

### 사기 의심 또는 남용 의뢰 양식 작성을 위한 설명서

사기 의심 또는 남용 조사 요청을 제출하기 위해 CalOptima 사기 의심 또는 남용 의뢰 양식을 작성하시기 바랍니다. “회원” 또는 “의료 제공자” 사기 또는 남용의 예는 양식에 나와있습니다. 이것들은 예일 뿐입니다. 이 목록은 사기 또는 남용이 발생할 수 있는 모든 상황을 나타내지는 않습니다.

양식의 해당되는 모든 부분을 작성하십시오. 저희가 효율적으로 문제를 조사하기 위해서는 양식의 모든 부분을 작성하는 것이 매우 중요합니다.

요청자가 원할 경우 익명으로 남을 수 있지만, 요청자의 이름과 연락처가 제공되지 않는다면, 제출된 정보에 대해 질문이 있을 경우 CalOptima의 규정 준수부는 요청자에게 연락을 할 수 없어 조사가 완성되지 못할 수도 있습니다.

완성된 양식은 지원 서류와 함께 CalOptima의 규정 준수부로 다음의 방법들 중 한가지로 보내주십시오:

1. 이메일: [Fraud@CalOptima.org](mailto:Fraud@CalOptima.org)
2. U.S. 우편: CalOptima  
Office of Compliance — SIU  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868
3. 팩스: 1-714-481-6457

모든 서신에는 “CONFIDENTIAL(기밀)”이라고 적으십시오.

사기 의심 또는 남용은 CalOptima의 윤리 및 규정 준수 직통 전화로 주 7일 24시간 무료 번호 1-877-837-4417로 전화하시어 신고하실 수 있습니다. TDD/TTY 사용자는 무료 번호 1-800-735-2929로 전화하십시오. 귀하의 언어를 구사하는 직원이 있습니다.

사기 의심 또는 남용 의뢰 양식

의뢰 정보		
날짜:	사기 의심 또는 남용 행위와 관련된 인물:	
의뢰인: 이름:	직위	<input type="checkbox"/> 회원
부서:	전화번호:	<input type="checkbox"/> 의료 제공자

회원	의료 제공자
CalOptima 프로그램: <input type="checkbox"/> 메디칼 <input type="checkbox"/> OneCare <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> OneCare Connect	제공자 이름:
회원 이름:	제공자 종류:
회원 ID:	제공자 ID 번호:
주소:	주소:
시:                               우편번호:	시:                               우편번호:
적용된다면, 서비스 날짜:	적용된다면, 서비스 날짜:
적용된다면, 회원 ID: 첨부하십시오.	만약 많은 회원들이 관련되었다면, 목록을

**사기 의심 또는 남용 예:**

- 서비스를 받기 위해 다른 사람의 신분 또는 메디칼 자격 서류를 사용 (승인된 대리인으로서 회원을 대신하여 서비스를 받기 위해 정보를 제공하는 경우는 제외함)
- 서비스를 받기 위해 회원의 신분 또는 (Medi-Cal, OneCare, OneCare Connect 또는 PACE) 자격 서류를 팔거나, 빌려주거나 또는 제공함 (회원의 가족이 대신하여 서비스를 제공 받는 것은 제외)
- 수혜 자격을 위해 거짓 진술을 함
- 자격이 되는 회원 이외의 사람이 승인된 목적 외의 이유로 혜택 적용된 서비스를 사용함
- 다른 의료 보험에 대한 보고를 하지 않음
- 서비스를 받거나 받지 않는 대신 뇌물 또는 리베이트를 요구하거나 받음
- 기타 (설명이 필요함)

**사기 의심 또는 남용의 주장:**

- CalOptima 프로그램 가입을 위해 거짓 진술을 함.
- 아래 사항의 포함된 서비스를 위한 청구 제출:
  - 포함된 서비스이지만 명확하게 보통 사람의 같은 서비스 청구서보다 너무 많은 금액
  - 제공되지 않은 서비스를 청구함
  - 의학적으로 필요한 수량을 초과함
  - 포함된 서비스의 코드 대신 많은 금액을 받을 수 있는 코드를 사용하여 청구함
  - 매달 정해진 금액에 이미 포함 되었음
  - 전체 공개를 하지 않은 상태에서 CalOptima 와 다른 제 3 자의 지급 회사에게 청구서를 보냄

### 사기 의심 또는 남용 의뢰 양식

	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 적용되는 서비스를 위해 회원에게 허락된 공동 부담금 및 공제금액보다 높은 금액을 요구함</li> <li><input type="checkbox"/> 서비스에 대한 청구서를 보내도 된다는 서면 동의를 받지 않고 회원에게 혜택 적용되는 서비스에 대한 청구서를 보냄</li> <li><input type="checkbox"/> 업자 관계 갈등이 있다는 것을 보여주지 않음</li> <li><input type="checkbox"/> 회원을 소개 또는 소개를 하지 않는 것에 대한 리베이트 또는 뇌물을 받거나, 요구하거나 또는 제시함</li> <li><input type="checkbox"/> Department of Health Care Services (DHCS: 주 보건부)에 결제인을 등록하지 않음</li> <li><input type="checkbox"/> 의학적 필요성을 거짓으로 증명</li> <li><input type="checkbox"/> 돈을 더 많이 받기 위해 회원의 건강 상태와는 상관없는 진단 코드를 사용함</li> <li><input type="checkbox"/> 거짓 또는 정확하지 않은 최소 기준 또는 제공자 자격 정보</li> <li><input type="checkbox"/> 근거없는 데이터, 기록과 동일하지 않거나 조작된 데이터 또는 정책, 계약, 법령 혹은 규정과 관련해 일관성이 없는 데이터가 들어있는 리포트를 보냄</li> <li><input type="checkbox"/> 기타 (설명이 필요함)</li> </ul>
--	---

문서 (첨부 하십시오):			
<input type="checkbox"/> 청구 데이터 리포트	<input type="checkbox"/> 의료 기록	<input type="checkbox"/> 불평, 항소 또는 불만	<input type="checkbox"/> UM(사용 관리)
<input type="checkbox"/> 감사	<input type="checkbox"/> 기타 (설명이 필요함)		
<p>첨부하신 서류가 의심되는 사기 행위를 어떻게 증명하는지 짧은 설명을 해주십시오:</p> <p>의심되는 사기 행위의 근본적인 원인이 무엇인지 설명 해주십시오:</p>			

### 사기 의심 또는 남용 의뢰 양식

#### 기타 관련 정보 (첨부하십시오):

예전에도 이 회원, 제공자, 약국, 기타 관련해서 사기나 남용으로 의심되는 문제가 있었습니까:

1.  아니오  
 네. 설명 해주십시오:

2. 만약 "네"라면, 결과는 무엇이었습니까?

이 양식과 모든 첨부 자료들을 규정 준수부의 특수 조사 유닛(SIU)으로 보내주십시오. 규정 준수부의 SIU에서 관련된 지역 및 주 기관에 보고할 것입니다. 만약 이 양식의 접수 확인 응답을 근무일 기준으로 5일안에 받지 못한다면, 다음의 주소로 [Fraud@CalOptima.org](mailto:Fraud@CalOptima.org) 이메일을 보내주십시오.