

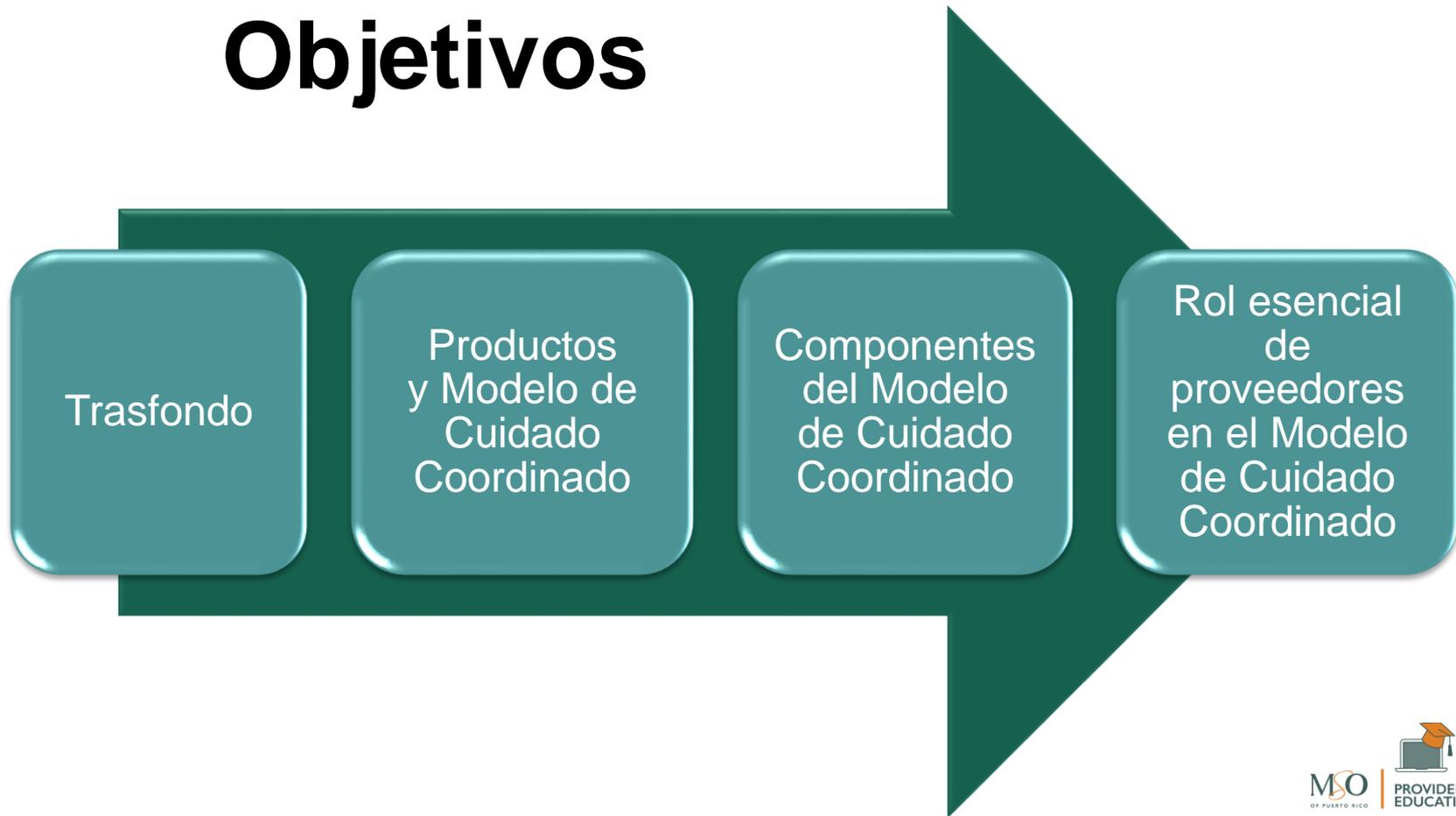


PROVIDER EDUCATION



Modelo de Cuidado Coordinado 2023

Objetivos



Modelo de Cuidado Coordinado

Adiestramiento

Desarrollado para cumplir con las directrices de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid*

Toda aseguradora Medicare Advantage debe brindar y documentar un adiestramiento sobre el Modelo de Cuidado Coordinado** a todos sus empleados, personal contratado y proveedores.

- Inicial y anual
- Metodología o tipos de intervención:
 - Presencial
 - Interactivo (Internet, audio/vídeo)
 - Auto-estudio (material impreso o medios electrónicos)

* CMS, por sus siglas en inglés. **Model of Care en inglés (MOC).

Trasfondo



Incorporado en el año 2000.

Año 2001: aprobado por CMS para comenzar a brindar servicios como el primer plan Medicare Advantage en Puerto Rico.

Enfoque:

Cuidado coordinado eficiente
Prevención
Calidad de vida

Trasfondo



4.5 estrellas

Celebramos que uno de nuestros contratos ha recibido calificaciones de 4.5 estrellas bajo el Programa de Calificaciones por Estrellas Medicare* por **seis años consecutivos**.

* Contrato H4004.
Cada año Medicare evalúa los planes a base de un sistema de calificación de 5 estrellas.

¿Qué es el Modelo de Cuidado Coordinado?



- Estructura para llevar a cabo cuidado coordinado de manera eficiente
 - Enfoque en beneficiarios con necesidades especiales
-
- Herramienta vital
 - Mejorar la calidad
 - Garantizar que se atiendan las necesidades bajo SNP*

*SNP – Planes de Necesidades Especiales (Special Needs Plan)



Productos SNP

2023



caminamosjuntos

Modelo de Cuidado 2023

C-SNP

MMM Supremo (HMO-SNP)

MMM Integral (HMO-SNP)

MMM Vibrante (HMO-SNP) *

Afiliados con condiciones crónicas o discapacitantes:

- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca crónica (ICC)
- Enfermedades cardiovasculares:
 - Arritmia cardíaca
 - Enfermedad vascular periférica
 - Enfermedad de las arterias coronarias
 - Trastorno tromboembolia venosa crónica

*Cubierta regional para afiliados de Aguadilla, Isabela, Quebradillas, Camuy, Hatillo, Arecibo, Aguada Rincón, Moca, Añasco, San Sebastián, Utuado.

Modelo de Cuidado 2023

D-SNP

MMM Diamante Platino (HMO-SNP)

MMM Relax Platino (HMO-SNP)

MMM Dorado Platino (HMO-SNP)

MMM Valor Platino (HMO-SNP)

MMM Grande Platino (HMO-SNP)

PMC Premier Platino (HMO-SNP)

Afiliados elegibles
a Medicare y Medicaid.

Elementos del MOC

Descripción de la población de necesidades especiales
(*SNP*)

Cuidado coordinado

Evaluación obligatoria de riesgos de salud y reevaluación (HRA, por sus siglas en inglés)

Plan individual de cuidado (ICP, por sus siglas en inglés)

Equipo interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés)

Visitas médicas (Presenciales o Face-to-Face en inglés)

Red de proveedores

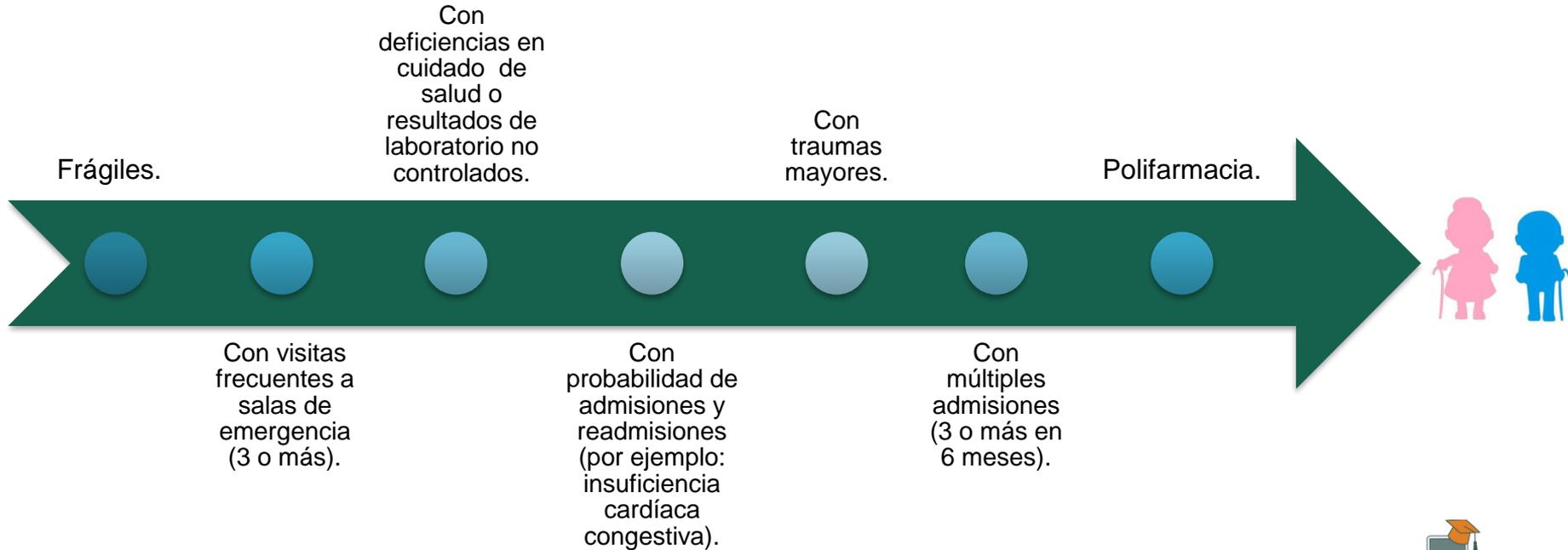
Métricas de calidad y mejoras en el rendimiento

MOC 1:

Descripción de la población con necesidades especiales (*SNP*)

Los más vulnerables

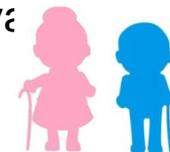
Identifique aquellos afiliados con mayor fragilidad.



Los más vulnerables

Afiliados con condiciones crónicas descontroladas:

- COPD (Chronic obstructive pulmonary disease/ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Asma
- CHF (congestive heart failure/insuficiencia cardíaca congestiva)
- Enfermedad cardiovascular / Arteriosclerosis
- HTN (Hypertension/Hipertensión)
- Diabetes



Afiliados con discapacidad

Afiliados que requieren procedimientos complejos y/o transición de cuidado:

- Trasplante de órganos
- Cirugía bariátrica

MOC 2:

Coordinación de servicios

Cuidado coordinado

Asegura la atención de las necesidades de salud de beneficiarios de un SNP. La información se comparte entre el personal interdisciplinario.

Coordina entrega de servicios y prestaciones especializadas que satisfacen necesidades de la población más vulnerable.

Realiza evaluaciones de riesgos de salud, Plan de Cuidado Individualizado y cuenta con un equipo interdisciplinario establecido.



Enfoque del programa



Evaluación de Riesgos de Salud (HRA)

Se realiza para identificar necesidades médicas, mentales, psicosociales, cognitivas y funcionales, de personas con necesidades especiales.

HRA inicial - 90 días desde la afiliación para completarlo. HRA annual - a partir de 365 días luego del inicial o de su último HRA.

Evaluación de Riesgos de Salud (HRA)

Se realiza por teléfono o en papel.

Resultados → Plan de Cuidado Individualizado:

- * Problemas, metas e intervenciones con equipo interdisciplinario.

HRA refiere a → Programas de Manejo de Cuidado

- * Manejo de casos, entre otros.

Plan de cuidado compartido con:

Afiliado + PCP y Equipo interdisciplinario

Plan de cuidado individualizado (ICP)

- El equipo interdisciplinario desarrolla un ICP para cada afiliado de cubierta SNP, identificando las necesidades del afiliado a partir del resultado obtenido en el HRA.
- El ICP garantiza que las necesidades sean cubiertas, el curso de evaluación y coordinación de servicios, y los beneficios del afiliado.

