



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

Este módulo de capacitación 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 Niños (CHIP) y el Mercado de Seguros Médicos facilitado por el gobierno federal.

La información en este módulo fue corregida a partir de octubre de 2015. Para confirmar si hay una versión actualizada, visite CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html.

El Programa de Capacitación Nacional de CMS ofrece este documento como recurso informativo para nuestros socios. El presente no es un documento legal ni tiene fines de prensa. Los medios pueden comunicarse con la Oficina de prensa de CMS al correo electrónico press@cms.hss.gov. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

Objetivos de la sesión

Esta sesión debe ayudarlo a

- Definir fraude y abuso
- Identificar las causas de los pagos indebidos
- Analizar cómo combate CMS el fraude y el abuso
- Explicar de qué manera puede usted luchar contra el fraude y el abuso
- Reconocer las fuentes de información adicional

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

2

Esta sesión debe ayudarlo a

- Definir fraude y abuso
- Identificar las causas de los pagos indebidos
- Analizar cómo combate CMS el fraude y el abuso
- Explicar de qué manera puede usted luchar contra el fraude y el abuso
- Reconocer las fuentes de información adicional

Lección 1 — Panorama general del fraude y el abuso

- Definición de fraude y abuso
- Protección de los Fondos Fiduciarios de Medicare y otros recursos públicos
- Ejemplos de fraude en Medicare y Medicaid
- ¿Quién comete el fraude?
- Causas de los pagos indebidos
- Problemas en la calidad de la atención

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

3

La Lección 1 proporciona un panorama general de fraude y abuso, que incluye lo siguiente:

- Definición de fraude y abuso
- Protección de los Fondos Fiduciarios de Medicare y otros recursos públicos
- Ejemplos de fraude en Medicare y Medicaid
- ¿Quién comete el fraude?
- Causas de los pagos indebidos
- Problemas en la calidad de la atención

Definición de fraude y abuso

Fraude

Cuando alguien ejecuta o intenta ejecutar intencionadamente un plan para obtener dinero o propiedades de algún programa de beneficios de atención médica.

Abuso

Cuando los proveedores o suministradores de atención médica realizan acciones directas o indirectas que generan costos innecesarios a algún programa de beneficios de atención médica.

La principal diferencia entre el fraude y el abuso es la intención.

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

4

El fraude, el desperdicio y el abuso en Medicare y Medicaid afectan a todos los estadounidenses porque disminuye los recursos provenientes de nuestro sistema de atención médica y contribuyen a elevar los costos de los servicios de salud para todos. Los dólares de los contribuyentes que se pierden por fraude, desperdicio y abuso provocan daños a múltiples partes, en particular a algunos de nuestros ciudadanos más vulnerables.

Se produce fraude cuando alguien ejecuta o intenta ejecutar intencionadamente un plan para obtener dinero o propiedades de algún programa de beneficios de atención médica.

Se produce abuso cuando los proveedores o suministradores de atención médica realizan acciones que generan costos innecesarios directos o indirectos a algún programa de beneficios de atención médica.

La principal diferencia entre el fraude y el abuso es la intención.

Protección del dinero de los contribuyentes

■ El CMS debe

- Proteger los Fondos Fiduciarios de Medicare
 - Fondo Fiduciario del Seguro de Hospital de Medicare (Parte A)
 - Fondo Fiduciario del Seguro Médico Suplementario de Medicare (Parte B)
- Proteger los recursos públicos que financian los programas de Medicaid
- Gestionar el delicado equilibrio entre
 - Pagar los reclamos con celeridad y limitar la carga sobre la comunidad del proveedor mediante la realización de revisiones que previenen y detectan el fraude

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

5

La misión de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es ser un delegado eficaz de los fondos públicos. CMS deben proteger el Fondo Fiduciario del Seguro de Hospital y el Fondo Fiduciario del Seguro Médico Suplementario de Medicare.

■ El Fondo Fiduciario del Seguro de Hospital de Medicare paga los beneficios de Medicare Parte A, como atención hospitalaria del paciente internado, atención en centro de enfermería especializado, atención domiciliaria y atención en el hospicio. Se financia mediante impuestos sobre el salario, impuestos a las ganancias pagados sobre los beneficios del Seguro Social, intereses devengados por inversiones del fondo fiduciario y primas de la Parte A de las personas que no son elegibles para eximición de las primas de la Parte A.

■ El Fondo Fiduciario del Seguro Médico Suplementario presta los beneficios de Medicare Parte B, que incluyen servicios médicos, atención del paciente ambulatorio, atención médica domiciliaria no cubierta por la Parte A, equipo médico duradero, ciertos servicios preventivos y pruebas de laboratorio, beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D, así como los costos administrativos del programa Medicare, que incluyen los costos para el pago de beneficios y la lucha contra el fraude y el abuso. Su financiamiento, proveniente de las primas Parte B, primas Parte D (cobertura de medicamentos recetados de Medicare) e intereses devengados por las inversiones del fondo fiduciario, está autorizado por el Congreso.

■ El gobierno federal colabora con el gasto anual de Medicaid, y CMS debe proteger los recursos públicos que financian los programas de Medicaid que funcionan y están gestionados por los 50 estados, el Distrito de Columbia y los Territorios de los EE. UU.

■ CMS tiene que gestionar el delicado equilibrio entre pagar los reclamos con celeridad y limitar la carga de los proveedores y, por otro lado, realizar revisiones que prevengan y detecten el fraude.

Ejemplos de fraude

- A Medicare o Medicaid se le factura lo siguiente
 - Servicios que usted nunca recibió
 - Equipos que jamás recibió o no fueron devueltos
- Documentos que se alteran para obtener un pago más alto
- Tergiversación de las fechas, descripciones de los servicios prestados o identidad del beneficiario
- Alguna persona usa su tarjeta de Medicare o Medicaid con o sin su permiso
- Una compañía usa información falsa para engañarlo y que usted se inscriba en un plan de Medicare

Si desea obtener ejemplos recientes de fraude por región, visite, medic-outreach.rainmakerssolutions.com/fraud-in-the-news/.

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

6

Algunos ejemplos de fraude potencial incluyen los siguientes:

- A Medicare o Medicaid se le facturan servicios que usted nunca recibió o equipo que jamás recibió ni fue devuelto.
- Documentos que se alteran para obtener un pago más alto
- Tergiversación de las fechas, descripciones de los servicios prestados o identidad del beneficiario
- Otra persona usa su tarjeta de Medicare/Medicaid con o sin su permiso
- Una compañía usa información falsa para engañarlo y que usted se inscriba en un plan de Medicare

Si desea consultar ejemplos recientes de fraude en Medicare por región, visite el sitio de Difusión y Educación Médica de los CMS en medic-outreach.rainmakerssolutions.com/fraud-in-the-news/ para ver los comunicados de prensa de "Fraude en las noticias" del Departamento de Justicia (DOJ) de EE. UU. Los siguientes son 2 de más de 20 casos de fraude ocurridos en enero de 2015.

1. Un comunicado de prensa del 26 de enero de 2015, proveniente de la Oficina de Asuntos Públicos (OPA) del DOJ, muestra que al propietario y operador de una agencia de servicios médicos domiciliarios se lo sentenció a más de 8 años de prisión y al pago de \$21 millones para resarcir su participación en un fraude. Se presentaron aproximadamente \$30 millones de reclamaciones de servicios de atención médica que no eran necesarios por razones médicas o que no se prestaron y Medicare pagó aproximadamente \$21 millones por estas reclamaciones fraudulentas.
2. Otro comunicado de prensa del 29 de enero de 2015, proveniente de la OPA del DOJ, indica que 4 personas fueron sentenciadas a una pena máxima de 10 años en una prisión federal. Cada una de las 4 personas desempeñó una función en un fraude por \$6 millones contra Medicare que involucró a una agencia de servicios médicos domiciliarios que reclamaba servicios de terapia y atención médica domiciliaria, pero no los brindaba.

Consecuencias de compartir un número o tarjeta de Medicaid

- Programa de restricciones específicas de Medicaid
 - Limita los servicios que le ofrece a ciertos médicos/farmacias/hospitales
 - Para actividades como visitas a la sala de emergencia (ER) para atención que no sea de emergencia y el uso de varios médicos que dupliquen el tratamiento/la medicación
- Su historia clínica podría no ser correcta
- Es posible que tenga que devolver el dinero o pagar una multa
- Podría ser arrestado
- Podría perder los beneficios de Medicaid



16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

7

Si comparte su tarjeta o número de Medicaid con alguien que no sea uno de sus proveedores de atención médica, existen programas vigentes y consecuencias.

- El programa de restricciones de Medicaid limita los servicios que usted recibe a ciertos médicos, farmacias y hospitales. Las restricciones se pueden usar para beneficiarios de Medicaid en estas circunstancias:
 - Visitas a los departamentos de emergencia del hospital para cuestiones que no son emergencias de salud
 - Uso de 2 o más hospitales para servicios de emergencia
 - Uso de 2 o más médicos con la consecuente duplicación de la medicación y/o los tratamientos
 - Existencia de una posible conducta de búsqueda de fármacos
 - Solicitud de una medicación programada específica (narcóticos)
 - Solicitud de renovaciones tempranas de la medicación programada
 - Denuncia de pérdidas frecuentes de la medicación solicitada
 - Uso de varias farmacias para renovar las recetas
- Su historia clínica podría no ser correcta: la próxima vez que acuda a su médico, tendrá que explicarle lo que sucedió para no recibir el tratamiento equivocado
- Es posible que tenga que devolver el dinero o pagar una multa
- Podrían arrestarlo e ir a la cárcel si lo encuentran culpable de fraude
- Podría perder los beneficios de Medicaid

¿Quién comete el fraude?

