



SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD DEL CONDADO DE MARION
Formulario de referencia de fraude, despilfarro y abuso

El propósito de este formulario es documentar o informar cualquier sospecha de fraude, despilfarro o abuso. Si sospecha de algún fraude, despilfarro o abuso, informe la actividad (de forma anónima si lo prefiere) a través de:

Llamada a la línea directa de cumplimiento de MCHHS: 1-877-706-4445 o
Enviar por fax el formulario completo a: (503) 364-6552 o
Enviar el formulario completo por correo electrónico a: reporthealthfraud@co.marion.or.us

Completar y enviar el formulario en línea: www.co.marion.or.us/HLT
Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marion

Enviar el formulario completo por correo a:

Attn: FWACC
3180 Center St NE
Salem, OR 97301

No podemos divulgar información sobre el estado o los resultados de una investigación de sospecha de fraude, despilfarro o abuso. La información que se recopile durante nuestra investigación puede compartirse con el Departamento de Servicios Humanos de Oregon y otros organismos gubernamentales según lo permita la ley.

¿Qué es el fraude? Un engaño o tergiversación intencional que realice una persona con el conocimiento de que éste podría resultar en algún beneficio no autorizado para ella o para otra persona.

¿Qué es el abuso? Prácticas que son inconsistentes con las buenas prácticas fiscales, comerciales o médicas y que resultan en un costo innecesario para Medicaid, Medicare o MVBCN, o en el reembolso de servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente.

¿Qué es un despilfarro? Gasto en atención médica que puede eliminarse sin reducir la calidad de la atención. Los despilfarros de "calidad" se definen como uso excesivo, infrauso y uso ineficaz. El despilfarro por "ineficiencia" se define como redundancia, retrasos y complejidad innecesaria de los procesos.

SECCIÓN 1: Deseo permanecer (elija una opción):

[] Anónimo [] Confidencial [] Sin restricción

¿Cómo podemos contactarle? (No complete si desea permanecer en el anonimato).

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/ Estado/ C.P.: _____

Teléfono: _____

Correo: _____

Medicaid/Medicare
ID de proveedor (si corresponde): _____

SECCIÓN 2: Denuncia por sospecha de fraude, despilfarro y abuso

1. Nombres de las personas sospechosas de fraude, despilfarro o abuso:

[Empty text box for names of suspected persons]

2. Departamento/Áreas de servicio involucradas en el presunto fraude, despilfarro o abuso:

[Empty text box for departments/areas involved]

3. Descripción del presunto fraude, despilfarro o abuso con el mayor detalle posible. Incluya datos tales como la fecha en que ocurrió la supuesta actividad, si cree o no que el supuesto comportamiento todavía está ocurriendo, si notificó a un supervisor o a cualquier otro personal, policía o agencia externa sobre esta acusación:

4. ¿Qué tipo de documentación puede proporcionar para respaldar este informe de fraude, despilfarro y abuso? (Ejemplos: copias, fotografías, horarios, etc.)

5. Nombres de testigos u otras personas que puedan tener conocimiento de esta acusación (incluya información de contacto si es posible):

6. ¿Cómo se enteró de los incidentes? (Ejemplos: se presenció de primera mano, se escuchó de otra persona, etc.)

7. ¿Está dispuesto que se le entreviste sobre estas acusaciones? SÍ NO

8. Fecha de hoy _____

9. Si es necesario, adjunte páginas adicionales sobre esta queja.