

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Cobertura de Medicare de servicios de ambulancia	
Una anomalía de datos fue identificada sobre el reembolso de servicios de ambulancia	4
Rechazo en el procesamiento de reclamaciones con conflictos de género o procedimiento	
Como llenar reclamaciones de Partes A/B que contienen servicios específicos de género	7
Entablillados, yesos, equipo y suministros de diálisis	
Como calcular cargos para el pago de reclamaciones para el año 2010	14
Implementación de cambios en el pago de ESRD	
CMS actualiza los porcentajes de pagos integrados para los centros de ESRD	20
Sistema de calificación de calidad five-star	
Los reportes de prevision del proveedor five-star están disponibles desde el 19 de noviembre	25
Actualizaciones de PQRI	
CMS anuncia que los reportes de comentarios de PQRI 2007 y 2008 están disponibles	35
Medicare pagó sobre \$92 millones en incentivos bajo el PQRI 2008	
Más de 85,000 médicos reportaron datos de calidad relacionados a Medicare bajo PQRI	36
Procesando servicios contra el margen de ganancia	
Provee instrucciones para procesar reclamaciones de servicios de diagnóstico	37

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Información para proveedores de Parte A.....	19
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	28
Información para proveedores de la Parte B.....	33
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	42
Recursos educacionales	48
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	49
Formulario para ordenar materiales de Parte B	50
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	51
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	52

Las publicaciones de Medicare deben ser compartidas con todo el personal de cuidados de la salud y gerencia del proveedor. Los boletines están disponibles sin costo en nuestro sitio Web educacional en <http://medicareespanol.fcso.com/>.

Sugerencias de distribución:

- Médico/Proveedor
- Gerente de oficina
- Director de reembolso
- Personal de enfermería
- Otros _____



Tabla de Contenido

En esta edición 1
 Tabla de contenido.....2

Sobre esta publicación.....3

Partes A/B

Ambulancia

Cobertura de Medicare de ambulancia 4
 Actualización de MBPM para ambulancia 6

Cobertura y Reembolso

Rechazo de reclamaciones por conflicto..... 7
 Valores límites de terapia para el 2010 7
 Limitación del tratamiento de salud mental 8
 Actualización al deducible de Medicare 2010 9
 Cambios al software de cobertura de lab 9

Intercambio Electrónico de Datos

Código de categoría de reclamación.....10

Facturación

Prevención de fraude para el MSN de Florida .. 11
 ASP trimestral enero 2010 11
 Actualización 2010 tarifa fija DMEPOS 2010 11
 Gripe H1N1 apremia levantar requisitos.....12
 Estándares del cálculo de índice de pago... ..12

Centros de Enfermería Especializada

Servicios de ambulancia prestados a SNF..... 13

Interés General

Entablillados, yesos, equipo y suministros 14
 Tenemos encima la temporada de la gripe..... 14
 Cambios al índice de pago de hospital 15
 Noviembre es el mes de la diabetes 16
 Noviembre 19 es el día de no fumar 16
 Mensaje para los proveedores sobre el H1N1 .. 17

Parte A

Cobertura y Reembolso

Servicios de uso voluntario de notificación 19

Intercambio Electrónico de Datos

Segmentos de reclamación 837I para MSP20

ESRD

Implementación de cambios en ESRD 20
 Regla propuesta para nuevo PPS 21

Hospital

Códigos ICD-9-CM no cubiertos 21
 Episodio uno de relicitación de DMPOS..... 22
 Publicación de PPS centros siquiátricos 23

Salud en Zonas Rurales

Incremento del índice de pago 23

Pagos Prospectivos

Actualización 2010 de PPS PC PRICER....24

Centros de Enfermería Especializada

Actualización de MDS 3.0.....24
 Actualización de PRICER de SNF.....25
 Sistema calificación de calidad five-star.....25

