

Capacitación sobre fraude, desperdicio y abuso de Medicare, y cumplimiento general

Revisado abril 2018



Introducción del módulo

- Como parte de este programa de cumplimiento general, la empresa incluye programas tanto de cumplimiento como de fraude, desperdicio y abuso. Todos los miembros de la fuerza laboral reciben capacitación sobre los programas específicos de la empresa.
- Además, todos los miembros de la fuerza laboral, miembros del consejo administrativo y nuestros proveedores en sentido descendente identificados como personas que administran o están involucradas en la prestación de servicios de Medicare deben completar los siguientes cursos de capacitación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés):
 - Fraude, desperdicio y abuso de Medicare
 - Capacitación sobre cumplimiento general
- Los cursos y cada una de las pruebas de evaluación finales se combinan en este módulo.
- A usted se le inscribió en este curso porque su equipo directivo determinó que cumple los criterios de servicios de Medicare.

Introducción del módulo (2)

- También encontrará enlaces a recursos externos. No dude en visitarlos.
- Tenga en cuenta el espíritu de la información: es responsabilidad de todos actuar éticamente y detectar e informar los casos de fraude, desperdicio y abuso (FWA, por sus siglas en inglés), y las infracciones de cumplimiento.

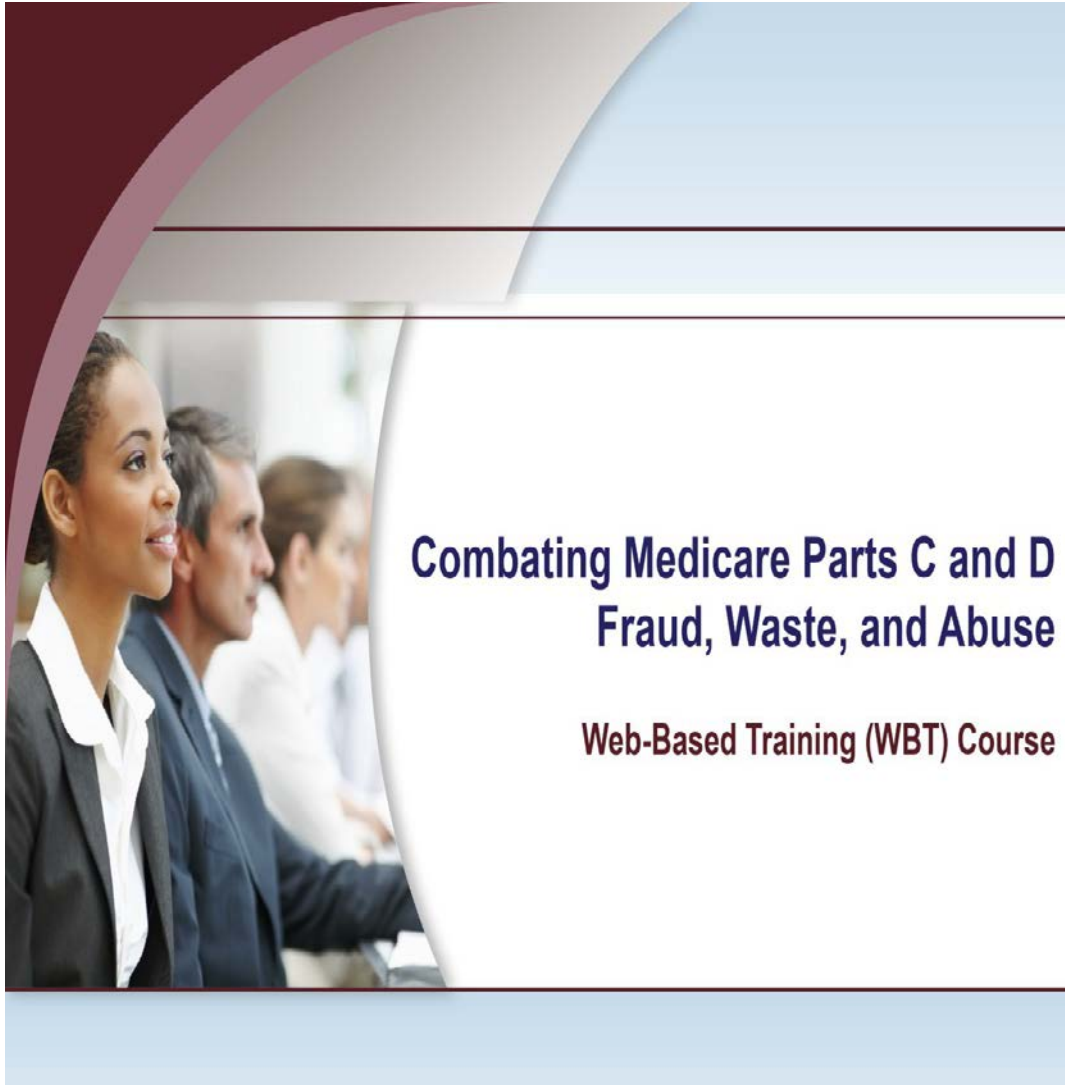
- *Y, por último:*

La empresa no puede reemplazar su propio módulo de capacitación ni modificar el que proporciona los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Como resultado, verá que el contenido no siempre corresponde a las operaciones de la empresa.

- Se han añadido notas que le remitirán al contacto o recurso adecuado de la empresa. Por ejemplo:

La empresa es una entidad de primer nivel

Parte 1: Fraude, desperdicio y abuso (FWA)



El curso de capacitación en línea sobre cómo combatir el fraude, desperdicio y abuso de Medicare Partes C y D es ofrecido por Medicare Learning Network®, una marca registrada del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés)



Introducción al FWA

Este módulo de capacitación ayudará a los empleados, miembros del consejo administrativo y sus entidades de primer nivel, en sentido descendente y relacionadas (FDR, por sus siglas en inglés) del patrocinador del plan de Medicare Partes C y D a cumplir con los requisitos anuales de capacitación en fraude, desperdicio y abuso (FWA) que se exigen en los reglamentos y guías subreglamentarias contenidos en:

- Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés), Sección 422.503(b)(4)(vi)(C)
- Título 42 del CFR, Sección 423.504(b)(4)(vi)(C);
- CMS-4159-F, Programa Medicare, año contractual 2015, Cambios técnicos y en la póliza en los programas de beneficios de medicamentos recetados de Medicare Advantage y Medicare; y
- Sección 50.3.2 de la Guía del Programa de Cumplimiento (Capítulo 9 del "Manual de beneficios de medicamentos recetados de Medicare" y Capítulo 21 del "Manual de cuidado administrado por Medicare").

Los patrocinadores y sus FDR pueden usar este módulo para cumplir con los requisitos de capacitación en FWA. Los patrocinadores y sus FDR son responsables de proporcionar capacitación especializada o actualizada adicional en asuntos que supongan riesgo de FWA basado en las responsabilidades laborales de cada empleado o de su entorno de trabajo.

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
CFR	Código de Reglamentaciones Federales
FDR	Entidades de primer nivel, descendentes y relacionadas
FWA	Fraude, desperdicio y abuso

¿Por qué necesito capacitación?

Cada año se gastan indebidamente **miles de millones** de dólares debido a casos de fraude, desperdicio y abuso. Esto nos afecta a todos, **incluyéndolo a usted**. Esta capacitación lo ayudará a detectar, corregir y prevenir el FWA. **Usted** es parte de la solución.

¡Combatir el FWA es responsabilidad de **todos**! Como una persona que presta servicios administrativos o del cuidado de la salud a los afiliados de Medicare, cada acción que tome podría afectar a los afiliados de Medicare, al Programa Medicare o al fondo fiduciario de Medicare.

Requisitos de la capacitación

Empleados del plan, miembros del consejo administrativo y empleados de las entidades de primer nivel, descendentes o relacionadas (FDR)

Algunos requisitos de la capacitación se aplican a personas involucradas en Medicare Partes C y D. Todos los empleados de las Organizaciones de Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) y de los Planes de Medicamentos Recetados (PDP, por sus siglas en inglés) (denominados "Patrocinadores" en este curso en línea) deben recibir capacitación para prevenir, detectar y corregir los casos de fraude, desperdicio y abuso.

La capacitación sobre fraude, desperdicio y abuso debe brindarse dentro de los 90 días a partir de la fecha de contratación inicial y al menos anualmente a partir de entonces.

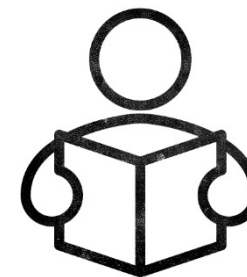
La empresa exige que este curso se realice anualmente.



Más información sobre Medicare Parte C y D

Medicare Parte C o Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), es una opción de plan de salud disponible para los beneficiarios de Medicare. Medicare Advantage es un programa administrado por compañías aseguradoras privadas aprobadas por Medicare. Estas compañías coordinan o prestan servicios del cuidado de la salud a aquellos beneficiarios que decidan inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Los planes Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios que cubre Medicare, excepto los cuidados en hospicios. Los planes Medicare Advantage proporcionan beneficios de las Partes A y B, y pueden incluir cubierta de medicamentos recetados y otros beneficios suplementarios.



Medicare Parte D, el beneficio de medicamentos recetados, proporciona cubierta de medicamentos recetados a todos los beneficiarios afiliados a la Parte A y/o Parte B que elijan inscribirse en un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare o en un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MA-PD, por sus siglas en inglés). Las compañías aseguradoras u otras compañías aprobadas por Medicare proveen cubierta de medicamentos recetados a aquellas personas que viven en alguna de las áreas de servicio del plan.

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
MA	Medicare Advantage

Excepción a los requisitos de capacitación en FWA

Existe una excepción a los requisitos de capacitación y enseñanza en fraude, desperdicio y abuso (FWA). Las entidades de primer nivel, descendentes o relacionadas (FDR) habrán cumplido con los requisitos de capacitación y enseñanza en FWA si cumplieron con el requisito de certificación en FWA mediante:

- Acreditación como proveedor de equipo médico duradero, prótesis, ortopedia y materiales; o
- inscripción en el Programa Medicare Parte A (hospital) o B (médico).

Si no está seguro de si esta excepción aplica, contacte a su equipo administrativo para obtener más información.

Esta excepción **no** aplica a la empresa.

Instrucciones del curso sobre FWA

Esta parte del curso se compone de dos lecciones:

1. ¿Qué es el FWA?
2. Su papel en la lucha contra el FWA

Cualquiera que proporcione servicios administrativos o del cuidado de la salud a los afiliados de Medicare debe cumplir con los requisitos de capacitación en cumplimiento general y fraude, desperdicio y abuso (FWA). Puede usar este curso de capacitación en línea para cumplir con los requisitos de FWA.

Para completar con éxito este curso, deberá completar todas las lecciones y obtener una puntuación igual o superior al 70 por ciento en la evaluación final. Si no completa este curso exitosamente, tendrá la oportunidad de repasar el material del curso y volver a realizar la evaluación.

Objetivos del curso sobre FWA

Cuando complete este curso, deberá ser capaz de hacer correctamente lo siguiente:

- Reconocer los casos de fraude, desperdicio y abuso en el Programa Medicare;
- Identificar las leyes y los reglamentos principales sobre fraude, desperdicio y abuso;
- Reconocer las posibles consecuencias y sanciones asociadas a los incumplimientos;
- Identificar los métodos de prevención del fraude, desperdicio y abuso;
- Identificar la manera de informar casos de fraude, desperdicio y abuso; y
- Saber cómo corregir los casos de fraude, desperdicio y abuso.



¿Qué es el FWA?

Introducción y objetivos de aprendizaje

Esta lección describe el fraude, desperdicio y abuso, y las leyes que los prohíben. Completarla toma alrededor de 10 minutos.

Una vez completada esta lección, debería ser capaz de hacer correctamente lo siguiente:

- Reconocer los casos de fraude, desperdicio y abuso en el Programa Medicare.
- Identificar las principales leyes y reglamentos en materia de fraude, desperdicio y abuso.
- Reconocer las posibles consecuencias y sanciones asociadas a los incumplimientos.

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
FWA	Fraude, desperdicio y abuso



Fraude

Fraude es ejecutar o intentar ejecutar consciente y voluntariamente un plan para defraudar a cualquier programa de beneficios de cuidado de la salud o para obtener mediante pretextos, representaciones o promesas falsas o fraudulentas una suma de dinero o propiedad que le pertenezca a cualquier programa de beneficios de cuidado de la salud o que esté bajo su control o custodia.

