

11 de septiembre de 2025

**A TODOS LOS HOSPITALES DE LA RED DE PROVEEDORES DE PSM VITAL (MEDICAID)**

**RE: FACTURACIÓN POR SERVICIOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CUMPLIMIENTO CON LA METODOLOGÍA DE PAGO APR-DRG**

En Comunicaciones previas PSM ha resaltado la importancia de que los hospitales adopten los nuevos requisitos de facturación como parte de la implementación del APR-DRG para Medicaid.

En esta comunicación, incluimos información general sobre requisitos para facturación en UB-04/8371<sup>1</sup>. Nuestro objetivo es que estén orientados en los cambios que serán necesarios tener implementados al facturar hospitalizaciones con fechas de alta a partir del 10/1/2025. La ausencia de estos requisitos en el sometimiento de la factura podrá resultar en rechazos a nivel del *clearinghouse* o denegaciones por ausencia de elementos requeridos para adjudicar un pago bajo la metodología DRG. PSM estará activando éditos para asistirles en este propósito y asegurar que recibamos una factura completa con todos los requisitos para poder realizar un pago basado en la codificación incluida.

Le recordamos que una codificación incorrecta de diagnósticos (primarios y secundarios), códigos de procedimientos, en los casos que aplique, y otros elementos requeridos para esta nueva metodología de pago, podrá resultar en una asignación de DRG con peso diferente al esperado afectando el pago final del servicio prestado.

Contamos con su colaboración y nos mantenemos a su orden para cualquier duda o pregunta.

**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

---

<sup>1</sup> Para detalles de los requisitos por campo en la forma UB-04 visite la página web de NUBC: [www.nubc.org](http://www.nubc.org)

### ***Facturación en la Reclamación Institucional (UB-04/8371)***

---

El APR-DRG es un sistema de agrupación de diagnósticos que permite clasificar a los pacientes hospitalizados en grupos homogéneos según su condición clínica y el nivel de complejidad del tratamiento requerido. Este sistema considera factores como la gravedad de la enfermedad, comorbilidades, complicaciones y otros aspectos relacionados con la atención médica.

En el sistema APR-DRG, la codificación y facturación son procesos fundamentales para garantizar que los hospitales reciban el reembolso adecuado por los servicios prestados a los pacientes. Por tal razón, la codificación debe ser precisa y completa para los diagnósticos que presenta el paciente y los procedimientos médicos que se le ofrecen. Con esta información, como mínimo, cada reclamación por servicio recibida en PSM podrá tener asignado el grupo DRG correspondiente y adecuado a la intensidad de los servicios prestados.

En esta comunicación enfatizaremos en campos de la reclamación institucional que deberán recibirse completado correctamente para que la pueda procesarse en el sistema de adjudicación de reclamaciones<sup>2</sup>. Posteriormente, PSM estará reforzando reglas de codificación de diagnósticos, primarios y secundarios, así como de procedimientos ofrecidos durante la hospitalización de un paciente beneficiario de Vital (Medicaid).

#### **I. Requisitos de facturación:**

##### **a) Fecha de nacimiento**

El proveedor incluye en este campo el mes, día y año de nacimiento (MMDDCCYY) del paciente.

##### **b) Fecha de Admisión**

La fecha en la que el paciente fue formalmente admitido/hospitalizado. Esta información debe ser acorde a la documentación de admisión que el medico incluye en el expediente del paciente.

##### **c) Fecha de Alta**

La fecha en la que el paciente fue formalmente dado de alta de la hospitalización. Esta información debe ser acorde a la documentación de alta que el medico incluye en el expediente del paciente.

##### **d) Estatus de Alta del Paciente**

Establece el estatus del paciente al momento del alta (*Through Date*). Los indicadores correspondientes a **Transferencia** del paciente a otra facilidad tendrán impacto en la metodología usada para el pago, según establecido en la Guía de ASES para APR-DRG<sup>3</sup>. Los códigos de estatus para transferencia válidos, basado en las guías de UB-04/8371 son:

**02** Discharged/transferred to a short-term general hospital for inpatient care.

---

<sup>2</sup> Para los requisitos de facturación a pacientes hospitalizados deberá referirse a las guías de facturación UB-04 y 8371 Versión 5010A2 según publicadas por el *National Uniform Billing Committee* (NUBC) y Guías de Implementación HIPAA (estándares X12), respectivamente.

