



## ¿DE QUÉ SON LAS AUDITORÍAS?

Las auditorías a los proveedores pueden surgir del análisis de reclamaciones, por referidos internos de los diferentes departamentos de FHC, o referidos externos que pueden incluir, pero no se limitan a: peticiones del plan Medicare Advantage, quejas de los pacientes, proveedores informantes, reportes publicados por agencias reguladoras, alertas de fraude, noticias en los medios de comunicación y otras fuentes públicas. Todas estas razones pueden dar comienzo a uno de las siguientes tipos de investigación:

### CUMPLIMIENTO

FHC tiene un Programa de Cumplimiento efectivo para prevenir, detectar y corregir el fraude, el desperdicio y el abuso, así como velar el cumplimiento de las regulaciones federales y estatales. El Departamento de Cumplimiento de FHC realiza auditorías con el objetivo de determinar si los proveedores cumplen con los requisitos de documentación de Medicare para los servicios de salud mental que facturan. Esto en conformidad con las medidas requeridas por la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos ([OIG-HHS](#), por sus siglas en inglés) que ha encontrado en sus propias auditorías que Medicare ha pagado indebidamente millones de dólares por servicios de salud mental.

### CALIDAD

FHC tiene un Programa de Mejora de la Calidad (QIP, por sus siglas en inglés) que promueve mediciones objetivas y sistemáticas de los servicios ofrecidos para garantizar la prestación de servicios de la más alta calidad. El QIP incluye, pero no se limita a, la supervisión de medidas de calidad clínicas y no clínicas, tales como el [Programa de 5 Estrellas Medicare Advantage](#) y las medidas de Healthcare Effectiveness Data and Information Set ([HEDIS](#)<sup>®</sup>, por sus siglas en inglés). Estos estándares los puede encontrar en la [Guía Rápida HEDIS](#)<sup>®</sup> disponible en la página web de FHC.

### MANEJO DE PRIMAS

Bajo el programa Medicare Advantage (MA), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) realizan pagos mensuales a las organizaciones MA de acuerdo con un [sistema de ajuste de riesgo](#) que depende del estado de salud de cada afiliado. Para determinar el estado de salud de los afiliados, CMS depende de las organizaciones MA para recopilar códigos de diagnóstico de las facturas de los proveedores y enviarlos a CMS. MCS realiza un proyecto anual de revisión de expedientes con el propósito de validar que los diagnósticos estén debidamente sustentados en la documentación del expediente médico del paciente, asegurando la integridad y exactitud de la información sometida a CMS y corroborando los perfiles de salud de sus asegurados.