



Freedom Care LLC (y todas las filiales del estado)
FreedomCare Physician Practice, P.C.
FreedomCare Care Management LLC
FreedomCare MSO, LLC
Freedom Care IPA, LLC
EvergreenChoice, LLC

Plan de Cumplimiento

Entrada en vigencia: 8 de septiembre de 2022

Índice

A. Plan de Cumplimiento	4
B. Oficial de cumplimiento	6
C. Comité de cumplimiento.....	6
D. Capacitación de cumplimiento y ética.....	7
E. Responsabilidades de monitoreo y supervisión.....	10
1. Monitoreo del programa de cumplimiento.....	10
2. Monitoreo de cumplimiento, auditorías y evaluaciones de riesgo	11
F. Denuncias, revisiones y medidas correctivas	21
G. Fraude, malgasto y abuso	25
H. Cumplimiento de la ley.....	27
I. Certificación del Plan de Cumplimiento.....	27
J. Código de conducta	28
1. Normas relativas a la conducta personal	28
2. Normas relativas a la facturación, la codificación y la prestación de servicios.....	29
3. Normas relativas a prácticas comerciales	37
4. Normas relacionadas con la confidencialidad y las investigaciones regulatorias	41
K. Otros protocolos y procedimientos de cumplimiento.	43
L. Descargo de responsabilidad	43
Anexo A - RECONOCIMIENTO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO	45
Anexo B - Leyes federales y del estado de Nueva York relativas al fraude y el abuso en la atención médica	47
La FCA (título 31, sección 3729 <i>et seq.</i>).....	47
Estatuto antisoborno [título 42, sección 1320a-7b(b) del U.S.C.].....	48
Ley de Autoderivación de Médicos [título 42, sección 1395nn del U.S.C.]	Error! Bookmark not defined.
Estatuto de exclusión [título 42, sección 1320a-7 del U.S.C.]	50
Ley de Sanciones Monetarias Civiles (CMPL) [título 42, sección 1320a-7a del U.S.C.].....	51
Ley de Remediación Civil de Fraude en Programas de 1986 (“Remediación Administrativa para Reclamos y Declaraciones Falsos” del título 38, sección 3801 <i>et seq.</i> del U.S.C.)....	51
Fraude de servicios médicos (título 18, sección 1347 del U.S.C.).....	52
Declaraciones falsas con relación a servicios médicos (título 18, sección 1035 del U.S.C.).....	52
Ley de Reclamos Falsos de Nueva York (Ley de Finanzas del Estado, artículo 13,	

secciones 187-194).....	52
Ley Stark de Nueva York	53
Ley Laboral de Nueva York (secciones 740 y 741).....	54
Normas de mala conducta profesional aplicables a personal médico y de enfermería con licencia	54
Ley Antisoborno de Medicaid	54
Fraude de servicios médicos (artículo 177).....	54
Fraude de seguros (artículo 176).....	54
ANEXO 1 (MISURI).....	55
APÉNDICE 2 (CAROLINA DEL NORTE).....	56
ANEXO 3 (NEVADA).....	58
ANEXO 4 (ARIZONA).....	60
ANEXO 5 (PENSILVANIA).....	62
ANEXO 6 (COLORADO)	64
ANEXO 7 (GEORGIA)	66

A. Plan de Cumplimiento

Freedom Care LLC (y todas las filiales del estado), FreedomCare Physician Practice, P.C., FreedomCare Care Management LLC, FreedomCare MSO, LLC, Freedom Care IPA y LLC and Evergreen Choice, LLC (en conjunto, "FreedomCare") se enorgullecen de brindar servicios de calidad a sus clientes. Freedom Care LLC es un intermediario fiscal en el Programa de Asistencia Personal Dirigida al Consumidor ("CDPAP"). Reconociendo los aspectos únicos del CDPAP, hemos establecido este plan (el "Plan de Cumplimiento") para cumplir con todos los requisitos de los programas CDPAP y Medicaid. No hay categorías de personas involucradas en el programa CDPAP que no estén cubiertas por estas políticas. Hemos promulgado una serie de procesos continuos para monitorear y evaluar nuestro cumplimiento con todos los requisitos aplicables del CDPAP, Medicaid y otros. Hemos establecido procedimientos para hacer que nuestros sistemas internos sean más eficientes e identificar y resolver problemas rápidamente. Nuestros extraordinariamente sólidos procedimientos antifraude, monitoreo y evaluación nos ayudan a alcanzar nuestro objetivo de brindar un alto nivel de servicio a los consumidores y, al mismo tiempo, minimizar el riesgo de fraude o error.

A menos que se especifique lo contrario, todas las políticas aquí se aplican a todos los empleados y personas asociadas con FreedomCare, desde el director ejecutivo hasta todos los demás ejecutivos, oficiales, directores, coordinadores, gerentes, propietarios y asistentes personales contratados por los consumidores (colectivamente, "Personas afectadas"). Este Plan de Cumplimiento describe los procedimientos que se seguirán para comunicar, monitorear y hacer cumplir estos estándares de modo de garantizar que FreedomCare cumpla con todas las leyes aplicables.

El Plan de Cumplimiento debe ser parte integral de la misión y los principios de una organización. Para que sea considerado efectivo, las pautas federales y estatales exigen que: (i) el Plan de Cumplimiento debe establecer políticas y procedimientos escritos que describan las expectativas de cumplimiento plasmadas en un Código de conducta; (ii) el Plan de Cumplimiento debe ser administrado por un oficial de cumplimiento designado con responsabilidad para la operación diaria del programa de cumplimiento y con acceso directo a la gerencia sénior; (iii) todas las Personas afectadas deben recibir capacitación y educación periódicas sobre cuestiones y expectativas de cumplimiento; (iv) debe haber líneas de comunicación con la función de cumplimiento a las que puedan acceder las Personas afectadas para permitir que se informen los problemas de cumplimiento; (v) deben existir políticas disciplinarias para fomentar la participación de buena fe en el Plan de Cumplimiento por parte de las Personas afectadas; (vi) debe haber un seguimiento rutinario y una auditoría periódica de los sistemas comerciales de la organización para identificar áreas de incumplimiento y riesgo específicas de las operaciones comerciales de FreedomCare; (vii) debe haber un sistema para investigar y responder a los problemas de cumplimiento a medida que surjan a través de actividades de autoevaluación y auditoría, incluido el desarrollo de planes de acción correctiva para abordar eficazmente las violaciones de las normas de cumplimiento y, si es necesario, para garantizar un cumplimiento inmediato para proteger la salud y seguridad de cualquier persona que pueda verse afectada por el problema de cumplimiento planteado; y (viii) debe existir una política de no intimidación y no represalias por la participación de buena fe en el Plan de Cumplimiento. Este Plan de Cumplimiento está diseñado para satisfacer todos estos requisitos.

Se espera que todas las Personas afectadas lean y comprendan este Plan de Cumplimiento y lo

revisen según sea necesario para estar alerta ante situaciones que podrían crear un conflicto de intereses o ser contrarias a las políticas establecidas.

Modificaciones y revisiones al Plan de Cumplimiento

El oficial de cumplimiento revisará y analizará periódicamente la efectividad del funcionamiento del Plan de Cumplimiento. El oficial de cumplimiento recomendará modificaciones o revisiones apropiadas a los procedimientos de cumplimiento y este Plan de Cumplimiento, si corresponde, a la luz de los resultados de dicha revisión. Se conservarán copias anteriores del Plan y cada versión revisada reflejará la fecha de revisión.

Preguntas e inquietudes

Si, después de revisar este Plan de Cumplimiento, no está seguro de cuál podría ser un curso de conducta adecuado en una situación específica, o cree que los estándares de conducta establecidos en este Plan pueden haber sido violados, se lo insta a comunicarse con el oficial de cumplimiento a gkaiser@freedomcareny.com o con el gerente de cumplimiento a agraham@freedomcareny.com. Dicha correspondencia se mantendrá en la más estricta confidencialidad y podrá enviarse de forma anónima. También pueden presentarse denuncias de forma confidencial y anónima a través del siguiente formulario web: <http://www.freedomcareny.com/report>. Este método de denuncia se puede utilizar tanto si el denunciante desea permanecer en el anonimato como si desea dejar su nombre e información de contacto. La identidad de quienes denuncien problemas o inquietudes de cumplimiento se mantendrán estrictamente confidenciales en la medida de lo posible. FreedomCare prohíbe estrictamente la intimidación o las represalias por denunciar inquietudes de cumplimiento.

Declaración de política

Nuestro Plan de Cumplimiento representa nuestro compromiso de llevar a cabo todos los aspectos de nuestras operaciones en pleno cumplimiento de las leyes federales y estatales, así como de las reglas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH), el Programa Medicare, el Programa Medicaid de Nueva York y las reglas de todas las demás entidades reguladoras que tienen jurisdicción sobre los servicios dirigidos al consumidor y todos los demás servicios relacionados con la salud proporcionados por FreedomCare. Esto incluye el cumplimiento de todas las reglas de reembolso de los planes de atención administrada de Medicare y Medicaid. También incluye nuestro cumplimiento continuo de todas las leyes, reglas y regulaciones federales y estatales relevantes enfocadas en prevenir el fraude y el abuso, incluidas las prohibiciones de dar, recibir, ofrecer o solicitar pagos de manera inapropiada a cambio de derivaciones.

FreedomCare se compromete a realizar sus negocios con los más altos estándares de ética, honestidad e integridad. Esto es esencial para nuestra reputación a largo plazo de honestidad e integridad en todos nuestros tratos con los demás. Esto también es importante debido a la posible responsabilidad, civil o penal, a la que FreedomCare puede estar expuesto por violar las normas legales aplicables. Nuestro Plan de Cumplimiento tiene como objetivo prevenir violaciones antes de que ocurran, y es responsabilidad de cada empleado de FreedomCare seguir todas las leyes, reglas, regulaciones y políticas aplicables. Es política de FreedomCare prevenir y detectar la

ocurrencia de comportamientos poco éticos o ilegales, detener dicho comportamiento tan pronto como sea razonable, corregir el comportamiento, disciplinar a quienes violen las políticas y prevenir la recurrencia de dicho comportamiento.

Estos objetivos y requisitos éticos de un Plan de Cumplimiento son necesarios para inculcar efectivamente una cultura de cumplimiento dentro de la organización de modo de ayudar a prevenir actividades que constituyan fraude y abuso, ya sea intencional o inadvertidamente. Se incluye un Código de conducta en el Plan de Cumplimiento que, junto con los demás elementos de dicho Plan, identifica claramente los estándares éticos y legales que se espera que sigan todas las Personas afectadas, los subcontratistas y los proveedores, así como las consecuencias de su incumplimiento.

B. Oficial de cumplimiento

El oficial de cumplimiento de FreedomCare es Geoffrey Kaiser, asesor general y director de Asuntos Regulatorios y Cumplimiento de la organización. El Sr. Kaiser cuenta con la asistencia en esta función de Aleya Graham, quien es gerente de cumplimiento. El oficial de cumplimiento será responsable de las operaciones diarias del Plan de Cumplimiento, así como del monitoreo, la implementación, la evaluación y el cumplimiento continuo del Plan de Cumplimiento. Reporta directamente al director general, Yoel Gabay. El oficial de cumplimiento brindará capacitación e información a la gerencia sénior y a todas las Personas afectadas involucradas en los servicios del CDPAP con respecto a cuestiones de cumplimiento, expectativas y operación del programa de cumplimiento de la empresa al momento de la contratación y anualmente a partir de entonces. El oficial de cumplimiento es responsable de garantizar que FreedomCare cumpla con todas las leyes, normas y regulaciones locales, estatales y federales. Es responsabilidad del oficial de cumplimiento determinar si cada componente del Plan de Cumplimiento está en pleno funcionamiento y tomar medidas correctivas, según sea necesario. Además, el oficial de cumplimiento es responsable de recibir y responder a todas las denuncias, las quejas y las preguntas relacionadas con el cumplimiento. Todas las Personas afectadas pueden recurrir al oficial de cumplimiento para expresar sus inquietudes sobre dichos asuntos.

De manera continua, pero no menos de trimestralmente, el oficial de cumplimiento informará y analizará inquietudes y problemas regulatorios, iniciativas de cumplimiento y cualquier requisito federal, estatal o regulatorio o contractual nuevo o revisado que influya en las obligaciones de cumplimiento de la empresa con la gerencia sénior.

C. Comité de cumplimiento

FreedomCare ha designado un Comité de Cumplimiento con la responsabilidad de supervisar el Plan de Cumplimiento. El Comité de Cumplimiento revisará las políticas de FreedomCare para proteger la integridad y reputación de FreedomCare y garantizar el cumplimiento de las leyes, reglas y regulaciones locales, estatales y federales. El Comité de Cumplimiento tendrá la responsabilidad de evaluar y tomar medidas sobre los asuntos que se le pongan en conocimiento. Todos los miembros del Comité de Cumplimiento deben, al recibir una copia de este Plan de Cumplimiento, firmar y fechar el Acuse de recibo adjunto (Anexo A) y devolverlo al oficial de cumplimiento. El Comité de Cumplimiento apoyará al oficial de cumplimiento en el cumplimiento de sus responsabilidades. El oficial de cumplimiento actuará como presidente del Comité de Cumplimiento, y el Comité se reunirá mensualmente. Las agendas y actas de todas las reuniones del Comité de Cumplimiento serán preparadas y mantenidas por el oficial de cumplimiento o su delegado. El oficial de cumplimiento

designó a las siguientes personas como miembros originales del Comité de Cumplimiento, sujeto a los cambios y sustituciones que correspondan:

- Gerente de cumplimiento
- Gerente de ingresos
- Gerente de compromiso
- Director de LHCSA/PCA, Evergreen Choice
- Líder de control de calidad y mejora de procesos
- Vicepresidente de tecnología
- Gerente de operaciones y seguridad de sistemas
- Gerente de operaciones financieras
- Líder de equipo de nómina y autorizaciones
- Gerente de calidad y excelencia de servicio
- Gerente de operaciones de lanzamiento
- Supervisor de incorporación
- Director de bienestar del cuidador
- DPS/vicepresidente de operaciones clínicas

FreedomCare ha confiado al Comité de Cumplimiento las siguientes responsabilidades:

- Supervisar y monitorear la implementación del Plan de Cumplimiento, incluido el desarrollo de estándares y procedimientos escritos.
- Ayudar en el análisis de áreas de riesgo y supervisar el seguimiento de auditorías e investigaciones internas y externas.
- Establecer métodos, como auditorías periódicas, para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de la práctica, y reducir la vulnerabilidad de la práctica al fraude y el abuso.
- Revisar el programa de cumplimiento según sea necesario, a la luz de los cambios en la ley y en las normas y procedimientos de los planes de salud gubernamentales y de pagadores privados.
- Desarrollar, coordinar y participar en programas educativos que se enfoquen en los componentes del programa de cumplimiento.
- Garantizar que no haya personas o entidades excluidas de la Oficina del Inspector General de los Estados Unidos (OIG) o Medicaid empleadas por FreedomCare o contratadas por FreedomCare.
- Investigar cualquier denuncia o acusación sobre posibles prácticas comerciales poco éticas o inadecuadas y monitorear las acciones correctivas o el cumplimiento posteriores.
- Desarrollar métodos de comunicación para mantener a las Personas afectadas actualizadas periódicamente sobre las actividades de cumplimiento.

D. Capacitación de cumplimiento y ética

FreedomCare se asegurará de que todas las Personas afectadas reciban capacitación en cumplimiento y ética en relación con asuntos relevantes para las operaciones comerciales de FreedomCare, tanto al momento de la contratación como anualmente a partir de entonces. La capacitación en cumplimiento es parte del proceso de orientación para cada empleado y no es opcional. Todos los empleados deberán firmar un acuse de recibo que indica que han leído, comprendido y aceptado cumplir con este Plan de Cumplimiento y el Código de conducta.

La capacitación y la educación sobre el cumplimiento son obligatorias y tienen dos componentes: (i) capacitar y educar a todas las Personas afectadas, incluidos los gerentes sénior, los empleados, los médicos y los profesionales de práctica avanzada, sobre las expectativas de cumplimiento, las cuestiones de cumplimiento y la operación del programa de cumplimiento; y (ii) motivar a las personas a cumplir.

Como parte de la orientación inicial, todo el personal recién contratado recibe capacitación sobre el funcionamiento del Plan de Cumplimiento y los requisitos del Código de conducta. Además, todas las Personas afectadas en FreedomCare deben completar una capacitación anual sobre cumplimiento.

El oficial de cumplimiento o su delegado, en conjunto con el Comité de Cumplimiento, es responsable de la coordinación, el mantenimiento y la supervisión del programa de capacitación y educación de todas las Personas afectadas. La capacitación adicional para ciertas subcategorías de personal se centrará en los requisitos legales más relevantes para sus trabajos particulares, incluida una revisión periódica de los procedimientos departamentales.

Como mínimo, el programa educativo debe incluir:

- Educación sobre el compromiso de FreedomCare de desarrollar, implementar y mantener el Plan de Cumplimiento y la importancia de dicho Plan y del Código de conducta.
- Oportunidades educativas relevantes y pertinentes a todas las Personas afectadas y personas asociadas con FreedomCare, incluidos los gerentes sénior, empleados, médicos y profesionales de práctica avanzada.
- Refuerzo de la importancia del papel de cada individuo en el éxito del Plan de Cumplimiento.
- Concientización sobre las consecuencias de violar las normas y los procedimientos establecidos en el Plan de Cumplimiento.
- Orientación sobre fraude y abuso.

Como mínimo, la enseñanza sobre facturación debe incluir, según corresponda:

- Requisitos de codificación correcta
- Documentación adecuada de servicios prestados
- Estándares y procedimientos de facturación adecuados para la presentación de facturas precisas por los servicios y suministros prestados
- La obligación personal de cada persona involucrada en el proceso de presentación de reclamos de garantizar que dichos reclamos sean exactos
- Las sanciones legales por enviar facturas falsas o imprudentes

Todo el personal involucrado en la facturación o codificación también recibirá capacitación sobre documentación, codificación y reglas y regulaciones de facturación aplicables para Medicare, Medicaid y otros terceros pagadores. Estas sesiones de capacitación también se centrarán en las novedades recientes en las reglas de facturación federales o estatales, actualizaciones de los boletines de Medicare, alertas de fraude, cuestiones problemáticas reveladas durante el curso de las revisiones de cumplimiento o cualquier otro tema que ayude a garantizar que el Personal desempeñará sus funciones en cumplimiento de todas las normas, los reglamentos y las leyes pertinentes.

FreedomCare se compromete a cumplir con todas las disposiciones previstas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y las comunica a todas las Personas afectadas. Este compromiso se evidencia a través de varios mecanismos, incluida la educación

continua relacionada con políticas y procedimientos integrales implementados para garantizar que la información médica protegida (PHI) esté protegida y asegurada en toda la organización, capacitación anual obligatoria, monitoreo continuo del cumplimiento de políticas y procedimientos, implementación de deberes de denuncia afirmativa requeridos a las Personas afectadas y los contratistas por posibles incumplimientos de ese deber, así como hacer cumplir los estándares de privacidad de la organización a través de acciones disciplinarias bien publicitadas que sean resultado del incumplimiento. FreedomCare brinda a las Personas afectadas capacitación sobre los requisitos de la HIPAA anualmente.

Tomar las medidas correctivas adecuadas por no asistir a la capacitación obligatoria, en persona o en línea, es responsabilidad del oficial de cumplimiento (en el caso de la gerencia sénior y otros ejecutivos, directores y oficiales) y del director de Operaciones de Personas (en el caso de otros empleados). El incumplimiento de los requisitos de esta política puede dar lugar a medidas disciplinarias, incluido el despido. El oficial de cumplimiento y el director de Operaciones de Personas serán responsables de mantener registros de todas las Personas afectadas que hayan recibido dicha capacitación.

En el contexto específico del CDPAP, FreedomCare también proporciona información a los consumidores y asistentes personales sobre el cumplimiento de Medicaid, tanto de forma oral en el contacto inicial y durante la inscripción como por escrito en las demás comunicaciones. En este sentido, FreedomCare brinda capacitación en persona, materiales escritos y un reconocimiento escrito y firmado de las regulaciones pertinentes relacionadas con los asistentes personales, que incluyen lo siguiente:

- a) FreedomCare pregunta si el asistente personal designado es menor de 18 años o si dicho asistente personal es el cónyuge o el representante designado del consumidor y, de ser así, informa al consumidor que la persona designada no es elegible.
- b) FreedomCare cumplirá con los requisitos del estado de Nueva York para las evaluaciones de la lista de exclusión de Medicaid para todos los asistentes personales y las Personas afectadas. FreedomCare comparará mensualmente con las listas de exclusión de la Oficina del Inspector General de Medicaid del Estado de Nueva York (OMIG), la Administración de Servicios Generales (GSA), la Oficina de Conducta Médica Profesional del Departamento de Salud de Nueva York (DOH), la Oficina de Ejecución de Malas Conductas Profesionales de la Oficina de Profesiones del Departamento de Educación del Estado de Nueva York (NYSED), la OIG, las listas de exclusión de Nacionales Especialmente Designados (SDN) y el archivo Death Master de la Administración del Seguro Social (SSA).
- c) FreedomCare se asegurará de que toda la documentación de evaluación de salud requerida se complete y se archive de acuerdo con el título 10, sección 766.11(c) y (d) de los Códigos, Reglas y Regulaciones de Nueva York (NYCRR), antes de que el individuo actúe como asistente personal, y anualmente a partir de entonces. Lo hará a través de informes automatizados revisados por los empleados diariamente indicando qué asistentes personales tienen documentación médica que vence en los próximos 45 días, así como mensajes de texto automatizados enviados a dichos asistentes personales. Los miembros del equipo de Éxito del Cliente trabajan con los asistentes personales para obtener su

documentación médica anual y asegurar que cualquier asistente personal que no obtenga su evaluación de salud anual antes del vencimiento de la anterior no esté autorizado a trabajar hasta que obtengamos prueba de que se ha completado dicha documentación médica.

