

تعليمات تعبئة نموذج الإبلاغ عن احتمال وجود احتيال أو إساءة استعمال الإحالة

لتقديم طلب للتحقيق في احتمال وجود احتيال أو إساءة استعمال، يرجى تعبئة نموذج CalOptima للإبلاغ عن احتمال وجود احتيال أو إساءة استعمال الإحالة. هناك أمثلة على احتيال أو إساءة استعمال "الأعضاء" أو "المزودين" مدرجة على النموذج. وهذه أمثلة فقط. القائمة لا تمثل كل موقف يمكن أن يحدث فيه احتيال أو إساءة استعمال.

قم بتعبئة كافة الأقسام التي تنطبق عليك في النموذج. إن من المهم جداً تعبئة النموذج بالكامل بحيث يمكننا التحقيق في المشكلة بشكل فعال.

إذا كنت ترغب، فيمكن لمقدم الطلب أن يبقى مجهول الهوية؛ ومع ذلك، إذا لم يقدم الطلب بذكر اسمه/اسمها ورقم الهاتف، فإن مكتب الامتثال لدى CalOptima سيكون غير قادر على الاتصال به/يها إذا كانت هناك أية أسئلة بخصوص المعلومات المقدمة، الأمر الذي قد يمنع إتمام التحقيق.

قم بتقديم النموذج بعد تعبئته مع وثائق الدعم إلى مكتب الامتثال لدى CalOptima من خلال إحدى الأساليب التالية:

1. البريد الإلكتروني: Fraud@CalOptima.org
2. البريد الأمريكي: CalOptima
Office of Compliance — SIU
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
1-714-481-6457
3. بالفاكس:

أشتر على كافة المراسلات بأنها "سرية".

يمكنك أيضاً الإبلاغ عن الاحتيال وإساءة الاستعمال المحتملة على الخط الساخن للامتثال والأخلاق لدى CalOptima، 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع، على الرقم المجاني 1-877-837-4417. يمكن لمستخدمي TDD/TTY الاتصال على الهاتف المجاني 1-800-735-2929. يتوفر لدينا طاقم عمل يتحدث لغتك.

نموذج الإبلاغ عن احتمال وجود احتيال أو إساءة استعمال الإحالة

معلومات الإحالة	
التاريخ:	الإشعار يتعلق باحتمال وجود احتيال أو إساءة استعمال من قبل:
تمت الإحالة من قبل: الاسم:	المنصب
القسم:	رقم الهاتف
	العضو <input type="checkbox"/>
	المزود <input type="checkbox"/>

المزود	العضو
اسم المزود:	برنامج CalOptima: <input type="checkbox"/> OneCare Connect <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> OneCare <input type="checkbox"/> Medi-Cal
نوع المزود:	اسم العضو:
رقم تعريف المزود:	رقم تعريف العضو:
العنوان:	العنوان:
المدينة:	المدينة:
الرمز البريدي:	الرمز البريدي:
تاريخ الخدمة إذا كان ذلك ينطبق:	تاريخ الخدمة إذا كان ذلك ينطبق:
رقم العضو، إذا كان ينطبق: إذا كان الأمر يتعلق بمجموعة من الأعضاء، يرجى إرفاق قائمة.	

