



MSO | HOLDINGS

ADiestramientos REGULATORIOS

2025

¿Qué son los Adiestramientos Regulatorios?

Los Adiestramientos Regulatorios son un requisito establecido por los Centros de Servicios para Medicare & Medicaid (CMS) y la Administración de Servicios de Salud de Puerto Rico (ASES), los cuales auditan el cumplimiento de estos. Todos los proveedores contratados bajo MSO of Puerto Rico deben completar estos adiestramientos anualmente.

Los Adiestramientos Regulatorios se componen de:

- ✓ Modelo de Cuidado Coordinado 2025
- ✓ Programa de Cumplimiento, Fraude, Pérdida y Abuso
- ✓ Regulaciones Aplicables a la Industria de la Salud
- ✓ Adiestramiento Plan Vital

¿Por qué debo tomar estos adiestramientos?

Los adiestramientos regulatorios integran aspectos fundamentales que van desde la implementación del Modelo de Cuidado Coordinado hasta el fomento de competencias culturales, así como el respeto de los derechos y responsabilidades del paciente, entre otras leyes que gobiernan el sector de la salud en Puerto Rico.

Estos adiestramientos abarcan también temas claves como lo son el establecimiento de programas de cumplimiento e integridad que son cruciales para mantener altos estándares éticos y legales en la atención médica.



Modelo de Cuidado Coordinado 2025

Objetivos



Trasfondo

**Productos y
Modelo de
Cuidado
Coordinado**

**Componentes
del Modelo
de Cuidado
Coordinado**

**Rol esencial de
proveedores
en el Modelo
de Cuidado
Coordinado**

Modelo de Cuidado: 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.

- Es un requisito 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)

Transfondo

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

Transfondo

4.5 Estrellas

Celebramos que uno de nuestros contratos ha recibido calificación de 4.5 estrellas bajo el programa de calificaciones por Estrellas Medicare* **por ocho 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)



Plan de Necesidades Especiales



D-SNP

(Plan de necesidades especiales con Elegibilidad Dual)

MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	<p>Afiliados elegibles para Medicare y Medicaid.</p>
MMM Relax Platino (HMO-SNP)	
MMM Dorado Platino (HMO-SNP)	
MMM Combo Platino (HMO-SNP)	
MMM Flexi Platino (HMO-SNP)	
PMC Premier Platino (HMO-SNP)	

Plan de Necesidades Especiales



C-SNP

(Plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas)

MMM Supremo (HMO-C SNP)

Diseñada para afiliados con enfermedades crónicas tales como;

- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Enfermedades cardiovasculares:
 - Arritmia cardíaca
 - Enfermedad vascular periférica
 - Enfermedad de la arteria coronaria
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico

MSO

HOLDINGS

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)
- Visitas médicas (Presenciales o Face-to-Face en inglés)
- Plan individual de cuidado (ICP, por sus siglas en inglés)
- Equipo interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés)

Red de proveedores

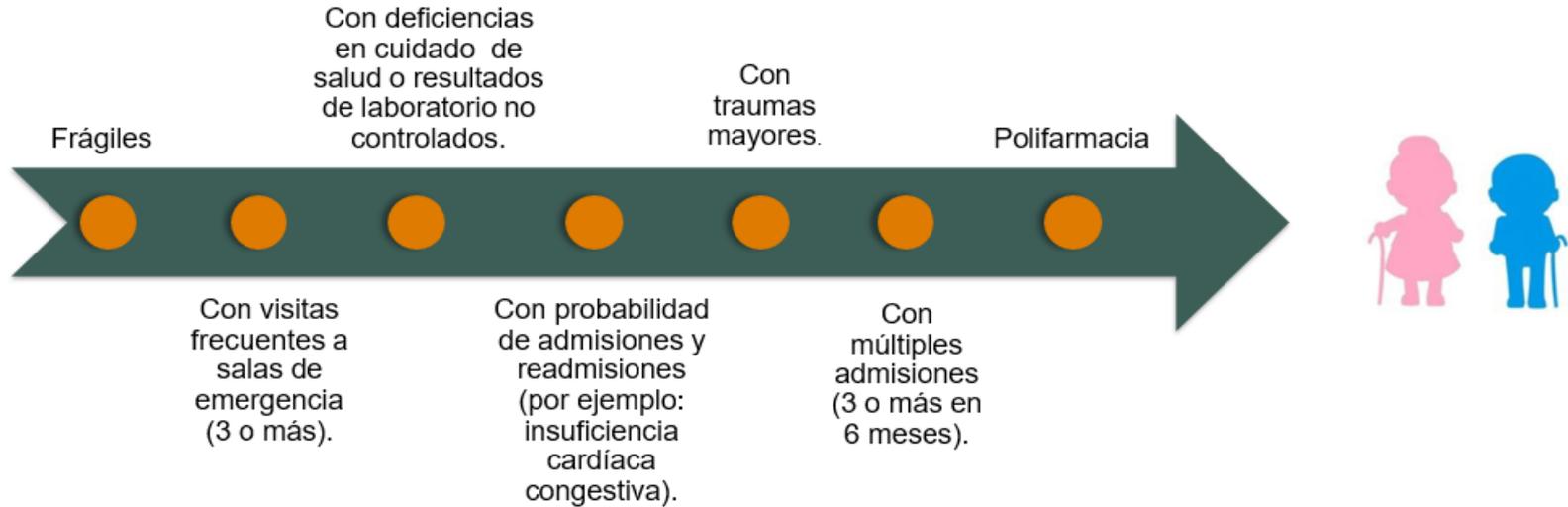
Métricas de calidad y mejoras en el rendimiento

MOC I:

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

Los más vulnerables

- Identifique aquellos afiliados con mayor fragilidad.



Los más vulnerables (cont.)

- **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 anual 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

Visitas médicas (Presenciales o Face-to-Face)

Elementos esenciales:

- Gestión eficaz del cuidado preventivo
- Establece planes de tratamiento para controlar las enfermedades crónicas y mejorar la salud general.
- Apoya a los afiliados en la participación activa de su cuidado médico.
- Identifica afiliados que puedan cualificar y beneficiarse de programas de manejo de casos establecidos por el plan médico.
- Promueve un cuidado coordinado efectivo.

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

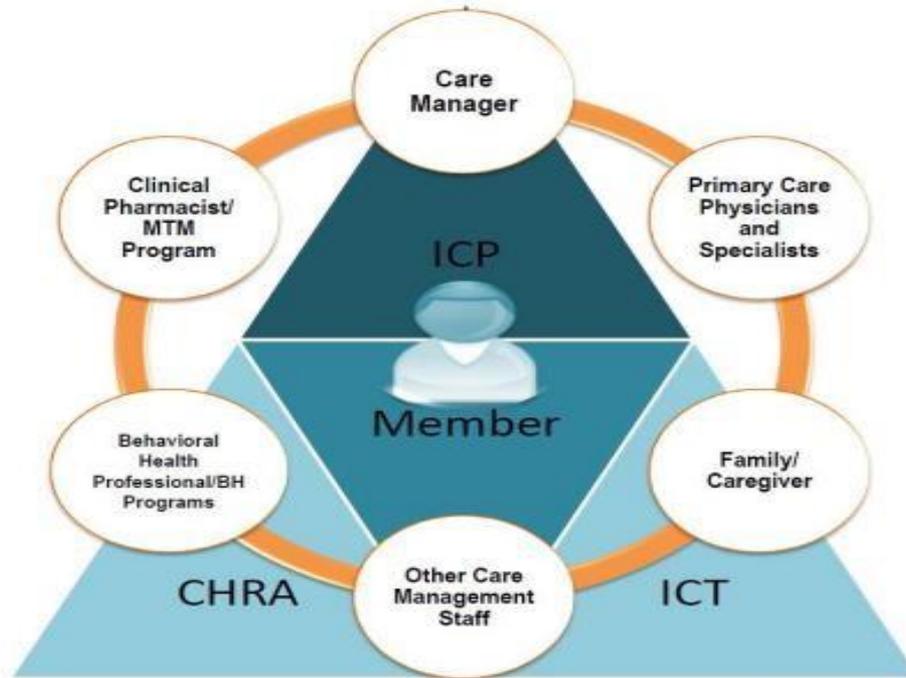
Responsabilidades de los proveedores en el ICT:

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 período 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.
- Realiza una evaluación anual de salud.

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**

Medición de calidad y mejoramiento del desempeño

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 2024*. Obtenido de:
https://snpmoc.ncqa.org/static/media/CY2025SNP_MOC_Scrng_Gdlns_508.4c71d8c17b37b33ff079.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 puede comunicarse:

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.





Guías de un Programa de Cumplimiento Efectivo y Leyes Aplicables a la Industria de la Salud en Puerto Rico 2025

Introducción

Cuando hablamos de cumplimiento en el campo de la salud, la regulación hace referencia a siete elementos principales que deben implementarse en cualquier organización, no importa su tamaño. Aunque generalmente la percepción es que los Programas de Cumplimiento son requeridos únicamente a organizaciones grandes, lo cierto es que no importa el tamaño de la organización, ya sea un hospital, una oficina médica, un laboratorio, cualquier centro de servicio médico y/o contratista que administra algún beneficio del Plan o realiza alguna función administrativa, el tener un programa de cumplimiento nos asegura que tengamos una infraestructura que permita que el personal que allí labora conozca los estándares y procedimientos que ayudan a prevenir y detectar algún incumplimiento con leyes y regulaciones estatales y federales que rigen el campo de la salud.

Introducción

Las organizaciones deben asegurarse de que dentro de sus facilidades se promueva una cultura de ética y compromiso con el cumplimiento, no importa el tamaño de su organización.

Este material es una referencia para asistirle a identificar requisitos claves de un Programa de Cumplimiento Efectivo. Completar su estudio, no es garantía de que un patrocinador, proveedor o entidad delegada cuente con un Programa de Cumplimiento efectivo.

Los patrocinadores, proveedores y entidades relacionadas (FDR por sus siglas en inglés, First Tier Downstream, and Related Entities) son responsables de establecer y poner en práctica sus propias políticas y procedimientos para asegurar cumplimiento con regulaciones federales y estatales y las guías del programa.



Guías de un Programa de Cumplimiento Efectivo

Lección: Adiestramiento de Cumplimiento

- **¿Qué es un Programa de Cumplimiento Efectivo?**

Un programa de cumplimiento efectivo fomenta una cultura de cumplimiento dentro de una compañía y, como mínimo:

- Previene, identifica y corrige el incumplimiento
- Está plenamente implementado y adaptado a las operaciones y circunstancias particulares de una compañía
- Cuenta con los recursos adecuados
- Promueve los Estándares de Conducta de la empresa
- Establece líneas claras de comunicación para notificar sobre el incumplimiento

Un programa de cumplimiento efectivo es esencial para prevenir, detectar y corregir el incumplimiento de Medicare y Medicaid, así como el Fraude, Pérdida y Abuso (FWA). Debe incluir, como mínimo, los siete requisitos básicos del programa de cumplimiento.

Lección: Adiestramiento de Cumplimiento

Los Siete Requisitos Básicos del Programa de Cumplimiento

1. Políticas, Procedimientos y Estándares de Conducta por Escrito

Estos manifiestan el compromiso del Patrocinador para cumplir con todos los estándares federales y estatales aplicables, y describen las expectativas de cumplimiento de acuerdo con las Normas de Conducta.

2. Oficial de Cumplimiento, Comité de Cumplimiento y Supervisión de Alto Nivel Gerencial

El Patrocinador debe nombrar a un Oficial de Cumplimiento y a un Comité de Cumplimiento que serán responsables de las actividades y el estatus del programa de cumplimiento, incluyendo las situaciones identificadas, investigadas y resueltas por el programa de cumplimiento.

La alta gerencia y la junta administrativa del Patrocinador deben participar y supervisar de manera razonable el programa de cumplimiento del Patrocinador.

3. Adiestramiento y Educación Efectivos

Esto es para cubrir los elementos que componen el plan de cumplimiento, así como la prevención, identificación y denuncia de FWA. El adiestramiento y la educación deben adaptarse a las diferentes responsabilidades y labores de los empleados.

4. Líneas de Comunicación Efectivas

Las mismas deben estar accesibles a todos, garantizar la confidencialidad y

proveer métodos para reportar de manera anónima y con buenas intenciones situaciones de cumplimiento en el Patrocinador y a nivel de los Contratistas, Subcontratistas y Entidades Relacionadas (FDRs).

5. Estándares de Disciplina Claramente Difundidos

El Patrocinador debe aplicar y hacer cumplir las normas a través de guías disciplinarias claramente difundidas.

6. Sistema Efectivo de Monitoreo Rutinario, Auditoría e Identificación de Riesgos de Cumplimiento

Realizar monitoreos de rutina y auditorías de las operaciones del Patrocinador y sus FDRs para evaluar el cumplimiento con los requisitos regulatorios, así como la efectividad general del programa de cumplimiento.

NOTA: Los Patrocinadores deben asegurar que los FDRs que brindan servicios administrativos o de salud delegados a éstas con relación a los Programas de Medicare Y Medicaid cumplen con los requisitos de estos Programas.

7. Procedimientos y Sistema para Responder Prontamente a Situaciones de Cumplimiento

El Patrocinador tiene que emplear medidas efectivas para responder rápidamente al incumplimiento e iniciar las acciones correctivas apropiadas.

Lección: Adiestramiento de Cumplimiento

Ética: ¡Haga lo correcto!

Como parte del Programa de Cumplimiento, usted debe actuar en forma ética y legal. En otras palabras, ¡hacer lo correcto!

- Conducirse con honestidad e integridad
- Regirse por los más altos estándares éticos en todo lo que hace
- Cumplir con todas las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables
- Denunciar posibles infracciones

¿Cómo saber qué se espera de usted?

Ahora que ya conoce las guías éticas generales, ¿cómo puede saber qué se espera de usted en una situación específica?

- Los Estándares de Conducta (o Código de Conducta) establecen las expectativas de cumplimiento, así como los principios y los valores por los que se rigen las operaciones de una compañía. Los Estándares de Conducta Organizacionales varían. La compañía debe adaptarlos a sus operaciones y cultura particulares.
- Reportar violaciones a los Estándares de Conducta y sospechas de incumplimiento es responsabilidad de **todos**.
- Los Estándares de Conducta y las Políticas y Procedimientos de una compañía deben señalar esta responsabilidad e indicarle cómo se deben reportar posibles situaciones de incumplimiento.

