

1804-002

Aprobado: 25 de abril de 2018

VÍVELO

VERDE

Adiestramiento de Fraude, Abuso y
Despilfarro

Departamento de Cumplimiento



Fraude, Abuso y Despilfarro

Un serio problema que necesita de su atención

Aunque no existe una estadística precisa de fraude en salud, los intentos de abusar de los programas de salud federal y privados pueden costarle a los contribuyentes billones de dólares mientras ponen en riesgo la salud y el bienestar de los beneficiarios.

Para combatir el fraude, abuso y despilfarro (FWA), debe saber cómo proteger a **MCS** y a nuestros socios de negocio de prácticas abusivas y/o violaciones a las leyes civiles y/o criminales.

Luchar contra el FWA es responsabilidad de TODOS!!!!

Objetivos

- Definir fraude, abuso y despilfarro;
- Conocer sobre las leyes y regulaciones locales y federales) que apliquen en casos de FWA;
- Conocer las consecuencias y penalidades aplicables;
- Conocer sobre esquemas y casos relacionados a FWA;
- Conocer sobre las Agencias (Locales y federales) involucradas en asuntos de FWA.
- Identificar métodos para PREVENIR, DETECTAR, REPORTAR y CORREGIR FWA;
- Comprender la responsabilidad de los empleados de MCS, sus afiliados, contratistas y entidades delegadas “FDR” con el Programa de FWA de MCS.

¿Que es Fraude, Abuso y/o Despilfarro?

Fraude

Es ejecutar o intentar ejecutar intencionalmente, un esquema para defraudar cualquier programa de beneficios de salud o para obtener, por medio representaciones, falsas pretensiones o promesas cualquier dinero o propiedad poseída, custodiada o controlada por cualquier programa de beneficios de salud.

Solicitar, recibir, ofrecer y/o pagar a sabiendas, una remuneración para inducir o recompensar por referidos desembolsados por los programas federales de cuidado de salud.

Realizar referidos prohibidos para ciertos servicios designados de salud. En otras palabras, fraude es someter intencionalmente información falsa al contratista del gobierno para obtener dinero o beneficios.

Definiciones (cont.)

Abuso

Incluye acciones que pueden directa o indirectamente, resultar en costos innecesarios para el Programa de Medicare.

El abuso envuelve pagos por artículos y/o servicios cuando no existe derecho legal sobre dicho pago. Se entiende que el proveedor **NO** ha falsificado los hechos con intención o conocimiento para obtener dichos pagos.

Despilfarro

Sobreutilización de servicios, u otras prácticas que, directa o indirectamente, resultan en costos innecesarios para el Programa de Medicare.

Generalmente se considera que el despilfarro **NO** es causado por acciones criminales negligentes, sino por el mal uso de los recursos.

Chapter 21, Section 20 of the CMS Medicare Managed Care Manual and Chapter 9 of the Prescription Drugs Benefit Manual.

Diferencias entre Fraude, Abuso y Despilfarro



Aunque no podemos diferenciar categóricamente el fraude, el abuso y el despilfarro, existen características en cada una de las modalidades.

- La principal característica es la **intención** y el **conocimiento**. Para que exista **fraude** debe existir una **intención** de obtener un pago y el **conocimiento** de que las acciones son erróneas.
- En cambio, aunque el **abuso** y el **despilfarro** podrían generar costos innecesarios al programa de Medicare mediante pagos inapropiados, éstos no conllevan el mismo nivel de **intención** y **conocimiento**.

Algunos Ejemplos

FRAUDE



- Facturar con conocimiento servicios o artículos que no fueron provistos; incluyendo facturar a Medicare o al Plan Médico por visitas que el paciente programó pero a las que no pudo asistir;
- Facturar recetas inexistentes;
- Alterar con conocimiento reclamaciones, récords médicos, o recibos para obtener pagos más altos.

ABUSO



- Facturar sin intención servicios médicos innecesarios;
- Facturar sin intención por medicamentos de marca cuando medicamentos genericos son despachados.
- Cobrar sin intención cantidades excesivas por servicios y/o suplidos;
- Utilizar sin intención de forma incorrecta códigos en las reclamaciones (por ejemplo: *upcoding* o *unbundling*).

