

Adiestramiento a Farmacias 2022

MC-Rx
Powered by ProCare Rx

Cumplimiento General

- Objetivos
- Programa de Cumplimiento

Fraude, Abuso y Despilfarro

- Objetivos
- Su rol en combatir el fraude, abuso y despilfarro
- Programa de Fraude, Abuso y Despilfarro

Privacidad

- Objetivos
- HIPAA

Revisión

- Repaso
- Examen



Contenido

Adiestramiento Cumplimiento General

Objetivos

El adiestramiento de cumplimiento contiene los siguientes temas:

- Operación y funcionalidad de un Programa de Cumplimiento
- Métodos para reportar violaciones al Programa de Cumplimiento

Requisitos de un Programa de Cumplimiento

Un programa efectivo de cumplimiento debe:

- Identificar y demostrar el compromiso organizacional sobre la conducta legal y ética
- Proveer guías sobre el manejo de preguntas e inquietudes de cumplimiento
- Proveer guías de cómo identificar y reportar violaciones de cumplimiento

Siete (7) Elementos de Cumplimiento

La regulación federal requiere siete (7) elementos de un programa de cumplimiento para demostrar su efectividad:

1. Políticas y Procedimientos, Estándares de Conducta

Las políticas y procedimientos demuestran el compromiso organizacional de cumplir con las leyes y regulaciones estatales y federales según su compañía. Los estándares de conducta demuestran las expectativas de su compañía y el comportamiento de los empleados.

2. Oficial de Cumplimiento, Comité de Cumplimiento

Cada entidad debe designar un Oficial de Cumplimiento y un Comité de Cumplimiento que tenga la responsabilidad de implementar el Programa de Cumplimiento, incluyendo investigaciones, incidentes reportados y resolución de los incidentes, siempre y cuando se relacionen con el programa de cumplimiento.

3. Adiestramientos y Educación Efectiva

Los adiestramientos del programa de cumplimiento deben incluir temas relacionados a cumplimiento, incluyendo cómo prevenir, detectar y reportar incidentes de cumplimiento y casos potenciales de fraude, abuso y despilfarro. Los adiestramientos y materiales educativos deben ser adaptados a las funciones y responsabilidades de cada empleado.

4. Líneas Efectivas de Comunicación

Las líneas efectivas de comunicación deben estar accesibles y garantizar la confidencialidad para todo incidente reportado. Debe ofrecer líneas de anonimato y enfatizar la política de no-represalias para reportes efectuados bajo "Buena-Fe". Las líneas deben estar disponibles para los empleados.

5. Estándares Disciplinarios

Cada entidad debe mantener estándares y/o políticas de guías disciplinarias para violaciones al programa de cumplimiento, incluyendo casos potenciales de fraude, abuso y despilfarro. Es importante señalar que las entidades deben asegurar que los estándares se ejecuten fielmente según están detallados en su política.

6. Sistema Efectivo de Monitoreo y Auditoría y la Identificación de Riesgos

Cada organización debe realizar monitoreos rutinarios de sus procesos y auditorías a sus entidades delegadas, donde miden los servicios y funcionalidades relacionadas con el programa de cumplimiento.

7. Proceso y Sistema para Manejo Rápido de Atender Incidentes de Cumplimiento

Cada organización debe medir su efectividad de respuesta rápida a reportes recibidos de incumplimiento. Una vez el área de Cumplimiento comience la investigación sobre lo reportado, se debe realizar un plan de acción correctivo para mitigar el incidente.

Su Rol en Cumplimiento

Adiestramiento de Cumplimiento

Los adiestramientos son requisitos mandatorios. Deben proveer líneas efectivas de comunicación, como un “Hotline” o correo electrónico confidencial para reportar incidentes de incumplimiento y/o casos potenciales de fraude, abuso y despilfarro.

Ética – ¡Haz lo correcto!

- Cumple con todas las leyes, regulaciones y otros requisitos aplicables
- Reporta violaciones al programa de cumplimiento y casos potenciales de fraude

Lo que se espera...

El Código de Conducta es la guía que establece las expectativas de cumplimiento y es el documento que detalla los principios y los valores corporativos en los que una organización opera.

Código de Conducta

El Código de Conducta

MC-Rx requiere que todas las farmacias contratadas estén en cumplimiento con nuestro Código de Conducta.

Usted puede obtener una copia de nuestro Código de Conducta a través de nuestro portal.

Nuestro Compromiso

Es nuestro compromiso organizacional requerir que todas nuestras farmacias lleven su comportamiento y conducta de forma ética y legal.

- Actuar con honestidad
- Adherirse a los estándares más altos de ética para toda transacción de negocio

Conflicto de Interés

Es su responsabilidad asegurar que todo empleado, representante, contratista, entidad relacionada o delegado, incluyendo agentes representantes de su compañía, que provean servicios a beneficiarios, firmen un acuerdo de NO Conflicto de Interés en el momento de su contratación y luego anualmente.

El propósito de mantener este acuerdo es confirmar que cada representante está libre de conflicto personal y de negocio para la administración o servicios provistos a los beneficiarios.

Es responsabilidad **de todos** reportar violaciones al Código de Conducta y sospechas de incumplimiento.

No Cumplir

Conoce las consecuencias del No-Cumplir

Algunas consecuencias del No-Cumplir aplicable a la empresa son:

- Terminación de contrato
- Penalidades criminales
- Exclusión de participar en programas de salud federal
- Sanciones

Además, las consecuencias pueden ser aplicables para el empleado, estas son:

- Adiestramiento mandatorio o readiestramiento
- Acciones disciplinarias
- Amonestaciones o terminación de empleo

Como reportar el No-Cumplir

El No-Cumplir nos afecta a TODOS

Sin un programa de cumplimiento que apoya en prevenir, detectar y corregir el incumplimiento, estamos todos en riesgo de causar inconvenientes en servicios ofrecidos a los beneficiarios, incluyendo retraso de servicios, negación de beneficios, dificultad en ofrecer los servicios adecuados, entre otros.