Lección: Adiestramiento de Cumplimiento

¿Qué es el incumplimiento?

El incumplimiento es una conducta que no está de acuerdo ni con la ley, ni con los requisitos de programas de salud Federales y Estatales, ni con las políticas éticas y de negocios de una compañía. Áreas de alto riesgo son:

- Falsa representación de agentes / intermediarios (*brokers*)
- Revisión de apelaciones y quejas (por ejemplo, determinaciones de cubierta y organizacionales)
- Avisos al Beneficiario
- Conflictos de interés
- Procesamiento de reclamaciones
- Credencialización y redes de proveedores
- Requisitos de Documentación y Puntualidad
- Ética
- Supervisión y monitoreo de FDRs
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)
- Mercadeo y afiliaciones
- Administración de farmacia, formulario y beneficio
- Calidad de cuidado

Para más información, refiérase a las Guías del Programa de Cumplimiento en el Manual de Cuidado de Medicare y el Manual de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare disponibles en la página web de CMS.

Conozca las Consecuencias del Incumplimiento

El no cumplir con los requisitos de los Programas Medicare y Medicaid y las guías de CMS puede tener consecuencias graves que incluyen:

- ✓ Rescisión / Anulación de contrato
- ✓ Sanciones criminales
- ✓ Exclusión de participación en todos los programas federales de cuidado médico
- ✓ Sanciones monetarias civiles

Además, a nuestra compañía se le exige tener estándares disciplinarios para la conducta en incumplimiento. Aquellos cuyas acciones o comportamiento rayen en incumplimiento podrían estar sujetos a:

- ✓ Adiestramiento o readiestramiento obligatorio
- ✓ Medidas disciplinarias
- ✓ Despido

Lección: Adiestramiento de Cumplimiento

EL INCUMPLIMIENTO AFECTA A TODOS

Sin programas para prevenir, identificar y corregir el incumplimiento, todos nos arriesgamos a que:

Los beneficiarios se afecten al confrontar:

- Retraso en servicios
- Denegación de beneficios
- Dificultad para utilizar los proveedores de su elección
- Otras dificultades en su cuidado

Menos dinero para todos debido a:

- Copagos altos
- Primas más altas
- Menos beneficios para individuos y patronos
- Calificación de estrellas baja
- Menos ganancias

Cómo Reportar un Posible Incumplimiento

- Llame al Oficial de Cumplimiento
- Haga un reporte a través de la página web de su compañía
- Hable con un Gerente o Supervisor
- Llame a la Línea de Ayuda de Ética / Cumplimiento
- Infórmelo

No Dude en Reportar el Incumplimiento

Cuando usted reporta de buena fe una sospecha de incumplimiento, el Patrocinador no podrá tomar represalias en su contra.

Cada Patrocinador tiene que ofrecer métodos para reportar que sean:

- ✓ Anónimos
- ✓ Confidenciales
- ✓ Libres de represalias



Lección: Adiestramiento de Cumplimiento

¿Qué sucede después de detectarse el incumplimiento?

El incumplimiento debe investigarse de inmediato y corregirse rápidamente. El monitoreo interno debe asegurar que:

- No haya recurrencia del mismo tipo de incumplimiento
- Cumplimiento continuo con los requisitos regulatorios
- Los controles internos sean eficientes y efectivos
- Los afiliados estén protegidos

¿Qué son las Auditorías y los Monitoreos Internos?

- Los **Monitoreos Internos** incluyen revisiones periódicas para confirmar el cumplimiento continuo y aplicar medidas correctivas efectivas.
- Una **Auditoría Interna** es una revisión formal de cumplimiento que tiene como medidas base un conjunto de estándares específicos (por ejemplo, políticas, procedimientos, leyes y regulaciones).



Combatiendo Fraude, Pérdida y abuso

Introducción

- Este adiestramiento ayuda a los empleados, junta de directores, contratistas, subcontratistas, proveedores y entidades relacionadas (FDRs, por sus siglas en inglés) participantes de los Programas Medicare y Medicaid a cumplir con los requisitos de adiestramiento de Fraude, Pérdida y Abuso (FWA, por sus siglas en inglés) según establecido en las regulaciones y sub-regulaciones que se encuentran en:
 - 42 Código Federal de Regulaciones, Sección 422.503(b)(4)(vi)(C)
 - 42 CFR, Sección 423.504(b)(4)(vi)(C)
 - Programas de Medicare y Medicaid, Cambios Técnicos y de Políticas en el Programa de Medicare Advantage, el Programa de Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare, el Programa de Medicaid, el Programa de Planes de Costo de Medicare, y en los Programas Todo Incluido para el Cuido de Envejecientes para el año contrato 2022.
 - Sección 50.3.2 de las Guías del Programa de Cumplimiento (Capítulo 9 del “Manual del Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare” y el Capítulo 21 del “Manual de Manejo de Cuidado de Medicare”
- Los patrocinadores y sus FDRs son responsables de proveer adiestramiento adicional especializado o de actualización sobre temas de riesgos de FWA basados en las funciones de cada empleado o en el entorno laboral.

Lección 2

Objetivos del Curso

Una vez termine este curso, se espera que usted pueda:

- Identificar FWA en los Programa Medicare & Medicaid
- Identificar las principales leyes y reglamentos relacionados con FWA
- Reconocer las posibles consecuencias y penalidades relacionadas con las infracciones
- Identificar métodos de prevención de FWA
- Identificar cómo reportar FWA
- Saber cómo corregir FWA

Lección 2: ¿Qué es FWA?

- El **fraude** consiste en presentar, o hacer que se presenten, reclamaciones falsas o tergiversar los hechos a sabiendas para obtener un pago federal por cuidado de salud cuando de otro modo no existiría ningún derecho a obtener ese pago. Solicitar, obtener, ofrecer o pagar a sabiendas una remuneración (por ejemplo, intercambios, sobornos o reembolsos) para inducir o recompensar referidos por artículos o servicios reembolsados por programas federales de cuidado de salud. Hacer referidos prohibidos para ciertos servicios de salud designados es otro ejemplo. El fraude requiere la intención de obtener el pago y el conocimiento de que las acciones son incorrectas. El estatuto de Fraude en el Cuidado de la Salud (18 Código de los Estados Unidos (USC) 1347) considera un delito llevar a cabo con intención y conocimiento un esquema para estafar a un programa de beneficios de cuidado de salud. El Fraude en el Cuidado de la Salud conlleva una pena de hasta 10 años en prisión. También está sujeto a multas criminales por hasta \$250,000. El estatuto prohíbe ejecutar, o intentar ejecutar, a sabiendas y deliberadamente, un esquema o una mentira relacionada con la entrega o el pago de beneficios, artículos o servicios de cuidado de salud para:
 - Defraudar cualquier programa de beneficios de cuidado de salud.
 - Obtener por medio de promesas, pretensiones o representaciones falsas o fraudulentas, cualquier dinero o propiedad perteneciente o bajo el control de un programa de beneficios de salud.

Ejemplo: Varios doctores y clínicas médicas conspiraron un esquema de manera coordinada para defraudar el Programa de Medicare al someter reclamaciones para sillas de rueda motorizadas que no eran necesarias.

Penalidad: Las penalidades por violar el Estatuto de Fraude en el cuidado de la Salud puede incluir multas, prisión o ambas penas.

- La **Pérdida** describe prácticas, como la sobreutilización de servicios, que, directa o indirectamente, resultan en costos innecesarios para el Programa de Medicare. Por lo general, la Pérdida no se considera el producto de una acción criminalmente negligente, sino el mal uso de los recursos.
- El **Abuso** describe prácticas que, directa o indirectamente, resultan en costos innecesarios a los Programas Medicare & Medicaid. El abuso incluye cualquier práctica que no brinde servicios médicamente necesarios a los beneficiarios o prácticas que no cumplen con los estándares profesionales de cuidado.

Para las definiciones de fraude, pérdida y abuso, refiérase al Capítulo 21, Sección 20 del Manual de Manejo de Cuidado de Medicare ("[Medicare Managed Care Manual](#)") y al Capítulo 9 del Manual del Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare ("[Prescription Drug Benefit Manual](#)").

Lección 2: ¿Qué es FWA?

Ejemplos de FWA

Ejemplos de acciones que pueden considerarse **fraude** incluyen:

- Facturar, a sabiendas, servicios de mayor complejidad que los servicios que fueron provistos o documentados en el expediente médico del paciente
- Facturar, a sabiendas, por servicios no provistos o suministros que no fueron provistos, incluyendo la falsificación de expedientes para mostrar documentar los mismos.
- Ordenar, a sabiendas, artículos o servicios médicos innecesarios
- Facturar por referidos de pacientes bajo el programa de cuidado de salud federal
- Facturar visitas médicas a las que el paciente no asistió

Ejemplos de acciones que pueden considerarse **pérdida** incluyen:

- Hacer visitas excesivas a consultorios o expedir recetas en exceso
- Recetar más medicamentos de los necesarios para el tratamiento de una condición específica
- Ordenar demasiadas pruebas de laboratorio

Ejemplos de acciones que pueden considerarse **abuso** incluyen:

- Facturar por servicios médicos innecesarios
- Cobrar excesivamente por servicios o suministros
- Hacer mal uso de los códigos en una reclamación, como “upcoding” (asignar un código incorrecto de procedimiento médico o de tratamiento para inflar el pago) o separar los códigos (*unbundling codes*).

Lección 2: ¿Qué es FWA?

Diferencias entre Fraude, Pérdida y Abuso

Existen diferencias entre el fraude, la pérdida y el abuso. Una de las principales diferencias son la intención y el conocimiento. El **Fraude** requiere la intención de obtener pago y el conocimiento de que esta acción es incorrecta. La **Pérdida** y el **Abuso** pueden implicar el recibir un pago inadecuado o el crear un costo innecesario al Programa, pero no requieren la misma intención y conocimiento.

Entendiendo FWA

Para identificar FWA, usted tiene que conocer la **ley**.

Las páginas que siguen proveen información detallada y fidedigna sobre las siguientes leyes:

- Ley Civil de Reclamaciones Falsas (FCA, por sus siglas en inglés)
- Ley de Fraude en el Cuidado de Salud y Fraude Criminal
- Estatuto Anti-Soborno
- Ley *Stark* (Ley de Auto-referido Médico)
- Ley de Penalidades Monetarias Civiles
- Ley de Exclusión
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Para detalles sobre las leyes específicas, tales como las Disposiciones de Protección Legal (*Safe Harbor Provisions*), consulte el estatuto y los reglamentos que apliquen.

Lección 2: ¿Qué es FWA?

- **Ley Civil de Reclamaciones Falsas (FCA, por sus siglas en inglés)**
 - Las disposiciones civiles de la FCA (31 USC 3729-3733) hacen al individuo responsable de pagar al Gobierno por daños si él o ella, a sabiendas:
 - Conspira para infringir la FCA
 - Lleva a cabo otras acciones para obtener propiedad del Gobierno mediante falsa representación
 - Oculta o inadecuadamente evita o reduce su responsabilidad de pagarle al Gobierno
 - Hace o utiliza una declaración o récord falso para justificar una reclamación falsa
 - Presenta una reclamación falsa para pago o aprobación
 - Además, bajo FCA (18 USC 287), los individuos o entidades pudieran estar sujetos a penalidades criminales, incluyendo multas cárcel, o ambas penas si someten reclamaciones falsas, fraudulentas y/o ficticias.
- **Informantes (Whistleblowers):** Es una persona que saca a la luz información o actividades consideradas ilegales, deshonestas o que violan los estándares clínicos y profesionales.
- **Protegidas:** Las personas que reportan reclamaciones falsas o que presentan acciones legales para recobrar dinero pagado por reclamaciones falsas están protegidas contra represalias.
- **Recompensadas:** Las personas que presentan una demanda como informantes y resultan exitosas, reciben, como mínimo, 15%, pero no más del 30% del dinero recuperado.

Ejemplos

Un plan Medicare Parte C en Florida:

- Contrató a una compañía externa para auditar expedientes médicos para identificar códigos de diagnóstico adicionales que pudiera utilizar para aumentar los pagos por capitación por riesgo de CMS.
- La compañía externa le notificó que algunos códigos de diagnóstico previamente presentados a Medicare no estaban documentados y/o justificados.
- Fallaron en informarle a Medicare sobre los códigos de diagnósticos no justificados.
- Llegaron a un acuerdo para pagar \$22.6 millones con relación a las alegaciones de FCA

El propietario-administrador de una clínica médica en California:

- Utilizó a vendedores para reclutar personas para que estas hicieran visitas innecesarias a consultorios médicos.
- Como gancho, ofreció comida y equipo médico no necesario gratis.
- Mientras duró el esquema, le facturó a Medicare por más de \$1.7 millones.
- Fue sentenciado a 37 meses en prisión

Daños y Penalidades

Las penalidades por violar el FCS pueden incluir el recobro de tres veces la cantidad de daños causadas al gobierno en relación a las reclamaciones falsas, más \$11,000 por cada reclamación falsa sometida.



Lección 2: ¿Qué es FWA?

Ley de Fraude en el Cuidado de la Salud

- o La Ley de Fraude en el Cuidado de la Salud (18 USC1346-1349) establece que, “quien, a sabiendas e intencionalmente, realiza o intenta ejecutar, un esquema para defraudar cualquier programa de beneficios de cuidado médico, u obtener por medio de promesas, pretextos o representaciones falsas o fraudulentas, cualquier dinero o propiedad perteneciente o bajo la custodia o control de un programa de beneficios de salud... será multado ... o encarcelado por no más de 10 años, o ambas penas”.
- o La condena en virtud de la ley no requiere prueba de que el infractor tenía conocimiento de la ley o la intención específica de violar la misma.

Daños y penalidades

Personas que, a sabiendas, hagan una reclamación falsa pueden estar sujetas a:

- Multas criminales hasta \$250,000
- Encarcelamiento por hasta 20 años

Si las infracciones resultan en muerte, el individuo puede ser encarcelado por cualquier término de años o de por vida.

Para más información, vea la sección 1347 del Título 18 del Código de los Estados Unidos (18 U.S.C. Section 1347) en la Internet.