DESPILFARRO



- Realizar visitas excesivas al médico o sala de emergencia o realizar prescripciones excesivas;
- Prescribir cantidades adicionales de medicamentos a las necesarias para tratar una condición específica;
- Ordenar en exceso pruebas de laboratorios.

Leyes Federales Aplicables

FALSE



Ley de Reclamaciones Falsas (*False Claim Act or FCA*)



Estatuto Anti-Sobornos (*Anti-Kickback Statute*)



Stark Statute (*Physician Self-Referral Law*)



Estatuto Criminal de Fraude en Servicios de Salud (*Criminal Health Care Fraud Statute*)



Ley de Incentivos al Beneficiario (*Beneficiary Inducement Law*)

Ley de Reclamaciones Falsas

La Ley de Reclamaciones Falsas es una ley federal que impone cargos civiles a cualquier persona que con conocimiento:

- Conspire para violentar la FCA;
- Lleva a cabo otros actos para obtener propiedades del Gobierno a través de falsas representaciones;
- Oculta o con conocimiento e impropia evita o reduce su obligación de pagar al gobierno;
- Hace o usa un récord o declaración falsa para la aprobación de un pago.

CASO 1

- Un Plan Médico en Florida contrató a una compañía externa que se dedicaba a revisar expedientes médicos para identificar diagnósticos adicionales que pudieran someterse a CMS para incrementar los pagos de prima. Esta compañía alertó al Plan Médico de que algunos códigos de diagnósticos que habían sometido previamente a CMS no se encontraban documentados o sustentados en los récords médicos.
- Al no reportarlo a CMS, la compañía tuvo que pagar multas ascendentes a \$22.6 millones.

PENALIDADES

- Cualquier persona que, con conocimiento, someta una reclamación falsa al Gobierno Federal deberá reponer hasta **tres (3) veces** los daños o pérdidas causados al Gobierno federal, más una penalidad (*Civil Monetary Penalty* o CMP).
- Las CMP aumentaron el 1 de Agosto de 2016 y pueden fluctuar entre **\$10,781.40** y **\$21,562.80** por cada reclamación falsa.

FALSE

Ley de Reclamaciones Falsas (cont.)

- La Ley de Reclamaciones Falsas posee una provisión *qui tam* que permite que personas no afiliadas al gobierno (comúnmente conocidas como “denunciantes”, “informantes”, o “protegidos”) presenten demandas a nombre del gobierno federal.
- Toda persona que presente demandas bajo la Ley de Reclamaciones Falsas puede recibir una parte de la cantidad de los daños recobrados (entre un **15%** y un **30%**).
- La provisión también protege al empleado que presente una demanda bajo la Ley de Reclamaciones Falsas de despido, degradación, suspensión, amenazas, acosos y discriminación en términos de sus condiciones de empleo.

Algunos términos importantes son:

“Whistleblower”



- Cualquier persona que expone información o actividad considerada ilegal, deshonesta, o que violenta estándares profesionales o clínicos.

Protegido



- Persona que reporta reclamaciones falsas y que lleva a cabo acciones legales para recobrar dinero pagado por reclamaciones falsas. Están protegidos de represalias.

Recompensado



- Persona que lleva a cabo una demanda exitosa como *whistleblower* y recibe entre un 15% y un 30% del dinero recolectado en dicha demanda.

31 United States Code (U.S.C.), Sections 3729-3733.

Estatuto Anti-Soborno (*Anti-Kickback Statute*)

- El Estatuto Anti-Sobornos prohíbe que, con conocimiento e intención, se soliciten, reciban, ofrezcan, o paguen remuneraciones (incluyendo sobornos) por referidos de servicios que son pagados – completamente o en parte – por un programa de salud Federal (incluyendo Medicare).

CASO 1

- Desde 2012 hasta 2015, un médico que opera en una clínica de manejo de dolor en Rhode Island; conspiró para solicitar y recibir sobornos por prescribir una versión altamente adictiva del opiáceo Fentanyl.
- El recibió \$188,000 en comisiones por el fabricante del medicamento;
- Admitió el plan de soborno le costo a Medicare y otros planes más de \$750,000.
El médico debe pagar más \$750,000 en restitución y está esperando su sentencia.

