

Formulario de Referencia de Fraude, Despilfarro o Abuso

Para presentar una solicitud de investigación de sospecha de fraude, despilfarro o abuso, por favor llene el Formulario de Referencia FWA (por sus siglas en inglés) de KHS. En el formulario FWA se presenta una lista de ejemplos. Estos son solamente ejemplos. La lista no incluye todas las situaciones en las que un FWA puede tener lugar. Utilice la categoría “Otros”, si es necesario.

Por favor tenga en cuenta que hay una sección en el Formulario de Referencia FWA para reportar la sospecha de Fraude, Despilfarro o Abuso (FWA) de parte de un “Miembro” y/o de un “Proveedor”. Llene todas las secciones lo mejor posible. Se prefiere siempre un poco más de información.

Usted puede permanecer anónimo (a), pero debe de entenderse que si usted no proporciona su nombre y número de teléfono, el Departamento de Cumplimiento no será capaz de contactarlo (a) para obtener información adicional, la cual puede ayudar con la investigación.

Envíe el formulario completo al Director de Cumplimiento de KHS, y adjunte los documentos de apoyo, utilice una de las siguientes maneras:

1. Correo electrónico: fraudteam@khs-net.com
2. Correo Postal: Kern Health Systems
Director of Compliance
2900 Buck Owens Boulevard
Bakersfield, CA 93308
3. Teléfono: (800) 391-2000
4. Fax: (661) 473-7555

**TODA LA CORRESPONDENCIA DEBE SER MARCADA COMO:
“CONFIDENTIAL: TO BE OPENED BY THE DIRECTOR OF COMPLIANCE ONLY”**

INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA

Fecha:	Aviso que involucra la sospecha de fraude, despilfarro, o abuso de parte de un:	
Referido por: Nombre:	Título:	<input type="checkbox"/> Miembro
Departamento:	# de Teléfono:	<input type="checkbox"/> Proveedor

MIEMBRO
PROVEEDOR

Nombre del Miembro:	Nombre del Proveedor:
Número de Identificación del Miembro:	Tipo de proveedor:
Dirección:	# de Identificación del Proveedor:
Ciudad: Código Postal:	Dirección:
Fecha del servicio, si aplica:	Ciudad: Código Postal:
	Fecha del servicio, si aplica:
	Número de Identificación del Miembro, si aplica: Si varios Miembros están involucrados, favor de adjuntar una lista.

El MIEMBRO es sospechoso de Fraude, Despilfarro, o Abuso:

- Usa la identidad de otro individuo o documentación de elegibilidad de Medi-Cal para obtener servicios cubiertos.
- Vende, presta, o da la identidad de un Miembro o la documentación de elegibilidad para obtener servicios cubiertos.
- Deliberadamente da información falsa para obtener servicios.
- Usa un servicio cubierto para propósitos distintos a los propósitos para los cuales fue recetado, incluyendo el uso de tal servicio cubierto por un individuo que no sea el Miembro para quien se recetó o prestó el servicio cubierto.
- No reporta otra cobertura de salud.
- Vende o falsifica recetas.
- Abuso de Ambulancia, o uso excesivo de salas de emergencia.
- Compra ilegal de doctor y comportamiento de búsqueda de drogas.
- Otro (**por favor especifique en el siguiente espacio**)

El PROVEEDOR es Sospechoso de Fraude, Despilfarro, o Abuso:

- Presenta reclamos por servicios cubiertos que:
 - Son sustancial y demostrablemente superiores a los cargos usuales de cualquier individuo por dichos servicios cubiertos.
 - En realidad no proporcionó al miembro lo que presentó en el reclamo.
 - Exceden la cantidad que es médicamente necesaria;
 - Son facturados utilizando un código que resultaría en un pago mayor que el código que refleja el servicio cubierto.
 - Ya están incluidos en la tarifa de capitación.
 - Envía al Miembro una factura después de que Kern Family Health Care ha hecho un pago.
- Recibe, solicita u ofrece un soborno, pago, o reembolso por referir o por no referir a un Miembro.
- Son falsa certificación de la necesidad médica.
- Atribuyen un código de diagnóstico a un Miembro que no refleja la condición médica del miembro con el propósito de obtener un reembolso mayor.
- Son prácticas de prescripción cuestionable.
- Otro (**por favor especifique en el siguiente espacio**)