- d) FreedomCare utiliza el sistema Medflyt para ejecutar un informe y descubrir cualquier instancia de un asistente personal para el que hemos facturado que esté facturando las mismas horas en una agencia diferente que también utiliza los servicios de Medflyt. En caso de que haya una coincidencia, se delegará a un coordinador para resolver el problema, ya sea aclarando cualquier malentendido y volviendo a facturar o despidiendo al asistente personal infractor.
- e) Todos los consumidores y asistentes personales recibirán capacitación para garantizar que todas las planillas de horas/verificaciones de visitas sean completadas y certificadas por el consumidor o el representante designado del consumidor y no representen horas trabajadas más allá de las autorizadas.
- f) A excepción de aquellos consumidores aprobados para servicios de cuidado en el hogar dirigidos por el consumidor las 24 horas, se les informará a los consumidores que ningún asistente personal individual puede trabajar más de dieciséis horas en un día.
- g) Las Personas afectadas están capacitadas y aceptan cumplir todas las leyes y regulaciones pertinentes, incluida la prohibición de alterar la documentación o hacer declaraciones falsas o engañosas, e incluidas las leyes Stark y antisobornos, que prohíben, entre otras cosas, dar dinero en efectivo o valor material a cambio de derivaciones.

El oficial de cumplimiento asegurará la comunicación efectiva de los estándares y procedimientos del Plan de Cumplimiento, así como la educación pertinente, a todas las Personas afectadas, oficiales, directores y agentes, consumidores y representantes designados nuevos y actuales, a través de programas de capacitación, orientaciones y programas de educación.

Se solicitará a las Personas afectadas que firmen una declaración certificando que han recibido, leído y comprendido el Plan de Cumplimiento y su Código de conducta. Esta declaración firmada se conservará en el expediente personal del empleado y estará disponible para que la revise el oficial de cumplimiento.

El oficial de cumplimiento continuará educando a las Personas afectadas sobre cualquier nuevo requisito legal relacionado con la provisión, documentación y prestación de los servicios de FreedomCare, incluidos los servicios de intermediario fiscal en el CDPAP.

E. Responsabilidades de monitoreo y supervisión

1. Monitoreo del programa de cumplimiento

FreedomCare tomará medidas para lograr el cumplimiento y ayudará a reducir las áreas problemáticas identificadas a través de sistemas de monitoreo y auditoría continuos utilizando el “Manual del empleado” (que puede modificarse de vez en cuando), así como las normas establecidas en el Plan de Cumplimiento y el Código de conducta. El oficial de cumplimiento se reunirá con la gerencia sénior al menos trimestralmente para discutir la implementación continua del Plan de Cumplimiento y cualquier problema de cumplimiento pendiente que requiera atención. El oficial de cumplimiento establecerá y utilizará un sistema de denuncia que

las Personas afectadas u otros agentes, consumidores, representantes designados y asistentes personales pueden utilizar para realizar denuncias apropiadas con detalles fácticos y resoluciones de asuntos. Dicho sistema de denuncia proporcionará un método para realizar denuncias anónimas y confidenciales.

La adherencia al Plan de Cumplimiento es un factor en la evaluación del desempeño de todas las Personas afectadas. Todas las llamadas se graban para facilitar el control de calidad y monitorear el cumplimiento del Programa de Cumplimiento por parte de las Personas afectadas. Todos los supervisores analizan con todas las Personas afectadas supervisadas las políticas de cumplimiento y los requisitos legales relevantes para su función. Se les informa que el cumplimiento estricto de estas políticas y requisitos es una condición de empleo y que FreedomCare tomará medidas disciplinarias, que pueden incluir el despido, por la violación intencional de estas políticas o requisitos.

2. Monitoreo de cumplimiento, auditorías y evaluaciones de riesgo

a. Monitoreo y auditorías continuos

FreedomCare cree que el monitoreo y la auditoría continuos, así como la evaluación de riesgos de rutina, son componentes críticos para un Plan de Cumplimiento exitoso y respalda los programas internos encargados de detectar fraude, desperdicio y abuso.

Los procedimientos para el monitoreo y la auditoría de rutina incluyen pruebas iniciales de cumplimiento, y luego la validación de la corrección y el desempeño continuo del cumplimiento. Los elementos de cumplimiento que se someten a monitoreo y auditorías se extraen de regulaciones y guías publicadas, acuerdos contractuales y todas las leyes estatales y federales aplicables, y están documentados en las políticas y procedimientos internos de FreedomCare. El oficial de cumplimiento y el Comité de Cumplimiento trabajarán juntos para administrar el monitoreo continuo del cumplimiento de este Plan de Cumplimiento y todas las leyes, reglas y regulaciones aplicables.

El Comité de Cumplimiento de FreedomCare, junto con el oficial de cumplimiento, desarrolla un plan de trabajo de monitoreo anual que, como mínimo, aborda áreas de riesgo que probablemente afectarán a los pacientes, así como el cumplimiento de FreedomCare. Estos usan dicho plan de trabajo para identificar riesgos potenciales, priorizar y desarrollar planes de monitoreo e iniciar e implementar sus revisiones a lo largo del año. Estas revisiones de monitoreo ayudan a garantizar que todos los departamentos que respaldan y atienden las actividades del CDPAP y a los pacientes en general cumplan con los requisitos de las regulaciones federales y estatales, así como con las políticas y procedimientos de FreedomCare.

Las revisiones de monitoreo también ayudan en la evaluación de la eficacia del Plan de Cumplimiento, incluida la revisión de la capacitación, los mecanismos de presentación de denuncias, las investigaciones, la retención de registros y las actividades de supervisión. Además de los protocolos internos de monitoreo y auditoría, se incluyen revisiones de monitoreo de rutina como parte del Plan de Cumplimiento de FreedomCare.

Los resultados de cualquier revisión de monitoreo y auditoría en curso se resumen y se informan al Comité de Cumplimiento según corresponda. Cualquier deficiencia observada puede requerir que el propietario del negocio clínico u operativo defina y presente para aprobación de cumplimiento

un Plan de Acción Correctiva (CAP) que establezca cómo la deficiencia se abordará de manera oportuna y se resolverá. El oficial de cumplimiento supervisa el monitoreo continuo del progreso de la implementación del CAP. Según sea necesario, se proporcionan al Comité de Cumplimiento actualizaciones oportunas sobre el progreso realizado o los desafíos para resolver las deficiencias.

Si una auditoría interna de los registros médicos preparada por un médico o proveedor identifica un incumplimiento en la forma en que la persona documentó, codificó o facturó cualquier servicio, se requerirá que el médico o proveedor, según sea necesario, asista a sesiones de capacitación correctivas y esté sujeto a una auditoría centrada en el seguimiento.

Si la auditoría centrada en el monitoreo demostró que la documentación, la codificación o las prácticas de facturación aún no cumplen con las leyes, reglas y regulaciones aplicables, entonces es posible que se requiera que el médico o proveedor se someta a sesiones de capacitación correctivas o auditorías centradas en el seguimiento adicionales según se considere necesario. Además, la conducta del médico o proveedor se considerará parte de su evaluación de desempeño y puede afectar directamente las decisiones de remuneración o ascenso.

Si, después de auditorías de seguimiento adicionales, un médico o proveedor se ha negado o no puede corregir la documentación identificada o los errores de codificación, y si estos errores plantean el riesgo de que se presenten reclamaciones inadecuadas al gobierno y a otros terceros pagadores, el asunto se remitirá directamente al oficial de cumplimiento, quien determinará la acción apropiada junto con la gerencia sénior. Las medidas apropiadas pueden incluir el despido de FreedomCare.

b. Seguimiento de novedades

Continuamente, el oficial de cumplimiento o su delegado revisará y estará informado sobre todos los nuevos requisitos regulatorios o legales emitidos por el gobierno federal o estatal. Esto incluye, entre otros, revisar todos los boletines de Medicare, las actualizaciones de Medicaid, las actualizaciones anuales de la Terminología procesal actual (CPT) u otros anuncios relevantes; y revisar todas las nuevas reglas que rigen la codificación, documentación y facturación de los servicios proporcionados por FreedomCare.

A la luz de las novedades, el oficial de cumplimiento trabajará con el Comité de Cumplimiento para revisar las políticas y los procedimientos existentes para garantizar que FreedomCare cumpla con todas las leyes, reglas y regulaciones federales y estatales vigentes. Si es necesaria una acción correctiva, el oficial de cumplimiento y el Comité de Cumplimiento trabajarán juntos para actualizar las políticas y los procedimientos necesarios.

c. Supervisión de la confidencialidad de la información protegida

El Comité de Cumplimiento de FreedomCare es responsable de garantizar que se realicen evaluaciones de riesgos periódicas para identificar riesgos potenciales en los mandatos de cumplimiento de privacidad y seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), la Ley de Tecnología de la Información en Salud para la Economía y la Salud Clínica (HITECH) y otras leyes, reglas y regulaciones federales y estatales de privacidad y seguridad.

El oficial de cumplimiento, o su designado, utilizará su criterio profesional para enumerar los riesgos relacionados con cambios regulatorios, investigaciones internas, quejas y áreas de alta

exposición a PHI para documentar dichos riesgos. El oficial de cumplimiento, o su delegado, utilizará sus diversas áreas profesionales y específicas de especialización para clasificar la prioridad del riesgo y desarrollar un plan de acción.

El oficial de cumplimiento, o su delegado, compilará los riesgos identificados individualmente en un documento maestro que servirá como análisis de riesgos y desarrollará pasos procesables y cronogramas en torno a los pasos para la creación de un plan de trabajo a fin de efectuar el análisis de riesgos. Los planes de trabajo se priorizarán, implementarán y evaluarán de forma continua. Los informes de evaluación de riesgos se proporcionarán al Comité de Cumplimiento y se elevarán a la gerencia sénior, según corresponda, de forma continua.

d. Otros procedimientos de cumplimiento específicos del CDPAP

- *Monitoreo de la atención al consumidor*

Para garantizar que los consumidores reciban la atención necesaria para su atención autodirigida, nuestro equipo de coordinadores está facultado para manejar las llamadas del consumidor o del asistente personal con respecto a una serie de cuestiones, que incluyen (i) ayuda con problemas que surjan al utilizar la aplicación de la planilla de horas; (ii) despido de asistentes personales actuales o contratación de nuevos asistentes personales; (iii) informar lesiones del consumidor o su asistente personal; (iv) informar la hospitalización del consumidor; o (v) realizar cambios temporales o de largo plazo en el horario de un asistente personal.

Además, los coordinadores se comunican con la mayoría de los consumidores durante el primer mes de atención y, después de eso, trimestralmente para ver cómo les está yendo y determinar si ha habido algún cambio en su afección o si sus asistentes personales son capaces de cuidarlos adecuadamente. Además, los coordinadores están capacitados para aconsejar a los consumidores que busquen un asistente personal adicional o de respaldo, particularmente si califican para una gran cantidad de horas de atención por semana. Si FreedomCare se entera de que la afección de un consumidor ha cambiado o de que los asistentes personales del consumidor no pueden cuidarlo adecuadamente, ayudará a resolver el problema o, según corresponda de acuerdo con las circunstancias, comunicará esta información al departamento de Atención Administrada a Largo Plazo (MLTC) del consumidor para garantizar que se hagan arreglos alternativos para el cuidado del consumidor.

- *Verificar la documentación y la elegibilidad del asistente personal*

FreedomCare incluye un proceso de varios niveles para garantizar que no actúe como intermediario fiscal con respecto al empleo por parte de los consumidores de asistentes personales que no sean elegibles para trabajar como asistentes personales. Para ello, inscribe a todos y cada uno de los asistentes personales a través de un sistema de solicitud electrónica. El sistema está estructurado para evitar que cualquier asistente personal que no acepte ni reconozca el Plan de Cumplimiento complete su inscripción. Además, el sistema solicita a los especialistas en incorporación de FreedomCare que indiquen toda la información relevante sobre el cumplimiento de Medicaid, como la fecha de la evaluación de salud y los resultados de la prueba de tuberculosis del asistente personal y los análisis de sangre de rubéola y sarampión. El sistema no permite que un especialista en incorporación finalice la solicitud de un asistente personal, a menos que toda la documentación requerida de Medicaid y de empleo (incluida, entre otras, la

documentación I-9) esté adjunta a la solicitud. Finalmente, incluso después de enviar la solicitud y toda la documentación requerida, FreedomCare no permite que el asistente personal trabaje hasta que el supervisor de incorporación o el oficial de cumplimiento haya revisado toda la documentación presentada por el especialista en incorporación como política interna inflexible. También se establecerá un sistema mediante el cual una cuenta de asistente personal se crea electrónicamente en Medflyt solo después de ambos niveles de revisión de la documentación de cada asistente personal.

- *Políticas y procedimientos de facturación y prevención del fraude*

Además de lo anterior, FreedomCare implementa procedimientos continuos para garantizar que se cumplan los más altos estándares legales y éticos. A través de los siguientes procesos, se esfuerza por dar el ejemplo a todas las entidades sujetas a las reglas del DOH, el Programa Medicaid de Nueva York y las reglas de todas las demás entidades reguladoras que tienen jurisdicción sobre los servicios dirigidos al consumidor:

- El sistema no permite facturar a un consumidor a menos que la documentación del asistente personal (evaluación de salud, análisis de sangre, autorización para trabajar, etc.) sea revisada y aprobada tanto por un especialista en incorporación como por el gerente de inscripción o el oficial de cumplimiento. Lo hace porque su sistema está diseñado para no crear una cuenta de asistente personal en su sistema de facturación (actualmente Medflyt) hasta que tanto un especialista en incorporación como el supervisor de incorporación o el oficial de cumplimiento hayan revisado toda la documentación de un asistente personal. Además, el sistema no permite programar un asistente personal si el consumidor no cuenta con una autorización aprobada por el Departamento de Coordinación. Se implementan procedimientos electrónicos y operativos para evitar facturar a Medicaid por el trabajo realizado por un asistente personal sin una evaluación de salud actualizada.
- Se comprueba electrónicamente el nombre de cada asistente personal con las listas de exclusión de GSA, OIG y OMIG al momento de la contratación y cada mes a partir de entonces.
- Se implementan sistemas electrónicos que no permiten que Freedom Care facture a un consumidor más horas de las autorizadas según la autorización de dicho consumidor. Este sistema también desactiva cualquier capacidad de facturar por horas después del vencimiento de una autorización si no existe una autorización continua bajo la cual el Departamento de Finanzas de FreedomCare pueda facturar.
- Mediante el sistema Medflyt, que sistémicamente no permite que FreedomCare facture la atención a un consumidor sin un dispositivo electrónico o, si el asistente personal no tiene un teléfono inteligente, un sistema de respuesta de voz interactiva (IVR) o, si esto no es posible por algún motivo, la verificación de una planilla de horas en papel, FreedomCare garantiza que las horas que factura sean consistentes con las informadas.
- Se implementan planillas de horas electrónicas para todos los asistentes personales que posean teléfonos inteligentes Android o iPhone, para lograr lo

siguiente:

- ✓ Obtener la firma del asistente personal después de cada turno para certificar que realmente trabajó las horas indicadas en su planilla de horas y que este reconozca que falsificar planillas de horas puede ser un delito.
 - ✓ Obtener la firma del consumidor después de cada turno para certificar que el asistente personal realmente trabajó las horas indicadas en su planilla de horas y que este reconozca que falsificar planillas de horas puede ser un delito.
 - ✓ Recibir una vez por semana una imagen del consumidor capturada con la cámara del teléfono del asistente personal dentro de los cinco minutos posteriores a la firma del consumidor. Esto hace imposible que el asistente personal finalice su planilla de horas si el consumidor no está físicamente presente para revisarla y dar fe de la exactitud de las horas declaradas. Obtener una imagen del asistente personal capturada con la cámara del teléfono del asistente personal dentro de los cinco minutos posteriores a la firma del asistente personal. Esto hace imposible que el consumidor finalice la planilla de horas del asistente personal en su ausencia si el asistente personal no está físicamente presente para revisarla y dar fe de la exactitud de las horas declaradas.
 - ✓ Obtener electrónicamente la verificación de GPS de la ubicación del asistente personal al momento de registrar la entrada y la salida para determinar si el asistente personal se encuentra dentro de una distancia determinada de la casa del paciente en ese momento. Hemos implementado procedimientos para marcar a los asistentes personales que no están verificados para estar en las proximidades del hogar del consumidor para realizar inspecciones al azar, identificar posibles violaciones y tomar las medidas adecuadas. Si la lectura del GPS está fuera del alcance, el programa solicitará una verificación facial y realizará el reconocimiento facial del consumidor. El programa realiza el reconocimiento facial del asistente personal al iniciar sesión.
 - ✓
- Si el asistente personal no tiene un Android o iPhone, el consumidor utiliza un sistema de llamada entrante/saliente para confirmar electrónicamente las visitas del asistente personal.
 - Cuando el consumidor no puede utilizar el sistema de llamadas entrantes y salientes para confirmar las visitas de su asistente personal, presenta una planilla de horas en papel que solo se acepta si contiene (i) fechas y horas de inicio y finalización trabajadas; (ii) nombre del consumidor; (iii) nombre del asistente personal; (iv) número de identificación del asistente personal; (v) firma del consumidor que acredite la exactitud de las horas trabajadas del asistente personal; (vi) firma del asistente personal que acredite las horas trabajadas del asistente personal; y (vii) fechas de ambas firmas.
 - Para evitar casos en los que un asistente personal atiende a un consumidor y simultáneamente atiende a otro consumidor a través de una agencia diferente, ya sea para servicios del programa de Asistencia de Cuidado Personal (PCA) o del CDPAP,

FreedomCare ha contratado a Medflyt para brindar servicios de verificación de conflictos. A través de este servicio, FreedomCare tiene la capacidad de generar un informe de cualquier visita que haya facturado y que entre en conflicto con una visita facturada por el mismo asistente personal a través de una agencia diferente que también utiliza los servicios de verificación de conflictos de Medflyt. Hemos establecido los siguientes procedimientos de verificación de conflictos para eliminar cualquier conflicto reportado:

- ✓ El investigador de reclamos interno de FreedomCare realiza un informe de verificación de conflictos todos los lunes para detectar cualquier conflicto hasta el final de la semana anterior. Todos estos conflictos se rastrean en una hoja de cálculo en el servidor de FreedomCare.
 - ✓ El investigador de reclamos se comunica con la agencia con la que existe el conflicto, así como con el asistente personal o el consumidor correspondiente para determinar, entre otros factores, y tanto para el consumidor de FreedomCare como para el consumidor de la otra agencia: (i) el horario del asistente personal; (ii) cómo el asistente personal registra la entrada y la salida (por ejemplo, EVV, IVR, planillas de horas); (iii) si los servicios del asistente personal al consumidor de la otra agencia son del PCA o del CDPAP; (iv) si es el CDPAP, la relación entre el asistente personal y el consumidor de la otra agencia; (v) la ubicación aproximada del consumidor de la otra agencia; y (vi) cómo el consumidor y el asistente personal explican el conflicto.
 - ✓ Con base en los resultados de la investigación, el investigador de reclamaciones trabaja con los empleados de la otra agencia para cancelar o volver a facturar, según corresponda, ya sea la facturación de la otra agencia o la de FreedomCare. Cualquier cancelación o nueva facturación que deba realizar FreedomCare se comunica al Departamento de Finanzas de FreedomCare.
 - ✓ El investigador de reclamos se comunica con el gerente del equipo de atención.
- Realiza verificaciones aleatorias para la mayoría de los consumidores dentro del primer mes de servicio y para todos los consumidores trimestralmente a partir de entonces, de modo de garantizar que los asistentes personales realmente trabajen las horas facturadas al hacer lo siguiente:
- ✓ Mantener la política interna de que FreedomCare no factura a Medicaid por el tiempo trabajado por un asistente personal cuando el consumidor no programó las horas de dicho asistente personal con anticipación. Esto le permite a FreedomCare saber exactamente cuándo se espera que un asistente personal esté trabajando o no, lo que, a su vez, le permite a FreedomCare realizar verificaciones al azar para garantizar que el asistente personal realmente esté trabajando las horas facturadas.
 - ✓ Llamar a la mayoría de los consumidores dentro del primer mes de servicio y posteriormente trimestralmente durante el tiempo en que el asistente personal tiene programado trabajar para el consumidor.
 - ✓ Si el asistente personal está “fuera” durante la llamada telefónica inicial, volverá a llamar unos días después.

- ✓ El proceso se repite en una segunda llamada y, si el asistente personal está “fuera” nuevamente en la tercera llamada, se deriva el asunto al oficial de cumplimiento y al director de coordinación, quienes programarán una reunión en persona o controles aleatorios por teléfono adicionales, según las circunstancias específicas. De acuerdo con los resultados de dichas acciones posteriores, incluidas las verificaciones aleatorias en persona, el oficial de cumplimiento revisa los hechos y las circunstancias y toma las medidas apropiadas, incluida la posibilidad de notificar al consumidor y planificar que FreedomCare ya no proporcionará servicios de intermediario fiscal para dicho consumidor; notificar al plan los hechos relevantes; y potencialmente notificar a la Oficina del Inspector General sobre sospechas de fraude.
- ✓ Si un asistente personal está presente en el segundo o tercer control, pero vuelve a estar ausente en los controles de los meses siguientes durante los controles aleatorios iniciales, esto se tiene en cuenta al revisar los controles aleatorios tres veces fallidos de los meses siguientes. El director de coordinación y oficial de cumplimiento considerarán, con base en los hechos específicos del caso, si dicho consumidor presenta un riesgo elevado de fraude a Medicaid y qué medidas correctivas, si las hubiera, pueden ser apropiadas, incluida la finalización de los servicios de intermediación fiscal para dicho consumidor.
- ✓ Además, todos los empleados involucrados en el procesamiento y la presentación de facturas recibirán capacitación periódicamente para garantizar que se comprendan y sigan las políticas y los procedimientos de facturación y reembolso.

