



2026 PROGRAMA DE INTEGRIDAD

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1. FRAUDE, MAL USO Y ABUSO (FWA POR SU SIGLAS EN INGLÉS)	
1.1 DEFINICIONES.....	4
1.2 ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIONES ESPECIALES (UIE).....	5
1.3 IDENTIFICACIÓN Y MITIGACIÓN DE POSIBLE FRAUDE, MAL USO Y ABUSO	5
2. ENFOQUES PARA LA PREVENCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL FRAUDE, EL MAL USO Y EL ABUSO	
2.1 OBJETIVOS DEL PROGRAMA	7
2.2 POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	10
2.3 ANÁLISIS DE DATOS.....	10
3. INVESTIGACIONES	
3.1 ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN	11
3.2 PROCESO DE INVESTIGACIÓN PRELIMINAR.....	12
3.3 PROCESO DE INVESTIGACIÓN COMPLETA	14
3.4 CASOS CONTENCIOSOS	15
4. MANEJO DE RIESGOS.....	16
5. EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN.....	18
6. COOPERACIÓN Y COLABORACIONES.....	19
7. CONTACTOS	20

INTRODUCCIÓN

El Programa de Integridad de First Medical Health Plan, Inc., (FMHP) contra el Fraude, el Mal uso y el Abuso fue elaborado para asegurar que la organización y sus empleados, suplidores, proveedores, subcontratistas y entidades delegadas cumplan con todos los requisitos pertinentes exigidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la Oficina del Inspector General (OIG), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), la Administración de Seguros Médicos de Puerto Rico (ASES), 42 CFR §§ 455, el Título V de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Oficina del Procurador de la Carta de Derechos del Paciente del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, la Oficina del Comisionado de Seguros (OCS), entre otros.

Las metas y objetivos del Programa de Integridad de FMHP contra el Fraude, el Mal uso y el Abuso incluyen los esfuerzos para supervisar, evaluar, disuadir y prevenir futuros fraudes, mal usos y abusos, así como garantizar el cumplimiento de todas las normas, leyes y reglamentos federales y estatales, y otros requisitos. Este programa incluye a todos los empleados, subcontratistas, proveedores, suscriptores, beneficiarios y afiliados.

La naturaleza de las revisiones que realiza FMHP, así como el alcance y la frecuencia de los monitoreos y las auditorías de fraude, mal uso y abuso, varían en función de diversos factores, como lo son nuevos requisitos normativos, cambios en las prácticas empresariales y otras consideraciones. FMHP continuará identificando nuevos y emergentes ámbitos de riesgo para prevenir el fraude. FMHP cumple en todos los aspectos con las directrices de OCS y ASES para la elaboración del plan del Programa de Integridad, incluidas en el anejo 14 del contrato de ASES. Cada año, FMHP somete el Programa de Integridad para su revisión a la Oficina de Integridad del Programa de Medicaid y ASES. Cuando la Oficina de Integridad del Programa de Medicaid, junto con la ASES, notifica alguna revisión necesaria, FMHP, dentro de los veinte días posteriores a dicha notificación, volverá a presentar su Programa de Integridad para la revisión y aprobación por escrito por parte de la Oficina de Integridad del Programa de Medicaid y ASES. FMHP cuenta con una estructura administrativa y de gestión para garantizar el cumplimiento con los postulados de integridad en la ejecución de sus operaciones de forma eficiente y eficaz.

En el marco de la evaluación del rendimiento del programa, la Unidad de Investigaciones Especiales (UIE) genera informes mensuales y trimestrales que incluyen estadísticas de todas las investigaciones en curso y de las cerradas, recuperaciones financieras, suspensiones de proveedores, entre otras estadísticas, con el fin de supervisar el rendimiento e identificar las medidas de mejora.

FMHP mantiene una política estricta de cero tolerancias con el fraude, el mal uso y el abuso. El propósito de investigar estas actividades es proteger a los suscriptores, beneficiarios, afiliados, programas de salud estatales y federales, y a FMHP de tener que pagar más por un servicio de lo que está obligado a pagar. Sin embargo, la política de *cero tolerancia* de FMHP no se limita a los casos de fraude; incluye el mal uso y el abuso. Cónsono con lo anterior y a través de un proceso exhaustivo de credencialización de proveedores, en cumplimiento con las regulaciones estatales y federales, el Departamento de Credenciales de FMHP nos apoya, reforzando así nuestra política corporativa de *cero tolerancia* hacia el FWA. Dicho proceso incluye la verificación del proveedor que solicita ser parte de nuestra red de proveedores, en cuanto a su asociación pasada o presente con proveedores que han sido excluidos de participar en el programa de Medicaid por razón de fraude, abuso o mal uso. (PPACA Sección 6401, 6501 y 42 CFR Parte 455, Subparte E.)

