

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO	
TÍTULO: <i>Fraude, derroche y abuso</i>	
TITULAR DE LA POLÍTICA DEL DEPARTAMENTO: Cumplimiento	N.º DE POLÍTICA: CMP05
DEPARTAMENTOS AFECTADOS: Marque los departamentos a cargo del cumplimiento de la política o los procedimientos descritos (puede ser de manera total o parcial).	
1) <input checked="" type="checkbox"/> Todos los departamentos 2) <input type="checkbox"/> Salud del Comportamiento 3) <input type="checkbox"/> Administración de Beneficios 4) <input type="checkbox"/> Manejo del Cuidado 5) <input type="checkbox"/> Reclamos 6) <input type="checkbox"/> Mercado de la Comunidad y Participación de los Miembros 7) <input type="checkbox"/> Cumplimiento 8) <input type="checkbox"/> Configuración 9) <input type="checkbox"/> Contratación de Proveedores 10) <input type="checkbox"/> Cultura y Lingüística 11) <input type="checkbox"/> Servicio al Cliente	12) <input type="checkbox"/> Centros 13) <input type="checkbox"/> Finanzas 14) <input type="checkbox"/> Recursos Humanos 15) <input type="checkbox"/> Tecnología de la Información/Sistemas Principales 16) <input type="checkbox"/> Farmacia 17) <input type="checkbox"/> Redes de Proveedores 18) <input type="checkbox"/> Mejora de la Calidad y Equidad en Salud 19) <input type="checkbox"/> Administración de Utilización
TIPO DE PRODUCTO: <input checked="" type="checkbox"/> Medi-Cal	Reemplaza a la política n.º: No disponible

I. PROPÓSITO

El objetivo de esta política es el siguiente: asegurar que Health Plan of San Joaquin and Mountain Valley Health Plan ("Plan de salud") cumpla con todas las leyes que regulen sus operaciones; lleve a cabo su actividad comercial de acuerdo con normas legales y éticas; prevenga el fraude, derroche y abuso de los activos organizacionales del Plan de salud; y reduzca la pérdida financiera a raíz de reclamos falsos, conforme a la sección 6032 de la Ley de Reducción del Déficit de 2005.

II. POLÍTICA

A. Protección de activos:

1. El Plan de salud prohíbe el fraude, derroche y abuso de sus activos. Esta prohibición incluye intentos y conspiraciones para realizar estas actividades, así como instigarlos, ocultarlos o ser cómplice de ellos. El Plan de salud promueve conductas que evitan el fraude, derroche y abuso, e incentiva la responsabilidad organizacional.

B. Ejecutivo de prevención de fraudes:

1. El director ejecutivo de cumplimiento (CCO) actúa como ejecutivo de prevención de fraudes y se encarga de desarrollar, implementar y garantizar el cumplimiento del programa de prevención de fraudes del Plan de salud. El CCO responde directamente ante el director general (CEO) y la Comisión.

C. Denuncias electrónicas de casos individuales al Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS):

1. Una vez descubiertos o denunciados los presuntos casos de fraude, derroche o abuso, ya sea por el propio Plan de salud, los subcontratistas, los subcontratistas intermediarios o los proveedores de la red, el Plan de salud presenta un informe preliminar al DHCS en un plazo de diez (10) días laborales.
2. Tras finalizar la investigación, el Plan de salud presenta al DHCS un informe exhaustivo en el que se detallan las conclusiones, las medidas adoptadas y toda la documentación pertinente que respalde dichas medidas.

D. Presentación de informes electrónicos al DHCS:

1. El Plan de salud proporciona al DHCS un informe trimestral que detalla el estado de todas las investigaciones preliminares, activas y completadas relacionadas con fraudes, derroches y abusos.
 - a. Este informe se presenta dentro de los diez (10) días laborales posteriores al cierre de cada trimestre calendario.
 - b. El Plan de salud proporciona actualizaciones y documentación disponible a petición del DHCS.