Plan de cuidado individualizado (ICP)

- ICP se le comunica al afiliado o cuidador, y se comparte con el proveedor a través de nuestro portal InnovaMD.
- Revisar anualmente o cuando cambia el estado de salud.

Equipo Interdisciplinario (ICT)

Grupo enfocado en el afiliado, discute sobre el estado de salud e intervenciones para el paciente.

Responsabilidades de los proveedores en el ICT:

1. Participar en discusión de ICP.
2. Colaborar en establecimiento de metas.
3. Involucrar a los afiliados en la gestión de automanejo y dar seguimiento.
4. Integrar a otros médicos y proveedores.
5. Participar en reuniones de los ICT.
6. Comunicar cambios a los componentes de los ICT a través de reuniones o llamadas telefónicas.
7. Referir a los programas de manejo disponibles a través de la aseguradora.



Transición de cuidado

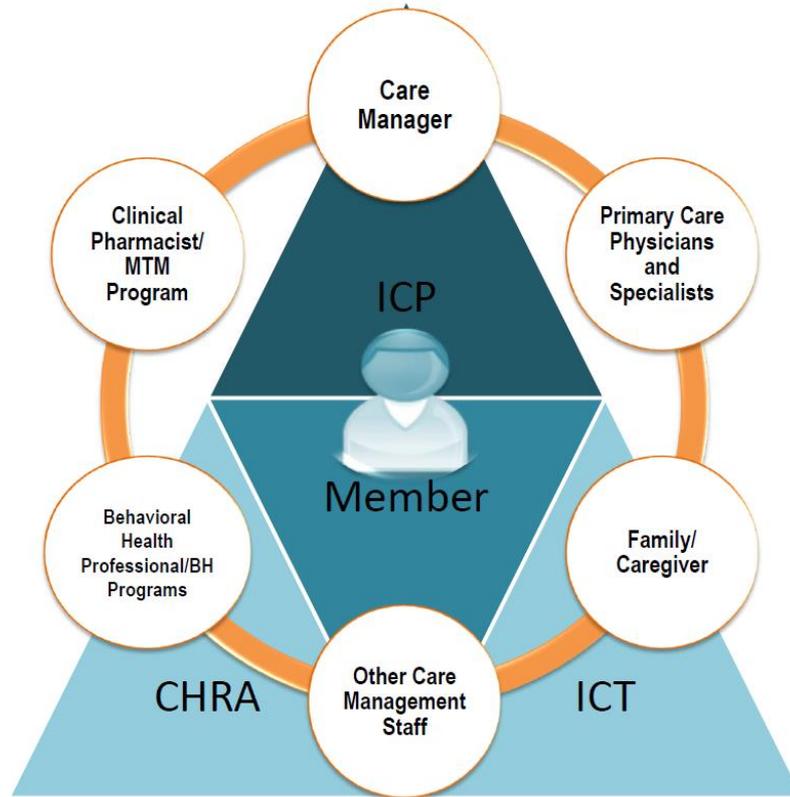
Se establecen procesos y protocolos de transición para mantener continuidad de cuidado.

Las diferentes unidades trabajan en colaboración con los médicos primarios y proveedores para garantizar y apoyar el cuidado coordinado que el afiliado merece.

Personal disponible en la Unidad de Planificación de Alta, facilita la comunicación entre centros asistenciales, el médico primario y el afiliado o su cuidador.

El ICP del afiliado se comparte con el afiliado y su médico primario, cuando se produzca una transición de cuidado.

Protocolos para la transición de cuidado



Rol del Proveedor en el Modelo de Cuidado

Asegura el acceso continuo a servicios, y verifica qué necesidades e información se comparten entre el personal.

Promueve la visita post-alta en un periodo dentro de siete días luego de una hospitalización.

Coordina servicios especializados a la población más vulnerable.

Promueve evaluación de riesgos de salud para el Plan de Cuidado Individualizado.

Participa activamente como parte del equipo interdisciplinario.

MOC 3:

Red de proveedores especializados en el plan de cuidado

Enfoque

Mantener una red de proveedores especializados para atender las necesidades de nuestros afiliados, siendo el enlace primario en su cuidado.

La red de proveedores monitorea:

- Uso de guías de práctica clínica y protocolos.
- Que se asegure la colaboración y comunicación activa con administradores de ICT y de casos.
- Asistencia en la elaboración y actualización de los planes de cuidado.
- Que se garantice que todos los proveedores de la red son evaluados y cualificados a través de un proceso de credencialización.



MOC 4:

Medición de calidad y mejoramiento del desempeño

Evaluación y mejoramiento de calidad

Los planes establecen un Programa de Mejoramiento de Calidad para vigilar resultados de salud y rendimiento del modelo de atención a través de:

- Recolección de datos y seguimiento de medidas del Programa Cinco Estrellas SNP específico (HEDIS, Healthcare Effectiveness Data and Information Set).
- Realización de Proyecto de Mejoramiento de la Calidad anual, el cual se centra en mejorar el aspecto clínico o servicio relevante para la población SNP.
- Medición de satisfacción del afiliado SNP.

Evaluación y mejoramiento de calidad

Los planes establecen un Programa de Mejoramiento de Calidad para vigilar resultados de salud y rendimiento del modelo de atención a través de:

- Programa de Mejoramiento de Atención Crónica (CCIP, por sus siglas en inglés) para enfermedad crónica, que identifica afiliados elegibles, e intervención para mejorar manejo de la enfermedad y evaluar la efectividad del programa.
- La recopilación de datos para evaluar si se cumplen los objetivos del programa SNP.
- Compartir anualmente los resultados del rendimiento con afiliados, empleados, proveedores y público en general.

Referencias

1. *Model of Care Scoring Guidelines for Contract Year 2023.*

Obtenido de:

https://snpmoc.ncqa.org/static/media/MOCScrngGdlnsCY2023.78de7daf63a_baa3b9edd.pdf

2. *Medicare Managed Care Manual.* Chapter 5 - Quality Assessment, section 20.2 Additional Quality Improvement Program Requirements for Special Needs Plans (SNPs).

Obtenido de:

<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Internet-Only-Manuals-IOMs-Items/CMS019326>

Nuestro compromiso con la calidad

Estamos orgullosos de ver que las cubiertas de necesidades especiales de MMM seguirán mejorando la calidad de vida de miles alrededor de la isla.



Para más información:

787-993-2317 (Área Metro)

1-866-676-6060 (libre de cargos)

Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

¿Preguntas?







Adiestramiento Corporativo sobre Regulaciones Aplicables a la Industria de la Salud

Revisión Noviembre 2022

Agenda

En el Adiestramiento Corporativo sobre Regulaciones Aplicables a la Industria de la Salud se cubrirán los siguientes temas:

1. Plan de Competencia Cultural
2. Declaración Previa de Voluntad Sobre Tratamiento Médico (Ley 160 del 17 de noviembre de 2001), mejor conocido como “Directrices Avanzadas”
3. Carta de Derechos de los Pacientes (Ley 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada)
4. Ley de seguridad, bienestar y protección de los niños, Ley 246 del 16 de diciembre de 2011, según enmendada.
5. Ley sobre la violencia de género, 54
6. Protocolo de Prevención y Detección de Posibles Casos de Explotación Financiera a Personas de Edad Avanzada o Adultos con Impedimentos



Plan de Competencia Cultural

¿Qué es Competencia Cultural?

Es el conjunto de destrezas interpersonales que permiten a individuos incrementar su entendimiento, aceptación y respeto por las diferencias culturales y similitudes entre grupos, y la sensibilidad para saber que esas diferencias influyen en las relaciones con los Beneficiarios. Es la capacidad de comprender, interactuar y colaborar bien con diferentes personas.

Plan de Competencia Cultural

- Los Empleados y Asociados del plan deben proveer servicio a todos los Beneficiarios de cualquier cultura, raza, raíces étnicas, identidad de genero, expresión de genero u orientación sexual real o percibida (población lésbica, gay, bisexual, transgénero, transexual o mejor conocido como LGBTTTQ+) y religión; en orden de reconocer los valores, respetar, proteger y preservar la dignidad de cada individuo.
- El propósito es asegurar que se consideren las diversas necesidades de los Beneficiarios.

Objetivos del Plan de Competencia Cultural

- Identificar Beneficiarios que tienen limitaciones culturales o barreras de lenguaje o idioma.
- Asegurar que se cuentan con los recursos necesarios para cumplir con los requisitos de comunicación contemplando posibles barreras de lenguaje.
- Asegurar que los Proveedores de salud entiendan y reconozcan las necesidades de acuerdo a las diferencias culturales.
- Asegurar que todos los Empleados y Asociados están adiestrados para valorar las diferencias culturales, religiosas y de lenguaje.

Metas del Plan de Competencia Cultural

- Aumentar la comunicación con los Beneficiarios que tengan competencias culturales o barreras lingüísticas.
- Utilizar materiales educativos apropiados y culturalmente sensibles para cada tipo de limitaciones culturales, incluidas la raza, religión, identidad de género, expresión de género u orientación sexual real o percibida (LGBTQTQ+), origen étnico o el idioma.
- Disminuir las discrepancias en la atención médica recibida.
- Aumentar el entendimiento de nuestros Empleados, Contratistas, Proveedores de salud, sobre las diferencias culturales y religiosas.

Componentes del Plan de Competencia Cultural

- **Análisis de Datos:**

- Realizar periódicamente evaluaciones de nuestra población en las regiones contratadas.
- Realizar periódicamente análisis de reclamaciones y encuentros para identificar las necesidades de salud.
- Como parte del proceso de matrícula, identificar necesidades específicas en cuanto a raza, religión, origen étnico y lenguaje.

Componentes del Plan de Competencia Cultural

- **Servicios Lingüísticos o de Intérprete:**
 - Los Proveedores ayudan a identificar Beneficiarios con posibles barreras lingüísticas.
 - En coordinación con el Departamento de Servicios al Beneficiario, estos reciben servicios de intérpretes libre de costo para acceder a los servicios cubiertos.
 - Los servicios de intérprete incluyen interpretación para Beneficiarios con limitaciones en el idioma español o impedimentos auditivos.
 - Los contratistas que brinden servicio a nuestros Beneficiarios deben cumplir con el Plan de Competencia Cultural aprobado.
 - Los materiales escritos están disponibles tanto en español como en inglés.
 - Tendrán un lenguaje entendible por un menor de cuarto grado de escuela- opcional

Componentes del Plan de Competencia Cultural

- **Creencias Religiosas:**

- Asegurar que todos los Empleados traten con respeto los Beneficiarios conforme a sus creencias religiosas.
- Los Proveedores deben cumplir con respetar las creencias religiosas de los Beneficiarios al momento de brindar servicios de tratamiento médico.

Componentes del Plan de Competencia Cultural

- Anti Discrimen Población LGBTTTQ+:
 - Existe una guía básica a Proveedores para manejo sensible y adecuado al brindar servicios de salud a Beneficiarios LGBTTTQ+ que es distribuida a los Proveedores.
 - Respetar las leyes relacionadas aplicables en Puerto Rico tal y como lo es la Ley 22-2013- primera legislación contra el discrimen por orientación sexual.
 - El Proveedor es responsable de adiestrar a su personal sobre sensibilidad a la población LGBTTTQ+.
 - La aprobación y despachos de medicamentos, así como de los servicios médicos, no deben tener restricción por razón de sexo.

Componentes del Plan de Competencia Cultural

- **Educación a los Proveedores:**
 - El Proveedor debe educarse acorde al Plan de Competencia Cultural.
- **Medios Electrónicos:**
 - Los Beneficiarios tienen acceso a línea TTY/TDD para servicios audio-impedidos
 - Servicios al Beneficiario brindará los servicios de seguimiento necesarios adicionales a la llamada.

Componentes del Plan de Competencia Cultural

- Encuesta sobre el Plan de Competencia Cultural:
 - Para crear conciencia y aumentar la creencia, valores y actitudes que promuevan el entendimiento de las diferencias culturales, de religión, preferencias sexuales y lenguaje e identificar áreas de necesidad de adiestramiento los Empleados que proveen servicio directo a los Beneficiarios deben participar de una autoevaluación.
 - Esta autoevaluación es acorde o similar a la autoevaluación del “*National Center for Cultural Competence*” (por su nombre en inglés).