- La mayoría de las personas y organizaciones que trabajan con Medicare y Medicaid son honestas
- Sin embargo, cualquiera puede cometer fraude
 - Los médicos y profesionales de la atención médica
 - Los suministradores de equipo médico duradero
 - Los empleados de médicos o de suministradores
 - Los empleados de compañías que gestionan la facturación de Medicare
 - Las Personas con Medicare y Medicaid

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

8

La mayoría de las personas y organizaciones que trabajan con Medicare y Medicaid son honestas, pero existen algunas que actúan mal. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid toman los recaudos necesarios en forma permanente para identificar y procesar a quienes actúan mal.

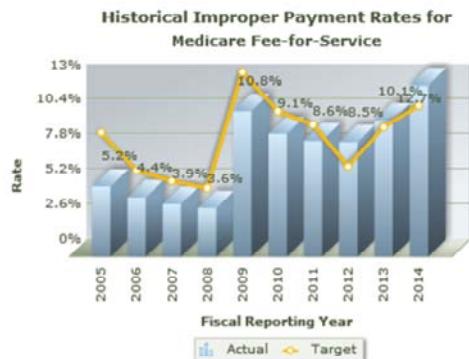
Cualquiera de las siguientes personas pueden participar de fraude y abuso contra Medicare:

- Los médicos y profesionales de la atención médica
- Los suministradores de equipo médico duradero
- Los empleados de médicos o de suministradores
- Los empleados de compañías que gestionan la facturación de Medicare
- Las Personas con Medicare y Medicaid

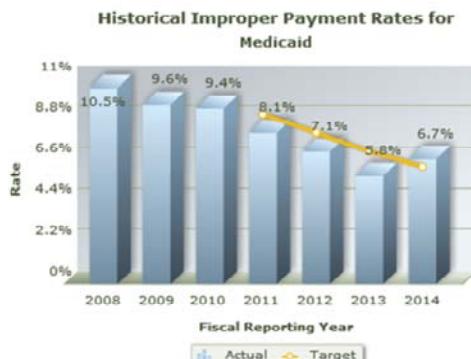
El fraude contra Medicare es prevalente, de modo que es importante que usted esté atento sobre las diversas entidades que han estado implicadas en cuestiones de fraude. Quienes cometen fraude podrían ser individuos que están o pretenden estar en alguno de los grupos mencionados anteriormente.

Transparencia de pago indebido

AÑO FISCAL 2014 DE MEDICARE
Índice de error 12.7% o \$45,800 millones



AÑO FISCAL 2014 DE MEDICAID
Índice de error 6.7% o \$17,500 millones



16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

9

Un pago indebido, de acuerdo con la Oficina de Responsabilidad Gubernamental, es "todo pago que no debió haber sido efectuado o que se efectuó por un monto (incluye sobrepagos y subpagos) incorrecto, según los requisitos estatutarios, contractuales, administrativos u otros requerimientos legalmente aplicables". El presidente Obama estableció la meta de reducir los pagos indebidos en todo el ámbito del gobierno. En este gráfico se puede observar la meta de reducción en cada año fiscal. Como parte de la iniciativa de Responsabilidad Gubernamental, Medicare y Medicaid son considerados programas con un gran margen de error. Medicare procesa más de 1,000 millones de reclamaciones de pagos por servicios al año y paga más de \$360,000 millones para prestar servicio a más de 55 millones de beneficiarios. El índice de pagos indebidos para el año fiscal 2014 fue de 12.7 por ciento, lo que representa \$45,800 millones en pagos indebidos.

Todos los años, Medicaid procesa 3,900 millones de reclamaciones que representan el pago de más de \$261,000 millones por año. El índice de pagos indebidos para el año fiscal 2014 fue de 6.7%, lo que representa \$17,500 millones en pagos indebidos.

NOTA: Los índices de error se pueden ver en paymentaccuracy.gov/.

Causas de los pagos indebidos

- No todos los pagos indebidos son fraude, pero todos los pagos realizados a causa de un fraude son indebidos



CMS se está ocupando de todas las causas de pagos indebidos

- Desde errores involuntarios hasta el engaño intencional
- El error más frecuente es la documentación insuficiente

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

10

Las causas de pagos indebidos incluyen errores, desperdicios, abuso y fraude: también conocido como errores, ineficiencias, infracciones a las normas y engaño intencional.

Las actividades de integridad del programa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se ocupan de todas las causas de pagos indebidos, desde errores involuntarios hasta el engaño intencional.

A diferencia de lo que se percibe comúnmente, no todos los pagos indebidos constituyen fraude (es decir, mal uso intencional de los fondos). De hecho, la inmensa mayoría de los pagos indebidos se deben a errores no intencionales. Por ejemplo, se puede incurrir en un error porque un programa no cuenta con documentación para respaldar la elegibilidad de un beneficiario para un beneficio o un beneficiario elegible recibe un pago que es demasiado alto —o demasiado bajo— debido a ineficiencias o un error en el ingreso de datos.

Además, muchos de los sobrepagos son pagos que se han realizado correctamente pero fueron catalogados de manera indebida por no contar con la documentación correcta. Creemos que si las agencias contaran con esa documentación, se demostraría que la mayoría de estos sobrepagos eran en realidad correctos, y las pérdidas por pagos indebidos realmente incurridas por el gobierno serían incluso más bajas que las pérdidas netas estimadas que se analizaron anteriormente.

CMS cuenta con la capacitación del proveedor y la difusión de los errores de facturación, y recurrirá a sus autoridades de suspensión de pagos en caso de sospecha de conducta fraudulenta.

Estas actividades han sido diseñadas para garantizar que se efectúen pagos correctos a los proveedores y suministradores por servicios y suministros adecuados y razonables provistos a beneficiarios elegibles.

Prevención del fraude contra Medicare Parte C y Parte D

- Los agentes y aseguradores del plan deben seguir las Pautas de mercadeo de CMS. Algunos ejemplos de lo que los planes no pueden hacer son
 - Enviarle correos electrónicos no deseados
 - Ir a su casa sin invitación previa para lograr que usted se inscriba
 - Llamarlo a menos que usted ya sea miembro
 - Ofrecerle dinero en efectivo por inscribirse en el plan
 - Ofrecerle comidas gratis mientras intentan venderle un plan
 - Hablarle sobre su plan en áreas en las que usted recibe servicios médicos
- Si cree que un plan de Medicare infringió las normas
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
 - Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

11

Los proveedores no solo se centran en prevenir el fraude contra Medicare. Los planes de salud Medicare y los planes Medicare para Recetas Médicas que contratan a Medicare tienen responsabilidades que exceden la facturación. Los planes son responsables de garantizar que la promoción hacia los beneficiarios se realice en forma responsable para proteger al beneficiario y al programa Medicare de prácticas de marketing que podrían generar fraude. Esto incluye a los agentes o aseguradores del plan que los representan.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de actividades que no están permitidas para los planes ni para las personas de Medicare que los representan:

- Enviarle correos electrónicos no deseados o presentarse en su domicilio sin invitación para venderle un plan de Medicare.
- Llamarlo a menos que usted ya sea miembro del plan. Si usted es miembro, el agente que lo ayudó a inscribirse puede llamarlo.
- Ofrecerle dinero en efectivo por inscribirse en el plan.
- Ofrecerle comidas gratis mientras intentan venderle un plan.
- Hablar con usted sobre su plan en áreas en las que recibe atención médica, como salas de estudios médicos, salas de internación o áreas de atención en farmacias.

NOTA: Si bien el Contratista para la Integridad del Uso de los Medicamentos de Medicare lucha contra el fraude, los desperdicios y el abuso en los planes Medicare Advantage (Parte C) y la cobertura para Recetas Médicas (Parte D), no maneja el fraude en el mercadeo de la Parte C y la Parte D. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para informar sobre los planes que le solicitan información personal por teléfono o que llaman sin previa solicitud para inscribirlo en un plan. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Telemarcadeo y fraude Equipo médico duradero (DME)

- Normas de telemarcadeo para DME
 - Los suministradores de DME no pueden realizar llamadas de ventas no solicitados
- Potenciales estafas de DME
 - Llamadas o visitas de personas que dicen representar a Medicare
 - Técnicas de venta telefónica o puerta a puerta
 - Equipo o servicio que se ofrece en forma gratuita y luego le piden su número de Medicare "para documentar sus registros"
 - Le dicen que Medicare tendrá que pagar el elemento o el servicio si usted entrega su número de Medicare

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

12

Existen normas de telemarcadeo para el equipo médico duradero (DME). Los suministradores de DME (personas que venden equipos como suministros diabéticos y sillas de ruedas) tienen prohibido por ley realizar llamadas telefónicas no solicitadas para vender sus productos.

Las estafas potenciales con DME incluyen las siguientes:

- Llamadas o visitas de personas que dicen representar a Medicare
- Técnicas de venta telefónica o puerta a puerta
- Equipo o servicio que se ofrece en forma gratuita y luego le piden su número de Medicare "para documentar sus registros"
- Le dicen que Medicare tendrá que pagar el elemento o el servicio si usted entrega su número de Medicare

NOTA: Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para denunciar sospechas de estafa con DME. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas en la calidad de la atención

- Los problemas en la calidad de atención a los pacientes no necesariamente constituyen fraude
 - Errores en la medicación
 - Cambio no tratado en la condición médica
 - Dado de alta de la internación demasiado pronto
 - Instrucciones y/o disposiciones de alta incompletas
- Comuníquese con su Organización para el Mejoramiento de Calidad del Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia
 - Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts) y haga clic para encontrar contactos útiles
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
 - Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

13

Existe una Organización para Mejoras de la Calidad (QIO) solo para atender las preocupaciones de las personas con Medicare y sus familias, que se llama QIO del Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC).