PENALIDADES

- Las violaciones incluyen penalidades como:
 - Multas de hasta \$25,000;
 - Encarcelamiento de hasta 5 años o ambas.

Ley de Auto-Referido (*Physician Self-Referral Law or Stark Law*)

- La Ley de Auto-Referidos prohíbe que un médico haga referidos para ciertos servicios de salud a una entidad donde éste (o algún miembro de su familia) posea:
 - Propiedad, inversiones o intereses;
 - Un acuerdo de compensación (ciertas excepciones podrían aplicar).

CASO 1

- Un médico tuvo que pagar \$203,000 al Gobierno Federal por alegaciones de que éste había violentado las prohibiciones de auto-referidos por referir rutinariamente pacientes de Medicare a una compañía de suplido de oxígeno de la cual éste era propietario.

PENALIDADES

- Aquellas reclamaciones sometidas a Medicare y que se encuentren empañadas por una violación a la Ley de Auto-Referidos no se pagarán. Una penalidad de hasta **\$24,250** será impuesta por cada servicio provisto. En adición una penalidad de hasta **\$161,000** por violación de esta ley.

Estatuto Criminal de Fraude en Servicios de Salud

- El *Health Care Fraud Statute* establece que cualquier persona que con conocimiento e intención ejecute, o intente ejecutar un esquema para defraudar cualquier programa de beneficios de salud será penalizado, podría enfrentar prisión por un término no mayor de 10 años, o ambas (penalidades y prisión).
- La convicción bajo este estatuto no requiere evidencia de que el violador tenía conocimiento de la ley o la intención de violar la misma.

CASO 1

- Un farmacéutico en Pennsylvania sometió reclamaciones a un Plan Médico por recetas que no existían y por drogas que no habían sido despachadas. Al declararse culpable de fraude recibió una sentencia de 15 meses en prisión y se le ordenó la restitución de \$166,000 al Plan Médico.

CASO 2

- Los dueños de dos (2) compañías de Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés) en Florida sometieron reclamaciones falsas a Medicare por aproximadamente \$4 millones por equipos que no habían sido autorizados ni entregados. Fueron convictos por reclamaciones falsas, conspiración, fraude a servicios de salud y fraude electrónico.
- Fueron sentenciados a 54 meses en prisión y se les ordenó restituir \$1.9 millones.

Ley de Incentivos al Beneficiario

- Convierte en ilegal ofrecer intercambio o remuneración con los cuales la persona sabe o debiera saber que podría influenciar a un beneficiario al momento de seleccionar un proveedor, profesional, o suplidor en particular. Esto incluye:
 - Ofrecer pagos o regalos para influenciar a afiliados a recibir una consulta o tratamiento;
 - Eliminar copagos y deducibles para inducir a afiliados a recibir servicios de un proveedor.
- Los regalos que se ofrezcan a beneficiarios no pueden exceder el valor monetario de **\$15 individualmente**, ni los **\$75 anuales** por beneficiario. Bajo ninguna circunstancia se puede obsequiar dinero en efectivo o tarjetas de regalo a beneficiarios.



Regulaciones Federales Adicionales

Fraude Criminal

Cualquier persona que a sabiendas someta una reclamación falsa esta sujeta a:

- Multas criminales de hasta \$250,000;
- Encarcelamiento de hasta 20 años o ambas.

18 U.S.C., Section 1347

HIPAA

HIPAA creó un mayor acceso al seguro de servicios médicos, la protección de la privacidad de los datos de servicios médicos y promovió la estandarización y la eficiencia en la industria del cuidado de la salud.

HIPAA ayuda a prevenir el acceso no autorizado a la información de salud protegida del paciente, como a la información pernal de este.

HIPAA webpage

Exclusiones

OIG – Oficina del Inspector General del Departamento de Salud de US.

GSA – Administración de los Servicios Generales de US.

42 U.S.C., Section 1320a-7

Exclusiones

OIG

Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

- El individuo o entidad quedará excluido de participar en Programas Federales de Prestación de Servicios de Salud (Medicare y/o Medicaid). No se podrán realizar pagos por servicios prestados, ordenados o prescritos por individuos o entidades que hayan sido excluidos por la OIG. La OIG posee plena autoridad para excluir individuos y entidades de programas federales de salud que operen con fondos federales y mantiene una **Lista de Individuos y Entidades Excluidas (LEIE** por sus siglas en inglés). Dicha lista es pública y puede ser accedida en <https://exclusions.oig.hhs.gov>.