Dicho de otro modo, fraude es enviar intencionalmente información falsa al Gobierno o a un contratista del Gobierno para obtener dinero o un beneficio.

La Ley de Fraude en el Cuidado de Salud establece que ejecutar o intentar ejecutar consciente y voluntariamente un plan para defraudar a cualquier programa de beneficios de cuidado de la salud constituye un delito penal. El fraude en el Cuidado de Salud está castigado con penas de encarcelamiento de hasta 10 años. También está sujeto a multas penales de hasta \$250,000.

Desperdicio y abuso

El desperdicio incluye el uso excesivo de los servicios u otras prácticas que, directa o indirectamente, le provocan gastos innecesarios al Programa Medicare. Generalmente, no se considera que el desperdicio esté causado por acciones penalmente negligentes, sino por un mal uso de los recursos.

Abuso incluye acciones que, directa o indirectamente, pueden provocar gastos innecesarios al Programa Medicare. Abuso incluye el pago de productos o servicios sin que haya derecho legal para realizar este pago y sin que el proveedor haya alterado consciente o intencionalmente los datos para obtener el pago.

Para ver las definiciones de fraude, desperdicio y abuso, consulte el Capítulo 21, Sección 20 del "[Manual de cuidado administrado por Medicare](#)" y el Capítulo 9 del "[Manual de beneficios de medicamentos recetados](#)" en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Ejemplos de fraude, desperdicio y abuso

Entre los ejemplos de acciones que pueden constituir fraude para Medicare se incluyen estos:

- Facturar conscientemente por servicios que no se prestaron o materiales no provistos, incluso facturar a Medicare por citas a las que el paciente no acudió.
- Facturar por recetas que no existen; y
- Alterar conscientemente formularios de reclamación, registros médicos o recibos para recibir un pago mayor.

Entre los ejemplos de acciones que pueden constituir **desperdicio** para Medicare se incluyen estos:

- Realizar numerosas visitas al consultorio o escribir recetas en exceso.
- Recetar más medicamentos de lo necesario para el tratamiento de una condición específica; y
- Solicitar demasiadas pruebas de laboratorio.

Entre los ejemplos de acciones que pueden constituir **abuso** para Medicare se incluyen estos:

- Facturar por servicios médicos innecesarios, inadvertidamente;
- Facturar por medicamentos de marca cuando hay genéricos disponibles inadvertidamente;
- Inadvertidamente cobrar en exceso por servicios y materiales; e
- Inadvertidamente hacer mal uso de los códigos en una reclamación, como inflar facturas mediante códigos de facturación o separar códigos.

Diferencias

Diferencias entre fraude, desperdicio y abuso

Existen diferencias entre fraude, desperdicio y abuso. Una de las principales diferencias es la intención y el conocimiento de causa.

- El fraude supone la intención de obtener un pago y el conocimiento de que dichas acciones están mal.
- El desperdicio y el abuso pueden suponer la obtención de un pago improcedente o la generación de gastos innecesarios al Programa Medicare, pero no tiene el mismo grado de intención y conocimiento de causa.

Cómo entender el FWA

Para detectar los casos de fraude, desperdicio y abuso necesita conocer la **ley**.

Las siguientes páginas le proporcionarán información de alto nivel sobre las siguientes leyes:

- Civil False Claims Act (Ley de Reclamaciones Civiles Falsas), Health Care Fraud Statute (Ley de Fraude en la Atención Médica) y Criminal Fraud (Fraude Criminal)
- Anti-Kickback Statute (Ley Antisoborno)
- Stark Statute (Ley Stark) - Physician Self-Referral Law (Ley de Autoreferidos Médicos)
- Exclusión de todos los programas de cuidado de salud Federal; y
- Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés)

Para obtener más información sobre leyes específicas, como las disposiciones de protección legal, consulte los estatutos y reglamentos correspondientes.

El portal de la intranet del [R.E.C.](#) contiene más información.

Ley de Reclamaciones Civiles Falsas (FCA)

Las disposiciones civiles de la FCA determinan que una persona es responsable de pagar los daños que le haya causado al Gobierno si se demuestra que él/ella conscientemente hace lo siguiente:

- Conspira para violar la Ley de Reclamaciones Falsas.
- Realiza otros actos para obtener propiedad del Gobierno mediante declaración fraudulenta;
- Oculta conscientemente o evita o disminuye de forma consciente o impropia una obligación de pago al Gobierno;
- Realiza o utiliza registros o estados de cuenta falsos para respaldar una reclamación falsa; o
- Presenta una reclamación falsa para obtener un pago o una aprobación.

Sanciones e indemnizaciones por daños

Cualquier persona que conscientemente envíe reclamaciones falsas al Gobierno es responsable de afrontar los daños que le haya causado al Gobierno (multiplicados por tres) más una sanción.

Para más información, consulte en Internet el [Título 31 del Código de los Estados Unidos \(U.S.C., por sus siglas en inglés\), Secciones 3729-3733](#).

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
FCA	Ley de Reclamaciones Falsas

Ley de Reclamaciones Civiles Falsas, ejemplos

Un plan Medicare Parte C en Florida:

- Contrató a una compañía externa para revisar los registros médicos para encontrar códigos de diagnóstico adicionales que pudieran enviarse para aumentar las unidades de pago por capitación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- La compañía externa le informó que había ciertos códigos de diagnóstico, que se habían enviado con anterioridad, que no estaban documentados o justificados.
- No pudo informar a Medicare sobre los códigos de diagnóstico no justificados.
- Acordó pagar \$22.6 millones para resolver los alegatos conforme a la Ley de Reclamaciones Falsas.

El dueño-operador de una clínica médica en California:

- Usó vendedores para reclutar individuos para visitas a la oficina médicamente innecesarias
- Prometió equipo gratuito médicamente innecesario o comida gratis para tentar a las personas
- Cobró a Medicare más de \$ 1.7 millones por el esquema
- Fue sentenciado a 37 meses de prisión

Ley de Reclamaciones Civiles Falsas

continuación

- **Denunciantes:** Un denunciante es una persona que expone información o una actividad que se considera ilegal, deshonesto o que viola estándares profesionales o clínicos.
- **Protegidos:** Las personas que informan sobre reclamaciones falsas o que inician acciones legales para recuperar el dinero que se pagó en reclamaciones falsas están protegidas frente a represalias.
- **Recompensados:** Las personas que interponen con éxito la demanda de un denunciante reciben el 15% como mínimo y el 30% como máximo del dinero obtenido.

Ley de Fraude en el Cuidado de Salud

La Ley de Fraude en el Cuidado de Salud estipula que "Cualquiera que consciente y voluntariamente ejecute o intente ejecutar un plan para (...) defraudar a cualquier programa de beneficios de cuidado de la salud (...) será multado (...) o encarcelado por no más de 10 años, o ambos."

Para fijar la condena, la legislación no exige prueba de que el infractor tuviera conocimiento de la ley o intención específica de violarla. Para obtener más información, consulte en el [Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1346](#).

EJEMPLO

Un farmacéutico en Pennsylvania:

- Envío reclamaciones a un plan Medicare Parte D por recetas inexistentes y medicamentos no suministrados.
- Se declaró culpable de fraude en el cuidado de salud; y
- Recibió una sentencia de 15 meses de cárcel y se le obligó a pagar más de \$166,000 al plan como indemnización.

El propietario de múltiples compañías de equipo médico durable (DME, por sus siglas en inglés) en New York:

- Falsamente se representó a sí mismo como uno de los vendedores autorizados de una organización de mantenimiento de la salud (HMO por sus siglas en inglés) sin fines de lucro (que administraba un plan Medicare Advantage)
- No proporcionó equipo médico durable a ningún beneficiario según lo reclamado
- Presentado casi \$ 1 millón en reclamaciones falsas a la organización sin fines de lucro; de los cuales \$ 300,000 fueron pagados
- Se declaró culpable de un cargo de conspiración para cometer fraude en el cuidado de salud

Fraude criminal

Las personas que presenten conscientemente una reclamación falsa pueden estar sujetas a:

- Multas penales de hasta \$250,000;
- penas de cárcel de hasta 20 años o
- ambos.

Si las infracciones terminan en muerte, la persona puede ser encarcelada por cualquier periodo de tiempo o de por vida. Para obtener más información, consulte en Internet el [Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1347](#).



Ley Antisoborno

La Ley Antisoborno prohíbe solicitar, recibir, ofrecer o pagar consciente y voluntariamente remuneraciones (incluido cualquier soborno, comisión o reembolso) por referidos de servicios pagados, parcial o totalmente, por un programa federal de cuidado de la salud (incluido el Programa Medicare).

Para más información, consulte en Internet el [Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1320A-7b\(b\)](#).

Daños y sanciones

Las infracciones se castigan con:

- Multas de hasta \$25,000
- penas de cárcel de hasta 5 años; o
- ambos

Para obtener más información, consulte [Ley de la Seguridad Social, Sección 1128B\(b\) \(en adelante, "la Ley"\)](#).

EJEMPLO

Desde 2012 hasta 2015, un médico que operaba una práctica de manejo del dolor en Rhode Island:

- Conspiró para solicitar y recibir sobornos por prescribir una versión altamente adictiva de el opioide Fetanyl
- Los pacientes reportados tuvieron un dolor agudo por cáncer, esto para asegurar los pagos del seguro
- Recibió \$188,000 en honorarios de sobornos como orador de parte del fabricante de la droga
- Admitió que el esquema de sobornos le costó a Medicare y a otros pagadores más de \$ 750,000

El médico debe restituir más de \$ 750,000 y está esperando la sentencia.

Ley Stark

La Ley Stark prohíbe que los médicos hagan referidos a una entidad para ciertos servicios de cuidado de la salud designados cuando el médico (o un miembro de su familia inmediata) tiene:

- Acuerdos de propiedad, intereses de inversiones o
- Acuerdo de compensación (se aplican excepciones).

Para obtener más información, consulte en Internet el [Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1395nn](#).

EJEMPLO

A un hospital de California se le ordenó pagar más de \$ 3.2 millones para resolver las violaciones de la Ley Stark por mantener 97 relaciones financieras con médicos y grupos de médicos fuera de los estándares de valor justo de mercado o que fueron incorrectamente documentados como excepciones.

Daños y sanciones

Las reclamaciones de Medicare perjudicadas por un acuerdo que no cumpla la Ley Stark no se pagarán. Puede imponerse una sanción de hasta **\$15,000** por cada servicio proporcionado. También puede imponerse una multa de hasta **\$100,000** por firmar un acuerdo o plan ilegal.

Para obtener más información, visite [Physician Self-Referral webpage](#) y consulte en [Ley, Sección 1877](#).

Ley de Sanciones Monetarias Civiles

La Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) podrá imponer sanciones civiles por numerosas razones, entre ellas:

- Contratar servicios o productos de un individuo o entidad excluida;
- proporcionar servicios o productos mientras esté excluido;
- no proporcionarle al OIG acceso rápido a los registros;
- tener conocimiento de un pago en exceso y no informar de ello ni devolverlo;
- realizar reclamaciones falsas; o
- pagar para influenciar referidos.

Daños y sanciones

Las sanciones van desde los \$15,000 a los \$70,000 dependiendo de la violación que se cometió. Los infractores deberán pagar tres veces el monto:

- Reclamado por cada servicio o producto; o
- de la remuneración ofrecida, pagada, solicitada o recibida

Para obtener más información, refiérase a to [42 USC 1320a-7a](#) y [la Ley, Sección 1128A\(a\)](#).

EJEMPLO

Una farmacia de California y su propietario pagaron más de \$1.3 millones para transar acusaciones de enviar reclamaciones a Medicare Parte D por medicamentos recetados de marca que la farmacia no podía haber suministrado según los registros del inventario.

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
OIG	Oficina del Inspector General

Exclusión

No se hará ningún pago procedente de un programa federal de cuidado de la salud por ningún producto o servicio proporcionado, solicitado o recetado por un individuo o una entidad excluida de la Oficina del Inspector General (OIG). La OIG tiene autoridad para excluir a individuos y entidades de los programas de cuidado de salud financiados federalmente y mantiene la Lista de Individuos / Entidades Excluidas (LEIE, por sus siglas en inglés). Puede acceder a la LEIE en Internet en <https://exclusions.oig.hhs.gov> (solo disponible en inglés).

