

Política de Cumplimiento

para Proveedores de Cuidado de la Salud y Terceros Contratados

Vigente a partir de enero de 2025

Descripción general

Humana tiene requisitos del programa de cumplimiento para quienes colaboran con sus actividades: su organización, sus empleados y las entidades delegadas. Estos requisitos incluyen, entre otros, los elementos centrales del Programa de Cumplimiento de Humana detallados en el índice en la página siguiente. Es posible que su organización deba proveer garantías de que comprende e incorpora estos componentes a su propio programa de cumplimiento o que tiene un programa sustancialmente similar.

Humana revisa anualmente este documento y este contiene aclaraciones mínimas con respecto a la versión de 2024.

Consulte la página 2.



Este documento es una extensión de los acuerdos que su organización tiene con Humana o una entidad relacionada con Humana.

Esto significa que su organización debe cumplir con lo que se describe en él y proporcionar esta publicación o un documento actualizado y sustancialmente similar a todos los empleados y terceros que colaboran con los productos de Medicare o Medicaid de Humana como parte de nuestra relación.

LC3027ALL1019-A GHHH7DVSP

Humana®

Índice

(Puntos Clave de) Cambios Notables - En esta página

Puntos de referencia clave de esta política

- Objetivo
- Organización
- Responsabilidad

Definiciones

Elementos (de un Programa de Cumplimiento Eficaz)

I Políticas, Procedimientos y Normas de Conducta Escritos

II Director de Cumplimiento, Comité de Cumplimiento y Supervisión de Alto Nivel

III Educación y Capacitación Eficaces

- Proceso y Contenido Requerido
- Plazos para la Capacitación Exigida

IV Líneas de Comunicación Eficaces

- Requisitos para Denunciar y Recibir Inquietudes
- Políticas y Procedimientos de Apoyo
- Formas de Denunciar
- Ejemplos de lo que se debe Denunciar
- Cómo tratar el Incumplimiento de los Requisitos

V Estándares Disciplinarios Ampliamente Difundidos

VI Sistema Eficaz para el Monitoreo de Rutina, Auditorías e Identificación de Riesgos Relacionados con el Cumplimiento

- Planes de Trabajo de Monitoreo y Auditoría
- Revisiones de las Listas de Exclusión del Gobierno
- Conflictos de Intereses

VII Sistema Eficaz para el Monitoreo de Rutina, Auditorías e Identificación de Riesgos Relacionados con el Cumplimiento

Apéndices

A: Recursos

B: Resumen de Leyes y Regulaciones Aplicables

Cambios notables

Puntos clave + número de página

No hay cambios en los requisitos, solo aclaraciones sobre el Programa de Cumplimiento de Humana

Estructura de la Política

Se modificó para que se alineara directamente con los elementos de un programa de cumplimiento eficaz, de acuerdo con el esquema de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Página 3 - Puntos de referencia clave de esta política

- Se aclaró cómo cumplir con los elementos de un programa eficaz y se simplificó la sección al trasladar los detalles a su sección de Elemento correspondiente.
- Los CMS les dan a los patrocinadores de planes, como Humana, la facultad de implementar un programa de cumplimiento y los requisitos correspondientes para abordar los riesgos inherentes y específicos del patrocinador relacionados con la contratación de entidades de primer nivel, delegadas y relacionadas (FDR, por sus siglas en inglés).
- Se enumeraron los 7 elementos de un programa de cumplimiento eficaz, de acuerdo con el esquema de los CMS.

Página 4 - Definiciones

- Los siguientes términos están definidos de acuerdo con los CMS: FDR, Entidad de Primer Nivel, Entidad Delegada y Entidad Relacionada.

Página 5 - Elemento I

- Las políticas y los procedimientos anuales se deben revisar periódicamente (no menos de una vez cada 3 años) para garantizar su precisión e integridad, y se deben actualizar en caso de ser necesario.

Página 5 - Elemento II

- Su organización debe tener un contacto de cumplimiento autorizado para responder a las solicitudes para garantizar el programa de cumplimiento.

