



Plan de salud Elite, Inc
Programa de Cumplimiento y
Antifraude
Tabla de contenido:

- 10 – Introducción
- 20 – Definiciones
- 30 – Descripción general del programa de cumplimiento obligatorio
- 40 – Responsabilidad del patrocinador y supervisión de los FDR
- 50 – Elementos de un programa de cumplimiento eficaz
 - 50.1 – Elemento I: Políticas, procedimientos y normas de conducta escritas
 - 50.1.1 – Normas de conducta
 - 50.1.2 – Políticas y procedimientos
 - 50.1.3 – Distribución de políticas y procedimientos de cumplimiento y estándares de conducta
 - 50.2 – Elemento II: Oficial de Cumplimiento, Comité de Cumplimiento y Supervisión de Alto Nivel
 - 50.2.1 – Oficial de Cumplimiento
 - 50.2.2 – Comité de Cumplimiento
 - 50.2.3 – Consejo de Administración
 - 50.2.4 – Participación de la alta dirección en el programa de cumplimiento
 - 50.3 – Elemento III: Capacitación y educación efectivas
 - 50.3.1 – Capacitación general de cumplimiento
 - 50.3.2 – Capacitación sobre fraude, despilfarro y abuso
 - 50.4 – Elemento IV: Líneas de comunicación efectivas
 - 50.4.1 – Líneas de comunicación efectivas entre el Oficial de Cumplimiento, el Comité de Cumplimiento, los empleados, el Órgano de Gobierno y los FDR
 - 50.4.2 – Mecanismos de comunicación y presentación de informes
 - 50.4.3 – Comunicaciones y educación de los afiliados
 - 50.5 – Elemento V: Normas disciplinarias bien publicitadas
 - 50.5.1 – Normas disciplinarias
 - 50.5.2 – Métodos para dar a conocer las normas disciplinarias
 - 50.5.3 – Hacer cumplir las normas disciplinarias
 - 50.6 – Elemento VI: Sistema eficaz para el monitoreo de rutina, la auditoría y la identificación de riesgos de cumplimiento
 - 50.6.1 – Monitoreo y auditoría de rutina
 - 50.6.2 – Desarrollo de un sistema para identificar los riesgos de cumplimiento
 - 50.6.3 – Desarrollo del Plan de Trabajo de Monitoreo y Auditoría
 - 50.6.4 – Cronograma y metodología de auditoría
 - 50.6.5 – Auditoría de las operaciones y el programa de cumplimiento del patrocinador
 - 50.6.6 – Monitoreo y auditoría de FDR

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

50.6.7 – Seguimiento y documentación del cumplimiento y la eficacia del programa de cumplimiento

50.6.8 – Exclusión de OIG / GSA

50.6.9 – Uso del análisis de datos para la prevención y detección del fraude, el despilfarro y el abuso

50.6.10 – Unidades Especiales de Investigación (SIU)

50.6.11 – Auditoría por parte de CMS o su designado

50.7 – Elemento VII: Procedimientos y sistema para una pronta respuesta a las cuestiones de cumplimiento

50.7.1 – Realizar una investigación oportuna y razonable de los delitos detectados

50.7.2 – Acciones correctivas

50.7.3 – Procedimientos para autoinformar sobre posibles FWA e incumplimientos significativos

50.7.4 – NBI MÉDICO

50.7.5 – Derivaciones al NBI MEDIC

50.7.6 – Responder a las alertas de fraude emitidas por CMS

50.7.7 – Identificación de proveedores con un historial de quejas

Introducción al Programa de Cumplimiento 2024

Elite Health Plan, Inc., su Junta Directiva, la administración, el personal y los proveedores contratados se comprometen a honrar y cumplir con todos los estándares federales y estatales aplicables, incluidos, entre otros, la orientación y las regulaciones promulgadas y distribuidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). A continuación se muestra la descripción del programa de cumplimiento de Elite Health Plan, Inc. **Elite o "el Plan"**).

Este plan de cumplimiento (programa) se aplica a la Parte C y la Parte D de Medicare.

La Descripción del Programa de Cumplimiento indica cómo funciona el Plan para garantizar el cumplimiento de los requisitos reglamentarios establecidos en 42 CFR §422.503 (b) (4) (vi) y 423.504 (b) (4) (vi) (A). Elite Health Plan monitorea y garantiza la pronta implementación de memorandos de HPMS, cartas de llamada, mejores prácticas y cualquier otra guía publicada por CMS.

Mínimo siete elementos básicos

El Programa de Cumplimiento de Elite Health Plan incluye los siete requisitos básicos mínimos que se enumeran a continuación:

1. Políticas, procedimientos y normas de conducta escritas
2. Oficial de Cumplimiento, Comité de Cumplimiento y Supervisión de Alto Nivel
3. Capacitación y educación efectivas
4. Líneas de comunicación efectivas
5. Normas disciplinarias bien publicitadas
6. Sistema eficaz para el seguimiento del enrutamiento y la identificación de todos los riesgos de cumplimiento
7. Procedimientos y sistema para una respuesta rápida a los problemas de cumplimiento.

Recursos, roles y responsabilidades

Elite Health Plan comprende la necesidad y el requisito de dedicar los recursos adecuados para garantizar el éxito del Programa en el logro y mantenimiento del cumplimiento. Los siguientes miembros del personal son responsables de trabajar con el Oficial de Cumplimiento y han aceptado la responsabilidad de implementar y supervisar las siguientes áreas principales de cumplimiento:

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

#	Responsabilidades / Deberes	Parte responsable	Con la asistencia de:
1.	Distribuir, promover y hacer cumplir las Normas de Conducta	Director de Cumplimiento; Comité de Cumplimiento; Junta Directiva	Personal de cumplimiento y/o Recursos Humanos
2.	Promover y hacer cumplir el Programa de Cumplimiento	Director de Cumplimiento;	Junta Directiva, Funcionarios Ejecutivos y Liderazgo del Departamento
3.	Capacitar y educar de manera efectiva a los miembros de su cuerpo directivo, empleados y FDR	Director de Cumplimiento/Comité de Supervisión de la Delegación	Departamento de Cumplimiento; Recursos humanos; Departamento de Contratación; Relaciones con proveedores; Comité de Supervisión de la Delegación; Manuales de CMS MMCM; Recursos de la OIG/DOJ
4.	Establecer líneas efectivas de comunicación internamente en el Plan y entre el Plan y sus Entidades Relacionadas de Primer Nivel y Aguas Abajo (FDR)	Director de Cumplimiento, Director de Información (CIO), Vicepresidente de Relaciones con Proveedores	Relaciones con proveedores; Comité de Supervisión de la Delegación.
5.	Supervisar el cumplimiento de FDR con los requisitos de la Parte C y D de Medicare	Director de Cumplimiento / Operaciones de la Parte C y D	Auditor Interno de Cumplimiento; Comité de Supervisión de la Delegación, Auditores del Plan FDR; y / Operaciones
6.	Establecer e implementar un sistema eficaz para la auditoría y el monitoreo de rutina	Director de Cumplimiento / Operaciones de la Parte C y D	Auditores internos de cumplimiento y auditores de FDR; Las áreas operativas internas realizan un seguimiento
7.	Identificar y responder rápidamente a los riesgos y hallazgos	Director de Cumplimiento	Personal de cumplimiento

Entidades relacionadas de primer nivel y posteriores (FDR) y funciones delegadas

Delegación de la Parte D:

Elite Health Plan utiliza un administrador de beneficios de farmacia (**PBM**) para ayudar a administrar su formulario y la administración de sus beneficios de farmacia. Algunas funciones se delegan al PBM y otras se conservan. Antes del inicio de cada

año, el Plan y el PBM se reúnen en múltiples ocasiones para discutir qué funciones se delegarán y cómo se realizarán de acuerdo con los Paquetes de Beneficios del Plan de Salud Elite (según la Oferta del próximo año). Los detalles de la delegación se documentan en "Cuestionarios de información" firmados, denominados IQ. Cada vez que se producen cambios en la delegación, se documentan en un coeficiente intelectual actualizado. El contrato anual entre el PBM y el Plan incluye también algunas de las principales funciones delegadas. Elite Health Plan solicita y revisa las descripciones del programa del PBM (políticas y procedimientos/**P&P** o políticas y procedimientos operativos estándar/**SOP**) a medida que los requisitos cambian anualmente como mínimo. Los expertos en la materia (SME) de Elite Health Plan revisan los P&P / SOP de PBM, y el Comité de Cumplimiento (**CC**) **de la empresa** da la aprobación final. El Director de Cumplimiento y los expertos/líderes en la materia de Elite Health Plan se reúnen con el PBM semanal o quincenalmente para revisar la nueva guía de CMS, las comunicaciones con las farmacias y para discutir y rastrear cualquier problema y solicitud. Elite Health Plan realiza auditorías de revisión documental del PBM para monitorear y ayudar a garantizar su cumplimiento. Elite Health Plan solicita planes de acción correctiva (**CAP**) según sea necesario del PBM y vuelve a tomar medidas más tarde para determinar la efectividad del CAP. Elite Health Plan realiza una auditoría in situ del PBM anualmente, o según sea necesario.

El Plan puede utilizar una farmacia especializada para ayudar con las tareas de adherencia a la medicación y manejo de la terapia con medicamentos (**MTM**).

Delegación de la Parte C a proveedores y vendedores:

Elite Health Plan tiene una red de asociaciones de médicos independientes contratados (**IPA**)/Organizaciones de Servicios de Administración (**MSO**), grupos médicos contratados (**CMG**), **proveedores auxiliares, hospitales y otros proveedores según sea necesario**. Elite Health Plan también contrata a algunos proveedores y compañías de intervención para algunos servicios. El Plan solicita completar formularios de información con el fin de realizar auditorías de diligencia debida para determinar la infraestructura y los procesos suficientes para nuevas relaciones con la empresa. En el momento de escribir este artículo, el Plan *puede* "subcontratar" las siguientes actividades/funciones de la Parte C: servicios de Tecnología de la Información (**TI**), Credenciales, servicios de Organización de Servicios Administrativos/de Gestión (**MSO**), Recursos Humanos (**RRHH**), servicios de diálisis, servicios de organización de marketing de campo (**FMO**), etc. El Plan entiende que puede delegar servicios y funciones, pero *nunca puede* delegar la "responsabilidad" de garantizar un desempeño conforme. Por lo tanto, Elite Health Plan ("**el Plan**") tiene un Comité de Supervisión de Delegación (**DOC**) activo que revisa los informes de monitoreo y los resultados de la auditoría de supervisión de delegación para garantizar el cumplimiento continuo y la satisfacción de los miembros. Se llevan a cabo auditorías iniciales previas a la delegación para garantizar la capacidad de la entidad para aceptar la delegación. En el momento de la auditoría previa a la delegación, la entidad contratante no tiene credenciales ni archivos de reclamos que pertenezcan al Plan, por lo tanto, las auditorías previas a la delegación implican la revisión de las políticas y procedimientos operativos estándar (**SOP** o **P&P**) **de la entidad delegada**, el programa de cumplimiento/capacitación, la contratación en el extranjero y las verificaciones para

garantizar que las instalaciones/propietarios/personal estén libres de sanciones/exclusiones estatales y federales. Las auditorías previas a la delegación se llevan a cabo antes de la contratación. También se llevan a cabo auditorías anuales de delegación **(ODA) para garantizar el cumplimiento continuo**. Las auditorías previas a la delegación y las AOD se califican elemento por elemento y requieren resultados generales iguales o superiores a los estándares de la industria. Sobre la base de la información y las puntuaciones previas a la auditoría / AOD, el Plan puede requerir que se implemente un plan de acción correctiva **(CAP)**. Se puede realizar una auditoría de seguimiento o enfocada **(FA)** según la gravedad de un problema. Una FA (auditoría programada o sorpresa) puede tener lugar en cualquier momento que el Plan tenga inquietudes. Si no se corrigen las deficiencias en la auditoría enfocada, el Plan debe implementar auditorías de prueba durante un período de tiempo establecido. El DOC envía informes al Comité de Cumplimiento de forma rutinaria con hallazgos de auditoría sustanciales y / u otros problemas.

El DOC formula recomendaciones sobre la condición de delegación (delegación, delegación limitada o provisional, revocación de delegación, etc.). El Plan puede decidir delegar pero ser parte del proceso de toma de decisiones hasta el momento en que el Plan esté seguro de que la entidad es capaz y capaz de mantener el cumplimiento.

El Comité de Cumplimiento **(CC)** es responsable de las decisiones finales de delegación y ratifica las recomendaciones (o no) para otorgar la aprobación final de la delegación. Los acuerdos de delegación son firmados por ambas partes identificando deberes y funciones a delegar y anotando funciones que *no* se delegan. El Plan requiere que los delegados presenten informes (informes de monitoreo, autoinformados por la entidad) a intervalos específicos (mensuales, trimestrales y anuales) y adicionalmente cuando lo requiera el Plan.

Además, el Plan lleva a cabo Reuniones Conjuntas de Operación y Utilización **(JOUM) con entidades delegadas**. Están a intervalos programados por el Plan. Los JOUM son programados, realizados y documentados por el personal del departamento de Relaciones con los Proveedores **(PR)** con otros representantes del Plan según sea necesario en una reunión determinada. Esto podría incluir un Director Médico, un representante de MSO, un miembro del personal de cumplimiento, un miembro del personal de supervisión de la delegación, etc. La frecuencia de las reuniones de JOUM se determina en función de la experiencia de la entidad delegada, los datos de utilización, los #s de inscripción y los problemas de cumplimiento. Los JOUM pueden ser presenciales o virtuales. Es posible que se requieran llamamientos unificados como resultado de las revisiones durante las JUGUM. El Gerente / Director de Relaciones con los Proveedores informa al CC cualquier problema de JOUM o de cualquier otra fuente que no cumpla (sustantivamente), que necesite acciones y / o seguimiento.

Retención de la responsabilidad final:

Aunque Elite Health Plan delega funciones y deberes a otras entidades, el Plan siempre conserva la responsabilidad total por las acciones, la falta de acción y las acciones inapropiadas de sus delegados. Elite Health Plan trabaja para capacitar, monitorear y

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

auditar a los delegados para garantizar que aprendan, comprendan e implementen todos los requisitos estatales y de CMS para garantizar que los beneficiarios estén satisfechos, reciban atención de alta calidad y experiencias mejoradas continuamente.

Capítulo uno

Políticas, procedimientos y normas de conducta escritas

Políticas y procedimientos escritos:

Elite Health Plan ha escrito políticas y procedimientos operativos estándar (**SOP** o **P&P** o "políticas"). Cada declaración de política incluye el compromiso de cumplir con todos los requisitos estatales y federales (CMS) aplicables. Las políticas se revisan y actualizan de forma rutinaria a medida que cambian las regulaciones, a medida que cambian los procedimientos departamentales y anualmente como mínimo. Las políticas son revisadas por los departamentos afectados. Los líderes de los departamentos discuten las políticas y, cuando se llega a un acuerdo, presentan conjuntamente las políticas al comité interno correspondiente para su revisión y aprobación final. Las actividades de política se informan a la Junta al menos una vez al año. Entre reuniones, las políticas pueden adoptarse e implementarse si son aprobadas por el liderazgo del departamento afectado y el Director de Cumplimiento (CCO), el Director Ejecutivo y/o el Director Médico (**CMO**), según corresponda.

