

EDP UNIVERSITY OF PUERTO RICO, INC.

RECINTO DE HATO REY

PROGRAMA DE MAESTRIA EN SISTEMA DE INFORMACION

Especialidad en Seguridad de Información e Investigación de Fraude Digital

FRAUDE AL MEDICARE Y OTRAS INDUSTRIAS DE SALUD

ANALISIS DE CASO: UNITED STATES v. Gary Jizmejian

Caso Numero: 2:18-CR-00288

REQUISITO PARA LA MAESTRIA EN SISTEMAS DE INFORMACION

Especialidad en Seguridad de Información e Investigación de Fraude Digital

DICIEMBRE, 2019

PREPARADO POR:

IVONNE IRIZARRY VALLE

Sirva la presente para certificar que el Proyecto de Investigación titulado:

FRAUDE AL MEDICARE Y OTRAS INDUSTRIAS DE SALUD

ANALISIS DE CASO: UNITED STATES v. Gary Jizmejian

Caso Numero: 2:18-CR-00288

PREPARADO POR:

Ivonne Irizarry Valle

Ha sido aceptado como requisito parcial para el grado de

Maestría en Sistema de Información

Especialidad en Seguridad de Información e Investigación de Fraude Digital

Diciembre, 2019

Aprobado por:



Dr. Miguel A. Drouyn Marrero

TABLA DE CONTENIDO

SECCION 1: INTRODUCCION Y TRASFONDO HISTORICO	
Introducción	4
Descripción del caso	4
Trasfondo	5
Descripción de hechos	6
Acusaciones, cargos y penalidades	10
Definición de términos	10
SECCION 2: REVISION DE LITERATURA	
Introducción	13
Fraudes Involucrados	14
Leyes aplicables	21
Casos relacionados	25
Herramientas de Investigación	27
SECCION 3: SIMULACION	
Introducción	29
Teoría del esquema	29
SECCION 4: INFORME DEL CASO	
Resumen ejecutivo	32
Objetivo	32
Alcance del trabajo	33
Datos del caso	33
Descripción de los dispositivos utilizados	33
Resumen de hallazgos	41
Cadena de custodia	43
Procedimiento	
SECCION 5: DISCUSION DEL CASO	63
SECCION 6: AUDITORIA Y PREVENCION	
Introducción	66
Objetivos	68
Alcance y metodología	69
Opiniones, Hallazgo y recomendaciones	76
SECCION 7: CONCLUSION	82
SECCION 8: REFERENCIAS	83

SECCION 1: INTRODUCCION Y TRASFONDO

Introducción

El fraude en los servicios de salud es un asunto de mucha importancia. Gracias al impacto económico que tiene y cómo afecta los servicios de la salud de la población en general, hoy en día se trabaja mucho contra este tipo de fraude.

Tengo un interés particular de investigación y especialización en el área de fraude en la industria de seguros de salud, toda vez que mi profesión está relacionada con este campo. He podido identificar una gran deficiencia por parte de los proveedores de salud en general sobre la falta de conocimiento y procesos relacionados con este tema y cómo puede un error por parte de un proveedor ser interpretado como fraude y que le presenten un caso erróneamente sin que conozca los derechos y elementos de este tipo de delito.

Mi interés particular es especializarme en este campo y poder impartir información o escritos donde los proveedores de salud puedan beneficiarse de información y recursos para su conocimiento en la práctica y profesión médica.

Descripción del caso

Numero de Caso: 2:18-CR-00288

United States of America vs. Gary Jizmejian, ets.

Partes en el caso:

Denunciante: United States of America

Acusado: Gary Jizmejian

Otros implicados: Roshanak Khadem, Robert Mariano, Marina Sarkinsyan, Lucine

Ilingezyan

Investigadores: United States Department of Labor, Office of Inspector General; the United States Department of Labor, Employee Benefits Security Administration; Office of Personnel Management, Office of Inspector General

Abogados del Acusado Gary Jizmejian: Katherine A Bowles y Mark S Hardiman

Fiscales: Tracy L. Wilkinson -Attorney for the United States

Brandon D. Fox - Assistant United States Attorney

Alexander F. Porter – Assistant United States Attorney

Valerie L Makarewicz- Assistant United States Attorney

Juez: Honorable Stephen V. Wilson- United States Central District Court of California

Trasfondo

Según el pliego acusatorio en el caso United States of America vs. Gary Jizmejian, ets. (2018), el acusado Gary Jizmejian, de 44 años, ciudadano de los Estados Unidos de América y residente de Santa Clarita California, era para el momento de los hechos investigador principal de la Unidad de antifraude conocida como la Unidad de Investigaciones Especiales (SUI) del plan de servicios médicos Anthem. El Sr. Jizmejian era responsable de investigar el fraude de salud cometido contra la compañía de seguro Anthem. Valiéndose de su posición como investigador, Jizmejian ayudó a Khadem y a otros acusados en este caso, a cambio de pagos en efectivo, brindándole información confidencial de Anthem que los ayudó a presentar facturas fraudulentas a dicho plan y a otras compañías de seguro.

En septiembre de 2012, Jizmejian le dio a Khadem los códigos de facturación del seguro (Códigos CPT), que este sabía que podrían usarse para presentar reclamos fraudulentos a Anthem, sin que la aseguradora detectara los reclamos fraudulentos. Jizmejian le dio a Khadem

el código de facturación que correspondía a una prueba de laboratorio relacionada con la alergia, y le indicó que enviara a Anthem grandes cantidades de facturas con este código de facturación conocido como Current Procedure Terminology (CPT). Según el pliego acusatorio, Khadem y otros coautores de esta conspiración de fraude, usaron este código de facturación para presentar aproximadamente un millón de dólares (\$1,000,000.00) en reclamos fraudulentos a Anthem. Y desde enero de 2012 hasta abril de 2017, las clínicas presentaron reclamaciones a las demás compañías de seguros de salud por un total de al menos veinte millones de dólares (\$20,000,000.00). De estos totales las clínicas recibieron aproximadamente \$ 8,000,000 en esas reclamaciones fraudulentas.

El pliego acusatorio también alega que Jizmejian ayudó a evitar que Anthem detectara el fraude de los acusados en las clínicas, ayudar a Khadem a evitar responder a preguntas de los investigadores de fraude de las Anthem y las demás aseguradoras; a desviar la atención de otros investigadores de la Unidad SUI de Anthem fuera de las clínicas y cerrar investigaciones de Anthem sobre fraude en las clínicas contra los acusados.

En septiembre de 2015, el Sr. Jizmejian obtuvo información confidencial en Anthem, sobre una investigación criminal que se estaba llevando a cabo por los federales que involucraba a las clínicas. Inmediatamente Jizmejian obtuvo la información, este se la comunicó a Khadem, una de las acusada y dueña de las clínicas. El fraude perpetrado por el acusado Jizmejian y demás involucrados se llevó a cabo contra varias compañías de seguros de salud, entre estas: International Longshore and Warehouse Union, Pacific Maritime Association Benefit Plan, y Federal Employees Health Benefits Program que provee cubierta médica a empleados federales.

Descripción de hechos

Aproximadamente para enero de 2012 hasta alrededor de abril de 2017, en el condado de Los Ángeles, dentro del Distrito Central de California, y en otros lugares, los acusados Jadem, Jizmejian, Mariano, Sarkisyan e Ilangezyan, junto con otros conocidos y desconocidos para el Gran Jurado, a sabiendas se combinaron, conspiraron y acordaron cometer fraude a servicios de salud (Healthcare fraud), en violación del Título 18, Código de los Estados Unidos, Sección 1347.

La conspiración se llevó a cabo por los acusados y asociados con las clínicas (R&R Med Spa y Nu-Me Aesthetic and Anti-Aging Center ("Un Me Spa), incluyendo (las acusadas Khadem y Sarkisyan, en donde inducían a los pacientes o beneficiarios a visitar las clínicas para recibir procedimientos. Estas acusadas les informaban a los beneficiarios que podrían recibir cosméticos gratuitos o con descuento en los procedimientos, si estos proporcionaban su información de seguro o plan médico a las clínicas. Una vez recibían la información del seguro del beneficiario, los acusados Khadem, Mariano, Sarkisyan e Ilangezyan presentaban, y hacía que se presentaran, reclamos falsos y fraudulentos para reembolso de servicios médicos a las compañías o Aseguradoras de servicios médicos por servicios médicos innecesarios, que no tenían necesidad médica, o por servicios que nunca fueron ofrecidos.

Después de que las compañías de seguros de salud emitían los pagos a las clínicas, basado en los reclamos falsos y fraudulentos presentados, los acusados Khadem, Sarkisyan e Ilangezyan calculaban un "crédito", que sería una parte del monto que las compañías de seguros de salud habían pagado, y le daban este crédito a los beneficiarios o pacientes para recibir procedimientos gratis o cosméticos con descuento de las clínicas. Estos servicios o procedimientos eran provistos en las clínicas por el acusado Dr. Mariano.

La acusada Khadem, que era la dueña de las clínicas, junto con otro acusado descrito en el caso como (CC-1), reclutaban a médicos para trabajar a tiempo parcial en las clínicas (los "médicos reclutados"). Estas a su vez abrirían cuentas bancarias para los médicos reclutados y retendrían la autoridad de ser firmantes en las cuentas de banco. La acusada Khadem y CC-1 hacían que los médicos reclutados cambiaran las direcciones en los archivos de los planes médicos o las compañías de seguros de salud, a las direcciones de las clínicas o apartados postales cerca de las clínicas, para que estas tuvieran acceso al pago de cheques de las compañías de seguros de salud. Los acusados Khadem, Mariano y Sarkisyan, junto con CC-1, se quedaban con un porcentaje de los fondos que pagaron las compañías de seguros de salud de los reclamos que se presentaron a las aseguradoras bajo los nombres de los médicos reclutados.

Por otra parte, aproximadamente par octubre de 2012 hasta aproximadamente marzo de 2016, las acusadas Ilangezyan y Khadem, presentaron aproximadamente \$ 992,091 en reclamos falsos y fraudulentos a Anthem para el CPT Code 86256, y Anthem pagó aproximadamente \$698,863 de esas reclamaciones falsos y fraudulentos.

Por otra parte, el acusado Jizmejian, actuaría para prevenir que los planes médicos o compañías de seguros, incluido Anthem, detectarían el fraude en las clínicas, llevando a cabo los siguientes actos:

- Brindó asesoramiento al acusado KHADEM y CC-1 sobre cómo manejar las investigaciones de fraude en las Clínicas de Anthem y otras compañías de seguros de salud, diciéndole al acusado cómo evadir las preguntas de los investigadores de las compañías de seguros de salud;

- asesoró al acusado KHADEM y CC-1 para cambiar las direcciones de los médicos reclutados para que los investigadores de la SIU no asociarían a los médicos reclutados con las clínicas;
- desvió la atención de otros investigadores de Anthem SIU lejos de los médicos reclutados que estaban trabajando en las clínicas;
- cerró investigaciones que el acusado Jizmejian había abierto previamente dentro de SIU de médicos reclutados de las clínicas sin hacer ningún hallazgo de fraude;
- recomendó que uno de los médicos reclutados se eliminará de la Lista de proveedores marcados (flag) de Anthem;
- intervendría con otros empleados de Anthem para ayudar a Khadem y CC-1 a corregir problemas que impedían que las clínicas recibieran pago de Anthem. Entre esto, acelerando el proceso de cambio en la dirección postal de uno de los médicos reclutados para que los cheques de reembolso de Anthem se enviarían a Khadem y CC-1 en un apartado de correo al otro lado de la calle de R&R Med Spa;
- para septiembre de 2015, JIZMEJIAN conoció por fuentes internas de Anthem que había una investigación criminal federal sobre R&R Med Spa, este le reveló esta información interna y confidencial a Khadem y CC-1 para que tomaran medidas para evitar el descubrimiento y enjuiciamiento exitoso del fraude en las clínicas.
- A cambio de las acciones de Jizmejian a favor de las clínicas, las acusadas Khadem y CC-1 le hacían pagos en efectivo a este.

Según el pliego acusatorio, desde enero de 2012 hasta abril de 2017, las clínicas presentaron reclamaciones fraudulentas a las compañías de seguros de salud por un total de al menos \$20,000,000. Y de este total, las compañías de seguros de salud pagaron aproximadamente \$8,000,000.

Acusaciones, cargos y penalidades

18 U.S.C. ~ 1349: Conspiracy to Commit Health Care Fraud

18 U.S.C. ~ 1347: Health Care Fraud

18 U.S.C. ~ 2; Aiding and Abetting and Causing an Act to Be Done

18 U.S.C. ~ 982(a)(7), 28 U.S.C. ~ 2461(c) Criminal Forfeiture

Definición de términos

Aseguradora de salud (Health insurance Carrier)- compañía, como Anthem u otra compañía de beneficios de salud que cobra su prima y lo ayuda a pagar los servicios médicos según la necesite. (Anthem, 2019)

Beneficiario- es la persona que recibe los ingresos o beneficios, también conocido como paciente. (Anthem, 2019)

Conspiración – es cuando dos o más personas se conciertan para la ejecución de un delito. En cuanto al fraude en los servicios de salud, es ilegal cuando dos o más personas se ponen de acuerdo para defraudar o para cometer alguna forma de fraude a los servicios de salud. (Conspiracy to Commit Health Care Fraud, 18 U.S.C. § 1349)

CPT- Current Procedural Terminology - es un conjunto de códigos médicos que se utiliza para informar procedimientos y servicios médicos, quirúrgicos y de diagnóstico a entidades como médicos, compañías de seguros de salud y organizaciones de acreditación. (American Medical Association, 2019)

Fraude- se define como despojar mediante engaño, ya sea a una persona natural o jurídica. Aduenarse de fondos (efectivo o valores) o activos de la Empresa o la declaración falsa de la situación financiera de la empresa (omisión de operaciones, registros falsos, amortizaciones o depreciaciones no efectuadas o hechas en tiempos asignados inadecuadamente o manipulación de los registros contables del ente económico). (Estupiñán, G. R. (2015)

Fraude a servicios de Salud (*Health Care Fraud*)- es cuando alguien a sabiendas y deliberadamente ejecuta, o intenta ejecutar, un esquema o artificio para:

- defraudar a cualquier programa de beneficios de atención médica ; o
- para obtener, por medio de pretensiones, representaciones o promesas falsas o fraudulentas, cualquier parte del dinero o propiedad que posea o esté bajo la custodia o el control de cualquier programa de beneficios de atención médica, en relación con la entrega o el pago de beneficios, artículos o servicios de atención médica, serán multados bajo este título o encarcelados por no más de 10 años, o ambos. (U.S. Code § 1347- Health Care Fraud)

Necesidad Medica (*Medical Necessity*) - Medicare la define como los servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión o para mejorar el funcionamiento de un miembro u órgano del cuerpo malformado. (Medicare, 2019)

Reclamación (*Claim*)- Una solicitud de pago que se envía a Medicare u otro seguro de salud cuando se cree que los artículos y servicios de salud están cubiertos. (Medicare, 2019)

Servicios de Salud (Healthcare Services) - Cualquier cosa que un médico u otro proveedor de atención médica haga por usted para ayudarlo con su salud. Incluye chequeos, tratamientos, atención que recibe en un hospital y más. (Anthem, 2019)

SECCION 2: REVISION DE LITERATURA

Introducción

El fraude en la Industria de Salud tiene varias vertientes, está el fraude de parte de los pacientes el fraude por parte de los proveedores y el fraude por parte de las aseguradoras u organizaciones de salud. En mi trabajo de investigación atenderé el fraude por parte de los proveedores, y en el caso seleccionado tiene una característica particular en cuanto a que entre los perpetradores u autores del fraude se encuentra un investigador de fraude de una aseguradora que tomo acción directa en el fraude. En estos procesos de la investigación se procederá a realizar una investigación de la literatura y leyes aplicables en relación con el caso que ha sido seleccionado. Entre los temas a cubrir en esta actividad están el fraude a los servicios de salud o mejor conocido como *health care fraud*, conspiración para cometer fraude a los servicios de salud y otros que se detallaran más adelante.

Fraudes involucrados

Estupiñán (2015), indica que:

“el fraude se define como «despojar mediante engaño» ya sea a una persona natural o jurídica, dentro de las menciones que se relacionan con los llamados delitos de cuello blanco son referidos a las defraudaciones que se han hecho a los entes corporativos, dividiéndose en dos categorías; Aduenarse de fondos (efectivo o valores) o activos de la Empresa o la declaración falsa de la situación financiera de la empresa (omisión de operaciones, registros falsos, amortizaciones o depreciaciones no efectuadas o hechas en tiempos asignados inadecuadamente o manipulación de los registros contables del ente económico)”

Igualmente, otra definición de fraude la encontramos en el Black's Law Dictionary (2013) como “Un acto de engaño intencional o deshonestidad perpetrado por uno o más individuos, generalmente con fines de lucro.”

Según las definiciones antes expuestas, se deben reunir o configurarse una serie de elementos para que se puede probar el fraude, entre estos la declaración debe ser falsa y material, el individuo debe saber que la declaración es falsa, la intención de engañar a la víctima, la víctima se basó en la declaración, la víctima se lesiona financieramente o de otra manera.

Existen diferentes tipos de fraude y entre estos se encuentra el fraude a los servicios de salud, de aquí en adelante HCF. Estos fraudes pueden ser perpetrados por los proveedores (médicos, laboratorios, hospitales, etc), el fraude del consumidor (paciente) y fraude de las aseguradoras (o sus empleados). (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2019).

El HCF está definido en varias leyes, como por ejemplo, la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico, Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996, define en su sección 18 USC § 24 (a), el delito federal de fraude en los servicios médicos (*Federal Health Care Offense*), como "una violación de, o una conspiración criminal para violar" disposiciones específicas del Código de los Estados Unidos, "si la violación o conspiración se relaciona a un programa de beneficios de atención médica."

Por su parte, la sección (b) del estatuto antes citado, define lo que es un *programa de beneficios de atención médica* como "cualquier plan o contrato público o privado, que afecte el comercio, según el cual, cualquier beneficio, artículo o servicio médico se proporciona a cualquier individuo, e incluye a cualquier individuo o entidad que proporcione un beneficio médico, artículo o servicio por el cual se puede realizar el pago según el plan o contrato".

Por otra parte, la sección 18 U.S.C. 1347, define el delito de HCA, estableciendo que está prohibido ejecutar o intentar, a sabiendas y deliberadamente, un esquema o artificio para defraudar a cualquier programa de beneficios de atención médica; o para obtener, por medio de pretensiones, representaciones o promesas falsas o fraudulentas, cualquier parte del dinero o propiedad que posea o esté bajo la custodia o el control de cualquier programa de beneficios de atención o servicios médicos.

De una persona ser hallado culpable por fraude en los servicios de salud, puede enfrentar una pena de hasta 10 años de prisión por cada cargo, y si la violación causa lesiones corporales, como cuando un proveedor médico realiza un procedimiento médico innecesario, podría enfrentar una pena en prisión de hasta 20 años. En el caso que la violación de ley cause la muerte de un paciente, el proveedor puede ser sentenciado a cadena perpetua. (18 U.S.C. 1347)

Sin embargo, la sección de ley federal 18 U.S.C. 3282, establece una limitación de tiempo para que una persona que comete un delito no capital, y entre estos el fraude en los servicios de salud, no puede ser procesado, juzgado o castigado, a menos que la acusación se procese dentro de los cinco (5) años posteriores a la comisión del delito.

En el contexto de los servicios de salud, se pueden identificar algunos ejemplos de conducta, que pueden conducir a cargos por violaciones a estas leyes que tipifican el fraude en el área de salud, que incluyen:

- Facturar a Medicare o Medicaid por servicios nunca realizados;
- Facturar un servicio no cubierto como un servicio que está cubierto;
- Informe intencional incorrecto de diagnósticos para aumentar el pago de los programas federales;
- Modificación o cambio de registros médicos para aumentar los reembolsos de los programas federales;
- Falsificación o venta de medicamentos recetados;
- Obtener medicamentos recetados innecesarios y venderlos;

Como podemos ver los elementos de delitos reseñados al inicio en las definiciones de fraude en general, también están presentes en el fraude de servicios de salud, y el elemento de la intención es esencial para configurar el delito. Por lo que, tomando en consideración lo antes expuesto, es meritorio hacer un paréntesis para definir varios conceptos que son relevantes en el tema del HCF, como lo es el abuso y desperdicio.

El abuso es definido como uso excesivo e impropio de un producto, servicio o beneficio o el empleo de algo en una forma contraria a las prácticas usuales. Este resulta en costos innecesarios

para el sistema del cuidado de salud. A diferencia del fraude que ocurre cuando alguien falsifica información intencionalmente o engaña a Medicare. (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2019).

Según reporte del Department of Health and Human Services and Department of Justice (2007), es imposible delinear entre fraude y abuso en el contexto de evaluar un solo caso o registro. El Gobierno debe probar que los actos se realizaron a sabiendas e intencionalmente, para establecer que se produjo un fraude en lugar de un abuso. La actualización o la codificación incorrecta de un evento debe ocurrir varias veces y en un gran número de pacientes. Algunos ejemplos de abuso a Medicare son: sobreutilización de servicios o prestación de servicios no necesarios clínicamente, exceso en la orden de pruebas diagnósticas que no tienen justificación médica o dejar de cobrar los deducibles o coaseguros de la póliza de salud como una medida de atraer clientes. (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2019).

Otro concepto dentro de esta esfera además del fraude y abuso está el desperdicio (waste). CMS define el desperdicio como el uso excesivo de servicios u otras prácticas que, directa o indirectamente, generan costos innecesarios para el sistema de atención médica, incluidos los programas de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2019). En general, no se considera que sea causada por acciones criminalmente negligentes, sino por el mal uso de los recursos. Por lo que la atención y los esfuerzos en el área de salud van dirigida a detectar, prevenir y corregir tanto el fraude, abuso y desperdicio.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) forman parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Es una agencia federal que administra Medicare, Medicaid y el Programa de seguro médico para niños. CMS proporciona información

para profesionales de la salud, gobiernos regionales y consumidores. El rol de CMS en el fraude consiste en que trabajen en conjunto con diferentes grupos y agencias de aplicación de la ley para prevenir y detectar el fraude y el abuso de Medicare y Medicaid. Algunos ejemplos de estos diferentes grupos son el FBI, el Departamento de Justicia, el Programa de Auditoría de Recuperación y los beneficiarios y cuidadores de Medicare. En general, CMS es una agencia que ayuda a proporcionar seguro de salud a muchas personas y supervisa las acciones de Medicare y Medicaid. (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2019)

En la esfera del HCF, el FBI (2005) resalto en un Reporte de Crímenes Financieros, que este tipo de fraude es uno de carácter relevante y de mayor importancia. El HCF se ha estudiado y atacado durante mucho tiempo, pero lamentablemente, aún existen muchos problemas relacionados, y se espera que continúe aumentando a medida que las personas viven más tiempo.

Por lo que a raíz del aumento en los gastos de servicios médicos y las grandes cantidades billonarias que han representado y representan estos servicios en la industria, se estableció una ley conocida como el False Claim Act (FCA) que atacó específicamente al fraude en los servicios de salud en la esfera civil, tipifica como delito que cualquier persona u organización a sabiendas haga un registro falso o presente un reclamo falso sobre cualquier programa federal de servicios de salud, que incluye cualquier plan o programa que brinde beneficios de salud, ya sea directamente, a través de un seguro o de otro tipo, que se financia. La FCA ha representado importantes victorias en contra del fraude, incluyendo recuperaciones de dinero que han excedido los millones de dólares como resultado de las demandas o “Wister blow”. (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2019) (31 U.S.C. § 3729 (a))

La presentación de reclamaciones por violaciones bajo la FCA, tienen establecido un estatuto de limitaciones, el cual establece que no se puede iniciar una acción civil a más de seis

años después de la fecha en que se comete la violación de la sección 3729, o más de tres años después de la fecha en que se conocen o deben haber sido conocidos por el funcionario de los Estados Unidos acusado; con la responsabilidad de actuar en las circunstancias hechos importantes para el derecho de acción, pero en ningún caso más de 10 años después de la fecha en cuál es la violación cometida, lo que ocurra al final. (31 U.S.C. § 3731 (b)),

Las leyes proveen en caso de HCF, penalidades tanto en la vía civil como por la vía criminal. La diferencia entre una pena civil y una criminal es que las sanciones criminales permiten multas, prisión y una orden de restitución (compensar a la víctima por el dinero perdido como resultado del fraude).

