

Certificación de Adiestramientos de Cumplimiento y Fraude, Abuso y Despilfarro para la Farmacia

I. Certificación de Adiestramientos Regulatorios

Certifico que soy representante autorizado de la **Farmacia** ("La Farmacia"), quien mantiene la responsabilidad directa o indirecta de todos los empleados, Junta de Directores, oficiales, personal contratado, funcionarios, proveedores, contratistas, subcontratistas y demás individuos en mi organización, que tienen contacto directo o indirecto con servicios ofrecidos a beneficiarios de Medicare.

Certifico que MC-21 LLC ("MC-21"), me ha facilitado sus adiestramientos regulatorios, según requerido por los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid ("CMS", *conocido por sus siglas en inglés*), los cuales contienen información de Fraude, Abuso y Despilfarro; Programa de Cumplimiento; Privacidad (HIPAA); Confidencialidad; Exclusiones de Programas Federales de Salud (HHS-OIG, GSA) y la Integración de Cumplimiento con MC-21.

Certifico que los adiestramientos regulatorios y otros documentos ofrecidos no han sido alterados y de tal manera fueron distribuidos como copia fiel y exacta del original.

Certifico que una vez completado el adiestramiento, todo documento relacionado al mismo será guardado por un periodo no menor de diez (10) años y estarán disponibles para MC-21 de así requerirlo.

Certifico que las personas quienes firman la **sección III**, fueron partícipes de los adiestramientos regulatorios, así cumpliendo con requisitos aplicables de CMS (*42 C.F.R. 422.503, 423.504*). Por consiguiente, se presenta esta certificación como evidencia de que todo empleado ha leído y entendido la información provista como parte de los adiestramientos ofrecidos y comprende su responsabilidad.

Certifico que cumplimos con todos las leyes, reglas y regulaciones estatales y federales aplicables, incluyendo requisitos de Medicare.

II. Adiestramientos

Favor de marcar con una "X" el medio utilizado para tomar el/los adiestramiento(s) y especificar el nombre del recurso correspondiente en el espacio ofrecido:

- Adiestramiento obtenido a través del portal de CMS.
- Adiestramiento obtenido a través de la página web de MC-21: www.mc-21.com.
- Adiestramiento obtenido a través de otra página web: _____.
- Educación continua o actividad educativa provista por: _____.
- Otro (especifique): _____.

III. Empleados, Contratistas o Representantes quienes participaron de los Adiestramientos

De necesitar más espacios, puede proveernos la información en otro documento como anejo.

NOMBRE	FIRMA	POSICIÓN	FECHA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

IV. Certificación de Cumplimiento

Certifico y declaro, como representante autorizado de La Farmacia, lo siguiente:

- a. Es nuestra política requerir que todo empleado nuevo, contratista, subcontratista y agente representante participe de los adiestramientos regulatorios provistos por MC-21 dentro de los primeros *90 días* de ser contratados y luego anualmente, donde se provee información relacionada al Programa de Cumplimiento, Fraude, Abuso y Despilfarro, Privacidad (HIPAA), Confidencialidad, Exclusiones de programas federales de salud (HHS-OIG, GSA), Estándares de Conducta y Ética y demás políticas internas relacionadas a leyes o regulaciones estatales y federales, según apliquen.
- b. Es nuestra política monitorear casos potenciales de Fraude, Abuso y Despilfarro, incumplimientos e incidentes de privacidad y seguridad (HIPAA/HITECH), relacionados a los servicios provistos a MC-21. Estos casos serán reportados inmediatamente mediante las líneas confidenciales de MC-21 por teléfono: **(787) 286-6032 ext. 3800** o por correo electrónico: cumplimiento@mc-21.com.
- c. La Farmacia mantiene políticas y procedimientos para verificar y validar nuevos empleados, representantes y contratistas contra las listas de exclusión publicadas por la Oficina del Inspector General y la Administración de Servicios Generales (HHS-OIG y GSA, *conocidos por sus siglas en inglés*), previo a la contratación, para asegurar que ningún empleado, representante y/o contratista, haya sido excluido de programas federales de salud (por ejemplo Medicare y Medicaid). En adición, se revisan mensualmente estas listas de exclusión para asegurar que los empleados, representantes y/o contratistas no hayan sido excluidos de programas federales de salud. De identificar que algún empleado, representante o contratista, ha sido excluido según estas listas; dicho empleado, representante o contratista será inmediatamente removido de cualquier trabajo, directa o indirectamente relacionado con la prestación de servicios a beneficiarios de programas federales de salud (por ejemplo la administración, despacho y entrega de medicamentos). Por consiguiente, se tomarán las acciones correctivas apropiadas, las cuales serán notificadas a MC-21.
- d. Es nuestra política no contratar ni mantener contratado ningún empleado, representante o contratista que tenga relación de negocios, directa o indirecta, con algún individuo o entidad que haya sido excluido de programas federales de salud.
- e. Es nuestra política asegurar que los empleados, representantes y contratistas que proveen servicios a los beneficiarios de la Parte D de Medicare firmen una certificación sobre conflictos de interés al momento de su contratación, la cual afirma que este no mantiene relaciones causales de conflictos de interés personales o laborales.

V. Confirmación y Firma

Por la presente certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta, a mi mejor entendimiento.

Nombre de la Farmacia:	NPI:	NABP:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
Nombre del Representante Autorizado:	Posición que ocupa:	
Firma autorizada:	Fecha:	

Favor llenar la certificación en su totalidad y asegurar su firma. De faltar información, el documento podría ser invalidado y derogado.

➔ Favor enviar la certificación vía-fax al: **(787) 653-2856** o por correo electrónico a: Pharmacycontracting@mc-21.com.