

8 de marzo de 2023

A TODOS LOS PROVEEDORES INSTITUCIONALES DEL PLAN DE SALUD MENONITA VITAL

RE: REQUISITOS AL FACTURAR *HOSPITAL ACQUIRED CONDITIONS* (HAC) Y *PRESENT ON ADMISSION* (POA)

Estimado(a) proveedor(a):

En el Plan de Salud Menonita Vital nuestro compromiso es trabajar con usted de manera integrada y coordinada para un mejor trabajo en el proceso de las reclamaciones relacionadas a los servicios de nuestros asegurados.

En cumplimiento con los requisitos del contrato de ASES (artículo 7.1.1.1), la sección 2702 del *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA) y 42 CFR 434.6(12), 438.3(g) y 447.26, PSM debe exigir que las facilidades hospitalarias informen las condiciones adquiridas en la facilidad (*Hospital Acquired Conditions* o HAC, por sus siglas en inglés) utilizando el indicador de diagnóstico presente al momento de la admisión (*Present on Admission* o POA, por sus siglas en inglés). A esos efectos, PSM desea compartir con nuestra red de proveedores institucionales información relacionada a este requisito, con vigencia inmediata, incluyendo los campos del formulario institucional UB-04 / CMS-1450 establecidos por el Comité Nacional de Facturación Uniforme (*Uniform National Billing Committee*) que deben incluirse en cada reclamación.

I. Condiciones adquiridas en la facilidad (*Hospital Acquired Conditions* o HAC, por sus siglas en inglés)

Según establece CMS¹, algunos ejemplos de HAC son:

- a. Objeto extraño retenido después de la cirugía,
- b. Embolia de aire,
- c. Incompatibilidad sanguínea,
- d. Úlceras por presión en estadio III o IV,
- e. Infección del tracto urinario asociada al catéter,
- f. Infección asociada a catéter vascular,
- g. Caídas y traumas, incluyendo fracturas, dislocaciones, lesiones intracraneales, lesiones por aplastamiento, quemaduras, descargas eléctricas y otros,
- h. Infección en la herida quirúrgica, y/o
- i. Manifestaciones de mal control glucémico.

¹ https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcqCond/Hospital-Acquired_Conditions

II. Indicador de diagnóstico presente al momento de la admisión (*Present on Admission* o POA, por sus siglas en inglés)

El indicador POA indica que existe una afección médica al momento de la admisión en el hospital, incluyendo las que se desarrollan durante un encuentro ambulatorio, como sala de emergencias, sala de observación o cirugía ambulatoria.

Los siguientes indicadores POA son aceptados en las reclamaciones institucionales:

- **Y:** el diagnóstico estaba presente al momento de la admisión del beneficiario.
- **N:** el diagnóstico no estaba presente al momento de la admisión del beneficiario
- **U:** la documentación es insuficiente para determinar si la condición estaba presente al momento de la admisión.
- **W:** clínicamente indeterminado; puede que el proveedor no pueda determinar si la condición estaba presente al momento de la admisión del beneficiario.
- **1 / (En blanco):** el diagnóstico está exento de reportar el indicador POA; solo se aplica si el diagnóstico está en la lista de exención aprobada. **(Para reclamaciones electrónicas, el indicador debe ser 1, no se debe dejar en blanco).**

III. Diagnósticos exentos de indicador POA

Existen escenarios donde los códigos de diagnósticos ICD-10-CM se consideran exentos de reportar un indicador POA, pues no le aplica debido a que representan circunstancias relacionadas al encuentro de salud o factores que influyen en estado de salud que no representan una enfermedad o lesión actual o que siempre están presentes al momento de la admisión.

El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) provee una lista completa de los códigos exentos de POA, la cual es revisada y actualizada anualmente; puede visitar el siguiente enlace para el detalle y más información: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcqCond/Coding.html>

Cuando un diagnóstico está exento de POA el valor de ese campo debe estar en blanco (para reclamaciones electrónicas, el indicador debe ser 1, no se debe dejar en blanco), si viene con algún otro indicador, se considera en la adjudicación de la reclamación como criterio de denegación.

IV. Facturación del POA en una reclamación a papel

El indicador POA es el octavo dígito del campo (FL) 67, diagnóstico principal y el octavo dígito de cada uno de los campos de diagnóstico secundario (FL 67 A - Q). Debe incluir el indicador POA aplicable (Y, N, U o W) para el diagnóstico principal y cualquier diagnóstico secundario como el octavo dígito, a menos que el diagnóstico esté exento del indicador POA.

- no se realizará pago de reclamaciones institucionales de pacientes hospitalizados por condiciones que se adquieran durante la hospitalización; y
- el indicador POA **U** no se puede informar en el diagnóstico primario.

PSM, en virtud de apoyar a los proveedores a conocer mejor las implicaciones de este requisito de facturación, **efectivo el 1ro de julio de 2023** comenzará a editar las reclamaciones de manera informativa, sin denegar las reclamaciones, pero incluyendo mensajes en su explicación de pago que le ayuden a identificar las áreas de oportunidad, donde podría haber una denegación por incumplimiento con este requisito. El mensaje que recibirá en la explicación de pago debe leer como sigue:

- **CARC 16:** *Claim/service lacks information or has submission/billing error(s). Usage: Do not use this code for claims attachment(s)/other documentation. At least one Remark Code must be provided (may be comprised of either the NCPDP Reject Reason Code, or Remittance Advice Remark Code that is not an ALERT.) Refer to the 835 Healthcare Policy Identification Segment (loop 2110 Service Payment Information REF), if present.*
- **RARC N434:** *Missing/Incomplete/Invalid Present on Admission indicator.*

Efectivo el 1ro de enero de 2024, PSM comenzará a editar en propiedad las reclamaciones de acuerdo a las implicaciones arriba detalladas, denegando cuando así corresponda o permitiendo el pago cuando se cumplan los requisitos del indicador POA.

Si desea obtener más información sobre el programa HAC/POA de CMS, incluidos los requisitos de facturación, el siguiente sitio de CMS proporciona más información:

- <http://www.cms.hhs.gov/HospitalAcqCond/>
- <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/wPOA-Fact-Sheet.pdf>

Puede obtener detalles adicionales en las guías de facturación de la Asociación Americana de Hospitales (AHA, por sus siglas en inglés), detalladas en el UB-04 Manual, también conocido como *Uniform Billing Editor* (UBE): <https://www.nubc.org/>

De necesitar información adicional o para clarificar alguna duda, puede comunicarse con nosotros.

Centro de Servicio al Proveedor
1-855-297-0140 (libre de cargos)
Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
<https://psmconnet.psmpr.com>

Cordialmente,

Sandra V. Peña Pérez, PT, MHSA
Principal Oficial Administración Reclamaciones y
Operaciones de Sistemas de Información