



Política de cumplimiento

para los proveedores de cuidado de la salud
y terceros contratados

Vigente a partir de enero de 2022

Descripción general

Humana tiene requisitos del programa de cumplimiento para aquellos que apoyan su empresa: su organización, sus empleados y las entidades delegadas. Estos requisitos incluyen, pero no se limitan a los elementos centrales del Programa de cumplimiento de Humana descritos en el índice de la página siguiente. Es posible que a su organización se le requiere que proporcione la certeza de que entiende e incorpora estos componentes en su propio programa de cumplimiento o que tiene un programa materialmente similar.

Humana[®]

LC3027ALL1019-A GHHH7DVSP



Humana revisa anualmente este documento y contiene actualizaciones con respecto a la versión 2021.

Es importante que lea esto.

Si usted es administrador:
proporcione esta publicación o un documento actualizado, materialmente similar a todos los empleados y terceros que apoyan a los productos de Humana de Medicare y/o Medicaid como parte de nuestra relación.

Índice

(Puntos clave de) Cambios notables 2

Introducción 3

Objetivo 3

Organización 3

Responsabilidad 3

Cambios notables 3

Definiciones 4

Puntos de referencia clave de esta política 5

Aclaraciones y ejemplos de los requisitos (el resto del documento)

I. Marco de referencia 6

Políticas, procedimientos y normas de conducta escritas 6

Protocolos para las relaciones con las entidades delegadas 6

II. Comunicación 6-8

Educación y capacitación eficaces 6

Educación y capacitación obligatorias 6

Plazos para la capacitación obligatoria 7

Líneas de comunicación eficaces 7

Acceso y disponibilidad de la Oficina de cumplimiento 7

Incumplimiento de los requisitos de capacitación de Humana 7

Cambios que influyen en la capacitación 7

Requisitos para denunciar 7

Formas de denunciar ante Humana los incumplimientos supuestos o detectados 7

Características necesarias de estas opciones de comunicación 7-8

Cómo tratar el incumplimiento de los requisitos 8

III. Supervisión 8

Director de cumplimiento, Comité de cumplimiento y Supervisión de alto nivel 8

Plan de trabajo de monitoreo y auditoría 8

Conflictos de intereses 8

IV. Investigación, disciplina y corrección 8

Apéndices 9 - 13

Apéndice A: Recursos 9

Apéndice B: Resumen de leyes y regulaciones aplicables 9-13

Puntos clave de los cambios notables (con número de página)

- **Puntos de referencia clave de esta política (5):** Se agregó terminología para resaltar que los requisitos adicionales relacionados se aplican a terceros que realizan ciertas funciones para un plan de Medicaid y/o un plan dual de Medicare-Medicaid y que Humana notifica por separado a los terceros afectados sobre cómo cumplir.
- **II – Comunicación (6):** Se aclaró que Humana notifica a un tercero contratado cuando se requiere capacitación sobre temas relacionados con Medicaid.
- **Apéndices (9 - 12):** Se actualizaron las direcciones de los sitios web y los enlaces para material que detalla los requisitos gubernamentales.



Introducción

Objetivo

Esta política transmite la expectativa de Humana de que usted comparta nuestro compromiso de hacer negocios con ética, integridad y en conformidad con las leyes, regulaciones y requisitos aplicables. Esto incluye el cumplimiento con los principios rectores descritos en esta política.

Esta política comunica cómo asegurar un programa de cumplimiento eficaz y los procesos para la prevención, detección y corrección de fraude, malgasto y abuso, mediante la comunicación de los requisitos de:

- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)
- Requisitos específicos de estados y productos
- Políticas y procedimientos de Humana para apoyar los requisitos

Organización

Los elementos principales de un programa de cumplimiento eficaz se describen en la página titulada *Puntos de referencia clave de esta política*.

Las aclaraciones y ejemplos de los elementos principales se proporcionan en las secciones siguientes a la página antes mencionada para ilustrar aún más las expectativas de Humana de su organización:

I. Marco de referencia

II. Comunicación

III. Supervisión

IV. Investigación, disciplina y corrección

Responsabilidad

Humana es responsable en última instancia de la eficacia de su programa de cumplimiento; y una forma de hacerlo incluye lo siguiente:

- actualizar esta política anualmente o cuando se producen cambios importantes en las regulaciones, las políticas y las orientaciones.
- exigir que todos los proveedores de cuidado de la salud y terceros contratados observen y mantengan políticas para tratar los principios expuestos en este documento.
- esperar que su organización tenga un programa de cumplimiento eficaz.
- tener procesos continuos de monitoreo, auditoría e informes para evaluar el cumplimiento de su organización.



Definiciones

Asociado – Se refiere a un empleado de Humana.

Auditoría – Se refiere a una revisión formal del cumplimiento de un conjunto específico de criterios internos basados en las leyes y reglamentos aplicables.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) – Una agencia dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos que es responsable de la administración de los programas federales de Medicare y Medicaid.

Conflictos de intereses – Relaciones personales, familiares o comerciales que podrían equivaler a, pero no se limitan a:

- Competir con cualquiera de las ofertas de productos de Humana
- Prestar servicios a un competidor de Humana
- Interferir en el desempeño de las funciones de trabajo

Para ver ejemplos, consulte el documento *Ética cotidiana para proveedores de cuidado de la salud y terceros contratados de Humana*.

Entidad relacionada: – toda entidad relacionada con Humana por control o propiedad común.

Entidad de primer nivel – cualquier entidad que tenga un contrato directo con una entidad de Humana para prestar los servicios cubiertos o para ejecutar una función relacionada con un individuo elegible para un plan de Medicaid o Medicare conforme a un plan administrado por Humana, ya sea Medicare Advantage, un beneficio de Medicare para medicamentos recetados, un plan de Medicaid y/o un plan dual de Medicare-Medicaid.

Entidad delegada – Cualquier parte con un acuerdo escrito indirecto que exista entre una entidad de primer nivel y un tercero para proporcionar un servicio cubierto o realizar una función relacionada con Medicare Advantage administrado por Humana, un beneficio de medicamentos recetados de Medicare, plan de Medicaid y/o un plan dual de Medicare-Medicaid. Esto continúa así hasta el nivel del último proveedor de un servicio o producto.

Ejemplo: Mientras que una organización contratada directamente por Humana es una entidad de primer nivel, los hospitales y profesionales de cuidado de la salud contratados por la organización como parte de su red son entidades delegadas.

Entidades delegadas y empleados de las FDR – personas empleadas o contratadas por una FDR o que de otro modo colaboran con una FDR, y que actúan en nombre de Humana, de manera directa o indirecta. Incluye, entre otros, empleados de las FDR, proveedores de cuidado de la salud y farmacéuticos empleados y contratados, miembros de la junta, miembros del comité de farmacia y terapéutica, voluntarios, y consultores, así como también, cualquier otra persona contratada.