La Administración de Servicios Generales (GSA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos administra el Sistema de Listas de Partes Excluidas (EPLS, por sus siglas en inglés), que contiene las acciones de inhabilitación iniciadas por diversas agencias federales, incluida la OIG. Puede acceder al EPLS en Internet en <https://www.sam.gov> (solo disponible en inglés).

Si está buscando individuos o entidades excluidos, asegúrese de consultar tanto la LEIE como el EPLS porque estos listados no cuentan con la misma información. Para obtener más información, consulte en Internet el [Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1320a-7](#) y el [Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Sección 1001.1901](#).

EJEMPLO

Una compañía farmacéutica se declaró culpable de dos cargos de delito grave por fraude criminal relacionado con no haber enviado los reportes requeridos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos en lo relativo a pastillas de sulfato de morfina de tamaño grande. El director de la firma farmacéutica fue excluido basándose en la declaración de culpabilidad de la compañía. Cuando el director no-convicto fue excluido existían pruebas de que estaba implicado en la conducta impropia que llevó a la condena de la compañía.

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
EPLS	Sistema de Listas de Partes Excluidas
LEIE	Lista de Individuos/Entidades Excluidos

Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA)

HIPAA creó un mayor acceso a los seguros de salud, la protección de la privacidad de los datos del cuidado de salud y promovió la estandarización y eficiencia de la industria del cuidado de la salud. Las salvaguardas de HIPAA impiden el acceso no autorizado a la información de salud protegida. Como un individuo con acceso a información de salud protegida, debe cumplir con las disposiciones de HIPAA.

Para obtener más información, consulte la [página web de la HIPAA](#) en Internet.

Daños y sanciones

Las infracciones pueden derivar en sanciones monetarias civiles. En algunos casos, se pueden aplicar sanciones penales.

EJEMPLO

Un antiguo empleado de un hospital se declaró culpable de los cargos penales de HIPAA después de obtener información de salud protegida con la intención de usarla para beneficio propio. Fue condenado a 12 meses y 1 día de prisión.

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
HIPAA	Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros de Salud

Resumen sobre FWA

Existen diferencias entre fraude, desperdicio y abuso. Una de las principales diferencias es la intención y el conocimiento de causa. El fraude supone intención de obtener un pago y el conocimiento de que dichas acciones están mal. El desperdicio y el abuso pueden suponer la obtención de un pago improcedente, pero no tienen el mismo grado de intención y conocimiento de causa.

Existen leyes y reglamentos que prohíben el FWA. Entre las sanciones por violar estas leyes se incluyen estas:

- Sanciones monetarias civiles;
- proceso civil;
- multas/condenas penales;
- exclusión de todos los programas federales de cuidado de la salud;
- penas de cárcel; o
- pérdida de la licencia de proveedor.



Evaluación de conocimientos

Ahora que ha finalizado la Lección 1, hagamos una evaluación rápida de los conocimientos.

La puntuación de su prueba final no se verá afectada por las siguientes preguntas.



Lección 1 sobre FWA: evaluación de conocimientos 1

¿Cuál de las siguientes opciones supone intención de obtener un pago y conocimiento de que dichas acciones están mal?

- A. Fraude
- B. Abuso
- C. Desperdicio

Lección 1 sobre FWA: evaluación de conocimientos 1

¿Cuál de las siguientes opciones supone intención de obtener un pago y conocimiento de que dichas acciones están mal?

- A. Fraude
- B. Abuso
- C. Desperdicio

Respuesta

A

Lección 1 sobre FWA: evaluación de conocimientos 2

¿Cuál de las siguientes opciones NO es una posible sanción por violar una ley o un reglamento que prohíbe el fraude, desperdicio y abuso?

- A. Sanciones monetarias civiles
- B. Deportación
- C. Exclusión de todos los programas federales de cuidado de la salud

Existen leyes y reglamentos que prohíben el fraude, desperdicio y abuso (FWA). Entre las sanciones por violar estas leyes se incluyen:

- Sanciones monetarias civiles;
- Procesos civiles;
- Multas/condenas penales;
- Exclusión de todos los programas federales de cuidado de salud;
- Penas de cárcel; o
- Pérdida de la licencia de proveedor.

Lección 1 sobre FWA: evaluación de conocimientos 2

¿Cuál de las siguientes opciones NO es una posible sanción por violar una ley o un reglamento que prohíbe el fraude, desperdicio y abuso?

- A. Sanciones monetarias civiles
- B. Deportación
- C. Exclusión de todos los programas federales de cuidado de la salud

Respuesta

B

Existen leyes y reglamentos que prohíben el fraude, desperdicio y abuso (FWA). Entre las sanciones por violar estas leyes se incluyen:

- Sanciones monetarias civiles;
- Procesos civiles;
- Multas/condenas penales;
- Exclusión de todos los programas federales de cuidado de salud;
- Penas de cárcel; o
- Pérdida de la licencia de proveedor.

Completó la Lección 1 sobre FWA

Lección 1: ¿Qué es el FWA?

Ahora que ya ha aprendido qué es el fraude, desperdicio y abuso y cuáles son las leyes y los reglamentos que los prohíben, analicemos de cerca su papel en la lucha contra el FWA.

Su papel en la lucha contra el FWA

Lección 2: Introducción y objetivos de aprendizaje

Esta lección explica el papel que usted puede desempeñar en la lucha contra el fraude, el desperdicio y el abuso (FWA), incluidas sus responsabilidades a la hora de prevenir, informar y corregir los casos de FWA. Completarla toma alrededor de 10 minutos.

Una vez completada esta lección, debería ser capaz de hacer correctamente lo siguiente:

- Identificar los métodos de prevención de FWA;
- Identificar la manera de informar casos de FWA; y
- Reconocer la forma de corregir los casos de FWA.

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
FWA	Fraude, desperdicio y abuso



¿Dónde encajo yo?

Como una persona que presta servicios administrativos o de salud a los afiliados de Medicare Partes C y D, usted puede ser empleado de alguno de los siguientes:

- Patrocinador (Organización de Medicare Advantage [MAO, por sus siglas en inglés] y planes de medicamentos recetados [PDP, por sus siglas en inglés]).
- Entidad de primer nivel (ejemplos: Administración de Beneficios de Farmacia [PBM, por sus siglas en inglés], hospital o centro de cuidado de la salud, grupo de proveedores, consultorio médico, laboratorio clínico, proveedor de servicio al cliente, compañía de procesamiento y adjudicación de reclamaciones, compañía que gestiona los procesos de inscripción y las funciones de membresía, y agente de ventas contratado).
- Entidad en sentido descendente (ejemplos: farmacias, consultorio médico, empresas que proporcionan servicios de agente/corredor, empresas de mercadeo y centros de llamadas).
- Entidades relacionadas (ejemplos: entidad en co-propiedad o control compartido de un patrocinador, proveedor de promoción de la salud o SilverSneakers®).

La empresa es una entidad de primer nivel para sus clientes de Medicare Advantage (patrocinadores).

¿Dónde encajo yo? (2)

Yo soy empleado de un patrocinador del Plan Parte C o un empleado de una empresa de primer nivel o en sentido descendente del patrocinador del Plan Parte C.

El patrocinador del Plan Parte C es un proveedor de los CMS. Los patrocinadores del Plan Parte C pueden realizar contratos con entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionadas (FDR). Esta relación de partes interesadas flujograma muestra ejemplos de las funciones ligadas a los contratos del patrocinador del Plan Parte C. Las entidades de primer nivel y relacionadas del patrocinador del Plan Parte C pueden realizar contratos con entidades en sentido descendente para cumplir sus obligaciones contractuales con el patrocinador.

Algunos ejemplos de entidades de primer nivel pueden ser: prácticas, centros de llamadas, grupos de hospitales/servicios de cuidado de la salud, proveedores de cumplimiento, organizaciones de mercadeo de campo y organizaciones de acreditación independientes. Si la entidad de primer nivel es una práctica independiente, entonces el proveedor podría ser una entidad en sentido descendente. Si la entidad de primer nivel es un grupo de hospitales/servicios de cuidado de la salud, entonces los centros de radiología, hospitales o centros de salud mental podrían ser una entidad en sentido descendente. Si la entidad de primer nivel es una organización de mercadeo de campo, entonces los agentes pueden ser una entidad en sentido descendente. Las entidades en sentido descendente pueden realizar contratos con otras entidades en sentido descendente. Los hospitales y centros de salud mental pueden realizar contratos con proveedores.

¿Dónde encajo yo? (3)

Soy empleado de un patrocinador del Plan Parte D o empleado de una empresa de primer nivel o en sentido descendente del patrocinador del Plan Parte D

El patrocinador del Plan Parte D es un proveedor de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Los patrocinadores del Plan Parte D pueden realizar contratos con entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionadas. Esta relación de partes interesadas muestra ejemplos de las funciones ligadas a los contratos de Medicare Parte D del patrocinador. Las entidades de primer nivel y relacionadas del patrocinador del Plan Parte D pueden realizar contratos con entidades en sentido descendente para cumplir sus obligaciones contractuales con el patrocinador.

Algunos ejemplos de entidades de primer nivel incluyen: centros de llamadas, administradores de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) y organizaciones de mercadeo de campo. Si la entidad de primer nivel es un PBM, entonces la farmacia, firma de mercadeo, empresa de control de calidad y empresa de procesamiento de reclamaciones podrían ser entidades en sentido descendente. Si la entidad de primer nivel es una organización de mercadeo de campo, entonces el agente podría ser una entidad en sentido descendente.

La empresa es una entidad de primer nivel para sus clientes de Medicare Advantage (patrocinadores).

¿Cuáles son sus responsabilidades?

Usted desempeña un papel fundamental a la hora de prevenir, detectar e informar sobre posibles casos de fraude, desperdicio y abuso, y de incumplimiento de Medicare.

- EN PRIMER LUGAR, usted debe cumplir con todos los requisitos legales, normativos y específicos de Medicare Parte C y D, incluida la implementación y utilización de programas de cumplimiento eficaces.
- EN SEGUNDO LUGAR, usted tiene el deber de informar al Programa Medicare sobre cualquier asunto relativo al cumplimiento, así como cualquier violación real o posible que usted pudiera conocer.
- EN TERCER LUGAR, usted tiene el deber de seguir el Código de Conducta de su organización, que articula su compromiso y el de su organización con respecto a los estándares de conducta y normas de comportamiento ético.

El portal de la intranet del [R.E.C.](#) contiene más información.

¿Cómo puede prevenir el FWA?

- Esté atento ante cualquier actividad sospechosa;
- Compórtese de un modo ético;
- Asegúrese de proporcionar datos/facturas precisos y puntuales;
- Asegúrese de coordinar con otros pagadores;
- Conozca las políticas y los procedimientos de FWA, los estándares de conducta, las leyes, los reglamentos y las guías de CMS; y
- Lea toda la información que le llegue.

Manténgase informado sobre las políticas y los procedimientos

Conozca las políticas y los procedimientos de su entidad.

Cada patrocinador y entidad de primer nivel, en sentido descendente o relacionada (FDR) debe tener políticas y procedimientos específicos para casos de fraude, desperdicio y abuso. Estos procedimientos deberían ayudarle a detectar, prevenir, informar y corregir los casos de fraude, desperdicio y abuso.

Los Estándares de Conducta deberían describir las expectativas del patrocinador:

- Todos los empleados deben comportarse de un modo ético ;
- Existen mecanismos apropiados para cualquiera que informe sobre posibles casos de incumplimiento y fraude, desperdicio y abuso ; y
- Los problemas informados serán tratados y resueltos.

Los Estándares de Conducta le comunican a los empleados y a las FDR que el cumplimiento es responsabilidad de todos, desde los cargos más altos de la organización hasta los más bajos.

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
FDR	Entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionada

Informar sobre fraude, desperdicio y abuso

- Todo el mundo debe informar sobre casos sospechosos de fraude, desperdicio y abuso. El Código de Conducta de su patrocinador debería reflejar claramente esta obligación. Los patrocinadores no pueden tomar represalias contra usted por realizar un informe resultado de un acto de buena fe.
- Informe a su departamento de cumplimiento o al departamento de cumplimiento de su patrocinador sobre cualquier problema potencial que detecte.
- El departamento de cumplimiento de su patrocinador lo investigará y tomará la medida adecuada. A menudo, los patrocinadores tienen una Unidad Especial de Investigación (SIU, por sus siglas en inglés) dedicada a investigar los casos de fraude, desperdicio y abuso. También es posible que tengan una línea directa de FWA.

