

2013 National Training Program

Módulo 10: La prevención del fraude y el abuso a Medicare y Medicaid



Módulo 10: LA PREVENCIÓN DEL FRAUDE A MEDICARE Y MEDICAID

Índice

Introducción a la Prevención del Fraude y el Abuso a Medicare y Medicaid	1
Objetivos de la Sesión	2
Lección 1: Generalidades del Fraude y el Abuso	3
Definición de Fraude y Abuso	4
La protección de los fondos fiduciarios de Medicare	5
Lo básico de Medicare	6
Lo básico de Medicaid	7
¿Quién comete un fraude?	8
El alcance del fraude y el abuso	9
Ejemplos de fraude	10
Problemas con la calidad de los servicios	11
Verifique su conocimiento	12
Lección 2: Estrategias de CMS contra el fraude y el abuso	13
Centro de CMS para la Integridad del Programa	14
El nuevo enfoque para combatir el fraude, la pérdida y el abuso	15
El Programa Nacional de Prevención del Fraude.....	16
Estrategias de detección del fraude	17
Programa de Contratistas de Auditoría para Recuperación (RAC).....	18
Estrategias.....	19
Equipos Antifraude	20
Equipo para la prevención del fraude en atención médica y cumplimiento de medidas (HEAT)	21

Resultados 2012 del Equipo HEAT	22
Recuperaciones y Resultados	23
Contratistas Zonales para la Integridad del Programa	24
Mapa ZPIC	26
Contratista para la Integridad del Programa Nacional de Recetas Médicas de Medicare (NBI MEDIC)	27
Responsabilidades clave del NBI MEDIC.....	28
Ejemplos de los casos que maneja el NBI MEDIC.....	29
Asociación para la Prevención de Fraudes en la Atención Médica	30
Acciones de Cumplimiento	31
Educar a Proveedores y Beneficiarios.....	33
Verifique su Conocimiento	34
Lección 3: Cómo puede combatir el fraude.....	35
www.stopmedicarefraud.gov	36
Resumen de Medicare (MSN).....	37
www.MyMedicare.gov	38
1-800-MEDICARE.....	39
Reporte de Sospecha de Fraude a Medicaid	40
La Patrulla de la Tercera Edad (SMP).....	41
Si comparte su tarjeta o su número Medicare o Medicaid	43
Proteja su Información Personal.....	44
Compartir Información con un Familiar o Quien le Cuida	45
Robo de Identidad.....	46

Consejos Útiles.....	47
Índice	
Normas de comercialización de los planes de las Partes C y D de Medicare.....	48
El Telemarketing y el Fraude.....	49
Luchar contra el Fraude Recompensa	50
Verifique su Conocimiento	51
Guía de Recursos para el Fraude y Abuso a Medicare	52
Información de contacto del Programa Nacional de Entrenamiento de CMS.....	53
Hoja de respuestas.....	54
Acrónimos	57
Índice	58

Este módulo puede presentarse en 1 hora.
Destine aproximadamente 30 minutos más
para discusión, preguntas y respuestas y
para las actividades didácticas.



Programa Nacional de Entrenamiento



Módulo 10 La prevención del fraude y el abuso a Medicare y Medicaid

El Módulo 10 explica la prevención, detección, recuperación y denuncia del fraude y abuso a Medicare y Medicaid.

Este módulo de entrenamiento fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico de los Niños (CHIP) y el Mercado de seguros. (también conocido como Intercambios).

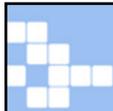
La información en este módulo era correcta en mayo de 2013.

Para verificar actualizaciones de la nueva legislación de atención médica, visite www.healthcare.gov.

Para ver la Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo), visite <http://www.healthcare.gov/law/index.html>.

Para verificar una versión actualizada de este módulo de entrenamiento, visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNational Training Program/index.html>.

Este conjunto de materiales del Programa Nacional de Entrenamiento CMS no es un documento legal. Las normas oficiales del Programa de Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.



Objetivos de la Sesión

Esta sesión le ayudará a

- Reconocer el alcance del fraude y el abuso
- Entender cómo CMS lucha contra el fraude y el abuso
- Explicar cómo se puede combatir el fraude
- Identificar otras fuentes de información

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

2

Esta sesión le ayudará a

- Reconocer el alcance del fraude y el abuso
- Entender cómo CMS lucha contra el fraude y el abuso
- Explicar cómo se puede combatir el fraude
- Identificar fuentes de información adicional



Lección 1 - Generalidades del Fraude y el Abuso

- Definición de fraude y abuso
- La protección de los fondos fiduciarios de Medicare
- Lo básico de los programas Medicare y Medicaid
- ¿Quién comete un fraude?
- El alcance del fraude y abuso
- Problemas sobre la calidad de los servicios

05/17/2013 Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid 3

La Lección 1 provee un panorama general del fraude y el abuso:

- Definición de fraude y abuso
- La protección de los fondos fiduciarios de Medicare
- Lo básico de los programas Medicare y Medicaid
- ¿Quién comete un fraude?
- El espectro del fraude y el abuso
- Problemas sobre la calidad de los servicios

Definición de Fraude y Abuso

Fraude

Cuando alguien falsifica información intencionalmente o engaña a Medicare.

Abuso

Cuando los proveedores no cumplen las pautas de buenas prácticas médicas, lo que resulta en costos innecesarios para Medicare, pagos incorrectos o servicios que no son médicamente necesarios.

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

4

El fraude, la pérdida y el abuso en Medicare y Medicaid afectan a cada americano al consumir los recursos críticos de nuestro sistema de atención médica y contribuyen al incremento en los costos de la atención médica para todos. Los dólares pagados por los contribuyentes que se pierden por fraude, pérdida y abuso perjudican a muchas personas, particularmente a algunos de nuestros ciudadanos más vulnerables.

El fraude ocurre cuando alguien falsifica información intencionalmente o engaña a Medicare.

El abuso ocurre cuando los proveedores de atención médica no siguen buenas prácticas médicas, lo que resulta en costos innecesarios para Medicare, pagos incorrectos o servicios que no son médicamente necesarios.

Las prácticas inapropiadas que empiezan como abuso, muy rápidamente pueden evolucionar hacia el fraude.

NOTA: La diferencia entre fraude y abuso es la intención.

La protección de los fondos fiduciarios de Medicare

- CMS debe proteger los fondos fiduciarios
 1. El Fondo Fiduciario de Seguro de Hospital Medicare
 2. El Fondo Fiduciario de Seguro Médico Suplementario
- CMS tiene que equilibrar la manera de
 - Pagar reclamos a tiempo y hacer revisiones
 - Prevenir/detectar el fraude
 - Limitar las cargas para los proveedores

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

5

CMS debe proteger el fondo fiduciario del seguro de Hospital de Medicare y el fondo fiduciario del seguro médico suplementario.

- El fondo fiduciario del seguro de Hospital de Medicare paga los beneficios de la Parte A tales como atención médica del paciente hospitalizado, atención médica de los centros de enfermería especializada, la atención médica en el hogar, y el cuidado de hospicio. Está financiado por impuestos sobre la nómina, impuestos sobre ingresos pagados por beneficios del Seguro Social, intereses ganados sobre inversiones del fondo fiduciario y primas de Parte A de gente que no es elegible para la Parte A sin el pago de la prima.
- El fondo fiduciario del seguro médico suplementario paga los beneficios de la Parte B incluyendo los honorarios médicos, el cuidado de hospital del paciente ambulatorio, atención médica en casa no cubierto bajo la Parte A, equipo médico duradero, ciertos servicios preventivos y pruebas de laboratorio, beneficios de medicinas recetadas de la Parte D de Medicare y costos administrativos del programa Medicare, incluyendo costos de pagar beneficios y combatir el fraude y el abuso. Su financiamiento está autorizado por el Congreso de las primas de la Parte B, primas de la Parte D e intereses ganados sobre inversiones del fondo fiduciario.

CMS tiene que manejar el cuidadoso balance entre pagar los reclamos a tiempo vs. el hacer revisiones, prevenir y detectar fraude y limitar la carga sobre la comunidad de proveedores.

Lo básico de Medicare

Cada Día	Cada Mes	Cada Año
<ul style="list-style-type: none">Se procesan 4.6 millones de reclamaciones<ul style="list-style-type: none">200,000 de ellas son por equipo médico duradero (DME)De 1.5 millones de proveedores de tarifa-por-servicio	<ul style="list-style-type: none">Se reciben 39,000 solicitudes de inscripción de proveedores para las Partes A y BSe reciben 500 solicitudes de inscripción de EMD	<ul style="list-style-type: none">Se pagan más de \$566 mil millones en reclamacionesMás de 50 millones de beneficiarios<ul style="list-style-type: none">Incluye la asistencia gestionada

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

6

Cada día laboral Medicare procesa más de 4.6 millones de reclamos, de los cuales 200,000 son por 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 inscripción inicial para las Partes A y B y 500 solicitudes de EMD.

Cada año Medicare paga más de \$566 mil millones para más de 50 millones de beneficiarios. (Ambos conjuntos de estos números incluyen el cuidado administrado).

Para más información, por favor vea los datos actualizados de 2012 en [http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/ Research/ ResearchGenInfo/CMSStatistics.html](http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/ResearchGenInfo/CMSStatistics.html) o en los Hechos Concretos de CMS (CMS Fast Facts) en (www.cms.gov/fastfacts/)

Lo básico de Medicaid

Cada Año	Alcance del Programa	Regiones Cubiertas
<ul style="list-style-type: none"> Se pagan 3.9 mil millones de reclamos Se pagan más de \$430 mil millones en reclamos 	<ul style="list-style-type: none"> Más de 57 millones de beneficiarios 9 millones son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid 	<ul style="list-style-type: none"> 56 programas administrados por estados y territorios
<p>El programa Medicaid está creciendo. Para el 2014, en los estados que adopten la expansión de Medicaid, los americanos que ganen menos del 133% del Nivel Federal de pobreza, serán elegibles para inscribirse.</p>		

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

7

Cada año Medicaid procesa 3.9 mil millones de reclamos 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. Para el 2014, en los estados que adopten la expansión de Medicaid, los americanos que ganen menos del 133% del nivel federal de pobreza (aproximadamente \$29,000 por una familia de cuatro) serán elegibles para inscribirse en Medicaid.