Página 5 - Elemento III

- Si su organización subcontrata a terceros para desempeñar una función o prestar un servicio para Humana, su organización debe capacitarlos sobre cómo combatir el fraude, malgasto y abuso (FWA, por sus siglas en inglés) o solicitarles que garanticen que están realizando/recibiendo dicha capacitación.
- Enumeró los temas que deben cubrirse en la capacitación general sobre cumplimiento y la capacitación sobre fraude, desperdicio y abuso, y proporcionó ejemplos de capacitación para administrar. Se incluye el lenguaje de que la finalización de dicha capacitación debe ser una condición para continuar con el empleo/contrato cuando se apoya a un patrocinador del plan.

Página 6 - Elemento V

- Los estándares disciplinarios se deben comunicar de manera constante, no únicamente durante una capacitación o notificación anual o inicial.

Página 8 - Protocolos para las relaciones con las entidades delegadas

- Se colocó esta información en su propia sección.
- Se añadió una aclaración con respecto a la deslocalización y la línea de negocios de Medicaid.

Página 9 - Apéndices

- La seguridad y la privacidad de la información deben cumplir con todos los requisitos estatales y federales relacionados, no solamente con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Tecnología de la Información para la Economía y Salud Clínica (HITECH, por sus siglas en inglés) mencionadas.

Puntos de referencia clave de esta política

Objetivo

Esta política comunica 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 de los principios rectores descritos en esta política.

Esta política comunica cómo garantizar un programa y procesos de cumplimiento eficaces para la prevención, detección y corrección del incumplimiento, fraude, malgasto y abuso, mediante la comunicación de los requisitos de lo siguiente:

- CMS
- Requisitos específicos de estados y productos
- Políticas y procedimientos de Humana para apoyar los requisitos

Tenga en cuenta lo siguiente: Los CMS les dan a los patrocinadores de planes la facultad de implementar un programa de cumplimiento que aborde los riesgos inherentes y específicos del patrocinador relacionados con las operaciones comerciales con el apoyo de FDR.



Organización

Esta política se desarrolló en función de los Requisitos centrales de los programas de cumplimiento descritos por los CMS, que se aplican a los patrocinadores de planes (Humana) y sus FDR.

Esto significa respetar los 7 elementos del cumplimiento continuo a través de lo siguiente:

- Tener un marco de políticas y procesos del programa de cumplimiento escrito.
- Garantizar la comunicación de los requisitos y las normas de conducta del programa de cumplimiento.
- Llevar a cabo la supervisión de todas las partes designadas al apoyo de un patrocinador de planes.
- Tomar medidas oportunas para prevenir, detectar, investigar y corregir el incumplimiento, fraude, malgasto y abuso.
- Tomar medidas disciplinarias cuando sea necesario y notificar a Humana, según corresponda.

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 haya cambios sustanciales en las regulaciones, las políticas y las pautas.
- Exigir que todos los proveedores de cuidado de la salud y terceros contratados respeten y mantengan políticas para abordar los principios expuestos en este documento.
- Comunicar la expectativa de que su organización tenga un programa de cumplimiento eficaz.
- Tener procesos continuos de monitoreo, auditoría y denuncias para evaluar el cumplimiento de su organización.

Definiciones

Auditoría: Se refiere a una revisión formal del cumplimiento de un conjunto particular de criterios internos basados en las leyes y regulaciones 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 EE. UU. que es responsable de la administración de los programas federales de Medicare y Medicaid.

Conflictos de intereses: Relaciones personales, familiares o comerciales que podrían implicar, entre otras cosas, lo siguiente:

- Competir con cualquiera de las ofertas de productos de Humana
- Prestar servicios a un competidor de Humana
- Interferir con 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 delegada: Término de los CMS para cualquier parte con un acuerdo escrito indirecto que exista entre una entidad de primer nivel y un tercero para prestar un servicio cubierto o desempeñar una función relacionada con un plan Medicare Advantage administrado por Humana, un beneficio de medicamentos recetados de Medicare, un plan de Medicaid o doble de Medicare-Medicaid. Esto continúa así hasta el nivel del último proveedor de un servicio o producto.

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

FDR: El término de los CMS para una entidad de primer nivel, delegada o relacionada que colabora con los productos o servicios de Humana. Esta es una parte contratada que desempeña funciones comerciales que de otro modo Humana es responsable de desempeñar. Para obtener aclaraciones, consulte las definiciones de entidad de primer nivel, delegada y relacionada por separado, así como las de proveedores de cuidado de la salud y terceros.

Empleados de una 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. Incluyen, 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.