FDR – siglas en inglés que hacen referencia a una entidad de primer nivel, delegada o relacionada de Humana que respalda los productos y servicios de Humana. Esta es una parte contratada que realiza funciones comerciales que de otro modo Humana es responsable de realizar. Para obtener aclaraciones, consulte las definiciones por separado de Entidad de primer nivel, delegada y relacionada, así como de Proveedores de cuidado de la salud y de terceros.

Humana: – se refiere a Humana Inc. y sus subsidiarias de propiedad absoluta.

Monitoreo: – revisiones que se repiten regularmente durante el desarrollo normal de las operaciones para confirmar lo siguiente:

-

- El cumplimiento continuo incluso en ausencia de problemas identificados;
- La aplicación de medidas correctivas y su eficacia

Proveedores de cuidado de la salud y de terceros – término de Humana para las FDR. Ejemplos de esto son los proveedores de cuidado de la salud delegados y no delegados, entidades delegadas, farmacias, agentes de ventas, agencias de ventas, vendedores y proveedores de bienes y/o servicios administrativos, contratistas y delegados.

Los vendedores y proveedores de bienes y/o servicios administrativos se consideran terceros.

Tercero: – cualquier persona, organización u otra entidad con la que Humana tiene una relación para apoyar su compromiso con Humana, incluyendo vendedores, subcontratistas, proveedores, etc. Consulte las definiciones por separado de Entidad de primer nivel, delegada y relacionada para conocer más detalles.

Voluntario: – cualquier persona que realiza un trabajo para Humana relacionado con el programa Medicare o Medicaid, pero que no es empleado ni ha sido contratado por Humana de ninguna manera, y no recibe ningún tipo de remuneración por su trabajo. Un ejemplo es un practicante estudiantil que no recibe pago.



Puntos de referencia clave de esta política

Esta página describe los componentes clave del programa de cumplimiento de Humana y lo que debe incluir el programa de cumplimiento de su organización. Las aclaraciones y los ejemplos se encuentran en las páginas siguientes a las secciones con los mismos nombres que se describen aquí en verde.

Esta política está alineada con el Plan de cumplimiento corporativo interno de Humana. Ambos incorporan los siete elementos de un programa de cumplimiento eficaz elaborados por los CMS.

- Este compromiso incluye tener políticas y procedimientos que incorporen estos elementos descritos en esta Política, todas las regulaciones federales y estatales y las medidas aplicables que se necesiten para abordarlas y las expectativas de cumplimiento incorporadas en los estándares de conducta.
- Su organización debe compartir este compromiso para apoyar los planes de Medicare y/o Medicaid administrados por Humana.

Sección I – Marco de referencia

Elemento I: Políticas, procedimientos y normas de conducta escritos

- **Políticas de cumplimiento y normas de conducta**

Lo anterior se debe documentar formalmente, se debe revisar anualmente y se debe revisar/aprobar según sea necesario. Se deben distribuir para educar a los empleados, contratistas y subcontratistas para garantizar el desempeño y la supervisión suficientes de las funciones administrativas y/o proporcionar servicios de cuidado de la salud para apoyar los productos Medicare y/o Medicaid de Humana. Pueden incluir o hacer referencia a otros documentos que describen protocolos para las relaciones con las entidades delegadas. Las políticas y procedimientos de soporte también deben estar vigentes y cumplir con el período de revisión y aprobación anterior.

- Todos deben conservarse durante al menos 10 años.

Elemento II: Director de cumplimiento, Comité de cumplimiento y Supervisión de alto nivel

- Recursos designados para satisfacer las obligaciones de cumplimiento. Las personas responsables deben estar debidamente calificadas, instruidas y capacitadas para ocuparse de las funciones de cumplimiento.

Sección II – Comunicación

Elemento III: Educación y capacitación eficaces

- Deben llevarse a cabo anualmente y rastrearse formalmente.
 - El contenido cubierto debe incluir políticas de cumplimiento, estándares de conducta, tratar los temas de fraude, malgasto y abuso y, cuando corresponda, el tema relacionado con Medicaid.
 - Las políticas y los procedimientos de la organización deben designar la audiencia para las capacitaciones, los temas de las capacitaciones, la frecuencia de la educación y cómo se realiza el seguimiento de la capacitación y se conservan los registros.
 - Los requisitos del plazo de terminación dependen de los temas y se describen en toda la sección de la página 6.

Los contratos gubernamentales y/o las regulaciones gubernamentales describen requisitos adicionales aplicados a terceros que realizan ciertas funciones en apoyo a los planes de Medicaid y/o planes duales de Medicare-Medicaid.

Humana notifica por separado a los terceros afectados sobre cómo cumplir.

Elemento IV: Líneas de comunicación eficaces

Todos los que apoyan los negocios de Humana, incluyendo los miembros del cuerpo directivo, deben informar las preocupaciones de incumplimiento, supuestos o detectados fraudes, malgasto y abuso (FWA, por sus siglas en inglés), violaciones de las políticas de cumplimiento, de los estándares de conducta y/o las leyes y regulaciones aplicables.

- Se debe ofrecer un método de denuncia anónima
 - Los métodos se deben difundir ampliamente.
 - Se prohíbe la intimidación o las represalias contra cualquier persona que haga una denuncia de buena fe de supuestas infracciones.

Además, debe haber un medio ofrecido para comunicarse con los recursos de cumplimiento designados de su organización.

Elemento V: Estándares disciplinarios ampliamente difundidos

- Difunda ampliamente las normas disciplinarias y el requisito de informar sospechas de infracciones.

Sección III – Supervisión

Elemento VI: Un sistema eficaz para el monitoreo de rutina, las auditorías y la identificación de riesgos relacionados con el cumplimiento

- **Los planes de trabajo de supervisión y auditoría** son necesarios para evaluar el cumplimiento de esta política y los requisitos relacionados. Esta supervisión se aplica al desempeño de las funciones de todos los negocios de apoyo de Humana (empleados, contratistas y entidades delegadas). Se requiere una cooperación oportuna.
- **Revisiones de las listas de exclusión:** su organización debe hacer la evaluación de los empleados y subcontratistas contra las listas de exclusión de la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) y del Sistema de Gestión de Premios (SAM, por sus siglas en inglés) antes de contratar/dar trabajo de cualquier parte y al menos mensualmente a partir de entonces. Una entidad o una persona que aparezca en alguna de las listas debe ser eliminada de inmediato de las tareas realizadas para Humana y esto se debe informar a Humana.
- **Retención del registro de las actividades de supervisión y capacitación:** durante 10 años.
- **Conflictos de intereses:** tener un proceso para evaluar posibles conflictos de intereses y manejar conflictos identificados.