- *Registros y confidencialidad*

Todos los empleados mantendrán la confidencialidad de toda la información del consumidor. No se debe transmitir ninguna información confidencial del consumidor, ya sea verbalmente o por escrito, a nadie que no tenga la necesidad de saberlo, a menos que lo exija un tribunal de justicia o cualquier autoridad gubernamental. Cualquier demanda de una autoridad gubernamental o cualquier citación será revisada por el asesor general y el oficial de cumplimiento de FreedomCare, antes de que se realice cualquier divulgación. Todos los registros dirigidos al consumidor requeridos por el contrato, las reglas o las regulaciones aplicables se mantendrán seguros dentro o fuera del sitio durante el período requerido por las regulaciones aplicables, o más si es necesario para fines de respaldo, archivo u otros.

e. Revisiones de cumplimiento

El monitoreo y la auditoría del cumplimiento pueden incluir, entre otros, los siguientes tipos de revisiones:

- *Revisiones de facturación y codificación*

El programa de monitoreo y auditoría de FreedomCare está diseñado para detectar cualquier práctica de facturación que pueda violar las leyes, reglas y regulaciones locales, estatales y federales, o las políticas de FreedomCare. Las siguientes iniciativas de codificación adecuada serán monitoreadas de forma continua para prevenir y detectar violaciones de las leyes:

- Niveles de servicios de evaluación y gestión facturados
- Componentes de servicios prestados
- Servicios razonables y necesarios
- Codificación de servicios y artículos
- Uso de modificadores
- Facturación de múltiples procedimientos
- Facturación de suministros e implantes
- Facturación a la fuente pagadora apropiada
- Suficiencia de la documentación de los servicios facturados
- Documentación de necesidad médica

Dichas revisiones incluirán, entre otras, el examen de lo siguiente: la presencia de una nota firmada en el expediente médico; un código de diagnóstico apropiado; uso adecuado de modificadores y designación del sitio de servicio; cumplimentación adecuada de los documentos de cargo; que los servicios facturados correspondan a los servicios prestados; y, para las pruebas diagnósticas, que conste en el expediente una orden debidamente firmada.

FreedomCare tiene la política de garantizar que todos los sobrepagos de pacientes y pagadores sean identificados y reembolsados de manera oportuna. Las solicitudes de reembolso de los pagadores se investigan y procesan de inmediato. Los sobrepagos de Medicare y Medicaid se procesan de acuerdo con los requisitos del programa respectivo.

También se realizarán revisiones periódicas de las denegaciones de Medicare, Medicaid y otros pagadores externos para determinar cualquier patrón de facturación inadecuada. Además, también se realizará un seguimiento de las quejas de facturación recibidas de los pacientes para determinar si dichas quejas reflejan la existencia de posibles patrones de facturación inadecuada u otros problemas de cumplimiento.

Si hay algún cambio en las reglas con respecto a cómo se codifican y facturan los servicios o pruebas, es responsabilidad del oficial de cumplimiento o su delegado garantizar que todas las Personas afectadas conozcan e incorporen estos cambios en las prácticas de facturación de FreedomCare.

- *Revisión de historias clínicas*

El oficial de cumplimiento trabajará con el personal designado para realizar revisiones de las historias clínicas. La revisión consistirá en un examen de una muestra de registros médicos y de los documentos de facturación correspondientes, para comprobar la idoneidad de la documentación y la codificación de los servicios y las pruebas que se facturan. Se examinarán la historia clínica y los documentos de facturación correspondientes, comprobándose tanto la adecuación de la documentación como la idoneidad del código de facturación seleccionado.

Si se identifica algún problema de documentación o codificación, el médico o proveedor recibirá educación y se programará una revisión de seguimiento de la historia clínica para confirmar que se hayan corregido los problemas identificados. Si se identifica un patrón de documentación o codificación deficiente o problemática, el oficial de cumplimiento tomará medidas correctivas adicionales, como se establece anteriormente, que pueden incluir, entre otras, el reembolso de un pago excesivo recibido.

- *Control de la utilización de los servicios*

FreedomCare comparará de manera periódica las Unidades de Valor Relativo (“RVU”) individuales de los médicos con los valores estándares de la Asociación Estadounidense de Grupos Médicos (“AMGA”) correspondientes a la especialidad, y los volúmenes de facturación individuales de los proveedores con los promedios de FreedomCare. Además, FreedomCare podrá comparar la distribución individual de los códigos de Evaluación y Gestión (“E&M”) con los valores estándares de la Asociación de Grupos de Gestión Médica (“MGMA”) correspondientes a la especialidad. El oficial de cumplimiento analiza los problemas detectados a partir de las revisiones de la utilización de los servicios. Si el oficial de cumplimiento determina que es necesario adoptar medidas correctivas, se aplicarán las medidas correctivas adecuadas, como se ha detallado anteriormente.

- *Auditorías externas*

Tras la resolución de las auditorías solicitadas por los terceros pagadores, se revisarán los resultados de la auditoría para determinar si dichos resultados reflejan alguna deficiencia o problema sistémico de FreedomCare con respecto al cumplimiento de las leyes, normas y regulaciones estatales o federales. En caso de detectar algún problema de este tipo, se tomarán las medidas correctivas adecuadas, como se ha detallado anteriormente.

- *Cumplimiento de normativas*

El oficial de cumplimiento revisará de manera periódica los informes recibidos de las presuntas violaciones del Plan de Cumplimiento para determinar si existen patrones que puedan indicar problemas de cumplimiento más amplios. El oficial de cumplimiento o su delegado también podrá controlar periódicamente las prácticas comerciales de FreedomCare para garantizar el cumplimiento de las leyes, normas y regulaciones aplicables. Estos controles podrían incluir una revisión del saldo acreedor de FreedomCare en Medicare, Medicaid y otras instituciones, cualquier posible práctica de exención de copagos o de cortesía profesional, y los rechazos de solicitudes de reintegro recibidas de los pagadores.

- *Revisiones internas especiales del CDPAP*

Debido a que existe la posibilidad de que los intermediarios fiscales del CDPAP no mantengan la documentación adecuada de los asistentes personales, los registros del tiempo trabajado por estos y su documentación médica/de autorización de trabajo anual y actualizada, entre otros registros, FreedomCare analizará una muestra del expediente del cliente al menos una vez por trimestre para garantizar la adherencia al Plan de Cumplimiento y para detectar áreas de posible preocupación, tales como las siguientes:

- Monitoreo de los acuerdos comerciales (para evitar los sobornos).
- Actividades de promoción indebida para conseguir clientes y marketing de alta presión.
- Facturación de servicios prestados por asistentes personales que no cumplen con los requisitos.
- Documentación que justifique el reintegro (evaluación de salud para las planillas de horas en papel: planillas de horas incompletas, planillas de horas con tachaduras, planillas de horas con fechas u horas trabajadas que se sabe que son inexactas, falta de firmas, firmas diferentes).
- Facturación de servicios superior a los autorizados (más horas que las

- autorizadas en el plan de cuidado del cliente).
- Controles habituales y documentados de la asistencia del asistente personal para comparar los datos con las planillas de horas.
 - Contacto habitual y documentado con los clientes para comprobar si siguen cumpliendo con los requisitos para recibir los servicios del CDPAP.
 - La falta de devolución de sobrepagos y la falta de solicitud de reintegros por parte del cliente cuando corresponda.
 - Auditorías mensuales donde se controla una muestra de las planillas de horas para verificar (i) si FreedomCare ha completado correctamente las planillas de horas con información que justifique todo el tiempo facturado en un trimestre determinado; (ii) si las fotos del asistente personal y del cliente en las planillas de horas de Android/iPhone coinciden con las fotos que tenemos en nuestros registros; y (iii) si las firmas del asistente personal y del cliente coinciden con las firmas que tenemos en nuestros registros.

Si, en el transcurso de estas auditorías internas, se descubre algún problema, el oficial de cumplimiento se asegurará de que se tomen las medidas correctivas adecuadas, no solo con respecto a los problemas concretos detectados en la auditoría, sino que también determinará qué circunstancias, políticas, procedimientos, prácticas, sistemas o la falta de alguno de los anteriores fueron la causa del problema, y aplicará políticas, procedimientos, prácticas o sistemas nuevos o corregidos para garantizar que no vuelvan a producirse dichos problemas.

- *Revisiones de seguimiento del cumplimiento*

Si alguna de estas revisiones sugiere que podrían existir problemas de cumplimiento, el oficial de cumplimiento colaborará con el Comité de Cumplimiento para garantizar que se realice una investigación adecuada y se adopten las medidas correctivas correspondientes, como se ha detallado anteriormente.

F. Denuncias, revisiones y medidas correctivas

1. Sistema interno de denuncias

Todas las Personas afectadas tienen la obligación de participar en el Plan de Cumplimiento de buena fe y de informar al oficial de cumplimiento sobre cualquier cuestión de cumplimiento con relación a conductas indebidas, poco éticas o ilegales, por general que sea.

Mantener una línea de comunicación abierta entre el oficial de cumplimiento y los empleados de FreedomCare es fundamental para poder implementar de manera exitosa el programa de cumplimiento de FreedomCare y para evitar posibles fraudes, malgasto y abusos. Todos los empleados están obligados a informar y denunciar posibles conductas poco éticas o ilegales. Esto incluye, entre otras, las siguientes conductas:

- Violación de la confidencialidad
- Vínculo no autorizado (p. ej., un asistente personal que no cumple con los requisitos por ser el padre o representante designado del cliente)
- Acciones fraudulentas o engañosas (p. ej., falsificar las planillas de horas o incluir datos falsos)
- Prácticas indebidas de facturación
- Comportamiento poco ético
- Atención no ética/inapropiada (p. ej., horas o servicios no autorizados)
- Sobornos u otros incentivos indebidos

Las denuncias por incumplimiento real o presunto pueden realizarse de forma anónima y confidencial. Las denuncias por presunto incumplimiento o conducta inapropiada pueden ser presentadas por cualquier empleado o parte externa ante el oficial de cumplimiento de forma oral, en persona, llamando al 929-388-4922 o al 516-319-0256, por correo electrónico a agraham@freedomcareny.com o a gkaiser@freedomcareny.com, o por escrito enviando una carta con los siguientes datos: Compliance Officer, Freedom Care, LLC, 1979 Marcus Ave., Suite C115, New Hyde Park, NY 11042. Las denuncias también pueden presentarse de forma confidencial y anónima a través del siguiente formulario web: <http://www.freedomcareny.com/report>.)

Este sistema de denuncias sirve como mecanismo para recibir, registrar y responder preguntas e inquietudes sobre el cumplimiento, denuncias por conducta indebida, denuncias por presunto incumplimiento y denuncias por fraude, malgasto y abuso.

Deberán facilitarse datos suficientes para que el oficial de cumplimiento pueda iniciar una investigación. Las Personas afectadas que crean de buena fe que el oficial de cumplimiento ha violado el Plan de Cumplimiento pueden, en su lugar, presentar una denuncia ante el director general.

No denunciar un incumplimiento real o presunto, tener una conducta de incumplimiento o fomentar, guiar, facilitar o permitir una conducta de incumplimiento dará lugar a medidas disciplinarias.

2. Quejas y reclamaciones generales

Cualquier Persona afectada puede presentar una queja o reclamo por cualquier motivo ante Aleya Graham, 1979 Marcus Ave., Suite C115, New Hyde Park, NY 11042, Teléfono: 929-388-4922, Fax: 718-889-6759, agraham@freedomcareny.com o ante Geoffrey Kaiser, 1979 Marcus Ave., Suite C115, New Hyde Park, NY 11042, Teléfono: 516-319-0256, gkaiser@freedomcareny.com Los reclamos pueden hacerse en persona, por correo, fax o correo electrónico.

En el marco del CDPAP, durante la orientación inicial, un especialista en incorporaciones de FreedomCare informa a cada paciente y a cada asistente personal sobre su derecho a presentar una queja o reclamo. Para que les sea fácil a clientes y asistentes personales ejercer este derecho, FreedomCare brinda la opción de llamar al coordinador del cliente. Además, FreedomCare habilitó los botones “Llamar al coordinador” (Call Coordinator) y “Enviar un correo electrónico al coordinador” (Email Coordinator) en la aplicación con la que se completa la planilla de horas. Los coordinadores pueden presentar las quejas y reclamos de los clientes y los asistentes personales ante el oficial de cumplimiento, o conectar a las personas con el oficial de cumplimiento para que se comuniquen directamente.

Los reclamos, tanto verbales como escritos, de todas las Personas afectadas y del público general pueden incluir quejas o denuncias de posibles conductas inapropiadas, problemas de cumplimiento, fraude, malgasto o abuso. Se han creado procedimientos que exigen que cualquier reclamo que identifique posibles problemas de incumplimiento, fraude, malgasto o abuso se notifique de inmediato al oficial de cumplimiento. El oficial de cumplimiento es responsable de garantizar que se sigan los protocolos de investigación adecuados y que se identifiquen y resuelvan los posibles problemas. Los problemas detectados a través del proceso de investigación se presentan cada mes ante el Comité de Cumplimiento, según corresponda.

3. Confidencialidad y anonimato

Para FreedomCare, es importante crear un lugar de trabajo en el que todas las Personas afectadas sientan que pueden denunciar las violaciones de las políticas y los procedimientos de cumplimiento, incluidos, entre otros, las violaciones del presente Plan de Cumplimiento y el Código de conducta, las violaciones de las leyes y regulaciones aplicables o las conductas poco éticas. Toda inquietud en materia de incumplimiento puede plantearse de forma anónima y se mantendrá en la más estricta confidencialidad posible, en consonancia con la necesidad de investigar cualquier denuncia por acto indebido. En la medida de lo posible, el oficial de cumplimiento no revelará la identidad de ninguna persona que denuncie presuntas violaciones o que participe en una investigación.

4. Prohibición de los actos de intimidación y represalias

FreedomCare prohíbe terminantemente la intimidación o las represalias por denunciar de buena fe toda preocupación relacionada con el cumplimiento y por participar en el programa de cumplimiento, que incluye, entre otras, las siguientes acciones: denunciar e investigar posibles problemas, realizar autoevaluaciones, auditorías y medidas correctivas, y denunciar ante los funcionarios que correspondan. Por consiguiente, los supervisores, directivos y

empleados tienen prohibido disuadir, intimidar, tomar represalias, castigar o participar en cualquier forma de acoso contra un empleado que denuncie un problema de cumplimiento. Toda persona que participe en un acto de represalia o castigo quedará sujeta a medidas disciplinarias, entre ellas, el despido.

Según lo dispuesto en las secciones 740 y 741 de la Ley Laboral del Estado de Nueva York y otras leyes y normas pertinentes, no se permitirán la intimidación ni las represalias contra las personas que, de buena fe, participen en el Plan de Cumplimiento de FreedomCare, lo que incluye, entre otras, las siguientes acciones: denunciar posibles problemas, investigar casos, y participar en autoevaluaciones, auditorías y medidas correctivas. FreedomCare investigará de inmediato todos los presuntos actos de represalia e intimidación y adoptará las medidas oportunas. Si se confirma que un empleado participó en tales comportamientos, quedará sujeto a sanciones disciplinarias, entre ellas, el despido. Los actos de represalia e intimidación deben denunciarse de inmediato al oficial de cumplimiento, quien tomará las medidas disciplinarias oportunas.

5. Investigación y medidas correctivas

Investigación

El oficial de cumplimiento informará al Comité de Cumplimiento toda denuncia de conducta poco ética, indebida o ilegal, o un patrón de posible documentación, codificación o facturación indebidas, o una posible violación del Plan de Cumplimiento, según corresponda. Todas las denuncias de presunto incumplimiento se tomarán en serio y serán investigadas y documentadas por el oficial de cumplimiento, quien informará sobre el estado de dicha investigación y sus resultados al director general o a la alta gerencia, según corresponda, y tomará una decisión sobre las medidas correctivas adecuadas, incluida la forma de evitar que se repitan los problemas detectados.

El oficial de cumplimiento iniciará la investigación y derivará la denuncia al departamento adecuado, según corresponda, para garantizar que todas estas comunicaciones se registren, documenten, conserven y sean objeto de la debida investigación para resolver el asunto. El oficial de cumplimiento llevará a cabo una investigación y tomará todas las medidas necesarias y apropiadas. Se espera que todas las Personas afectadas cooperen plenamente en las investigaciones. Luego de presentada la denuncia y como parte del proceso, es posible que el denunciante reciba información e informes de progreso, según corresponda, de forma confidencial. El objetivo de la investigación será determinar si efectivamente existe un problema de cumplimiento y, en caso afirmativo, determinar la causa y la medida correctiva adecuada y eficaz que deberá aplicarse. Todas las investigaciones siguen los procedimientos establecidos para responder las consultas, los reclamos y las denuncias de fraude, malgasto o abuso.

La documentación incluirá, entre otros, los siguientes datos: la presunta violación denunciada, la persona o personas implicadas, los resultados de la investigación, las medidas disciplinarias y las medidas correctivas adoptadas. El Comité de Cumplimiento, así como el asesor legal, podrán ser consultados para determinar la gravedad de la violación.

Además, si la denuncia se refiere a la facturación indebida o a otras cuestiones relacionadas, la investigación podrá incluir la selección de una pequeña muestra aleatoria de facturas, junto con los comprobantes u otra documentación pertinente para auditar. Solo se seleccionarán facturas

que aún se estén procesando en la institución. Si la revisión lo requiere, la muestra se ampliará según sea necesario para determinar con mayor precisión el alcance del problema. Durante la revisión, las facturas que parezcan incorrectas o indebidas se retendrán y no se presentarán para su pago hasta que se hayan resuelto todas las cuestiones relativas a la documentación.

Durante toda la investigación, el Comité de Cumplimiento respetará la confidencialidad de la información y los registros reservados y cumplirá con las leyes de confidencialidad y las normas éticas profesionales aplicables.

Todos los expedientes de investigaciones relacionadas con el cumplimiento llevarán la indicación “Confidencial” y quedarán al resguardo del oficial de cumplimiento, quien preservará la confidencialidad de los documentos. La información no se podrá divulgar, excepto en los siguientes casos: (1) a los miembros del Comité de Cumplimiento; (2) a los miembros de la alta gerencia; (3) a los representantes de FreedomCare que deban conocerla; o (4) en la medida en que lo exija la ley o por una orden de un tribunal de jurisdicción competente.

Medidas correctivas

Todas las Personas afectadas deberán asumir su responsabilidad por incumplir este Plan de Cumplimiento, el Código de conducta o las leyes y regulaciones aplicables. La violación del Plan de Cumplimiento o de las políticas y procedimientos de la compañía dará lugar a medidas disciplinarias correctivas, entre ellas, el despido. Las sanciones disciplinarias se determinarán según cada caso en particular.

Además, dado que todas las Personas afectadas están obligadas a participar de buena fe en el Plan de Cumplimiento denunciando los hechos de incumplimiento ante el oficial de cumplimiento y colaborando en la resolución del caso, se adoptarán medidas disciplinarias, no solo en aquellos casos en que las Personas afectadas violen este Plan o el Código, sino también cuando una Persona afectada, a sabiendas, no denuncie un hecho de incumplimiento real o presunto, o bien fomenta, guíe, facilite o permita una conducta de incumplimiento.

Además, en determinadas circunstancias, podrán aplicarse medidas disciplinarias por no haber detectado un incumplimiento en los casos en que la observación habitual de las tareas o la diligencia debida hayan proporcionado o debieran haber proporcionado indicios adecuados o haber alertado a la persona sobre el hecho de incumplimiento.

El hecho de que una persona se autodenuncie ante FreedomCare y admita haber cometido una violación por incumplimiento no es garantía de protección frente a medidas disciplinarias. No obstante, el oficial de cumplimiento tendrá en cuenta la autodenuncia de la persona a la hora de determinar qué medidas disciplinarias, si las hubiere, le corresponden.

En el caso de que sea el cliente o el asistente personal quien haya cometido la violación en virtud del CDPAP, FreedomCare abordará dicha violación con el cliente o asistente personal como corresponda y decidirá si se debe presentar una denuncia ante la Organización de Atención Médica Administrada, el distrito de servicios sociales o la agencia gubernamental correspondientes, incluida, entre otras, la Oficina del Inspector General de Medicaid (“OMIG”).

Si, tras una investigación exhaustiva, el oficial de cumplimiento llega a la conclusión de que se ha producido una violación, se impondrá la sanción disciplinaria correspondiente. El oficial de cumplimiento analizará cada violación caso por caso para recomendar la sanción disciplinaria apropiada. Cuando corresponda aplicar una medida disciplinaria, esta podrá incluir la suspensión

o el despido inmediatos. La responsabilidad de garantizar que se impongan las medidas disciplinarias recomendadas por las violaciones del Plan de Cumplimiento, según lo determinado por el oficial de cumplimiento, recae en la alta gerencia.

Cada respuesta y medida correctiva aplicada debe estar diseñada de manera tal que garantice que la violación o el problema no se repita (o para reducir la probabilidad de que se repita) y debe surgir de un análisis de la causa raíz del problema. Además, siempre que sea aplicable, se debe incluir un análisis de la eficacia de la medida correctiva luego de su implementación. Si el análisis determina que la medida correctiva no ha sido eficaz, deberán aplicarse medidas correctivas adicionales o nuevas. Las medidas correctivas pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- Notificar al empleado y conversar con este sobre la violación que cometió y la forma de evitarla en el futuro.
- Proporcionar formación correctiva (formal o informal) para cerciorarse de que el empleado comprenda las normas y regulaciones aplicables.
- Realizar una revisión de seguimiento para garantizar que no se repita el problema.
- Exigir al empleado que cometió la violación que se someta a uno o varios ciclos de formación correctiva y a auditorías específicas.
- Devolver cualquier sobrepago producto de la facturación indebida o de gastos de nómina.
- Aplicar las medidas disciplinarias adecuadas, incluido el despido.
- Divulgar el hecho de forma voluntaria a la agencia gubernamental correspondiente.