Gráficos

Preguntas frecuentes Puerto Rico26
 Rechazos frecuentes Puerto Rico27

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... 28

Parte B

Cobertura y Reembolso

Nuevo código para siquiatría geriátrica 33
 Cambios de póliza y pago 2010..... 33

PQRI

Actualizaciones de PQRI..... 35
 Medicare pagó sobre \$92 millones 36
 Sugerencias para medidas de PQRI..... 36

Interés General

Servicios contra el margen de ganancia 37
 Modificador de regla de ESRD 50/50..... 37
 Instructores de anestesiología..... 38
 Programa de inscripción de participación... 39

Gráficos

Denegaciones frecuentes Puerto Rico..... 40
 Preguntas frecuentes Puerto Rico..... 41
 RUC frecuentes Puerto Rico..... 41

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 42

Recursos educacionales48

Ordenar materiales de Parte A49

Ordenar materiales de Parte B.....50

Contactos Parte A de Puerto Rico51

Contactos Parte B de Puerto Rico 52

Medicare A y B Al Día

Vol. 1, No. 9
noviembre de 2009

Publication Staff

Elvyn Nieves
 Rafael Vallesoto
 Millie C. Pérez
 Mark Willett
 Robert Petty

Medicare A y B Al Día es publicado mensualmente por First Coast Service Options Inc. la división de asistencia y educación al proveedor, para informar a los proveedores de Medicare.

Las preguntas concernientes a esta publicación o su contenido pueden ser enviadas por fax a:

Medicare Publications
1-904-361-0723

CPT five-digit codes, descriptions, and other data only are copyright 2008 by American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values or related listings are included in CPT. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

ICD-9-CM codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2009 under the Uniform Copyright Convention. All rights reserved.

Third-party Web sites. This document contains references to sites operated by third parties. Such references are provided for your convenience only. BCBSF and/or FCSO do not control such sites and are not responsible for their content. The inclusion of these references within this document does not suggest any endorsement of the material on such sites or any association with their operators.

Delimitación de responsabilidades: Este documento es traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

Medicare A y B Al Día es una publicación desarrollada por First Coast Service Options Inc. (FCSO) para proveedores en Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

El equipo de publicaciones de Asistencia y Educación al Proveedor distribuye *Medicare A y B Al Día* mensualmente.

Las notificaciones importantes que requieren comunicación entre publicaciones serán publicadas en el sitio Web de educación al proveedor de Medicare de FCSO en <http://medicareespanol.fcs.com>. En algunos casos, algunos asuntos especiales adicionales que no fueron programados pueden ser publicados.

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

Cualquiera puede ver, imprimir, o descargar *Medicare A y B Al Día* de nuestro sitio Web. Los proveedores que no puedan obtener *Medicare A y B Al Día* por Internet tienen que inscribirse con nosotros para recibir una copia impresa de cortesía o CD-ROM.

La distribución de *Medicare A y B Al Día* en copia impresa o en CD-ROM está limitada a una copia por institución de salud, proveedores independientes, o grupos de asociaciones profesionales (PA) que han facturado al menos una reclamación de Parte A o B a Medicare para su procesamiento durante los últimos 12 meses antes de la publicación de esta edición. Los proveedores que cumplan con estos criterios son elegibles para recibir una copia de cortesía de esa edición, si una barrera técnica existe que lo previene de obtenerla de la Internet y ellos nos han devuelto el formulario completo de inscripción. Los formularios de inscripción deben ser enviados anualmente o cuando se experimente un cambio de circunstancias que impacta el acceso electrónico.

Para copias adicionales, los proveedores pueden comprar una suscripción por separada anual en copia impresa o en CD-ROM (vea el formulario de orden al reverso de esta edición). Todas las ediciones publicadas en inglés desde 1997 pueden ser descargadas de la Internet libre de cargos.