NOTA: La Subsecretaría de Planeamiento y Evaluación (ASPE) del Departamento de Servicios de Salud y Humanos (HHS), actualiza el nivel federal de pobreza anualmente a través del Registro Federal y lo publica en su página web.

Para más información por favor visite: Hechos Concretos CMS (CMS Fast Facts) (www.cms.gov/fastfacts/) o Sistemas de Información de la Administración de Medicaid (MMIS) (<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Computer-Data-and-Systems/MMIS/index.html>) y [Medicare & Medicaid Statistical Supplement](http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareMedicaidStatSupp/2011.html) > Edición 2011 <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareMedicaidStatSupp/2011.html>.

¿Quién comete un fraude?

- La mayoría de la gente y de las organizaciones que trabajan con Medicare y Medicaid son honestas
- Sin embargo, cualquiera puede cometer un fraude
 - Proveedores de atención médica
 - Dueños y empleados de empresas
 - Personas con Medicare
 - Personas con Medicaid

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

8

La mayoría de las personas y organizaciones que trabajan con Medicare y Medicaid son honestas.

Pero hay algunos que actúan mal. CMS continuamente está dando los pasos necesarios para identificar y enjuiciar a quienes actúan mal.

Cualquiera de los siguientes puede estar involucrado en fraude o abuso contra Medicare:

- Doctores y practicantes de la atención médica;
- Proveedores de equipo médico duradero (DME);
- Empleados de médicos o proveedores;
- Empleados o compañías que manejan la facturación de Medicare; y
- Personas con Medicare y Medicaid

El fraude contra Medicare 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.

El alcance del fraude y el abuso

- Ocasionan pagos incorrectos
- Se deben buscar las causas de los pagos incorrectos
 - De los errores honestos al engaño intencional
- Entre el 3% y el 10% de los fondos de atención médica se pierden por pagos incorrectos, no sólo por fraude.



05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

9

El alcance de CMS sobre pagos incorrectos va desde errores, a pérdidas, a abuso, a fraude, que resultan en pagos incorrectos.

Las actividades de cumplimiento de CMS buscan las causas de los pagos incorrectos, desde errores honestos hasta engaños intencionales.

Están diseñadas para asegurar que los pagos correctos se hagan a proveedores legítimos por servicios y suministros apropiados y razonables para los beneficiarios elegibles.

Se calcula que de un 3% a un 10% de los fondos de atención médica (facturas) se pierden debido a tarifas de pago inapropiadas. No todo es fraude.

NOTA: CMS estima que el gobierno federal distribuyó cerca de \$65 mil millones en pagos incorrectos (pagos que no deberían haber sido hechos o se hicieron por un monto incorrecto) a través de Medicare y Medicaid combinado en el año fiscal 2011. Sin embargo, nosotros hemos recuperado, mediante la Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo), y sus programas, más de \$10 mil millones en los últimos tres años.

Ejemplos de fraude

- A Medicare o Medicaid se les factura por:
 - Servicios que no se han proporcionado
 - Equipo que no se ha entregado o que se ha devuelto
- Documentación fraudulenta para obtener pagos más altos
- Información falsa sobre las fechas, los servicios proporcionados o la identidad del beneficiario
- Alguien usa su tarjeta de Medicare/Medicaid con o sin su permiso
- Una compañía utiliza información falsa
 - Para engañarlo y hacer que se inscriba en un plan de Medicare

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

10

Algunos ejemplos de fraude posible son:

- Que a Medicare o a Medicaid se le facturan servicios que nunca se recibieron, o equipo médico que no se recibió o que fue devuelto.
- Documentos que han sido alterados para obtener un pago mayor
- Información falsa sobre las fechas, descripciones de servicios entregados o la identidad del beneficiario
- Alguien que usa su tarjeta de Medicare/Medicaid
- Una compañía que usa información falsa para engañar, para que alguien se inscriba en un plan de Medicare.

NOTA: Los instructores podrían desear que miembros de la audiencia den ejemplos personales de fraudes que ellos hayan encontrado.

Problemas con la calidad de los servicios

- Las inquietudes de los pacientes sobre la calidad de los servicios **NO** se consideran un fraude
- Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad son:
 - Errores en los medicamentos
 - Operaciones o tratamientos innecesarios o inapropiados
 - Cambios en un problema médico que no fue tratado
 - Alta anticipada
 - Instrucciones y/o arreglos de alta incompletos
- Contacte a las Organizaciones para Mejoras de la Calidad (QIO)
 - Visite www.ahqa.org y haga clic en Ayuda y Recursos
 - Llame al 1-800-MEDICARE o usuarios de TTY al 1-877-486-2048

05/17/2013

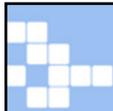
Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

11

Los problemas con la calidad de la atención médica del paciente no son fraude. Algunos ejemplos de problemas con la calidad de la atención médica, que su Organización para Mejoras de la Calidad puede atender, son:

- Errores con los medicamentos, como el que se proporcione el medicamento equivocado, o que se administre el medicamento a la hora equivocada, o que se de un medicamento al que sea alérgico, o que se administren medicamentos que interactúan negativamente.
- Cirugías innecesarias o inapropiadas, como ser operado por una condición que podría tratarse efectivamente con medicamentos o terapia física.
- Tratamientos innecesarios o incorrectos, como si se le diera el tratamiento equivocado, o un tratamiento que no necesitaba, o se le diera un tratamiento que no se recomienda para los pacientes que tienen su condición médica específica.
- Cambio en condición no tratada, como no recibir tratamiento después de resultados anormales o cuando se haya desarrollado una complicación.
- Que le den de alta del hospital demasiado pronto, como cuando todavía se tiene mucho dolor.
- Instrucciones y/o arreglos de alta incompletos, como ser enviado a casa sin instrucciones por los cambios que se hicieron en los medicamentos diarios mientras estaba en el hospital o, durante una visita médica, o recibe instrucciones inadecuadas acerca del seguimiento que necesita.

Las Organizaciones para Mejoras de la Calidad le ayudarán con estos problemas. Para obtener la dirección y el número de teléfono de la QIO de su estado o territorio, visite www.medicare.gov en Ayuda y Recursos, números de teléfono y sitios web y busque la información sobre el tópico de "Quejas acerca de mi cuidado médico o servicios" O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227) para obtener ayuda para ponerse en contacto con su QIO. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Verifique Su Conocimiento – Lección 1

¿Quién puede cometer fraude?

- a. Proveedores de equipo médico duradero
- b. Empleados de médicos o proveedores o quienes facturan
- c. Alguien que usa su tarjeta Medicare o Medicaid con o sin su permiso
- d. Cualquiera de las anteriores

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

12

¿Quién puede cometer fraude?

- a. Proveedores de equipo médico duradero
- b. Empleados de médicos o proveedores o quienes facturan
- c. Alguien que usa una tarjeta Medicare o Medicaid con o sin su permiso
- d. Cualquiera de las anteriores

Respuesta: d. Cualquiera de las anteriores



Lección 2 - Estrategias de CMS contra el fraude y el abuso

- Centro para la Integridad del Programa (CPI)
- Métodos para combatir el fraude, las pérdidas y el abuso
- Iniciativa de prevención del fraude
- Estrategias
- Asociaciones de prevención de fraude en la atención médica
- Educación
- Acciones de cumplimiento

05/17/2013 Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid 13

En esta lección discutiremos:

- Integridad del programa
- Métodos para combatir el fraude, la pérdida y el abuso
- Iniciativa de prevención del fraude
- Estrategias
- Asociaciones de prevención de fraude en la atención médica
- Educación
- Acciones de cumplimiento

Centro de CMS para la Integridad del Programa

- Consolida los componentes anti fraude CMS
- Nuevas autoridades de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio
 - Evaluaciones más rigurosas de los proveedores de la atención médica
 - Finalización de los programas Medicare y Medicaid
 - Podría detener temporalmente la inscripción en áreas de alto riesgo
 - Detener temporalmente los pagos en casos de sospecha de fraude

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

14

El Centro para la Integridad del Programa (CIP) fue establecido en abril del 2010. Reúne a los grupos de integridad de programa de Medicare y Medicaid bajo una sola estructura de administración, para reforzar y coordinar mejor las actividades existentes y futuras para prevenir y detectar el fraude, las pérdidas y el abuso.

Las nuevas reglas permitidas por la Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo), ayudarán a los programas de Medicare, Medicaid y el Seguro Médico para los Niños (CHIP) a hacer menos “pagando y persiguiendo” reclamos fraudulentos de la atención médica y desarrollando más protección proactiva y transparente contra el fraude, incluyendo:

- La creación de un proceso de evaluación riguroso para proveedores que se inscriban en Medicare, Medicaid y CHIP.
- La exigencia de una terminación cruzada entre los programas federales y estatales de salud, para que los proveedores cuyos privilegios de facturación de Medicare estén anulados o cuya participación ha sido terminada por un programa de Medicaid o CHIP, sean excluidos o eliminados de todos los demás programas Medicaid y CHIP.
- La suspensión temporal de la inscripción de nuevos proveedores en áreas de alto riesgo. Medicare y las agencias estatales estarán vigilando tendencias que puedan indicar un potencial significativo de fraude contra la atención médica y puedan detener temporalmente la inscripción de una categoría de proveedores, o la inscripción de nuevos proveedores en una área geográfica que haya sido identificada como de alto riesgo.
- La suspensión temporal de los pagos a proveedores en casos de sospecha de fraude si ha habido un alegato de fraude creíble. Los pagos pueden ser suspendidos mientras una acción o investigación está en curso.

El nuevo enfoque para combatir el fraude, la pérdida y el abuso

Ayer...	CMS Hoy...
<ul style="list-style-type: none">▪ Los proveedores sospechosos de actividad fraudulenta eran puestos en revisión de pago, algunas veces indefinidamente▪ CMS iniciaba recuperación del pago en exceso▪ Las autoridades determinaban si era apropiado un arresto	<ul style="list-style-type: none">▪ Rechaza reclamos individuales▪ Sus contratistas usan la revisión de pre-pago como técnica de investigación▪ Revoca proveedores por prácticas impropias▪ Colabora con las autoridades antes, durante y después del desarrollo de un caso▪ Atiende las causas de raíz de los puntos débiles identificados

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

15

CMS estima que el uso de tecnologías analíticas sofisticadas, le permitirá combatir mejor el fraude, la pérdida y el abuso.

