



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

 **National Medicare  
TRAINING PROGRAM**

...helping people with Medicare make  
informed health care decisions





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

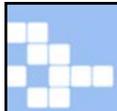
Este módulo fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP), y los Planes Médicos para Condiciones Preexistente (PCIP).

Si desea consultar las actualizaciones sobre la reforma sanitaria, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Para ver la versión más actualizada de este módulo, visite <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/NationalMedicareProgTrain/Training-Library.html>.

Para más información acerca del fraude y abuso a CMS, visite [www.stopmedicarefraud.gov](http://www.stopmedicarefraud.gov).

El material del Programa de Entrenamiento Nacional de Medicare no es un documento legal. Las normas oficiales del programa 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

04/02/2012

La prevención del fraude y del 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

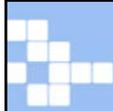
 **Lecciones sobre el fraude y abuso a Medicare**

1. Generalidades del fraude y el abuso
2. Estrategias de fraude y abuso
3. Cómo se puede combatir el fraude

04/02/2012 La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid 3

Este módulo se divide en cuatro lecciones.

1. Generalidades sobre el fraude y el abuso
2. Estrategias de fraude y abuso
3. Cómo se puede combatir el fraude



## 1. Generalidades del fraude y del abuso

- Lo básico de Medicare
- Lo básico de Medicaid
- Protección de los fondos fiduciarios de Medicare
- Dudas sobre la calidad de los servicios
- Definición del fraude y abuso
- ¿Quién comete fraude?
- Espectro del fraude y del abuso

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

4

La Lección 1 le brinda las generalidades del fraude y el abuso.

- Lo básico de Medicare
- Lo básico de Medicaid
- Protección de los fondos fiduciarios de Medicare
- Dudas sobre la calidad de los servicios
- Definición del fraude y del abuso
- ¿Quién comete fraude?
- Espectro del fraude y abuso

## Lo básico de Medicare

Cada Día	Cada Mes	Cada Año
<ul style="list-style-type: none"><li>Se procesan 5.4 millones de reclamaciones</li><li>De 1.5 millones de proveedores</li><li>Que ascienden a \$1.1 mil millones</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Se reciben 19,000 inscripciones de proveedores en las Partes A y B y 900 de equipo médico duradero</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Se pagan más de \$497 mil millones en reclamaciones</li><li>Más de 47 millones de beneficiarios</li></ul>

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

5

Cada día, Medicare procesa más de 5.4 millones de reclamaciones para 1.5 millones de proveedores, lo cual asciende a un total de \$1.1 mil millones.

Cada mes, Medicare recibe casi 19,000 solicitudes de inscripción de proveedores de servicios de las Partes A y B y 900 de equipo médico duradero.

Cada año Medicare paga más de \$497 mil millones para más de 47 millones de beneficiarios.

## Lo básico de Medicaid

Anualmente	Alcance del Programa	Regiones Cubiertas
<ul style="list-style-type: none"><li>Se pagan 4.4 millones de reclamaciones</li><li>Se pagan más de \$300 mil millones en reclamos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Más de 54 millones de beneficiarios</li><li>8.8 millones de beneficiarios elegibles tanto para Medicare como para Medicaid</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>56 programas administrados por estados y territorios</li></ul>

El programa Medicaid está creciendo.  
Para el 2014, los estadounidenses que ganen menos del 133% del Nivel Federal de Pobreza serán elegibles para inscribirse.

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

6

Cada año, Medicaid paga 4.4 millones de reclamaciones que representan más de \$300 mil millones para más de 54 millones de beneficiarios.

8.8 millones (18%) de los beneficiarios de Medicaid cumplen los requisitos para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Hay 56 programas administrados por los estados y territorios.

Medicaid está creciendo. Para el 2014, los estadounidenses que ganen menos del 133% del nivel federal de pobreza (aproximadamente \$29,000 para una familia de 4 personas) serán elegibles para inscribirse en Medicaid.

## La protección de los fondos fiduciarios de Medicare

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

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

7

CMS tiene que equilibrar cuidadosamente la manera de

- Pagar reclamaciones a tiempo y llevar a cabo revisiones y
- Prevenir/detectar el fraude y limitar imposiciones para los proveedores

CMS debe proteger los Fondos Fiduciarios

1. El Fondo Fiduciario de Seguro de Hospital de Medicare
2. El Fondo Fiduciario de Seguro Medico Suplementario

Fondo fiduciario del seguro de hospital de Medicare	
Lo que paga	Financiado por
Parte A (Seguro de hospital) que cubre la estadía en el hospital, el cuidado en un centro de enfermería especializada, el cuidado de la salud en el hogar y el cuidado de hospicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impuestos de nómina</li> <li>▪ Impuestos sobre la renta pagados para beneficios del Seguro Social</li> <li>▪ Intereses ganados por inversiones en el fondo fiduciario</li> <li>▪ Primas de la Parte A de personas que no son elegibles para la Parte A sin el pago de la prima</li> </ul>

04/02/2012 La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid 8

El Fondo Fiduciario del Seguro de Hospital paga los beneficios de la Parte A como la estadía en el hospital, la atención médica de los centros de enfermería especializada, el cuidado de la salud en el hogar y el cuidado de hospicio (cuidado paliativo).

Los fondos provienen de los impuestos de nómina, de los impuestos para los beneficios del Seguro Social, de los intereses devengados de las inversiones del fondo fiduciario y del pago de la prima de la Parte A de aquellas personas que no tienen derecho a la Parte A sin prima.

## Fondo fiduciario del seguro médico suplementario

Paga	Financiado por
<ul style="list-style-type: none"><li>Los beneficios de la Parte B que incluyen los servicios del médico, los servicios ambulatorios del hospital, el cuidado de la salud en el hogar que no esté cubierto por la Parte A, el equipo médico duradero, ciertos servicios preventivos y exámenes de laboratorio, los beneficios de la Parte D y los costos administrativos del programa Medicare, incluidos los costos del pago de los beneficios y de la lucha contra el fraude y el abuso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Fondos autorizados por el Congreso</li><li>Primas de Parte B</li><li>Primas de Parte D</li><li>Intereses ganados de inversiones del fondo fiduciario</li></ul>

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

9

El Fondo fiduciario del seguro médico suplementario paga los beneficios de la Parte B que incluyen los servicios del médico, los servicios ambulatorios del hospital, el cuidado de la salud en el hogar que no esté cubierto por la Parte A, el equipo médico duradero, ciertos servicios preventivos y exámenes de laboratorio, los beneficios de la Parte D y los costos administrativos del programa Medicare, incluidos los costos del pago de los beneficios y de la lucha contra el fraude y el abuso.

El dinero proviene de los fondos autorizados por el Congreso, el pago de las primas de la Parte B y de la Parte D y de los intereses devengados de las inversiones del fondo fiduciario.

## Diccionario de Medicare

### 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 inapropiados o servicios que no son necesarios.

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

10

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 inapropiados o servicios que no son médicamente necesarios.

## ¿Quién comete un fraude?

- La mayoría de la gente y de las organizaciones son honradas
  - Pero algunos no lo son
- El fraude y el abuso pueden ser cometidos por
  - Dueños de empresas
  - Proveedores de atención médica
  - Personas con Medicare
  - Personas con Medicaid

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

11

La mayoría de las personas y organizaciones que trabajan con Medicare y Medicaid son honestas. Sin embargo, algunos no lo son. CMS siempre toma las medidas necesarias para identificarlos y enjuiciarlos.

¿Quién comete un fraude?

- Dueños de empresas
- Proveedores de atención médica
- Beneficiarios de Medicare y Medicaid

## El alcance del fraude y del abuso

- Ocasionan pagos inapropiados
- Se deben buscar las causas de los pagos inapropiados
  - De los errores honestos al engaño intencional
- El fraude causa pérdidas de entre el 3 y el 10% de los fondos de atención médica



04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

12

### El alcance del fraude y del abuso

Las actividades para el cumplimiento de la ley de CMS buscan las causas de los pagos inapropiados. Están diseñadas para garantizar que se hagan los pagos correctos a los proveedores legítimos por servicios y suministros apropiados y razonables para los beneficiarios elegibles.

