



**Fraude, Despilfarro y Abuso
Medicare Parte C y D**
Departamento de Cumplimiento
2016

Desarrollado por los Centros de servicios Medicare y Medicaid
(CMS)

¿Por qué necesito adiestramiento?

Cada año, millones de dólares se mal gastan debido al fraude, despilfarro y abuso. Esto afecta a todo el mundo.

Incluyéndote a TI

Este adiestramiento te ayudará a detectar, corregir y prevenir el fraude, despilfarro y abuso.

Tú eres parte de la solución

Objetivos

- Cumplir con el requisito reglamentario para adiestramiento y educación.
- Proveer información sobre el alcance del fraude, despilfarro y abuso.
- Explicar la obligación de toda persona a detectar, prevenir y corregir el fraude, despilfarro y abuso.
- Proveer información sobre cómo reportar fraude, despilfarro y abuso.
- Proveer información sobre las leyes relacionadas al fraude, despilfarro y abuso.

Requerimientos

- Estatuto, regulaciones y políticas que rigen los Programas Medicare, Parte A, B, C y D.
- Contratistas de las Parte C y Parte D, deben tener un programa de cumplimiento efectivo, el cual incluya medidas para prevenir, detectar y corregir incumplimiento con Medicare, así como medidas para prevenir, detectar y corregir el fraude, despilfarro y abuso.
- En adición, contratistas deben tener un adiestramiento efectivo para empleados, gerentes y directores, así como para los *first tier, downstream y related entities*.

(42 C.F.R. §422.503 and 42 C.F.R. §423.504)

¿Dónde me acoplo yo?

- Como una persona que provee servicios de salud o servicios administrativos a asegurados Parte C o Parte D, **que usted es:**
 - Empleado de aseguradora (plan médico) de Part C o D
 - *First Tier Entity*
 - Ejemplos: PBM, Compañía de Procesar Reclamaciones, Agencia de Ventas Contratadas
 - *Downstream Entity*
 - Ejemplo: Farmacias
 - *Related Entity*
 - Ejemplo: Entidad que tiene en común una propiedad o control de una aseguradora (plan médico) Parte C/D

¿Cuáles son mis responsabilidades como empleado o persona que provee de servicios de salud y administrativos en el Programa Parte C y D?

- Eres una parte vital de los esfuerzos para prevenir, detectar y reportar incumplimiento a Medicare, así como posible fraude, despilfarro y abuso.
 - PRIMERO usted está obligado a cumplir con todos los requisitos aplicables, regulaciones y otros requisitos de Parte C o Parte D, incluyendo adoptar e implementar un Programa de Cumplimiento efectivo.
 - SEGUNDO usted tiene un deber con el Programa de Medicare, de reportar cualquier violación de las leyes que usted debe tener en cuenta.
 - TERCERO usted tiene el deber de seguir el Código de Conducta de su organización que promueve su compromiso y el de su organización para estándares de conducta y normas éticas de comportamiento.

Programa de Cumplimiento Efectivo

- Es esencial el prevenir, detectar y corregir incumplimiento a Medicare, como también el fraude, despilfarro y abuso.
- Debe, como mínimo, incluir el requerimiento del Programa de Cumplimiento, 7 elementos. (42 C.F.R. §422.503 and 42 C.F.R. §423.504)

Prevención

¿Cómo puedo prevenir el Fraude, Despilfarro y Abuso?

- Asegúrese de que usted está al día con las leyes, regulaciones y políticas.
- Asegúrese de coordinar con otros pagadores.
- Asegurar que datos/facturación, ambos son precisos y puntuales.
- Verificar la información proporcionada a usted.
- Estar en la búsqueda de actividad sospechosa.

Políticas y Procedimientos

Cada aseguradora (plan médico), *first tier*, *downstream* y *related entity* debe tener implementadas políticas y procedimientos para el fraude, despilfarro y abuso. Estos procedimientos deben ayudarle a detectar, corregir y prevenir el fraude, despilfarro y abuso.

Asegúrese de que está familiarizado con las políticas y procedimientos de su entidad.

