

Guía de Proveedores

All Patient Refined Diagnosis-Related Group (APR DRG)

CONTENIDO

I. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO	3
II. NOTA DE CONFIDENCIALIDAD.....	3
III. VISIÓN GENERAL DE LA METODOLOGÍA APR DRG	3
IV. ALCANCE Y APLICABILIDAD	4
V. APR DRG ESTRUCTURA DE PAGO	4
 Requisitos de facturación.....	4
Fecha de Nacimiento	4
Fecha de Admisión	4
Fecha de Alta.....	4
Estatus de Alta del Paciente	4
Peso de Nacimiento (Birth weight)	5
Código de Condición (Condition code).....	5
Código de ocurrencia/fechas (Occurrence code)	5
Código de Valor (Value Code)	5
Revenue Codes y Cargos	5
Diagnósticos Primario y Secundarios.....	6
Indicador Presente en Admisión (POA).....	6
Procedimientos Principal y Secundarios	6
Remarks	6
 Elementos Adicionales por Considerar Durante La Facturación:.....	6
Recién nacidos	6
Transferencias entre Hospitales.....	7
Pagos Estadías Prolongadas (Outliers)	8
Políticas de Pago (Policy Adjusters) por Línea de Servicio	8
 Servicios que se Pagan Fuera del APR-DRG.....	8

VI. ELEGIBILIDAD Y COBERTURA DE LOS BENEFICIARIOS	9
Cambios en la membresía durante la hospitalización	9
Miembros encarcelados	9
VII. REVISIÓN HOSPITALARIA.....	9
Proceso de auditoría de Revisión Hospitalaria	10
Proceso de Revisión de Utilización Hospitalaria a Nivel Agudo (Hospitalizaciones).....	12
Determinaciones y Fuente de Información	12
Denegaciones Administrativas	15
Procedimiento de Apelación.....	15
Expediente a ser apelado	15
Proceso Reevaluación Médica.....	15
Apelación	16
VIII. CONTACTO	16

I. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

El propósito de esta guía es establecer las directrices y lineamientos necesarios para apoyar a los hospitales en Puerto Rico en la implementación del sistema APR-DRG (*All Patient Refined Diagnosis Related Groups*) dentro del programa Vital.

La guía busca:

- **Asegurar uniformidad y transparencia** en la aplicación del modelo de clasificación y pago basado en APR-DRG.
- **Facilitar la transición operativa y técnica** de los hospitales hacia este sistema, apoyando la correcta codificación clínica y la adecuada documentación de los servicios prestados.
- **Promover la calidad y eficiencia** en la prestación de servicios de salud, alineando los incentivos financieros con resultados clínicos y administrativos.
- **Cumplir con los requisitos regulatorios y contractuales** establecidos por el programa Vital y las agencias pertinentes.
- **Brindar herramientas prácticas y educativas** que permitan a los equipos hospitalarios comprender, aplicar y monitorear el impacto del APR-DRG en sus procesos internos y en la atención al paciente.

En resumen, esta guía constituye un instrumento de referencia para garantizar que la implementación del APR-DRG en el programa Vital se realice de manera ordenada, transparente y orientada a la mejora continua de la calidad de los servicios hospitalarios.

II. NOTA DE CONFIDENCIALIDAD

Este documento constituye una guía preparada para beneficio del proveedor por Plan de Salud Menonita para ofrecer directrices en la implementación del sistema APR-DRG en el programa Vital en Puerto Rico, basada en las guías oficiales publicadas por ASES hasta la fecha de publicación. La información contenida en este material es de carácter confidencial y está destinada exclusivamente para uso interno de las instituciones hospitalarias, sus equipos administrativos y clínicos, así como de las entidades autorizadas por el programa Vital.

El contenido de esta guía no podrá ser interpretado ni utilizado fuera del marco regulatorio y contractual establecido por el programa Vital y las agencias pertinentes, y dependerá de cualquier publicación o instrucción emitida por la ASES.

III. VISIÓN GENERAL DE LA METODOLOGÍA APR DRG

ASES, en su plan fiscal del 2020, propuso la implementación de la metodología APR-DRG con dos propósitos: reembolsar a los hospitales contratados para el Plan Vital bajo una tarifa fija basado en la condición médica del paciente, y ayudar a controlar los costos de salud mediante el incentivo de prestar un servicio costo eficiente manteniendo la calidad de este.