GSA

Administración de Servicios Generales de los Estados Unidos

- De igual modo, la Administración de Servicios Generales de los Estados Unidos (GSA por sus siglas en inglés) administra el **Sistema para la Lista de Partes Excluidas (EPLS** por sus siglas en inglés), el cual contiene aquellas acciones de inhabilitación tomadas por distintas agencias Federales, incluyendo la OIG, contra individuos y o entidades. Dicha lista puede ser accedida en <https://www.sam.gov>.

42 U.S.C., Section 1320a-7 and 42 Code of Federal Regulations (CFR) Section 1001.1901.

Tipos de Exclusión

Exclusiones Mandatorias

- Fraude a Medicare;
- Abuso de pacientes o negligencia;
- Otros delitos graves relacionados con el Sistema de salud:
 - Fraude relacionado a la salud, hurto u otras conductas financieras indebidas;
 - Manufactura, distribución, prescripción o despacho de sustancias controladas de manera ilegal.

Exclusión Permisiva

- Condenas por delitos menores relacionados a:
 - Fraude en la Industria de la Salud;
 - Sustancias controladas
- Suspensión o revocación de licencia;
- Prestación de servicios innecesarios o de calidad inferior;
- Participar en acuerdos de sobornos ilegales;
- Incumplir con las obligaciones de préstamos estudiantiles o beca de educación, entre otras.

¿Que debo hacer con las exclusiones?

Todas las organizaciones de Medicare Advantage (Planes Médicos), proveedores y entidades contratadas deben revisar el *status* de exclusión de todos sus empleados, contratistas o asociados antes de emplear o contratar y luego mensualmente.

Se deben realizar dichas revisiones contra las siguientes listas de exclusión:



Regulaciones Locales Aplicables

Ley #230 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 del Comisionado de Seguros

- Otorga inmunidad civil a aquellos individuos que, por un acto de buena fe, 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.

Contrato con la Administración de Servicios de Salud (ASES)

- Requiere que las compañías de seguros de salud implementen un programa de fraude, abuso y despilfarro para Medicaid y beneficiarios duales (Platino).