ادعاء حالات الاحتيال أو إساءة الاستعمال المحتملة:	أمثلة على حالات الاحتيال أو إساءة الاستعمال المحتملة:
<input type="checkbox"/> ادعاء الأهلية بالتحايل للمشاركة في برنامج CalOptima.	<input type="checkbox"/> استخدام هوية شخص آخر أو وثائق تأهله للحصول على Medi-Cal للحصول على خدمات ووصفات طبية مغطاة (ما لم يكن الشخص ممثل مفوض يقوم بتقديم هذه المعلومات للحصول على خدمات مغطاة نيابة عن العضو)
<input type="checkbox"/> تقديم مطالبات للحصول على خدمات مغطاة تكون: أكثر بكثير وبشكل واضح مما يدفعه الشخص مقابل تلك الخدمات المغطاة	<input type="checkbox"/> بيع أو إقراض أو إعطاء هوية أحد الأعضاء أو وثائق الأهلية للحصول على خدمات مغطاة (باستثناء إعطائها لأحد أفراد الأسرة للحصول على الخدمات المغطاة بالنيابة عن العضو)
<input type="checkbox"/> لا تكون مقدمة فعلياً للعضو الذي قُدمت المطالبة باسمه	<input type="checkbox"/> الحصول على الأهلية بالتحايل
<input type="checkbox"/> أكثر من الكمية التي تعتبر ضرورية طبياً	<input type="checkbox"/> استخدام إحدى الخدمات المغطاة لغايات غير الغايات الموصوفة بما في ذلك الاستخدام من قبل شخص غير العضو الذي تم وصف أو تقديم الخدمة المغطاة له.
<input type="checkbox"/> مفوترة باستخدام رمز يمكن أن ينتج عنه دفعة أكبر من الرمز الذي يعكس الخدمة المغطاة	<input type="checkbox"/> الفشل في الإبلاغ عن وجود تغطية صحية أخرى
<input type="checkbox"/> متضمنة أصلاً في معدل الأجر مقابل الفرد	<input type="checkbox"/> الاستجداء أو تلقي الرشوة أو خصومات كحافز لتلقي خدمات مغطاة أو عدم تلقيها
<input type="checkbox"/> مقدمة للدفع من خلال كل من CalOptima ودافع طرف ثالث آخر بدون إفصاح	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)
<input type="checkbox"/> تحميل عضو مبلغ زائد عن الدفعات المشتركة المسموح بها وأقساط الخدمات المغطاة	
<input type="checkbox"/> إصدار فاتورة للعضو مقابل الخدمات المغطاة بدون الحصول على موافقة خطية لإصدار فاتورة مقابل هذه الخدمات	
<input type="checkbox"/> الفشل في الإفصاح عن تضارب المصالح	
<input type="checkbox"/> تلقي أو عرض الرشوة أو الخصومات مقابل الإحالات أو الفشل في إحالة عضو	
<input type="checkbox"/> الفشل في تسجيل الفواتير لدى إدارة الخدمات الصحية (Department of Health Care Services, DHCS)	
<input type="checkbox"/> تزوير شهادات الضرورة الطبية	

نموذج الإبلاغ عن احتمال وجود احتيال أو إساءة استعمال الإحالة

<input type="checkbox"/> تخصيص رمز تشخيص لعضو لا يعكس الحالة الصحية للعضو للحصول على تعويض أعلى.
<input type="checkbox"/> معايير دنيا خاطئة أو غير دقيقة لمعلومات التصديق
<input type="checkbox"/> تقديم تقارير تتضمن معلومات غير مؤكدة، معلومات غير منسجمة مع السجلات أو تم تغييرها بطريقة غير منسجمة مع السياسات أو العقود أو المواثيق أو التعليمات.
<input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)

التوثيق (يرجى الإرفاق):

<input type="checkbox"/> بيانات المطالبات	<input type="checkbox"/> السجلات الطبية	<input type="checkbox"/> الشكاوى أو الاستئنافات أو التظلمات	<input type="checkbox"/> تقارير UM
<input type="checkbox"/> تدقيق	<input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)		

يرجى تقديم شرح مختصر لكيفية دعم التوثيق الذي تم تقديمه لمخاوف وجود نشاط احتيالي:

يرجى تقديم السبب الرئيسي للشك بوجود هذا النشاط الاحتيالي:

معلومات أخرى ذات صلة (يرجى إرفاقها):

هل هناك مسائل احتيالي أو إساءة استعمال محتملة من قبل هذا العضو أو المزود أو الصيدلانية غير ذلك:

1. لا

نعم. يرجى الوصف:

2. إذا كانت الإجابة نعم، ماذا كانت النتائج؟

يرجى تقديم هذا النموذج مع كافة الوثائق ذات العلاقة لمكتب وحدة التحقيقات الخاصة للامتثال

(SIU, UNIT INVESTIGATIONS SPECIAL COMPLIANCE OF OFFICE). يجب أن يقوم مكتب الامتثال بالإبلاغ SIU حسبما هو ملائم للجهات المحلية والتابعة للولاية. إذا لم تحصل على تأكيد يفيد باستلام هذا النموذج خلال خمسة (5) أيام عمل، يرجى إرسال رسالة بريد إلكتروني على Fraud@CalOptima.org.