Usamos la misma dirección de correo para toda la correspondencia, y no podemos designar que *Medicare A y B Al Día* sea enviada a una persona/departamento específico dentro de la oficina de un proveedor. Para asegurar el

recibimiento continuo de toda la correspondencia de Medicare, los proveedores deben mantener sus direcciones actuales con el departamento de Inscripción del Proveedor de Medicare. Recuerde que los cambios de dirección deben ser hechos usando el formulario CMS-855 apropiado.

¿Qué se encuentra en esta publicación?

Medicare A y B Al Día está dividida en secciones que informan sobre pautas generales y de cobertura, información específica para centros de salud, y categorías de especialidades:

- La primera parte de esta publicación consiste en secciones de información administrativa y general, pautas de procesamiento, asuntos de facturación, y pautas de cobertura de Medicare aplicable a todos los proveedores de Medicare de Parte A y B.
- Pautas de cobertura y asuntos de facturación enfocado en proveedores de Parte A y centros de salud incluido en secciones individuales.
- Pautas de cobertura y asuntos de facturación enfocada en proveedores de Parte B y centros de salud incluida en secciones individuales.
- Las secciones de determinaciones locales de cobertura (LCD) contienen notificación de las LCD finalizadas y adiciones, revisiones, y correcciones a las LCD previamente publicadas.
- La sección de recursos educacionales incluye eventos y materiales educativos, tales como webcasts, seminarios, y formularios reproducibles.
- Direcciones y números de teléfono importantes están al final de cada edición.

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

Los artículos incluidos en cada *Medicare A y B Al Día* representan aviso formal que pólizas de cobertura específica han o tomaran efecto en la fecha indicada. Se espera que los proveedores lean, entiendan, y se rijan por las pólizas descritas en este documento para asegurar el cumplimiento con la cobertura de Medicare y pautas de pago. ❖

Actualización trimestral para proveedores

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publican la actualización trimestral de proveedores (QPU) al principio de cada semestre, con la finalidad de informar al público acerca de:

- Reglamentaciones y cambios de importancia en procedimientos que estén en proceso de desarrollo durante este trimestre
- Regulaciones y cambios de importancia que se hayan completado o cancelado
- Manuales de instrucciones nuevos/modificados.

Los reglamentos de CMS establecen o modifican la manera en que CMS administra el programa de Medicare. Estos reglamentos afectan tanto a proveedores como a suplidores que prestan servicios a los beneficiarios de Medicare.

Los proveedores pueden acceder a QPU en el sitio Web de CMS – <http://www.cms.hhs.gov/QuarterlyProviderUpdates/>.

Los proveedores pueden suscribirse a la lista del correo electrónico de CMS-QPU para asegurarse de recibir a tiempo las notificaciones de todas las adiciones que se hagan a QPU. ❖

AMBULANCIA

Cobertura de Medicare de servicios que no son de emergencia de ambulancia terrestre

First Coast Service Options (FCSO) se convirtió en el contratista administrativo de Medicare (MAC) de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos el 1 de marzo de 2009. En preparación para esta nueva responsabilidad, FCSO evaluó los datos de reclamaciones pagadas para identificar vulnerabilidades potenciales del programa de Medicare en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Una anomalía extrema de datos fue inmediatamente identificada concerniente al reembolso de servicios de ambulancia que no son de emergencia. Este artículo provee una perspectiva general de los requisitos de cobertura del beneficio de ambulancia del programa de Medicare, el análisis de FCSO de los datos de ambulancia en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, y acciones correctivas que han sido o serán tomadas por FCSO como un resultado de este análisis.

