



P.O. Box 459089  
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

## Formulario de remisión fraude, despilfarro y abuso

Considere que la siguiente información es confidencial. Sin embargo, al revelar su nombre, es posible que Centene Corporation o el Departamento de Seguros del Estado se comuniquen con usted para pedirle información adicional y que le pidan que declare.

Para enviar una remisión anónima, complete la información que aparece a continuación y envíela por correo a Tamela I. Perdue, Oficial de Cumplimiento en Sunshine Health, P.O. Box 459089, Fort Lauderdale, FL 33345-9089 o a Centene Corporation, Att.: Departamento de Cumplimiento, 7700 Forsyth Blvd., St. Louis, MO 63105. Si no desea permanecer en el anonimato, complete la siguiente información y envíela por correo electrónico a Tamela I. Perdue a [Compliancefl@Centene.com](mailto:Compliancefl@Centene.com).

Si tiene dudas sobre la presentación de la referencia al Oficial de Cumplimiento de Sunshine Health, envíe la información a Centene Corporation, Att.: Departamento de Cumplimiento. También puede llamar a la línea directa de la FWA al 1-866-685-8664 o a la línea directa de Cumplimiento de Centene/Sunshine Health al 1-800-345-1642.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Plan:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre del proveedor/miembro:**

---

**Identificación del proveedor/miembro (si está disponible):**

---

**Si es un proveedor, ¿qué tipo de proveedor/especialidad?**

---





**¿Cuál es la relación del informante con el proveedor/miembro?**

---

**¿Cuál es el posible problema de la FWA?**

---

**¿Cómo se enteró del posible problema?**

---

**¿Ha hablado del posible problema con alguien más?**

---

**En caso afirmativo, ¿con quién?**

---

**Si tiene alguna información adicional que pueda ser útil durante la investigación, indíquela a continuación:**

---