Beneficiarios de las Islas Municipio

Beneficiarios Vieques y Culebra

- Existe una política de turnos preferenciales para exigir a los Proveedores dar prioridad a los Beneficiarios residentes de Vieques y Culebra, de modo que sean atendidos en un tiempo razonable después de llegar a la oficina.
- Este tratamiento preferencial es necesario debido a la ubicación de estas islas municipios, considerando el mayor tiempo de viaje necesario de sus residentes para obtener atención médica.



**Declaración Previa de Voluntad Sobre
Tratamiento Médico
(Ley 160 del 17 de noviembre de 2001)**

Definición

- **Directriz Anticipada:** Una instrucción escrita, como un testamento en vida o un poder legal, otorgando responsabilidad sobre la atención médica de un individuo mayor de 21 años de edad, según se define en 42 CFR 489.100, y según lo reconoce la Ley de Puerto Rico Número 160 del 17 de noviembre de 2001, según enmendada, a la provisión de atención médica cuando el individuo está incapacitado.

Ley de Declaración Previa de Voluntad

- Reconoce el derecho de toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, declarar previamente su voluntad sobre lo referente a tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal y/o de estado vegetativo persistente.
- El declarante podrá nombrar un mandatario o representante para que en caso de una eventualidad que le impida tomar decisiones y de no haber dispuesto sobre alguna situación médica en la declaración de voluntad, este tome las decisiones, según los valores e ideas del declarante.

Ley de Declaración Previa de Voluntad

- Recae bajo la responsabilidad del declarante el notificar a su Médico y/o a la Institución de Salud sobre la existencia de una directriz anticipada y proveerle a estos una copia de dicho documento.
- La directriz anticipada puede ser firmada en presencia de un Notario Público y dos testigos que sean mayores de 21 años de edad.
- También el Beneficiario puede firmar la directriz anticipada en la presencia de un Médico y dos (2) testigos que sean mayores de 21 años de edad.
- El Beneficiario puede modificar el documento de directivas anticipadas, en parte o totalmente; en cualquier momento.
- La revocación del documento solo puede solicitarse por escrito.

Ley de Declaración Previa de Voluntad

- En caso de las mujeres embarazadas, quedará sin efecto cualquier declaración previa, hasta que termine el estado de embarazo.
- El declarante no podrá prohibir que se le administre tratamientos para alivio de dolor, hidratación y alimentación.
 - Excepto, cuando la muerte ya sea inminente o su cuerpo no pueda absorber alimentos y/o hidratantes. Solo el Médico tendrá la autoridad para tomar una decisión.
 - Esta ley no autoriza la práctica de la eutanasia ni de la misericordia.



**Carta de Derechos de los Pacientes
(Ley 194 del 25 de agosto de 2000, según
enmendada)**

Carta de Derechos de los Pacientes

“Ley 194 del 25 de agosto del 2000

Fue creada para establecer la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”. Dispone los derechos y responsabilidades de los pacientes y usuarios de servicios de salud médico-hospitalarios en Puerto Rico, así como de los Proveedores de tales servicios y sus aseguradores.

Su propósito es definir términos, fijar procedimientos de solución de querellas, imponer penalidades y otros fines relacionados.

Los padres, hijos mayores de edad, custodio, encargado, cónyuge, parientes, representante legal, apoderado o cualquier otra persona designada por los tribunales o por el paciente, podrá ejercer estos derechos si el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones, es declarado incapaz por ley o es menor de edad.

Derechos de los Pacientes

- Obtener información del Plan sobre el cuidado coordinado, facilidades, profesionales de la salud, servicios y los accesos de servicios.
- Recibir servicios de salud de la más alta calidad
- Ser tratado con respeto, igualdad y consideración ante la dignidad y privacidad.
- Obtener información sobre opciones y alternativas de tratamiento.
- No ser discriminado por ninguna razón.
- Participar en decisiones sobre su cuidado de salud, incluyendo el derecho a rehusar tratamiento.
- Recibir servicios de emergencia las 24 horas al día, siete días a la semana.

Derechos de los Pacientes

- Continuidad de servicios de salud.
- Solicitar y recibir copia de sus expedientes médicos.
- Confidencialidad de su información y expedientes de salud.
- Radicar una queja, querrela o apelación libremente y sin afectar adversamente la manera en que es tratado(a).
- Poder ejercer todos sus derechos sin represalias.
- Recibir información sobre la Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento Médico.

Responsabilidades del Paciente

- Debe mantenerse informado sobre su cubierta del Plan, sus límites y exclusiones.
- Informar a su Médico sobre:
 - Cambios en su salud
 - Información que no haya entendido
 - Razones por las cuales no pueda cumplir con el tratamiento recomendado
- Proveer a su Médico toda la información sobre su salud.
- Seguir los tratamientos recomendados por sus Médicos.
- Llevar un estilo de vida saludable.

Responsabilidades del Paciente

- Comunicar su Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento Médico.
- Mantener un comportamiento adecuado que no perjudique, dificulte o evite que otros pacientes reciban la atención médica necesaria.
- Proveer la información requerida por su plan.
- Notificar sobre cualquier actividad posiblemente fraudulenta o acción inapropiada relacionada a servicios, Proveedores o facilidades de salud.

Penalidades y Rol de la Oficina del Procurado del Paciente (OPP)

- Todo asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o Proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios o persona o entidad que incumpla con cualquiera de las responsabilidades u obligaciones que le impone esta Ley, incurrirá en una falta administrativa y será sancionada con pena de multa no menor de quinientos (500) dólares ni mayor de cinco mil (5,000) dólares por cada incidente o violación de ley.
- La Oficina del Procurador del Paciente (OPP) fue creada en el 2001 para garantizar el cumplimiento de los derechos y las responsabilidades del paciente. Está facultada por la Ley para investigar y dirigir cualquier querrela relacionada con la violación de las disposiciones legales consignadas en la *Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente*.

Contactos OPP

Dirección Postal: PO Box 11247 San Juan , Puerto Rico 00910-2347

Dirección Física: Edificio Mercantil Plaza piso 9 Hato Rey, Puerto Rico.

Cuadro Telefónico: 787-977-1100 (metro) 1-800-981-0031 (Isla) ;

Para Radicar Querellas: 787-977-1100

Fax: 787-977-0915

info@opp.pr.gov

www.opp.pr.gov





Ley Núm. 246, conocida como la “Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores” del 16 de diciembre de 2011, según enmendada.

Seguridad, bienestar y protección de los niños

La Ley Núm. 246 de 16 de diciembre de 2011, y sus enmiendas:

- Tiene el propósito de garantizar el bienestar de los niños y niñas, y asegurar que los procedimientos en los casos de maltrato de menores se atiendan con diligencia; derogó la Ley 177-2003, conocida como “Ley para el Bienestar y la Protección Integral de la Niñez”; y para enmendar el Artículo 2.006 de la Ley 201-2003, según enmendada, conocida como “Ley de la Judicatura del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de 2003”, a los fines de requerir que sea parte inherente del sistema de educación judicial, ofrecer adiestramientos en los temas de maltrato y protección de menores, y de los cambios en políticas y procedimientos relacionados a la “Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores”; y para otros fines relacionados.
- Para la ley, el abuso infantil significa cualquier tipo de daño; humillación; abuso físico o psicológico; descuido; omisión o trato negligente, maltrato, explotación sexual; incluyendo la agresión sexual y el comportamiento obsceno; y cualquier tipo de agresión violenta dirigida a un niño o joven por sus padres, tutores legales o cualquier persona.

Ley 246, del 16 de diciembre de 2021, según enmendada

Responsabilidades del Departamento de Salud

- Proporcionar servicios de diagnóstico y tratamiento médico a los niños maltratados y a sus familias;
- Proporcionar formación a los profesionales médicos y no médicos sobre los aspectos médicos del maltrato infantil;
- Proporcionar evaluación y atención médica prioritaria a los niños bajo la custodia del Departamento, y suministrar los medicamentos prescritos;
- Garantizar los servicios sanitarios a los niños bajo el cuidado del Departamento, independientemente del lugar en el que se encuentren;
- Coordinar la prestación de servicios de adicción y salud mental con el Plan de Servicios del Departamento.
- Establecer programas de servicios para niños maltratados con necesidades especiales de atención sanitaria; y
- Proporcionar asesoramiento experto en cuestiones de salud y experiencia en situaciones de abuso institucional y/o negligencia institucional en instituciones educativas;
- Garantizar que los proveedores o entidades privatizadoras de servicios y establecimientos de salud mental ofrezcan atención inmediata a las situaciones de maltrato, así como a los medicamentos, y que cumplan con las obligaciones aquí impuestas al Departamento de Salud.
- Desarrollar acuerdos de colaboración con las entidades gubernamentales obligadas por esta Ley a proveer servicios de salud mental o de adicción a menores, padres, madres o persona responsable de un menor que haya incurrido en una conducta abusiva.

Contactos del Programa de ADFAN del Departamento de la Familia

Dirección Física

- Roosevelt Plaza Building
185 Avenida Roosevelt
Hato Rey, Puerto Rico 00918

Dirección Postal

- P.O. Box 194090
San Juan, PR 00919-4090

Teléfono:

- 787-625-4900

Línea de ADFAN

Hotlines

787-749-1333/ 1-800-981-8333

- **Líneas directas de orientación**
787-977-8022 1-888-359-7777





“Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica” Ley Núm. 54 de 15 de agosto de 1989, según enmendada

¿Qué establece la ley?

Ley 54 de 15 de agosto de 1989, según enmendada

- Establecer un conjunto de medidas dirigidas a prevenir y combatir la violencia doméstica en Puerto Rico; definir los delitos de Maltrato, Maltrato Agravado, Maltrato por Amenaza, Maltrato por Restricción de la Libertad y Agresión Sexual Conyugal, y establecer sanciones;
- Facultar a los tribunales a emitir Órdenes de Protección para las víctimas de violencia doméstica y establecer un procedimiento fácil y expedito para la tramitación y adjudicación de las mismas; establecer medidas dirigidas a la prevención de la violencia doméstica y ordenar a la Oficina de la Procuradora de las Mujeres la divulgación y orientación a la comunidad sobre los alcances de esta Ley y la asignación de fondos.
- En 2022 se incluyó la amenaza de maltrato o abuso de animales domésticos dentro de las conductas delictivas que forman parte de la definición de violencia doméstica.

¿Qué es evidencia doméstica?

Es un tipo de violencia de género que se da en personas que son o fueron pareja y entre las que hubo una relación consentida. No es necesario que vivan juntos o que hayan tenido hijos juntos.

La violencia doméstica incluye:

- la violencia física,
- psicológica,
- intimidación o amenazas,
- la agresión sexual y
- privación de libertad

A veces, el agresor no causa daño directamente a la superviviente, sino que daña las cosas de la superviviente o de otras personas con el fin de causar un daño emocional a la superviviente.

Información de Contacto de la Oficina de la Procuraduría de las Mujeres

Dirección Física

- 161 Avenida Juan Ponce de León
San Juan, 00917

Dirección Postal

- Box 11382
Fernández Juncos Station
San Juan, PR 00910-1382

Teléfonos:

- Tel: (787) 721-7676
- Libre de costo: 1-877-722-2977
Fax: 787-721-7711
TTY: 787-725-5921
- **Email:**
intercesoraslegales@mujer.pr.gov.



**Ley del Programa de Prevención y Seguridad para las
Víctimas de la Violencia de Género. Ley núm. 3 del 18 de
enero de 2022**

Programa de prevención y seguridad para las víctimas de la violencia de género

- La violencia de género se produce cuando una persona muestra comportamientos que causan daño físico, sexual o psicológico a otra persona motivados por los estereotipos de género creados por la sociedad.
- Estadísticamente, en la mayoría de estos casos las víctimas son mujeres en situaciones de violencia ejercida por hombres. Esto incluye a mujeres de diversas edades y contextos sociales, educativos y económicos. Sin embargo, cualquier persona puede verse afectada por la violencia de género
- El concepto de violencia incluye amenazas, agresiones, persecución y aislamiento, entre otras acciones similares. Estas acciones pueden ocurrir en lugares públicos y privados, y manifestarse en el trabajo, la comunidad, la familia, las amistades, las relaciones, los profesores e incluso por parte de desconocidos.