Ejemplos

Un farmacéutico de Pennsylvania:

- Presentó reclamaciones por recetas inexistentes y por medicamentos no despachados a un plan Medicare Parte D
- Se declaró culpable por fraude en el cuidado de la salud
- Recibió una sentencia de 15 meses de prisión y se le ordenó pagar más de \$166,000 en restitución al plan

Los dueños de varias compañías de Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) en Nueva York:

- Mediante falsa representación, indicaron ser proveedores autorizados de una compañía de mantenimiento de salud sin fines de lucro (la cual administraba un plan Medicare Advantage)
- No proporcionaron DME alguno, a beneficiario alguno, según reclamaron
- Presentaron casi \$1 millón en reclamaciones falsas a la entidad sin fines de lucro; se pagaron \$300,000
- Se declararon culpables por un cargo de conspiración para cometer fraude en el cuidado de la salud



Lección 2: ¿Qué es FWA?

Ley Anti-Soborno

La Ley Anti-Soborno (AKS) (42 USC 1320a-7b(b)) establece que es un crimen solicitar, ofrecer, pagar o recibir una remuneración directa o indirecta, consciente e intencionalmente para inducir o recompensar referidos de pacientes o generar negocios que involucren cualquier artículo o servicio pagado por un programa de beneficios de cuidado de salud Federal. Cuando un proveedor ofrece, paga, solicita o recibe una remuneración ilegal, está violando el AKS.

Las regulaciones de Protección Legal (safe harbor regulations) (42 CFR 1001.952) describen varios pagos y prácticas de negocio que, aunque potencialmente implican el AKS, no se consideran ofensas si cumplen con ciertos requisitos regulatorios. Los individuos y las entidades son responsables de cumplir con todas las leyes, regulaciones y guías que le aplican a sus negocios. El folleto de comparación de AKS y la Ley Stark tiene más información.

EJEMPLO

Un médico que administraba una clínica de manejo del dolor en Rhode Island:

- Conspiró para solicitar y recibir sobornos por recetar una versión altamente adictiva del opiáceo *Fentanyl*
- Para garantizar que el seguro pagara, informó sobre pacientes con cáncer que tuvieron dolor intercurrente (episódico)
- Por parte del fabricante del medicamento, recibió \$188,000 en sobornos pagados como honorarios de conferencista
- Admitió que el esquema de soborno le costó a Medicare y a otros pagadores más de \$750,000
- El médico tuvo que pagar más de \$750,000 en restitución.

Daños y Penalidades

Infracciones son castigables con:

- Multa hasta \$25,000
- Prisión hasta por 5 años, o ambas penas

Para más información, vea la Sección 1128B(b) del Acta del Seguro Social (La Ley) (Social Security Act (the Act), Section 1128B(b)) en la Internet.

Lección 2: ¿Qué es FWA?

Ley Stark (Ley de Autoreferido Médico)

La Ley de Autoreferido Médico (42 USC 1395nn), conocida como el *Stark Law*, le prohíbe a un médico referir pacientes para servicios de salud específicos a una entidad en la que el médico (o un miembro de su familia) tiene interés financiero, a menos que aplique una excepción.

Servicios de salud específicos:

- Servicios de laboratorio clínicos
- Terapia física, ocupacional, o servicios patológicos ambulatorios de terapia de habla
- Radiología y otros servicios de imágenes
- Servicios de terapia de radiación y suplidos relacionados
- Equipo médico duradero y suplidos relacionados
- Nutrición parenteral y enteral, equipo y suplidos relacionados
- Prótesis, aparatos ortopédicos y suplidos relacionados
- Servicios de salud en el hogar
- Medicamentos recetados ambulatorios
- Servicios hospitalarios para pacientes admitidos y ambulatorios

Ejemplo

Se le ordenó a un hospital en California pagar más de \$3.2 millones para resolver las violaciones a la *Ley Stark* por mantener 97 relaciones financieras con médicos y grupos médicos que estaban fuera de los estándares de valor razonable de mercado o que fueron erróneamente documentadas como excepciones.

Daños y Penalidades

Reclamaciones a Medicare viciadas por un acuerdo en incumplimiento con la *Ley Stark* no son pagaderas. Se puede imponer una multa de aproximadamente **\$25,000** por cada servicio prestado. También, puede haber una multa de hasta **\$160,000** por participar en un acuerdo o esquema ilegal.

Para más información, visite la página web de Autoreferido Médico y la sección 1877 del Acta del Seguro Social

Lección 2: ¿Qué es FWA?

Ley de Penalidades Monetarias Civiles

La Ley de Penalidades Monetarias Civiles (CMPL) (42 USC 1320a-7a) autoriza a la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) a imponer Penalidades Monetarias Civiles (CMP's) y, a veces, hasta excluir, por una variedad de violaciones de fraude en el cuidado de la salud. Las violaciones que deben justificar Penalidades Monetarias Civiles incluyen:

- Coordinar servicios o artículos de una entidad o individuo excluido
- No permitirle a la OIG acceso oportuno a los expedientes
- Someter una reclamación, a sabiendas, de un artículo o servicio que no fue provisto en la manera en la que fue reclamado o que es falso o fraudulento
- Someter una reclamación, a sabiendas, por un artículo o servicio para el cual no amerita un pago
- Violaciones a la Ley Civil de Reclamaciones Falsas
- Violaciones a las disposiciones de Medicare, según requerido
- Violaciones al acuerdo de pago al médico de Medicare
- Proveer información falsa o engañosa con el propósito de influenciar una decisión de alta
- No proporcionar un examen médico a pacientes que se presentan en la sala de emergencias de un hospital con una condición médica de emergencia o en proceso de parto
- Hacer declaraciones falsas o engañosas en solicitudes o contratos para participar en programas de cuidado de salud federal.

Para más información, vea la Sección 1128A(a) del Acta del Seguro Social

Ejemplo

Una farmacia de California y su dueño acordaron pagar sobre \$1.3 millones al llegar a un acuerdo por alegaciones de haber presentado reclamaciones, sin fundamento, a la Parte D de Medicare por medicamentos recetados de marca los que, de acuerdo con los registros de inventario, la farmacia no pudo haber despachado.

Daños y Penalidades

Las penalidades fluctúan varían dependiendo de la violación. Las penalidades pueden ser de aproximadamente \$10,000-\$50,000 por violación. Las Penalidades Monetarias Civiles pudieran incluir hasta tres veces la cantidad reclamada por artículo o servicio; o hasta tres veces la remuneración ofrecida, pagada, solicitada o recibida.

Lección 2: ¿Qué es FWA?

Ley de Exclusión

La Ley de Exclusión (42USC 1320a-7) requiere que la OIG excluya de participar en todos los programas de cuidado de salud federal a individuos y entidades que hayan sido convictos en relación a las siguientes ofensas:

- Fraude a Medicare o Medicaid, así como también otras ofensas relacionadas a servicios o artículos de Medicare que hayan sido brindados
- Abuso al paciente o negligencia al paciente
- Condenas por delitos relacionados al fraude, robo o malas conductas financieras en el cuidado de la salud

La OIG también mantiene la página web de la Lista de Individuos y Entidades Excluidas (LEIE, por sus siglas en inglés).

La Administración de Servicios Generales de Estados Unidos (GSA, por sus siglas en inglés) administra el Sistema de Registro / Lista de Participantes Excluidos (*Excluded Parties List System - EPLS*, por sus siglas en inglés), que permite a varias agencias, incluyendo la OIG, a tomar medidas para excluir.

Cuando busque a individuos y entidades excluidas, verifique tanto el LEIE como el EPLS, ya que las listas no son iguales. Para más información, vea el 42 CFR 1001.1901.

Ejemplo

Una compañía farmacéutica se declaró culpable de dos cargos de fraude criminal al no poder presentar informes requeridos por la Administración de Drogas y Alimentos relacionados con tabletas de sulfato de morfina más grandes. El ejecutivo de la compañía farmacéutica fue excluido a partir de la declaración de culpabilidad de la empresa. Al momento de la exclusión del aún no convicto ejecutivo, había evidencia que lo señalaba como implicado en los actos de conducta indebida que desembocaron en la condena de la empresa.

Lección 2: ¿Qué es FWA?

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

La Ley HIPAA creó un mayor acceso a los seguros de cuidado de salud, fortaleció la protección de la privacidad de la información del cuidado de la salud, y promovió la estandarización y la eficiencia en la industria del cuidado de la salud.

La Ley HIPAA es una salvaguarda para prevenir el acceso no autorizado a información protegida de cuidado de salud. Como individuo que tiene acceso a información protegida de cuidado de salud, usted debe cumplir con HIPAA.

Ejemplo

Un ex empleado de un hospital se declaró culpable de cargos criminales bajo HIPAA después de obtener información protegida de salud con la intención de usarla para su beneficio personal. Fue condenado a 12 meses y 1 día en prisión.

Daños y Penalidades

Violaciones pueden resultar en Penalidades Monetarias Civiles. En algunos casos, pueden aplicar penalidades criminales.

Lección 2: Su rol en la lucha contra FWA

¿Dónde encajo yo en todo esto?

Como individuo que provee servicios de salud o administrativos a los afiliados de la Parte C o Parte D de Medicare y al Programa Medicaid, con toda probabilidad usted es empleado/a o contratista de un:

- **Patrocinador** (Ejemplos: Plan Médico, Compañía Medicare Advantage [MAO] o un Plan de Medicamentos Recetados [PDP])
- **Contratista** (Ejemplos: Administración de Beneficios Farmacéuticos [PBM], hospital o institución de cuidado de salud; grupo de proveedores; oficina médica; laboratorio clínico; compañía de servicio al cliente; compañía de procesamiento y adjudicación de reclamaciones; compañía que maneja afiliaciones, desafiliaciones y funciones de membresía, y agentes de ventas contratados)
- **Subcontratista** (Ejemplos: farmacias, oficina médica, compañías que proveen servicios de agente / *broker*, compañías de mercadeo y centros de llamadas)
- **Proveedor**
- **Entidad Relacionada** (Ejemplos: Entidad con propiedad o control común de un Patrocinador, proveedor de promoción de la salud o *SilverSneakers*®)

Lección 2: Su rol en la lucha contra FWA

¿Cuáles Son Sus Responsabilidades?

Usted tiene un rol importante en la prevención, detección y notificación de posible FWA, así como el incumplimiento con Medicare y Medicaid.

- **PRIMERO**, debe cumplir con todos los requisitos estatutarios (legales) y regulatorios, entre otros, que apliquen de la Parte C y la Parte D de Medicare, o el Programa Medicaid, incluyendo la adopción y utilización de un programa de cumplimiento efectivo.
- **SEGUNDO**, usted tiene un deber de informar cualquier inquietud de cumplimiento, así como sospechas o conocimiento real de fallas de cumplimiento que pueda tener.
- **TERCERO**, usted tiene el deber de seguir el Código de Conducta de su compañía ya que el mismo expresa su compromiso y el de su compañía para con los estándares de conducta y las normas éticas de comportamiento.

¿Cómo Previene el FWA?

- Esté alerta ante cualquier actividad sospechosa
- Compórtese de manera ética
- Asegúrese de usar datos y de facturar con precisión y puntualidad
- Asegúrese de coordinar con otros pagadores
- Manténgase al día con las políticas y procedimientos de FWA, estándares de conducta, leyes, reglamentos y la guía de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS)
- Verifique toda la información que reciba

Manténgase Informado Sobre Políticas y Procedimientos

- Conozca las políticas y procedimientos de su entidad.
- Cada Patrocinador y FDR debe contar con políticas y procedimientos para lidiar con FWA. Estos procedimientos le ayudarán a identificar, prevenir, reportar y corregir FWA.
- Los Estándares de Conducta deben expresar las expectativas del Patrocinador con respecto a que:
 - Todos los empleados actúen de manera ética
 - Los mecanismos apropiados están implantados para que cualquiera pueda reportar el incumplimiento o posible FWA
 - Los problemas reportados serán atendidos y corregidos
- Los Estándares de Conducta le informan a los empleados y FDRs que el cumplimiento es responsabilidad de todos en la compañía, en todos los niveles.

Lección 2: Su rol en la lucha contra FWA

Reporte el FWA

- Todos debemos reportar sospechas de FWA. El Código de Conducta de su Patrocinador debe claramente indicar esta obligación. Los Patrocinadores no pueden tomar represalias en contra suya por hacer una denuncia de buena fe.
- Reporte cualquier inquietud de FWA a su Departamento de Cumplimiento o al Departamento de Cumplimiento de su Patrocinador. El Departamento de Cumplimiento de su Patrocinador investigará y tomará la determinación que corresponda. Por lo regular, los Patrocinadores tienen una Unidad de Investigaciones Especiales (SIU, por sus siglas en inglés) dedicada a la investigación de FWA. También pueden tener una Línea Directa de Ayuda de FWA.
- Cada Patrocinador debe tener un mecanismo para que empleados y FDRs reporten sobre posibles casos de FWA. Cada Patrocinador debe aceptar informes anónimos y no puede tomar represalias en contra suya por informar.
- Revise los manuales de su compañía para conocer las maneras de reportar FWA.
- Si tiene dudas, llame a su Departamento de Cumplimiento o a la Línea de Ayuda de FWA.

Lección 2: Su rol en la lucha contra FWA

Reportar FWA Fuera de Su Compañía

- Si se justifica, los Patrocinadores y los FDRs deben informar sobre conductas potencialmente fraudulentas a las autoridades gubernamentales, tales como la OIG, el Departamento de Justicia, o CMS.
- Individuos o entidades que voluntariamente deseen divulgarle a la OIG fraudes potenciales que han descubierto, lo pueden hacer bajo el Protocolo de Divulgación Voluntaria (*Self-Disclosure Protocol / SDP*). La divulgación voluntaria ofrece a los proveedores la oportunidad de evitar los costos y las interrupciones relacionadas con las investigaciones realizadas por el Gobierno y por los litigios civiles o administrativos.