Entidad de primer nivel: El término de los CMS para cualquier entidad que tenga un contrato directo con una entidad de Humana para prestar los servicios cubiertos o desempeñar una función relacionada con

una persona elegible para Medicare o Medicaid bajo un plan Medicare Advantage, un beneficio de medicamentos recetados de Medicare, Medicaid o un plan doble de Medicare-Medicaid administrado por Humana.

Proveedores de cuidado de la salud y terceros: Término de Humana para referirse a las FDR. Algunos ejemplos son los proveedores de cuidado de la salud delegados y no delegados, las entidades delegadas, las farmacias, los agentes de ventas, las agencias de ventas, los vendedores y suministradores de bienes o servicios administrativos, los contratistas y los delegados.

Los vendedores y suministradores de bienes o servicios administrativos se consideran 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; o
- La aplicación de medidas correctivas y su eficacia.

Entidad relacionada: El término de los CMS para cualquier entidad relacionada con Humana por control o propiedad común.

Terceros: Cualquier persona, organización u otra entidad con la que Humana tenga una relación para apoyar su obligación con los CMS, incluidos los vendedores, subcontratistas, proveedores, etc. Consulte las definiciones de entidad de primer nivel, entidad delegada y entidad relacionada por separado para obtener 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.

Elementos

Elemento I: Políticas, Procedimientos y Normas de Conducta Escritos

- Deben documentarse formalmente, revisarse periódicamente (no menos de una vez cada tres años) y revisarse/aprobarse según sea necesario.
 - También se deben implementar los procedimientos de apoyo, y estos deben cumplir con la revisión y aprobación periódicas.
- Su contenido debe ser sustancialmente similar al de esta política y al documento Ética Cotidiana para Proveedores de Cuidado de la Salud y Terceros Contratados, al que se puede acceder en es-www.Humana.com/fraud
- Deben conservarse durante al menos 10 años.
- Deben distribuirse a los empleados, contratistas y delegados que colaboran con los productos Medicare o Medicaid de Humana. La distribución se debe realizar en un plazo de 90 días a partir de la contratación o de la firma del contrato, en caso de que haya actualizaciones de las políticas y, desde entonces, una vez al año.



Elemento II: Director de Cumplimiento, Comité de Cumplimiento y Supervisión de Alto Nivel

Personal designado para satisfacer las obligaciones de cumplimiento. Las personas responsables deben estar debidamente acreditadas, instruidas y capacitadas para desempeñar las funciones de cumplimiento. Esto incluye tener un contacto de cumplimiento autorizado para responder a las solicitudes de garantía de Cumplimiento.

Elemento III: Educación y Capacitación Eficaces

- Deben registrarse formalmente.
- El contenido cubierto debe incluir las políticas de cumplimiento y las normas de conducta, tratar los temas de FWA y, cuando corresponda, el tema relacionado con Medicaid.
- Las políticas y procedimientos de su organización deben designar a la audiencia para la capacitación, los temas de la capacitación, la frecuencia de la capacitación, cómo se realiza el seguimiento de la capacitación y cómo se conservan los registros de esta.
- Los empleados y delegados que colaboran con Humana deben recibir una capacitación en FWA y cumplimiento general y su organización debe poder demostrar que se ha cumplido con los requisitos de la capacitación.
- La capacitación se debe completar en un plazo de 90 días a partir de la contratación o firma del contrato y, desde entonces, anualmente.

- Los registros de la capacitación deben conservarse durante al menos 10 años.

La capacitación sobre cumplimiento general debe incluir lo siguiente:

- Una descripción del programa de cumplimiento de su organización, que incluya una revisión de las políticas y procedimientos de cumplimiento, y las Normas de Conducta.
- Una descripción general de cómo denunciar incumplimientos sospechados o detectados, que deberá hacer hincapié en la confidencialidad, el anonimato y la ausencia de represalias en caso de preguntas relacionadas con el cumplimiento o denuncias de incumplimientos sospechados o detectados o de posibles casos de FWA.
- El requisito de denunciar el incumplimiento real o sospechado del programa de Medicare o un posible caso de FWA al patrocinador (Humana).
- Ejemplos de incumplimiento denunciante que un empleado podría observar.
- Una revisión de las pautas disciplinarias para conductas de incumplimiento o fraudulentas o para cuando no se denuncia el conocimiento de una posible infracción.
- Asistencia y participación en programas de capacitación sobre cumplimiento y FWA como condición para continuar.
- Asistencia y participación en programas de capacitación de cumplimiento y FWA como condición para continuar con el empleo/contrato;
- Una revisión de los posibles conflictos de intereses y del sistema de su organización para la divulgación de conflictos de intereses.