Ayer:

- A los proveedores de quien se sospechaba actividad fraudulenta eran puestos en revisión de pre-pago, a veces indefinidamente
- CMS iniciaba la recuperación de pago en exceso
- Las autoridades determinaban si era apropiado un arresto

CMS Hoy:

- Rechaza reclamos individuales
- Sus contratistas usan la revisión de pre-pago como técnica de investigación
- Revoca proveedores por prácticas impropias
- Colabora con las autoridades antes, durante y después del desarrollo de un caso
- Atiende las causas de raíz de los puntos débiles identificados

Este enfoque mejorado y enfocado le ha permitido a CMS el buscar un conjunto más estratégico y coordinado de políticas y actividades del programa de integridad proactivo a lo largo de Medicare y Medicaid.

El Programa Nacional de Prevención del Fraude

- La *iniciativa de prevención del fraude* de CMS emplea dos pilares gemelos
- Sistema de prevención del fraude
 - Tecnología de evaluación de proveedor automatizada
 - Analítica predictiva en el proceso de reclamos



05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

16

El Programa Nacional de Prevención del Fraude hace más eficientes los proyectos estratégicos de CMS dentro de un programa coordinado que es más fuerte y más eficiente que cualquier esfuerzo independiente. Se enfoca en suscripción y pago. Al integrar analíticas predictivas en el proceso de reclamos y la evaluación de proveedor durante la inscripción, CMS puede asegurar mejor de que suscribe sólo a proveedores calificados y de que paga sólo reclamos válidos.

La tecnología de evaluación de proveedor automatizada de CMS , que fue implementada al inicio del 2012:

- En todo el 2012, CMS inició el proceso de evaluación de 1.5 millones de proveedores suscritos a Medicare mediante el nuevo sistema de Evaluación de Proveedor Automatizada que rápidamente identifica proveedores no elegibles y potencialmente fraudulentos, antes de su suscripción o revalidación para verificar los datos.
- Desde mayo del 2011 hasta el fin del 2012, más de 400,000 proveedores estuvieron sujetos a los nuevos requerimientos de evaluación y casi 150,000 perdieron la posibilidad de facturar al Programa Medicare debido a los requerimientos de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y otras iniciativas proactivas.
- En su primer año de implementación, el Sistema de Prevención del Fraude ha evaluado cada reclamo a Medicare desde que el sistema fue implementado en 2011. Las señales del sistema han iniciado 536 nuevas investigaciones y datos del sistema han sido usados para soportar 511 investigaciones ya en curso. En el primer año del sistema, hemos detenido, prevenido o identificado un estimado de \$115 millones de pagos fraudulentos. Esto resulta en un estimado de \$3 en ahorros por cada \$1 gastado.

Estrategias de detección del fraude

- Incorpora nuevas tecnologías sofisticadas
- Comparte la información para combatir el fraude a
 - Medicare
 - Medicaid
 - Relaciones con Veteranos (VA)
 - Departamento de Defensa
 - El Seguro de Discapacidad del Seguro Social
 - El Servicio de Salud para Indígenas
- Expande el programa del Contratista de Recuperación de Pagos (RAC)

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

17

Las estrategias de detección del fraude incluyen:

- La incorporación de nuevas tecnologías sofisticadas y fuentes de datos innovadoras. Estas nuevas tecnologías ayudarán a identificar los patrones asociados al fraude y evitar los pagos de reclamos fraudulentos.
- El compartir los datos para combatir el fraude. La ley obliga a que ciertos datos de reclamos a Medicare, Medicaid y CHIP, la Administración de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Defensa, el programa de Seguro de Discapacidad del Seguro Social y el Servicio de Salud para Indígenas, estén integrados en un sistema amplio para que las agencias y los funcionarios del orden público puedan identificar a los criminales y prevenir el fraude.
- La expansión de los esfuerzos para recuperar los pagos en exceso. La Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo), expande el programa de los Contratistas de Recuperación de Pagos, obligándolos a identificar y recuperar los pagos incorrectos de las Partes C de Medicare (Medicare Advantage) y D (cobertura de medicamentos recetados de Medicare) y de Medicaid. El Centro para la Integridad del Programa (CPI) otorgó un contrato para un RAC de la Parte D de Medicare en enero del 2011. Los proveedores también deben reportar y devolver a Medicare y Medicaid los pagos en exceso dentro de los 60 días de la identificación.

Programa de Contratistas de Auditoría para la Recuperación (RAC)

- Su misión es reducir los pagos incorrectos de Medicare
 - Detectando y recuperando los sobrepagos
 - Identificando los pagos insuficientes
 - Implementando medidas para prevenir los pagos incorrectos
- Establece programas para las Partes C y D de Medicare
 - Se aseguran de que los planes tengan planes contra el fraude
- Los estados y los territorios establecen programas RAC para Medicaid
 - Que identifican los sobrepagos y los pagos insuficientes
 - Coordinan los esfuerzos con los auditores federales y estatales

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

18

La misión del Programa de Contratistas de Auditoría para la Recuperación es reducir los pagos incorrectos de Medicare por medio de la eficiente detección y recuperación de los pagos en exceso, la identificación de pagos insuficientes y la implementación de medidas que prevengan futuros pagos incorrectos.

En mayo del 2013 CMS inició el proceso de adquisición para los *nuevos* contratos del programa de Auditoría de Recuperación de las Tarifas por Servicio Medicare (Partes A y B). CMS planea contratar cuatro Auditores de Recuperación A/B y uno nacional de Equipo Médico Durable (DME) y Auditor de recuperación de Salud/Hospicio en el Hogar.

CMS está estableciendo programas de Contratistas de Auditoría para la Recuperación (RAC) de las Partes C/D de Medicare de acuerdo con los requerimientos especificados en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. El Centro de Integridad del Programa (CPI) otorgó un contrato para un RAC de la Parte D de Medicare en enero del 2011. El contrato para la Parte C está pendiente.

- Los RAC de las Partes C y D de Medicare deben asegurarse de que cada Plan Medicare Advantage o Plan Medicare de Medicamentos tengan implementado un plan contra el fraude y deben evaluar la eficacia de dicho plan. Los RAC deben evaluar los reclamos retroactivamente para comprobar si los patrocinadores de los planes de medicamentos, han presentado reclamos que exceden los costos permitidos. Los RAC analizarán los estimados presentados por los planes para los beneficiarios de altos costos, y deberán compararlos con el número de beneficiarios realmente inscritos en tales planes.

Los estados y los territorios deben establecer programas RAC de Medicaid

- Los RAC de Medicaid deben identificar y recuperar los pagos en exceso e identificar los pagos insuficientes.
- Los RAC de Medicaid deben coordinar sus esfuerzos con otras entidades de auditoría, incluyendo las agencias del orden público estatales y federales. CMS y los estados trabajarán para minimizar la superposición de las auditorías. A enero 11, 2013, 42 estados han implementado programas RAC de Medicaid. Para más información, visite la página web de Medicaid “*de un vistazo a los RACs*”:
<http://w2.dehpg.net/RACSS/Map.asp>.

Estrategias

- Prevenir el fraude antes de que ocurra, usando tecnología de vanguardia
- Equipos para la prevención del fraude en la atención médica y el cumplimiento de medidas (HEAT)
- Hacer equipo con el sector privado e involucrar a los beneficiarios en la lucha contra el fraude

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

19

Las estrategias contra el fraude también incluyen:

- Prevenir el fraude antes de que ocurra, usando tecnología de vanguardia
- Equipos para la prevención del fraude en la atención médica y el cumplimiento de medidas (HEAT)
- Hacer equipo con el sector privado e involucrar a los beneficiarios en la lucha contra el fraude

Nosotros también discutiremos más a fondo lo siguiente:

- Equipos antifraude
- Equipos para la prevención de fraude en la atención médica y el cumplimiento de medidas (HEAT)
- Contratista Zonales para la Integridad del Programa (ZPIC)
- Contratista para la Integridad del Programa Nacional de Recetas Médicas de Medicare (NBI MEDIC, por sus siglas en inglés)

Equipos Antifraude

- Equipos Antifraude
 - Están en localidades de “Conflicto”
 - Usan análisis avanzado de datos para identificar altos niveles de facturación en atención médica en lugares de conflicto
 - Identifican casos de fraudes potenciales
 - Se asocian con los equipos HEAT
- CMS suspende el pago
 - Conjuntamente con los arrestos de los Equipos Antifraude

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

20

- El Equipo Antifraude del Departamento de Justicia (DOJ) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), es un equipo entre agencias de investigadores federales, estatales y locales, diseñada para luchar contra el fraude a Medicare.
- Las ubicaciones de los equipos son evidencia de la dispersión geográfica del fraude a Medicare, con operaciones actuales en los puntos de conflicto identificados de Baton Rouge, Brooklyn, Chicago, Dallas, Detroit, Houston, Los Angeles, Miami-Dade y Tampa Bay.
- Los equipos antifraude usan técnicas avanzadas de análisis de datos para identificar sitios de fraude con altos niveles de facturación en atención médica.
- Los equipos entre agencias pueden enfocarse en esquemas que surgen o migran junto con el fraude crónico por criminales que se enmascaran como proveedores de la atención médica.
- CMS está trabajando de manera conjunta con socios federales y autoridades para incrementar la recuperación de pagos incorrectos y fraudes trabajando hacia la suspensión de pagos para proveedores sujetos a alegatos creíbles de fraude.



Equipo para la prevención del fraude en atención médica y cumplimiento de medidas (HEAT)

- Iniciativa conjunta entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Departamento de Justicia
- Mejora la colaboración entre agencias para reducir y prevenir el fraude en los programas federales de la atención médica
- Aumenta la coordinación, el intercambio de datos y entrenamiento entre investigadores, agentes, fiscales, analistas y legisladores
- Extendido a 9 ciudades de Fuerzas Antifraude



05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

21

El equipo para la prevención del fraude en la atención médica y el cumplimiento de medidas (HEAT) es una iniciativa conjunta entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Departamento de Justicia para combatir el fraude. Las fuerzas de trabajo de HEAT son equipos entre agencias compuestos por personal de autoridades y profesionales de alto nivel. El equipo se construye sobre asociaciones existentes, incluyendo organizaciones de autoridades estatales y locales para prevenir el fraude y reforzar las leyes contra el fraude.