¿Qué establece la ley?

- Para adoptar y crear la "Ley del Programa de Prevención y Seguridad para las Víctimas de Violencia de Género" para proteger a las víctimas de violencia de género que tengan una orden de protección, mediante la integración de servicios y alianzas entre la Policía de Puerto Rico, la Policía Municipal y la Rama Judicial; y para otros fines.
- Esta Ley no excluye cualquier otra iniciativa de la Rama Ejecutiva que pueda unir esfuerzos para brindar seguridad a las víctimas de violencia de género al amparo de la declaración de emergencia emitida en la Orden Ejecutiva del Boletín Administrativo Núm. 2021-013.
- Cualquier protocolo o proceso aprobado bajo dicha Orden Administrativa se incluirá como parte del programa de vigilancia y seguridad ordenado en esta Ley, sin perjuicio de las facultades constitucionales de la Asamblea Legislativa de Puerto Rico.



**Protocolo de Prevención y Detección de Posibles
Casos de Explotación Financiera a Personas de
Edad Avanzada o Adultos con Impedimentos**

¿Que es Explotación Financiera?

La *Explotación Financiera* es una modalidad de maltrato hacia las personas de edad avanzada o un adulto con impedimento en la que incurren familiares, amigos, vecinos, personas encargadas del cuidado, entre otros.

La Ley Núm. 121-1986 define la explotación financiera como el uso impropio de los fondos de una persona de edad avanzada capacitada o un adulto con impedimento, de su propiedad o recursos por otro individuo, incluyendo, pero no limitándose a fraude, falsas representaciones, malversación de fondos, conspiración, falsificación de documentos, falsificación de récords, coerción; transferencia de propiedad mediante fraude o negación de acceso a bienes.

Explotación Financiera - Razones

Algunos factores que contribuyen a que ocurra la Explotación:

- La situación económica de hijos e hijas
- El uso y abuso de sustancias controladas por familiares cercanos
- Confiar u ofrecer información de asuntos económicos a terceras personas
- Condiciones de salud que limitan la capacidad mental del adulto de edad avanzada o adulto con impedimento
- Cambios en los patrones tradicionales de manejo de las cuentas bancarias
- Riñas entre hijos(as) por los recursos de los padres.

Indicadores de Explotación

Algunos indicadores de Explotación Financiera en personas de edad avanzada son:

- Reducción significativa de los balances en cuentas de ahorros o cuentas corrientes de forma súbita o atípica
- Cancelación de certificados de depósitos antes de la fecha de maduración
- Pagos por débito directo de cuentas de terceras personas
- La víctima carece de atención a sus necesidades básicas en comparación con sus recursos económicos
- Falsificación de firmas
- Cuentas sin pagar
- Suspensión de servicios de agua, luz y teléfono
- Notificaciones de embargo
- Retiro en efectivo de cantidades significativas de sus cuentas o cambios en los patrones de consumo
- Solicitudes o firma de préstamos
- La compra de vehículos o propiedades sin el consentimiento de la víctima
- Venta de vehículos o propiedades
- Compra o cancelación de pólizas de seguros

Factores que aumentan el riesgo

- Aislamiento
- Soledad
- Miembros de la familia con problemas de acción a drogas, alcohol o al juego
- Incapacidad física o mental de la víctima que la hace dependiente de la ayuda de otro
- Falta de destrezas para manejar asuntos financieros o tecnológicos
- Muerte del cónyuge que se encargaba de los asuntos financieros o de los hijos que le ayudaban en esta área

¿Cómo evitar la Explotación Financiera?

Información que nuestros Beneficiarios deben conocer:

- Identifique y seleccione cuidadosamente a la persona con quien compartirá sus asuntos financieros
- Proteja su chequera, tarjetas de crédito o ahorros, estados financieros, y cualquier otro documento sensible, en un lugar seguro
- No comparta su número de Seguro Social o número secreto del cajero automático (ATH) con ninguna persona, especialmente vía teléfono

Penalidades

La Ley Núm. 146-2012, establece las siguientes penalidades:

- En los casos en que la cantidad de los fondos, activos o propiedad mueble o inmueble envueltos en la explotación financiera de la persona de edad avanzada o con impedimentos, sea de hasta \$2,500.00, el ofensor incurrirá en delito menos grave. En los casos mayores de esta cantidad , incurrirá en delito grave.
- En todos los casos, el Tribunal impondrá la pena de restitución en adición a la pena establecida.

Leyes Aplicables

Las siguientes leyes protegen a las personas de edad avanzada de la Explotación Financiera:

- Ley Núm. 121-1986, según enmendada, conocida como la *“Carta de Derechos de las Personas de Edad Avanzada”*.
- Ley Núm. 206-2008, la cual ordena al Comisionado de Instituciones Financieras, a la Corporación Pública para la Supervisión y Seguro de Cooperativas de Puerto Rico y a la Oficina del Comisionado de Seguros a implantar aquellos reglamentos necesarios, a fin de requerirle a las instituciones financieras, cooperativas o de seguros que operan en Puerto Rico a que establezcan un protocolo de prevención y detección de posibles casos de explotación financiera a personas de edad avanzada o con impedimentos. Estas entidades están obligadas a referir situaciones en las que se sospecha explotación financiera.
- Ley Núm. 146-2012, según enmendada, conocida como el *“Código Penal de Puerto Rico”*, en sus Artículos 127-C y D Explotación Financiera de Personas de Edad Avanzada, exponen modalidades y penas, entre otros, para personas que cometen este delito.

Información de Contacto

Todo empleado de MMM tiene la responsabilidad de referir cualquier potencial situación de Explotación Financiera a:

Departamento de Cumplimiento Medicaid

Liza Rivera-Ortiz, Oficial de Cumplimiento Medicaid

MMM Holdings, LLC

P.O. Box 71114

San Juan, PR 00936-8014

Tel. 787-622-3000, Ext. 2233

Cel. 787-918-7332

Correo electrónico: liza.rivera@mmmhc.com

Por Internet a través de la página “Ethics Point” (por su nombre en inglés): www.psg.ethicspoint.com

Línea telefónica de “EthicsPoint”: 1-844-256-3953

Refiere a través de correo electrónico: VitalSIU@mmmhc.com

Departamento de Cumplimiento Medicare Advantage

Myra Plumey, Chief Compliance Officer

MMM Holdings, LLC

P.O. Box 71114

San Juan, PR 00936-8014

Tel. 787-622-3000, Ext. 2061

Cel. 787-379-3327

Correo electrónico: myra.plumey@mmmhc.com

Por Internet a través de la página “Ethics Point” (por su nombre en inglés): www.innovacarehealth.ethicspoint.com

Línea telefónica de “EthicsPoint”: 1-877-307-1211

Refiere a través de correo electrónico: SIU@mmmhc.com





Gracias por su atención

Programa de Cumplimiento e Integridad

Plan Vital - Nuevo Modelo de Plan2023

Código de Conducta y Programa de Cumplimiento



**¡Cumplimiento
es
responsabilidad
de TODOS!**

- Como Individuo, Proveedor o Entidad que provee servicios Salud a beneficiarios de Medicaid bajo el Plan Vital,
- **Cada acción que se tome** tiene el potencial de afectar a los beneficiarios.

Visión

La Administración de Seguros de Salud (ASES), al igual que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”, por sus siglas en inglés), requieren adiestramientos durante los primeros noventa (90) días desde el comienzo de contratación y luego adiestramientos anuales sobre los programas de Cumplimiento, Integridad (Fraude, Desperdicio y Abuso “FWA” por sus siglas en inglés) Código de Conducta corporativa, Privacidad y Seguridad para las organizaciones y entidades que proveen y/o administran servicios de Salud.

MMM MH Vital está comprometido con la ética, el cumplimiento corporativo y todas las leyes, regulaciones y guías que rigen los requisitos del Programa de Medicaid.

Compliance Officer–Medicaid

Liza Rivera Ortiz

Roles y Responsabilidades del Oficial de Cumplimiento:

Estar al tanto sobre cambios regulatorios y/o enmiendas contractuales e informar a todas las áreas operacionales;

Mantener una comunicación continua y efectiva con las entidades reguladoras;

Evaluar desempeño de las operaciones y requerir acciones correctivas y disciplinarias de ser necesario;

Mantener informados a la alta gerencia de MMM MH Vital sobre todos los aspectos y requisitos regulatorios;

Identificar, corregir y dar seguimientos a los aspectos que pueden representar un nivel de riesgo corporativo, que hayan sido identificados de forma interna o externa;

Proveer un ambiente de “puertas abiertas” para el fácil acceso de los empleados en donde puedan referir y atender los aspectos regulatorios, sin temor a represalias.

Apoyar todos los esfuerzos de Cumplimiento establecidos a través de la empresa.

¿Cuál es mi responsabilidad como Individuo, Empleado, Contratista o Subcontratista de MMM MH Vital?



Cumplir con todos los requerimientos, estatutos y regulaciones de ASES y Medicaid, políticas y procedimientos corporativos y el Código de Ética y Conducta corporativa



Reportar cualquier violación sobre comportamiento no ético, sospecha de fraude, desperdicio, abuso, privacidad o seguridad, a la gerencia y/o a la Oficial de Cumplimiento de Medicaid.



Cumplir con todos los adiestramientos operacionales, regulatorios y de Cumplimiento que son parte de los programas de Cumplimiento e Integridad de PSG.



¿Qué es un Programa de Cumplimiento?

Un Programa de Cumplimiento es un conjunto de controles internos y medidas para asegurar que las entidades siguen las reglas y regulaciones aplicables, que rigen a los programas federales, tales como Medicare y Medicaid.

La adopción de un Programa de Cumplimiento reduce significativamente el riesgo de fraude, desperdicio y abuso, mientras que garantiza acceso a servicios de calidad y cuidado a los pacientes.

7 Elementos de un Programa de Cumplimiento Efectivo



Políticas, Procedimientos y estándares de Conducta: Desarrollar y mantener políticas y procedimientos escritos.



Oficial de Cumplimiento, Comité de Cumplimiento y comunicación a nivel de la alta gerencia: Designación de un Oficial y un Comité que tengan la responsabilidad y autoridad de operar y monitorear el Programa de Cumplimiento.

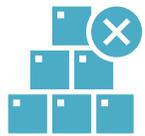


Adiestramientos y Educación Efectiva: Desarrollo e implementación de adiestramientos y educación continua y efectiva.



Sistema efectivo para Auditoría y Monitoreo continuo e identificación de riesgos de Cumplimiento: Uso de técnicas de evaluación de riesgos y auditorías para monitorear el cumplimiento y ayudar a reducir situaciones identificadas en las áreas.

7 Elementos de un Programa de Cumplimiento Efectivo



Mecanismos de Disciplina adecuadamente publicados: Políticas para establecer acciones disciplinarias y reforzar consistentemente los estándares



Líneas efectivas de comunicación: Entre el Oficial de Cumplimiento, empleados y la gerencia de la organización, así como también con los contratistas, subcontratistas y entidades relacionadas. Debe existir un sistema para responder a preguntas sobre regulación, reportes o situaciones con potencial de incumplimiento; Cada persona debe tener las herramientas para reportar sospechas de incumplimiento de manera confidencial y anónima.



Procedimientos para responder de manera rápida y oportuna a situaciones de Cumplimiento: Políticas de respuesta y acción correctiva inmediata para prevenir y evitar situaciones similares en el futuro.

¿Qué se considera no estar en cumplimiento?

- El incumplimiento es una conducta ilícita o contraria a la regulación y/o, políticas de una organización.
- El incumplimiento tiene un impacto en los servicios que brindamos a nuestros Proveedores y Beneficiarios del Plan Vital.