El Director de Cumplimiento o la persona designada mantiene un registro de seguimiento de todas las políticas, incluidas las fechas de revisión, los autores y la información histórica importante, como cambios en el número de póliza, revisiones, políticas de reemplazo, etc. Las políticas y las revisiones de línea roja de las políticas se almacenan en una ubicación central donde todo el personal puede acceder a las políticas más recientes, usarlas o recomendar cambios según sea necesario. Las políticas regulatorias se publican y mantienen para la administración de la utilización y los procesos de FDR se publican en el sitio web del plan y se incluyen en el Manual del proveedor (**PM**) utilizado por los FDR.

Cada departamento desarrolla políticas con respecto a cómo cumplen con los requisitos y regulaciones federales (CMS) y estatales. Las políticas generalmente incluyen información importante, como estándares de puntualidad, partes responsables, acciones o pasos de proceso necesarios para cumplir con los procesos de Medicare Advantage, y pasos para prevenir y detectar posibles fraudes, despilfarros y abusos, y monitoreo y auditoría de funciones dentro de un departamento o sistemas críticos del Plan.

Los cambios se rastrean con líneas rojas para facilitar la identificación de las modificaciones. Las versiones retiradas y las políticas retiradas se almacenan en las carpetas de archivo.

Distribución de políticas a los empleados

Las políticas se publican en la intranet establecida por Elite Health Plan para facilitar el acceso de todo el personal. Esto garantiza que todo el personal tenga siempre disponibles las versiones más actuales. Las políticas se comparten con los Proveedores en el Manual

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

del Proveedor y a través de otros medios electrónicos, según la capacidad del proveedor para ver los medios electrónicos y los requisitos federales/estatales. Las políticas relacionadas con el Programa de Cumplimiento se distribuyen al personal/FDR al momento de la contratación/contratación, los cambios materiales basados en las regulaciones y anualmente.

Distribución de políticas al Consejo de Administración:

Las políticas se distribuyen a la Junta Directiva al momento del nombramiento/reelección y anualmente durante la capacitación requerida.

Distribución de políticas a FDR y sus empleados:

Elite Health Plan distribuye pólizas a sus entidades relacionadas de primer nivel y posteriores (**FDR**) y a sus empleados a través de uno o más de los siguientes métodos:

- Sitio web del plan;
- Manual del proveedor (**PM**) al que se hace referencia en el contrato del proveedor, indicando el requisito de cumplimiento de las políticas;
- Las políticas nuevas y modificadas pueden enviarse por correo electrónico o por sitio SFTP a los proveedores según sea necesario;
- Los proveedores pueden solicitar en cualquier momento copias adicionales de cualquier póliza.

Demostración de la entrega del Manual del proveedor (PM), el Programa de cumplimiento con políticas relacionadas, los documentos de capacitación y los

Estándares de conducta a los FDR y sus empleados:

Elite Health Plan mantiene un registro de seguimiento de las fechas en que el PM, el Programa de Cumplimiento / políticas / documentos de capacitación y los Estándares de conducta se enviaron por correo electrónico o se publicaron para proveedores, vendedores, la Junta, etc. Se les pide a los proveedores que den fe de que recibieron y cumplirán con el Código de Conducta y las políticas (o un equivalente del mismo) y que den fe de que fueron entregados a los empleados, al personal y a cualquier proveedor de contratación posterior. Además, el Código de conducta de Elite Health Plan aparece (en curso) en Internet. Es posible que se requiera que los proveedores y otras personas revisen y certifiquen a través del sitio web de Elite Health Plan.

Monitoreo de políticas de cumplimiento:

Elite Health Plan revisa sus propias políticas de cumplimiento anualmente o según sea necesario. Además, el Departamento de Cumplimiento realiza auditorías periódicas del 10% de sus FDR anualmente, en función del volumen de miembros y/o de cualquier factor de riesgo observado. La auditoría incluye un revisión de las políticas de cumplimiento de FDR, el programa de cumplimiento, las verificaciones de la lista de sanciones, el estándar de conducta y las certificaciones de capacitación requeridas. El Departamento de Cumplimiento revisa para garantizar el cumplimiento de los requisitos estatales y de Medicare/CMS. Las políticas de PBM se revisan anualmente debido al alto impacto en los beneficiarios.

Normas de Conducta / Código de Conducta:

Aprobado por el Consejo de Administración:

El "Código de conducta" de Elite Health Plan es la declaración de la compañía de sus expectativas comerciales éticas para todos los miembros de la Junta, todo el personal y todas las entidades relacionadas de primer nivel y aguas abajo (**FDR**) y su personal. Por lo

tanto, el Código de Conducta se presenta a la Junta Directiva del Plan para su revisión y adopción anual. La Junta es

Compromiso de adherirse a las normas éticas establecidas en el Código de Conducta. Se pide a la Junta Directiva que firme el Código de Conducta y dé ejemplo.

Compartido con los empleados:

El Código de Conducta de Elite Health Plan se comparte con todos los nuevos empleados al contratar o contratar a FDR. Los empleados y contratistas/FDR deben firmar un acuse de recibo. Además, el Código de Conducta es entregado y discutido con el personal durante la "Orientación para nuevas contrataciones" por un miembro del personal designado del Departamento de Recursos Humanos o Cumplimiento. El Departamento de Recursos Humanos y/o el Departamento de Cumplimiento realizan un seguimiento de la capacitación anual (incluida la revisión del Código de Conducta y la certificación de firmas). El incumplimiento de las normas da lugar a medidas disciplinarias que pueden incluir la posible terminación de los servicios/empleo.

Compartido con FDR:

El Código de Conducta se comparte con los Proveedores durante la Orientación para Nuevos Proveedores y se publica en el sitio web del Plan. Los proveedores pueden usar su propio estándar/código de conducta equivalente o pueden usar el Elite Health Plan. Elite Health Plan se compromete a hacer negocios solo con personas y entidades éticas. La capacitación anual para proveedores incluye el Código de conducta, además de otras capacitaciones obligatorias como cumplimiento, modelo de atención, fraude / desperdicio / abuso y capacitación en HIPAA / HITECH / ciberseguridad / privacidad. Se les pide a los proveedores que den fe de la capacitación de su personal.

Seguimiento interno de la formación / Difusión del código de conducta:

El Director de Recursos Humanos realiza un seguimiento de la capacitación inicial y el personal de Cumplimiento realiza un seguimiento de la capacitación continua (incluida la revisión y firma del Código de Conducta). El Departamento de Ventas realiza un seguimiento de la capacitación anual de los corredores para los planes de cumplimiento y beneficios (con pruebas) y aprueba la capacitación de los corredores, la educación sobre beneficios y las pruebas anualmente.

Supervisión de empleados y contratistas

El Director de Recursos Humanos proporciona a la persona designada por el Departamento de Cumplimiento, una lista de todos los empleados agregados o eliminados de la empresa cada mes. El Gerente de Contratación de Proveedores o su designado produce una lista de las entidades contratantes agregadas o eliminadas de la red cada mes. Estas listas tienen el propósito de comparar quién fue contratado y cuál de ellos completó la capacitación. Los listados se entregan al Departamento de

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

Cumplimiento mensualmente y / o a pedido, incluida la "Fecha de contratación / inicio y fecha de finalización". El Auditor Interno / Externo de Cumplimiento (**IEA**) audita periódicamente para validar los archivos del Director de Recursos Humanos y el Gerente de Contratos para garantizar que el personal y los contratistas completen la certificación del Código de Conducta a tiempo después de la orientación y que los documentos estén disponibles para validar la finalización de una muestra aleatoria de nuevas contrataciones.

Anualmente, el Departamento de Cumplimiento distribuye (o publica en el sitio web) materiales para el autoaprendizaje (ya sea electrónicamente o en copia impresa) o brinda capacitación en persona. El Liderazgo del Departamento puede solicitar al Director de Cumplimiento que programe una reunión de capacitación o un seminario web con los departamentos de los que es responsable el líder. Una certificación acompaña a los materiales de capacitación que requiere que el miembro del personal acuse recibo y complete la capacitación, SOC, comprenda y cumpla con la información de los materiales de capacitación. No se realizan pruebas en ese momento, pero es posible que se realicen pruebas aleatorias (y posiblemente selectivas) por parte del Departamento de Cumplimiento para auditar su comprensión y retención.

Compartido con el público:

El Código de Conducta se coloca en el sitio web de Elite Health Plan para garantizar al público que Elite Health Plan tiene estándares éticos con los que está comprometido.

Monitoreo / Auditoría:

El Departamento de Cumplimiento realiza auditorías de muestras completas o aleatorias para garantizar el cumplimiento de la siguiente manera:

- ★ **Capacitación para nuevos empleados:** El Director de Recursos Humanos mantiene registros de seguimiento para monitorear el cumplimiento e informa cualquier capacitación o incumplimiento de cumplimiento al comité de cumplimiento. Cuando es necesario, el Director de Cumplimiento aborda el incumplimiento enviando avisos de incumplimiento, incluidas advertencias de suspensión, al personal que no ha completado la capacitación requerida. También se proporciona un enlace a los módulos de autoformación en el sitio web del Plan donde el personal recién contratado / recién contratado y otros pueden completar la capacitación. El sitio web rastrea la finalización de la capacitación.
- ★ **Registro de capacitación anual del personal:** El Departamento de Cumplimiento mantiene registros de seguimiento para monitorear el cumplimiento e informa cualquier problema de incumplimiento al Comité de Cumplimiento (CC). El Director de Cumplimiento aborda el incumplimiento enviando avisos de incumplimiento, incluidas advertencias de suspensión, al personal que no ha completado la capacitación requerida. También se proporciona un enlace a los módulos de autocapacitación en el sitio web del Plan donde el personal existente, los contratistas y otros FDR y su personal pueden completar la capacitación.
- ★ **Orientación para proveedores:** El Departamento de Relaciones con Proveedores proporciona un enlace a los documentos de autocapacitación en el sitio web del Plan donde el personal existente, los contratistas y otros FDR y su personal pueden completar la capacitación. Las certificaciones se devuelven al Plan para su seguimiento y retención. El Plan también recomienda la capacitación de CMS CBT para la capacitación de FDR. Se pueden ejecutar informes para determinar quién ha completado y quién no ha completado la capacitación.

- ★ El personal de Relaciones con los Proveedores y el personal de Supervisión de la Delegación (proveedores) requieren un seguimiento con los FDR. Los problemas de incumplimiento se informan al Comité de Cumplimiento, y el Director de Cumplimiento aborda el incumplimiento enviando avisos de incumplimiento (NONC) que incluyen advertencias de las acciones que se tomarán con los proveedores que no han completado la capacitación según lo requerido.
- ★ **Cumplimiento de FDR P&P auditados:** Los auditores del plan solicitan copias de las políticas de FDR para el cumplimiento de los estándares de Medicare durante las auditorías anuales y previas a la delegación. Informan sus hallazgos al Comité de Supervisión de la Delegación (**DOC**), que depende del Departamento de Cumplimiento. El DOC revisa y aprueba los CAP de los planes de acción correctiva requeridos a los FDR que no cumplen con los requisitos e informa cualquier incumplimiento y CAP al comité de cumplimiento. El Oficial de Cumplimiento emite avisos de incumplimiento, y el Comité decide si el contrato de FDR debe rescindirse en función de este y otros casos de incumplimiento continuo.
- ★ **Códigos de conducta de FDR:** El Plan recopila y revisa anualmente las certificaciones sobre los códigos de conducta de los grupos médicos contratados delegados. El Plan hace varios intentos de recopilarlos. El incumplimiento se informa al Comité de Cumplimiento (CC) y el Director de Cumplimiento envía avisos de incumplimiento o completa otras acciones de seguimiento para obtener el cumplimiento.

Capítulo Dos

Director de Cumplimiento, Comité de Cumplimiento y Supervisión de Alto Nivel

Director de Cumplimiento

(Manual de atención administrada de Medicare, Parte C, Capítulo 21.50.2.1; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.2.1)

Informes sin filtrar al Consejo de Administración

El Director de Cumplimiento es un empleado de tiempo completo del Plan y puede entregar informes sin filtros y sin restricciones directamente al líder de mayor rango (el CEO) y al órgano de gobierno (la Junta Directiva) a discreción del Director de Cumplimiento. El Director de Cumplimiento asiste a las reuniones de la Junta Directiva de forma regular. Si es necesario, el Director de Cumplimiento (CCO) puede solicitar y reunirse con la Junta Directiva en Sesión Ejecutiva. Los informes del CCO no se envían a través del CEO u otros ejecutivos para su aprobación. El Oficial de Cumplimiento proporciona informes sobre el estado y las actividades del programa de cumplimiento. El CCO es responsable de compartir con la Junta cualquier área en riesgo de incumplimiento sustancial y cualquier fraude, despilfarro o abuso sustancial descubierto. El CO es libre de plantear problemas de cumplimiento sin temor a represalias o intimidación. La Junta debe conocer y supervisar el programa de cumplimiento y su efectividad.

Responsabilidades generales

El Director de Cumplimiento es responsable de desarrollar e implementar el programa de cumplimiento del plan de salud. El CCO define la estructura del programa, los requisitos de capacitación obligatorios, los informes, los mecanismos de quejas, los procedimientos de respuesta y acción correctiva, y las expectativas de cumplimiento de todos los FDR, todo lo cual es aprobado por la Junta Directiva. Por lo tanto, se requiere que el CCO tenga capacitación y experiencia en el trabajo con los programas Medicare Advantage y de medicamentos recetados y debe comunicarse bien con sus pares, el liderazgo y las autoridades reguladoras. El CO es miembro del equipo de alta dirección y participa en la operación diaria del Programa de Cumplimiento.