1. FRAUDE, MAL USO Y ABUSO (FWA por sus siglas en inglés):

1.1 DEFINICIONES:

- **Fraude:** Un engaño o tergiversación intencional realizada por una persona con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para sí mismo o para alguna otra persona. Incluye cualquier actividad que constituya fraude según la legislación federal o estatal correspondiente.
- **Mal uso:** El gasto irreflexivo o descuidado, la mala gestión o el abuso de los recursos en detrimento (o potencialmente en detrimento) del gobierno de los Estados Unidos o de los recursos de FMHP. El mal uso también incluye incurrir en costos innecesarios resultantes de sistemas o controles de prácticas ineficientes o ineficaces.
- **Abuso:** Uso excesivo o inadecuado de una cosa, o usar algo de manera contraria a las reglas naturales o legales para su uso. Esto incluye acciones que pueden, directa o indirectamente, resultar en costos innecesarios para el Programa de Medicaid y los recursos de FMHP. El abuso puede ocurrir en ambientes financieros o en aquellos que no están relacionados con las finanzas.

El abuso también implica el pago por artículos o servicios cuando no hay derecho legal a ese pago y el proveedor no ha falseado los hechos a sabiendas o intencionadamente para obtener el pago. El abuso no se puede diferenciar categóricamente del fraude,

porque la distinción entre “fraude” y “abuso” depende de los hechos y las circunstancias específicas, de la intención y el conocimiento previo, y de la evidencia disponible, entre otros factores.

1.2 ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIONES ESPECIALES

FMHP cuenta con personal especializado responsable de implementar y de llevar a cabo un enfoque sistemático del análisis de datos. La Unidad de Investigaciones Especiales (UIE) está compuesta por un/a Director/a, un/a Gerente, Analistas de Datos e Investigadores/as. El/la directora/a responde al Principal Asesor Legal y se encarga de la supervisión y dirección de la UIE. El/la Gerente de la UIE es responsable de la coordinación y gestión de los análisis de datos y las investigaciones de la UIE.

El analista de la UIE realiza la recopilación y el análisis preliminar de datos para las investigaciones que llevarán a cabo los investigadores de la UIE. Cuando llegan los resultados de la investigación preliminar de los analistas de la UIE, los investigadores evalúan los historiales clínicos y realizan las investigaciones finales. La ilustración muestra la organización de la UIE.



Ilustración 1. Estructura de la Unidad de Investigaciones Especiales.

La UIE lleva a cabo análisis e investigaciones para enfrentar el fraude, el mal uso y el abuso en todos los ámbitos, para desalentar los costos innecesarios y recuperar los fondos de los servicios que no son médicamente necesarios o no cumplen con las normas de cuidado profesionalmente reconocidas.

1.3 IDENTIFICACIÓN Y MITIGACIÓN DE POSIBLE FRAUDE, MAL USO Y ABUSO

FMHP mantiene políticas y procedimientos que identifican, previenen y mitigan el fraude, el mal uso y el abuso. Las directrices departamentales para posibles casos de fraude, mal uso y abuso pueden ser identificadas por otros departamentos, siguiendo las directrices de los programas y procedimientos de supervisión y control de la utilización. Estas directrices protegen contra la sobreutilización, el uso innecesario o inapropiado de los servicios cubiertos y contra los pagos excesivos por servicios cubiertos. Este enfoque

incluye un proceso de revisión posterior al pago por parte del personal de FMHP para revisar los perfiles de utilización de los beneficiarios y suscriptores, los perfiles de los servicios de los proveedores y los criterios de excepción. La UIE identifica las excepciones para que FMHP pueda corregir y prevenir las prácticas inapropiadas de los beneficiarios, suscriptores y proveedores. Cualquier empleado que identifique a un proveedor o una situación de facturación potencialmente fraudulenta debe informar de dicha actividad mediante la línea de alerta de fraude y cumplimiento o la dirección de correo electrónico.

El análisis de datos es un primer paso esencial para determinar si los patrones de la entrega de reclamaciones y pago indican problemas potenciales. Dicho análisis de datos debe incluir la identificación simple de anomalías en los patrones de facturación dentro de las reclamaciones o grupos de reclamaciones que puedan sugerir una facturación o un pago indebido. El análisis de datos en sí se llevará a cabo como parte de la evaluación general y la revisión de las reclamaciones presentadas o se realizará en respuesta a la información sobre problemas específicos derivados de las reclamaciones, las notificaciones de los proveedores, los beneficiarios o los suscriptores, las alertas de fraude o los informes de CMS, OCS, ASES, incluyendo a otros organismos gubernamentales y no gubernamentales. Como parte del proceso para identificar los pagos excesivos y gestionar los esfuerzos de recuperación, la UIE lleva a cabo las siguientes iniciativas:

- a. Analizar la información de las reclamaciones y otros datos relacionados para identificar posibles errores o fraudes por las características de las reclamaciones (por ejemplo, diagnósticos, procedimientos, proveedores, beneficiarios y suscriptores) de forma individual o en conjunto. El análisis de datos es un componente integrado y continuo de la actividad de integridad del programa de FMHP.
- b. Utilizar la investigación y la experiencia para elaborar nuevos enfoques y técnicas de análisis de datos.
- c. Llevar a cabo una minería de datos para identificar los ámbitos de errores potenciales que suponen un mayor riesgo, establecer datos de referencia que permitan reconocer tendencias inusuales, cambios en la utilización a lo largo del tiempo o esquemas para maximizar inadecuadamente el reembolso.
- d. Producir vistas únicas de los patrones de utilización o facturación para identificar posibles errores.
- e. Identificar ámbitos del programa o proveedores específicos para posibles investigaciones de fraude.
- f. Identificar los proveedores que no han presentado reclamaciones en los últimos doce (12) meses para que sean dados de baja rápidamente.