Requisitos de cobertura para el beneficio de ambulancia de Medicare

El beneficio de ambulancia de Medicare está contenido en la Ley del Seguro Social y definido en el *Code of Federal Regulations* y los manuales administrativos de CMS que pueden ser encontrados en <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/>. Bajo las leyes existentes y regulaciones, el beneficio de ambulancia de Medicare esta limitado a situaciones donde la condición médica del paciente requiere transportación por ambulancia, como se especifica a continuación:

“La necesidad médica es establecida cuando la condición del paciente es tal que el uso de cualquier otro método de transportación es contraindicado. En cualquier caso en el cual la transportación que no sea ambulancia pueda ser usada sin poner en peligro la salud de la persona, si existe o no otro método de transportación disponible, ningún pago puede ser hecho para los servicios de ambulancia”. (Pub 100-02, *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 10, Sección 10.2.1.)

Como se describió en los manuales administrativos de CMS y la determinación local de cobertura (LCD) de FCSO para transportación de ambulancia, la presencia o ausencia de una orden del médico y/o certificado de necesidad médica para transporte por ambulancia no necesariamente prueba o desaprueba la necesidad médica del transporte. En adición de cumplir con los requisitos de cobertura citados arriba, los servicios de ambulancia deben cumplir con todos los otros criterios de cobertura del programa de Medicare incluyendo los requisitos del vehículo y tripulación y cobertura de orígenes/destinos. Los servicios de ambulancia denegados en la base de requisitos de cobertura no están sujetos a una dispensa de provisiones de responsabilidad. Como resultado, en tales situaciones, el paciente es responsable por el servicio.

Las LCD de FCSO para transportación de ambulancia incluyen las siguientes indicaciones médicas que podrían sustentar la necesidad médica para servicios de ambulancia terrestre que no son de emergencia:

- El beneficiario esta confinado a una cama antes y después del viaje por ambulancia y cumple con todos los otros criterios (vea la nota abajo).
- Existe un riesgo de herida física en el paciente u otros que requieren observación durante el transporte.
- El paciente requiere medicamentos/fluidos IV constantes durante la transportación y una heparina/ cierre de solución salina esta contraindicado.
- El tratamiento médico y/u observación durante el transporte son requeridos para prevenir el peligro de la salud del beneficiario.

Nota: “Confinado a cama” es definido como una inhabilidad de levantarse de la cama sin asistencia, la inhabilidad de ambular, y la inhabilidad para sentarse en una silla (incluyendo una silla de ruedas). Las tres condiciones deber ser cumplidas para que el paciente sea considerado “confinado a cama”. “Confinado a cama” no es sinónimo con descanso en cama o no ambulatorio. Adicionalmente, el confinamiento a cama, por sí mismo, no es suficiente ni necesario para determinar cobertura para los beneficios de ambulancia de Medicare.

Como se describió en la sección de “Limitations” del la LCD de FCSO, los servicios de ambulancia terrestre que no son de emergencia no están cubiertos en las siguientes situaciones:

- Transportación a una funeraria
- Transferencia de una residencia a otra
- Transferencia de un hospital, el cual tiene instalaciones apropiadas y el personal para tratamiento, a otro hospital
- Transportación vía ambi-buses, ambulettas, camilla, silla de ruedas, vehiculo de asistencia de movilidad (MAV), medicabs, camión, vehículos de propiedad privada y taxicabs
- Transportación a un centro de diálisis para mantenimiento de diálisis, a menos que la condición del paciente justifique la necesidad médica del transporte
- El paciente re rehúsa a ser transportado.

En todos los casos, la documentación médica apropiada del paciente, y otros documentos relevantes deben ser mantenidos en archivo y presentados a FCSO de ser solicitados. Según CMS Pub 100-08, Capítulo 3, Sección 3.5.1.1, los contratistas como FCSO, tienen la autoridad para implementar modificaciones de preago diseñadas para

Cobertura de Medicare de servicios de ambulancia terrestre... (continuación)

prevenir el pago de servicios codificados incorrectamente o que no están cubiertos y para seleccionar reclamaciones dirigidas para revisión antes del pago.