Se tendrán en cuenta los siguientes factores a la hora de determinar las medidas disciplinarias apropiadas que se deban imponer:

- La naturaleza de la violación y sus consecuencias para FreedomCare
- La medida disciplinaria aplicada en casos similares
- El historial de violaciones anteriores del individuo
- Si la violación fue intencionada o no
- Si la persona estuvo implicada directa o indirectamente en la violación
- Si la violación fue un hecho aislado o un patrón de conducta
- Si la violación fue resultado de la falta de diligencia debida
- Si la violación fue una represalia contra otra persona por denunciar una violación o por cooperar con la investigación
- Si la persona en cuestión denunció la violación por iniciativa propia
- El grado de cooperación de la persona con la investigación

Si, al finalizar la investigación, se determina que se han presentado facturas por error al gobierno y que se han recibido sobrepagos, se contactará a la fuente pagadora en un plazo de 60 días a partir de la detección y cuantificación del sobrepago a fin de organizar la devolución de dichos pagos.

Tras la consulta con el asesor legal, se decidirá si alguno de los incidentes de incumplimiento confirmados debe ser denunciado ante la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (“OIG”), la OMIG, la Unidad de Control de Fraude contra Medicaid de la Oficina del Fiscal General del Estado de Nueva York (“MFCU”) u otro organismo.

G. Fraude, malgasto y abuso

Es obligación de FreedomCare prevenir y detectar cualquier fraude, malgasto o abuso en su organización en relación con los programas federales y estatales de atención médica (Medicare,

Medicaid y otros programas gubernamentales pagadores). Con este fin, FreedomCare cuenta con un programa de cumplimiento riguroso y se esmera por educar a sus trabajadores con respecto a la importancia de presentar correctamente las solicitudes de reintegro y las denuncias ante los gobiernos federales y estatales, así como con respecto a los requisitos, derechos y recursos de las leyes federales y estatales que rigen en materia de presentación de reclamaciones falsas, incluidos los derechos de los empleados a recibir protección como denunciantes en virtud de dichas leyes.

FreedomCare prohíbe terminantemente la presentación, a sabiendas, de una solicitud falsa de reintegro en relación con un programa de atención médica financiado con fondos federales o estatales. Dicha presentación constituye una violación de la Ley Federal de Reclamaciones Falsas, así como de diversas leyes estatales, y puede dar lugar a importantes sanciones civiles o penales. No se debe producir documentación falsa o engañosa utilizando ningún registro o documento de FreedomCare ni se debe modificar indebidamente ningún documento ya existente. No deben elaborarse ni presentarse solicitudes de reintegro con la intención o a sabiendas de que alguna parte de la solicitud es falsa o indebida.

Los CMS definen el “fraude” como el engaño intencionado o la tergiversación que una persona sabe, o debería saber, que es falsa, o que no cree que sea cierta, y que realiza a sabiendas de que el engaño podría originar algún beneficio no autorizado para sí misma o para otra(s) persona(s). Estos son algunos ejemplos de fraude:

- Presentar o facilitar la presentación de solicitudes de reintegro que, a sabiendas, son falsas o tergiversar los hechos para obtener el pago de un servicio de salud por parte del Estado al que, de otro modo, no se tendría derecho.
- Solicitar, recibir, ofrecer o pagar a sabiendas una retribución (p. ej., comisiones, sobornos o descuentos) para motivar o recompensar las derivaciones por artículos o servicios que luego serán pagados por los programas federales de atención médica.
- Realizar, a sabiendas, derivaciones que están prohibidas para determinados servicios de salud.
- Firmar, a sabiendas, certificados de necesidad médica (CMN) en nombre de un médico en los casos en que Medicare/Medicaid exige que sea el propio médico quien firme el CMN.
- Cobrar a pacientes de Medicare/Medicaid importes que, a sabiendas, son superiores a los permitidos o incumplir reiteradamente el acuerdo de participación o asignación.
- Renunciar, a sabiendas, a cobrar, o bien no cobrar, deducibles o copagos.
- Facturar, a sabiendas, por servicios no prestados o por suministros no proporcionados.
- Describir, a sabiendas, servicios, suministros o equipos no cubiertos como si estuvieran cubiertos o fueran facturables, o hacer parecen que lo sean.
- Hacer gestiones, a sabiendas, para cobrar dos veces por el mismo servicio (p. ej., emitir facturas duplicadas a Medicare/Medicaid y al paciente o a otra aseguradora).
- Tergiversar, a sabiendas, los servicios prestados, la tarifa por los servicios, la fecha de los servicios o la identidad del paciente.
- Falsificar, a sabiendas, los registros para hacer parecer que se cumplen las condiciones de participación o cobertura.
- Modificar o manipular, a sabiendas, las solicitudes de reintegro para aumentar los pagos (p. ej., la sobrecodificación).
- Facturar, a sabiendas, por servicios brindados o suministros proporcionados durante varios días cuando, en realidad, todo ocurrió en un solo día.

Por “abuso”, se entienden las prácticas que pueden generar, de manera directa o indirecta, costos innecesarios para los programas de atención médica, incluidos Medicaid y Medicare. Esto implica el pago por artículos o servicios cuando no se tiene derecho legal a dicho pago, salvo cuando el

proveedor no haya tenido conocimiento de la distorsión de los hechos para obtener el pago o no haya sido intencional. Estos son algunos ejemplos de abuso:

- Facturar por servicios médicos innecesarios.
- Cobrar de más por servicios o suministros.
- Usar de forma indebida los códigos en una solicitud de reintegro, como utilizar las prácticas de sobrecodificación o desagregación de códigos. La sobrecodificación se produce cuando un proveedor asigna un código de facturación incorrecto a un procedimiento o tratamiento médico para aumentar el monto del reintegro.

La diferencia entre “fraude” y “abuso” depende de los hechos, las circunstancias, la intención y el grado de conocimiento particular. En determinadas circunstancias, las prácticas abusivas pueden llegar a constituir fraude.

Tanto el fraude como el abuso pueden exponer a los proveedores a responsabilidades penales, civiles o administrativas.

El fraude y el abuso tienen repercusiones similares, ya que ambos causan pérdidas financieras a Medicare/Medicaid y a otros programas de seguros de salud. Los ejemplos de “fraude y abuso” citados en los párrafos anteriores no son de carácter exhaustivo. En el Anexo B adjunto, encontrará un resumen de las “Leyes federales y del estado de Nueva York relativas al fraude y el abuso”.

El término “malgasto” hace referencia a las prácticas que, directa o indirectamente, generan costos innecesarios para el programa Medicare, como el uso excesivo de los servicios. Por lo general, el malgasto no se considera el resultado de un acto de negligencia penal, sino más bien del mal uso de los recursos.

La política de FreedomCare es evitar el fraude, el malgasto y el abuso en todas las situaciones y con todos los pagadores estatales, federales o de otro tipo. La responsabilidad de evitar el fraude, el malgasto y el abuso recae en todas las Personas afectadas. Toda Persona afectada que participe a sabiendas en este tipo de conductas podrá recibir sanciones administrativas, civiles o penales, además de medidas disciplinarias, entre ellas, el despido de FreedomCare.

H. Cumplimiento de la ley

Es política de FreedomCare cumplir con todas las leyes, normas y regulaciones locales, estatales y federales en todas sus operaciones, incluida la facturación de servicios y suministros relacionados con la atención médica. Las Personas afectadas tienen terminantemente prohibido participar en cualquier práctica fraudulenta, abusiva o de malgasto. Todas las Personas afectadas tienen la obligación de denunciar ante el oficial de cumplimiento o cualquier miembro del Comité de Cumplimiento toda presunta violación de las leyes, normas y regulaciones locales, estatales y federales o de las políticas de FreedomCare y el presente Plan de Cumplimiento, y a colaborar como corresponda en la resolución de dicha denuncia.

I. Certificación del Plan de Cumplimiento

Si FreedomCare tuviera la obligación de tener un Plan de Cumplimiento según lo establece la sección 521.2(b) del título 18 de los Códigos, Reglas y Regulaciones de Nueva York (NYCRR) (los reintegros de Medicaid son o se espera que sean de \$500,000 dólares o más en un periodo de doce meses), el oficial de cumplimiento decidirá sobre la eficacia de este plan, y completará y presentará todos los años las certificaciones requeridas por la Oficina del Inspector General de

Medicaid en nombre de FreedomCare.

J. Código de conducta

El Código de conducta de FreedomCare (también denominado “el Código”) es una parte fundamental del presente Plan de Cumplimiento y establece las expectativas de conducta para todas las Personas afectadas, así como para los subcontratistas y los proveedores de FreedomCare. Todos deben respetar el espíritu del Código y cumplir con las normas de conducta que se describen a continuación (las “Normas”), así como desempeñarse con absoluta integridad y evitar cualquier conducta que, razonablemente, pudiera impactar de forma negativa en la integridad o la reputación de FreedomCare. Todas las Personas afectadas, los subcontratistas y los proveedores tienen la obligación de cumplir con el siguiente Código de conducta:

1. Normas relativas a la conducta personal

- a.** Todas las personas deben desempeñarse con honestidad.
- b.** Todas las personas deben tratar con respeto a los clientes, los asistentes personales y los compañeros de trabajo.
- c.** Todas las personas deben cumplir con todas las políticas y los procedimientos de FreedomCare.
- d.** Todas las personas deben cumplir con todas las leyes, normas y regulaciones federales, estatales y locales que regulan las actividades y operaciones de FreedomCare, incluido el CDPAP.
- e.** Se prohíbe a todas las personas participar en cualquiera de las siguientes prácticas:
(a) cometer fraude, que incluye hacer una declaración falsa o no declarar un hecho relevante con el fin de convencer a alguien para que entregue algo de valor, a sabiendas de que esa persona confiará en la declaración falsa; (b) presentar solicitudes de reintegro fraudulentas, planillas de horas con errores u otra documentación en relación con la facturación y el reintegro; (c) ofrecer o aceptar sobornos o comisiones; (d) tener conductas abusivas o de explotación; o (e) actuar de forma discriminatoria contraria a la ley.
- f.** Ningún empleado podrá utilizar su puesto en FreedomCare en beneficio propio.
- g.** Se debe respetar siempre la privacidad del cliente, los asistentes personales y las Personas afectadas de FreedomCare. La información relativa a dichas personas no debe compartirse ni analizarse, excepto si la ley lo exige y en función de la necesidad de conocerla. En la medida en que la información sea Información de salud protegida y esté amparada por la HIPAA/Ley de Tecnología de la Información de la Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH), las Personas afectadas deben cumplir con las políticas de FreedomCare en materia de las leyes HIPAA/HITECH.

h. Todos los directivos y supervisores de FreedomCare tienen la responsabilidad de ayudar a propiciar un entorno de trabajo en el que se puedan plantear y debatir abiertamente las cuestiones éticas. También son responsables de garantizar que todos los empleados comprendan la importancia del Plan de Cumplimiento y del Código, que conozcan las disposiciones y los procedimientos para denunciar presuntas actividades ilícitas como se establece en el presente documento, y que todos los empleados gocen de protección frente a represalias e intimidaciones si facilitan información sobre presuntas violaciones.

i. Todas las personas deben cumplir y estar familiarizadas con todas las leyes, normas y regulaciones federales y estatales que regulan sus actividades laborales dentro de FreedomCare, según corresponda. Todas las personas también deben cumplir con las normas establecidas en este Plan, el Código y con cualquier protocolo y política de cumplimiento aplicables. El estricto cumplimiento de estas normas legales y de cumplimiento es una condición del contrato de empleo; por lo tanto, la violación de cualquiera de estas normas de conducta puede dar lugar a medidas disciplinarias, incluido el despido.

j. Si una persona cree que estas normas o cualquier regulación aplicable han sido o pueden haber sido violadas (o tiene una duda sobre un asunto de cumplimiento) debe plantear su preocupación a su supervisor o al oficial de cumplimiento.

k. En la medida de lo posible, se les pedirá a todas las personas y entidades con las que FreedomCare tenga contratos que colaboren con el Plan de Cumplimiento y el Código de conducta de FreedomCare. Esto incluye a proveedores, contratistas y otros prestadores de servicios de salud.

2. Normas relativas a la facturación, la codificación y la prestación de servicios

Es política de FreedomCare que todos los servicios y suministros de salud proporcionados por FreedomCare se otorguen y documenten de acuerdo con las leyes, normas y regulaciones locales, estatales y federales. Las normas a continuación se aplican a todo el personal de FreedomCare que preste servicios de facturación, codificación o servicios de gestión relacionados.

a. Normas generales

FreedomCare debe prestar sus servicios de facturación de manera tal que cumplan con todas las normas y regulaciones aplicables que regulan las prácticas adecuadas de codificación y facturación. En este sentido, se seguirán rigurosamente todas las normativas federales y estatales que regulen los procedimientos de facturación.

La política de FreedomCare prohíbe la presentación de facturas o solicitudes de reintegro, por los mismos proveedores o por otra persona en su nombre, que no cumplan con los requisitos correspondientes para el pago por parte de pagadores gubernamentales y privados. Los médicos y demás proveedores de facturación son quienes tienen la responsabilidad máxima de ocuparse de la codificación. Es responsabilidad de cada médico y profesional de práctica avanzada asegurarse de que los servicios se facturen sin errores y de que todo quede debidamente documentado.

b. Facturación veraz

FreedomCare solo factura por los servicios de atención médica prestados o por las pruebas realizadas al paciente, y la facturación de estos servicios y pruebas debe cumplir con todas las normas y regulaciones aplicables que rigen las prácticas adecuadas de documentación, codificación y facturación. Todas las facturas emitidas deben ser correctas y veraces, y ningún empleado deberá jamás tergiversar los cargos para un paciente, un médico o proveedor, o un tercero pagador, o en nombre de estos. Está terminantemente prohibido que un empleado presente declaraciones falsas u omita información importante de manera intencional ante una agencia gubernamental u otro pagador. Un empleado que presente declaraciones falsas intencionadas ante organismos gubernamentales u otros pagadores será despedido y quedará sujeto a sanciones penales. Todos los empleados deben evitar, además, presentar declaraciones erróneas e imprudentes. Entregar información falsa con ignorancia deliberada o hacer caso omiso de la falsedad o veracidad de la información es ilegal. Por lo tanto, si los empleados tienen alguna duda sobre la veracidad o exactitud de la documentación a efectos de la facturación, o si se detecta que falta información importante, la factura de los servicios en cuestión deberá retenerse hasta que se resuelvan estas cuestiones. De no tomar esta precaución, se podría incurrir en una sobrefacturación, que es ilegal y está estrictamente prohibida.

Todo el personal pertinente de FreedomCare recibirá formación sobre las normas aplicables a las prácticas de facturación, codificación o documentación. Al momento de procesar y facturar las solicitudes de reintegro, el personal ingresará correctamente los datos facilitados y se asegurará de que el proceso de codificación y facturación coincida con exactitud con dichos datos sin distorsionar ni agregar datos. Una vez ingresados los datos, se procesará y se facturará la solicitud de reintegro de conformidad con todas las normas y regulaciones aplicables.

FreedomCare no participará ni aceptará que su personal participe en ninguna práctica de facturación indebida, incluidas, entre otras, prácticas como: la desagrupación indebida de un servicio que tiene un código de facturación global o agrupado en caso de que se usen códigos de facturación separados para cada componente del servicio; la facturación inadecuada del saldo de los asegurados por la diferencia entre los cargos totales del cliente y el pago permitido cuando dicha facturación esté prohibida; la facturación duplicada por el mismo servicio; y el uso indebido de modificadores de codificación, designaciones del lugar del servicio u otras descripciones del servicio prestado para aumentar el reintegro de forma inadecuada.

Las siguientes prácticas están terminantemente prohibidas:

- Emitir una factura por artículos no proporcionados o servicios no prestados.
- Emitir una factura por servicios o suministros, entre otros, que no sean razonables ni necesarios.
- Facturar dos veces, lo que genera una duplicación del pago.
- Emitir facturas por servicios no cubiertos como si sí lo estuvieran.
- Utilizar de manera indebida los números de identificación de los proveedores.
- Desagrupar las solicitudes de reintegro (facturar cada componente de un servicio por separado en lugar de utilizar un código global).
- Utilizar de manera indebida los modificadores de codificación.
- Utilizar la codificación incorrecta para los servicios de evaluación y gestión (“E&M”).
- Retener los sobrepagos.

c. Prácticas adecuadas de documentación

La facturación debe basarse siempre en la documentación adecuada de la justificación médica del servicio prestado y de la factura presentada, y esta documentación médica debe ajustarse a toda la normativa aplicable. No se podrá presentar una factura a un pagador si la documentación sobre la naturaleza o el alcance del servicio no es clara. Emitir facturas con fundamento en documentación poco clara puede dar lugar a un caso de sobrefacturación; por lo tanto, está terminantemente prohibido hacerlo.

d. Codificación en función de la información proporcionada por el proveedor del servicio

El personal de facturación utilizará la información entregada por el proveedor del servicio para ingresar los códigos correspondientes en la solicitud de reintegro. El personal de facturación se pondrá en contacto con los proveedores que no faciliten el código de diagnóstico real, como CPT o ICD-10-CM, para solicitarles un código numérico por los servicios prestados en función de la documentación de la historia clínica. Es responsabilidad del proveedor asegurarse de que, antes de presentar el documento donde figuran los cargos para la facturación, la documentación del servicio sea clara y cumpla con todas las normas y regulaciones aplicables. Todo el personal de facturación recibirá asistencia y será monitoreado por supervisores cualificados. Un codificador médico certificado puede cambiar un código en función de la documentación aportada en la historia clínica. Los códigos nunca deben seleccionarse en función de si el código utilizado garantizará o mejorará el pago, sino que solo deben seleccionarse los códigos que correspondan al servicio prestado y documentado.

e. Solicitud de aclaración a los proveedores

Si la información entregada por el proveedor del servicio resulta insuficiente para asignar con precisión los códigos de diagnóstico adecuados o si el personal de facturación tiene dudas, por cualquier motivo, en cuanto al código, se enviará una solicitud de aclaración o información adicional al proveedor del servicio. En general, la política de FreedomCare es mantener una comunicación abierta con todos nuestros médicos y proveedores. Por lo tanto, todo el personal de facturación de FreedomCare tiene instrucciones de ponerse en contacto con el médico o proveedor si le surge alguna duda sobre la naturaleza del servicio prestado y que se va a facturar, el diagnóstico o los códigos que seleccionar. El personal tiene terminantemente prohibido convencer o intentar convencer a un médico u otro proveedor para que presente información falsa o engañosa con el fin de justificar indebidamente una solicitud de reintegro.

f. Prohibición de la codificación “por suposición” y “por defecto”

El personal de facturación no puede generar información de codificación o de diagnóstico basándose en su propia interacción con el paciente, a partir de información proporcionada en una fecha anterior al servicio o basándose en lo que piensa que podría ser el diagnóstico probable o más probable. Ningún miembro del personal podrá realizar, a sabiendas, ningún tipo de sobrecodificación de servicios que constituya una violación de alguna ley, norma o regulación. El personal tampoco podrá seleccionar de manera indebida ciertos códigos, como los códigos de diagnóstico CPT o ICD-10-CM, con el único fin de garantizar el reintegro. La asignación de códigos debe basarse en la información facilitada por el proveedor del servicio y estar respaldada en la documentación de la historia clínica.

FreedomCare no ofrece incentivos económicos a médicos, empleados o proveedores/contratistas externos para aumentar el monto del reintegro mediante la manipulación de los códigos. Si se rechaza una solicitud de reintegro o si un pagador solicita información adicional sobre un reintegro, todos los cambios de códigos que se hayan presentado deberán estar respaldados por la documentación pertinente en el registro. El personal de FreedomCare nunca cambiará un código para eludir las reglas o los controles de un pagador.

g. Recibos de cargos y formularios de visita

FreedomCare ayudará a los proveedores a utilizar documentos con el diseño adecuado, como las plantillas electrónicas de captura de cargos, los formularios de visita, los recibos de cargos, los formularios detallados estandarizados (o superfacturas) u otros documentos de captura de cargos. Estos documentos están diseñados de manera tal que le permiten al proveedor documentar y codificar con precisión el servicio prestado para reducir la probabilidad de sobrecodificación involuntaria y para garantizar que FreedomCare reciba la información adecuada y precisa que necesita para facturar el servicio prestado. FreedomCare colaborará con los proveedores de forma periódica para analizar la exactitud y la pertinencia de los servicios y códigos que figuran en los dispositivos o documentos de captura de cargos para garantizar la exactitud de los datos. La superfactura o el comprobante de cargo que se elabora para fines de facturación debe reflejar con exactitud el servicio prestado y asignar el código de facturación correcto.

h. Uso correcto de los números de identificación del proveedor

Todas las aseguradoras a las que se presentan solicitudes de reintegro exigen el uso de números de identificación en el formulario de reintegro (p. ej., número de UPIN, número de identificación del proveedor asignado por la aseguradora, número de proveedor grupal para Medicare). Las normas para obtener y utilizar los números de identificación varían según la aseguradora. Sin embargo, es fundamental ingresar los números de identificación correctos en cualquier formulario de reintegro para permitir la tramitación puntual de cada reintegro.