Tarea

Las funciones básicas del Oficial de Cumplimiento (CO) son las siguientes:

- Informes de cumplimiento de rutina: Garantizar que se desarrollen y entreguen informes de cumplimiento periódicos al CCO, la Junta Directiva (BOD), el CEO y el Comité de Cumplimiento;
- Informes de supervisión e incumplimiento potencial: Asegúrese de que los informes incluyan áreas existentes y potenciales de incumplimiento, supervisión y actividades de auditoría;
- Interacciones operativas: Mantener el conocimiento de las actividades comerciales diarias al interactuar con las áreas operativas;

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

- Capacitación en cumplimiento: Desarrollar e implementar módulos de capacitación en cumplimiento sobre los elementos del programa de cumplimiento y las expectativas de cumplimiento para la Junta Directiva, la gerencia, los empleados, los contratistas y los FDR; Asegúrese de que el personal del Plan y los FDR sepan dónde y cómo informar problemas de cumplimiento potenciales o sospechados y posibles casos de fraude, despilfarro y/o abuso a la línea directa anónima de fraude 24/7 del Plan. Todos los informes presentados de buena fe de forma anónima y sin temor a represalias. El personal de cumplimiento es responsable de mantener la línea directa, la dirección y la resolución oportuna de los informes.
- Capacitación sobre regulaciones: Garantizar la capacitación sobre las regulaciones, informes y requisitos legales federales y estatales aplicables;
- Prevenir represalias por denunciar: Desarrollar e implementar programas y métodos para la prevención, detección y mitigación de FWA: informes de incumplimiento del programa y posible fraude, despilfarro o abuso (FWA) sin temor a represalias (lo que incluye la oportunidad de informar al CO de forma anónima) a través de una línea directa establecida las 24 horas del día, los 7 días de la semana o una extensión telefónica de línea directa. La confidencialidad se mantiene en la mayor medida posible cuando se informa de buena fe);
- Investigación y respuesta rápidas: Desarrollar e implementar programas para garantizar la clasificación, la investigación (según corresponda) y la documentación sobre posibles FWA a través de una estrecha coordinación y supervisión de las investigaciones internas y externas;
- Monitoreo de la lista de exclusión: Asegúrese de que la Oficina del Inspector General (**OIG**) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (**DHHS**), la Administración de Servicios Gubernamentales (**GSA**), la Preclusión de CMS y / u otras listas se revisen y documenten mensualmente para cualquier personal sancionado o excluido de Elite Health Plan o sus FDR. La política del plan requiere la terminación del contrato / empleo al emitir una sanción / preclusión por parte del gobierno federal o estatal. Los avisos de terminación del proveedor se distribuyen a los miembros según los requisitos de CMS.
- Descarga y distribución de la lista de exclusión: descargue y distribuya la lista de preclusión mensualmente y asegúrese de que se cumplan los contratos de los proveedores; asegúrese de que los miembros que utilizan proveedores en la lista de exclusión se trasladen oportunamente a sus nuevas selecciones de proveedores;
- Documentación de incumplimiento: Mantener la documentación de seguimiento y la finalización oportuna del posible incumplimiento o posible FWA recibido de cualquier fuente;
- Implementación y seguimiento de CAP: Supervisar el desarrollo, implementación, seguimiento, monitoreo y finalización efectiva de los planes de acción correctiva (CAP) necesarios

Autoridad:

El Director de Cumplimiento recomienda la participación en la Asociación para la Prevención del Fraude en la Atención Médica (HFPP) de CMS y colabora con otros patrocinadores (planes de salud y planes de medicamentos recetados), programas estatales de Medicaid, Departamento de Seguros/Corporaciones del Estado, Unidades de Control de Fraudes contra Medicaid (MCFU), el MEDIC, la OIG, pagadores comerciales y otras organizaciones, cuando corresponda, cuando se descubre un posible problema de FWA que involucra a varias partes.

El Oficial de Cumplimiento tiene la autoridad para:

- Entrevistar (o delegar la responsabilidad de entrevistar) a los empleados del patrocinador y otras personas relevantes con respecto a cuestiones de cumplimiento;
- Revisar los contratos de la compañía y otros documentos pertinentes al programa Medicare;
- Revisar (o delegar la responsabilidad de revisar) la presentación de datos a CMS para garantizar que sea precisa y cumpla con los requisitos de informes de CMS;
- Busque asesoramiento legal de forma independiente;
- Informe un posible FWA significativo a CMS, HFPP, Departamento de Seguros/Corporaciones del Estado, I-MEDIC o fuerzas del orden, compromiso/referencia del Plan SIU u otras organizaciones identificadas según corresponda según el caso; y a cualquier entidad delegada u otras entidades según sea necesario;
- Realizar y/o dirigir auditorías e investigaciones de cualquier FDR;
- Realizar y/o dirigir auditorías de cualquier área o función relacionada con los planes de las Partes C o D de Medicare; y
- Recomendar cambios en políticas, procedimientos y procesos

Comité de Cumplimiento

(Manual de atención administrada de Medicare, Parte C, Capítulo 21.50.2.2; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.2.2)

El Comité de Cumplimiento (**CC**) **primario de Elite Health Plan** es un equipo multidisciplinario de liderazgo departamental, presidido por el Director de Cumplimiento, que se reúne trimestralmente como mínimo y preferiblemente mensualmente. El CC (en lo sucesivo denominado "El Comité" o "CC") revisa los datos e informes de cumplimiento de las áreas funcionales del Plan y el liderazgo y presenta informes e información al Oficial de Cumplimiento (**CO**) y CC con respecto a los informes de monitoreo de los diversos departamentos y FDR. El Comité rinde cuentas a y proporciona informes periódicos de cumplimiento al Director Ejecutivo (**CEO**) y al Consejo de Administración (**BOD**) a través del CCO, especialmente en lo que respecta a las áreas que no cumplen o las áreas con

Alto riesgo de adecuado no conforme. El Comité Mayo designar un

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

grupo de trabajo/subgrupo para reunirse sobre asuntos que requieren mayor experiencia y extrema confidencialidad. Los subgrupos en el momento de escribir este artículo incluyen:

- Unidad de Investigación Especial (SIU): está compuesta por el Oficial de Cumplimiento (CO), el personal de Cumplimiento designado por el CO y otros expertos en la materia (SME) según sea necesario. Se reúnen según sea necesario para investigar asuntos de posible FWA u otro incumplimiento que requiera la más estricta confidencialidad. No se mantienen las actas. Utilizan un registro de seguimiento de FWA y / o resúmenes de casos como base para las discusiones.
- Comité de Supervisión de la Delegación de FDR: Este equipo está compuesto por los auditores de la materia del Plan y las partes interesadas clave que revisan todos los asuntos relacionados con la supervisión de la delegación de los grupos médicos contratantes (**CMG**), las asociaciones de médicos independientes (**IPA**) y los **proveedores**. El DOC revisa las auditorías precontractuales, las auditorías enfocadas, las auditorías anuales, los informes requeridos, los planes de acción correctiva y otros problemas que puedan surgir. Este comité trabaja bajo la dirección del Director de Supervisión de la Delegación, el Oficial de Cumplimiento y el Comité de Cumplimiento.
- Supervisión de PBM: El Oficial de Cumplimiento (y / o designados) se reúnen telefónicamente con el PBM a intervalos programados. Por lo general, se reúnen semanalmente, pero pueden determinar que las reuniones quincenales o mensuales son apropiadas, según la cantidad de temas o asuntos de delegación a discutir. El Oficial de Cumplimiento está presente e invita a las PYME del Plan a participar en las reuniones (algunas en curso y otras según sea necesario).
- Equipo de Auditoría Interna de Cumplimiento (CIA): Este equipo está formado por el Auditor Interno de Cumplimiento (**CIA**), el Oficial de Cumplimiento, el liderazgo del área que se audita y otros líderes que a veces incluyen a la alta dirección. Se reúnen de forma ad hoc según sea necesario, por ejemplo, para examinar los resultados de una auditoría.

Funciones del Comité de Cumplimiento:

Las funciones básicas del Comité de Cumplimiento son las siguientes:

- Supervisar el Programa de Cumplimiento: Todos los aspectos del programa de cumplimiento están bajo el Comité de Cumplimiento;
- Prevención de FWA: Desarrollar estrategias para prevenir, detectar, informar y corregir cualquier problema de FWA;
- Programa de capacitación: Revisar y aprobar todos los materiales de capacitación requeridos por CMS (y el Código de conducta) para garantizar que la educación se complete adecuadamente y sea efectiva;
- Planes preventivos: Desarrollar estrategias y acciones de prevención para reducir las violaciones;
- Evaluación de riesgos: CCO, con la ayuda del Comité de Cumplimiento, crea una evaluación de riesgos anual aprobada por la Junta. CCC y CO trabajan para desarrollar e implementar planes de trabajo para abordar los requisitos reglamentarios y mitigar los riesgos nivelados por la Junta Directiva y el Liderazgo Senior. CCO y CO

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

mantienen actualizaciones de riesgo continuas según sea necesario.

- Auditorías/Resultados de auditorías: Coordinar y dirigir todas las auditorías reglamentarias; revisar e implementar acciones correctivas según sea necesario para resolver los problemas detectados durante las auditorías (internas o externas); presentar según sea necesario todos los resultados de la auditoría
- Seguimiento de CAP: Monitorear los CAP para garantizar su finalización, mitigación y efectividad;

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

- Monitoreo de recursos: Monitorear la efectividad y la integridad de los controles internos para garantizar que el Departamento de Cumplimiento disponga de personal adecuado y otros recursos para permitir su capacidad para completar las tareas y deberes requeridos;
- Mantenimiento de políticas y procedimientos: Supervise las políticas y procedimientos para garantizar que las políticas de cumplimiento estén actualizadas;
- Sistema de preguntas y respuestas: Asegúrese de que Elite Health Plan tenga un proceso mediante el cual los miembros, FDR, empleados y contratistas puedan hacer preguntas de cumplimiento e informar posibles problemas de incumplimiento de manera confidencial / anónima sin temor a represalias. Esto se hace de varias maneras, pero principalmente a través de la línea directa las 24 horas del día, los 7 días de la semana, comunicándose con el CCO / Personal de Cumplimiento, o cualquier miembro del Comité de Cumplimiento y / o Comité de Supervisión de la Delegación, el Liderazgo Ejecutivo o la Junta Directiva.
- Monitoreo de cumplimiento / incumplimiento: Revisar y garantizar que se tomen las medidas correctivas adecuadas para abordar las auditorías y otros informes de incumplimiento;
- Informes al CEO y al Consejo de Administración: El Comité de Cumplimiento proporciona informes trimestrales y ad hoc al Consejo de Administración a través del Director de Cumplimiento, con recomendaciones para mejorar el cumplimiento.

Composición del Comité de Cumplimiento:

El comité de cumplimiento multidisciplinario está presidido por el Director de Cumplimiento e incluye personal del departamento de cumplimiento, médicos, no médicos, auditores, departamentales, liderazgo y alta dirección. Los líderes departamentales que asistan deben ser con autoridad para tomar decisiones.

Consejo de Administración

(Manual de atención administrada de Medicare, Parte C, Capítulo 21.50.2.3; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.2.3)

42 CFR §§ 422.503 (b) (4) (vi) (B), 423.504 (b) (4) (vi) (B)

La Junta Directiva de Elite Health Plan (**BOD**) supervisa la implementación y efectividad del Programa de Cumplimiento de Elite Health Plan en toda la empresa del plan de salud. El informe escrito del Director de Cumplimiento informa a la Junta Directiva sobre problemas de cumplimiento y/o riesgos y hace recomendaciones a la Junta Directiva. La Junta Directiva puede solicitar acciones y/o recursos adicionales para garantizar que se resuelvan los problemas. Pueden hacer un seguimiento para garantizar que las acciones se completen y sean efectivas.

El Director de Cumplimiento proporciona información para educar a la Junta Directiva sobre la estructura, las operaciones, los riesgos y las estrategias de la Junta Directiva para que la Junta Directiva pueda juzgar las mediciones de resultados para determinar la eficacia del

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

Programa de Cumplimiento.

Descuido:

La Junta Directiva supervisa lo siguiente como mínimo:

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

- Código de conducta: Revisar y aprobar anualmente;
- Estructura del programa de cumplimiento: Comprender el programa y aprobarlo anualmente o ante cambios significativos;
- Monitoreo: Estar informado sobre los resultados del programa y los resultados de las auditorías internas y externas; Revisar los informes del Comité de Cumplimiento / Funcionario y la información actualizada; Tener la capacidad de revisar las actas de varios comités;
- Actividades de cumplimiento estatal: resultados de auditorías, CAP, sanciones y otras acciones de cumplimiento;
- Actividades de cumplimiento de CMS: Manténgase informado sobre:
 - Avisos de incumplimiento de CMS
 - Cartas de advertencia
 - Acciones correctivas
 - Acciones formales
- Evaluaciones: Revisar los resultados de las evaluaciones de desempeño y efectividad del programa de cumplimiento, incluidos (entre otros) los siguientes:
 - Evaluación anual de riesgos (requerida por CMS), plan de trabajo monitoreo continuo
 - Auditoría anual de efectividad del programa de cumplimiento (CPE) (requerida por CMS)
 - Modelo anual de evaluación de la atención
 - y otros.

Participación o delegación

A su discreción, la Junta Directiva puede participar, delegar en la alta gerencia o delegar en el ECC las siguientes actividades:

Actividades delegadas de la Junta Directiva

La Junta Directiva ha optado por delegar las siguientes actividades en el Comité de Cumplimiento:

- Políticas y procedimientos: desarrollo, implementación, revisión anual y aprobación de P&P
- Capacitación sobre cumplimiento y FWA: desarrollo, implementación, revisión anual y aprobación de materiales de capacitación (incluido el Código de Conducta)
- Evaluación de riesgos de cumplimiento: revisión y aprobación
- Planes de trabajo y resultados de la auditoría interna y externa: examen y aprobación
- Planes de acción correctiva: revisión y aprobación
- Paneles de cumplimiento y herramientas de autoevaluación: revise y evalúe el

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

programa en función de los resultados

Actividades relacionadas con la DBO

La Junta Directiva es responsable de las siguientes actividades:

- Director de Cumplimiento: solo la Junta Directiva tiene la autoridad para supervisar, contratar o despedir al Director de Cumplimiento (CCO); el CCO está obligado por ley a informar a las autoridades cualquier asunto significativo de incumplimiento con o sin la aprobación de la Junta;
- Descripción del trabajo del Director de Cumplimiento: solo la Junta Directiva tiene la autoridad para determinar el empleo, revisar los deberes y aprobar los objetivos de desempeño para el Director de Cumplimiento.
- Compromiso de la alta dirección: la Junta Directiva participa en la evaluación del compromiso de la alta dirección con la ética y el programa de cumplimiento, y puede buscar la opinión de otros según sea necesario
- Evidencia de monitoreo: la Junta Directiva revisa la información resumida y/o la evidencia medible para determinar si el programa de cumplimiento está detectando y corrigiendo problemas de incumplimiento de manera oportuna. La Junta Directiva solicita datos que demuestren que el Programa de Cumplimiento ha reducido los riesgos de incumplimiento del Programa y FWA. Algunos indicadores que monitorea son:
 - Datos de inscripción y cancelación de la inscripción;
 - Datos de apelaciones y quejas;
 - Datos de errores de EDP;
 - Datos de puntualidad y precisión de las reclamaciones;
 - Datos de la auditoría de supervisión de la delegación de FDR;
 - Datos de Auditoría Interna de Cumplimiento (CIA);
 - Datos de auditoría externa;
 - Datos de alegaciones de ventas;
 - Seguimiento de los memorandos de HPMS para garantizar la implementación oportuna y completa de las regulaciones de CMS nuevas o cambiantes;
 - Seguimiento de la presentación de los informes requeridos por CMS y análisis de monitoreo;
 - Seguimiento de avisos de incumplimiento de CMS, cartas de advertencia, etc.
 - Seguimiento para determinar si se encontraron y corrigieron las causas raíz; y
 - Garantizar que haya una acción disciplinaria oportuna, apropiada y consistente según sea necesario.

Actas de DBO

La Junta Directiva mantiene actas contemporáneas que se pueden compartir con los auditores de CMS como evidencia de la participación activa de la Junta Directiva en la supervisión del Programa de Cumplimiento de Medicare.