Detección

¿Qué es Fraude, Despilfarro y Abuso?

- Con el fin de detectar el fraude, despilfarro y abuso, usted necesita conocer la Ley

Fraude Criminal

- Ejecutar a sabiendas e intencionalmente, o tratar de ejecutar, un esquema o artificio para defraudar a cualquier programa de beneficios de cuidado de la salud; o de obtener, mediante pretensiones falsas o fraudulentas, representaciones o promesas, dinero o propiedad, o bajo la custodia o el control de cualquier programa de beneficios de cuidado de salud.

18 United States Code §1347

¿Qué significa esto?

Presentar intencionalmente información falsa al Gobierno o a un contratista del Gobierno, con el fin de obtener dinero o un beneficio.

Despilfarro y Abuso

- Solicitando el pago de artículos y servicios cuando no hay ningún derecho a pago. A diferencia de fraude, el proveedor no tiene conocimiento y/o intención de tergiversar los hechos para obtener el pago.

Diferencias Entre Fraude, Despilfarro y Abuso

- Hay diferencias entre fraude, despilfarro y abuso. Una de las principales diferencias es la intención y el conocimiento.
- Fraude requiere que la persona tenga la intención de obtener el pago y el conocimiento que sus acciones están incorrectas.
- Despilfarro y abuso puede implicar la obtención de un pago indebido, pero no requiere la intención y el conocimiento mismo.

Reportar Fraude, Despilfarro y Abuso

- No se preocupe sobre si es fraude, despilfarro o abuso
- Sólo reporte cualquier preocupación a su Departamento de Cumplimiento o Departamento de Cumplimiento de su aseguradora (plan médico)
- El Departamento de Cumplimiento de su aseguradora (plan médico) investigará y tomará la determinación adecuada

Indicadores de un Potencial Fraude, Despilfarro y Abuso

Ahora que conoces lo que es fraude, despilfarro y abuso, usted necesita ser capaz de reconocer los signos de alguien que está cometiendo fraude, despilfarro o abuso.

Indicadores de un Potencial Fraude, Despilfarro y Abuso (cont.)

- Las siguientes diapositivas presentan problemas que pueden ser potenciales de despilfarro, fraude o abuso.
- Cada diapositiva ofrece áreas para mantener vigiladas, dependiendo de su rol como aseguradora (plan médico), farmacia u otra entidad que este envuelta en los programas de la Parte C y/o la Parte D.

Indicadores Claves:

Posibles situaciones de Beneficiarios

- ¿La receta parece alterada o posiblemente falsificado?
- ¿Se han despachado numerosas recetas idénticas para este beneficiario, posiblemente de médicos diferentes?
- ¿La persona que recibe el servicio/recoge la receta, es el beneficiario real (robo de identidad)?
- ¿Es la receta adecuada, basada en otras recetas del beneficiario?
- ¿El historial clínico del beneficiario es compatible con los servicios que solicita?

Indicadores Claves:

Posibles situaciones de Proveedores

- ¿El proveedor prescribe para diversas drogas o principalmente sólo para sustancias controladas?
- ¿Las recetas del proveedor son adecuadas para la condición de salud del asegurado, (medicamente necesario)?
- ¿El proveedor prescribe una cantidad mayor que la médicamente necesaria para la condición?
- ¿El proveedor realiza servicios innecesarios para el asegurado?

Indicadores Claves:

Posibles situaciones de Proveedores (cont.)

- ¿El diagnóstico del proveedor para el asegurado, está apoyado en el expediente médico?
- ¿El proveedor facturó a la aseguradora (plan médico) por servicios no prestados?

Indicadores Claves:

Posibles situaciones de Farmacia

- ¿Los medicamentos dispensados están caducados, son falsos, diluidos o ilegales?
- ¿Ves recetas alteradas (cantidades cambiadas o dispensar según escrito)?
- ¿Se han hecho provisiones adecuadas por si la receta no pudo ser despachada en su totalidad (no cargos adicionales para restantes de recetas)?
- ¿Proveen los medicamentos genéricos cuando la receta requiere que se despache el medicamento de marca?