El Programa de Cumplimiento promueve que no se entre en pérdidas monetarias para todos, causadas potencialmente por alzas en copagos, bajas en beneficios para individuos y empleadores, entre otros.

Cómo reportar incidentes del No-Cumplir

Empleados regulares o Empleados de Entidades (“FDR”):

- HOTLINE: (787) 286-6032 ext. 3800
- Correo electrónico confidencial: cumplimiento@mc-rx.com
- Oficial de Cumplimiento: (787) 286-6032 ext. 3123
- Línea Directa: (787) 773-1328
- Informar a su supervisor
- Llamar a su centro de llamadas de cumplimiento

Beneficiarios:

- HOTLINE: 1-800-Medicare

No dude en reportar situaciones de incumplimiento

No se tomarán represalias en su contra por reportar sospechas de situaciones de incumplimiento, de buena fe. Cada organización debe ofrecer métodos de reportar:

- Con anonimato
- Confidencial
- Sin represalias

Investigación y Acciones Correctivas

¿Qué ocurre luego que haya reportado su sospecha de incumplimiento?

Una vez se haya detectado una situación de incumplimiento, la Oficina de Cumplimiento comienza su investigación de inmediato, para luego corregir y mitigar la situación y evitar recurrencias. Como parte de las acciones correctivas, existe el proceso de monitoreo frecuente que asegura:

- El cumplimiento con regulaciones federales y estatales
- El manejo eficiente y efectivo de controles internos
- Proteger a los beneficiarios

¿Qué son monitoreos frecuentes y auditorías internas?

- Los monitoreos son actividades continuas que revisan y confirman el cumplimiento continuo y, a su vez, aseguran que las acciones correctivas se están llevando de manera efectiva.
- La auditoría interna, como parte de los siete (7) elementos del Programa de Cumplimiento, es una revisión formal del cumplimiento con unos estándares particulares utilizados como criterios de medición, como por ejemplo: políticas y procedimientos, leyes y regulaciones.

Toda entidad debe crear y mantener un programa de cumplimiento, que como mínimo, cumpla con los siete (7) elementos designados por la regulación federal. Un Programa de Cumplimiento efectivo promueve una cultura de cumplimiento a través de la organización. Como apoyo al cumplimiento, la conducta ética definida en el Código de Conducta es esencial para asegurar la responsabilidad organizacional de todo empleado. Es su responsabilidad velar por situaciones de incumplimiento y reportar violaciones al Programa de Cumplimiento.

Conozca las consecuencias del No-Cumplir y asegúrese de que corrija las violaciones de incumplimiento estableciendo un plan de acción correctivo que incluya el monitoreo continuo y las auditorías internas de los procesos regulatorios.

Competencia Cultural

- **Definición:** La competencia cultural para las organizaciones de salud es tener la capacidad para reconocer las creencias culturales, los valores, las actitudes, las tradiciones, las preferencias de idioma y las prácticas de salud de diversas poblaciones, y aplicar ese conocimiento obteniendo un resultado positivo.
- **Variables culturales:** Etnicidad, raza, género, religión / espiritualidad, historia de la cultura, orientación sexual, idioma / dialecto.
- **Sensibilidad cultural:** Lograr que las personas de diferentes culturas, género, edad, etc. se sientan cómodas. Construir simpatía y confianza. Explique por qué hace preguntas personales o delicadas - puede requerir una expresión de simpatía por hacerlo. Permita que el paciente haga preguntas a intervalos frecuentes.
- **Mandatos y reglamentos federales:** El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 considera que la denegación o el retraso de la atención médica debido a las barreras del idioma es discriminación.
- **Sección 1557 - Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible:** La Sección 1557 es la disposición no discriminatoria de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). La ley prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en ciertos programas o actividades de salud.
- **“Health Literacy”:** Es el grado en que las personas tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información y los servicios de salud básicos necesarios para tomar las decisiones de salud adecuadas.
- **Competencia cultural y lingüística:** La competencia permite que la comunicación sea lingüística y culturalmente apropiada. Para muchas personas con dominio limitado del inglés (LEP), la incapacidad de comunicarse en inglés es la barrera principal para acceder información sobre sus servicios de salud. La información de salud para las personas con LEP debe ser comunicada claramente en su idioma principal, utilizando palabras y ejemplos que hagan que la información sea comprensible.

Adiestramiento Fraude, Abuso y Despilfarro

Objetivos

Esta sección le ayudará a:

- Reconocer el alcance del fraude y el abuso
- Entender cómo puede luchar contra el fraude y el abuso
- Explicar cómo se puede combatir el fraude
- Identificar otras fuentes de información
- Identificar cómo puede reportar el fraude
- Reconocer cómo se puede corregir el fraude
- Reconocer las leyes aplicables al fraude

Definición de Fraude, Abuso y Despilfarro

Fraude se define cuando un individuo o entidad falsifica información con intención y conocimiento de libremente ejecutar esquemas para defraudar a algún programa de salud federal.

En resumen, fraude es tener la intención de someter información falsa al gobierno con la expectativa de recibir ganancia, sea monetaria o de negocios.

El fraude cometido a los programas de salud puede llegar a recibir hasta una penalidad máxima de diez (10) años de cárcel.

También está sujeto a multas o sanciones criminales hasta \$250,000.

Despilfarro o Pérdida se define como la sobre utilización de servicios prestados, que tengan relación directa o indirecta, y que resulte en gastos innecesarios o en exceso.

Abuso se define cuando ocurre el acto, que impacta directa o indirectamente, y resulte en gastos innecesarios.

El abuso involucra el recibir pagos por servicios cuando no hay derecho legal de haber recibido el pago, y, en adición, el proveedor, a sabiendas o con intención, ha tergiversado los hechos para obtener dicho pago.