Además, es importante que los datos de identificación del médico o proveedor que prestó el servicio figuren de manera precisa y correcta en el formulario de reintegro. En este sentido, utilizar el nombre o el número de identificación de otro médico o proveedor, en lugar del propio cuando el otro proveedor no participó en la prestación del servicio, puede considerarse un fraude. Recientemente, el uso correcto de los números de identificación en los formularios de reintegro ha sido objeto de un mayor control por parte del gobierno, que se centra, en particular, en verificar si el proveedor que realmente prestó el servicio es quien está identificado en el formulario de reintegro. Si algún miembro del personal tiene dudas sobre el uso correcto de los números de identificación en relación con las solicitudes de reintegro, debe ponerse en contacto con su supervisor o con el oficial de cumplimiento.

i. Exención del pago del coseguro

Eximir de forma habitual a los beneficiarios de programas federales de atención médica del pago de deducibles o copagos por parte de proveedores, profesionales o prestadores es ilegal y puede dar lugar a una violación de la Ley Antisoborno y la Ley de Reclamaciones Falsas. Solo corresponde eximir a los beneficiarios de programas federales de atención médica del pago de estos importes si se cumple la excepción por dificultades financieras debido a que la situación financiera del paciente cumple con los criterios establecidos. Otorgar de forma indebida una excepción por

dificultades económicas se considera una exención indebida. Eximir de forma habitual de los copagos a pacientes que no sean beneficiarios de programas federales de atención médica puede generar otros problemas normativos.

j. Exenciones de pacientes

Si un médico de FreedomCare considera que es clínicamente apropiado solicitar una prueba o prestar un servicio que Medicare podría considerar innecesario desde el punto de vista médico y, por tanto, no reembolsable, el paciente deberá completar y firmar un “Aviso anticipado al beneficiario” de Medicare. Este aviso le informa al paciente que es posible que el servicio o la prueba no tenga cobertura de Medicare y que, por lo tanto, podría tener que pagar el costo de la prueba. En los casos en que se realicen pruebas clínicamente apropiadas, pero no reembolsables, a un paciente de Medicare, no se podrá emitir una factura al paciente por el servicio sin que se haya completado ese Aviso.

k. Recopilación de información sobre seguros

Medicare exige que todos los proveedores facturen a otros pagadores primarios antes de facturar a Medicare y que cuenten con un sistema diseñado de manera tal que permita identificar a los pagadores que no son Medicare, a fin de evitar la facturación incorrecta y los sobrepagos en perjuicio de Medicare. Medicaid es siempre el pagador secundario a todos los demás pagadores. FreedomCare ha implementado estos procedimientos para todos los pagadores, incluidos Medicare y Medicaid, y hará todo lo posible por actuar de buena fe con todos los pacientes para determinar si la factura corresponde a un pagador primario o secundario y, así, facturar de la manera correcta.

l. Presentación de reclamos con el fin de obtener un rechazo

En ocasiones, puede que sea necesario recibir solicitudes rechazadas para que el paciente pueda obtener el reintegro de una aseguradora secundaria. Al presentar una solicitud de reclamo con este fin, el personal que envía el documento debe indicar en la solicitud de reintegro que se presenta con el fin de recibir un rechazo para poder emitir la factura a la aseguradora secundaria y utilizar los modificadores correspondientes de acuerdo con la normativa. Si una aseguradora paga una solicitud de reintegro de este tipo aunque el servicio no esté cubierto, y se determina que FreedomCare no tenía la intención de que se efectuara el pago, el importe abonado deberá devolverse de inmediato explicando que el servicio no está cubierto.

m. Acreditación: requisitos de licencia y competencia

Todos los médicos de FreedomCare y otros proveedores empleados por FreedomCare o asociados a FreedomCare deberán cumplir con el proceso de acreditación habitual de FreedomCare. Todos los médicos y demás proveedores estarán debidamente autorizados conforme a los requisitos estatales aplicables, y FreedomCare tomará medidas de forma periódica para garantizar el cumplimiento de los requisitos estatales y la competencia básica de cada persona mediante la acreditación. Esto incluye una revisión del Banco Nacional de Datos de Profesionales, verificaciones de exclusión en la Oficina del Inspector General del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos (“OIG”) y en Medicaid, para lo que se deben proporcionar copias de todos los documentos necesarios, incluidos, entre otros, un CV, licencia, DEA, certificado de la junta médica y certificado del seguro.

FreedomCare no emitirá ninguna factura a un tercero pagador por servicios prestados por un médico u otro proveedor que no esté debidamente autorizado.

n. Personas excluidas por la OIG y Medicaid

FreedomCare ha implementado políticas para garantizar que todos los médicos, profesionales de práctica avanzada y empleados se cotejen todos los meses con la base de datos de personas excluidas de la OIG/Medicaid. El oficial de cumplimiento se encargará de analizar las excepciones. Todos los médicos, profesionales de práctica avanzada y empleados deben notificar al oficial de cumplimiento si han sido excluidos para participar en programas de beneficios de atención médica tanto federales como del estado de Nueva York.

o. Almacenamiento de registros

FreedomCare ha implementado una política integral de almacenamiento de registros y documentos médicos, de conformidad con las leyes y normativas federales y estatales. Todo el personal de FreedomCare debe cumplir con esta política. La destrucción de registros médicos y otros documentos debe realizarse de acuerdo con la política escrita establecida. El Comité de Cumplimiento es responsable de establecer procedimientos diseñados para proteger los registros médicos y preservar la integridad de la documentación. Cada directivo o jefe de departamento es responsable de supervisar el cumplimiento de esta política dentro de su área de responsabilidad.

p. Saldos acreedores

De forma periódica, FreedomCare generará informes sobre el estado de los saldos acreedores o los reembolsos adeudados a Medicare, Medicaid y a otros terceros pagadores. FreedomCare hará todo lo posible para garantizar que se realicen los reembolsos correspondientes de forma oportuna y razonable.

q. Sistema informático

FreedomCare revisará periódicamente, interna o externamente, sus sistemas de facturación por computadora, ediciones de software y programas relacionados para garantizar que sean totalmente consistentes y estén actualizados con todos los requisitos federales, estatales y de pagadores privados aplicables. La revisión también garantizará que se aliente al personal de facturación a ingresar solo información precisa y adecuada proporcionada por nuestros médicos y proveedores y no se lo aliente a ingresar datos en los campos que indican que se prestaron servicios, aunque en realidad no se realizaron ni documentaron.

r. Facturación para médicos auxiliares

Las leyes federales y estatales permiten, en determinadas circunstancias limitadas, la facturación de servicios prestados por médicos auxiliares (“PE”), como fisioterapeutas, asistentes médicos y enfermeros practicantes. Las reglas que rigen cómo y cuándo un proveedor puede facturar los servicios de los PE pueden ser complejas y pueden variar según quién emplea al PE, dónde se presta el servicio y qué tipo de supervisión proporciona el médico. La facturación de los servicios de PE, ya sea directa o incidental, se realizará en estricto cumplimiento de las reglas y regulaciones aplicables, y debe ocurrir solo después de que una revisión adecuada haya determinado cómo esas reglas y regulaciones se aplican a los servicios específicos que se prestan.

s. Asignación de beneficios

Una asignación de beneficios es una autorización en la que un paciente solicita que sus pagos de beneficios de salud se realicen directamente a una persona o centro designado (por ejemplo, un médico). Es aconsejable que el paciente firme esta autorización para permitir que los pagos del seguro vayan directamente del proveedor al médico o profesional de práctica avanzada.

t. Facturación para laboratorios clínicos y otras pruebas diagnósticas

Al solicitar y facturar pruebas de laboratorio u otras pruebas de diagnóstico, se seguirán todas las leyes, las normas y los reglamentos federales y estatales pertinentes.

i. Factura solo para pruebas realmente solicitadas y realizadas

El personal solo facturará por las pruebas reales realizadas e interpretadas por los médicos y otros proveedores, y la facturación por dichas pruebas debe cumplir con todas las reglas y regulaciones aplicables que rigen la documentación, codificación y facturación correctas. Las pruebas deben realizarse solo cuando exista una orden clara del proveedor del paciente. Si se solicita una prueba, pero no se realiza por algún motivo, no se podrá enviar ninguna factura por la prueba a ningún tercero pagador.

ii. Pruebas adicionales

Si los médicos consideran clínicamente necesario realizar pruebas adicionales a un paciente además de la prueba especificada ordenada por el médico del paciente, se debe contactar al médico remitente original para obtener aclaraciones sobre cómo realizar las pruebas adicionales. En algunos casos, se pueden realizar pruebas adicionales automáticamente si las pruebas iniciales indican que se requieren pruebas de seguimiento.

iii. Órdenes verbales o poco claras

Las pruebas deben realizarse solo cuando exista una orden clara del médico y otro proveedor del paciente. Si un paciente llega a una prueba sin una orden de prueba, solo con una orden verbal o con una orden ambigua, el personal debe llamar al médico que la ordenó para solicitar una aclaración de la orden proporcionada. De ser posible, las órdenes verbales deben aceptarse con poca frecuencia. Todas las órdenes verbales deben documentarse adecuadamente y todas las órdenes de prueba deben conservarse según lo exigen las regulaciones estatales.

iv. Códigos de diagnóstico

Un código o descripción de diagnóstico ICD-10-CM apropiado debe acompañar todas las órdenes de pruebas de diagnóstico. Estos códigos asignados deben ser precisos y lo más específicos posible, según la información disponible para el médico que solicita la prueba, según la afección real del paciente y según la información que, de otro modo, se encuentra en el expediente del paciente.

En cualquier formulario de reclamo/facturación, solo se debe incluir la información de diagnóstico obtenida del médico que ordenó o interpretó la prueba. Si el diagnóstico no es claro o no se ha proporcionado, el personal de facturación debe comunicarse con el médico o proveedor que realiza el pedido para obtener la información necesaria. Cuando se obtenga información de diagnóstico, el personal de facturación involucrado documentará adecuadamente la recepción de esa información.

Para pruebas con información de diagnóstico inadecuada, FreedomCare no realizará la prueba o se asegurará de que no se presente una factura por la prueba hasta que se haya obtenido la información adecuada.

v. **Órdenes permanentes**

En situaciones en las que un paciente recibe un tratamiento prolongado, puede ser necesario crear una orden permanente con un laboratorio para que se realice la misma prueba periódicamente. Si bien tales órdenes no están prohibidas por ley, la OIG señala que dichas órdenes han dado lugar a “prácticas fraudulentas y abusivas” “con demasiada frecuencia en el pasado”. Título 62 de las Reglamentaciones Federales, 9438. Como cualquier otra orden de pruebas que serán reembolsadas por Medicare o Medicaid, cada prueba debe basarse en una determinación individualizada de necesidad médica. Como resultado, una vez que ya no es necesario realizar una prueba especificada en una orden permanente para un paciente en particular, la orden debe cancelarse.

3. **Normas relativas a prácticas comerciales**

a. **Transacciones comerciales**

FreedomCare renunciará a cualquier transacción u oportunidad comercial que solo pueda obtenerse por medios inadecuados o ilegales, y no realizará ningún pago ilegal o no ético a nadie para inducir el uso de nuestros servicios. Las transacciones comerciales y empresas conjuntas con otros proveedores de atención médica se basarán en el valor financiero genuino de la inversión y su impacto positivo en la capacidad de FreedomCare para brindar servicios. Dichas inversiones no se basarán en la intención de inducir o recompensar derivaciones hacia o desde otro proveedor. En todos los tratos, el personal de FreedomCare nunca debe hacer tergiversaciones, declaraciones deshonestas o declaraciones destinadas a engañar o desinformar. Si parece que algo que dijo se ha entendido incorrectamente, corríjalo con rapidez.

b. **Registros comerciales**

Todos los registros comerciales deben ser exactos y veraces, sin omisiones materiales; los activos y pasivos de FreedomCare deben contabilizarse adecuadamente de conformidad con todos los requisitos de informes fiscales y financieros; y nunca se podrán crear registros falsos. De manera similar, todos los informes presentados a agencias gubernamentales, compañías de seguros u otras entidades se realizarán de manera precisa y honesta.

c. **No discriminación**

FreedomCare cumple con todas las leyes federales, estatales y locales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, género u orientación sexual. FreedomCare no tolerará ninguna práctica que razonablemente se espere que tenga el efecto de negar o desalentar la prestación de servicios médicamente necesarios a personas elegibles. FreedomCare proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con FreedomCare, como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos), así como servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si una persona necesita estos servicios, puede comunicarse con el coordinador de la sección 1557 de FreedomCare, Geoffrey Kaiser, asesor general y director de Asuntos Regulatorios y Cumplimiento (teléfono: 516-319-0256, correo electrónico: gkaiser@freedomcareny.com).

Si una persona cree que FreedomCare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de la sección 1557 de FreedomCare. Una persona también puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si una persona necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de la sección 1557 de FreedomCare está disponible para ayudar. Una persona también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HSS), Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. FreedomCare hará los arreglos adecuados para garantizar que las personas con discapacidades y las personas con dominio limitado del inglés reciban ayuda y servicios auxiliares o servicios de asistencia lingüística, respectivamente, si es necesario para participar en este proceso de queja. Dichos arreglos pueden incluir, entre otros, proporcionar intérpretes calificados, proporcionar casetes grabados con material para personas con baja visión o garantizar un lugar sin barreras para los procedimientos. El coordinador de la sección 1557, junto con el personal de FreedomCare, será responsable de hacer dichos arreglos.

d. Derivaciones

FreedomCare cumple con todas las leyes federales y estatales antiderivaciones y antisobornos. Los estatutos federales y estatales antisobornos tipifican como delito dar o recibir cualquier remuneración (que se define ampliamente para incluir dinero, bienes y servicios) a cambio de una derivación o como incentivo para proporcionar artículos o servicios de atención médica pagados por programas federales de atención médica, incluidos Medicare o Medicaid. Según las leyes de autoderivación de médicos (las leyes “Stark”), en general, un médico no puede derivar pacientes a entidades que brinden “servicios de salud designados”, que son pagaderos según Medicare o Medicaid, si el médico o su familiar inmediato tiene un interés financiero prohibido en esa entidad. Una relación financiera prohibida puede incluir tanto una propiedad o un interés de inversión como un acuerdo de compensación.

FreedomCare no paga a médicos, proveedores, pacientes ni a ninguna otra persona, ya sea directa o indirectamente, por las derivaciones. Las decisiones relativas a las derivaciones de pacientes se basan en la decisión clínica independiente del médico y la necesidad médica. Las leyes federales y estatales prohíben pagar a cualquier individuo sobre la base del valor o volumen de derivaciones de servicios o pruebas reembolsadas por un programa financiado con fondos federales (como Medicare y Medicaid). Esto incluye la entrega de cualquier forma de remuneración, incluida prácticamente cualquier cosa de valor, a cambio de una derivación.

e. Relaciones con otros proveedores de atención médica

Todos los contratos, arrendamientos y otras relaciones financieras con otros proveedores de atención médica que tengan una relación de derivación con FreedomCare cumplirán con estas leyes y se basarán en el valor justo de mercado de los servicios o artículos que se brindan o intercambian, y no en la base del volumen o el valor de las derivaciones de negocios de Medicare o Medicaid entre las partes.

Está estrictamente prohibida cualquier práctica que viole las leyes antiderivaciones o tienda a crear una apariencia de ilegalidad o incorrección. Ejemplos de dichas actividades prohibidas incluyen: aceptar espacio de oficina de forma gratuita o por debajo del valor justo de mercado para atender a pacientes privados en un centro; aceptar préstamos sin intereses de un hospital; alquilar equipos de diagnóstico de otra corporación profesional por menos del valor de mercado; o aceptar equipos, suministros o servicios gratuitos de un laboratorio clínico que no estén directamente relacionados con la prestación de los servicios del laboratorio.

f. Revisión de todos los nuevos contratos y nuevos acuerdos

Todos los nuevos contratos, arrendamientos y otras relaciones financieras con proveedores con quienes FreedomCare tiene una relación de derivación deben ser revisados por el oficial de cumplimiento para garantizar el cumplimiento de las leyes federales y estatales antisobornos y Stark, y el cumplimiento de cualquier excepción o puerto seguro aplicable bajo esas leyes.

g. Actividades de marketing y derivación de pacientes

Todas las actividades de marketing y publicidad realizadas por el personal deben ser veraces y no engañosas, y deben estar respaldadas por pruebas que sustenten cualquier afirmación realizada. Ningún miembro del personal debe menospreciar el servicio o negocio de un competidor mediante el uso de representaciones falsas o engañosas. Todas las actividades de marketing y publicidad del personal deben basarse en los méritos de los servicios prestados y no en ninguna promesa, expresa o implícita, de remuneración por las derivaciones.

h. Política de compras y licitaciones competitivas

Todas las decisiones de compra deben tomarse con el propósito de obtener un producto o servicio de la más alta calidad para FreedomCare al precio más razonable. No se puede tomar ninguna decisión de compra basándose en la consideración de que cualquier empleado o funcionario, o cualquier familiar o amigo de cualquiera de ellos, se beneficiará con la transacción. Más bien, el único criterio detrás de todas las decisiones de compra debe ser el mejor interés para FreedomCare. Tampoco se puede comprar ningún servicio o artículo a cambio de una derivación de pacientes por parte de otro o con miras a inducir a otro a derivar pacientes.

i. Reglas de conflictos de interés

La relación entre FreedomCare y todo nuestro personal conlleva un deber de honestidad, lealtad y compromiso. Todo el personal debe ejercer la máxima buena fe en todas las transacciones que afecten a sus deberes y responsabilidades para FreedomCare o en nombre de ella. Incluso la apariencia de ilegalidad, incorrección o conflicto de interés, o bien dualidad de interés puede ser perjudicial para FreedomCare y, por lo tanto, debe evitarse.

Un conflicto de interés ocurre cuando el interés privado de un individuo dificulta actuar objetivamente en beneficio de FreedomCare. Aunque no pretende ser una lista completa, algunos ejemplos de conflictos de interés pueden incluir situaciones en las que un individuo (o un familiar de un individuo):

- Hace que FreedomCare entable relaciones comerciales con familiares o amigos. Excepto después de la divulgación completa y con la aprobación del liderazgo superior, ningún

empleado, su cónyuge, dependientes o miembro de su hogar puede ser empleado o tener, directa o indirectamente, un interés financiero en cualquier empresa comercial con la que FreedomCare tiene tratos comerciales, o con cualquier negocio que sea propiedad o esté controlado por cualquier compañía o director de cualquier compañía con la que FreedomCare haga negocios.

- Compite con FreedomCare. Ningún empleado, su cónyuge, sus dependientes o un miembro de su hogar puede tener, directa o indirectamente, un interés personal o financiero en cualquier transacción que sea, o pueda ser, adversa a FreedomCare.
- Solicita o acepta obsequios, favores o entretenimiento de socios comerciales cuando dicho artículo o servicio excede el valor nominal o la hospitalidad social ordinaria. A los empleados no se les permite obtener ganancias personales del empleo con FreedomCare que no sean el salario y los beneficios pagados por FreedomCare. Además, excepto después de una divulgación completa y con la aprobación de la gerencia sénior, los empleados de FreedomCare tienen prohibido solicitar o aceptar dinero, obsequios de mercancías, servicios personales, gratificaciones o entretenimiento de proveedores, subcontratistas, agentes u otras personas con quienes FreedomCare hace negocios, ha hecho negocios o busca hacer negocios. Cualquier Persona afectada, subcontratista o proveedor que no esté seguro de si una transacción en particular está permitida según esta disposición debe consultar con el oficial de cumplimiento.
- Solicita un préstamo o garantía para dinero prestado de FreedomCare (a menos que el préstamo o la garantía hayan sido autorizados por FreedomCare).

Utiliza la propiedad, la información o el puesto de FreedomCare para beneficio personal. A menos que estén debidamente autorizados, los empleados no darán ni divulgarán, fuera de FreedomCare, ningún dato o información de naturaleza confidencial sobre FreedomCare o sus operaciones. Cualquier pregunta relacionada con la interpretación de conflictos de intereses debe dirigirse al oficial de cumplimiento.

Todas las personas que tengan un posible conflicto de intereses como se describe anteriormente deben revelar su interés por escrito al oficial de cumplimiento; no participar en la consideración o determinación del asunto por parte de FreedomCare; y en la medida razonable dadas las circunstancias, no deben tomar parte ni tener participación financiera en la transacción entre la empresa y FreedomCare. Si FreedomCare está considerando realizar una transacción con una empresa en la que una persona tiene un interés, ese interés primero debe comunicarse a la atención del oficial de cumplimiento, quien luego revisará el asunto. Después se hará una recomendación sobre la idoneidad de la transacción.

j. Cortesía profesional

No está prohibido ofrecer descuentos de cortesía profesional a médicos, familiares de médicos o al personal del consultorio si se brindan únicamente como una verdadera “cortesía”, sin tener en cuenta la derivación de pacientes por parte del médico al proveedor. La cortesía profesional solo se puede brindar de acuerdo con una política escrita de cortesía profesional adoptada por FreedomCare. Ninguna persona que sea beneficiaria de un programa federal de atención médica puede recibir cortesía profesional, a menos que demuestre de buena fe su necesidad financiera. Si cualquier individuo cree que un médico o proveedor está ofreciendo descuentos a otros en violación de estos principios, el individuo debe comunicarse con el oficial de cumplimiento, quien revisará el asunto y planteará el problema, según corresponda, ante el médico u otro proveedor.

4. Normas relacionadas con la confidencialidad y las investigaciones regulatorias

a. Información confidencial del paciente

Todas las personas deben mantener la información del paciente en la más estricta confidencialidad de acuerdo con todas las regulaciones de la HIPAA locales, estatales y federales y de acuerdo con las políticas de la HIPAA de FreedomCare, según puedan modificarse de vez en cuando. Dicha información no se le revelará a nadie, a menos que lo autorice el paciente o lo permita la ley. Por lo tanto, al recibir, almacenar, procesar o tratar de otra manera cualquier información o registros de pacientes, esos miembros del personal están totalmente sujetos a las disposiciones aplicables de lo siguiente: 1) regulaciones de privacidad y seguridad bajo la Ley Federal de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 y enmiendas; y 2) cualquier otra ley federal o estatal y regulaciones relacionadas que rijan la confidencialidad de la información del paciente, incluida, entre otras, la información relacionada con el VIH.

b. Información financiera confidencial

También debe mantenerse la confidencialidad de la información confidencial adquirida sobre las actividades comerciales de FreedomCare y esta no puede utilizarse como base para beneficio personal por parte de los empleados, sus familias u otras personas. Dicha información incluye, entre otras cosas: listas de pacientes, planes de desarrollo, estrategias de marketing, datos financieros, investigaciones patentadas e información sobre acuerdos comerciales pendientes o contemplados. El principio rector es que, si un empleado recibe información material confidencial relacionada con FreedomCare, no debe utilizar dicha información para su propio beneficio o el de su familia, ni debe revelarla a otros para su uso personal.

c. Investigaciones regulatorias

Es política de FreedomCare que todos sus empleados cooperen con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (“HHS”), la Contraloría General, el Gobierno Federal, el Nuevo Departamento de Salud del Estado de York, la Oficina del Inspector General de Medicaid (“OMIG”) del Estado de Nueva York y otras agencias gubernamentales. Estas organizaciones tienen derecho a auditar, inspeccionar, investigar y evaluar los libros, contratos, registros y documentos de FreedomCare.

d. Conversaciones con agentes gubernamentales

FreedomCare no intentará obstruir ninguna investigación gubernamental ni impedirá que ningún empleado hable con agentes gubernamentales. Los empleados pueden hablar voluntariamente con agentes gubernamentales, si así lo desean. Sin embargo, se recomienda a todos los empleados que, antes de hablar con agentes gubernamentales, se comuniquen con su supervisor o el oficial de cumplimiento. Los empleados primero deben establecer la identidad de los representantes del gobierno. Deben solicitar ver la identificación con fotografía, las tarjetas de presentación u otras credenciales de los investigadores y hacer copias de la identificación proporcionada. Todos los empleados deben ser educados e informar al investigador del gobierno que el personal administrativo apropiado llegará en breve para responder a su consulta. Si se le solicita, el personal también debe informar cortésmente a los investigadores gubernamentales que no tiene la autoridad para revelar documentos ni dar consentimiento a una búsqueda. Seguir este procedimiento permitirá a FreedomCare cooperar con agencias gubernamentales y, al mismo tiempo, preservar sus derechos y proteger al personal de FreedomCare, los registros confidenciales y la información de propiedad exclusiva.