- Su meta es mejorar la colaboración entre agencias para reducir y prevenir el fraude en los programas federales de la atención médica. Al asignar personal entrenado de autoridades y agencias, HHS y DOJ incrementan la coordinación, el compartir datos, y el entrenamiento entre investigadores, agentes, procuradores, analistas y legisladores. El proyecto HEAT ha sido muy exitoso al ubicar casos de fraude a la atención médica y perseguirlos rápida y efectivamente.
- Una característica central de la iniciativa HEAT es el uso de Equipos Antifraude. El primer equipo antifraude fue lanzado en Miami en marzo del 2007; en 2009 se extendió a 7 ciudades y actualmente está en 9 ciudades como se menciona en la diapositiva.

La misión del Equipo HEAT es:

- Reunir recursos a lo largo del gobierno para ayudar a prevenir la pérdida, el fraude y abuso en los programas Medicare y Medicaid, y tomar medidas enérgicas contra los perpetradores del fraude quienes están abusando del sistema y costándole al mismo miles de millones de dólares.
- Reducir los costos de la atención médica que crecen muy rápidamente y mejorar la calidad de la atención médica eliminando del sistema a los perpetradores quienes están tomando como presa a los beneficiarios de Medicare y Medicaid.
- Resaltar las mejores prácticas de empleados de proveedores y del sector público quienes están dedicados a terminar con la pérdida, el fraude y el abuso en Medicare.
- Construir sobre asociaciones existentes entre el Departamento de Justicia y el Departamento de Salud y Servicios Humanos para reducir el fraude y recuperar los dólares de los contribuyentes.

Resultados 2012 del Equipo HEAT

- En octubre 2012 las operaciones de la Fuerza Antifraude
 - Llevaron a cargos contra 91 personas incluyendo doctores, enfermeras y otros profesionistas
 - \$432 millones de facturación falsa (fraude)
 - \$230 millones en atención médica en el hogar
 - \$100 millones en atención médica mental de la comunidad
 - \$49 millones de transporte en ambulancia

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

22

En octubre del 2012, las operaciones del Equipo Antifraude en siete ciudades (Dallas, Miami, Chicago, Brooklyn, Houston, Baton Rouge y Los Ángeles):

- Elevaron cargos contra 91 individuos, incluyendo doctores, enfermeras y otros profesionales médicos por su supuesta participación en esquemas de fraude contra Medicare involucrando aproximadamente \$432 millones de facturación falsa.
 - Ese total incluye más de \$230 millones en fraude de atención médica en el hogar; más de \$100 millones en atención médica mental comunitaria y más de \$49 millones en fraude de transporte en ambulancia.

Más de 500 agentes de la autoridad del Buró Federal de Investigaciones (FBI), HHS-OIG, múltiples Unidades de Control de Fraude Medicaid y otras autoridades de agencias estatales y locales participaron en el desmantelamiento.

En coordinación con los cargos criminales, HHS también suspendió o tomó otras acciones administrativas en contra de 30 proveedores de la atención médica siguiendo un análisis guiado de datos y alegatos creíbles de fraude. Bajo la Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo), HHS puede suspender los pagos hasta que la investigación esté completa.

Las Operaciones de los Equipos Antifraude en las nueve ciudades en donde los equipos están basados, resultó en 117 acusaciones, en la información y quejas involucrando cargos contra 278 acusados quienes supuestamente facturaron a Medicare más de \$1.5 mil millones de dólares con esquemas fraudulentos. Durante todo el 2012, se litigaron 251 instancias de culpabilidad y 13 juicios, con veredictos de culpabilidad contra 29 acusados, en casos relacionados con los Equipos Antifraude. La sentencia en prisión promedio en estos casos fue de más de 48 meses.

Recuperaciones y Resultados

En 2012

Casi \$4.2 mil millones de recuperaciones de fraude

826 acusados fueron condenados por crímenes relacionados con la atención médica

Se obtuvieron acuerdos y juicios de más de \$3 mil millones en todo el 2012 bajo la Ley de Falso Testimonio

En los últimos 4 años

1,131 nuevas investigaciones de fraudes en la atención médica con 2,148 acusados potenciales

\$14.9 mil millones recuperados

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

23

Los Departamentos de Justicia (DOJ) y de Salud y Servicios Humanos anunciaron recuperaciones récord como resultado de esfuerzos conjuntos en el combate del fraude en la atención médica. Los esfuerzos y la prevención del fraude del gobierno en la atención médica recuperaron un récord de \$4.2 mil millones de dólares de los contribuyentes en el año fiscal 2012, arriba de los casi \$4.1 mil millones en 2011, de individuos y compañías que intentaron defraudar a los programas de salud federales dando servicio a los mayores de edad y a contribuyentes o a quienes buscaron pagos a los cuales no tenían derecho. Durante los cuatro años pasados, los esfuerzos de cumplimiento de la administración han recuperado \$14.9 mil millones, arriba de los \$6.7 mil millones del período de cuatro años anterior.

El DOJ abrió 1,131 nuevas investigaciones por fraude en la atención médica involucrando a 2,148 acusados potenciales. Un total de 826 acusados fueron condenados durante el año, por crímenes relacionados con la atención médica.

El DOJ también abrió 885 nuevas investigaciones civiles. La Sección de Fraude División Civil del DOJ, con sus colegas de la oficina del Fiscal de EE.UU. a lo largo del país, obtuvieron arreglos y juicios de más de \$3 mil millones en 2012 bajo la Ley de Falso Testimonio (FCA).

Estas cuestiones incluyen precios ilegales por fabricantes de farmacéuticos; mercadeo ilegal de dispositivos médicos y productos farmacéuticos para usos no aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos; el fraude a Medicare por hospitales y otros proveedores institucionales; y violaciones a leyes contra la auto-recomendación y sobornos.

Para más información, por favor visite:

<http://www.hhs.gov/news/press/2013pres/02/20130211a.html>

Contratistas Zonales para la Integridad del Programa (ZPIC)

- Las principales responsabilidades de los ZPIC son:
 - Investigar pistas generadas por el nuevo Sistema de Prevención de Fraudes (FPS) y de una variedad de otras fuentes
 - Desarrollar análisis de datos para identificar casos de supuesto fraude, pérdida y abuso
 - Hacer recomendaciones a CMS para tomar las acciones administrativas apropiadas para proteger los dólares del fondo fiduciario de Medicare

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

24

Los Contratistas Zonales para la Integridad del Programa (ZPIC) fueron creados para desempeñar funciones de integridad del programa en zonas para las Partes A y B de Medicare; Equipo Médico Duradero, Prótesis, Aparatos Ortopédicos y Suministros; atención médica en el hogar y hospicio; y la correspondencia de datos Medicare-Medicaid.

Las principales responsabilidades de los ZPIC son:

- Investigar pistas generadas por el nuevo Sistema de Prevención de Fraudes (FPS) y de una variedad de otras fuentes
- Desarrollar análisis de datos para identificar las causas del supuesto fraude, pérdida y abuso
- Hacer recomendaciones a CMS para tomar las acciones administrativas apropiadas para proteger los dólares del fondo fiduciario de Medicare

NOTA: Continúa en la siguiente diapositiva

Continúa ZPIC

- Las principales responsabilidades de los ZPIC son:
 - Hacer referencias a las autoridades para potenciales acusaciones
 - Proveer soporte para investigaciones en curso
 - Proveer retroalimentación y soporte a CMS para mejorar el FPS
 - Identificar pagos incorrectos a ser recuperados

05/17/2013

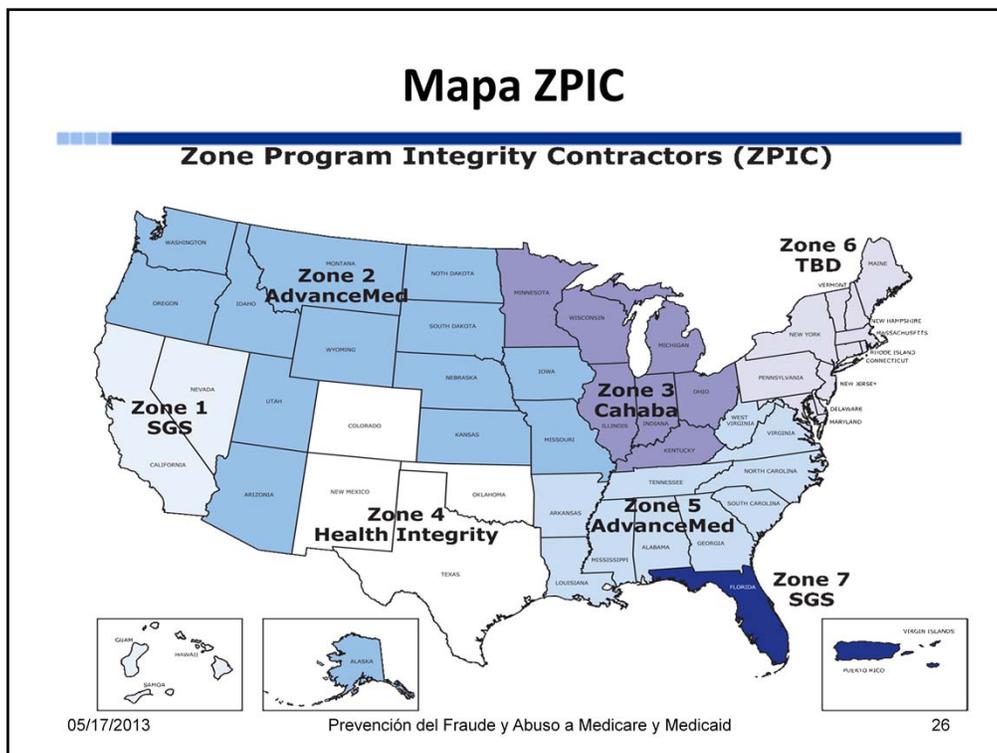
Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

25

Las principales responsabilidades (continúa) de los ZPIC son:

- Hacer referencias a las autoridades para potenciales acusaciones
- Proveer soporte para investigaciones en curso
- Proveer retroalimentación y soporte a CMS para mejorar el FPS
- Identificar pagos incorrectos a ser recuperados

NOTA: CMS empezó el proceso de consolidar el alcance de todos los contratos de Contratistas de Salvaguarda del Programa (PSC) y Contratistas para la Integridad del Programa Nacional de Recetas Médicas de Medicare (NBI MEDIC) dentro de los contratos de ZPIC en 2008. Anteriormente conocido como el “Programa de Contratistas de Salvaguarda”, los Contratistas Zonales para la Integridad del Programa (ZPIC) empezaron a operar en 2009.