La capacitación sobre FWA debe incluir lo siguiente:

- Leyes y regulaciones relacionadas con Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) y FWA de la Parte D (es decir, la Ley de Reclamaciones Falsas, el estatuto Antisobornos, HIPAA/HITECH, etc.).
- Obligaciones de contar con políticas y procedimientos adecuados para abordar el FWA.
- Procedimientos para denunciar sospechas de FWA.
- Protecciones para los empleados que denuncian sospechas de FWA.
- Tipos de FWA que pueden ocurrir en los entornos en los que trabajan sus empleados.

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 que dejan constancia 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 o educación. Humana puede requerir una constancia a nivel de la organización de la finalización de determinada capacitación o educación. Esto puede incluir la garantía de que las personas que su organización designe para colaborar con Humana están recibiendo suficiente información para cumplir con las expectativas. 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).

Elemento IV: Líneas de Comunicación Eficaces

Su organización debe implementar métodos para comunicar los asuntos de cumplimiento necesarios de manera rápida y eficaz.

Algunos ejemplos incluyen: publicaciones en la intranet, correos electrónicos, boletines informativos, manuales de administración y un portal de capacitación exclusivo.

Requisitos para denunciar y recibir inquietudes:

Todos los que colaboran con las operaciones comerciales de Humana, incluidos los miembros del cuerpo directivo, deben denunciar las inquietudes de incumplimiento, casos sospechados o detectados de FWA, infracciones de las políticas de cumplimiento, de las normas de conducta o las leyes y regulaciones aplicables.

Su organización debe tener un sistema establecido para recibir, registrar, responder y rastrear denuncias de incumplimiento sospechado o detectado o posibles casos de FWA.

- Se debe ofrecer un método de denuncia anónima.
 - Se deben comunicar ampliamente los métodos disponibles para denunciar inquietudes relacionadas con el cumplimiento o el FWA y la política de no represalias.
 - El mecanismo de denuncia debe estar disponible las 24 horas.

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

Se espera que todas las organizaciones que colaboran con Humana ofrezcan al menos su propio método de denuncia no ofrecido por Humana. ¿Por qué? Su organización está mejor equipada para manejar una revisión inicial que involucre a alguien que su organización designa para colaborar con las operaciones comerciales de Humana, de modo que se puedan tomar las medidas correspondientes de la manera más oportuna.

Comunique ampliamente los métodos para denunciar inquietudes relacionadas con el cumplimiento y el FWA. Ejemplos de métodos para comunicar la información: carteles, sitios de la intranet, alfombrillas para mouse, tarjetas de acceso y otros elementos de exhibición prominentes.

Tenga en cuenta lo siguiente: 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 cómo identificar y prevenir conductas indebidas fraudulentas o delictivas.

Se deben implementar **políticas y procedimientos de apoyo** para garantizar que haya suficiente concientización sobre lo siguiente:

- **Qué denunciar:** Incumplimiento sospechado o detectado.
- **Cómo denunciarlo:** A través de las opciones de Humana o cualquier otro método que su organización haya implementado.
- **Por qué:** Se debe realizar una revisión de todas las inquietudes para garantizar que no existan brechas y para corregir los problemas detectados del proceso.

No denunciar las inquietudes sospechadas puede dar lugar a medidas disciplinarias que pueden llegar a la rescisión del contrato o del empleo.



Formas de Denunciar los Casos de Incumplimiento y FWA Sospechados o Detectados a Humana

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

También es posible denunciar las infracciones sospechadas o detectadas relacionadas con el FWA al Departamento de Referidos de Investigaciones Especiales de Humana llamando al **1-800-614-4126**, por correo electrónico a siureferrals@humana.com o por fax al **1-920-339-3613**.

Ejemplos de lo que se debe denunciar

Ejemplos notables sobre las inquietudes e infracciones relacionadas con el cumplimiento o el FWA sospechado o real que afectan al trabajo contratado de Humana incluyen, entre otros, las acciones de otros para lo siguiente:

- Falsificar las solicitudes de beneficios/afiliación
- Mentir utilizando falsos pretextos 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 cometer fraude

Los problemas relacionados con el cumplimiento o el FWA que no correspondan a las actividades comerciales de Humana no se deben denunciar a Humana.