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.

IV. ALCANCE Y APLICABILIDAD

En esta guía enfatizaremos los requisitos que deberán cumplirse para que la reclamación institucional pueda procesarse en el sistema de adjudicación de reclamaciones y completarse la revisión hospitalaria. Además de reforzar reglas de codificación de diagnósticos, primarios y secundarios, así como de procedimientos ofrecidos durante la hospitalización de un paciente beneficiario de Vital (Medicaid).

La aplicabilidad de esta metodología de pago será para hospitalizaciones con fechas de alta a partir del 1 de enero de 2026. Hospitalizaciones con fechas de alta previas a esta fecha serán trabajadas bajos la metodología de pago per-diem y los procesos de revisión establecidos para ello.

V. APR DRG ESTRUCTURA DE PAGO

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.

Requisitos de facturación

Fecha de Nacimiento

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

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 médico incluye en el expediente del paciente.

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 médico incluye en el expediente del paciente.

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-DRG¹. Los códigos de estatus para transferencia válidos, basado en las guías de UB-04/837I son:

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

¹ Puerto Rico All Patient Refined Diagnosis Related Group Reimbursement Guide.

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.

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.

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.

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*.

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 (0000000.00).

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 anciliares (*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.

Diagnósticos Primario y Secundarios

Deberá reportarse la razón primaria (diagnóstico) 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.

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.

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.

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.

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.

NOTA ACLARATORIA [9 de enero de 2026]:

Por instrucciones de ASES, como medida temporera en lo que se establece un proceso de asignación de Medicaid ID para bebé, PSM estará aceptando reclamaciones con el Medicaid ID de mamá para servicios provistos al recién nacido. Para que estas reclamaciones no sean denegadas será requerido que vengan con los siguientes campos completados:

1. Patient Birthdate

Indicar en el campo de Patient Birthdate la fecha de nacimiento del bebé:

- o UB04 en papel el campo #10
- o 837I en el segmento: DMG01=D8, DMG02 Patient's date of birth

2. Patient Sex

Indicar en el campo de Patient Sex el sexo del bebé:

- o UB04 en papel el campo #11
- o 837I en el segmento: REF01=EI, REF02 Billing provider tax identification number

3. Patient Weight

Indicar en el campo de Value Codes el peso del bebé (Patient Weight)

- o UB04 en papel campos #39-#41
- o 837I en el segmento HI01-2 (Value Code 54) y en el segmento HI01-5 (cantidad del peso en gramos)

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:

$$[\text{Tarifa DRG Base} \times \text{Peso Relativo}] \div [\text{Promedio Nacional de Estancia (ALOS)} \times \text{Días de Estancia}] + 1\text{Día Adicional}$$

El hospital que transfiere recibe como pago lo menor de la tarifa base del DRG o el DRG Per Diem multiplicado por el largo de estadía (LOS) en ese hospital más 1 día adicional. 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 Prolongadas (Outliers)²

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 inglés) que establece el DRG asignado:

- Outlier Day Threshold³:
- Mayor entre (ALOS + 15 días) o (ALOS + 3 desviaciones estándar para el DRG/SOI)
- Pago Adicional:
- Promedio de pago diario específico del hospital × Días que exceden el umbral × 80%.

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 15 días o el ALOS más tres desviaciones estándar.

Se añadieron consideraciones adicionales por la línea de servicio para servicios relacionados a: Oncología, Dermatología, Salud Mental/Sustancias Controladas, Pediatría y Medicina Interna.

Políticas de Pago (Policy Adjusters) por Línea de Servicio

La Política de Pago para aplicar ajustes al pago por Línea de Servicio es un factor multiplicador que se aplica al Pago Base del DRG, según la Línea de Servicio del DRG, con el objetivo de optimizar el pago de servicios seleccionados. Las siguientes Líneas de Servicio tendrán un factor mayor a 1.00 aplicado como parte del cálculo del pago:

- Medicina Interna: 1.08
- Pediatría (Neonatal)¹: 1.13
- Dermatología: 1.23
- Salud Mental y Abuso de Sustancias: 1.27
- Oncología: 1.37

Si una Línea de Servicio no está en la lista anterior, el factor se establece en 1.00.

