



Carta Trámite

13 de octubre de 2026

A: Todos los Proveedores Contratados por First Medical Health Plan, Inc. para el Plan Vital

Re: Carta Circular ASES-CC-2026-0015-OC Disponibilidad de Expedientes para auditoría y asuntos relacionados con la Notificación de Decisiones - Solicitud de Beneficios Médicos (MA - 10) Bajo el Modelo de Facturación de APR-DRG

Estimado(a) Proveedor(a):

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

Adjunto a este comunicado encontrará la Carta Circular ASES-CC-2026-0015-OC de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).

A través de esta Carta Circular, ASES reitera las disposiciones relacionadas con la auditoría retrospectiva pospago bajo el Modelo APR-DRG, de conformidad con las obligaciones federales de revisión y control de utilización establecidas en 42 CFR Partes 438 y 456. Asimismo, recuerda que las instituciones hospitalarias dispondrán de un periodo no mayor de catorce (14) días calendario, contados a partir de la fecha de pago efectivo de la reclamación, para someter el expediente clínico completo al representante designado por el MCO. Cualquier diferencia identificada deberá canalizarse mediante el proceso de apelación establecido, sin limitar el acceso al expediente médico.

Con relación a la Notificación de Decisión — Solicitud de Beneficios Médicos (antes MA-10), ASES reconoce la importancia de este documento en los casos donde el paciente no se encontraba elegible al Plan Vital al momento de su admisión. Debido a los retrasos reportados en la entrega de estos documentos por parte de los pacientes que en ocasiones excede 20 días, ASES ha determinado otorgar un periodo extendido de hasta noventa (90) días en beneficio de las instituciones hospitalarias para presentar la facturación correspondiente.

Para detalles específicos sobre la información provista por la ASES, le exhortamos a leer detenidamente la Carta Circular ASES-CC-2026-0015-OC Disponibilidad de Expedientes para auditoría y asuntos relacionados con la Notificación de Decisiones - Solicitud de Beneficios Médicos (MA - 10) Bajo el Modelo de Facturación de APR-DRG de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES).

Si usted tiene alguna pregunta relacionada a este comunicado y/o necesita información adicional, 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 www.firstmedicalvital.com.

Cordialmente,

Departamento de Cumplimiento
First Medical Health Plan, Inc.



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO



9 de octubre de 2026

CARTA CIRCULAR ASES-CC-2026-0015-OC

PARA: ORGANIZACIONES DE CUIDADO COORDINADO (MCO's) CONTRATADAS BAJO EL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO - PLAN VITAL, HOSPITALES, GRUPOS MEDICOS PRIMARIOS (GMP) Y PROVEEDORES PARTICIPANTES QUE OFRECEN SERVICIOS AL PLAN VITAL

ASUNTO: DISPONIBILIDAD DE EXPEDIENTES PARA AUDITORÍA Y ASUNTOS RELACIONADOS CON LA NOTIFICACIÓN DE DECISIONES – SOLICITUD DE BENEFICIOS MÉDICOS (MA – 10) BAJO EL MODELO DE FACTURACIÓN DE APR-DRG

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) reitera varias disposiciones esenciales, vinculadas al proceso de auditoría retrospectiva pospago bajo el modelo de facturación APR-DRG, conforme a la Guía de Revisión y Utilización Hospitalaria APR-DRG vigente.

ASES ha identificado un número significativo de instituciones hospitalarias que, una vez emitido el pago correspondiente por parte del MCO, no están poniendo a disposición los expedientes médicos ni facilitando los casos para completar el proceso de auditoría requerido. De conformidad con las obligaciones federales de revisión y control de utilización establecidas en 42 CFR Partes 438 y 456, recordamos que la auditoría retrospectiva pospago es un componente indispensable del modelo de supervisión, diseñado para garantizar la consistencia metodológica, la integridad programática y la aplicación objetiva de los criterios clínicos conforme a la normativa federal aplicable.

Dura No constituye una práctica correcta ni financieramente saludable que una facilidad hospitalaria retenga el expediente una vez recibido el pago. Cualquier diferencia identificada por la institución hospitalaria debe canalizarse a través del proceso de apelación establecido sin limitar el acceso al expediente médico.

El modelo APR-DRG corresponde a un pago global por episodio de hospitalización. En consecuencia, la revisión del caso debe realizarse una vez concluido el episodio, utilizando el expediente médico completo, evitando evaluaciones parciales o segmentadas que no respondan a la estructura del modelo.

La Guía dispone expresamente que las instituciones hospitalarias dispondrán de un periodo no mayor de catorce (14) días calendario, contados a partir de la fecha de pago efectivo de la reclamación, debidamente evidenciado mediante transferencia bancaria, comprobante de pago o confirmación oficial de acreditación para someter el expediente clínico completo al representante clínico designado por el MCO.