2. Cuando se identifican sobrepagos debido a sospechas de fraude, derroche y abuso, el Plan de salud presenta un informe al DHCS dentro de los 10 días laborales posteriores a la identificación o recuperación de dichos sobrepagos.¹
3. Como parte del informe anual al DHCS, el Plan de salud informa todas las recuperaciones de sobrepagos, incorporándolas en la Plantilla de desarrollo de tarifas, como se describe en la política CLMS14: *Sobrepago de servicios: Recuperación*.²

E. Confidencialidad de las investigaciones:

1. El Plan de salud hace todos los esfuerzos razonables para mantener el respeto, la confidencialidad y la privacidad a lo largo de la investigación y resolución de los incidentes denunciados. La información relacionada con las investigaciones se comparte únicamente cuando sea necesario y puede estar sujeta a la confidencialidad entre abogado y cliente.
2. El Plan de salud trata toda la información compartida por el DHCS, otras agencias estatales y federales, y otros planes de cuidado médico controlado de Medi-Cal con respecto a fraudes, derroches y abusos como confidencial hasta que los procedimientos penales formales se hagan públicos. El Plan de salud solo utiliza esta información para realizar investigaciones sobre posibles actividades de fraude, derroche y abuso, y otros esfuerzos de integridad del programa. Si el Plan de salud necesita compartir esta información confidencial con un subcontratista, subcontratista intermediario o proveedor de la red, estas entidades de Terceros también deben respetar la confidencialidad.

F. Cooperación con el cumplimiento de la ley:

1. El Plan de salud coopera con la División de Fraude y Abuso de Ancianos de Medi-Cal (DMFEA), el Departamento de Justicia de los Estados Unidos o cualquier otra organización encargada de hacer cumplir la ley en sus investigaciones o procedimientos judiciales, lo que incluye proporcionar registros y poner al personal a su disposición cuando lo soliciten.

¹ Carta integral del plan 23-011: *Tratamiento de las recuperaciones efectuadas por el Plan de salud de cuidado médico controlado de los sobrepagos a los proveedores*

² Sección 438.608(d)(3) del título 42 del CFR.

2. El Plan de salud exige a los subcontratistas y a los subcontratistas intermediarios que cumplan con esta política y con el compromiso del Plan de salud de cooperar plenamente con las directivas de los organismos encargados de hacer cumplir la ley. Esto incluye exigir el cumplimiento por parte de los proveedores, contratistas, subcontratistas y subcontratistas intermediarios afectados y garantizar su cooperación con las investigaciones y procedimientos judiciales, tal como se describe en la política de medidas correctivas y sanciones del Plan de salud.
3. El Plan de salud proporciona directrices sobre cómo cumplir con las investigaciones o acciones legales de la DMFEA o el Departamento de Justicia de los Estados Unidos, lo que incluye compartir estas directrices con los subcontratistas, subcontratistas intermediarios y proveedores de la red.

G. Requisitos de la Ley Federal de Reclamaciones Falsas:

1. El Plan de salud define la Ley de Reclamaciones Falsas (FCA) como una ley federal que considera delito que cualquier persona u organización realice, a sabiendas, un registro falso o presente una reclamación falsa en relación con cualquier programa federal de cuidado médico, que incluye cualquier plan o programa que proporcione beneficios de salud, ya sea directamente, a través de un seguro o de otro modo, que esté financiado directamente, en su totalidad o en parte, por el gobierno de los Estados Unidos o cualquier sistema de cuidado médico estatal.
2. El Plan de salud mantiene esta política para que sirva como herramienta educativa para el personal, los subcontratistas, los subcontratistas intermediarios y los proveedores de la red sobre la Ley Federal de Reclamaciones Falsas.
3. El Plan de salud también exige que el personal, los subcontratistas, los subcontratistas intermediarios y los proveedores de la red participen o atestigüen que han completado la capacitación sobre fraude, derroche y abuso, incluida la capacitación sobre la Ley de Reclamaciones Falsas, todos los años y dentro de los primeros 30 días de contratación.
4. El Plan de salud adopta las leyes y regulaciones relacionadas con