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:

- Implantes y bandejas⁴
- Medicamentos e inyectables específicos, como los de alta inversión (la lista específica se publicará en el sitio web de ASES DRG).

² Detalles y ejemplos para el pago de Estadías Prolongadas se encuentran en: PR APR DRG Guide.

³ Efectivo el 1 de enero de 2026, según Carta Circular ASES del 17 de noviembre de 2025

⁴ Carta Circular ASES, 17 de noviembre de 2025

⁵ PSM ASES Model MCO Contract.

⁶ Procedimiento de Pago por Servicios de Hospitalización a Población Correccional-Anejo 32

- Servicios profesionales, que deben ser prestados por un proveedor certificado por separado y facturados mediante un formulario de reclamación profesional (CMS 1500 o 837P).
- Equipos y suministros médicos duraderos para uso no hospitalario.
- Transporte en vehículo médico especializado, que incluye el traslado inicial al hospital, el transporte después del alta y los trasladados.

VI. ELEGIBILIDAD Y COBERTURA DE LOS BENEFICIARIOS

Cambios en la membresía durante la hospitalización

Cuando un beneficiario se encuentra hospitalizado al momento de la terminación de su plan Vital, ASES pospondrá la fecha efectiva de cancelación de la inscripción para que ocurra el último día del mes en el que el beneficiario sea dado de alta del hospital, o el último día del mes siguiente al mes en el que la cancelación de la inscripción sería efectiva, lo que ocurra primero.⁵

Miembros encarcelados

La prestación de servicios de cuidado a las personas privadas de su libertad y que se encuentran bajo la jurisdicción del Sistema Correccional del Gobierno de Puerto Rico es a través de Salud Correccional. Sin embargo, a manera de excepción, la elegibilidad a Medicaid a estas personas se activa cuando requieran servicios de hospitalización por 24 horas o más. Esta elegibilidad concluye cuando cesa la necesidad de hospitalización.⁶

VII. REVISIÓN HOSPITALARIA

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

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.

Bajo el Modelo de Pago – APR DRG para el Plan de Salud Vital las admisiones para recién nacidos deben registrarse con el número de identificación de la madre (según procesos previamente establecidos).

Los datos requeridos que deberán proveer en el registro de admisiones a PSM son:

- Al momento de la admisión:
 - Nombre del paciente con los dos apellidos
 - Número de contrato del asegurado principal
 - Fecha de Admisión
 - Descripción o código de diagnóstico de admisión
 - Tipo de admisión (Emergencia, Electiva, Traslado de otra institución)
 - Admitido al servicio - Área a la cual se admite (Agudo, Maternidad, Medicina, Cirugía, ICU, PICU, NICU, Pediatría, etc.)
 - Nombre del médico que admite y NPI (Identificador Nacional de Proveedor (en inglés: *National Provider Identifier*).
 - Nombre de hospital que brinda servicio y NPI (Identificador Nacional de Proveedor (en inglés: *National Provider Identifier*).
- Al momento del Alta:
 - Nombre del paciente con los dos apellidos;
 - Número de contrato del asegurado principal;
 - Fecha de admisión:
 - Fecha de alta:
 - Descripción o código de diagnóstico de alta;
 - Disposición al alta (Hogar, Cuidado salud en el hogar, SNF, IRF, antibióticos en el hogar, traslado a otra institución, falleció y AMA, entre otros).
 - Resumen de Alta
 - Reconciliación de medicamentos

Proceso de auditoría de Revisión Hospitalaria

El proceso de auditoría se llevará a cabo de manera retrospectiva después del pago de la reclamación hospitalaria. La selección para realizar las auditorias 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 los siguientes:

- **Severity of Illness (SOI):** Nivel de Severidad de la condición del paciente.
- **Readmisiones dentro de treinta días.**
- **Present on Admission (POA):** Indicadores o diagnósticos presentes en la admisión.
- **Average Length of Stay (ALOS)** 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 (2) fases:

- **Fase I: Validación de codificación**

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.