Los problemas en la calidad de atención a los pacientes no necesariamente constituyen fraude. Algunos ejemplos de problemas en la calidad de atención de los que se puede ocupar su BFCC-QIO incluyen, entre otros:

- Errores en la medicación, como recibir el medicamento equivocado, que le indiquen medicación en el momento equivocado, que le indiquen un medicamento al que tiene alergia o que interactúa de manera negativa con otro medicamento. Ellos pueden evaluar si amerita la intervención del Contratista para la Integridad del Uso de los Medicamentos.
- Cambio no tratado en la condición médica, como no recibir tratamiento después de obtener resultados anormales en los análisis o al producirse una complicación.
- Dado de alta de internación demasiado pronto, como esperar hasta dejar de tener dolor severo.
- Instrucciones y/o disposiciones de alta incompletas, como ser enviado a casa sin las instrucciones respecto de los cambios introducidos en su medicación diaria mientras estuvo internado, o durante la visita al médico, o bien, recibir instrucciones inadecuadas sobre el seguimiento que necesita.

Los BFCC-QIO de Medicare le ayudarán con estas cuestiones. Si desea obtener la dirección y el número de teléfono del BFCC-QIO de su estado o territorio, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts) y busque información sobre el tema "Quejas sobre mi atención o mis servicios". O también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Compruebe su conocimiento: pregunta 1

Entre las personas que cometan fraude contra Medicare, se encuentran:

- a. Las personas con Medicare
- b. Los suministradores de equipo médico duradero
- c. Los médicos y profesionales de la atención médica
- d. Todas las anteriores

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

14

Compruebe su conocimiento: pregunta 1

Entre las personas que cometan fraude contra Medicare, se encuentran:

- a. Las personas con Medicare
- b. Los suministradores de equipo médico duradero
- c. Los médicos y profesionales de la atención médica
- d. Todas las anteriores

RESPUESTA: d. Todas las anteriores

El fraude contra Medicare es prevalente, de modo que es importante que usted esté atento sobre las diversas entidades que han estado implicadas en cuestiones de fraude. Quienes cometan fraude podrían ser individuos que están o pretenden estar en alguno de estos grupos:

- Los médicos y profesionales de la atención médica
- Los suministradores de equipo médico duradero
- Los empleados de médicos o de suministradores
- Los empleados de compañías que gestionan la facturación de Medicare
- Las Personas con Medicare y Medicaid

Compruebe su conocimiento: pregunta 2

Se considera fraude si alguien usa su tarjeta de Medicare en su lugar con su autorización

- a. Verdadero
- b. Falso

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

15

Compruebe su conocimiento: pregunta 2

Se considera fraude si alguien usa su tarjeta de Medicare en su lugar con su autorización

- a. Verdadero
- b. Falso

RESPUESTA: a. Verdadero

Se considera fraude si alguien usa su tarjeta de Medicare o Medicaid con o sin su permiso.

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

- Centro para la Integridad del Programa
- Contratistas de Integridad del Programa de CMS
- Acciones administrativas de CMS
- Acciones de cumplimiento de la ley
- Asociación para la Prevención del Fraude en el Cuidado de la Salud
- Equipo de Cumplimiento de la Ley y de Prevención contra el Fraude en el Cuidado de la Salud (HEAT)
- El conjunto para la prevención del fraude está en CMS.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/Medicaid-Integrity-Education/fwa.html
- Capacitación para el proveedor y el beneficiario

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

16

La Lección 2 analiza lo siguiente:

- Centro para la Integridad del Programa
- Los Contratistas de Integridad del programa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
- Acciones administrativas de CMS
- Acciones de cumplimiento de la ley
- Asociación para la Prevención del Fraude en el Cuidado de la Salud
- Equipo de Cumplimiento de la Ley y de Prevención contra el Fraude en el Cuidado de la Salud (HEAT)
- El conjunto para la prevención del fraude está en CMS.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/Medicaid-Integrity-Education/fwa.html
- Capacitación para el proveedor y el beneficiario

Centro para la Integridad del Programa de CMS

- Consolida componentes contra el fraude de CMS
- Autoridades que surgen de la Ley de Asistencia Accesible
- Controles más rigurosos para proveedores de atención médica
- Desvinculación recíproca de proveedores de Medicare, Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños
- Pueden detener temporalmente la inscripción en áreas de alto riesgo
 - Se usó primero en julio de 2013 y se amplió hasta el 2015
- Detienen los pagos temporalmente en casos de sospecha de fraude

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

17

El Centro para la Integridad del Programa reúne a los grupos de la integridad del programa de Medicare y Medicaid bajo una estructura de gestión que permite fortalecer y coordinar mejor las actividades existentes y futuras para prevenir y detectar el fraude, los desperdicios y el abuso.

Las normas permitidas por la Ley de Asistencia Accesible han ayudado a Medicare, Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) a ir más allá del "pago y el papeleo" en cuanto al fraude en salud y adoptar un enfoque más proactivo y transparente:

- Creación de un proceso de evaluación para los proveedores y suministradores que se inscriben en Medicare, Medicaid y CHIP.
- Exigencia de una desvinculación cruzada entre los programas federales y estatales de salud, de modo que los proveedores y suministradores a los que se les revocaron los privilegios de facturación de Medicare o cuya participación en un programa de Medicaid o de CHIP fue concluida, tengan prohibido o no puedan volver a vincularse con los demás programas de Medicaid o de CHIP.
- Detención temporal de la inscripción de nuevos proveedores y suministradores en áreas de alto riesgo. Medicare y las agencias estatales están atentos a las tendencias que puedan indicar un potencial significativo de fraude en el cuidado de la salud y pueden detener temporalmente la inscripción para una categoría de proveedores o de suministradores o la inscripción de nuevos proveedores o suministradores en un área geográfica que ha sido identificada como de alto riesgo. CMS usó esta facultad por primera vez en julio de 2013 en agencias nuevas de atención médica a domicilio de Miami y Chicago, y en compañías de ambulancias de Houston, en función de su riesgo de fraude contra Medicare y Medicaid.
- En los 2 años posteriores a la implementación de la Ley de Asistencia Accesible, CMS duplicó el número de suministradores a los que se les revocaron sus privilegios de facturación en comparación con los 2 años anteriores, gracias a los nuevos requisitos de evaluación y otras iniciativas proactivas.

Contratistas de Integridad del Programa de CMS

- Una estrategia de integridad del programa Medicare/Medicaid coordinada a nivel nacional que atraviesa todas las regiones
 - Contratista Zonal de Integridad del Programa (ZIPC)
 - Contratista para la Integridad del Uso de los Medicamentos de la Integridad de Beneficios Nacional (NBI MEDIC)
 - Programa de Auditoría de Recuperación
 - Difusión y Educación Médica (O&E MEDIC)
 - Contratistas de Integridad de Medicaid

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

18

Los Contratistas para la Integridad del Programa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid son un equipo de contratistas para la integridad del programa de Medicare/Medicaid coordinados a nivel nacional que atraviesa toda las regiones. Incluyen lo siguiente:

- Contratista Zonal de Integridad del Programa (ZIPC)
- Integridad de Beneficios Nacional (NBI), MEDIC
- Programa de Auditoría de Recuperación
- Difusión y Educación Médica (O&E MEDIC)
- Contratistas de Integridad de Medicaid

NOTA: También consulte "Entidades de contratación de un vistazo" en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/ContractorEntityGuide_ICN906983.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/ContractorEntityGuide_ICN906983.pdf).

Contratistas Zonales de Integridad del Programa (ZIPC)

- Investigar pistas generadas por el Sistema de Prevención del Fraude (FPS) y una variedad de otras fuentes
- Proporcionar comentarios a CMS para mejorar el FPS
- Realizar análisis de datos para identificar e investigar sospechas de fraude, desperdicios y abuso
- Efectuar recomendaciones a CMS para que tome las medidas administrativas necesarias para proteger el dinero de los Fondos Fiduciarios de Medicare
- Generar referidos para cumplir la ley en caso de posible procesamiento
- Proporcionar respaldo para investigaciones en curso de cumplimiento de la ley
- Identificar pagos indebidos para que sean recuperados por los Contratistas Administrativos de Medicare

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

19

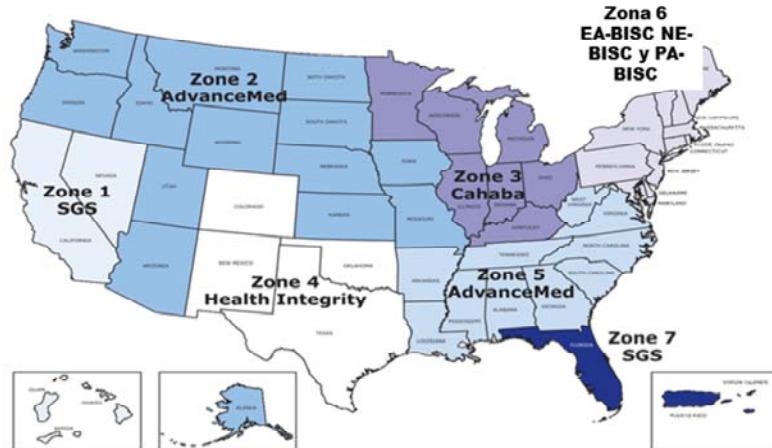
Los Contratistas Zonales de Integridad del Programa (ZPIC) fueron creados para desempeñar funciones de integridad del programa en zonas para Medicare Parte A y Parte B; equipo médico duradero, protésicos, ortóticos y suministros; atención en el hogar y en el hospicio y para la concordancia de datos de Medicare-Medicaid.