La frecuencia y la metodología del análisis de datos son cruciales para estas iniciativas. La UIE analiza un mínimo de 18 meses de reclamaciones facturadas, pero normalmente revisa 36 meses de información. La UIE compara el periodo actual de 6 meses con el periodo anterior para detectar cambios en los patrones de facturación actuales de los proveedores e identificar tendencias en servicios nuevos. Cuando se trata de volúmenes de datos muy grandes, se pueden utilizar resúmenes de datos o muestras válidas. La UIE labora indicadores que se utilizarán para identificar normas, anomalías y variables individuales que describen las tendencias más significativas.

Además, la UIE establece una metodología mensual y un proceso de muestreo para verificar con los beneficiarios y suscriptores si han recibido los servicios facturados por los proveedores. Esta metodología incluye criterios para identificar los servicios de “alto riesgo” y los tipos de proveedores. Las reclamaciones médicas y de farmacia generadas por los proveedores bajo estos ámbitos de vulnerabilidad serán incluidas en la metodología de muestreo.

FMHP reconoce que no es práctico o resulta imposible revisar todos los elementos o archivos cuando se examinan los datos de las reclamaciones, especialmente si el volumen de información es grande, por lo que la UIE puede utilizar metodologías de muestreo para observar un subconjunto aleatorio para aprender sobre la multitud de elementos de los que se extraen. Al realizar inferencias estadísticas a partir de este subconjunto, afirmarán con un cierto nivel de confianza que las inferencias se aplican a la población. La elección de un método de muestreo por parte del analista de la UIE depende de los objetivos específicos de la actividad de supervisión. A veces, el/la analista de la UIE puede elegir un método de muestreo que no sea estadístico. Es decir, puede querer basarse en el juicio o en el conocimiento específico sobre una población al seleccionar los archivos para su revisión, excepto los resultados de la muestra derivada del juicio para sacar conclusiones sobre una población más amplia. Una vez que el análisis de los datos y los procesos se han completado, la UIE sigue las políticas y procedimientos establecidos para las investigaciones preliminares y completas.

2. ENFOQUES PARA LA PREVENCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL FRAUDE, EL MAL USO Y EL ABUSO:

2.1 OBJETIVOS

El objetivo del Programa de Integridad de FMHP es combatir el fraude, mal uso y abuso en la prestación de servicios de salud. Los elementos que componen el Programa son los siguientes:

1. *Llevar a cabo el recobro de un pago realizado incorrectamente a un proveedor, o en beneficio de un beneficiario o suscriptor, una vez se determina que medió el fraude, el mal uso y/o el abuso en la reclamación de dicho pago o beneficio.* FMHP persigue enérgicamente la recuperación de cualquier cantidad pagada por FMHP relacionada con actividades identificadas de fraude y abuso. FMHP puede retener los pagos a los proveedores de servicios en su totalidad o en parte después de recibir evidencia creíble de que los hechos que dan lugar a la necesidad de retención implican fraude o tergiversación intencional bajo la línea de negocios Comercial o el Programa de Salud del Gobierno (PSG). Si FMHP determina que el fraude o la tergiversación son claros y contundentes, puede retener los pagos sin necesidad de notificar al proveedor su intención de retener dichos pagos.
2. *Uso de sistemas que aplican reglas de pago para detectar y evitar el pago de reclamaciones duplicadas.* A las reclamaciones que entran con éxito al sistema de reclamaciones se les asigna un número de control interno que se utiliza para darle seguimiento, a las decisiones de adjudicación y la información de pago. Las reclamaciones aceptadas para su trámite se someten a revisiones previas al pago, como la verificación de reclamaciones duplicadas. El sistema garantizará que los servicios enumerados en una reclamación sean servicios cubiertos por el plan comercial o el plan de salud del gobierno, médicamente necesarios y servicios adjudicados correctamente. El sistema de procesamiento de reclamaciones y el programa de edición de reclamaciones identifican los posibles servicios duplicados y exactos basándose en el proveedor, el beneficiario, la fecha de servicio y los códigos de servicio. El programa de edición de reclamaciones añade un elemento adicional de comprobación de duplicidades al identificar la misma fecha de servicio y los mismos códigos de servicio facturados por el mismo contratista, pero por distintos proveedores.
3. *Uso de sistemas que aplican reglas de pago para detectar y evitar la codificación excesiva (“up coding”).* El software de procesamiento de reclamaciones aplica las iniciativas nacionales de codificación correcta (NCCI), la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés), además de las reglas de pago de reclamaciones de Medicare y Medicaid, que incluyen la identificación de la desagregación y la codificación excesiva, las ediciones de sexo/edad, incluyendo las visitas de seguimiento quirúrgico, la exclusión mutua y los valores atípicos de frecuencia, entre otros.
4. *Revisión posterior al procesamiento de las reclamaciones.* FMHP ha desarrollado e implementado una revisión posterior al procesamiento de las reclamaciones que permite a UIE vigilar los perfiles de utilización de los beneficiarios y suscriptores, así