Detalles a Incluir Cuando Reporte FWA

Cuando reporte sospechas de FWA, debe incluir:

- La información de contacto para la fuente de información, los sospechosos y los testigos
- Detalles del presunto FWA
- Identificación de las reglas de Medicare presuntamente rotas
- Historial de cumplimiento de la parte sospechosa, educación, adiestramiento y comunicación con su compañía u otras entidades

Dónde reporter FWA

Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés):

- **Tel:** 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) o TTY: 1-800-377-4950
- **Fax:** 1-800-223-8164
- **Correo electrónico:** HHSTips@oig.hhs.gov
- **En la web:** <https://forms.oig.hhs.gov/hotlineoperations/index.aspx>

Para Medicare Partes C y D:

- Investigations Medicare Drug Integrity Contractor (I MEDIC) al 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379)

Para Medicaid:

- PRMFCU: PRMFCU@justicia.pr.gov, 787-721-2900 extensión 1560/1561

Para otros Programas Federales de Cuidado de Salud:

- **Línea de Ayuda de CMS:** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY: 1-877-486-2048

Página web para beneficiarios de Medicare: [Medicare.gov/forms-help-and-resources/report-fraud-and-abuse/fraud-and-abuse.html](https://www.medicare.gov/forms-help-and-resources/report-fraud-and-abuse/fraud-and-abuse.html)

Lección 2: Su rol en la lucha contra FWA

Acciones para la Corrección

- Una vez se identifique fraude, pérdida o abuso (FWA), este debe corregirse con prontitud. Corregir el problema le ahorra dinero al gobierno y asegura el cumplimiento con los requisitos regulatorios.
- Desarrolle un plan para corregir la situación. Consulte con el Oficial de Cumplimiento de su compañía sobre el proceso de desarrollo del plan de acción correctiva. La versión final de este plan debe variar dependiendo de las circunstancias específicas. En general:
 - Con el propósito de evitar incumplimiento en el futuro, diseñe un plan de acción correctiva para corregir el FWA que tuvo como resultado infracciones al programa.
 - Adapte las medidas correctivas para atacar el problema específico o la deficiencia FWA identificada. El mismo debe incluir periodos de tiempo para acciones específicas.
 - Documente las medidas correctivas dirigidas al incumplimiento o a FWA cometido por un empleado del Patrocinador o un empleado del FDR e incluya las consecuencias de no completar la medida correctiva exitosamente.
 - Una vez comenzado, monitorear periódicamente las acciones correctivas para comprobar que son efectivas.



Ejemplos de Medidas Correctivas

Las medidas correctivas pueden incluir:

- Adoptar correcciones / revisiones de prepago o requisitos de revisión de documentación
- Adiestramientos obligatorios
- Proveer materiales educativos
- Revisión de políticas y procedimientos
- Envío de Cartas de Amonestación
- Medidas disciplinarias, tales como suspender el mercadeo, la afiliación o los pagos
- Despido del empleado o proveedor

Lección 2: Su rol en la lucha contra FWA

Indicadores de posible FWA

Ahora que ya conoce sobre su rol en cuanto a prevenir, reportar y corregir FWA, repasemos varios indicadores clave que le ayudarán a reconocer las señales de que alguien está cometiendo FWA.

A continuación, se muestran situaciones con potencial para FWA. Cada una provee preguntas que debe hacerse sobre diferentes áreas, dependiendo de su rol como empleado de un Patrocinador, farmacia u otra entidad que provea beneficios a beneficiarios de las Partes C y D de Medicare y el Programa Medicaid.

Indicadores clave: Posibles Conflictos con Beneficiarios

- ¿La receta, expediente médico o examen de laboratorio luce alterado o falsificado?
- ¿El historial médico del beneficiario respalda el servicio solicitado?
- ¿Ya ha despachado varias recetas iguales para este beneficiario, posiblemente hechas por diferentes médicos?
- ¿Es la persona quien recibe el servicio médico el beneficiario? (Robo de Identidad)
- ¿El medicamento recetado es apropiado tomando en cuenta los otros medicamentos recetados a este beneficiario?

Indicadores clave: Posibles Conflictos con Proveedores

- ¿Los medicamentos recetados por este proveedor son apropiados para la condición de salud de este beneficiario? (Medicamento Necesarios)
- ¿Este proveedor le factura al Patrocinador por servicios no provistos?
- ¿Este proveedor receta una variedad de medicamentos o solo medicamentos controlados?
- ¿Este proveedor está brindando servicios médicamente innecesarios para este beneficiario?
- ¿Este proveedor está recetando una cantidad mayor de la que es médicamente necesaria para la condición?
- ¿El Identificador Nacional de Proveedor (*National Provider Identifier / NPI*), activo y válido de este proveedor, aparece en la receta?
- ¿Está el diagnóstico del paciente documentado en el expediente médico?

Lección 2: Su rol en la lucha contra FWA

Indicadores clave: Posibles Conflictos con Patrocinadores

- ¿El Plan / Patrocinador alienta / promueve el que se presenten ajustes de riesgo inapropiados?
- ¿El Plan / Patrocinador hace creer al beneficiario que el costo de sus beneficios es más bajo de lo que realmente es?
- ¿El Plan / Patrocinador ofrece efectivo para que los beneficiarios se afilien al plan?
- ¿El Plan / Patrocinador utiliza agentes de ventas sin licencia?

Indicadores clave: Posibles Conflictos con Farmacia

- ¿Los medicamentos destinados a égidas, hospicios y otras entidades se están desviando y enviando a otros lugares?
- ¿Se están despachando medicamentos expirados, falsificados, diluidos o ilegales?
- ¿Se están despachando medicamentos genéricos cuando la receta indica que se deben despachar medicamentos de marca?
- ¿Se le está facturando a los PBMs por recetas no despachadas o recogidas?
- ¿Se están tomando las medidas correspondientes si la receta no se despacha completa (no se aplican cargos adicionales por despachos parciales)?
- ¿Ha visto cambios/alteraciones en recetas (Cambios de Cantidad o Despache Según Se Indica)?
- ¿Están los servicios de facilitación de elegibilidad (EI) y la información que proporcionan utilizados para fines distintos a determinar la elegibilidad del paciente?

Indicadores clave: Posibles Conflictos con Droguerías / Mayoristas

- ¿El mayorista / la droguería está distribuyendo medicamentos falsos, diluidos, expirados o importados ilegalmente?
- ¿El mayorista / la droguería está desviando medicamentos destinados para égidas, hospicios y clínicas de SIDA, luego sube los precios y los envía a droguerías más pequeñas o a farmacias?

Indicadores clave: Posibles Conflictos con Fabricantes

- ¿El fabricante promueve el uso no indicado (*off-label use*) de medicamentos?
- ¿El fabricante provee muestras a instituciones aun sabiendo que estas facturan por las mismas a programas de cuidado de salud federales?

Informa violaciones éticas, de cumplimiento, fraude, pérdida y abuso del Programa Medicare, de manera confidencial, accediendo:

www.mmmpr.ethicspoint.com

O, llamando al



Informa violaciones éticas, de cumplimiento, fraude, pérdida y abuso del Programa Medicaid, de manera confidencial a:

- **Website Ethics Point :** www.psg.ethicspoint.com
- **Hot Line** 1-844-256-3953
- **Correo:** VitalSIU@mmmhc.com

Cualquier sospecha o conducta inapropiada observada, incluyendo violaciones a la ley y regulaciones, o cualquier preocupación de ética, debe ser reportada



Regulaciones Aplicables a la Industria de la Salud en Puerto Rico

Agenda

1. Plan de Competencia Cultural
2. Declaración Previa de Voluntad Sobre Tratamiento Médico, mejor conocido como “Directrices Avanzadas” (Ley 160-2001, según enmendada)
3. Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente (Ley 194-2000, según enmendada)
4. Ley para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y para la Seguridad, Bienestar y Protección de los Menores (Ley 57-2003, según enmendada)
5. Ley para la Prevención e Intervención contra la violencia doméstica (Ley 54-1989, según enmendada)
6. Protocolo de Prevención y Detección de Posibles Casos de Explotación Financiera a Personas de Edad Avanzada o Adultos con Impedimentos

¿Qué es Competencia Cultural?

- Es el conjunto de destrezas interpersonales que le permite 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 con diferentes personas.

Plan de Competencia Cultural

- Los empleados y asociados de MMM deben proveer servicio a todos los beneficiarios de cualquier cultura, raza, raíces étnicas, identidad de género, expresión de género u orientación sexual real o percibida (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer, queer/ questioning, intersexual, asexual, “two-sprit”) conocido como LBGTQIA2S+ 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 con 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, incluyendo raza, religión, identidad de género, expresión de género u orientación sexual real o percibida (LGBTQIA2S +), origen étnico o idioma.
- Disminuir las discrepancias en la atención médica recibida.
- Aumentar el entendimiento de nuestros empleados, contratistas y proveedores de salud sobre las diferencias culturales y religiosas.

Componentes del Plan de Competencia Cultural

- **Servicios lingüísticos o de intérprete:**

- Los proveedores deben ayudar 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 estarán disponibles tanto en español como en inglés, y tendrán un lenguaje entendible por un menor de cuarto grado de escuela.

Componentes del Plan de Competencia Cultural

- **Creencias Religiosas:**

- Asegurar que todos los empleados traten con respeto a los beneficiarios conforme 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 LGBTQIA2S+:
 - Existe una guía básica a proveedores para manejo sensible y adecuado al brindar servicios de salud a beneficiarios LGBTQIA2S+, la cual es distribuida a los proveedores.
 - Respetar las leyes relacionadas aplicables en Puerto Rico, como 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 LGBTQIA2S+.
 - 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.



Beneficiarios de las Islas Municipio Vieques y Culebra

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,
según enmendada)**

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 reconocido en la Ley de Puerto Rico Número 160 de 2001, según enmendada, por 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, para que 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 proveerles una copia de dicho documento.
- La directriz anticipada puede ser firmada: (i) en presencia de un Notario Público y dos testigos que sean mayores de 21 años de edad; o (ii) en la presencia de un Médico y dos (2) testigos que sean mayores de 21 años de edad.
- El beneficiario puede modificaren cualquier momento el documento de directivas anticipadas, en parte o totalmente.
- 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 y
Responsabilidades del Pacientes
(Ley 194 del 25 de agosto de 2000,
según enmendada)**

Carta de Derechos de los Pacientes

Ley 194 de 2000

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, entre otros.

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 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

- Mantenerse informado sobre su cubierta del plan, sus límites y exclusiones.
- Informar a su médico sobre: (i) Cambios en su salud, (ii) Información que no haya entendido, (iii) Razones por las cuales no pueda cumplir con el tratamiento recomendado.
- Proveer a su médico toda la información sobre su salud, así como seguir los tratamientos recomendados por sus médicos y llevar un estilo de vida saludable.
- 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 Procurador 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 provisiones de esta Ley, incurrirá en falta administrativa y será sancionado con pena de multa no menor de \$500 ni mayor de \$5,000 por cada incidente o violación de ley.
- OPP 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 para la Prevención del Maltrato,
Preservación de la Unidad Familiar y para la
Seguridad,
Bienestar y Protección de los Menores”
(Ley 57 de 11 de mayo de 2023, según enmendada;
deroga la Ley Núm. 246 de 2011)**

Ley para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y para la Seguridad, Bienestar y Protección de los Menores

Ley Núm. 57-2023, según enmendada

- Esta ley establece la “Ley para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y para la Seguridad, Bienestar y Protección de los Menores,” a los fines de garantizar cumplimiento con las partes B y E del Título IV de la Ley del Seguro Social, según enmendada por la Family First Prevention Services Act, 42 USC §§621-629m y 42 USC §§670-679c; y la derogó la Ley Núm. 246 de 2011, conocida como “Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores”.
- Incorpora varios términos y conceptos nuevos en nuestra jurisdicción, necesarios para la modificación del paradigma programático del sistema de protección de menores. Uno de los términos más importantes es el de “menor en riesgo a ingresar a cuidado sustituto”: menor de edad y a su familia que pueden beneficiarse de tratamiento y servicios dirigidos a la preservación de la unidad familiar ante una situación de riesgo de maltrato o negligencia, y evitar que dicho menor ingrese a cuidado sustituto.
- El término se utiliza también para distinguir situaciones donde los esfuerzos de preservación sean viables cuando se requiera la remoción de un menor de su hogar, su ubicación en cuidado sustituto, y el comienzo de la acción judicial correspondiente.

Ley Núm. 57 del año 2023, según enmendada

- Tiene además el propósito de garantizar el bienestar de los menores de edad, y asegurar que los procedimientos en los casos de maltrato se atiendan con diligencia.
- Define el abuso infantil como 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 Núm. 57 del año 2023, según enmendada

- Conforme esta ley, “mejor interés del menor” se refiere de forma universal al conjunto de acciones y procesos tendentes a garantizarle a un menor su desarrollo integral y una vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas que le permitan vivir plenamente y alcanzar su máximo potencial, incluyendo, pero sin limitarse a factores que afecten la seguridad, bienestar físico, mental, emocional y otros.
- “Persona responsable del menor”, incluye a toda persona que esté a cargo de este de forma temporal o permanente, como a los progenitores, un familiar, entre otros.

Ley Núm. 57 del año 2023, según enmendada

- Establece, además:
 - las prerrogativas y límites que tiene el Departamento de la Familia en cuanto a la determinación de dónde ubicar a un menor.
 - Aclara el rol de los manejadores de casos en la preparación de diferentes planes dirigidos a preservar la unidad familiar a través de fomentar el regreso del menor a su hogar en caso de ser removido, su ubicación permanente con algún recurso familiar o mediante el mecanismo de la adopción.
 - En cuanto a las acciones judiciales detalla los pasos a seguir en todas las etapas de los procesos de protección de menores ante nuestros tribunales. Esto incluye los términos de tiempo para la celebración de vistas críticas, el lenguaje que debe utilizarse en las órdenes, resoluciones y sentencias, entre otros. Los términos de tiempo para llevar a cabo esfuerzos razonables de reunificación también fueron revisados, ante la necesidad y posibilidad de proveer servicios de esta índole a las familias por más de seis (6) meses, con el objetivo de fomentar la implementación de esta ley de una manera uniforme a través de todos los tribunales de Puerto Rico.

Ley Núm. 57 del año 2023, 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 de salud 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.
- 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 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 estas; 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.
- Desde el 2022, la ley incluye 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 violencia 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.
- En ocasiones, 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.
- La violencia doméstica puede manifestarse a través de: (i) violencia física y/o psicológica; (ii) intimidación o amenazas; (iii) agresión sexual; (iv) privación de libertad.