Si los investigadores del gobierno se han identificado adecuadamente, han presentado una autorización por escrito y afirman que su auditoría debe ser inmediata, los empleados no deben intentar bloquearlos. Los representantes del gobierno deben cumplir con las leyes y regulaciones aplicables (por ejemplo, la HIPAA), a menos que se aplique una excepción. Si el empleado no tiene claro si se aplica una excepción, debe pedir cortésmente a los representantes del gobierno que presenten evidencia de una excepción a la ley aplicable. El empleado puede informar a los representantes del gobierno que FreedomCare desea cooperar con la investigación, pero también tiene la obligación legal de proteger la información médica protegida (PHI) del paciente y debe cumplir con otras leyes y regulaciones aplicables.

Si es posible, los empleados deben documentar exactamente lo que los investigadores revisan o se llevan consigo o para lo que solicitan copias. Pueden seguir a los investigadores a través de la propiedad de FreedomCare mientras ejecutan la auditoría. FreedomCare tiene derecho a obtener un recibo por escrito por cualquier propiedad que se lleven los investigadores cuando abandonen las instalaciones. Los empleados deben mantener un registro de todas las interacciones entre los representantes del gobierno y el personal, y todos los documentos intercambiados. Esto incluye registros de pacientes o información de reclamaciones que los representantes del gobierno pueden ver, incluso si no llevan consigo los documentos o las copias. Es particularmente importante que FreedomCare obtenga una copia de la autoridad legal que autoriza la divulgación a los investigadores de la PHI del paciente y que FreedomCare mantenga un registro de toda la PHI que pueda usarse o divulgarse.

Es un delito destruir o alterar documentos, negar falsamente el conocimiento de la información solicitada o intentar influir en el testimonio del personal. Todos los empleados deben responder preguntas sobre la ubicación de los documentos, pero no están obligados a responder otras preguntas sin el beneficio de un asesor legal.

e. Responder a citaciones y solicitudes de documentos

Como cuestión general, cualquier empleado que reciba una solicitud gubernamental de información, una citación o cualquier otra investigación o documento legal relacionado con el negocio de FreedomCare debe notificar al asesor general de FreedomCare antes de intentar dar una respuesta. Un empleado no puede responder a una solicitud de divulgación de documentos que sean propiedad de FreedomCare sin seguir el procedimiento antes mencionado.

f. Respuestas precisas y completas

FreedomCare se compromete a cumplir con la ley y cooperar con las demandas razonables realizadas durante el curso de una investigación o indagación gubernamental legítima. Si se da una respuesta a una solicitud de información de agencias reguladoras gubernamentales, la respuesta debe ser precisa y completa.

g. No destrucción de registros o evidencia

Todos los empleados deben preservar los documentos y no deben destruir ni alterar los documentos que sean objeto de una investigación gubernamental. Tal acción someterá al empleado a despido inmediato y un posible proceso penal. FreedomCare tomará medidas afirmativas, si es necesario, para garantizar la preservación de los documentos (incluidos los datos electrónicos) que sean objeto de cualquier investigación gubernamental. FreedomCare también detendrá inmediatamente cualquier destrucción planificada y rutinaria de información relevante. Bajo ciertas circunstancias, los CMS pueden determinar que existe una necesidad especial de conservar un registro o grupo de registros en particular durante un período más largo, y notificará a FreedomCare antes de la fecha normal de eliminación.

h. Comunicación de las investigaciones

Los empleados no podrán comunicar a nadie ningún asunto relacionado con una investigación gubernamental sin el permiso expreso de FreedomCare. Las consultas de los medios deben dirigirse al asesor general de FreedomCare. Los empleados no deben hacer comentarios a la prensa. Durante el curso de la investigación gubernamental, toda la correspondencia relacionada con la investigación debe dirigirse a través del asesor general de FreedomCare.

K. Otros protocolos y procedimientos de cumplimiento

Además de los procedimientos de cumplimiento establecidos en este Plan de Cumplimiento y Código de conducta, FreedomCare también ha promulgado otras políticas y procedimientos de cumplimiento más específicos. Estas políticas y procedimientos adicionales son una parte integral del programa de cumplimiento de FreedomCare y están diseñados para complementar los procedimientos y estándares establecidos en este Plan.

L. Descargo de responsabilidad

FreedomCare ha preparado este Plan de Cumplimiento y Código de conducta al máximo de sus habilidades para brindar orientación a todas las Personas afectadas. Sujeto a la aprobación del liderazgo superior, el oficial de cumplimiento se reserva el derecho de modificar y actualizar componentes del Plan de Cumplimiento y el Código de conducta en cualquier momento para realizar cambios basados en guías regulatorias, mejoras al programa para fomentar la efectividad o para cualquier otro motivo que el oficial de cumplimiento considere apropiado. Si alguien tiene alguna pregunta o inquietud sobre el Plan de Cumplimiento o el Código de conducta, debe comunicarse con el oficial de cumplimiento para obtener orientación adicional enviando un correo electrónico a gkaiser@freedomcareny.com o llamando al 516-319-0256.

Aprobado por:

Anexo A

RECONOCIMIENTO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO

Yo, _____, soy un: Empleado Contratista de FreedomCare. Con mi firma a continuación, certifico que:

1. He recibido, leído y comprendido el Plan de Cumplimiento y el Código de conducta de FreedomCare, junto con sus políticas y procedimientos relacionados.
2. Me comprometo a actuar de conformidad con el Plan de Cumplimiento y el Código de conducta durante todo el plazo de mi empleo o contrato, y a cumplirlo.
3. Reconozco que tengo el deber de informar al oficial de cumplimiento cualquier presunta o sospecha de violación del Plan de Cumplimiento y el Código de conducta, o de las leyes y regulaciones aplicables.
4. Buscaré asesoramiento de mi supervisor o del oficial de cumplimiento sobre las acciones apropiadas que debo tomar para cumplir con el Plan de Cumplimiento y el Código de conducta.
5. Entiendo que el incumplimiento de esta certificación o el hecho de no informar cualquier violación presunta o sospechada del Plan de Cumplimiento o el Código de conducta puede dar lugar a medidas disciplinarias, incluso la terminación del empleo o contrato.
6. Acepto participar en futuras capacitaciones sobre cumplimiento según sea necesario y reconozco mi asistencia a dichas capacitaciones como condición para continuar con mi empleo/contrato.
7. Acepto divulgar la existencia y el carácter de cualquier conflicto de interés real o potencial al oficial de cumplimiento. Además, certifico que no conozco actualmente ningún conflicto de interés.

Firma

Fecha

=====

Reconocimiento del Programa de Cumplimiento de proveedores contractuales:

Certifico que, como proveedor contractual, he elegido no participar en el Plan de Cumplimiento de FreedomCare y, por la presente, certifico que tengo un Plan de Cumplimiento desarrollado e implementado de forma independiente para garantizar el cumplimiento de todas las leyes y regulaciones aplicables y garantizar un comportamiento ético consistente con el Plan de Cumplimiento y el Código de conducta de FreedomCare. Se adjunta una copia de dicho Plan de Cumplimiento.

Firma del proveedor contractual

Fecha

Anexo B

Leyes federales y del estado de Nueva York relativas al fraude y el abuso en la atención médica

A. Leyes federales

Ley de Reclamos Falsos civil federal

La Ley de Reclamos Falsos (“FCA”) civil federal protege al Gobierno contra cobros excesivos o venta de bienes o servicios de mala calidad. Es ilegal presentar reclamos de pago a Medicare o Medicaid que usted sabe o debería saber que son falsas o fraudulentas. Si un reclamo es resultado de un soborno o se realiza en violación de la Ley de Autoderivaciones Stark, eso también puede convertirlo en falso o fraudulento, creando responsabilidad según la FCA civil, así como el Estatuto Antisoborno o la Ley Stark.

La FCA (título 31, sección 3729 y ss. del Código de Estados Unidos [U.S.C.]) es un estatuto que impone responsabilidad civil sobre cualquier persona que:

- Presenta a sabiendas, o hace que se presente, un reclamo, registro o declaración falso o fraudulento para pago o aprobación.
- Hace, usa o hace que se haga o use a sabiendas un registro o material de declaración falso para un reclamo falso o fraudulento.
- Conspira para cometer cualquier acto prohibido por el estatuto.
- Utiliza un registro o una declaración falsos para evitar o disminuir una obligación de pagar al Gobierno.
- Comete otros actos fraudulentos enumerados en el estatuto.

El término “**a sabiendas**”, tal como se define en la Ley de Reclamos Falsos (“FCA”) civil, incluye a una persona que tiene conocimiento real de la información, actúa con ignorancia deliberada de la verdad o falsedad de la información, o actúa con desprecio imprudente por la verdad o falsedad de la información. No se necesitan pruebas de intención específica de cometer fraude.

El término “**reclamo**” incluye cualquier solicitud o demanda de dinero o propiedad si el Gobierno de los Estados Unidos proporciona cualquier parte del dinero solicitado o exigido.

La **posible responsabilidad civil** según la FCA incluye sanciones monetarias civiles y daños triplicados. Actualmente, las sanciones monetarias civiles (que se indexan anualmente según la inflación) por violaciones que ocurran después del 9 de mayo de 2022 oscilan entre \$12,537 y \$25,076 por cada reclamo falso.

El **fiscal general de los Estados Unidos** debe investigar diligentemente las violaciones de la FCA y puede entablar una acción civil conforme a la ley. Antes de presentar una demanda, el fiscal general puede emitir una demanda de investigación que requiera la presentación de documentos y

respuestas escritas y testimonio oral.

La FCA también prevé **acciones de personas privadas** (demanda *qui tam*) que pueden entablar una acción civil en nombre del gobierno por una violación de la ley. Generalmente, la acción no podrá interponerse más de seis años después de la infracción, pero en ningún caso más de diez. Cuando se interpone la acción, esta permanece sellada por lo menos durante sesenta días. El Gobierno de los Estados Unidos puede optar por intervenir en la demanda y asumir la responsabilidad principal de procesar, desestimar o llegar a un acuerdo en la demanda. Si el Gobierno decide no intervenir, la parte privada que inició la demanda generalmente tiene derecho a llevar a cabo la acción, aunque el estatuto también permite al Gobierno solicitar la desestimación de la demanda.

En caso de que el Gobierno proceda con la demanda, el demandante *qui tam* puede recibir entre el quince y el veinticinco por ciento del producto de la acción o acuerdo. Si el demandante *qui tam* prosigue con la acción sin el Gobierno, podrá recibir del veinticinco al treinta por ciento de la recuperación. En cualquier caso, el demandante también puede recibir una cantidad por gastos razonables más honorarios y costos razonables de abogados.

Si la acción civil es frívola, “claramente vejatoria” o se presenta principalmente por acoso, es posible que el demandante tenga que pagar al demandado sus honorarios y costes. Si el demandante planeó o inició la violación, la parte de las ganancias puede reducirse y, si se lo declara culpable de un delito asociado con la violación, no se le otorgará ninguna parte al demandante.

Protección de denunciantes La Ley de Reclamos Falsos civil también protege a los empleados contra represalias. Un empleado que es despedido, descendido, suspendido, amenazado, acosado o discriminado en términos y condiciones de empleo debido a actos legales realizados en cumplimiento de una acción bajo la FCA, puede presentar una acción ante el Tribunal de Distrito Federal solicitando su reintegro, dos veces el monto del pago atrasado más intereses y otros costos, daños y honorarios enumerados.

También hay una FCA penal (título 18, sección 287 del U.S.C.). Las sanciones penales por presentar reclamos falsos incluyen prisión y multas penales. Hay médicos que han ido a prisión por presentar afirmaciones falsas sobre atención médica. La Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos también puede imponer sanciones monetarias civiles administrativas por reclamos falsos o fraudulentos, de conformidad con la Ley de Sanciones Monetarias Civiles (que se analiza a continuación).

Estatuto antisoborno [título 42, sección 1320a-7b(b) del U.S.C.]

El estatuto antisoborno es una ley penal que prohíbe el pago consciente y deliberado de “remuneración” para inducir o recompensar las derivaciones de pacientes o la generación de negocios que involucren cualquier artículo o servicio pagadero por los programas federales de atención médica (por ejemplo, medicamentos, suministros o servicios de atención médica para pacientes de Medicare o Medicaid). La remuneración incluye cualquier cosa de valor y puede adoptar muchas formas además del efectivo, como alquiler gratuito, estadías y comidas costosas en hoteles, y la remuneración excesiva por direcciones o consultorías médicas. **En algunas industrias, es aceptable recompensar a quienes derivan a pacientes. Sin embargo, cuando se trata de programas federales de atención médica, pagar por derivaciones es un delito.** El estatuto cubre a los pagadores de sobornos (aquellos que ofrecen o pagan una remuneración), así

como a los receptores de sobornos (aquellos que solicitan o reciben una remuneración). La intención de cada parte es un elemento clave de su responsabilidad según el estatuto antisoborno.

Las sanciones penales y administrativas por violar el estatuto antisoborno incluyen multas, penas de cárcel y exclusión de la participación en los programas federales de atención médica. Según la Ley de Sanciones Monetarias Civiles, los médicos que pagan o aceptan sobornos también enfrentan sanciones de hasta 50,000 dólares por soborno más tres veces el monto de la remuneración.

Los puertos seguros protegen ciertas prácticas comerciales y de pago que, de otro modo, podrían implicar al estatuto antisoborno en procesos penales y civiles. Para estar protegido por un puerto seguro, un acuerdo debe encajar perfectamente en el puerto seguro y satisfacer todos sus requisitos. Algunos puertos seguros abordan servicios personales y acuerdos de alquiler, inversiones en centros quirúrgicos ambulatorios y pagos a empleados de buena fe.

Para obtener información adicional sobre puertos seguros, consulte “Regulaciones de puerto seguro de la OIG”.

Los sobornos en el ámbito de la atención médica pueden provocar:

- Sobreutilización
- Aumentos en los costos de programas
- Corrupción en la toma de decisiones médicas
- Derivación de pacientes a servicios específicos
- Competencia desleal

La prohibición de sobornos se aplica a todas las fuentes de derivaciones, incluso a los pacientes. Por ejemplo, cuando los programas Medicare y Medicaid exigen que los pacientes paguen copagos por los servicios, generalmente usted debe cobrar ese dinero a sus pacientes. Renunciar rutinariamente a estos copagos podría implicar al estatuto antisoborno, y no puede anunciar que perdonará los copagos. Sin embargo, usted es libre de renunciar al copago si determina individualmente que el paciente no puede pagar o si sus esfuerzos razonables de cobro fracasan. También es legal brindar servicios gratuitos o con descuento a personas sin seguro.

Además del estatuto antisoborno, el estatuto de incentivo a los beneficiarios (título 42, sección 1320a-7a[a][5] del U.S.C.) también impone sanciones monetarias civiles a los médicos que ofrecen remuneración a los beneficiarios de Medicare y Medicaid para influir en ellos de modo que utilicen sus servicios.

El Gobierno no necesita demostrar daños al paciente o pérdidas financieras a los programas para demostrar que un médico violó el estatuto antisoborno. Una persona puede ser culpable de violar el estatuto antisoborno incluso si el servicio realmente se prestó y fue médicamente necesario. Recibir dinero o regalos de una compañía de medicamentos o dispositivos, o bien de un proveedor de equipo médico duradero (DME) no se justifica con el argumento de que usted habría recetado ese medicamento o habría ordenado esa silla de ruedas incluso sin recibir un soborno.

Ley de Autoderivación de Médicos [título 42, sección 1395nn del U.S.C.]

La Ley de Autoderivación de Médicos, comúnmente conocida como la Ley Stark, prohíbe a los médicos derivar pacientes para recibir “servicios de salud designados” pagaderos por Medicare o Medicaid de entidades con las que el médico o un familiar inmediato tiene una relación financiera, a menos que se aplique una excepción. Las relaciones financieras incluyen tanto intereses de

propiedad/inversión como acuerdos de compensación. Por ejemplo, si invierte en un centro de diagnóstico por imágenes, la Ley Stark exige que la relación financiera resultante se ajuste a una excepción o no podrá derivar pacientes al centro, y la entidad no podrá facturar por los servicios de imágenes derivados.

Los “servicios de salud designados” son:

- Servicios de laboratorios clínicos
- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje para pacientes ambulatorios
- Servicios de radiología y determinados servicios de diagnóstico por imágenes
- Servicios y suministros de radioterapia
- DME y suministros
- Nutrientes, equipos y suministros parenterales y enterales
- Prótesis, aparatos ortopédicos y dispositivos y suministros protésicos
- Servicios de salud en el hogar
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios
- Servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios

Para obtener más información, consulte el [sitio web de la Ley Stark de los CMS](#).

La Ley Stark es un estatuto de responsabilidad estricta, lo que significa que no se requiere prueba de una intención específica de violar la ley. La Ley Stark prohíbe la presentación, o la provocación de la presentación, de reclamos que violen las restricciones legales sobre derivaciones. Las sanciones para los médicos que violen la Ley Stark incluyen multas y exclusión de la participación en los programas federales de atención médica.

Estatuto de exclusión [título 42, sección 1320a-7 del U.S.C.]

La OIG está legalmente obligada a excluir de la participación en todos los programas federales de atención médica a personas y entidades condenadas por los siguientes tipos de delitos penales: (1) fraude a Medicare o Medicaid, así como cualquier otro delito relacionado con la entrega de artículos o servicios bajo Medicare o Medicaid; (2) abuso o negligencia del paciente; (3) condenas por delitos graves por otros fraudes, robos u otras malas conductas financieras relacionadas con la atención médica; y (4) condenas por delitos graves por fabricación, distribución, recetado o dispensación ilegal de sustancias controladas. La OIG tiene discreción para excluir a personas y entidades por varios otros motivos, incluidas condenas por delitos menores relacionados con fraude en la atención médica que no sean fraude a Medicare o Medicaid o condenas por delitos menores en relación con la fabricación, distribución, recetado o dispensación ilegal de sustancias controladas; suspensión, revocación o renuncia de una licencia para brindar atención médica por razones relacionadas con la competencia profesional, el desempeño profesional o la integridad financiera; prestación de servicios innecesarios o de calidad inferior; presentación de reclamaciones falsas o fraudulentas a un programa federal de atención médica; participación en acuerdos de sobornos ilegales; e incumplimiento de obligaciones de préstamos o becas para educación sanitaria.

Si la OIG lo excluye de participar en los programas federales de atención médica, entonces Medicare, Medicaid y otros programas federales de atención médica, como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos, no pagará los artículos o servicios que usted proporcione, solicite o recete. **Los médicos excluidos no pueden facturar directamente por el tratamiento de**

pacientes de Medicare y Medicaid, ni sus servicios pueden facturarse indirectamente a través de un empleador o un consultorio grupal. Además, si brinda servicios a un paciente mediante pago privado, ningún programa federal de atención médica reembolsará ninguna orden o receta que le dé a ese paciente.

Para obtener más información, consulte el Boletín de asesoramiento especial: el efecto de la exclusión de la participación en programas federales de atención médica.

Las personas son responsables de garantizar que no empleen ni contraten a personas o entidades excluidas, ya sea en un consultorio médico, en una clínica o en cualquier capacidad o entorno en el que los programas federales de atención médica puedan reembolsar los artículos o servicios proporcionados por esos empleados o contratistas. Esta responsabilidad requiere comparar a todos los empleados y contratistas actuales y potenciales con la Lista de personas y entidades excluidas de la OIG. Se puede acceder a esta base de datos en línea desde el sitio web de exclusión de la OIG. Si emplea o contrata a una persona o entidad excluida y el pago del programa federal de atención médica se realiza por artículos o servicios que esa persona o entidad proporciona, ya sea directa o indirectamente, puede estar sujeto a una sanción monetaria civil o a una obligación de reembolso de cualquier importe atribuible a los servicios de la persona o entidad excluida.

Para obtener más información, consulte el sitio web de exclusión de la OIG.

Ley de Sanciones Monetarias Civiles (CMPL) [título 42, sección 1320a-7a del U.S.C.]

La OIG puede solicitar sanciones monetarias civiles y, en ocasiones, exclusión por una amplia variedad de conductas, y está autorizada a buscar la obtención de diferentes montos de sanciones y evaluaciones según el tipo de infracción en cuestión. Las sanciones varían de \$10,000 a \$50,000 por violación. Algunos ejemplos de violaciones de la CMPL incluyen:

- Presentar un reclamo que la persona sabe o debería saber que es por un artículo o servicio que no se proporcionó como se afirma o es falso o fraudulento.
- Presentar un reclamo que la persona sabe o debería saber que es por un artículo o servicio para el cual es posible que no se realice el pago.
- Violar el estatuto antisoborno.
- Violar las disposiciones de asignación de Medicare.
- Violar el acuerdo de médicos de Medicare.
- Proporcionar información falsa o engañosa que se espera que influya en la decisión de dar el alta.
- No realizar un examen médico adecuado a los pacientes que acuden al departamento de emergencias de un hospital con una afección médica de emergencia o en trabajo de parto.