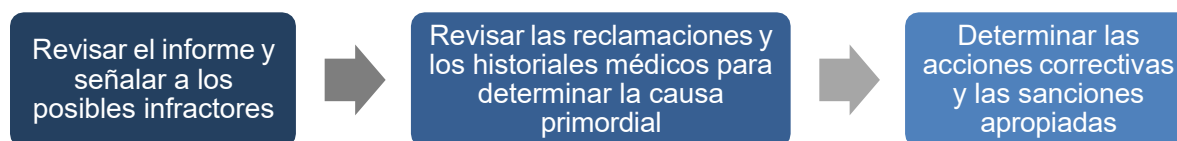
como los perfiles de servicio de los proveedores para identificar las excepciones, de modo que FMHP pueda mejorar la utilización de los servicios por parte de los beneficiarios, suscriptores y proveedores, reduciendo la cantidad de servicios innecesarios. FMHP utiliza una herramienta de verificación de reclamaciones que crea informes de valores atípicos que incluyen, entre otros, el resumen de codificación del proveedor, la desagregación de los 40 casos más importantes y la tergiversación: facturación doble, valores atípicos de la facturación, utilización E&M y revisión del alquiler de equipos médicos duraderos.

5. *Análisis de utilización.* FMHP cuenta con un programa antifraude único y completo para evaluar las reclamaciones de Medicaid. El objetivo del programa es verificar la exactitud y la idoneidad del procesamiento de las reclamaciones, detectar errores, abusos, patrones de utilización atípicos, utilización errónea de los servicios cubiertos y evaluar los servicios prestados por el proveedor participante. Para la identificación de casos, el analista del UIE puede revisar los informes por beneficiario, fecha de servicio, proveedor o códigos CPT. Algunos de estos métodos son Intercambios de Datos Electrónicos; Minería de datos; Registro de reclamaciones/reconciliación; Procedimientos objetivo; Elaboración de Perfiles.
6. *Perfiles de proveedores y acreditación para abordar los problemas de abuso y patrones de codificación excesiva.* La elaboración de perfiles de proveedores es un método usado principalmente para comparar los patrones de práctica de los proveedores en medidas específicas de costo y calidad. La elaboración de perfiles suele realizarse de forma retrospectiva usando datos administrativos o de reclamaciones.
7. *Procesos para verificar con los beneficiarios y suscriptores si se recibieron los servicios facturados por los proveedores (Políticas y procedimientos del UIE).* FMHP ha establecido una metodología y un proceso de muestreo a tenor con el 42 CFR 408.608(a)(5) y 42 CFR 455.20.

FMHP realiza auditorías de reclamaciones para identificar posibles fraudes, mal usos y abusos. Las auditorías de las reclamaciones de los proveedores se basan en criterios objetivos y documentados. FMHP usa los informes generados en nuestra base de datos para calificar y trazar el comportamiento y los patrones de facturación de los proveedores. El programa de edición de reclamaciones usa un motor de búsqueda de fraudes para identificar varios comportamientos de facturación, patrones de facturación, esquemas conocidos, así como patrones desconocidos, tomando en consideración el historial de facturación anterior de un proveedor, beneficiario, suscriptor o persona inscrita.

El programa de edición de reclamaciones identifica y compara estadísticamente a los proveedores de la misma zona geográfica para analizar la sobreutilización y la sobre codificación. FMHP informará al proveedor sobre las irregularidades de facturación y pedirá una explicación de las prácticas de facturación. Además, FMHP le brindará una orientación al proveedor sobre las directrices de facturación y la documentación. La UIE puede llevar a cabo una investigación adicional y actuar según sea necesario.

La UIE también lleva a cabo minería de datos sobre la experiencia de las reclamaciones para identificar los valores atípicos en las tendencias, la sobreutilización y los abusos de facturación repetitivos. Este proceso incluye los siguientes pasos:



Proceso de análisis de datos de investigaciones especiales

Nuestro procedimiento da como resultado conclusiones fiables y recomendaciones prácticas. FMHP identifica, previene y mitiga el fraude, el mal uso y el abuso de manera exitosa usando la metodología descrita.

