Formulario de denuncia de fraudes, desperdicios y abusos

Para denunciar presuntos fraudes, desperdicios y abusos, favor de llenar la información que se pide a continuación. Le rogamos que la información que aporte sea lo más detallada posible. Si los datos que se aportan están incompletos, a lo mejor nos sea imposible investigar el asunto por completo.

Sus datos (opcional)		
Nombre		Número de teléfono
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		
Datos del suscriptor (este es el titular de la póliza de seguro)		
Nombre		Número de teléfono
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de identificación del suscriptor		
Tipo de persona/compañía que sospecha de cometer un fraude o abuso		
Marque uno: ☐ Asegurado ☐ Proveedor de servicios médicos ☐ No estoy seguro		
Favor de indicar la dirección y los datos de contacto de la persona o la compañía que usted sospecha de cometer fraudes o abusos.		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Nombre y/o título y/o puesto		Número de teléfono
Favor de describir la actividad fraudulenta o abusiva en el mayor detalle posible. No deje de incluir la fecha del incidente.		
Documentación comprobatoria		
Si usted tiene documentación comprobatoria que desea presentar con su informe, favor de adjuntarla al formulario que esté enviando por fax o por correo.		
Información de contacto o para el envío		
Por teléfono: (505) 492-2058, extensión 156; o la línea telefónica gratis: 1-855-882-3903 **Por fax**: 1-866-231-1344 **Por correo**: True Health New Mexico, Attn: Compliance/FWA, P.O. Box 36719, Albuquerque, NM 87176		