- Cada patrocinador debe contar con un mecanismo para reportar posibles casos de FWA por parte de empleados y entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionadas. Cada patrocinador debe aceptar informes anónimos y no puede tomar represalias contra usted por informar.
- Revise los materiales de su organización para ver los métodos de notificación de FWA.
- Si tiene dudas, llame a su Departamento de Cumplimiento o a la línea directa de FWA.

[Haga clic aquí](#) para acceder a la página de intranet de Informe de incidentes en la empresa.

Informar casos de FWA fuera de su organización

Si estuviera justificado, los patrocinadores y entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionadas deben informar sobre cualquier posible conducta fraudulenta a las autoridades del Gobierno, como la Oficina del Inspector General, el Departamento de Justicia o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Los individuos y las entidades que deseen informar voluntariamente a la OIG sobre posibles casos autodescubiertos de fraude pueden hacerlo bajo el Protocolo de Divulgación Voluntaria (SDP, por sus siglas en inglés). La divulgación voluntaria ofrece a los proveedores la posibilidad de evitar los gastos e interrupciones asociados a una investigación del Gobierno y un litigio civil o administrativo.

Datos que deben incluirse al informar casos de FWA

Cuando informe sobre posibles casos de fraude, desperdicio y abuso, deberá incluir lo siguiente:

- Información de contacto de la fuente de la información, de los sospechosos y de los testigos.
- Detalles de los supuestos casos de fraude, desperdicio y abuso.
- Las reglas de Medicare que supuestamente fueron violadas.
- Historial de cumplimiento, formación, capacitación y comunicaciones del sospechoso con su organización u otras entidades.

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Informar casos de FWA fuera de su organización

DÓNDE INFORMAR CASOS DE FRAUDE, DESPERDICIO Y ABUSO

Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS, por sus siglas en inglés):

- Teléfono: 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) o TTY 1-800-377-4950
- Fax: 1-800-223-8164
- Correo electrónico: HHSTips@oig.hhs.gov
- En línea: <https://forms.oig.hhs.gov/hotlineoperations/index.aspx> (solo disponible en inglés)

O, [haga clic](#) aquí para acceder a la página de intranet de Informe de incidentes en la empresa.

Medicare Partes C y D:

- Contratista para la Integridad del Programa Nacional de Recetas Médicas de Medicare (NBI MEDIC, por sus siglas en inglés) en el 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379)

Otros programas federales de cuidado de la salud:

- Línea directa de CMS en el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY 1-877-486-2048
- Sitio Web para el beneficiario de Medicare: [Medicare.gov/forms-help-and-resources/report-fraud-and-abuse/fraud-and-abuse.html](https://www.medicare.gov/forms-help-and-resources/report-fraud-and-abuse/fraud-and-abuse.html)

Corrección

Una vez detectado un caso de fraude, desperdicio o abuso, este deberá corregirse rápidamente. Solucionar el problema le ahorra dinero al Gobierno y garantiza que usted está cumpliendo con los requisitos de CMS.

Elabore un plan para solucionar el problema. Pregúntele al Oficial de cumplimiento de su organización sobre el proceso de desarrollo para el plan de acción correctivo. El plan actual variará conforme a las circunstancias específicas. En general:

- Elaborar la medida correctiva para solucionar el problema subyacente que resulta en infracciones del programa de fraude, desperdicio y abuso, y prevenir futuros incumplimientos.
- Adaptar la medida correctiva para que esté dirigida al tipo específico de FWA, problema o deficiencia identificado. Incluir los plazos de implementación de las medidas específicas.
- Documentar las medidas correctivas dirigidas al incumplimiento o fraude, desperdicio y abuso cometido por cualquier empleado del patrocinador o por una entidad de primer nivel, en sentido descendente o relacionada, e incluir las consecuencias por no completar satisfactoriamente las medidas correctivas.
- Una vez iniciadas, supervisar continuamente las medidas correctivas para garantizar su efectividad.

Corrección (2)

Ejemplos de medidas correctivas

Las medidas correctivas pueden incluir esto:

- Adopción de nuevos requisitos de revisión de documentos o correcciones de pago por adelantado.
- Provisión de la capacitación obligatoria.
- Suministro de materiales educativos.
- Revisión de las políticas y los procedimientos.
- Envío de cartas de aviso.
- Implementación de medidas disciplinarias, como suspensión de mercadeo, inscripción o pago.
- Terminación del contrato de un empleado o proveedor.

Indicadores de posibles casos de FWA

Ahora que ya sabe cuál es su papel a la hora de prevenir, informar y corregir los casos de fraude, desperdicio y abuso (FWA), repasemos algunos indicadores clave que le ayudarán a reconocer los signos que se presentan cuando alguien comete FWA.

Las siguientes páginas presentan potenciales problemas de FWA. Cada página proporciona preguntas para que se haga usted mismo sobre diferentes áreas, según su papel como empleado de un patrocinador, farmacia u otra entidad involucrada en la provisión de beneficios de Medicare Partes C y D a los afiliados.



Indicadores clave: Posibles problemas del beneficiario

- ¿Le parece que la receta, el registro médico o la prueba de laboratorio ha sido alterada o supuestamente falsificada?
- ¿Respalda el historial médico del beneficiario los servicios solicitados?
- ¿Ha completado ya numerosas recetas idénticas para este beneficiario, posiblemente de diferentes médicos?
- ¿Es el verdadero beneficiario la persona que está recibiendo los servicios médicos (robo de identidad)?
- ¿Es apropiada la receta con base en otras recetas del beneficiario?



Indicadores clave: Posibles problemas del proveedor

- ¿Son apropiadas las recetas del proveedor para el estado clínico del afiliado (medicamente necesario)?
- ¿Le factura el proveedor al patrocinador por servicios no prestados?
- ¿Escribe el proveedor recetas para diversos medicamentos o principalmente para sustancias controladas?
- ¿Está el proveedor prestándole al afiliado servicios médicamente innecesarios?
- ¿Está el proveedor recetando una cantidad superior a la médicamente necesaria para dicha enfermedad?
- ¿La receta del proveedor tiene su Identificador Nacional del Proveedor activo y válido?
- ¿Está el diagnóstico del afiliado hecho por el proveedor respaldado en el registro médico?



Otros indicadores

Aunque los siguientes indicadores no aplican a nuestros servicios, pueden incluirse en la evaluación.

Indicadores clave: Posibles problemas de la farmacia

- ¿Se están desviando medicamentos a otros lugares (medicamentos destinados a residencias de ancianos, hospicios y otras entidades)?
- ¿Se están dispensando medicamentos vencidos, falsos, diluidos o ilegales?
- ¿Se están proporcionando medicamentos genéricos cuando en la receta se requiere que se dispensen medicamentos de marca?
- ¿Se factura a los administradores de beneficios de farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) recetas que no se completaron o que nunca se recogieron?
- ¿Se aplican las disposiciones adecuadas si no se puede suplir toda la receta (no se cobran cargos adicionales por suplir recetas separadas)?
- ¿Se percató de que la receta ha sido alterada (cambio de cantidades o "dispensar lo que se indica")?

Indicadores clave: Posibles problemas del mayorista

- ¿Distribuye el mayorista medicamentos falsos, diluidos, vencidos o importados ilegalmente?
- ¿Desvía el mayorista medicamentos destinados a residencias de ancianos, hospicios y clínicas de tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y luego aumenta los precios y los envía a otras farmacias o mayoristas más pequeños?

Indicadores clave: Posibles problemas del fabricante

- ¿Fomenta el fabricante el uso de medicamentos no autorizados?
- ¿El fabricante le provee muestras a entidades que facturarán a un programa federal de cuidado de la salud por ellas?



ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
PBM	Administradores de Beneficios de Farmacia

Indicadores clave: Posibles problemas del patrocinador

- ¿Anima/apoya el patrocinador el envío de ajustes de riesgo inapropiados?
- ¿Le hace creer el patrocinador al beneficiario que los beneficios tienen un precio único, solo para que el beneficiario descubra que el costo real es superior?
- ¿Ofrece el patrocinador incentivos en efectivo para que los beneficiarios se unan al plan?
- ¿Emplea el patrocinador agentes sin licencia?



Resumen de la Lección 2 sobre FWA



- Como una persona que presta servicios administrativos o de cuidado de la salud a los afiliados de Medicare Partes C o D, usted desempeña un papel fundamental a la hora de prevenir casos de fraude, desperdicio y abuso (FWA) Compórtese de modo ético, manténgase informado de las políticas y los procedimientos de su organización, y esté atento a los indicadores clave de posibles casos de FWA.
- Informe sobre posibles casos de FWA. Cada patrocinador debe contar con un mecanismo de informe de posibles casos de FWA. Cada patrocinador debe aceptar informes anónimos y no puede tomar represalias contra usted por informar.
- Corrija inmediatamente los casos de FWA identificados con un plan eficaz de medidas correctivas.

Repaso de la Lección 2 sobre FWA

Ahora que ha finalizado la Lección 2, hagamos una evaluación rápida de conocimientos.

La puntuación de la prueba final no se verá afectada por las siguientes preguntas.



Lección 2 sobre FWA: evaluación de conocimientos 1

Una persona llega a su farmacia para dejar una prescripción para un beneficiario que es cliente "frecuente". La receta es para una sustancia regulada con una cantidad de 160. Este beneficiario normalmente recibe una cantidad de 60, no de 160. Usted revisa la receta y sospecha sobre una posible falsificación. ¿Cuál es el siguiente paso?

- A. Llenar la receta para 160
- B. Llenar la receta para 60
- C. Llamar al médico solicitante para verificar la cantidad
- D. Llamar al departamento de cumplimiento del patrocinador
- E. Llamar a las autoridades

Lección 2 sobre FWA: evaluación de conocimientos 1

Una persona llega a su farmacia para dejar una prescripción para un beneficiario que es cliente "frecuente". La receta es para una sustancia regulada con una cantidad de 160. Este beneficiario normalmente recibe una cantidad de 60, no de 160. Usted revisa la receta y sospecha sobre una posible falsificación. ¿Cuál es el siguiente paso?

- A. Llenar la receta para 160
- B. Llenar la receta para 60
- C. Llamar al médico solicitante para verificar la cantidad
- D. Llamar al departamento de cumplimiento del patrocinador
- E. Llamar a las autoridades

Respuesta correcta

C

Lección 2 sobre FWA: evaluación de conocimientos 2

Su trabajo consiste en enviar un diagnóstico de riesgo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para fines de pago. Como parte de su labor, verifica que la información sea correcta mediante un proceso determinado. Su supervisor inmediato le dice que ignore el proceso del patrocinador y que ajuste/añada códigos de diagnóstico de riesgo a determinadas personas. ¿Qué debe hacer?

- A. Hacer lo que le ha pedido su supervisor inmediato y ajustar/añadir códigos de diagnóstico de riesgo
- B. Informar al departamento de cumplimiento sobre el incidente (a través de la línea directa de cumplimiento u otro mecanismo)
- C. Comentarle el problema a su supervisor inmediato
- D. Llamar a las autoridades

Lección 2 sobre FWA: evaluación de conocimientos 2

Su trabajo consiste en enviar un diagnóstico de riesgo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para fines de pago. Como parte de su labor, verifica que la información sea correcta mediante un proceso determinado. Su supervisor inmediato le dice que ignore el proceso del patrocinador y que ajuste/añada códigos de diagnóstico de riesgo a determinadas personas. ¿Qué debe hacer?

- A. Hacer lo que le ha pedido su supervisor inmediato y ajustar/añadir códigos de diagnóstico de riesgo
- B. Informar al departamento de cumplimiento sobre el incidente (a través de la línea directa de cumplimiento u otro mecanismo)
- C. Comentarle el problema a su supervisor inmediato
- D. Llamar a las autoridades

Respuesta Correcta

B

Lección 2 sobre FWA: evaluación de conocimientos 3

Usted está a cargo del pago de las reclamaciones enviadas por los proveedores. Se da cuenta de que un proveedor de diagnóstico determinado ("Doe Diagnostics") solicitó un pago sustancial para un gran número de afiliados. Muchas de estas reclamaciones son para un tipo determinado de procedimiento. Revisa ese mismo tipo de procedimiento en otros proveedores de diagnóstico y se da cuenta de que las reclamaciones de Doe Diagnostics superan con creces las de cualquier otro proveedor que ha analizado. ¿Qué debe hacer?