La Ley Federal (Civil False Claims Act)

Civil False Claims Act (FCA) Las provisiones civiles del FCA aplican a todos los programas federales Medicare y Medicaid.

El fraude bajo la FCA presenta o promueve la reclamación fraudulenta, a sabiendas, a un oficial o empleado del gobierno local o de los Estados Unidos para pago o aprobación.

Es fraude bajo el FCA hacer, usar, instigar el uso o sometimiento de récord, y declaraciones falsas para que sean pagadas o aprobadas por el gobierno.

Es fraude bajo el FCA conspirar para defraudar al gobierno al permitir que una reclamación falsa o fraudulenta sea pagada o aprobada para pago.

Es fraude bajo el FCA tener posesión, custodia, o control de dinero gubernamental, intentar defraudar al gobierno ocultando la reclamación para entregar al reclamante una cantidad menor a la que le corresponde de acuerdo a los recibos o certificados.

Es fraude bajo el FCA que una persona haga una certificación de propiedad o dinero gubernamental sin conocimiento completo de que la información es correcta.

Es fraude bajo el FCA comprar o recibir, a sabiendas, como garantía de una obligación o deuda, propiedad pública de un oficial o empleado gubernamental, o vender u ofrecer en garantía la propiedad; o a sabiendas, hacer, usar o provocar que se haga o se use, un récord o declaración falsa para esconder, evitar o disminuir la obligación de pago o la transmisión de pago o propiedad al gobierno.

Es fraude ofrecer o aceptar sobornos para ejecutar las funciones inherentes al puesto y favorecer a terceros, entre otros.

Whistleblowers: Un “whistleblower” es una persona quien expone información o actividades que son ilegales, deshonestas o violan el estándar profesional o clínico.

Protección: Las personas quienes reportan reclamaciones fraudulentas son protegidas de cualquier acción de represalia.

Ganancia: Las personas quienes reportan el acto ilegal pueden recibir ganancias hasta un 15%, pero no más de un 30% del dinero recobrado, siempre y cuando el caso sea exitoso.

Daños y Penalidades: Cualquier persona que cometa fraude, según se especifica en el código, incurre en delito grave, y si se le encuentra culpable en el Tribunal será sancionada por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil quinientos (\$5,500) dólares, ni mayor de once mil (\$11,000) dólares o pena de cárcel por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas.

Leyes Federales

Health Care Fraud Statute

El “Health Care Fraud Statute” prohíbe que, a sabiendas se presente, conspire o incite a presentar una reclamación falsa para pago o aprobación al Gobierno Federal; prohíbe que, a sabiendas, se cree o use, o se incite a crear o usar, un récord o declaración falsa/fraudulenta para que una reclamación sea pagada o aprobada por el Gobierno Federal o sus agentes.

Penalidades: multa no menor de \$5,000 ni mayor de \$10,000, más tres (3) veces la cantidad del daño que el gobierno haya sufrido como consecuencia del acto

Anti-Kickback Statute

El “Anti-Kickback Statute” contiene sanciones criminales para los individuos o entidades que a sabiendas ofrecen, reciben, pagan o solicitan remuneración para inducir o atraer mayor negocio pagadero por Medicare o cualquier otro programa de salud federal. Igual presenta reclamaciones bajo la representación de ser profesionales de la salud, pero no están licenciados y quienes presentan falsas, declaraciones o representaciones respect a la condición u operación de una institución de salud.

Penalidades: \$25,000; cárcel por no más de 5 años o ambas

Stark Statute (Physician Self-Referral Law)

El “Stark Statute” prohíbe a los proveedores hacer referidos para ciertos servicios de salud a otra entidad, cuando esa entidad tiene un miembro familiar del proveedor quien mantiene:

- Un interés propietario
- Un arreglo compensatorio

Penalidades: \$15,000 por cada servicio prestado, hasta \$100,000 si entra en arreglos compensatorios ilegales

Penalidades Monetarias Civiles

La Ley de Penalidades Monetarias Civiles

La OIG puede imponer penalidades civiles por las siguientes razones:

- Acuerdos de servicios prestados por un individuo o entidad que haya sido excluido de un programa de salud federal
- No proveer copias de los documentos solicitados como parte de la investigacion a la OIG
- Someter reclamaciones falsas
- Pagos realizados para obtener ganancias por referidos

Penalidades

Desde \$10,000 hasta \$50,000 dependiendo de cada violación. Los culpables pueden estar sujetos hasta tres (3) veces la cantidad impuesta por:

- Cada servicio reclamado
- Cada remuneración obtenida, ofrecida, solicitada o recibida

Ley	Disponible por
42 U.S.C. 1320a-7a	http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2013-title42/pdf/USCODE-2013-title42-chap7-subchapXI-partA-sec1320a-7a.pdf

Exclusiones de Programas de Salud Federal (OIG)

Verificación de Exclusión

No se puede pagar por cualquier artículo o servicio proporcionado, ordenado o prescrito por una persona o entidad excluida por la Oficina de Inspector General (“OIG”). La OIG tiene autoridad para excluir a individuos y entidades de los programas de salud financiados con fondos federales. El OIG mantiene una Lista de Personas y Entidades Excluidas (LEIE). Puede acceder al LEIE: <https://exclusions.oig.hhs.gov>.

La Administración de Servicios Generales de los Estados Unidos (GSA, por sus siglas en inglés) administra el Sistema de Lista de Partes Excluidas (EPLS), que contiene acciones de exclusión adoptadas por varias agencias federales, incluyendo la OIG. Puede acceder al EPLS: <https://www.sam.gov>.

Si busca individuos o entidades excluidas, asegúrese de verificar tanto el LEIE como el EPLS, ya que las listas no son las mismas.

