

# El Clearinghouse como sistema de control de ingresos:

*Lo que tus transacciones están diciendo y nadie está escuchando.*

---

**Yanira Morales**

Founder & CEO · Vitalia HealthTech Advisory



# “¿Paid?”

*Esa intuición tiene un nombre técnico.*

## Penetración Medicare Advantage en Puerto Rico

95%

*La más alta de los Estados Unidos*

## Puerto Rico vs. promedio nacional



## Tarifas base Medicare Advantage en PR (2026)

41%



por debajo del promedio nacional

21%



por debajo de las Islas Vírgenes

# Las 4 MCOs que administran Plan Vital

*Cuatro portales · Cuatro reglas operacionales · Cuatro formatos de denegación*

**First Medical  
Health Plan**

**Triple-S Salud**

**MMM Multi Health**

**Plan de Salud Menonita**

**1.3M+ beneficiarios · ~40% de la población de Puerto Rico**

## El ecosistema de pagadores que un facturador de PR opera diariamente

|                                                                 |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Plan Vital                                                      | First Medical · Triple-S · MMM · Menonita       |
| Medicare Platino                                                | Triple-S · MMM Advantage · MCS                  |
| Medicare Advantage comerciales                                  | Triple-S · First Medical · MCS · MMM · Menonita |
| Comerciales no-MA                                               | Triple-S · MCS · First Medical                  |
| ⚠ <i>Humana sale del mercado MA en PR el 1 de enero de 2026</i> |                                                 |

## El cambio APR-DRG

GO LIVE DATE

1 de enero  
2026

*Metodología APR-DRG aplicada a servicios hospitalarios de pacientes hospitalizados de Plan Vital*

## Y mientras tanto, en denegaciones...

**11.8%**

Tasa de denegación inicial nacional, 2024

**15.7%**

Tasa de denegación inicial Medicare Advantage

**+22.4%**

Aumento del monto promedio denegado MA, año a año

# La Brecha de Visibilidad Transaccional™ (Transactional Risk Visibility Gap)

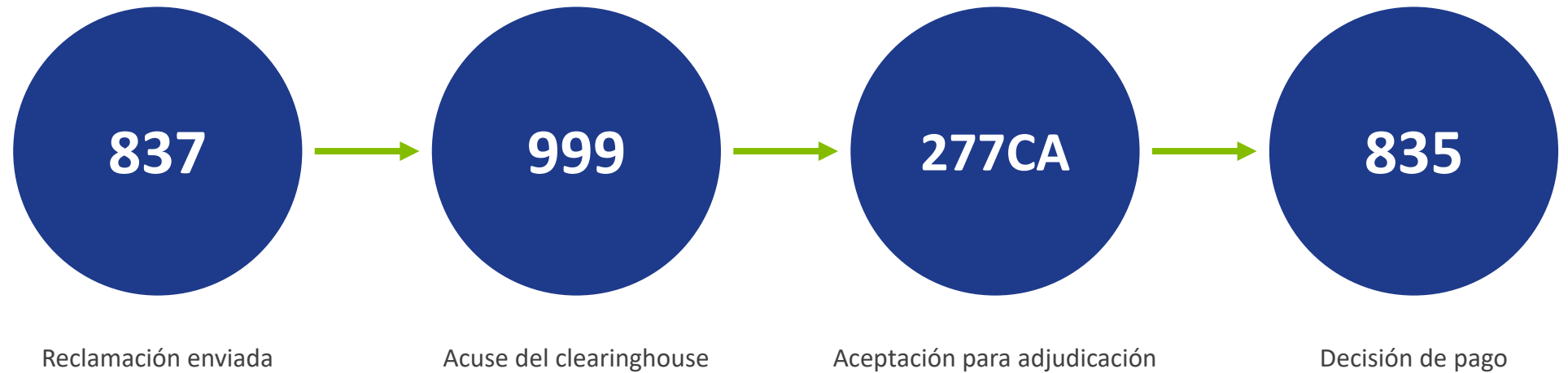
“ *La distancia operacional de lo que ves en el estatus de una reclamación, y lo que verdaderamente está pasando en el proceso de transacciones entre el sistema, el clearinghouse, y la aseguradora.* ”