Análisis de los datos de pago para los servicios de ambulancia en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos

Como se indicó anteriormente, FCSO identificó rápidamente una anomalía extrema de datos relacionados a servicios de ambulancia que no son de emergencia en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Más concretamente, nuestro análisis de datos de reclamaciones pagadas por el código de procedimiento A0428 — servicio de ambulancia, soporte vital básico, transporte que no es de emergencia (BLS), reveló que la utilización en Puerto Rico para este código de procedimiento fue de sobre 1,000 por ciento más alto que el resto de los Estados Unidos. Para la segunda mitad de 2008, Medicare gastó \$236,789 por cada 1,000 beneficiarios de Puerto Rico para el código de procedimiento A0428, en comparación de solamente \$20,140 por cada 1,000 beneficiarios en el resto de los Estados Unidos. Además, FCSO encontró que aproximadamente el 25 por ciento de todos los pagos de Medicare Parte B en Puerto Rico fueron de servicios de ambulancia que no son de emergencia, en comparación de menos del 5 por ciento del resto de los Estados Unidos.

El análisis de los datos también reveló que el 95 por ciento de utilización de ambulancia que no es de emergencia en Puerto Rico involucró transportación repetitiva de pacientes de diálisis hacia/desde sus centros de diálisis en comparación del menos del 5 por ciento en Florida. Aunque los pacientes de diálisis pueden tener múltiples problemas de salud, la vasta mayoría pueden viajar rutinariamente y seguros por medios que no son de ambulancia.

Un problema similar de utilización fue identificado en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, aunque a un extremo mucho menor. En la primera mitad de 2007, por ejemplo, la utilización del código de procedimiento A0428 fue 155 por ciento más alta que el resto de los Estados Unidos. Para ese tiempo, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos clasificaba tercera en los Estados Unidos en la utilización del código de procedimiento A0428; sin embargo, datos más recientes muestran una baja significativa en la utilización comenzando a principios del 2008.

Hallazgos adicionales y acciones correctivas requeridas

Medicare no tiene un beneficio de “transportación” sino más bien un beneficio de “ambulancia” para los pacientes cuyas condiciones físicas son tales que requieren un monitoreo y tratamiento médico personal mientras se está siendo transportado hacia/desde un destino cubierto por Medicare para obtener el diagnóstico necesario o tratamiento terapéutico. Las LCD de referencia de FCSO CMS Pub 100-02, Medicare Benefit Policy Manual, Capítulo 10, el cual describe los requisitos del vehículo de ambulancia, requisitos de la tripulación de ambulancia,

y otros requisitos de cobertura. Como se estableció en la sección 10.1.2, “Las ambulancias de soporte vital básico deben ser tripuladas por al menos dos personas, de las cuales al menos una debe estar certificada como técnico(a) de emergencias médicas (EMT) por el Estado o autoridad local donde los servicios están siendo prestados y estar legalmente autorizado para operar equipo para salvar y sostener vidas a bordo del vehículo”.

Además, la condición del paciente debe ser tal que estos requieran los servicios del personal médico por que sin el monitoreo médico constante y/o tratamiento durante la transportación, la salud del paciente podría/estaría en peligro. Los historiales médicos que FCSO ha revisado y el historial de reclamaciones para la vasta mayoría de los pacientes siendo transportados por los suplidores de ambulancia que facturan los transportes que no son de emergencia en Puerto Rico, y previamente en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, no sustentan que estos pacientes cumplan con estos requisitos.

Ha sido observado que los pacientes viajan como pasajeros en el asiento del frente de la ambulancia

Las visitas a los centros de diálisis también han validado que los pacientes están siendo transportados hacia/desde centros de tratamiento de diálisis, hasta tres veces por semana, y que la

mayoría de estos pacientes no cumplen con los requisitos del beneficio de ambulancia de Medicare. Los pacientes han sido observados, por ejemplo, que llegan en ambulancia y después caminan hacia el centro y también viajan como pasajeros en el asiento del frente de la ambulancia. Las entrevistas con los pacientes y el personal del centro de diálisis, incluyendo el nefrólogo que maneja el tratamiento de diálisis, indican que la mayoría de los pacientes son capaces de viajar de forma segura hacia/desde sus citas de diálisis sin el monitoreo o tratamiento provisto por el personal de ambulancia. De hecho, la mayoría de los certificados de necesidad médica para estos transportes no están firmados por el nefrólogo que trata al paciente, sino más bien por el médico del cuidado primario que puede, o puede que no, esté involucrado con el cuidado del paciente.