Política de No Represalia

No habrá represalia contra usted por reportar de buena fe sospechas de incumplimiento.

MMM MH Vital ofrece métodos para reportar, que son:



¿Cómo puedo reportar incidentes de no cumplimiento?



Proveedor, Beneficiario o Entidades Delegadas

Llama a la línea de ayuda de "Ethics Point"

1-844-256-3953



Empleados

- Comunícate con tu Supervisor o Gerente;
- Repórtalo a través de la línea de "Ethics Point"

1-844-256-3953

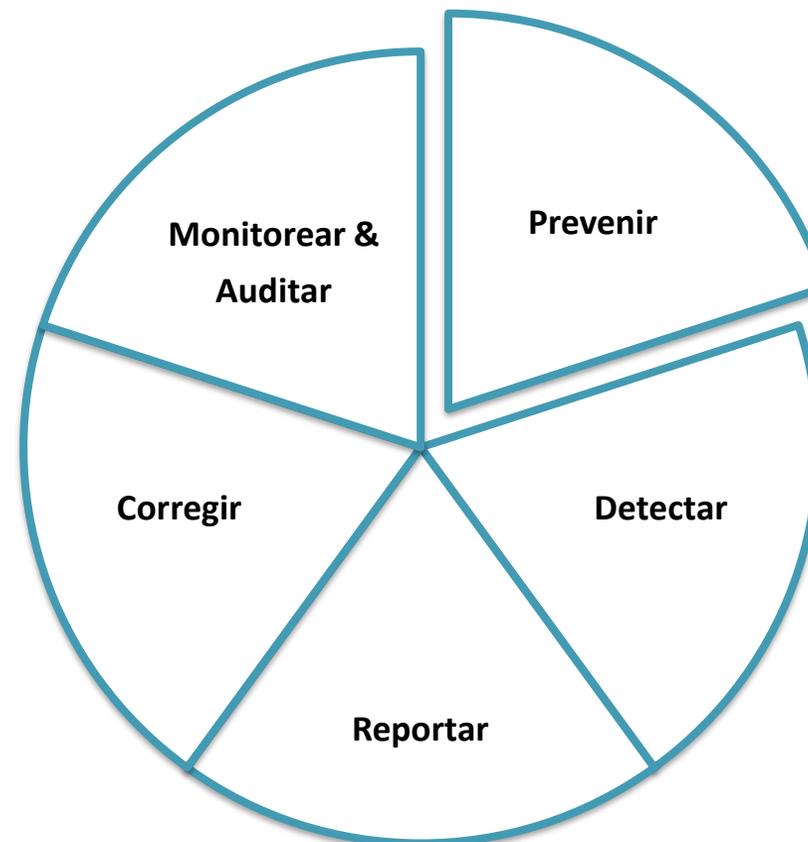


¿Cómo prevenir que recurra el incumplimiento?

Una vez que se detecte y corrija el incumplimiento, un proceso de evaluación es de suma importancia para asegurar que no vuelva a suceder el mismo incidente.

El monitoreo de actividades son revisiones regulares las cuales aseguran el cumplimiento y que las acciones correctivas sean llevadas a cabo efectivamente.

La auditoría es una revisión formal de cumplimiento con un conjunto de estándares particulares (ej. políticas y procedimientos, leyes y regulaciones) utilizadas como base de medida.



Ética – ¡Haz lo correcto!

Es importante mantener una cultura ética y legal.

¡Se trata de hacer lo que es correcto!

- Actuar de manera justa y honesta
Cumplir con la carta y el espíritu de la ley
- Adherirse a los estándares de ética más altos en todo lo que haces
- Reportar sospecha de violaciones

Código de Ética y Conducta Corporativa



Objetivos:



Promover los más altos estándares de Integridad y Ética.



Establecer guías y estándares sobre cómo comportarnos responsablemente.



Regular el comportamiento de todos.

Código de Ética y Conducta Corporativa

Principios:

- Debemos realizar negocios de acuerdo con la ley en todo momento.
- Debemos esforzarnos en realizar las tareas asignadas usando los más altos estándares éticos.
- Debemos evitar cualquier situación en la que pueda producirse un conflicto o que aparentemente exista uno, entre nuestros intereses personales y los de la empresa.
 - a. Política de Conflicto de Interés
- Debemos proteger la información confidencial de Beneficiarios, Proveedores y la compañía en todo momento. Tales, pero no limitándose a la Ley HIPAA, PHI y a la información confidencial y sensitiva de los proveedores.

Código de Ética y Conducta Corporativa

Principios (cont.):

- Debemos asegurar que los datos de la compañía son recopilados y reportados de manera correcta y honesta.
- Debemos asegurar que los expedientes de la compañía se guardan de acuerdo a las leyes aplicables y la política de retención de expedientes.
 - a. Política de Retención de Expedientes
- Debemos usar las propiedades de la compañía para propósitos de negocios solamente.
- Debemos compartir información a través de adiestramientos y participar en programas de adiestramiento, porque es nuestra herramienta más valiosa para desarrollar nuestros recursos más importantes, nuestros empleados.

Código de Ética y Conducta Corporativa

Principios (cont.):

- Debemos asegurar que nuestras relaciones con los otros integrantes del Equipo, Socios de Negocio, Proveedores y Beneficiarios, sean realizadas con honestidad, justicia, dignidad y respeto en todo momento.
- Debemos respetar nuestra relación con el Gobierno cómo nuestro cliente.
- Debemos reportar inmediatamente cualquier actividad o conducta que creamos inconsistente con las políticas, guías o estándares.

Política de Conflicto de Interés

- Tal y como se establece en el Programa de Cumplimiento, los empleados y directivos deben evitar aquellas situaciones en las que sus intereses personales puedan causar un conflicto o parecer un conflicto con los intereses de la empresa.
- Si se encuentra en una situación en la que cree que puede existir un conflicto de intereses, debe comunicarlo a su Supervisor y/o al Oficial de Cumplimiento

Política de Conflicto de Interés

Ejemplos:

- Regalos y Entretenimiento;
 - No puede aceptar regalos o favores inusuales de clientes, competencia o suplidores.
 - Regalos a clientes-valor nominal de \$15
- Supervisar a un familiar;
- Realizar negocios con un familiar empleado por un Proveedor o Suplidor;
- Relaciones financieras con entidades que actualmente tienen o que en un futuro puedan tener relación con la compañía;
- Pertener a la Junta de Directores de otra compañía;
- Realizar alguna función u ofrecer servicios para la competencia o suplidores, sin el consentimiento de la compañía.

Programa de Integridad

Fraude, Desperdicio y Abuso (“FWA”, por sus siglas en inglés)

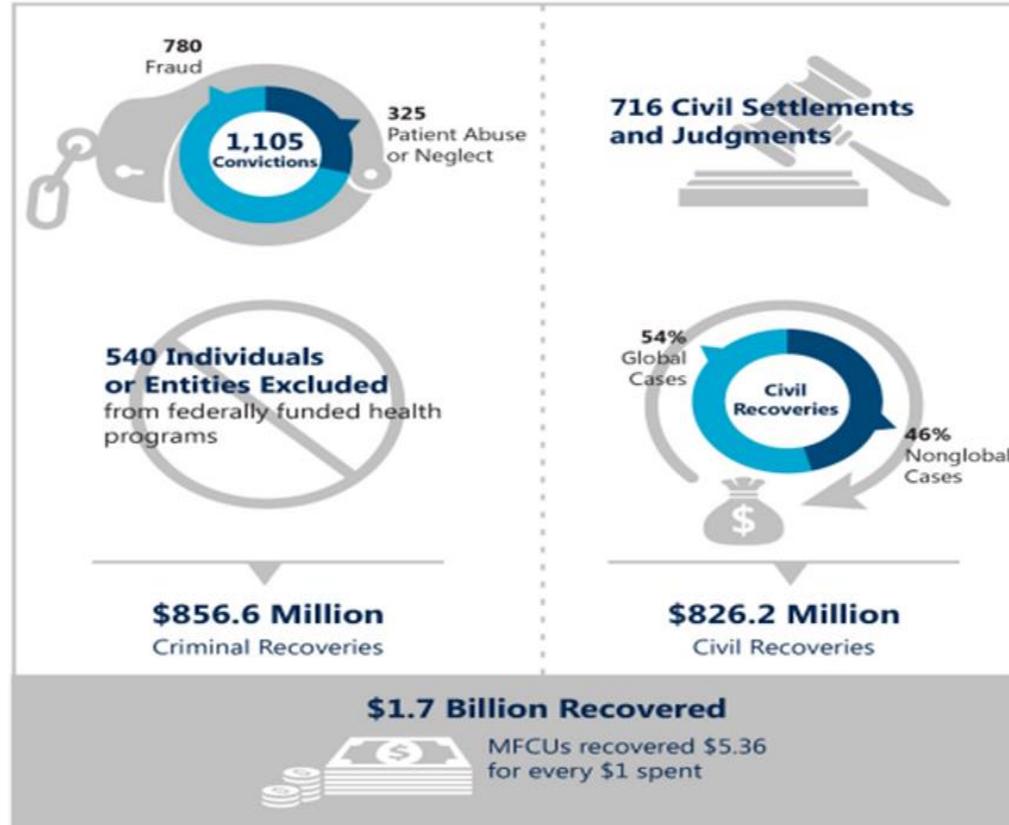
¿Por qué es importante recibir adiestramiento sobre fraude, despilfarro y abuso?

- Eres parte de la solución.
- Debe estar atento a cualquier actividad que pueda parecer sospecha.



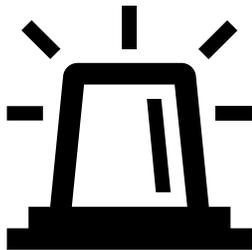


Medicaid Fraud Control Units Fiscal Year 2021 Annual Report



Medicaid Fraud Control Units (MFCUs) investigate and prosecute Medicaid provider fraud and patient abuse or neglect. The Department of Health and Human Services Office of Inspector General (OIG) is the designated Federal agency that oversees and annually approves Federal funding for MFCUs through a recertification process. For this report, OIG analyzed the annual statistical data on case outcomes (such as convictions, civil settlements and judgments, and recoveries) that 53 MFCUs submitted to OIG for fiscal year 2021. Those MFCUs operated in all 50 States, the District of Columbia, Puerto Rico, and the U.S. Virgin Islands.

\$1.7 billones recuperados durante el año fiscal del 2021 por la Unidad de Control de Fraude de Medicaid



¿Quién puede cometer fraude?

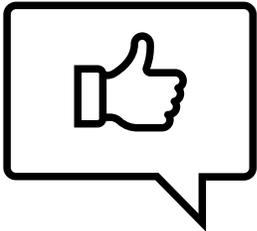


El fraude en los servicios de Salud, puede ser cometido a diferentes niveles, incluyendo, pero no limitándose a;

- Un Proveedor o Empleado de alguna entidad contratada;
- Un Beneficiario;
- Un Empleado de Medicaid, entre otros.

¿Cómo puedo prevenir el FWA?

- Asegúrate de mantenerte al día con las leyes, regulaciones y políticas establecidas;
- Asegúrate de que los datos y la facturación sean precisos y que estén a tiempo;
- Verifica la información que se te provee;
- Mantente atento a cualquier actividad que pueda aparentar sospechosa. Como patrones, esquemas o tendencias que presentan los Proveedores, Beneficiarios, Entidades Delegadas y/o Suplidores.



Definiciones

Fraude

Engaño o declaración falsa, hecha intencionalmente, para obtener algún beneficio para el que no está autorizado.

Desperdicio

Sobreutilización de los recursos, u otras prácticas que resultan en gastos innecesarios. Estos gastos pueden ser reducidos, aumentando la calidad del cuidado.

Abuso

Abuso implica el pago por artículos o servicios cuando no hay derecho legal a dicho pago y el proveedor no tiene conocimiento o tergiversa intencionalmente los hechos para obtener el pago.

Diferencia entre Fraude, Desperdicio y Abuso

La diferencia principal es la intención y el conocimiento.

El fraude requiere que la persona tenga la intención de obtener un pago y el conocimiento de que la acción es incorrecta.

