

FORMULARIO DE DENUNCIA DE FRAUDE, MALVERSACIÓN, ABUSO Y SOBREPAGO

Use este formulario para indicarnos cualquier inquietud que tenga sobre fraude, malversación y abuso. La información será confidencial. Denos la mayor cantidad de información posible.

Me preocupa que la siguiente persona, cuya dirección y teléfono aparecen a continuación, esté cometiendo fraude, malversación o abuso.

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Esta persona es: (marque la casilla que corresponda)

Empleado ☐ Afiliado ☐ Proveedor ☐ Otro* ☐

Explíquenos qué le preocupa. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.

*Explique la relación entre la persona que está denunciando y CareSource PASSE o usted mismo.

No es necesario que usted se identifique. Si está dispuesto a hacerlo, proporcione esta información para que podamos comunicarnos con usted si necesitamos información adicional.

Su nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Si tiene documentos que debemos ver, adjúntelos o díganos dónde encontrarlos.

Si no desea dar su nombre, envíe este formulario (y cualquier otro documento) por correo a:

CareSource PASSE
Attn: Program Integrity
P.O. Box 1940
Dayton, OH 45401-1940

También puede enviar este formulario por fax o correo electrónico. Sin embargo, si envía el informe de esta manera se verá el número de fax o su dirección de correo electrónico.

Fax: 1-800-418-0248

Correo electrónico Fraud@CareSource.com

(Copie la información del formulario y los datos adjuntos en el correo electrónico o adjúntelos como documentos).

Si tiene alguna pregunta, llame al **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711). Seleccione la opción del menú para denunciar un fraude.