Como el MAC para la jurisdicción nueve (J9), FCSO es responsable de asegurar la propiedad de todos los pagos de pago por servicio de Medicare en Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Inmediatamente después de tomar el mando como el MAC, FCSO se preocupó sobre el reembolso de la transportación de ambulancia que no es de emergencia en las islas y desarrolló una LCD para tratar específicamente este asunto. Todos los suplidores de ambulancia que facturan transportes que no son de emergencia en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos fueron invitados a atender a sesiones de educación el 16 de abril de 2009 para discutir las preocupaciones de FCSO, proveer respuestas, y revisar la LCD propuesta. Educación adicional fue provista vía webcasts y teleconferencias antes de que la LCD entrara en vigencia el 30 de junio de 2009.

Lamentablemente, los datos de reclamaciones para servicios provistos después de estas sesiones educacionales e implementación de la LCD no demuestran el grado de cambios esperados en facturas de transportación de ambulancia que no es de emergencia en Puerto Rico. Como se mencionó anteriormente, ha habido un cambio

Cobertura de Medicare de servicios de ambulancia terrestre... (continuación)

en los patrones de facturación en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, aunque FCSO cree que continúan algunas vulnerabilidades del programa a cierto grado.

Por lo tanto, FCSO implementará una modificación de reclamación de pago por adelantado con vigencia para reclamaciones procesadas el 15 de diciembre de 2009 en adelante, que requerirá el envío de historiales médicos antes del pago para la mayoría del transporte de ambulancia terrestre BLS que no es de emergencia hacia/desde centros de diálisis facturados por suplidores de ambulancia en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Además, FCSO continuará apoyando las modificaciones de pago por adelantado adicionales y otras actividades llevadas a cabo por la zone program integrity contractor (ZPIC), SGS, la cual es responsable de investigar casos de fraude y desarrollo. Los asuntos de facturación de ambulancia aislados también han sido identificados por suplidores específicos de ambulancia en Florida. Acciones de revisión específica serán iniciadas para esos proveedores.

Los proveedores deben responder las solicitudes de desarrollo adicionales de FCSO al enviar la documentación médica apropiada a la dirección indicada en la carta. El historial médico debe incluir:

- Documentación de instrucciones de envío
- Una descripción detallada de la condición del paciente a la hora del transporte para que FCSO pueda determinar si otros medios de transporte fueron contraindicados
- Una descripción de monitoreo específico y/o tratamientos ordenados y realizados/administrados durante el transporte

- Distancia en millas transportadas
- Un declaración de certificación del médico

Por favor, refiérase a la LCD de FCSO para mayores detalles concernientes a los requisitos de documentación.

FCSO entiende que existe una necesidad para una infraestructura de transportación pública que satisfaga las necesidades de los beneficiarios en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Sin embargo, dada a la naturaleza limitada del programa de beneficio de ambulancia, Medicare no puede pagar por servicios de ambulancia que no son de emergencia y que no son médicamente necesarios. Alentamos a los proveedores del cuidado de la salud a trabajar con líderes cívicos y de la comunidad para promover el uso de medios de transporte alternos, cuando estén disponibles, y que identifiquen otras soluciones donde tales alternativas no existan.