Reiteramos la responsabilidad de las instituciones hospitalarias y los MCO de establecer mecanismos internos de coordinación y comunicación efectiva entre el Departamento de Utilización Médica y las áreas de Ciclo de Ingresos, a fin de asegurar la identificación oportuna de pagos reconciliados y la disponibilidad del expediente médico dentro de los términos aplicables. Es imperativo que ambas partes mantengan procesos operacionales alineados que aseguren atención efectiva y ordenada de las situaciones que surjan durante la revisión.

Asimismo, recordamos que las instituciones hospitalarias conservan el derecho de presentar apelaciones ante cualquier determinación adversa realizada por el MCO.

En cuanto a la Notificación de Decisión – Solicitud de Beneficios Médicos (antes MA-10), ASES reconoce la importancia de este documento en los casos donde el paciente no se encontraba elegible al Plan Vital al momento de su admisión. La Guía establece un período adicional de quince (15) días laborables, contados a partir de la fecha de emisión de la notificación. No obstante, debido a los retrasos reportados en la entrega de estos documentos por parte de los pacientes, que en ocasiones superan veinte (20) días, ASES ha determinado otorgar un periodo extendido de hasta noventa (90) días en beneficio de las instituciones hospitalarias para presentar la facturación correspondiente.

ASES reafirma su compromiso con la transparencia, la uniformidad en los procesos y el cumplimiento de las disposiciones federales aplicables al modelo APR-DRG. Para atender consultas relacionadas al modelo de pago, pueden comunicarse a info-aprdrgrg@ases.pr.gov o al 787-474-3300 extensiones 1102 o 1110.

Cordialmente,



Lcda. Diraida Maldonado, MHSA

Directora de Operaciones Clínicas

Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO



October 9, 2026

CIRCULAR LETTER ASES-CL-2026-0015-OC

TO: MANAGED CARE ORGANIZATIONS (MCOs) CONTRACTED UNDER THE GOVERNMENT HEALTH PLAN – PLAN VITAL, HOSPITALS, PRIMARY MEDICAL GROUPS (PMG), AND PARTICIPATING PROVIDERS THAT OFFER SERVICES TO PLAN VITAL

SUBJECT: AVAILABILITY OF RECORDS FOR AUDIT AND MATTERS RELATED TO THE NOTICE OF DECISION – REQUEST FOR MEDICAL BENEFITS (MA-10) UNDER THE APR-DRG PAYMENT MODEL

The Puerto Rico Health Insurance Administration (ASES) reiterates several essential provisions related to the retrospective post-payment audit process under the APR-DRG billing model, in accordance with the current APR-DRG Hospital Review and Utilization Guide.

ASES has identified a significant number of hospital institutions that, once the corresponding payment has been issued by the MCO, are not making medical records available nor facilitating the cases required to complete the audit process. In accordance with the federal obligations for review and utilization control established in 42 CFR Parts 438 and 456, we remind you that retrospective post-payment auditing is an indispensable component of the oversight model, designed to ensure methodological consistency, programmatic integrity, and objective application of clinical criteria in compliance with applicable federal regulations.

It is neither appropriate practice nor financially sound for a hospital facility to withhold the medical record once payment has been received. Any discrepancy identified by the hospital must be addressed through the established appeal process, without limiting access to the medical record.

The APR-DRG model corresponds to a global payment per hospitalization episode. Consequently, case review must be conducted once the episode has concluded, using the complete medical record and avoiding partial or segmented evaluations that do not align with the structure of the model.

The Guide expressly states that hospital institutions shall have no more than fourteen (14) calendar days from the date of effective payment of the claim, properly evidenced by bank transfer, payment voucher, or official confirmation of posting, to submit the complete clinical record to the clinical representative designated by the MCO.

We reiterate the responsibility of hospital institutions and MCOs to establish internal mechanisms for coordination and effective communication between the Medical Utilization Department and Revenue Cycle areas, to ensure timely identification of reconciled payments and the availability of the medical record within applicable timeframes. It is imperative that both parties maintain aligned operational processes to ensure effective and orderly management of situations that arise during the review.

We also remind you that hospital institutions retain the right to file appeals for any adverse determination made by the MCO.

Regarding the Notice of Decision – Request for Medical Benefits (formerly MA-10), ASES recognizes the importance of this document in cases where the patient was not eligible for Plan Vital at the time of admission. The Guide establishes an additional period of fifteen (15) business days, counted from the date of issuance of the notice. However, due to reported delays in the delivery of these documents by patients, often exceeding twenty (20) days, ASES has determined to grant an extended period of up to ninety (90) days for the benefit of hospital institutions to submit the corresponding billing.

ASES reaffirms its commitment to transparency, uniformity in processes, and compliance with federal provisions applicable to the APR-DRG model. For inquiries related to the payment model, you may contact info-aprdrgrg@ases.pr.gov or 787-474-3300 extensions 1102 or 1110.

Cordially,



Lcda. Diraida Maldonado, MHSA
Clinical Operations Director
Puerto Rico Health Insurance Administration (ASES)