

Suspected Fraud or Abuse Referral Form/ Forma de Referencia para Reportar una Sospecha de Fraude o Abuso

Referred by/Referido por: Name/Nombre	Date/Fecha
--	------------

Title/Título

Department/Departamento

MEMBER

Member Name/Nombre del Miembro

Member ID/Número de Identificación del Miembro

Address/Domicilio

City, State, Zip/Ciudad, Estado, Código Postal

Date of service if applicable/Fecha de servicio si es aplicable

If multiple Members are involved, please attach a list. /Si hay varios miembros involucrados, por favor incluya una lista.

Suspected fraud or abuse:

- Using another person's identity or documentation of Medi-Cal eligibility to obtain services (unless such a person is an authorized person who is presenting such information to obtain covered services on behalf of a member).
- Presenting false information to government agencies in order to qualify or become eligible for Medi-Cal benefits.
- Selling, loaning or giving yours or another member's CenCal Health or Benefits Identification Card (BIC) to other people to obtain covered services through CenCal Health or other Medi-Cal covered benefits.
- Asking for or receiving a kickback, bribe or rebate as an incentive to receive or not receive covered services.
- Selling medications, durable medical equipment or other items obtained through your CenCal Health covered benefits.
- Other (please specify)

Sospecha de Fraude o Abuso:

- Utilizando la identidad de otra persona o la documentación de elegibilidad de Medi-Cal para obtener servicios (a menos que la persona está autorizada por el beneficiario de Medi-Cal y/o el miembro de CenCal Health para que lo represente).
- Presentando información falsa a las agencias gubernamentales con el fin de calificar o ser elegible para beneficios de Medi-Cal.
- Vender, prestar o dar de uno mismo o de otro miembro de CenCal Health o la Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC por sus siglas en inglés) a otras personas para que puedan recibir servicios a través de cualquier plan de salud de CenCal Health o de Medi-Cal.
- Solicitar o recibir una recompensa o soborno o un descuento (rebaja) como un incentivo para recibir o no recibir servicios cubiertos.
- Vender medicamentos, equipo médico u otros artículos obtenidos a través de CenCal Health.
- Otro (Por favor de especificar)

**Reminder: Please provide a description with details of the suspected Fraud Waste or Abuse (i.e. who, what, when).
Recordatorio: Por favor de proveer (escribir) una descripción con detalles de la sospecha de Fraude o Abuso (es decir, quién, qué y cuándo).**

Suspected Fraud or Abuse Referral Form - PAGE 2

Documentation (please attach):

- Claims data
- Medical records
- Complaint, appeal, or grievance
- UM reports
- Audit
- Other (please specify):

Other Relevant Information (please attach):

Are there any prior suspected fraud or abuse issues by this member, provider, pharmacy, other _____?:

1. No
 Yes. (please describe)

2. If yes, what was the outcome?

Please submit this form with all pertinent documentation to the Administration Department, attention: Compliance Coordinator. The Compliance Coordinator shall report as appropriate to local and state entities. If you do not receive an acknowledgement of receipt of this form within five (5) working days, please contact Compliance Coordinator at (805) 562-1023.

Compliance Tracking No.

Date Acknowledgement Sent