Hacer declaraciones falsas o tergiversaciones en solicitudes o contratos para participar en los programas federales de atención médica.

Ley de Remediación Civil de Fraude en Programas de 1986 (“Remediación Administrativa para Reclamos y Declaraciones Falsos” del título 38, sección 3801 *et seq.* del U.S.C.)

Esta ley establece un recurso administrativo contra cualquier persona que presente o haga presentar un reclamo o declaración escrita que dicha persona sepa, o tenga motivos para saber, que es falsa, ficticia o fraudulenta por una afirmación u omisión ante determinados organismos federales (incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos).

El concepto “**sepa o tenga motivos para saber**” se define en la ley como una persona que tiene conocimiento real de la información, actúa con ignorancia deliberada respecto de la veracidad o falsedad de la información, o hace caso omiso de la veracidad o falsedad de la información. No se necesitan pruebas de intención específica de cometer fraude.

El término “**reclamo**” incluye cualquier solicitud o pedido de bienes o dinero, p. ej., subvenciones, préstamos, seguros o beneficios, cuando es el Gobierno de los Estados Unidos quien proporciona o reintegrará parte de ese dinero.

La autoridad (es decir, el departamento federal) podrá investigar y, con la aprobación del fiscal general, iniciar el procedimiento correspondiente si el reclamo es inferior a ciento cincuenta mil dólares. La audiencia deberá iniciarse en un plazo de seis años a partir de la presentación del reclamo. La ley permite imponer **sanciones pecuniarias civiles** en las audiencias administrativas, incluidas multas de hasta diez mil setecientos ochenta y un dólares por reclamo y una multa adicional en concepto de daños y perjuicios de no más del doble del importe del reclamo original.

Fraude de servicios médicos (título 18, sección 1347 del U.S.C.)

La Ley Federal de Fraude de los Servicios Médicos tipifica como delito el hecho de ejecutar o intentar ejecutar, a sabiendas y deliberadamente, un plan o artificio para cometer fraude respecto de un programa de beneficios de atención médica;

u obtener, mediante pretextos, representaciones o promesas falsas o fraudulentas, dinero o bienes propiedad de un programa de beneficios de atención médica, o bajo su custodia o control, en relación con la prestación o el pago de beneficios, artículos o servicios de salud. El fraude de servicios médicos tiene penas de hasta 10 años de prisión, además de una multa. Si la violación provoca lesiones corporales graves, la pena es de hasta 20 años de prisión y una multa. Si la violación causa la muerte de una persona, la pena puede llegar hasta la cadena perpetua y una multa.

Declaraciones falsas con relación a servicios médicos (título 18, sección 1035 del U.S.C.)

Constituye un delito que cualquier persona, en cualquier asunto relacionado con un programa de beneficios de atención médica, falsifique, oculte o encubra, a sabiendas y deliberadamente, mediante cualquier artimaña, plan o artilugio, un hecho relevante; o haga cualquier declaración o manifestación sustancialmente falsa, ficticia o fraudulenta, o elabore o utilice cualquier escrito o documento sustancialmente falso a sabiendas de que contiene una declaración o anotación sustancialmente falsa, ficticia o fraudulenta, en relación con la prestación o el pago de beneficios, artículos o servicios de salud. Una violación de este tipo tiene penas de hasta cinco años de prisión, además de una multa.

B. Leyes estatales

Ley de Reclamos Falsos de Nueva York (Ley de Finanzas del Estado, artículo 13, secciones 187-194)

La Ley de Reclamos Falsos de Nueva York le permite al fiscal general de Nueva York y a los gobiernos locales interponer demandas contra cualquier persona o entidad que presente, a sabiendas, un reclamo de pago falso o fraudulento ante el estado o un gobierno local. Esta ley también permite a los particulares interponer demandas en nombre del estado por violaciones de

la ley. En determinadas circunstancias, si la demanda prospera, es posible que los particulares reciban una parte del dinero recuperado por el estado.

Al igual que la FCA, la Ley de Reclamaciones Falsas de Nueva York prohíbe todo tipo de represalias de un empleador contra cualquier empleado que interponga una demanda por reclamaciones falsas o fraudulentas o que colabore de cualquier otro modo en el proceso de la demanda. Es posible que Todo empleado que sea objeto de represalias tenga derecho a ser reincorporado a su puesto, a recibir el pago de los salarios no percibidos y a otras indemnizaciones.

Ley Stark de Nueva York

El estado de Nueva York cuenta con una ley análoga a la Ley Federal de Autorreferencia Médica, o Ley Stark, incluida en la Ley 238-a de Salud Pública de Nueva York. La ley de Nueva York prohíbe que determinados profesionales deriven pacientes a proveedores de servicios médicos específicos cuando el profesional, o un familiar directo del profesional, tenga una relación económica con dicho proveedor. La ley se aplica a los profesionales que piden servicios de laboratorio clínico, farmacia, radioterapia o fisioterapia, rayos X o diagnóstico por imagen. Existe una serie de excepciones a esta prohibición que pueden hacer que tales derivaciones estén permitidas.

Ley Laboral de Nueva York (secciones 740 y 741)

Las secciones 740 y 741 de la Ley Laboral de Nueva York también prohíben las represalias contra los empleados que revelen información a organismos reguladores, policiales o agencias similares, o a funcionarios públicos, sobre políticas, prácticas o actividades del empleador que infrinjan la ley y supongan un peligro sustancial y concreto para la salud pública, que constituyan fraude de servicios médicos en virtud la sección 177 de la Ley Penal o que supongan una atención inadecuada al paciente. La divulgación de información por parte del empleado solo está protegida si se hace de buena fe y si la información revelada constituye una violación de la ley o supone una atención inadecuada al paciente. La sección 740 de la Ley Laboral también exige que el empleado plantee primero la cuestión ante un directivo y dé al empleador la oportunidad razonable de corregir la presunta violación.

Otras leyes de Nueva York prevén multas y sanciones penales por hacer declaraciones falsas con el fin de obtener servicios prestados en el marco de programas como Medicaid y Medicare.

Normas de mala conducta profesional aplicables a personal médico y de enfermería con licencia

Constituye una falta de ética profesional que aquellos profesionales con licencia realicen determinadas actividades, y tales violaciones podrían derivar en la aplicación de otras leyes, incluidas las leyes federales o estatales sobre falsos reclamos. Entre las actividades prohibidas, se encuentran (a) dar o recibir (o acordar dar o recibir), directa o indirectamente, algo a cambio de la derivación de un paciente o en relación con la prestación de servicios y (b) permitir que alguien comparta sus honorarios por los servicios profesionales prestados, siempre que no sea un socio, empleado, asociado en una firma o empresa profesional, subcontratista o asesor profesional o pasante legalmente autorizado.

Ley Antisoborno de Medicaid

El estado de Nueva York cuenta con una ley análoga a la Ley Federal Antisoborno, específica para el programa Medicaid, incluida en la Ley 366-d de Servicios Sociales de Nueva York. La ley prohíbe que los proveedores de Medicaid acepten o entreguen (o acuerden aceptar o entregar) algo a cambio de la derivación de servicios de Medicaid o para la compra, alquiler o encargo de un bien, instalación, servicio o artículo de Medicaid. Este tipo de violación tiene pena de prisión, además de una multa.

Ley Penal de Nueva York

Fraude de servicios médicos (artículo 177)

La Ley Penal del Estado de Nueva York incluye el delito de fraude de servicios médicos en los grados de primero a quinto por presentar reclamos falsos de atención médica.

Fraude de seguros (artículo 176)

La Ley Penal del Estado de Nueva York incluye el delito de fraude de seguros en los grados de primero a quinto por presentar reclamos falsos para el pago del seguro.

ANEXO 1 (MISURI)

La **Ley de Fraude y Abuso de Pagos por Atención Médica de Misuri (“MHCPFA”)** tipifica como delito grave y como violación civil por reclamo falso el hecho de que un proveedor de servicios de salud realice o haga que se realice, a sabiendas, una declaración o descripción falsa de un hecho sustancial con el fin de recibir un pago por un servicio de salud, incluido, entre otros, (1) por presentar, a sabiendas, a un pagador de atención médica una solicitud de reintegro por un servicio médico donde se afirme falsamente que la atención médica para la cual se solicita el pago era necesaria desde el punto de vista médico cuando, en realidad, no lo era; (2) por ocultar, a sabiendas, que ocurrió un evento que afecta el inicio de un derecho o su continuidad en virtud de un programa de asistencia médica con el fin de que un pagador de atención médica realice un pago por un servicio de salud; (3) ocultar o no revelar, a sabiendas, cualquier información con la intención de que el proveedor de atención médica o cualquier otro proveedor reciba un pago que no le corresponde; (4) presentar, a sabiendas, un reclamo a un pagador de atención médica en el que se indique falsamente que se proporcionó un servicio médico concreto a una persona o varias personas cuando, en realidad, se proporcionó un servicio médico de menor valor que el que se describe en el reclamo. La ley también tipifica como delito grave y violación civil por reclamo falso el pago o la recepción de comisiones ilegales a cambio de derivaciones médicas reintegradas por Medicaid. Consulte la sección 191.905 de los Estatutos Revisados de Misuri. Por otra parte, la ley tipifica como delito el maltrato, a sabiendas, a una persona que recibe atención médica. Asimismo, la ley tipifica como delito el hecho de impedir, obstruir, engañar o retrasar intencionalmente la comunicación o la información relativa a una violación de esta ley o intentar cualquiera de estas cosas.

Las sanciones civiles por violar la **MHCPFA** incluyen, entre otras, multas no inferiores a \$5,000 ni superiores a \$10,000 por cada violación, más el triple de ese monto en concepto de daños y perjuicios, otros resarcimientos y la prisión. Se podrá reducir la responsabilidad si quien cometió la violación facilita al estado toda la información que sea de su conocimiento en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de dicha información, siempre que quien cometió la violación no tuviera conocimiento de ninguna investigación en el momento de entregar dicha información y coopere con la investigación. Consulte la sección 191.905 de los Estatutos Revisados de Misuri. El fiscal general de Misuri está facultado para investigar las presuntas violaciones e iniciar acciones contra la persona que haya violado la **MHCPFA**. Si bien la ley no incluye una disposición *qui tam*, una persona que sea la fuente original de la información utilizada por el fiscal general para iniciar una acción legal recibirá un porcentaje del monto que se recupere. Consulte las secciones 191.907 y 191.910 de los Estatutos Revisados de Misuri. Protección de los denunciantes

La **MHCPFA** incluye una disposición de protección de los empleados que establece que un empleador no podrá despedir, asignar a un puesto de menor rango, suspender, amenazar, acosar o discriminar de otro modo a un empleado según los términos y condiciones del contrato de empleo porque el empleado ha iniciado un procedimiento en virtud de la **MHCPFA**, o bien ha ayudado o participado en él. Consulte la sección 191.908 de los Estatutos Revisados de Misuri. Esta reparación en virtud de la disposición de protección de los empleados incluye la reincorporación a su puesto sin pérdida de antigüedad, el pago del doble del monto de todos los salarios no percibidos y el pago de intereses sobre dichos salarios a un índice del uno por ciento por encima del tipo de interés preferente. Consulte la sección 191.908 de los Estatutos Revisados de Misuri.

APÉNDICE 2 (CAROLINA DEL NORTE)

La **Ley de Reclamos Falsos de Carolina del Norte (“NCFCA”)** establece que es delito que cualquier persona (a) a sabiendas, presente o haga que se presente al estado un reclamo falso o fraudulento para su pago o aprobación; (b) a sabiendas, elabore, utilice, o haga que se elabore o utilice, un registro falso o una declaración falsa que resulte esencial para un reclamo falso o fraudulento al estado; (c) tenga posesión, custodia o control de bienes o dinero utilizados, o que se vayan a utilizar, por el estado y, a sabiendas, entregue, o haga que se entreguen, menos bienes o servicios que los que corresponden según el certificado o recibo; (d) a sabiendas, elabore, utilice, o haga que se elabore o utilice, un registro falso o una declaración falsa que resulte esencial para la obligación de efectuar un pago o transferir dinero o bienes al estado, u oculte o evite, a sabiendas e indebidamente, una obligación de pagar o transmitir dinero o bienes al estado; (e) conspire para cometer una violación de la NCFCA. Consulte la sección 1-607 de los Estatutos Generales de Carolina del Norte. Quienes violen esta ley deberán pagar al estado el equivalente a tres veces el monto en concepto de los daños y perjuicios sufridos por el estado a causa del acto de quien cometió la violación, además de una multa no inferior a \$5,500 ni superior a \$11,000 por cada reclamo. En determinadas circunstancias, las sanciones podrán reducirse si quien cometió la violación se declara culpable y coopera en la causa.

Una persona también puede interponer una demanda civil privada en nombre de sí misma y del estado. Si la acción *qui tam* prospera, la persona que inició la acción civil podrá recibir un porcentaje del dinero recuperado. Consulte las secciones 1-609, 1-610 y 1-614 de los Estatutos Generales de Carolina del Norte. La ley incluye una disposición antirrepresalias que indica que cualquier empleado, contratista o agente que sufra represalias a causa de actos legales realizados por la persona en el marco de una acción en virtud de la Ley de Reclamos Falsos de Carolina del Norte u otras acciones para poner fin a la violación o violaciones de la Ley de Reclamos Falsos de Carolina del Norte tendrá derecho a todas las reparaciones necesarias para compensar a la persona, incluida la reincorporación a su puesto, el pago del doble del monto de todos los salarios no percibidos, el pago de intereses sobre dichos salarios e indemnización por los daños o perjuicios ocasionados, incluidos los honorarios de los abogados y las costas procesales. Consulte la sección 1-613 de los Estatutos Generales de Carolina del Norte.

De la misma manera, la **Ley de Reclamos Falsos de Proveedores de Asistencia Médica (“MAPFCA”)** prohíbe que cualquier proveedor de asistencia médica en el marco del Programa de Asistencia Médica presente o haga que se presente, a sabiendas, un reclamo falso o fraudulento para su pago o aprobación, o bien elaborar, utilizar o hacer que se elabore o utilice, a sabiendas, un registro o declaración falso para conseguir el pago o la aprobación de un reclamo falso o fraudulento. La multa por cada violación es de entre \$5,000 y \$10,000, más el triple en concepto de daños y perjuicios por cada reclamo falso, las costas procesales, los intereses por los daños y perjuicios y los costos de la investigación. Consulte las secciones 108A-70.10-70.16 de los Estatutos Generales de Carolina del Norte. Protecciones para denunciantes. Con respecto a la NCFCA, la MAPFCA incluye protecciones para denunciantes. Consulte la sección 108A-70.15 de los Estatutos Generales de Carolina del Norte.

El **Código Penal de Carolina del Norte (Estatutos Generales 58-2-161 y 108A-63)** tipifica como delito grave el fraude a las aseguradoras y el fraude a los proveedores de asistencia médica. En Carolina del Norte, también existe una ley análoga a la Ley Federal Antisoborno incluida en los Estatutos Generales 108A-63, que prohíbe a cualquier persona aceptar o entregar (o acordar aceptar o entregar) algo a cambio de la derivación de servicios de Medicaid o para la compra, alquiler, encargo, planificación o recomendación de un bien, instalación, servicio o artículo de Medicaid. Una violación de este tipo constituye un delito grave según la legislación de Carolina del Norte.

ANEXO 3 (NEVADA)

La **Ley de Reclamos Falsos de Nevada (“NFCA”)** considera ilegal que una persona haga lo siguiente: (a) presente o haga que se presente, a sabiendas, un reclamo falso o fraudulento para su pago o aprobación; (b) elabore o utilice, o haga que se elabore o utilice, a sabiendas, un registro o declaración falso que resulte esencial para la presentación de un reclamo falso o fraudulento; (c) tenga posesión, custodia o control de bienes o dinero público utilizado o que vaya a ser utilizado por el estado o una subdivisión política y, a sabiendas, entregue o haga que se entregue al estado o a una subdivisión política menos dinero o bienes que la cantidad de la que la persona tiene posesión, custodia o control; (d) esté autorizada para elaborar o entregar un documento que certifique la recepción de dinero o bienes utilizados o que vayan a ser utilizados por el estado o una subdivisión política y, a sabiendas, elabore o entregue dicho documento sin tener conocimiento de que la información que figura en el documento es verdadera; (e) compre a sabiendas, o reciba como prenda o garantía de una obligación o deuda, bienes públicos de una persona que no esté autorizada a vender o dar en prenda dichos bienes; (f) elabore o utilice, o haga que se elabore o utilice, a sabiendas, un registro o declaración falso que resulte esencial para una obligación de pago o transmisión de dinero o bienes al estado o a una subdivisión política; (g) a sabiendas oculte o bien evite o disminuya, indebidamente y a sabiendas, una obligación de pago o transmisión de dinero o propiedad al estado o a una subdivisión política; (h) sea beneficiaria de una presentación involuntaria de un reclamo falso y, después de descubrir que este era falso, no lo informe al estado o a la subdivisión política dentro de un plazo razonable; o (i) conspire para cometer cualquiera de los actos establecidos en este apartado. Quienes violen esta ley serán responsables ante el estado por tres veces el monto de los daños y perjuicios que el estado sufra a causa del acto del infractor, además de una multa de no menos de \$5,500 y no más de \$11,000 por cada reclamo, excepto en la medida en que pueda ajustarse conforme a la legislación federal en virtud de la Ley de Ajuste por Inflación de Sanciones Civiles de 1990. En determinadas circunstancias, las sanciones podrán reducirse si quien cometió la violación se declara culpable y coopera en la causa. **Sección 357.040 de los Estatutos Revisados de Nevada.**

Una persona también puede interponer una demanda civil privada en nombre de sí misma y del estado. Si la acción *qui tam* prospera, la persona que inició la acción civil podrá recibir un porcentaje del dinero recuperado. **Sección 357.210 de los Estatutos Revisados de Nevada.**

Protección de denunciantes. La NFCA también incluye una disposición antirrepresalias que establece que cualquier empleado, contratista o agente que sufra represalias a causa de actos legales realizados por la persona en el marco de una acción en virtud de la NFCA u otras acciones para poner fin a la violación o violaciones de la NFCA tendrá derecho a todas las reparaciones necesarias para compensar a la persona, incluida la reincorporación a su puesto, el pago del doble del monto de todos los salarios no percibidos, el pago de intereses sobre dichos salarios e indemnización por los daños o perjuicios ocasionados, incluidos los honorarios de los abogados y las costas procesales. **Sección 357.250 de los Estatutos Revisados de Nevada.**

Fraude contra Medicaid. La legislación de Nevada tipifica como delito el fraude contra Medicaid. Sección 422.540 de los Estatutos Revisados de Nevada (Edición anotada). Una persona, con la intención de cometer fraude, incurre en una violación si dicha persona hace lo siguiente: (1) presenta, o hace que se presente, un reclamo, a sabiendas de que es falso; (2) realiza o hace que se realice una declaración o descripción para obtener o intentar obtener autorización con el fin de proporcionar bienes o servicios específicos, a sabiendas de que la declaración o descripción es falsa; (3) realiza o hace que se realice una declaración o descripción para que otra persona la utilice con el fin de obtener bienes o servicios de conformidad con el plan; o (4) realiza o hace que se realice una declaración o descripción para que se utilice en la calificación como proveedor, a sabiendas de que la declaración o descripción es falsa, en todo o en parte, por acto u omisión. Si el

reclamo es superior o igual a \$650, la violación se considera un delito grave de clase D.

ANEXO 4 (ARIZONA)

Fraude de seguros. La legislación de Arizona tipifica como delito el fraude de seguros.

Sección 44-1220 de los Estatutos Revisados de Arizona (Edición anotada). Es culpable de un delito grave toda persona que presente un reclamo falso o fraudulento, o una prueba falsa o fraudulenta que respalde dicho reclamo, en virtud de un contrato de seguro, para el pago de un siniestro, o que elabore, haga o acepte un informe, certificado de peritaje, declaración jurada o prueba de siniestro, u otro registro, artículo o escrito, con la intención de presentarlo o utilizarlo, o permitir que se presente o utilice, como respaldo de dicho reclamo.

Sección 20-463 de los Estatutos Revisados de Arizona (Edición anotada). Es un delito grave presentar, hacer que se presente o preparar con el conocimiento o la presunción de que se presentará una declaración oral o escrita, incluidos documentos generados por computadora, ante o por una aseguradora, reaseguradora, supuesta aseguradora o reaseguradora, productor de seguros o agente de una reaseguradora, que contenga afirmaciones falsas de hechos relevantes o que omita cualquier hecho relevante en relación con solicitudes de seguros, pólizas y pagos, con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a la aseguradora.

Fraude contra una agencia estatal. La legislación de Arizona tipifica como delito el fraude contra una agencia estatal. Sección 13-2311 de los Estatutos Revisados de Arizona (Edición anotada). Constituye un delito grave que cualquier persona, en cualquier asunto relacionado con las actividades realizadas por cualquier departamento o agencia del estado de Arizona o cualquiera de sus subdivisiones políticas, en virtud de un esquema o artificio para defraudar o engañar, a sabiendas falsifique, oculte o encubra un hecho relevante mediante cualquier artimaña, plan o artilugio, o elabore o use cualquier escrito u documento falso a sabiendas de que dicho escrito o documento contiene información falsa, ficticia o fraudulenta.

Fraude contra Medicaid. Se podrán imponer sanciones civiles por enviar reclamos falsos a Medicaid por artículos y servicios médicos. Sección 36-2918(A) de los Estatutos Revisados de Arizona (Edición anotada).

Protección de denunciantes. La legislación de Arizona protege a los denunciantes.