Información de Contacto de la Oficina de la Procuradora 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?

- La finalidad de la "Ley del Programa de Prevención y Seguridad para las Víctimas de Violencia de Género" es 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

¿Qué es explotación financiera?

- La *explotación financiera* es una modalidad de maltrato hacia las personas de edad avanzada o un adulto con impedimento, incurrida por familiares, amigos, vecinos, personas encargadas del cuidado, entre otros.
- La Ley Núm. 121-1986, según enmendada, define la explotación financiera como el uso impropio de los fondos de una persona de edad avanzada, de la propiedad, o de los recursos por otro individuo, incluyendo, pero no limitándose, a fraude, falsas pretensiones, malversaciones de fondos, conspiración, falsificación de documentos, falsificación de récords, coerción, transferencia de propiedad, o negación de acceso a bienes.

Explotación financiera - Razones

Algunos factores que contribuyen a que ocurra la explotación:

- Aislamiento
- Soledad
- 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
- La situación económica de hijos e hijas y/o riña entre estos por los recursos de los padres.
- 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.

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

¿Cómo evitar la explotación financiera?

Información que nuestros beneficiarios deben conocer:

- Identificar y seleccionar cuidadosamente a la persona con quien compartirá sus asuntos financieros.
- Proteger y mantener en lugar seguro su chequera, tarjetas de crédito o ahorros, estados financieros, y cualquier otro documento sensible.
- No compartir su número de Seguro Social o número secreto del cajero automático (ATH) con ninguna persona, especialmente vía telefónica.

Penalidades

El Código Penal de Puerto Rico 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 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.
- El *Código Penal de Puerto Rico* establece en sus Artículos 127-C y D la Explotación Financiera de Personas de Edad Avanzada, así como detalla las modalidades y penas, entre otros, para personas que cometen este delito.



Gracias por su atención

Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico

Plan Vital

Objetivo:

Proveer información general sobre el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, mejor conocido como Plan Vital, y los requisitos regulatorios que aplican a los servicios que MMM Multihealth (MMM) ofrece actualmente a los beneficiarios elegibles al Programa Medicaid.



Programa de Medicaid:

Medicaid es un programa del Gobierno Federal que aporta beneficios a los estados y territorios americanos, incluyendo Puerto Rico para pagar los gastos médicos de ciertos grupos de personas de bajos recursos.

- Efectivo el 1 de octubre de 2010, el Programa de Salud del Gobierno creó nuevos objetivos de política pública para transformar el sistema de salud de Puerto Rico, para así promover un enfoque integrado hacia la salud física y mental, y mejorar el acceso a servicios de cuidado primario y especializado de calidad.
- Bajo esta política, el programa de salud del gobierno, previamente conocido como “Reforma”, se transformó en “Mi Salud”, posteriormente cambió a Plan de Salud de Gobierno (PSG).
- Desde el 1 de noviembre de 2018 el nombre del programa cambió a Plan Vital. En este modelo, los beneficiarios pueden escoger a su médico primario y grupo médico en cualquier parte de Puerto Rico.

Plan Vital

El modelo de Plan Vital estableció región de servicio única para toda la isla desde el 2018.

En septiembre de 2022, el Gobierno de Puerto Rico anunció que las mismas aseguradoras que hasta entonces se mantenían ofreciendo servicios a los beneficiarios del Plan Vital revalidaron para un nuevo contrato por un término de 3 años. Estas son:

- **MMM Multi Health**
- First Medical Health Plan
- Plan de Salud Menonita
- Triples S Salud



Población menores en cuidado sustituto y sobrevivientes de violencia de género

Población Vital X: Menores en cuidado sustituto y sobrevivientes de violencia de género

- Conocida anteriormente como la Región Virtual.
- Desde enero 2023, MMM MH se encarga del manejo y necesidad de esta población.
- MMM MH tiene personal dedicado para atender esta población.
- **Importante: Ningún empleado está autorizado a proveer información relacionada a esta población.**

Esta región comprende a todos los beneficiarios bajo la custodia de:

- Administración de Familias y Niños (ADFAN) del Departamento de la Familia
 - ✓ Niños y jóvenes de 0-21 años (una vez cumplen los 21 años salen del programa) bajo la custodia del Estado.
- Oficina de la Procuradora de la Mujer (OPM)
 - ✓ Población sobreviviente a violencia de género en albergues e incluye a sus hijos menores de edad.

La población Vital X tiene las siguientes características:

- No se asigna Médico Primario (PCP) ni Grupo Médico (PMG)
- Tienen turnos preferenciales en las oficinas e instalaciones médicas
- Tienen acceso a toda la Red de Proveedores de MMM MultiHealth
- No necesitan referido
- Las tarjetas y cartas de bienvenida NO se envían por correo
 - Son entregadas una vez a la semana al contacto del organismo que atiende al paciente (ADFAN, Albergues de OPM).

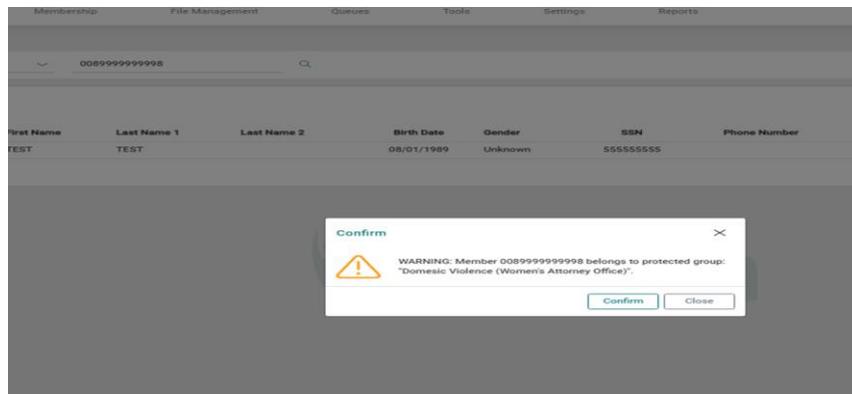
Solo empleados autorizados tienen acceso a la información de esta población.

Se crearon restricciones en nuestros sistemas con este propósito (C3PO/EMMA).

Si usted recibe cualquier situación relacionada a esta población, por favor, notifique inmediatamente a su supervisor.

Confidencialidad

- Ejemplo del mensaje que aparecerá en nuestros sistemas:



Programa de Trabajo Social

Unidad Dedicada para la Población Vital X



Punto de **contacto centralizado** para canalizar los asuntos referidos por ADFAN y OPM.

Servicio
Concierge



El **equipo interdisciplinario** incluye profesionales en el campo de trabajo social y profesionales clínicos con conocimiento en manejo de casos, servicio al cliente y procesos operacionales.

Sentido de
Urgencia



La unidad dedicada cuenta con el apoyo de un **equipo de resoluciones**, que incluye expertos de las demás áreas operacionales para promover la solución expedita de los asuntos referidos.

Equipo de
Resolución de
Operaciones



Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

¿Qué son los Determinantes Sociales de la Salud?



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud son "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".



Las fuerzas y condiciones incluyen el sistema político, factores económicos, ambientales, culturales, sociales y, visto a nivel individual, se refiere a factores relacionados a la educación, empleo, redes de apoyo, vivienda y acceso a servicios médicos y de índole social.



Todas las condiciones antes descritas varían de persona en persona, así como en los subgrupos poblacionales. Estas diferencias dan paso a desigualdades que, en instancias pueden ser inevitables, pero también pueden ser atendidas y eventualmente prevenibles.

Determinantes Sociales de la Salud

• Responsabilidades de MMM Multi Health

Evaluar las necesidades de los beneficiarios relacionadas con los determinantes sociales de la salud utilizando una herramienta de detección estandarizada proporcionada por ASES.

- Referir los beneficiarios a los servicios y el apoyo de la comunidad, según sea necesario, basado en los resultados de la evaluación de determinantes sociales.
- Ofrecer seguimiento a los referidos para servicios sociales e incluir a los trabajadores sociales o comunitarios de la salud en los equipos de coordinación de la atención y en otras iniciativas de coordinación de la atención que promuevan una atención holística y centrada en el beneficiario en contextos médicos y no médicos.
- En el escenario que los resultados de la evaluación inicial demuestren que el beneficiario necesita servicios específicos relacionados con los determinantes sociales de la salud, se tiene que garantizar que las actividades detalladas en el contrato sean realizadas por un trabajador social o trabajador comunitario de salud.

Es un programa clínico en que la participación será voluntaria, el beneficiario puede optar por no participar y salir de este en cualquier momento.

Se deben establecer asociaciones a lo largo de todo el proceso de atención, incluso con otras organizaciones de atención de salud y organizaciones comunitarias.

Cada plan será establecido de manera individual y con la intervención directa del participante, esto con el propósito que refleje sus prioridades, intereses y necesidades. La participación en el programa es un beneficio que se determinará de manera individual.

Programa de Trabajo Social



Proceso General



01
Referido

02
Asignación

03
Presentación
del
Programa

04
Evaluación
biopsicosoci
al

05
Discusiones
de casos

06
Coordinación
de servicios y
referidos

07
Intervencio
ne
s y
seguimientos

08
Reevaluación y
cierre de caso

GOAL!

Programa de Trabajo Social

¿Quién puede o no ser referido?

Beneficiarios de MMM Multihealth



Necesidades y Determinantes Sociales de la Salud:

- Requiere, pero no cuenta con apoyo social.
- Requiere una coordinación de transportación para continuidad de cuidado médico.
- Factores sociales le impiden comer las porciones de alimentos recomendadas.
- Necesita una relocalización/reubicación a un hogar seguro.
- Problemas financieros que impactan su salud



Amenazas a la seguridad:

- Abuso
- Explotación financiera
- Agresiones, violencia de género
- Entre otros

Deben ser referidos a servicios de protección estatal:
Departamento de la Familia, Policía y/o 9-1-1.

*Los casos referidos a agencias estatales pueden ser dirigidos a nuestro programa para ofrecer seguimiento y facilitar los procesos.



¿Cómo completar un referido?

Siempre tienen que incluir el número de contrato

Identifíquese como la Fuente de referido y ofrezca su información de contacto

Asegúrese de identificar, al menos, un factor social

**Programa de Trabajo Social
Referido PSG**



El Programa de Trabajo Social de MSO of Puerto Rico, LLC, procura mejorar la calidad de vida y bienestar de los participantes adscritos a las coberturas de Medicaid. Luego de evaluar los criterios y prioridad de la situación referida, un manejador de casos de trabajo social puede realizar una evaluación biopsicosocial en la residencia de la persona referida, si esta acepta participar. Es importante que este formulario se complete y se envíe por correo electrónico a GHP-SW-Referrals@mmhmc.com o vía fax al **787-999-1761** para ser evaluado. Incluya toda la información relevante, para facilitar el proceso de evaluación.

INFORMACIÓN GENERAL	
Número de identificación: _____	Fecha de referido: _____
Nombre de participante: _____	Teléfono #1: _____
Persona contacto: _____	Teléfono #2: _____
Persona que refiere: _____	Teléfono: _____
Según su mejor entendimiento, ¿el/la participante y/o su comunidad podría(n) representar un riesgo de seguridad para el/la Trabajador(a) Social? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, especifique: _____	

CRITERIOS DEL REFERIDO	
FACTORES SOCIALES (Debe cumplir uno o más criterios) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No tiene hogar (deambula)<input type="checkbox"/> Inhabilidad para autocuidado y:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> no cuenta con un cuidador<input type="checkbox"/> no cuenta con apoyo de familiares o personas cercanas<input type="checkbox"/> Problemas de alimentación o preparación de alimentos<input type="checkbox"/> Vive en condiciones inhumanas (extremadamente inadecuadas para un ser humano)<input type="checkbox"/> Negligente con su cuidado debido a:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> que no existe seguimiento clínico<input type="checkbox"/> que no cumple con recomendaciones clínicas (dieta, instrucciones, tratamiento o medicación)<input type="checkbox"/> Problemas de transportación para cuidado médico o para cubrir necesidades básicas<input type="checkbox"/> Infraestructura del hogar insegura debido a que:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> requiere relocalizar mobiliarios, espacios no apropiados<input type="checkbox"/> tiene problemas eléctricos<input type="checkbox"/> el nivel de salubridad en la comunidad o alrededores, u otro factor, puede amenazar su seguridad física<input type="checkbox"/> Problemas financieros dificultan seguimiento clínico<input type="checkbox"/> Poca o ninguna capacidad funcional para realizar actividades	FACTORES CLÍNICOS (Debe cumplir al menos con un criterio social) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Amenita coordinación de servicios clínicos<input type="checkbox"/> Múltiples admisiones<input type="checkbox"/> Múltiples visitas a sala de emergencias por cuidado inapropiado o falta de recursos (económicos o humanos)<input type="checkbox"/> Múltiples readmisiones<input type="checkbox"/> Manejo inadecuado de úlceras o heridas<input type="checkbox"/> Alzheimer<input type="checkbox"/> Demencia<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria<input type="checkbox"/> No adherente a medicamentos<input type="checkbox"/> No adherente a tratamiento
Incluya información adicional relevante: _____	

PO BOX 72010, SAN JUAN, PR 00936-7710

Provea cualquier información que conozca y que pueda implicar un riesgo a la seguridad de los Trabajadores Sociales

Incluya todo dato adicional que pueda ayudar al Trabajador Social a dirigir su evaluación

Programa de Trabajo Social

¿Cómo puedo referir?

1: Identifique:

- número de contrato del beneficiario (member ID)
- las necesidades sociales que afectan adversamente la salud del beneficiario



2: Envíelo vía:
Fax: 787-999-2191



Email: GHP-SW-Referrals@mmmhc.com

3: Información adicional:

- 787-622-3000 X. 51524
- **Myriam Rivera Molina**
(787) 398-4602
- **Liza González Cruz**
(787) 379-3487

Regla de Interoperabilidad

¿Qué es la regla de interoperabilidad de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)?

Es un mandato de CMS que permite ampliar el acceso de los pacientes a su información de salud protegida, de manera electrónica. Todos los planes Medicaid y Medicare Advantage deben cumplir este mandato.