Sección IV – Investigación, disciplina y corrección

Elemento VII: Procedimientos y sistemas de respuesta inmediata a los problemas de cumplimiento

Humana investiga las supuestas infracciones, toma las medidas disciplinarias correspondientes e implementa cualquier corrección necesaria para prevenir infracciones futuras.

Su organización debe asumir el compromiso de:

- Denunciar a los patrocinadores del plan: a) infracciones confirmadas relacionadas con funciones contratadas; y b) las medidas subsiguientes adoptadas
- Cooperar con cualquier investigación (de un patrocinador, Humana, designado de Humana o de un organismo gubernamental)
- Tomar medidas disciplinarias cuando corresponda
- Implementar correcciones para prevenir futuras infracciones

I. Marco de referencia

Políticas, procedimientos y normas de conducta escritos

Deben existir varias políticas, normas y procedimientos para respaldar estos requisitos para el cumplimiento del programa, particularmente:

- **Educación sobre requisitos y expectativas**
Asegurar que el contenido esté vigente para educar a los empleados y entidades delegadas sobre estos temas, esto se puede lograr mediante la adopción de los documentos siguientes o el mantenimiento de documentos que tienen contenido materialmente similar:
 - Esta política de cumplimiento; y
 - Ética cotidiana para proveedores de cuidado de la salud y terceros contratados (estándares de conducta), a los que se puede acceder en [Humana.com/fraud](https://www.humana.com/fraud).
- **Protocolos para las relaciones con las entidades delegadas**
Aunque Humana tenga la responsabilidad final por cualquier función realizada como apoyo a sus operaciones, también existen ciertos requisitos que su organización debe cumplir si desea entablar una relación con una entidad delegada.
 - Notificar a Humana antes de subcontratar cualquier servicio relacionado con las funciones que su organización desempeña para Humana, independientemente de si el trabajo propuesto para respaldar la actividad comercial de Humana se hará dentro o fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico.
 - Recibir la aprobación de Humana antes de comenzar un trabajo o cambiar un acuerdo existente fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico.
 - Mantener acuerdos en cumplimiento de la ley.

Nota de Medicare: Los CMS requieren que Humana informe a más tardar 30 días después de la fecha en la que se firma un contrato, cualquier acuerdo fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico que incluya contratistas y/o empleados que reciban, procesen, transfieran, manejen, almacenen o accedan a información protegida sobre la salud de los afiliados de Humana Medicare en una ubicación fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico. Además, Humana debe informar de inmediato los cambios de funciones o ubicaciones de los contratistas fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico.

Nota de Medicaid: Ciertos estados tienen prohibiciones contra enviar datos relacionados con un plan de Medicaid fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico.

- Mantener políticas y procedimientos para el cumplimiento y supervisión adecuados del desempeño de las funciones realizadas por los empleados, subcontratistas y entidades delegadas. Algunos ejemplos incluyen:
 - Hacer verificaciones de exclusión de quienes su organización designa para hacer trabajos en apoyo al contrato de su organización con Humana.
 - Confirmar que las entidades delegadas cumplan los requisitos esenciales de cumplimiento, incluyendo todos los descritos en este documento (como proveer políticas de cumplimiento, normas de conducta y capacitación en asuntos de fraude, malgasto y abuso (FWA), y llevar a cabo verificación de exclusiones de sus empleados y de quienes colaboran en las entidades delegadas, y monitoreo y auditoría de las entidades delegadas).

II. Comunicación

Educación y capacitación eficaces

Su organización es responsable de desarrollar contenido de capacitación o usar el contenido de capacitación de otra organización. Humana ofrece materiales que se pueden utilizar para muchos de los requisitos de capacitación. Queda a criterio de su organización cómo administrar la capacitación y otro tipo de educación. Entre los ejemplos se incluyen la capacitación en el salón de clases, los módulos de capacitación en línea o las certificaciones de que estos destinatarios han recibido y leído las normas de conducta y las políticas y procedimientos de cumplimiento.

Independientemente del método utilizado para la capacitación, Humana se reserva el derecho de solicitar pruebas de su organización de que se ha cumplido el requisito de capacitación. Humana puede requerir la certificación de la finalización de determinada capacitación. Lo que se debe retener y enviar, si se solicita, podrían ser registros de seguimiento, procedimientos y otra documentación que indique el tiempo, la asistencia, los temas cubiertos, las certificaciones de finalización y los puntajes de cualquier capacitación y exámenes administrados (si corresponde).

Educación y capacitación obligatorias

Además de la capacitación sobre los temas separados de cumplimiento general y la lucha contra el fraude, malgasto y abuso, puede ser necesaria otra capacitación, como:

- Capacitación en cumplimiento específico del trabajo, según corresponda
- Capacitación requerida por un contrato gubernamental para un plan de Medicaid o un plan dual de Medicare-Medicaid de Humana, sobre temas como:
 - Competencia cultural
 - Capacitación sobre salud, seguridad y bienestar
 - Medicaid
 - Orientación de Humana
- Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) para los profesionales médicos del cuidado de la salud que participan en un SNP de Medicare

Se debe demostrar o confirmar que se ha entendido a cabalidad la capacitación recibida antes de desempeñar una función incluida en un contrato de Humana. Esto se puede lograr a través de revisiones de los conocimientos u otros medios.

Notas: Humana notifica anualmente a una organización cuando se requiere capacitación sobre temas relacionados con Medicaid. Por separado, Humana proporciona capacitación de FWA a aquellos que tienen acceso al sistema de Humana. Por lo tanto, Humana supervisará la finalización de esa capacitación



de FWA para esas personas y ellas no están obligadas a recibir capacitación de FWA adicional o separada de su organización.

Plazos para la capacitación exigida

Todos los proveedores de cuidado de la salud y terceros que apoyan a Humana, pero que no tienen acceso al sistema, deben recibir capacitación anual sobre el fraude, el malgasto y el abuso, y es posible que quienes apoyan a Medicaid también necesitarán finalizar capacitación adicional. Los plazos para completar la capacitación son dentro de los 30 días de la contratación o firma del contrato y dentro de los 30 días posteriores a la asignación anual a partir de entonces. Este tiempo es:

- **Sugerido para:** Cumplimiento y capacitación de fraude, malgasto y abuso específico de Medicaid
- **Obligatorio para:** temas específicos de Medicaid, incluyendo el fraude, el malgasto y el abuso

Cualquier persona que tenga acceso de seguridad al sistema de Humana debe tomar la capacitación de Humana sobre ética y cumplimiento, incluyendo la capacitación en asuntos de fraude, malgasto y abuso, deben completarla dentro de los 30 días después de haber obtenido dicho acceso y anualmente de ahí en adelante. Los proveedores de cuidado de la salud y terceros deben impartir capacitación operativa específica del trabajo, la cual se debe realizar en el término de 30 días a partir de la contratación o la firma del contrato con el fin de desempeñar adecuadamente las funciones requeridas.