Además de la False Claim Act (FCA) y las secciones del Código 18 U.S.C 3282 y 1347, antes citadas, se han establecido otras leyes donde especifican sanciones y recursos penales, civiles y administrativos que el gobierno puede imponer a las personas o entidades que cometen fraude y abuso en los programas de Medicare y Medicaid. A continuación, se exponen las diferentes leyes federales dirigidas a atacar el fraude y abuso al Medicare y Medicaid. (Reporte de Centers for Medicare & Medicaid Services (2019).

The Anti-Kickback Statute

Statute: 42 U.S.C. § 1320a-7b(b)

Safe Harbor Regulations: 42 C.F.R. § 1001.952

The Physician Self-Referral Law

Statute: 42 U.S.C. § 1395nn

Regulations: 42 C.F.R. §§ 411.350-.389

The Exclusion Authorities

Statutes: 42 U.S.C. §§ 1320a-7, 1320c-5

Regulations: 42 C.F.R. pts. 1001 (OIG) and 1002 (State agencies)

False, fictitious or fraudulent claims

18 U.S. Code § 287.

The Civil Monetary Penalties Law

Statute: 42 U.S.C. § 1320a–7a
Regulations: 42 C.F.R. pt. 1003

Criminal Health Care Fraud Statute

Statute: 18 U.S.C. §§ 1347, 1349

Ley de Reclamaciones Fraudulentas a los Programas, Contratos y Servicios del Gobierno de Puerto Rico.

Statute: Ley Núm. 154, de 23 de Julio de 2018

La violación de estas leyes puede resultar en la falta de pago de reclamaciones, las sanciones civiles y monetarias (CMP), la exclusión de todos los programas federales de servicios de salud, además de las responsabilidades civiles y penales. Las agencias gubernamentales, incluidos el Departamento de Justicia de los Estados Unidos (DOJ), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), la Oficina del Inspector General de HHS (OIG) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), hacen cumplir estas leyes.

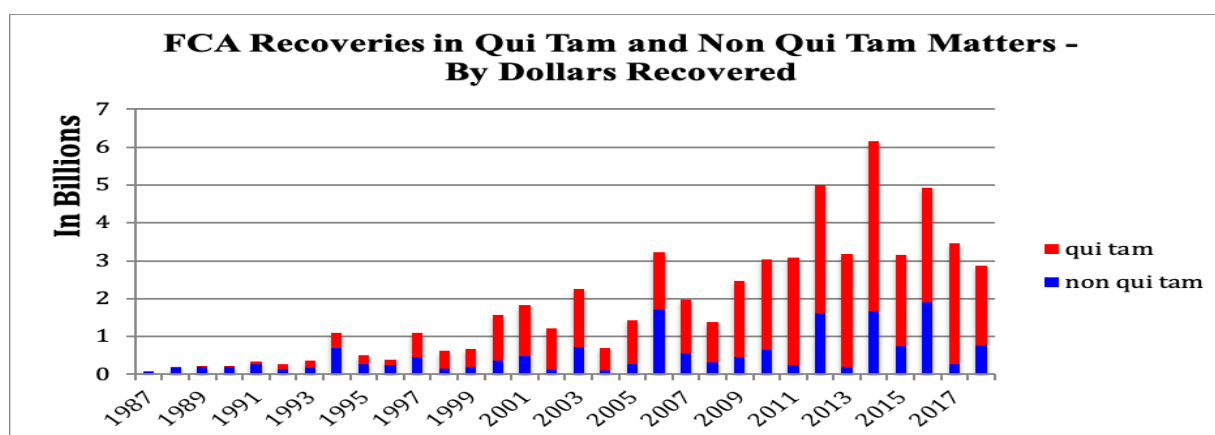
La detección de fraude en el área de salud es una de las áreas con mayor importancia en los últimos años para el Gobierno Federal e incluso el Estatal. El aumento del fraude en esta área es impresionante y los cambios en la tecnología son parte de estos retos en la detección y control de fraude. Se estima que alrededor del 10 por ciento (10%) de los gastos del sistema de servicios de salud se desperdician debido a fraude y abuso (Gee, Button, Brooks, & Vincke, 2010).

Según reportes del Departamento de Justicia de Estados Unidos (OIG) (2018), se proyectan cantidades billonarias que fueron pagadas en exceso por fraude en los servicios médicos, entre las cantidades proyectadas del 2013 al 2018 fluctuaron entre 31.6 billones a 46 billones, cantidades que no son recuperadas en su totalidad.

Medicare Loses Billions Each Year to Improper Payments to Providers

Year	Medicare Spending	Improper Payment Rate (Error Rate)	Billions Lost/Year
2013	\$583 billion	10.1%	\$36 billion
2014	\$613 billion	12.7%	\$46 billion
2015	\$646 billion	12.1%	\$43.3 billion
2016	\$679 billion	11%	\$41.1 billion
2017	\$702 billion	9.5%	\$36.2 billion
2018	\$712 billion	8.1%	\$31.6 billion

El 21 de diciembre de 2018, el Departamento de Justicia ("DOJ", por sus siglas en inglés) publicó sus estadísticas de fraude que muestran una recuperación de \$ 2.8 billones bajo la Ley de reclamaciones falsas ("FCA") para 2018 (o sea en el área civil solamente). Aunque la cantidad recuperada es una significativa, estas bajaron más de 500 millones de dólares en comparación con 2017. Y si se compara con el 2009, estas fueron incluso más bajas que en ese periodo.



Este tipo de fraude es uno complejo, técnico y de difícil detectar. A través de estos grandes retos se han identificado e implementados técnicas de análisis y aplicación de auditorías, tanto a nivel del gobierno federal como a través del sector privado.

Leyes aplicables

El caso de US vs. Gary Jizmejian, etls., se presentó acusación por varios delitos en el foro federal, Distrito Central de California. Entre las violaciones bajo las cuales acusaron a los involucrados, se encuentran:

18 U.S.C. 1349 Conspiracy to Commit Health Care Fraud

“Any person who attempts or conspires to commit any offense under this chapter shall be subject to the same penalties as those prescribed for the offense, the commission of which was the object of the attempt or conspiracy.”

Esta sección de Ley cobija los elementos del delito de las conspiraciones para cometer un delito de fraude a los servicios de salud. La misma establece que es ilegal cuando dos o más personas se pongan de acuerdo para defraudar o se pongan de acuerdo para cometer alguna forma de fraude a los servicios de salud.

El plan no tiene que ser exitoso o llevarse a cabo para que alguien sea condenado por este delito. Todo lo que el gobierno tiene que demostrar es que intento o conspiro para cometer un delito de fraude a los servicios de salud. Hay diferentes leyes sobre conspiración que pueden aplicar a los fraudes en los servicios de salud, pero esta es una de las más utilizadas por el Gobierno en los casos de fraude. Una persona condenada por una conspiración por fraude bajo esta ley puede enfrentar hasta 10 años de prisión.

18 U.S.C. 1347- Health Care Fraud

“(a)Whoever knowingly and willfully executes, or attempts to execute, a scheme or artifice—

(1) to defraud any health care benefit program; or
(2) to obtain, by means of false or fraudulent pretenses, representations, or promises, any of the money or property owned by, or under the custody or control of, any health care benefit program, in connection with the delivery of or payment for health care benefits, items, or services, shall be fined under this title or imprisoned not more than 10 years, or both. If the violation results in serious bodily injury (as defined in section 1365 of this title), such person shall be fined under this title or imprisoned not more than 20 years, or both; and if the violation results in death, such person shall be fined under this title, or imprisoned for any term of years or for life, or both.

(b)With respect to violations of this section, a person need not have actual knowledge of this section or specific intent to commit a violation of this section.

Esta sección del código es el estatuto básico de fraude en los servicios de salud en el foro federal. El United States Code, en su sección 1347, define el fraude en área de salud específicamente (Health care Fraud), como la ejecución deliberada e intencional de un plan para estafar a un programa de beneficios de atención médica u obtener, por medio de pretensiones, representaciones o promesas falsas o fraudulentas, cualquier dinero o propiedad de la que sea propietario o bajo el control de un programa de salud.

Esta ley cubre o aplica al fraude que envuelve tanto a los programas de servicios médicos patrocinados por el gobierno y/o Medicare Advantage, como a las compañías de seguros privadas.

La multa por este tipo de fraude es de hasta 10 años en prisión, aunque los tribunales pueden imponer sentencias menores dependiendo de la cantidad de dinero involucrado en el caso. Con respecto a las violaciones de esta sección, una persona no necesita tener un conocimiento real o una intención específica de cometer una violación de esta sección.

Por otro lado, si la violación resulta en lesiones corporales graves, según lo define la sección 1365, dicha persona será multada bajo este título o encarcelada por no más de 20 años, o ambos; y si la violación resulta en la muerte, dicha persona será multada bajo este título, o encarcelada por cualquier término de años o de por vida, o ambos.

18 U.S.C. 2; Aiding and Abetting and Causing an Act to Be Done

“Whoever commits an offense against the United States or aids, abets, counsels, commands, induces or procures its commission, is punishable as a principal.

Whoever willfully causes an act to be done which if directly performed by him or another would be an offense against the United States, is punishable as a principal.”

Esta sección también conocida como el estatuto del cómplice, no es un delito en sí, no provee penalidad y solo provee la diferencia en entre principal y accesorio. Provee para que una persona sea procesada por un delito como Principal, incluso si esta no realizó todos los actos del delito.

Para la acusación de un cargo bajo esta sección, debe existir un delito separado en el que ayudo a que se llevase a cabo. El gobierno debe probar que se cometió un delito por un Principal y que la persona que es objeto de acusación ayudó e instigó en la comisión de ese acto criminal.

La Sección 2 (a) está dirigida a un *individuo que ayuda y colabora* en la realización del delito; y la sección (b) está dirigido a un *individuo que hace que otro cometa un delito*, independientemente de la culpabilidad o inocencia de la persona que causó el delito.

Una persona puede ser condenada por ayudar e instigar incluso si la persona no está acusada en la denuncia, siempre y cuando el jurado reciba la instrucción adecuada y la persona tenga una notificación adecuada de la posible acusación.

Para probar un caso bajo esta sección, deben existir tres elementos:

1. El individuo asociado con el esfuerzo criminal,
2. El individuo participó conscientemente en el esfuerzo, y
3. El individuo buscado por sus acciones para que el esfuerzo tenga éxito.

Es meritorio recalcar que esta sección en si no establece penalidad, sino que establece las instancias en las cuales una persona puede ser acusada como principal, aunque no haya actuado como tal y ser juzgado como Principal o Autor Principal (Departamento de Justicia) Lo que conlleva que ocurran aumentos en sentencias de delitos principales o agravantes en los cargos.

18 U.S.C. ~ 982(a)(7), 8 U.S.C. ~ 2461(c) Criminal Forfeiture

(a)(7) The court, in imposing sentence on a person convicted of a Federal health care offense, shall order the person to forfeit property, real or personal, that constitutes or is derived, directly or indirectly, from gross proceeds traceable to the commission of the offense.

Esta sección se refiere a que cuando un tribunal impone una sentencia a una persona que cometió un delito por fraude a los servicios de salud, se puede ordenar la confiscación o sea la toma de la propiedad o bienes que se deriven directa o indirectamente de los ingresos brutos atribuibles a la comisión del delito. O sea, no es un delito en sí, sino que se refiere a la toma de propiedad por parte del Estado por las actividades delictivas llevadas a cabo.

Casos relacionados**USA v. Carlo-Montalvo 3:16-cr-00370 (2016)**

La Sra. Arlene Carlo Montalvo, era empleada de la aseguradora de salud Medical Card System (MCS) al momento de llevar a cabo los actos delictivos de fraude. Para el 2016, la Sra. Carlo fue acusada por 48 cargos de robo o malversación de fondos relacionados con el cuidado de la salud, 48 cargos de fraude electrónico, dos cargos de uso indebido de número de Seguro Social y dos cargos de acusación robo de identidad agravado.

Los cargos se dan bajo un esquema para defraudar al Medical Card System Inc (MCS) por la cantidad de \$219,508 dólares, por medio de pretextos fraudulentos y el uso de números de seguridad social asignado a otras personas. Montalvo, como empleada de MCS, creó un proveedor ficticio para presentar facturas falsas por servicios que no fueron prestados y manipulo sistemas para enviar facturas falsas por estos servicios no prestados.

Este caso tiene una cierta relación con mi caso, toda vez que es una empleada de una aseguradora de servicios de salud, la cual manipulo información o tomo ventaja de su posición para llevar a cabo el fraude, con conocimiento e intención. En mi caso uno de los perpetradores del fraude era empleado de Anthem que es una aseguradora de servicios de salud y trabajaba como investigador de fraude.

USA vs. Willie McNeal, etls. 8:19-cr-00146 (2019)

En abril de 2019, el Departamento de Justicia realizo el anuncio lo que ellos llaman, uno del esquema de fraude más grandes en la historia de los Estados Unidos. La "Operación Brace Yourself" descifró un esquema internacional que supuestamente estafó a Medicare por más de \$ 1.2 mil millones al usar médicos de telemedicina para recetar *brackets* innecesarios de espalda, hombro, muñeca y rodilla a los beneficiarios, conocidos en la industria como equipo médico duradero. El Departamento de Justicia acusó a 24 personas, incluidos tres profesionales médicos y los ejecutivos corporativos de cinco compañías de telemedicina. De acuerdo con los documentos de la corte federal, Willie McNeal de Spring Hill, Florida, era dueño de dos de las supuestas compañías de telemedicina, WebDoctors Plus e Integrated Support Plus. (Department of Justice, 2019)

Según la evidencia recolectada por la investigación, se identificó que a través de Integrated Support Plus, McNeal contrató y pagó a Joseph DeCorso que era un médico de Nueva Jersey, para que le recetara aparatos ortopédicos. DeCorso, se declaró culpable recientemente de un cargo de conspiración para cometer fraude a los servicios de salud. Además, admitió haber escrito órdenes sin necesidad médica de equipo ortopédico para compañías de telemedicina sin hablar con los beneficiarios ni realizar exámenes físicos. También admitió que su conducta

resultó en una pérdida de \$ 13 millones para Medicare. Por lo que acordado pagar más de \$ 7 millones en restitución al gobierno federal.

McNeal obtenía la información de los beneficiarios de Medicare para que DeCorso escribiera las recetas de las compañías de telemedicina, según la acusación. Luego, las autoridades en el caso alegan que McNeal envió las recetas a las mismas compañías de telemedicina a cambio de pagos descritos como sobornos. Los investigadores federales alegan que estas compañías de telemedicina vendieron las recetas a las compañías de equipos médicos duraderos, quienes, como parte del plan, facturaron fraudulentamente a Medicare por los equipos ortopédicos. Los abogados de los Estados Unidos alegan que el dinero obtenido del plan estaba oculto a través de corporaciones internacionales y se usaba para comprar bienes inmuebles de lujo, automóviles exóticos y yates. Este caso tiene una similitud con el de mi investigación en cuanto a que va dirigido a fraude a servicios médicos, hubo un fraude orquestado por más de una corporación y médicos, en el caso mío fue igual. En ambos ocurrió una conspiración para cometer fraude, están los delitos de fraude a los servicios de salud, y la confiscación de bienes.

Además, es importante mencionar que este caso refleja o muestra la nueva modalidad de fraude bajo las nuevas tecnologías que están en el mercado como es la Telemedicina. Esta modalidad de fraude es nueva, y el resultado que esto tendrá es que se pondrán cada día más estricto el Gobierno Federa con estos recursos ya que son este caso, el cual es por una cantidad impresionante da a conocer lo propenso a riesgos de fraude están esas técnicas para proveer servicios médicos.

Herramientas de investigación

En este proceso de análisis del caso se utilizará como herramienta de investigación el FTK Access Data Forensic Toolkit. Esta herramienta es creada por AccessData, y es considerada estándar de excelencia en la industria de la investigación forense y es altamente aceptadas en procesos investigativos conducidos por el FBI, Interpol y múltiples agencias de ley y orden, como en el sector privado. Esto garantiza que el proceso investigativo realizado cumple o excede los requisitos establecidos por el Gobierno Federal para el procesamiento, preparación y entrega de evidencia a ser utilizada en proceso judicial.

FTK permite a los investigadores del caso utilizar los mismos datos, identificar archivos borrados y recuperarlo, entre estos correos electrónicos, documentos, etc, (*Eoghan, C (2002)*). Este software, tiene como ventaja que reduce el costo y la complejidad de crear múltiples conjuntos de datos en una misma investigación, incluyendo investigaciones en casos de fraude en servicios de salud. Además, que utiliza el cien por ciento de sus recursos de hardware, lo que ayuda a los investigadores a encontrar evidencia relevante más rápido (*Access Data, 2019*).

SECCION 3: SIMULACION

Introducción

La simulación de los hechos es una reconstrucción de los hechos ocurridos relacionados a los actos delictivos y fraudulentos cometidos por los acusados. Este es utilizado por los investigadores como un método confiable y como una guía para proveer un mejor entendimiento de los esquemas, eventos y relación de personas y situaciones envueltos.

Teoría del esquema

En el caso de USA vs. Jizmejianiz, etls, el esquema de fraude a servicios de salud fue cometido por varias personas y hubo varias víctimas. En este caso, la Sra. Roshanka Khadem que era la dueña de dos clínicas de servicios de estética, se une con una de sus empleadas la Sra. Sarkisyan, en donde inducían a los pacientes a visitar las clínicas para recibir procedimientos. Estas les informaban a los pacientes que podrían recibir cosméticos gratuitos o con descuento en los procedimientos, si estos proporcionaban su información de seguro o plan médico a las clínicas.

Uno de los médicos que también ofrecía servicios en las clínicas fue el Dr. Mariano que es uno de los acusados en este caso. Pero Khadem, junto con otro de los acusados (CC-1), reclutaban a médicos para trabajar a tiempo parcial en las clínicas (los "médicos reclutados"), y les abrían una cuenta de banco para recibir el pago de los servicios que se facturaban a nombre de estos, estas retenían la firma y control de la cuenta y dirección.

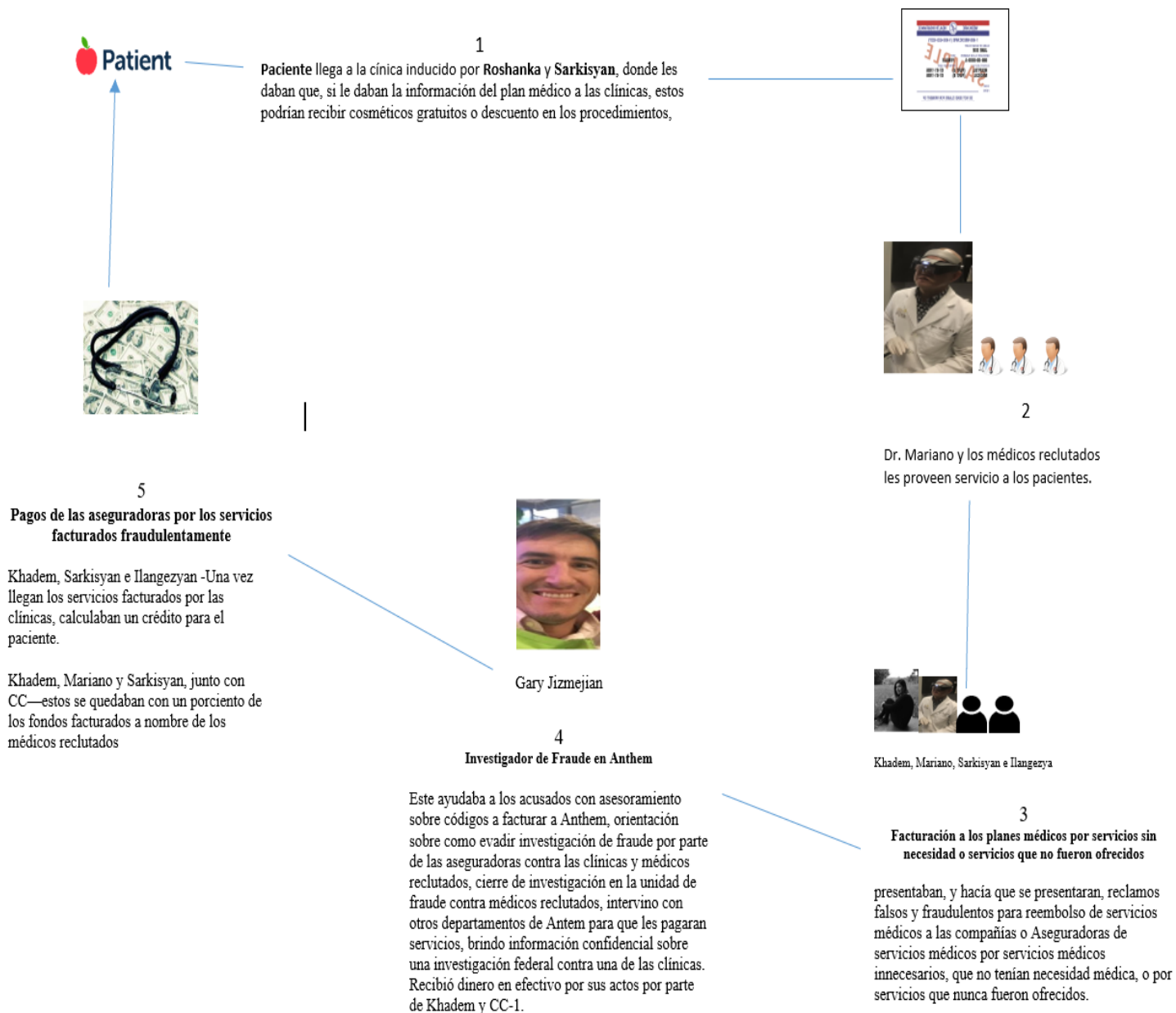
Una vez recibían la información del seguro del paciente, los acusados Khadem, Mariano, Sarkisyan e Ilangezyan presentaban, y hacía que se presentaran, reclamos falsos y fraudulentos para reembolso de servicios médicos a las compañías o Aseguradoras de servicios médicos por

servicios médicos innecesarios, que no tenían necesidad médica, o por servicios que nunca fueron ofrecidos.

Por otra parte, el acusado Jizmejian que al momento de los hechos era uno de los investigadores de fraude dentro de la Aseguradora Anthem, (a cambio de pago en efectivo por parte de Khadem y del acusado CC-1), ayudo a los acusados a prevenir que los planes médicos o compañías de seguros, incluido Anthem, detectarían el fraude en las clínicas. Además, brindó asesoramiento al acusado sobre cómo manejar las investigaciones de fraude en las Clínicas de Anthem y otras compañías de seguros de salud; asesoro para cambiar las direcciones de los médicos reclutados para que los investigadores de la SIU no asociarían a los médicos reclutados con las clínicas; desvió la atención de otros investigadores de Anthem SIU lejos de los médicos reclutados que estaban trabajando en las clínicas; cerró investigaciones que el había abierto previamente dentro de SIU de médicos reclutados de las clínicas sin hacer ningún hallazgo de fraude; recomendó que uno de los médicos reclutados se eliminará de la Lista de proveedores marcados (flag) de Anthem; intervendría con otros empleados de Anthem para ayudar a corregir problemas que impedían que las clínicas recibieran pago de Anthem. Compartió información interna de Anthem a Khadem y CC-1 sobre una investigación criminal federal sobre R&R Med Spa para que estas tomaran medidas para evitar su enjuiciamiento.

