

TÀI LIỆU HƯỚNG DẪN CÁCH ĐIỀN MẪU ĐƠN BÁO CÁO NGHI NGỜ SỰ GIAN LẬN HOẶC LẠM DỤNG

Để gửi một yêu cầu để xem xét sự nghi ngờ về gian lận hoặc lạm dụng, xin vui lòng điền Mẫu Đơn Báo Cáo Nghi Ngờ Sự Gian Lận hoặc Lạm Dụng của CalOptima. Các ví dụ của sự gian lận hoặc lạm dụng của “Thành viên” hoặc “Nhà cung cấp dịch vụ” đều được liệt kê trên mẫu đơn. Đây chỉ là những ví dụ mà thôi. Danh sách không liệt kê tất cả các trường hợp của sự gian lận hoặc lạm dụng có thể xảy ra.

Xin điền tất cả những phần có áp dụng trên mẫu đơn. Việc điền đầy đủ vào nguyên mẫu đơn là rất quan trọng để chúng tôi có thể xem xét sự báo cáo có hiệu quả.

Nếu cần, người yêu cầu có thể được giấu tên; tuy nhiên, nếu người yêu cầu không cung cấp tên và số điện thoại của họ, Văn Phòng Quy Tắc và Luật Lệ của CalOptima sẽ không thể nào liên lạc được với người này nếu có bất cứ thắc mắc nào về những thông tin được cung cấp, và việc đó có thể gây trở ngại cho việc hoàn tất tiến trình xem xét.

Xin gửi mẫu đơn đã điền hoàn tất và những giấy tờ hỗ trợ đến Văn Phòng Quy Tắc Và Luật Lệ của CalOptima bằng một trong những cách sau đây:

1. Gửi Email: Fraud@CalOptima.org
2. Gửi thư qua đường bưu điện: CalOptima
Office of Compliance — SIU
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
3. Gửi điện thư (Fax): **1-714-481-6457**

ĐÓNG DẤU TẤT CẢ NHỮNG THƯ TỪ TRAO ĐỔI LÀ “HỒ SƠ BẢO MẬT.”

Quý vị cũng có thể báo cáo nghi ngờ sự gian lận hoặc lạm dụng đến số điện thoại của Văn Phòng Quy Tắc Và Luật Lệ của CalOptima, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, qua số điện thoại miễn phí tại 1-877-837-4417. Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể gọi số điện thoại miễn phí tại 1-800-735-2929. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị.

MẪU ĐƠN BÁO CÁO NGHI NGỜ SỰ GIAN LẬN HOẶC LẠM DỤNG

THÔNG TIN BÁO CÁO		
Ngày:	Thông báo liên quan đến sự nghi ngờ gian lận hoặc lạm dụng bởi một:	
Được báo cáo bởi: Tên:	Chức vụ:	<input type="checkbox"/> Thành Viên
Văn phòng:	Số điện thoại:	<input type="checkbox"/> Nhà Cung Cấp Dịch Vụ

THÀNH VIÊN	NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ
Chương Trình CalOptima: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> OneCare <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> OneCare Connect	Tên Nhà Cung Cấp:
Tên Thành Viên:	Thẻ loại của nhà cung cấp:
Số Thẻ Thành Viên (ID):	Số ID của Nhà Cung Cấp:
Địa chỉ:	Địa chỉ:
Thành phố: Mã số vùng:	Thành phố: Mã số vùng:
Ngày thực hiện dịch vụ, nếu có:	Ngày thực hiện dịch vụ, nếu có:
Số Thẻ Thành Viên, nếu có sách.	Nếu nhiều thành viên liên quan, xin đính kèm danh sách.

Ví dụ của việc nghi ngờ sự gian lận hoặc lạm dụng: <input type="checkbox"/> Sử dụng danh táng hoặc giấy tờ hội đủ điều kiện Medi-Cal của một người khác để nhận được các dịch vụ được đài thọ (trừ khi người đó là một đại diện được ủy quyền để thay mặt thành viên nhận dịch vụ được đài thọ) <input type="checkbox"/> Buôn bán, cho mượn hoặc trao đổi danh táng hoặc giấy tờ hội đủ điều kiện của một thành viên để nhận được các dịch vụ được đài thọ (mà không phải một người trong gia đình để thay mặt thành viên nhận dịch vụ được đài thọ) <input type="checkbox"/> Nói không đúng về tình trạng hội đủ điều kiện <input type="checkbox"/> Sử dụng dịch vụ được đài thọ cho những mục đích khác ngoài mục đích đã được cho toa, bao gồm việc sử dụng bởi một cá nhân khác ngoài thành viên, trong khi thành viên là người được cho toa hoặc cung cấp các dịch vụ được đài thọ <input type="checkbox"/> Không báo cáo sự đài thọ bảo hiểm y tế khác	Cáo buộc của việc nghi ngờ sự gian lận hoặc lạm dụng: <input type="checkbox"/> Nói không đúng về tình trạng hội đủ điều kiện để tham gia chương trình CalOptima. <input type="checkbox"/> Nộp hóa đơn tính tiền cho các dịch vụ được đài thọ mà: <input type="checkbox"/> Chi phí nhiều hơn đáng kể và rõ ràng so với chi phí được tính thông thường cho các dịch vụ được đài thọ của bất cứ cá nhân nào <input type="checkbox"/> Không thật sự cung cấp cho thành viên theo như hóa đơn đã nộp <input type="checkbox"/> Vượt quá số lượng cần thiết về mặt y khoa <input type="checkbox"/> Thanh toán hóa đơn bằng cách sử dụng mã số mà có thể được trả tiền cao hơn mã số thật cho các dịch vụ được đài thọ <input type="checkbox"/> Đã bao gồm trong giá biểu ứng trước (tiếng Anh là capitation rate)
--	--