<sup>3</sup> Puerto Rico All Patient Refined Diagnosis Related Group Reimbursement Guide: [PR APR DRG Guide](#)

- 05** Discharged/transferred to a designated cancer center or children's hospital.
- 07** Left against medical advice or discontinued care. \*Discharge code 07 will only apply if the patient is admitted to a different short-term acute care hospital on the same day as the discharge from the previous short-term acute care hospital.
- 82** Discharged/transferred to a short-term general hospital for inpatient care with a planned acute care hospital inpatient readmission.
- 85** Discharged/transferred to a designated cancer center or children's hospital with a planned acute care hospital inpatient readmission.

**e) Peso de nacimiento (*Birth weight*)**

El peso al nacer debe facturarse con el Código de Valor (Value Code) 54 y el peso del recién nacido en gramos. Incluya los gramos con un número entero sin decimales ni comas.

**f) Código de Condición (*Condition code*)**

El uso de este código es situacional ya que describe condiciones o eventos ocurridos durante el periodo facturado. Los códigos de condición son representaciones alfanuméricas de dos dígitos que se utilizan para identificar situaciones específicas relacionadas con el paciente, los servicios o la facturación que pueden afectar la adjudicación de una reclamación. Se ingresan en los campos 18 a 28 del formulario UB-04 y ofrecen información adicional al MCO al momento de adjudicar la reclamación.

**g) Código de ocurrencia/fechas (*Occurrence code*)**

El uso de este código es situacional. Los Códigos de Ocurrencia son códigos de dos dígitos que se ingresan en los campos 31-34 del formulario UB-04. Estos códigos son utilizados por los proveedores institucionales para indicar eventos específicos relacionados con el paciente o su tratamiento que afectan la adjudicación de la adjudicación. En ocasiones, el uso de un *Occurrence Code* requerirá también el uso de uno o varios *Value Code*.

**h) Código de Valor (*Value Code*)**

Los Códigos de Valor (Value Codes) en el formulario UB-04 identifican elementos específicos en la reclamación institucional, como son la cantidad de días cubiertos o no cubiertos. Se ingresan en los campos 39-41 del formulario UB-04 y proporcionan información adicional para procesar la reclamación. Ejemplos de códigos de valor:

- 54** Peso del recién nacido en gramos
- 80** Días Cubiertos
- 81** Días No Cubiertos

Cuando aplique su uso, estos códigos siempre irán acompañados de cantidades monetarias (\$) o unidades para identificar elementos necesarios en el procesamiento de la reclamación. La composición del código es: 2 dígitos alfanuméricos (X0) y un valor que puede alcanzar hasta nueve dígitos (000000.00).

**i) Revenue Codes y Cargos**

Utilice los *Revenue Codes* específicos para identificar el tipo de acomodo (*Room & Board*) en las primeras líneas de cargos y los servicios ancilares (*Ancillary Charges*) en las líneas de

cargos subsiguientes. Cada *Revenue Code* deberá estar acompañado de sus respectivos cargos, según establece la guía de UB-04.

#### **j) Diagnósticos Primario y Secundarios**

Deberá reportarse la razón primaria (diagnostico) para la admisión del paciente y códigos secundarios que, según la documentación clínica, describan la condición principal del paciente junto con condiciones secundarias (comorbilidades y complicaciones) que pueden influir en el tratamiento del paciente y los recursos utilizados para este.

#### **k) Indicador Presente en Admisión (POA)**

El "Indicador Presente en Admisión" (POA, por sus siglas en inglés) se utiliza para identificar si un diagnóstico o condición clínica ya existía en el paciente en el momento de ser hospitalizado o si se desarrolló durante la estancia hospitalaria. Este indicador es crucial para diferenciar entre patologías preexistentes y aquellas que son asociadas a la atención sanitaria (*Hospital-Acquired Conditions, HACs*). El POA aplica tanto al diagnóstico primario como a los diagnósticos secundarios. Los indicadores válidos para POA son:

- Y** Diagnosis was present at time of inpatient admission. CMS will pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "Y" for the POA Indicator.
- N** Diagnosis was not present at time of inpatient admission. CMS will not pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "N" for the POA Indicator.
- U** Documentation is insufficient to determine if the condition was present at the time of inpatient admission. CMS will not pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "U" for the POA Indicator.
- W** Clinically undetermined. Provider unable to clinically determine whether the condition was present at the time of inpatient admission. CMS will pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "W" for the POA Indicator.