Agencias de Orden Público y Otras Entidades Aliadas a CMS

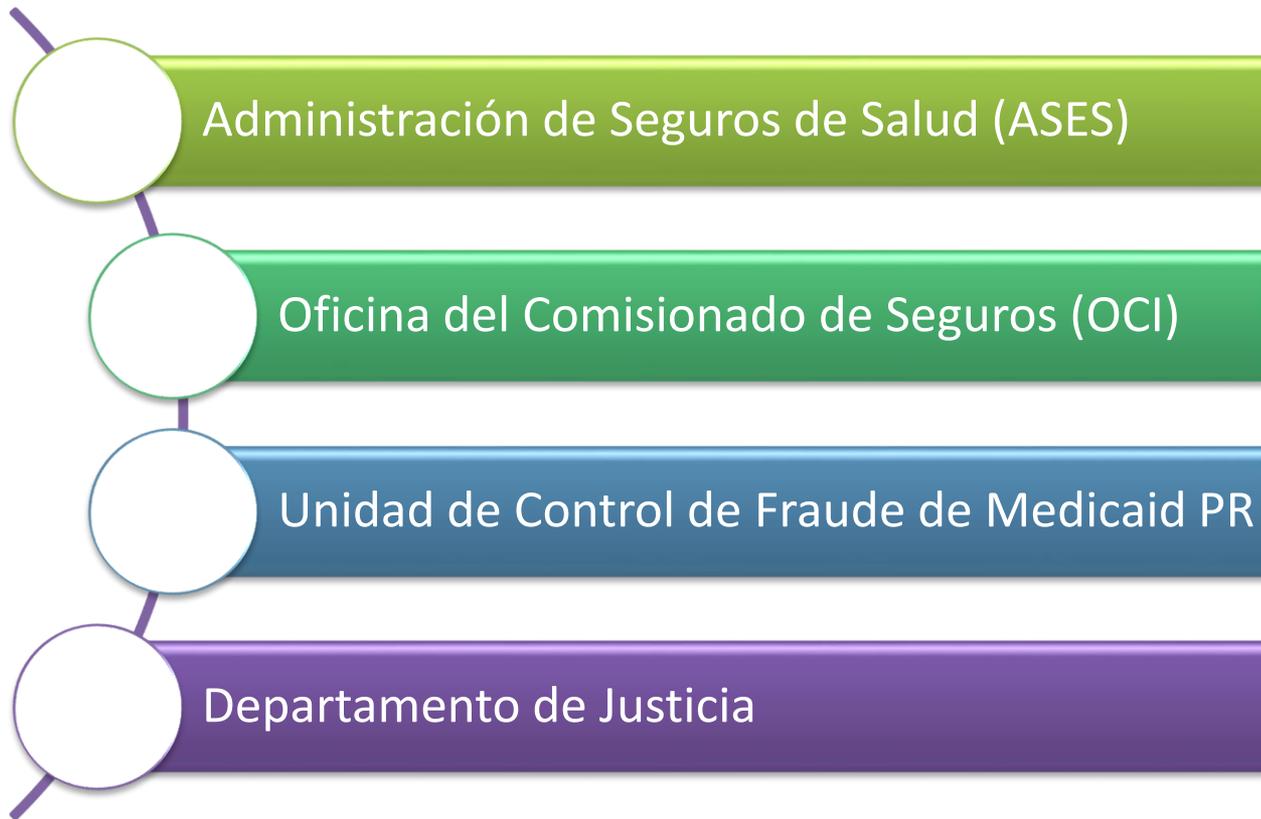
CMS trabaja en conjunto con las siguientes agencias para **prevenir, identificar y detener** el *fraude, abuso y despilfarro*:

- **HHS-OIG** -> Oficina del Inspector General del Departamento de Salud de los Estados Unidos
- **FBI** -> Negociado Federal de Investigaciones
- **DOI** -> Departamento de Justicia
- **MFOCU** -> Unidades de Control de Fraude de Medicaid

CMS tiene contrato con las siguientes agencias para **prevenir, identificar y detener** el *fraude, abuso y despilfarro*:

- Program Safeguards Contractors (PSCs) and Zone Program Integrity Contractors (ZPICs)
- NBI MEDIC -> National Benefit Integrity Medicare Drug Integrity Contractor
- Recovery Audit Contractors (RACs)
- Comprehensive Error Rate Testing (CERT) Program
- Auditores

Agencias locales que apoyan en la lucha contra el FWA



¿Cual es tu rol en la lucha contra el
FWA?

¿A dónde pertenezco?

- Toda persona que provea servicios a asegurados de Medicare, ya sea desde la perspectiva clínica o administrativa, juega un rol importante en la lucha contra el fraude, abuso y despilfarro. Esto aplica a los siguientes:

Planes Médicos

- Empleados;
- Junta de Directores;
- Altos Ejecutivos

Entidades de Primer Nivel

- Manejador de Beneficios de Farmacia (PBM)
- Compañías de envío de cartas
- Hospitales
- Facilidades de Salud
- Grupos Médicos
- Oficina Médica
- Laboratorio Clínico
- Proveedor de Servicio al Cliente
- Compañías de Procesamiento de Reclamaciones
- Compañías de Afiliaciones, Desafiliaciones y Membresía
- Agentes Independientes de Ventas

Entidades Secundarias

- Farmacias
- Oficinas Médicas
- Firmas que proveen servicios de agentes o “brokers”
- Firmas de Mercadeo
- Centros de Llamadas

Entidades Relacionadas

- Entidad con propiedad o control de un Plan Médico
- Proveedor de promoción de salud.

¿Cuáles son tus responsabilidades?

1 Cumplir con todos los requisitos estatutarios y regulatorios de Medicare (Partes C y D) y de cualquier programa de salud.

2 Reportar cualquier preocupación, sospecha o conocimiento de violaciones al Departamento de Cumplimiento de MCS.

3 Seguir el Código de Conducta de MCS, el cual articula los estándares de conducta y comportamiento ético que se espera de ti.