El espectro de CMS de pagos inapropiados incluye el error, las pérdidas, el abuso y el fraude.

Se calcula que de un 3 a un 10% de los fondos de atención médica se pierden debido al fraude.

## 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
- Una compañía utiliza información falsa
  - Para engañarlo y hacer que se inscriba en un plan de Medicare

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

13

Algunos ejemplos de fraude a Medicare o Medicaid son: cuando se cobra por servicios que usted nunca recibió, equipo médico que no recibió o que ha devuelto, falsificación de documentos para que les paguen más, información falsa sobre las fechas, servicios o identidad del beneficiario. También se considera un fraude si alguien usa la tarjeta de Medicare/Medicaid de un beneficiario o si una compañía le brinda información engañosa para que se inscriba en un plan de Medicare.

## Cuando se detecta un fraude

- Se ponen sanciones administrativas
  - Denegaciones automáticas, suspensiones de pagos, ediciones a los prepagos, identificación de sobrepagos y multas civiles
- Los pagos inapropiados deben devolverse
- Los proveedores/compañías quedan eliminados del programa
  - No pueden enviarle facturas a Medicare, Medicaid o CHIP
- Se ponen multas
- Las autoridades policiales actúan
- Arrestos y sentencias

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

14

Cuando se detecta un fraude, se imponen sanciones administrativas que pueden incluir, denegaciones automáticas, suspensión de pagos, actualizaciones de prepagos, identificación de sobrepagos y multas civiles.

Las ediciones a los prepagos son sistemas codificados que pagan automáticamente una parte o el total del reclamo, que deniegan automáticamente parte o todo el reclamo o que suspenden parte o todo el reclamo, para que el investigador a cargo pueda analizar el reclamo y la documentación relacionada, para determinar si el reclamo será pagado.

Los pagos inapropiados deben devolverse.

Los proveedores/empresas son eliminados del programa y ya no pueden facturarle a Medicare, Medicaid o CHIP.

Se ponen multas.

Las autoridades policiales toman cartas en el asunto y como consecuencia pueden haber arrestos o sentencias.

## 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 innecesarias o inapropiadas
  - 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**
  - 1-800-MEDICARE o TTY 1-877-486-2048
  - Visite [www.ahqa.org](http://www.ahqa.org) y haga clic en el localizador de la QIO

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

15

Los problemas con la calidad de la atención médica del paciente no son fraude. La Organización para Mejoras de la Calidad apropiada debe encargarse de ellos.

Algunos ejemplos de problemas con la calidad de la atención médica 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 den un medicamento al que sea alérgico, o que se administren medicamentos que interactúan negativamente.
- Cirugías innecesarias o inapropiadas, como que se le haga una operación por una condición médica que podría tratarse con medicamentos o terapia física.
- Tratamientos innecesarios o inapropiados, como que se le brinde el tratamiento equivocado, o un tratamiento que no necesitaba, o que se le haga un tratamiento que no se recomienda para los pacientes que tienen su condición médica específica.
- Cambios en condiciones médicas no tratados, como por ejemplo si no recibió tratamiento después de resultados anormales de una prueba o cuando desarrolló una complicación, como una infección después de una operación o una úlcera por decúbito mientras está en una clínica de enfermería especializada
- Que le den de alta del hospital demasiado pronto, como que se le envíe a casa cuando todavía tiene mucho dolor.
- Instrucciones y/o arreglos de alta incompletos, como que se le envíe a casa sin instrucciones para los cambios que se hicieron en sus medicamentos diarios mientras estaba en el hospital o, durante una visita médica, 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 Organización para Mejoras de la Calidad de su estado o territorio, visite [www.ahqa.org](http://www.ahqa.org) y haga clic en "Localizador de las QIO." O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227) para obtener ayuda para ponerse en contacto con su Organización para Mejoras de la Calidad . Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



## 2. Estrategias de CMS contra el fraude y el abuso

- **Prevención**
  - Evalúa a los proveedores y abastecedores cuidadosamente
  - Detecta las prácticas fraudulentas antes de que se paguen las reclamaciones
- **Detección**
  - Usa estratégicamente las herramientas y técnicas para detectar el fraude, las pérdidas y el abuso
- **Recuperación**
  - Identifica y recupera los sobrepagos
- **Denuncia**
  - Comparte información clave con los interesados internos y externos

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

16

CMS usa cuatro estrategias para combatir el fraude y el abuso:

**Prevención** – a través de una evaluación cuidadosa de los proveedores y suplidores para detectar las prácticas fraudulentas antes de pagar los reclamos.

**Detección** - Usa estratégicamente las herramientas y técnicas para detectar el fraude, desperdicios y abuso

**Recuperación** – Identifica y recupera los sobrepagos

**Denuncia** – Comparte información clave con las partes interesadas internas o externas

## Prevención

- Obtener la participación de los beneficiarios y de los proveedores
- Educar a los proveedores respecto a errores de factura
- Promover las asociaciones privadas y públicas

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

17

CMS se está esforzando en cambiar de enfoque para concentrarse en la prevención de los pagos inapropiados y del fraude al tiempo que permanece alerta para detectar y abordar problemas cuando ocurren haciendo lo siguiente:

- Educando a los proveedores respecto a errores de factura corrientes.
- Haciendo que los beneficiarios y los proveedores de atención médica participen en la lucha contra el fraude.
- Fortalecer las asociaciones con el sector privado.

## Prevención

- El Centro de CMS para la Integridad del Programa
  - Consolida las medidas de CMS contra el fraude
- Nuevas normas de la Ley de Cuidado de salud a Bajo Precio
  - Evaluaciones más rigurosas de los proveedores de la salud
  - Exclusión de los proveedores fraudulentos de todos los programas de salud estatales y federales
  - Interrupción temporaria de la inscripción de categorías nuevas de proveedores y abastecedores
  - Suspensión temporaria de pago cuando haya una sospecha de fraude

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

18

CMS ha formado un Centro para la Integridad del Programa que nuclea las medidas existentes contra el fraude y las nuevas. Este enfoque centralizado le permite a CMS utilizar una mejor estrategia de normas coordinadas y trabajar en forma conjunta con las fuerzas del orden para mejorar las iniciativas para combatir el fraude.

Las normas nuevas ayudarán a Medicare, Medicaid y al Seguro Médico para los Niños (CHIP) a disminuir el “pagó e investigación ” de los reclamos fraudulentos y a desempeñarse de una manera más eficaz y transparente en la lucha contra el fraude. Las normas incluyen:

- Una evaluación rigurosa de los proveedores y abastecedores que se inscriban en Medicare, Medicaid y CHIP.
- Requieren la exclusión de los proveedores fraudulentos de todos los programas de salud federales y estatales, para que aquellos proveedores y abastecedores que hayan perdido sus privilegios en Medicare o que hayan sido expulsados de Medicaid o CHIP de un estado, sean excluidos de todos los otros programas Medicaid y CHIP.
- Interrupción temporaria de la inscripción de categorías nuevas de proveedores y abastecedores. Medicare y las agencias estatales se fijarán en los indicios de fraudes potenciales y pueden suspender temporalmente la inscripción de una categoría de proveedores, o la inscripción de nuevos proveedores o abastecedores en una zona que haya sido identificada como de alto riesgo.
- CMS puede suspender temporalmente los pagos a proveedores o abastecedores en casos en que haya una sospecha de fraude fundamentada. Los pagos en ese caso pueden ser suspendidos mientras se investiga la sospecha.

## Prevención

- Programa Nacional de Prevención del Fraude  
Dos enfoques simultáneos



04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

19

El Programa Nacional de Prevención del Fraude canaliza los proyectos estratégicos de la agencia en un programa coordinado, más contundente y eficaz que cualquier esfuerzo individual.

La integración de las analíticas predictivas al procesar los reclamos, y una evaluación de los proveedores durante la inscripción, le permite a CMS contratar proveedores calificados y pagar solamente aquellos reclamos válidos.

## Prevención

- Programa Nacional de Prevención del Fraude  
Evaluación de los proveedores



04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

20

Uno de los componentes para lograr la integridad del programa es el proceso de inscripción de los proveedores en Medicare y Medicaid.