Alta dirección involucrada en el programa de cumplimiento

(Manual de atención administrada de Medicare, Parte C, Capítulo 21.50.2.4; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.2.4)

42 CFR §§ 422.503 (b) (4) (vi) (B), 423.504 (b) (4) (vi) (B)

El director ejecutivo (CEO), el director de operaciones (COO), el director médico (CMO), el director de información (CIO), el director financiero (CFO) y otros altos directivos comprenden la importancia del programa de cumplimiento. Están involucrados en la supervisión del Programa de Cumplimiento. Se aseguran de que el Director de Cumplimiento reciba el respeto, la credibilidad, la autoridad y los recursos necesarios para mantener un programa de cumplimiento sólido y eficaz. El Director de Cumplimiento los actualiza sobre las áreas en las que Elite Health Plan está en riesgo de incumplimiento. El Director de Cumplimiento es libre de discutir problemas, resultados de auditoría y estrategias para mejorar el cumplimiento. La Junta, el CEO y el COO, y otros, según sea necesario, son informados de todos los avisos y actividades de cumplimiento de manera oportuna.

Capítulo Tres

Capacitación y educación efectivas

(Manual de atención administrada de Medicare, Parte C, Capítulo 21.50.3; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.3)

42 CFR §§ 422.503 (b) (4) (vi) (C), 423.504 (b) (4) (vi) (C)

Elite Health Plan garantiza la capacitación al inicio (orientación) del empleo o la contratación y nuevamente anualmente a partir de entonces. Los directores ejecutivos y los administradores o gerentes superiores; así como los miembros del cuerpo directivo también reciben capacitación sobre orientación y anualmente a partir de entonces. El Departamento de Recursos Humanos y el Departamento de Cumplimiento rastrean la finalización de las certificaciones del personal que indican que han leído, comprenden y cumplirán con la capacitación y el Código de Conducta. La capacitación efectiva está diseñada para garantizar tasas más altas de cumplimiento con todos los requisitos de Medicare y otros programas. El personal del Departamento de Cumplimiento de Elite Health Plan y el liderazgo departamental dedican tiempo a capacitar a los empleados de varios departamentos sobre cómo su trabajo afecta el Programa de Cumplimiento y cómo los requisitos de Medicare se aplican a sus funciones laborales.

Capacitación general sobre cumplimiento

(Manual de atención administrada de Medicare, Parte C, Capítulo 21.50.3.1; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.3.1)

42 CFR §§ 422.503 (b) (4) (vi) (C), 423.504 (b) (4) (vi) (C)

El Director de Cumplimiento desarrolla anualmente los materiales de capacitación requeridos. Elite Health Plan envía correos, correos electrónicos, faxes o publica materiales de capacitación en el sitio web y tiene capacitación disponible a pedido. El Departamento de Cumplimiento realiza un seguimiento de la finalización por otros métodos. El Plan acepta certificados de capacitación de aquellos que completan su capacitación en el sitio web de CMS. Cuando se complete, se les pide que proporcionen una copia de sus certificados de finalización. El Director de Cumplimiento o la persona designada hace un seguimiento según sea necesario de las certificaciones de capacitación morosas u otras pruebas.

Se les pide a los FDR que completen la capacitación y las pruebas con su personal. Elite Health Plan envía anualmente el Programa de Cumplimiento de Elite Health Plan, las políticas relacionadas, el SOC y la certificación a los FDR y registra la recepción y cobra certificaciones anuales que indican que han completado la capacitación con su personal y que mantienen registros durante 10 años disponibles para auditoría. El Plan acepta certificaciones FWA y otras certificaciones de capacitación de aquellos que completaron los requisitos a través de Medicare u otra fuente creíble. Los agentes de marketing, por ejemplo, envían anualmente certificados de formación AHIP.

También se debe completar el Modelo de Capacitación y Cumplimiento de la Atención,

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

FWA, la Capacitación del Código de Conducta. La capacitación está disponible por correo electrónico o en papel a pedido, se lleva a cabo en reuniones virtuales cuando sea posible, reuniones cara a cara y mediante reuniones individuales con el Director de Cumplimiento. Los FDR pueden usar su propio Código de Conducta o el Código de Conducta de Elite Health Plan. El mismo seguimiento y seguimiento ocurre según lo necesite el Director de Cumplimiento.

Capacitación para nuevos empleados:

El Director de Recursos Humanos (RRHH) es responsable de garantizar que la orientación incluya todo el Cumplimiento/SOC/FWA/HIPAA requerido y otra capacitación que requiera certificación al finalizar.

Capacitación anual de empleados:

El Director de Cumplimiento envía un correo electrónico a todo el personal anualmente solicitando la finalización de la capacitación anual a través del sitio web / en persona, y proporciona métodos de capacitación alternativos disponibles.

Proveedores contratantes:

Las Relaciones con los Proveedores y los Representantes se aseguran de que los Proveedores contratados reciban capacitación sobre la orientación y anualmente a partir de entonces. Algunos proveedores pueden completar la capacitación anual para proveedores a través del sitio web de CMS CBT u otros medios aceptados. Esos sitios tienen informes disponibles que el personal de Cumplimiento descarga y usa para desarrollar informes. Los representantes de servicios para proveedores del plan hacen un seguimiento de los proveedores que no cumplen.

Proveedores:

El personal de Cumplimiento responsable de la Supervisión de Proveedores ayuda al Director de Cumplimiento a garantizar la capacitación de todos los proveedores en la orientación y anualmente a partir de entonces. La principal herramienta de capacitación para proveedores es el sitio web del Plan.

Junta Directiva

El Director de Cumplimiento (CCO) se asegura de que los miembros de la Junta Directiva reciban capacitación sobre la orientación y anualmente a partir de entonces. El CCO generalmente realiza una capacitación en una reunión de la Junta y obtiene la aprobación de los materiales al mismo tiempo.

Actualización del contenido de los materiales de capacitación sobre cumplimiento

El Director de Cumplimiento revisa y actualiza los materiales de capacitación anualmente como mínimo y/o cuando hay cambios sustanciales en las regulaciones, políticas u orientaciones.

Contenido de los materiales de capacitación sobre cumplimiento:

Los materiales de capacitación sobre cumplimiento de Elite Health Plan deben incluir como mínimo:

- Programa de cumplimiento, políticas y procedimientos relacionados
- Código de conducta

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

- Capacitación sobre fraude, despilfarro y abuso, incluida la forma de denunciar sospechas de incumplimiento o fraude, despilfarro o abuso (FWA), incluidos algunos ejemplos de incumplimiento que los empleados podrían presenciar;
- Incumplimiento en cualquier área;
- Garantía de confidencialidad, anonimato y no represalias por denunciar;
- El requisito de informar indicando que es contra la ley federal no informar;
- Revisión de las pautas disciplinarias (incluida la posible terminación de los servicios);
- La capacitación es obligatoria y una condición para continuar en el empleo;
- Revisar las políticas relacionadas con la contratación con el gobierno (sin regalos);
- Revisión de posibles conflictos de intereses (COI) y requisito de informarlo al Director de Recursos Humanos de Elite Health Plan;
- seguridad y confidencialidad de HIPAA;
- Monitoreo y auditoría de cumplimiento;
- Leyes que rigen la conducta de los empleados en el programa Medicare;
- Programa de capacitación en sensibilidad cultural / diversidad

Capacitación sobre fraude, despilfarro y abuso

(Manual de atención administrada de Medicare, Parte C, Capítulo 21.50.3.1; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.3.1)

42 CFR §§ 422.503 (b) (4) (vi) (C), 423.504 (b) (4) (vi) (C)

Memorándum de HPMS del 8 de mayo de 2012, sobre la orientación de capacitación y educación de CMS FWA

Al igual que la capacitación de cumplimiento, la capacitación de FWA es realizada por el Departamento de Recursos Humanos con personal para nuevas contrataciones tras la orientación de empleo / contratación y anualmente a partir de entonces. Según sea necesario, el Plan puede realizar capacitaciones ad hoc que se centren en temas específicos relacionados con los riesgos de FWA, el plan de fraude, el incumplimiento o cuando cambian los requisitos. El Plan lleva a cabo la misma capacitación durante la capacitación anual y de nuevas contrataciones, pero la capacitación ad hoc puede ser específica del departamento. La formación específica del departamento se lleva a cabo con personas en función de sus funciones dentro de la empresa. FDR Training es el entrenamiento general, pero el entrenamiento ad hoc puede ser más específico.

Si los FDR han completado la capacitación disponible a través de la Red de Aprendizaje de Medicare (MLN) de CMS en <http://www.cms.gov/MLNProducts> o a través del ICE u otra opción de capacitación creíble, no están obligados a completar la capacitación del Plan. En su lugar, pueden presentar el certificado de capacitación de MLN u otra entidad creíble y ser considerados "capacitados".

La capacitación de FWA incluye:

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

- Leyes y regulaciones relacionadas con MA y la Parte D FWA (Ley de Reclamaciones Falsas, estatuto Antisoborno, HIPAA / HIGHTECH, etc.);
- la obligación de FDR de tener políticas y procedimientos de FWA;
- Procesos para informar FWA a FDR o Elite Health Plan Health;
- Protecciones para los empleados de FDR y otras personas que denuncian FWA (política de no represalias);
- Tipos de FWA que pueden ocurrir en el entorno de FDR;
- Cómo informar un posible FWA por correo electrónico a:
- **Sitio web:** <https://report.syntrio.com/elitehealthplan>
- **Aplicación de informes** anónimos: Palabra clave: elitehealthplan
 - Instrucciones detalladas de la aplicación descargar [aquí](#)
- Teléfono gratuito:
 - **Estados Unidos y Canadá de habla inglesa: 855-894-4982**
 - Estados Unidos y Canadá de habla hispana: **800-216-1288**
 - México de habla hispana: **800-681-5340**
 - Canadá francófono: **855-725-0002**
 - Contáctenos si necesita un # gratuito para personas que llaman de América del Norte que hablan idiomas distintos al inglés, español o francés
- **Correo electrónico:** reports@syntrio.com (debe incluir el nombre de la empresa con el informe)
- **Fax:** 215-689-3885 (debe incluir el nombre de la empresa con el informe)

Puedes acceder a tu **buzón de sugerencias** desde tu página web de informes o directamente en: <https://report.syntrio.com/elitehealthplan/sb.asp>.

- [Hotline@Elite Planhealth.com de Salud](mailto:Hotline@ElitePlanhealth.com); o por teléfono al Oficial de Cumplimiento al 909-630-2031; o por correo electrónico a Compliance@Elite Health Plan.com.

Retención de registros: evidencia de capacitación

Medicare requiere que los planes y proveedores de salud (FDR) conserven *todos los registros* durante un mínimo de diez (10) años. Esto incluye registros como prueba de

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

capacitación y los materiales de capacitación deben conservarse durante el período de diez años para permitir que CMS audite los registros de capacitación. Los planes y proveedores deben poder demostrar evidencia de capacitación a través de: certificaciones, hojas de registro, exámenes, puntajes de exámenes, certificados, etc. El Plan acepta certificaciones FWA de aquellos que completaron los requisitos a través de los sitios web de Medicare. Se considera que han cumplido con los requisitos de capacitación y educación para FWA.

Capítulo Cuatro

Líneas de comunicación efectivas

(Manual de atención administrada de Medicare, Parte C, Capítulo 21.50.3; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.3)

42 CFR §§ 422.503 (b) (4) (vi) (D), 423.504 (b) (4) (vi) (D)

El Plan ha establecido líneas de comunicación que garantizan la confidencialidad entre el Director de Cumplimiento, el personal de Cumplimiento, los miembros del comité de cumplimiento, los empleados, los gerentes, la Junta Directiva, FDR y el público u otras partes interesadas. El Plan tiene una política de no intimidación y no represalias por la participación de buena fe en el programa de cumplimiento, que incluye, entre otros, informar posibles problemas, realizar autoevaluaciones, auditorías y acciones correctivas, e informar a los funcionarios correspondientes.

Los asuntos de incumplimiento (problemas de cumplimiento) o los informes de posible fraude, despilfarro o abuso (**FWA**) se pueden informar a través de una "línea directa" gratuita confidencial y anónima. El Plan tiene un buzón de correo electrónico disponible para aquellos que deseen informar por correo electrónico confidencial, Hotline@EliteHealthPlan.com. La documentación se mantiene en carpetas confidenciales dentro de Cumplimiento. Solo el Oficial Jefe de Cumplimiento o el personal de la Unidad de Investigación Especial (**SIU**) tienen acceso para recibir estos informes confidenciales.

Líneas de comunicación efectivas entre el Director de Cumplimiento, el Comité de Cumplimiento, los empleados, el Órgano de Gobierno y los FDR

(Manual de atención administrada de Medicare, Parte C, Capítulo 21.50.4.1; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.4.1)

42 CFR §§ 422.503 (b) (4) (vi) (C), 423.504 (b) (4) (vi) (C)

Director de Cumplimiento y Comité de Cumplimiento:

El Director de Cumplimiento (CCO) es el Presidente del Comité de Cumplimiento (**CC**) y establece la agenda. La agenda incluye cambios y nueva información de CMS a través del intercambio de memorandos de HPMS, hallazgos de auditoría, informes de monitoreo, problemas de incumplimiento significativo, informes resumidos de FWA y casos cerrados de incumplimiento significativo, etc. Los líderes de toma de decisiones de cada departamento tienen la oportunidad de discutir abiertamente problemas, barreras para el cumplimiento o inquietudes que puedan tener. El CCO comunica los cambios en las regulaciones, los requisitos, las políticas y procedimientos de la empresa y el Código de Conducta. El comité aprueba muchos materiales de capacitación, informes, etc. relacionados con el cumplimiento. Las actas contemporáneas se mantienen y aprueban.

Director de Cumplimiento (CCO) y empleados:

El CCO está disponible para todos los empleados a través de una "política de puertas abiertas". Los empleados pueden acudir al CCO con cualquier problema, inquietud o barrera para el cumplimiento. CCO está disponible por teléfono celular las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También pueden compartir cualquier inquietud con respecto a actividades sospechosas, posibles fraudes, despilfarros o abusos. El CO emite memorandos, alertas de Medicare y otras comunicaciones escritas a los empleados y al personal de contratación, según sea necesario. Cada memorando incluye el nombre, la dirección de correo electrónico y la información de contacto del Director de Cumplimiento. El personal del CO y/o del Departamento de Cumplimiento realiza reuniones de capacitación con empleados, liderazgo, personal de contratación y consultores según sea necesario de vez en cuando. El CO y el personal reciben y responden preguntas de cumplimiento para el personal y los FDR diariamente.