Líneas de comunicación eficaces

Tener un medio eficiente para transmitir los asuntos de cumplimiento necesarios. Por ejemplo: Humana se comunica con sus asociados a través de la intranet de la compañía para proveer concientización continua sobre la importancia del cumplimiento. Humana también se comunica regularmente con sus proveedores de cuidado de la salud y terceros a través de varios métodos, incluyendo contratos, manuales de administración, boletines informativos, un portal de cumplimiento, espanol.humana.com, Availity.com y comunicación de políticas.

Acceso y disponibilidad del Director de cumplimiento

Proporcione un medio para que quienes apoyan su organización, compartan inquietudes o formulen preguntas para el liderazgo de cumplimiento dentro de su organización y/o con Humana. Por ejemplo: El Director de cumplimiento de Humana, Sean O'Reilly, J.D., está disponible para recibir sugerencias o comentarios sobre cómo mantener un comportamiento ético o identificar y prevenir conductas indebidas fraudulentas o delictivas.

Puede comunicarse con él a través de la Oficina de Ética o de la línea de ayuda: **1-877-5-THE-KEY (1-877-584-3539)**.

O'Reilly tiene su oficina en las oficinas centrales corporativas de Humana: 500 West Main St., Louisville, KY 40202.

Incumplimiento de los requisitos de capacitación de Humana

Lo siguiente puede ocurrir en caso de que cualquier empleado de Humana o persona que apoya un contrato de proveedor de cuidado de la salud o tercero no cumpla los requisitos de capacitación de Humana o si las acciones individuales de una persona demuestran incumplimiento con las expectativas de cumplimiento de Humana:

- Humana enviará una notificación escrita sobre el incumplimiento a la organización.
- El empleado de Humana, proveedor de cuidado de la salud o tercero podrá ser sancionado, e incluso despedido del trabajo de apoyo para Humana.

Cambios que influyen en la capacitación

Su organización debe notificar a los afectados cuando hay cambios a un proceso en un contrato específico que requieren capacitación inmediata específica del trabajo y requieren que su organización actúe inmediatamente para proporcionar dicha capacitación a sus empleados y a cualquier entidad delegada. Humana hace esto hoy en día, generalmente a través de una sección de cambios notables en los documentos de política y capacitación.

Requisitos para denunciar

Ejemplos notables sobre las inquietudes de cumplimiento e infracciones de fraude, malgasto y abuso y cumplimiento supuesto o real que afectan al trabajo contratado de Humana incluyen, pero no se limitan a las acciones de otros para:

- Falsificar las solicitudes de beneficios/inscripción
- Mentir utilizando interpretaciones falsas o haciendo declaraciones falsas para obtener dinero del sistema de cuidado de la salud
- Proporcionar información inexacta sobre códigos de diagnóstico a los pagadores
- Utilizar la información de identificación de otra persona con la intención de defraudar

Además, deben existir políticas y procedimientos para garantizar que haya suficiente concientización sobre:

- **Qué informar:** incumplimiento supuesto o detectado;
- **Cómo informarlo:** a través de las opciones de Humana y/o cualquier otro método que su organización haya implementado; y
- **Por qué:** se debe realizar una revisión de todas las preocupaciones para garantizar que no existan lagunas y para corregir los problemas detectados del proceso. No informar inquietudes supuestas puede dar lugar a medidas disciplinarias que pueden incluir la terminación del contrato o empleo.

Formas de denunciar ante Humana los incumplimientos supuestos o detectados

Ejemplos de métodos ofrecidos por Humana:

- Por teléfono: línea de ayuda de ética, **1-877-5-THE-KEY (1-877-584-3539)**
- En línea: sitio web para denuncias de la Línea de ayuda en asuntos éticos www.ethicshelpline.com
- Por correo electrónico: ethics@humana.com (Oficina de Ética)

También es posible informar las infracciones supuestas o detectadas relacionadas con fraude, malgasto y abuso al departamento de Referidos de investigaciones especiales de Humana llamando al **1-800-614-4126**, por correo electrónico a slureferrals@humana.com o por fax al **1-920-339-3613**.

Si su organización ofrece algún método no mencionado anteriormente u ofrece cualquier método junto con cualquiera de Humana:

- Los informes que afectan a Humana se deben comunicar de manera oportuna a Humana a través de los recursos de cumplimiento de su organización.
- Los métodos de notificación deben compartir las características ofrecidas por los métodos de Humana que se encuentran enumeradas en la siguiente columna.

Características clave necesarias

- **Neutralidad en la recepción.** Por ejemplo: La Línea de Ayuda de ética es atendida por personal no de Humana empleado por una empresa separada e independiente.

- **Denuncias anónimas.** Humana solicita que, si un denunciante desea permanecer en el anonimato, se debe existir procesos para asegurarse de que él/ella provea suficiente información para permitir que Humana investigue el asunto.
- **Actualización del estatus.** Independientemente del método de denuncia utilizado, la persona que informe una infracción supuesta o detectada recibirá un número de identificación confidencial que le permitirá hacer un seguimiento al estatus del asunto informado, así como una fecha de seguimiento recomendada.

Métodos ampliamente publicitados para informar sobre el cumplimiento y las inquietudes por fraude, malgasto y abuso y la política de no represalias en las instalaciones

Ejemplos: carteles, sitios de intranet, mouse pads, tarjetas de acceso y otros medios prominentes.

Cómo tratar el incumplimiento de los requisitos

Si un proveedor de cuidado de la salud o un tercero descubre el incumplimiento de los requisitos, incluyendo la capacitación, el proveedor de cuidado de la salud o tercero debe:

- Iniciar una medida disciplinaria que puede incluir la emisión de un plan de medidas correctivas o la terminación de la relación laboral del empleado o de la entidad delegada; y
- Notificar a Humana.

III. Supervisión

Director de cumplimiento, Comité de cumplimiento y Supervisión de alto nivel

Humana no decreta cuáles son las competencias específicas. Sin embargo, las organizaciones pueden elegir tener en cuenta cualidades como educación formal, capacitación en el trabajo, experiencia en la industria, experiencia en cumplimiento, educación continua, conferencias y seminarios para determinar la idoneidad.

Ejemplo del recurso de cumplimiento

Humana tiene un Director de cumplimiento (CCO, por sus siglas en inglés), que es asociado a tiempo completo de Humana. El CCO:

- Participa en comités de cumplimiento de la compañía e informa sobre el estado de cumplimiento de los asuntos al Comité de Auditoría de la Junta de Directores; e
- Informa indirectamente al director ejecutivo (CEO, por sus siglas en inglés), e informa administrativamente al Director de Riesgos.

El CCO, el presidente de la junta y CEO, y la Junta de directores tienen a su cargo el liderazgo y la dirección general del Plan de cumplimiento corporativo.

