Modelo de Carta

[Fecha]

[Nombre proveedor]
[Dirección postal
Ciudad, PR Zip Code]

Asunto: Suspensión de Pago al Proveedor

Estimado proveedor:

El contrato entre [Nombre Entidad] con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), para manejar los servicios de Plan de Salud del Gobierno (PSG), establece que la entidad aseguradora deberá suspender pagos a un proveedor cuando una alegación creíble de fraude esté siendo investigada. Esta acción se realiza por recomendación de [Nombre Entidad] y la aprobación de ASES.

Por tal razón, le notificamos que se ha iniciado una investigación por una alegación creíble de fraude relacionada a sus servicios. Las alegaciones generales que nos han llevado a esta determinación de suspensión de pagos pueden incluir, pero no se limitan a:

- ☐ Presentación de una querella
- ☐ Análisis de reclamaciones
- ☐ Identificación de patrones en la utilización, mediante auditorías internas o monitoreo
- ☐ Otros:_____

[Nombre Entidad] no está obligado a revelar información específica sobre una investigación en curso y ha revisado cuidadosamente todas las alegaciones, hechos y pruebas antes de tomar esta acción. Como resultado de la alegación de fraude antes descrita, se le suspenderá los pagos a usted a partir del [Fecha] de acuerdo con el Titulo 42 del Código de Reglamentación Federal (CFR por sus siglas en inglés), Sección §455.23 sobre Suspensiones de Pago en Casos de Fraude.

Esta suspensión aplica a [Todos los servicios o indique el servicio específico] facturado(s) bajo el siguiente número de proveedor NPI [Insertar Número]. Cualquier intento de eludir esta acción de suspensión de pagos, mediante la presentación de reclamaciones por servicios prestados bajo este número u otros números de facturación, podría resultar en la terminación de su contrato. La suspensión de pago es de manera temporera. La misma podrá ser terminada de no tener evidencia suficiente de acciones fraudulentas o una vez completados los procesos legales relacionados al alegado fraude.

Usted tiene el derecho de solicitar una apelación y presentar evidencia por escrito para ser considerada. Favor de incluir copia de esta notificación con su solicitud de apelación y enviarlo dentro de los próximos quince (15) días a:

[Nombre Entidad/ Departamento
Dirección postal
Fax o correo electrónico]

Luego de recibir la evidencia le será notificada la decisión, la cual será tomada en el periodo de ____días [laborables o calendario].

Si tiene alguna pregunta en relación a esta notificación, favor de comunicarse al (XXX) XXX-XXXX.

Atentamente,

[Nombre]
[Título]
[Departamento]

c: Director de Cumplimiento, ASES