Responsabilidad de la Farmacia

Cada farmacia debe tener políticas y procedimientos para verificar las listas de exclusión publicadas por la Oficina del Inspector General (OIG) y los Servicios de Administración General (GSA) antes de contratar nuevos empleados, representantes y/o contratistas para asegurar que ningún empleado, representante o contratista ha sido excluido de los programas de salud federal.

Además, y una vez al mes, estas listas de exclusión deben ser verificadas para asegurar que ningún empleado, representante, personal o contratista que tenga directa o indirecta responsabilidad de administrar o entregar los beneficios (prescripciones). En adición, si cualquier empleado o contratista es identificado a través de las listas de exclusión, dicho empleado o contratista debe ser inmediatamente removido de realizar cualquier tarea directa o indirectamente relacionada con el programa de salud federal (por ejemplo, administración de medicamentos prescritos, incluyendo envíos y entregas).

Ley	Disponible por
42 U.S.C. 1320a-7	http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2013- title42/pdf/USCODE-2013-title42-chap7-subchapXI-partA- sec1320a-7.pdf

Fraude Criminal

Fraude Criminal

La mayoría de las personas y organizaciones que trabajan son honestas. Pero hay algunos que actúan mal.

Continuamente tenemos que seguir los pasos necesarios para identificar y enjuiciar a quienes actúan mal. Cualquiera de los siguientes puede estar involucrado en fraude o abuso contra agencias federales: médicos, proveedores y otras entidades quienes ofrecen servicios de salud, como por ejemplo: entidades de equipo médico duradero (EMD), empleados de compañías que manejan la facturación.

El fraude es frecuente. Es importante que esté atento a las varias entidades que han estado implicadas en esquemas de fraude. Aquellos que cometen fraude, también pueden ser individuos que están aparentando estar en cualquiera de esos grupos.

Las penalidades pueden ser:

- Multas hasta \$250,000
- Cárcel hasta 20 años
- Ambos

De algunas de las violaciones tener resultados mortales, la penalidad imputada será la máxima sentencia de cárcel o cárcel de por vida.

Ley	Disponible por
18 U.S.C. Sección 1347	http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2013-title18/pdf/USCODE-2013-title18-partI-chap63-sec1347.pdf

Su Responsabilidad

¿Cuáles son sus responsabilidades?

Usted tiene la responsabilidad de apoyar en la prevención, detección y notificación de casos potenciales de FWA, así como incidentes de incumplimiento.

- **PRIMERO**, debe cumplir con todos los requisitos legales y reglamentarios, incluyendo implementar un programa de cumplimiento.
- **SEGUNDO**, usted tiene el deber de informarnos sobre cualquier situación de incumplimiento y violaciones sospechosas o reales al programa de cumplimiento.
- **TERCERA**, usted tiene el deber de seguir el Código de Conducta de su organización que detalla el compromiso organizacional de manejar todos sus negocios de manera ética.

Como Reportar el Fraude

Reportar Fraude, Abuso y Despilfarro

Cada día laboral Medicare procesa más de 4.6 millones de reclamaciones, de las cuales 200,000 son de equipo médico duradero (EMD), de un total de 1.5 millones de proveedores de pago-por-servicio. Cada mes, Medicare recibe casi 39,000 solicitudes de suscripción inicial para las Partes A y B. Cada año Medicare paga más de \$566 mil millones para más de 50 millones de beneficiarios.

Cada año Medicaid procesa 3.9 mil millones de reclamaciones que representan más de \$430 mil millones anualmente, para más de 57 millones de beneficiarios. Más de 9 millones de beneficiarios de Medicaid califican para cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Hay 56 programas administrados por estados y territorios. Medicaid está creciendo.

Es su responsabilidad reportar cualquier situación potencial de fraude, según detallado en su Código de Conducta. Puede reportar estas situaciones a su oficina de cumplimiento para que comiencen una investigación preliminar y se llegue a una determinación apropiada.

Cómo Reportar Casos Potenciales de Fraude:

- HOTLINE: (787) 286-6032 ext. 3800
- Correo electrónico confidencial: cumplimiento@mc-rx.com
- Línea Directa: (787) 773-1328

Detalles a incluir cuando esté reportando un caso:

- Su información
- Detalles del incidente: Fecha, hora, impacto

AGENCIAS PARA REPORTAR EL FRAUDE

• Centers for Medicare & Medicaid Services

Teléfono: 1-800-633-4227 TTY: 1- 877-486-2048

Correo: Medicare Beneficiary Contact Center PO Box 39 Lawrence, KS 66044

• HHS Office of Inspector General

Teléfono: 1-800-447-8477 TTY: 1-800-377-4950

Correo: HHS Tips Hotline PO Box 23489 Washington, DC 20026-3489

Planes de Acción Correctiva

Corrección

- Una vez que se haya detectado el fraude, debe ser corregido rápidamente. Es importante desarrollar un plan para corrección.
- Consulte a su departamento de cumplimiento para conocer el proceso de desarrollar un plan de acción correctiva.
- Diseñar la acción correctiva para corregir el problema previene futuros incumplimientos. Documentar las acciones correctivas es de suma importancia para mantener la información completa que apoyará en obtener el resultado esperado, y una vez iniciado, monitoree continuamente las acciones para asegurar que sean efectivas.