Una vez las Aseguradoras emitían los pagos a las clínicas, basado en los reclamos falsos y fraudulentos, los acusados Khadem, Sarkisyan e Ilangezyan calculaban un "crédito", que sería una parte del monto que las compañías de seguros de salud habían pagado, y le daban este crédito a los pacientes para recibir procedimientos gratis o cosméticos con descuento de las clínicas. De los pagos que emitían las Aseguradoras bajo los nombres de los médicos

reclutados, los acusados Khadem, Mariano y Sarkisyan, junto con CC-1, se quedaban con un porcentaje de estos fondos o pagos.



SECCION 4: INFORME DEL CASO

Resumen Ejecutivo

Según el pliego acusatorio en el caso United States of America vs. Gary Jizmejian, ets. (2018), el acusado Gary Jizmejian, de 44 años, ciudadano de los Estados Unidos de América y residente de Santa Clarita California, era para el momento de los hechos investigador principal de la Unidad de antifraude conocida como la Unidad de Investigaciones Especiales (SUI) del plan de servicios médicos Anthem. El Sr. Jizmejian era responsable de investigar el fraude de salud cometido contra la compañía de seguro Anthem. Valiéndose de su posición como investigador, Jizmejian ayudó a Khadem y a otros acusados en este caso, a cambio de pagos en efectivo, brindándole información confidencial de Anthem que los ayudó a presentar facturas fraudulentas a dicho plan y a otras compañías de seguro.

El fiscal Alexander F. Porter hace entrega a Valle Forensic de un dispositivo USB que forma parte de la evidencia recolectada por los agentes del Burro Federal de Investigación (en adelante FBI) en los allanamientos efectuados en la oficina de la acusada Roshanka Khadem, específicamente en su escritorio. El fiscal Alexander F. Porter entiende que este dispositivo podría contener evidencia inculpatoria vital para el esclarecimiento, procesamiento, enjuiciamiento y convicción de Gary Jizmejian y los otros implicados.

Objetivo

El Fiscal Federal contrata los servicios de Valle Forensic Lab con el objetivo de que la investigadora Ivonne Irizarry Valle, proceda a investigar, analizar, descubrir y recuperar información electrónica almacenada en un USB el cual contiene una imagen del disco duro de la

computadora de la Sra. Roshanka Kadhem en una de las clínicas, con el propósito de obtener posible material evidenciario que ayude a fiscalía federal a encausar y lograr la convicción de Gary Jizmejian y los demás acusados.

Alcance del Trabajo

El día 26 de noviembre de 2019 el fiscal federal Alexander F. Porter le hace entrega a la examinadora forense Ivonne Irizarry Valle, de un disco duro marca SanDisk Cruzer Glide, identificado como *Evidencia #: E-1-00288*, según indicado por el Fiscal federal este dispositivo y la data que contiene es auténtica. Dicho dispositivo fue removido de una computadora incautada por el Agente Especial Gary G. Olenkiewicz, en Valley Village .

Datos del Caso

El caso de US v Gary Jizmejian, etls., se encuentra en una etapa investigativa ante el Tribunal Federal de Justicia de California, Distrito Central. A continuación, la información relaciona al caso:

1. Numero de caso: 2:18-CR-2018
2. Investigador: Ivonne Irizarry Valle
3. Cliente: Gobierno Federal de los Estados Unidos
4. Representante del Cliente: Alexander F. Porter (Assistant Attorney)

Descripción de los dispositivos utilizados

La evidencia se entrega con la encomienda de que se genere una imagen integra del disco duro para obtener y analizar todos los datos (existentes y borrados) que alberguen en el mismo, de manera que se puedan identificar piezas de evidencia relacionada al caso de fraude

y conspiración a los servicios de salud bajo investigación y posteriormente ser presentada como evidencia por el Fiscal Alexander F. Porter. Conforme a los estándares de la industria forense digital, esta tarea se ejecutó utilizando la herramienta de análisis:

1. FTK Access Data Forensic Toolkit

La herramienta antes mencionada es considerada estándar de excelencia en la industria de la investigación forense y es altamente aceptada en procesos investigativos conducidos por el FBI, Interpol y múltiples agencias de ley y orden. Esto garantiza que el proceso investigativo realizado por Valle Forensic Lab cumple o excede los requisitos establecidos por el Gobierno Federal para el procesamiento, preparación y entrega de evidencia a ser utilizada en proceso judicial.

De igual manera, se utilizaron los siguientes dispositivos durante el proceso investigativo:

1. Laptop Microsoft, modelo Surface Pro, donde residen todas las herramientas y aplicaciones que serán utilizadas en este proceso.
2. Ultra Block USB Write Blocker -Dispositivo USB que permite la adquisición de información de un disco sin crear la posibilidad de que se dañe accidentalmente el contenido de la unidad original de donde se extrae la data. Esto es logrado al bloquear cualquier comando de escritura al dispositivo analizado y convirtiéndolo en un device read-only.
3. Disco duro marca SanDisk Cruzer Glide, No. De Serie 4C530001110510104002- Entregado a Ivonne Irizarry Valle investigadora de Valle Forensic Lab, por el fiscal Alexander F. Porter.

Dejando esto establecido Ivonne Irizarry Valle comienza con el proceso de adquisición y análisis de evidencia. Ivonne Irizarry Valle creará un informe de hallazgos y los notificará por medio escrito al fiscal Alexander F. Porter para ser evaluados y tomar la acción legal correspondiente con relación a los acusados envueltos en los incidentes en cuestión.

El alcance del análisis de la investigadora Ivonne Irizarry Valle no cubre una opinión sobre la cadena de custodia antes de que Ivonne Irizarry Valle recibiera el dispositivo o evidencia, y se limita a solo a la evidencia recibida del fiscal Alexander F. Porter.

Resumen de Hallazgos

A continuación, se presentan los hallazgos identificados durante el proceso de adquisición y análisis de la evidencia identificada como *Evidencia #: E-1-00288*, entregada por el Fiscal Asistente Alexander F. Porter:

1. Correo electrónico que recibe la acusada Roshanka, de una conversación interna entre Gary Jizmejian y otro empleado de Anthen Jeff Anderson del 27 de enero de 2014. Esta es una comunicación interna de la aseguradora entre empelados, solicitando un cambio expedito de la dirección postal del Dr. Nahid Nazarian, dejándole saber que no hay ninguna investigación en la unida SIU de Fraude y que se proceda con el cambio de dirección para para que se puedan hacer los pagos pendientes Dr. Nazarian. Ese mismo día Jeff le contesta a Gary que se realizó el cambio de dirección del Dr. Nazarian en sistema y que se procesó lo relacionado con los pagos pendientes.

Re: Change of Address Dr. Samuel Smith Expedited

Delivery Time: Monday, January 27, 2014 14:24:12 PM GMT 2:00pm

From: Gary Jizmejjan <Gary.Jizmejjan@anthem.com>
To: roshankakhadem.medspa <roshankakhadem.medspa@gmail.com >
Cc:
Bcc:

Hi Roxy

The change of address of your contracted doctor has already been made, call following the change without them knowing that you already know that they processed it, to see when they pay you. Remember, don't say anything about this email I'm copying you.

Gary

From: Jeff Anderson <Jeff.Anderson@anthem.com>
Sent: Monday, January 27, 2014 13:34:12 PM GMT 1:00pm
To: Gary Jizmejjan <Gary.Jizmejjan@anthem.com>
Subject: Re: Change of Address Dr. Samuel Smith Expedited

The change of the postal address of Dr. Smith in the system as requested and the one referred for the payment of pending services has already been made.

Jeff

From: Gary Jizmejjan <Gary.Jizmejjan@anthem.com>
Sent: Monday, January 27, 2014 9:07 AM GMT 9:00am
To: Jeff Anderson <Jeff.Anderson@anthem.com>
Subject: Change of Address Dr. Samuel Smith Expedited

Jeff:

I am writing to you in relation to Dr. Smith who is pending a change of mailing address in the system. Dr. Smith no longer has any investigation open at the SIU Unit, so you can proceed to make the change of expedited mailing address, so that payments can be made immediately for Dr. Smith. I await your prompt action, let me know as soon as you change the address in our system.

Thanks,
Gary

Gary Jizmejjan
SIU Fraud Investigator Anthem Blue Cross
21555 W Oxnard St, Woodland Hills, CA 91367
Email: Gary.Jizmejjan@anthem.com
Office: (818) 234-3612
Mobile: (818) 123-4567

CONFIDENTIAL AGREEMENT: This communication and any attachments hereto contain information that is property of Anthem Blue Cross classified as privilege, confidential and exempt from disclosure. This communication may also contain information protected under the Health Insurance and Portability Accountability Act (HIPAA). The information is intended solely for the user of the individual or entity to which it is addressed if you are not intended recipient or the employee or agent entrusted with the responsibility of delivering the message to the intended recipient be aware that any disclosure, copying, distribution or action taken based on the contents of this transmission is strictly prohibited. If you have received this communication by mistake, please delete it and notify the sender immediately. Any unauthorized use of the information contained herein will be sanctioned under applicable laws.

Figura 1- Correo Electrónico del 27 de enero de 2014

2. Correo electrónico de Roshanka del 2 de enero de 2013 para Marina (Marina Sarkisyan), Mariano (Roberto Mariano) y Lucine (Lucine Ilangezyan), sobre proceso de promoción con los pacientes de servicios de la estática para obtener la información del plan médico y facturar servicios; información de servicio que se brindan que no están cubiertos y que no proceden para pago; información de servicios que no se realizan y se facturan. Información de intención de contratar nuevos médicos, división de ingresos recibidos y como se va a dividir.

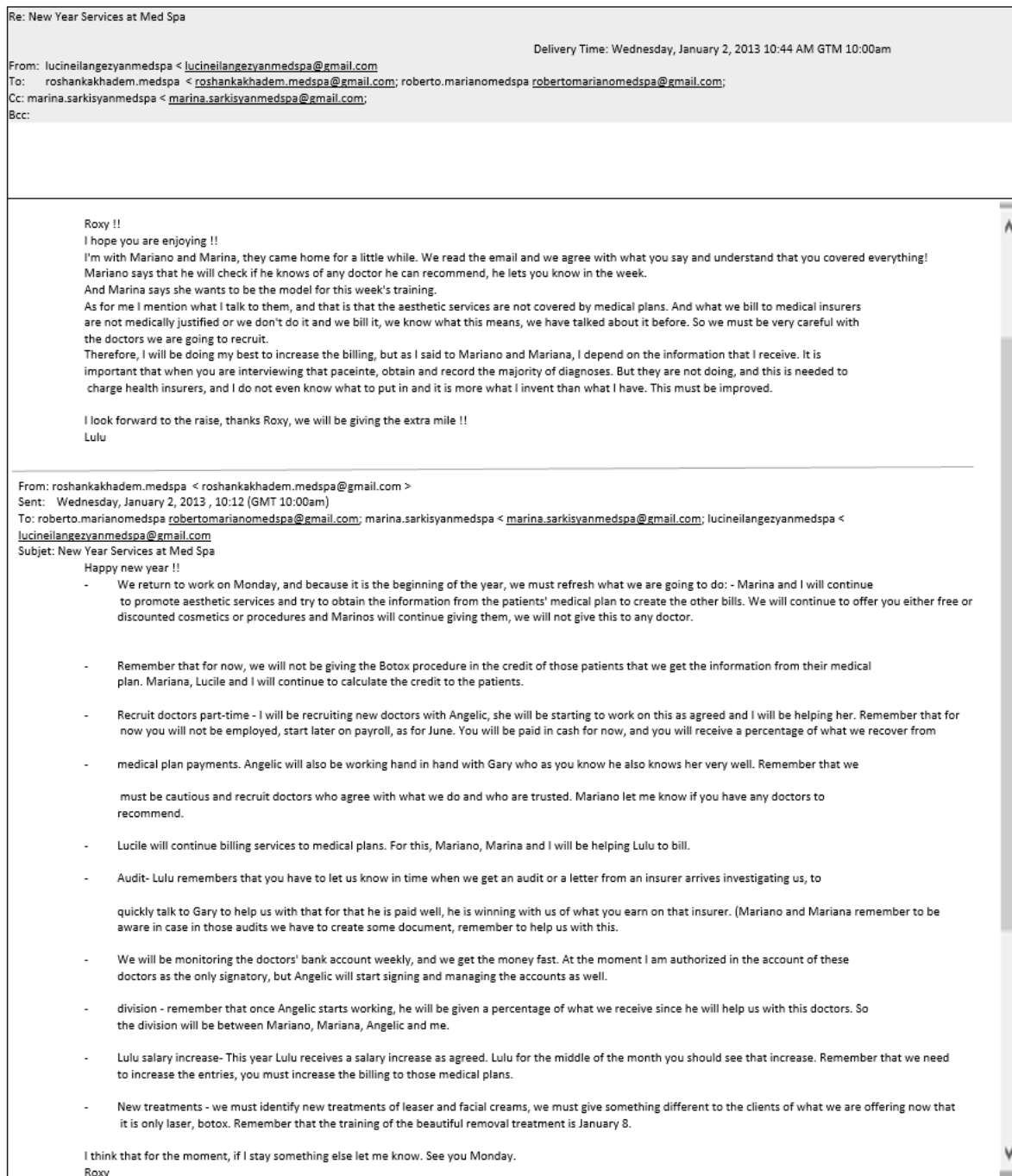


Figura 2- Email de Roshanka del 2 de enero de 2013

3. Documento en Word encontrado en la carpeta de Muestra una lista de 6 médicos contratados, información de NPI, Información de la cuenta de banco y las personas autorizadas en la cuenta <aka> Roxy y Angelic. Tiene una nota a Roxy que se recuerde que la dirección es la misma para todos: 12660 Riverside Drive #110 Valley Village, CA 91607. Médicos identificados en el documento: Syed Hossein, Virginia Aguilar, Lourdes María De León, Daisy Bautista, Nahid Nazarian, Margaret Soderberg.

R&R Med Spa
LIST OF CONTRACTED PHYSICIANS
NPI Billing and Bank Information

Doctor	NPI	Bank	Bank Account	Auth. in the Account
Syed Hossein	1083787907	First Republic Bank	987123	Roxy Angelic
Virginia Aguilar	1104994102	First Republic Bank	753198	Roxy Angelic
Lourdes Maria Deleon	1285775437	First Republic Bank	067543	Roxy Angelic
Daisy Bautista	1306856992	First Republic Bank	835346	Roxy Angelic
Nahid Nazarian	1821036526	First Republic Bank	836420	Roxy Angelic
Margaret Soderberg	1053496653	First Republic Bank	571077	Roxy Angelic

**Roxy, remember the address is the same for all accounts:
12660 Riverside Drive #110
Valley Village, CA 91607

Angelic
Rev. 8/25/15

Figura 3- Lista de los Médicos Contratados a la fecha del 8/25/2015

- Correo electrónico de la acusada Roshanka Khadem del 15 de septiembre de 2015, para los demás acusados Marina (Marina Sarkisyan), Mariano (Roberto Mariano) y Lucine (Lucine Ilangezyan), sobre aviso Urgnete sobre informacion de que los federales los tenían bajo investigación y algunas cosas que Gary le dijo que podían hacer.

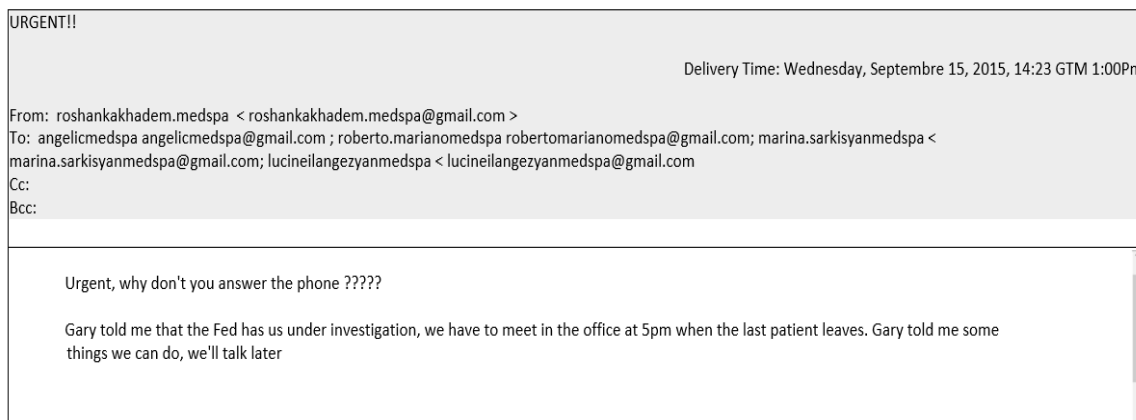


Figura 4- Copia de correo electrónico de Roshanka a demás acusados del 15 septiembre de 2015

- Archivo de Microsoft Excel identificado como GJ report payment 2012-2015.xlsx, este archivo fue hallado en el directorio de Desktop, del perfil de usuario R&R Med Spa. Este archivo el listado de pagos realizados a Gary Jizmejian desde el periodo 2012-2015. Los pagos se desglosan desde junio 2012, con \$15,000 dólares, y tiene

una nota en ese primer pago de "First payment when he contact us". Los pagos de Julio y Agosto son por \$5,000 dólares y luego a partir de septiembre comienzan en \$7,000. Luego en Septiembre 2015 hasta Diciembre se muestra en la tabla que el pago es a \$10,000 en cash.

Year	Month	Amount	Method
2012	June	\$ 15,000.00	Cash
2012	July	\$ 5,000.00	Cash
2012	August	\$ 5,000.00	Cash
2012	September	\$ 7,000.00	Cash
2012	October	\$ 7,000.00	Cash
2012	November	\$ 7,000.00	Cash
2012	December	\$ 7,000.00	Cash
2013	January	\$ 7,000.00	Cash
2013	February	\$ 7,000.00	Cash
2013	March	\$ 7,000.00	Cash
2013	April	\$ 7,000.00	Cash
2013	May	\$ 7,000.00	Cash
2013	June	\$ 7,000.00	Cash
2013	July	\$ 7,000.00	Cash
2013	August	\$ 7,000.00	Cash
2013	September	\$ 7,000.00	Cash
2013	October	\$ 7,000.00	Cash
2013	November	\$ 7,000.00	Cash
2013	December	\$ 7,000.00	Cash
2014	January	\$ 7,000.00	Cash
2014	February	\$ 7,000.00	Cash
2014	March	\$ 7,000.00	Cash
2014	April	\$ 7,000.00	Cash
2014	May	\$ 7,000.00	Cash
2014	June	\$ 7,000.00	Cash
2014	July	\$ 7,000.00	Cash
2014	August	\$ 7,000.00	Cash
2014	September	\$ 7,000.00	Cash
2014	October	\$ 7,000.00	Cash
2014	November	\$ 7,000.00	Cash
2014	December	\$ 7,000.00	Cash
2015	January	\$ 7,000.00	Cash
2015	February	\$ 7,000.00	Cash
2015	March	\$ 7,000.00	Cash
2015	April	\$ 7,000.00	Cash
2015	May	\$ 7,000.00	Cash
2015	June	\$ 7,000.00	Cash
2015	July	\$ 7,000.00	Cash
2015	August	\$ 7,000.00	Cash
2015	September	\$ 10,000.00	Cash
2015	October	\$ 10,000.00	Cash
2015	November	\$ 10,000.00	Cash
2015	December	\$ 10,000.00	Cash

Figura 5- Archivo de Microsoft Excel identificado como GJ report payment 2012-2015.xlsx

Cadena de Custodia:

Ivonne Irizarry Valle empleo herramientas y técnicas en el estándar de la industria durante el manejo, procesamiento y análisis de evidencia. La evidencia fue recibida el 26 de noviembre de 2019 por el Fiscal Federal Alexander F. Porter, estableciéndose así una cadena de custodia al recibir dicha evidencia por la investigadora Ivonne Irizarry Valle al recibo de esta. Los detalles sobre los medios incluidos se incluyen a continuación. Por lo que se procede a detallar el proceso de la evidencia y la cadena de custodia integra. Se procede a detallar el proceso de cadena de custodia desde su adquisición, análisis y control de toda evidencia. A continuación, se detalla la cadena de custodia seguida por Ivonne Irizarry Valle:

Detalle de la cadena de custodia:**Primer evento:**

- **Descripción del evento:** Evidencia recogida en el cuarto de evidencias del FBI. Evidencia entregada por el fiscal Alexander F. Porter y recogida por Ivonne Irizarry Valle, investigador de Valle Forensic Lab. La evidencia consiste en: USB KINGSTON No. De Serie FAT32.
- **Evento verificado por:** Alexander F. Porter (Assistant Attorney) y Ivonne Irizarry Valle.
- **# de evidencia:** E-1-00288
- **Fecha de comienzo:** Noviembre 26, 2019 – 7:30am
- **Fecha de terminación:** Noviembre 26, 2019 – 9:34am
- **Lugar de origen:** Cuarto de evidencias oficina FBI
- **Destino:** Laboratorio forense – Ivonne Irizarry Valle (Valle Forensic Lab)

Segundo evento:

- **Descripción del evento:** Creación de número de caso y asignación de evidencia al mismo.
- **Evento verificado por:** Ivonne Irizarry Valle
- **# de evidencia:** Evidencia # E-1-00288 Asignada al caso # 2:18-CR-00218
- **Fecha de comienzo:** Noviembre 26, 2019 – 10:11am

- **Fecha de terminación:** Noviembre 26, 2019 – 1:24pm
- **Lugar de origen:** Laboratorio forense – Ivonne Irizarry Valle (Valle Forensic Lab)
- **Destino:** Laboratorio forense – Ivonne Irizarry Valle (Valle Forensic Lab)

Tercer evento:

- **Descripción del evento:** Proceso de adquisición y análisis de evidencia. Refiérase a la sección de procedimientos en este reporte para detalles específicos del proceso.
- **Evento verificado por:** Ivonne Irizarry Valle
- **# de evidencia:** Evidencia # E-1-00288 Asignada al caso # 2:18-CR-00218
- **Fecha de comienzo:** Noviembre 28, 2019 – 7:34am
- **Fecha de terminación:** Diciembre 4, 2019 – 11:45pm
- **Lugar de origen:** Laboratorio forense – Ivonne Irizarry Valle (Valle Forensic Lab)
- **Destino:** Laboratorio forense – Ivonne Irizarry Valle (Valle Forensic Lab)

Cuarto evento:

- **Descripción del evento:** Entrega de informe de análisis forense al fiscal Alexander F. Porter para su evaluación. El informe fue entregado directamente al fiscal Alexander F. Porter por la investigadora a cargo de la evidencia, Ivonne Irizarry Valle.
- **Evento verificado por:** Alexander F. Porter y Ivonne Irizarry Valle
- **# de evidencia:** Reporte referente a la evidencia # E-1-00288 Asignada al caso # 2:18-CR-00218
- **Fecha de comienzo:** Diciembre 5, 2019 – 7:30am
- **Fecha de terminación:** Diciembre 5, 2019 – 9:38am
- **Lugar de origen:** Laboratorio forense – Valle Forensic Lab
- **Destino:** Laboratorio forense – Ivonne Irizarry Valle (Valle Forensic Lab)
- **Destino:** Oficina de Alexander F. Porter (Assistant Attorney)

Quinto evento:

- **Descripción del evento:** Devolución de evidencia a Fiscal Federal.
- **Evento verificado por:** Ivonne Irizarry Valle
- **# de evidencia:** Evidencia # E-1-00288 Asignada al caso # 2:18-CR-00218
- **Fecha de comienzo:** Diciembre 5, 2019 – 10:14am
- **Fecha de terminación:** Diciembre 5, 2019 – 11:05am
- **Lugar de origen:** Laboratorio forense – Ivonne Irizarry Valle (Valle Forensic Lab)
- **Destino:** Cuarto de evidencias oficina FBI.