Las zonas de ZPIC se alinean con las jurisdicciones del Contratista Administrativo de Medicare (MAC). Hay siete Contratistas Zonales para la Integridad del Programa .

- La Zona 1 está cubierta por SGS, e incluye California, Hawaii y Nevada.
- La Zona 2 está cubierta por AdvanceMed, e incluye Alaska, Arizona, Idaho, Iowa, Kansas, Missouri, Montana, Nebraska, North Dakota, Oregon, South Dakota, Utah, Washington y Wyoming.
- La Zona 3 está cubierta por Cahaba e incluye Illinois, Indiana, Kentucky, Michigan, Minnesota, Ohio y Wisconsin.
- La Zona 4 está cubierta por Health Integrity e incluye Colorado, Oklahoma, New México y Texas.
- La Zona 5 está cubierta por AdvanceMed e incluye Alabama, Arkansas, Georgia, Louisiana, Mississippi, North Carolina, South Carolina, Tennessee, Virginia y West Virginia.
- La Zona 6 está cubierta por TBD e incluye Connecticut, Delaware, Maine, Maryland, Massachusetts, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont y Washington, DC.
- La Zona 7 está cubierta por SGS e incluye Florida y Puerto Rico.

Contratista para la Integridad del Programa Nacional de Recetas Médicas de Medicare (NBI MEDIC)

- El Contratista para la Integridad del Programa Nacional de Recetas Médicas de Medicare (NBI MEDIC)
 - Apoya al Centro de CMS para la Integridad del Programa
 - Controla el fraude, pérdidas y abuso en los programas de las Partes C y D
 - En los 50 estados, el Distrito de Columbia y los territorios estadounidenses.
 - Tiene investigadores en todo el país
 - Trabaja con las autoridades del orden federal, estatal y local
 - Otras partes interesadas

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

27

El Contratista para la Integridad del Programa Nacional de Recetas Médicas de Medicare (NBI MEDIC) ofrece apoyo al Centro de CMS para la Integridad del Programa.

- NBI controla el fraude, pérdidas y abuso en las Partes C y D, en todos los 50 estados, el Distrito de Columbia y los territorios estadounidenses.
- NBI tiene investigadores en todo el país que trabajan con las autoridades del orden federal, estatal y local y con otras partes interesadas.

Responsabilidades clave del NBI MEDIC

- Responsabilidades de NBI MEDIC
 - Investigar el fraude, pérdidas y abuso potencial
 - Recibir quejas
 - Resolver las denuncias de fraude de los beneficiarios
 - Hacer un análisis proactivo de la información
 - Identificar vulnerabilidades del programa
 - Derivar los casos de sospecha de fraude a las autoridades

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

28

NBI MEDIC tiene ciertas responsabilidades clave como:

- Investigar el fraude, las pérdidas y abuso potencial
- Recibir quejas
- Resolver las denuncias de fraude de los beneficiarios
- Hacer un análisis proactivo de la información
- Identificar vulnerabilidades del programa
- Derivar los casos de sospecha de fraude a las autoridades

Ejemplos de los casos que maneja el NBI MEDIC

- Alguien que pretende representar a Medicare o a la SSA y pide su número de Medicare
- Alguien que le pide vender su tarjeta de recetas de medicamentos Medicare
- Alguien ofrece pagarle en efectivo a cambio de que use proveedores, abastecedores o farmacias específicas
- Que le hayan cobrado medicamentos que no recibió
- Su informe de Medicare o la explicación de beneficios incluye productos o servicios que usted no recibió

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

29

El tipo de quejas que el NBI MEDIC está interesado en recibir incluye:

- Individuos u organizaciones que dicen representar a Medicare y/o al Seguro Social y le piden su número de Medicare o del Seguro Social, su número de cuenta bancaria, de tarjeta de crédito, dinero, etc.
- Si le roban su información personal o sospecha de que alguien le hayan robado su información personal.
- Alguien le pide que le venda su tarjeta de recetas médicas de Medicare o la de su membresía del plan Medicare Advantage.
- Alguien le ofrece dinero para que utilice proveedores, abastecedores y farmacias específicas.
- Alguien le pide que le compre medicamentos con su tarjeta de recetas médicas o con su tarjeta de membresía Medicare Advantage.
- La farmacia no le entregó todos los medicamentos que le recetaron.
- Le cobraron por medicamentos o servicios que no recibió.
- Le dieron un medicamento que no era el que le recetó su médico.
- En su informe de beneficios aparecen productos o servicios que usted no recibió, o no refleja claramente el tipo de producto o servicio que recibió.

Asociación para la Prevención de Fraudes en la Atención Médica

- La asociación anunciada en julio de 2012 está diseñada para
 - Compartir información y mejores prácticas
 - Mejorar la detección
 - Prevenir el pago de facturas fraudulentas de atención médica a través de pagadores públicos y privados
 - Facilitar el intercambio de datos e información entre los socios

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

30

La Asociación Nacional para la Prevención de Fraudes fue anunciada en julio de 2012. Está diseñada para reducir el fraude en la atención médica ubicando recursos con el sector privado y utilizando técnicas de análisis de datos para clasificar a través de datos de reclamo. La asociación voluntaria, que incluye al gobierno federal, funcionarios estatales, organizaciones privadas de seguridad de salud y otros grupos antifraude de la atención médica, está diseñada para:

- Compartir información y mejores prácticas.
- Mejorar la detección.
- Prevenir el pago de facturas de atención médica fraudulentas a través de los pagadores.
- Facilitar el intercambio de datos e información. La meta posible a largo plazo de la asociación, es usar tecnología sofisticada y analíticas sobre datos de la atención médica a lo amplio de la industria para predecir y detectar esquemas de fraude a la atención médica (usando técnicas similares al análisis de fraude en tarjetas de crédito).

CMS está trabajando para aumentar el reporte de pagos incorrectos y fraude mediante lo siguiente:

- Compartir ampliamente información y métricas de desempeño en actividades clave de integridad del programa para involucrar a otras partes interesadas.
- Mejorar las asociaciones con el sector privado para compartir información y métodos para detectar y prevenir el fraude.
- Continuar coordinándose con las autoridades o iniciativas que reforzarán las relaciones con otras partes clave interesadas como las Cumbres de Fraude Regionales.
- Esto incluye a las Cumbres de Fraude Regionales que están coordinadas dentro de la Oficina del Inspector General (OIG), el Departamento de Justicia, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (HHS) y CMS. Estas cumbres proveen una oportunidad a los beneficiarios, aseguradores, hospitales y autoridades para discutir inquietudes compartidas y estrategias de colaboración.

Acciones de Cumplimiento

- Cuando se detecta y se confirma un fraude las acciones de cumplimiento incluyen:
 - Rechazos automáticos
 - Suspensiones de pago
 - Revisión de pre-pagos
 - Penalidades monetarias civiles
 - Revocación de privilegios de facturación
 - Referencia a autoridades

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

31

Cuando se detecta un fraude, se imponen sanciones administrativas.

Las acciones administrativas incluyen lo siguiente:

- Los rechazos automáticos son un estado de “reclamo de no pago” para artículos o servicios ordenados o prescritos por un proveedor excluido.
- Las suspensiones de pago son una retención de pago de reclamos hasta que sea terminada una investigación o solicitud de información.
- Las revisiones de pre-pago son lógicamente codificadas por sistema para que automáticamente se pague todo o parte del reclamo, automáticamente rechaza todo o parte del reclamo, o suspende todo o parte del reclamo de modo que un analista entrenado pueda revisar el reclamo y la documentación asociada para determinar acerca de la cobertura y el pago.
- Las Penalidades Monetarias Civiles (CMP) son una multa disciplinaria impuesta por una corte civil sobre una entidad que se ha beneficiado de una actividad ilegal o no ética. Pueden ser impuestas para disciplinar individuos u organizaciones por violar una variedad de leyes o regulaciones.
- Revocación de privilegios de facturación. La revocación ocurre por no cumplimiento, mala conducta, delitos, falsificación de información y otras condiciones similares establecidas en [42 CFR, § 424.535](#). Los pagos de Medicare serán detenidos y los proveedores estarán en el limbo hasta que esté terminado el plan de acción correctivo o la solicitud de reconsideración del proceso.
- Referencia a las autoridades.

Acciones de Cumplimiento(continúa)

- Los pagos incorrectos deben recuperarse
- Los proveedores/compañías son sacados del programa
- No pueden facturar a Medicare, Medicaid o CHIP
- Son impuestas multas
- Autoridades – arrestos y condenas

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

32

Acciones de Cumplimiento (continúa):

- Los pagos incorrectos deben recuperarse
- Los proveedores/compañías deben ser sacados del programa
- No pueden facturar a Medicare, Medicaid o CHIP
- Son impuestas multas
- Las autoridades – arrestos y condenas

Educar a Proveedores y Beneficiarios

- El proveer educación ayuda a corregir vulnerabilidades
 - Mantener la documentación correcta
 - Reducir la presentación de reclamos incorrectos
 - Proteger la información de identidad del paciente y del proveedor
 - Establecer una cultura de cumplimiento más amplia
- La educación al beneficiario le ayuda a identificar y reportar un posible fraude

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

33

CMS está trabajando en mover el enfoque hacia la prevención de pagos incorrectos y el fraude mientras sigue estando vigilante en detectar y perseguir problemas cuando ocurren. El educar a los proveedores y beneficiarios aplica a ambos programas Medicare y Medicaid.

- El proveer educación ayuda a corregir vulnerabilidades
 - Mantener la documentación correcta
 - Reducir la presentación de reclamos incorrectos educando a proveedores sobre errores comunes de facturación
 - Proteger la información de identidad del paciente y del proveedor
 - Establecer una cultura de cumplimiento más amplia
- La educación al beneficiario les ayuda a unirse en la lucha contra el fraude aprendiendo a identificar y cómo reportar una sospecha de fraude.