Plan de trabajo de monitoreo y auditoría

Humana tiene suficientes planes y mecanismos de supervisión para monitorear las obligaciones de cumplimiento de un proveedor de cuidado de la salud o de terceros. Los métodos incluyen pedir periódicamente al proveedor de cuidado de la salud o tercero que complete una autoevaluación, cuestionario o encuesta, presente documentación y/o acredite los requisitos de política, procedimiento y cumplimiento aplicables. Humana también puede realizar una auditoría in situ o de escritorio, que podría incluir una inspección del centro, los sistemas, los libros, los procedimientos, los planes de trabajo y los resultados de las auditorías y los registros que se relacionen con los servicios proporcionados en virtud del acuerdo contractual. Los proveedores de cuidado de la salud y terceros proporcionarán respuestas oportunas a estas solicitudes de conformidad con el período especificado por Humana.

Las iniciativas de monitoreo y de auditoría hechas por Humana podrían conllevar medidas disciplinarias. Algunas de ellas podrían ser, entre otras: (re)capacitación obligatoria, planes de medidas correctivas con un seguimiento hasta su cierre o la terminación del contrato.

Conflictos de intereses

Los conflictos de intereses identificados deben ser eliminados o aprobados para que se pueda continuar con el otorgamiento del trabajo a pesar de los conflictos.

Por ejemplo, un miembro de la familia que trabaja para un competidor de su organización o de Humana no es una garantía de que el empleado se involucrará en un comportamiento anticompetitivo o buscará cometer fraude, etc.

Sin embargo, su organización debe cumplir con lo siguiente, si Humana lo solicita:

- Proporcionar información sobre conflictos de intereses; y
- Eliminar los conflictos para asegurar que las obligaciones contractuales con Humana se sigan cumpliendo y, si es necesario, despedir a la persona o entidad que estaba realizando cualquier función o funciones en apoyo de Humana.

IV. Investigación, disciplina y corrección

Una infracción de las normas de conducta (Ética cotidiana para proveedores de cuidado de la salud y terceros contratados) y otras políticas y procedimientos de Humana podría poner en riesgo la integridad y la reputación de Humana.

Una infracción también puede conducir a la aplicación de una medida correctiva, la terminación de un contrato y/o la denuncia de la infracción ante las autoridades reguladoras y/o encargadas del cumplimiento de la ley correspondientes.

Humana inicia la investigación de las denuncias de infracciones supuestas o detectadas a la Ética cotidiana para proveedores de cuidado de la salud y terceros contratados y a sus políticas y procedimientos, así como a las normas sobre fraude, malgasto y abuso, tan pronto como es posible dentro de las dos semanas posteriores a la identificación de la infracción supuesta o detectada. Todos los problemas denunciados se tratan con la mayor confidencialidad posible y se conserva la documentación pertinente.

En caso de que se impongan medidas correctivas a un proveedor de cuidado de la salud o tercero, Humana supervisará y/o auditará al proveedor de cuidado de la salud o tercero para confirmar que se han implementado las medidas correctivas. También se hará un monitoreo y auditoría después de la implementación de las medidas correctivas, si corresponde, para proveer medidas correctivas eficaces.

Dar a conocer ampliamente las normas disciplinarias y la obligación de denunciar supuestas conductas de incumplimiento y falta de ética y fraude, malgasto y abuso.

Algunos métodos de ejemplo son: boletines informativos, reuniones de personal departamentales y presentaciones regulares, comunicaciones con entidades delegadas, capacitación en cumplimiento general, sitio de intranet, pósteres exhibidos visiblemente en las áreas de trabajo y de descanso de los empleados.

- Tomar medidas disciplinarias lo antes posible cuando se descubra incumplimiento o conducta poco ética por parte de los empleados o entidades delegadas o fraude, malgasto y abuso que también puede incluir la emisión de planes de acción correctiva que deben ser rastreados hasta el cierre.

Apéndices

Apéndice A: Recursos

<p>Registro Federal – Programa Medicare; Política del Año de contrato 2019 y Cambios técnicos</p>	<p>Publicado en abril de 2018, este describe muchas revisiones a las regulaciones gubernamentales para 2019. Los principales cambios para los programas de cumplimiento son la eliminación del requisito de que los Patrocinadores como Humana: a) proporcionen capacitación a los proveedores de cuidado de la salud y terceros sobre el cumplimiento general y la lucha contra el fraude, el malgasto y el abuso, y b) confirmen la finalización de esa capacitación. Sin embargo, Humana sigue exigiendo que todos los proveedores de cuidado de la salud y terceros: 1) capaciten anualmente a quienes apoyan a Humana en fraude, malgasto y abuso, aunque no se exija el uso de material de los CMS; 2) tengan un programa de cumplimiento; y 3) todos los años ofrezcan políticas y normas de conducta pertinentes a quienes los apoyan. Ya no es obligación que estas actividades ocurran dentro de los 90 días posteriores a la contratación o firma del contrato. Su organización debe revisar el documento del gobierno para otros impactos.</p> <p>https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2018-04-16/pdf/2018-07179.pdf</p>
<p>Boletín consultivo especial de la OIG sobre exclusión</p>	<p>Este boletín emitido en mayo de 2013 responde preguntas frecuentes de este tema, incluyendo la frecuencia de las investigaciones, la responsabilidad, cómo se pueden infringir las exclusiones y las sanciones administrativas que la OIG puede aplicar a quienes infrinjan una exclusión.</p> <p>http://oig.hhs.gov/exclusions/files/sab-05092013.pdf</p>
<p>Política y orientación del programa de cumplimiento de los CMS</p>	<p>Este sitio enumera normativas del programa de cumplimiento e incluye algunos memorandos de los CMS que sirven como base para los requisitos, y proporciona materiales y una dirección de correo electrónico de contacto para los CMS que se pueden utilizar con fines de capacitación y asistencia. La sección Enlaces relacionados de esta página web incluye el Capítulo 9 del Manual de beneficios de medicamentos recetados y el Capítulo 21 del Manual de cuidado administrado de Medicare.</p> <p>https://www.cms.gov/Medicare/Compliance-and-Audits/Part-C-and-Part-D-Compliance-and-Audits/ComplianceProgramPolicyandGuidance</p>
<p>Ética cotidiana para terceros y proveedores de cuidado de la salud contratados</p>	<p>http://apps.Humana.com/marketing/documents.asp?file=1112774</p>
<p>Herramientas del programa de cumplimiento</p>	<p>Humana ofrece un Kit de herramientas de cumplimiento electrónico para respaldar a los proveedores de cuidado de la salud y terceros con las mejoras y el vencimiento del programa.</p> <p>Envíe las preguntas relacionadas a: ThirdPartyFDRCompliance@humana.com</p>

Apéndice B: Resumen de leyes y regulaciones aplicables

Nota: Según la función que desarrolle su organización, es posible que no todas las leyes y regulaciones abajo sean aplicables.