los denunciantes. La Ley Federal de Reclamaciones Falsas protege a los empleados que denuncian una violación en virtud de la Ley de Reclamaciones Falsas de la discriminación, el acoso, la suspensión o el despido como consecuencia de la denuncia de un posible fraude. Los empleados que denuncian un fraude y, en consecuencia, sufren discriminación, pueden ser indemnizados con lo siguiente:

- a. Dos veces su salario atrasado más intereses.
 - b. Reincorporación a su puesto de trabajo sin pérdida de antigüedad.
 - c. Compensación por cualquier gasto o daño que haya sufrido.
5. De conformidad con las regulaciones federales y estatales de la ley HIPAA y la política del Plan de salud sobre denunciantes y víctimas de delitos del personal, el personal del Plan de salud no puede intimidar, amenazar, coaccionar, discriminar ni tomar ningún otro tipo de represalia contra los miembros, doctores, empleados o cualquier otra persona o entidad del Plan de salud por denunciar problemas éticos o presuntas violaciones de la ley y los requisitos normativos, los requisitos de acreditación o por ejercer sus derechos en virtud de las leyes federales o estatales, incluidas las protecciones en virtud de la Ley de Reclamaciones Falsas para los denunciantes.

H. Ley de Reclamaciones Falsas de California:

1. El Plan de salud cumple con las leyes y regulaciones de la Ley de Reclamaciones Falsas de California, que es una acción civil similar a la Ley Federal de Reclamaciones Falsas, pero más estricta.
 - a. La Ley de Reclamaciones Falsas de California permite al fiscal general del estado emprender una acción civil para recuperar el triple de los daños y perjuicios y las sanciones civiles contra cualquier persona que, a sabiendas, haga o utilice una declaración o documento falso para obtener dinero o bienes del estado, o para evitar el pago o la transmisión de dinero o bienes al estado.

- b. La Ley de Reclamaciones Falsas de California también permite al denunciante recibir un mayor porcentaje de las recuperaciones y participar incluso cuando sea procesado por el Departamento de Justicia o la Oficina del Fiscal General.
 - c. En virtud de la Ley Civil de Reclamaciones Falsas de California, cada caso de un artículo o servicio facturado a Medicare o Medi-Cal cuenta como una reclamación y las sanciones comienzan a partir de los \$10,000 por reclamación.
- 2. Las sanciones penales por presentar reclamaciones falsas, en virtud de la Ley Federal de Reclamaciones Falsas de California, incluyen penas de prisión y multas penales.
- I. Recuperación de fondos del DHCS:
 - 1. El Plan de salud entiende que si los fondos son recuperados por la Oficina del Fiscal General, la DMFEA o el Departamento de Justicia de los Estados Unidos como resultado del procesamiento de un subcontratista, subcontratista intermediario o proveedor de la red, en virtud de la Ley de Reclamaciones Falsas federal o de California, dichos fondos pertenecen exclusivamente al DHCS. El Plan de salud renuncia a cualquier reclamación sobre dichos fondos.
- J. Notificación de resolución:
 - 1. Cualquier acuerdo o resolución de un asunto en disputa que involucre un caso de fraude, derroche o abuso entre el Plan de salud y sus subcontratistas, subcontratistas intermediarios o proveedores de la red incluye una disposición por escrito que les notifica que el DHCS, la DMFEA o el Departamento de Justicia de los Estados Unidos no están obligados por el acuerdo y pueden tomar medidas adicionales contra las partes involucradas.