Las principales responsabilidades de los ZPIC incluyen lo siguiente:

- Investigar pistas generadas por el Sistema de Prevención del Fraude (FPS) y una variedad de otras fuentes.
- Proporcionar comentarios a CMS para mejorar el FPS.
- Realizar análisis de datos para identificar e investigar sospechas de fraude, desperdicios y abuso.
- Generar referidos para cumplir la ley en caso de posible procesamiento.
- Efectuar recomendaciones a CMS para que tome las medidas administrativas necesarias para proteger el dinero de los Fondos Fiduciarios de Medicare.
- Proporcionar respaldo para investigaciones en curso de cumplimiento de la ley.
- Identificar pagos indebidos para que sean recuperados por los Contratistas Administrativos de Medicare (MAC). CMS confía en una red de MAC para procesar reclamaciones de Medicare, y los MAC sirven como contacto operativo primario entre el programa de Pago por Servicio y los aproximadamente 1.5 millones de proveedores de servicios de salud inscritos en el programa.

Mapa de Contratista Zonal de Integridad del Programa

Zone Program Integrity Contractors (ZPIC)



16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

20

El Contratista Zonal de Integridad del Programa opera en 7 zonas. Se alinean con las jurisdicciones del Contratista Administrativo de Medicare.

- La zona 1 está cubierta por SGS e incluye California, Hawái y Nevada.
- La zona 2 está cubierta por AdvanceMed e incluye Alaska, Arizona, Idaho, Iowa, Kansas, Missouri, Montana, Nebraska, Dakota del Norte, Oregon, Dakota del Sur, 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, Nuevo México y Texas.
- La zona 5 está cubierta por AdvanceMed e incluye Alabama, Arkansas, Georgia, Louisiana, Mississippi, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Tennessee, Virginia y Virginia Occidental.
- La zona 6 está cubierta por EA-BISC, NE-BISC y PA-BISC e incluye Connecticut, Delaware, Maine, Maryland, Massachusetts, New Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Pensilvania, Rhode Island, Vermont y el Distrito de Columbia.
- La zona 7 está cubierta por SGS e incluye Florida y Puerto Rico.

Contratista para la Integridad del Uso de los Medicamentos de la Integridad de Beneficios Nacional (NBI MEDIC)

- Monitorea el fraude, los desperdicios y el abuso en los programas de la Parte C y la Parte D en los 50 estados, el distrito de Columbia y los Territorios de EE. UU.
- Trabaja con el cumplimiento de la ley y otras partes interesadas
- Las responsabilidades clave incluyen
 - Investigar fraude, desperdicios y abuso potenciales
 - Recibir quejas
 - Resolver quejas por fraude de los beneficiarios
 - Realizar análisis de datos proactivos
 - Identificar vulnerabilidades del programa
 - Remitir potenciales casos de fraude a agencias de cumplimiento
- La Difusión y Educación Médica proporciona herramientas para combatir el fraude, los desperdicios y el abuso en la Parte C y la Parte D



16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

21

El Contratista para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC) de la Integridad de Beneficios Nacional (NBI) respalda al Centro para la Integridad del Programa (CPI) de CMS. La NBI monitorea el fraude, los desperdicios y el abuso en los programas de la Parte C y la Parte D en los 50 estados, el Distrito de Columbia y los Territorios de EE. UU. La NBI tiene investigadores en todo el país que trabajan con el estado federal y las autoridades locales de cumplimiento de la ley y otras partes interesadas. Si desea obtener más información, visite healthintegrity.org/contracts/nbi-medic.

La integridad en salud es el contratista de la integridad del programa Medicare Parte C y Parte D para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) según NBI MEDIC. Sus principales responsabilidades incluyen lo siguiente:

- Investigar fraude, desperdicios y abuso potenciales
- Recibir quejas
- Resolver quejas por fraude de los beneficiarios
- Realizar análisis de datos proactivos
- Identificar vulnerabilidades del programa
- Remitir potenciales casos de fraude a agencias de cumplimiento de la ley

Los programas Medicare Parte C y Parte D pierden millones de dólares cada año por fraude, desperdicios y abuso. La Difusión y Educación Médica de CMS, en nombre del Centro para la Integridad del Programa (CPI) de CMS, ha creado un sitio web para ayudar a quienes están comprometidos con la detención del fraude, los desperdicios y el abuso en la Parte C y la Parte D, en el que se proporcionan noticias e información general y relevante, y herramientas y recursos específicos de la industria. Para obtener más información, visite medic-outreach.rainmakerssolutions.com/.

Programa de Auditoría de Recuperación

- Misión del Programa de Auditoría de Recuperación
 - Reducir pagos indebidos de Medicare mediante
 - Detección y recolección de sobrepagos
 - Identificación de subpagos
 - Implementación de acciones para evitar futuros pagos indebidos
 - Asegúrese de que cada Plan Medicare Advantage Parte C y que cada Plan para Recetas Médicas Parte D cuenten con un plan vigente contra el fraude
- Los estados y territorios establecen Contratistas de Auditoría de Recuperación de Medicaid
 - Identifican sobrepagos y subpagos
 - Coordinan esfuerzos con auditores federales y estatales

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

22

La misión del Programa de Auditoría de Recuperación es reducir los pagos indebidos a través de la detección y el cobro eficiente de sobrepagos, la identificación de subpagos y la implementación de acciones que evitarán futuros pagos indebidos.

El Programa de Contratistas de Auditoría de Recuperación (RAC) se implementó en forma permanente para Medicare Partes A y B a escala nacional. A través de la Ley de Asistencia Accesible (ACA) y la Protección al Paciente, CMS exige expandir el programa RAC a Medicare Partes C/D. Los RAC de Medicare Partes C/D deben garantizar que cada Plan Medicare Advantage Parte C y cada Plan para Recetas Médicas Parte D cuente con un plan vigente contra el fraude y revisar la eficacia de cada plan contra el fraude.

Los estados y territorios deben establecer programas RAC de Medicaid.

- Los RAC de Medicaid deben identificar y recuperar sobrepagos e identificar subpagos.
- Los RAC de Medicaid deben coordinar sus esfuerzos con otras entidades de auditorías, que incluyen agencias de autoridades federales y estatales. Los CMS y los estados trabajarán para minimizar la posibilidad de que se superpongan las auditorías. A partir del 26 de marzo de 2014, todos los estados, salvo 2, informaron sus datos a los RAC de Medicaid. Si desea obtener información, visite la página web "RAC de un vistazo" en w2.dehpg.net/RACSS/Map.aspx.

Difusión y Educación Médica (O&E MEDIC)

- Creó el sitio web CMS O&E MEDIC en nombre del Centro para la Integridad del Programa de CMS
 - Para ayudar a quienes están comprometidos en la detención del fraude, los desperdicios y el abuso de las Partes C/D suministrando
 - Materiales de educación y difusión
 - Capacitación profesional
 - Normativas y orientación
 - Recursos para la lucha contra el fraude
 - Noticias generales

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

23

Los programas Medicare Parte C y Parte D pierden millones de dólares cada año por fraude, desperdicios y abuso. El Contratista para la Integridad del Uso de los Medicamentos de Difusión y Educación Médica de CMS (O&E) en nombre del Centro para la Integridad del Programa (CPI) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ha creado el sitio web CMS O&E MEDIC para ayudar a quienes están comprometidos con la detención del fraude, los desperdicios y el abuso en Medicare Parte C y Parte D. Visite medic-outreach.rainmakerssolutions.com/ para obtener lo siguiente

- Materiales de educación y difusión
- Capacitación profesional
- Normativas y orientación
- Recursos para la lucha contra el fraude
- Noticias generales

Contratistas de Integridad de Medicaid (MIC)

- Respaldar, no reemplazar, los esfuerzos de integridad del programa estatal de Medicaid
- Conducir auditorías posteriores al pago de los suministradores de Medicaid
- Identificar sobrepagos y derivar al estado el cobro de los sobrepagos
- No se adjudican las apelaciones, pero se respalda el proceso de adjudicación del estado
- Tres tipos de MIC: revisión, auditoría y educación

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

24

Contratistas de Integridad de Medicaid (MIC)

- Respaldar, no reemplazar, los esfuerzos de integridad del programa estatal de Medicaid
- Conducir auditorías posteriores al pago de los suministradores de Medicaid
- Identificar sobrepagos y derivar al estado el cobro de los sobrepagos
- No se toma una decisión oficial sobre quién tiene razón en las apelaciones, pero se respalda el proceso de adjudicación del estado

Existen 3 tipos de MIC:

1. Revisión
2. Auditoría
3. Educación

Las Oficinas Estatales de Asistencia Médica (Medicaid) tienen su propia unidad de integridad del programa además de los Contratistas de Auditoría de Recuperación de Medicaid y, algunas veces, los estados cuentan con contratistas adicionales de integridad del programa. El personal de integridad del programa interno de los estados realiza muchas de las mismas funciones que los contratistas de Medicare, incluso la extracción de datos, el desarrollo de casos, investigaciones y auditorías de proveedores.