— Yanira Morales

Founder & CEO · Vitalia HealthTech Advisory

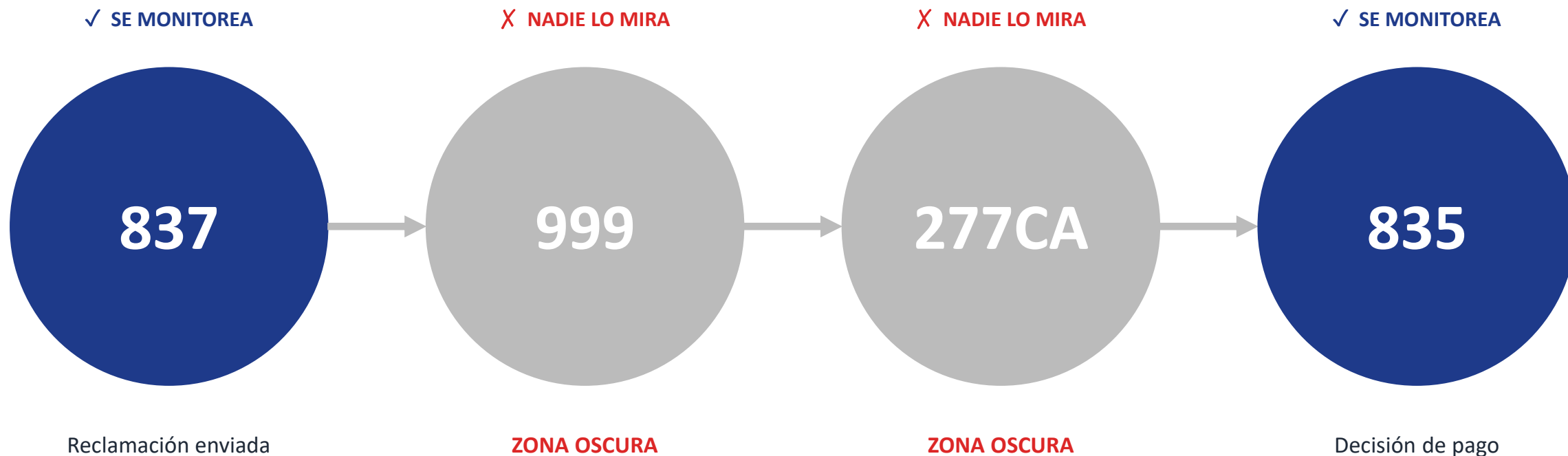
## El ciclo transaccional no es una transacción.

*Son cuatro.*



*En la práctica, solo dos reciben seguimiento.*

## Cuatro transacciones. En la práctica, solo dos reciben atención.



*En esa zona oscura es donde vive la fuga.*

# Cómo Puerto Rico amplifica la Brecha

# 1

## Ecosistema fragmentado

Inmediata · Assertus · Availity · Change Healthcare/Optum · Waystar — handoffs únicos entre clearinghouses locales y nacionales.

# 2

## Reglas distintas por “payer”

Las 4 aseguradoras de Plan Vital tienen sus propios portales, formatos, latencias, y reglas de resometer — un solo sistema de manejo de denegaciones no las cubre todas.

# 3

## La señal viaja por fuera

La decisión llega por el 835 — pero el contexto llega por portal, carta o llamada, fuera del flujo EDI creando el efecto ping-pong, nadie es dueño de la zona oscura.



# La Brecha de Visibilidad Transaccional™

---

Concepto desarrollado por Yanira Morales

*Marca registrada de Vitalia HealthTech Advisory*

*Where Clarity, Technology & Purpose Transform Healthcare*



## P A T R Ó N 1

# La fuga del 277CA "perdido"

**C O N T E X T O**

- Práctica de medicina interna
- 4 médicos · equipo de facturación de 3 personas
- Volumen mensual: ~1,200 reclamaciones a una MCO de Plan Vital
- Reporte mensual: "Todas enviadas" · 835 muestra ~85% pagadas · matemática cuadra

