



الحاكم Kathy Hochul

Frank T. Walsh, Jr. القائم بأعمال المفتش العام لبرنامج Medicaid

مكتب ولاية نيويورك للمفتش العام لبرنامج Medicaid - مكتب ادعاءات الاحتيال في برنامج Medicaid (BMFA) 800 North Pearl Street Albany, NY 12204

البريد الإلكتروني: [BMFA@omig.ny.gov](mailto:BMFA@omig.ny.gov) الهاتف: 877-873-7283، فاكس: 518-408-0480

تاريخ الادعاء: \_\_\_\_\_

معلوماتك: أود أن اعتبر:

سري (يتم الحفاظ على خصوصية معلوماتك، ولكن هويتك تكون معروفة ل OMIG). يتيح ذلك ل OMIG الاتصال بك للحصول على معلومات إضافية أو توضيح لادعاءاتك.

مجهول (لا يتم تقديم أي معلومات شخصية / معروفة إلى OMIG-BMFA)

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ رمز تعريف MEDICAID \_\_\_\_\_

الادعاء ضد:  مقدم خدمة  متلقي MEDICAID

الاسم: \_\_\_\_\_ معرف مقدم الخدمة / رقم الترخيص أو معرف MEDICAID \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

المقاطعة: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

الادعاء:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---