2.2 POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

FMHP ha establecido políticas y procedimientos que le proveen al personal las directrices del Departamento para descubrir, prevenir, identificar, investigar y corregir los posibles casos de fraude, mal uso y abuso. Las actividades que implican fraude, mal uso y abuso pueden ser identificadas por otros departamentos siguiendo las directrices enumeradas en las políticas y procedimientos. Así mismo, FMHP puede identificar situaciones de fraude, mal uso y abuso mediante las llamadas recibidas a través de la **LÍNEA DE ALERTA DE FRAUDE Y CUMPLIMIENTO 1-800-933-9336**, disponible 24 horas 7 días de la semana y la dirección de correo electrónico alerta fraude y cumplimiento@firstmedicalpr.com creada para fomentar la denuncia de posibles casos de fraude, mal uso y abuso.

2.3 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos es el primer paso esencial para determinar si los patrones de presentación de reclamaciones y pagos indican problemas potenciales. El análisis de datos incluye la simple identificación de irregularidades en los patrones de facturación dentro de un grupo homogéneo, o la detección mucho más sofisticada de patrones dentro

de las reclamaciones que podrían sugerir una facturación o pago indebidos. El análisis de datos en sí forma parte de la supervisión y revisión general de las reclamaciones presentadas o se realiza como respuesta a las querellas, tendencias de las apelaciones de los proveedores, beneficiarios y suscriptores, así como las alertas de fraude. Algunos de los métodos de identificación y las fuentes de datos para descubrir el fraude mal uso y abuso se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1. FMHP usa una multiplicidad de métodos y fuentes para identificar el fraude.

Al usar una multiplicidad de métodos y fuentes, mejoramos nuestra capacidad para identificar y detener el fraude.

Métodos de identificación del fraude		Fuentes de identificación
<ul style="list-style-type: none"> • Intercambio electrónico de datos • Minería de datos, elaboración de perfiles, procedimientos focalizados • Registro de reclamaciones/ Conciliación 	<ul style="list-style-type: none"> • Buzón de correo electrónico, telefax y línea de Alerta de Fraude y Cumplimiento • Formulario de notificación de fraudes • Cartas o denuncias en persona 	<ul style="list-style-type: none"> • UIE o Referido/ descubrimiento por parte de los empleados • Alertas y artículos de prensa • Reuniones del Grupo de Integridad de Medicaid y del Grupo de Trabajo

3. INVESTIGACIONES:

3.1 ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

Los casos se asignan a un analista de fraude que realizará una investigación preliminar y en función de los resultados, se asignará al investigador de UIE. El proceso de investigación implica el uso de métodos objetivos para identificar posibles casos de fraude y llevar a cabo una intervención detallada. Estos incluyen los siguientes procesos:

- Abrir y registrar el caso;
- Iniciar el proceso para obtener la información pertinente;
- Análisis del historial clínico;
- Realizar entrevistas para verificar la información obtenida;
- Preparar el informe de hallazgos y recomendaciones;
- Remitir el caso a la siguiente instancia; y
- Cerrar el caso.

Como parte de nuestro compromiso de prevenir, identificar y corregir el fraude, el mal uso y el abuso, el analista de UIE usa de forma proactiva diversos métodos generalmente aceptados en los procesos de auditoría para la identificación, investigación y para referir los casos en los que hay indicios de fraude o sospecha de fraude, sin interferir en los derechos del proveedor, el beneficiario o el suscriptor.

El plan de intervención de la Unidad de Investigaciones Especiales también incluye un enfoque sistemático mediante el proceso de análisis de datos. Este proceso de análisis integrado es un componente muy eficaz en la actividad de identificar y prevenir el fraude. En este proceso sobresalen los siguientes elementos:

- Señales de alerta
- Identificación de la causa
- Retención de los pagos
- Establecimiento de acciones y sanciones

Una vez concluida la fase de investigación, el caso se remite a las agencias pertinentes cuando es obligatorio o necesario, tanto si el caso se ha resuelto como si se ha cerrado. FMHP mantiene dentro de su estructura organizativa los procedimientos necesarios para remitir los casos de fraude a las agencias e instrumentalidades gubernamentales y a las agencias encargadas del cumplimiento de la ley.

El protocolo del UIE contiene los pasos de investigación para trabajar los casos de fraude junto con nuestro Departamento Legal, las autoridades estatales y federales que incluyen, entre otras a la OCS, la ASES, el Departamento de Justicia, la Unidad de Control y Fraude de Medicaid (MFCU, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud de Puerto Rico y la Oficina del Inspector General.

3.2 PROCESO DE INVESTIGACIÓN PRELIMINAR

Los casos de posible fraude, mal uso y abuso que se denuncien mediante la **LÍNEA DE ALERTA DE FRAUDE Y CUMPLIMIENTO 1-866-933-9336** y la dirección de correo electrónico alertafraudeycumplimiento@firstmedicalpr.com se registrarán en una bitácora para su consulta durante el proceso de investigación. Las llamadas a la Línea de Alerta de Fraude y Cumplimiento y los correos electrónicos pueden presentarse de forma anónima o de otra manera. Todas las comunicaciones realizadas a la Línea de Alerta de Fraude y Cumplimiento se mantendrán con la máxima confidencialidad. Las preocupaciones enviadas a la dirección de correo electrónico dedicada serán recibidas por el representante de la UIE. La UIE también recibe comunicaciones por escrito mediante el correo. Aquellos casos que sean referidos por el personal gerencial, el

supervisor, cualquier empleado u otras fuentes ajenas a la institución serán tratados con la mayor confidencialidad y documentados antes de iniciar el proceso de investigación.