## Prevención

- Los objetivos de la Evaluación Automatizada de las Inscripciones son:
  - Reducir el tiempo de tramitación de las solicitudes
  - Evaluar el riesgo de aceptar proveedores fraudulentos antes de otorgarles el privilegio de facturación de los servicios
  - Permitirle a CMS controlar la validez de los datos de inscripción
  - Compartir los resultados de la evaluación con CMS y los contratistas

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

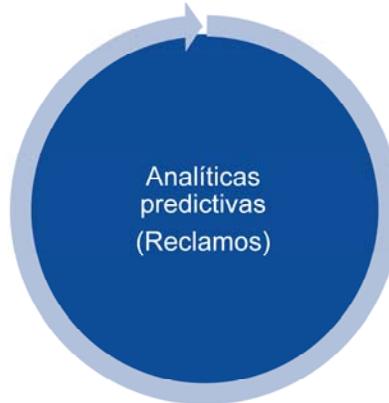
21

La tecnología automatizada de evaluación de los proveedores de CMS, implementada en su totalidad a comienzos de 2012, permitirá:

- Reducir el tiempo de tramitación de las solicitudes de los proveedores y abastecedores
- Evaluar individualmente a cada proveedor antes de otorgarle el privilegio de facturación de los servicios
- Controlar la validez de los datos de inscripción de los proveedores
- Compartir los resultados de la evaluación de manera que CMS y los contratistas de Medicare puedan verificar, actualizar y tomar las medidas pertinentes basándose en los datos obtenidos durante el proceso de inscripción.

## Prevención

- Programa Nacional de Prevención del Fraude  
Analíticas predictivas



04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

22

CMS transfiere cada reclamo presentado a Medicare en tiempo real, a través del modelo tecnológico predictivo conocido como Sistema de Prevención del Fraude (FPS).

Similar a los sistemas de modelos de analíticas predictivas utilizados en la industria financiera, el FPS usa una serie de algoritmos (instrucciones o reglas definidas) para identificar los reclamos que pudieran ser fraudulentos, y dar prioridad a las situaciones más flagrantes.

## Prevención

- El Sistema de Prevención del Fraude (FPS).
  - Canaliza 4.5 millones de reclamos diarios (correspondientes a las Partes A, B y el DME)
    - Antes de que se paguen
  - Muestra las reclamaciones de pago por servicio a nivel nacional
  - Organiza el volumen de trabajo según la prioridad
    - Basándose en reclamos en tiempo real
    - Controlando continuamente la información nueva
  - Proveer directrices y datos
    - Para las investigaciones nueva y existentes

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

23

A medida que cada reclamo se canaliza a través del modelo analítico predictivo, el sistema va creando perfiles de los proveedores, redes y patrones de facturación. Usando estos perfiles, CMS analiza el riesgo de fraude del reclamo y da prioridad a los proveedores cuyos patrones de facturación parecieran ser de alto riesgo y en consecuencia, deben ser evaluados detalladamente por Medicare. Algunos datos importantes:

- El FPS canaliza 4.5 millones de reclamos diarios (todos los de las Partes A, B y del DME) antes de pagarlos.
- El FPS le ha dado a CMS un vistazo a nivel nacional de los reclamaciones de pago por servicio por primera vez.
- El FPS usa el historial de datos y otros bancos de datos externos para crear perfiles de los beneficiarios, proveedores y suplidores.
- El FPS prioriza su volumen de trabajo basándose en los reclamos en tiempo real y en el control de la nueva información.
- El FPS ofrece nuevas directrices y datos adicionales para colaborar con las investigaciones actuales y nuevas de los contratistas para la integridad del programa y las fuerzas del orden.

## DetECCIÓN

- Incorpora nuevas tecnologías sofisticadas
- Comparte la información para combatir el fraude a
  - Medicare
  - Medicaid
  - VA
  - Departamento de Defensa
  - El Seguro de discapacidad del Seguro Social
  - El Servicio de Salud para Indígenas
- Expande el programa del contratista de recuperación

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

24

Las estrategias para la detección del fraude incluyen:

- La incorporación de nuevas tecnologías sofisticadas y fuentes de datos innovadoras. Estas tecnologías ayudarán a identificar los patrones de fraude y evitar los pagos de reclamos fraudulentos.
- La diseminación de la información que permita combatir el fraude. La ley obliga a que cierta información sobre los reclamos a Medicare, Medicaid y CHIP, la Administración de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Defensa, el Seguro por incapacidad del Seguro Social y el Servicio Médico para Indígenas, esté integrada 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 sobrepagos. La Ley de Cuidado de Salud a Baja a Precio, expande el programa de los contratistas de recuperación de pagos, obligándolos a identificar y recuperar los pagos incorrectos de las Partes C y D y de Medicaid. Los proveedores también deben denunciar y devolverle a Medicare y Medicaid los pagos excesivos en un plazo de 60 días a partir del momento en que fueron identificados.

## DetECCIÓN

- Multas mayores para casos de fraude
- Normas más rigurosas y sentencias criminales
- Oferta competitiva (programa de subasta) para el Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortesis e Insumos (DMEPOS)

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

25

Las estrategias para la detección del fraude incluyen:

- Multas más altas para combatir el fraude y el abuso. La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio le otorga a la Oficina del Inspector General, la autoridad para imponer multas civiles y monetarias más severas a los que comenten un fraude.
- Normas más estrictas y sentencias criminales. Las instrucciones federales para castigar el fraude al sistema de salud han aumentado para aquellas actividades fraudulentas, que ocasionen una pérdida a los programas federales de salud de \$1M o más.
- El programa de oferta competitiva para el Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortesis e Insumos (DMEPOS), tiene el propósito de reducir los pagos excesivos de Medicare por el Equipo Médico Duradero, de modo que se pueda controlar el fraude y el abuso. A través de la oferta competitiva, el programa establece nuevos precios más bajos, para ciertos equipo médico e insumos como el equipo de oxígeno, ciertas sillas de ruedas motorizadas o los insumos para diabéticos enviados por correo.

## Detección

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

- Brinda apoyo al Centro para la Integridad del Programa de CMS
- Controla el fraude, pérdidas y el abuso en las Partes C y D
  - En los 50 estados, el Distrito de Columbia y los territorios estadounidenses
- Tiene investigadores en todo el país
  - Que trabajan con los funcionarios del orden federales, estatales y locales
  - Y con otras partes interesadas

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

26

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

- Controla el fraude, pérdidas y el abuso en las Partes C y D, en los 50 estados, el Distrito de Columbia y los territorios estadounidenses
- Tiene investigadores en todo el país que trabajan con los funcionarios del orden federales, estatales y locales; y con otras partes interesadas

## DetECCIÓN

Las responsabilidades del NBI MEDIC son:

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

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

27

NBI Medic tiene ciertas responsabilidades clave como:

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

## DetECCIÓN

### Ejemplos de casos a cargo del NBI MEDIC

- Alguien que dice representar a Medicare/SSA le pide su número de Medicare
- Alguien le pide que le venda su tarjeta de recetas médicas de Medicare
- Alguien le ofrece dinero en efectivo a cambio de que use proveedores específicos, abastecedores o farmacias
- Le cobraron por medicamentos que no recibió
- En su resumen de beneficios aparecen servicios o productos que no recibió

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

28

El NBI MEDIC controla y analiza distintos datos para detectar el fraude, pérdidas y abuso al programa y para determinar cuáles son los proveedores y beneficiarios a los que se debe investigar.

El NBI MEDIC trabaja con las agencias del orden público, Medicare Advantage, los planes Medicare de medicamentos recetados, los grupos de consumidores y otros interesados, para proteger a los beneficiarios y hacer cumplir las normas de Medicare.

El tipo de quejas que recibe el NBI MEDIC incluyen:

- 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 se la hayan robado.
- Alguien le pide que le venda su tarjeta de recetas médicas de Medicare o la de su 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 Medicare Advantage.
- La farmacia no le entregó 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 resumen de beneficios aparecen productos o servicios que usted no recibió, o no refleja claramente el tipo de producto o servicio que recibió.

