

FRAUDE: intencionalmente someter información falsa al gobierno o a cualquier programa de beneficios de cuidado de la salud que reciba fondos del gobierno.

DESPILFARRO: sobre utilización o mal uso de los recursos de Medicare y Medicaid.

ABUSO: prácticas que resultan en costos innecesarios a Medicare y Medicaid.

Fraude, Despilfarro y Abuso (FWA, siglas en inglés)

Durante sus carreras profesionales, los proveedores de salud se encuentran con 3 tipos de relaciones de negocios que pueden levantar sospechas de fraude, despilfarro, y abuso:

1. Relación con los pagadores

Cuando un proveedor de salud somete una reclamación de pago por servicios brindados a un paciente de Medicare o Medicaid, está sometiendo una factura al gobierno federal y certificando que se merece el pago solicitado porque cumplió con todos los requisitos de facturación y necesidad médica establecidos por CMS. Cualquier reclamación sometida incorrectamente representa un intento de recibir un pago ilegal de parte del gobierno federal y puede constituir FWA, independientemente de que la persona haya, o no, tenido el conocimiento de que la reclamación era falsa.

2. Relación con colegas y otros proveedores de salud

Referidos excesivos para pruebas diagnósticas, laboratorios, equipos médicos, y/o terapias o tratamientos que le pueden ocasionar costos innecesarios al gobierno federal y exponer al paciente a daños por servicios innecesarios pueden constituir FWA.

3. Relación con suplidores

Beneficio personal para el proveedor, como por ejemplo una compensación monetaria, una reducción en los costos de los suplidos que compra para su oficina, o inclusive una certificación de horas de educación continua, a cambio de prescribir un medicamento, suplido o equipo médico en particular puede constituir FWA.

Boletín de Cumplimiento

Algunos ejemplos de reclamaciones

incorrectas son:

- **Facturar servicios innecesarios** según las determinaciones de cubierta de CMS.
- **Facturar por servicios ofrecidos por un empleado no cualificado.** Por ejemplo:
 - facturar servicios ofrecidos por estudiantes practicantes a nombre de un proveedor licenciado.
 - facturar servicios ofrecidos por un profesional no-credencializado a nombre de otro proveedor.
- **Un-bundling:** Facturar servicios de manera separada, cuando estos se encuentran dentro de una tarifa global.

Por ejemplo facturar un servicio de evaluación y manejo (E/M) en combinación con una psicoterapia, cuando el servicio ofrecido al paciente ha sido sólo de E/M que incluye un componente de consejería, apoyo, y coordinación de cuidado.
- **Upcoding:** Facturar un código de servicio mayor al código de servicio aplicable, según la documentación del expediente médico. Por ejemplo
 - facturar una psicoterapia de 60 minutos cuando la sesión cara-a-cara con el paciente duró 52 minutos. El CPT aplicable en este caso es el de psicoterapia de 45 minutos, según las definiciones del Manual de CPT.
 - facturar un E/M de 15 minutos para un paciente estable que fue a buscar una receta para sus medicamentos. El código aplicable en este caso es un E/M de 10 minutos.
- **Facturar por servicios que no ha ofrecido.**

Recuerde que un servicio que no está documentado, es igual a un servicio que no se ofreció. Una buena documentación del expediente médico, asegura que sus pacientes reciban el mejor cuidado posible de parte suya y de cualquier otro proveedor que necesite evaluar el historial médico del paciente; pero también le ayuda a contestar cualquier señalamiento hecho por el pagador sobre la integridad de los servicios facturados.