Indicadores Claves:

Posibles situaciones de Farmacia (cont.)

- ¿El PBM factura recetas que no han sido despachadas o recogidas?
- ¿Los medicamentos han sido desviados (drogas para hogares de ancianos, hospicio, etc. son enviados a otros lugares)?

Indicadores Claves:

Posibles situaciones de Distribuidores

- ¿El **distribuidor** de medicamentos, está distribuyendo medicamentos falsos, diluidos, caducados o importados ilegalmente?
- ¿El **distribuidor** desvía medicamentos para hogares de ancianos, hospicios y clínicas de SIDA, luego de marcar los precios, a otros mayoristas más pequeños o a las farmacias?

Indicadores Claves:

Posibles situaciones del Manufacturero

- ¿El fabricante promueve el uso de medicamentos fuera de etiqueta?
- ¿El manufacturero proporciona muestras, sabiendo que las muestras serán cobradas a un programa federal de salud?

Indicadores Claves:

Posibles situaciones de la aseguradora (plan médico)

- ¿La aseguradora (plan médico) ofrece incentivos en efectivo para que los beneficiarios se unan al plan?
- ¿La aseguradora (plan médico) lleva al beneficiario a creer que el costo de las prestaciones son un precio, sólo para que el beneficiario encuentre que los costos reales son mayores?
- La aseguradora (plan médico) utiliza agentes sin licencia?
- ¿La aseguradora (plan médico) fomenta/soporta riesgo inadecuado al ajustar las presentaciones?

¿Cómo Reportar Fraude, Despilfarro o Abuso?

Reportando Fraude, Despilfarro y Abuso

- Se requiere que toda persona reporte casos sospechosos de posible casos de fraude, despilfarro y abuso.
- El Código de Conducta y Ética de su aseguradora (plan médico) debe establecer claramente esta obligación.
- Las aseguradora (plan médico) no tomarán represalias contra usted por hacer un esfuerzo de buena fe en reportar.

Reportando Fraude, Despilfarro y Abuso (cont.)

- Todo aseguradora (plan médico) de MA-PD y PDP se le requiere tener un mecanismo implementado para casos potenciales de fraude, despilfarro o abuso, que pueda ser reportada por empleados, *first tier, downstream y related entities*.
- Cada aseguradora (plan médico) debe poder aceptar denuncias anónimas y no puede tomar represalias contra usted por informar.
- Revise los materiales de su aseguradora (plan médico) para las formas de reportar un fraude, despilfarro y abuso.
- En caso de duda, llame a la línea directa de fraude, despilfarro y abuso del MA-PD o PDP o al Departamento de Cumplimiento.

Corrección

Corrección

- Una vez detectado un fraude, despilfarro o abuso, debe corregirse inmediatamente.
- Corregir el problema ahorra dinero al Gobierno y asegura que se están cumpliendo los requisitos de CMS.

¿Cómo corregir problemas?

- Una vez que se han identificado los problemas, hay que desarrollar un plan para corregir el problema.
- Consulte a su Oficial de Cumplimiento o funcionario encargado del cumplimiento de su aseguradora (plan médico) para saber el proceso para el desarrollo del plan de acción correctiva.
- El plan actual va a variar, dependiendo de las circunstancias específicas.

Leyes que necesita saber

Leyes

- Las siguientes diapositivas proporcionan información de muy alto nivel sobre leyes específicas.
- Para obtener más información sobre las leyes específicas, tales como las disposiciones de ***safe harbor***, consulte el estatuto aplicable y las regulaciones relacionadas a la ley.

Fraude Civil

Ley de Reclamaciones Falsas

(Civil False Claims Act)

Prohíbe:

- Presentar una reclamación falsa para pago o aprobación;
- Hacer o usar un registro falso o una declaración en apoyo de una reclamación falsa;
- Conspiración para violar “False Claims Act”;
- Certificar falsamente el tipo/cantidad de propiedad para ser utilizada por el Gobierno;
- Certificar recibo de propiedad sin saber si es cierto;

Fraude Civil

Ley de Reclamaciones Falsas (cont.)