Si desea más información, visite [CMS.gov/medicare-medicaid-coordination/fraud-prevention/medicaidintegrityprogram](https://www.cms.gov/medicare-medicaid-coordination/fraud-prevention/medicaidintegrityprogram).

Acciones administrativas de CMS

- Cuando CMS tiene sospechas de fraude, entre las medidas administrativas que se toman, se incluyen:
 - Denegaciones automáticas de pago
 - Suspensiones de pago
 - Correcciones de prepagos
 - Multas civiles monetarias
 - Revocación de privilegios de facturación
 - Derivación a cumplimiento de la ley
 - Determinaciones de sobrepago

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

25

Cuando se detecta el fraude, se imponen las medidas administrativas adecuadas:

- Las denegaciones automáticas consisten en un estado de "reclamación de no pago" para elementos o servicios ordenados o prescritos por un proveedor excluido.
- Las suspensiones de pago son un reclamo de pago en suspenso hasta que concluya una investigación o un pedido de información.
- Las correcciones de prepagos constituyen una lógica de un sistema codificado que en forma automática paga todo o parte de una reclamación, deniega todo o parte de una reclamación, o suspende todo o parte de una reclamación, de modo que un analista capacitado pueda revisar la reclamación y la documentación asociada y efectuar determinaciones sobre cobertura y pago.
- Las multas civiles monetarias son sanciones punitivas impuestas por un juzgado civil a una entidad que se ha beneficiado de una actividad ilegal o poco ética. Pueden imponerse para sancionar a individuos u organizaciones por violar una serie de leyes o reglamentaciones. Visite oig.hhs.gov/fraud/enforcement/cmp/ para obtener más información.
- La revocación de privilegios de facturación se produce por falta de cumplimiento, conducta inadecuada, delitos graves, falsificación de información y otras situaciones estipuladas en 42 CFR, § 424.535. Los pagos de Medicare se interrumpen y los proveedores quedan en un vacío legal hasta que se implementa el plan de acciones correctivas o se completa la solicitud del proceso de reconsideración.
- Las derivaciones se realizan a cumplimiento de la ley.
- Se efectúan revisiones posteriores al pago para determinar si hubo sobrepagos.

Acciones de cumplimiento de la ley

- Mediante el cumplimiento de la ley se descubren actividades fraudulentas, las acciones de mantenimiento del orden incluyen
 - Prohibir a los proveedores/compañías pertenecer a los programas
 - Impedir que los proveedores/compañías facturen a Medicare, Medicaid o al Plan de Seguro Médico para Niños (CHIP)
 - Multar a los proveedores/compañías
 - Se producen arrestos y condenas
 - Se pueden negociar acuerdos de integridad corporativa

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

26

Mediante el cumplimiento de la ley se descubren actividades fraudulentas, las acciones de mantenimiento del orden incluyen las siguientes:

- Prohibir a los proveedores/compañías pertenecer a los programas.
- Impedir que los proveedores/compañías facturen a Medicare, Medicaid o a los Programas de Seguro Médico para Niños (CHIP).
- Multar a los proveedores/compañías.
- Se producen arrestos y condenas.
- Se pueden negociar acuerdos de integridad corporativa entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina del Inspector General (OIG) y los proveedores de atención médica y otras entidades como parte de una solución de las investigaciones de los programas de salud federales que surgen de una variedad de estatutos sobre falsas reclamaciones civiles. Los proveedores o las entidades se ponen de acuerdo en las obligaciones y, a cambio, la OIG acuerda procurar no excluirlos de participar en Medicare, Medicaid o en otros programas federales de atención en salud.

Asociación de Prevención del Fraude en la Atención Médica

- Incluye al gobierno federal, a funcionarios estatales, a organizaciones de seguro de salud privadas y a otros grupos que luchan contra el fraude en la atención médica
 - Comparte información y prácticas recomendadas
 - Mejora la detección
 - Previene el pago de facturas fraudulentas de atención médica en todos los pagadores públicos y privados
 - Permite el intercambio de datos e información entre los socios

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

27

La Asociación de Prevención del Fraude en la Atención Médica fue concebida para reducir el fraude en la atención médica mediante la asociación del sector privado y el uso de técnicas de análisis de datos para ordenar los datos de todas las reclamaciones. La asociación voluntaria, que incluye al gobierno federal, funcionarios estatales, organizaciones de seguro de salud privadas y otros grupos que luchan contra el fraude en la atención médica, fue concebida para lograr lo siguiente:

- Compartir información y prácticas recomendadas.
- Mejorar la detección.
- Prevenir el pago de facturas fraudulentas de atención médica en todos los pagadores públicos y privados.
- Permitir el intercambio de datos e información entre los socios. La meta potencial a largo plazo de la asociación es usar tecnología sofisticada y una analítica sobre los datos del cuidado de la salud de toda la industria que permitan predecir y detectar fraudes en la atención médica (mediante técnicas similares a los análisis de fraude contra las tarjetas de crédito).

Equipo de Cumplimiento de la Ley y de Prevención contra el Fraude en el Cuidado de la Salud (HEAT)

- Iniciativa conjunta entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Departamento de Justicia de los EE. UU.
- Mejora la colaboración entre agencias al reducir y prevenir el fraude en los programas federales de atención médica
- Mejora la coordinación, el intercambio de datos y la capacitación entre los investigadores, agentes, fiscales, analistas y políticos

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

28

El Equipo de Cumplimiento de la Ley y de Prevención contra el Fraude en el Cuidado de la Salud (HEAT) es una iniciativa conjunta entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y el Departamento de Justicia (DOJ) de los EE. UU. para combatir el fraude. El grupo operativo de HEAT está conformado por equipos interinstitucionales que cuentan con un plantel profesional y de cumplimiento de la ley de máximo nivel. El equipo se conforma a partir de asociaciones existentes, entre ellas organizaciones locales y estatales de mantenimiento del orden público que se ocupan de prevenir el fraude y el cumplimiento de las leyes contra el fraude. Su meta es mejorar la colaboración entre agencias al reducir y prevenir el fraude en los programas federales de atención médica. Mediante el despliegue de las fuerzas del orden público y el personal capacitado de la agencia, el HHS y el DOJ mejoran la coordinación, el intercambio de datos y la capacitación de los investigadores, agentes, fiscales, analistas y políticos. El proyecto HEAT ha tenido mucho éxito en producir casos de fraude en la atención médica y procesarlos con rapidez y eficacia.

La misión del equipo HEAT es la siguiente:

- Reunir recursos en todo el gobierno para ayudar a prevenir los desperdicios, el fraude y el abuso en los programas Medicare y Medicaid y tomar medidas enérgicas contra los perpetradores de fraude que abusan del sistema y le provocan un gasto de miles de millones de dólares
- Reducir costos médicos exorbitantes y mejorar la calidad de la atención al liberar al sistema de perpetradores que se aprovechan de los beneficiarios de Medicare y Medicaid
- Destacar las prácticas recomendadas por los proveedores y los empleados del sector público que están abocados a finalizar con los desperdicios, el fraude y el abuso en Medicare
- Aprovechar las asociaciones existentes entre el HHS y el DOJ para reducir el fraude y recuperar el dinero de los contribuyentes

Equipos de fuerza de choque contra el fraude en Medicare

- Equipos de fuerza de choque contra el fraude en Medicare
 - Ubicados en zonas "cándentes" para el fraude
 - Usan análisis de datos avanzados para identificar niveles de alta facturación en zonas cándentes para el fraude en la atención médica
 - Coordinan detenciones a nivel nacional
- CMS respalda las detenciones de la fuerza de choque
 - Realizan análisis de datos
 - Suspenden pagos

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

29

Departamento conjunto de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. La fuerza de choque contra el fraude en Medicare del Departamento de Justicia es un equipo multidepartamental de investigadores federales, estatales y locales designados para luchar contra el fraude en Medicare.

- Los lugares de la fuerza de choque contra el fraude en Medicare constituyen una prueba de la dispersión geográfica del fraude contra Medicare, con operaciones actuales en las zonas cándentes para el fraude de Baton Rouge, Brooklyn, Chicago, Dallas, Detroit, Houston, Los Angeles, Miami-Dade y Tampa Bay.
- Los equipos de la fuerza de choque usan técnicas de análisis de datos para identificar niveles de alta facturación en zonas cándentes para el fraude en la atención médica.
- Los equipos interdepartamentales pueden abordar planes emergentes o migratorios junto con el fraude crónico de delincuentes que se hacen pasar por profesionales o proveedores del cuidado de la salud.
- CMS trabaja en colaboración con socios federales y estatales de cumplimiento de la ley para mejorar la recuperación de los pagos indebidos y el fraude mediante el suministro de datos y otras medidas de apoyo durante las investigaciones y procesamientos de Prevención del Fraude y Acciones de Cumplimiento en la Atención Médica, y la suspensión de pagos para los proveedores sujetos a acusaciones creíbles de fraude.

También vea stopmedicrefraud.gov/aboutfraud/heattaskforce/index.html.

Conjunto para la prevención del fraude

- Visite CMS.gov para acceder al conjunto para la prevención del fraude que incluye
 - El folleto de las 4R
 - Hojas de datos sobre la prevención y detección del fraude
 - Preguntas frecuentes
- CMS.gov también tiene información sobre el Centro para la Integridad del Programa y los esfuerzos para la prevención del fraude en los pagos por servicios de Medicare Parte C y Parte D y de Medicaid

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

30

- En [CMS.gov](#), ofrecemos un conjunto para la prevención del fraude que incluye
 - El folleto de las 4R que analizaremos en la Lección 3
 - Hojas de datos sobre la prevención y detección del fraude
 - Preguntas frecuentes

Si desea obtener más información sobre el conjunto para la prevención del fraude, visite [CMS.gov/outreach-and-education/outreach/partnerships/fraudpreventiontoolkit.html](#).