## Recuperación

- **Contratistas Zonales para la Integridad del Programa (ZPIC)**
  - Controla la integridad de
    - La Parte A
    - La Parte B
    - El Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortesis e Insumos
    - El cuidado de la salud en el hogar
    - El cuidado de hospicio
    - El Programa de Correspondencia de Datos entre Medicare y Medicaid
- **Las zonas de los ZPIC se alinean con las jurisdicciones del Contratista Administrativo de Medicare (MAC)**

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

29

- Los Contratistas Zonales para la Integridad del Programa (ZPIC) controlan la integridad de uso de las Partes A y B, el Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortesis e Insumos, el cuidado de hospicio y de la salud en el hogar y del programa de correspondencia de datos entre Medicare y Medicaid. Las zonas de los ZPIC se alinean con las jurisdicciones del Contratista Administrativo de Medicare (MAC)

### Los MAC

- Administran los beneficios de las Partes A y B
- Gestionan la inscripción de los proveedores y beneficiarios
- Procesan las reclamaciones, que también incluyen los pagos a proveedores y abastecedores;
- Hacen campañas educativas
- Recuperan el dinero perdido del Fondo Fiduciario (Los ZPIC identifican estas situaciones y las derivan a los MAC para que recuperen el dinero);
- Hacen evaluaciones que no tengan como propósito proteger la integridad del
- Evalúan las quejas;
- Evalúan las apelaciones de las decisiones de los ZPIC;
- Determinan los pagos de los reclamos;
- El precio de los reclamos; y
- Hacen auditorías de los informes de costos de los proveedores.

## Recuperación

### Contratistas Zonales para la Integridad del Programa

- Investigan las sospechas de fraude, pérdidas y abuso
- De manera oportuna
- Toman medidas inmediatamente para garantizar que el dinero del Fondo Fiduciario de Medicare no se gaste en pagos inapropiados
- Identifican los pagos incorrectos para que los MAC los recuperen
- Ayudan a los beneficiarios que hayan sido víctimas del robo de identidad

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

30

### **Las funciones de los Contratistas Zonales para la Integridad del Programa (ZPIC)**

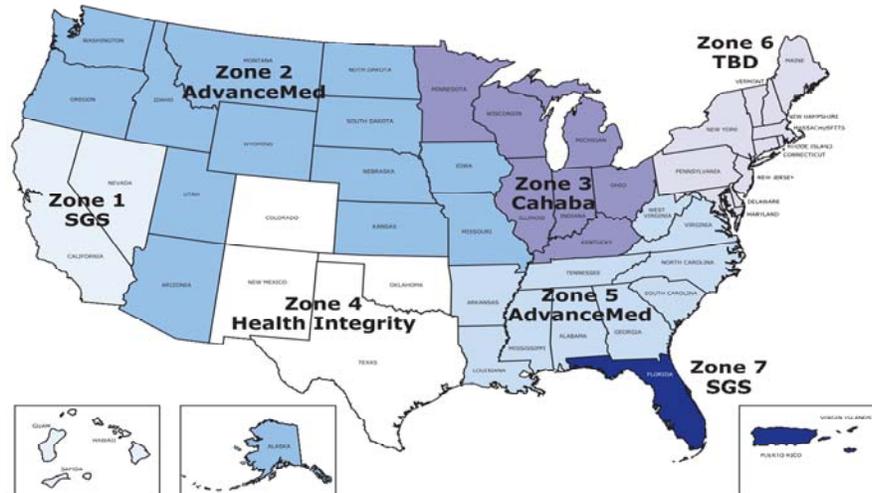
El objetivo principal de la función de los ZPIC es investigar las sospechas de fraude, pérdidas y abuso. Los ZPIC inician investigaciones tempranas y oportunas, y toman medidas inmediatamente para garantizar que el dinero del Fondo Fiduciario de Medicare no se malgaste en pagos inapropiados.

ZPIC también brinda apoyo a los beneficiarios de Medicare que han sido víctimas del robo de identidad. Un proveedor o abastecedor que cree que le han robado su información personal para presentar reclamos que Medicare ha pagado, puede pedir que el ZPIC de su zona investigue el caso. El ZPIC trabajará con CMS para determinar qué pueden hacer para ayudar al proveedor.

En <http://www.cms.gov/MedicareProviderSupEnroll/downloads/ProviderVictimPOCs.pdf> encontrará una guía para evitar el robo de identidad, así como información sobre las engaños actuales.

## Contratistas Zonales para la Integridad del Programa (ZPIC)

### Zone Program Integrity Contractors (ZPIC)



04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

31

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.

## Recuperación

### Programa del Contratista de Auditoría para la Recuperación (RAC)

- El objetivo 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
  - Se aseguran de que las organizaciones Medicare Advantage tengan planes que combatan el fraude
- Los estados y los territorios establecen programas RAC para Medicaid
  - Que identifican los sobrepagos y los pagos insuficientes
  - Coordina los esfuerzos con los auditores federales y estatales

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

32

El objetivo del Programa del Contratista de Auditoría para la Recuperación es reducir los pagos incorrectos de Medicare por medio de:

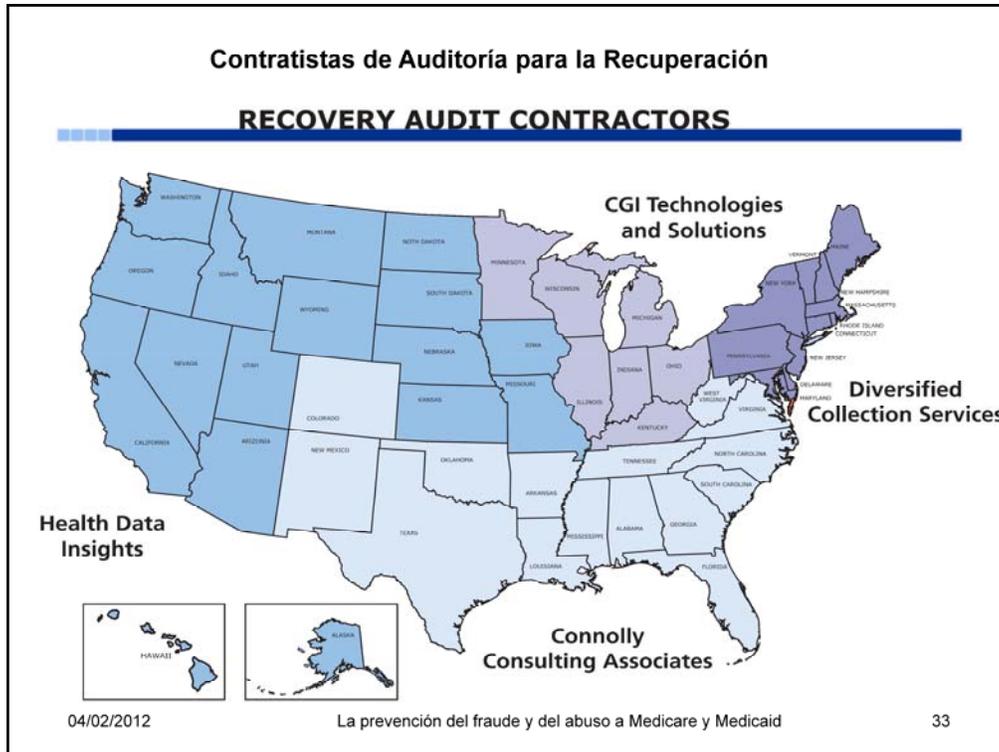
- la detección y recuperación de los sobrepagos,
- la identificación de pagos insuficientes,
- la implementación de medidas que impidan futuros pagos incorrectos

CMS está estableciendo programas RAC para las Partes C y D de Medicare, según lo estipulado por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio.

- Los RAC de las Partes A y B deben asegurarse de que cada plan Medicare Advantage o plan Medicare de medicamentos recetados tengan una política contra el fraude y deben evaluar la eficacia de dicha política.
- Los RAC deben evaluar los reclamos retroactivamente para comprobar si los patrocinadores de los planes de recetas médicas, han presentado reclamos que exceden los costos autorizados.
- Los RAC analizarán los estimados presentados por los planes para los beneficiarios de altos costos, y compararlos con el número de beneficiarios inscritos en los planes.
- Los RAC recuperan los sobrepagos
- A los RAC se les paga basándose en honorarios de contingencia.