Procedimientos

Luego de culminar el proceso de análisis de la evidencia identificado como contenedor de evidencia – Disco duro marca SanDisk Cruzer Glide No. De Serie 4C530001110510104002- y por medio de la herramienta FTK Forensic Toolkit logramos descubrir múltiples archivos en los siguientes formatos:

1. .xml
2. .pdf
3. .xlsx
4. .rels
5. .png
6. .emf
7. .docx
8. .dat
9. .bin

Los archivos analizados se catalogan de dos formas:

1. **Existentes:** descubiertos a simple vista al observar el contenido de la imagen en FTK.

Documento existente con dos hojas de contenido, la primera mostrando factura a Anthem de servicios del 2/18/14 de la paciente TA, del código CPT 86256 @ 200 unit, facturado electrónicamente a nombre de la Dra. Margaret Soderberg el 3/5/14 por la cantidad de \$4.878. La segunda muestra la transmisión electrónica al plan médico Anthem a nombre de la Dra. Soderber el 3/5/14 a las 10:08 am. Correlacionar con ID 18- en relaciona al código 86256 el cual se factura en este servicio. Y Correlacionar con el ID 123, Mensaje a Tania de Mariana Sarkisyan de R&R Med Spa, a Tania que indica que tiene un crédito de \$740 y hace referencia a un crédito bajo la cuenta de Tania Anderson 2/18/2014. Ese es el mismo día de la factura de los servicios de esta paciente Tania, y refiere que ese día 2/18/14 ella se realizó un tratamiento laser, y en la factura aparece que ese día están facturando un servicio de inmunológico de alergias Flourrescent Antibody.

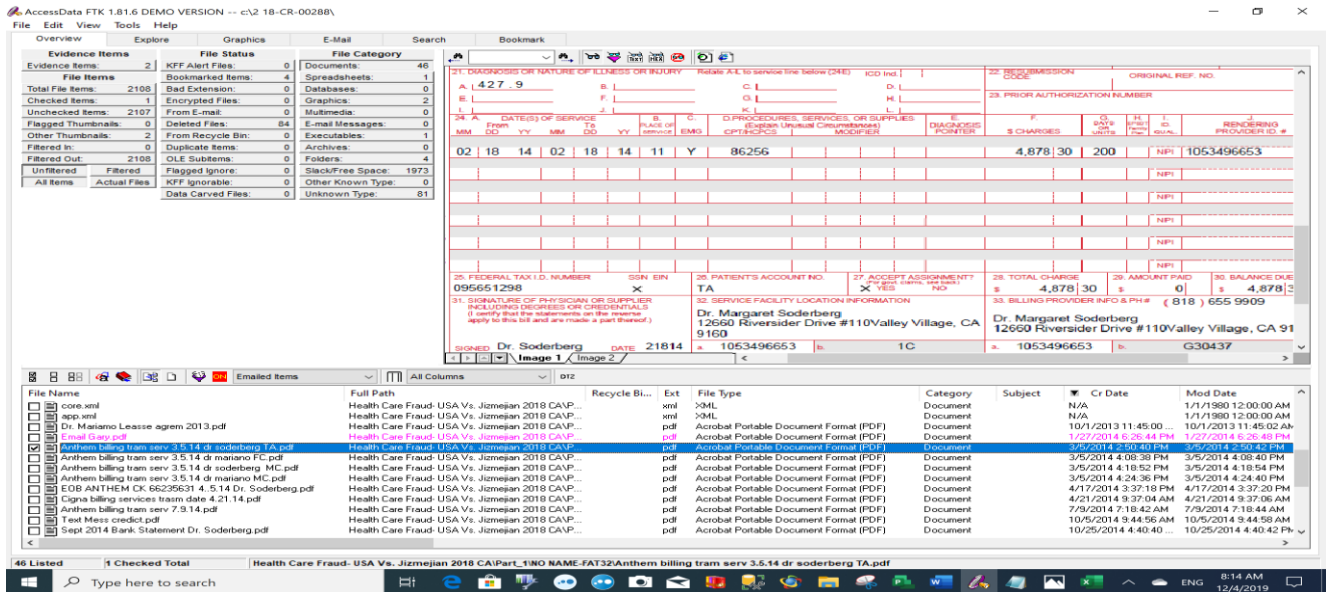


Figura 6-ID 56- Existente- Factura a Anthem de parte de Dra. Margaret Soderberg.

Mensaje a Tania de Mariana Sarkisyan de R&R Med Spa, a Tania que indica que tiene un crédito de \$740 con ellos, pase a reclamarlo en descuento de producto o tratamientos de belleza, si ella no está que pregunte por Khadem o llangezyan y que le diga que el crédito está bajo Tania Anderson cuenta 2/18/2014. Muestra una respuesta indicando que el crédito es casi del 40% del servicio que pago y recibió ese día de láser.

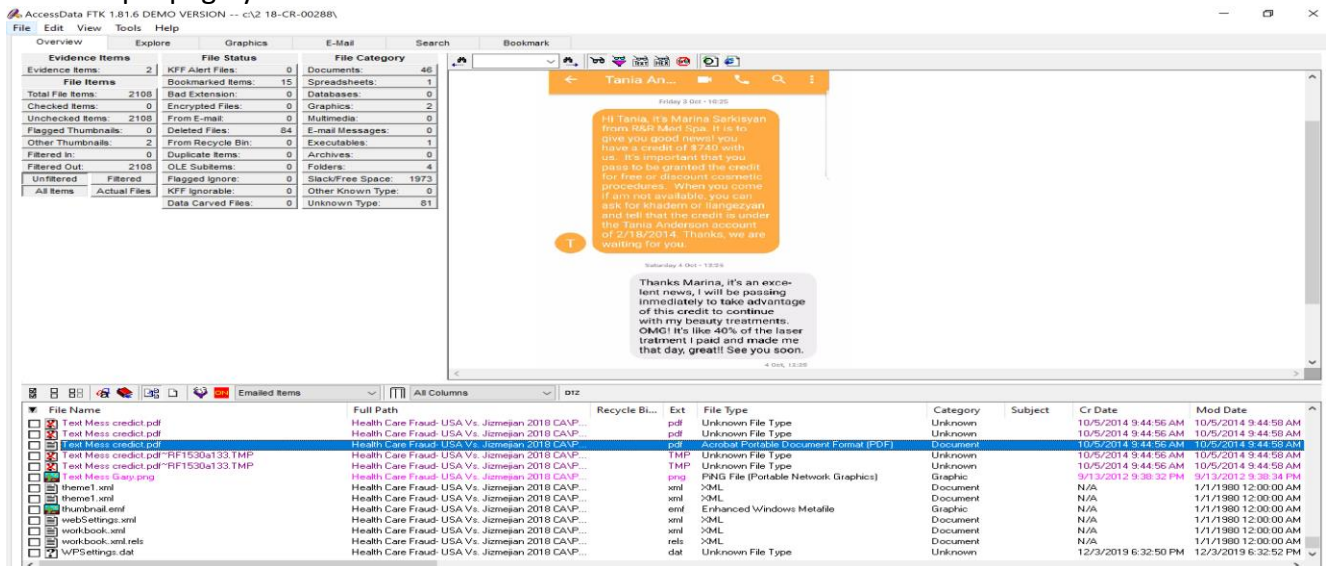


Figura 7- ID 123-Existente- Copia de un Mensaje de Texto 10/3/2014 gravado en formato pdf.

Documento de Estado de Cuenta de Banco- Dr. Margaret Soderberg Sept. 2014 del First Republic. El documento muestra recibo de transacciones de Anthem, balance del mes de Septiembre 2014 por \$29,998.00. La dirección de la Dra. Soderberg en el estado de cuenta es: 12660 Riverside Drive #110 Valley Village, CA 91607. Correlacionar con ID 56 que muestra la misma dirección de la Dra. Soderberg en la factura que se realizó a Anthem en la factura el código 86255 que recomendó Gary a Roshanka en el ID 18. Correlacionar con ID 38 que tiene el listado de médicos

AccessData FTK 1.81.6 DEMO VERSION -- c:\2 18-CR-00288\

File Edit View Tools Help

Overview | Explore | Graphics | E-Mail | Search | Bookmark

Evidence Items	File Status	File Category
Evidence Items: 2	KFF Alert Files: 0	Documents: 46
File Items	Bookmarked Items: 7	Spreadsheets: 1
Total File Items: 2108	Bad Extension: 0	Databases: 0
Checked Items: 1	Encrypted Files: 0	Graphics: 2
Unchecked Items: 2107	From E-mail: 0	Multimedia: 0
Flagged Thumbnails: 0	Deleted Files: 84	E-mail Messages: 0
Other Thumbnails: 2	From Recycle Bin: 0	Executables: 1
Filtered In: 0	Duplicate Items: 0	Archives: 0
Filtered Out: 2108	OLE Subitems: 0	Folders: 4
Unfiltered	Flagged Ignore: 0	Slack/Free Space: 1973
All Items	KFF Ignorable: 0	Other Known Type: 0
	Data Carved Files: 0	Unknown Type: 81

Gmail
 Angelic Med Spa <angelicmedspa@gmail.com>

Withdrawal of money Dr. Soderberg account

roshankahadem.medspa <roshankahadem.medspa@gmail.com> October 27, 2014, 13:49
 For: angelicmedspa <angelicmedspa@gmail.com>

I just made a check for the amount of \$ 29,870, in my favor to withdraw that amount from Dr. Soderberg's account, then we worked our division with Mariano and Marina.

[Sent via the Samsung Galaxy S85 active, an AT&T 4G-LTE smartphone](#)

-----Original message-----

From: angelicmedspa <angelicmedspa@gmail.com>
 Date: 10/25/14 8:59 AM (GMT -0600)
 To: roshankahadem.medspa <roshankahadem.medspa@gmail.com>
 Subject: Withdrawal of money Dr. Soderberg account

Roxy,

The bank status of Dr. Soderberg's account arrived and has a balance of \$ 29,990.00.
 You should make a check to get the money as soon as possible, remember to leave something in the account. Let me know when you do it to do the division with Mariano and Marina. About the percentage that corresponds to Dr. Soderberg, we verify it later and pay it for the next month.

File Name	Full Path	Recycle Bi...	Ext	File Type	Category	Subject	Cr Date	Mod Date
Sept 2014 Bank Statement Dr. Soderberg.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		pdf	Unknown File Type	Unknown		10/25/2014 4:40:40 ...	10/25/2014 4:40:42 PM
Sept 2014 Bank Statement Dr. Soderberg.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		pdf	Unknown File Type	Unknown		10/25/2014 4:40:40 ...	10/25/2014 4:40:42 PM
Sept 2014 Bank Statement Dr. Soderberg.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		10/25/2014 4:40:40 ...	10/25/2014 4:40:42 PM
Sept 2014 Bank Statement Dr. Soderberg.pdf~RF152ec91...	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		TMP	Unknown File Type	Unknown		10/25/2014 4:40:40 ...	10/25/2014 4:40:42 PM
Sept 2014 Bank Statement Dr. Soderberg.pdf~RF152ec91...	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		TMP	Unknown File Type	Unknown		10/25/2014 4:40:40 ...	10/25/2014 4:40:42 PM
Email angi deposit.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		pdf	Unknown File Type	Unknown		10/27/2014 1:53:18 ...	10/27/2014 1:53:20 PM
Email angi deposit.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		pdf	Unknown File Type	Unknown		10/27/2014 1:53:18 ...	10/27/2014 1:53:20 PM
Email angi deposit.pdf~tmp	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		tmp	Unknown File Type	Unknown		10/27/2014 1:53:18 ...	10/27/2014 1:53:20 PM
Email angi deposit.pdf~RF152d3d67.TMP	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		TMP	Unknown File Type	Unknown		10/27/2014 1:53:18 ...	10/27/2014 1:53:20 PM
Email angi deposit.pdf~RF152d3d67.TMP	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		TMP	Unknown File Type	Unknown		10/27/2014 1:53:18 ...	10/27/2014 1:53:20 PM
Email angi deposit.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		10/27/2014 1:53:18 ...	10/27/2014 1:53:20 PM
Arnhem billing tram serv 2.17.15 dr soderberg TA.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		pdf	Unknown File Type	Unknown		2/17/2015 6:47:40 PM	2/17/2015 6:47:42 PM
Arnhem billing tram serv 2.17.15 dr soderberg TA.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVP...		pdf	Unknown File Type	Unknown		2/17/2015 6:47:40 PM	2/17/2015 6:47:42 PM

2108 Listed | 1 Checked Total | Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejjan 2018 CAVPPart_1\NO NAME-FAT32>Email angi deposit.pdf

Type here to search | 9:03 AM 12/4/2019

Figura 9- ID 115-Existente- Copia de email de 10/25/2014 gravado en formato pdf

Muestra una lista de 6 médicos contratados, información de NPI, Información de la cuenta de banco y las personas autorizadas en la cuenta (Roxy, Angelic). Tiene una nota a Roxy que se recuerde que la dirección es la misma para todos: 12660 Riverside Drive #110 Valley Village, CA 91607. Médicos identificados en el documento: Syed Hossein, Virginia Aguilar, Lourdes María De León, Daisy Bautista, Nahid Nazarian, Margaret Soderberg.
 Correlacionar con ID 115, 118, 56, 57

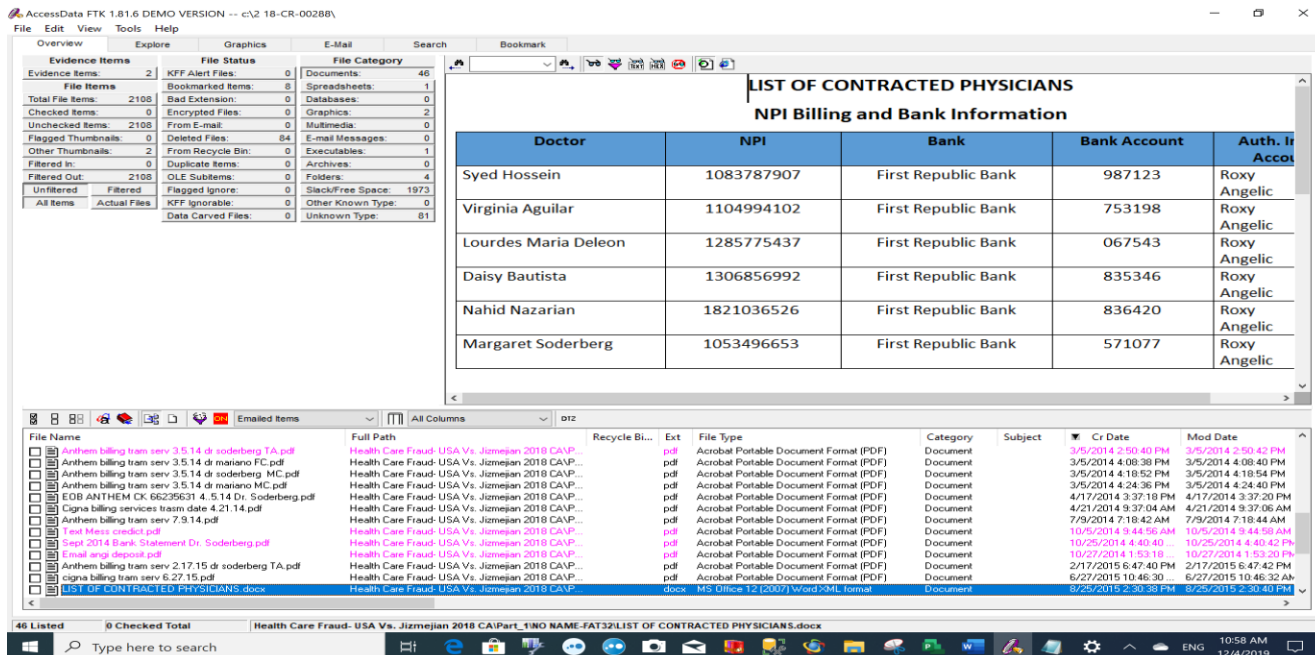


Figura 10- ID 38- Existente- 8/25/2015- Listado de Médicos contratados

Documento relacionado a un contrato de Dr. Mariano 2013. No está legible la información, pero surge que documento tiene fecha en el sistema de 20 de enero de 2014. El autor fue R&R Med Spa y tiene como título "Leasing Contract Dr. Mariano 9.30.14". Correlacionar con documento entregado en carpeta A-ID-12 sobre contrato de arrendamiento entre Roshanak Khadem de R&R Med Spa y Dr. Roberto Mariano el 9.30.14.

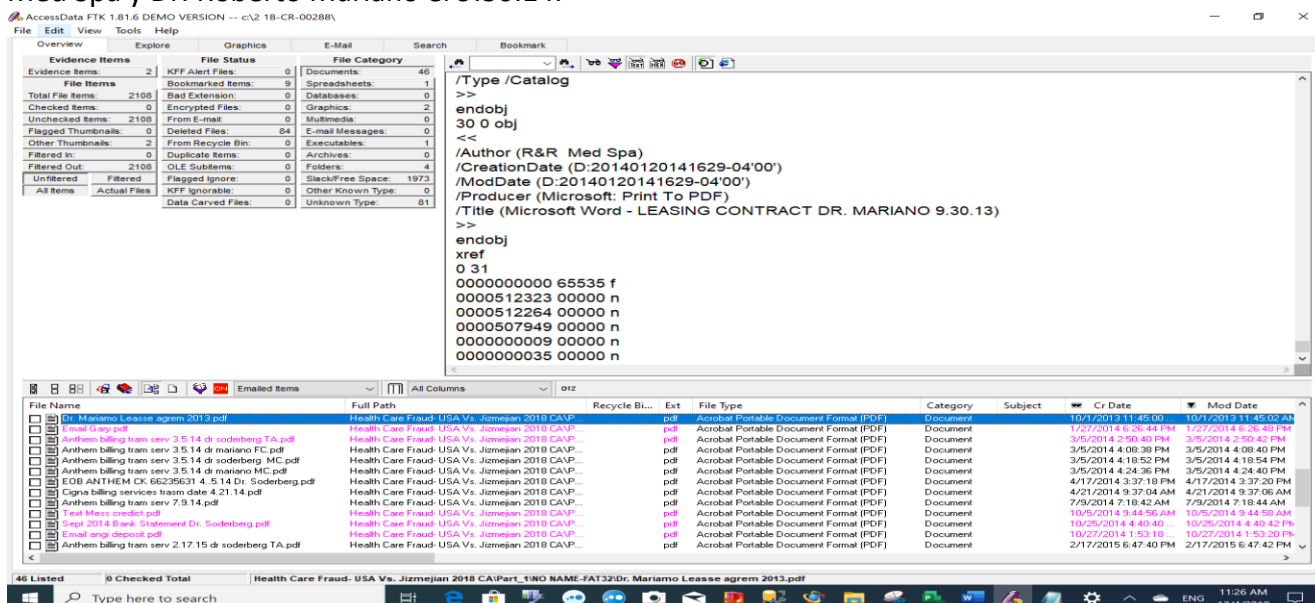


Figura 11- ID 60- Existente-Contrato Arrendamiento 9.30.13

Documento de National Provider Identifier Register(NPI) (www.hipaaspace.com) que identifica el número de NPI de Dr. Mariano 1619126752, que se utiliza para facturar a los planes médicos. Indica el documento que la dirección del doctor es la misma dirección de R&R Med Spa que surge

del contrato del 9.30.13 ID -60. Aparece que el proveedor es una clínica y que él es el Director Médico y que esta información fue actualizada el 01/12/2009.

AccessData FTK 1.81.6 DEMO VERSION -- c(2) 18-CR-00288)

File Edit View Tools Help

Evidence Items		File Status		File Category	
Evidence Items:	2	KFF Alert Files:	0	Documents:	46
File Items		Bookmarked Items:	10	Spreadsheets:	1
Total File Items:	2108	Bad Extension:	0	Databases:	0
Checked Items:	0	Encrypted Files:	0	Graphics:	2
Unchecked Items:	2108	From E-mail:	0	Multimedia:	0
Flagged Thumbnails:	0	Deleted Files:	84	E-mail Messages:	0
Other Thumbnails:	2	From Recycle Bin:	0	Executables:	1
Filtered In:	0	Duplicate Items:	0	Archives:	0
Filtered Out:	2108	OLE Subitems:	0	Folders:	4
Unfiltered	Filtered	Flagged Ignore:	0	SlackFree Space:	1973
All Items	Actual Files	KFF Ignorable:	0	Other Known Type:	0
		Data Carved Files:	0	Unknown Type:	81

National Provider Identifiers Registry www.hipaapaca.com

Provider Organization Name (Legal Business Name)	ROBERTO H MARIANO MD	Provide organization name (legal business name used to file transactions with the IRS). The Organization Name field allows the following special characters: ampersand, apostrophe, "at" sign, colon, comma, forward slash, hyphen, left and right parentheses, period, pound sign, quotation mark, and semi colon. A field cannot contain all special characters.
Provider First Line Business Mailing Address	12030 RIVERSIDE DR	The first line mailing address of the provider being identified. This data element may contain the same information as "Provider first line location address".
Provider Second Line Business Mailing Address	SUITE # A	The second line mailing address of the provider being identified. This data element may contain the same information as "Provider second line location address".
Provider Business Mailing Address City Name	STUDIO CITY	The City name in the mailing address of the provider being identified. This data element may contain the same information as "Provider location address City name".
Provider Business Mailing Address State Name	CA	The State or Province name in the mailing address of the provider being identified. This data element may contain the same information as "Provider location address State name".
Provider Business Mailing Address Postal Code	91607-3749	The postal ZIP or zone code in the mailing address of the provider being identified. NOTE: ZIP code plus 4-digit extension, if available. This data element may contain the same information as "Provider location address postal code".
Provider Business Mailing Address Country Code	US	The country code in the mailing address of the provider being identified. This data element may contain the same information as "Provider location address country code".
Provider Business Mailing Address Telephone Number	818-659-6902	The telephone number associated with mailing address of the provider being identified. This data element may contain the same information as "Provider location address telephone number".
Provider First Line Business Practice Location Address	12030 RIVERSIDE DR	The first line location address of the provider being identified. For providers with more than one physical location, this is the primary location. This address

File Name	Full Path	Recycle Bin	Ext	File Type	Category	Subject	Cr Date	Mod Date
Anthem billing tram serv 3.5.14 dr sodenberg MC.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		3/5/2014 4:18:52 PM	3/5/2014 4:18:54 PM
Anthem billing tram serv 3.5.14 dr mariano MC.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		3/5/2014 4:24:36 PM	3/5/2014 4:24:40 PM
EOB ANTHEM CK 66235631 4.5.14 Dr. Soderberg.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		4/17/2014 3:37:18 PM	4/17/2014 3:37:20 PM
Cigna billing services tram date 4.21.14.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		4/21/2014 9:37:04 AM	4/21/2014 9:37:06 AM
Anthem billing tram serv 7.9.14.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		7/9/2014 7:18:42 AM	7/9/2014 7:18:44 AM
Text Mess credit.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		10/5/2014 9:44:56 AM	10/5/2014 9:44:58 AM
Sept 2014 Bank Statement Dr. Soderberg.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		10/25/2014 4:40:40 ...	10/25/2014 4:40:42 PM
Email angi deposit.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		10/27/2014 1:53:18 ...	10/27/2014 1:53:20 PM
Anthem billing tram serv 2.17.15 dr sodenberg TA.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		2/17/2015 6:47:40 PM	2/17/2015 6:47:42 PM
cigna billing tram serv 6.27.15.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		6/27/2015 10:46:30 ...	6/27/2015 10:46:32 AM
LIST OF CONTRACTED PHYSICIANS.docx	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		docx	MS Office 12 (2007) Word XML format	Document		8/25/2015 2:30:38 PM	8/25/2015 2:30:40 PM
cigna billing tram serv 9.2.15.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/2/2015 9:02:12 AM	9/2/2015 9:02:14 AM
NPI-1619126752 ROBERTO H MARIANO MD.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 9:52:58 PM	9/26/2015 9:53:00 PM

46 Listed 0 Checked Total Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CA\Part_1\NO NAME-FAT32\NPI- 1619126752 ROBERTO H MARIANO MD.pdf

Type here to search

11:38 AM
12/4/2019

Figura 12- ID 59- Existente- NPI Dr. Roberto Mariano

Documento de National Provider Identifier Register (NPI) (www.hipaaspace.com) que identifica el número de NPI de Dr. Hossain1083787907, que se utiliza para facturar a los planes médicos. Correlacionar con ID 38, que tiene identificado al Dr. Syed Hossain en el listado de médicos contratados y tiene bajo el encasillado de NPI el # 1083787907 que aparece en este documento.