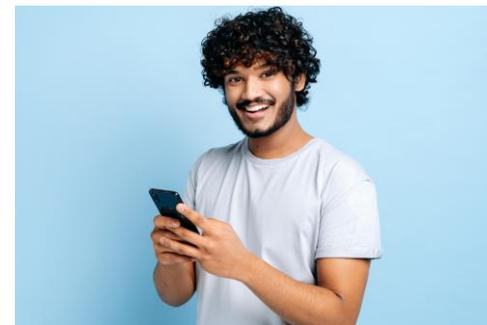
¿Cuál es el propósito de la regla?

La intención es facilitar un mayor acceso del paciente a su información de salud protegida (PHI), para ayudarle a involucrarse más en sus decisiones de atención médica, reduciendo la probabilidad de pruebas duplicadas y otras ineficiencias.

Este acceso a intercambio de información de salud (interoperabilidad) ayuda a garantizar que los proveedores tengan acceso al historial médico de un individuo para tomar decisiones clínicas informadas, lo que puede conducir a un mejor cuidado coordinado.

¿Qué implica esta regla?

Nuestros beneficiarios pueden descargar y registrarse en una aplicación externa de su elección, y dirigir esa aplicación para bajar y acceder a la información de salud que tengamos disponible.



Segunda Opinión

Segunda Opinión

Todo asegurado bajo la cubierta de Plan Vital tiene el derecho de solicitar una segunda opinión médica

MMM MH proporcionará una segunda opinión en cualquier situación en la que exista una duda con respecto a un diagnóstico, las opciones de cirugía o los tratamientos alternativos de una afección de salud cuando lo solicite cualquier Inscrito, o un padre, tutor u otra persona que ejerza una responsabilidad de custodia sobre el Inscrito.

La segunda opinión será proporcionada por un proveedor de la red cualificado o, si un proveedor de la red no está disponible, MMM MH coordinará con un proveedor fuera de la red de ser necesario.

La segunda opinión se proporcionará sin costo alguno para el beneficiario.

Segunda Opinión

- MMM MH cuenta con esta información en:
- Página Web- <https://www.multihealth-vital.com/proteccion.html>
- Manual del beneficiario
- Guía del proveedor
- Políticas internas



The screenshot shows the MultiHealth Vital website interface. At the top, there are logos for MMM multihealth and Vital Salud en tus manos GOBIERNO DE PUERTO RICO. A navigation menu includes links for Inicio, Elegibilidad, Beneficios, Red de Proveedores, Formulario de Medicamentos, Apelaciones y Querellas, Para tu protección, Educación y Prevención, Contáctanos, and Términos Importantes. Below the menu, there are buttons for TUS DERECHOS, TUS RESPONSABILIDADES, DIRECTRICES ANTICIPADAS, FRAUDE Y ABUSO, REGISTRO DE CUIDADORES, and REGLA DE INTEROPERABILIDAD. The main content area is titled 'PARA SU PROTECCIÓN' and 'TUS DERECHOS'. It states 'Usted tiene el derecho a:' followed by a list of rights.

TUS DERECHOS

Usted tiene el derecho a:

- Ser tratado con respeto y de una manera digna.
- Recibir información escrita de su Aseguradora en inglés y español y traducida a cualquier otro idioma. También tiene derecho a recibir información escrita en un formato alterno. Después, usted tiene el derecho de recibir toda la información escrita en el futuro en ese mismo formato o idioma, a menos que usted le diga lo contrario a su Aseguradora.
- Recibir información sobre su Aseguradora, facilidades de cuidado de salud, profesionales del cuidado de la salud, servicios de salud cubiertos, y cómo acceder a los servicios.
- Elegir su Grupo Médico Primario, su PCP, y otros doctores y proveedores dentro de su Red de Proveedores Preferidos.
- Escoger un dentista y farmacia dentro de la red de su Aseguradora.
- Comunicarse con sus doctores cuando usted lo desee y en privado.
- Recibir el cuidado médicamente necesario que es correcto para usted, cuando lo necesita. Esto incluye recibir servicios de emergencia, 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Que se le explique en una manera fácil de entender sobre su cuidado y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían trabajar para usted, no importa lo que cuesten o incluso si no están cubiertos.
- Ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de salud. Usted puede rechazar el cuidado.
- [Pedir una segunda opinión para un diagnóstico o plan de tratamiento](#)
- Hacer una Directriz Anticipada. Vea [aquí](#) para más información.

Departamento de Cumplimiento-Medicaid

¿Cuál es tu responsabilidad?



Cumplir con todos los requerimientos, estatutos y regulaciones de ASES y Medicaid



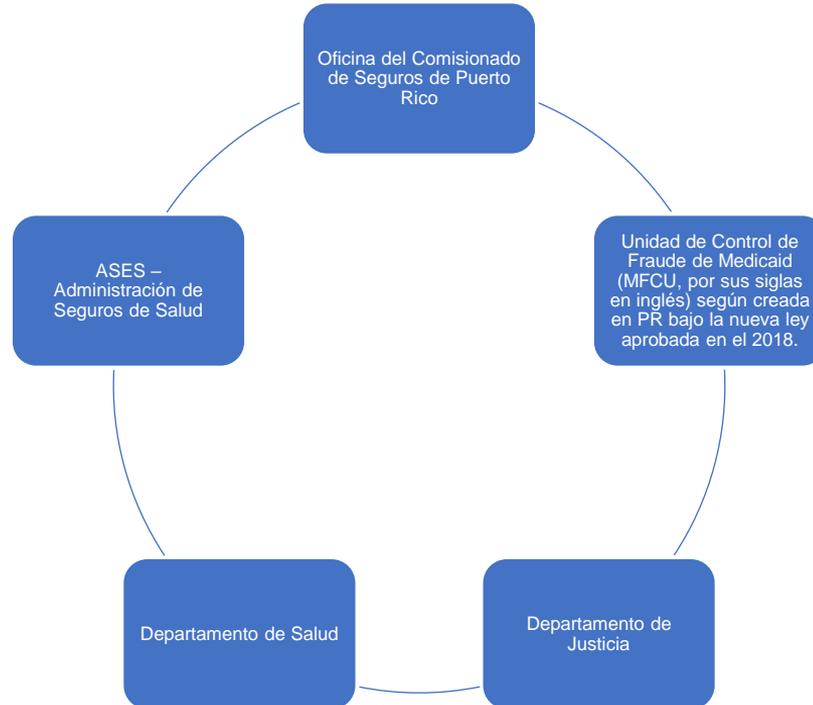
Reportar cualquier violación sobre comportamiento no ético, sospecha de fraude, desperdicio, abuso, privacidad o seguridad



Cumplir con todos los adiestramientos operacionales, regulatorios y de Cumplimiento



Agencias Regulatorias atentas con el FWA



Información de Contactos en Puerto Rico:

Información de contacto disponible para beneficiarios, proveedores, y entidades delegadas para informar cualquier situación de no cumplimiento de forma confidencial:

- **Website Ethics Point** : www.psg.ethicspoint.com
- Hot Line **1-844-256-3953**
- Correo: **VitalSIU@mmmhc.com**

Cualquier sospecha o conducta inapropiada observada, incluyendo violaciones a la ley y regulaciones, o cualquier preocupación de ética, debe ser reportada

Materiales de Mercadeo

Materiales de Mercadeo

- Se considera mercadeo todo tipo de comunicación por parte de MMM MH dirigido a cualquier persona elegible o posible beneficiario que pueda interpretarse razonablemente como una intención de influir en el individuo, para que se inscriba con nosotros, para que no se inscriba en otro plan.
- Además, también se describe como material de mercadeo a cualquier material producido en cualquier medio, por MMM MH o en su nombre, y que pueda interpretarse razonablemente como destinados a comercializar con los posibles inscritos.



Actividades y materiales permitidos:

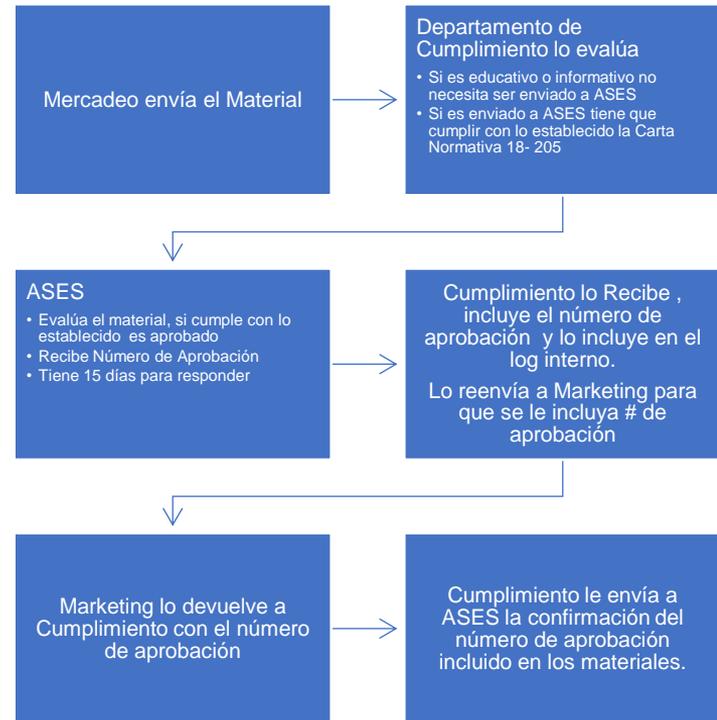
- Distribuir información general a través de los medios de comunicación (es decir, periódicos, revistas y otras publicaciones periódicas, radio, televisión, Internet, publicidad en el transporte público y otros medios de comunicación);
- Realizar llamadas telefónicas, envíos por correo y visitas a domicilio solo a los beneficiarios actualmente inscritos en el plan, con el único propósito de educarlos sobre los servicios ofrecidos o disponibles a través de MMM MH
- Distribuir folletos y exhibir carteles en las oficinas de los Proveedores que informen a los pacientes que el proveedor forma parte de la Red de Proveedores del GHP(MMM MH); y
- Asistir a actividades que beneficien a toda la comunidad, como ferias de salud u otras actividades de educación y promoción de la salud.
- Si se realiza una actividad permitida, se debe llevar a cabo esa actividad en toda la isla.

Actividades y materiales no permitidos

- Participar directa o indirectamente en actividades de marketing puerta a puerta, por teléfono, por correo electrónico, por mensajes de texto u otras actividades de marketing como las llamadas telefónicas conocidas en inglés como “cold call”.
- Ofrecer favores, incentivos o regalos, promociones u otros productos de seguros que estén diseñados para inducir la inscripción en el Plan de MMM MH;
- Distribuir planes y materiales que contengan declaraciones que ASES determine que son inexactas, falsas o engañosas. Las declaraciones consideradas falsas o engañosas incluyen, pero no se limitan a, cualquier afirmación o declaración (ya sea escrita u oral) de que el Plan del Contratista (MMM MH) está respaldado por el Gobierno Federal o el Gobierno, o una entidad similar;
- Distribuir materiales que, según ASES, induzcan a error o describan falsamente la Red de Proveedores MMM MH, la participación o disponibilidad de los Proveedores de la Red, las calificaciones y habilidades de los Proveedores de la Red (incluyendo sus habilidades bilingües); o los horarios y ubicación de los servicios de la red;
- Tratar de influir en la afiliación junto con la venta u oferta de cualquier seguro privado;
- Afirmar o declarar por escrito o verbalmente que el beneficiario o posible beneficiario debe inscribirse con MMM MH.

Proceso de Aprobación*

*** Esta descripción es solo un resumen y no pretende ser una explicación exhaustiva y detallada del proceso***



Operaciones Plan Vital MMM Multi Health

Líneas de Servicio de Plan Vital

Líneas de servicios

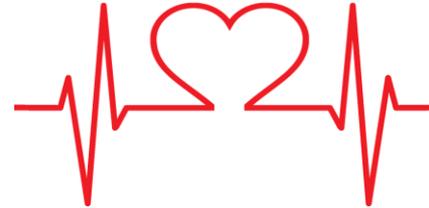
1-844-336-3331 (libre de cargo)
787-523-2656 (área Metro)
787-999-4411 TTY



Lunes a Viernes
7:00 a.m. to 7:00 p.m.

Línea de consulta médica *Haciendo Contacto*

1-844-337-3332 (libre de cargo)
787-523-2653 (área Metro)
787-522-3633 TTY



24 horas/ 7 días a la semana

Unidad de Investigación de Servicio al Cliente



¡Contáctanos!

PSG-Research-Team@mmmhc.com

Principales oficinas de MMM Multihealth

Hato Rey Oficina
Administrativa

Edificio Torre Chardón
350 Avenida Carlos
E. Chardón #500
San Juan, P.R. 00918
Lunes a viernes de 8:00
a.m. a 5:00 p.m.

- También tenemos áreas que manejan las operaciones de Plan Vital en las oficinas de Kennedy

Oficinas de Servicio (Atlántico)

Carolina

Carolina Shopping Court

- Lunes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
- Martes a viernes from 8:00 a.m. to 5:00 p.m.
- último sábado del mes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Humacao

Boulevard Plaza Office Center

- Boulevard del Río, Ramal 3
- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Vieques

Centro de Servicios Integrados

- Carretera Estatal Núm. 200 km 0.4, Urb. Industrial Belén Castaño Vda. Díaz
- Lunes a viernes de 7:30 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m.

Fajardo

- Carr. #3 km. 44.1 Local #2 Bo. Quebrada
- Lunes a viernes de 8:00 a.m. to 5:00 p.m.

Manatí

El Trigal Plaza

- Carretera #2, KM 4.8
- (Esquina) Carr. 149
- Barrio Cotto Norte
- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Canóvanas

Centro comercial Plaza Rial

- Local 4A y 4
- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Oficinas de Servicio (Caribe)

Guayama

Edificio FISA I
Carr. 54, km 2.2,
Solar #6

- Lunes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
- Martes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
- Último sábado del mes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Ponce

Carretera #2
Ponce by Pass
Edificio San
Jorge Mall

- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Orocovis

Edificio
Borinquen
Carretera 155
km 15.3 Bo.
Gato

- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Coamo

Calle Ruiz Belvis
24

- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Mayagüez

Complejo Office
Park III
Carretera #2,
KM 157

- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Aguadilla

Plaza Victoria
Shopping
Center Carr. #2
KM 129.5

- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Servicios disponibles en las oficinas regionales y Satelitales

- **Materiales disponibles para los Beneficiarios:**

- Tarjetas de Identificación;
- Manual del Beneficiario;
- Directorio de Proveedores.