MẪU ĐƠN BÁO CÁO NGHI NGỜ SỰ GIAN LẬN HOẶC LẠM DỤNG

<input type="checkbox"/> Yêu cầu hoặc tiếp nhận một món quà, hối lộ, hoặc sự giảm giá để kích lệ việc nhận hoặc không nhận các dịch vụ được đài thọ <input type="checkbox"/> Những việc khác (xin ghi rõ)	<input type="checkbox"/> Gửi hóa đơn thanh toán cho cả CalOptima và một người trả tiền thứ ba khác mà không tiết lộ đầy đủ chi tiết <input type="checkbox"/> Thu tiền phụ phí và tiền khấu trừ của một thành viên cho các dịch vụ được đài thọ cao quá mức cho phép <input type="checkbox"/> Gửi hóa đơn cho một thành viên về các dịch vụ được đài thọ mà không được sự đồng ý bằng văn bản để gửi hóa đơn cho các dịch vụ đó <input type="checkbox"/> Không tiết lộ sự mâu thuẫn về ích lợi <input type="checkbox"/> Nhận, yêu cầu hoặc tặng sự bồi hoàn, hối lộ, hoặc giảm giá để giới thiệu hoặc không giới thiệu một thành viên <input type="checkbox"/> Không đăng ký đại diện gửi hóa đơn với Văn Phòng Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế (Department of Health Care Services -DHCS) <input type="checkbox"/> Chứng nhận sai cho sự cần thiết về y tế <input type="checkbox"/> Dùng mã số chẩn đoán cho một thành viên mà không nói lên sự thật về tình trạng y tế của thành viên để được trả tiền nhiều hơn <input type="checkbox"/> Tiêu Chuẩn Tối Thiểu hoặc thông tin ủy nhiệm sai hoặc không chính xác <input type="checkbox"/> Nộp báo cáo có chứa dữ liệu không có căn cứ, dữ liệu không tương xứng với hồ sơ, hoặc đã bị sửa đổi theo cách mà không phù hợp với chính sách, hợp đồng, các đạo luật, hoặc quy luật. <input type="checkbox"/> Những việc khác (xin ghi rõ)
--	---

TÀI LIỆU (XIN ĐÍNH KÈM):

- Dữ liệu của hóa đơn
- Hồ sơ y tế
- Than phiền, khiếu nại, hoặc kháng cáo
- Bản báo cáo của Văn Phòng Quản Trị Việc Sử Dụng (UM)
- Sổ sách kiểm tra
- Những tài liệu khác (xin ghi rõ)

Xin vui lòng cung cấp lời giải thích ngắn gọn về cách các tài liệu được cung cấp này hỗ trợ mối quan tâm về các hành động gian lận:

Xin vui lòng cung cấp nguyên nhân gây ra hành động nghi ngờ gian lận này:

MẪU ĐƠN BÁO CÁO NGHI NGỜ SỰ GIAN LẬN HOẶC LẠM DỤNG

--

NHỮNG THÔNG TIN LIÊN QUAN KHÁC (XIN ĐÍNH KÈM):

Có những vấn đề từng bị nghi ngờ về việc gian lận hoặc lạm dụng liên quan đến thành viên, nhà cung cấp, nhà thuốc, những người khác hay không:

1. Không
 Có. Xin ghi rõ:

2. Nếu có, kết quả là gì?

Xin quý vị vui lòng gửi mẫu đơn này kèm theo các tài liệu thích hợp đến VĂN PHÒNG QUY TẮC VÀ LUẬT LỆ, ĐƠN VỊ ĐIỀU TRA ĐẶC BIỆT (tiếng Anh là OFFICE OF COMPLIANCE SPECIAL INVESTIGATIONS UNIT - SIU). Văn Phòng Quy Tắc và Luật Lệ, SIU sẽ báo cáo cho các đơn vị phù hợp tại địa phương và tiểu bang. Nếu quý vị không nhận được một tài liệu xác nhận đã nhận được mẫu đơn này trong vòng năm (5) ngày làm việc, xin vui lòng gửi thư email đến Fraud@CalOptima.org.