Una vez que la UIE entiende todas las circunstancias del caso, procede a preparar un plan de acción o programa de auditoría, que consiste en establecer un registro debidamente identificado, el procedimiento para localizar toda la información relevante para el caso, como por ejemplo: información sociodemográfica del abonado o inscrito, si es un proveedor de servicios la UIE producirá un historial de pagos del proveedor, copias del contrato del proveedor, correspondencia enviada y recibida, credenciales profesionales del proveedor, un resumen de las reclamaciones en proceso de pago y el plan de intervención detallado. Los requisitos mínimos de la investigación preliminar al evaluar a los proveedores, beneficiarios y suscriptores incluyen:

- Fuente de la información
- Método de identificación
- Causa de la investigación
- Documentación del caso
- Análisis de datos y documentos
- Informe de conclusiones
- Acción recomendada.

FMHP ha puesto en marcha procedimientos para llevar el control de todas las investigaciones preliminares y sus resultados. Tan pronto como se identifica un caso potencial de fraude, mal uso y /o abuso o se recibe una solicitud de investigación, se registra en la plataforma de *Healthcare Fraud Shield (HCFS)*, detallando, como mínimo, la siguiente información:

- Número asignado al caso.
- ¿Quién presenta la petición o la información brindada en confidencia (si es anónimo o conocido)?
- Forma en que se recibió el caso (es decir, mediante correo electrónico, línea de alerta de fraude y cumplimiento, por correo o en persona).
- Teléfono y dirección del informante (si se ha facilitado)
- Tipo de organización implicada, de ser necesario.
- Fecha en que se abre la investigación.
- Breve descripción de la sospecha de fraude o abuso.
- Fecha de cierre de la investigación.
- Nombre del empleado que realizó la investigación.
- Disposición y resolución de la investigación.
- Naturaleza de las alegaciones investigadas.

- Medidas correctivas impuestas, si existe alguna.
- Breve descripción de la sospecha de fraude o abuso.

Estos casos se asignan a un analista de la UIE que, junto con el gerente de la UIE, llevará a cabo la evaluación preliminar o toda la investigación siguiendo el protocolo de investigación.

Los casos sospechosos de fraude, mal uso y abuso relacionados con los servicios de farmacia o las querellas de los beneficiarios y suscriptores relacionadas con los servicios de farmacia se remitirán al Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM por sus siglas en inglés) y a la ASES.

Si el hallazgo de la investigación preliminar le da a FMHP razones para creer que puede haber ocurrido un posible incidente de fraude, mal uso y/o abuso, FMHP debe tomar las medidas apropiadas y llevar a cabo una investigación completa.

3.3 PROCESO DE INVESTIGACIÓN COMPLETA

A continuación, se explican los pasos y procesos de la investigación completa que realiza la UIE:

- Cuando un caso requiere una investigación completa, debe hacerse de acuerdo con los requisitos contractuales, las normas estatales y federal y las políticas y procedimientos de FMHP.
- Si es apropiado, la UIE notificará al proveedor, a la corporación de servicios del proveedor, al beneficiario o al suscriptor por escrito, cuando corresponda, sobre el proceso de investigación.
- Si el proceso requiere entrevistas de testigos o de la persona que recibe el servicio médico-hospitalario, la UIE procederá como corresponde.
- En casos clínicos complejos, la UIE incorporará a la investigación aquellos recursos externos necesarios, tales como un médico especialista, un perito forense experto en temas de salud o un asesor legal.
- El trabajo de campo de la investigación podrá realizarse en la oficina del proveedor investigado o en las oficinas corporativas de FMHP. En cualquier caso, la UIE contará con todos los recursos disponibles para realizar la intervención con la mayor celeridad posible.
- Una vez finalizado el trabajo de la investigación, la UIE procederá con la organización y tabulación de todos los datos disponibles en la oficina; se terminará la investigación y se redactará el borrador del informe con todas las conclusiones y recomendaciones sobre el caso investigado.

- Si el caso amerita o justifica consultar las recomendaciones de la UIE, el director de la UIE consultará con la Gerencia de FMHP sus posibles implicaciones o repercusiones económicas. Cuando proceda, si la investigación señala a un empleado de FMHP, la UIE recomendará la intervención del Departamento de Recursos Humanos de FMHP, quien determinará la aplicabilidad de una suspensión preventiva si se cree que un empleado está involucrado en actividades fraudulentas o comportamiento inadecuado y la presencia de dicho empleado en el lugar de trabajo puede poner en peligro cualquier investigación sobre la presunta conducta poco ética o que ponga en peligro el bienestar o la seguridad de alguna persona o los bienes de la empresa.
- De ser necesario, el caso investigado por la UIE se analizará con el Comité de Fraude, Mal uso y Abuso y, posteriormente, se presentará con el consentimiento o las modificaciones de este grupo de trabajo para que se considere su disposición final.