Verifique su Conocimiento – Lección 2

El nuevo enfoque para combatir el fraude, la pérdida y el abuso:

- a. Re caerá en nuevas tecnologías
- b. Revocará proveedores por prácticas incorrectas
- c. Colaborará con las autoridades antes, durante y después del desarrollo de un caso
- d. Todas las anteriores

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

34

El nuevo enfoque para combatir el fraude, la pérdida y el abuso:

- a. Re caerá en nuevas tecnologías
- b. Revocará proveedores por prácticas incorrectas
- c. Colaborará con las autoridades antes, durante y después del desarrollo de un caso
- d. Todas las anteriores

Respuesta: d. Todas las anteriores



Lección 3

Cómo puede combatir el fraude

- www.stopmedicarefraud.gov
- El Resumen de Medicare
- www.MyMedicare.gov
- 1-800-MEDICARE
- Denuncia de un Fraude a Medicaid
- Patrulla de la Tercera Edad
- Evite el robo de información personal y ID
- Consejos útiles
- Comercialización fraudulenta de los planes de las Partes C y D

05/17/2013 Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid 35

En la lección 3 aprenderemos cómo puede la gente con Medicare combatir el fraude. Nosotros:

- Aprenderemos acerca de los recursos disponibles en www.stopmedicarefraud.gov
- Revisaremos el Resumen de Medicare
- Destacaremos las ventajas de usar www.MyMedicare.gov
- Aprenderemos cómo reportar el fraude y el abuso usando el 1-800-MEDICARE
- Reportaremos un Fraude a Medicaid
- Revisaremos el programa de La Patrulla de la Tercera Edad
- Aprenderemos acerca de otros medios para combatir el fraude
- Daremos consejos útiles que la gente con Medicare y Medicaid puede usar para protegerse a sí mismo.
- Prácticas de comercialización fraudulenta de los planes de las Partes C y D

www.stopmedicarefraud.gov

- Infórmese acerca del fraude
- Busque recursos
- Vea resultados recientes por estado de los equipos antifraude (HEAT)



05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

36

El sitio web www.stopmedicarefraud.gov es un buen lugar para que usted aprenda acerca de:

- Recursos de fraude a Medicare disponibles para beneficiarios y proveedores
- Medios con los que puede prevenir el fraude
- Las operaciones y resultados, listados por estado de HEAT están disponibles en <http://www.stopmedicarefraud.gov/newsroom/your-state/index.html>
- Para reportar sospecha de errores, fraude o abuso, usted puede contactar ya sea a:

- **Centers for Medicare & Medicaid Services**
Por Teléfono al: 800-633-4227
TTY: 877-486-2048
Correo: Medicare Beneficiary Contact Center
P.O. Box 39
Lawrence, KS 66044

O a

- **HHS Office of Inspector General**
Por Teléfono al: 800-447-8477
TTY: **800-377-4950**
En línea: [Report Fraud Online](#)
Por correo: HHS Tips Hotline
P.O. Box 23489
Washington, DC 20026-3489

Resumen de Medicare (MSN)

- Los MSN de las Partes A y B
- Muestran todos los servicios o insumos
 - Cobrados a Medicare en un período de 3 meses
 - Lo que Medicare pagó
 - Lo que usted debe
- Léalo cuidadosamente
 - Conserve sus recibos y facturas
 - Anote las fechas de citas y servicios
 - Compárelos con su MSN

Jennifer Washington THIS IS NOT A BILL | Page 2 of 5

Making the Most of Your Medicare

How to Check This Notice

Do you recognize the name of each doctor or provider? Check the dates. Did you have an appointment that day?

Did you get the services listed? Do they match those listed on your receipts and bills?

If you already paid the bill, did you pay the right amount? Check the maximum you may be billed. See if the claim was sent to your Medicare supplement insurance (Medigap) plan or other insurer. That plan may pay your share.

How to Report Fraud

If you think a provider or business is involved in fraud, call us at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Some examples of fraud include offers for free medical services or billing you for Medicare services you didn't get. If we determine that your tip led to uncovering fraud, you may qualify for a reward.

You can make a difference! Last year, Medicare saved taxpayers \$4 billion—the largest sum ever recovered in a single year—thanks to people who reported suspicious activity to Medicare.

Medicare Preventive Services

Medicare covers many free or low-cost exams and screenings to help you stay healthy. For more information about preventive services:

- Talk to your doctor.
- Look at your "Medicare & You" handbook for a complete list.
- Visit www.Medicare.gov for a personalized list.

Your Messages from Medicare

Get a pneumococcal shot. You may only need it once in a lifetime. Contact your health care provider about getting this shot. You pay nothing if your health care provider accepts Medicare assignment.

To report a change of address, call Social Security at 1-800-772-6213.TTY users should call 1-800-325-0778.

Early detection is your best protection. Schedule your mammogram today, and remember that Medicare helps pay for screening mammograms.

Want to see your claims right now? Access your Original Medicare claims at www.Medicare.gov, usually within 24 hours after Medicare processes the claim. You can use the "Blue Button" feature to help keep track of your personal health records.

El MSN con nuevo diseño
será enviado por correo en
2013

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

37

Existe un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en Inglés) para las Partes A y B y para el Equipo Médico Duradero (DME). Esta notificación no es una factura. Los Planes Medicare Advantage proveen una Explicación de Beneficios que ofrece información similar.

El MSN muestra todos los servicios e insumos que le fueron facturados a Medicare, lo que pagó Medicare y lo que usted le debe a cada proveedor. Usted debe revisar su MSN cuidadosamente para asegurar que recibió los servicios y suministros por los que fué facturado Medicare.

CMS ha rediseñado el MSN para hacerlo más simple de entender, ubicar y reportar un fraude (en la página 2). El nuevo MSN será enviado por correo a los beneficiarios iniciando en junio de 2013. Será más fácil de entender y leer. Proveerá información adicional, como un sumario trimestral de reclamos. Hay un programa piloto en algunas de las áreas de mayor fraude, en que se enviará el MSN mensualmente.

Visite http://www.cms.gov/apps/files/msn_changes.pdf para ver lado a lado una comparación de los cambios del MSN.

Visite <http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/understanding-claims/read-your-msn-part-a.aspx> para ver cómo leer ejemplos del MSN.

Puede obtener ayuda para leer su Resumen de Medicare en www.medicare.gov/basics/SummaryNotice.asp

www/MyMedicare.gov

- Sitio seguro para manejar información personal
 - Revise elegibilidad, derecho e información del plan
 - Seguimiento a servicios preventivos
 - Conserve una lista de medicamentos recetados
- Revise reclamos
 - No tiene que esperar el MSN

The screenshot shows the Medicare.gov homepage. At the top, there's a navigation bar with links like 'Sign In / Change Plans', 'Your Medicare Costs', 'What Medicare Covers', 'Drug Coverage (Part D)', 'Supplements & Other Insurance', 'Claims & Appeals', 'Manage Your Health', and 'Forms, Bills, & Resources'. Below this is a 'Getting Started' section with a 'New to MyMedicare.gov? Create an account' link. The main content area features a 'Secure Sign In' form with fields for 'Username' and 'Password', and a 'Sign In' button. To the right of the sign-in form is a 'What's New?' section with a 'Download My Data' button highlighted by a red arrow. A blue text box with white text points to this button, stating: 'Haga clic en el "Botón Azul" para descargar sus datos a un archivo de texto'. Other sections include 'Registration Information' and 'Privacy and Security'.

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

38

MyMedicare.gov es un servicio en línea gratis y seguro de Medicare para tener acceso a información personalizada respecto de beneficios y servicios de Medicare.

MyMedicare.gov le proporciona acceso a su información personalizada en cualquier momento.

- Vea la información de elegibilidad, beneficios y servicios preventivos.
- Verifique la información personal de Medicare, incluyendo los reclamos a Medicare tan pronto como son procesados.
- Verifique la información de registro de su salud y de medicamentos recetados así como cualquier información de deducible de la Parte B.
- Maneje su lista de medicamentos recetados e información de su salud personal.
- Revise los reclamos e identifique reclamos fraudulentos. Usted no tiene que esperar su Sumario de Noticias Medicare para ver los reclamos a Medicare. Visite www.MyMedicare.gov para dar seguimiento a sus reclamos a Medicare o vea la versión electrónica de MSN. Sus reclamos estarán disponibles generalmente dentro de las 24 horas después de ser procesados.
- Si existe una discrepancia usted debe llamar a su doctor o abastecedor. Llame al 1-800-MEDICARE si sospecha de algún fraude. Para los usuarios de TTY llamar al 1-877-486-0428.

NOTA: Para usar este servicio debe registrarse en el sitio. (Los nuevos beneficiarios elegibles son automáticamente registrados y se les envía un PIN, Número de Identificación Personal).

1-800-MEDICARE

- Haciendo más fácil la identificación y el reporte de fraudes
- Las quejas de beneficiarios al 1-800-MEDICARE son usadas para:
 - Identificar a ciertos proveedores/abastecedores para revisión
 - Mostrar en dónde se están generando las estafas por fraude
- Revisar los reclamos de los pasados 18 meses
 - Respuesta de Voz Interactiva en 1-800-MEDICARE
 - Usuarios de TTY llamar al 1-877-486-0428

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

39

CMS ha implementado un sistema de respuesta de voz interactiva para que los beneficiarios identifiquen y reporten un fraude.

