

FORMULARIO PARA NOTIFICAR FRAUDE, DESPERDICIO, ABUSO O MALVERSACIÓN

Si usted sabe o sospecha de alguien ó varias personas que han cometido fraude, desperdicio, abuso o malversación relacionado con equipo, información falsa y/o cualquier otra modalidad de mal manejo de fondos públicos, por favor complete el Formulario Fraude, Desperdicio y Abuso (FWA).

Instrucciones: Complete la siguiente información e incluir documento referente a su denuncia, si aplica.

(1) **¿Desea permanecer anónimo?** Si su respuesta es “Sí”, no es necesario que complete la sección A “Información del denunciante”. En este caso, recuerde que la Administración de Seguros de Salud (ASES), no podrá contactarle en caso de necesitar información adicional respecto a su denuncia.

Sí (Siga a la sección B)

No

(2) **¿Desea mantener su información de contacto privada?** Si su respuesta es “Sí”, su información no será compartida fuera de la ASES.

Sí

No

Sección A- Información del denunciante

Es usted:

Denunciante

Representante autorizado

| | | |
|------------|---------|----------------|
| Nombre: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Teléfono: | Fax: | |

Sección B- Información del denunciado

Marque la opción que aplique:

Proveedor

Beneficiario

Empleado

| | | |
|--------------------------------|--|----------------|
| Nombre: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Teléfono: | Fax: | |
| Especialidad (si es proveedor) | Agencia donde labora el empleado (si aplica) | |

Sección C- Información del evento denunciado

- (1) ¿Es usted una víctima del alegado evento? Sí No
 (2) ¿Tiene usted evidencia para apoyar sus alegaciones? Sí No
 (3) ¿Está usted dispuesto a proveer la misma? Sí No
 (4) Identifique que tipo de evento está denunciando:

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| | Servicio(s) no necesario(s) | | Malversación de fondos |
| | Solicitud, soborno, reembolso | | Falsificación de reclamaciones |
| | Codificación “up-coding” | | Otro (especifique): |

(5) Describa brevemente una cronología de los hechos: *

- Dónde ocurrió
- Fechas
- Hechos y persona(s) involucrada(s)

* Si el espacio provisto no es suficiente, puede adjuntar páginas adicionales identificando la sección que le aplique ó la pregunta específica a la cual usted está proveyendo más información.

(6) Anejos: Especifique los archivos incluidos con la referencia. Si el caso está relacionado con la falsificación o malversación de fondos / elegibilidad, incluya información que sustente el caso. De no proveer información o documentación que sustente su denuncia, la misma podría verse atrasada ó detenida.

NOTA ACLARATORIA

Al someter este formulario, usted certifica que todas las declaraciones hechas, incluyendo las páginas adicionales y/o documentación de apoyo, son verdaderas, completas y correctas, según su conocimiento. Además, usted reconoce que hacer consciente e intencionalmente declaraciones, deliberada o materialmente falsas, ficticias o fraudulentas en este Formulario FWA es una ofensa criminal por la cual puede ser procesado.

No hay método de transmisión y almacenamiento de datos en un servidor de internet que sea 100% seguro. Sin embargo, la ASES mantiene una página virtual con medidas de protección aceptables y razonables para salvaguardar su información personal.

Como alternativa, puede dirigirse personalmente a la **Administración de Seguros de Salud (ASES)**, ubicada en la Urb. Caribe #1549 Calle Alda, San Juan, P.R. 00926-2712; o por correo electrónico al asesdenuncia@asespr.org; o correo regular, descargando el formulario que se encuentra en la página, al PO box 1955661, San Juan, P.R. 00919-5661, dirigido a la **Oficina de Cumplimiento**. Toda denuncia y documentación de apoyo recibida en la **ASES**, será confidencial.

La línea está disponible de L-V de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. llamando al (787) 522-0900.