III. PROCEDIMIENTO

A. Método de denuncia:

- 1. De conformidad con el Código de conducta y ética del Plan de salud, se requiere que el personal denuncie de inmediato presuntos o conocidos actos de fraude, derroche y abuso. Los presuntos actos de fraude, derroche y abuso se deben denunciar a una o más de las siguientes personas o departamentos:
 - a. A través del enlace de Share Point del Departamento de Cumplimiento titulado "Denunciar un incidente".

- b. A cualquier miembro del equipo administrativo del Plan de salud
 - c. Al director ejecutivo de cumplimiento o cualquier miembro del personal del Departamento de Cumplimiento.
 - d. A un representante de Recursos Humanos.
 - e. A través de la línea directa de denuncias anónimas.
 2. Una pista sobre actos de fraude, derroche y abuso es la identificación inicial de una denuncia infundada de una actividad potencialmente fraudulenta.
- B. Identificación y fuentes:
 1. Como parte del compromiso del Plan de salud de detectar actos de fraude, derroche y abuso de sus activos, se obtienen pistas de las siguientes actividades:
 - a. Extracción proactiva de datos manual y asistida por software para identificar patrones de facturación irregulares basados en un conjunto de criterios de selección de datos predeterminado.
 - b. Inquietudes detectadas durante una auditoría.
 - c. Denuncias anónimas.
 - d. Divulgación del personal del Plan de salud.
 - e. Otras fuentes externas de información son, entre otras, los miembros, los miembros de la comunidad y los empleados actuales y anteriores de Terceros.
 2. Los miembros del equipo administrativo del Plan de salud son responsables de establecer controles internos adecuados para detectar casos de fraude, derroche y abuso de los activos a su cargo o bajo su control.
- C. Información necesaria:
 1. El Plan de salud investiga todas las pistas sobre actos de fraude, derroche y abuso recibidas en un plazo de 3 días laborales a partir de su identificación y recopila la siguiente información para incluir, como mínimo, lo siguiente:
 - a. Partes implicadas, incluido el nombre completo, la organización, la dirección, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico de la persona (si está disponible).

- b. Identificadores como el número de identificación del Plan de salud, el Identificador Nacional de Proveedor (NPI), el identificador de la reclamación o el número de licencia.
 - c. Un resumen del problema denunciado.
- D. Investigación de pistas de actos de fraude, derroche y abuso y conversión de casos:
- 1. En un plazo de 7 días laborales a partir de la identificación, se evalúan todas las pistas para determinar si existen pruebas suficientes para iniciar una investigación preliminar o si se cierran por bajo riesgo, falta de información o porque no representan un caso de fraude, derroche o abuso. Si existen pruebas o información suficientes para iniciar una investigación completa, se abrirá un caso de fraude, derroche y abuso y se iniciará una investigación completa.
 - 2. Las pistas que se consideren casos de fraude, derroche o abuso se notificarán al DHCS en un formulario MC609 en un plazo de 10 días laborales a partir de la fecha en que la pista original se recibió en la Unidad de Integridad del programa.
 - 3. El período de investigación preliminar de un caso comienza en la fecha en que la pista se convierte en caso y se completa a más tardar en 30 días. Esto significa que, algunas veces, la investigación preliminar no se completa antes de la presentación del formulario MC609. Cuando esto ocurre, el Plan de salud presenta un resumen de la investigación en el formulario MC609 que está actualizado hasta la fecha de dicho formulario.
 - 4. Como parte de la investigación preliminar, se llevan a cabo las siguientes acciones de investigación requeridas:
 - a. Extracción y análisis de datos.
 - b. Verificación de licencias y comprobaciones de exclusión federales y estatales.