- A. Llamar a Doe Diagnostics y solicitar información adicional sobre las reclamaciones
- B. Consultar con su supervisor inmediato los pasos a seguir o ponerse en contacto con el departamento de cumplimiento (a través de la línea directa de cumplimiento, la Unidad de Investigaciones Especiales [SIU, por sus siglas en inglés] u otro mecanismo).
- C. Rechazar las reclamaciones
- D. Pagar las reclamaciones

Lección 2 sobre FWA: evaluación de conocimientos 3

Usted está a cargo del pago de las reclamaciones enviadas por los proveedores. Se da cuenta de que un proveedor de diagnóstico determinado ("Doe Diagnostics") solicitó un pago sustancial para un gran número de afiliados. Muchas de estas reclamaciones son para un tipo determinado de procedimiento. Revisa ese mismo tipo de procedimiento en otros proveedores de diagnóstico y se da cuenta de que las reclamaciones de Doe Diagnostics superan con creces las de cualquier otro proveedor que ha analizado. ¿Qué debe hacer?

- A. Llamar a Doe Diagnostics y solicitar información adicional sobre las reclamaciones
- B. Consultar con su supervisor inmediato los pasos a seguir o ponerse en contacto con el departamento de cumplimiento (a través de la línea directa de cumplimiento, la Unidad de Investigaciones Especiales [SIU, por sus siglas en inglés] u otro mecanismo).
- C. Rechazar las reclamaciones
- D. Pagar las reclamaciones

Respuesta Correcta

B

Lección 2 sobre FWA: evaluación de conocimientos 4

Está realizando un inventario habitual de las sustancias controladas en la farmacia. Se da cuenta de que existe una pequeña discrepancia en el inventario. ¿Qué debe hacer?

- A. Llamar a las autoridades locales
- B. Hacer otra revisión
- C. Ponerse en contacto con el departamento de cumplimiento (a través de la línea directa de cumplimiento u otro mecanismo)
- D. Comentarle el problema a su supervisor
- E. Seguir los procedimientos de su farmacia

Lección 2 sobre FWA: evaluación de conocimientos 4

Está realizando un inventario habitual de las sustancias controladas en la farmacia. Se da cuenta de que existe una pequeña discrepancia en el inventario. ¿Qué debe hacer?

- A. Llamar a las autoridades locales
- B. Hacer otra revisión
- C. Ponerse en contacto con el departamento de cumplimiento (a través de la línea directa de cumplimiento u otro mecanismo)
- D. Comentarle el problema a su supervisor
- E. Seguir los procedimientos de su farmacia

Respuesta correcta

E

Completó la Lección 2 sobre FWA

Lección 2: Su papel en la lucha contra el fraude, el desperdicio y el abuso

¡Ahora que ya sabe cómo combatir el FWA, realicemos una evaluación final para ver cuánto aprendió!

Esta evaluación incluye 10 preguntas sobre fraude, desperdicio y abuso a Medicare Partes C y D. Debería tardar 10 minutos en completarla.



FWA Evaluación Final

Pregunta 1 de 10

Una vez el plan de acción correctiva comienza, las acciones correctivas deben ser monitoreadas **anualmente** para asegurar que son efectivas. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

Pregunta 2 de 10

Las formas de reportar el posible Fraude, Despilfarro y Abuso (FWA) incluye:

Seleccione la respuesta correcta.

- A. Por teléfono las “hotlines”
- B. Buzón de correo
- C. Personalmente informándolo al departamento de cumplimiento / supervisor
- D. La Unidad Especial de Investigaciones (SIUs)
- E. Todas las anteriores

FWA Evaluación Final

Pregunta 1 de 10

Una vez el plan de acción correctiva comienza, las acciones correctivas deben ser monitoreadas **anualmente** para asegurar que son efectivas. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto **B. Falso (el monitoreo es continuo)**

Pregunta 2 de 10

Las formas de reportar el posible Fraude, Despilfarro y Abuso (FWA) incluye:

Seleccione la respuesta correcta.

- A. Por teléfono las “hotlines”
- B. Buzón de correo
- C. Personalmente informándolo al departamento de cumplimiento / supervisor
- D. La Unidad Especial de Investigaciones (SIUs)
- E. Todas las anteriores**

FWA Evaluación Final

Pregunta 3 de 10

Cualquier persona que a sabiendas presente alguna reclamación falsa al Gobierno es responsable por cinco veces los daños causados por el infractor, más una penalidad. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

Pregunta 4 de 10

Estos son ejemplos de situaciones que deben ser reportadas al Departamento de Cumplimiento: sospecha de Fraude, Desperdicio y Abuso (FWA); potencial violación de la privacidad de salud y comportamiento anti-ético / mal comportamiento de un empleado. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

Pregunta 5 de 10

El sobornar o soborno de cualquier servicio que sea pagado bajo el programa de cuidado de salud Federal (el cual incluye Medicare) constituye fraude tanto por la persona que lo realiza como para la persona que lo recibe. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

FWA Evaluación Final

Pregunta 3 de 10

Cualquier persona que a sabiendas presente alguna reclamación falsa al Gobierno es responsable por cinco veces los daños causados por el infractor, más una penalidad. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto *B. Falso (La multa es de tres veces los daños más la penalidad)*

Pregunta 4 de 10

Estos son ejemplos de situaciones que deben ser reportadas al Departamento de Cumplimiento: sospecha de Fraude, Desperdicio y Abuso (FWA); potencial violación de la privacidad de salud y comportamiento anti-ético / mal comportamiento de un empleado. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso (Todas estas situaciones tienen que ser reportadas.)

Pregunta 5 de 10

El sobornar o soborno de cualquier servicio que sea pagado bajo el programa de cuidado de salud Federal (el cual incluye Medicare) constituye fraude tanto por la persona que lo realiza como para la persona que lo recibe. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

FWA Evaluación Final

Pregunta 6 de 10

El despilfarro incluye cualquier mal uso de recursos como el uso excesivo de servicios, u otras prácticas que, directa o indirectamente, resulte en costos innecesarios al Programa de Medicare. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

Pregunta 7 de 10

El abuso implica el pago por algún producto o servicio cuando no existe un derecho legal para ese pago y el proveedor no ha tenido la intención o el conocimiento de falsificar los hechos para obtener el pago . **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

Pregunta 8 de 10

Algunas de las leyes que rigen las Partes C y D de Fraude, Desperdicio y Abuso de Medicare (FWA) incluyen la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA); la Ley de Reclamaciones Falsas; el Estatuto Anti-Kickback; la Lista de Individuos y Entidades Excluidas (LEIE); y el Estatuto de Fraude en Atención Médica. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

FWA Evaluación Final

Pregunta 6 de 10

El despilfarro incluye cualquier mal uso de recursos como el uso excesivo de servicios, u otras prácticas que, directa o indirectamente, resulte en costos innecesarios al Programa de Medicare. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

Pregunta 7 de 10

El abuso implica el pago por algún producto o servicio cuando no existe un derecho legal para ese pago y el proveedor no ha tenido la intención o el conocimiento de falsificar los hechos para obtener el pago . **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

Pregunta 8 de 10

Algunas de las leyes que rigen las Partes C y D de Fraude, Desperdicio y Abuso de Medicare (FWA) incluyen la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA); la Ley de Reclamaciones Falsas; el Estatuto Anti-Kickback; la Lista de Individuos y Entidades Excluidas (LEIE); y el Estatuto de Fraude en Atención Médica. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

FWA Evaluación Final

Pregunta 9 de 10

Usted puede ayudar a prevenir el Fraude Desperdicio y Abuso (FWA) haciendo todo lo siguiente:

- Reconociendo actividades sospechosas
- Compórtandose de manera ética;
- Asegurando que se facture a tiempo y con precisión
- Asegurando la coordinación con otros pagadores
- Siguiendo las políticas y procedimientos de FWA , estándares de conducta, leyes, regulaciones, y las guías de los Centros de Medicare & Medicaid (CMS); y
- Verificando toda la información que se le provea.

Selecciona la respuesta correcta.

A. Cierto B. Falso

Pregunta 10 de 10

¿Cuáles son algunas de las penalidades por violar las leyes contra el fraude, desperdicio y abuso (FWA)?

Selecciona la respuesta correcta.

- A. Sanciones monetarias civiles
- B. Encarcelamiento
- C. Exclusión en la participación de todos los programas federales del cuidado de salud
- D. Todas las anteriores

FWA Evaluación Final

Pregunta 9 de 10

Usted puede ayudar a prevenir el Fraude Desperdicio y Abuso (FWA) haciendo todo lo siguiente:

- Reconociendo actividades sospechosas
- Compórtandose de manera ética;
- Asegurando que se facture a tiempo y con precisión
- Asegurando la coordinación con otros pagadores
- Siguiendo las políticas y procedimientos de FWA , estándares de conducta, leyes, regulaciones, y las guías de los Centros de Medicare & Medicaid (CMS); y
- Verificando toda la información que se le provea.

Selecciona la respuesta correcta.

- A. Cierto* B. Falso

Pregunta 10 de 10

¿Cuáles son algunas de las penalidades por violar las leyes contra el fraude, desperdicio y abuso (FWA)?

Selecciona la respuesta correcta.

- A. Sanciones monetarias civiles
- B. Encarcelamiento
- C. Exclusión en la participación de todos los programas federales del cuidado de salud

D. Todas las anteriores

Certificado de FWA

¡Felicidades! Completó con éxito el curso de capacitación en la red sobre cómo combatir el fraude, desperdicio y abuso (FWA) en Medicare Partes C y D.

Si estuviera realizando esta lección a través de Medicare Learning Network, obtendría un certificado en este momento.



Al realizar esta lección a través de nuestro sistema de capacitación, no necesita ningún certificado. Registramos electrónicamente que usted completó con éxito esta lección.

Apéndice A: Recursos

Avisos legales

Este curso de capacitación en la red (WBT, por sus siglas en inglés) era actual al momento de su publicación o cuando fue subido a la red. Las pólizas de Medicare cambian con frecuencia, así que se han proporcionado enlaces a los documentos fuente para que pueda consultarlos.

Este curso de capacitación en la red ha sido preparado como un servicio al público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este curso de capacitación en la red puede contener referencias o enlaces a leyes, reglamentos u otros materiales relacionados con las pólizas. La información proporcionada solo pretende ser un resumen general. No se pretende sustituir las leyes ni los reglamentos escritos. Animamos a los lectores a que revisen las leyes, los reglamentos específicos y otros materiales interpretativos para tener una idea completa y más precisa de su contenido.

Medicare Learning Network® (MLN, por sus siglas en inglés)

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas comerciales registradas del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

Glosario

Para acceder al glosario de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, consulte <https://www.cms.gov/apps/glossary> en el sitio web de los CMS.

