



**Unidad Antifraude
Programa Medicaid**

Referido de Alegación de Fraude o Abuso

Toda información que usted nos provea será manejada de forma confidencial.

| | | | |
|--|---|--------------------------|--|
| 1. Información del querellante (opcional): | | | |
| Nombre: | | | |
| Dirección: | | | |
| Ciudad: | | Estado: | |
| | | Código postal: | |
| Teléfono: | | Fax: | |
| | | Correo Electrónico: | |
| 2. Información sobre la persona, agencia, compañía, empleado u otro (s) que usted sospecha cometieron fraude o abuso. | | | |
| Nombre: | | | |
| Dirección: | | | |
| Ciudad: | | Estado: | |
| | | Código postal: | |
| Teléfono: | | Fax: | |
| | | Correo Electrónico: | |
| Escoja todas las que apliquen a la situación que interesa reportar: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Trabaja (por favor, indique el lugar de trabajo) | <input type="checkbox"/> | Está casado (a) (¿conoce el nombre del cónyuge?) |
| <input type="checkbox"/> | No vive en Puerto Rico | <input type="checkbox"/> | Falsificación de documentos |
| <input type="checkbox"/> | Posee negocios y/o propiedades (por favor, especifique) | <input type="checkbox"/> | Incluye dependientes que no viven con él o ella |
| <input type="checkbox"/> | Hace uso indebido de la tarjeta del Plan de Salud | <input type="checkbox"/> | Otro |
| Explique detalladamente en qué consiste la situación: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

De usted interesar comunicarse con nosotros puede llamarnos al (787) 765-2929 Ext.: 6722, 6725, 6727, 6719. Nuestro correo electrónico es: fraudemicaid@salud.pr.gov o por correo regular a:

**Unidad Antifraude
Programa Medicaid
Departamento de Salud
P.O. Box 70184
San Juan, P.R. 00936-8184**