5. La Unidad de Integridad del programa del Plan de salud emplea las siguientes actividades adicionales, según corresponda, durante la investigación. Por lo general, estas actividades de investigación adicionales se llevan a cabo una vez finalizada la investigación preliminar.
 - a. Entrevistas a proveedores, miembros, miembros antiguos, empleados antiguos y otros.
 - b. Revisión médica de los registros para determinar el sobrepago.
 - c. Revisión médica de los registros para verificar que los servicios se prestaron a los miembros tal y como se facturaron.
 - d. Encuestas.
 - e. Revisión previa al pago de los servicios.
 - f. Vigilancia reforzada durante un periodo de tiempo determinado.
- E. Medidas correctivas para las violaciones por fraude, derroche y abuso:
 1. De conformidad con las regulaciones federales y estatales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y la política disciplinaria del Plan de salud, los individuos que intenten cometer fraude, conspiren para hacerlo, lo instiguen, lo oculten, sean cómplices de este o no lo denuncien están sujetos a las medidas correctivas o disciplinarias adecuadas. Podrán tomarse una o más de las siguientes medidas contra el personal, los subcontratistas, los subcontratistas intermediarios y los proveedores de la red, entre otras:
 - a. Educación y capacitación adicionales.
 - b. Solicitud de recuperación del sobrepago.
 - c. Revisión previa al pago de los servicios.
 - d. Sujeción a denuncia reglamentaria a las juntas estatales de concesión de licencias y otros organismos, según proceda.
 - e. Evaluación de la deducción de pagos futuros, retención o suspensión del pago de servicios.
 - f. Suspensión o expulsión de la red.
 - g. Suspensión o despido.

- F. Capacitación sobre el fraude, derroche y abuso, y la Ley de Reclamaciones Falsas:
1. De conformidad con la Capacitación y Educación del Programa de Cumplimiento y el Código de Conducta, el personal del Plan de salud es responsable de tomar las medidas adecuadas para prevenir cualquier fraude, derroche y abuso identificado. Se realiza un seguimiento y control periódico del informe de capacitación del personal del Plan de salud que contiene el registro de finalización de la capacitación obligatoria.
 2. El Plan de salud exige que el personal, los subcontratistas, los subcontratistas intermediarios y los proveedores de la red reciban capacitación e información detallada acerca de la Ley de Reclamaciones Falsas y otras leyes federales y estatales descritas en la sección 1396a(a)(68) del título 42 del USC, incluida información sobre los derechos de los empleados a ser protegidos como denunciantes.
 - a. El personal recibe capacitación anualmente y dentro de los primeros 30 días de contratación, tal como se indica en la política CMP24: *Capacitación y educación sobre Cumplimiento*.
 - b. Los proveedores participan o atestiguan que ellos y su personal reciben capacitación anualmente y dentro de los primeros 30 días de contratación con el Plan de salud.
 - c. Los socios comerciales, según el *Acuerdo de Socios Comerciales*, están obligados contractualmente a mantener sus propios programas de capacitación y a certificar o mostrar pruebas de capacitación cuando se les solicite.
- G. Respuesta a los organismos encargados del cumplimiento de la ley:
1. Cuando se le indique que las agencias de orden público han solicitado una retención o retraso, el Plan de salud seguirá las instrucciones de dichas agencias. ³Los estados de los casos activos se actualizarán en el sistema de manejo de casos a “Monitoreo” con un subestado de “Retención de las agencias de orden público”.

³ Sección 164.412 del título 45 del CFR

H. Medidas tras una denuncia creíble de fraude:

1. Tras una denuncia creíble de fraude contra un proveedor por parte del DHCS, el Plan de salud informa al DHCS qué medidas se tomaron con el proveedor. A continuación se resumen las posibles acciones según la Carta Integral del Plan:
 - a. dar de baja de la red al proveedor,
 - b. suspender temporalmente al proveedor de su red hasta que se resuelva la acusación de fraude,
 - c. suspender temporalmente el pago al proveedor hasta que se resuelva la alegación de fraude, o
 - d. llevar a cabo una supervisión adicional que incluya auditorías del historial de reclamaciones del proveedor y de las futuras presentaciones de reclamaciones para comprobar que la facturación es adecuada.
2. Si se adopta la opción "d" anterior, el Plan de salud debe hacer lo siguiente:
 - a. implementar una supervisión reforzada durante 30 días,
 - b. enviar actualizaciones semanales al DHCS durante el periodo de supervisión,
 - c. iniciar una investigación sobre las prácticas de facturación de los proveedores para validar la alegación creíble de fraude en un plazo de 10 días a partir de la notificación del DHCS al Plan de salud,
 - d. informar al DHCS de los resultados de la investigación, incluido un informe final de la investigación y un plan de medidas correctivas, en un plazo de 10 días tras la conclusión de la investigación.