¿Cómo prevenir el FWA?

¿Cómo puedes prevenir el FWA?

Reporta cualquier actividad sospechosa;

ACTÚA de forma ética en todo momento;

Asegúrate de proveer siempre información certera (incluyendo en los procesos de facturación);

Mantente al día con políticas y procedimientos, estándares de conducta, leyes, regulaciones y guías de CMS;

Cumple con los adiestramientos regulatorios de FWA y Cumplimiento y revisa toda la información relacionada que se te provee.

Políticas, Procedimientos y Código de Conducta

¡Mantente familiarizado con las políticas y procedimientos de MCS!

En MCS contamos con políticas y procedimientos relacionados a fraude, abuso y despilfarro. Estos sirven como guía para ayudarte a detectar, prevenir, reportar y corregir incidentes de FWA. Lo mismo se espera de nuestras entidades delegadas (FDRs por sus siglas en inglés), proveedores y contratistas.

En adición, MCS cuenta con un Código de Conducta que detalla nuestras expectativas sobre:



Recuerda: ¡El cumplimiento es responsabilidad de todos!

¿Cómo accedo las Políticas, Procedimientos y Código de Conducta?

Todas las políticas, procedimientos, Programa de Cumplimiento y Código de Conducta de MCS se encuentran accesibles para todos los empleados a través de la herramienta Compliance 360.

Para acceder a las políticas y procedimientos relacionados a FWA en la herramienta solo debes hacer lo siguiente:



Las políticas, procedimientos relacionados a FWA, así como el Código de Conducta y el Programa de Cumplimiento se encuentran disponibles para los FDRs a través del Departamento de Cumplimiento de MCS.

Recuerda: ¡El cumplimiento es responsabilidad de todos!

Métodos de MCS para prevenir FWA

MCS posee los siguientes mecanismos para prevenir FWA y garantizar cumplimiento con CMS:

- Estándares escritos (Programa de Cumplimiento, Código de Conducta, políticas y procedimientos);
- Éditos automatizados de pre-pago en los sistemas;
- Suspensión de pagos y *hold codes* según aplique;
- Creación de grupos de trabajo y Comité de Fraude, Abuso y Despilfarro;
- Iniciativas de educación de FWA para asegurados, proveedores, empleados, contratistas y entidades delegadas;
- Proceso de credencialización de proveedores según guías de CMS;
- Sistemas de monitoreo rutinario y de identificación de FWA;
- Entre otras.



¿Cómo detectar FWA?

¿Como detectar situaciones de FWA?

La Unidad de Investigaciones Especiales de MCS identifica casos de potencial fraude, abuso y/o despilfarro a través de los mecanismos a continuación. De igual modo, se solicita a los FDRs que posean mecanismos para detección de FWA.

Fuentes internas (ACTRight, *mystery shopping*, auditorías internas, monitoreo de áreas operacionales, etc.)

Fuentes externas (reuniones de los Medicare and Medicaid Fraud Workgroups, alertas de agencias federales y estatales, noticias, referidos etc.)

Bases de datos internas y externas (STARSSentinel, reportes de utilización provistos por FDRs, *Risk Assessments* de CMS, etc.)

Procedimientos internos (CA-COMP-060 – Procedimiento de verificación de Individuos y Entidades contra Listados de OIG y GSA, etc.)

Entre otros mecanismos

¿Cómo reportar FWA?

¿Como puedes reportar FWA: Internamente?

- Toda persona que posea sospechas o conocimiento de FWA debe reportarlo. El Código de Conducta de MCS enfatiza en la importancia de reportar y garantiza que no se tomarán represalias contra aquellas personas que reporten de buena fé.
- Una vez reportado, el Departamento de Cumplimiento, a través de la Unidad de Investigaciones Especiales, conducirá una investigación para tomar las acciones que sean necesarias, incluyendo el referido a las agencias aplicables.
- Estos mecanismos están accesibles para empleados, contratistas, entidades delegadas, proveedores y asegurados.

Personalmente

- Unidad de Investigaciones Especiales / Departamento de Cumplimiento

Línea ACTRight

- 1-877-627-0004

Website

- www.mcs.com.pr

Correo Electrónico

- mcscompliance@medicalcardsystem.com

Como puedes reportar FWA internamente? (cont.)