#### **l) Procedimientos Principal y Secundarios**

En muchos casos, el procedimiento realizado también influye en la asignación del DRG. El hospital deberá reportar los códigos de procedimientos, principal y secundarios, asociados con el cuidado del paciente durante la hospitalización. Esta codificación utiliza los ICD-10 PCS. El campo 74 A se utiliza para el procedimiento principal y los campos 74 B hasta el 74 E para los procedimientos secundarios.

#### **m) Remarks**

En los casos de transferencia de una facilidad a otra, la facilidad que transfiere debe incluir el NPI de la facilidad que recibió al paciente transferido. El campo de *Remarks* debe completarse siempre que el estatus de alta del paciente sea *Transfer*, como, por ejemplo, 02-06, 63, 66, 82, 85, 93, o 94, entre otros.

## II. Elementos Adicionales por Considerar Durante La Facturación:

### Recién nacidos

- Los servicios de hospitalización a recién nacidos requieren facturarse por separado con el número de MPI asignado por Medicaid al recién nacido. Reclamaciones de bebé bajo el número de mama, no serán aceptadas.
- Reclamaciones para recién nacidos serán facturados al MCO en el cual esta suscrita la madre.
- El parto será incluido en la reclamación de la mamá, pero los servicios provistos al recién nacido serán facturados bajo el número de Medicaid ID del bebé.

### Transferencias entre Hospitales

- En los casos donde el paciente es transferido a otra facilidad o nivel de cuidado, ASES ha determinado que el pago por los servicios prestados en el hospital que transfiere será a base de un pago proporcional calculado de la siguiente manera:  
(Tasa Base × Peso Relativo) ÷ Promedio Nacional de Estancia (ALOS) × Días de Estancia
- El hospital que recibe al paciente recibe el pago como si fuera un nuevo ingreso por lo que el pago corresponderá al APR-DRG asignado.

### Pagos Estadías Cortas (*Short Stays*)<sup>4</sup>

Se definen como aquellas estadías en las cuales no se consumen los recursos/costos esperados para la hospitalización. Estos casos se pagarán basado en los umbrales (*thresholds*) de estadías cortas. En estos casos, se calcula un *DRG per-diem* para esa reclamación el cual se multiplica por el largo de estadía (LOS, por sus siglas en ingles). Los DRGs 626 y 640 estarán excluidos del pago para estadías cortas. Calculo para pago de estadías cortas:

$$\text{DRG Base Rate} \times \text{DRG Weight} = \text{DRG Base Payment}$$

$$\text{DRG Base Payment} \div \text{ALOS} = \text{DRG Per Diem}$$

$$\text{DRG Per Diem} \times \text{LOS} = \text{SHORT STAY PAYMENT}$$

### Pagos Estadías Prolongadas (*Outliers*)<sup>5</sup>

La metodología de pago APR-DRG, según definida por ASES, permite que el MCO realice pagos adicionales para aquellos casos que exceden los umbrales (*thresholds*) de la largo de estadía promedio (ALOS, por sus siglas en ingles) que establece el DRG asignado:

*Outlier Day Threshold*: Mayor entre (ALOS + 10 días) o (ALOS + 2 desviaciones estándar).

Pago Adicional: Promedio de pago diario específico del hospital × Días que exceden el umbral × 80%.

---

<sup>4</sup> Detalles y ejemplos para el pago de Estadías Cortas se encuentran en: [PR APR DRG Guide](#)

<sup>5</sup> Detalles y ejemplos para el pago de Estadías Prolongadas se encuentran en: [PR APR DRG Guide](#)

Las reclamaciones que cualifican para un pago *outlier* deberán cumplir con el umbral establecido para el ALOS. Quienes califican reciben el pago adicional (*outlier*), además del pago estándar de DRG. El pago adicional se calcula multiplicando el 80 % del *DRG per-diem* por el número de días que exceden el umbral. El umbral es el mayor entre el ALOS más 10 días o el ALOS más dos desviaciones estándar.

### **Servicios que se Pagan Fuera del APR-DRG**

Ciertos servicios no están incluidos en la metodología de pago APR-DRG y se pagan por separado:

- a) Medicamentos e inyectables específicos, como los de alta inversión (la lista específica se publicará en el sitio web de ASES DRG).
- b) Servicios profesionales, que deben ser prestados por un proveedor certificado por separado y facturados mediante un formulario de reclamación profesional (CMS 1500 o 837P).
- c) Equipos y suministros médicos duraderos para uso no hospitalario.
- d) Transporte en vehículo médico especializado, que incluye el traslado inicial al hospital, el transporte después del alta y los traslados.