Desperdicio y Abuso pueden incluir obtener un pago indebido o inapropiado, pero no requiere la intención y el conocimiento.

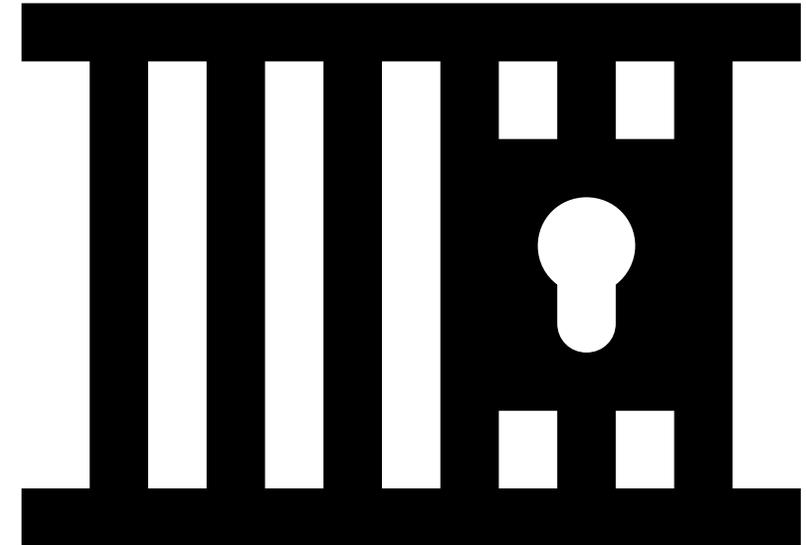
Leyes y Regulaciones Aplicables

“False Claims Act” (por su nombre en inglés):

- El Acta de Reclamaciones Falsas prohíbe que cualquier persona conscientemente presente al Gobierno Federal una reclamación falsa para pago y aprobación;
- Utilice información falsa como apoyo a un reclamo falso;
- Conspire para defraudar al Gobierno al someter reclamaciones falsas

Penalidades:

- En virtud de la Ley Federal de Reclamaciones Falsas, quienes presenten a sabiendas o hagan que otra persona presente reclamaciones falsas para que el gobierno las pague, son responsables del triple de los daños del gobierno más sanciones civiles de \$21.563 por reclamación falsa.

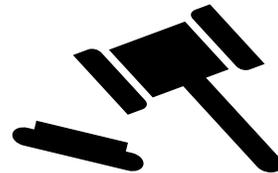


Leyes y Regulaciones Aplicables

Estatuto: “Anti-Kickback” (por su nombre en inglés)

Prohíbe a profesionales de la salud, entidades y vendedores solicitar, recibir, ofrecer o pagar una remuneración (incluyendo cobro de comisiones, sobornos o rebates) a cambio de referidos por servicios pagados en parte o en su totalidad, por un programa de salud federal

La recompensa puede ser aceptable en algunos industrias, pero no para los programas federales de salud. Consecuencias: Sobreutilización, competencia desleal y otras. Por ejemplo, una empresa farmacéutica enviaba tarjetas de regalo a domicilio y renunciaba continuamente a los copagos de los beneficiarios para generar remisiones. Esta empresa tuvo que pagar 5 millones de dólares por daños y perjuicios.



Protecciones bajo la ley “Whistleblower”, (por su nombre en inglés)

Cualquier persona que tenga pruebas de que se está cometiendo fraude contra el gobierno está autorizada a actuar como denunciante en virtud de la Ley de Reclamaciones Falsas

La ley federal prohíbe que un empleador discrimine contra un empleado porque el empleado denuncie una sospecha de fraude de buena fe o inicie o asista en una acción de reclamos falsos en nombre del gobierno..

Applicable Laws and Regulations

“Whistleblower”

Cualquier persona que tenga pruebas de que se está cometiendo un fraude contra el gobierno está autorizada a actuar como denunciante en virtud de la Ley de Reclamaciones Falsas.

La ley federal prohíbe que un empleador discrimine a un empleado porque éste denuncie de buena fe una sospecha de fraude o inicie o colabore en una acción de reclamación falsa en nombre del gobierno



Penalidades por violaciones al “Anti-Kickback Statute”,

Prohibits soliciting, receiving, offering or paying remuneration (including kickbacks, bribes or rebates) in exchange for referrals for services paid in whole or in part by a federal health program.

Reward may be acceptable in some industries, but not for federal health programs. Consequences: Overutilization, unfair competition, among others.

For example, a pharmaceutical company sent gift cards to homes and continually waived beneficiary co-payments to generate referrals. This company had to pay \$5 million in damages and penalties.

Leyes y Regulaciones Aplicables

Penalidad del Estatuto Anti-kickback

- Las penas civiles pueden incluir multas de hasta \$ 73,588 por cada acto cometido y hasta tres (3) veces la cantidad del “kickback”.
- Las penas criminales pueden incluir multas, encarcelamiento, o ambos.

Estatuto Stark o Ley de Auto-Referido

Prohíbe; Que un Médico refiera pacientes para ciertos tipos de Servicios de Salud a una entidad de la cual el Médico (o un miembro de su familia inmediata) sea propietario o tenga algún interés financiero o un acuerdo de compensación (aplican excepciones).

Leyes y Regulaciones Aplicables

Daños y Penalidades de Ley Stark:

- La penalidades por violar la ley “Stark” incluyen,
- Hasta \$23,863 de multa por cada servicio provisto.
- Recobro de las reclamaciones y,
- La posibilidad de Exclusión de los programas Federales de Salud

Exclusión

Ningún pago del programa de salud Federal puede ser realizado por algún artículo o servicio realizado, ordenado o prescrito por un individuo o entidad excluida por la Oficina del Inspector General.

42 U.S.C. § 1395 (e) (1)

42 C.F.R. § 1001.1901



Leyes y Regulaciones Aplicables

Contrato con ASES

Este contrato se estableció entre MMM MH Vital y ASES para definir los requisitos y responsabilidades adquiridos al formar parte de los planes de salud seleccionados por Medicaid para administrar los servicios de Salud de los beneficiarios que le sirven. Disponen de requisitos estatales y federales que cada Plan Médico debe cumplir.



Lista de Individuos y Entidades Excluidas ("LEIE", por sus siglas en inglés)



Los Médicos excluidos no pueden cobrar directamente para el tratamiento de pacientes de Medicare y Medicaid, ni pueden facturar sus servicios indirectamente a través de un empleador o un Grupo Médico.



Los Proveedores también son responsables de no emplear o contratar a personas o entidades excluidas, ya sea en una clínica, o en cualquier escenario de atención médica en el que se reciban pagos de fondos federales. Esto requiere que se evalúe a todos los empleados y contratistas actuales y potenciales contra la lista de personas y entidades excluidas de la OIG, antes de establecer cualquier relación de empleo o de negocio y un proceso continuo de verificación mensual.



Cada empleado, según sea su rol dentro en MMM MH Vital debe poder reconocer signos de alerta de situaciones potenciales de fraude o abuso.

A continuación se presentan algunos ejemplos e indicadores de posible fraude o abuso.

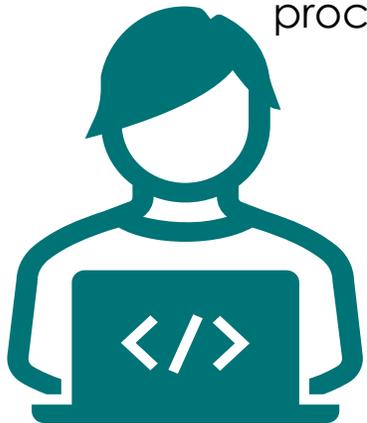
Ejemplos de sospechas de “FWA”:

“Upcoding”

Los Proveedores facturan un código de mayor nivel que representa un tratamiento, equipo o pruebas más costosas, para recibir un pago mayor.

“Unbundling”

Ocurre cuando se factura por separado servicios que están cubiertos en un código global, por ejemplo, en pruebas de laboratorio o servicios dentro de un código de cirugía que cubren los procedimientos pre- y post-operatorio.



Fraude de inscripción de Beneficiarios:

Los Beneficiarios pueden cometer fraude presentando información de elegibilidad fraudulenta de Medicaid (por ejemplo, subestimar los ingresos o los niveles de activos, o reclamar incorrectamente que es un residente del Estado).

Falsificación de Credenciales de Proveedores de Servicios de Salud:

La falsificación de las Credenciales de los Proveedores puede poner a los pacientes en riesgo porque pueden estar recibiendo tratamiento de un Proveedor no cualificado, o sin licencia. Y resultar en pagos indebidos por servicios de un Proveedor que no cumple con las calificaciones profesionales requeridas.

Ejemplos de sospechas de “FWA”:

Falsa Representación:

Un Proveedor somete reclamaciones falsas haciendo representación falsa de la persona que realmente proveyó el servicio. En estos casos el que brindó el servicio esta impedido de recibir el pago, por ejemplo, porque no tiene licencia, o porque está excluido por OIG.

Servicios No Medicamente necesarios:

Por ejemplo facturar por terapias costosas, cirugías, servicios de Salud en el hogar o equipos que el paciente no necesita.

Fraude y Abuso de los Beneficiarios:

Los beneficiarios pueden abusar del sistema mediante la utilización inapropiada de servicios, como la venta de medicamentos recetados o equipos médicos. Otras formas de fraude pueden incluir prestar la tarjeta del plan médico a una persona inelegible para que esa persona reciba servicios de Salud a los que no tiene derecho.

Indicadores Claves de FWA:

Una orden médica, nota de progreso, solicitud de pre-autorización, resultado, u otro documento que parece estar alterado o falsificado;

Los servicios no están sustentados por el historial médico del beneficiario;

Un Proveedor que factura servicios en mucha mayor cantidad que otros Proveedores de su misma especialidad y/o región;

Un Proveedor que prescribe principalmente medicamentos controlados;

Un Beneficiario con varias órdenes médicas para narcóticos, en dosis altas y de diferentes prescriptores;

Los expedientes médicos no tienen evidencia de los resultados de estudios facturados;

Un Proveedor con un patrón de uso incorrecto de modificadores, entre otros.

Medidas de Prevención de FWA

Requisitos de Inscripción y Contrato del Proveedor.

- Se han establecidos procesos para validar que los proveedores contratados cumplan con los requisitos del estado, licenciatura, declaraciones de interés en propiedad y condenas criminales, entre otros.

Extensión y Educación de los Beneficiarios y Proveedores:

- Debemos asegurarnos de que los Beneficiarios, los Proveedores y sus empleados sean educados de manera efectiva sobre fraude y abuso, y cómo y dónde denunciarlo.

Mecanismos para denunciar sospechas de una posible actividad fraudulenta:

- Contamos con varios mecanismos para denunciar situaciones sospechosas de manera confidencial "hotline", "Ethics point" (por su nombre en inglés), correo electrónico y correo postal. En MMM MH Vital están prohibidas las represalias en contra de cualquier empleado que de buena fe, refiera un caso de posible FWA.

Identificación Individuos Excluidos:

- MMM MH Vital ha implementado políticas y procedimientos para revisar las listas de individuos o entidades excluidas por OIG/SAM antes de contratar a un proveedor, empleado o contratista y luego, mensualmente.

¿Qué pueden hacer los Beneficiarios para evitar FWA?

- Proteger la información de la tarjeta de plan médico;
- Nunca ofrecer información del plan a personas desconocidas o personas que lo llamen por teléfono;
- Relacionarse con los términos de su cubierta;
- Guardar copia de los resultados de laboratorios y estudios para evitar duplicidad;
- Verificar la información antes de firmar cualquier solicitud de seguro o reclamación de servicios de Salud.
- Revisar el resumen de los servicios recibidos por el Beneficiario;
- No dar dinero a alguna persona que le ofrezca realizar o acelerar alguna gestión en ASES o la oficina de Medicaid.

¡Debes Recordar!



Reportar FWA

No es necesario que usted defina si la situación es fraude, desperdicio o abuso.

Reporte cualquier inquietud al Departamento de Cumplimiento de la organización

El Departamento de Cumplimiento investigará y tomará la determinación que corresponda.