En adición a los mecanismos de reporte indicados anteriormente, usted puede reportar situaciones a través de:

- Su Supervisor, Gerente, Director o Vicepresidente
- Principal Oficial de Cumplimiento: Lcda. Maité Morales
- AVP de la Unidad de Investigaciones Especiales: Sra. Elizabeth Roussel
- Departamento de Cumplimiento de MCS
- Departamento de Recursos Humanos de MCS
- Departamento Legal de MCS



Lo que debes saber sobre los referidos

Todos los referidos son manejados con estricta confidencialidad.

Según política de MCS, NO se tomarán represalias contra el empleado que reporte.

Todos los referidos pueden presentarse bajo anonimato.

Reportando FWA Externamente

- De ser necesario, MCS y los FDRs deben reportar potenciales situaciones de fraude a las autoridades gubernamentales, incluyendo la Oficina del Inspector General, el Departamento de Justicia, Oficina del Comisionado de Seguros, Oficina de Administración de Servicios de Salud (ASES) y CMS.
- Individuos o entidades que deseen reportar voluntariamente situaciones de fraude que hayan sido auto-identificadas, pueden hacerlo directamente a la OIG bajo el Protocolo de Auto Divulgación (SDP por sus siglas en inglés). Este protocolo le da al proveedor la oportunidad de evitar costos y interrupciones asociadas a investigaciones del gobierno.
- **La Unidad de Investigaciones Especiales incluye lo siguiente al reportar FWA externamente:**
 - Información de contacto de quien refiere, los sospechosos y los testigos;
 - Detalles de la alegación;
 - Detalle de las violaciones;
 - El historial de Cumplimiento del sospechoso (educaciones, adiestramientos, comunicaciones, entre otros)

Reportando FWA Externamente

Oficina del Inspector General (OIG)

- Teléfono: 1-800-HHS-TIPS
- Fax: 1-800-223-8164
- Email: HHSTips@oig.hhs.gov
- En línea: <https://forms.oig.hhs.gov/hotlineoperations>

NBI MEDIC (Medicare Partes C y D)

- Teléfono: 1-877-7SafeRx

CMS (otros Programas Federales de Salud)

- Teléfono: 1-800-MEDICARE

HHS y Departamento de Justicia

- En línea: <https://www.stopmedicarefraud.gov>

¿Cómo corregir FWA?

¿Como corregimos FWA?

Una vez se ha detectado un incidente de fraude, abuso o despilfarro, este debe ser corregido prontamente. Corregir el problema ayuda a evitar que se siga perdiendo dinero y asegura el cumplimiento con los requisitos de CMS. Con este propósito, se desarrollan investigaciones que permiten identificar el alcance del incidente y delinear un plan de acción que incluye:

- Diseño de acciones correctivas que atiendan el incidente en cuestión según se desprende de la investigación realizada;
- Adaptación de las acciones correctivas para atender específicamente el incidente de FWA identificado, incluyendo fechas límites para la implementación de dichas acciones;
- Documentación de acciones correctivas tomadas;
- Monitoreo de la implementación de las acciones correctivas para asegurar que no existe recurrencia de la situación.



¿Como corregimos FWA? (cont.)

En MCS, tomamos las medidas adecuadas para garantizar la prevención y atención de incidentes de fraude, abuso o despilfarro con prontitud y se desarrollan medidas correctivas que ayudan a evitar la recurrencia de dichos incidentes. Las acciones podrían incluir:

- Definición de nuevos éditos de pre-pago o documentación de nuevos requisitos sistemáticos;
- Adiestramientos regulatorios y especializados;
- Modificación de políticas y procedimientos;
- Envío de cartas de aviso y/o cartas educativas sobre prácticas correctas de facturación;
- Acciones disciplinarias (re-adiestramientos, suspensiones, terminaciones, despidos, entre otras);
- Terminación de contratos;
- Recobros de reclamaciones;
- Referidos a agencias reguladoras y/o de orden público, entre otras.

Tu Responsabilidad.....