Los estados y los territorios deben establecer programas RAC para Medicaid

- Los RAC de Medicaid deben identificar y recobrar los sobrepagos e identificar los pagos insuficientes.
- Los estados deben pagarles a los RAC de Medicaid basándose en honorarios de contingencia, por la identificación y recuperación de los sobrepagos y deben determinar lo que se les pagó a los RAC de Medicaid, para ver si los pagos fueron insuficientes.
- Los RAC de Medicaid deben coordinar esfuerzos con otras entidades de auditoría, incluidas las agencias del orden público estatales y federales. CMS y los estados trabajarán para minimizar la superposición de las auditorías.



Expansión de los esfuerzos de recuperación a través de los Contratistas de Auditoría para la Recuperación

Hay 4 RACs

- Diversified Collection Services
- CGI Technologies and Solutions
- Connolly Consulting Associates
- HealthDataInsights

Este es el mapa específico de los Contratistas de Auditoría para la Recuperación de las Partes A y B.

## Recuperación

- Los equipos antifraude de CMS
  - Usan una tecnología avanzada de análisis de datos para identificar los niveles facturación elevada en las situaciones de fraude potenciales
  - Identifican los fraudes potenciales
  - Se asocian con los equipos de HEAT
- Trabajan para suspender los pagos
  - A los proveedores sobre los que hay una sospecha de fraude

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

34

Los equipos antifraude de CMS utilizan técnicas avanzadas de análisis de datos para identificar altos niveles de facturación en situaciones de posibles fraudes, para que los equipos interagencia detecten nuevos esquemas o cambios en los esquemas de fraude por parte de personas poco éticas que se hacen pasar por proveedores de la salud.

CMS está trabajando conjuntamente con los agentes del orden público federales y estatales para incrementar la recuperación de pagos incorrectos y combatir el fraude, suspendiendo los pagos a los proveedores sospechados de haber cometido un fraude.

Los equipos antifraude trabajan con los Equipos HEAT (Healthcare Fraud Prevention & Enforcement Action Team) para expandir el radio de acción a otras ciudades del país.

Los equipos HEAT son equipos interagencia formados por profesionales y los mejores agentes del orden. Estos grupos se asocian con las organizaciones del orden locales y estatales existentes, para garantizar el cumplimiento de las leyes promulgadas para combatir el fraude.

Más de \$2.5 mil millones robados al sistema de salud han sido identificados para ser restituidos al Fondo Fiduciario de Medicare, el Tesoro y otros durante el año fiscal 2010. Este es un logro sin precedente para el Programa de Control del Fraude y Abuso al Sistema de Salud (HCFAC), y es el producto de un esfuerzo conjunto de dos departamentos que coordinan las actividades federales, estatales y locales para combatir el fraude y el abuso.

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

- Una iniciativa conjunta del Departamento de Salud y Servicio Humanos y el Departamento de Justicia
- Mejora la colaboración entre las agencias para la prevención del fraude en los programas de salud federales
- Aumenta la coordinación, el intercambio de datos y el entrenamiento entre los investigadores, agentes, fiscales, analistas y legisladores
- Extendido a 20 ciudades

El Equipo para la prevención del fraude en la atención médica y el cumplimiento de medidas (HEAT en inglés), es una iniciativa conjunta del Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Departamento de Justicia para combatir el fraude.

Su meta es mejorar la colaboración entre las agencias para reducir y prevenir el fraude en los programas de salud federales. El proyecto HEAT de HHS y DOJ al asignar agentes del orden público y personal capacitado, aumentar la coordinación de los servicios, el intercambio de datos, entrenamiento de los investigadores, agentes, fiscales, analistas y legisladores; ha sido muy exitoso en la detección del fraude al sistema de salud y el enjuiciamiento oportuno a quienes lo cometen.

El equipo HEAT está presidido por el Secretario Adjunto del Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Fiscal General Adjunto.

## La misión del equipo HEAT

- Identificar recursos del gobierno para prevenir las pérdidas, el fraude y el abuso
- Reducir los gastos del cuidado de la salud
- Mejorar la calidad de los servicios
- Destacar el desempeño apropiado de proveedores y empleados del sector público
- Crear asociaciones entre el Departamento de Justicia y el Departamento de Salud y Servicios Humanos

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

36

La misión del equipo HEAT es

- Identificar recursos del gobierno para prevenir las pérdidas, el fraude y el abuso del programa Medicare y Medicaid y perseguir a los proveedores fraudulentos que abusan del sistema y nos cuestan miles de dólares.
- Reducir el aumento descontrolado de los gastos médicos y mejorar la calidad de los servicios al identificar a los proveedores que abusan de los beneficiarios de Medicare y Medicaid.
- Destacar las prácticas apropiadas por parte de los proveedores y empleados del sector público que combaten el fraude, pérdidas y abuso a Medicare.
- Seguir contruyendo a partir de las asociaciones existentes, nuevas asociaciones entre el Departamento de Justicia y el Departamento de Salud y Servicios Humanos, tales como la Fuerza Antifraude de Medicare para combatir el fraude y recuperar el dinero de los contribuyentes.

## Denuncias

- Comparte información y mediciones sobre desempeño
  - De actividades clave de integridad del programa
- Mejora las asociaciones con el sector privado
  - Comparte información sobre cómo detectar y prevenir el fraude
- Coordina las iniciativas de los agente del orden
  - Reuniones regionales contra el fraude
  - Para compartir inquietudes y colaborar con estrategias

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

37

CMS se está esforzando para aumentar las denuncias de pagos inapropiados y de fraude de las siguientes maneras:

- Compartiendo información y medidas de desempeño de actividades clave de integridad del programa para incitar a la participación de los interesados.
- Mejorando las asociaciones con el sector privado para compartir información y métodos de detección y prevención del fraude.
- Coordinando con los agentes del orden público, iniciativas que fortalecerán las relaciones con las partes interesadas, como las reuniones regionales contra el fraude.
- Las reuniones regionales contra el fraude se coordinan entre la oficina del Inspector General, el Departamento de Justicia, el Secretario de HHS y CMS. Estas reuniones ofrecen a los beneficiarios, los proveedores, los hospitales y las entidades que velan por el cumplimiento de la ley, la oportunidad de hablar sobre sus inquietudes y estrategias.

## Resultados del 2011

Se han recuperado cerca de **\$4.1** mil millones

Los fiscales federales han presentado cargos criminales contra **1430** proveedores por actividades fraudulentas al sistema de salud

Se han recuperado aproximadamente **\$2.4** mil millones en casos de fraude civil al sistema de salud, procesados al amparo de la Ley de Reclamos Fraudulentos

HHS ha logrado **21** condenas y **\$1.3** millones en multas, incautaciones, restituciones y devoluciones en casos criminales de la industria farmacéutica y fabricantes de dispositivos

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

38

Se han recuperado aproximadamente \$4.1 mil millones de pagos fraudulentos.

Los fiscales federales han presentado cargos penales contra 1430 proveedores por actividades fraudulentas al sistema de salud.

HHS logró 21 condenas criminales y ha recuperado \$1.3 millones en multas, incautaciones, restituciones y devoluciones (en los casos en que la entidad está obligada a devolver las ganancias obtenidas ilegalmente o a través de acciones poco éticas) en casos de fraude de la industria farmacéutica y de fabricantes de dispositivos médicos.

Aproximadamente se han recuperado \$2.4 mil millones en casos de fraude civil al sistema de salud, procesados al amparo de la Ley de Reclamos Fraudulentos.



