



Formulario confidencial de denuncia de fraude, malversación y abuso

Por favor, use este formulario para indicarnos cualquier inquietud que tenga sobre fraude, malversación y abuso. Esta información será confidencial. Brinde toda la información que pueda.

Me preocupa que la siguiente persona, cuya dirección y teléfono aparecen debajo, esté haciendo algo fraudulento o abusivo.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): _____

Esta persona es...: (marque la casilla que corresponda)

Empleado ☐

Afiliado ☐

Proveedor ☐

Otro* ☐

Describa su preocupación. Adjunte más páginas si es necesario.

*Explique la relación entre la persona que está denunciando y CareSource o usted mismo.

Puede permanecer de forma anónima y no decirnos su nombre. Si no desea permanecer de forma anónima, bríndenos la siguiente información para que podamos comunicarnos con usted en caso de que necesitemos información adicional.

Su nombre: _____

Su dirección: _____

Su(s) teléfono(s): _____

Si tiene documentos que deberíamos revisar, adjúntelos o indíquenos dónde encontrarlos.

Para permanecer de forma anónima, envíe este formulario (y cualquier otro documento) por correo postal a:

CareSource
Attn: Special Investigations Unit
P.O. Box 1940
Dayton, OH 45401-1940