Director de Cumplimiento y Comité de Cumplimiento con la Junta Directiva:

El CCO está invitado a las reuniones trimestrales de la Junta Directiva (BOD). El CCO comparte con la junta los riesgos de cumplimiento, los problemas de cumplimiento, los informes del DOC y el monitoreo del cumplimiento, los hallazgos de la auditoría y las recomendaciones para mejorar el cumplimiento a través de nuevos procesos o la adición de los recursos necesarios. El CCO comparte incidentes, tendencias e información resumida de FWA, así como cualquier fraude significativo descubierto y corregido. El CCO comparte apelaciones y tendencias e intervenciones de quejas con la Junta Directiva. La Junta Directiva puede recomendar actividades e intervenciones adicionales que deseen que se lleven a cabo. El CO es responsable de garantizar la supervisión efectiva de la implementación de tales actividades e intervenciones, la evaluación de riesgos, el plan de trabajo y el plan de trabajo de monitoreo / auditoría. El CCO comunica las solicitudes / acciones requeridas de la Junta Directiva. El CCO se comunica con la Junta Directiva sobre actividades y problemas de cumplimiento durante las reuniones trimestrales, o según sea necesario por correo electrónico o memorando. El registro de seguimiento de problemas de CMS y HPMS Memo se comparte mensualmente para ver recursos/memorandos vinculados y revisar los detalles de los informes del gerente de cuenta regional de CMS. También pueden solicitar capacitación adicional del Director de Cumplimiento.

50.4.2 – Mecanismos de comunicación y presentación de informes

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21. 50.4.2; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9. 50.4.2)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(D), 423.504(b)(4)(vi)(D)

Informes obligatorios

El Plan requiere que los empleados informen posibles problemas éticos. El Plan ofrece varios canales por los cuales los empleados y otras personas pueden informar inquietudes o incidentes éticos, incluidas, entre otras, inquietudes sobre la violación de este código, las políticas del Plan, la contabilidad, los controles internos o los asuntos de auditoría. El Plan

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

proporciona un número de teléfono anónimo de la línea directa de cumplimiento y correo de voz que está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. El Plan prohíbe las represalias contra cualquier persona por plantear inquietudes o preguntas sobre asuntos éticos, o por denunciar sospechas de violaciones cometidas de buena fe.

Mecanismos de comunicación y presentación de informes

El Plan comunica y recuerda al personal y a los FDR sobre la importancia de informar y cómo informar posibles problemas de cumplimiento, incluidos, entre otros, fraude, despilfarro y abuso; violaciones de HIPAA; otras preocupaciones éticas. La información sobre "cómo denunciar" se incluye, entre otros, en lo siguiente:

- Materiales de capacitación y discusión para nuevos empleados y mandatos anuales
- Código de conducta, programa de cumplimiento, políticas y procedimientos de cumplimiento relacionados
- Recordatorios incluidos en reuniones o enviados por correo electrónico.

La información de los informes es la siguiente:

Por teléfono gratuito: **Línea directa de cumplimiento:**

Por teléfono celular al Director de Cumplimiento: 909-630-2031

Por correo: A la atención de: Director de Cumplimiento
1131 West 6th Street, Suite 225
Ontario, CA. 91762

Por correo electrónico: Compliance@EliteSaludPlanhealth.com o denuncias
anónimas: Hotline@EliteSaludPlan.com

Las comunicaciones con los FDR se llevan a cabo de varias maneras:

Los proveedores reciben información y comunicación de muchas maneras, incluidas, entre otras, las siguientes:

- **"Alertas de Elite Health Plan":** se publican en el sitio web
- **Envíos masivos de correo electrónico:** la información y los documentos que no son PHI se envían por correo electrónico;
- **JOUM** – Las reuniones de Operaciones Conjuntas/Gestión de Utilización se programan mensualmente, bimensualmente, trimestralmente o semestralmente, según el desempeño del grupo y el tiempo que hayan estado con el Plan;
- **Cartas:** las cartas individuales de incumplimiento o acción disciplinaria se envían por correo postal o electrónico.

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

- **Correo y faxes:** planes de atención, informes de modelado predictivo, listados de servicios preventivos adeudados, bonificaciones de incentivo / rendimiento, etc.
- **Boletines informativos:** sobre el programa QI, información para miembros y resultados de auditorías
- **Llamadas telefónicas salientes :** de Servicios para proveedores y/u otros departamentos del Plan;
- **SFTP:** los documentos confidenciales, incluidos los datos específicos de los miembros, se publican en el Protocolo de transferencia segura de archivos (SFTP);
- **Materiales de capacitación:** enviados por varios métodos;
- **Seminarios web:** la capacitación y los temas de interés pueden ser realizados por seminario web por varios departamentos;
- **Sitio web:** publicación de información en el sitio web de Elite Health Plan

50.4.3 – Comunicaciones y educación de los afiliados

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21.50.4.3; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.4.3)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(D), 423.504(b)(4)(vi)(D)

El Plan se comunica con los miembros de múltiples maneras, tales como, entre otras, las siguientes:

- **Cartas:** las cartas individuales de incumplimiento o acción disciplinaria se envían por correo postal o electrónico.
- **Correo de** los planes de atención; Notificaciones/cartas/documentos requeridos para miembros de CMS, cartas de inscripción de verificación saliente (OEV), todos los demás según sea necesario y marcados en el exterior de los sobres para designar el contenido según los requisitos de CMS
- **Boletines informativos:** sobre el Programa de QI, gestión de casos; artículos educativos; y estímulo;
- **Llamadas telefónicas salientes :** de administradores de atención y otras enfermeras y personal;
- **Materiales educativos: materiales a nivel de miembro para facilitar la comprensión;**
- **Alertas de estafa de fraude:** enviadas por varios métodos;
- **Seminarios web:** la capacitación y los temas de interés pueden realizarse mediante seminarios web; y
- **Sitio web:** publicación de información en el sitio web del plan.

Capítulo cinco

Se determina un comportamiento bien publicitado.

50.5.1 – Normas disciplinarias

(Manual de atención administrada de Medicare, Parte C, Capítulo 21. 50.5.1; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9. 50.5.1)

42 C.F.R. §§ 422,503 (b) (4) (vi) (E), 423,504 (b) (4) (vi) (E)

El Plan ha publicado políticas y procedimientos disciplinarios que reflejan estándares disciplinarios claros y específicos. Las políticas disciplinarias describen las expectativas del patrocinador para informar sobre problemas de cumplimiento, incluido el comportamiento incumplidor, poco ético o ilegal, que los empleados participen en la capacitación requerida y las expectativas para ayudar en la resolución de problemas de cumplimiento informados.

Las políticas tienen algunos ejemplos de comportamiento incumplidor, poco ético o ilegal, a través de ejemplos de violaciones. La acción disciplinaria se determina en función de la gravedad de la infracción.

Métodos para dar a conocer las normas disciplinarias

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21. 50.5.2; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9. 50.5.2)

42 C.F.R. §§ 422,503 (b) (4) (vi) (E), 423,504 (b) (4) (vi) (E)

El Plan publica su expectativa de informar sobre el cumplimiento, el FWA y otras preocupaciones éticas a través de algunos de los siguientes:

- Discusiones regulares en comités y en reuniones de personal del departamento;
- Comunicaciones con FDR, como el Manual del proveedor y compartir el Código de conducta;
- Capacitación general en cumplimiento;
- Sitio web de Internet;

El Plan investiga cada informe para identificar comportamientos no conformes o poco éticos.

Hacer cumplir las normas disciplinarias

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21. 50.5.3; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9. 50.5.3)

42 C.F.R. §§ 422,503 (b) (4) (vi) (E), 423,504 (b) (4) (vi) (E)

Máxima prioridad

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

Elite Health Plan considera que el comportamiento poco ético y las actividades fraudulentas u otras violaciones del Código de Conducta son delitos graves. Estos temas son de la más alta prioridad. El Plan espera que los miembros sean tratados y se les hable con respeto y amabilidad. El Plan espera veracidad de los empleados y contratistas.

Registros de problemas y acciones

El Departamento de Cumplimiento y/o el Departamento de Recursos Humanos documentan las violaciones de cumplimiento y las acciones disciplinarias, anotando la fecha en que se informó la violación, los detalles de la violación, las fechas de las investigaciones, el nombre y el cargo del investigador, los hallazgos, las medidas disciplinarias tomadas y la fecha en que se tomaron. Todos los registros de Medicare se mantienen durante un período de 10 años.

Monitoreo para acciones consistentes y oportunas

El Director de Cumplimiento debe ser copiado de cualquier disciplina de este tipo con fines de seguimiento y revisión de la coherencia de las acciones disciplinarias contra todo el personal. Se revisan para garantizar que las medidas disciplinarias sean apropiadas para la gravedad de la violación, se administren de manera justa y consistente y se impongan dentro de un plazo razonable. El Oficial de Cumplimiento envía informes al director / personal de Recursos Humanos sobre incumplimiento, fraude, despilfarro o abuso con una solicitud de que la anotación se coloque en los archivos personales del empleado y se considere durante la revisión anual del desempeño del individuo. El Plan puede o no (debido al pequeño tamaño de la empresa) publicar acciones disciplinarias anónimas en las publicaciones de los empleados, como por correo electrónico o en un informe del comité, para demostrar a los empleados que se imponen medidas disciplinarias por violaciones.

Capítulo Seis

Sistema eficaz para el monitoreo, la auditoría y la identificación de riesgos de cumplimiento de rutina

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21. 50.6; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9. 50)

42 C.F.R. §§ 422,503 (b) (4) (vi) (E), 423,504 (b) (4) (vi) (E)

Seguimiento del Comité

El Plan realiza un monitoreo de rutina para identificar áreas de deficiencia, bajo desempeño y riesgos de cumplimiento. El Plan logra esto mediante la revisión de datos en comités permanentes y grupos de trabajo como, entre otros, los siguientes:

- Comité de Cumplimiento (CC);
- Comité de Calidad (QC);
- Comité de Gestión de Utilización (UMC);
- FDR – Comité de Supervisión de la Delegación (DOC)
- Equipo de supervisión de proveedores (VOT)
- Unidad de Investigaciones Especiales (SIU)
- Comités de acreditación y revisión por pares
- Reuniones de Relaciones con Proveedores

Además, el Plan realiza auditorías internas y externas para evaluar el cumplimiento del Plan y FDR con los requisitos de CMS y la efectividad general del programa de cumplimiento.

Monitoreo y auditoría de rutina

(Manual de atención administrada de Medicare, capítulo 21. 50.6.1; Manual de medicamentos recetados, capítulo

9. 50.6.142 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(F), 423.504(b)(4)(vi)(F)

Auditoría Interna

El Plan realiza auditorías internas para medir el cumplimiento de la empresa con las regulaciones estatales y federales, y las políticas y procedimientos de la empresa para garantizar una atención oportuna y de calidad para sus miembros, y para identificar el incumplimiento y el posible FWA.

Monitorización

Según CMS, "Las actividades de monitoreo son revisiones periódicas realizadas como parte de las operaciones normales para confirmar el cumplimiento continuo y garantizar que las acciones correctivas se tomen y sean efectivas". El monitoreo puede ser autoinformado por un departamento.

Auditoría

Según CMS, "Una auditoría es una revisión formal del cumplimiento de un conjunto particular de estándares (por ejemplo, políticas y procedimientos, leyes y regulaciones) utilizados como medidas base". La auditoría es realizada por una persona calificada que no forma parte del área específica que se audita.

El Plan tiene un cronograma de auditoría de "Auditoría Interna de Cumplimiento" (CIA). Salvo otros eventos inesperados e inevitables (como auditorías de CMS u otras entidades externas). El cronograma de auditoría inicial se desarrolla considerando los puntajes en la evaluación anual de riesgos. El Plan se adhiere al programa de auditoría de la CIA tanto como sea posible. El horario puede modificarse cuando se informa o descubre un "tema candente". El Director de Cumplimiento puede reordenar el cronograma de auditoría para acelerar la auditoría de áreas más críticas como prioridades. Cuando se debe ajustar el cronograma, se hace para garantizar que las áreas de mayor riesgo sean auditadas y las áreas de menor riesgo sean las que se pospongan.

Equipo de auditoría

El Departamento de Cumplimiento puede designar un Auditor Interno de Cumplimiento (CIA). La CIA informa los hallazgos de la auditoría al Director de Cumplimiento y al comité de cumplimiento. La alta gerencia participa durante la revisión de los hallazgos y los CAP emitidos. El Director de Cumplimiento puede solicitar a los líderes de departamentos específicos que realicen "autoauditorías", como primer paso o acción correctiva. El personal de cumplimiento puede revisar (leer en exceso) su trabajo para verificar su precisión. Todos los CAP se validan para garantizar que se subsanen las deficiencias y los esfuerzos de monitoreo continuo se informan constantemente a Cumplimiento para su revisión y supervisión adicional.

Responsabilidad

El cronograma de auditoría es desarrollado por el Director de Cumplimiento con BOD y el Comité Ejecutivo de Supervisión de Gerencia y Delegación en función de la Evaluación de Riesgos y las políticas de auditoría establecidas. El personal del departamento de cumplimiento asiste y realiza auditorías reales. También se pueden contratar consultores para realizar auditorías. El Director de Cumplimiento (CO) puede realizar personalmente algunas auditorías basadas en los niveles de personal. Los resultados y "hallazgos" (deficiencias) de las auditorías se informan al CCO y los informes resumidos se comparten con el Comité de Cumplimiento y el Comité de Supervisión de la Delegación. Las acciones correctivas pueden ser requeridas y rastreadas por el Comité de Cumplimiento Empresarial (ECC) y el CCO o una parte designada. El CCO también informa sobre los CAP, el seguimiento de los CAP y los resultados de las auditorías al CEO, CMO, COO, la alta dirección y el Consejo de Administración, según corresponda y sea necesario.

Auditoría Externa

El Plan realiza auditorías externas de sus FDR a las que se les han delegado tareas funcionales como Cumplimiento, Contratación, Acreditación, Gestión de Utilización, Reclamaciones, Gestión de Beneficios de Farmacia (PBM), Organización de Servicios de

Gestión (**MSO**), Organizaciones de Servicios Administrativos (**ASO**), Protocolo de Transición de Atención (**TOC**), estándares del Modelo de Atención (**MOC**), Gestión de Terapia de Medicamentos (**MTM**) proveedores, organizaciones de marketing de campo (**FMO**), etc. Idealmente, la auditoría se lleva a cabo "antes de la delegación" o tan pronto como se firma un contrato con la entidad, y anualmente a partir de entonces. También puede haber auditorías enfocadas (**FA**) cuando hay una deficiencia que podría poner en riesgo a los miembros. Los planes de acción correctiva (**CAP**) son necesarios cuando el desempeño no cumple con los umbrales requeridos y cuando se observan deficiencias durante la auditoría (a menos que se otorgue una extensión para permitir que el área auditada recupere el cumplimiento dentro del próximo mes).

La delegación puede ser revocada en cualquier momento debido a un desempeño inadecuado repetido por parte del delegado. La auditoría externa es supervisada por el Comité de Supervisión de la Delegación (**DOC**) y sus auditores y partes interesadas clave. El DOC informa al Comité de Cumplimiento Empresarial (**ECC**) y busca orientación de ellos. Algunos proveedores también son auditados.