- **Transacciones:**

- Entrega de Tarjetas de Identificación;
- Carta de Certificación de Cubierta;
- Cambios de PCP y GMP;
- Matriculas nuevas;
- Matriculas - recién nacido;
- Matricula ELA Puro;
- Radicación de quejas, querellas y apelaciones;
- Coordinación de Beneficios;
- Tramite y envío de documentos de Pre-Autorizaciones;
- Trámite y envío de documentos de Manejo de casos.



Elegibilidad

Elegibilidad

Personas elegibles bajo la Ley de la Administración de Seguros de Salud, Ley 72 de 7 de septiembre de 1993:

- Ciudadanos americanos
- Personas de bajo o ningún ingreso
- Población Medicaid Federal
- Población Medicaid Estatal
- Niños bajo el programa Children's Health Insurance Program (CHIP)
- Empleados públicos, retirados y sus dependientes
- Policía de Puerto Rico; sus viudas, viudos e hijos que les sobrevivan
- Veteranos
- Niños bajo la custodia del Estado – Región Virtual
- Sobrevivientes de violencia doméstica - Región Virtual

Proceso de Inscripción

- El Programa Medicaid Puerto Rico determinará si el beneficiario es elegible a Plan Vital.
- De ser elegible, Medicaid entrega la forma Notificación de Decisión al beneficiario (antes conocida como MA-10).
- El documento contiene:
 - ✓ Nombre
 - ✓ MPI
 - ✓ Tipo de Elegibilidad
 - ✓ Fecha de efectividad de elegibilidad con Plan Vital
 - ✓ Fecha de Vencimiento de elegibilidad
 - ✓ Código de Cubierta
 - ✓ Tope de copagos
 - ✓ El documento contiene la aseguradora seleccionada al momento de realizar su proceso de certificación
 - ✓ El beneficiario puede tener acceso a los servicios cubiertos utilizando la Notificación de Decisión mientras recibe su tarjeta.
- La aseguradora enviará una carta de ***Bienvenida a Plan Vital***

Período de Inscripción Abierta (OEP)

- El Período de inscripción abierta (*Open Enrollment Period*) será a partir del **1ro de enero al 14 de febrero de 2025**.
- Un beneficiario puede solicitar un cambio de aseguradora por justa causa en cualquier momento durante el periodo de inscripción abierta, contactando al consejero de inscripción o a ASES:

Centro de Llamada de ASES

Tel.: 787-474-3300 / 1-800-981-2737

Consejero de Inscripción

Tel. 1-833-253-7721

Aplicación Móvil ASES

- ASES tendrá a disposición una aplicación móvil para que los beneficiarios elijan el plan médico con que quieren afiliarse.
- Beneficiario que no elija libremente su aseguradora de Vital en el periodo abierto de inscripción , ASES le asignará a una.



Tarjeta del Plan

- La tarjeta del plan se enviará por correo postal al beneficiario en el periodo de 5 días a partir de haber cargado la elegibilidad en el sistema.
- Si el beneficiario no puede esperar, debe pasar por una Oficina Regional de Servicio o comunicarse a Servicio al Cliente.
- Se puede enviar una certificación de cubierta por fax o correo electrónico al beneficiario o a la oficina médica.
- Ningún hospital puede negarle servicios de emergencia por no tener la tarjeta.

Aplicación Móvil Plan Vital

- Diseñada para servir como enlace facilitador
- Contiene la información de los beneficiarios como aparece en nuestros sistemas
- Permite a los beneficiarios y cuidadores tener una participación mayor en su atención de salud
- Gratuita, segura y fácil de usar
- Descargándola desde las plataformas de App Store y Google Play



Aplicación Móvil Plan Vital



La función de **PERFIL** permite al beneficiario ver su información personal, clínica, tarjeta del plan, medico primario, cuidadores y configuración de la aplicación



Los datos sobre **SALUD** ayudan a organizar iniciativas de prevención y seguimiento a los cuidados. El beneficiario podrá mostrar su lista de medicamentos de hasta 6 meses cuando visite los especialistas.



La función de **MENSAJES** permite a los beneficiarios y/o sus cuidadores recordar datos importantes, recibir invitaciones y anotar sus citas próximas.



En la función de **CALENDARIO** el beneficiario puede ver todos los eventos programados en su calendario y los Eventos MMM disponibles.



En **SERVICIOS** la aplicación permite recibir notificaciones para conocer el estatus de las pre autorizaciones, gastos e información para comunicarse al plan.



Con la función de **DIRECTORIO** el beneficiario puede realizar búsquedas más específicas de Cuidado Primario, Especialistas y Profesionales de la Salud entre otros.

Departamento de Matrícula - Información de Contactos

¿Cómo me puedo comunicar con mi plan médico?

El beneficiario puede acudir a una de nuestras Oficinas de Servicio:

www.Multihealth-vital.com/contacto.html

Llamar a la Línea de Servicio al Beneficiario:

1-844-336-3331 (Libre de Cargo) o TTY
(Audio-impeidos): **787-999-4411**

Correo Electrónico:

PSG_Enrollment@mmmhc.com

Facsímil: **1-844-330-9330**

Correo Postal:

PSG Enrollment - ENR-001
PO BOX 72010
San Juan PR 00936-7710



Periodo de Transición

Periodo de Transición

MMM MH garantizará el acceso continuo a los servicios durante la transición de un beneficiario de una aseguradora de salud contratada por ASES, cumpliendo con lo siguiente:

- Garantizar que el beneficiario tenga acceso a los servicios de manera coherente con el acceso que tenía anteriormente, y se le permita conservar su proveedor actual durante noventa (90) días calendario si ese proveedor no es un proveedor de la Red; se deberá referir al beneficiario a un proveedor de la Red.
- Cumplir plena y oportunamente con las solicitudes de datos históricos de utilización del nuevo contratista u otra entidad en cumplimiento de las leyes federales y estatales;
- Garantizar que el nuevo proveedor del beneficiario pueda obtener copias de los registros médicos del beneficiario, según corresponda.
- Cumplir con cualquier otro procedimiento necesario especificado por CMS o ASES para asegurar el acceso continuo a los servicios para prevenir un detrimento grave de la salud del beneficiario o reducir el riesgo de hospitalización.

Programas Clínicos

Condiciones de Cubierta Especial

Anemia Aplásica	Autismo	Cáncer	Niños con Necesidades Especiales	Enfermedad Renal • Niveles 3, 4 & 5
Enfermedad Renal Terminal (ESRD)	Fibrosis Cística	Hepatitis – C	VIH-SIDA	Lepra
Esclerosis Múltiple & ALS	Obstetricia	Hipertensión Pulmonar	PKU- Adulto	Artritis Reumatoide
Escleroderma	Lupus Eritematoso Sistémico	Tuberculosis	Hemofilia	Cernimiento Auditivo Neonatal
Fallo Cardíaco Congestivo (Etapas III & IV)	Post- Trasplantes	Discinesia Ciliar Primaria	Enfermedad Inflamatoria Intestinal	Paladar Hendido y Labio Leporino
	Albinismo Oculocutáneo		Evaluación para Diagnóstico de Cáncer	

- Es un componente de los Servicios Cubiertos descrito en el contrato de ASES, en la sección 7.7 y Anejo 7. Estos servicios incluyen beneficios más extensivos que la Cubierta Básica.
- La Cubierta Especial está disponible para los beneficiarios con condiciones específicas que requieren cuidado médico intensivo causado por una enfermedad compleja de salud.
- Los beneficiarios matriculados en el **Registro de Cubierta Especial** tienen acceso directo a los especialistas que manejan sus situaciones de salud relacionadas a la condición por la cual están registrados.

Programa de Manejo Caso Complejo y Manejo de Cuidado

- Provee apoyo y educación en salud para beneficiarios identificados con condiciones de salud tanto crónicas como complejas.
- Tiene un enfoque holístico incluyendo cambios saludables en hábitos y en estilos de vida.
- Provee apoyo en la coordinación de cuidado, según sea necesario.
- Integra herramientas de cernimiento tanto de salud física como mental como criterio esencial para el desarrollo del plan de cuidado.
- Desarrolla de un plan de cuidado individualizado.
- Enfocado en la prevención.

Enfocado específicamente en:

- Condiciones de Cubierta Especial;
- Condiciones Complejas de salud física y mental,
- Cuidado Prenatal y Postparto,
- Altos Utilizadores de Salas de Emergencias,
- Condiciones Crónicas - Auto cuidado

Los candidatos son identificados a través de:

- Referidos del Médico Primario o Especialista;
- Registro de Cubierta Especial;
- Análisis de Utilización de Servicios;
- Referidos a través de otros Programas Clínicos

Programa Prenatal

Programa de apoyo para mujeres durante su período prenatal y posparto;

El Programa está enfocado en:

- Promover un embarazo saludable
- Prevención de complicaciones
- Salud mental
- Educación en salud
- Cuidado del recién nacido

Mujeres participantes del programa reciben intervenciones educativas presenciales incluyendo clases de parto y lactancia.

Meta contractual Medicaid: Asegurar que el 85% de las embarazadas reciban servicios bajo el Programa Prenatal y Maternidad.

¿Qué es EPSDT?

EPSDT son siglas en inglés para Cernimiento, Diagnóstico y Tratamiento Temprano, Periódico (***Early, Periodic, Screening, Diagnostic and Treatment***)

- Son servicios de salud mandatorios para niños y jóvenes menores de 21 años, elegibles a servicios de Medicaid;
- EPSDT está contemplado dentro de Medicaid desde el 1967, con un enfoque principalmente preventivo:
 - Identificar cualquier problema en etapas tempranas para brindar los servicios necesarios para aminorar, tratar o curar cualquier condición o enfermedad en la niñez.

Cubierta de Farmacia

Cubierta de Farmacia

- En la cubierta de medicamentos es mandatorio que el medicamento sea genérico, excepto en el caso de que el genérico bio-equivalente no esté disponible. La aseguradora no puede negarse a cubrir un medicamento porque el genérico no esté disponible.
- **Condiciones agudas:** El máximo de despacho será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea medicamento necesario se cubrirán recetas adicionales.
- **Condiciones crónicas:** El máximo de despacho será terapia para treinta (30) días, prescripción original y cinco (5) repeticiones.

Los beneficiarios de Vital tienen acceso a una cubierta de medicamentos acorde a los Formularios de Medicamentos Preferidos (PDL):

Los listados de medicamentos están compuestos de medicamentos preferidos que son evaluados para su exclusión o inclusión en el PDL, por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la ASES.

Para acceder el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG, utilice los siguientes enlaces:

- <https://abarcahealth.com/clients/ases-spanish/>
- <https://www.ases.pr.gov/proveedores?tab=Farmacia#Farmacia>
- <https://www.multihealth-vital.com/eng/formulary.html>



Los copagos correspondientes a los beneficiarios varían de acuerdo a los niveles de ingreso del beneficiario o grupo familiar. Adicional al PDL, existe el **Listado de Medicamentos No preferido (NPDL)**, el mismo está compuesto por medicamentos que han sido evaluados y avalados por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T por sus siglas en inglés) a ser cubierto por el proceso de excepción. Medicamentos fuera del PDL y el NPDL pudieran ser cubierto por el beneficio de farmacia siempre y cuando el medicamento no sea excluido.

Pre-Autorización de Medicamentos



Algunos medicamentos están sujetos a autorización previa según establecido por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la ASES.



Parámetros de tiempo para ofrecer una determinación sobre la pre-autorización: Todas las determinaciones de pre-autorización serán procesadas dentro de 24 horas luego de que MMM MH reciba la información mínima requerida para poder evaluar el caso.



Si la petición no incluye la información mínima requerida para evaluación, MMM MultiHealth debe devolver la petición dentro de las primeras 24 horas. Sin embargo, en el caso de existir una emergencia, MMM MultiHealth evaluará la petición solicitada para otorgar un suplido de emergencias donde se pudiera autorizar un suplido de 72 horas.



De la solicitud requerir información adicional para completar su criterio clínico la misma puede pasar por el proceso de NMI (**N**eed **M**ore **I**nformation) el cual le brinda 72 horas adicionales a las 24 horas iniciales para su evaluación.

Medicamentos por excepción



Cuando se receta un medicamento que no está en el PDL, se autoriza su despacho a través del proceso de excepción (el medicamento debe estar aprobado por la FDA para el tratamiento de la condición).



Para esto el médico que prescribe debe proveer al Departamento de Farmacia justificación clínica por escrito y firmada indicando la razón o los motivos clínicos por los cuales el medicamento solicitado es clínicamente necesario para tratar la enfermedad o condición médica del beneficiario y la duración de la terapia solicitada.



Adicional, el médico que prescribe debe evidenciar lo siguiente:

Paciente ha experimentado serias reacciones adversas a las alternativas disponibles en el PDL; para las drogas fuera de PDL el prescriptor debe evidenciar que paciente ha experimentado serios efectos adversos a las alternativas en PDL y NPDJ;

Fallos terapéuticos a todas las alternativas en el PDL y/o NPDJ, ya sea porque esas alternativas fueron ineficaces o podrían afectar adversamente la Salud o condición del paciente;

Otra circunstancia particular como EPSDT y su política.

Proceso de autorización J codes

La información mínima requerida para una evaluación de códigos J es:

- Fecha de prescripción
- Nombre completo y dirección del paciente.
- Fecha de tratamiento
- Nombre del hospital/centro de infusión:
- Diagnóstico
- Estadío
- Justificación médica si el tratamiento no cumple con el régimen establecido para una condición específica
- Resultados de laboratorio o patología cuando sea necesario.
- Tratamientos previos o historial médico.
- Plan de tratamiento actual (medicamentos utilizados en la receta actual y otros medicamentos utilizados, pero no incluidos en la receta específica)
- Peso del paciente
- Estatura del paciente
- Área de superficie corporal (BSA)
- Notas de progreso

Para una autorización de un medicamento de oncología y/o biológico solicitada a través del beneficio de códigos J:

Parámetros de tiempo para proporcionar una determinación de autorización: Todas las determinaciones de autorización se manejarán dentro de las 24 horas si se solicita de manera expedita o 72 horas si se solicita de manera estándar después de que MMM Multi Health reciba la información mínima requerida para evaluar el caso.