The screenshot shows a file explorer window with a document titled "1083787907 SYED M HOSSAIN National Provider Identifiers Registry". The document content includes a title and a paragraph about HIPAA provisions. The file explorer shows a list of files in a folder named "Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...".

Evidence Items	File Status	File Category
Evidence Items: 2	KFF Alert Files: 0	Documents: 46
File Items	Bookmarked Items: 11	Spreadsheets: 1
Total File Items: 2108	Bad Extension: 0	Databases: 0
Checked Items: 0	Encrypted Files: 0	Graphics: 2
Unchecked Items: 2108	From E-mail: 0	Multimedia: 0
Flagged Thumbnails: 0	Deleted Files: 84	E-mail Messages: 0
Other Thumbnails: 2	From Recycle Bin: 0	Executables: 1
Filtered In: 0	Duplicate Items: 0	Archives: 0
Filtered Out: 2108	OLE Subitems: 0	Folders: 4
Unfiltered	Flagged Ignore: 0	Slack/Free Space: 1973
All Items	KFF Ignorable: 0	Other Known Type: 0
Actual Files	Data Carved Files: 0	Unknown Type: 81

**1083787907
SYED M HOSSAIN
National Provider Identifiers Registry**

The Administrative Simplification provisions of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) mandated the adoption of standard unique identifiers for health care providers and health plans. The purpose of these provisions is to improve the efficiency and effectiveness of the electronic transmission of health information. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has developed the National Plan and Provider Enumeration System (NPPES) to assign these unique identifiers.

File Name	Full Path	Recycle Bi...	Ext	File Type	Category	Subject	Cr Date	Mod Date
EOB ANTHEM CK 66235631 4.5.14 Dr. Soderberg.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		4/17/2014 3:37:18 PM	4/17/2014 3:37:20 PM
Cigna billing services tasm date 4.21.14.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		4/21/2014 9:37:04 AM	4/21/2014 9:37:06 AM
Anthem billing tram serv 7.9.14.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		7/9/2014 7:18:42 AM	7/9/2014 7:18:44 AM
Text Mess credit.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		10/5/2014 9:44:56 AM	10/5/2014 9:44:58 AM
Sept 2014 Bank Statement Dr. Soderberg.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		10/25/2014 4:40:40...	10/25/2014 4:40:42 PM
Email angi deposit.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		10/27/2014 1:53:18...	10/27/2014 1:53:20 PM
Anthem billing tram serv 2.17.15 dr. soderberg TA.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		2/17/2015 6:47:40 PM	2/17/2015 6:47:42 PM
cigna billing tram serv 6.27.15.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		6/27/2015 10:46:30...	6/27/2015 10:46:32 AM
LIST OF CONTRACTED PHYSICIANS.docx	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		docx	MS Office 12 (2007) Word XML format	Document		8/25/2015 2:30:38 PM	8/25/2015 2:30:40 PM
cigna billing tram serv 9.2.15.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/2/2015 9:02:12 AM	9/2/2015 9:02:14 AM
NPI: 1613126752 ROBERTO H MARIANO MD.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:06 PM	9/26/2015 8:53:08 PM
1710274081 SYED HOSSAIN, M.D., INC.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:06 PM	9/26/2015 8:53:10 PM
1083787907 SYED M HOSSAIN.pdf	Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:18 PM	9/26/2015 8:53:20 PM

Figura 13 - ID 70- Existente- NPI Dr. Syed M Hossain

Documento de National Provider Identifier Register (NPI) (www.hipaaspace.com) que identifica el número de NPI de Dr. Bautista 1306856992, que se utiliza para facturar a los planes médicos. Correlacionar con ID 38, que tiene identificado al Dr. Bautista en el listado de médicos contratados y tiene bajo el encasillado de NPI el # 1306856992 que aparece en este documento.

AccessData FTK 1.81.6 DEMO VERSION -- c:\2 18-CR-00288\

File Edit View Tools Help

Overview Explore Graphics E-Mail Search Bookmark

Evidence Items	File Status	File Category
2	KFF Alert Files: 0	Documents: 46
	Bookmarked Items: 12	Spreadsheets: 1
Total File Items: 2108	Bad Extension: 0	Databases: 0
Checked Items: 0	Encrypted Files: 0	Graphics: 2
Unchecked Items: 2108	From E-mail: 0	Multimedia: 0
Flagged Thumbnails: 0	Deleted Files: 84	E-mail Messages: 0
Other Thumbnails: 2	From Recycle Bin: 0	Executables: 1
Filtered In: 0	Duplicate Items: 0	Archives: 0
Filtered Out: 2108	OLE Subitems: 0	Folders: 4
Unfiltered: 0	Flagged Ignore: 0	Slack/Free Space: 1973
All Items	KFF Ignorable: 0	Other Known Type: 0
	Date Carved Files: 0	Unknown Type: 81

1306856992

DR. DAISY IBANEZ BAUTISTA

National Provider Identifiers Registry

The Administrative Simplification provisions of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) mandated the adoption of standard unique identifiers for health care providers and health plans. The purpose of these provisions is to improve the efficiency and effectiveness of the electronic transmission of health information. The Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) has developed the National Plan and Provider Enumeration System (NPPES) to assign these unique identifiers.

File Name	Full Path	Recycle Bin	Ext	File Type	Category	Subject	Cr Date	Mod Date
Sept 2014 Bank Statement Dr. Soderberg.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		10/25/2014 4:40:40 PM	10/25/2014 4:40:42 PM
Email eng deposit.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		10/27/2014 1:53:19 PM	10/27/2014 1:53:20 PM
Arthem billing tram serv 2.17.15 dr sodenberg TA.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		2/17/2015 6:47:40 PM	2/17/2015 6:47:42 PM
cigna billing tram serv 6.27.15.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		6/27/2015 10:46:30 PM	6/27/2015 10:46:32 AM
LIST OF CONTRACTED PHYSICIANS.docx	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.docx	MS Office 12 (2007) Word XML format	Document		9/25/2015 2:30:38 PM	9/25/2015 2:30:40 PM
cigna billing tram serv 9.2.15.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/2/2015 9:02:12 AM	9/2/2015 9:02:14 AM
NPI: 1819126752 ROBERTO M MARIANO MD.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:52:59 PM	9/26/2015 8:53:00 PM
1710274801 SYED HOSSAIN, M.D., INC.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:06 PM	9/26/2015 8:53:10 PM
1083787807 DYED H HOSSAIN.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:18 PM	9/26/2015 8:53:20 PM
1509831537 DAISY I BAUTISTA, MD, A MEDICAL CORP...	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:26 PM	9/26/2015 8:53:28 PM
1104894102 VIRGINIA A AGUILAR.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:34 PM	9/26/2015 8:53:36 PM
1306856992 DR. DAISY IBANEZ BAUTISTA.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:44 PM	9/26/2015 8:53:46 PM
1821036526 NAHID NAZARIAN.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIP...		.pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:52 PM	9/26/2015 8:53:54 PM

46 Listed 0 Checked Total Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAIPPart_11NO NAME FAT32\1306856992 DR. DAISY IBANEZ BAUTISTA.pdf

Type here to search

ENG 12:10 PM 12/4/2019

Figura 14- ID 85- Existente- NPI Dr. Daisy Bautista

Documento de National Provider Identifier Register (www.hipaaspace.com) que identifica el número de NPI de Dr. Nazarian 1821036526, que se utiliza para facturar a los planes médicos. Correlacionar con ID 38, que tiene identificado al Dr. Nazarian en el listado de médicos contratados y tiene bajo el encasillado de NPI el # 1821036526 que aparece en este documento. Correlacionar con ID-55 email de Gary Jizmejian sobre cambio de dirección médico.

Overview Explore Graphics E-Mail Search Bookmark

Evidence Items		File Status		File Category	
Evidence Items:	2	KFF Alert Files:	0	Documents:	46
File Items		Bookmarked Items:	13	Spreadsheets:	1
Total File Items:	2108	Bad Extension:	0	Databases:	0
Checked Items:	0	Encrypted Files:	0	Graphics:	2
Unchecked Items:	2108	From E-mail:	0	Multimedia:	0
Flagged Thumbnails:	0	Deleted Files:	84	E-mail Messages:	0
Other Thumbnails:	2	From Recycle Bin:	0	Executables:	1
Filtered In:	0	Duplicate Items:	0	Archives:	0
Filtered Out:	2108	OLE Subitems:	0	Folders:	4
Unfiltered	Filtered	Flagged Ignore:	0	Slack/Free Space:	1973
All Items	Actual Files	KFF Ignorable:	0	Other Known Type:	0
		Data Carved Files:	0	Unknown Type:	81

1821036526
NAHID NAZARIAN
National Provider Identifiers Registry

The Administrative Simplification provisions of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) mandated the adoption of standard unique identifiers for health care providers and health plans. The purpose of these provisions is to improve the efficiency and effectiveness of the electronic transmission of health information. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has developed the National Plan and Provider Enumeration System (NPPES) to assign these unique identifiers.

File Name	Full Path	Recycle Bin	Ext	File Type	Category	Subject	Cr Date	Mod Date
Sept 2014 Bank Statement Dr. Soderberg.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		10/25/2014 4:40:40 PM	10/25/2014 4:40:42 PM
Email angi deposit.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		10/27/2014 1:53:18 PM	10/27/2014 1:53:20 PM
Arnhem billing tram serv 2.17.15 dr soderberg TA.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		2/17/2015 6:47:40 PM	2/17/2015 6:47:42 PM
cigna billing tram serv 6.27.15.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		6/27/2015 10:46:30 PM	6/27/2015 10:46:32 AM
LIST OF CONTRACTED PHYSICIANS.docx	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		docx	MS Office 12 (2007) Word/XML format	Document		8/25/2015 2:30:38 PM	8/25/2015 2:30:40 PM
cigna billing tram serv 9.2.15.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/2/2015 9:02:12 AM	9/2/2015 9:02:14 AM
NPI- 1619126752 ROBERTO H MARIANO MD.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:52:58 PM	9/26/2015 8:53:00 PM
1710274881 SYED HOSSAIN, M.D., INC.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:06 PM	9/26/2015 8:53:10 PM
1083787907 SYED M HOSSAIN.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:18 PM	9/26/2015 8:53:20 PM
1689691537 DAISY I. BAUTISTA, MD, A MEDICAL CORP...	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:26 PM	9/26/2015 8:53:28 PM
1104994102 VIRGINIA A AGUILAR.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:34 PM	9/26/2015 8:53:36 PM
1306856392 DR. DAISY IBANEZ BAUTISTA.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:44 PM	9/26/2015 8:53:46 PM
1821036526 NAHID NAZARIAN.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejian 2018 CAVP...		pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/26/2015 8:53:52 PM	9/26/2015 8:53:54 PM

46 Listed 0 Checked Total Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CA\Part_1\NO NAME-FAT32\1821036526 NAHID NAZARIAN.pdf

Type here to search

12:25 PM 12/4/2019

Figura 15- ID 90- Existente- NPI Dr. Nahid Nazarin

Documento de National Provider Identifier Register (www.hipaaspace.com) que identifica el número de NPI de Dr. Virginia Aguilar 1104994102, que se utiliza para facturar a los planes médicos. Correlacionar con ID 38, que tiene identificado al Dr. Virginia Aguilar en el listado de médicos contratados y tiene bajo el encasillado de NPI el # 1104994102 que aparece en este documento.

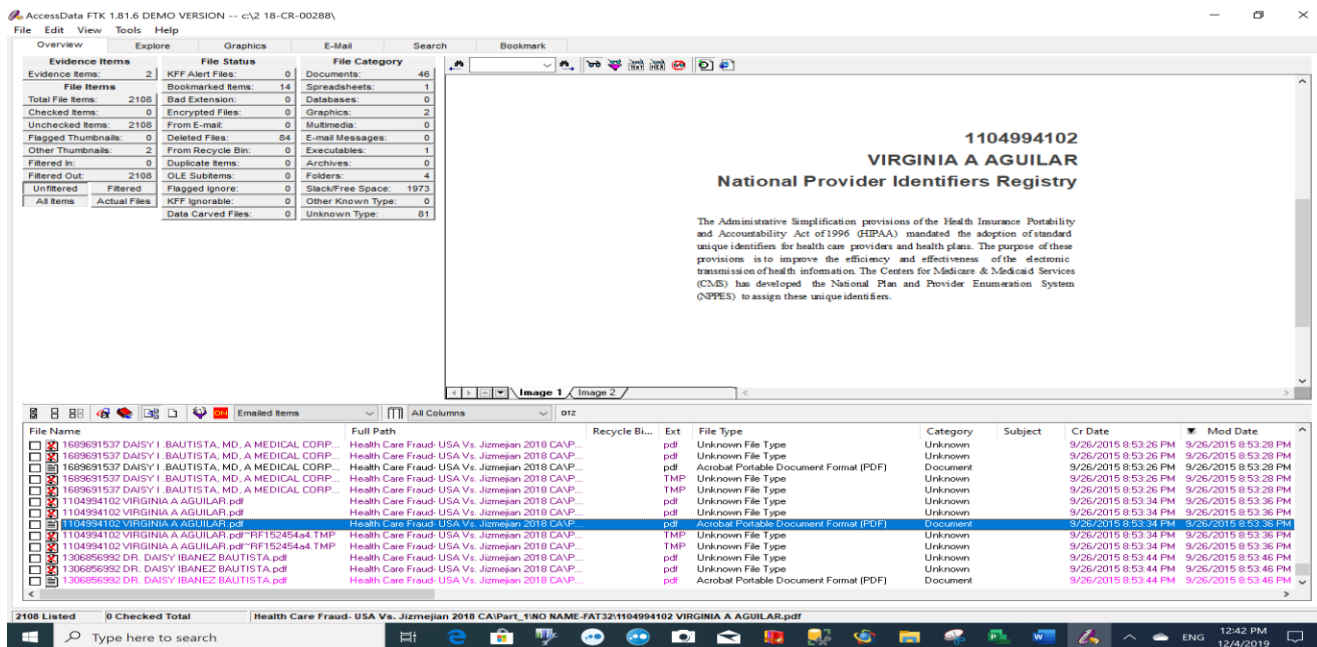


Figura 16- ID 80- Existente- NPI Dra. Virginia Aguilar

Explicación de pago de servicios facturados a la Aseguradora Anthem del siguiente servicio médico: Fecha Servicio: 2/18/2014 Servicio: CPT 86256; Proveedor: Dra. Margaret Soderber (NPI 1053496653); Paciente: Tania Anderson (TA); Total Facturado: \$4,878.30; Total pagado Cheque: \$4,878.30; Fecha de pago: 5 abril de 2014 Dirección enviado cheque: 12660 Riverside Drive #110 Valley Village, CA 91607. Correlacionar con: ID 18,38,56,118,123

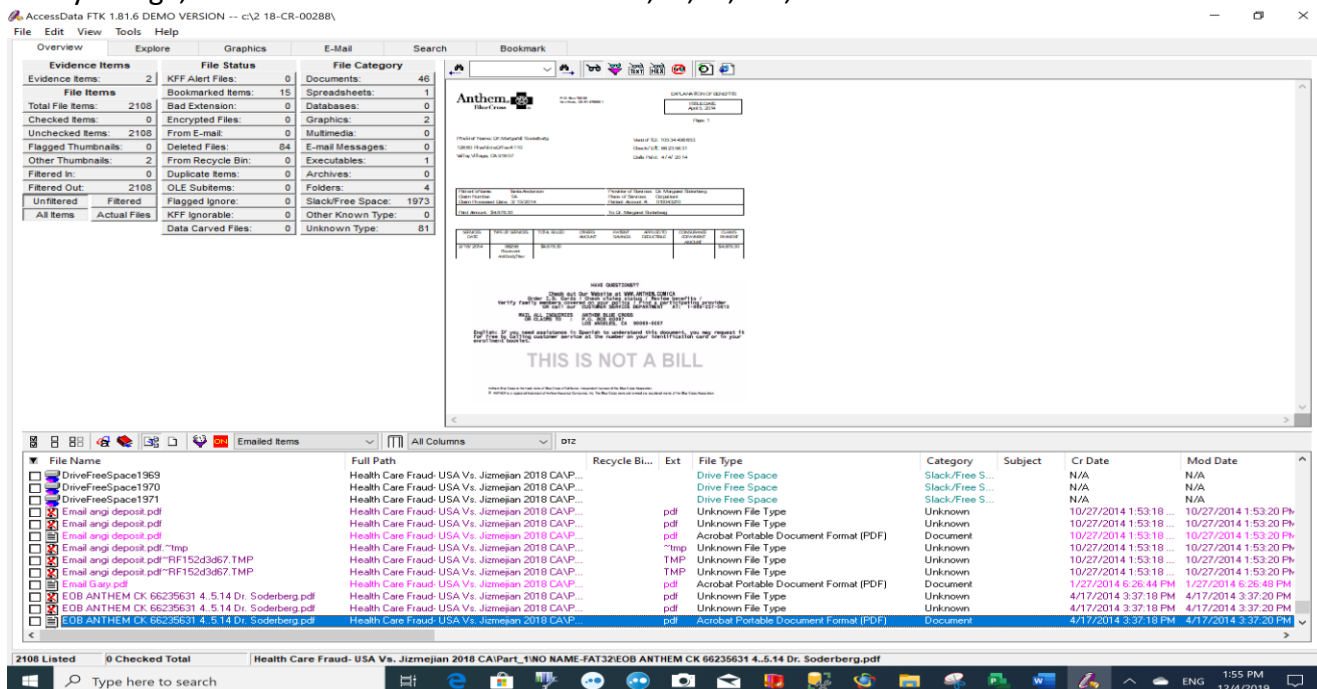


Figura 17- ID 142: Existente- EOB Anthem Cheque 66235631 (4/5/14)

Factura de paciente F.C., a Anthem del Dr. Mariano, de servicio 9/11/2014, dos hojas de contenido, la primera mostrando factura a Anthem de servicios del 9/11/14 del paciente FC, del

código CPT 95912, por la cantidad de \$1,088.32. La segunda muestra la transmisión electrónica al plan médico el 3/5/14. Correlacionar con ID: 59 y 60 sobre NPI del Dr. Mariano, dirección postal relacionada con R&R Med Spa.

AccessData FTK 1.81.6 DEMO VERSION -- c:\2 18-CR-00288\

File Edit View Tools Help

Overview Explore Graphics E-Mail Search Bookmark

Evidence Items 2 KFF Alert Files: 0 Documents: 46
File Status 0 Bookmarked Items: 15 Spreadsheets: 1
File Category 0 Databases: 0
 Total File Items: 2108 Bad Extension: 0 Graphics: 2
 Checked Items: 0 Encrypted Files: 0
 Unchecked Items: 2108 From E-mail: 0 Multimedia: 0
 Flagged Thumbnails: 0 Deleted Files: 84 E-mail Messages: 0
 Other Thumbnails: 2 From Recycle Bin: 0 Executables: 1
 Filtered In: 0 Duplicate Items: 0 Archives: 0
 Filtered Out: 2108 OLE Subitems: 0 Folders: 4
 Unfiltered: 0 Flagged Ignore: 0 Slack/Free Space: 1973
 All Items Actual Files: 0 KFF Ignorable: 0 Other Known Type: 0
 Data Carved Files: 0 Unknown Type: 81

Signature on File: 2/17/2014
 FROM: Dr. Roberto Mariano
 TO: Dr. Roberto Mariano
 SUBJECT: ANTHEM BILLING TRANSMISSION

File Name	Full Path	Ext	File Type	Category	Subject	Cr Date	Mod Date
Anthem billing tran serv 2.17.15 dr soderberg TA.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		2/17/2015 6:47:40 PM	2/17/2015 6:47:42 PM
Anthem billing tran serv 3.5.14 dr mariano MC.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		3/5/2014 4:08:38 PM	3/5/2014 4:08:40 PM
Anthem billing tran serv 3.5.14 dr mariano MC.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		3/5/2014 4:24:36 PM	3/5/2014 4:24:40 PM
Anthem billing tran serv 3.5.14 dr soderberg MC.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		3/5/2014 4:18:52 PM	3/5/2014 4:18:54 PM
Anthem billing tran serv 3.5.14 dr soderberg TA.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		3/5/2014 2:50:40 PM	3/5/2014 2:50:42 PM
Anthem billing tran serv 7.9.14.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		7/9/2014 7:18:42 AM	7/9/2014 7:18:44 AM
app.xml	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	xml	>XML	Document		N/A	1/1/1980 12:00:00 AM
Cigna billing services trsm date 4.21.14.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		4/21/2014 9:37:04 AM	4/21/2014 9:37:06 AM
cigna billing tran serv 6.27.15.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		6/27/2015 10:46:30 ...	6/27/2015 10:46:32 AM
cigna billing tran serv 9.2.15.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/2/2015 9:02:12 AM	9/2/2015 9:02:14 AM
core.xml	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	xml	>XML	Document		N/A	1/1/1980 12:00:00 AM
core.xml	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	xml	>XML	Document		N/A	1/1/1980 12:00:00 AM

46 Listed 0 Checked Total Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejan 2018 CA/Part_1INO NAME-FAT32Anthem billing tran serv 3.5.14 dr mariano FC.pdf

Figura 18- ID 37-Existente- Factura de paciente F.C. a Anthem del Dr. Mariano, de servicio 9/11/2014

Factura a Anthem de paciente MC del Dr. Soderberg, de servicio 2/17/2014, con dos hojas de contenido, la primera mostrando factura a Anthem de servicios del 2/17/2014 del paciente M.C., del código CPT 86256, por la cantidad de \$4,620.75. La segunda muestra la transmisión electrónica al plan médico el 3/5/14. Correlacionar con ID: 18, 38

AccessData FTK 1.81.6 DEMO VERSION -- c:\2 18-CR-00288\

File Edit View Tools Help

Overview Explore Graphics E-Mail Search Bookmark

Evidence Items 2 KFF Alert Files: 0 Documents: 46
File Status 0 Bookmarked Items: 17 Spreadsheets: 1
File Category 0 Databases: 0
 Total File Items: 2108 Bad Extension: 0 Graphics: 2
 Checked Items: 0 Encrypted Files: 0
 Unchecked Items: 2108 From E-mail: 0 Multimedia: 0
 Flagged Thumbnails: 0 Deleted Files: 84 E-mail Messages: 0
 Other Thumbnails: 2 From Recycle Bin: 0 Executables: 1
 Filtered In: 0 Duplicate Items: 0 Archives: 0
 Filtered Out: 2108 OLE Subitems: 0 Folders: 4
 Unfiltered: 0 Flagged Ignore: 0 Slack/Free Space: 1973
 All Items Actual Files: 0 KFF Ignorable: 0 Other Known Type: 0
 Data Carved Files: 0 Unknown Type: 81

Signature on File: 2/17/2014
 FROM: Dr. Roberto Soderberg
 TO: Dr. Roberto Soderberg
 SUBJECT: ANTHEM BILLING TRANSMISSION

File Name	Full Path	Ext	File Type	Category	Subject	Cr Date	Mod Date
Anthem billing tran serv 2.17.15 dr soderberg TA.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		2/17/2015 6:47:40 PM	2/17/2015 6:47:42 PM
Anthem billing tran serv 3.5.14 dr mariano MC.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		3/5/2014 4:08:38 PM	3/5/2014 4:08:40 PM
Anthem billing tran serv 3.5.14 dr mariano MC.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		3/5/2014 4:24:36 PM	3/5/2014 4:24:40 PM
Anthem billing tran serv 3.5.14 dr soderberg MC.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		3/5/2014 4:18:52 PM	3/5/2014 4:18:54 PM
Anthem billing tran serv 7.9.14.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		7/9/2014 7:18:42 AM	7/9/2014 7:18:44 AM
app.xml	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	xml	>XML	Document		N/A	1/1/1980 12:00:00 AM
Cigna billing services trsm date 4.21.14.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		4/21/2014 9:37:04 AM	4/21/2014 9:37:06 AM
cigna billing tran serv 6.27.15.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		6/27/2015 10:46:30 ...	6/27/2015 10:46:32 AM
cigna billing tran serv 9.2.15.pdf	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	pdf	Acrobat Portable Document Format (PDF)	Document		9/2/2015 9:02:12 AM	9/2/2015 9:02:14 AM
core.xml	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	xml	>XML	Document		N/A	1/1/1980 12:00:00 AM
core.xml	Health Care Fraud-USA Vs. Jizmejan 2018 CA/P...	xml	>XML	Document		N/A	1/1/1980 12:00:00 AM

46 Listed 0 Checked Total Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejan 2018 CA/Part_1INO NAME-FAT32Anthem billing tran serv 3.5.14 dr soderberg MC.pdf

Figura 19- ID 17- Existente- Factura a Anthem de paciente MC del Dr. Soderberg, de servicio 2/17/2014

Factura a Anthem del paciente MC del Dr. Mariano, de servicio 7/18/2014, con dos hojas de contenido, la primera mostrando factura a Anthem de servicios del 7/8/14 del paciente M.C., del código CPT 95911 (Nerve Conduction Test), por la cantidad de \$855.00. La segunda muestra la transmisión electrónica al plan médico el 7/9/14. Correlacionar con ID: 59 y 60 sobre NPI del Dr. Mariano, dirección postal relacionada con R&R Med Spa.