Prohíbe:

- Compra de propiedad de un oficial de Gobierno no autorizado; y
- A sabiendas ocultar o a sabiendas e impropriamente evitando o disminuyendo la obligación de pagar al Gobierno.

31 United States Code § 3729-3733

Ley de Reclamaciones Falsas Daños y Penalidades

Los daños pueden ser triplicados. Penalidad civil de dinero entre \$5,000 y \$10,000 por cada reclamación.

Penalidades de Fraude Criminal

- Si es declarado culpable, el individuo deberá ser multado, encarcelado, o ambos.
- Si las violaciones resultaron en la muerte, el individuo puede ser encarcelado por cualquier término de años o de por vida, o ambos.

18 United States Code §1347

“Anti-Kickback Statute”

Prohíbe:

- A sabiendas e intencionalmente solicitar, recibir, ofrecer o pagar remuneraciones (incluyendo cualquier **recompensa**, soborno o reembolso) por referidos para servicios que se pagan en su totalidad o en parte bajo un programa de salud federal (que incluye el programa de Medicare)

42 United States Code §1320a-7b(b)

“Anti-Kickback Statute” Penalidades

Multa de hasta \$25,000, prisión hasta cinco 5 años, o multa y prisión.

Stark Statute (Physician Self-Referral Law)

- Prohíbe a un médico de hacerse un referido a ciertos servicios de salud designados para una entidad en la que el médico (o un miembro de su familia) tiene un interés de propiedad e inversión o con el que él o ella tiene un acuerdo de compensación (aplica excepciones).

42 United States Code §1395nn

“Stark Statute”

Daños y Penalidades

- Reclamaciones de Medicare viciadas por un acuerdo que no cumplen con la Ley *Stark* y por ende, no serán pagadas.
- Hasta una multa de \$ 15,000 por cada servicio prestado.
- Hasta una multa de \$100,000 por entrar en un acuerdo o esquema.

Exclusión

- No se puede hacer un pago del Programa Federal de Salud para cualquier artículo o servicio ofrecido, ordenado o prescrito por un individuo o entidad excluida por la Oficina del Inspector General.

42 U.S.C. §1395(e)(1), 42 C.F.R. §1001.1901

Health Insurance Portability and Accountability (HIPAA) Act of 1996 (P.L.104-191)

- Crear un mayor acceso al seguro de cuidado de salud, protección de la privacidad de los datos de cuidado de salud y promover la estandarización y eficiencia en la industria del cuidado de la salud.
- Medidas de seguridad para impedir el acceso no autorizado a información de salud protegida.
- Como una persona que tiene acceso a la información de salud protegida, usted es responsable de adherirse a la ley HIPAA.

Consecuencias

Consecuencias de Cometer Fraude, Despilfarro o Abuso

- Los siguientes son potenciales penalidades. La consecuencia actual depende de la violación.
 - Sanciones civiles monetarias
 - Condena penal/multas
 - Enjuiciamiento Civil
 - Encarcelamiento
 - Pérdida de licencia el proveedor
 - Exclusión de Programas de Cuidado de Salud Federales

Algunas Leyes Estatales Principales

- Ley 230 de la Oficina del Comisionado de Seguros
 - ✓ Requiere que las compañías de seguros adopten un plan de acción para detectar, prevenir y combatir el fraude en los seguros.
- Ley 10 de la Oficina del Comisionado de Seguros
 - ✓ Otorga inmunidad civil a aquellos individuos que, por un acto de buena fé, informen actos fraudulentos dentro del negocio de los seguros a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico y cualquier otra agencia de orden público.
- La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)
 - ✓ Requiere que las compañías de seguros de salud implementen un programa de fraude, abuso y despilfarro para Medicaid y beneficiarios duales (Classicare Platino)

Escenario #1

- Una persona va a su farmacia a llevar una receta para un beneficiario, él cual es un cliente regular. La receta es de una sustancia controlada con una cantidad de 160. El beneficiario normalmente recibe una cantidad de 60, no de 160. Usted revisa la receta y tiene dudas sobre un posible falsificación.

