facturar por servicios no proveídos                                      |
| <input type="checkbox"/> Alteración o pérdida de documentos | <input type="checkbox"/> Tergiversación de servicios   | <input type="checkbox"/> Otro   |

¿Que lo hace sospechar que hay un fraude o abuso de un programa? \_\_\_\_\_

¿Existe dinero federal involucrado proveniente de los servicios mencionados en el Título XIX o XXI (Dinero relacionado con Medicaid)?

Sí  No Pérdida estimada \$ \_\_\_\_\_

¿Otros detalles en relación con el fraude o acusación de abuso de programa? \_\_\_\_\_

Datos descubiertos: \_\_\_\_\_

Pruebas o documentación disponible?  Sí  No

¿Ha diligenciado un reporte de queja con alguna otra agencia u organización (incluyendo su T/RBHA o clínica de CRS)?  Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿que agencia? \_\_\_\_\_

Ha planteado usted sus preocupaciones o quejas al sujeto(s) en cuestion?  Sí  No

A quién? \_\_\_\_\_

Envíe por fax éste reporte a:  
ADHS/OPI Numero de Fax: 602-364-4736

o  
Por email a: ReportFraud@azdhs.gov

o  
Llame a la línea gratuita 1-866-563-4927

Por correo envíenos éste reporte a:

Arizona Department of Health Services  
Office of the Deputy Director/Office of Program Integrity  
150 North 18<sup>th</sup> Avenue, Suite 280  
Phoenix, Arizona 85007