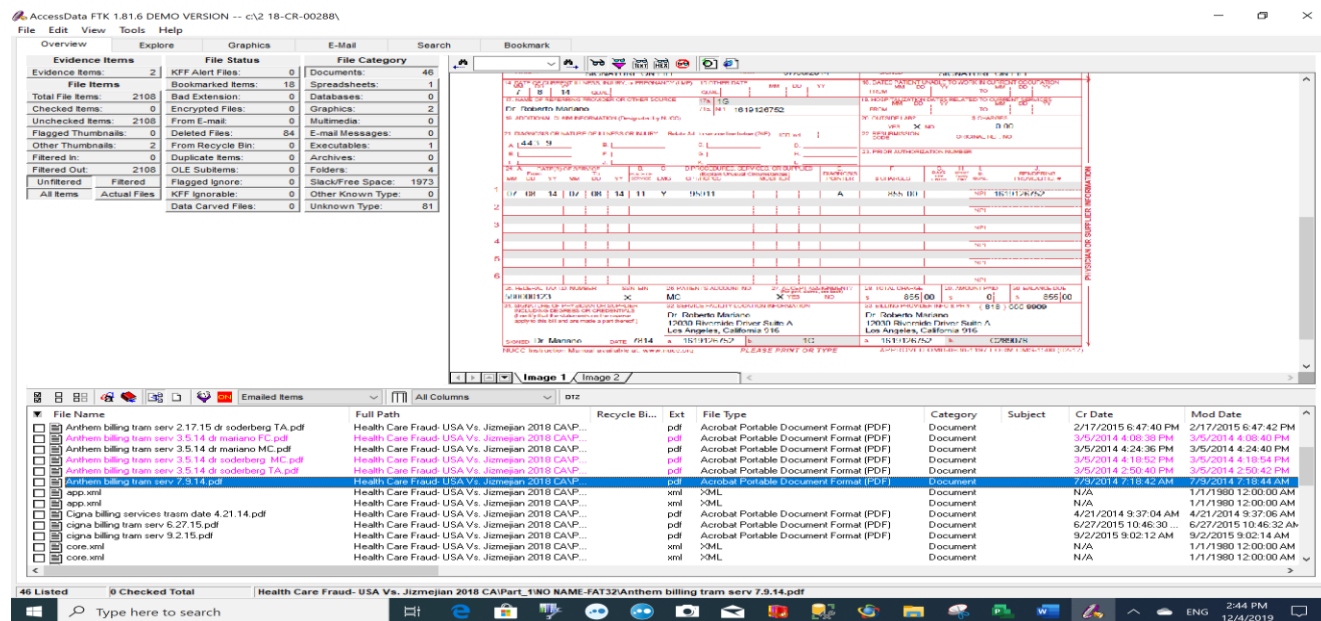


Figura 20- ID 131- Existente-Factura a Anthem del paciente MC del Dr. Mariano, de servicio 7/18/2014

Factura a CIGNA del paciente RM del Dr. Mariano, de servicio 12/16/2013, con dos hojas de contenido, la primera mostrando factura a la aseguradora Cigna de servicios del 12/16/2013 del paciente R.M., de código CPT 93925,93970 sobre estudios análisis de circulación venosa y arterial, por la cantidad de \$635.00. La segunda muestra la transmisión electrónica al plan médico el 4/21/14. Correlacionar con ID: 59 y 60 sobre NPI del Dr. Mariano, dirección postal relacionada con R&R Med Spa.

AccessData FTK 1.81.6 DEMO VERSION -- c:\2 18-CR-00288\

File Edit View Tools Help

Overview Explore Graphics E-Mail Search Bookmark

Evidence Items 2 KFF Alert Files 0 Documents 46

File Items 0 Bookmarked Items: 19 Spreadsheets: 1

Total File Items: 2108 Bad Extension: 0 Databases: 0

Checked Items: 0 Encrypted Files: 0 Graphics: 2

Unchecked Items: 2108 From E-mail: 0 Multimedia: 0

Flagged Thumbnails: 0 Deleted Files: 84 E-mail Messages: 0

Other Thumbnails: 2 From Recycle Bin: 0 Executables: 1

Filtered In: 0 Duplicate Items: 0 Archives: 0

Filtered Out: 2108 OLE Subitems: 0 Folders: 4

Unfiltered: Filtered Flagged Ignore: 0 Slack/Free Space: 1973

All Items Actual Files KFF Ignorable: 0 Other Known Type: 0

Data Carved Files: 0 Unknown Type: 81

Image 1 Image 2

46 Listed 0 Checked Total Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAPart-11NO NAME-FAT32\Cigna billing services tram date 4.21.14.pdf

Type here to search

4:22 PM 12/4/2019

Figura 21- ID 134-Existente- Factura a CIGNA del paciente RM del Dr. Mariano, de servicio 12/16/2013

Factura a CIGNA del paciente RM del Dr. Mariano, de servicio 5/09/2015, con dos hojas de contenido, la primera mostrando factura a Cigna de servicios del 5/09/2015 del paciente R.M., del código CPT 95912 (Nerve Conduction Test), por la cantidad de \$650. La segunda muestra la transmisión electrónica al plan médico el 6/27/15. Correlacionar con ID: 59 y 60 sobre NPI del Dr. Mariano, dirección postal relacionada con R&R Med Spa.

AccessData FTK 1.81.6 DEMO VERSION -- c:\2 18-CR-00288\

File Edit View Tools Help

Overview Explore Graphics E-Mail Search Bookmark

Evidence Items 2 KFF Alert Files 0 Documents 46

File Items 0 Bookmarked Items: 20 Spreadsheets: 1

Total File Items: 2108 Bad Extension: 0 Databases: 0

Checked Items: 0 Encrypted Files: 0 Graphics: 2

Unchecked Items: 2108 From E-mail: 0 Multimedia: 0

Flagged Thumbnails: 0 Deleted Files: 84 E-mail Messages: 0

Other Thumbnails: 2 From Recycle Bin: 0 Executables: 1

Filtered In: 0 Duplicate Items: 0 Archives: 0

Filtered Out: 2108 OLE Subitems: 0 Folders: 4

Unfiltered: Filtered Flagged Ignore: 0 Slack/Free Space: 1973

All Items Actual Files KFF Ignorable: 0 Other Known Type: 0

Data Carved Files: 0 Unknown Type: 81

Image 1 Image 2

46 Listed 0 Checked Total Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAPart-11NO NAME-FAT32\Cigna billing tram serv 6.27.15.pdf

Type here to search

4:29 PM 12/4/2019

Figura 22- ID 103- Existente- Factura a CIGNA del paciente RM del Dr. Mariano, de servicio 5/09/2015

Factura a CIGNA del paciente KG del Dr. Mariano, de servicio 8/28/15, con dos hojas de contenido, la primera mostrando factura a la aseguradora Cigna de servicios del 8/28/15 del paciente KG de código CPT 95912 (Nerve Conduction Test), por la cantidad de \$650.00. La segunda muestra la transmisión electrónica al plan médico el 9/2/15. Correlacionar con ID: 59 y 60 sobre NPI del Dr. Mariano, dirección postal relacionada con R&R Med Spa.

The screenshot displays the AccessData FTK 1.81.6 DEMO VERSION interface. The top window shows a file explorer with various file categories and counts. The main window displays a medical billing form with the following details:

34 A	DATE(S) OF SERVICE	B	C	D	E	F	G	H	I	J		
MM	DD	YY	MM	DD	YY	TIME	EMG	PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Enter Unusual Procedures)	DIAGNOSIS POINTER	\$ CHARGES	UNITS	RENDERING PROVIDER ID #
08	28	15	08	28	15	11	Y	95912	B	650.00		NPI 1619126752

Additional form fields include:

- 25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER: 580000123
- 26. PATIENT'S ACCOUNT NO.: KG
- 27. ACCEPT ASSIGNMENT? YES
- 28. TOTAL CHARGE: \$ 650.00
- 29. AMOUNT PAID: \$ 0
- 30. BALANCE DUE: \$ 650.00
- 31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER: Dr. Roberto Mariano
- 32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION: 12030 Riverside Driver Suite A, Los Angeles, California 916
- 33. BILLING PROVIDER INFO & PH #: (818) 655 9909

The bottom window shows a file list with columns for File Name, Full Path, Recycle Bin, Ext, File Type, Category, Subject, Cr Date, and Mod Date. The selected file is "Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CAMP...".

Figura 23- ID 95- Existente- Factura a CIGNA del paciente KG del Dr. Mariano, de servicio 8/28/15

A continuación, se describen los procedimientos empleados durante el proceso de descubrimiento, adquisición, recuperación y preservación de la evidencia.

1. Procedimiento: creación del caso

- Herramienta: FTK Kit Tools
- Fecha: diciembre 3, 2019 (8:54 pm)
- Fecha de comienzo: diciembre 3, 2019 (8:54 pm)
- Fecha de terminación: December 4, 2019 (7:56 pm)
- Descripción:

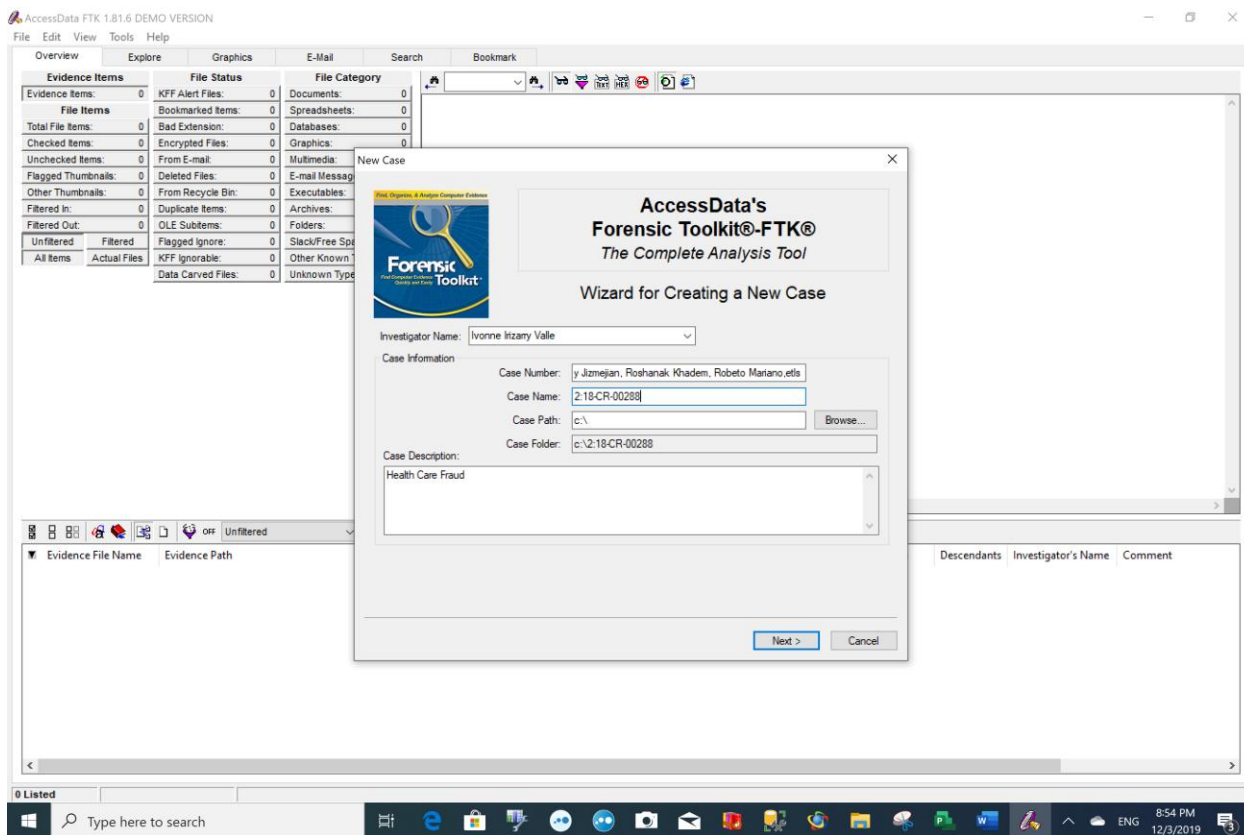


Figura 1: Se prepara el caso en FTK Kit con toda la información para identificar el mismo.

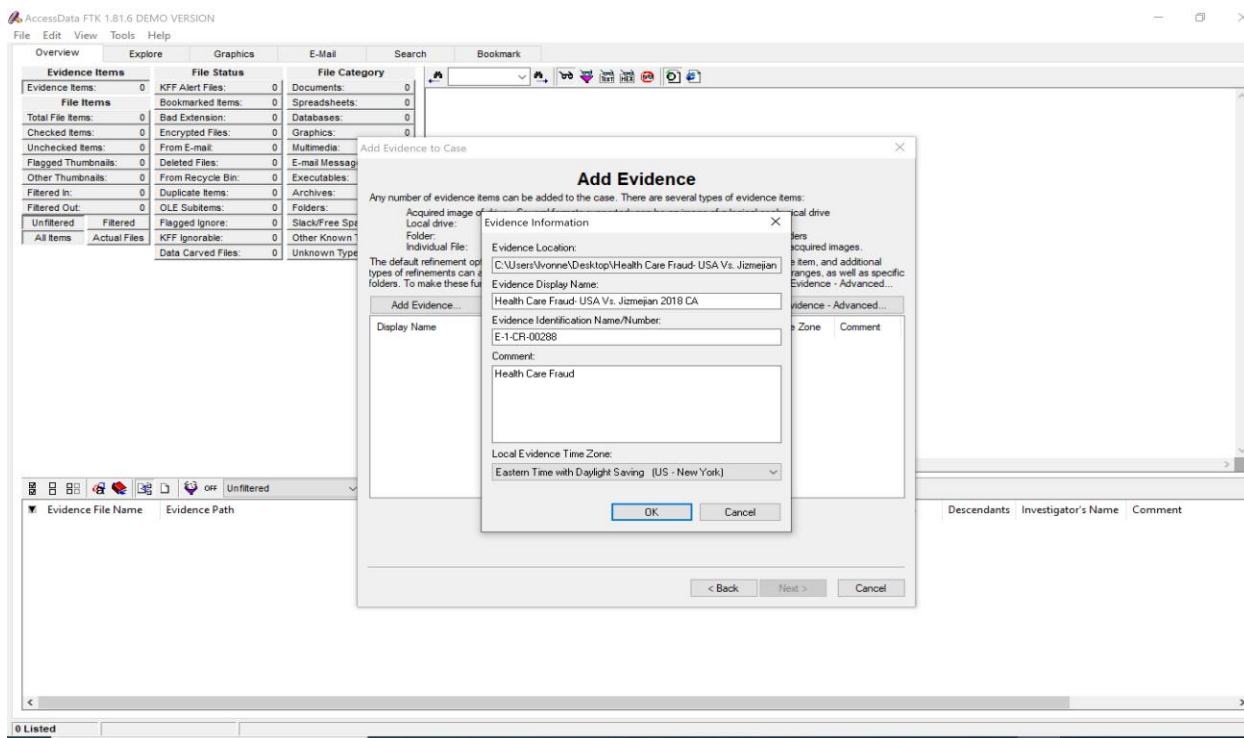


Figura 2- Proceso de entrada de la evidencia al programa FTK Kit Tools

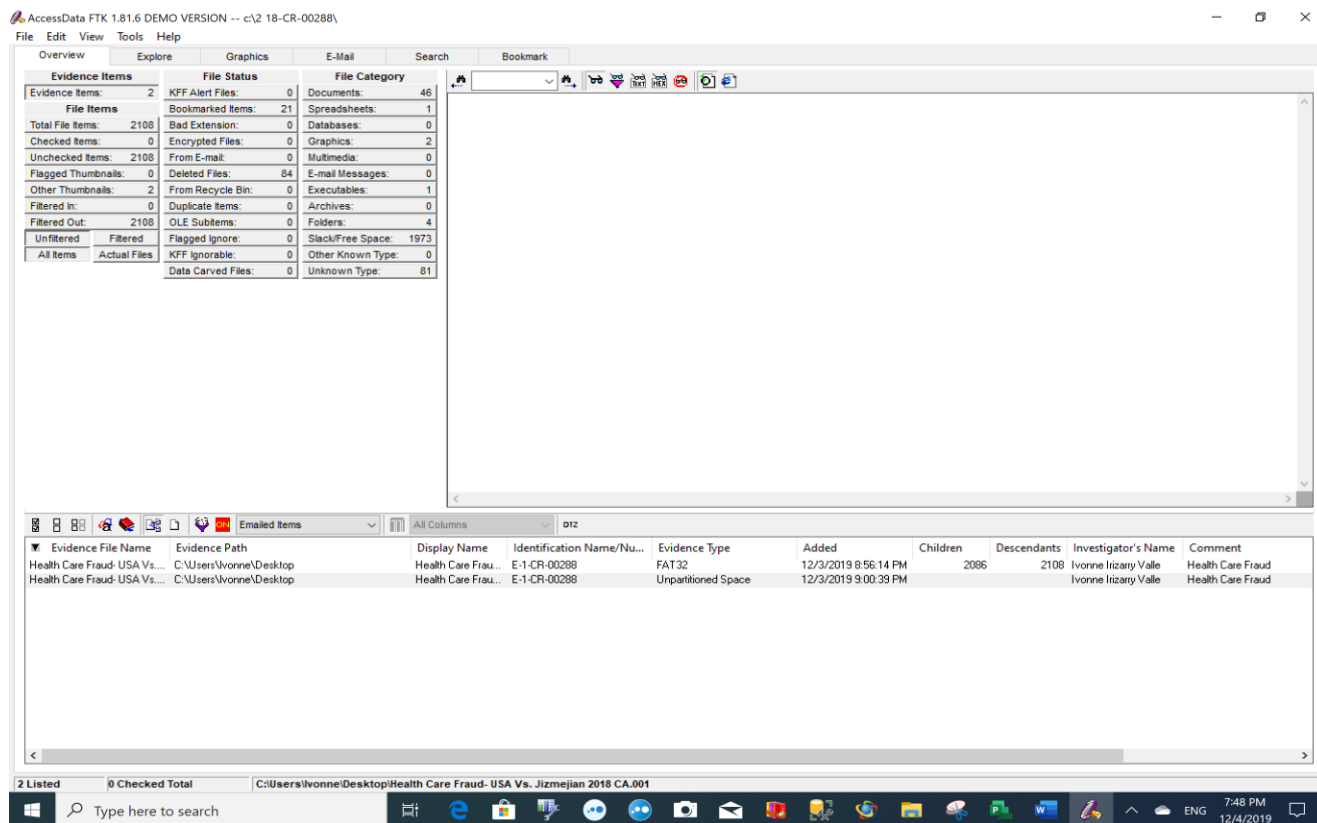


Figura 3- Proceso completado de la entrada de archivo de evidencia al programa.

REPORTE:

A continuación, se procede con la creación del Reporte Wizar del caso 2:18-CR-00288, USA vs.

Gary Jizmejian, etls.