## Pérdida silenciosa en un solo trimestre

# \$58,000

- 47 reclamaciones rechazadas en la 277CA
- Marcadas como "en proceso" en el PMS — invisibles para el equipo
- 39 expiraron en timely filing antes de que alguien las viera
- Detectadas solo al cruzar 837 contra 277CA — no aparece en reconciliación por monto

# La denegación genérica

LO QUE LLEGA EN LA REMESA

Claim Adjustment Reason Code  
**CARC: CO-16**

*Claim/Service lacks information*

Remittance Advice Remark Code  
**RARC: N130**

*Consult plan benefit documents*

**El código dice que falta información. No dice cuál.**

## El costo del “pendiente”

hasta **65%**

de las reclamaciones denegadas nunca se reprocesa a nivel nacional

*En PR ese porcentaje es probablemente mayor — pero nadie lo está midiendo.*

## P A T R Ó N 3

## La 835 que cuadra... pero no cuadra

835 dice: **\$X**

Banco recibe: **\$X**

Sistema: **✓ Reconciliado**

*⚠ Pero la 835 contiene ajustes contractuales (CO), responsabilidad del paciente (PR), y "Other Adjustment" (OA) — incluyendo takebacks de auditorías retroactivas que nunca aparecen en una reconciliación por monto.*

Takeback recurrente — descubierto al hacer reconciliación transaccional

# \$84,000

*acumulados en 6 meses*

- Práctica multidisciplinaria · ~600 reclamaciones/mes a una MCO local
- Ajustes OA recurrentes en ~12% de las reclamaciones · ~\$14,000/mes
- Todos dentro de 835s que el sistema decía “Paid”

# El marco de 3 capas

*De la Brecha invisible a la visibilidad operacional*

1

## Reconciliación Transaccional Cruzada

Cruzar 837 vs. 999 vs. 277CA vs. 835 — no por monto, sino por integridad de transacciones

2

## Categorización CARC/RARC con “El Toque PeErre”

Traducción de códigos genéricos + playbooks específicos por las razones de denegación que dominan el volumen — ajustados a las reglas de cada MCO.

3

## Vigilancia de Timely Filing

Dashboard interno con alertas días antes del límite — específico por aseguradora.

## Capa 1 — La pregunta que cambia todo

NO ES

*“¿Llegó el dinero que se esperaba?”*

ES

*“¿Cada reclamación que se envió generó un acuse, un estatus, y una decisión?”*

## Capa 2 — Categorización CARC/RARC con “El Toque PeErre”

**CO-16**

Servicio carece de información  
o tiene errores de envío /  
facturación

**CO-50**

No considerada médicamente  
necesaria

**CO-97**

Beneficio incluido en el pago  
de otro servicio

**CO-22**

Cubierto por otro pagador  
(COB)

**OA-18**

Reclamación / servicio  
duplicado

**Códigos genéricos que  
dominan el volumen**

## Capa 3 — Vigilancia de Timely Filing

*Un dashboard interno que alerta días antes del límite — no después.*

### ALERTA — TIMELY FILING

- **30 reclamaciones — a 15 días de expirar — MCO A**
- **42 reclamaciones — a 20 días de expirar — MCO B**

*Clasificadas por aseguradora · la alerta se dispara antes del límite, no después*

***Vigilancia y control de la zona oscura***

## EL EXAMEN

“

*¿Cuántas de las reclamaciones que enviamos en septiembre llegaron al 277CA con estatus aceptado, y cuántas no?*

---

Si no pueden contestar en 10 minutos:

**ahí está su Brecha.**

# Electronic Revenue Risk Map™

*Auto-evaluación interactiva de su Brecha de Visibilidad Transaccional™*

## ¿Qué encontrará?:

- Mapa interactivo: la puerta de elegibilidad (270/271) + los 4 puntos transaccionales del ciclo
- Identificación de los puntos típicos de fuga
- Auto-evaluación de su Brecha: 7 preguntas, 2 minutos
- Aplicado al contexto de pagadores PR
- Gratis · No requiere data sensible
- No requiere registrarse en algo complicado



[vitalia-mapa.netlify.app](https://vitalia-mapa.netlify.app)

# Llegaste facturador.

## Te vas vigilante de la visibilidad transaccional de tu organización.

Gracias.

---

**Yanira Morales**

Founder & CEO · Vitalia HealthTech Advisory