Ejemplos

- Adoptar nuevos editos de pago
- Ofrecer adiestramientos mandatorios
- Proveer material educativo
- Revisar las políticas y procedimientos
- Tomar acciones disciplinarias
- Terminar empleos o contratos de proveedores

Guía de Recursos (FWA)

Guía de Recursos para el Fraude y Abuso a Medicare		
Recursos	Productos Medicare	
<p>Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) www.Medicare.gov</p> <p>MyMedicare.gov https://www.mymedicare.gov/</p> <p>www.stopmedicarefraud.gov Oficina del Inspector General Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. ATTN: HOTLINE PO Box 23489 Washington, DC 10026</p> <p>Línea de fraude 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) TTY – 1-800-337-4950 Fax 1-800-223-8162</p> <p>HealthCare.gov www.healthcare.gov</p> <p>Administración del Seguro Social www.ssa.gov 1-800-772-1213 TTY – 1-800-325-0778</p>	<p>Programa de Patrulla de la Tercera Edad www.smpresource.org Para encontrar los recursos de SMP de su estado: www.smpresource.org/AM/Template.cfm?Section=SMP_Locator1&Template=/custom/SmpResults.cfm</p> <p>NBI Medic – Denuncias grupales contra el fraude en las Partes C y D 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379) http://www.healthintegrity.org/contracts/nbi-medic/reporting-a-complaint</p> <p>NBI MEDIC 877-7SAFERX (877-772-3379) Mande por fax el formulario de quejas al 410-819-8698 Por correo enviar a: Health Integrity, LLC, 9240 Centreville Road, Easton, Maryland 21601 http://www.healthintegrity.org/contracts/nbi-medic</p> <p>Asociación Nacional contra el Fraude al Sistema de Salud www.nhcaa.org</p> <p>Video - http://vimeo.com/39669496 Herramientas básicas de prevención http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/FraudPreventionToolkit.html</p>	<p>Formulario de Autorización a Medicare para la Divagación de Información Médica Personal Producto de CMS No. 10106</p> <p>Ayude a Prevenir el Fraude: Examine sus reclamos de Medicare pronto visitando MyMedicare.com o llamando al 1-800-MEDICARE! Producto CMS No. 11491</p> <p>Protéjase y Proteja a Medicare del Fraude CMS Producto CMS No. 10111</p> <p>Datos sobre la Cobertura de Medicare de las Recetas Médicas y Cómo Proteger su Información Personal Producto CMS No. 11147</p> <p>Para acceder a estos productos: Para ver y encargar copias: www.Medicare.gov</p> <p>http://www.medicare.gov/navigation/help-and-support/fraud-and-abuse/fraud-and-abuse-overview.aspx</p> <p>Para encargar múltiples copias (socios solamente) productordering.cms.hhs.gov (Tiene que registrar su organización.)</p>

Adiestramiento Privacidad (HIPAA)

Objetivos

Esta sección le ayudará a:

- Conocer la Ley HIPAA y su Regla de Privacidad
- Saber el uso adecuado y que no puede divulgar de información confidencial
- Identificadores protegidos de salud (PHI)
- Regla del Mínimo Necesario
- Sus responsabilidades para proteger la información confidencial
- Reportar incidentes de privacidad
- Penalidades del incumplimiento con la Ley HIPAA

HIPAA

La ley federal HIPAA define lo que es el fraude en el cuidado de la salud como cualquiera que, a sabiendas y con intención, cometa un esquema o artificio para defraudar a cualquier plan o programa de salud público o privado; y el obtener por medio de representaciones falsas dinero o propiedad perteneciente o bajo la custodia o control de un plan o programa de salud pública o privado.

HIPAA define lo que es malversación o hurto contra un plan o programa de salud público o privado como cualquiera que, a sabiendas y con intención, hurta o sin autoridad usa el dinero, fondos, inversiones, primas, créditos, propiedad u otro activo del plan.

HIPAA define como falsas declaraciones cualquiera que, a sabiendas y con intención, falsifica, oculta o encubre cualquier truco, esquema o hecho material; o hace declaraciones o representaciones materialmente falsas, ficticias o fraudulentas, o hace o usa cualquier escrito o documento falso conociendo su falsedad.

Penalidades

- Prestación de servicio inadecuado: 10 años de cárcel, multas o ambos
- Serio daño corporal: 20 años de cárcel, multas o ambos
- Si resulta en muerte: cárcel de por vida, multas o ambas penas
- Si el valor de lo hurtado no excede de \$100, cárcel por hasta un año, multa o ambas
- Falsas declaraciones: hasta 5 años de cárcel, multa o ambas penas

¿Qué tipo de información es protegida por la Ley HIPAA?

La Regla de Privacidad protege la información de salud que identifica a un individuo, incluyendo información escrita y documentada o transmitida electrónicamente, por cualquier medio y formato. Esta información es conocida como “PHI.”

PHI es información que incluye datos demográficos relacionados con:

- La condición de salud o condición mental presente, pasada o futura de un individuo
- El servicio, diagnóstico, tratamiento de cuidado de salud de un individuo
- El pago presente, pasado y futuro de servicios clínicos ofrecidos a un individuo

Rol de MC-Rx

Entidad Cubierta

HIPAA exige que toda entidad cubierta y socios de negocios cumplan con sus regulaciones. Cada individuo, entidad y agencia debe cumplir con los requisitos para proteger la privacidad y la seguridad de la información protegida y confidencial de salud, manteniendo procesos administrativos, técnicos y físicos apropiados para salvaguardar dicha información, sea en papel o de manera electrónica. MC-Rx es considerada como una entidad cubierta bajo HIPAA.

Socios de Negocios

Si una entidad cubierta mantiene un contrato con un socio de negocio donde delega parte de sus funciones como compañía, dicha entidad tiene que asegurar tener ese contrato con las especificaciones de cómo se estarán manejando las funciones delegadas y cómo se estará cumpliendo con las regulaciones de proteger cualquier información confidencial compartida.

Regla de Privacidad

La Regla de Privacidad define y castiga la obstrucción a investigaciones criminales relacionadas con fraude, a cualquiera que intente o evite, confunda, obstruya, o demore la denuncia de cualquier violación solicitada como parte de una investigación criminal.

La Regla de Privacidad establece estándares nacionales para proteger la información confidencial, sea clínica o personal, y guardada de forma electrónica o en papel. El propósito de la Regla de Privacidad es asegurar que toda información de salud sea protegida adecuadamente mientras se permita el flujo de la data necesaria para continuar ofreciendo servicios clínicos de alta calidad, así permitiendo un balance para el uso apropiado de la información.