Desarrollo de un sistema para identificar riesgos de cumplimiento

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21.50.6.2; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9. 50.6.2)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(F), 423.504(b)(4)(vi)(F)

El Plan realiza una evaluación anual de riesgos generales (anualmente como mínimo y surgen riesgos / problemas) para identificar áreas de riesgo potencial. La evaluación incluye todas las áreas operativas del negocio. Cada área operativa debe ser evaluada por los tipos y niveles de riesgos que el área presenta para los miembros y para la empresa. Los factores considerados para determinar los riesgos asociados con cada área incluyen, entre otros:

- Tamaño del departamento;
- Complejidad del trabajo;
- Volumen de trabajo;
- Cantidad de capacitación que se ha llevado a cabo;
- Integridad y mantenimiento actual de las políticas y procedimientos;
- Puntualidad y precisión del trabajo;
- Competencia de liderazgo del área;
- Problemas recientes de cumplimiento;
- Etcetera.

Áreas de especial preocupación

Medicare ha indicado que las áreas de especial preocupación para los patrocinadores de las Partes C y D de Medicare son áreas con un alto impacto en los beneficiarios. Esto incluiría, entre otros, "violaciones de marketing e inscripción, tergiversación de agentes/corredores, marketing selectivo, incumplimiento de inscripción/desafiliación, acreditación, quejas y

apelaciones, evaluación de calidad, apelaciones y procedimientos de quejas, administración de beneficios/formularios, política de transición, política de clases protegidas, gestión de utilización, precisión del procesamiento de reclamos, detección de reclamos potencialmente fraudulentos, línea directa y supervisión y monitoreo de FDR". Cualquier área identificada a través de las evaluaciones de riesgos de CMS, las alertas o los memorandos/reuniones del grupo de trabajo de FWA.

Los resultados de la auditoría del Programa Nacional de Medicare se publican anualmente en el sitio web de CMS y pueden indicar las áreas comunes de deficiencias e incumplimiento. El Director de Cumplimiento (**CO**) revisa el informe de CMS y el Plan de Trabajo de la OIG y considera que esas áreas también son de "alto riesgo". Otras alertas y memorandos de Medicare y cambios regulatorios que requieren planes de implementación de CMS pueden presentar riesgos; cualquier área en la que prevalezca / informe / o sospeche de incumplimiento. El Plan también recibió información de su Gerente de Oficina Regional sobre las áreas que deben vigilarse cuidadosamente. El CCO considera estas áreas de alto riesgo al completar o actualizar la Evaluación Anual de Riesgos.

Puntuación y priorización de riesgos

La herramienta de riesgos asigna una puntuación a cada elemento para indicar qué áreas de riesgo tendrán mayor impacto en la empresa. La herramienta incluye un "peso" (multiplicador) basado en el impacto que el incumplimiento tendría en los beneficiarios (impacto en el beneficiario). Eluxe Health Plan prioriza su estrategia de auditoría basada hasta cierto punto en la Evaluación Anual de Riesgos, y considera en gran medida las áreas de incumplimiento que aparecen a lo largo del año.

Reevaluaciones

Debido a que las leyes, las regulaciones, el personal, los recursos y otros factores siempre están cambiando, debe haber una revisión y reevaluación continuas de los riesgos potenciales de incumplimiento y FWA. Las áreas de riesgo identificadas a través de las auditorías y la supervisión de CMS, así como a través del propio monitoreo, auditorías e investigaciones internas del patrocinador son riesgos prioritarios.

Desarrollo del Plan de Trabajo de Monitoreo y Auditoría / Cronograma

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21 .50.6.3; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.6.3)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(F), 423.504(b)(4)(vi)(F)

Los resultados de la evaluación de riesgos ayudan a desarrollar el cronograma/plan de trabajo de auditoría interna de cumplimiento (CIA). El Plan prioriza (y vuelve a priorizar, ajustando el cronograma de auditoría de la CIA según sea necesario a lo largo del año. No todas las auditorías programadas se completarán en función de diversos factores, incluida la dotación de personal, que es un desafío en un plan de salud pequeño. Las áreas de alto riesgo son las más preocupantes y serán auditadas a menos que se eliminen del cronograma por riesgos urgentes y de mayor prioridad que aparecen a lo largo del año. Los

problemas con alto impacto en los beneficiarios son de mayor preocupación. El Plan programa nuevas auditorías cuando se descubre que un área tiene múltiples hallazgos que ponen en riesgo a los miembros y a la empresa. Se requieren acciones correctivas para las deficiencias. Las acciones correctivas y el seguimiento son supervisados por el Comité de Cumplimiento, el Comité de Supervisión de Delegación y el Oficial de Cumplimiento con el personal del departamento de cumplimiento. Todos los informes del comité compartidos con la Junta Directiva

Cronograma y metodología de auditoría

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21. 50.6.4; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9. 50.6.4)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(F), 423.504(b)(4)(vi)(F)

El Programa de Auditoría de la CIA incluye un cronograma que enumera todas las actividades internas de monitoreo operativo y auditoría de cumplimiento para el año calendario. (Se realizan ajustes según sea necesario). El monitoreo se completa por áreas operativas y se informa a Cumplimiento. El Plan utiliza una combinación de auditorías documentales e in situ.

El Plan utiliza herramientas de auditoría desarrolladas por la industria (incluidas, entre otras, las herramientas de auditoría de CMS). La herramienta de auditoría calificada puede servir como informe de auditoría o se puede redactar un informe final. Para los FDR, una carta / informe escrito del FDR explica los hallazgos, recomendaciones y requisitos para las acciones correctivas. El Plan realiza auditorías de seguimiento según corresponda para volver a auditar las áreas que anteriormente se encontraron no conformes para determinar la efectividad de las acciones correctivas tomadas.

Los CMS requieren que los casos de auditoría interna, monitoreo de operaciones internas y FWA se informen en los universos de auditoría del programa Medicare de CMS para las actividades de supervisión del cumplimiento (**COA**) según sea necesario.

Auditoría de las operaciones y el programa de cumplimiento del patrocinador

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21. 50.6.5; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9. 50.6.5)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(F), 423.504(b)(4)(vi)(F)

Auditoría de Operaciones

El Director de Cumplimiento y el comité de cumplimiento tienen en cuenta el tamaño actual del plan de salud al desarrollar el Programa de Auditoría de la CIA. El monitoreo debe ser realizado por el departamento auditado y luego verificado por el Departamento de Cumplimiento. Auditorías realizadas según sea necesario o si surge la necesidad debido a áreas de alto riesgo observadas o conocidas dentro de los esfuerzos de monitoreo de las operaciones. Los auditores deben conocer los requisitos operativos de CMS para las áreas bajo revisión. Los auditores pueden incluir pymes como farmacéuticos, enfermeras,

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

médicos, contadores públicos certificados, investigadores de fraudes y personal de cumplimiento. Los resultados finales de la auditoría provienen del personal de Cumplimiento que puede no participar en la autovigilancia. La auditoría confirma la efectividad del programa de cumplimiento, y los resultados deben compartirse con el Comité de Cumplimiento y la Junta Directiva.

Auditoría de la eficacia del programa de cumplimiento

Las auditorías del programa de cumplimiento deben realizarse al menos una vez al año. Para evitar la autovigilancia, el plan subcontrata la auditoría a auditores externos.

Monitoreo y auditoría de FDR

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21.50.6.6; Manual de medicamentos recetados, capítulo

9. 50.6.6)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(F), 423.504(b)(4)(vi)(F)

Elite Health Plan audita y monitorea sus entidades de primer nivel (**FTE**) para garantizar que cumplan con todas las leyes y regulaciones aplicables, y para garantizar que las entidades de primer nivel estén monitoreando el cumplimiento de las entidades con las que contratan (las entidades "descendientes" de los patrocinadores).

El Plan utiliza personal operativo para monitorear entidades delegadas de primer nivel, descendentes y relacionadas (**FDR**). El Plan es responsable y debe realizar un seguimiento y una auditoría específicos de las entidades de primer nivel para garantizar que cumplan con los requisitos del programa de cumplimiento. El monitoreo de las entidades de primer nivel para los requisitos del programa de cumplimiento debe incluir una evaluación para confirmar que las entidades de primer nivel están aplicando los requisitos apropiados del programa de cumplimiento con las entidades posteriores con las que se contrata el primer nivel.

El Plan solicita datos como parte de los informes que los FDR deben enviar de forma rutinaria al Plan. Los datos de los FDR pueden incluir algunos o todos los siguientes;

- **Informes de pago** que detallan el monto pagado tanto por el patrocinador como por el afiliado; además, informes de pago que identifican al proveedor, al afiliado y una descripción del medicamento (incluida la dosis y el monto) o el servicio prestado. Estos informes deben usarse para identificar pagos excesivos e insuficientes, pagos duplicados, pagos puntuales y anomalías en los precios, y para ayudar a verificar los precios correctos;
- **Informes de utilización de medicamentos** que identifican la cantidad de recetas surtidas por un afiliado en particular y, en particular, la cantidad de recetas surtidas para clases sospechosas de drogas, como narcóticos, para identificar un posible abuso terapéutico o actividad ilegal por parte de un afiliado. Los afiliados con un número anormal de recetas o patrones de prescripción para ciertos medicamentos deben identificarse en los informes.

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

Del mismo modo, los informes de gestión de la utilización de medicamentos de los FDR pueden ser una herramienta útil para identificar FWA;

- **Informes de utilización** de proveedores que identifican la cantidad y los tipos de visitas y servicios enviados para el pago para identificar posibles picos y/o irregularidades, como un proveedor que presenta reclamos por servicios que normalmente no serían realizados por la especialidad del proveedor; los requisitos de puntualidad para las notificaciones a los miembros/proveedores están dentro de los estándares de cumplimiento aceptables;

Patrones de prescripción y derivación por parte del médico Informes que identifican la cantidad de recetas y referencias escritas por un proveedor en particular y generalmente se enfocan en una clase o tipo particular de medicamento, como narcóticos, o un tipo específico de DME, como scooters. Estos informes deben generarse para identificar posibles prescriptores y referencias/proveedores, fraude farmacéutico y fraude DME; y

Adecuación de la red: los informes postales geográficos pueden identificar posibles esquemas de compra de médicos o fábricas de guiones comparando la ubicación geográfica (código postal) del paciente con la ubicación del proveedor que escribió la receta y deben incluir la ubicación de la farmacia dispensadora. Identificar las deficiencias del proveedor/centro de la red. Estos informes deben generar información sobre aquellos afiliados que obtienen múltiples recetas de proveedores ubicados a más de la distancia normal recorrida para recibir atención (por ejemplo, 30 millas). La "distancia normal" debe considerar dónde reside el afiliado (es decir, los afiliados en áreas rurales generalmente tendrían viajes más largos a un médico o farmacia que los afiliados que viven en áreas urbanas).

Cuando se necesita una acción correctiva, el Plan se reúne (generalmente por seminario web) con el FDR y requiere que la entidad tome medidas correctivas. El Plan está obligado a realizar su auditoría de entidades de primer nivel, independientemente de cualquier autoauditoría que pueda realizar el FDR.

Seguimiento y documentación del cumplimiento y la eficacia del programa de cumplimiento
(Manual de atención administrada de Medicare, capítulo 21. 50.6.7; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9. 50.6.)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(F), 423.504(b)(4)(vi)(F)

El Plan rastrea y documenta sus esfuerzos de cumplimiento. Idealmente, los paneles que muestran las tasas de cumplimiento de varios departamentos y funciones permiten al Director de Cumplimiento, al Comité de Cumplimiento y a la Junta Directiva identificar tendencias de incumplimiento y dedicar recursos a áreas de mayor riesgo en un mes determinado. El Tablero de "Indicadores Clave de Rendimiento" (**KPI**) se revisa y discute mensualmente durante el comité de cumplimiento. Los paneles están disponibles para la Junta Directiva.

Exclusión de OIG / GSA

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21.50.6.8; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.6.8)

La Ley §1862(e)(1)(B), 42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(F), 422.752(a)(8), 423.504(b)(4)(vi)(F), 423.752(a)(6), 1001.1901

El Plan se compromete a garantizar que nadie en ninguna Lista de Exclusión o Lista de Preclusión de la OIG o GSA pueda participar en ningún Plan de Salud de Élite o programa FDR. El pago de Medicare no se puede realizar por artículos o servicios proporcionados o recetados por un proveedor o entidad excluidos. Los pagos de proveedores excluidos deben detenerse dentro de los 90 días posteriores a la adición del proveedor a la Lista de exclusión. El Plan debe asegurarse de no utilizar fondos federales para pagar servicios, equipos o medicamentos recetados o proporcionados por un proveedor, proveedor, empleado o FDR excluido por la OIG o GSA del DHHS.

Identificación de personas, proveedores y entidades excluidas

El Director de Recursos Humanos y el Director de Relaciones con Proveedores revisan la Lista de Personas y Entidades Excluidas y Excluidas de la OIG del DHHS (lista LEIE) y el Sistema de Listas de Partes Excluidas de la GSA (EPLS) antes de la contratación de cualquier nuevo empleado, empleado temporal, voluntario, consultor, miembro del cuerpo directivo o FDR, para garantizar que ninguna de estas personas o entidades quede excluida de la participación en ningún programa financiado por Medicare. Mensualmente, los listados de exclusión se revisan para garantizar que ninguna persona, proveedor o entidad haya sido excluida recientemente de la participación en programas federales. Si es así, sus servicios se cancelan de inmediato y los miembros son transferidos a otros proveedores. El Plan PBM también es responsable de la evaluación mensual de proveedores y farmacias para garantizar que no se surtan recetas de proveedores excluidos o excluidos. Esto es esencial para evitar pagos inapropiados a proveedores, farmacias y otras entidades que se han agregado a las listas de exclusiones desde la última vez que se revisó la lista. Después de que las entidades se evalúan inicialmente con respecto a todo el LEIE y EPLS en el momento de la contratación o contratación, los patrocinadores solo necesitan revisar el archivo complementario de LEIE y la Lista de Preclusión proporcionada cada mes, que enumera las entidades agregadas a las listas ese mes. También se revisan las actualizaciones de EPLS proporcionadas durante el período de tiempo mensual especificado.

Informes

En caso de que se identifique a un proveedor excluido o excluido como participante, sus servicios se cancelan de inmediato y el asunto se informa de inmediato al Director de Cumplimiento para que tome medidas. Si se encuentra un pago, el pago debe recuperarse.

Uso del análisis de datos para la prevención, detección y corrección del fraude, el despilfarro y el abuso

(Manual de atención administrada de Medicare, capítulo 21.50.6.9; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.6.9)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(F), 423.504(b)(4)(vi)(F)

Monitoreo a través del análisis de datos

Elite Health Plan realiza un monitoreo para prevenir y detectar FWA mediante la extracción de informes de datos diseñados específicamente para ayudar a identificar posibles FWA. El análisis de datos puede incluir la comparación de la información de las reclamaciones con otros datos (por ejemplo, proveedor, medicamento o servicio médico proporcionado, diagnósticos o beneficiarios) para identificar *patrones inusuales* que sugieran posibles errores y/o posibles fraudes y abusos. El análisis de datos puede tener en cuenta las prácticas particulares de prescripción y dispensación de los proveedores que atienden a una población en particular (por ejemplo, proveedores de atención a largo plazo, centros de vida asistida, etc.). La facturación duplicada se supervisa y recupera mensualmente. El uso del análisis de datos puede incluir el monitoreo de la facturación médica y de farmacia para detectar *patrones inusuales*.