Apéndice B: Ayudas de trabajo

Ayuda de trabajo A: Leyes aplicables de referencia

Ley	Disponible en:
Anti-Kickback Statute (Ley Antisoborno), Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1320a-7b(b)	https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2015-title42/pdf/USCODE-2015-title42-chap7-subchapXI-partA-sec1320a-7b.pdf (solo disponible en inglés)
Civil False Claims Act (Ley de Reclamaciones Falsas Civiles), Título 31 del Código de los Estados Unidos, Secciones 3729–3733	https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2015-title31/pdf/USCODE-2015-title31-subtitleIII-chap37-subchapIII.pdf (solo disponible en inglés)
Civil Monetary Penalties Law (Ley de Sanciones Monetarias Civiles), Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1320a-7a	https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2015-title42/pdf/USCODE-2015-title42-chap7-subchapXI-partA-sec1320a-7a.pdf (solo disponible en inglés)
Criminal False Claims Act (Ley de Reclamaciones Penales Falsas), Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 287	https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2015-title18/pdf/USCODE-2015-title18-partI-chap15-sec287.pdf (solo disponible en inglés)
Exclusión, Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1320a-7	https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2015-title42/pdf/USCODE-2015-title42-chap7-subchapXI-partA-sec1320a-7.pdf (solo disponible en inglés)
Criminal Health Care Fraud Statute (Ley Penal sobre Fraude en la Atención Médica), Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1347	https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2015-title18/pdf/USCODE-2015-title18-partI-chap63-sec1347.pdf (solo disponible en inglés)
Physician Self-Referral Law (Ley de Autoreferidos Médicos), Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1395nn	https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2015-title42/pdf/USCODE-2015-title42-chap7-subchapXVIII-partE-sec1395nn.pdf (solo disponible en inglés)

Ayuda de trabajo B

Ayuda de trabajo B: Recursos

Recurso	Sitio web
Capacitación sobre cumplimiento para proveedores del equipo de medidas de prevención del fraude en el cuidado de la salud y aplicación de la ley	https://oig.hhs.gov/compliance/provider-compliance-training (solo disponible en inglés)
Protocolo de Divulgación Voluntaria del proveedor de la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés)	https://oig.hhs.gov/compliance/self-disclosure-info/files/Provider-Self-Disclosure-Protocol.pdf (solo disponible en inglés)
Autoreferido médico	https://www.cms.gov/Medicare/Fraud-and-Abuse/PhysicianSelfReferral (solo disponible en inglés)
Hoja de ruta para médicos nuevos: Evitar el fraude y abuso en Medicare	https://oig.hhs.gov/compliance/physician-education (solo disponible en inglés)
Reglamentos de protección legal	https://oig.hhs.gov/compliance/safe-harbor-regulations (solo disponible en inglés)

Ayuda de trabajo C

Ayuda de trabajo C: Dónde informar casos de fraude, desperdicio y abuso

Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS):

- Teléfono: 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) o TTY 1-800-377-4950
- Fax: 1-800-223-8164
- Correo electrónico: HHSTips@oig.hhs.gov
- En línea: <https://forms.oig.hhs.gov/hotlineoperations>
(solo disponible en inglés)

Medicare Partes C y D:

- Contratista para la Integridad del Programa Nacional de Recetas Médicas de Medicare (NBI MEDIC) en el 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379)
- Línea directa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY 1-877-486-2048
- Sitio Web para beneficiarios de Medicare: [Medicare.gov/forms-help-and-resources/report-fraud-and-abuse/fraud-and-abuse.html](https://www.Medicare.gov/forms-help-and-resources/report-fraud-and-abuse/fraud-and-abuse.html)

O bien, [haga clic aquí](#) (solo disponible en inglés) para acceder a la página de intranet de Informe de incidentes en la empresa.

Parte 2: Capacitación sobre cumplimiento general (GCT)



El curso de capacitación sobre cumplimiento general de Medicare Partes C y D es proporcionado por Medicare Learning Network®, una marca registrada del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) de los Estados Unidos.



Introducción a la capacitación sobre cumplimiento general

Esta capacitación ayudará a los empleados, miembros del consejo administrativo y sus entidades de primer nivel, en sentido descendente y relacionadas (FDR, por sus siglas en inglés) del patrocinador del plan de Medicare Partes C y D a cumplir con los requisitos anuales de capacitación de cumplimiento general que se exigen en los reglamentos y guías sub-reglamentarias contenidos en:

- Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés), Sección 422.503(b)(4)(vi)(C)
- Título 42 del CFR, Sección 423.504(b)(4)(vi)(C);
- Sección 50.3.2 de la Guía del Programa de Cumplimiento (Capítulo 9 del "Manual de beneficios de medicamentos recetados de Medicare" y Capítulo 21 del "Manual de cuidado administrado por Medicare")
- La sección de "Descargas" de la página web de orientación y política del programa de cumplimiento de CMS

Completar esta capacitación no garantiza que un Patrocinador tenga un "Programa de cumplimiento efectivo". Los patrocinadores y sus FDR son responsables de establecer y ejecutar un programa de cumplimiento efectivo de acuerdo con las regulaciones y el programa de CMS.

¿Por qué necesito capacitación?

Cada año se gastan indebidamente **miles de millones** de dólares debido a casos de fraude, desperdicio y abuso (FWA). Esto nos afecta a todos, **incluido usted**. Esta capacitación le ayuda a detectar, corregir y prevenir el FWA. **Usted** es parte de la solución.

El cumplimiento es responsabilidad de todos. Como una persona que presta servicios administrativos o de cuidado de la salud a los afiliados de Medicare, cada medida que tome podría afectar a los afiliados de Medicare, al Programa Medicare o al fondo fiduciario de Medicare.

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
FWA	Fraude, desperdicio y abuso

Requisitos de capacitación sobre cumplimiento general

Empleados del plan, miembros del consejo directivo y empleados de las Entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionadas

Algunos requisitos de capacitación se aplican a las personas involucradas en la ejecución o entrega de los beneficios de Medicare Partes C y D. Todos los empleados de las Organizaciones de Medicare Advantage (MAO) y de los planes de medicamentos recetados (PDP) (denominados en conjunto "Patrocinadores" en este curso) deben recibir capacitación sobre el cumplimiento de las normas del programa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Es posible que deba que completar la capacitación sobre fraude, desperdicio y abuso en un plazo de 90 días desde el momento de su contratación. Para mas información favor acceder [Medicare Parts C and D compliance trainings and answers to common questions is available on the CMS website](#) . Póngase en contacto con su equipo directivo para más información.

Los miembros del personal de la empresa deberán completar la capacitación en un plazo de 90 días desde su contratación y una vez al año a partir de entonces.

Más información:

Más información sobre Medicare Parte C

Medicare Parte C, o Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), es una opción de plan de salud que tienen disponible los beneficiarios de Medicare. Las compañías de seguros privadas aprobadas por Medicare manejan los programas de MA. Estas compañías coordinan o directamente prestan servicios de cuidado de salud a aquellos beneficiarios que deciden inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Los planes Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios que cubre Medicare, excepto los cuidados de hospicio. Los planes Medicare Advantage proporcionan los beneficios de las Partes A y B, y pueden incluir cobertura de medicamentos recetados y otros beneficios suplementarios.



Más información sobre Medicare Parte D

Medicare Parte D, o el beneficio de medicamentos recetados, brinda cobertura de medicamentos recetados a todos los beneficiarios inscritos en las Partes A o B que eligen inscribirse en plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP) o en un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MA-PD). Las compañías de seguro aprobadas por Medicare u otras compañías proporcionan cubierta de medicamentos recetados a aquellas personas que viven en el área de servicio del plan.

Navegando y completando este curso

Cualquier persona que provea servicios de salud o administrativos a los afiliados de Medicare debe cumplir con los requisitos de capacitación de cumplimiento general y de FWA. Puede usar este curso para satisfacer los requisitos de capacitación de cumplimiento general.

Este curso consiste en una lección y una evaluación final. Completar con éxito el curso requiere completar la lección y obtener una calificación del 70 por ciento o más en la evaluación final.

Visite la página de Recursos para relevos de responsabilidad, un glosario y preguntas frecuentes (FAQ). Puede encontrar útil esta información a medida que avance en este curso.

Introducción y objetivos de aprendizaje de GCT

Esta lección describe los programas de cumplimiento efectivo. Debería tardar 15 minutos en completarla.

Después de completar este curso, debe hacer correctamente lo siguiente:

- Reconocer cómo funciona un programa de cumplimiento ; y
- Reconocer cómo deberían notificarse las infracciones al programa de cumplimiento



Requisito del programa de cumplimiento

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen a sus patrocinadores que implementen y mantengan un programa de cumplimiento efectivo para sus planes Medicare Partes C y D.

Un programa de cumplimiento efectivo debe:

- Articular y demostrar el compromiso de una organización con una conducta legal y ética;
- proporcionar orientación sobre cómo manejar las preguntas y dudas sobre cumplimiento; y
- proporcionar orientación sobre cómo identificar e informar infracciones de cumplimiento.

¿Qué es un programa de cumplimiento eficaz?

Un programa de cumplimiento efectivo fomenta una cultura de cumplimiento dentro de una organización y, como mínimo:

- Previene, detecta y corrige el incumplimiento;
- está plenamente implementado y adaptado a las operaciones y circunstancias particulares de una organización;
- cuenta con recursos adecuados;
- fomenta los Estándares de Conducta de la organización; y
- establece líneas de comunicación claras para informar casos de incumplimiento.

Un programa de cumplimiento efectivo es fundamental para prevenir, detectar y corregir casos de incumplimiento y fraude, desperdicio y abuso (FWA) de Medicare. Como mínimo, debe incluir los siete requisitos fundamentales de un programa de cumplimiento.

Siete requisitos fundamentales del programa de cumplimiento

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen un programa de cumplimiento eficaz que incluya siete requisitos fundamentales:

1. Políticas, procedimientos y estándares de conducta por escrito

Esto articula el compromiso del patrocinador para cumplir con los estándares federales y estatales aplicables, y describe las expectativas de cumplimiento de acuerdo con los Estándares de Conducta.

2. Encargado de cumplimiento, comité de cumplimiento y supervisión de alto nivel

El patrocinador debe designar un encargado de cumplimiento y un comité de cumplimiento responsables de las actividades y el estado del programa de cumplimiento, incluidos los problemas identificados, investigados y resueltos por el programa de cumplimiento.

La alta gerencia y el consejo administrativo del patrocinador deben participar y ejercer una supervisión razonable del programa de cumplimiento del patrocinador.

3. Capacitación y educación eficaces

Esto cubre los elementos del plan de cumplimiento así como la prevención, detección e informe de casos de fraude, desperdicio y abuso. Adapte esta capacitación y educación a las diferentes responsabilidades y funciones laborales.

Todos los miembros de la fuerza laboral reciben capacitación sobre los programas específicos de la empresa.

Siete requisitos fundamentales del programa de cumplimiento (2)

4. Líneas de comunicación eficaces

Las líneas de comunicación eficaces deben estar disponibles para todos, deben garantizar la confidencialidad y proporcionar maneras de comunicar informes anónimos y de buena fe sobre problemas de cumplimiento a nivel del patrocinador y de las entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionadas.

5. Estándares disciplinarios debidamente anunciados

El patrocinador deberá aplicar estándares mediante guías disciplinarias debidamente anunciadas.

6. Sistema efectivo para hacer seguimientos de rutina, completar auditorías e identificar los riesgo de cumplimiento

Deben realizarse seguimientos de rutina y auditorías de las operaciones del patrocinador y de las entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionadas para evaluar el cumplimiento de los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, así como la efectividad global del programa de cumplimiento.

NOTA: Los patrocinadores deben garantizar que las entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionadas designadas para realizar funciones administrativas o de cuidado de la salud relativas al programa Medicare Partes C y D del patrocinador cumplan con los requisitos del Programa Medicare.

7. Procedimientos y sistema de respuesta rápida a los problemas de cumplimiento

El patrocinador debe emplear medidas eficaces para responder con rapidez ante el incumplimiento y aplicar la medida correctiva adecuada

Capacitación en cumplimiento: patrocinadores y sus FDR

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) esperan que todos los patrocinadores apliquen sus requisitos de capacitación y "líneas de comunicación eficaces" a sus entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionadas (FDR).

Tener "Líneas de comunicación eficaces" supone que los empleados y las entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionadas del patrocinador poseen varias vías para reportar problemas de cumplimiento.

La empresa es una entidad de primer nivel para sus clientes de Medicare Advantage (patrocinadores).

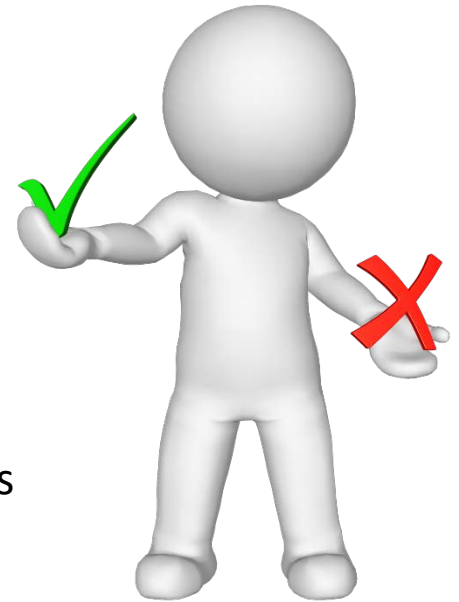


Ética: ¡Haga lo correcto!

Como parte del Programa Medicare, usted debe comportarse de un modo ético y legal.

¡Se trata de hacer lo que está bien!

- Actúe con justicia y honestidad;
- Siga altos estándares éticos en todo lo que haga;
- Cumpla con todas las leyes, los reglamentos y los requisitos de los CMS aplicables; y
- Reporte posibles infracciones.