Divulgar información protegida (PHI) para otros propósitos que no sea brindar servicios relacionados de alta calidad, está terminantemente prohibido. La Regla de Privacidad indica cómo debe usar la información protegida; también le define cuándo y cómo puede divulgar la información. La Regla de Privacidad protege la información “PHI” de cualquier forma y enviada por cualquier medio, como por ejemplo: correo electrónico, fax, voz o papel.

Su Rol bajo la Regla de Privacidad (HIPAA)

HIPAA provee protección federal para toda entidad que mantenga información protegida de salud, como las entidades cubiertas y los socios de negocio. La Regla de Notificaciones de Incidentes de Seguridad ofrece como guía el manejo de notificaciones luego que haya advenido en conocimiento que ocurrió una apropiación o divulgación no autorizada de información protegida.

Ejemplos de Identificadores (PHI)

Identificadores de Información Protegida de Salud (PHI)

La Regla de Privacidad protege información, sea oral, escrita o electrónica, en cualquier forma creada o recibida por una Entidad Cubierta o un patrono relacionada con la salud física o mental, pasada, presente o futura, que identifica o puede identificar a la persona. Incluye información de salud (recetas), financiera (facturas) y demográfica (dirección).



Información Demográfica-Personal: nombre, fecha de nacimiento, seguro social, dirección



Información de Salud-Clínica: diagnóstico, medicamentos que se relacionan con el diagnóstico del beneficiario, número de contrato del plan médico



Información Financiera: número de cuenta bancaria, estados de cuenta

Mínimo Necesario

...expediente clínico
del beneficiario...

...el mínimo
necesario...



HIPAA establece estándares mínimos, uniformes para todos sobre cómo manejar la información de salud de pacientes para proteger la privacidad, confidencialidad y seguridad de la información de salud.

PHI puede ser usada o divulgada sin autorización solo para tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud. Cualquier otro uso o divulgación requiere la autorización del paciente.

Privacidad es considerado un derecho para que la información de salud no sea divulgada. La Confidencialidad es una condición que asegura que solo personas de un determinado dominio, rango o nivel y con conocimiento de la persona, con una razón válida, puedan tener el acceso a la información. La Seguridad es una protección que mantiene la capacidad de controlar el acceso a la información, así previniendo la alteración, destrucción o pérdida de información.

HIPAA protege en mayor grado la información de salud del paciente bajo los siguientes mandatos locales:

- La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente (Ley 194 de 2000)
- Ley de Salud Mental de Puerto Rico (Ley 408 de 2000)
- Ley de Pacientes VIH Positivo

Confidencialidad

Confidencialidad

Conserve segura la información personal como números de Seguro Social y tarjetas de crédito. Comparta esta información solo con personas en quien confíe como sus doctores, su aseguradora, el Seguro Social, y Programas Medicaid y Medicare.

La confidencialidad es la máxima preocupación de los profesionales donde se mantiene la discreción como una contribución a la calidad de vida y además, se mantiene el respeto por la privacidad como un acuerdo fundamental.

Es su responsabilidad educar a sus empleados, miembros de comité, y demás representantes de que deben mantener la confidencialidad de toda información protegida, sea personal, clínica o financiera de todo individuo o entidad.

Todo empleado que se relacione con información "PHI" debe tomar medidas extremas, pero apropiadas, en asegurar y proteger esa información de accesos no autorizados o divulgaciones impropias.

Ejemplos de Declaración de Confidencialidad para envíos por correo electrónico o fax:

➡ **ATENCIÓN:** "Este mensaje se dirige exclusivamente a su destinatario. Contiene información CONFIDENCIAL, cuya divulgación está prohibida por la ley. Si ha recibido este escrito o mensaje por error, debe saber que su lectura, copia y uso están prohibidos. Le rogamos que nos lo comunique inmediatamente por esta misma vía o por teléfono y proceda a su destrucción. Gracias."

➡ **ATENCIÓN:** "Esta información está destinada únicamente al uso de la persona o entidad a la que se dirige y contiene información confidencial. Además, esta información es protegida por la Ley Federal (42 CFR-Parte 2) que prohíbe cualquier divulgación adicional. Si el lector de este mensaje no es el destinatario o agente responsable de recibir este mensaje, quede debidamente notificado que cualquier revisión, distribución o copia de esta comunicación está estrictamente prohibida. Si usted recibió esta comunicación por error, por favor notifíquenos inmediatamente y devuélvanos el mensaje original a la siguiente dirección..."

Proteger Información Personal (PHI)

¿Qué debo hacer en mi trabajo para proteger información “PHI”?

- Siempre guarde sus documentos que contienen información protegida bajo llave.
- Manténgase orientado, accediendo y leyendo las políticas y procedimientos regulatorios.
- Pregunte a su contacto de cumplimiento o supervisor si necesita información adicional.
- No deje documentos con información personal encima de su escritorio.
- No discuta casos personales en áreas comunes.
- Siempre use contraseñas para evitar que un tercero pueda acceder a la información.
- Siempre debe seleccionar “lock” en su computadora o laptop cuando no esté presente.
- Proteja las máquinas de fax, siempre y cuando se pueda recibir información protegida en las mismas.

“Designated Record Set” (DRS) es información clínica o financiera del paciente, que lo identifique o pudiera identificarlo y que se utilice para tomar decisiones sobre el paciente; dondequiera que ésta se encuentre.

- Proveedores - expediente clínico y de facturación
- Planes – suscripción, pago de primas, reclamaciones, pago de reclamaciones, manejo de caso o enfermedad
- Entidades Cubiertas - derechos de acceso y enmiendas de PHI del paciente



Reportar Incidentes de Privacidad

¿Qué debo hacer si ocurre un incidente de seguridad (“Breach”)?

Un incidente de seguridad se define como un acceso, intento de acceso, uso, divulgación, modificación o destrucción no autorizada de información; un impedimento en la operación normal de las redes, sistemas o recursos informáticos.