Si se necesita información adicional para casos de códigos J, se solicitará por fax o teléfono durante el tiempo de procesamiento del caso (expedito - 24 horas o estándar - 72 horas).

Información de contacto de Farmacia

¿Cómo contactar el centro de llamadas de Farmacia proveedores?:

§ Local: 787-523-2829

§ Gratuito: 1-844-880-8820



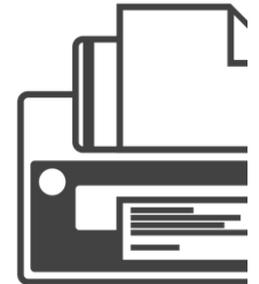
¿Dónde puedo enviar una solicitud de farmacia?:

§ Fax Farmacia: 866-349-0514

§ Email: GHPParmacylabel@mmmhc.com

§ Fax Jcodes: 787-300-4897

§ Email: GHP.PharmacyJcodesPA@mmmhc.com



§ Para la población de Foster Care y violencia doméstica:

Email: VirtualXPharmacyLabel@mmmhc.com

Salud Mental

¿Qué ofrece el Departamento de Salud Mental?

El Departamento de Salud Mental tiene el objetivo de evaluar y manejar efectiva y eficientemente las necesidades clínicas de salud mental de los beneficiarios a los que ofrece servicios mediante:

- Orientación sobre servicios de salud mental;
- Información sobre disponibilidad de Proveedores contratados;
- Autorización de servicios;
- Coordinación servicio al hogar;
- Línea de emergencias;
- Manejo de casos;
- Coordinación de servicios ambulatorios;
- Orientación sobre documentos y procesos para la autorización de medicamentos de salud mental.

Departamento de Salud Mental Integrada: Unidades Operacionales



Centro de Llamadas – Salud Mental

- Orientación y coordinación de servicios ambulatorios;
- Orientación sobre documentos y procesos para la autorización de medicamentos;
- Solicitud de coordinación de servicio al hogar;
- Orientación de Proveedores contratados;
- Servicios ambulatorios prestados por Psiquiatras, Psicólogos y Trabajadores Sociales;
- Servicios hospitalarios y ambulatorios para abuso de sustancias y alcoholismo;
- Registro de condiciones de Salud Mental.

**Horario: Lunes a viernes,
7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Teléfono: 1-844-337-3332**

Centro de Llamadas - Manejo de Casos Salud Mental Integrada

Servicios que requieren autorización previa*:

- Pruebas neuropsicológicas
- Programas de Hospitalización Parcial
- Terapia electroconvulsiva
- Programas Ambulatorios Intensivos

*Todos los servicios con proveedores fuera de la red requieren pre-autorización.

**24 horas,
7 días a la semana.
1-844-337-3332**

Modelo de Cuidado Integrado

Modelo de Co-locación

- Es un modelo de cuidado integrado en el cual servicios de salud mental son provistos en el mismo lugar de cuidado primario de salud física.
- El Grupo Médico Primario debe de facilitar un espacio al Proveedor de salud mental por cada facilidad dónde se requiera.
- El Proveedor de salud mental debe estar disponible para proveer evaluaciones, consultas, y servicios de salud mental a los beneficiarios.
- Un beneficiario identificado con una condición de salud mental aguda o crónica debe ser referido a una clínica de salud mental contratada o al próximo nivel de cuidado, según sea necesario.
- A partir del 1ro de enero de 2023 todos los hospitales de cuidado primario deben de contar con un proveedor de salud mental, según definido por el modelo de colocación. En este escenario un médico primario o especialista puede requerir la intervención de un proveedor de salud mental. El profesional de salud mental proveerá intervenciones clínicas en persona o en consulta con el equipo interdisciplinario (según sea necesario) relacionadas a la salud mental de beneficiarios en sala de emergencia u hospitalizados.

Modelo de Cuidado Integrado

Co-locación Inversa

- Modelo de cuidado integrado en el cual servicios médicos están disponibles a beneficiarios tratados en facilidades de salud mental.
- Incluye beneficiarios con condiciones con comorbilidad las cuales pueden ser crónicas o agudas, con diagnósticos de salud mental.
- Un PCP se encuentra localizado a tiempo completo o parcial en una clínica/facilidad de salud mental para monitorear la salud física de los beneficiarios.
 - Estos utilizan el expediente de salud mental del paciente y coordinan seguimiento con el GMP, según sea necesario.
 - EL PCP colocado puede llevar a cabo las mismas intervenciones médicas y referidos como lo haría un PCP en un GMP.

Ley de Paridad en Salud Mental

MMM MH cumple con el requisito general de paridad (Título 42, CFR, §438.910(b)) que estipula que las limitaciones de tratamiento para los beneficios de salud mental no pueden ser más restrictivas que las limitaciones de tratamiento aplicadas a los beneficios médicos o quirúrgicos. No se requiere un referido del PCP ni una autorización previa para que un beneficiario busque cualquier servicio de salud mental, incluida la evaluación inicial de salud mental por un proveedor de la red contratada.

Coordinación de Beneficios

Coordinación de Beneficios

- La coordinación de beneficios es un método utilizado por las aseguradoras de salud para poder determinar los pagos de las reclamaciones médicas que recibe un beneficiario cuando tiene más de un asegurador de salud.
- El plan primario es el pagador de los servicios cubiertos y el mismo pagará primero según la cubierta y las reglas establecidas.
- En caso de que el plan primario sea un plan privado, el secundario solo pagará por los servicios si estos no están cubiertos por el plan primario. Si es Elegibilidad Dual Medicare, dependerá del costo aplicable al servicio y las reglas establecidas por CMS.
- El Plan Vital será **pagador de último recurso** ante cualquier otro plan o persona a cargo de pagar por servicios médicos.

Elegibilidad Dual (Medicare)

Los beneficiarios de Medicare Parte A serán cubiertos bajo el Plan Vital una vez alcance el beneficio límite de Medicare.

Los deducibles de la Parte A de Medicare **NO** están cubiertos.

Beneficiarios de Plan Vital que también tengan Medicare Parte A y B se les cubrirá farmacia y dental.

Los copagos y deducibles de Medicare Parte B están cubiertos por Plan Vital.

- El proveedor de servicios de salud debe aceptar Medicare y Plan Vital para realizar la coordinación de beneficios.

Pre-Autorizaciones

Pre-Autorización

- Algunos servicios médicos están sujetos a autorización previa según lo establecido por el contrato entre MMM Multihealth y ASES.
- Proceso de Pre Autorización revisa las solicitudes de servicios por proveedores médicos, antes de la prestación de los servicios, excepto en casos de emergencia. Estos se encuentran en una lista selecta de servicios, para determinar si el mismo es un servicio médicamente necesario. Cada caso es manejado de manera individual según sus necesidades médicas con determinaciones finales basadas en guías clínicas y evidencia médica.

Categorías

Categoría Expedita

- Al procesar una solicitud de pre autorización, es importante que la selección de la categoría responda a las necesidades del beneficiario. CMS establece la categoría expedita cuando el beneficiario o su médico entiende que la espera podría poner la vida, la salud o la seguridad de este en peligro grave.
- Estas solicitudes se determinan en o antes de **24 horas** de haberse recibido en el plan.
- Categoría Expedita debe ser establecida únicamente por el médico del beneficiario en la orden médica.

Categoría Estándar

- Categoría utilizada cuando la salud del beneficiario no se encuentra en serio riesgo. Estas solicitudes se determinan en o antes de **72 horas** de haberse recibido en el plan médico.

Solicitud de Pre Autorización

Para procesar una solicitud de servicio se requiere de la siguiente documentación e información:

- Orden médica o Formulario para la solicitud de Pre Autorizaciones completado en todas las partes
- Referido de PCP
- Nombre y número de NPI de PCP
- Nombre y número de NPI del especialista (si aplica)
- Nombre y número de NPI de la facilidad o institución hospitalaria (si aplica)
- Código ICD-10 (Diagnóstico) con descripción
- Código CPT (Procedimiento) con descripción
- Firma del médico y número de licencia
- Fecha de los servicios (si aplica)

Información y vías de envío

- Información de apoyo
Con el propósito de obtener toda la información para la evaluación y determinación del servicio solicitado, el médico debe incluir, aparte de orden médica-referido, lo siguiente:
 - Historial clínico relacionado a servicios relacionados a estudios previos
 - Cualquier otra información relevante al servicio solicitado

• Vías de envío

Portal de Innova MD- Electrónicas

Faxes :

- 1-844-330-1330
- 1-844-220-3220



Quejas, Querellas & Apelaciones

¿Qué son una queja, una querella y una apelación?

Queja: Cualquier expresión de insatisfacción, verbal o escrita, realizada por un asegurado a MMM MH o sus proveedores relacionada al trato recibido.

Querella: Una reclamación de insatisfacción, verbal o escrita, realizada por un asegurado a MMM MH o sus proveedores que se relaciona con los servicios recibidos bajo la cubierta del Plan Vital o aspectos de relaciones interpersonales.

Apelación: Una declaración oral o escrita de insatisfacción con una determinación adversa de las operaciones de la organización tal como: Una denegación de estudios, laboratorios y Rayos X, denegación de un procedimiento, medicamentos o la resolución de la querella.

Tiempos para radicar: El asegurado puede radicar su planteamiento en cualquier momento siempre y cuando cumpla con los términos establecidos:

- Queja: 15 días calendarios a partir de la fecha del evento.
- Querella: En cualquier momento a partir de la fecha del evento.
- Apelación: 60 días calendarios para radicar su apelación desde la fecha en que recibió la determinación.

Términos establecidos para responder al beneficiario



Queja

Debe resolverse en un en 72 horas a la fecha y hora de recibo. Sino puede resolverse se convertirá en querella.



Querella

Debe resolverse en o antes de 90 días y de requerir extensión, son 14 días adicionales; se envía a consideración de ASES.



Apelación

Debe resolverse en o antes de 72 horas a la fecha y hora de recibo si es expedito y 30 días calendarios si es estándar. De requerir extensión son 14 días adicionales; se envía a consideración de ASES.

Querellas y Apelaciones - Información de Contactos

¿Cómo reportar una Queja, Querella o Apelación?

- El beneficiario puede acudir a una de nuestras Oficinas de Servicios.
- Línea de Servicio al Beneficiario: **1-844-336-3331** (Libre de Cargo) o
- TTY (Audioimpedidos): **787-999-4411**.
- Correo Electrónico: agplanvital@mmmhc.com
- Facsímil: **1-844-990-1990 | 1-844-990-2990**
- Correo Postal:

MMM Appeals & Grievances Department
PO Box 72010
San Juan PR 00936-7710

Programa de Calidad

Indicadores de Calidad y Desempeño

El Plan Vital ha desarrollado una serie de indicadores como parte del proceso de mejoramiento de calidad.

- Servicios de cuidado prenatal proporcionados por su médico.
- Educación en salud y promoción de actividades de bienestar.
- Coordinación de servicios en el manejo de condiciones agudas.
- Educación al afiliado en el manejo de condiciones médicas crónicas tales como: diabetes, hipertensión y asma, entre otras.
- Educación a proveedores.
- Ayuda a los médicos a brindar una mejor calidad de cuidado.
- Nivel de servicios preventivos cubiertos.
- Monitoreo de las medidas de desempeño sobre los Determinantes Sociales de Salud (SDOH).



PROVEER UN CUIDADO DE CALIDAD A SUS BENEFICIARIOS CON EL PROPÓSITO DE MEJORAR SU ESTADO DE SALUD O QUE MANTENGA UNA BUENA CONDICIÓN DE SALUD.



TRABAJAR EN CONJUNTO CON LOS BENEFICIARIOS, PROVEEDORES Y AGENCIAS RELACIONADAS, PARA CONTINUAMENTE MEJORAR EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS BENEFICIARIOS.



ASES, JUNTO CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES Y SEGÚN LAS REGULACIONES DE PR, SERÁ EL ENCARGADO DE MONITOREAR EL CUMPLIMIENTO DEL CUIDADO DE SALUD QUE SE OFREZCA.

Red de Proveedores

¿Qué es un Médico Primario y cuáles son sus responsabilidades?

¿Qué es un Médico Primario?

- Profesional de la Salud debidamente licenciado para ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico.
- Contratado por la aseguradora de salud física como médico participante dentro de un Grupo Médico.

Sus responsabilidades son:

- Realizar las evaluaciones médicas pertinentes al estado de salud de los beneficiarios.
- Brindar, coordinar y ordenar todos los servicios y tratamientos de salud que necesiten los beneficiarios de Plan Vital.
- Proveer los servicios médicos preventivos para mantener saludable los beneficiarios.
- Informarle al beneficiario cuando entienda que es necesario visitar a un especialista o subespecialista.
- Proveerle referidos a los beneficiarios cuando sea necesario.
- Coordinar las visitas a especialistas o subespecialistas fuera de la Red Preferida del Grupo Médico Primario.

¿Quiénes se consideran Médicos Primarios?

**Médicos
Generalistas**

**Médicos de
Familia**

Pediatras

**Ginecólogos/
Obstetras**

Internistas

Red Preferida del Grupo/Médico Primario

- Médicos especialistas y subespecialistas
- Servicios médicos ancilares
- Laboratorios Clínicos
- Pruebas Diagnósticas Especializadas
- Centros de Imágenes
- Centros de Cirugía Cardiovascular y Cateterismo
- Hospitales
- Sala de Urgencias
- Sala de Emergencias

Red General de Proveedores

- Médicos especialistas, subespecialistas y facilidades de servicios de salud.
- Contratados por su aseguradora de salud física para brindar apoyo a los Grupos Médicos Primarios.
- Brinda servicios que el beneficiario no pueda obtener a través de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario.
- Para visitar esta red el beneficiario deberá obtener el referido de su Médico Primario y aplicarán los copagos correspondientes.
- ASES establece un tarifario mínimo requerido para el pago de proveedores basado en un por ciento del Medicare Fee Schedule conforme a la especialidad del proveedor.
- ASES estableció tarifas del 100% para todos proveedores de salud, mientras que de un 75% para ambulancias y DME
- ASES establece un pago mínimo por miembro por mes (PMPM) para el medico primario que actualmente es \$18 PMPM.

¡Gracias!