Cómo tratar el incumplimiento de los Requisitos

Si su organización detecta el incumplimiento de algún requisito, incluida la capacitación, deberá hacer lo siguiente:

- a) Iniciar una medida disciplinaria que puede incluir la emisión de un plan de medidas correctivas o la rescisión de la relación laboral del empleado o de la entidad delegada.
- b) Notificar a Humana los hallazgos y las medidas posteriores que afecten a Humana. Estos se deben comunicar de manera oportuna a Humana a través de los recursos de cumplimiento de su organización.

Elemento V: Estándares Disciplinarios Ampliamente Difundidos

Su organización debe implementar políticas disciplinarias que reflejen estándares disciplinarios claros y específicos.

Las políticas deben describir lo que se espera de la denuncia de problemas de cumplimiento, que los empleados participen en la capacitación requerida y ejemplos de conductas infractoras.

Las medidas disciplinarias que deben tomarse y que deben comunicarse son exigir la capacitación adicional o la actualización de la capacitación, emitir planes de medidas correctivas que deben seguirse hasta su cierre, así como la exclusión del desempeño de una función o la rescisión del empleo o contrato.

La medida disciplinaria debe ser adecuada para la gravedad de la infracción.

Los estándares disciplinarios se deben comunicar de manera constante, no únicamente durante una capacitación inicial o anual o en políticas que quizá no todos reciban. Algunos ejemplos de métodos de comunicación son: boletines informativos, presentaciones periódicas y como punto de la agenda en las reuniones de personal, comunicaciones con entidades delegadas, capacitación general en materia de cumplimiento, así como la exhibición destacada de la información en un sitio de la intranet y carteles en las zonas de trabajo y descanso.



Elemento VI: Sistema Eficaz para el Monitoreo de Rutina, las Auditorías y la Identificación de Riesgos Relacionados con el Cumplimiento

Planes de Trabajo de Monitoreo y Auditoría:

Humana cuenta con planes de trabajo y mecanismos de supervisión para supervisar el desempeño del programa de cumplimiento de sus entidades de primer nivel. Los métodos pueden incluir solicitar periódicamente al contacto de cumplimiento de su organización que complete una evaluación, un cuestionario o una encuesta, que presente documentación o que deje constancia de las políticas, los procedimientos y los requisitos de cumplimiento aplicables.

Además, Humana llevará a cabo auditorías de sus entidades de primer nivel para garantizar el cumplimiento de todas las leyes y regulaciones aplicables, incluida la garantía de que las entidades de primer nivel monitoreen el cumplimiento de las entidades delegadas. Las actividades de auditoría pueden incluir la inspección de las instalaciones, los sistemas, los libros, los procedimientos, los planes de trabajo de auditoría, los resultados y los registros que se relacionen con los servicios prestados en virtud del acuerdo contractual.

Cuando Humana notifique a su organización que se está llevando a cabo una actividad de supervisión, su organización debe proporcionar una respuesta oportuna a estas solicitudes de acuerdo con el período especificado por Humana.

Revisiones de las listas de exclusión del Gobierno: Su organización debe realizar una evaluación de los empleados y subcontratistas que colaboran con Humana con respecto a las listas de exclusión de la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) y el Sistema para Administración de Subvenciones (SAM, por sus siglas en inglés) antes de la contratación/firma de contrato 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 de apoyo para Humana y esto se debe informar a Humana.

Los resultados de la evaluación deben conservarse durante al menos 10 años.

Conflictos de intereses: Su organización debe tener un proceso para evaluar posibles conflictos de intereses y manejar los conflictos identificados.

Al identificar un conflicto de intereses, se debe tomar una de las siguientes decisiones: Eliminación o aprobación para continuar trabajando a pesar de los conflictos. Este proceso se debe implementar, independientemente de si Humana solicita información o medidas en relación con cualquier conflicto de intereses o no.