Reportar los incidentes permite responder a los mismos en forma sistemática, minimizar su ocurrencia, facilitar una recuperación rápida y eficiente de las actividades minimizando la pérdida de información y la interrupción de los servicios.

Una vez advenga en conocimiento, debe notificar a la Secretaría de HHS si ha ocurrido una divulgación impropia de más de 500 beneficiarios.

Si el beneficiario considera que al utilizar o divulgar información no se respetó la ley de confidencialidad, puede presentar una queja ante su proveedor o aseguradora de salud.



Todas las querellas deberán:

- (1) someterse por escrito
- (2) incluir el nombre de la entidad contra la cual se presenta la querella
- (3) describir los actos u omisiones relacionados
- (4) someterse no más tarde de sesenta (60) días después del momento en que se percató de la situación

Está prohibido tomar represalias en contra de un beneficiario por haber presentado una querella de este tipo.

Como reportar incidentes de Privacidad a MC-Rx:

- HOTLINE: (787) 286-6032 ext. 3800
- Correo electrónico confidencial: cumplimiento@mc-rx.com
- Correo electrónico: lreyes@mc-rx.com
- Línea Directa: (787) 773-1328

Regla de Seguridad

La Regla de Seguridad (HITECH)

HIPAA establece unos estándares mínimos de seguridad para proteger que toda información electrónica que contenga data “PHI”, sea guardada por una entidad cubierta o por un socio de negocio, quienes tienen la autorización de crear, recibir, mantener o transmitir dicha información. Estos estándares mínimos se localizan en la Regla de Seguridad (HITECH) de la Ley HIPAA, y tiene varios tipos de requisitos para salvaguardar el “ePHI”:

- 1. Administrativo** – Estos requisitos conllevan acciones administrativas, para prevenir, detectar, contener y corregir violaciones de seguridad. Comprenden la selección, el desarrollo, la aplicación y el mantenimiento de medidas de seguridad para proteger la “ePHI” y para asegurar la protección de esa información ofreciendo guías con relación al campo laboral.
- 2. Físico** – Estos requisitos conllevan establecer medidas físicas, para proteger los sistemas electrónicos de información que son mantenidos en edificios y son transmitidos por equipos quienes corren riesgo de obstrucciones naturales y ambientales, que a su vez puede permitir una intrusión no autorizada. Estos implementan el uso apropiado y el acceso del ePHI.
- 3. Organizacional** – Estos requisitos requieren que toda Entidad Cubierta tenga contrato con sus Socios de Negocio quienes tendrán acceso al ePHI.
- 4. Políticas y Procedimientos**– Este estándar requiere que toda Entidad Cubierta adopte políticas y procedimientos razonables y apropiados para cumplir con las disposiciones de la Regla de Seguridad. Mantener los documentos y los registros relacionados de toda acción, actividad o evaluación hasta diez (10) años después de la fecha de su creación o de la última fecha de vigencia tiene que estar definido y establecido. Las políticas y procedimientos deben revisarse y actualizarse anualmente o periódicamente según ocurra cualquier cambio en ley o regulación.

CMS 10147 Notificación para Asegurados

Es su responsabilidad como Farmacia el distribuir y orientar sobre la notificación CMS 10147 a los beneficiarios Parte D:

Todas las farmacias contratadas deben distribuir el aviso CMS 10147 a los beneficiarios de Parte D cuando no se puede cubrir el medicamento bajo el beneficio de Medicare en el punto de venta.

Dicha notificación debe proporcionarse al afiliado en cuanto la farmacia recibe un rechazo en su transacción que indica que el medicamento no está cubierto por la Parte D. Este aviso instruye a los afiliados sobre su derecho a comunicarse con su plan Parte D para solicitar una determinación de cobertura, que puede incluir una excepción. Este aviso cumple con los requisitos en de la regulación federal 42 CFR § 423.562(a)(3) and § 423.128(b)(7)(iii).

¿Dónde puede localizar la notificación CMS 10147?

Puede visitar nuestra pagina web www.mc-rx.com para mas detalles, al igual que tenemos disponible el formulario mas actualizado:

✓ CMS 10147





USTED HA ADQUIRIDO CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE CUMPLIMIENTO, CÓMO PREVENIR Y COMBATIR EL FRAUDE, ABUSO Y DESPILFARRO, LA REGLA DE PRIVACIDAD (HIPAA)...

FAVOR DE PROCEDER A TOMAR EL SIGUIENTE REPASO PARA QUE PONGA SU CONOCIMIENTO A PRUEBA...

Repaso

- 1) **¿Cuál es el propósito de la Regla de Privacidad (HIPAA)?**
 - a) Proteger al proveedor
 - b) Proteger la información personal y confidencial de un individuo y definir el uso apropiado de esa información
 - c) Asegurar que se mantenga todo documento bajo llave

- 2) **Un individuo, quien es conocido como un cliente “regular”, entra a su farmacia para dejar una receta. La receta prescrita incluye medicamentos controlados con una cantidad de 160. Este cliente usualmente recibe este medicamento controlado con una cantidad de 60, no de 160. Al revisar la receta prescrita se percata de la discrepancia. ¿Cuáles deben ser los próximos pasos a seguir?**
 - a) Despacha el medicamento por la cantidad de 160
 - b) Despacha el medicamento por la cantidad de 60
 - c) Corroborar la cantidad, llamando al médico para asegurarse de que no haya sido un error

- 3) **Su trabajo consiste en someter diagnósticos de riesgo con el propósito de recibir pagos. Como parte de su trabajo diario, usted verifica que la data a ser enviada sea precisa y correcta. Su supervisor le indica que ignore la verificación de data y proceda con someter la información para ciertos beneficiarios solamente. ¿Qué debe hacer?**
 - a) Someter la data sin validar según las indicaciones de su supervisor
 - b) Reportar el incidente a su contacto de cumplimiento, sea por el “hotline” o por otro mecanismo ofrecido
 - c) Discutir su inquietud con su supervisor