- **Fase II: Revisión Clínica**

El proceso de revisión clínica mantiene los mismos estándares de calidad utilizados durante auditorías, 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:

Categoría	Comentarios
No Change	Cuando el APR-DRG sometido coincide con la revisión clínica.
Downcode	Cuando la reclamación del hospital es un APR-DRG inferior y la evidencia clínica justifica un peso relativo mayor
Up code	Cuando la reclamación del hospital es un APR-DRG más alto y la auditoría determina que el grupo corresponde a un nivel de peso relativo más bajo.
Non-Compliance	Cuando la documentación no sustenta los criterios clínicos y justificación médica de los días admitidos, o se identifican eventos prevenibles.

Cabe destacar que los expedientes médicos deberán estar disponibles para ser auditados directamente en el Récord Médico Electrónico (EMR, por sus siglas en inglés) en o antes de 30 días calendario luego del alta del paciente, asegurando su disponibilidad

De surgir una auditoria, 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 al Plan Vital.

Regla de 24 horas

- La mayoría de las hospitalizaciones nocturnas (antes de la media noche) deben ser ambulatorias, incluso si duran más de 24 horas, y cualquier hospitalización ambulatoria médica necesaria debe “convertirse” en hospitalización si y cuando esté claro que una segunda medianoche de hospitalización es médicamente necesaria.

- Los servicios de observación ambulatoria generalmente no exceden las 24 horas.
- La decisión de dar de alta a un paciente del cuidado de observación ambulatoria o de ingresarlo como paciente hospitalizado puede tomarse en menos de 48 horas, generalmente en menos de 24 horas.
- Los pacientes pueden requerir un segundo día de observación ambulatoria, solo en casos excepcionales la duración de los servicios de observación ambulatoria supera las 48 horas.

Proceso de Revisión de Utilización Hospitalaria a Nivel Agudo (Hospitalizaciones)

- **Revisión de la Admisión:** La revisión de la admisión tiene el propósito de validar la necesidad médica, según la información documentada en el expediente clínico del paciente.

Los casos deberán cumplir con los criterios de necesidad médica (severidad de condición e intensidad de servicios y/o tratamientos ofrecidos) que justifiquen el nivel de cuidado intrahospitalario utilizado, usando como referencia la práctica médica establecida (*“standard of care”*) y las disposiciones de ley y los reglamentos federales y estatales pertinentes. Dicha hospitalización debe ser consona con la condición clínica presentada por el paciente.

Ejemplo: Si el servicio o tratamiento puede ofrecerse adecuadamente y sin riesgo para el paciente a otro nivel de cuidado (ej. fuera del hospital), la admisión no se justificaría, por lo que podría ser cuestionada.

- **Retrospectiva:** Proceso de revisión del expediente médico de un paciente que ha recibido servicios hospitalarios, luego de producirse el alta.

Determinaciones y Fuente de Información

- **Identificación del paciente**

El hospital debe proveer un listado impreso de censo y altas al Especialista de Revisión de Utilización Hospitalaria de PSM en las facilidades donde esté presente un auditor de PSM. En las facilidades que un auditor no esté presente debe ser enviado vía correo electrónico diariamente.

- **Determinaciones**

La determinación de pago efectuada por PSM estará basada en la evidencia transcrita según esté documentada en los expedientes clínicos al momento de la Revisión de Utilización Hospitalaria efectuada conforme se explica anteriormente.

- **Fuente de Información**

La principal fuente de información lo es el expediente clínico del paciente el cual debe incluir los siguientes elementos:

- Documentación cronológica, precisa, accesible y legible. PSM se reserva el derecho de solicitar la transcripción o copia del expediente clínico total en cualquier etapa de revisión.

