



## ¿QUÉ AUDITAMOS? PARTE 2

Durante una auditoría los documentos y expedientes médicos proporcionados se comparan con las reclamaciones y cualquier otra información sometida por el Proveedor.

### PERFIL DEL PROVEEDOR

- Se coteja que el proveedor que sometió la reclamación sea la misma persona que ofreció el servicio médico al paciente.
- Se examinan las credenciales del proveedor (licencia, certificación profesional o acreditaciones, certificado DEA, CDS, certificación de placa, seguro de mala práctica, o seguro de responsabilidad civil profesional).
- Se ratifica que el proveedor no haya sido excluido de participar en los programas de Medicare y Medicaid; es decir que no se encuentre en La Lista de Individuos y Entidades Excluidas (LEIE, por sus siglas en inglés) por la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (OIG-HHS, por sus siglas en inglés) o en la Lista de Partes Excluidas (EPLS, por sus siglas en inglés) publicada por La Administración de Servicios Generales de los Estados Unidos (GSA, por sus siglas en inglés).
- Se revisa la información de la oficina del proveedor (dirección física, postal, email, teléfonos).
- Se confirman las operaciones de la oficina en tiempos regulares (horarios de servicio y modalidad: presencial o telemedicina).
- Se corrobora que en tiempos de vacaciones, enfermedad o emergencia del proveedor, si la oficina se mantuvo operando y no la cerró, que el médico participante de FHC haya designado a un médico suplente para cubrir sus servicios y haya sometido sus reclamaciones utilizando el modificador Q5 (*Service furnished by a substitute physician under a reciprocal billing arrangement*) según notificado en la carta informativa PRO-1-2020-05-01 disponible en la página web de FHC.
- Se valida que no le haya cobrado “cargos sorpresa” al asegurado. Un cargo sorpresa es cuando se cobra la diferencia o el balance entre la tarifa acordada en su contrato y la tarifa de sus servicios sin plan médico.
- Se verifica que no le haya cobrado al asegurado el copago si los servicios fueron por telemedicina.
- Se constata que cualquier cargo por cita perdida o cancelación haya sido aplicado por igual a todos sus pacientes de acuerdo con el Medicare Managed Care Manual Chapter 4 - Benefits and Beneficiary Protections Section 50.5. Es decir que haya cobrado la misma cantidad al paciente que no cumplió con su política de cancelaciones, sin distinción del plan médico que el paciente pudiera tener (Comercial, Medicare, Medicaid o ninguno).