Su organización también debe cumplir con lo siguiente, si Humana lo solicita:

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

Elemento VII: Procedimientos y Sistemas de Respuesta Inmediata a los Problemas de Cumplimiento

La infracción de los requisitos descritos en las normas de conducta de Humana (Ética Cotidiana para Proveedores de Cuidado de la Salud y Terceros Contratados) o una política sustancialmente similar que su organización tenga establecida, así como en relación con otras políticas y procedimientos, podría comprometer la integridad y reputación de Humana. Una infracción también puede conducir a la aplicación de una medida correctiva, la rescisión de un contrato o la denuncia de la infracción ante las autoridades reguladoras o encargadas del cumplimiento de la ley correspondientes.

Su organización debe compartir el compromiso de Humana de iniciar investigaciones en relación con cualquier denuncia de infracciones sospechadas o detectadas de las políticas y procedimientos de Humana, o políticas sustancialmente similares que su organización tenga establecidas, así como las sospechas de FWA. Se debe llevar a cabo una investigación lo antes posible, pero no más de dos semanas después de identificar un posible problema de incumplimiento o FWA. Todos los problemas denunciados deben tratarse de forma confidencial en la mayor medida posible y se debe conservar la documentación.



También podrían tomarse medidas disciplinarias después de llevar a cabo iniciativas de monitoreo y auditoría. Algunas de ellas podrían ser, entre otras, la repetición de la capacitación obligatoria, los planes de medidas correctivas con un seguimiento hasta su cierre o la rescisión del contrato. Su organización debe tener políticas y procesos para garantizar que se tomen dichas medidas cuando lleve a cabo la supervisión.

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

Su organización debe asumir el compromiso de lo siguiente:

- 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, un designado de Humana o un organismo gubernamental)
- Tomar medidas disciplinarias cuando corresponda
- Implementar correcciones para prevenir futuras infracciones
- Conservar la documentación/los registros relacionados con las revisiones, las investigaciones y las medidas tomadas en relación con problemas de cumplimiento y ética durante 10 años
 - Estas medidas son un componente de las actividades de supervisión

Protocolos para las relaciones con las entidades delegadas

- Se debe notificar a Humana antes de subcontratar cualquier servicio relacionado con las funciones que su organización desempeña para Humana, independientemente de si el trabajo propuesto se va a realizar en el país o en el extranjero (fuera de los 50 Estados Unidos o uno de los Territorios de los Estados Unidos:
Samoa Americana, Guam, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU.
- Se deben establecer acuerdos escritos conformes.

Los CMS exigen que Humana informe, en un plazo de 30 días a partir de la fecha de firma del contrato, sobre cualquier subcontratista extranjero que realice trabajos para Humana que impliquen la recepción, el procesamiento, la transferencia, la manipulación, el almacenamiento o el acceso a la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de los afiliados de Humana Medicare en una ubicación extranjera de forma oral, escrita o electrónica. Además, Humana debe informar de inmediato los cambios de las funciones o ubicaciones de los contratistas fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico.

Nota de Medicaid:

Algunos estados prohíben la deslocalización de servicios, funciones o datos relacionados con un plan de Medicaid. Cualquier deslocalización relacionada con Medicaid debe ser aprobada previamente por Humana estado por estado.

Apéndices

Apéndice A: Recursos

Registro Federal – Programa Medicare; Cambios Técnicos y de Política para el Año de Contrato 2019	<p>Publicado en abril de 2018, este describe muchas revisiones a las regulaciones gubernamentales a partir de 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 FWA, 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 colaboran con Humana en materia de FWA, 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/firma del contrato. Su organización debe revisar el documento del gobierno para otras repercusiones.</p> <p>https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2018-04-16/pdf/2018-07179.pdf</p>
Boletín Consultivo Especial de la OIG sobre Exclusión	<p>Este boletín emitido en mayo de 2013 responde preguntas frecuentes de este tema, incluida la frecuencia de las evaluaciones, 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>
Política y Pautas del Programa de Cumplimiento de los CMS	<p>Este sitio enumera las regulaciones 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 de 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 Médico Administrado de Medicare.</p> <p>https://www.cms.gov/Medicare/Compliance-and-Audits/Part-C-and-Part-D-Compliance-and-Audits/ComplianceProgramPolicyandGuidance</p>
Ética Cotidiana para Proveedores de Cuidado de la Salud y Terceros Contratados	<p>http://apps.Humana.com/marketing/documents.asp?file=2306616</p>
Kit de Herramientas del Programa de Cumplimiento	<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

Tenga en cuenta lo siguiente: Según la función que desarrolle su organización, es posible que no todas las leyes y regulaciones mencionadas a continuación sean aplicables.