Responsabilidades

Identificar posibles FWA es responsabilidad de cada empleado, contratista, proveedor y miembro, pero algunos tienen mejores habilidades y la capacidad de extraer y analizar datos. El departamento de tecnología de la información es clave en el desarrollo y generación de informes ad hoc y mensuales para ayudar a varios departamentos y al Departamento de Cumplimiento a identificar posibles áreas de preocupación.

El PBM también genera y comparte informes que ayudan al Plan a identificar proveedores que deben ser monitoreados de cerca debido a *patrones inusuales* de prescripción.

El análisis de datos es valioso porque:

- Establece datos de referencia para permitir que el Plan reconozca tendencias inusuales, cambios en la utilización de medicamentos a lo largo del tiempo, patrones de referencia o prescripción médica y composición del formulario del plan a lo largo del tiempo;
- Permite que el Plan analice los datos de reclamos para identificar posibles errores, contabilidad TrOOP inexacta y prácticas y servicios de facturación de proveedores que representan el mayor riesgo de FWA potencial para el programa Medicare;
- Identifica artículos o servicios que se utilizan en exceso;
- Identifica áreas problemáticas dentro del plan, como la inscripción, las finanzas o el envío de datos;
- Identifica áreas problemáticas en el FDR (p. ej., PBM, farmacias, farmacéuticos, médicos, otros proveedores de atención médica y proveedores); y
- El Plan puede usar los hallazgos para determinar dónde es necesario un cambio en la política.

Unidades Especiales de Investigación (SIU)

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21.50.6.10; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.6.10)

SIU

El Plan tiene políticas y procedimientos y algunas normas estadísticas utilizadas para identificar y abordar FWA tanto a nivel del Plan como de FDR en la entrega de beneficios de las Partes C y D. Dentro del Departamento de Cumplimiento existe una Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) para prevenir, detectar y corregir el fraude. Para cada caso, el Director de Cumplimiento nombra expertos en la materia **(SME) según sea necesario para las investigaciones de la SIU.**

Los equipos son supervisados por el Director de Cumplimiento (CCO). El CCO también designa un equipo o líder de caso para cada caso para garantizar la documentación del caso y los pasos de investigación apropiados, así como para responder preguntas relacionadas con el cumplimiento. El equipo de la SIU es responsable de realizar vigilancia, entrevistas, minería de datos y otras investigaciones relacionadas con el posible FWA. El Plan no es responsable de realizar actividades de aplicación de la ley y puede remitir todos los asuntos indicativos de FWA a CMS I-MEDIC, OIG, DOJ o a las fuerzas del orden.

Las responsabilidades de SIU incluyen:

- Reducir o eliminar los costos inapropiados de los beneficios de las Partes C y D de Medicare debido a FWA;
- Reducir o eliminar reclamos fraudulentos o abusivos pagados con dólares federales;
- Prevenir actividades ilegales;
- Identificar a los afiliados con problemas de sobreutilización;
- Identificar y recomendar proveedores para su exclusión, incluidos aquellos que han defraudado o que pueden haber abusado del sistema. Informar a NBI-MEDIC, I-MEDIC, OIG, CMS Program Integrity y / u otras agencias y fuerzas del orden;
- Remitir casos sospechosos, detectados o reportados de actividad ilegal de drogas, incluido el desvío de drogas, al I-MEDIC y/o a las fuerzas del orden y realizar actividades de desarrollo y apoyo de casos para I-MEDIC y las investigaciones de las fuerzas del orden; y
- Ayudar a la OIG con la investigación del caso a pedido.
- Ayudar a las fuerzas del orden proporcionando la información necesaria para desarrollar enjuiciamientos exitosos.

Notificación obligatoria de sospechas de FWA

Cualquiera puede y debe denunciar sospechas de FWA. Las actividades sospechosas y el comportamiento poco ético posiblemente relacionados con FWA deben informarse de inmediato de la siguiente manera:

Por teléfono gratuito: **Línea directa de cumplimiento:**

Por teléfono celular al Director de Cumplimiento: 909-630-2031

Por correo: Oficial de Cumplimiento

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

Plan de salud de élite
1131 West 6th Street, Suite 225
Ontario, CA 91762

Por correo electrónico: Hotline@EliteHealthPlan.com

Los problemas deben notificarse el mismo día o al día siguiente a más tardar, siempre que sea posible, pero a más tardar 60 días después de que se produzca el incumplimiento. El Plan también informa FWA lo más rápido posible a cualquier entidad que delegue servicios a Elite Health Plan y otras entidades con las que Elite Health Plan subcontrata. El Plan también presenta informes mensuales a las entidades delegantes que lo requieran, según su cronograma.

Anonimato

FWA se puede informar de forma anónima a la línea directa establecida y / o al Director de Cumplimiento (u otro personal de cumplimiento), a un supervisor, a Recursos Humanos, a un miembro de la Junta o a la alta gerencia. A menos que se sospeche que el Director de Cumplimiento (CCO) está involucrado, la persona que recibe el informe notifica al CCO. El anonimato se preserva en la mayor medida posible. Debe ser reportado de buena fe.

Auditoría por parte de CMS o su designado

(Manual de atención administrada de Medicare, capítulo 21.50.6.11; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.6.11)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(F), 423.504(b)(4)(vi)(F), 422.504(e)(2), 423.505(e)(2)

El Plan y sus FDR entienden que CMS tiene la autoridad discrecional para realizar auditorías bajo 42 CFR 44 422.504 (e) (2) y 423.505 (e) (2), que especifican el derecho de auditar, evaluar o inspeccionar cualquier libro, contrato, registro médico, documentación de atención al paciente y otros registros de patrocinadores o FDR que pertenezcan a cualquier aspecto de los servicios prestados. conciliación de pasivos de beneficios y determinación de montos pagaderos en virtud del contrato o según el Secretario de Salud y Servicios Humanos lo considere necesario para hacer cumplir el contrato.

Auditorías

El Plan y sus FDR permiten el acceso a cualquier auditor que actúe en nombre del gobierno federal o CMS para realizar una auditoría in situ. (Las entidades delegadas tienen derecho a inspeccionar los libros y las operaciones en cualquier momento). Las auditorías in situ requieren una revisión exhaustiva de la documentación requerida. Dichas revisiones incluyen cualquier información necesaria para determinar el cumplimiento de las regulaciones y contratos de las Partes C y D de Medicare, como copias de recetas, facturas, licencias de proveedores y farmacias, registros de reclamos, registros de firmas, registros que documentan el estado de entrega por parte del transportista postal, aviso de entrega de atención a largo plazo al personal de enfermería, otras formas de documentación de

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

entrega de medicamentos, registros de compras, contratos, acuerdos de rebajas y descuentos, así como entrevistas al personal. Las entrevistas evalúan si las actividades de control se practican según lo dictado por la política de la empresa y se siguen los requisitos aplicables de las Partes C y D. Las auditorías in situ se basan en el muestreo o los resultados de las auditorías documentales. En la mayoría de los casos, CMS o su designado proporciona un aviso razonable al patrocinador sobre el tiempo y el contenido de la auditoría. También se espera un aviso razonable de cualquier entidad delegante.

Además, la OIG tiene autoridad independiente para realizar auditorías y evaluaciones necesarias para garantizar un pago preciso y correcto y para supervisar el reembolso de Medicare. Plan hace que todos los libros y registros estén disponibles según sea necesario para todas las auditorías estatales y federales.

Solicitudes de documentos

El Plan y sus FDR proporcionan registros a CMS o sus designados y cooperan para permitir el acceso según se solicite. CMS contrata contratistas a veces para realizar sus auditorías. Las solicitudes de auditorías pueden provenir del I-MEDIC, OIG, FBI y otros contratistas. Los contratistas capacitados por CMS y contratados para realizar auditorías de validación de datos de CMS y otras auditorías actúan en nombre del gobierno federal y no están obligados a firmar la declaración de confidencialidad del patrocinador antes del inicio de una auditoría in situ. El Plan y los FDR están obligados por contrato a cooperar con los contratistas de CMS y CMS al proporcionar a CMS y sus contratistas acceso a todos los registros solicitados asociados de alguna manera con el programa de las Partes C o D.

Expectativas de tiempo de respuesta

Cuando CMS o su designado (por ejemplo, el I-MEDIC) solicita información que se utilizará para una auditoría, CMS o su designado notifica al patrocinador el período de tiempo dentro del cual el Plan o el FDR deben proporcionar la información solicitada.

Capítulo Siete

Procedimientos y sistema para una respuesta rápida a los problemas de cumplimiento

(Manual de Atención Administrada de Medicare, Capítulo 21.50.7 Manual de Medicamentos Recetados, Capítulo 9.50.7 - Rev. 15, Emitido: 27-07-12, Vigente: 20-07-12; Implementación: 20-07-12)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(G), 423.504(b)(4)(vi)(G)

El Plan responde rápidamente a los problemas de cumplimiento a medida que se plantean. El Departamento de Cumplimiento realiza un seguimiento de cada problema de cumplimiento que se le presenta para garantizar un procesamiento oportuno. El Director de Cumplimiento y/o el personal designado investigan posibles problemas de cumplimiento que puedan identificarse por cualquier medio. El Plan corrige dicho incumplimiento de manera rápida y exhaustiva para reducir la posibilidad de que vuelva a ocurrir y para garantizar el cumplimiento continuo de los requisitos de CMS.

1. Si el Plan descubre evidencia de mala conducta relacionada con el pago o la entrega de artículos o servicios en virtud del contrato, debe realizar una investigación oportuna y razonable sobre esa conducta.
2. El Plan también debe llevar a cabo acciones correctivas apropiadas y oportunas (por ejemplo, el reembolso de sobrepagos, acciones disciplinarias contra personas responsables) en respuesta a la posible violación mencionada anteriormente.
3. El Plan informa voluntariamente sobre posibles fraudes o conductas indebidas relacionadas con el programa de Medicare a su Gerente de Cuentas de la Oficina Regional (**ROAM**) de CMS designado y/o al MEDIC, según corresponda o según lo solicite el ROAM.

Realizar una investigación oportuna y razonable de los delitos detectados

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21.50.7.1; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.7.1)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(G), 423.504(b)(4)(vi)(G)

Consulta / Investigación

El Departamento de Cumplimiento lleva a cabo una investigación razonable oportuna y bien documentada sobre cualquier incidente o problema de cumplimiento que involucre un posible incumplimiento del programa Medicare o un posible FWA. El incumplimiento del programa y FWA puede ocurrir a nivel del patrocinador o sus FDR. Cada informe se toma en serio y se investiga.

Investigación oportuna

El Plan inicia una investigación razonable lo más rápido posible. Los objetivos son reconocer la mayoría de los casos y designar a un líder de caso dentro de los cinco (5) días hábiles y comenzar la investigación dentro de las dos (2) semanas posteriores a la fecha en que se identificó o informó el posible incumplimiento o el posible incidente de FWA. Debido a que

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

el Plan es pequeño y sus recursos son limitados, el Director de Cumplimiento (CO) prioriza los casos y trabaja primero con aquellos con el mayor impacto en los beneficiarios. Los MEDIC de CMS deben cerrar todos los casos dentro de los 180 días, incluso si el caso no se resolvió. El Plan sigue las mismas pautas.

Responsabilidad de monitorear e informar

El Plan monitorea el incumplimiento del programa FWA y Medicare dentro de sus propios departamentos. Cuando se produce un incumplimiento grave o un desperdicio, el Plan remite el asunto a su Gerente de Cuentas de la Oficina Regional de CMS (**ROAM**) designado. Cuando es significativo y apropiado, el Plan remite el asunto al I-MEDIC correspondiente u otra agencia o aplicación de la ley, según corresponda en cada caso.

Acciones correctivas

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21.50.7.2; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.7)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(G), 423.504(b)(4)(vi)(G)

Análisis y resolución de la causa raíz

Elite Health Plan se compromete a corregir todos y cada uno de los incumplimientos y FWA. El Plan realiza análisis de causa raíz y utiliza información y análisis de impacto de beneficiarios (cuando corresponde) para implementar acciones correctivas. Los CAP deben diseñarse para corregir los problemas subyacentes identificados que resultaron en violaciones del programa para evitar futuros incumplimientos. Las acciones correctivas deben incluir plazos para logros específicos. Las nuevas auditorías son ideales para determinar la eficacia de la PAC después de que se haya implementado por completo. Los CAP deben validarse cuando sea necesario y monitorearse a través de métricas establecidas informadas a través de la estructura de cumplimiento a la Junta Directiva.

Supervisión de FDR

El Plan debe garantizar que los FDR hayan corregido sus deficiencias. La mejor manera de lograrlo es volver a medir después de que la PAC se haya implementado por completo. Las solicitudes / requisitos para los Planes de Acción Correctiva (CAP) de FDR para FWA o incumplimiento del programa deben ser por escrito y deben incluir ramificaciones si el FDR no implementa la acción correctiva satisfactoriamente. Algunos casos de FWA también incluyen acciones correctivas requeridas.

Lenguaje del contrato de Elite Health Plan con FDR

El contrato del Plan con un FDR debe incluir un lenguaje que detalle las ramificaciones si el FDR no mantiene el cumplimiento o se involucra en FWA. Esto puede resultar en la rescisión del contrato dependiendo de la infracción.

Monitoreo de la efectividad de la PAC de FDR

Elite Health Plan realiza auditorías independientes o revisa los informes de monitoreo o auditoría del FDR y continúa monitoreando las acciones correctivas después de su implementación para

garantizar que mantengan el cumplimiento.

FWA comprometido por los empleados

Si el Plan identifica a los empleados involucrados en FWA y decide no rescindir el empleo, el Plan debe volver a capacitar al empleado y monitorearlo de cerca. El CAP debe abordar el incumplimiento o FWA cometido por los empleados o FDR y debe incluir ramificaciones en caso de que los empleados del patrocinador o sus FDR no implementen satisfactoriamente la acción correctiva. El Plan hará cumplir la corrección efectiva a través de medidas disciplinarias, incluido el empleo o la terminación del contrato, si se justifica.

Se debe mantener una documentación exhaustiva de todas las deficiencias identificadas y las acciones correctivas tomadas.

50.7.3 – Procedimientos para autoinformar sobre posibles FWA e incumplimiento

significativo (*Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21.50.7.3; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.7.3*)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(G), 423.504(b)(4)(vi)(G)

Autoinforme

El Plan se compromete a autoinformar el incumplimiento del programa FWA y Medicare a su Gerente de Cuenta de la Oficina Regional de CMS, aunque dicho informe es voluntario. El Plan autoinformará sobre el posible FWA descubierto a nivel del plan, y el posible fraude y abuso por parte de los FDR, así como el desperdicio significativo y los incidentes significativos de incumplimiento del programa Medicare.