Para consultar las últimas novedades e información del Centro para la Integridad del Programa, visite [CMS.gov/about-cms/components/cpi/center-for-program-integrity.html](#).

Capacitación para el proveedor y el beneficiario

- La capacitación de proveedores ayuda a corregir vulnerabilidades
 - Mantener la documentación correcta
 - Reducir el envío de reclamaciones inadecuadas
 - Proteger la información de identidad del paciente y del proveedor
 - Establecer una cultura de cumplimiento más amplia
- La capacitación de beneficiarios ayuda a identificar y denunciar sospechas de fraude

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

31

CMS trabaja para cambiar el foco hacia la prevención de pagos indebidos y el fraude sin dejar de estar alerta a la detección y solución de los problemas cuando ocurren. La capacitación de proveedores y beneficiarios se aplica tanto a los programas de Medicare como de Medicaid.

- La capacitación de proveedores ayuda a corregir vulnerabilidades:
 - Mantener la documentación correcta
 - Reducir los envíos inapropiados de reclamaciones capacitando a los proveedores en los errores de facturación más comunes
 - Proteger la información de identidad del paciente y del proveedor
 - Establecer una cultura de cumplimiento más amplia
- La capacitación de beneficiarios les ayuda a sumarse a la lucha contra el fraude al aprender a identificar y denunciar las sospechas de fraude. Si desea una copia de "Integridad del programa: conjunto sobre compartir la tarjeta del beneficiario," visite CMS.gov/medicare-medicaid-coordination/fraud-prevention/medicaid-integrity-education/beneficiary-education-toolkits/beneficiary-toolkit.html.

Compruebe su conocimiento: pregunta 3

Cuando CMS detecta fraude, entre las medidas administrativas que se toman, se pueden incluir:

- a. Multas civiles monetarias
- b. Revocación de privilegios de facturación
- c. Derivación a cumplimiento de la ley
- d. Todas las anteriores

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

32

Compruebe su conocimiento: pregunta 3

Cuando CMS detecta fraude, entre las medidas administrativas que se toman, se pueden incluir:

- a. Multas civiles monetarias
- b. Revocación de privilegios de facturación
- c. Derivación a cumplimiento de la ley
- d. Todas las anteriores

RESPUESTA: d. Todas las anteriores

Cuando se detecta el fraude, CMS impone medidas administrativas adecuadas. Estas medidas incluyen, entre otras, las siguientes:

- Las multas civiles monetarias son sanciones punitorias impuestas por un juzgado civil a una entidad que se ha beneficiado de una actividad ilegal o poco ética. Pueden imponerse para sancionar a individuos u organizaciones por violar una serie de leyes o reglamentaciones. Visite oig.hhs.gov/fraud/enforcement/cmp/ para obtener más información.
- La revocación de privilegios de facturación se produce por falta de cumplimiento, conducta inadecuada, delitos graves, falsificación de información y otras situaciones estipuladas en 42 CFR, § 424.535. Los pagos de Medicare se interrumpen y los proveedores quedan en un vacío legal hasta que se implementa el plan de acciones correctivas o se completa la solicitud del proceso de reconsideración.
- Las derivaciones se realizan a cumplimiento de la ley.

Lección 3: cómo se puede combatir el fraude

- Las 4R para luchar contra el fraude en Medicare
- [stopmedicarefraud.gov](#)
- Resumen de noticias de Medicare
- [MyMedicare.gov](#)
- 1-800-MEDICARE
- Patrulla Medicare de Adultos Mayores
- Protección de información personal y robo de identidad
- Denuncia de fraude contra Medicaid
- Recursos útiles

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

33

En la Lección 3, aprenderemos cómo pueden luchar contra el fraude las personas con Medicare y Medicaid:

- Revisar las 4R para luchar contra el fraude en Medicare
- Conocer los recursos disponibles en [stopmedicarefraud.gov](#)
- Revisar el resumen de noticias de Medicare
- Destacar las ventajas de usar [MyMedicare.gov](#)
- Saber cómo denunciar el fraude y el abuso mediante el 1-800-MEDICARE
- Revisar el programa de la Patrulla Medicare de Adultos Mayores
- Conocer recomendaciones útiles que pueden seguir las personas con Medicare y Medicaid para proteger su información personal y cómo manejar el robo de identidad
- Analizar la denuncia de fraude contra Medicaid
- Recursos útiles

Las 4R para luchar contra el fraude en Medicare

- Usted es la primera línea de defensa contra el fraude y el abuso en Medicare. Estas son algunas maneras en que puede protegerse contra el fraude:
 1. **Registrar** citas y servicios
 2. **Revisar** los servicios provistos
 - Comparar los servicios que realmente le brindan con su Resumen de Medicare
 3. **Reportar** las sospechas de fraude
 4. **Recordar** proteger la información personal, como su tarjeta de Medicare y los números de cuentas bancarias

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

34

1. **Registre** las fechas de las citas con el médico en un calendario. Anote los análisis y servicios que recibe y guarde los recibos y declaraciones de sus proveedores. Si necesita ayuda para registrar las fechas y servicios, pregunte a un amigo o familiar. Comuníquese con su programa de Patrulla Medicare de Adultos Mayores (SMP) para obtener un "Diario Personal para el Cuidado de la Salud" gratis. Si desea encontrar un programa SMP en su área, use el localizador de SMP en smppresource.org, o llame al 1-877-808-2468.
2. **Revise** los signos de fraude, que incluyen reclamaciones que usted no reconoce en su Resumen de Medicare (MSN) y anuncios o llamadas telefónicas de compañías que ofrezcan elementos o servicios a las personas con Medicare. Compare los datos y servicios de su calendario con su MSN para asegurarse de haber recibido cada uno de los servicios listados y que todos los detalles sean correctos. Si encuentra elementos listados en sus reclamaciones de los cuales no tiene registro, es posible que a usted o a Medicare se les hayan facturado servicios o elementos que usted no recibió. Visite MyMedicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para revisar sus reclamaciones de Medicare. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene un plan Medicare Advantage (como el de una Organización para el Mantenimiento de la Salud o una Organización de Proveedores Preferidos) o el Plan Medicare para Recetas Médicas, llame a su plan para obtener más información sobre una reclamación. Usted puede obtener ayuda de su programa SMP local para controlar errores o sospechas de fraude en sus MSN.
3. **Reporte** casos de sospecha de fraude contra Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando use el sistema telefónico automatizado, tenga su tarjeta Medicare a mano y hable claramente o introduzca su número y letra(s) de Medicare. Si identifica errores o sospecha de fraude, el SMP también puede ayudarle a efectuar una denuncia a Medicare.
4. **Recuerde** proteger su número de Medicare. Nunca lo entregue, salvo a su médico o a otro proveedor de servicios de salud. Nunca entregue su número de Medicare a cambio de una oferta especial. Medicare jamás se comunicará con usted ni le pedirá información personal, como su número de Medicare o el de su cuenta bancaria. Nunca deje que alguien use su tarjeta Medicare y nunca use la tarjeta de otra persona.

El producto "4R para combatir el fraude" de CMS No. 11610 está disponible en Medicare.gov/Pubs/pdf/11610.pdf.

STOPMedicareFraud.gov

- Conocer sobre el fraude
- Encontrar recursos
- Denunciar el fraude en línea
- Acceder a videos
- Consulte los resultados recientes del Grupo operativo del Equipo de Cumplimiento de la Ley y de Prevención contra el Fraude en el Cuidado de la Salud (HEAT) por estado



16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

35

El sitio web stopmedicrefraud.gov es un buen lugar para que usted conozca los recursos contra el fraude en Medicare disponibles para los beneficiarios y proveedores.

- Sepa qué es el fraude y el modo de prevenirlo
- Encontrar recursos
- Denunciar el fraude en línea
- Acceder a videos
- Consulte los resultados recientes del Grupo operativo del Equipo de Cumplimiento de la Ley y de Prevención contra el Fraude en el Cuidado de la Salud (HEAT) por estado
stopmedicrefraud.gov/newsroom/your-state/index.html.

Resumen de Medicare (MSN)

- CMS rediseñó el MSN para la Parte A y la Parte B con el fin de facilitar la lectura y detectar el fraude
- Muestra todos sus servicios o suministros
 - Facturado a Medicare en un período de 3 meses
 - Lo que Medicare pagó
 - Lo que usted debe
- Léalo atentamente

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

THIS IS NOT A BILL | Page 2 of 4

Making the Most of Your Medicare

How to Check This Notice

Do you recognize the name of each facility?

Check the dates.

Did you get the claims 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 supplemental insurance (Medigap) plan or other insurer. That plan may pay your share.

How to Report Fraud

If you think a facility or business is involved in fraud, call us at 1-800-MEDICARE (1-800-433-4227).

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 tax payers \$4.2 billion—the largest ever recovered in a single year—thanks to people who reported suspicious activity to Medicare.

How to Get Help with Your Questions

1-800-MEDICARE (1-800-433-4227)

Ask for "hospital services." Your customer service code is 05535.

TTY 1-877-486-2048 (for hearing impaired)

Contact your State Health Insurance Program (SHIP) for free, local health insurance counseling. Call 1-555-555-5555.