Título XVIII de la Ley de Seguro Social	<p>Promulgada en 1965, la Ley de Seguro Social incluyó 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 y una red abierta (conocido como Medicare Original) y planes administrados por empresas 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 la Parte D.</p> <p>Por lo tanto, las leyes y regulaciones relacionadas con los planes de la Parte C y la Parte 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>
Las Regulaciones que Rigen las Partes C y D de Medicare y Medicaid, si corresponde, se encuentran en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) §§ 422 y 423, respectivamente	<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 Médico 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 del Título 42 del CFR, 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 el esquema de los CMS.</p> <p>Título 42 del CFR, § 422.503: https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-422/subpart-K/section-422.503</p> <p>Título 42 del CFR, § 422.504: https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-422/subpart-K/section-422.504</p> <p>Título 42 del CFR, § 423.504: https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-423/subpart-K/section-423.504</p>

Apéndice B: Resumen de Leyes y Regulaciones Aplicables

<p>Manual de Cuidado Médico Administrado de Medicare, Capítulo 3: Pautas de Mercadeo de Medicare</p>	<p>Las pautas de mercadeo 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 (Título 42 del CFR, Partes 422 y 423). Para obtener información específica acerca de las pautas de mercadeo relacionadas con los proveedores, consulte la sección 70.11 titulada “Mercadeo en un Entorno de 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 (L. Públ. No. 111-148, 124 Est. 119)</p>	<p>Esta extensa ley se conoce principalmente por la ampliación de los derechos y las protecciones que estableció para los consumidores, pero tiene muchas disposiciones, conocidas como títulos. Los elementos esenciales de esta ley incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se extendió dónde y cómo comprar la cobertura. • Se ofrecieron 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 afectó el pago (cantidades) y los reembolsos de ciertos beneficios y aumentó la capacidad para apelar reclamaciones, lo cual puede afectar el procesamiento de las afiliaciones y las reclamaciones. Humana cumple con la ley, lo que también puede haber tenido un impacto en la manera en que su organización mantiene registros o realiza un seguimiento de los pagos.</p> <p>Existen otros títulos que también podrían influir en su organización, pero no directamente en lo que respecta a Humana. La ley está disponible aquí para su revisión:</p> <p>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 las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos modestos de refrigerios y refrescos (tales como bebidas gaseosas, café y donas) ofrecidos fuera de una comida si se ofrecen a todos y cada uno de los asistentes • Materiales promocionales o de mercadeo (p. ej., bolígrafos, lápices, libretas y calendarios) valuados en \$15 o menos • Muestras de reconocimiento (p. ej., monedas o insignias conmemorativas) con un logotipo valuados en \$15 o menos
<p>Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) (Ley Pública 104-191)</p>	<p>Según el Departamento de Trabajo de los EE. UU., la 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.</p> <p>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 médica que permite identificar a las personas. Esto incluye el establecimiento de normas de seguridad para la información de salud protegida en medios electrónicos.</p> <p>Su organización y Humana deben contar con resguardos suficientes 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. A continuación, vea los resúmenes:</p> <p>Norma de Privacidad de la HIPAA: http://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/index.html Norma de Seguridad de la HIPAA: http://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/security/index.html</p>
<p>Leyes de Reclamaciones Falsas (Título 31 del Código de Estados Unidos [USC, por sus siglas en inglés] §§ 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 multas 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</p> <p>https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2019-title31/pdf/USCODE-2019-title31-subtitleIII-chap37-subchapIII-sec3730.pdf</p> <p>https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2019-title31/pdf/USCODE-2019-title31-subtitleIII-chap37-subchapIII-sec3731.pdf</p> <p>https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2019-title31/pdf/USCODE-2019-title31-subtitleIII-chap37-subchapIII-sec3732.pdf</p> <p>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 las personas 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 lo siguiente: 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 parte del estado de Florida.</p>