### 3. Cómo puede combatir el fraude

- El Resumen de Medicare
- [www.MyMedicare.gov](http://www.MyMedicare.gov)
- 1-800-MEDICARE
- Patrulla de la Tercera Edad
- [www.stopmedicarefraud.gov](http://www.stopmedicarefraud.gov)
- Protegiendo su información personal/ robo de identidad
- Consejos útiles
- Detectando la comercialización fraudulenta de los planes de las Partes C y D

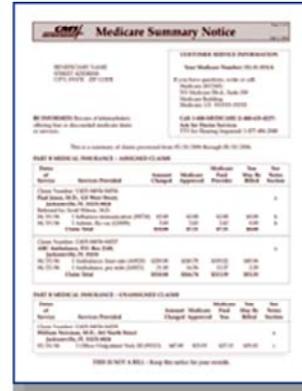
04/02/2012 La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid 39

En la lección tres aprenderemos las maneras en que las personas con Medicare pueden combatir el fraude. Vamos a

- Revisar sus Resúmenes de Medicare
- Resaltar las ventajas de utilizar [www.MyMedicare.gov](http://www.MyMedicare.gov)
- Aprender a denunciar el fraude y el abuso utilizando 1-800-MEDICARE
- Examinar el programa de Patrulla de Medicare de la Tercera Edad
- Informarnos de los recursos disponibles en [www.stopmedicarefraud.gov](http://www.stopmedicarefraud.gov)
- Averiguar otras maneras para combatir el fraude
- Aprender consejos útiles para que los beneficiarios de Medicare se protejan
- Conocer las prácticas de comercialización fraudulenta de los planes de las Partes C y D

## El Resumen de Medicare (MSN)

- Los MSN de las Partes A y B
- Muestran todos los servicios e insumos
  - Cobrados a Medicare en un período de 3 meses
  - Lo que pagó Medicare
  - Lo que usted debe
- Léalo atentamente
  - Guarde sus recibos y facturas
  - Anote las citas/fechas de cada servicio
  - Compárelas con su MSN



The image shows a Medicare Summary Notice (MSN) form with a table of services. The table has columns for Date, Service Provided, Amount Billed, Medicare Payment, and Patient Responsibility. It lists various medical services with their corresponding charges and payments.

Date	Service Provided	Amount Billed	Medicare Payment	Patient Responsibility
01/15/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
01/22/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
02/05/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
02/12/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
02/19/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
02/26/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
03/05/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
03/12/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
03/19/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
03/26/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
04/02/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
04/09/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
04/16/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
04/23/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
04/30/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
05/07/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
05/14/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
05/21/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
05/28/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
06/04/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
06/11/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
06/18/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
06/25/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
07/02/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
07/09/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
07/16/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
07/23/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
07/30/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
08/06/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
08/13/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
08/20/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
08/27/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
09/03/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
09/10/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
09/17/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
09/24/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
10/01/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
10/08/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
10/15/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
10/22/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
10/29/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
11/05/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
11/12/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
11/19/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
11/26/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
12/03/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
12/10/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
12/17/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
12/24/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00
12/31/12	Office Visit	\$150.00	\$120.00	\$30.00

El MSN con el nuevo diseño estará disponible en línea en el 2012. En el 2013 se enviará por correo.

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

40

Hay un Resumen de Medicare (MSN) de la Parte A y uno de la Parte B. Los planes de MA le mandan una Explicación de Beneficios que le brinda información parecida.

El MSN le muestra todos los servicios e insumos que se han cobrado a Medicare, lo que ha pagado Medicare, y lo que usted debe pagarle al proveedor.

Debe leer su MSN detalladamente para asegurarse de haber recibido los servicios y suministros que se le han cobrado a Medicare.

Actualmente, CMS está rediseñando el Resumen de Medicare para que sean más sencillo de entender y de reconocer el fraude. El nuevo MSN estará listo a principios del 2012. Será más fácil de entender y leer. Proporcionará información adicional, como un resumen trimestral de reclamos.

En algunas zonas con mayor incidencia de fraude, se está poniendo en práctica un programa piloto que envía un MSN mensual.

Si hay discrepancias, debe llamar a su médico o proveedor.

Aviso: El Resumen de Medicare se está actualizando. El nuevo MSN se le entregará a los beneficiarios de Medicare en el 2013.

Visite <http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/understanding-claims/read-your-msn-part-a.aspx> y vea los ejemplos de 'cómo leer el MSN.'

Si tiene alguna sospecha de fraude, llame al 1-800-MEDICARE.

# MiMedicare.gov

- Un portal seguro para administrar su información médica personal
  - Revisar su elegibilidad, beneficios a los que tiene derecho y obtener información sobre los planes
  - Controlar sus servicios de prevención
  - Mantener una lista de sus medicamentos recetados
- Examinar los reclamos
  - Sin tener que esperar el MSN



04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

41

El servicio de Medicare gratuito y seguro en Internet, para acceder a la información personalizada referente a los beneficios y servicios de Medicare.

[www.MiMedicare.gov](http://www.MiMedicare.gov) le proporciona acceso a su información personalizada en cualquier momento.

Puede ver la información de elegibilidad, beneficios a los que tiene derecho y servicios preventivos.

Revisar su información personal de Medicare, incluyendo los reclamos tan pronto como se procesen.

Monitorear la información sobre su inscripción en la Parte d y sobre el pago del deducible de la Parte B.

Administrar su lista de medicamentos recetados.

Examinar reclamos – identificar reclamos fraudulentos. No tiene que esperar a que llegue su Resumen de Medicare (MSN) para ver sus reclamos a Medicare. Visite [www.MiMedicare.gov](http://www.MiMedicare.gov) para ver sus reclamos o sus MSN electrónicamente. Generalmente, sus reclamos estarán disponibles a las 24 horas de que se los haya procesado.

Para utilizar este servicio tiene que registrarse en el sitio.

## 1-800-MEDICARE

- Para facilitarle la detección y la denuncia del fraude
- Las quejas de los beneficiarios al 1-800-Medicare se utilizan para
  - Identificar a ciertos proveedores o abastecedores para que se los investigue
  - Crear ‘mapas de concentración’ de quejas de fraude
    - Que muestren dónde está aumentando el fraude
- Examinar los reclamos de los 18 últimos meses
  - Respuesta de Voz Interactiva en el 1-800-MEDICARE
  - Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-0428

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

42

CMS ha implementado un sistema de respuesta de voz interactivo para que los beneficiarios identifiquen y denuncien el fraude.

La Respuesta de Voz Interactiva del 1-800-Medicare permite que los beneficiarios que no se han registrado o que no utilizan [www.MiMedicare.gov](http://www.MiMedicare.gov) oigan los cinco reclamos más recientes procesados para ellos en cualquiera de los últimos doce meses.

CMS está utilizando las quejas de los beneficiarios al 1-800-Medicare para:

- Concentrarse en proveedores que tengan múltiples quejas de beneficiarios para examinarlos con mayor detalle
- Crear ‘mapas de concentración’ de quejas de fraude que indiquen que los fraudes se están intensificando en áreas nuevas.



## La Patrulla de la Tercera Edad

- Recluta y entrena a las personas de la tercera edad
  - Para reconocer y denunciar el fraude en la atención médica
  - Enseñarles a los beneficiarios a protegerse
- Programas activos en todos los estados
  - DC, Puerto Rico, Guam y las Islas Vírgenes Americanas
- Busca voluntarios para que representen a sus comunidades
- CMS tiene enlaces de SMP en todas las Oficinas Regionales

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

43

Las Patrullas de Medicare de la Tercera Edad (SMP) reclutan y capacitan a profesionales jubilados y a otros ciudadanos de la tercera edad, para que reconozcan y denuncien el fraude al sistema de salud. Esto permite que los beneficiarios aprendan a protegerse.

Las SMP se asocian con organizaciones comunitarias, religiosas, tribales y de atención médica para educar y capacitar a sus pares en la detección, prevención y denuncia del fraude en la atención médica. Las SMP le enseñan a proteger su identidad, detectar errores y reportar el fraude. Se les enseña a las SMP acerca de las consecuencias para la independencia económica y la salud de los ciudadanos que son víctimas de prácticas fraudulentas.

Hay programas de SMP en todos los estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Guam, y las Islas Vírgenes Americanas. La SMP busca nuevos voluntarios para que trabajen en sus comunidades.

