



## Carta Normativa 20-0122 **Enmendada**

27 de enero de 2026

**A: Organizaciones de Manejo Coordinado de Salud (MCO's) contratadas para ofrecer el Plan Vital, Organizaciones Medicare Advantage (MAO's) contratadas ofrecer Medicare Platino y Administradores del Beneficio de Farmacia (PBM's)**

**Re: Referidos a la Unidad de Control de Fraude al Medicaid (PRMFCU)**

Esta Carta Normativa se emite con el propósito de detallar el proceso de referido de casos de las Organizaciones de Manejo Coordinado de Salud (MCO's por sus siglas en inglés) contratadas para ofrecer el Plan Vital, Organizaciones Medicare Advantage (MAO's por sus siglas en inglés) contratadas para ofrecer Medicare Platino y Administradores de Servicios de Farmacia (PBM's por sus siglas en inglés) a la Unidad de Control de Fraude al Medicaid (PRMFCU). El cumplimiento con esta directriz no elimina el requisito de reportar los casos a la Oficina de Cumplimiento de la ASES según requerido en la Sección 13.5 del Contrato. No obstante, se aclara que, ningún MCO, MAO o PBM puede comenzar proceso administrativo de recobro o tomar otras acciones con relación a un caso de sospecha creíble de fraude sin el consentimiento expreso de PRMFCU y la ASES.

Como es de su conocimiento, la Ley Núm. 154 del 23 de julio de 2018 ("Ley Núm. 154-2018") y la Orden Administrativa 2018-02 del Departamento de Justicia, crean la Unidad de Control de Fraude al Medicaid ("la Unidad"). La Unidad está adscrita a la Oficina del Secretario (a) de Justicia. Esta tendrá como propósito principal investigar y procesar criminalmente el fraude al Programa de Medicaid por parte de proveedores de servicios de salud. También investigará aquellas querellas de abuso y negligencia a los pacientes institucionalizados ("patient abuse and neglect") que vengan de referidos por los diferentes organismos del orden público, aquellas agencias encargadas del bienestar de esta población y aquellos referidos de ciudadanos particulares. De igual modo, el personal de la Unidad estará sometiendo demandas civiles por reclamaciones fraudulentas al Programa de Medicaid según autorizado por la misma Ley 154-2018.

lp

El 17 de diciembre de 2018, la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos Federal (HHS-OIG) aprobó y certificó la propuesta para la creación de la Unidad en Puerto Rico. La Unidad de Control de Fraude al Programa Medicaid, conocida por sus siglas en inglés como PRMFCU, comenzó sus funciones el 8 de enero de 2019.

PRMFCU y la HHS-OIG son agencias del orden público y, por ende, reciben referidos de distintas agencias y entidades relacionados con potencial fraude y/o abuso y negligencia en personas institucionalizadas. Todos los referidos son evaluados para determinar si hay jurisdicción y aquellos que evidencien una alegación creíble de fraude o abuso y negligencia, se investigarán preliminarmente. El PRMFCU y HHS-OIG tienen sesenta (60) días para notificar a la fuente de referido si el caso se aceptará o se rechazará. Esto, luego de una investigación preliminar.

La Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS-OIG) publicó recientemente el informe en el cual se identificaron deficiencias significativas en los referidos de posibles casos de fraude, desperdicio y abuso por parte de planes de cuidado administrado de Medicaid y Medicare Advantage. <https://oig.hhs.gov/reports/all/2025/some-medicaid-managed-care-plans-made-few-or-no-referrals-of-potential-provider-fraud/>.

El informe destaca, entre otros aspectos, que un número considerable de planes no realizó referidos o realizó un número mínimo de referidos de posible fraude de proveedores, a pesar de administrar fondos públicos sustanciales y de contar con obligaciones contractuales y regulatorias claras en materia de integridad del Programa.

A la luz de estos hallazgos, se les recuerda a los MCOs, MAOs y PBM que tienen la responsabilidad de establecer, mantener y ejecutar procesos efectivos para la identificación, documentación y referido oportuno de posibles casos de fraude, desperdicio y abuso, conforme a los requisitos contractuales aplicables, las regulaciones federales y estatales, y las guías emitidas por CMS.

De acuerdo con la reglamentación federal, fraude se define como cualquier acto que constituya fraude a tenor con un estatuto Federal o Estatal. Esta conducta puede incluir engaño, encubrir un hecho relevante a un potencial fraude, falsa representación de manera intencional, ignorancia deliberada de la verdad o desprecio temerario por la verdad.

En aras de que el PRMFCU y HHS-OIG puedan llevar a cabo su función, se requiere de los MCO's, MAO's y PBM's que los referidos sean tramitados directamente al PRMFCU y OIG-HHS de la siguiente manera:

- A. En casos de una alegación de potencial fraude al Programa de Asistencia Médica (*Medicaid*, por parte de proveedores de servicios de salud el referido deberá ser completado en el formulario que se incluye como Anejo A, dirigido al PRMFCU y

a HHS-OIG.