Toda investigación completa debe continuar hasta que:

- Se inicien las acciones legales pertinentes.
- El caso se cierre o se abandone debido a insuficiencia de evidencia para apoyar las alegaciones de fraude o abuso.
- En caso de cualquier alegación y posible fraude, mal uso o abuso, FMHP resolverá el asunto de acuerdo con las normas establecidas por la ASES y las leyes y normas federales y locales.
- Después de recibir la aprobación de ASES, el asunto se resuelve entre FMHP y el proveedor:
 - Durante el análisis de los resultados de la auditoría;
 - Suspendiendo o cancelando la participación del proveedor en el programa de Medicaid (PPACA Sección 6501);
 - Procurando la recuperación de los pagos realizados al proveedor;
 - Imponiendo otras sanciones previstas en el Plan de Integridad del Programa de la FMHP. (42 CFR Part 455 Sub Part E.)

3.4 CASOS CONTENCIOSOS QUE IMPLICAN CONDUCTA DELICTIVA

En lo que respecta a los casos contenciosos, la UIE también consultará con la División Legal de FMHP, y posteriormente remitirá a la Junta de Directores (JD), para que establezca la postura de FMHP y para que ésta exija una revisión completa de los

controles y procedimientos internos a fin de determinar cómo se pueden identificar estos incidentes en el futuro.

FMHP cooperará plenamente con las agencias federales y de Puerto Rico en las investigaciones de fraude, mal uso y abuso, y en las acciones legales subsiguientes, bien sean administrativas, civiles o penales. Dicha cooperación incluirá la participación en las reuniones, proveer la información solicitada, el acceso a los expedientes y a las entrevistas con los empleados y consultores, incluyendo, entre otros, aquellos con experiencia en la administración del programa y los asuntos médicos o farmacéuticos o en cualquier asunto relacionado con una investigación o un proceso judicial.

Dicha cooperación también incluirá la disponibilidad del personal para testificar en cualquier audiencia, juicio u otro procedimiento legal según sea necesario.

4. MANEJO DE RIESGOS:

Mediante el Programa de Manejo de Riesgos, FMHP puede establecer adecuadamente los objetivos de prevención e identificación de posibles o reales casos de fraude, mal uso y abuso. Además, es una buena práctica que las empresas revisen su evaluación de riesgos una vez al año para evaluar el efecto de los cambios internos y externos de la empresa y del mercado.

El Departamento de Auditoría Interna lleva a cabo una Evaluación Anual de Riesgos para evaluar la eficacia de los procesos de manejo de riesgos, control y gobernanza en toda la organización. La Evaluación Anual de Riesgos es un enfoque sistemático para identificar y evaluar los riesgos asociados con la consecución de los objetivos de FMHP, el cumplimiento de las leyes y reglamentos, y la eficacia de los procesos empresariales y de los controles internos. La evaluación de riesgos es uno de los instrumentos usados para crear el Plan Anual de Auditoría Interna, que es revisado por el Comité de Auditoría de la Junta Administrativa. Los resultados de la evaluación de riesgos también se facilitan a la gerencia ejecutiva para que los tome en cuenta durante la planificación estratégica.

FMHP identifica las entidades que podrían ser responsables de incidentes de fraude, mal uso y abuso, como los beneficiarios, los suscriptores, los subcontratistas, los empleados y proveedores, incluidos, entre otros, los hospitales, los médicos y los profesionales de salud mental, los proveedores de equipos médicos duraderos y las farmacias. En la tabla que aparece a continuación se mencionan las áreas vulnerables a posibles fraudes, mal usos y abusos.

Aspectos vulnerables específicos de FMHP

Los riesgos claramente identificados nos permiten implantar métodos eficaces de prevención y detección.

<i>Riesgos potenciales de FDA</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Facturación de servicios médicos no prestados o no relacionados con el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Ordenar servicios excesivos, especialmente pruebas diagnósticas /genéticas.
<ul style="list-style-type: none"> Facturación de servicios por un importe superior a los prestados (sobre codificación o desagregación). 	<ul style="list-style-type: none"> Prestar servicios incompatibles con el diagnóstico y el tratamiento del beneficiario o suscriptores.
<ul style="list-style-type: none"> Falsificación de historiales clínicos o registros de facturación para obtener un reembolso mayor. 	<ul style="list-style-type: none"> Prestar u ordenar servicios que no son médicamente necesarios.
<ul style="list-style-type: none"> Facturación de servicios prestados por personal que no está certificado o no cuenta con una licencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Proveer un servicio médico de mala calidad o insatisfactorio a un beneficiario o suscriptor.
<ul style="list-style-type: none"> Recibir sobornos por referir pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Facturación al paciente de un saldo restante tras el pago del plan médico (facturación del saldo).
<ul style="list-style-type: none"> Falta de documentación en el historial clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> Doble facturación por parte de los proveedores.
<ul style="list-style-type: none"> Facturación a nombre de personas fallecidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Robo de identidad para obtener recetas.
<ul style="list-style-type: none"> La búsqueda de médicos en la que los beneficiarios y suscriptores visitan varios proveedores o farmacias para obtener múltiples recetas. En particular, se trata de medicamentos basados en opioides. 	<ul style="list-style-type: none"> Desvío de recetas de medicamentos, con el fin de venderlos a otra persona.

