

10 de septiembre de 2025

**A TODOS LOS PROVEEDORES HOSPITALES PARTICIPANTES DE LA RED DEL PLAN DE SALUD MENONITA – VITAL**

**RE: Proceso de Revisión Hospitalaria – Modelo de Pago APR-DRG**

Estimado(a) proveedor(a):

Como parte de nuestro compromiso con la transparencia y en cumplimiento con las disposiciones contractuales establecidas por la Administración de Seguros de Salud (ASES), hemos actualizado el proceso de revisión hospitalaria conforme a los parámetros del modelo de pago APR-DRG (All Patient Refined Diagnosis Related Groups).

Como elemento importante en el cuidado integrado a nuestros beneficiarios, todas las admisiones hospitalarias continúan su proceso de notificación al plan dentro de un periodo de 24 horas posteriores a la admisión, salvo aquellas ocurridas en fines de semana o días feriados que podrán notificarse el siguiente día laborable. Este requisito permite mantener un registro adecuado de admisiones, facilita la coordinación de servicios durante la hospitalización y asegura un seguimiento óptimo en la transición de cuidado. El registro de admisión puede realizarse a través de:

- Portal de Proveedores (opción principal): <https://psmconnet.psmpr.com/>
- Fax: 787-332-0925
- Correo electrónico: [psmrevisionvital@planmenonita.com](mailto:psmrevisionvital@planmenonita.com)

En los casos donde al momento de la admisión, la facilidad desconoce que el paciente es beneficiario de Plan de Salud Menonita Vital o cuando se requiere matrícula de emergencia al Programa Medicaid (conocida como MA-10), la facilidad tendrá 30 días a partir de la fecha en que adviene en conocimiento sobre la elegibilidad con el Plan de Salud Menonita para notificar la admisión. Debe completar la hoja de registro por excepción incluyendo evidencia sobre las gestiones realizadas que justifiquen la tardanza en el registro de la admisión a través de los medios antes compartidos. El no cumplir con el requisito de notificación de las admisiones dentro del término correspondiente, podría resultar en determinaciones adversas.

El proceso de auditoría se llevará a cabo de manera retrospectiva después del pago de la reclamación hospitalaria. La selección para realizar las auditorías de los expedientes médicos se hace mediante un reporte de reclamaciones pagadas, aplicando un proceso de estratificación el cual contiene criterios clínicos y administrativos. Algunos de los criterios incluidos lo son: el nivel de severidad de la condición del paciente (Severity of

Illness – SOI), las readmisiones dentro de treinta días, indicadores POA (present on admission) presentes, las estadías que superan la duración promedio esperada (ALOS), así como las transferencias entre hospitales. Este proceso tiene como propósito validar la pertinencia clínica, la exactitud en la codificación y la calidad de los servicios ofrecidos a los beneficiarios del Plan Vital.

La auditoría estará compuesta por dos fases: validación de codificación y revisión clínica. Durante la primera fase, el personal clínico revisará la información sometida en la reclamación contrastándola con el expediente médico para validar diagnósticos principales y secundarios, procedimientos, indicadores POA, fechas de admisión y alta, y estatus de egreso. En la segunda fase, el proceso de revisión clínica mantiene los mismos estándares de calidad utilizados durante auditorías concurrentes, aplicando guías reconocidas como InterQual y utilizando herramientas de agrupación clínica como el software de “Solventum interactive”. La diferencia radica en que la revisión, en lugar de realizarse durante la hospitalización, se llevará a cabo de manera retrospectiva una vez que la reclamación ha sido procesada y pagada. Esto permite identificar variaciones en la práctica clínica, condiciones prevenibles, eventos adversos y cualquier inconsistencia en los criterios de admisión que pueda tener impacto en la asignación del APR-DRG.

Los hallazgos de la auditoría se clasificarán en cuatro categorías principales: No Change, cuando el APR-DRG sometido coincide con la revisión clínica; Downcode, cuando la auditoría determina que el grupo corresponde a un nivel de menor peso relativo; Upcode, cuando la evidencia clínica justifica un APR-DRG de mayor peso; y Non-Compliance, cuando la documentación no sustenta los criterios clínicos y justificación médica de los días admitidos, o se identifican eventos prevenibles.

Finalmente, se mantiene disponible el recurso de reconsideración y apelación. Si la facilidad no está conforme con la determinación adversa, podrá someter apelaciones formales en dos niveles, dentro de los términos establecidos. El hospital tendrá 14 días laborables luego del cierre del caso para someter cualquier apelación. La misma debe incluir una carta donde se expresen las razones por las cuáles no está de acuerdo con la determinación adversa y copia del expediente médico. Las apelaciones deben ser enviadas a través de correo electrónico o fax (mencionados arriba). Si la facilidad no está de acuerdo con la determinación a su apelación, podrá someter una segunda apelación dentro de 14 días laborables luego de la fecha de resolución de la primera apelación. La facilidad deberá enviar una carta redactada por el director médico de la facilidad o el médico a cargo del paciente durante la admisión donde se documenten las razones por las cuales no están de acuerdo con la determinación de Plan de Salud Menonita. No será necesario enviar el expediente médico nuevamente.

Cabe destacar que los expedientes médicos deberán estar disponibles para ser auditados en o antes de 30 días calendario luego del alta del paciente, asegurando su disponibilidad de surgir una auditoría. En caso de que no se otorgue acceso al expediente médico solicitado para fines de auditoría, se procederá a realizar el ajuste correspondiente a la reclamación presentada, por falta de evidencia que demuestre que los servicios fueron provistos.

Este proceso de auditoría post pago reafirma nuestro compromiso con la transparencia, la mejora continua en la calidad de los servicios y el uso adecuado de los recursos dentro del sistema de pago APR-DRG para la población de beneficiarios adscritos a Medicaid (Vital). Agradecemos de antemano su colaboración en este esfuerzo y quedamos a su disposición para aclarar cualquier duda relacionada con este proceso.

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

Atentamente,



Carmen Gómez  
Directora de Utilización Médica



Héctor Casas, Jr, MD  
Principal Oficial Médico