<p>Título XVIII de la Ley de Seguro Social</p>	<p>Promulgada en 1965, la Ley de Seguro Social incluía el Título XVIII, que pasó a conocerse como Medicare. El título XVIII incluye la Parte A, que provee seguro hospitalario para las personas mayores y discapacitadas y la Parte B, que provee seguro médico.</p> <p>Para otorgar los beneficios de la Parte A y la Parte B, Medicare ofrece la opción de un plan de cuidado de la salud con un solo pagador (conocido como Original Medicare) y planes administrados por compañías privadas aprobadas por Medicare (Medicare Advantage o Parte C de Medicare) en los que el gobierno federal les paga a las compañías privadas para que administren la cobertura de salud. La Parte D de Medicare cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios exclusivamente a través de planes ofrecidos por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare. Los planes de la Parte D pueden ser planes de medicamentos recetados independientes o pueden estar incluidos en un plan Medicare Advantage que ofrezca medicamentos recetados. Humana ofrece planes de la Parte C y D.</p> <p>Por lo tanto, las leyes y regulaciones relacionadas con los planes de la Parte C y D, muchas de las cuales se indican en el enlace a continuación, repercuten en su relación con Humana.</p> <p>http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1800.htm</p>
---	--

Apéndice B: Resumen de leyes y regulaciones aplicables

<p>Las regulaciones que rigen las Partes C y D de Medicare y Medicaid, si corresponde, se encuentran en C.F.R. 42 §§ 422 y 423, respectivamente.</p>	<p>Los CMS han descrito las pautas del programa de cumplimiento en su Manual de beneficios de medicamentos recetados, Capítulo 9, y en el Manual de cuidado administrado de Medicare, Capítulo 21. El documento de los CMS de doble propósito es una interpretación de los requisitos del programa de cumplimiento y las disposiciones relacionadas en C.F.R. 42 Partes 422 y 423 para las Organizaciones de Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) y los Planes de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare. En consecuencia, el programa de cumplimiento de Humana incorpora los siete elementos de un programa eficaz de acuerdo con la descripción de los CMS.</p> <p>42 C.F.R. § 422.503: https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-422/subpart-K/section-422.503</p> <p>42 C.F.R. § 422.504: https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-422/subpart-K/section-422.504</p> <p>42 C.F.R. § 423.504: https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-423/subpart-K/section-423.504</p>
<p>Manual de Cuidado administrado de Medicare, Capítulo 3 – Directrices de Marketing de Medicare</p>	<p>Las Directrices de Marketing reflejan la interpretación de los CMS de los requisitos de mercadeo y las disposiciones relacionadas de las reglas sobre Beneficios de medicamentos recetados de Medicare y Medicare Advantage (42 C.F.R. Partes 422 y 423). Para obtener información específica sobre las directrices de Marketing relacionadas con los proveedores, consulte la sección 70.11 titulada "Marketing en el entorno del cuidado de la salud".</p> <p>https://www.cms.gov/Medicare/Health-Plans/ManagedCareMarketing/FinalPartCMarketingGuidelines.html</p>
<p>Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a su alcance (Pub. L. No. 111-148, 124 Estadísticas 119)</p>	<p>Esta extensa ley se conoce principalmente por la ampliación de los derechos y las protecciones que establece para los consumidores, pero tiene muchas disposiciones conocidas como títulos. Los elementos esenciales de esta ley incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se extendió dónde y cómo comprar la cobertura • Se ofrecen nuevos beneficios a quienes son elegibles para recibir la cobertura • Hubo cambios en cuanto a quién es elegible para recibir y conservar la cobertura, y según qué arreglos • Las organizaciones que ofrecen seguros, como Humana, pasaron a estar sujetas a mayor responsabilidad <p>La ley tiene efecto en los pagos (cantidades) y reembolsos de ciertos beneficios y aumentó la capacidad para apelar reclamaciones, lo cual puede afectar el procesamiento de las inscripciones y las reclamaciones. Humana cumple con la ley, que además puede haber tenido un impacto en la manera en que su organización lleva los registros y/o hace un seguimiento de los pagos.</p> <p>Existen otros títulos que también podrían influir en su organización, aunque no directamente en lo que respecta a Humana. La ley está disponible aquí para su revisión: http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf</p>
<p>Normativa Federal sobre Adquisiciones</p>	<p>Esta normativa prohíbe que se entreguen al gobierno o se reciban del gobierno regalos con un valor justo de mercado superior a \$15. Las excepciones son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos modestos de merienda y refrescos, (como bebidas gaseosas, café y donas), ofrecidos aparte de una comida si se ofrecen a todos los asistentes • Materiales promocionales o de mercadeo (p. ej., bolígrafos, lápices, libretas y calendarios) valorados en \$15 o menos • Muestras de reconocimiento (p. ej., monedas o insignias conmemorativas) con un logotipo valorados en \$15 o menos
<p>Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) (Ley Pública 104-191)</p>	<p>Según el Departamento de Trabajo de los EE. UU., la ley HIPAA se promulgó inicialmente en 1996 para "mejorar la portabilidad y continuidad de la cobertura del seguro de salud". En consecuencia, existen más protecciones al consumidor en relación a las opciones de cobertura. http://aspe.hhs.gov/admsimp/pl104191.htm</p> <p>En 2001 y 2003 se aprobaron otras "reglas" o disposiciones para proteger la privacidad, confidencialidad y seguridad de la información de salud que permite identificar a las personas. Esto incluye establecer normas de seguridad para la información protegida sobre la salud en medios electrónicos.</p> <p>Su organización, así como Humana, debe contar con suficientes salvaguardas en relación a este tipo de información, lo que incluye quiénes pueden tener acceso a ella, a qué parte de la información puede acceder una persona y cómo se conserva y se transmite. Vea los resúmenes a continuación:</p> <p>HIPAA Privacy Rule: http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/summary/Index.html HIPAA Security Rule: http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/srsummary.html</p>