- Historial médico, que contenga la queja o razón de visita, historial de enfermedad presente, revisión de sistemas, historial pasado, familiar y social, alergias y medicamentos que el paciente utiliza.
 - Resultados del examen físico con signos vitales y pruebas diagnósticas, de modo que pueda documentarse la validez del diagnóstico y el tratamiento administrado.
 - Notas de progreso con fecha y hora al menos una vez al día, debidamente firmadas por el facultativo a cargo de la admisión. Las notas de progreso deberán justificar cualquier cambio en el tratamiento y manejo ofrecido al paciente y deberán evidenciar también la disposición e instrucciones ofrecidas al paciente al momento del alta.
 - El expediente debe incluir órdenes de tratamiento con la fecha y hora precisa de cuando se generaron, al igual que la firma y número de licencia del médico que las emitió.
 - Documentación del cuidado de enfermería con nota de ingreso, notas de evaluación por turno, monitoreo y gráficas de signos vitales y de administración de medicamentos.
 - Documentación de toda consulta o servicios brindados por profesionales de la salud que hayan intervenido en el cuidado del paciente.
 - Evidencia de consentimientos informados y firmados para recibir tratamiento.
 - Evidencia de la orientación y/o documento que establezca las directrices anticipadas o declaración de voluntad sobre tratamiento médico.
 - Evidencia del cuidado recibido en la sala de emergencia y/o opd de haber recibido alguno.
 - Esta evidencia debe incluir:
 - Nota de progreso del médico de que admite.
 - Fecha y hora de admisión y adicional la hora y fecha que fue trasladado a piso.
 - Si el paciente tiene orden de admisión en Sala de Emergencia y se admite al piso físicamente luego de las 12 de la medianoche, PSM reconocerá el servicio como una de sala de emergencias para el día previo a la admisión en piso y pagará la tarifa acordada por el servicio de Sala de Emergencias.
- **Identificación y acceso a los expedientes médicos**
 - El representante designado por el hospital es el encargado de suministrar la lista diaria de los casos (pacientes) de PSM que fueron admitidos el día anterior o que permanecen en la facilidad y las altas diariamente deben ser notificadas a PSM. La información debe incluir los datos demográficos de cada paciente, incluyendo información de la tarjeta del plan, fecha de admisión, fecha de alta, habitación de paciente, diagnóstico de admisión, edad, y sexo para facilitar la identificación de los pacientes de PSM.
 - **Revisión y Evaluación del Expediente Médico**
 - El Especialista de Revisión de Utilización Hospitalaria de PSM procederá a verificar los criterios para el nivel de servicio ordenado para adjudicar la

determinación de la estadía hospitalaria a base de la documentación en el expediente médico, utilizando los criterios y los documentos previamente señalados.

- En aquellos casos en los que el Especialista de Revisión de Utilización Hospitalaria de PSM detecte que la documentación plasmada en el expediente clínico del paciente no cumple con los criterios para el nivel de servicio o no cumpla con los criterios de admisión:
 - Documentará los hallazgos en la hoja de avisos de criterios de servicios cuestionados.
 - El especialista de PSM procederá a enviar hoja de aviso de servicios cuestionados de cualquier señalamiento de incumplimiento, al personal designado del departamento de utilización de la facilidad. Los Especialistas de Revisión de Utilización Hospitalaria de PSM estarán disponibles para discutir cualquier señalamiento que el médico o personal de utilización de la facilidad estime sea pertinente aclarar.
 - No se permitirán casos pendientes, ni revisiones incompletas y no se permitirán discutir casos con los médicos que brinden servicio a paciente durante su admisión. De no poder discutirse el caso con el médico asesor de utilización del hospital y/o personal de utilización designado por el hospital dentro los cinco (5) días laborables siguientes a la fecha en que sea terminada la auditoría, se procederá a cerrar el caso con la evidencia presente en el expediente.
- En los casos de ajuste de hospitalización, el Especialista de Revisión de Utilización Hospitalaria enviará notificación escrita a la facilidad donde describe las razones de la determinación.
- El Especialista de Revisión de Utilización Hospitalaria de PSM, verificará los expedientes para determinar si cumplen con el requisito de ser un expediente completo, legible y debidamente compaginado.
- La revisión retrospectiva de aquellos casos que no se identificó al afiliado correctamente como participante de PSM durante su estadía en el hospital, no se contemplará en la discusión de casos con el médico de utilización o personal de utilización designado por el hospital. Dicha revisión se llevará a cabo una vez el paciente haya sido dado de alta. Al ser esta una revisión retrospectiva, se presume que el expediente está debidamente documentado, por lo que ninguna información o datos contenidos en el mismo habrán de variar desde la admisión. Se utilizará como válido sólo lo que consta como presente en el expediente médico.
- Si la Institución y/o médico de cabecera no están de acuerdo con la decisión emitida por el Especialista de Revisión de Utilización Hospitalaria de PSM, tendrán la oportunidad de solicitar reconsideración de la determinación utilizando el Procedimiento de Apelación para denegaciones hospitalarias.