El programa de SMP capacita a las personas de la tercera edad a través de una mayor concientización y entendimiento de los programas de atención médica. Estos conocimientos les ayudan a protegerse de las consecuencias económicas y de salud del fraude, el error y el abuso a Medicare y Medicaid. La SMP protege el trabajo llevado a cabo para resolver las quejas de los beneficiarios de posible fraude junto con entidades estatales y nacionales de control de fraude/protección al consumidor, incluyendo contratistas de Medicare, unidades estatales de control de fraude de Medicaid, procuradores generales estatales, el OIC y CMS.

CMS ha establecido contactos de SMP en todas las Oficinas Regionales para que sirvan de punto de contacto para cuestiones de cumplimiento/mercadeo identificadas por las SMP para participar proactivamente y compartir información relevante del programa, cambios y actualizaciones de Medicare.

## La Patrulla de la Tercera Edad

- CMS ha adjudicado fondos por \$18 millones
  - El doble de los fondos existentes para el programa
  - Destina los fondos adicionales para las 'áreas de concentración' del fraude
- La campaña de SMP desde 1997
  - Ha capacitado/asesorado a casi 2M beneficiarios
  - Ha ayudado a recuperar \$5M en fondos de Medicare
  - Ha colaborado en la recuperación de \$101M en otros fondos

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

44

Desde 1997 AoA ha subvencionado proyectos de SMP para reclutar y capacitar profesionales jubilados y otras personas de la tercera edad acerca de la manera de reconocer y denunciar las prácticas o patrones de fraude en la atención médica. CMS ha dedicado fondos por \$18 millones para ampliar los programas estatales de la Patrulla de la Tercera Edad (SMP).

Las subvenciones

- Duplicarán los fondos existentes para el programa
- Se asignarán fondos adicionales para 'áreas de concentración' del fraude

Desde 1997, la Patrulla de la Tercera Edad:

- Ha proporcionado entrenamiento grupal para 75,000; y asesoramiento individual para más de 1 millón de beneficiarios
- Ha cooperado en la recuperación de \$5 millones de dólares de fondos de Medicare
- Ha contribuido a la recuperación de \$101 millones de dólares de fondos de Medicaid, beneficiarios y otros contribuyentes

**NOTA:** Para más información sobre el programa de Patrulla de Medicare de Tercera Edad y para obtener información para su área local , visite <http://www.smpresource.org/>

## www.stopmedicarefraud.gov

- Infórmese acerca del fraude
- Busque recursos
- Vea resultados de los Equipos Antifraude (HEAT) por estado



04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

45

[www.stopmedicarefraud.gov](http://www.stopmedicarefraud.gov) es un buen lugar para los que desean información sobre:

- El fraude a Medicare
- Los recursos disponibles para los beneficiarios y proveedores
- Cómo prevenir el fraude
- Operaciones recientes del HEAT y resultados enumerados por estado.

## Si comparte su tarjeta o su número de Medicaid o Medicare

- Puede perder los beneficios
- Sus archivos médicos pueden estar equivocados
- Puede que se le limite el acceso a ciertos médicos, farmacias y hospitales
  - Esto se llama un programa “lock-in”
- Puede que tenga que devolver dinero o que le pongan una multa
- Podrían arrestarlo

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

46

Si comparte su tarjeta de Medicaid o Medicare, podría tener problemas graves. Si comparte su tarjeta de Medicaid podría perder sus beneficios.

La próxima vez que vaya al médico, tendrá que explicar lo que ha ocurrido para que no le brinde el tipo equivocado de atención médica.

Puede utilizarse el “Lock-in” en el caso de los beneficiarios de Medicaid que:

- Van a la sala de emergencia del hospital para problemas de salud que no son emergencias
- Utilizan dos o más hospitales para recibir servicios de sala de emergencia
- Utilizan dos o más médicos, lo que resulta en medicamentos y/o tratamientos duplicados
- Exhiben posibles comportamientos de estar buscando drogas al:
  - Solicitar un medicamento específico programado
  - Solicitar renovaciones de recetas antes de tiempo
  - Reportar pérdidas frecuentes de medicamentos (narcóticos)
  - Utilizar múltiples farmacias para que se les surtan las recetas

Puede que se le requiera que pague una multa o que pase tiempo en la cárcel si se le encuentra culpable de fraude.

## Proteja su información personal

- Mantenga segura su información personal
  - Como sus números de Medicare, Seguro Social, tarjetas de crédito
  - Compártala solamente con las personas en las que confía,
    - Médicos
    - Proveedores de atención médica
    - Planes aprobados por Medicare
    - Su compañía de seguro (Medigap o Empleador/Sindicato)
    - Su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)
    - El Seguro Social, Medicaid y Medicare

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

47

A veces, los beneficiarios necesitan compartir la información médica con sus parientes o con la persona que los cuidan. Por ley, Medicare tiene que tener una autorización por escrito para utilizar o divulgar la información médica de los beneficiarios.

El beneficiario necesita designar al pariente/cuidador como persona autorizada a la que Medicare le puede divulgar su información personal. Una vez Medicare tenga esta autorización en sus archivos, el pariente/cuidador podrá hablar de las cuestiones del beneficiario con Medicare. Los parientes/cuidadores pueden ponerse en contacto con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE para solicitar una Autorización de Medicare para Divulgar Información Personal (Formulario 10106). O visitar [www.medicare.gov/MedicareOnlineForms/AuthorizationForm/online](http://www.medicare.gov/MedicareOnlineForms/AuthorizationForm/online) para llenar la autorización electrónicamente.

## Robo de identidad

- El robo de identidad es un crimen serio
  - Por ejemplo, otra persona usa su información personal
    - Como su número del Seguro Social o de Medicare
- Si cree que alguien está utilizando 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
    - 1-877-438-4338
- Reporte la tarjeta perdida/robada de Medicare inmediatamente
  - Llame a la SSA para obtener un reemplazo

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

48

El robo de identidad es un crimen serio

- Es cuando otra persona usa su información personal
- Como su número de Seguro Social o Medicare

Si cree que alguien está utilizando su información

- Llame a su departamento de policía. Llame a la Línea de Emergencia de Robo de Identidad de la Comisión Federal de Comercio – 1-877-438-4338. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-653-4261.
- Para mayor información acerca del robo de identidad o para presentar una queja electrónicamente, visite [www.ftc.gov/idtheft](http://www.ftc.gov/idtheft).
- También puede visitar [www.stopmedicarefraud.gov/fightback\\_brochure\\_rev.pdf](http://www.stopmedicarefraud.gov/fightback_brochure_rev.pdf) para ver el folleto llamado “El Robo de Identidad Médica y el Fraude a Medicare.”

## **Si desea compartir su información médica con un familiar o la persona que lo cuida**

- Medicare requiere una autorización por escrito
  - Debe designar una persona autorizada
    - El poder legal no es suficiente
    - Debe presentar el formulario “Autorización a Medicare para Divulgar Información Personal” (Formulario de CMS Nro. 10106)

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

49

A veces los beneficiarios necesitan compartir su información médica con los parientes o quienes los cuidan.

La ley estipula que Medicare debe tener permiso por escrito para utilizar o divulgar su información. Si quiere compartir su información, necesita designar al pariente/cuidador como persona autorizada. Una vez Medicare tenga esta autorización en su archivo, el pariente/cuidador podrá tratar los asuntos del beneficiario directamente con Medicare.

Sin embargo, usted o su pariente/cuidador puede ponerse en contacto con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE para solicitar el formulario 10106. Las instrucciones para llenarlo están incluidas en el formulario.

O puede visitar [www.medicare.gov/MedicareOnlineForms/AuthorizationForm/online](http://www.medicare.gov/MedicareOnlineForms/AuthorizationForm/online) y llenar al formulario electrónicamente.

## Consejos útiles

- Haga preguntas
  - Tiene derecho a saber lo que le cobran
- Infórmese acerca de Medicare/Medicaid
  - Conozca sus derechos
  - Sepa lo que los proveedores le pueden/no le pueden cobrar a Medicare
- Tenga cuidado con los proveedores que le digan
  - Que usted puede obtener un artículo o servicio que generalmente no está cubierto, pero que ellos saben cómo “cobrárselo a Medicare”

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

50

Estos son algunos consejos útiles que pueden usar los beneficiarios para protegerse del fraude.