Your Benefit Periods

Your hospital and skilled nursing facility (SNF) stays are measured in **benefit days** and **benefit periods**.

Every day that you spend in a hospital or SNF counts toward the benefit days in the benefit period. A benefit period begins on the first non-hospital inpatient stay or, in certain circumstances, SNF services, and ends when you haven't received any inpatient care in a hospital or inpatient skilled care in a SNF for 60 days in a row.

Inpatient Hospital: You have 56 out of 90 **covered benefit days** remaining for the benefit period that began May 27, 2013.

Skilled Nursing Facility: You have 63 out of 100 **covered benefit days** remaining for the benefit period that began May 27, 2013.

See your "Medicare & You" handbook for more information on benefit periods.

Your Messages from Medicare

Get a pre-nasalocanal shot. You may only need it once in a lifetime. Contact your doctor or 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 1-800-325-0778.

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

36

Existe una Parte A, una Parte B y un Resumen de Medicare (MSN) para equipo médico duradero. Fue rediseñado para facilitar que las personas con Medicare detecten el fraude. No se trata de una factura. Los Planes Medicare Advantage ofrecen una explicación de los beneficios que brinda información similar. El MSN muestra todos los servicios y suministros que le fueron facturados a Medicare, lo que Medicare pagó y lo que usted le debe a cada proveedor. Debe revisar su MSN con atención para asegurarse de que recibió los servicios y suministros por los cuales se le facturó a Medicare.

CMS rediseñó el MSN para hacer más fácil de entender, detectar y denunciar el fraude (en la página 2). Proporciona información adicional, como un resumen trimestral de reclamaciones.

Busque ayuda para leer su MSN en Medicare.gov/forms-help-and-resources/mail-about-medicare/medicare-summary-notice-msn.html.

Visite Medicare.gov/pubs/pdf/summarynoticea.pdf para ver cómo leer su MSN Parte A.

Visite Medicare.gov/pubs/pdf/summarynoticeb.pdf para ver cómo leer su MSN Parte B.

MyMedicare.gov

- Sitio seguro para gestionar la información personal
 - Revise la elegibilidad, los derechos y la información sobre el plan
 - Busque servicios preventivos
 - Mantenga una lista de medicamentos recetados
- Revise reclamaciones "si usted tiene Medicare Original"
 - Disponible casi inmediatamente después de su procesamiento

Haga clic en el “botón azul” para descargar sus datos a un archivo de texto.

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

37

[MyMedicare.gov](#) es el servicio en línea, seguro y gratuito de Medicare para acceder a información personalizada respecto de los beneficios y servicios de Medicare.

[MyMedicare.gov](#) le ofrece acceso a su información personalizada en cualquier momento.

- Consulte la información sobre elegibilidad, derechos y servicios preventivos.
- Controle la información personal de Medicare, que incluye las reclamaciones de Medicare, tan pronto como se procesan.
- Controle su información de inscripción para recibir servicios de salud y medicamentos recetados, así como cualquier información sobre el deducible aplicable de la Parte B.
- Gestione su lista de medicamentos recetados y su información de salud personal.
- Revise las reclamaciones "si usted tiene Medicare Original" y detecte reclamaciones fraudulentas. No tiene que esperar a recibir el Resumen de Medicare (MSN) por correo para ver sus reclamaciones de Medicare. Visite [MyMedicare.gov](#) para rastrear sus reclamaciones de Medicare o visualizar los MSN electrónicos. Sus reclamaciones normalmente están disponibles dentro de las 24 horas posteriores al procesamiento.
 - Si existen discrepancias, debe llamar a su médico o proveedor. Llame al 1-800-MEDICARE si tiene sospechas de fraude. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Para usar este servicio, debe registrarse en el sitio. Los beneficiarios recientemente elegibles se registran automáticamente y se les envía un número de identificación personal.

1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048)

- Quejas por fraude recibidas de beneficiarios
 - Ayudan a seleccionar a ciertos proveedores/suministradores para su revisión
 - Muestran los lugares en los que las estafas por fraude están aumentando
- Uso del sistema de respuesta interactiva por voz
 - Acceda hasta a 15 meses de reclamaciones
 - Controle las fechas, servicios y suministros correctos recibidos
 - Si no controla las reclamaciones en MyMedicare.gov

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

38

CMS también usa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para quejas de beneficiarios y poder identificar y denunciar el fraude con mayor facilidad. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Los datos reunidos ayudan a CMS a:

- Seleccionar proveedores o suministradores con múltiples quejas de beneficiarios para su revisión futura.
- Rastrear quejas de fraude para notar cuándo aumentan las estafas por fraude en nuevas áreas, con base en las llamadas de los beneficiarios al 1-800-MEDICARE que plantean un interrogante sobre posibles fraudes. El uso de los datos existentes de esta manera innovadora permite a CMS seleccionar proveedores y suministradores con múltiples quejas de beneficiarios para su investigación futura.

CMS también ha implementado un sistema de respuesta interactiva por voz (IVR) para beneficiarios que no se hayan registrado o que no usen [MyMedicare.gov](#) para detectar y denunciar el fraude. El IVR puede acceder a 15 meses de reclamaciones de Medicare Original procesadas en su nombre si están disponibles. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Antes de denunciar errores, fraude o abuso, revise con atención los hechos y tenga la siguiente información a mano:

- El nombre del proveedor y cualquier número identificatorio que usted posea
- Información sobre el servicio o el elemento que está cuestionando
- La fecha en que supuestamente se brindó el servicio o se entregó el elemento
- El monto del pago aprobado y pagado por Medicare
- La fecha de su Resumen de Medicare
- Su nombre y número de Medicare (según la lista de su tarjeta Medicare)
- La razón por la que piensa que Medicare no debería haber pagado
- Cualquier otra información que posea y demuestre por qué Medicare no debería haber pagado

Actividad de aprendizaje

John tiene dudas y desea discutir su Resumen de Medicare con usted.

Indique cuáles son algunas de las cosas que podrían indicar fraude.



16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

39

Actividad de aprendizaje

John tiene dudas y desea discutir su Resumen de Medicare con usted. Indique cuáles son algunas de las cosas que podrían indicar fraude (La discusión está en la próxima diapositiva).

Actividad de aprendizaje

¿Qué podría indicar fraude?

- ¿Le cobraron algún servicio médico que no recibió?
- ¿No reconoce las fechas de los servicios?
- ¿Le facturaron lo mismo dos veces?
- ¿Su informe crediticio muestra alguna factura impaga por servicios o equipamiento médico que no recibió?
- ¿Ha recibido avisos de cobro por servicios o equipos médicos que no recibió?

Fight Back!
Deter, Detect, Defend

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

40

Resumen de Medicare —Actividad— ¿Qué preguntas debe formular?

- ¿Le cobraron algún servicio médico que no recibió?
- ¿No reconoce las fechas de los servicios?
- ¿Le facturaron lo mismo dos veces?
- ¿Su informe crediticio muestra alguna factura impaga por servicios o equipamiento médico que no recibió?
- ¿Ha recibido avisos de cobro por servicios o equipos médicos que no recibió?

Luchar contra el fraude puede valer la pena

- Usted puede recibir una recompensa si reúne **todas** estas condiciones:
 - Llame al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para denunciar sospechas de fraude. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Las sospechas de fraude contra Medicare que usted denuncia deben ser investigadas y validadas por los contratistas de CMS.
 - El fraude denunciado debe ser derivado formalmente a la Oficina del Inspector General para su investigación futura.
 - Usted no es un individuo excluido.
 - La persona u organización que denuncia no está siendo investigada por cumplimiento de la ley.
 - Su denuncia conduce directamente a la recuperación de por lo menos \$100 del dinero de Medicare.

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

41

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

- Llame al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para denunciar sospechas de fraude. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
- Las sospechas de fraude de Medicare que usted denuncia deben quedar demostradas como posible fraude por el Contratista Zonal de Integridad del Programa (los contratistas de Medicare responsables de investigar casos potenciales de fraude y abuso) y derivados formalmente por uno de los contratistas como parte de un caso a la Oficina del Inspector General para su investigación futura.
- Usted no es un "individuo excluido". Por ejemplo, no participó en el delito de fraude que está denunciando. O bien, no calificó para otra recompensa a través de otro programa gubernamental.
- La persona u organización que denuncia no está siendo investigada por cumplimiento de la ley.
- Su denuncia conduce directamente a la recuperación de por lo menos \$100 del dinero de Medicare.

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

Quizás también desee leer el comunicado de prensa en

HHS.gov/news/press/2013pres/04/20130424a.html y el Código de Regulaciones Federales en CFR 420.405 "Recompensas a cambio de información relacionada con el fraude y el abuso contra Medicare".

La Patrulla Medicare de Adultos Mayores

- Programa de educación y prevención destinado a educar a los beneficiarios en la prevención, identificación y denuncia de fraude en la atención médica
- Programas activos en todos los estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Guam y las Islas Vírgenes de EE. UU.
- Busca voluntarios para representar a sus comunidades
- Teléfono gratuito en toda la nación: 1-877-808-2468



16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

42

Las Patrullas Medicare de Adultos Mayores (SMP) facultan y asisten a los beneficiarios de Medicare, sus familias y cuidadores para prevenir, detectar y denunciar el fraude, los errores y los abusos en la atención médica a través de la difusión, el asesoramiento y la educación. Los SMP son proyectos subvencionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS), la Administración de los EE. UU. para Vivir en Comunidad (ACL). Su trabajo se produce en 3 áreas principales:

1. Efectuar difusión y educación. Los SMP realizan presentaciones para los grupos, exhibiciones en eventos y trabajan uno a uno con los beneficiarios de Medicare. En 2013, más de 1 millón de personas fueron atendidas a escala nacional gracias a los esfuerzos de difusión y educación del programa de SMP.

