

COMPROMISO PARA EVITAR ABUSO Y FRAUDE

Certifico que entiendo y estoy de acuerdo, que después de haber sido orientado sobre prevención de **abuso y fraude a Medicare** y otros planes médicos en el desarrollo de mis tareas como miembro de la Facultad Médica, debo **evitar el abuso y fraude a Medicare**.

Si en forma intencional o involuntaria incurro en abuso y/o fraude, violando las normas establecidas de **Mayagüez Medical Center**, entiendo plenamente que me someteré a las acciones administrativas legales establecidas por el Hospital de acuerdo con los requerimientos del Programa Federal de **Medicare**.

Firma

Nombre del Médico (letra de molde)

Fecha