De acuerdo con los hallazgos y los elementos recopilados en el Manejo de Riesgos, FMHP identificará las tres esferas de atención principales que son vulnerables y esbozará planes de acción para mitigar dichos riesgos. Basándose en los datos recopilados en los últimos años y en la experiencia, las tres (3) áreas de atención principales que son vulnerables, identificadas por FMHP son:

- Prestar servicios incompatibles con el diagnóstico y el tratamiento del beneficiario o suscriptor.
- La compra de medicamentos, en virtud de la cual los beneficiarios y suscriptores visitan varios proveedores o farmacias para obtener múltiples recetas. En particular, se trata de medicamentos basados en opioides.
- Falta de documentación en el historial clínico.

La Evaluación de Riesgos de FMHP ha esbozado un plan de acción para identificar y mitigar los elementos vulnerables que se describen en la sección 1.3, "Identificación y Mitigación de posibles fraudes, mal uso y abuso" de este programa de FWA.

5. EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS, SUSCRIPTORES, PROVEEDORES Y EMPLEADOS:

El Director de la UIE o la persona designada elaborará una serie de seminarios y talleres internos. Dichos seminarios incluirán Técnicas Básicas de Identificación e Investigación de la Teoría del Fraude; Confidencialidad durante el Proceso Investigativo; Exposición a la Ley Núm. 77, Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LPRA §§ 2701-2740 (1957), según enmendada; Técnicas de Entrevistas; y la presentación de una plantilla de casos para investigación con situaciones ficticias. La asistencia y participación en estos seminarios de capacitación es una condición de empleo obligatoria en FMHP, incluyendo a la gerencia y a los oficiales.

Todos los empleados de FMHP, la gerencia, la presidencia y otros administradores de alto rango, así como los subcontratistas, recibirán capacitación sobre el FWA, independientemente de si trabajan a tiempo completo, a tiempo parcial, son temporeros, voluntarios o de otro tipo. La capacitación incluirá, como mínimo:

- Revisión de los posibles tipos de FWA que pueden ocurrir y el proceso para informar a FMHP sobre situaciones sospechosas de FWA.
- Identificar y combatir el FWA, incluyendo las responsabilidades de los empleados bajo las políticas antifraude de FMHP, tales como solicitar aclaraciones sobre el cumplimiento e informar sobre posibles incumplimientos.
- Una visión general de las leyes y normas de FWA.
- Hacer hincapié en la confidencialidad, el anonimato y en que no se tomarán represalias relacionadas con todas las preguntas sobre el cumplimiento o los informes de posibles incumplimientos o FWA.

6. COOPERACIÓN Y COLABORACIONES:

FMHP comparte sus políticas, procedimientos y directrices sobre el fraude, el mal uso y el abuso, así como su programa de integridad, con sus subcontratistas, incluyendo al administrador de beneficios de farmacia del plan de salud del gobierno, para garantizar la plena cooperación con sus esfuerzos de identificación y prevención.

El plan de informes y colaboración de FMHP tiene la responsabilidad de poner en práctica los objetivos para identificar los posibles fraudes, mal uso y abusos, que incluyen la participación de FMHP en las reuniones del Grupo de Integridad de Medicaid (MIG, por sus siglas en inglés) patrocinadas por ASES, el grupo de trabajo de la Oficina del Inspector General, el grupo de trabajo de MFCU y la Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico (ACODESE). Durante estas reuniones, los representantes de las MCO presentan casos actuales, comparten estrategias de identificación y prevención, y esbozan acciones rápidas tomadas para mitigar los casos de FWA presentados.

Mediante estas reuniones, las agencias gubernamentales han podido recopilar información para iniciar investigaciones relacionadas con el fraude en los servicios de atención médica por parte de los beneficiarios, suscriptores y proveedores. FMHP cuenta con una colaboración adicional de sus subcontratistas. Las entidades delegadas de FMHP deben cumplir cabalmente con las directrices establecidas por el Programa de Integridad de Medicaid, ASES, OCS y el Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.

CONTACTOS

Asuntos Legales

Lcdo. Carlos Santana Marrero

Principal Asesor Legal

(787) 474-3999, ext. 2151

c.santana@firstmedicalpr.com

Unidad de Investigaciones Especiales

Lcda. Jessica Altreche Vélez

Directora UIE

(787) 474-3999, ext. 2140

j.altreche@firstmedicalpr.com

Departamento de Asuntos Regulatorios

Jessica Losa Robles, MPH, MHSA, PHD

Principal Oficial de Cumplimiento y Privacidad

(787) 625-9557, ext. 2548

j.losa@firstmedicalpr.com