Sección 23-1501(A)(3)(c)(i)-(ii) de los Estatutos Revisados de Arizona (Edición anotada). La legislación de Arizona permite que un empleado demande a un empleador si este toma represalias contra el empleado por divulgar, de manera razonable, información o una presunción razonable de que el empleador, o un empleado del empleador, ha violado, está violando o violará la Constitución de Arizona o los estatutos del estado, ya sea al propio empleador o a un representante del empleador que el empleado crea razonablemente que se encuentra en un puesto gerencial o de supervisión y tiene la autoridad para investigar la información proporcionada por el empleado y tomar medidas para evitar más violaciones, o a un empleado de un organismo público o subdivisión política de Arizona, o a cualquier agencia de alguno de ellos.

Sección 36-450.02(A) y (E) de los Estatutos Revisados de Arizona (Edición anotada). La legislación de Arizona exige que las instituciones de atención médica adopten políticas de no represalias que protejan a los profesionales de la salud que denuncien de buena fe, basándose en una presunción razonable, que una actividad, política o práctica viola las normas profesionales o la

ley.

ANEXO 5 (PENSILVANIA)

Ley de Prevención de Fraude y Abuso de Pensilvania (“PFAC”). La PFAC protege el programa Medicaid de Pensilvania contra el fraude y el abuso mediante la prohibición, entre otras cosas, de los reclamos falsos, las comisiones ilegales y los servicios no prestados. Sección 1401 y siguientes del título 62 de los Estatutos de Pensilvania y los Estatutos Consolidados de Pensilvania. Toda persona que viole la PFAC es culpable de un delito grave en tercer grado por cada una de estas violaciones, que tiene una pena máxima de \$15,000 y siete años de prisión. Sección 1407(b)(1) del título 62 de los Estatutos de Pensilvania y los Estatutos Consolidados de Pensilvania (Edición anotada). Si una persona previamente ha sido declarada culpable por un tribunal estatal o federal debido a una conducta que constituiría una violación de la PFAC, toda acusación, imputación o información posterior en virtud de la PFAC constituirá delito grave en segundo grado con una pena máxima de \$25,000 dólares y diez años de prisión. *Id.* Además, el tribunal de primera instancia dispondrá que toda persona declarada culpable en virtud de la PFAC deberá hacer lo siguiente: (i) devolver el importe de los beneficios o pagos en exceso, más los intereses sobre dicho importe a la tasa de interés máxima permitida por ley desde la fecha en que el estado efectuó el pago hasta la fecha en que se efectúe el reembolso al estado y (ii) pagar un importe no superior al triple del monto de los beneficios o pagos en exceso. Sección 1407(b)(2) del título 62 de los Estatutos de Pensilvania y los Estatutos Consolidados de Pensilvania (Edición anotada). Además, toda persona declarada culpable en virtud de la PFAC no podrá participar en el programa Medicaid durante un período de cinco años a partir de la fecha de la condena. Sección 1407(b)(3) del título 62 de los Estatutos de Pensilvania y los Estatutos Consolidados de Pensilvania (Edición anotada). En caso de violarse esta ley, el estado tiene la facultad de rescindir de inmediato, previa notificación al proveedor, el contrato con este e interponer una demanda civil contra dicho proveedor por el doble del importe de los beneficios o pagos en exceso, más los intereses permitidos por ley desde la fecha en que se produjo la violación. Sección 1407(c)(1) del título 62 de los Estatutos de Pensilvania y los Estatutos Consolidados de Pensilvania (Edición anotada). Los proveedores cuyos contratos con Medicaid se hayan rescindido tienen prohibido solicitar cualquier servicio para beneficiarios de Medicaid durante el periodo de exclusión.

Ley de Protección al Denunciante de Pensilvania (“PWL”) (Secciones 1421 a 1428 del título 43 de los Estatutos de Pensilvania y los Estatutos Consolidados de Pensilvania). La PWL protege de la discriminación y las represalias a toda persona empleada por un organismo público que denuncie o vaya a denunciar de buena fe una irregularidad o un malgasto al empleador o a una autoridad competente, o que una autoridad competente llame a participar en una investigación, audiencia o indagación llevada adelante por una autoridad competente o en una acción judicial. Sección 1423(a)-(b) del título 43 de los Estatutos de Pensilvania y los Estatutos Consolidados de Pensilvania (Edición anotada). Además, tras presentar una denuncia ante las autoridades competentes, la autoridad tiene prohibido revelar la identidad del denunciante sin su consentimiento, salvo en determinadas circunstancias. Sección 1423(c) del título 43 de los Estatutos de Pensilvania y los Estatutos Consolidados de Pensilvania. Una persona que alegue una violación de la PWL podrá interponer una demanda civil para obtener una medida cautelar o daños y perjuicios, o ambas cosas, dentro de los 180 días de ocurrida. Sección 1424 del título 43 de los Estatutos de Pensilvania y los Estatutos Consolidados de Pensilvania (Edición anotada). Un tribunal podrá disponer un resarcimiento, según considere oportuno: la reincorporación del trabajador a su puesto, el pago de salarios no percibidos, la restitución íntegra de los beneficios extrasalariales y los derechos de antigüedad, la indemnización real por daños y perjuicios o cualquier combinación de estas reparaciones, así como las costas procesales. Sección 1425 del título 43 de los Estatutos de Pensilvania y los Estatutos Consolidados de Pensilvania (Edición anotada). Pensilvania no

cuenta con una ley de protección de denunciantes que se aplique al empleo en el sector privado. Además, si las represalias derivadas de una denuncia por violación de la PFAC a su vez violan la PWL, se impondrán sanciones civiles adicionales, incluida una multa no superior a \$10,000. Sección 1426 del título 43 de los Estatutos de Pensilvania y los Estatutos Consolidados de Pensilvania (Edición anotada).

ANEXO 6 (COLORADO)

La **Ley de Reclamos Falsos a Medicaid de Colorado (“CMFCA”)** es un estatuto civil diseñado para eliminar el malgasto, el fraude y el abuso en el estado. Secciones 25.5-4-303.5 a 25.5-4-310 de los Estatutos de Colorado (Edición anotada). La CMFCA entró en vigencia el 26 de mayo de 2010. Entre las violaciones de la CMFCA, se incluyen las siguientes: (1) presentar o hacer que se presente, a sabiendas, un reclamo falso o fraudulento para el pago o la aprobación de un reclamo a Medicaid; (2) elaborar, utilizar o hacer que se elabore o utilice, a sabiendas, un registro falso o una declaración falsa que resulte esencial para un reclamo falso o fraudulento a Medicaid; (3) tener posesión, custodia o control de bienes o dinero utilizados, o que vayan a ser utilizados, por el estado en relación con la Ley de Atención Médica de Colorado y entregar o hacer que se entregue, a sabiendas, una cantidad inferior a la totalidad del dinero o los bienes; (4) autorizar la elaboración o entrega de un documento que certifique la recepción de bienes utilizados, o que vayan a ser utilizados, por el estado en relación con la Ley de Atención Médica de Colorado y, con la intención de defraudar al estado, elaborar o entregar el recibo sin tener pleno conocimiento de que la información que figura en el recibo es verdadera; (5) comprarle, a sabiendas, a un funcionario o empleado del estado, o recibir de esta persona como garantía de una obligación o deuda, bienes públicos en relación con la Ley de Atención Médica de Colorado, cuando esta persona no tiene autorización legal para hacerlo; (6) elaborar, utilizar o hacer que se elabore o utilice, a sabiendas, un registro falso o declaración falsa que resulte esencial para una obligación de pago o transferencia de dinero o bienes al estado en relación con la Ley de Atención Médica de Colorado, u ocultar o evitar o disminuir, a sabiendas e indebidamente, una obligación de pago o transferencia de dinero o bienes al estado en relación con la Ley de Atención Médica de Colorado; y (7) conspirar para cometer cualquiera de los actos que figuran en los puntos (1) a (6). Sección 25.5-4-305 de los Estatutos Revisados de Colorado (Edición anotada). Al igual que la legislación federal, la CMFCA incluye una disposición de requerimiento de investigación civil. Sección 25.5-4-309 de los Estatutos Revisados de Colorado (Edición anotada).

La CMFCA también otorga al fiscal general de Colorado amplias facultades de investigación para citar documentos y testimonios antes de la presentación de una demanda. *Id.* Además, las reclamaciones que deriven de una violación de la Ley de Atención Médica de Colorado y de la Ley Federal Antisoborno se consideran reclamaciones falsas en virtud de la CMFCA. Sección 24-31-810(2) de los Estatutos Revisados de Colorado (Edición anotada). La ley incluye disposiciones *qui tam* que permiten a las personas presentar una demanda para hacer cumplir la CMFCA en nombre del estado y recibir entre el 15 % y el 30 % de lo que el estado recupere si el reclamo prospera.

La CMFCA protege a los empleados que hayan sido despedidos, descendidos de puesto, suspendidos, amenazados, acosados o que hayan sido discriminados de cualquier otra forma con respecto a los términos y condiciones de su contrato de empleo por haber tomado medidas legales para revelar información relativa a una demanda de violación de la CMFCA o para poner fin a una violación. Estos empleados tienen derecho a ser reincorporados a su puesto y conservar la misma antigüedad que habrían tenido de no haber sido por la discriminación, al pago del doble del monto de los salarios no percibidos y a los intereses correspondientes, así como a una indemnización por los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la discriminación, incluidas las costas procesales y los honorarios razonables de los abogados. Sección 25.5-4-306(7) de los Estatutos Revisados de Colorado (Edición anotada).

La CMFCA establece sanciones pecuniarias por cada reclamo de entre 5,500 y \$11,000, ajustadas por la legislación federal de acuerdo con la Ley Federal de Reclamos Falsos, más tres veces ese monto en concepto de daños y perjuicios ocasionados al estado debido a la violación. Sección 25.5-4-305(1) de los Estatutos Revisados de Colorado (Edición anotada). Además, las personas que hayan violado la CMFCA son responsables ante el estado o ante el demandante *qui tam* de las costas procesales. Sección 25.5-4-306(4)(a)(III) de los Estatutos Revisados de Colorado (Edición anotada).

La **Ley de Prevención de Fraude a Medicaid de Colorado** (sección 24-31-801 y siguientes de los Estatutos Revisados de Colorado [Edición anotada]) también prohíbe, a sabiendas, deliberadamente y con la intención de defraudar, hacer lo siguiente: (1) presentar, o hacer que se presente, un reclamo a sabiendas de que contiene información relevante falsa, en todo o en parte, por acto u omisión; (2) formular una declaración o descripción, o hacer que se formule una declaración o representación, a sabiendas de que contiene información relevante falsa, en todo o en parte, por acto u omisión: (a) para su uso en la obtención o solicitud de autorización para proporcionar un bien o servicio, (b) para su uso por otra persona en la obtención de un bien o servicio en el marco del programa Medicaid, (c) para su uso en la calificación como proveedor de un bien o servicio en el marco del programa Medicaid; y (3) firmar o presentar, o hacer que se firme o presente, una solicitud para participar como proveedor en el programa Medicaid, un informe de ingresos o gastos en el que se basen o puedan basarse las tarifas de pago, una factura para el pago de un bien o servicio proporcionado a un beneficiario que contenga una declaración que indique que todos los asuntos allí expuestos son verdaderos y exactos, que esté firmada por una persona autorizada por el proveedor, con conocimiento de que la declaración contiene información relevante falsa, en todo o en parte, por acto u omisión; (4) cobrar a los beneficiarios de Medicaid importes superiores a las tarifas del programa de Medicaid; (5) falsificar u ocultar cualquier registro que deba revelar plenamente la naturaleza de todos los bienes o servicios por los que se presentó el reclamo o se recibió el reintegro, incluida la destrucción o eliminación de los registros o no mantenerlos como exige la ley durante un período mínimo de seis años a partir de la fecha en la que se recibió el pago; (6) alterar, falsificar u ocultar cualquier registro que deba revelar plenamente todos los ingresos y gastos en los que se basaron las tarifas de reintegro, o destruir o eliminar los registros con la intención de impedir su revisión por parte del estado; y (7) excepto en los casos autorizados por la ley, y sin el consentimiento del beneficiario, cobrar o intentar cobrar dinero a un beneficiario o su familia o no abonar al estado los pagos recibidos de otras fuentes. Sección 24-31-808 de los Estatutos Revisados de Colorado (Edición anotada).

El **Código Penal de Colorado** prohíbe presentar o hacer que se presente lo siguiente: (a) un reclamo de seguro que contenga información relevante falsa u oculte información relevante con la intención de defraudar y (b) cualquier información o declaración como parte de, en respaldo de o en oposición a, un reclamo de pago u otro beneficio de conformidad con una póliza de seguro sabiendo que la información o la declaración contiene u oculta información relevante. Sección 18-5-211(1)(b) y (e) de los Estatutos Revisados de Colorado (Edición anotada). En virtud de la legislación de Colorado, esto constituye un delito grave de clase 5.

ANEXO 7 (GEORGIA)

La **Ley de Reclamaciones Falsas a Medicaid de Georgia (“GFMCA”)** (sección 49-4-168 y siguientes del Código de Georgia [Edición anotada]) entró en vigencia el 24 de mayo de 2007. Las violaciones de la GFMCA incluyen acciones por parte de personas físicas o jurídicas susceptibles de ser demandadas que (1) a sabiendas, presenten o hagan que se presente al programa Medicaid de Georgia un reclamo falso o fraudulento para su pago o aprobación; (2) a sabiendas, elaboren, utilicen o hagan que se elabore o utilice un registro falso o declaración falsa que resulte esencial para un reclamo falso o fraudulento; (3) tengan posesión, custodia o control de bienes o dinero utilizados, o que vayan a ser utilizados, por el programa Medicaid de Georgia y, a sabiendas, entreguen o hagan que se entregue una cantidad inferior a la totalidad de dichos bienes o dinero; (4) estén autorizadas para elaborar o entregar un documento que certifique la recepción de bienes utilizados, o que vayan a ser utilizados, por el programa Medicaid de Georgia y, con la intención de cometer fraude contra el programa Medicaid de Georgia, elaboren o entreguen un recibo sin tener pleno conocimiento de que la información que se incluye sea verdadera; (5) le compren, a sabiendas, a un funcionario o empleado del programa Medicaid de Georgia, o reciban de esta persona como garantía de una obligación o deuda, bienes públicos, cuando esta persona no tiene autorización legal para hacerlo; (6) elaboren, utilicen o hagan que se elabore o utilice, a sabiendas, un registro falso o una declaración falsa que resulte esencial para una obligación de pago o transferencia de bienes o dinero al programa Medicaid de Georgia, o bien oculten, eviten o reduzcan, a sabiendas e indebidamente, una obligación de pago o de transferencia de bienes o dinero al programa Medicaid de Georgia; y (7) conspiren para cometer cualquiera de estas violaciones. Sección 49-4-168.1(a) del Código de Georgia (Edición anotada).

La ley incluye disposiciones *qui tam* que permiten a las personas presentar una demanda para hacer cumplir la GFMCA en nombre del estado y recibir entre el 15 % y el 30 % de lo que el estado recupere si el reclamo prospera. Sección 49-4-168.2(i) del Código de Georgia (Edición anotada).

La GFMCA protege a los empleados que hayan sido despedidos, descendidos de puesto, suspendidos, amenazados, acosados, o que hayan sido discriminados de cualquier otra forma con respecto a los términos y condiciones de su contrato de empleo por haber tomado medidas legales para revelar información relativa a una demanda de violación de la GFMCA o para poner fin a una violación. Estos empleados tienen derecho a ser reincorporados a su puesto y conservar la misma antigüedad que habrían tenido de no haber sido por la discriminación, al pago del doble del monto de los salarios no percibidos y a los intereses correspondientes, así como a una indemnización por los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la discriminación, incluidas las costas procesales y los honorarios razonables de los abogados. Sección 49-4-168.4(b) del Código de Georgia (Edición anotada).

La GMFCA impone sanciones conforme a la disposición sobre sanciones civiles de la FCA, más tres veces ese monto en concepto de daños y perjuicios ocasionados al programa Medicaid de Georgia debido a estas violaciones. Sección 49-4-168.1(a) del Código de Georgia (Edición anotada). Además, quienes violen esta ley son responsables ante el estado de todos los costos acarreados por la acción civil interpuesta para el cobro de multas y daños y perjuicios.

La **Ley de Atención Médica de Georgia de 1977 (“GMAA”)** (sección 49-4-140 y siguientes del Código de Georgia [Edición anotada]) entró en vigencia el 1.º de julio de 1997. Entre las violaciones de la GMAA, se incluyen las siguientes: (1) obtener, intentar obtener o retener para sí mismo o para cualquier otra persona un servicio de atención médica u otros beneficios en virtud de este artículo o un programa de atención administrada que esté operado, financiado o reciba

reintegros del programa Medicaid de Georgia, a los que la persona o el proveedor no tienen derecho a recibir, o mayor a la que la persona o el proveedor tienen derecho a recibir, cuando la atención, el beneficio o el pago se obtiene, se intenta obtener o se retiene de alguna de estas maneras: (A) haciendo, a sabiendas y deliberadamente, una declaración o descripción falsa, (B) ocultando deliberadamente cualquier hecho relevante; o (C) mediante cualquier plan o artilugio fraudulento; y (2) aceptar, a sabiendas y deliberadamente, pagos de atención médica a los que no tenga derecho o por un importe superior al que le corresponda, o falsificar, a sabiendas y deliberadamente, cualquier informe o documento exigido en virtud de la GMAA. Sección 49-4-146.1(b) del Código de Georgia (Edición anotada).

Quienes violen la GMAA son culpables de un delito grave y podrán recibir penas de prisión de uno a diez años y/o una multa no superior a \$10,000 dólares por violación. Sección 49-4-146.1(c) del Código de Georgia (Edición anotada). En caso de que el demandado reciba una condena por abuso (cuando un proveedor obtenga o intente obtener, a sabiendas, un servicio médico u otros beneficios o pagos a los que el proveedor sabe que no tiene derecho a recibir cuando el servicio, los beneficios o los pagos son superiores a lo que se habrían pagado de acuerdo con las políticas y los manuales de procedimiento del departamento, y el servicio, los beneficios o los pagos generan directa o indirectamente costos innecesarios para el programa de atención médica), se impondrán multas equivalentes al doble del importe de cualquier beneficio o pago en exceso. Sección 49-4-146.1(c.1)(1-1) del Código de Georgia (Edición anotada). Además, cada persona hallada culpable de una violación de esta ley deberá pagar la mayor de las siguientes multas: (1) tres veces el importe del beneficio o pago en exceso o (2) \$1,000 por cada reclamo de servicio, beneficio o pago en exceso.

Las secciones 16-10-20 y 16-10-21 del Código de Georgia (Edición anotada) incluyen disposiciones penales sobre la presentación de reclamaciones falsas. Estas secciones sancionan las siguientes acciones, realizadas a sabiendas y deliberadamente, en cualquier asunto dentro de la jurisdicción del gobierno estatal: (1) falsificar, ocultar o encubrir mediante cualquier artimaña, plan o artilugio un hecho relevante; (2) hacer una declaración o descripción falsa, ficticia o fraudulenta; o (3) elaborar o utilizar cualquier escrito o documento falso, a sabiendas de que contiene alguna declaración o anotación falsa, ficticia o fraudulenta y conspirar para defraudar al estado o a una subdivisión política, respectivamente. La conspiración para defraudar al estado o a una subdivisión política se define como conspirar o ponerse de acuerdo con otro para cometer el robo de bienes del estado o de una subdivisión política o de cualquiera de sus agencias, o que estén bajo el control o posesión de un funcionario del estado o empleado de la subdivisión política en calidad oficial. El delito se consuma cuando se lleva a cabo la conspiración o el acuerdo y se comete un acto manifiesto en su apoyo, independientemente de que se cometa el robo o no. Sección 16-10-21 de los Estatutos de Georgia (Edición anotada).

Las penas por ocultación de reclamaciones falsas en virtud de la sección 16-10-20 del Código de Georgia (Edición anotada) es una multa no superior a \$1,000 y/o una pena de prisión de uno a cinco años. Según la sección 16-10-21 del Código de Georgia (Edición anotada), una persona declarada culpable del delito de conspiración para defraudar al estado tendrá una pena de prisión de uno a cinco años.

El Código de Seguros de Georgia (“GIC”) (sección 33-1-9 del Código de Georgia [Edición anotada]) prohíbe hacer o ayudar a hacer, a sabiendas o deliberadamente, cualquier declaración o descripción falsa o fraudulenta de cualquier hecho o cosa relevante en cualquier declaración escrita o certificado y en la presentación de un reclamo con el fin de obtener o intentar obtener el

pago de un reclamo falso o fraudulento u otro beneficio por parte de una aseguradora. Sección 33-1-9(a) del Código de Georgia (Edición anotada). El código prohíbe, además, que una persona física, a sabiendas, deliberadamente y con intención de defraudar, acuerde, realice o participe en la presentación de cualquier declaración anual o de otro tipo que la ley exija que se presente ante el comisionado y que contenga una declaración relevante que sea falsa. Sección 33-1-9(c) del Código de Georgia (Edición anotada). El código establece específicamente que una persona comete un “acto fraudulento en materia de seguros” si (1) a sabiendas y con intención de defraudar, presenta, hace que se presente o prepara con conocimiento o presunción de que se presentará, ante una aseguradora, supuesta aseguradora, corredor o agente de seguros cualquier declaración escrita como parte de, o en respaldo de, un reclamo de pago u otro beneficio en virtud de una póliza de seguro, que dicha persona sabe que contiene información relevante falsa sobre un hecho importante, o si la persona oculta, con el fin de engañar a otro, información relativa a un hecho relevante; o (2) celebra, a sabiendas y deliberadamente, un contrato, acuerdo o instrumento que viole el Código de Seguros de Georgia. Sección 33-1-16(a) del Código de Georgia (Edición anotada). Quienes violen el Código de Seguros de Georgia serán declarados culpables de un delito grave y podrán recibir penas de prisión de dos a diez años, una multa no superior a \$10,000, o ambas. Sección 33-1-9(e) del Código de Georgia (Edición anotada).