Consecuencias de cometer FWA:

- Las siguientes son penalidades potenciales. Las consecuencias actuales dependerán de la violación.
- Penalidad monetaria civil;
- Convicción/penalidades criminales;
- Demanda civil;
- Encarcelación;
- Pérdida de licencias;
- Exclusión de Programas Federales de Salud.

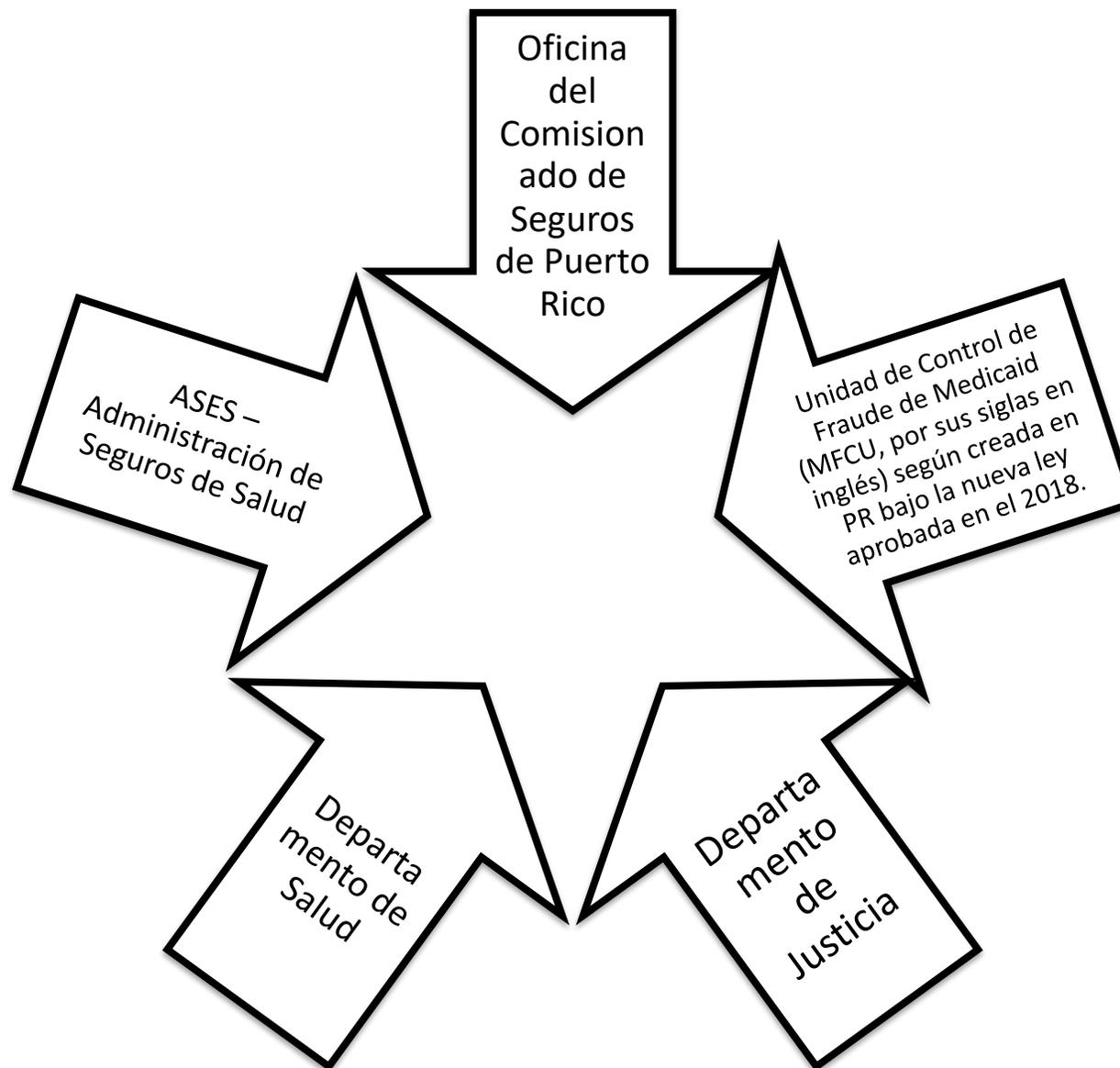
¿Cómo Reportar?

- Por Internet a través de la página “Ethics Point” (por su nombre en inglés): www.psg.ethicspoint.com
- Línea telefónica de “Ethics Point”: 1-844-256-3953
- Refiere a través de correo electrónico: vitalsiu@mmmhc.com



Cada empleado tiene el derecho, la obligación y la responsabilidad de reportar sospechas de FWA y posibles violaciones.

Agencias Regulatorias atentas con el FWA



Privacidad y Seguridad

Ley HIPAA

Health Insurance Portability and Accountability Act, 1996”, (por su nombre y siglas en inglés).

Ley HIPAA

- La Ley HIPAA es una ley federal que todos los planes de Salud y Proveedores del cuidado de la Salud, tienen que cumplir para proteger la **Privacidad y Seguridad** de toda la información de Salud de cada individuo.
- HIPAA es supervisada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y aplicada por la Oficina de Derechos Civiles (OCR).

¿Qué significan sus siglas?

Significa:

Health - Salud

Insurance - Seguro

Portability and - Portabilidad

Accountability - Responsabilidad

Act of 1996 – Ley de 1996

H

Se creó para otorgar mayor acceso a los seguros de cuidado de Salud, proteger la Privacidad de la información de Salud, y promover la estandarización y eficiencia en la Industria del cuidado de Salud.

I

La sección de **Privacidad** consiste en **establecer salvaguardas** para prevenir el acceso no autorizado a información protegida de cuidado de Salud y establece los derechos del individuo con respecto a su información de salud protegida.

P

A

Como individuo que tiene acceso a información protegida de cuidado de salud, **usted es responsable de adherirse a los requerimientos establecidos por la Ley HIPAA.**

A

HIPAA

- Firmada el 21 de agosto de 1996;
- Vigencia total a partir del 14 de abril del 2003;
- Aplica tanto para información de salud en formato en papel, electrónico y verbal;
- Tiene tres (3) componentes: Simplificación Administrativa, Seguridad y Privacidad;
- Buscan mejorar la eficiencia y la efectividad del sistema de atención médica uniformando, protegiendo la información médica;
- Promueve el desarrollo de un sistema de información mediante la adopción de estándares para la transmisión electrónica de cierta información médica;
 - Estándares uniformes para reclamos y otras transacciones financieras y administrativas,
 - Estándares de Privacidad y Seguridad para el manejo de información médica personal identificadora.

Regla de Privacidad de HIPAA

Propósito:

Protege la confidencialidad de la PHI en todos los formatos (papel, verbal y electrónico)

Otorga a los individuos el entendimiento y control de cómo su PHI es utilizada.

Se asegura que la PHI sea utilizada solamente para propósitos de salud.

Establece la información protegida de salud (PHI) solo puede divulgarse para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud (TPO) o con el consentimiento (autorización válida) del individuo.

Establece los derechos de los individuos respecto su información de salud.

Establece el proceso de notificación por violaciones a HIPAA.

Relación de la Ley HIPAA con las leyes de Puerto Rico

- Por disposición expresa del Congreso de los Estados Unidos, la Ley aplica a los estados y a los territorios; incluidos Puerto Rico. *“State means any of the several states, the District of Columbia, the Commonwealth of Puerto Rico, the Virgin Islands and Guam”*.
- Dispone que solamente cualquier legislación local presente o futura que sea más estricta y provea mayores derechos a los individuos en relación a su información de salud puede prevalecer sobre HIPAA.
- Ocupa el campo estatal; desplaza, sustituye y prevalece sobre cualquier ley local que sea contraria a HIPAA.



HIPAA

Entidades cubiertas por HIPAA:

- Planes de Salud;
- “Healthcare Clearinghouses” (son instituciones centrales que establecen transacciones);
- Proveedores de Cuidados de Salud (médicos, hospitales, farmacias, etc).

Estándar de Mínimo Necesario:

- HIPAA requiere que la entidad cubierta use o divulgue la PHI de manera limitada, solo la información necesaria para cumplir con el propósito de la divulgación a la persona que lo solicite. (Estándar del Mínimo Necesario).

Privacidad en la genómica (Genetic Information Nondiscrimination Act)

- La Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA) -se convirtió en ley el 21 de mayo de 2008.
- GINA protege a las personas contra la discriminación basada en su información genética en la cobertura de salud y en el empleo.
- GINA se divide en dos secciones o títulos. El Título I de GINA prohíbe la discriminación basada en información genética en la cobertura de salud. El Título II de GINA prohíbe la discriminación basada en información genética en el empleo.
- En la regla propuesta emitida el 1 de octubre de 2009, el OCR propone modificar la Regla de privacidad para aclarar que la información genética es información de salud y prohibir el uso y la divulgación de información genética por parte de los planes de salud cubiertos para fines de suscripción, que incluyen determinaciones de elegibilidad, cálculos de primas, solicitudes de exclusiones de condiciones preexistentes y cualquier otra actividad relacionada con la creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguro médico o beneficios médicos.
- El OCR publicó esta regla propuesta con un período de 60 días para comentarios públicos.

“PHI” (por sus siglas en inglés), es Información Protegida de Salud:



PHI debe ser vista sólo por personas autorizadas a ver la información.



PHI debe ser escuchada sólo por personas autorizadas a escuchar la información divulgada.



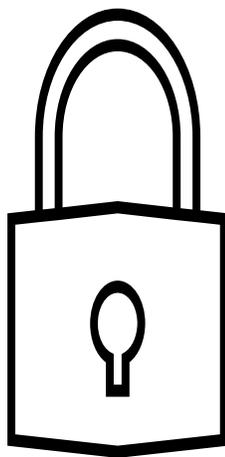
PHI debe ser transmitida o compartida sólo con las personas autorizadas a recibir o compartir la información.



“PII” (por sus siglas en inglés)– Información Personal Identificable: La información personal identificable también debe ser protegida y limitada sólo a personas autorizadas.

“PHI” (por sus siglas en inglés), es Información Protegida de Salud:

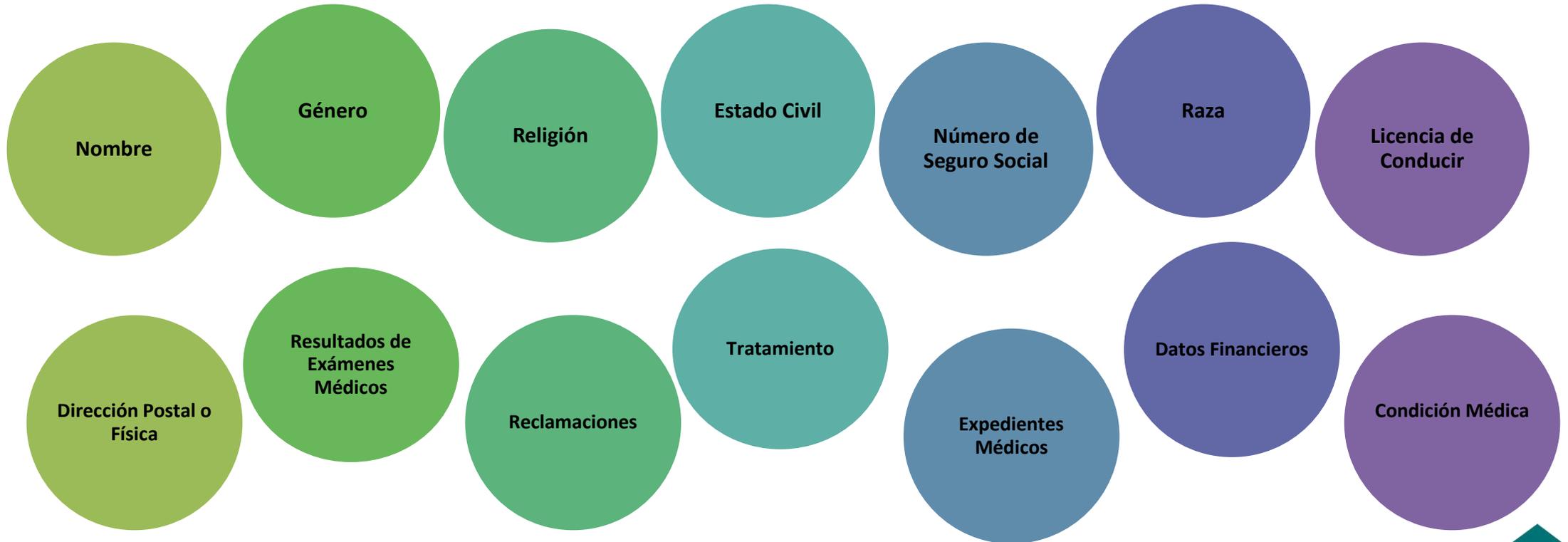
PHI es información individual de salud identificable coleccionada de un individuo, creada o recibida por una entidad cubierta **y**



- Que está relacionada a la salud o condición física o mental de la persona pasada, presente o futura; o a la provisión de cuidado de salud de un individuo; o al pago pasado, presente o futuro por servicios médicos del individuo **y**
- Que identifica a un individuo o puede identificar a un individuo.
- Que puede ser transmitida o mantenida electrónicamente, así como por cualquier otro medio.