El Plan también informa a la FWA a la "Asociación para la Prevención del Fraude en la Atención Médica" (HFPP) aprobada por el Congreso y patrocinada por CMS. El Plan envía voluntariamente datos a HFPP para su análisis y detección de posibles esquemas de fraude. Además, el plan informa a la HFPP cualquier FWA que haya encontrado o sospeche. Esto se compara con los datos de otros planes de salud para ver si otros planes de salud encuentran los mismos problemas con ciertos proveedores, etc. No hay costo para unirse al HFPP. CMS patrocina el costo porque encuentra y detiene FWA de manera tan efectiva.

Cuando corresponda, el Plan notificará a los MEDIC sobre posibles FWA de acuerdo con las pautas que se describen a continuación, los MEDIC remitirán a los posibles FWA a las fuerzas del orden cuando corresponda. El Plan entiende que los problemas que se remiten al MEDIC pueden requerir la cooperación del Plan en la investigación.

Investigación oportuna

El Plan investiga la posible actividad de FWA para decidir si se ha producido un posible FWA. El Plan hace todo lo posible para concluir las investigaciones de posibles FWA dentro de un período de tiempo razonable, tan pronto como sea posible después de que se descubra la actividad.

Reportando al MEDIC

Si después de realizar una investigación razonable, el patrocinador (por ejemplo, el Oficial de Cumplimiento o SIU) determina que se ha producido un posible FWA relacionado con los programas de las Partes C o D de Medicare, el asunto se remitirá al MEDIC de inmediato.

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

Los patrocinadores también deben remitir a los posibles FWA a los niveles de FDR al MEDIC para que el MEDIC pueda ayudar a identificar y abordar cualquier estafa o esquema.

Otros informes

El Plan también considera denunciar conductas potencialmente fraudulentas a autoridades gubernamentales como la Oficina del Inspector General (**OIG**) (a través del Protocolo de Autodivulgación de Proveedores de la OIG) o a la oficina local de la OIG, o al Departamento de Justicia, según corresponda.

Quién puede denunciar

Todos los proveedores de atención médica que hacen negocios con Medicare y desean divulgar violaciones de la ley son elegibles para divulgar conductas fraudulentas según el Protocolo de autodivulgación del proveedor. El Protocolo ofrece una explicación detallada paso a paso de cómo debe proceder un proveedor para informar y evaluar el alcance del posible fraude y cómo la OIG verificará las irregularidades.

Si el Plan descubre un incidente de incumplimiento significativo con el programa de Medicare, la SIU o el Director de Cumplimiento informa el incidente a CMS lo antes posible después de su descubrimiento. CMS proporcionará orientación sobre la mitigación del daño causado por el incidente de incumplimiento. El Director de Cumplimiento del Plan utiliza su mejor juicio para determinar qué es un incidente "significativo" o "grave" que debe informarse. El Plan pecará de informar en exceso en lugar de informar en exceso.

El Plan entiende que el autoinforme ofrece la oportunidad de minimizar el costo potencial y la interrupción de una auditoría e investigación a gran escala, negociar un acuerdo monetario justo y evitar potencialmente una exclusión permisiva de la OIG que impida que el Plan haga negocios con los programas federales de atención médica.

EI MEDIC

(Manual de atención administrada de Medicare, capítulo 21.50.7.4; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.7.4)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(G), 423.504(b)(4)(vi)(G)

¿Qué son los MEDIC?

Los contratistas de integridad de medicamentos de Medicare (**MEDIC**) son organizaciones con las que CMS tiene contratos para realizar funciones específicas de integridad del programa para las Partes C y D del Programa de integridad de Medicare.

¿Cuál es el papel de un MEDIC?

La función principal del MEDIC es identificar posibles fraudes y abusos en la Parte C y la Parte D de Medicare. El I-MEDIC investiga las referencias de los patrocinadores, desarrolla las investigaciones y hace referencias a las agencias de aplicación de la ley apropiadas u otras entidades externas cuando es necesario. Los MEDIC deben cerrar todos los casos 180 días después de que se abra el caso, independientemente de si el caso se ha resuelto o no. El Plan puede presentar un nuevo caso identificando al investigador de MEDIC en el caso

anterior para continuar una investigación cuando sea significativo y apropiado. El *MEDIC mantendrá informado al patrocinador sobre el desarrollo y el estado de la investigación*. El Plan tiene derecho a llamar y solicitar el estado del caso en cualquier momento. Si el MEDIC determina que una remisión es un asunto relacionado con el incumplimiento o un mero error en lugar de fraude o abuso, el asunto se devolverá a CMS y/o al patrocinador para un seguimiento adecuado.

Criterios de derivación: qué informar al MEDIC

Los casos que involucren posible fraude o abuso que cumplan con cualquiera de los siguientes criterios deben informarse al MEDIC:

- Sospecha, detección o denuncia de violaciones de la ley penal, civil o administrativa;
- Alegaciones que se extienden más allá de los planes de las Partes C y D, que involucran múltiples planes de salud, múltiples estados o esquemas generalizados;
- Acusaciones que involucran patrones conocidos de fraude;
- Patrón de fraude o abuso que amenace la vida o el bienestar de los beneficiarios; y
- Esquema con gran riesgo financiero para el Programa Medicare o los beneficiarios.

Referencias al MEDIC

(Manual de atención administrada de Medicare, capítulo 21.50.7.5; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.7.5)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(G), 423.504(b)(4)(vi)(G)

Qué incluir en una derivación al MEDIC

Las remisiones al NBI MEDIC deben contener tantos detalles como sea posible para permitir que un investigador haga un seguimiento de un caso, incluida la información básica de identificación y los contactos, así como una descripción de las acusaciones.

Si está disponible, una referencia debe incluir:

- Nombre del Oficial de Cumplimiento de Chie;
- Nombre de la organización;
- Información de contacto para seguimiento;
- Resumen del problema: (quién, qué, cuándo, dónde, por qué y cómo)
- Incluir cualquier posible violación legal;
 - ✓ Estatutos y alegaciones específicos;
 - ✓ Enumerar las violaciones del código o las reglas civiles, penales y administrativas, estatales y federales; y
- Proporcionar una descripción detallada de las acusaciones o patrones de fraude, despilfarro o abuso;
- Incidentes y problemas (enumere los incidentes y problemas relacionados con las acusaciones);
- Información de antecedentes: (Información de contacto del denunciante, el perpetrador o sujeto de la investigación, y los beneficiarios, farmacias, proveedores u otras entidades involucradas);

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

- Información de antecedentes adicional que puede ayudar a los investigadores, como nombres e información de contacto de informantes, agentes inmobiliarios, testigos, sitios web, ubicaciones geográficas, relaciones corporativas, redes;
- Perspectivas de las partes interesadas: o Perspectiva del plan, CMS, inscrito;
- Datos: Fuentes de datos existentes y potenciales;
- Gráficos y tendencias;
- Mapas; y
- Estimaciones de impacto financiero; y
- Recomendaciones para seguir el caso: o Próximos pasos, consideraciones especiales, precauciones.

Solicitudes de información adicional / TAT de MEDIC

El MEDIC puede solicitar información adicional para investigar y resolver completamente el asunto. El Plan hará todo lo posible para proporcionar la información adicional solicitada dentro de los 30 días, a menos que el NBI MEDIC especifique lo contrario. En los casos en que el MEDIC requiera información *en menos de 30 días, se notificará a todas las partes involucradas* lo antes posible.

El Plan proporcionará actualizaciones al MEDIC cada vez que se identifique nueva información sobre el asunto.

Respuesta a las alertas de fraude emitidas por CMS

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21.50.7.6; Manual de medicamentos recetados, capítulo 9.50.7.6)

42 C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(G), 423.504(b)(4)(vi)(G)

Acciones a tomar

Cuando el Plan recibe alertas de fraude emitidas por CMS con respecto a esquemas de fraude identificados por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, el Plan toma medidas (incluida la denegación o reversión de reclamos) en los casos en que el propio análisis del patrocinador de su actividad de reclamos indica que puede estar ocurriendo fraude. La decisión de un patrocinador de denegar o revertir reclamos debe tomarse sobre una base específica de reclamos.

Considerar la rescisión del contrato

El Plan revisa sus acuerdos contractuales con las partes identificadas en la Alerta de CMS y considera rescindir los contratos con las partes identificadas si las fuerzas del orden han emitido acusaciones contra partes particulares y los términos de los contratos del patrocinador autorizan la rescisión del contrato en esas circunstancias.

El Plan también está obligado a revisar las reclamaciones pagadas anteriores de las entidades identificadas en una alerta de fraude. Con la emisión de una alerta de fraude, CMS ha notificado a los patrocinadores (consulte 42 CFR 423.505 (k) (3)) que deben revisar las reclamaciones que involucran a proveedores identificados. Para cumplir con el estándar de certificación de "mejor conocimiento, información y creencia", los patrocinadores deben

Plan de salud Elite, programa de cumplimiento y antifraude (continuación)

hacer todo lo posible para identificar las afirmaciones que pueden ser o haber sido parte de un presunto esquema de fraude y eliminarlas de sus conjuntos de presentaciones de datos de eventos de medicamentos recetados.

Asistencia PBM

El Plan trabaja con su PBM para identificar y revertir las reclamaciones de farmacia involucradas en los esquemas.

Identificación de proveedores con un historial de quejas

(Manual de atención administrada de Medicare, Capítulo 21.50.7.7; Manual de medicamentos recetados, (Capítulo 9.50.7.7)

42 C.F.R. §§ 422,503 (b) (4) (vi) (G), 423,504 (b) (4) (vi) (G), 422,504 (d) - (e)

Retención de registros

El Plan mantiene *todos los* registros de Medicare durante un período de 10 años. Esto incluye, entre otros, proveedores dentro y fuera de la red que han sido objeto de quejas, investigaciones, violaciones y enjuiciamientos. Esto incluye quejas de afiliados, investigaciones de MEDIC, investigaciones de la OIG y/o del DOJ, enjuiciamiento del Fiscal de los EE. UU. y cualquier otra acción civil, penal o administrativa por violaciones de los requisitos del programa federal de atención médica.

El Plan mantiene registros que incluyen, entre otros, cualquier archivo que contenga:

- Advertencias documentadas (es decir, alertas de fraude);
- Contactos educativos;
- Resultados de investigaciones anteriores;
- Informes de seguimiento y tendencias de la calidad de la atención
- Denuncias reportadas; como mínimo.

El Plan siempre cumple con las solicitudes de las fuerzas del orden, CMS y la persona designada por CMS con respecto al monitoreo de proveedores dentro de la red del patrocinador que CMS ha identificado como potencialmente abusivos o fraudulentos.

Recursos

del

Apéndice A

- **Capítulo 21 - Apocalipsis 110, Apocalipsis 110, 11-01-13** *(o una versión más reciente si se publica)*
- **Capítulo 9 - Apocalipsis 16, Apocalipsis 110, 01-11-13** *(o una versión más reciente si se publica)*

Recursos gubernamentales:

1. Formulario de queja de Investigaciones MEDIC (I-MEDIC)
https://www.q1arant.com/wp-content/uploads/2020/03/Q1arant_I-MEDIC_Complaint_Form_2020_03_13.pdf
2. Detenga el fraude de Medicare:
<https://www.stopmedicarefraud.gov/>
3. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible:
<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>
4. Guía de cumplimiento para organizaciones de Medicare:
<http://oig.hhs.gov/fraud/docs/complianceguidance/111599.pdf>
5. Oficina del Inspector General, Guía del programa de cumplimiento para la industria de la salud:
<http://oig.hhs.gov/compliance/compliance-guidance/index.asp>
6. Pautas federales de sentencia:
<https://www.ussc.gov/guidelines>
7. Alertas de fraude, boletines y otras pautas de la OIG:
<http://oig.hhs.gov/compliance/alerts/index.asp>
8. Ley de Reclamaciones Falsas:
http://www.justice.gov/jmd/ls/legislative_histories/pl99-562/pl99-562.html

9. Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA): <http://aspe.hhs.gov/admsimp/pl104191.htm>

10. Estatuto antisoborno (consulte la sección 1128B (b)):
http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title11/1128B.htm#f

11. Ley Stark (autorreferencia del médico):
<https://www.cms.gov/PhysicianSelfReferral/>

12. Fraude y abuso de TRICARE:
<http://www.tricare.osd.mil/fraud>

Otros recursos:

1. Asociación de Administradores de Atención Médica (HCAA): <http://www.hcaa.org/>

2. Asociación de Cumplimiento de Atención Médica (HCCA): <http://www.hcca-info.org>

3. Sociedad de Cumplimiento y Ética Corporativa (SCCE): <http://www.corporatecompliance.org>

4. Asociación Estadounidense de Abogados de Salud (AHLA): <http://www.healthlawyers.org>

5. Asociación Nacional de Lucha contra el Fraude en el Cuidado de la Salud (NHCAA):
<http://www.nhcaa.org>

6. Instituto para el Mejoramiento de la Atención Médica (IHI): <http://ihi.org>

7. Responsabilidad corporativa y calidad de la atención médica: un recurso para las juntas directivas de atención médica, Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y Asociación Estadounidense de Abogados de Salud:
<http://oig.hhs.gov/fraud/docs/complianceguidance/CorporateResponsibilityFinal%209-4-07.pdf>

8. Asociación para la prevención del fraude en la atención médica
<https://www.cms.gov/hfpp>

Enlaces a las bases de datos de exclusiones de la OIG y GSA

- OIG LISTSERV a través del sitio web de la OIG: <http://exclusions.oig.hhs.gov/>

- Base de datos de la Administración de Servicios Generales (GSA) de personas / entidades excluidas: <https://www.epls.gov/>

Apéndice B

Leyes y reglamentos a considerar en los estándares de conducta y / o capacitación

(Capítulo 21 - Rev. 109, Emitido: 27-07-12, Efectivo: 20-07-12; Implementación: 20-07-12)
(Capítulo 9 - Rev. 15, Emitido: 27-07-12, Efectivo: 20-07-12; Implementación: 20-07-12)

- Título XVIII de la Ley del Seguro Social
- Las regulaciones de Medicare que rigen las Partes C y D se encuentran en 42 CFR §§ 422 y 423 respectivamente
- Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Pub. L. No. 111-148, 124 Stat. 119)
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) (Ley Pública 104-191)
- Leyes de Reclamaciones Falsas (31 U.S.C. §§ 3729-3733)
- Estatutos Federales de Reclamaciones Penales Falsas (18 U.S.C. §§ 287,1001)
- Estatuto Antisoborno (42 U.S.C. § 1320a-7b(b))
- El Estatuto de Inducción al Beneficiario (42 U.S.C. § 1320a-7a(a)(5))
- Sanciones monetarias civiles de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. § 1395w-27 (g))
- Estatuto de autorreferencia médica ("Stark") (42 U.S.C. § 1395nn)
- Fraude y abuso, Disposiciones de privacidad y seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, modificada por la Ley HITECH
- Prohibiciones de emplear o contratar con personas o entidades que han sido excluidas de hacer negocios con el Gobierno Federal (42 U.S.C. §1395w-27(g)(1)(G))
- Ley de Cumplimiento y Recuperación de Fraude de 2009
- Toda la guía subregulatoria producida por CMS y HHS, como manuales, materiales de capacitación, memorandos de HPMS y guías

HISTORIA