¿Cuál es tu próximo paso?

Escenario #1

- A. Despacha la receta para 160
- B. Despacha la receta para 60
- C. Llama al médico para verificar la cantidad
- D. Llama al Departamento de Cumplimiento de su aseguradora (plan médico).
- E. Llama a ASSMCA

Escenario #1 Respuesta

Respuesta: C

Llamar al médico para verificar la cantidad

- Si el suscriptor verifica que la cantidad debe ser 60 y no 160, el siguiente paso debe ser llamar inmediatamente a la línea directa de cumplimiento de la aseguradora (plan médico). La aseguradora (plan médico) proveerá los próximos pasos.

Escenario #2

- Su trabajo es someter los diagnósticos de riesgos a CMS para propósitos de pago. Como parte de este trabajo tiene que verificar, a través de cierto proceso, que la data es certera. Su supervisor inmediato le dice que ignore el proceso de su aseguradora (plan médico) y ajuste/añada los códigos de diagnósticos de riesgos para ciertos individuos.

¿Qué usted va a hacer?

Escenario #2

- A. Hacer lo que pide su supervisor inmediato
- B. Reporte el incidente al Departamento de Cumplimiento (vía la línea de cumplimiento u otro mecanismo)
- C. Discutir su preocupación con su supervisor inmediato
- D. Contactar a la agencia pertinente

Escenario #2 Respuesta

Respuesta: B

Reporte el incidente al Departamento de Cumplimiento (vía la línea de cumplimiento u otro mecanismo)

- El Departamento de Cumplimiento es responsable de investigar y tomar la acción correspondiente. Su aseguradora (plan médico)/supervisor NO puede intimidarte o tomar represalias sobre usted por reportar de buena fe una posible situación de fraude, abuso o despilfarro.

Escenario #3

- Usted está a cargo de pago de reclamaciones sometidas por los proveedores. Observa que cierto proveedor (“Doe Diagnostics”) ha solicitado un pago sustancial para un gran número de asegurados. Muchas de estas reclamaciones son para un determinado procedimiento. Usted revisa el mismo tipo de procedimiento para otros proveedores con estos diagnósticos y se da cuenta que estas reclamaciones de “Doe Diagnostics”, exceden las de cualquier otro proveedor que usted ha revisado.

¿Qué usted hará?

Escenario #3

- A. Llamar a “Doe Diagnostics” y solicitar información adicional de las reclamaciones
- B. Consultar con su supervisor inmediato para el siguiente paso
- C. Contactar al Departamento de Cumplimiento
- D. Rechazar las reclamaciones
- E. Pagar las reclamaciones

Escenario # 3 Respuesta

Respuestas B o C

Consultar con su supervisor inmediato para el siguiente paso

o

Contactar el Departamento de Cumplimiento

Cualquiera de estas respuestas sería aceptable. No quiera ponerse en contacto con el proveedor. Esto puede poner en peligro la investigación. Ni quiera pagar o rechazar las reclamaciones hasta que otras discusiones con su supervisor o al Departamento de cumplimiento hayan ocurrido, incluyendo si es necesaria documentación adicional.

Escenario #4

- Está realizando un inventario regular de las sustancias controladas en la farmacia. Descubre una discrepancia menor en el inventario.

¿Qué debe hacer?

Escenario #4

- A. Llamar a AMSSCA/DEA
- B. Realizar otra revisión
- C. Contactar su Departamento de Cumplimiento
- D. Discutir sus inquietudes con su supervisor
- E. Seguir los procedimientos de su farmacia

Escenario #4 Respuesta

Respuesta E

Seguir los procedimientos de su farmacia

Ya que se trata de una discrepancia menor en el inventario, no se requiere notificar a AMSSCA/DEA. Usted debe seguir los procedimientos de su farmacia para determinar los siguientes pasos.

Favor de completar el acuse de
recibo
Gracias!

mente sana.
vida plena.

FHC First
Healthcare