Nuestros empleados, entidades delegadas, proveedores y contratistas son responsables de prevenir y corregir el fraude, abuso y despilfarro al:

- Proveer únicamente servicios médicamente necesarios y de alta calidad;
- Documentar las transacciones y los servicios de manera apropiada;
- Facturar, codificar y procesar servicios y reclamaciones correctamente;
- Verificar las listas de exclusión según requerido por CMS;
- Cumplir con todas las políticas y procedimientos de MCS;
- Establecer sistemas para una pronta respuesta e inicio de investigaciones de potenciales situaciones de fraude, abuso, despilfarro y/o incumplimiento.



Indicadores de Potenciales Incidentes de FWA

Algunos Indicadores

Ahora que conoces tu rol en la prevención, reporte y corrección de FWA, los siguientes indicadores podrían servirte como guía, según tus funciones, para identificar potenciales incidentes de FWA.



Indicadores Relacionados a Asegurados

¿La receta, récord médico o prueba de laboratorio luce alterada o falsificada?

¿El historial médico del beneficiario sustenta los servicios solicitados?

¿Posee el asegurado múltiples recetas para el mismo medicamento hechas por distintos médicos?

¿La persona recibiendo el servicio es el beneficiario? (Robo de Identidad)

¿Es apropiada la receta según el historial de recetas del beneficiario?

Indicadores Relacionados a Proveedores

¿Las recetas son apropiadas para las condiciones del asegurado?

¿El proveedor facturó por servicios que no han sido provistos?

¿El proveedor prescribe un alto volumen de sustancias controladas u otras drogas para desviación de drogas (“drug diversion”)?

¿El proveedor realiza servicios médicamente innecesarios al asegurado?

¿El proveedor prescribe drogas en cantidades que exceden la necesidad médica del paciente?

¿Los diagnósticos provistos por el proveedor están documentados en el récord médico del paciente?

¿La receta del proveedor tiene el número válido y activo del “National Provider Identifier”?

Indicadores Relacionados a Farmacia

¿Las drogas están siendo desviadas (*drug diversion*) (drogas se refiere a medicamentos de hogares de envejecientes, hospicio u otras entidades que están siendo desviadas a otros lugares)?

¿La farmacia está despachando drogas expiradas, adulteradas, diluidas, ilegales o falsas?

¿La farmacia está despachando genéricos cuando la receta indica que el medicamento es original?

¿La farmacia o el PBM está facturando por recetas que no han sido despachadas o que el paciente nunca recogió?

¿Se están implementando las provisiones apropiadas cuando una receta no es despachada en su totalidad (no cobrando cargos adicionales de despacho por dividir la receta)?

¿Existen recetas que aparentan estar alteradas (cantidades, DAW)?

Indicadores Relacionados a Droguerías

¿Distribuye la droguería medicamentos falsificados, diluidos, caducados o importados ilegalmente?

¿La droguería está desviando medicamentos destinados a hogares de ancianos, hospicios y clínicas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), marcando los precios y enviando a otros mayoristas o farmacias más pequeños?

Indicadores Relacionados a Manufactureros



¿El fabricante está promoviendo el uso de medicamentos fuera de las indicaciones aprobadas por la FDA?



¿El fabricante está proveyendo muestras de medicamentos con el conocimiento de que estas serán facturadas a algún programa Federal de salud?

Indicadores Relacionados a Planes Médicos

¿El Plan Médico promueve o incita al sometimiento de ajustes de riesgo con información inapropiada?

¿El Plan Médico engaña al beneficiario haciéndole creer que el costo del beneficio es un precio, cuando el costo actual es mayor?

¿El Plan Médico ofrece dinero en efectivo a los beneficiarios por afiliarse al Plan?

¿El Plan Médico emplea a Agentes de Venta sin licencia?

Fraude, Abuso y Despilfarro: Puerto Rico no está Exento

Durante el año pasado, varios casos de fraude fueron procesados en Puerto Rico y MCS proporcionó una fuerte colaboración a las agencias para detener los esquemas fraudulentos en Puerto Rico.



Lo alentamos a que continúe apoyando a MCS para prevenir, detectar e informar sobre fraude, desperdicio y abuso.

Dudas o Preguntas?

Elizabeth Roussel, CAMS, CFE

SIU AVP

787.758.2500 x 2071

Elizabeth.Roussel@medicalcardsystem.com