Haga preguntas. Tiene derecho a saber lo que se le cobra a Medicare

Infórmese acerca de Medicare y conozca sus derechos y lo que los proveedores le pueden/no le pueden cobrar a Medicare.

Tenga cuidado con los proveedores que le digan que usted puede obtener un artículo o servicio que generalmente no está cubierto, pero que ellos saben cómo “cobrárselo a Medicare”

## Las normas de comercialización de los planes de las Partes C y D

- Ejemplos – los planes no pueden
  - Enviarle correos electrónicos no deseados
  - Ir a su casa sin invitación para hacer que se inscriba
  - Llamarle a menos que sea ya miembro
  - Ofrecerle dinero para que se inscriba en su 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

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

51

A continuación le mencionamos algunos ejemplos de lo que los planes y las personas que los venden no pueden hacer

- Enviarle correos electrónicos no deseados o ir a su casa sin invitación a venderle un plan de Medicare.
- Llamarle, a menos que sea ya miembro del plan. Si es miembro, el agente que le ayudó a inscribirse puede llamarlo.
- Ofrecerle dinero para inscribirse al plan a darle comidas gratuitas mientras intentan venderle un plan.
- Hablarle de su plan en áreas donde se le da atención médica, como una sala de examen, habitación de paciente de hospital, o un mostrador de farmacia.
- Llame al 1-800-MEDICARE para denunciar a los planes que le piden información personal por teléfono o que lo llaman para inscribirlo en un plan. Puede también llamar al Contratista de Integridad del Uso de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Integrity Contractor - MEDIC) al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). El MEDIC combate el fraude, el despilfarro y el abuso en los Planes Medicare Advantage (Parte C) y los Planes Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D). Sin embargo, tenga en cuenta que NBI Medic no se encarga del fraude en la comercialización de las Partes C y D. Para esos asuntos debe llamar al 1-800-MEDICARE.

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

## Denuncie su sospecha de fraude a Medicaid

- Denuncie el fraude al programa Medicaid
  - Llamando a la oficina estatal de ayuda médica (Medicaid)
  - Línea nacional contra el fraude de la OIG al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477).
- Visite [www.cms.gov/fraudabuseforconsumers](http://www.cms.gov/fraudabuseforconsumers) si desea más información

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

52

Usted puede denunciar sus sospechas de fraude a Medicaid, llamando a la oficina estatal de ayuda médica (Medicaid). Si desea más información, visite [www.cms.gov/fraudabuseforconsumers](http://www.cms.gov/fraudabuseforconsumers). También puede hacer una denuncia llamando a la línea nacional contra el fraude de la Oficina del Inspector General 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477).

## Fraude de telemercadeo

- Reglas de telemercadeo del equipo médico duradero
  - Los proveedores de DME no pueden hacer llamadas comerciales no solicitadas
- Fraudes potenciales
  - Llamadas o visitas de personas que dicen que representan a Medicare
  - Técnicas de venta 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

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

53

Hay reglas para el telemercadeo del equipo médico duradero.

La ley prohíbe que los proveedores de DME (las personas que venden equipo como suministros para diabéticos y sillas de ruedas motorizadas) hagan llamadas telefónicas no solicitadas para vender sus productos.

Posibles estafas

- Llamadas o visitas de personas que dicen que representan a Medicare.
- Técnicas de venta telefónicas o de puerta en puerta.
- Se ofrece equipo o servicio gratuitos y después se le pide su 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.

## Combatir el fraude puede hacerle ganar dinero

- Puede recibir una recompensa de hasta \$1,000 si cumple todas estas condiciones
  - Usted denuncia su sospecha de fraude llamando al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
  - Su sospecha de fraude debe ser investigada y comprobada por uno de los contratistas de CMS
  - La denuncia de fraude debe ser derivada formalmente a la Oficina del Inspector General para que sea investigada
  - Usted no es una persona 'excluida'
  - La persona u organización que usted denuncia no debe estar siendo investigada por las autoridades
  - Su denuncia permite que Medicare recupere por lo menos \$100

04/02/2012

La prevención del fraude y del abuso a Medicare y Medicaid

54

Usted puede recibir una recompensa de hasta \$1,000 si reúne **todas** estas condiciones:

- Denuncia su sospecha de fraude a Medicare
- El Contratista de Protección del Programa o el Contratista Zonal para la Integridad del Programa (los contratistas de Medicare que son responsables de investigar posibles fraudes y abusos) prueban que lo que sospecha y ha denunciado como un fraude a Medicare lo es y uno de los contratistas lo remite como parte de un caso a la Oficina del Inspector General para mayor investigación.
- Usted no es una 'persona excluida.' Por ejemplo, no ha participado en el fraude denunciado. O no hay alguna otra recompensa para la que es elegible bajo otro programa gubernamental.
- La persona u organización que ha reportado no está ya bajo investigación por parte de las agencias policiales.
- Su informe resulta directamente en la recuperación de al menos \$100 de dinero de Medicare.

Para mayor información, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

# Guía de Recursos para el Fraude y el Abuso a Medicare

## Recursos

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)  
 1-800-MEDICARE  
 (1-800-633-4227)  
 (TTY) 1-877-486-2048)  
[www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)  
[www.stopmedicarefraud.gov](http://www.stopmedicarefraud.gov)  
[www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)

**NBI MEDIC**  
 877-7SAFERX (877-772-3379)  
 Envíe su queja por fax al 410-819-8698  
 Por correo a:  
 Health Integrity, LLC, 9240 Centreville Road,  
 Easton, Maryland 21601  
<http://www.healthintegrity.org/html/contracts/medic/index.html>  
**MyMedicare.gov**

**Administración del Seguro Social**  
[www.ssa.gov](http://www.ssa.gov)  
 1-800-772-1213  
 TTY – 1-800-325-0778

**Patrulla de la Tercera Edad**  
[www.smpresource.org](http://www.smpresource.org)  
 Para encontrar los recursos de SMP de su estado:  
[www.smpresource.org/AM/Template.cfm?Section=SMP\\_Locator1&Template=/custom/SmprResults.cfm](http://www.smpresource.org/AM/Template.cfm?Section=SMP_Locator1&Template=/custom/SmprResults.cfm)

**Asociación Nacional contra el Fraude al Sistema de Salud**  
[www.nhcaa.gov](http://www.nhcaa.gov)

**Oficina del Inspector General**  
 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.  
 ATTN: HOTLINE  
 PO Box 23489  
 Washington, DC 10026  
**Línea de fraude**  
 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)  
 TTY – 1-800-337-4950  
 Fax 1-800-223-8162

**NBI Medic – Denuncias grupales contra el fraude en las Partes C y D**  
 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379)  
<http://www.healthintegrity.org/html/contracts/medic/index.html>

**Cómo leer el MSN**  
<http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/understanding-claims/read-your-msn-part-a.aspx>

## Productos de Medicare

**Formulario de Autorización a Medicare para la Divulgación de Información Médica Personal**  
 Producto de CMS No. 10106

**Ayuda a Prevenir el Fraude: Examine sus reclamos de Medicare pronto visitando MiMedicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE**  
 Producto de CMS No. 11491

**Protéjase y Proteja a Medicare del Fraude**  
 Producto de CMS No. 10111

**Datos sobre la Cobertura de Medicare de las Recetas Médicas y Cómo Proteger su Información Personal**  
 Producto de CMS No. 11147

**Para acceder a estos productos:**  
 Para ver y encargar copias:  
**Medicare.gov**

Para encargar múltiples copias (socios solamente):  
**productordering.cms.hhs.gov**  
 (Tiene que registrar su organización.)



Este módulo fue ofrecido por

 **National Medicare**  
**TRAINING PROGRAM**

Si tiene preguntas sobre estos materiales de entrenamiento, envíe un correo electrónico a [www.NMTP@cms.hhs.gov](mailto:www.NMTP@cms.hhs.gov)

Para ver todos los materiales NMTP o para suscribirse a nuestra listserv (lista de servicios), visite [www.cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram](http://www.cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram)