GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

Carta Normativa 25-0519

19 de mayo de 2025

A: Todas las Organizaciones de Manejo Coordinado de Salud (MCOs por sus siglas en inglés) contratadas para proveer servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno- Plan Vital

RE: Exención de pago o co-pagos a beneficiarios bajo cuidado de hospicio y requisito de informar

---

El 42 CFR § 447.56(a)(1)(ix) dispone que "An individual receiving hospice care, as defined in section 1905(o) of the So*cial Security Act*," está exento realizar pago o co-pago alguno por dichos servicios. A su vez, esta disposición se integró en la sección 10.5.1.3 (*Provider Payment*) del contrato entre el MCO y ASES, la cual establece que la aseguradora deberá garantizar que los miembros del Plan sean responsables sólo por el pago o co-pago de servicios médicos, según descritos en la Sección 9.3 del Contrato y su Anejo 8. En la página 11 del Anejo 8 la exención de pago o co-pago a beneficiarios bajo cuidados de hospicio se detalla en el apartado 4 de la sección sobre las exenciones a beneficiarios y en la Nota 1 de la Tabla al final de dicho Anejo.

Ante esto, le notificamos oficialmente que a los beneficiarios bajo Hospicio **no** se les solicite pago o co-pago alguno por todos los servicios de hospicio que reciben.

De otra parte, y en el marco de los esfuerzos continuos de ASES para mejorar la reconciliación de datos, solicitamos que mensualmente (manteniendo la regla de los reportes mensuales del "Reporting Guide") se provea a Puerto Rico Medicaid Programa (PRMP) con copia a la ASES, la data relacionada con los miembros bajo cuidados de hospicio y depositen los informes en las siguientes carpetas:

PRMMIS>PROD>SUBMIT_TO_PRMMIS>INTERFACE_FILES> carrier name

ASES: Share Folder bajo Path: FTP_Nombre de su Aseguradora_Hospicio

GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD

Le incluimos el formato con los campos requeridos en el reporte.

Detailed Specifications:

Field #	Field Name	SIZE	Type	Format/Values	Required/Optional
1	MEM MPI	11	Text	12345678901	Required
2	LAST NAME 1	20	Text	right trim spaces	Required
3	LAST NAME 2	20	Text	right trim spaces	Optional
4	FIRST NAME	20	Text	right trim spaces	Required
5	MIDDLE INITIAL	1	Text	right trim spaces	Optional
6	SEX	1	Text	M (Male) F (Female) U (Unknown)	Required
7	SOCIAL SECURITY NUMBER	9	Number	123456789	Required
8	BIRTH DATE	8	Date	YYYYMMDD	Required
9	MUNINCIPALITY	3	Text		Optional
10	HOPICE COVERAGE BEGIN DATE	8	Date	YYYYMMDD	Required
11	HOSPICE COVERAGE END DATE	8	Date	YYYYMMDD	Required
12	DATE OF DEATH	8	Date	YYYYMMDD	Optional

Agradecemos su disposición para cumplir este requisito, que es esencial para mejorar la calidad y precisión de los servicios prestados a nuestros beneficiarios. Este reporte será incluido más adelante en la Guía de Reporte.

Cualquier pregunta sobre esta solicitud puede contactar a Edwin Navarro a navarro.edwin@salud.pr.gov.

Cordialmente,

Elia E. Rivera Soto
Directora Auxiliar de Cumplimiento Interina
Oficina de Cumplimiento