¿Qué protege la Ley HIPAA?

Ejemplos de Información de Salud Protegida o “PHI/PII”



Diferencia entre uso y divulgación

- **Uso**

El compartir, aplicación, examen o análisis de PHI dentro de la entidad cubierta.

- **Divulgación**

La liberación, transferencia, suministro de acceso a o divulgación de cualquier otra forma PHI fuera de la entidad cubierta.

Autorización para la divulgación de “PHI”:



No se necesita la autorización del Individuo para usar y/o divulgar su “PHI” para **Tratamiento, Pago y/u Operaciones de Salud.**

En ciertas instancias **la ley permite** divulgar “PHI” **sin** autorización del Individuo, ej. Para propósitos de auditoría por entidades estatales o federales, para evitar amenaza grave para la salud pública, a familiares y amigos, etc.

Cualquier otro uso requiere autorización

MMM MH Vital tiene un formulario de autorización de “PHI” disponible para que los Beneficiarios añadan a las personas de su preferencia a recibir su “PHI”.

Divulgación de PHI a Parientes y/o Guardianes de Menores Emancipados y No Emancipados:

- Los padres o tutores legales de los menores no emancipados tienen derecho a que se les divulgue la información protegida de Salud (“PHI”) de dichos menores.
- El padre o tutor legal designado por una corte será el representante personal del menor, sin necesidad de requerirles una autorización de “PHI” para divulgar su información.
- Los representantes legales de los menores de edad, que no sean sus padres (ej. tutores legales) deben presentar evidencia de su autoridad al plan, antes de cualquier divulgación de información.

Divulgación de PHI a Parientes y/o Guardianes de Menores Emancipados y No Emancipados:

Si el menor está emancipado: (por motivo de matrimonio, porque los padres o un tribunal lo emancipó) entonces, el menor podrá escoger a quien le divulga su “PHI”.

Cuando la ley lo permite, los padres o tutores legales no podrán obtener “PHI” del menor no emancipado cuando:

- el servicio médico no requiere el consentimiento de los padres o tutores y;

- el menor y una corte u otra persona autorizada por ley consienten a dicho servicio médico.

También el padre o tutor legal podrá consentir a un acuerdo de confidencialidad entre un Proveedor de Salud y el menor sobre un servicio médico.

Notificación de Prácticas de Privacidad (NPP)

- Es un documento que explica los derechos de las personas a su PHI, los deberes legales y prácticas de privacidad de la entidad cubierta (ej. MMM MH) con respecto a la información de salud de las personas y las formas en que la entidad cubierta puede usar o divulgar dicha información.
 - Un plan de salud debe distribuir su aviso de prácticas de privacidad a cada nuevo afiliado al momento de la inscripción y enviar un recordatorio a cada afiliado al menos uno cada tres años de que el aviso está disponible a solicitud.
 - Un plan de salud debe hacer que su aviso



Notificación de Prácticas de Privacidad de MMM Multi Health, LLC

Esta Notificación es efectiva desde el 31 de julio de 2018

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA O DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

MMM Multi Health, LLC está comprometida en proteger la privacidad de sus expedientes médicos y su información de salud personal. MMM Multi Health está requerida por ley a mantener la privacidad de su información personal y proveerle a usted una notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad respecto a su información de salud personal. En caso de que ocurra una violación a la seguridad de su información protegida de salud, usted tiene derecho a ser notificado. Esta notificación describe cómo MMM Multi Health usa y divulga su información de salud personal. También describe sus derechos y nuestros deberes respecto a su información de salud personal. MMM Multi Health sigue los deberes y prácticas de privacidad notificados en esta aviso y no usará ni compartirá su información personal de salud de otra manera que la descrita en esta notificación a menos que usted lo autorice por escrito. Usted puede encontrar copia de esta notificación en nuestra página web www.multihealth-vital.com.

¿Qué es "información de salud personal"?

- Son los datos que usted nos dio cuando se afilió a MMM Multi Health incluyendo sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados a obtener información y controlar cómo su información de salud es usada. MMM Multi Health le entrega una notificación escrita que se conoce como Notificación de Prácticas de Privacidad que contiene información sobre:
 - cómo MMM Multi Health protege la privacidad de su información de salud
 - cómo MMM Multi Health usa o divulga su información de salud
 - cómo usted puede ver la información en sus archivos

¿Cómo MMM Multi Health Protege la Privacidad de su Información de Salud?

Su información de salud está en un registro médico que es propiedad de MMM Multi Health.

- MMM Multi Health se asegura que personas no autorizadas, no puedan ver o cambiar sus expedientes.
- MMM Multi Health cuenta con un protocolo de seguridad en todas las áreas y equipos en los que podría encontrarse información de salud de los afiliados.
- Generalmente hablando, MMM Multi Health necesita de usted o su representante legal una autorización por escrito antes de que MMM Multi Health divulgue

MUH-PD-MMMMHH-15



PO Box 72010
San Juan PR 00936-7710



Definición de “Breach” 45 CFR 164.402

Una violación (“breach”) es una adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizada de PHI no protegida que compromete la privacidad y la seguridad de la PHI. El uso y la divulgación de PHI no autorizada por HIPAA se presume que es una violación a menos que la entidad cubierta o socio de negocio demuestre que hay una baja probabilidad de que la PHI ha sido comprometida.

Toda violación a HIPAA debe reportarse a los individuos afectados en un termino de 60 días contados a partir del descubrimiento de la violación o desde la fecha en que la violación debió ser descubierta.

En adición, la compañía debe notificar al HHS, y a la prensa de dicha violación. La fecha de esa notificación dependerá de la cantidad de individuos que se vieron afectados por la violación.

500 o más individuos afectados: la notificación a la prensa y al HHS debe ser dentro de los 60 días de haberse descubierto la violación o debió ser descubierta.

499 o menos individuos afectados: las violaciones se deben notificar al HHS el próximo año calendario.

Regla de Seguridad de HIPAA

Propósito:

- La Regla de Seguridad requiere que las entidades cubiertas protejan la PHI en forma electrónica (ePHI).
- Establece controles para salvaguardar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la ePHI.
 - *Confidencialidad*: asegurarse de que la ePHI no esté disponible o divulgada a personas no autorizadas.
 - *Integridad*: asegurarse de que la entrada de ePHI de hoy, sea la ePHI que se recupere en el futuro (ePHI no se haya alterado o destruido de manera no autorizada)
 - *Disponibilidad*: asegurarse que la ePHI este disponible para aquellos que la necesiten, cuando la necesiten.
- Tiene la intención de proteger la ePHI contra cualquier amenaza o peligro razonablemente anticipado, y al uso o divulgación indebida.

Incidentes de Seguridad



Los incidentes de seguridad deben reportarse a su supervisor de inmediato y directamente al oficial de seguridad (Juan Arill, Vicepresidente de Tecnología de la Información).



Ejemplos de incidentes de seguridad:

Infecciones de "malware" (virus/troyanos)

Descubrimiento de una cuenta de usuario no autorizada

Robo / pérdida de equipo

Uso inadecuado de sistemas

Abuso de privilegios en un entorno de red.

Considera que...

El almacenamiento, la transmisión o el manejo inadecuado de “PHI” puede ocasionar hurto o pérdida de la información y acceso a individuos no autorizados denominado como una ruptura o (“breach” por su nombre en inglés).

Si advienes en conocimiento sobre un acceso no autorizado de “PHI”, debes comunicarte **inmediatamente** con el/la Oficial de Privacidad (Limarie.Mendez-Feliciano@mmmhc.com) y/o la Oficina de Cumplimiento de PSG.

Para cumplir con la ley, todo acceso no autorizado a “PHI” debe ser notificado a las personas afectadas, ASES y a la Oficina de Derechos Civiles dentro de los términos requeridos.

Todo Beneficiario tiene derecho a presentar quejas sobre incumplimiento con Ley HIPAA si siente que su información no ha sido manejada apropiadamente.

Considera que...

- La querrela puede ser radicada en MMM MH Vital, en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos y de Salud Federal, ASES, o la Oficina del Procurador del Paciente.
- Existen sanciones por violaciones a los estándares establecidos por HIPAA que incluyen pero no se limitan a;
 - Multas
 - Encarcelamiento
- Este adiestramiento no solo aplica a los empleados de MMM MH Vital, si no que a sus Proveedores contratados, Contratistas y Subcontratistas, incluyendo los empleados de estos.

Recuerda...

- Sigue el procedimiento para la eliminación adecuada de la información sensible utilizando las cajas cerradas de reciclaje.
- Mantén laptops, teléfonos inteligentes, USB y cualquier otra memoria o documento que contenga PHI en un lugar seguro.
- Asegúrese de no dejar documentos que contengan PHI en impresoras o máquinas de fax.
- Nunca dejes PHI a simple vista en tu escritorio.
- Use contraseñas seguras. Mantén tu ID y contraseña confidencial y segura. Nunca compartas tu contraseña o nombre de usuario (ID de Usuario).
- No accedas PHI que no necesitas acceder.
- Nunca compartas tu identificación corporativa con nadie.

Recuerda...

- Informe inmediatamente a su supervisor si pierde o le roban su identificación corporativa.
- Los visitantes deben tener una identificación de visitantes antes de ingresar a las instalaciones de la empresa y deben ser escoltados por un supervisor o gerente en todo momento.
- Si observa una persona desconocida o sospechosa en su área de trabajo, notifíquelo a su supervisor de inmediato.
- No dejes documentación con PHI, la computadora portátil, teléfono celular, USB o cualquier dispositivo de almacenamiento portátil en el automóvil.
- No abras correos electrónicos con archivos adjuntos de contactos no identificados.
- Antes de dejar su computadora desatendida, presione *Ctrl + Alt + Supr* y bloquéela.
- No instales aplicaciones a menos que lo apruebe el Departamento de IT de MMM.
- No navegues por internet para uso personal.



Información de Contacto:

¿Cómo Reportar incidentes de no cumplimiento y FWA?

Por Internet a través de la página “Ethics Point” (por su nombre en inglés): www.psg.ethicspoint.com

Línea telefónica de “Ethics Point”:
1-844-256-3953

Refiere a través de correo electrónico: VITALSIU@mmmhc.com

¡Gracias!

Departamento de Cumplimiento - Vital

Shahayra Aguilú Benítez

Gerente de Cumplimiento-Medicaid

Cel.787-402-9737

Tel. 787-622-3000 Ext. 3505

Correo electrónico: shahayra.aguilu@mmmhc.com

Liza Rivera-Ortiz

Oficial de Cumplimiento - Medicaid

MMM Holdings, LLC

P.O. Box 71114

San Juan, PR 00936-8014

Tel. 787-622-3000, Ext. 2233

Cel. 787-918-7332

Correo electrónico: liza.rivera@mmmhc.com



¡Gracias!

