

**GENERAL DE INSPECTOR DE LA OFFICINA DE MEDICAID DEL ESTADO DE NUEVA YORK
1-877-87FRAUD o 1-877-872-7283**

No. de Teléfono: (518) 402-1378

No. de Fax: (518) 486-7192

800 North Pearl Street, Albany, N.Y. 12204

Departamento de Alegaciones y Quejas

Formulario de Queja para Medicaid

Información de Reclamante:

Fecha _____

Nombre _____ Apellido _____

Domicilio (No. de Casa/Apto.) _____ Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Su domicilio de correo electrónico _____

No. de Teléfono _____

Si eres proveedor del seguro Medicaid: Número de identificación _____

Si eres recipiente del seguro Medicaid: Número de la tarjeta de Medicaid _____

Número del caso _____

Detalles de la Queja:

Queja Contra Un Proveedor de Seguro Medicaid:

Nombre de Proveedor o Facilidad _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Identificación de Proveedor (Si se sabe) _____

No. de Teléfono _____

Queja Contra Un Cliente de Seguro Medicaid:

Nombre del Cliente _____ Apellido _____

Domicilio (N de Casa/Apto.) _____ Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. de Teléfono _____

Número de la tarjeta de Medicaid _____ Número del caso _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (Mes / Año / Día) _____