Denegaciones Administrativas

A los casos denegados por razones administrativas les aplica el proceso de apelación. Las denegaciones administrativas podrían ser aquellas que prolongan la estadía intrahospitalaria del paciente, retraso en notificar registro de admisión u omisión de una prueba diagnóstica, servicio o tratamiento. Las mismas incluyen, pero no se limitan a las siguientes:

- Extensión de una admisión exclusivamente como resultado de una condición adquirida durante la hospitalización “Hospital Acquired Condition (HAC)” o por un evento adverso o “Never Event (NE)” según definidos por CMS, que no estuviese presente al momento de la admisión (<http://www.cms.gov/HospitalAcqCond>)
- Falta de documentación necesaria o documentación incompleta.
- Falta de notas de progreso por parte del médico.
- Falta de administración de medicamentos según ordenados.
- Retraso indebido en: estudios, consultas, procedimientos, etc.
- Paciente con otro plan o seguro médico primario.
- No elegibilidad del paciente, o falta de cubierta de beneficio para recibir los servicios.
- Facilidad no registró admisión a PSM dentro del tiempo establecido.
- Falta de evidencia a su registro de admisión con hoja de denegación de ACAA según aplique al caso y diagnóstico de admisión.

Procedimiento de Apelación

Expediente a ser apelado

El Hospital debe enviar copia del expediente completo, debidamente compaginado, acompañado de la copia del Formulario de Utilización (hoja de revisión) emitida por el Especialista de Revisión de Utilización Hospitalaria de PSM indicando la denegación. Además, debe incluir una carta explicando el motivo clínico por el cual el hospital y/o médico que entiende que deben ser reconsiderados los días denegados.

Solicitudes de apelaciones recibidas en PSM no serán consideradas como una apelación cuando no contengan:

- La carta de apelación firmada.
- Las razones médicas que llevan a la apelación
- Cuando los expedientes médicos enviados estén incompletos, ausentes o ilegibles. En estos casos se mantendrá la denegación original, se notificará al hospital que el caso está incompleto.

Proceso Reevaluación Médica

El personal médico de Revisión de Utilización Hospitalaria procederá a revisar el caso apelado. Evaluará si hay alguna información adicional no suministrada al Especialista de Revisión de Utilización Hospitalaria de PSM al momento de tomar la determinación inicial y establecerá si amerita que se modifique la determinación para pago ya realizada.

Luego de evaluado el caso, se emitirá una carta con la decisión final, indicando las razones de la determinación. Esta carta estará dirigida vía correo electrónico a la Unidad de Revisión de Utilización de la Institución. En un proceso de revisión de una apelación, se evaluará toda la información sometida como evidencia. PSM podrá tomar una de las siguientes determinaciones:

- Retirar la denegación
- Adjudicar parte de la denegación
- Continuar con la determinación ya establecida por el Especialista de Revisión de Utilización Hospitalaria de PSM

Toda solicitud de revisión tiene que realizarse por escrito. No se considerarán solicitudes verbales para propósitos de apelación.

Apelación

Si el médico de utilización no está de acuerdo con la determinación de PSM sobre un caso, tendrá la oportunidad de solicitar una apelación por escrito vía correo electrónico en un término no mayor de 60 días calendario a partir de la fecha de completada la revisión. Dicha fecha estará estipulada en el Formulario de Revisión de Utilización entregado vía correo electrónico por el Especialista de Revisión de Utilización Hospitalaria de PSM al personal asignado por el hospital.

Será evaluada por médicos diplomados licenciados y respondida vía correo electrónico por parte de PSM en un plazo de 30 días.

En caso de la facilidad no estar de acuerdo con nuestra determinación final, tiene el derecho de apelar esta decisión ante ASES mediante la solicitud de una Audiencia Administrativa, dentro de un plazo de ciento veinte (120) días calendario a partir de la fecha en que se le notifique esta determinación.

Para obtener información adicional sobre el proceso de audiencias o para solicitar una Audiencia Administrativa ante ASES, puede comunicarse con el Centro de Llamadas de Vital al 1-800-981-2737, enviar un fax al 787-474-3347, o dirigir su solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Director(a) Ejecutivo(a)
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico
Área de Quejas y Apelaciones
P.O. Box 195661
San Juan, PR 00919-5661

La Guía de Proveedores de PSM está sujeto a cualquier cambio
por instrucciones de ASES.

VIII. CONTACTO

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>