<p>Estatutos Federales Penales sobre Reclamaciones Falsas (Título 18 del USC §§ 287,1001)</p>	<p>La Sección 1001 se aplica a cualquier persona cuyas acciones relacionadas con cualquier 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 falso a sabiendas de que contiene cualquier 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 en relación con 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. • 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-part1-chap15-sec287.pdf http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/USCODE-2011-title18/pdf/USCODE-2011-title18-part1-chap47-sec1001.pdf</p>
<p>Estatuto Antisoborno (Título 42 del USC § 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 Antipersuasión del Beneficiario (Título 42 del USC § 1320a-7a(a)(5))</p>	<p>Este estatuto federal establece 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 cuidado de la salud, profesional médico o suministrador específico para comprar o alquilar un artículo cubierto por Medicare o Medicaid al proveedor, profesional médico o suministrador puede estar sujeto a sanciones económicas civiles de hasta \$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 OIG con Respecto a los Regalos (Tenga en cuenta: 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>Prohibiciones en cuanto al empleo o la celebración de contratos con personas o entidades que hayan sido excluidas de las operaciones comerciales con el gobierno federal (Título 42 del USC §1395w-27(g)(1)(G))</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 simbólico 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> <p>Las expectativas de los CMS y Humana en cuanto a la evaluación 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:</p> <p>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 FCPA tiene sanciones penales y civiles específicas para las infracciones: multas para la organización responsable, suspensión o inhabilitación para participar en programas federales y multas y encarcelamiento para las personas condenadas por tales conductas.</p> <p>https://www.justice.gov/criminal-fraud/foreign-corrupt-practices-act</p>
<p>Sanciones económicas civiles de la Ley de Seguro Social (Título 42 del USC § 1395w-27 (g))</p>	<p>Esta disposición de la Ley de Seguro Social describe las sanciones que se pueden imponer a las organizaciones que ofrecen planes de la Parte C 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 o vende algún producto de Medicare Advantage o de medicamentos recetados de Humana. Algunos ejemplos de dichas disposiciones que tienen impacto incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afiliar a una persona en un plan de este tipo sin el consentimiento previo de la persona o su representante. • No volver a afiliar a una persona elegible. • Negar la afiliación a un plan a una persona elegible o desalentarla para que no se afilie. • 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>Estatuto de Autoreferido del Médico ("Stark") (Título 42 del USC § 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 pagador externo) 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.</p> <p>Consulte el siguiente enlace para obtener una lista de las excepciones establecidas e información adicional: https://www.cms.gov/PhysicianSelfReferral/</p>
<p>Disposiciones de privacidad y seguridad, contra fraude y abuso de la HIPAA, según las 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. Aborda lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El uso de registros de salud electrónicos, incluidos incentivos para adoptarlos y requisitos en torno a su divulgación. • Cómo resguardar adecuadamente la información de salud protegida. • Cuándo y a quiénes se deben enviar notificaciones en relación a filtraciones de los datos que integran la información de salud protegida (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 Reclamaciones Falsas, estatuto 31 del USC § 3729.</p> <p>http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ21/pdf/PLAW-111publ21.pdf</p>
<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, la utilización o la reutilización de los datos cubiertos por el acuerdo entre los CMS y Humana solo deben producirse con los fines especificados en el acuerdo, a menos que los CMS den la autorización pertinente para cualquier otro fin.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El acceso a los datos por parte de cualquier persona 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 evite su uso o acceso no autorizado.</p> <p>Manejo de Incumplimientos Sospechados 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 Sospechados 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 sus datos. Humana debe completar y actualizar el acuerdo cuando corresponda. Cuando los CMS reciben el acuerdo debidamente ejecutado, le confieren a Humana o le otorgan acceso a datos que contienen, a modo de ejemplo, información de salud protegida 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 aplica a su organización.</p>
<p>Todas las pautas subregulatorias producidas por los CMS y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), como manuales, materiales de capacitación, memorandos del sistema de gestión de planes de salud (HPMS, por sus siglas en inglés) y guías</p> <p>Revisión, actualización e implementación de la aprobación anuales de las políticas y procedimientos de cumplimiento, incluidas las normas de conducta</p>	<p>En los sitios web siguientes hay una 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 HHS de los EE. UU.:</p> <p>http://www.hhs.gov/ http://www.hhs.gov/regulations/index.html</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>CFR §§ 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>CFR §§ 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>

Tenga en cuenta lo siguiente: La seguridad y la privacidad de la información deben cumplir con todos los requisitos estatales y federales relacionados, no solamente la HIPAA y la Ley de HITECH mencionadas anteriormente.

La información divulgada en este documento, incluidos 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, incluidos 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.

LC3027ALL1019-A GHHH7DVSP

Humana®