- B. En los casos relacionados a potencial abuso negligencia en pacientes institucionalizados, el referido deberá ser completado en el formulario que se incluye como Anejo B, dirigido al PRMFCU.
- C. En los casos relacionados a Medicare tradicional y *Medicare Advantage*, el referido deberá ser dirigido a la HHS-OIG.

Los referidos sobre potencial fraude, podrán ser remitidos en papel, vía correo regular o mediante correo electrónico. No será necesario encuadernarlo en algún medio específico. Es importante que el formulario correspondiente esté completado en todas sus partes e incluir toda aquella información relevante que permita una evaluación efectiva del caso. Esto es, auditoría realizada por la entidad con todos los documentos que la sustentan, plantilla con los resultados de la auditoría, según aplique a la disciplina auditada, presentación en Power Point describiendo en narrativo el caso referido y cualquier otro documento que la Unidad de Investigaciones Especiales de la entidad entienda pueda sustentar el referido, entre otros.

El PRMFCU y la HHS-OIG, no aceptarán referidos relacionados con auditorías trimestrales parciales que no evidencian un potencial fraude. Además de lo anterior, ningún MCO, MAO, PBM o agencia gubernamental puede emitir recomendaciones y sugerencias sobre cómo proceder con el caso referido. Ninguna agencia o entidad gubernamental, está autorizada a solicitar a las entidades que va dirigida esta Carta Normativa, información adicional a nombre, ni en representación del PRMFCU ni de HHS-OIG.

Una vez asignado el referido para evaluación preliminar, el personal de las entidades podrá ser invitado a entrevista u otra gestión por el personal del PRMFCU o la HHS-OIG quienes tienen autoridad legal para requerir información adicional.

Le incluimos los contactos de ambas agencias, tanto físico, postal como correo electrónico para fácil referencia.

PUERTO RICO MEDICAID FRAUD CONTROL UNIT	HHS-OIG-PR
<b>Física:</b>  <i>Puerto Rico Medicaid Fraud Control Unit</i> Departamento de Justicia Ave. Jesús T. Piñero Esq. Tnte. Cesar González #677 Suite 502 San Juan, Puerto Rico 00919 (787) 721-2900 ext. 1561 ó 1560	<b>Física:</b>  HHS-OIG Puerto Rico Field Office 350 Chardon Avenue Suite 235 San Juan, Puerto Rico 00918 (787) 774-4131
<b>Postal:</b>	<b>Postal:</b>  HHS-OIG Puerto Rico Field Office 350 Chardon Avenue

Departamento de Justicia PO Box 9020192 San Juan, Puerto Rico 00902-0192 <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:PRMFCU@justicia.pr.gov">PRMFCU@justicia.pr.gov</a>	Suite 235 San Juan, Puerto Rico 00918  <b>Correo electrónico:</b> <a href="mailto:jose.soto@oig.hhs.gov">jose.soto@oig.hhs.gov</a> <a href="mailto:NYCOIFOSanJuan@oig.hhs.gov">NYCOIFOSanJuan@oig.hhs.gov</a>
--	--

Por lo tanto, el siguiente lenguaje incluido en la Sección 13.5.8 del contrato de los MCO's y en la Sección 10.5.6 del contrato con los MAO's queda temporariamente suspendido:

"[...] In addition, for any cases related to Provider Fraud, which ASES must refer to the Medicaid Fraud Control Unit, the Contractor shall refrain from, or suspend any attempt to, recoup amounts related to the reported instance of Provider Fraud from the referred Provider for a period of thirty (30) Calendar Days while the Medicaid Fraud Control Unit conducts its preliminary evaluation. The Contractor may resume recoupment efforts subsequent to the thirty (30) Calendar Days unless otherwise instructed by the Medicaid Fraud Control Unit or ASES. [...]"

Aquellos casos que sean referidos directamente al PRMFCU y HHS-OIG por los MCOs, MAOs y PBMs, deben ser notificados simultáneamente a la Oficina de Cumplimiento de la ASES. Según ya expresado, PRMFCU y HHS-OIG informarán su aceptación o denegación del caso dentro de sesenta (60) días. Si el caso no es aceptado por PRMFCU o HHS-OIG, el mismo continuará siendo tramitado por el MCO, MAO y/o PBM en estricta colaboración con la Oficina de Cumplimiento de la ASES. Ello conforme a la Carta Normativa 17-0214 Enmendada.

Esperamos el fiel cumplimiento con esta Carta Normativa.



Carlos A. Santiago Rosario, JD, L.L.M., MHSA, FACHE, CHC  
Director Ejecutivo