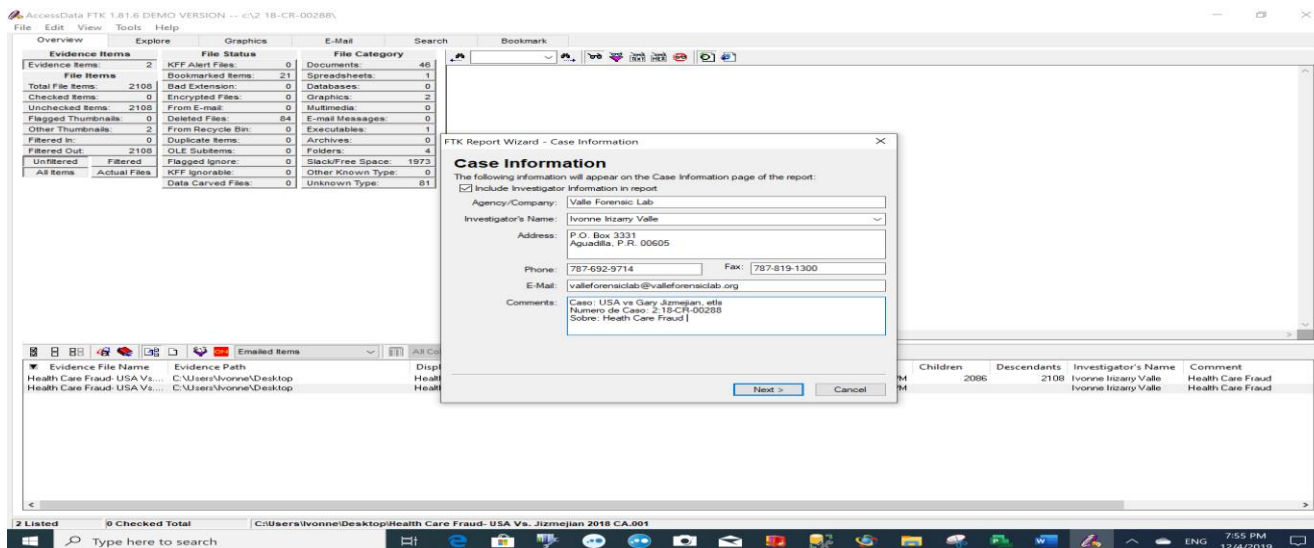


Figura 4: Proceso de la creación del Reporte Wizar

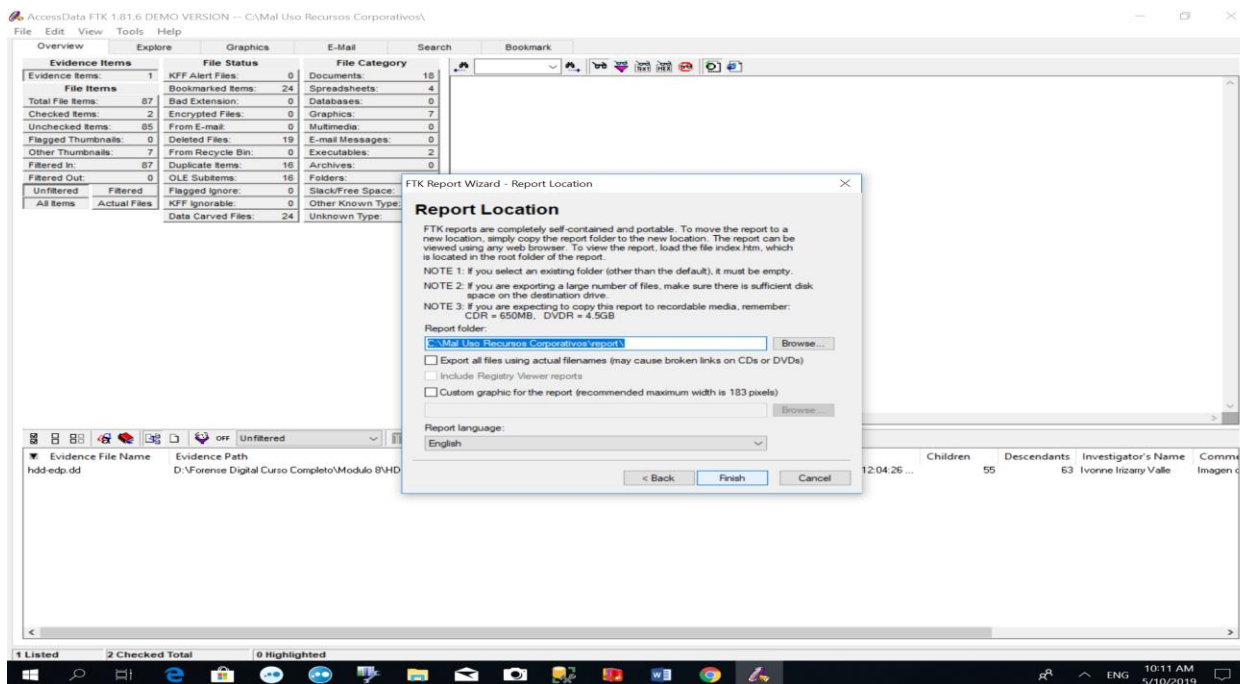


Figura 5: Report Wizard.

FTK CASE REPORT

Case Information

12/4/2019
FTK Version Version 1.81.6, build 10.04.02
Case Number USA vs. Gary Jizmejian, Roshanak Khadem, Robeto Mariano, etls
Case Location c:\2 18-CR-00288\
Case Description Health Care Fraud
Report Created Wednesday, December 4, 2019 7:56:48 PM

Forensic Examiner Ivonne Irizarry Valle
Agency VALLE FORENSIC
Address Box 3331
 Aguadilla, PR 00605
Phone 787-692-9714
Fax 787-888-0000
E-mail valleforensic@valleforensic.org
Comments Segun el Pliego Acusatorio presentado para 17 de mayo de 2018, aproximadamente para enero de 2012 hasta alrededor de abril de 2017, en Los Angeles, dentro del Distrito Central de California, y en otros lugares, los acusados KHADEM, JIZMEJIAN, MARIANO, SARKISYAN y ILANGEZYAN, junto con otros conocidos y desconocidos para el Gran Jurado, a sabiendas se combinaron, conspiraron y acordaron cometer fraude a servicios de salud (Healthcare fraud), en violación del Título 18, Código de los Estados Unidos, Sección 1347.

Acusados y Coacusados al momento de radicación del Indictment:

- Gary Jizmejian- ciudadano americano, era Senior Fraud Investigator in the Special Investigations Unit (SIU) de Anthem.
- Roshanka Khadem- ciudadano americano, tambien conocida como "Roxanne Khadem", "Roxy Khadem", era la duena y operadora de las clinicas.
- Roberto Mariano- era medico y operador de las clinicas
- Marina Sarkisyan- era empleada y administradora de las clinicas
- Lucine Ilangezyan- tambien conocida como "Lulu Ilangezyan", era empleada y facturadora medica de las clinicas.

Figura 6- Información general.

FTK CASE REPORT

File Overview

12/4/2019
Evidence Items Evidence Items: 2

File Items Total File Items: 2,108
 Flagged Thumbnails: 0
 Other Thumbnails: 2

File Status KFF Alert Files: 0
 Bookmarked Items: 21
 Bad Extension: 0
 Encrypted Files: 0
 From E-mail: 0
 Deleted Files: 84
 From Recycle Bin: 0
 Duplicate Items: 0
 OLE Subitems: 0
 Flagged Ignore: 0
 KFF Ignorable: 0
 Data Carved Files: 0

File Category Documents: 46
 Spreadsheets: 1
 Databases: 0
 Graphics: 2
 Multimedia: 0
 E-mail Messages: 0
 Executables: 1
 Archives: 0
 Folders: 4
 Slack/Free Space: 1,973
 Other Known Type: 0
 Unknown Type: 81

AccessData Forensic Toolkit®

Figura 7- Resumen de hallazgos.

The screenshot shows the FTKReport interface with the 'Evidence List' tab selected. The left sidebar contains navigation options like 'Case Summary', 'Supplementary Files', and 'List by File Path'. The main content area displays two evidence items:

- Item 1:**
 - Date: 12/4/2019
 - Display Name: Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CA\Part_1\NO NAME-FAT32
 - Evidence File Name: Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CA.001
 - Evidence Path: C:\Users\Ivonne\Desktop
 - Identification Name/Number: E-1-CR-00288
 - Evidence Type: FAT32
 - Added: 12/3/2019 8:56:14 PM
 - Children: 2,086
 - Descendants: 2,108
 - Comment: Health Care Fraud
- Item 2:**
 - Display Name: Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CA\UnpartSpace
 - Evidence File Name: Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CA.001
 - Evidence Path: C:\Users\Ivonne\Desktop
 - Identification Name/Number: E-1-CR-00288
 - Evidence Type: Unpartitioned Space
 - Added: 12/3/2019 9:00:39 PM
 - Children: 2,108
 - Descendants: 2,108
 - Comment: Health Care Fraud

The Windows taskbar at the bottom shows the time as 8:00 PM on 12/4/2019.

Figura 8- Descripción general de la evidencia.

The screenshot shows the FTKReport interface with detailed system and case information displayed in the main content area:

- System Information:**
 - Date: 12/3/2019 8:56:13 PM
 - FTK Version: 1.81.6 build 10.04.02
 - FTK Exe Path: C:\Program Files (x86)\AccessData\AccessData Forensic Toolkit 1.81.6\Program\ftk.exe
 - Examiner's Machine:
 - Phys Mem: Total: 4,294,967,295 Available: 4,294,967,295 Used: 0
 - Virt Mem: Total: 4,294,836,224 Available: 3,474,653,184 Used: 820,183,040
 - Page File Available: 4,294,967,295
- Case Information:**
 - Date: 12/3/2019 8:56:13 PM
 - KFF database being used: none
 - Local Machine Setting: Examiner's Local Machine Setting is time zone used for file times (create, modify, accessed) in file display and reports.
 - Investigator: Ivonne Irizarry Valle
 - Case Name: 2 18-CR-00288
 - Case Number: USA vs. Gary Jizmejian, Roshanak Khadem, Robeto Mariano, etis
 - Case Folder: c:\2 18-CR-00288
 - Description: Health Care Fraud
 - Case Log Options (NOT Case Reviewer Logging Options):
 - Log case and evidence events: Yes
 - Log error messages: Yes
 - Log bookmarking events: Yes
 - Log searching events: Yes
 - Log special searching events: Yes
 - Log other events: Yes
 - Log extended information: No
 - Processes to be performed:
 - File Extraction: Yes
 - File Identification: Yes
 - MDS Hash: Yes
 - SHA1 Hash: Yes
 - KFF (Known File Filter): Yes
 - Entropy Test: Yes
 - Full Text Index: Yes
 - Prerender Thumbnails: Yes
 - File Listing Database: Yes
 - DB Include OLE-embedded items: No
 - DB Include Slack Files: No
 - DB Include image name in filename: Yes
 - HTML File Listing: No
 - Data Carving: No
 - Preprocess Registry Files: No
 - Decrypt EFS Files: Yes
 - Default Case Refinement Settings:
 - Add files only if they satisfy BOTH the file status and the file type criteria as follows:
 - File Status Criteria:
 - Deletion status: any
 - Encryption status: any
 - From email status: any
 - Duplicate status: any
 - OLE stream status: any
 - File Type Criteria:
 - documents: yes
 - spreadsheets: yes

The Windows taskbar at the bottom shows the time as 8:01 PM on 12/4/2019.

Figura 9- Log del proceso investigativo.

All Bookmarks

12/4/2019
Name: ID 103
 Comment: Existente- Factura a Anthem del Dr. Mariano, de servicio 5/09/2015, con dos hojas de contenido, la primera mostrando factura a Cigna de servicios del 5/09/201514 del paciente R.M., del código CPT 95912 (Nerve Conduction Test), por la cantidad de \$650. La segunda muestra la transmisión electrónica al plan médico el 6/27/15. Correlacionar con ID: 59 y 60 sobre NPI del Dr. Mariano, dirección postal relacionada con R&R Med Spa.

Name: ID 115
 Comment: Existente- Email de 10/25/2014 donde Angelic le envia a Roshanka Khadem un email sobre el estado de cuenta Dr. Margaret Soderber de Sep. 2014, indicandole que debe hacer un cheque a su nombre para tener el dinero lo antes posible, y que le dejara saber para hacer la division con Mariano y Marina y que luego se verifica el por ciento para Dra. Soderberg. Roshanka contesta 10/27/2014 indicando que hizo un cheque a su favor por \$29.870 de la cuenta de Soderberg y refiere que luego trabajan en la division. Cor

Name: ID 118
 Comment: Existente- Estado de Cuenta Banco Dr. Margaret Soderberg Sept. 2014 del First Republic. El documento muestra recibo de transacciones de Anthem, balance del mes de Septiembre 2014 por \$29,998.00. Direccion recibo estado: 12660 Riverside Drive #110 Valley Village, CA 91607. Correlacionar con ID 56- que direccion de la Dra. Soderberg en la factura a Anthem tiene esta misma direccion. Correlacionar con ID 38 que tiene el listado de medicos contratados, Cuenta de Banco First Republic #511077 y la direcci

Name: ID 123
 Comment: Existente- Mensaje de Texto 10/3/2014- Mensaje a Tania de Mariana Sarkisyan de R&R Med Spa, a Tania que indica que tiene un credito de \$740 con ellos, pase a reclamarlo en descuento de producto o tratamientos de belleza, si ella no esta que pregunte por Khadem o liangezyan y que le diga que el credito esta bajo Tania Anderson cuenta 2/18/2014. Se recibe respuesta indicando que el credito es casi del 40% del servicio que pago y recibio ese dia de laser.

Name: ID 131
 Comment: Existente- Factura a Anthem del Dr. Mariano, de servicio 7/18/2014 y con dos hojas de contenido, la primera mostrando factura a Anthem de servicios del 7/8/14 del paciente M.C., del código CPT 95911 (Nerve Conduction Test), por la cantidad de \$855.00. La segunda muestra la transmisión electrónica al plan médico el 7/9/14. Correlacionar con

Name: ID 134
 Comment: Existente- Factura a CIGNA del Dr. Mariano, de servicio 12/16/2013, con dos hojas de contenido, la primera mostrando factura a la aseguradora Cigna de servicios del 12/16/2013 del paciente R.M., de código CPT 93925,93970 sobre estudios analisis de circulacion venosa y arterial, por la cantidad de \$635.00. La segunda muestra la transmisión electrónica al plan médico el 4/21/14. Correlacionar con ID: 59 y 60 sobre NPI del Dr. Mariano, dirección postal relacionada con R&R Med Spa.

Name: ID 142
 Comment: Existente- EOB Anthem Cheque 66235631- Una explicacion de pago de servicios facturados a la Aseguradora Anthem del siguiente servicio medico:
 Fecha Servicio: 2/18/2014
 Servicio: CPT 86256
 Proveedor: Dra. Margaret Soderber (NPI 1053496653)
 Paciente: Tania Anderson (TA)
 Total Facturado: \$4,878.30
 Total pagado Cheque: \$4,878.30
 Fecha de pago: 5 abril de 2014
 Direccion enviado cheque: 12660 Riverside Drive #110 Valley Village, CA 91607
 Correlacionar con: ID 18,38,56,118,123

Name: ID 17
 Comment: Existente- Factura a Anthem del Dr. Soderberg, de servicio 2/17/2014 y con dos hojas de contenido, la primera mostrando factura a Anthem de servicios del 2/17/2014 del paciente M.C., del código CPT 86256, por la cantidad de \$4,620.75. La segunda muestra la transmisión electrónica al plan médico el 3/5/14.
 Correlacionar con ID: 18, 38

Name: ID 18
 Comment: Mensaje de Texto (png) del 13 de septiembre de 2012 de Jizmejian a Roshanka dejandole saber del código cpt 86256 para que lo facturara de inmediato a Anthem sin que se den cuenta o auditen, indica "start right away, especially 86256 @99 units or more".

Thumbnail
 Roshanka contesta que lo estara enviando a Lucil para que comience a facturar de inmediato a Anthem.

Name: ID 37
 Comment: Existente- Factura a Anthem del Dr. Mariano, de servicio 9/11/2014 y con dos hojas de contenido, la primera mostrando factura a Anthem de servicios del 9/11/14 del paciente FC, del código CPT 95912, por la cantidad de \$1,088.34. La segunda muestra la transmisión electrónica al plan médico el 2/5/14.

Figura 10- Descripción de los Bookmarks identificados en el proceso investigativo.

Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CA.001.txt - Notepad
 File Edit Format View Help
 Created By AccessData® FTK® Imager 3.2.0.0

Case Information:
 Acquired using: ADI3.2.0.0
 Case Number: USA vs Gary Jizmejian 2018:00288
 Evidence Number: E-1-CR-00288
 Unique description: E-1-CR-00288
 Examiner: Ivonne Irizarry Valle
 Notes: Health Care Fraud

 Information for C:\Users\Ivonne\Desktop\Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CA:

Physical Item (Source) Information:
 [Device Info]
 Source Type: Physical
 [Drive Geometry]
 Cylinders: 7,477
 Tracks per Cylinder: 255
 Sectors per Track: 63
 Bytes per Sector: 512
 Sector Count: 120,127,488
 [Physical Drive Information]
 Drive Model: SanDisk Cruzer Glide USB Device
 Drive Serial Number: 4C530001110510104002
 Drive Interface Type: USB
 Removable drive: True
 Source data size: 58656 MB
 Sector count: 120127488
 [Computed Hashes]
 MD5 checksum: 47412e2188d312e23f5cdcb742c98d96
 SHA1 checksum: 6e0bb141b2558662cd0fe981216dd8735771ed3

Image Information:
 Acquisition started: Tue Dec 03 20:02:39 2019
 Acquisition finished: Tue Dec 03 20:34:43 2019
 Segment list:
 C:\Users\Ivonne\Desktop\Health Care Fraud- USA Vs. Jizmejian 2018 CA.001

Image Verification Results:
 Verification started: Tue Dec 03 20:34:43 2019
 Verification finished: Tue Dec 03 20:39:03 2019
 MD5 checksum: 47412e2188d312e23f5cdcb742c98d96 : verified
 SHA1 checksum: 6e0bb141b2558662cd0fe981216dd8735771ed3 : verified

Figura 11- Información de la evidencia procesada en FTK del caso detallando información adicional pertinente y los hashes del resultado de imágenes y Computed hashes.

NOTA: Para ver más detalles sobre el proceso de extracción del contenido del dispositivo y los archivos recuperados a través de FTK, haga referencia a la sección de procedimientos de este reporte.

SECCION 5: DISCUSIÓN DEL CASO

Los hallazgos identificados en el disco duro de la computadora incautada por el FBI demostraron que los acusados Gary Jizmejian, Roshanka Khadem, Roberto Mariano, Marina Sarkisyan, Lucine Ilangezyan, y otros relacionados, estaban directamente relacionados. Además, los hallazgos identificaron que Roshanka Khadema a través de R&R Med Spa era la dueña de la computadora; y los documentos encontrados en su carpeta de Desktop contenían información sobre comunicaciones y documentos relacionados con el fraude en los servicios de salud, el conocimiento e intención de los acusados de facturar por servicios que no procedían para pago, pagos efectuados al acusado Gary Jizmejian y demás documentos.

La evidencia demuestra que prueba sobre comunicación de Marina (una de las acusadas) a paciente (Tania), para notificarle de crédito en la clínica en relación con servicio del 2/18/2014. Donde le indica que podía recibirlo en descuento de productos o tratamientos en la clínica, y la misma paciente indica que el crédito de \$740.00 es casi el 40% del servicio de laser que pago y recibió ese día. Y surge de documentos que ese día se facturo para la paciente por parte de la doctora Margaret Soderberg (una de las doctoras contratadas), un servicio del código 86256 (Flourecente Antibody; Titer) con una cantidad de 200 unidades, que no es el servicio que recibió ese día, y que facturo se facturo por ese código la cantidad de \$4,878.30 de manera electrónica a Anthem. De la evidencia surge que la aseguradora Anthem emitió un pago el 5 de abril de 2014, de los servios del 2/18/2014 de la paciente relacionada con el crédito. Ese es el código que Gary Jizmejian le indico a Khadem en un mensaje de texto el 13 de septiembre de 2012, que debían facturar de manera inmediata más de 99 unidades anteriormente señalado.

En adición a estos hechos el dispositivo contenía archivos, demostrando que había referencia a pagos en efectivo a Gary Jizmejian que era el Investigador de Fraude en Anthem desde el 2012 hasta 2015. Indica un pago en junio 2012 por \$15,000 dólares con referencia a “First payment when he contact us”.

Igualmente, surge de los documentos que Gary Jizmejian y Khadem mantenían comunicación según surge de mensaje de texto extraído del archivo, que le indicaba a esta sobre códigos de facturación que debía facturar de manera inmediata sin que lo noten o conlleve auditoría en Anthem que era el lugar de trabajo de Jizmejian. Además, el mensaje de texto se puede identificar que Khadem le notificaría a Lucine, otra de las acusadas y la facturadora de la clínica que comenzara a facturar de inmediato.

Además, de la prueba surge que Gary Jizmejian le solicito a otro empleado de Anthem a través de email e 27 de enero de 2014, que trabajara de manera expedita un cambio de dirección del Dr. Nahid Nazarian y le señalo que ya no tenía casos activos en la unidad de fraude. Esto es un documento confidencial e interno de la compañía Anthem que fue extraído de la computadora de la acusada Roshanka Khadem y está relacionado con Gary Jizmejian, demostrando comunicación entre estos y relación con el Dr. Nahid Nazarian relacionado en el email del Gary Jizmejian, es uno de los médicos contratados por los acusados.

Los documentos identifican servicios facturados electrónicamente de médicos que aparecen relacionados con Khadem, R&R Med Spa, Angelic, Marino, Marina y Lucile. Que los servicios que ofrece la clínica según prueba del caso son servicios de procedimientos de rejuvenecimiento, faciales, remoción de bello mediante laser e inyecciones de Botox. Entre los servicios facturados a los planes médicos como Anthem y Cigna fueron servicios de: Nerve

Conduction Test, servicios de ultrasonido vasculares, servicios de drenaje de absceso, visita médica.

La evidencia prueba la relación de los acusados con los médicos contratados, facturación de servicios, manejo y autorización de cuentas de bancos de los médicos, dirección y prueba que Khadem y Angelic estaban relacionadas directamente con las cuentas de banco.

Dicha evidencia conecta a los acusados con los cargos sometidos de 18 U.S.C. ~ 1349: Conspiracy to Commit Health Care Fraud 18 U.S.C. ~ 1347: Health Care Fraud. Los acusados hicieron alegación de no culpabilidad y el juicio está pautado para comenzar el próximo 20 de febrero de 2019.

SECCION 6: AUDITORIA Y PREVENCION

INTRODUCCION

Este informe incluye los resultados de la auditoría en Anthem, oficina 21555 W Oxnard St, Woodland Hills, CA 91367, que realizamos el 5 y 6 de diciembre de 2019, a la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) del Departamento de Fraude, de la empresa antes mencionada, en adelante el "SIU".

La auditoría fue una solicitada por Anthem, aseguradora de salud en California, a raíz del caso de fraude en los servicios de salud presentado por Gobierno Federal, contra Sr. Gary Jizmejian, uno de los Investigadores de Fraude en la SUI de esa oficina. Para enero de 2012 hasta aproximadamente abril de 2017, el acusado Gary Jizmejian, junto con otros acusados fueron acusados de voluntariamente y con la intención de defraudar, ejecutar e intentar ejecutar, un esquema y engaño de fraude contra servicios médicos.

Gary Jizmejian, de 44 años era, para el momento de los hechos, investigador principal de la Unidad de antifraude conocida como la Unidad de investigaciones Especiales (SUI) de Anthem (Plan Medico), que era responsable de investigar el fraude de salud cometido contra la compañía de seguros. El cual, según el pliego acusatorio, a cambio de pagos en efectivo, ayudó a Roshanka Khadem y a otros acusados en ese caso, brindándole información confidencial de Anthem que los ayudó a presentar facturas fraudulentas a dicho plan y otras compañías de seguro.

Además, se identifican otros hechos en el caso, relacionados con Gary Jizmejian, que tienen relación con la Unidad Especial de Fraude (SUI) y forman parte del pliego acusatorio, entre estos se encuentran:

- i. Para el 2012 Jizmejian proveyó a uno de los acusados en el caso información un código de facturación (CPT) para que estos facturaran fraudulentamente y recibiera pagos de parte de Anthem, sin que detectaran el fraude en las reclamaciones. Le proveyó el código de facturación y la instruyó para que sometieran las facturas a Anthem.
- ii. Jizmejian llevo a cabo actos dentro de Anthem para prevenir que detectarían el fraude de los acusados, llevando a cabo los siguientes actos:
 - a. Brindó asesoramiento a los acusados sobre cómo los acusados podrían manejar las investigaciones de fraude de Anthem, diciéndole al acusado cómo evadir las preguntas de los investigadores de las compañías de seguros de salud;
 - b. asesoro a varios de los acusados para cambiar las direcciones de médicos que estos reclutaban para que los investigadores de la SIU no asociarían a los médicos reclutados con los proveedores;
 - c. desvió la atención de otros investigadores de la Unidad Especial de Investigaciones en Anthem, lejos de los médicos reclutados que estaban trabajando para los acusados;
 - d. cerró investigaciones que el mismo había abierto previamente dentro de SIU de médicos reclutados relacionados con los acusados sin hacer ningún hallazgo de fraude;
 - e. recomendó que uno de los médicos reclutados por los acusados se eliminará de la lista de proveedores marcados (flag) en Anthem;

- f. Jizmejian también intervendría con otros empleados de Anthem para ayudar a los acusados a corregir problemas que impedían la capacidad de los acusados para recibir pago de Anthem, incluso acelerando el proceso de cambio en la dirección postal de uno de los médicos reclutados para que los cheques de reembolso de Anthem se enviarían a los acusados en un apartado de correo postal de los acusados.
- i. Para o alrededor de septiembre de 2015, el acusado Jizmejian le dio información confidencial e interna de Anthem y las entidades federales, a los acusados de que había una investigación criminal federal sobre los estos para que tomaran medidas para evitar el descubrimiento y enjuiciamiento exitoso del fraude contra los acusados.

