



CERTIFICACIÓN

Adiestramiento para Prevenir Fraude, Abuso y Despilfarro

Certifico que soy el representante autorizado de la **Farmacia** _____ con responsabilidad directa o indirecta de todos los empleados, Consejo de Administración, funcionarios, personal contratado, proveedores médicos, hospitales, contratistas, subcontratistas y proveedores suscritos en mi organización, que tienen directa o por contacto indirecto con las empresas de Medicare. Certifico que he recibido de MC -21 Corporación el adiestramiento requerido por CMS de formación FWA e HIPAA, General de Cumplimiento y la presentación Integración de Cumplimiento en la página web de MC -21 Corporación. Certifico que estos documentos se utilizan sin modificaciones y se distribuyen a todos los empleados y subcontratistas en el momento de la contratación y anualmente.

Certifico que voy a mantener los registros durante al menos 10 años de haber completado el entrenamiento y las enviará a MC -21 Corporación a petición. Certifico que todas las personas que se mencionan a continuación en la siguiente tabla tomaron el curso sobre Fraude, Abuso y Despilfarro, según requerido por CMS. [42 CFR § 422.503(b)(4)(vi)(C), § 423.504 (b)(4)(vi)(C)].

Indique el adiestramiento utilizado por su farmacia:

- Curso obtenido a través de la página web www.mc-21.com
- Curso obtenido a través de la página web www.learnsomething.com
- Educación Continua o Actividad Educativa provista por _____
- Otro (especifique): _____

Indique los nombres de las personas que tomaron el adiestramiento:

| NOMBRE | FIRMA | POSICIÓN | FECHA |
|--------|-------|----------|-------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |

Además, certifico que como representante autorizado de la Farmacia:

- a. Requiere a todos sus empleados, subcontratistas, entidades de primer plano, entidades delegadas y agentes quienes proveen servicios a o para MC-21 leer, revisar y/o tomar el adiestramiento de Fraude, Abuso y Despilfarro, HIPAA y demás regulaciones que apliquen dentro de los primeros 90 días de ser contratados y luego anualmente.
- b. Farmacia requiere a todos sus empleados, subcontratistas, entidades de primer plano, entidades delegadas y agentes quienes proveen servicios a o para MC-21 que certifiquen, por escrito, que han leído y entendido la información provista en el adiestramiento sobre Fraude, Abuso y Despilfarro, HIPAA y la Exclusión de OIG. A solicitud de MC-21, la Farmacia deberá proveer copia de dichas certificaciones.
- c. La Farmacia monitorea y continuará monitoreando casos potenciales de Fraude, Abuso y Despilfarro y HIPAA relacionados a los servicios provistos a MC-21 y se compromete a reportar cualquier caso sospechoso de Fraude, Abuso y Despilfarro a MC-21 comunicándose al 787-286-6032 extensión 3800.
- d. Ha impuesto políticas y procedimientos para revisar las listas de exclusión publicadas por la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) y de la Administración de Servicios Generales (GSA, por sus siglas en inglés) previo a la contratación de nuevos empleados o de gestión responsables de la administración o dispensación de los beneficios de la Parte D de Medicare y luego mensualmente, no han sido excluidos de los programas de salud Federal. Adicional, si identifica que algún empleado, subcontratistas, entidades de primer plano, entidades delegadas y agentes se encuentra en una de esas listas, ese empleado, subcontratistas, entidades de primer plano, entidades relacionadas y agente será inmediatamente removido de cualquier trabajo relacionado directa o indirectamente con todos los programas de salud Federal y la organización tomará las acciones correctivas apropiadas, las cuales serán notificadas a MC-21.
- e. Farmacia cuenta con políticas y procedimientos para asegurar que los empleados, subcontratistas, entidades de primer plano, entidades delegadas y agentes relacionados que proveen servicios a los beneficiarios de la Parte D de Medicare firmen una declaración o certificación sobre conflicto de interés al momento de ser contratado en la cual certifiquen que se encuentran libres de cualquier conflicto de interés para administrar o despachar beneficios a beneficiarios de la Parte D de Medicare.
- f. La farmacia cumple con todos los requisitos, regulaciones y leyes que aplican a Medicare "CMS", las cuales incluyen tener Políticas de Estándares de Conducta y Cumplimientos que las cuales las cuales son distribuidos a los empleados.

👉 POR FAVOR, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN 👈
👈 DE NO COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD, SU CONFIRMACIÓN PODRÍA SER NULA 👈

Nombre de la farmacia: _____

NABP: _____ NPI: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

Nombre del Representante Autorizado: _____

Posición que ocupa en la farmacia: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

Favor de enviar certificación al 787-653-2856