



Referido de Alegación de Fraude

Instrucciones: Complete la siguiente información y envíela a la Unidad del Programa de Integridad vía email a la siguiente dirección: prmedicaidintegrity@salud.pr.gov. Favor incluir todos los detalles.

Sección A: Información de la Persona que refiere el problema (puede ser anónimo)			
Referido por:		Fecha:	
Título:		Teléfono:	
Compañía:		Fax:	
Email:			

1. Información del Querellante (complete si es diferente al de arriba)					
Nombre:					
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono:				Fax:	
2. Información del Proveedor (complete si aplica)					
Nombre:				ID de Proveedor:	
Nombre del Negocio:					
#NPI:			Especialidad:		
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono:				Fax:	
3. Información del Participante (complete si aplica)					
Nombre:				# Contrato:	
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono:				Fax:	
#MPI:		Fecha nacimiento:		Región:	



Referido de Alegación de Fraude

4. Razón (es) para el referido del Participante (marque todas las que aplique)					
<input type="checkbox"/>	Amigo o conocido usando la tarjeta de identificación del participante	<input type="checkbox"/>	Presentación de documentos falsos como reclamaciones y/o soporte de reclamaciones.	<input type="checkbox"/>	Falta de divulgación - proveer información de coordinación de beneficios
<input type="checkbox"/>	Cooperación con el proveedor en esquemas relacionados con sobornos y/o renuncia de copagos y montos deducibles.	<input type="checkbox"/>	Mal uso o uso excesivo de los servicios de farmacia y sala de emergencia.	<input type="checkbox"/>	Otro (especificar):
5. Detalles:					
6. Razón (es) para el referido del Proveedor (marque todas las que aplique)					
<input type="checkbox"/>	Servicios no ofrecidos	<input type="checkbox"/>	Unbundling	<input type="checkbox"/>	Venta de medicamentos de receta
<input type="checkbox"/>	Solicitud, soborno y/o rebaja	<input type="checkbox"/>	Representación falsa	<input type="checkbox"/>	Otro tipo de fraude
<input type="checkbox"/>	Aumento de codificaciones	<input type="checkbox"/>	Falsificación de reclamaciones	<input type="checkbox"/>	Otro (especificar):
<input type="checkbox"/>	Servicios Médicos no necesarios	<input type="checkbox"/>	Falsificación de guiones		
7. Detalles:					
8. Archivos adjuntos (especifique los archivos adjuntos incluidos con la referencia. Si el caso está relacionado con la falsificación o la tergiversación de la inscripción / elegibilidad, incluya información sobre empleo, seguro social, ingresos de pensiones u otro seguro de salud):					