Apéndice B: Resumen de leyes y regulaciones aplicables

<p>Leyes de reclamaciones falsas (31 U.S.C. §§ 3729-3733)</p>	<p>Esta ley le permite al gobierno federal ejercer presión contra las personas/entidades implicadas en actividades fraudulentas con el gobierno. Esto permite que se adjudique responsabilidad económica en forma de sanciones civiles y daños y perjuicios por presentar o hacer que alguien presente, una reclamación falsa o fraudulenta para el pago por parte del gobierno.</p> <p>https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2019-title31/pdf/USCODE-2019-title31-subtitleIII-chap37-subchapIII-sec3729.pdf https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2019-title31/pdf/USCODE-2019-title31-subtitleIII-chap37-subchapIII-sec3730.pdf https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2019-title31/pdf/USCODE-2019-title31-subtitleIII-chap37-subchapIII-sec3731.pdf https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2019-title31/pdf/USCODE-2019-title31-subtitleIII-chap37-subchapIII-sec3732.pdf https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2019-title31/pdf/USCODE-2019-title31-subtitleIII-chap37-subchapIII-sec3733.pdf</p> <p>Una persona con conocimiento de fraude contra el gobierno puede presentar una demanda (demandante) en nombre del gobierno contra la persona o empresa que cometió el fraude (demandado). La persona que presenta la demanda también se conoce como “denunciante”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se prohíben las represalias contra individuos por investigar, presentar o participar en una acción de denuncia. - Si la acción es exitosa, el demandante es recompensado con un porcentaje de la recuperación. <p>Tenga en cuenta: el estado de Florida tiene un estatuto similar a la Ley Federal de Reclamaciones Falsas que permite la recuperación de fondos de Medicaid, aunque por el estado de Florida.</p>
<p>Estatutos federales sobre reclamaciones falsas (U.S.C. 18 §§ 287,1001)</p>	<p>La Sección 1001 se aplica a personas cuyas acciones relacionadas con una reclamación para el pago por parte del gobierno consisten en algo de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falsificar, ocultar o cubrir mediante algún ardid, esquema o estrategia un hecho material relacionado con una reclamación para el pago por parte del gobierno. • Formular cualquier declaración o representación esencialmente falsa, ficticia o fraudulenta. • Elaborar o utilizar cualquier escrito o documento a sabiendas de que contiene una declaración o dato esencialmente falso, ficticio o fraudulento. <p>La Sección 287 establece que quien realice o presente al gobierno una reclamación a sabiendas de que es falsa, ficticia o fraudulenta será encarcelado y estará sujeto a multas. El gobierno tiene la obligación de establecer todo lo siguiente con relación a las acciones del demandado en un juicio por reclamaciones falsas. La persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hizo o presentó una reclamación falsa, ficticia o fraudulenta a un departamento de los Estados Unidos; • sabía que la reclamación era falsa, ficticia y fraudulenta; y • lo hizo con la intención específica de infringir la ley o con el conocimiento de que estaba obrando incorrectamente. <p>http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2011-title18/pdf/USCODE-2011-title18-partI-chap15-sec287.pdf http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2011-title18/pdf/USCODE-2011-title18-partI-chap47-sec1001.pdf</p>
<p>Estatuto antisoborno (42 U.S.C. § 1320a-7b(b))</p>	<p>Este estatuto federal prohíbe a cualquier persona o entidad ofrecer, dar o recibir, a sabiendas y deliberadamente, dinero o algo de valor a cambio de referidos de bienes o servicios de cuidado de la salud que serán pagados total o parcialmente por un programa federal de cuidado de la salud, como Medicare o Medicaid.</p> <p>http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title11/1128B.htm#f</p>
<p>Estatuto antipersuación del beneficiario (42 U.S.C. § 1320a-7a(a)(5))</p>	<p>Este estatuto federal declara que toda persona que dé u ofrezca dar algo de valor* a un beneficiario de Medicare o Medicaid que esa persona sabe, o debería saber, que probablemente influya en la elección por parte del beneficiario de un proveedor de servicios de cuidado de la salud, profesional médico o distribuidor específico para comprar o alquilar un artículo cubierto por Medicare o Medicaid al proveedor, profesional médico o distribuidor puede estar sujeto a sanciones económicas civiles hasta de \$10,000 por cada acción improcedente.</p> <p>https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2019-title42/pdf/USCODE-2019-title42-chap7-subchapXI-partA-sec1320a-7a.pdf</p>
<p>Declaración de la política general de la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) con respecto a los regalos</p> <p>(Nota: Humana tiene contratos de Medicaid con agencias estatales que podrían tener políticas distintas con respecto a los regalos. Envíe sus preguntas por correo electrónico a la oficina de ética en ethics@humana.com)</p>	<p>*La OIG estipuló, a modo de orientación, que existe una excepción de “valor simbólico” que permite que una persona dé:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un regalo a un beneficiario, siempre y cuando el regalo tenga un valor de venta minorista de \$15 o menos • Varios regalos, cada uno con un valor de venta minorista de \$15 o menos, en un período de 12 meses, siempre y cuando el valor total de venta minorista de los regalos no supere los \$75 <p>Los regalos de este tipo no pueden ser dinero en efectivo ni equivalentes a efectivo; por lo tanto, no pueden ser una tarjeta de regalo ni un certificado de regalo. Las cantidades de valor simbólicos mencionadas anteriormente se describen en la declaración de la política general de la OIG a continuación que actualiza dichas cantidades en un Boletín consultivo especial de la OIG anterior.</p> <p>https://oig.hhs.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/OIG-Policy-Statement-Gifts-of-Nominal-Value.pdf</p>

