



纽约州医疗补助监察长办公室——医疗补助诈骗指控局 (BMFA)

800 North Pearl Street, Albany, NY 12204

电子邮件: BMFA@omig.ny.gov 电话: 877-873-7283 传真: 518-408-0480

指控日期: _____

您的资料: *我希望按以下方式处理:*

保密 (您的信息得到保密, 但医疗补助监察长办公室知道您的身份。这让医疗补助监察长办公室能联系到您, 以获取更多信息或澄清您的指控。)

匿名 (医疗补助监察长办公室——医疗补助诈骗指控局不会取得 / 得知个人信息)

姓名: _____

地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

电话: () _____ 电子邮件: _____ 医疗补助 ID 号码: _____

指控对象: 提供者 领取医疗补助者

姓名: _____ 提供者 ID / 执照号码 或 医疗补助 ID 号码 _____

地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

郡 / 县: _____ 出生日期: _____ 社会安全号码 _____

电话: () _____ 电子邮件: _____

指控内容: _____