¿Cómo saber lo que se espera de usted?

Ahora que ha leído las guías éticas generales de la página anterior, ¿cómo sabe qué se espera de usted en una situación específica? Los Estándares de Conducta (o el Código de Conducta) establecen las expectativas de cumplimiento, los principios y valores. Los Estándares de Conducta de la organización varían. La organización debe adaptar los Estándares de Conducta a la cultura y las operaciones comerciales de su organización en particular. Pregunte a la gerencia dónde localizar los estándares de conducta de nuestra organización.

Reportar infracciones a los Estándares de Conducta y posibles casos de incumplimiento es responsabilidad de **todos**.

Los Estándares de Conducta de una organización y las políticas y los procedimientos deberían identificar esta obligación y decirle cómo informar posibles casos de incumplimiento.



[Haga clic aquí](#) (solo disponible en inglés) para acceder a la página de la intranet de nuestro Código de Conducta.

¿Qué es el incumplimiento?

El incumplimiento es una conducta que no sigue la ley, los requisitos de los programas federales de cuidado de la salud ni las políticas éticas y empresariales de una organización.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han identificado las siguientes áreas de riesgo de Medicare Partes C y D:

- Declaración fraudulenta de agentes/corredores
- Revisión de quejas y apelaciones (por ejemplo, determinación de cobertura y organización)
- Avisos para los beneficiarios
- Conflictos de intereses
- Procesamiento de reclamaciones
- Acreditación y redes de proveedores
- Requisitos de documentación y plazos
- Ética
- Seguimiento y supervisión de las FDR
- Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (HIPAA)
- Marketing e inscripción
- Farmacia, formularios y administración de beneficios
- Calidad del cuidado de la salud

Para más información, consulte la Guía del Programa de Cumplimiento en el ["Manual de beneficios de medicamentos recetados de Medicare"](#) y en el ["Manual de cuidado administrado por Medicare"](#) (solo disponible en inglés) en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Conozca las consecuencias

Conozca las consecuencias del incumplimiento

No cumplir con los requisitos del Programa Medicare ni con la guía de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid puede implicar consecuencias graves, entre ellas, estas:

- Terminación del contrato
- Sanciones penales
- Exclusión de todos los programas federales de cuidado de la salud
- Sanciones monetarias civiles

Además, su organización debe tener estándares disciplinarios por incumplimiento. Aquellos que cometan algún incumplimiento pueden quedar sujetos a lo siguiente:

- Capacitación o cursos de actualización obligatorios;
- Medidas disciplinarias; o
- Despido.

El incumplimiento nos afecta a todos

Sin programas para prevenir, detectar y corregir el incumplimiento todos nos exponemos a:

- Dañar a los beneficiarios, como por ejemplo:
 - Servicios retrasados
 - Rechazo de beneficios
 - Dificultades a la hora de usar los proveedores elegidos
 - Otros obstáculos para el cuidado
- Menos dinero para todos debido a:
 - Copagos de seguro más elevados
 - Primas más elevadas
 - Menos beneficios para individuos y empleados
 - Tarifas estrella más bajas
 - Menos beneficios



Cómo informar posibles casos de incumplimiento

No dude en informar un caso de incumplimiento

Cuando usted informa alguna sospecha de incumplimiento de buena fe, el Patrocinador no puede tomar represalias en su contra.

Cada patrocinador deberá ofrecer métodos de informe que sean:

- Anónimos
- Confidenciales
- Sin represalias

Empleados de un patrocinador

- Llame al encargado de cumplimiento de Medicare;
- Presente un informe a través del sitio web de su organización; o
- Llame a la línea directa de cumplimiento.

Empleados de entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionadas

- Hable con el gerente o supervisor;
- Llame a la línea de asistencia sobre ética/cumplimiento; o
- Informe al patrocinador.

Beneficiarios

- Llame a la línea directa de cumplimiento o a servicio al cliente del patrocinador;
- Presente un informe a través del sitio web del patrocinador o
- Llame a 1-800-Medicare.



¿Qué ocurre después de que se detectó un incumplimiento?

Una vez detectado un incumplimiento, este debe investigarse y corregirse rápidamente.

El monitoreo interno debe garantizar:

- Que no se repita el mismo incumplimiento
- Que se sigan cumpliendo los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
- Que existan controles internos efectivos y eficaces; y
- Que los afiliados estén protegidos.

¿Qué son los seguimientos y las auditorías internos?

- Las actividades de monitoreo interno son revisiones regulares que confirman el cumplimiento continuo y toman medidas correctivas efectivas.
- Las auditorías internas son un informe de cumplimiento formal con un conjunto específico de estándares (por ejemplo, políticas y procedimientos, leyes y reglamentos) que se usan como base de las mediciones.



Resumen de la lección sobre GCT

Las organizaciones deben crear y mantener programas de cumplimiento que deben incluir, como mínimo, los siete requisitos fundamentales. Un programa de cumplimiento efectivo fomenta una cultura de cumplimiento.

Para ayudar a garantizar el cumplimiento, compórtese de forma ética y siga los Estándares de Conducta de su organización. Esté atento a casos comunes de incumplimiento e infórmelos si los detecta.

Conozca las consecuencias del incumplimiento y ayude a corregir cualquier incumplimiento con un plan de medidas correctivas que incluya seguimiento y auditorías continuas.

¡El cumplimiento es responsabilidad de todos!

Prevenir: ¡Opere dentro de las expectativas éticas de su organización para evitar el incumplimiento!

Detectar e Informar: ¡Reporte posible caso de incumplimiento detectado!

Corregir: ¡Corrija los incumplimientos para proteger a los beneficiarios y ahorrar dinero!

Repaso de la lección sobre GCT

Ahora que ha finalizado la lección de capacitación sobre el programa de cumplimiento, hagamos una evaluación rápida de sus conocimientos.

La puntuación de su prueba final no se verá afectada por las siguientes preguntas.



Lección sobre GCT: evaluación de conocimientos 1

Se da cuenta de que en su oficina existe una dirección de correo electrónico o una máquina de fax sin supervisión recibiendo solicitudes de apelaciones de los beneficiarios. Usted sospecha que nadie está procesando estas apelaciones. ¿Qué debe hacer?

- A. Ponerse en contacto con las autoridades
- B. Nada
- C. Ponerse en contacto con el departamento de cumplimiento (a través de la línea directa de cumplimiento u otro mecanismo)
- D. Esperar hasta confirmar que alguien está procesando las apelaciones antes de tomar cualquier medida
- E. Ponerse en contacto con su supervisor

Lección sobre GCT: evaluación de conocimientos 1

Se da cuenta de que en su oficina existe una dirección de correo electrónico o una máquina de fax sin supervisión recibiendo solicitudes de apelaciones de los beneficiarios. Usted sospecha que nadie está procesando estas apelaciones. ¿Qué debe hacer?

- A. Ponerse en contacto con las autoridades
- B. Nada
- C. Ponerse en contacto con el departamento de cumplimiento (a través de la línea directa de cumplimiento u otro mecanismo)
- D. Esperar hasta confirmar que alguien está procesando las apelaciones antes de tomar cualquier medida
- E. Ponerse en contacto con su supervisor

Respuesta Correcta

C

Lección sobre GCT: evaluación de conocimientos 2

Un agente de ventas, empleado por una entidad de primer nivel, en sentido descendente ó relacionadas del patrocinador, sometió una solicitud para procesar y pidió dos cosas: 1) retrasar un mes la fecha de inscripción y 2) eximir al beneficiario de todas las primas mensuales. ¿Qué debe hacer?

- A. Negarse a cambiar la fecha o cancelar las primas, pero tomar la decisión de no mencionar la solicitud a su supervisor ni al departamento de cumplimiento
- B. Realizar los cambios solicitados porque el agente comercial determina la fecha de alta del beneficiario y las primas mensuales
- C. Decirle al agente de ventas que usted se encargará de ello, pero luego procesar la solicitud como corresponde (sin las modificaciones solicitadas) aunque no envíe un informe porque no quiere que el agente de ventas tome represalias contra usted
- D. Procesar la solicitud como corresponde (sin las modificaciones solicitadas) e informa a su supervisor y al encargado de cumplimiento sobre la petición del agente de ventas
- E. Ponerse en contacto con las autoridades y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para informar sobre el comportamiento del agente de ventas.

Lección sobre GCT: evaluación de conocimientos 2

Un agente de ventas, empleado por una entidad de primer nivel, en sentido descendente ó relacionadas del patrocinador, sometió una solicitud para procesar y pidió dos cosas: 1) retrasar un mes la fecha de inscripción y 2) eximir al beneficiario de todas las primas mensuales. ¿Qué debe hacer?

- A. Negarse a cambiar la fecha o cancelar las primas, pero tomar la decisión de no mencionar la solicitud a su supervisor ni al departamento de cumplimiento
- B. Realizar los cambios solicitados porque el agente comercial determina la fecha de alta del beneficiario y las primas mensuales
- C. Decirle al agente de ventas que usted se encargará de ello, pero luego procesar la solicitud como corresponde (sin las modificaciones solicitadas) aunque no envíe un informe porque no quiere que el agente de ventas tome represalias contra usted
- D. Procesar la solicitud como corresponde (sin las modificaciones solicitadas) e informa a su supervisor y al encargado de cumplimiento sobre la petición del agente de ventas
- E. Ponerse en contacto con las autoridades y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para informar sobre el comportamiento del agente de ventas.

Respuesta Correcta

D

Lección sobre GCT: evaluación de conocimientos 3

Usted trabaja para un patrocinador. El mes pasado, mientras revisaba un informe mensual de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), identificó varios individuos que no están inscritos en el plan, pero el patrocinador recibe un pago por ellos. Usted habla con su supervisor, y este le dice que no se preocupe. Este mes ha identificado a los mismos afiliados en el informe. ¿Qué debe hacer?

- A. Decide no preocuparse tal como su supervisor le dijo cuando le informó del asunto el mes pasado, y entiende que ahora es su responsabilidad.
- B. A pesar de que conoce sobre la política de no represalia del patrocinador, a usted el informar aun lo pone nervioso, así que envía un informe a través de la línea de consejos anónimos del departamento de cumplimiento para no ser identificado y sentirse protegido.
- C. Espera hasta el mes siguiente para ver si esos mismos afiliados aparecen de nuevo en el informe, pensando que quizá se necesiten unos meses para que los CMS contrasten sus registros (si los hubiera); pasado ese tiempo decidirá si le dice algo de nuevo a su supervisor .
- D. Ponerse en contacto con las autoridades y los CMS para informar sobre la discrepancia.
- E. Preguntarle de nuevo a su supervisor sobre dicha discrepancia.

Lección sobre GCT: evaluación de conocimientos 3

Usted trabaja para un patrocinador. El mes pasado, mientras revisaba un informe mensual de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), identificó varios individuos que no están inscritos en el plan, pero el patrocinador recibe un pago por ellos. Usted habla con su supervisor, y este le dice que no se preocupe. Este mes ha identificado a los mismos afiliados en el informe. ¿Qué debe hacer?

- A. Decide no preocuparse tal como su supervisor le dijo cuando le informó del asunto el mes pasado, y entiende que ahora es su responsabilidad.
- B. A pesar de que conoce sobre la política de no represalia del patrocinador, a usted el informar aun lo pone nervioso, así que envía un informe a través de la línea de consejos anónimos del departamento de cumplimiento para no ser identificado y sentirse protegido.
- C. Espera hasta el mes siguiente para ver si esos mismos afiliados aparecen de nuevo en el informe, pensando que quizá se necesiten unos meses para que los CMS contrasten sus registros (si los hubiera); pasado ese tiempo decidirá si le dice algo de nuevo a su supervisor .
- D. Ponerse en contacto con las autoridades y los CMS para informar sobre la discrepancia.
- E. Preguntarle de nuevo a su supervisor sobre dicha discrepancia.

Respuesta Correcta

B

Lección sobre GCT: evaluación de conocimientos 4

Está realizando un inventario habitual de las sustancias controladas en la farmacia. Se da cuenta de que existe una pequeña discrepancia en el inventario. ¿Qué debe hacer?

