

## Carta Trámite

20 de mayo de 2025

A: A todos los Hospicios Contratados por First Medical Health Plan, Inc., para el Plan Vital

**Re: *Carta Normativa 25-0519 Exención de pago o co-pagos a beneficiarios bajo el cuidado de hospicio y requisito de informar***

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc., (FMHP).

Adjunto a este comunicado encontrará la Carta Normativa 25-0519 de la Administración de Seguros de Salud, (ASES).

A través de esta Carta Normativa, la ASES informa que a los beneficiarios del Plan Vital bajo Hospicio no se les debe solicitar pago o co-pago alguno por todos los servicios de hospicio que reciben.

Esta determinación es parte del 42CFR§ 447.56 (Código de Regulaciones Federales, CFR por sus siglas en inglés) donde establece en la sección (a)(1)(ix): “*An Individual receiving hospice care, as defined in section 1905(o) of the Social Security Act*”, que están exentos realizar pago o co-pago alguno por dichos servicios.

Para detalles específicos sobre la información provista por la ASES, le exhortamos a leer detenidamente la Carta Normativa 25-0519.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita información adicional relacionada a este comunicado, siéntase en la libertad de comunicarse con nuestro Centro de Servicio al Proveedor al número libre de cargos 1-844-347-7802 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. También, puede acceder a nuestra página electrónica [www.firstmedicalvital.com](http://www.firstmedicalvital.com).

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento  
First Medical Health Plan, Inc.



## 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 *Social 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	MUNICIPALITY	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](mailto:navarro.edwin@salud.pr.gov).

Cordialmente,

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