2. Conseguir voluntarios. Proteger la salud, las finanzas y la identidad médica de las personas mayores a la vez que se ahorra el preciado dinero de Medicare es una causa atractiva para la mentalidad cívica de los estadounidenses. El programa de SMP involucra a más de 5,000 voluntarios en toda la nación que contribuyen en total con alrededor de 150,000 horas por año.

3. Recibir quejas de los beneficiarios. Cuando los beneficiarios, cuidadores y miembros de las familias de Medicare acuden con sus quejas al SMP, el SMP toma una determinación sobre la existencia o no de sospecha de fraude, errores o abuso. Cuando existen sospechas de fraude o abuso, se hacen derivaciones a las agencias federales o estatales adecuadas para su futura investigación.

Existen 54 programas de SMP, que incluyen uno en cada estado, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Guam y las Islas Vírgenes de EE. UU. Los SMP buscan voluntarios para representar al programa en sus comunidades.

NOTA: Si desea obtener una visión general a fondo del programa SMP e información sobre su área local, visite smpresource.org/ o llame al teléfono gratuito 1-877-808-2468 en todo el país. Las personas que llaman reciben información sobre el programa SMP y se conectan con el SMP en su estado para obtener asistencia individualizada. Este número también se puede encontrar en el manual "Medicare y usted" y en otras publicaciones nacionales de Medicare y contra el fraude que hacen referencia al programa SMP. También puede enviar un correo electrónico a info@smpresource.org.

Protección de la información personal

- Compártala solo con personas en las que confía
 - Médicos, otros proveedores de atención médica y planes aprobados por Medicare
 - Aseguradores que pagan los beneficios en su nombre
 - Personas de confianza de la comunidad que trabajan con Medicare, como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) o el Seguro Social
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si no está seguro de que un proveedor esté aprobado por Medicare
 - Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

43

Mantenga segura su información personal, como sus números de Medicare, el Seguro Social y la tarjeta de crédito. Solo comparta esta información con personas en las que confía, por ejemplo

- Sus médicos, otros proveedores de atención médica y planes aprobados por Medicare
- Aseguradores que pagan los beneficios en su nombre
- Personas de confianza de la comunidad que trabajan con Medicare, como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) o el Seguro Social.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si no está seguro de que un proveedor esté aprobado por Medicare. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Robo de identidad

- El robo de identidad es un delito grave
 - Otra persona utiliza su información personal, por ejemplo, su número de Seguro Social o de Medicare
- Si usted piensa que alguien está utilizando su información
 - Llame al departamento de policía local
 - Llame a la línea directa contra el robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338
- Si perdió o le robaron su tarjeta Medicare, haga la denuncia enseguida
 - Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213
 - Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

44

El robo de identidad se produce cuando otra persona utiliza su información personal, por ejemplo, su número de Seguro Social o de Medicare. Se trata de un delito grave. Actualmente, CMS está al tanto de 5,000 números de Medicare comprometidos (Partes A/B/D) y de 284,000 números de beneficiarios comprometidos.

Si usted piensa que alguien está utilizando su información, puede optar por lo siguiente:

- Llamar al departamento de policía local.
- Llamar a la línea directa contra el robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-866-653-4261.

Si perdió o le robaron su tarjeta Medicare, haga la denuncia enseguida:

- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213.
- Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.

Si desea obtener más información sobre el robo de identidad o presentar una queja en línea, visite ftc.gov/idtheft.

También puede visitar stopmedicrefraud.gov/fightback_brochure_rev.pdf para visualizar "Robo de identidad y fraude en salud contra Medicare".

Denuncia de sospechas de fraude contra Medicaid

- La Unidad de Control de Fraude de Medicaid (MFCU) investiga y procesa
 - Fraude contra Medicaid
 - Abuso y negligencia con el paciente en instalaciones de cuidado de la salud
 - Llame a la Oficina del Inspector General al 1-800-447-8477 (TTY 1-800-377-4950)
 - También certifican y una vez por año recertifican la MFCU
- Oficina de Asistencia Médica Estatal (Medicaid)
 - Consulte el listado estatal para Medicaid
 - Descargue contactos de oig.hhs.gov/fraud/Medicaid-fraud-control-units-mfcu/files/contact-directors.pdf

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

45

Existen organizaciones a las que puede denunciar sospechas de errores, fraude o abuso contra Medicaid:

- Las Unidades de Control de Fraude de Medicaid (MFCU) investigan y procesan el fraude contra Medicaid así como el abuso y la negligencia contra el paciente en instalaciones de atención médica. La Oficina del Inspector General (OIG) certifica cada MFCU y una vez por año la recertifica. Puede dirigir sus quejas de sospecha de fraude contra Medicaid directamente a una MFCU. Descargue contactos en oig.hhs.gov/fraud/medicaid-fraud-control-units-mfcu/files/contact-directors.pdf.
- OIG del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS).
 - Llame al: 1-800-447-8477. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-377-4950.
 - En línea: Denuncie el fraude en línea (forms.oig.hhs.gov/hotlineoperations/).
 - Correo postal: HHS Tips Hotline, P.O. Box 23489, Washington, DC 20026-3489
- También puede denunciar el fraude y el abuso a su Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid). Puede encontrarlas en CMS.gov/medicare-medicaid-coordination/fraud-prevention/fraudabuseforconsumers/downloads/smafraudcontacts-october2013.pdf.
- Conozca más sobre fraude contra Medicaid en Medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/program-integrity/program-integrity.html.

Puntos clave que debe recordar

- ✓ La diferencia clave entre el fraude y el abuso es la intención
- ✓ Los pagos indebidos suelen ser errores
- ✓ CMS combate el fraude y el abuso con el respaldo de los Contratistas de Integridad del Programa
- ✓ Usted puede combatir el fraude y el abuso con las 4R: Registrar, Revisar, Reportar y Recordar
- ✓ Existen muchas fuentes de información adicional

16.10.2015

Prevención del fraude y el abuso contra Medicare y Medicaid

46

Los puntos clave para recordar incluyen los siguientes:

- La diferencia entre el fraude y el abuso es la intención.
- Si bien existen muchas causas para los pagos indebidos, muchos son errores involuntarios.
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid luchan contra el fraude y el abuso con el respaldo de los Contratistas de Integridad del Programa y asociaciones con organizaciones como la Patrulla Medicare de Adultos Mayores y la industria privada.
- Usted puede combatir el fraude y el abuso con las 4R: registrar, revisar, reportar y recordar.
- Existen muchas fuentes de información adicional.

Guía de recursos contra el fraude y el abuso en Medicare

Recursos	Productos Medicare
<p>Centros de Servicios de Medicaid y Medicare (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048) Medicare.gov MyMedicare.gov MyMedicare.gov/ Integridad del Programa de CMS CMS.gov/About-CMS/Components/CPI/Center-for-program-integrity.html STOPMedicarefraud.gov Oficina del Inspector General oig.hhs.gov/ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. A la atención de: LÍNEA DIRECTA(forms.oig.hhs.gov/hotlineoperations/) P.O. Box 23489 Washington, DC 10026 Línea directa contra el fraude 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) Usuarios de TTY 1-800-337-4950 Fax 1-800-223-8162 HealthCare.gov HealthCare.gov/how-can-i-protect-myself-from-fraud-in-the-health-insurance-marketplace/ Administración del Seguro Social SSA.gov 1-800-772-1213 TTY-1-800-325-0778</p>	<p>Programa de la Patrulla Medicare de Adultos Mayores SMPresource.org Encuentre los recursos de SMP para su estado mediante Encontrar ayuda - Localizador de SMP Estafas por fraude SMPresource.org/AM/Template.cfm?Section=Scams1&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=5912</p> <p>Grupo de denuncia de fraude en las Partes C y D de NBI Medicare 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379) healthintegrity.org/contracts/nbi-medic/reporting-a-complaint Envíe un formulario de queja por fax a 410-819-8698 Envíe una carta por correo a: Health Integrity, LLC, 7102 Ambassador Road, Suite 100, Windsor Mill, MD 21244 healthintegrity.org/contracts/nbi-medic</p> <p>Asociación Nacional contra el Fraude en la Atención Médica NHCAA.org</p> <p>Educación para beneficiarios de Medicaid CMS.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/Medicaid-Integrity-Education/edmic-landing.html</p> <p>Conjunto de prevención CMS.gov/Outreach-and-Education/Outreach/Partnerships/FraudPreventionToolkit.html</p> <p>Divulgación y educación médica de CMS medic-outreach.rainmakerssolutions.com/</p>

Programa Nacional de Capacitación (NTP) de CMS

Para conocer todos los materiales de capacitación del NTP disponibles, o para suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite:

[CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/
CMSNationalTrainingProgram/index.html](https://CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html)

Por preguntas sobre los productos de capacitación, envíe un correo electrónico a
training@cms.hhs.gov

- Este módulo de capacitación está suministrado por el Programa de Capacitación Nacional (NTP) de CMS.
- Para consultar todo el material del NTP de CMS disponible, incluidos los módulos de capacitación adicional, material de apoyo, actividades educativas y seminarios web y cronogramas de talleres, o para suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite CMS.gov/outreach-and-education/training/ cmsnationaltrainingprogram.
- Por preguntas sobre estos productos de capacitación, envíe un correo electrónico a training@cms.hhs.gov