IV. DOCUMENTOS ADJUNTOS

- A. Definiciones de los Planes de Cuidado Controlado de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Cuidado Médico (anexo A, documento adjunto I, 1.0 Definiciones)
- B. [Enlace al glosario](#)
- C. Lista de acrónimos usados en los contratos de Cuidado Controlado de Medi-Cal (anexo A, documento adjunto I, 2.0 Acrónimos).

V. REFERENCIAS

- A. Sección 164.412 del título 45 del CFR
- B. Ley Antisoborno (sección 1320a-7b del título 42 del Código de los Estados Unidos)
- C. Sección 1128A de la Ley de Seguro Social sobre sanciones pecuniarias civiles
- D. *CMP24: Capacitación y educación sobre el Programa de Cumplimiento.*
- E. Guía de recursos sobre las leyes contra el fraude en el cuidado médico del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de septiembre de 2015.
- F. Sección 1128 de la Ley de Seguro Social sobre disposiciones de exclusión
- G. Ley de Reclamaciones Falsas (sección 3729-3733 del título 31 del Código de los Estados Unidos)
- H. Guías de referencia sobre fraude, derroche y abuso para uso de los planes de atención controlada (mayo de 2012).
- I. *HPA09: Sanciones para el personal de HPSJ.*
- J. Informantes y víctimas de delitos del personal (HPA10)
- K. Integridad del programa: Sección 455 del título 42 del Código de Regulaciones Federales sobre Medicaid
- L. Requisitos de integridad del programa en virtud del contrato (sección 438.608 del título 42 del Código de Regulaciones Federales)
- M. Sección 438.610 del título 42 del Código de Regulaciones Federales sobre afiliaciones prohibidas
- N. Sección 14 del Memorando de entendimiento entre Health Plan of San Joaquin y el Local 1021 del Sindicato Internacional de Empleados de Servicios.
- O. Sección 6038 de la Ley de Reducción del Déficit de 2005

VI. HISTORIAL DE REVISIÓN

Versión*	Resumen de la revisión	Fecha
001	Se hicieron modificaciones en la sección R.0238 del contrato del DHCS de 2024.	1/25/2023
002	Se hicieron modificaciones a la política para incluir las secciones 1.3.6 y 1.3.7 del contrato del DHCS de 2024.	11/1/2023
003		
004		
Fecha de vigencia inicial: 1/1/1999		

VII. REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL COMITÉ

Nombre del comité	Versión	Fecha
Comité de Cumplimiento	002	2/15/2024
<ul style="list-style-type: none"> • Consejo de Supervisión de Seguridad y Privacidad 		
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Integridad del Programa 		
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Auditorías y Supervisión 		
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Revisión de Políticas 	002	12/20/2023
Comité de Administración de Utilización y Calidad		
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Calidad en Operaciones 		
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Quejas Formales 		

VIII. APROBACIÓN DE AGENCIAS DE REGULACIÓN

Departamento	Revisor	Versión	Fecha
Departamento de Servicios de Cuidado Médico	Administrador de contratos del DHCS (Archivo y uso)	002	1/4/2024
Departamento de Cuidado Médico Controlado			

IX. FIRMAS DE APROBACIÓN*

Firma	Nombre Cargo	Fecha
	Presidente, Comité de Revisión y Acreditación de Pares	
	Responsable de la política	
	Ejecutivo del departamento	
	Director general (CEO)	

* Las firmas se archivan; no estarán en la copia publicada.