Esta auditoria fue hecha siguiendo los requisitos y normas de auditoría del Contralor de Puerto Rico. Este informe presenta los resultados del trabajo realizado para evaluar el cumplimiento de Anthem en relación con los procesos y controles internos en el Departamento de Fraude y sus políticas, dado su responsabilidad de cumplimiento e implementación de procesos que están regulados por agencias federales.

OBJETIVOS

Los objetivos de esta auditoria serán:

1. Evaluar las políticas y procesos de la Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) del Departamento de Fraude.
2. Identificar posibles deficiencias, errores en los procesos, incumplimientos y/o en las políticas internas de la SUI.

3. Probar la precisión e integridad de los procesos para reducir cualquier riesgo, violación o conflicto de intereses por parte de cualquier empleado en los procesos y regulaciones.

ALCANCE Y METODOLOGIA

La auditoría cubrió del 5 al 6 de diciembre de 2019. En algunos aspectos examinamos transacciones de fechas anteriores y posteriores. El examen lo efectuamos de acuerdo con las normas de auditoría del Contralor de Puerto Rico en lo que concierne a los aspectos del desempeño o ejecución. Realizamos las pruebas que consideramos necesarias, a base de muestras y de acuerdo con las circunstancias, tales como: entrevistas a funcionarios, a empleados y a particulares; inspecciones físicas; exámenes y análisis de informes y de documentos generados por la unidad auditada y por fuentes externas; pruebas y análisis de información financiera, de procedimientos de control interno y de otros procesos; y confirmaciones de cuentas y de otra información pertinente.

ANTHEM EN LA PREVENCIÓN DE FRAUDE Y UNIDAD AUDITADA

i. Anthem en la prevención de fraude

Anthem es una empresa líder en el área de seguros de salud regulada por el gobierno estatal y federal, que reconoce la importancia de prevenir, detectar e investigar el fraude, el despilfarro y el abuso. Igualmente, está comprometida en proteger y preservar la integridad y disponibilidad de los recursos de los servicios de salud que se le brinda a los individuos, clientes y socios de negocio. En consecuencia, Anthem mantiene un programa, dirigido por la (SIU), para combatir el fraude, el despilfarro y el abuso en la industria de la salud y contra los diversos planes comerciales, a para tratar de garantizar la integridad de los programas financiados con fondos públicos, incluidos Planes de Medicare y Medicaid. Todas las reclamaciones de pago que llegan

a Anthem, están sujetas a revisión y/o auditoría por posible fraude, desperdicio y abuso. La prevención y detección de fraude, despilfarro y abuso se realiza de acuerdo con la ley federal y estatal aplicable.

Un método que Anthem utiliza para detectar el fraude, el desperdicio y el abuso es a través de la revisión de las facturas o reclamos de prepago. Mediante una variedad de medios, ciertos Proveedores o Facilidades de Salud, o ciertas Reclamaciones presentadas por Proveedores o Facilidades de Salud, pueden llamar la atención de Anthem por comportamientos que puedan identificarse como inusuales, o por codificación, o facturación, o actividad en los reclamos o facturas que indica que el Proveedor o la Facilidades de Salud son un caso atípico con respecto a sus pares. Por ejemplo, Anthem utiliza herramientas de software de algoritmos informáticos diseñadas para identificar proveedores o instalaciones cuyas prácticas de facturación, incluidas las prácticas de facturación o codificación, indican conductas que son inusuales o que están fuera de la norma de los pares del proveedor o de la facilidad de salud.

Una vez que la factura, o un Proveedor o Facilidades de Salud, se identifica como un caso atípico (outlier), se lleva a cabo una investigación por la SIU para determinar las razones o motivos del estado atípico o cualquier explicación apropiada para un reclamo, práctica de codificación o facturación inusual. Si la investigación resulta en una determinación de que las acciones del proveedor o la facilidad de salud pueden involucrar fraude, desperdicio o abuso, se notifica al proveedor o la facilidad de salud, y se le da la oportunidad de responder.

Si, a pesar de la respuesta del proveedor o de la facilidad de salud, Anthem continúa creyendo que las acciones del proveedor o la facilidad de salud, involucran fraude, desperdicio o

abuso, o alguna otra actividad inapropiada, entonces estos recibirán notificación de que el proveedor o la facilidad de salud se someterá a una revisión de prepago. Esto significa que se le requerida al proveedor o facilidad de salud, que presente los récords médicos con cada reclamo o factura, para que Anthem pueda revisar los servicios que se están facturando. Si no presenta los récords médicos a Anthem de acuerdo con este requisito, se generará un rechazo de la Reclamación bajo revisión. Los proveedores o facilidades de salud tendrán la oportunidad de solicitar una reunión para discutir su estado de revisión de prepago.

Según el programa de revisión de prepago, Anthem puede revisar la codificación y otros problemas de facturación. Además, Anthem puede utilizar una o más guías de utilización en la revisión de las facturas o reclamos sometidos para pago por el proveedor o facilidad de salud, incluso si esas guías no se utilizan para todos los proveedores o facilidades de salud que prestan servicios a Individuos cubiertos del plan.

El proveedor o facilidad permanecerá sujeto al proceso de revisión de prepago hasta que Anthem esté satisfecho de que cualquier actividad inapropiada ha sido corregida. Si la actividad inapropiada no se corrige, el proveedor o facilidad podría enfrentar medidas correctivas, que pueden incluir la terminación del contrato para pertenecer a la red de proveedores de Anthem.

Finalmente, los proveedores y las facilidades tienen prohibido facturar a los pacientes por los servicios que Anthem determine que no proceden para pago como resultado del proceso de revisión de prepago, ya sea debido a fraude, desperdicio o abuso, cualquier otro problema de codificación o facturación, o por no presentar récords médicos como según se le solicite al proveedor o facilidad. Las facturas o reclamos que se determinen como que no

proceden para pago, los proveedores o facilidades pueden hacer las correcciones apropiadas y volver a enviar tales facturas o reclamos de acuerdo con los términos del contrato entre este y la aseguradora, y la ley aplicable. Igualmente, los proveedores o facilidad pueden apelar dicha determinación de acuerdo con los procedimientos de quejas y apelaciones.

ii. Unidad de Investigaciones Especiales (SIU) de California

El departamento de fraude y abuso está bajo la dirección del vicepresidente de Operaciones Financieras, que tiene la autoridad para llevar a cabo las disposiciones del Plan Antifraude. La unidad de Woodland Hills, que fue la audita en estos procesos.

El departamento de Fraude y Abuso (el “departamento”) cuenta con veintidós (22) empleados dedicados a prevenir, detectar e investigar el fraude, despilfarro y abuso. Las experiencias profesionales entre el personal del departamento y los asociados son diversas y varían, estas incluyen reclamos, red de proveedores, enfermería, farmacia e investigadores de fraude.

El departamento consta de tres unidades distintas:

- (1) la Unidad de Investigaciones Especiales ("SIU"), que comprende investigadores, muchos de los cuales tienen experiencia en la aplicación de la ley o una experiencia significativa en la industria del cuidado de la salud;
- (2) la Unidad de Investigaciones Clínicas ("CIU"), que comprende profesionales médicos, incluidos médicos y enfermeras quienes tienen experiencia clínica y de codificación; y
- (3) el Equipo de Análisis de Datos, que comprende personas con conocimiento en tecnología de informática o destrezas relacionados con sistemas de computadora.

En cuanto a la estructura de la unidad, un director de SIU administra cada la región de Woodland Hills (Centro). Es meritorio mencionar que la demás oficina de Anthem (oeste

y este), tienen la misma estructura y políticas que las aquí descritas. El CIU de la empresa se encuentra principalmente en Camarillo, California, y es administrado por el director en la región oeste. Un director de análisis administra la data del equipo de analítica.

El gerente de la SIU es responsable del desarrollo, supervisión e implementación del Plan Antifraude. El gerente es responsable de proporcionar un asesor de educación continua en el área de fraude de salud a tiempo completo para asistir al personal de la unidad como a los proveedores en los procesos de acción correctiva, y a la disposición del personal del Departamento; responsable la dirección estratégica general de la unidad y liderar el equipo de investigadores y auditores. El gerente ayuda a identificar nuevos esquemas de fraude y dirige las actividades de todos los investigadores.

Los investigadores son responsables de investigar los casos asignados para detectar actividades o prácticas de fraude, abuso, derroche, y recuperar fondos que fueron pagados por reclamos fraudulentos. Estos empleados actúan como miembros en equipos de investigación, realizan tareas que le son asignadas para contribuir al desarrollo general del caso y colaborar efectivamente con los recursos de ley.

La SIU utiliza herramientas y controles de monitoreo para detectar fraude, abuso y despilfarro, tales como:

- Revisiones de pago aleatorios
- Auditorias de cumplimiento
- Monitoreo de nuevos esquemas de fraude
- Informes detallados de reclamos

- Informes de tendencias y análisis para identificar valores atípicos y patrones de subutilización o sobreutilización
- Información de la facilidad de proveedor
- Información de acreditación
- Información de membresía
- Información de licencia
- Revisión de récords médicos
- Revisiones de las facilidades de proveedor (On-Site visit)
- Información del personal de campo: centro de recursos comunitarios
- Información de los departamentos de utilización, calidad y Manejo de Servicios de Anthem
- Información en Bases de datos pública (por ejemplo, Accurint o Internet)
- Editaje del sistema

La SIU monitorea problemas tales como:

- Facturación por servicios no prestados
- Facturación de servicios bajo la información de otro suscriptor o paciente
- Facturación con el número de licencia de otro proveedor
- Facturación por pruebas médicamente innecesarias
- Unbundling
- Tergiversación de diagnósticos o servicios.
- Upcoding
- Doble facturación

- Solicitar, ofrecer o recibir sobornos (kickbacks)
- "Ping-ponging" de pacientes (referidos de pacientes a otros proveedores dentro del mismo grupo médico para que los proveedores pueden beneficiarse financieramente)
- Facturación de servicios profesionales realizados por personal no capacitado
- Facturación por procedimientos quirúrgicos más complejos que los realizados.
- Facturación de facturación durante un período de días (facturación separada por servicios prestados el mismo día, facturados en días diferentes, con algunos cargos duplicados en cada facturación)
- Formularios de reclamo o facturas alterados
- Tratamiento (s) y/ o medicamentos recetados por más de un proveedor que parece ser duplicado, excesivo o contraindicado
- Pacientes que utilizan más de un médico para obtener tratamientos y/o medicamentos similares.
- Alto volumen de visitas a la sala de emergencias con diagnóstico no emergente
- Usar múltiples farmacias para obtener medicamentos de la misma clase terapéutica.
- Reporte de receta falsificada
- Informe del destinatario que presta una tarjeta a otra persona para obtener servicios reembolsados de Medicaid

Una investigación de la SUI puede consistir en:

- Revisar para determinar cualquier acusación previa

- Determinar si el proveedor ha recibido alguna capacitación educativa relacionada con la alegación
- Comparar alegaciones con políticas y procedimientos del programa
- Revisión de la información de licencias y credenciales
- Revisión de la información sobre reclamos y apelaciones
- Muestreo aleatorio
- Revisión de récord médicos
- Revisión de hasta tres años de informes detallados de reclamos médicos
- Revisión de hasta tres años de informes detallados de reclamos de farmacia
- Revisión por el director médico
- Revisión por asesor legal
- Documentación
- Determinar tipo/s de acciones correctivas requeridas

La SIU cuenta con el apoyo de profesionales médicos y legales que brindan orientación sobre investigaciones o auditorías.

- Los directores médicos brindan supervisión médica, orientación y experiencia clínica, y revisión de archivos.
- El departamento legal proporciona supervisión legal, respuestas a preguntas legales e interpretación de legislación

OPINIONES, HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

Los procesos llevados a cabo y la información obtenida revelaron que las operaciones de la Compañía, en lo que concierne a los controles objeto de este Informe para la Unidad de

Investigaciones Especiales (SIU) del Departamento de Fraude, se identificaron varios controles y que son efectivos. Sin embargo, se identificaron varios asuntos, que se comentan a continuación en los hallazgos y se procede a incluir de ser necesario las recomendaciones sugeridas.

Hallazgo 1: El Plan no tiene un empleado dedicado al departamento de educación continua en el área de fraude a tiempo completo (full-time). No hay un personal dedicado a tiempo completo en la SUI.

Situación: El gerente es responsable de proporcionar un asesor de educación continua en el área de fraude de salud a tiempo completo y a la disposición del personal del Departamento para asistir al personal de la unidad como a los proveedores en los procesos de acción correctiva; responsable la dirección estratégica general de la unidad y liderar el equipo de investigadores y auditores.

La evaluación de las peticiones y los procesos internos reveló que, **no** existe un empleado a tiempo completo en el Departamento de Fraude según requiere la política de Anti-Fraude del Departamento hace 5 años y estas funciones las estaba llevando a cabo el director del Departamento llevando a cabo diversidad de funciones que no le corresponden.

Criterios

La situación comentada en el apartado anterior contrarias al ANTI-FRAUD PLAN, la sección de Reposte de Estructura.

Efectos

Esta situación comentada impide tener un control efectivo en los procesos internos de educación y adiestramiento, falta de supervisión adecuada e imparcial en los procesos, y violación de debidos procesos y derechos.

Causa

Atribuimos las situaciones comentadas a que el director se apartó de las disposiciones citadas. Además, tampoco supervisó adecuadamente las funciones realizadas por el personal encargado de recursos humanos de registrar dichas obligaciones.

Recomendaciones:

La falta de ejecución de las políticas escritas puede propiciar la improvisación y que, en casos de análisis y comprensión de materias tan importantes como el fraude, se tomen medidas inapropiadas y sin orden alguno. Esto representa un alto riesgo en la implementación y ejecución de las obligaciones del investigador de fraude, en los procesos y derechos de los proveedores sujetos a acciones correctivas las cuales carecen de una parte esencial e integrar en los procesos de educación violentando así los derechos de los proveedores y el debido proceso, como también la falta de recursos e identificación de necesidades especiales de los empleados en los procesos de la SUI.

Es imperativo contratar a alguien para esa posición de manera inmediata, el cual debe ser un empleado a tiempo completo, experto en el área de fraude en los servicios de salud.

Hallazgo 2: Falta de supervisión y monitoreo en los procesos de investigación y acción correctiva de los investigadores de fraude de la SUI.

Situación: Los investigadores son responsables de investigar los casos asignados para detectar actividades o prácticas de fraude, abuso, derroche, y recuperar fondos que fueron pagados por reclamos fraudulentos. Estos empleados actúan como miembros en equipos de investigación, realizan tareas que le son asignadas para contribuir al desarrollo general del caso y colaborar efectivamente con los recursos de ley.

El gerente de la SIU tiene la responsabilidad del desarrollo, supervisión e implementación del Plan Antifraude. El gerente es responsable de proporcionar un asesor de educación continua en el área de fraude de salud a tiempo completo para asistir al personal de la unidad como a los proveedores en los procesos de acción correctiva, y a la disposición del personal del Departamento; responsable la dirección estratégica general de la unidad y liderar el equipo de investigadores y auditores. El gerente ayuda a identificar nuevos esquemas de fraude y dirige las actividades de todos los investigadores.

La evaluación de las pólizas y los procesos internos reveló que no se han completado sobre 57 casos de investigación fraude dentro del término correspondiente los cuales tenían un impacto de 17 millones de dólares en fondos pagados, del periodo de los últimos 3 años. Se identificó un total de 123 investigación sin culminar de periodos anteriores (2014 al 2016) que tenían un impacto de para un total de 43 millones en fondos pagados. Se identificó que una vez se asignaba el caso al investigador de fraude, este no tenía seguimiento del director o personal asignado para seguimiento de los casos. Se identificó que el director estaba ejerciendo diversidad de funciones además de la de su puesto, como investigaciones de fraude, cubriendo las funciones del puesto de

educador del área de fraude, conferencias, reuniones con la administración y demás departamentos, entre otras funciones fuera de su cargo.

Criterios

La situación comentada en el apartado anterior contrarias al ANTI-FRAUD PLAN, leyes estatales y federales de cumplimiento de supervisión de fondos federales.

Efectos

Esta situación comentada impide tener un control efectivo en los procesos internos supervisión y fiscalización, falta de control interno, desviación de funciones y violación de las políticas, leyes y derechos de los proveedores. Además, del impedimento de la recuperación de la cantidad de 24 millones de dólares si se determinaba que estos habían sido pagados indebidamente, ya que existe un periodo de tiempo establecido de 3 años para recuperar cualquier cantidad de dinero pagado en exceso. Teniendo un impacto directo en las finanzas y objetivos de la empresa y los programas federales por la violación y falta de diligencia de las cantidades a recobrar. Además de violación de los procesos y políticas por parte de los investigadores de fraude por falta de supervisión, como ventajas indebidas de los investigadores sobre los proveedores y desviación de normas como las ocurridas con Gary Jizmejian.

Causa

Atribuimos las situaciones comentadas a falta de personal en la unidad, además de que el director se apartó de las disposiciones citadas. Además, tampoco supervisó adecuadamente las funciones realizadas por el personal encargado de recursos humanos de registrar dichas obligaciones.

Recomendaciones:

Es imperativo contratar a más investigadores de fraude de manera inmediata, entre estos un total de 5 investigadores más; se recomienda contratar un director más a tiempo completo, que ayude con las funciones debido a la complejidad y trabajo que deben supervisar y dirigir, y a su vez se cumplen con los objetivos legales, económicos y de supervisión que son imperativos en esta esfera de fraude.

SECCION 7: CONCLUSIÓN

El fraude en los servicios de salud es y continuara siendo un problema de mayor rango para el gobierno federal. El fraude en los servicios de salud está atado al crimen cibernético, toda vez que los servicios de salud se facturan a través de transacciones electrónicas, las cuales están sujetas a regulaciones y sanciones específicas. A su vez trae como consecuencia que los cambios en las tecnologías sean un factor intrínseco cuando se habla de fraude en los servicios de salud. Tuvimos la oportunidad de ver la referencia de un caso tan reciente como para el 2019 donde a través de las nuevas tendencias de tecnología utilizando la telemedicina, se llevo a cabo un fraude por mas de mil millones de dólares.

Es imperativo que se adopten nuevas regulaciones al área de fraude en los servicios de salud e incorporen nuevas sanciones y regulaciones en virtud de los cambios tecnológicos y nuevas tendencias dadas recientemente. Igualmente, los controles internos son una pieza muy importante para evitar que ocurra fraude dentro de las empresas, como fue el caso que tuvimos la oportunidad de analizar, en el cual uno de los acusados era un Investigador de fraude de una de las aseguradoras afectadas. Este se aprovechó de su posición para defraudar a la aseguradora para la cual trabajaba como ayudando en conspiración con los otros acusados para defraudar por aproximadamente 20 millones de dólares a varias aseguradoras.

El fraude en los servicios de salud nos afecta a todos directa e indirectamente, esto conlleva el aumento de los servicios médicos, falta de confianza, limitación de servicios, baja la calidad del servicios, etc. Es deber de todos luchar contra el fraude en los servicios de salud.

SECCION 8: REFERENCIAS

AccessData (2019). FORENSIC TOOLKIT (FTK)- Digital Investigations. Recuperado de <https://accessdata.com/products-services/forensic-toolkit-ftk>

Aiding and Abetting and Causing an Act to Be Done, 18 U.S.C. §§ 2

American Medical Association (2019). CPT- Current Procedural Terminology, Recuperado de <https://www.ama-assn.org/practice-management/cpt/cpt-overview-and-code-approval>

Anthem (2019) Glossary – Beneficiary. Recuperado de <https://www.anthem.com/glossary/>

Anthem (2019) Glossary – Healthcare Services. Recuperado de <https://www.anthem.com/glossary/>

Anthem (2019) Glossary – Health Insurance Carrier. Recuperado de <https://www.anthem.com/glossary/>

Centers for Medicare & Medicaid Services (2019). MEDICARE FRAUD & ABUSE: PREVENT, DETECT, REPORT. Recuperado de <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/Fraud-Abuse-MLN4649244.pdf>

Criminal Forfeiture, 18 U.S.C. §§ 982(a)(7), 8 U.S.C. §§ 2461(c)

Conspiracy to Commit Health Care Fraud, 18 U.S.C. §§ 1349

Department of Justice (2019). 18 U.S.C. § 2 is not an independent offense. Recuperado de: <https://www.justice.gov/jm/criminal-resource-manual-2476-18-usc-2-not-independent-offense>

Department of Justice (2019). Federal Law Enforcement Action Involving Fraudulent Genetic Testing Results in Charges Against 35 Individuals Responsible for Over \$2.1 Billion in Losses in One of the Largest Health Care Fraud Schemes Ever Charged. Recuperado de <https://www.justice.gov/opa/pr/federal-law-enforcement-action-involving-fraudulent-genetic-testing-results-charges-against>

Department of Justices, (June 22, 2016). Seven Charged in Puerto Rico as part of Largest National Medicare Fraud Takedown in History, Recuperado de: <https://www.justice.gov/usao-pr/pr/seven-charged-puerto-rico-part-largest-national-medicare-fraud-takedown-history>

Eoghan, C. (Fall 2002). "Practical Approaches to Recovering Encrypted Digital Evidence". International Journal of Digital Evidence. Utica, New York: Economic Crime Institute, Utica College. Recuperado de: <https://www.worldcat.org/title/international-journal-of-digital-evidence/oclc/223384589>

Estupiñán, G. R. (2015). Control interno y fraudes: Análisis de informe coso i, ii y iii con base en los ciclos transaccionales. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>

False Claim Act, 31 U.S.C. § 3729 (a)

False claims procedure, 31 U.S.C. § 3731 (b)

Financial Crimes Report 2005." FBI. 2005. Web. 18 Apr. 2012. Recuperado de: http://www.fbi.gov/statservices/publications/fcs_report2005/fcs_2005

Gee J, Button M, Brooks G, Vincke P. (December 20, 2010). The financial cost of healthcare fraud (Internet) Portsmouth: University of Portsmouth, MacIntyre Hudson, Milton Keynes. Recuperado de: [http://eprints.port.ac.uk/3987/1/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud-Final-\(2\).pdf](http://eprints.port.ac.uk/3987/1/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud-Final-(2).pdf) .

Health Insurance Portability and Accountability Act (1996), 18 USC § 24 (a)

Health Care Fraud, 18 U.S.C. §§ 1347

Medicare (2019). Glossary- Claim. Recuperado de <https://www.medicare.gov/glossary/m>

Medicare (2019). Glossary- Medical Necessity- Recuperado de <https://www.medicare.gov/glossary/m>

U.S. Department of Health and Human Services and Department of Justice (2007). Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report for FY 2007. Recuperado de <https://oig.hhs.gov/publications/docs/hcfac/hcfacreport2007.pdf>

U.S. Department of Health and Human Services and Department of Justice (2018). Health Care Fraud and Abuse Control Program Annual Report for FY 2018. Recuperado de <https://oig.hhs.gov/publications/docs/hcfac/FY2018-hcfac.pdf>

United States of America vs. Gary Jizmejian (Central District Court of California, 2018)