Apéndice B: Resumen de leyes y regulaciones aplicables

<p>Prohibiciones en cuanto a emplear o celebrar contratos con personas o entidades que hayan sido excluidas de las operaciones de negocios con el gobierno federal (42 U.S.C. §1395w-27(g)(1)(G))</p>	<p>Las expectativas de los CMS y Humana en cuanto a la verificación de las listas de exclusión del gobierno se explican en la sección “supervisión” en la página 9 de esta política y en esta disposición federal: https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2019-title42/pdf/USCODE-2019-title42-chap7-subchapXVIII-partC-sec1395w-27.pdf</p>
<p>Ley de Prácticas corruptas en el extranjero (FCPA, por sus siglas en inglés)</p>	<p>Este estatuto federal prohíbe dar cualquier tipo de regalo, pago, entretenimiento, gratificación o algo de valor a un funcionario extranjero, candidato político, partido político, funcionario de un partido, organización internacional pública, sus empleados o sus representantes o entidades que trabajen para ellos con el fin de obtener, retener o dirigir sus negocios a alguna persona con el propósito de influenciar un acto o una decisión oficial o lograr una ventaja indebida. La Ley FCPA tiene sanciones penales y civiles por el hecho de infringirla; multas para la organización responsable, suspensión o inhabilitación para participar en programas federales y multas y encarcelamiento para las personas condenadas por tales conductas. https://www.justice.gov/criminal-fraud/foreign-corrupt-practices-act</p>
<p>Sanciones económicas civiles de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. § 1395w-27 (g))</p>	<p>Esta cláusula de la Ley de Seguro Social describe las sanciones que se pueden imponer a las organizaciones que ofrecen planes de la Parte C y/o la Parte D si los CMS determinan que no cumplen con los requisitos detallados en sus contratos con los CMS. Su organización se verá afectada por esta ley si respalda y/o vende algún producto de Medicare Advantage o de medicamentos recetados de Humana. Algunos ejemplos de dichas cláusulas que tienen impacto incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscribir a una persona en un plan sin el consentimiento previo de la persona o su representante • No inscribir de nuevo una persona elegible • Negar la inscripción en un plan a una persona elegible o desalentarla para que no se inscriba • No cumplir con las restricciones de mercadeo en torno a estos planes • No proveer, de modo sustancial, artículos y servicios necesarios por razones médicas requeridos (por ley o contrato) a una persona cubierta en virtud del contrato <p>https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2019-title42/pdf/USCODE-2019-title42-chap7-subchapXVIII-partC-sec1395w-27.pdf</p>
<p>Referencia propia de los médicos Estatuto ("Stark") (42 U.S.C. § 1395nn)</p>	<p>Este estatuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prohíbe al médico hacer referidos para ciertos servicios de salud designados pagaderos por Medicare a una entidad con la cual el médico (o un familiar inmediato del afiliado) tenga una relación económica (propiedad, inversión o compensación), a menos que corresponda una excepción* • Prohíbe a la entidad presentar o hacer que se presenten, reclamaciones a Medicare (o facturar a otra persona, entidad o tercero pagador) por esos servicios referidos <p>* Se han establecido excepciones específicas y el gobierno federal tiene la facultad de crear excepciones reglamentarias en el caso de relaciones económicas que no impliquen un riesgo de abuso del programa o paciente. Consulte el enlace siguiente para obtener una lista de las excepciones establecidas e información adicional: https://www.cms.gov/PhysicianSelfReferral/</p>
<p>Disposiciones de privacidad y seguridad y contra fraude y abuso de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud, según modificaciones de la Ley HITECH</p>	<p>Esta ley se podría considerar una extensión de la HIPAA, ya que posibilitó al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. promover y ampliar la adopción de informática de la salud. Trata sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El uso de expedientes médicos electrónicos, incluyendo incentivos para adoptarlos y requisitos en torno a su divulgación • Cómo resguardar adecuadamente la información protegida de salud • Cuándo y a quiénes se deben enviar notificaciones en relación a filtraciones de los datos que integran la información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) no asegurada <p>http://www.healthit.gov/policy-researchers-implementers/health-it-legislation-and-regulations</p>
<p>Ley de Recuperación y Control contra el Fraude de 2009</p>	<p>Esta ley mejora la protección contra diversos tipos de fraude relacionados con los programas federales de asistencia y auxilio, la recuperación de fondos perdidos a causa de estos casos de fraude, y otros fines. Incrementó los recursos para la investigación y la acción judicial en casos de fraude y facilitó los mecanismos de recuperación en virtud de la Ley de Reclamos Falsos, estatuto 31 USC § 3729. http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ21/pdf/PLAW-111publ21.pdf</p>

Apéndice B: Resumen de leyes y regulaciones aplicables

<p>Acuerdo de uso de datos de los CMS</p>	<p>Los documentos Política de cumplimiento y Ética cotidiana para proveedores de cuidado de la salud y terceros contratados de Humana incorporan los aspectos generales del Acuerdo de uso de datos de los CMS para facilitar el resguardo adecuado de todos los datos, incluidos los datos relacionados con los CMS, por parte de Humana y los proveedores de cuidado de la salud y terceros, independientemente de que exista o no un respaldo de las ofertas de la Parte C o la Parte D de Humana.</p> <p>Los componentes generales del Acuerdo de uso de datos de los CMS son los siguientes:</p> <p>La divulgación, el uso o la reutilización de los datos cubiertos por el acuerdo entre los CMS y Humana solo se deben producir con los fines especificados en el acuerdo, a menos que los CMS provean la autorización pertinente para cualquier otro fin.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El acceso por parte de cualquier persona a los datos se debe basar únicamente en la necesidad que esa persona tenga de conocer dicha información. • El acceso a los datos se debe limitar a la cantidad mínima de datos y a la cantidad mínima de personas necesarias para lograr el objetivo estipulado en el acuerdo. <p>Se deben establecer resguardos suficientes de los datos para el almacenamiento y la divulgación de datos/información desde las siguientes perspectivas: administrativa, técnica y física. En conjunto, estas medidas garantizan que se proteja la confidencialidad de los datos y se prevenga su uso o acceso no autorizado.</p> <p>Manejo de incumplimientos supuestos o detectados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este tema se trata en la sección de Comunicaciones eficaces de esta política en “Formas de denunciar ante Humana los incumplimientos supuestos o detectados” <p>La firma del Acuerdo de uso de datos de los CMS garantiza a los CMS el cumplimiento de los requisitos de la Ley de Privacidad, la norma de privacidad y las políticas de divulgación de datos de los CMS cuando alguien ajeno a los CMS utiliza los datos de los CMS. Humana debe completar y actualizar el acuerdo cuando corresponda. Cuando los CMS reciben el acuerdo debidamente ejecutado, le confieren a Humana y/o le otorgan acceso a datos que contienen, a modo de ejemplo, información protegida sobre la salud e identificadores individuales del Sistema de registro de los CMS. Usted tiene la responsabilidad de consultar con su asesor legal para determinar cuándo y si existen instancias en las que el Acuerdo de uso de datos de los CMS se aplica a su organización.</p>
<p>Todas las orientaciones subregulatorias producidas por los CMS y HHS, como manuales, materiales de capacitación, memorandos de HPMS y guías</p>	<p>En los sitios web siguientes hay un gran cantidad de recursos de consulta:</p> <p>CMS: https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Regulations-and-Guidance.html https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertificationGenInfo/Policy-and-Memos-to-States-and-Regions</p> <p>Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:</p> <p>http://www.hhs.gov/ http://www.hhs.gov/regulations/index.html</p>
<p>Revisión, actualización y distribución anual de la aprobación de las políticas y procedimientos de cumplimiento, incluyendo las normas de conducta</p>	<p>Este requisito del gobierno federal también se aplica a las organizaciones y quienes las respaldan para cumplir con las obligaciones contractuales con Humana.</p> <p>C.F.R. §§ 422.503(b)(4)(vi)(B) https://www.govinfo.gov/content/pkg/CFR-2020-title42-vol3/pdf/CFR-2020-title42-vol3-sec422-503.pdf</p> <p>C.F.R. §§ 423.504(b)(4)(vi)(B) https://www.govinfo.gov/content/pkg/CFR-2020-title42-vol3/pdf/CFR-2020-title42-vol3-sec423-504.pdf</p>

La información divulgada en este documento, incluyendo todos los diseños y materiales relacionados, es propiedad de valor intrínseco de Humana Inc. y sus afiliadas. Humana se reserva todos los derechos de autor, patente y demás derechos de propiedad de este documento, incluyendo todos los derechos de diseño, producción, reproducción, uso y ventas del mismo, excepto en la medida en que dichos derechos estén expresamente otorgados a terceros. Excepto para uso interno, la reproducción de este documento o partes de él está prohibida sin la aprobación previa por escrito de Humana.

Humana®

LC3027ALL1019-A GHHH7DVSP