CMS también está usando ahora el 1-800-MEDICARE para quejas de los beneficiarios para:

- Identificar a proveedores o abastecedores con múltiples quejas de los beneficiarios para una revisión más a fondo.
- Dar seguimiento a quejas por fraude para mostrar cuándo las estafas por fraude se están generando en nuevas áreas, basados en las llamadas de los beneficiarios al 1-800-MEDICARE que cuestionan acerca de un posible fraude. Al usar los datos existentes en esta forma innovadora le permite a CMS apuntar a proveedores y abastecedores con múltiples quejas de los beneficiarios para una investigación más a fondo.
- La Respuesta de Voz Interactiva en el 1-800-MEDICARE le permite a los beneficiarios que no se han registrado o que no usan MyMedicare.gov escuchar los reclamos procesados más recientes en su beneficio para cualquier mes en el último año. Usuarios de TTY llamar al 1-877-486-0428
- Para reportar sospecha de errores, fraude y abuso, usted puede llamar ya sea a:

- **HHS Office of Inspector General**

Por teléfono al: 800-447-8477

TTY: 800-377-4950

En línea: [Report Fraud Online](#)

Por correo: HHS Tips Hotline

P.O. Box 23489

Washington, DC 20026-3489

O a

- **Centers for Medicare & Medicaid Services**

Por teléfono: 800-633-4227

TTY: 877-486-2048

Por correo: Medicare Beneficiary Contact Center

P.O. Box 39

Lawrence, KS 66044

Reporte de Sospecha de Fraude a Medicaid

- La unidad de Control de Fraude a Medicaid (MFCU o Unidad)
 - Investiga y persigue
 - Fraudes a Medicaid
 - Abuso al paciente y negligencia en las instalaciones de atención médica
 - Llame al OIG al 1-800-447-8477 (TTY 800-377-4950)
 - Ellos también certifican y anualmente recertifican la MFCU
- Oficina de Asistencia Médica Estatal (Medicaid)
 - Vea los listados estatales para Medicaid:
 - <http://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/FraudAbuseforConsumers/downloads/smafraudcontacts.pdf>

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

40

Usted puede dirigir quejas de sospecha de fraude médico directamente a una Unidad de Control de Fraude a Medicaid (MFCU o Unidad) en <http://oig.hhs.gov/fraud/medicaid-fraud-control-units-mfcu/files/contact-directors.pdf>.

Para reportar una sospecha de error, fraude o abuso, usted puede contactar ya sea a:

- Las MFCU que investigan y persiguen el fraude a Medicaid así como el abuso al paciente y negligencia en las instalaciones de atención médica. La Oficina del Inspector General certifica y anualmente recertifica cada MFCU.

- **HHS Office of Inspector General**

Por teléfono al: 800-447-8477

TTY: 800-377-4950

En línea: [Report Fraud Online](#)

Por correo: HHS Tips Hotline

P.O. Box 23489

Washington, DC 20026-3489

Usted también puede reportar sospecha de fraude a Medicaid a su oficina estatal de Asistencia Médica (Medicaid). Para un listado de oficinas de Asistencia Médica Estatal (Medicaid), visite <http://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/FraudAbuseforConsumers/downloads/smafraudcontacts.pdf>

La Patrulla de la Tercera Edad (SMP)

- Programa de educación y prevención orientado a educar beneficiarios para prevenir, identificar y reportar fraude a la atención médica
- Programas activos en todos los estados, DC, Puerto Rico, Guam, y las Islas Vírgenes Americanas
- Busca voluntarios para representar a sus comunidades
- CMS tiene enlaces con SMP en cada Oficina Regional



05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

41

- La misión del programa de las Patrullas de la Tercera Edad de Medicare (SMP, por sus siglas en Inglés) es darle poder y asistir a los beneficiarios de Medicare, a sus familias y a quienes brindan atención médica, para prevenir, detectar y reportar fraude, errores y abuso en la atención médica, mediante un mayor alcance, asesoría y educación.
- Las SMP reclutan y entrenan a profesionistas retirados y a otros voluntarios acerca de cómo reconocer y reportar instancias de patrones de fraude a la atención médica. Las SMP a nivel nacional reclutan y entrenan a casi 5,700 voluntarios cada año para ayudar en este esfuerzo. Las SMP se asocian con organizaciones comunitarias religiosas, tribales y de atención médica para educar a sus compañeros en la identificación, prevención y denuncia de fraudes en la atención médica. Las SMP le enseñan cómo proteger su identidad, cómo detectar errores y cómo reportar un fraude. Las SMP reciben entrenamiento acerca de cómo las amenazas a la independencia económica y al estado de salud pueden ocurrir cuando los ciudadanos han sido víctimas de esquemas fraudulentos.
- Existen 54 programas de SMP, incluyendo uno en cada estado, en el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Guam y las Islas Vírgenes Americanas. La SMP busca voluntarios para representar el programa en sus comunidades.
- CMS estableció enlaces con las SMP en cada Oficina Regional para servir como el punto de contacto para cumplir/mercadear asuntos identificados por las SMP, para proactivamente involucrarse con las SMP y compartir información relevante del programa, cambios y actualizaciones de Medicare.

NOTA: Para una perspectiva a profundidad del programa de La Patrulla de la Tercera Edad y para información de su área local, por favor visite <http://www.smpresource.org/>

La Patrulla de la Tercera Edad (continúa)

- HHS ha adjudicado fondos por \$18 millones
 - El doble de los fondos existentes para el programa
 - Destina los fondos adicionales para las “áreas de conflicto” de fraude
- Éxitos de SMP desde 1997
 - Ha capacitado/asesorado a casi 2 millones de beneficiarios
 - Ha hecho 7,000 referencias
 - Ha ayudado a recuperar \$5 millones de fondos de Medicare
 - Ha colaborado en la recuperación de \$106 millones en otros fondos

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

42

En 2010 y 2011, CMS dedicó aproximadamente \$9 millones en fondos por subvenciones para ampliar los programas de la Patrulla de la Tercera Edad con base estatal. Las subvenciones:

- Duplicaron los fondos existentes para el programa
- Se asignarán fondos adicionales para “áreas de conflicto” de fraudes

En 2012, estos fondos continuaron mediante subvenciones provistos directamente a los cesionarios por la Administración de la Vida Comunitaria (ACL).

Desde 1997, la Administración sobre Envejecimiento (AoA por sus siglas en Inglés) ha facilitado fondos a proyectos de las SMP para reclutar y entrenar profesionistas retirados y a otros voluntarios acerca de cómo reconocer y reportar las instancias o patrones de fraude a la atención médica. [AoA es ahora una parte de la Administración de la Vida Comunitaria \(ACL\)](#).

Desde 1997, la Patrulla de la Tercera Edad:

- Ha proporcionado sesiones de entrenamiento por grupos a aproximadamente 3.5 millones de individuos y asesoría uno a uno a aproximadamente 1.2 millones de beneficiarios
- Ha guiado a la recuperación de \$5 millones de dólares de fondos de Medicare
- Ha guiado a la recuperación de \$106 millones de dólares en total a Medicare, Medicaid, a beneficiarios y a otros fondos de pagadores

Vea también: <http://www.hhs.gov/news/press/2013pres/04/20130424a.html>

NOTA: Para una perspectiva a profundidad del programa de La Patrulla de la Tercera Edad y para información de su área local, por favor visite <http://www.smpresource.org/> o llame al número sin costo a nivel nacional 877-808-2468, disponible de lunes a viernes, 9:00 AM – 5:30 PM, tiempo del este. Quienes llamen recibirán información acerca del programa SMP y serán conectados al SMP en su estado para asistencia personal. Este número está publicado en el manual Medicare y Usted y en otras publicaciones nacionales anti-fraude de Medicare que hacen referencia al programa SMP.

Si comparte su tarjeta o su número Medicare o Medicaid

- Podría perder sus beneficios
- Sus archivos médicos podrían estar mal
- Tendría que devolver dinero o podría ser multado
- Podría ser arrestado
- El programa Medicaid específico “lock-in”
 - Le limita a ciertos doctores/farmacias/hospitales
 - Para actividades como visitas a ER para cuidado de no emergencia, con el uso de múltiples médicos que duplican tratamiento/medicinas

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

43

Si comparte su tarjeta o su número Medicare o Medicaid con alguien diferente que sus proveedores de atención médica, podría tener serios problemas.

- Podría perder sus beneficios.
- La próxima vez que vaya al doctor, tendrá que explicar qué pasó, de modo que no reciba la clase de cuidado equivocada.
- Podría ser obligado a pagar una multa.
- El programa “lock-in” de Medicaid le limita a ciertos doctores, farmacias y hospitales. El “lock-in” podría ser usado para beneficiarios de Medicaid quienes:
 - Visitan departamentos de emergencia en el hospital para asuntos de salud de no emergencia.
 - Utilizan dos o más hospitales para servicios de salas de emergencia
 - Utilizan dos o más médicos, resultando en medicinas y o tratamientos duplicados.
 - Exhiben comportamiento de posible búsqueda de medicamentos al:
 - Solicitar un medicamento específico programado
 - Solicitar recargas tempranas de medicamentos programados
 - Reportar frecuentes pérdidas de medicamentos programados (narcóticos)
 - Utilizar múltiples farmacias para surtir sus recetas
- Podría ser arrestado y pasar tiempo en la cárcel si se le encuentra culpable de fraude.

Proteja su Información Personal

- Compártala sólo con gente en quien confía
 - Sus doctores u otros proveedores de atención médica
 - Su Plan de Salud o de Medicamentos Medicare
 - Su compañía de seguros
 - Medigap o Empleador/Sindicato
 - Su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)
 - Seguro Social, Medicaid y Medicare

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

44

Conserve segura su información personal como sus números de Medicare, Seguro Social y Tarjetas de Crédito. Comparta esta información solo con personas en quien confíe como sus doctores y proveedores de atención médica, su asegurador, su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en Inglés) y el Seguro Social, Medicaid y Medicare.

Compartir Información con un Familiar o Quien le Cuida

- Medicare requiere permiso por escrito para proteger información personal
 - Usted debe designar a una persona autorizada
 - Un poder notarial no es suficiente
 - Debe entregar el formulario “Autorización Medicare para Divulgar Información Personal” (Formulario CMS No. 10106)

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

45

En ocasiones los beneficiarios necesitan compartir su información médica con miembros de la familia o con quienes les cuidan. Por ley, Medicare debe tener permiso por escrito para usar o proporcionar información médica del beneficiario.

- El beneficiario necesita designar a un miembro de la familia/cuidador, como la persona autorizada a quien Medicare puede divulgar su información personal. Una vez que Medicare tenga esa autorización en archivo, el familiar o quien le cuida podrá discutir las cuestiones de Medicare del beneficiario directamente con Medicare.
- Un poder notarial no es suficiente. Los miembros de la familia/cuidadores pueden contactar a Medicare al 1-800-MEDICARE para solicitar el Formulario No. 10106 de “Autorización Medicare para Divulgar Información Personal”.
- O pueden visitar www.medicare.gov/MedicareOnlineForms/AuthorizationForm/online para completar el proceso en línea.

