



**Kathy Hochul, Gouverneure**

**Frank T. Walsh, Jr., Inspecteur général pour Medicaid par intérim**

Bureau de l'Inspecteur général de Medicaid de l'État de New York - Bureau des allégations de fraude à Medicaid  
(BMFA) 800 North Pearl Street, Albany, NY 12204

Courriel : [BMFA@omig.ny.gov](mailto:BMFA@omig.ny.gov) Téléphone : 877-873-7283 FAX : 518-408-0480

Date de l'allégation : \_\_\_\_\_

**VOS INFORMATIONS :** *Je voudrais être pris(e) en considération de manière :*

CONFIDENTIELLE (Vos informations restent confidentielles, mais votre identité est connue par OMIG. Cela permet à OMIG de vous contacter pour obtenir des informations supplémentaires ou clarifier votre allégation.)

ANONYME (aucune information personnelle n'est fournie à ou connue d'OMIG-BMFA)

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_

Téléphone : (     ) \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

NUMÉRO D'IDENTIFICATION MEDICAID : \_\_\_\_\_

**L'ALLÉGATION EST CONTRE :**

le fournisseur

le bénéficiaire MEDICAID

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification ou de licence du fournisseur *ou* NUMÉRO  
D'IDENTIFICATION MEDICAID \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_

Comté : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_ Numéro de SS : \_\_\_\_\_

Téléphone : (     ) \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**ALLÉGATION :**

---

---

---

---

---

---

---

---