- 4) **¿Cuáles de los siguientes términos significa tener la intención y el conocimiento de obtener pagos, a sabiendas de que está cometiendo un incumplimiento de ley?**
 - a) Fraude
 - b) Abuso
 - c) Despilfarro

Examen

Favor de seleccionar la contestación correcta a cada pregunta:

1. **El Cumplimiento es responsabilidad del Oficial de Cumplimiento.**
 - a. Cierto
 - b. Falso

2. **¿Cuáles son ejemplos de cómo se pueden reportar situaciones de incumplimiento?**
 - a. Teléfono confidencial “Hotline”
 - b. Reportar en la página web
 - c. Reportar al supervisor
 - d. Todas las anteriores

3. **Un potencial caso de fraude y conducta considerada sin ética de un empleado o consultor es un ejemplo de situación que debe reportar a su contacto de Cumplimiento.**
 - a. Cierto
 - b. Falso

4. **Los sobornos ofrecidos de cualquier servicio que son pagados con fondos federales constituyen el delito de fraude, tanto de la persona que lo hace, como de la persona quien recibe el pago.**
 - a. Cierto
 - b. Falso

5. **El despilfarro incluye cualquier uso indebido de recursos como el uso excesivo de servicios u otras prácticas que, directa o indirectamente, resulten en gastos innecesarios.**
 - a. Cierto
 - b. Falso

6. **El abuso implica recibir pagos de servicios que no fueron ofrecidos, y cuando no existe un derecho legal de recibir pagos por servicios que intencionalmente fueron falsificados.**
 - a. Cierto
 - b. Falso

7. **Algunas de las leyes que se relacionan con el fraude incluyen la Ley HIPAA, la Ley de Reclamaciones Falsas, el Estatuto Anti-Kickback; las Exclusiones de OIG, entre otros.**
 - a. Cierto
 - b. Falso

8. **¿Qué necesita hacer para proteger información “PHI” en su trabajo?**
 - a. Salvaguardar la información confidencial
 - b. Dejar documentos o reportes encima del escritorio
 - c. Discutir casos confidenciales en público
 - d. Ninguna de las anteriores

9. **Las sanciones civiles son impuestas por la Oficina de Derechos Civiles.**
 - a. Cierto
 - b. Falso



¡FELICIDADES!
USTED HA COMPLETADO EL ADIESTRAMIENTO...

Recursos

Recurso	Página Web
Protocolo para Proveedores (OIG-Self Disclosure)	https://oig.hhs.gov/compliance/self-disclosure-info/files/Provider-Self-Disclosure-Protocol.pdf
Physician Self-Referral	https://www.cms.gov/Medicare/Fraud-and-Abuse/PhysicianSelfReferral
Manual (Medicare Managed Care), Cap. 21	https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c21.pdf
Manual (Medicare Prescription Drug Benefit), Cap. 9	https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/Chapter9.pdf
Cómo evitar el fraude y el abuso	https://oig.hhs.gov/compliance/physician-education
Regulaciones “Safe Harbor”	https://oig.hhs.gov/compliance/safe-harbor-regulations
Materiales Educativos (Cumplimiento 101)	https://oig.hhs.gov/compliance/101
Prevención de Fraude al Programa de Salud Federal	https://oig.hhs.gov/compliance/provider-compliance-training
Auditoría y Cumplimiento de Medicare Parte C y D	https://www.cms.gov/medicare/compliance-and-audits/part-c-and-part-d-compliance-and-audits
Regla de Seguridad 164.308(a)(5)(i)(R)	https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/administrative/securityrule/adminsafeguards.pdf
Glosario de CMS	https://www.cms.gov/apps/glossary
Guía del Programa de Cumplimiento de CMS	https://www.cms.gov/Medicare/Compliance-and-Audits/Part-C-and-Part-D-Compliance-and-Audits/ComplianceProgramPolicyandGuidance.html

Referencias

HYPERLINK	LEY
https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2014-title42-vol3/pdf/CFR-2014-title42-vol3-sec422-503.pdf	42 CFR 422.503(b)(4)(vi)
https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2014-title42-vol3/pdf/CFR-2014-title42-vol3-sec423-504.pdf	42 CFR 423.504(b)(4)(vi)
http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2013-title31/pdf/USCODE-2013-title31-subtitleIII-chap37-subchapIII.pdf	31 U.S.C. 3729-3733
http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2013-title18/pdf/USCODE-2013-title18-partI-chap63-sec1346.pdf	18 U.S.C. 1346
http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2013-title42/pdf/USCODE-2013-title42-chap7-subchapXI-partA-sec1320a-7b.pdf	42 U.S.C. 1320A-7b(b)
https://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title11/1128B.htm	Social Security Act 1128B(b)
http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2014-title42-vol5/pdf/CFR-2014-title42-vol5-sec1001-1901.pdf	42 CFR 1001.1901
https://exclusions.oig.hhs.gov	Exclusion OIG
http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2013-title42/pdf/USCODE-2013-title42-chap7-subchapXVIII-partE-sec1395nn.pdf	42 U.S.C. 1395nn
http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2013-title42/pdf/USCODE-2013-title42-chap7-subchapXI-partA-sec1320a-7.pdf	42 U.S.C. 1320a-7
http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2011-title18/pdf/USCODE-2011-title18-partI-chap63-sec1347.pdf	18 U.S.C. 1347
https://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1877.htm	Social Security Act, 1877
http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title11/1128A.htm	Social Security Act, 1128A(a)
https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2014-title42-vol3/pdf/CFR-2014-title42-vol3-sec422-503.pdf	42 CFR 422.503(b)(4)(vi)
https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2014-title42-vol3/pdf/CFR-2014-title42-vol3-sec423-504.pdf	42 CFR 423.504(b)(4)(vi)