Robo de Identidad

- El robo de identidad es un crimen serio
 - Alguien más usa su información personal, como su número de Seguro Social o de Medicare
- Si piensa que alguien está usando su información
 - Llame a su departamento de policía local
 - Llame a la Línea de Emergencia de Robo de ID de la Comisión Federal de Comercio al
 - 1-877-438-4338
- Si su tarjeta Medicare se perdió o fue robada, repórtela de inmediato
 - Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213
 - Usuarios TTY 1-800-325-0778

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

46

El robo de identidad es cuando alguien más usa su información personal, como el número de su Seguro Social o Medicare. Es un crimen serio.

Si piensa que alguien está usando su información

- Llame a su departamento de policía local
- Llame a la Línea de Emergencia de Robo de ID de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-653-4261.

Si su tarjeta Medicare se perdió o fue robada, repórtela de inmediato

- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213
- Los usuarios de TTY al 1-800-325-0778 para solicitar un reemplazo. Si un número de Medicare ID es robado, no puede ser cancelado o cambiado por Medicare.

Para más información acerca del robo de identidad o para realizar una denuncia, visite www.ftc.gov/idtheft. Una guía adicional de cómo evitar y reportar el robo de identidad Medicare e información adicional de estafas actuales, puede encontrarse en: <http://www.cms.gov/MedicareProviderSupEnroll/downloads/ProviderVictimPOCs.pdf>

También puede visitar www.stopmedicarefraud.gov/fightback_brochure_rev.pdf para ver el folleto “Robo de Identidad Médica y Fraude a Medicare”.

Para más información para protegerse del robo de identidad vea *Datos Importantes sobre la Cobertura de Medicare de Recetas Médicas y Cómo Proteger su Información Personal*, en el Producto de CMS No. 11147 en <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11147.pdf>.

Consejos Útiles

- Haga preguntas
 - Usted tiene el derecho de saber qué ha sido facturado
- Infórmese acerca de Medicare y Medicaid
 - Conozca sus derechos
 - Conozca lo que un proveedor puede o no puede cobrarle a Medicare
- Tenga cuidado con los proveedores que le digan
 - Usted puede obtener un artículo o servicio usualmente no cubierto, pero ellos saben “cómo cobrarle a Medicare”

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

47

Estos son consejos útiles que pueden ayudar a la gente con Medicare a protegerse de un fraude.

- Haga preguntas. Usted tiene el derecho de saber qué ha sido facturado a Medicare y a Medicaid.
- Infórmese acerca de Medicare y Medicaid y conozca sus derechos y lo que un proveedor puede o no puede cobrarle a Medicare.
- Tenga cuidado con los proveedores que le digan que usted puede obtener un artículo o servicio usualmente no cubierto, pero ellos saben “cómo cobrarle a Medicare”

Normas de comercialización de los planes de las Partes C y D de Medicare

- Ejemplos de normas de comercialización.
 - Los planes no pueden
 - Enviarle correos electrónicos no deseados
 - Ir a su casa sin invitación para hacer que se inscriba
 - Llamarle a menos que ya sea miembro
 - Ofrecerle dinero para que se inscriba en el plan
 - Ofrecerle comidas gratis e intentar venderle un plan
 - Si cree que un plan de Medicare ha violado las reglas
 - Llame al 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-0428)

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

48

Abajo hay algunos ejemplos de actividades que no le está permitido hacer a los planes de Medicare y la gente que los representa.

- Enviarle correos electrónicos no deseados o ir a su casa sin invitación para hacer que se inscriba a un plan de Medicare
- Llamarle a menos que ya sea miembro. Si es un miembro, el agente que le ayudó a inscribirse puede llamare.
- Ofrecerle dinero para que se inscriba en el plan u darle comidas gratis e intentar venderle un plan.
- Hablarle de su plan en áreas donde obtiene atención médica como una sala de examen, sala en hospital para pacientes o en un mostrador de farmacia.
- Llame al 1-800-MEDICARE para reportar cualquier plan que le pida información personal por teléfono o que le llame para inscribirlo en un plan. Usuarios de TTY llamar al 1-877-486-0428.

NOTA: Usted también puede llamar al Contratista para de Integridad del Programa de Medicamentos Recetados (MEDIC) al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). MEDIC lucha contra el fraude, la pérdida y el abuso en los programas Medicare Advantage (Parte C) y en Medicamentos Recetados Medicare (Parte D). Sin embargo, por favor note que el NBI MEDIC no maneja fraude en la comercialización de las partes de C y D. Usted debe referir esos asuntos al 1-800-MEDICARE.

El Telemarketing y el Fraude

- Normas de telemarketing para Equipo Médico Duradero (DME)
 - Los proveedores de DME no pueden hacer llamadas de ventas no solicitadas
- Estafas potenciales de DME
 - Llamadas o visitas de personas que dicen representar a Medicare
 - Técnicas de ventas telefónicas o de puerta en puerta
 - Se ofrecen equipo o servicios gratuitos y después se le pide el número de Medicare para “propósitos de documentación”
 - Se le dice que Medicare va a pagar el artículo o servicio si usted les da su número de Medicare

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

49

Existen normas de telemarketing para el Equipo Médico Duradero (DME).

- A los proveedores de DME (gente que vende equipos como suministros diabéticos y sillas de ruedas motorizadas), les está prohibido por ley el hacer llamadas telefónicas no solicitadas para vender sus productos.

Las estafas potenciales incluyen:

- Llamadas o visitas de personas que dicen representar a Medicare
- Técnicas de ventas telefónicas o de puerta en puerta
- Ofertas de equipo o servicios gratuitos y después se le pide el número de Medicare para “propósitos de documentación”
- Se le dice que Medicare va a pagar el artículo o servicio si usted les da su número de Medicare

Luchar contra el Fraude Recompensa

- Usted puede obtener una recompensa si cumple **todas** estas condiciones
 - Llame ya sea al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y reporte una sospecha de fraude
 - El supuesto fraude a Medicare que reporta debe ser investigado y validado por contratistas de CMS
 - El fraude reportado debe ser formalmente informado a la Oficina del Inspector General para una investigación más a fondo
 - Usted no es individuo “excluido”
 - La persona u organización que está reportando no está ya bajo investigación por las autoridades
 - Su reporte lleva directamente a la recuperación de al menos \$100 de dinero de Medicare

05/17/2013

Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid

50

Usted puede obtener una recompensa de hasta \$1,000 si cumple **todas** estas condiciones

- Usted reporta un supuesto fraude a Medicare.
- El supuesto fraude a Medicare que usted reporta debe estar demostrado como fraude potencial por el Contratista de Salvaguarda del Programa o el Contratista de Zona para la Integridad del Programa (los contratistas de Medicare responsables de la investigación de fraude y abuso potencial) y ser formalmente informado como parte de un caso por uno de los contratistas de la Oficina del Inspector General para una investigación más a fondo.
- Que usted no sea un “individuo excluido”. Por ejemplo, que usted no participó en la ofensa de fraude que está siendo reportada. O, que no haya otra recompensa para la que usted califique bajo otro programa de gobierno.
- Que la persona u organización que está reportando no esté ya bajo investigación por las autoridades.
- Que su reporte lleve directamente a la recuperación de al menos \$100 de dinero de Medicare.

Para más información, llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

También, quizás desee leer los siguientes comunicados de prensa:

<http://www.hhs.gov/news/press/2013pres/04/20130424a.html>

 **Verifique su Conocimiento - Lección 3**

Si se registra en www.MyMedicare.gov, usted puede

- a. Revisar elegibilidad, beneficios e información del plan
- b. Solicitar una nueva tarjeta Medicare
- c. Dar seguimiento a servicios preventivos
- d. Revisar reclamos

05/17/2013 Prevención del Fraude y Abuso a Medicare y Medicaid 51

Si se registra en www.MyMedicare.gov, usted puede (marque todas las que aplican)

- a) Revisar la elegibilidad, los beneficios e información del plan
- b) Solicitar una nueva tarjeta Medicare
- c) Dar seguimiento a servicios preventivos
- d) Revisar reclamos

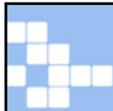
RESPUESTA: a, c, y d. Puede revisar la elegibilidad, los beneficios e información del plan. También puede dar seguimiento a servicios preventivos que haya recibido. Los reclamos también pueden ser revisados de modo que pueda ver su actividad antes de recibir su Resumen de Medicare (MSN).

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>	<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>

Acrónimos

ACA	Ley de Atención Médica Asequible (de bajo costo)
AoA	Administración sobre Envejecimiento
CHIP	Seguro Médico para los Niños
CMHC	Atención Comunitaria de Salud Mental
CMP	Multas Civiles
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
CPI	Centro para la Integridad del Programa
DME	Equipo Médico Duradero
DoD	Departamento de Defensa
DOJ	Departamento de Justicia
FBI	Buró Federal de Investigaciones
FCA	Ley de Reclamos Fraudulentos
FPS	Sistema de Prevención del Fraude
FY	Año Fiscal
HCFAC	Control del Fraude y del Abuso en los Servicios de Salud
HEAT	Equipo de Prevención del Fraude Sanitario y Cumplimiento de las Normas
HHS	(Departamento de) Salud y Servicios Humanos
ID	Identidad
IHS	Servicio de Salud para Indígenas
MAC	Contratista Administrativo de Medicare
NBI MEDIC	Contratista Nacional para la Integridad del Beneficio de las Recetas Médicas
MFCU	Unidades de Control del Fraude a Medicaid
MSN	Resumen de Medicare
NTP	Programa Nacional de Entrenamiento
OIG	Oficina del Inspector General
PDF	Documento en Formato Portátil
PIN	Número de Identificación Personal
QIO	Organización para Mejoras de la Calidad
RAC	Contratista de Auditorías de Recuperación
SHIP	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico
SMP	Patrulla Medicare de Personas de la Tercera Edad
SSA	Administración del Seguro Social
SSDI	Seguro por Discapacidad del Seguro Social
SSN	Número de Seguro Social
TTY	Teletipo/Teléfono de texto
VA	Asuntos de Veteranos
ZPIC	Contratista Zonal para la Integridad del Programa



Este módulo fue ofrecido por

El Programa Nacional de Entrenamiento de CMS

Si tiene preguntas sobre estos materiales de entrenamiento, envíe un correo electrónico a Training@cms.hhs.gov

Para ver todos los materiales NTP o para suscribirse a nuestra listserv (lista de servicios), visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html>