- A. Llamar a las autoridades locales
- B. Realizar otra revisión
- C. Ponerse en contacto con el departamento de cumplimiento (a través de la línea directa de cumplimiento u otro mecanismo)
- D. Comentarle el problema a su supervisor
- E. Seguir los procedimientos de su farmacia

Lección sobre GCT: evaluación de conocimientos 4

Está realizando un inventario habitual de las sustancias controladas en la farmacia. Se da cuenta de que existe una pequeña discrepancia en el inventario. ¿Qué debe hacer?

- A. Llamar a las autoridades locales
- B. Realizar otra revisión
- C. Ponerse en contacto con el departamento de cumplimiento (a través de la línea directa de cumplimiento u otro mecanismo)
- D. Comentarle el problema a su supervisor
- E. Seguir los procedimientos de su farmacia

Respuesta Correcta

E

¡Ha completado la lección sobre cumplimiento general!

¡Ahora que ya sabe todo sobre los programas de cumplimiento, es hora de evaluar su conocimiento!



Evaluación final de la capacitación sobre cumplimiento general

Pregunta 1 de 10 El cumplimiento es responsabilidad únicamente del Oficial de Cumplimiento, el Comité de Cumplimiento y la Alta Gerencia. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

Pregunta 2 de 10 Las formas de reportar problemas de cumplimiento incluye: **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Por teléfono las “hotlines”

B. Reportar en el sitio web del Patrocinador

C. Personalmente informándolo al departamento de cumplimiento / supervisor

D. Todas las anteriores

Evaluación final de la capacitación sobre cumplimiento general

Pregunta 1 de 10 El cumplimiento es responsabilidad únicamente del Oficial de Cumplimiento, el Comité de Cumplimiento y la Alta Gerencia. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto *B. Falso*

Pregunta 2 de 10 Las formas de reportar problemas de cumplimiento incluye:
Seleccione la respuesta correcta.

A. Por teléfono las “hotlines”

B. Reportar en el sitio web del Patrocinador

C. Personalmente informándolo al departamento de cumplimiento / supervisor

D. Todas las anteriores

Evaluación final de la capacitación sobre cumplimiento general

Pregunta 3 de 10

¿Qué es la política de no represalia? **Seleccione la respuesta correcta.**

- A. Permite al patrocinador disciplinar a los empleados que violan el Código de Conducta
- B. Prohíbe a la gerencia y al supervisor acosar a los empleados por mala conducta
- C. Protege a los empleados que, de buena fe, informan sospechas de incumplimiento
- D. Previene peleas entre empleado

Pregunta 4 de 10

Estos son ejemplos de problemas que se pueden informar al departamento de cumplimiento: sospecha de fraude, desperdicio y abuso (FWA); potencial violación a la privacidad de la salud, y comportamiento poco ético / mala conducta del empleado. **Seleccione la respuesta correcta.**

- A. Cierto
- B. Falso

Pregunta 5 de 10

Una vez que el plan de acción correctiva comienza a atender el incumplimiento o Fraude, desperdicio y abuso (FWA) cometido por un empleado del Patrocinador o un empleado de la entidad de primer nivel, en sentido descendentes o relacionada (FDR), no es necesario el monitoreo continuo de las acciones correctivas. **Seleccione la respuesta correcta**

- A. Cierto
- B. Falso

Evaluación final de la capacitación sobre cumplimiento general

Pregunta 3 de 10

¿Qué es la política de no represalia? **Seleccione la respuesta correcta.**

- A. Permite al patrocinador disciplinar a los empleados que violan el Código de Conducta
- B. Prohíbe a la gerencia y al supervisor acosar a los empleados por mala conducta
- C. Protege a los empleados que, de buena fe, informan sospechas de incumplimiento*
- D. Previene peleas entre empleado

Pregunta 4 de 10

Estos son ejemplos de problemas que se pueden informar al departamento de cumplimiento: sospecha de fraude, desperdicio y abuso (FWA); potencial violación a la privacidad de la salud, y comportamiento poco ético / mala conducta del empleado. **Seleccione la respuesta correcta.**

- A. Cierto* B. Falso

Pregunta 5 de 10

Una vez que el plan de acción correctiva comienza a atender el incumplimiento o Fraude, desperdicio y abuso (FWA) cometido por un empleado del Patrocinador o un empleado de la entidad de primer nivel, en sentido descendentes o relacionada (FDR), no es necesario el monitoreo continuo de las acciones correctivas. **Seleccione la respuesta correcta**

- A. Cierto *B. Falso*

Evaluación final de la capacitación sobre cumplimiento general

Pregunta 6 de 10

Los patrocinadores de Medicare Parte C y D no se les requiere tener un programa de cumplimiento

Seleccione la respuesta correcta.

A. Cierto B. Falso

Pregunta 7 de 10

Como mínimo, un programa de cumplimiento efectivo incluye cuatro requisitos fundamentales. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

Pregunta 8 de 10

Los estándares de conducta son los mismos para cada Patrocinador de las Partes C y D de Medicare. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto B. Falso

Evaluación final de la capacitación sobre cumplimiento general

Pregunta 6 de 10

Los patrocinadores de Medicare Parte C y D no se les requiere tener un programa de cumplimiento

Seleccione la respuesta correcta.

A. Cierto *B. Falso*

Pregunta 7 de 10

Como mínimo, un programa de cumplimiento efectivo incluye cuatro requisitos fundamentales. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto *B. Falso (siete requisitos fundamentales)*

Pregunta 8 de 10

Los estándares de conducta son los mismos para cada Patrocinador de las Partes C y D de Medicare. **Seleccione la respuesta correcta.**

A. Cierto *B. Falso*

Evaluación final de la capacitación sobre cumplimiento general

Pregunta 9 de 10

Corregir el incumplimiento _____. **Seleccione la respuesta correcta para llenar el blanco.**

- A. Protege a los afiliados, evita la repetición del mismo incumplimiento y promueve la eficiencia
- B. Garantiza bonos para todos los empleados
- C. Ambos A. y B.

Pregunta 10 de 10

¿Cuáles son algunas de las consecuencias del incumplimiento, o del comportamiento fraudulento o poco ético? **Seleccione la respuesta correcta.**

- A. Acción disciplinaria
- B. Terminación del empleo
- C. Exclusión de todos los programas federales de cuidado de la salud
- D. Todas las anteriores

Evaluación final de la capacitación sobre cumplimiento general

Pregunta 9 de 10

Corregir el incumplimiento _____. **Seleccione la respuesta correcta para llenar el blanco.**

- A. Protege a los afiliados, evita la repetición del mismo incumplimiento y promueve la eficiencia*
- B. Garantiza bonos para todos los empleados
- C. Ambos A. y B.

Pregunta 10 de 10

¿Cuáles son algunas de las consecuencias del incumplimiento, o del comportamiento fraudulento o poco ético? **Seleccione la respuesta correcta.**

- A. Acción disciplinaria
- B. Terminación del empleo
- C. Exclusión de todos los programas federales de cuidado de la salud
- D. Todas las anteriores*

Certificado



¡Felicitaciones! Ha completado con éxito el curso de capacitación en la red sobre cumplimiento general de Medicare Partes C y D.

Si estuviera realizando esta lección a través de Medicare Learning Network, obtendría un certificado en este momento. Al realizar esta lección a través de nuestro sistema de capacitación, no necesita ningún certificado. Registramos electrónicamente que ha completado con éxito esta lección.

APÉNDICE A: RECURSOS

Avisos legales

Este curso de capacitación en la red (WBT) era actual al momento de su publicación o cuando fue subido a la red. Las pólizas de Medicare cambian con frecuencia, así que se han proporcionado enlaces a los documentos fuente para que pueda consultarlos.

Este curso ha sido preparado como un servicio al público, y no tiene intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este curso de capacitación en la red puede contener referencias o enlaces a leyes, reglamentos u otros materiales relacionados con las pólizas. La información proporcionada solo pretende ser un resumen general. No se pretende sustituir las leyes ni los reglamentos escritos. Animamos a los lectores a que revisen las leyes, los reglamentos específicos y otros materiales interpretativos para tener una idea completa y más precisa de su contenido.

Medicare Learning Network® (MLN)

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas comerciales registradas del Departamento de Salud y Servicios Sociales.

Glosario

Para acceder al glosario de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, consulte <https://www.cms.gov/apps/glossary> (solo disponible en inglés) en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
WBT	Capacitación en la red
MLN	Medicare Learning Network®

APÉNDICE B: AYUDA DE TRABAJO A

Ayuda de trabajo A: Siete requisitos fundamentales del programa de cumplimiento

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen un programa de cumplimiento efectivo que incluya siete requisitos fundamentales:

1. Políticas, procedimientos y estándares de conducta por escrito

Esto articula el compromiso del patrocinador para cumplir con los estándares federales y estatales aplicables, y describe las expectativas de cumplimiento de acuerdo con los Estándares de Conducta.

2. Encargado de cumplimiento, comité de cumplimiento y supervisión de alto nivel

El patrocinador debe designar un encargado de cumplimiento y un comité de cumplimiento que serán responsables de las actividades y el estado del programa de cumplimiento, incluidos los problemas identificados, investigados y resueltos por el programa de cumplimiento.

La alta dirección y el consejo administrativo del patrocinador deben participar y ejercer una supervisión razonable del programa de cumplimiento del patrocinador.

3. Capacitación y educación eficaces

Esto cubre los elementos del plan de cumplimiento y la prevención, detección e informe de casos de fraude, desperdicio y abuso. La capacitación y educación deberán adaptarse a las diferentes responsabilidades y funciones laborales de los empleados.

4. Líneas de comunicación eficaces

Las líneas de comunicación eficaces deben estar disponibles para todos, deben garantizar la confidencialidad y deben proporcionar maneras de presentar informes anónimos y de buena fe sobre problemas de cumplimiento a nivel del patrocinador y de las entidades de primer nivel, en sentido descendente o vinculadas.

5. Estándares disciplinarios debidamente anunciados

El patrocinador debe aplicar estándares mediante guías disciplinarias debidamente anunciadas.

6. Sistema eficaz para hacer seguimientos de rutina, realizar auditorías e identificar los riesgos de cumplimiento

Deberán realizarse seguimientos de rutina y auditorías de las operaciones del patrocinador y de las entidades de primer nivel, en sentido descendente o vinculadas para evaluar el cumplimiento de los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, así como la efectividad global del programa de cumplimiento.

NOTA: Los patrocinadores deben garantizar que las entidades de primer nivel, en sentido descendente o vinculadas designadas para realizar funciones administrativas o de cuidado de la salud relacionadas con el programa Medicare Partes C y D del patrocinador cumplan con los requisitos del Programa Medicare.

7. Procedimientos y sistema de respuesta rápida a los problemas de cumplimiento

El patrocinador debe emplear medidas eficaces para responder con rapidez a los casos de incumplimiento y aplicar la medida correctiva adecuada.

ACRÓNIMO	TEXTO DEL TÍTULO
FDR	Entidades de primer nivel, en sentido descendente o relacionada

APÉNDICE B: AYUDA DE TRABAJO B

Ayuda de trabajo B: Recursos

Recursos	Sitio web
Materiales educativos sobre cumplimiento: Cumplimiento 101	https://oig.hhs.gov/compliance/101 (solo disponible en inglés)
Capacitación sobre cumplimiento para proveedores del Equipo de Prevención del Fraude en el Cuidado de la Salud y Medidas de Cumplimiento	https://oig.hhs.gov/compliance/provider-compliance-training (solo disponible en inglés)
Protocolo de Divulgación Voluntaria del proveedor de la Oficina del Inspector General	https://oig.hhs.gov/compliance/self-disclosure-info/files/Provider-Self-Disclosure-Protocol.pdf (solo disponible en inglés)
Cumplimiento y auditorías de las Partes C y D - Resumen	https://www.cms.gov/medicare/compliance-and-audits/part-c-and-part-d-compliance-and-audits (solo disponible en inglés)
Autoreferidos médicos	https://www.cms.gov/Medicare/Fraud-and-Abuse/PhysicianSelfReferral (solo disponible en inglés)
Una hoja de ruta para los médicos nuevos: Evitar el fraude, desperdicio y abuso de Medicare	https://oig.hhs.gov/compliance/physician-education (solo disponible en inglés)
Reglamentos de protección legal	https://oig.hhs.gov/compliance/safe-harbor-regulations (solo disponible en inglés)

Curso Completado

Usted ha completado la revisión de los módulos de Fraude, Desperdicio y Abuso de CMS y Capacitación sobre Cumplimiento General de CMS.