Para información adicional, refiérase a:

- Social Security Act 1861(s) (7)
- Social Security Act 1834(1)
- 42 CFR Sección 410.40 and 410.41
- 42 CFR Part 414, Subpart H
- Pub 100-02, Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 10
- Pub 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 15

Nota: Las LCD de FCSO: Puerto Rico, L29955; Islas Vírgenes de los Estados Unidos, L29955 --- pueden ser accedidas a través del sitio Web del proveedor de Medicare de FCSO en: http://medicareespanol.fcso.com/Coberturas_medicas/

Actualización del Medicare Benefit Policy Manual para servicios de ambulancia

Número de *MLN Matters*: MM6707

Número de petición de cambio relacionado: 6707

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de noviembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R115BP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

La sección de ambulancia del Medicare Benefit Policy Manual ha sido actualizada para incorporar el lenguaje manual consistente. El cambio establece que “un transporte de ambulancia está cubierto para el centro apropiado más cercano y obtener diagnóstico necesario y/o servicios terapéuticos (tales como un CT scan o terapia de cobalto) como también la transportación de regreso. En adición a todos los otros requisitos de cobertura, esta situación de transporte está cubierta solamente al extremo del pago que sería hecho para traer el servicio al paciente”. La palabra “apropiado” ha sido añadida a esa declaración.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6707.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6707, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R115BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 115, CR 6707

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

COBERTURA Y REEMBOLSO

Rechazo en el procesamiento de reclamaciones con conflictos de género o procedimiento

Número de *MLN Matters*: MM6638
 Número de petición de cambio relacionado: 6638
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1839CP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Este artículo provee instrucciones para completar las reclamaciones de Parte A y Parte B que contienen servicios específicos de género para los beneficiarios que son transexuales, hermafroditos, o tienen genitales ambiguos. Las reclamaciones para estos beneficiarios están siendo rechazadas por los sistemas de Medicare debido a modificaciones específicas de género que resultan en denegaciones inapropiadas.

Como evitar estas denegaciones

Reclamaciones de Parte A: Los proveedores institucionales deben reportar el código de condición 45 (categoría de género ambiguo) en servicios ambulatorios de hospitalización que pueden estar sujetos a modificaciones específicas de género (i.e., servicios que son considerados mujer u hombre solamente) para los beneficiarios definidos arriba. Este código de condición de nivel de reclamación debe ser usado por los proveedores para identificar estas reclamaciones únicas y para permitir que las modificaciones

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

relacionadas a sexo sean procesadas correctamente por los sistemas de Medicare y que el servicio continúe su procesamiento normal.

Reclamaciones de Parte B: Médicos y profesionales de la salud que facturan reclamaciones profesionales de Parte B para uno de los beneficiarios definidos arriba deben enviar el modificador KX (requisitos especificados en la póliza médica han sido cumplidos) en la línea de detalle con cualquier código de procedimiento específico de género. El modificador KX identificará un servicio que esta siendo realizado en un paciente para el cual la modificación de género específico puede aplicar y que el servicio debe ser permitido para continuar con el procesamiento normal.

Nota: El pago será realizado si la cobertura y criterios de reporte han sido cumplidos para el servicio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6638.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6638, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1838CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1839, CR 6638

Valores límites de terapia para el año calendario 2010

Número de *MLN Matters*: MM6660 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6660
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de noviembre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1860CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

El Balanced Budget Act de 1997 establece límites anuales para los pacientes de Medicare Parte. Estos límites cambian anualmente. El Deficit Reduction Act de 2005 ordenó que un proceso para excepciones de límites de terapia para servicios médicamente necesarios sea implementado. El Medicare Improvements for Patients and Providers Act de 2008 (MIPPA) fue constituido en ley el 15 de julio de 2008, y extendió la fecha de vigencia del proceso de excepciones a los límites de terapia al 31 de diciembre de 2009. El proceso de excepciones continuará sin ningún cambio para el marco de tiempo ordenado por el Congreso.

Los límites del año calendario 2010 en gastos incurridos son como siguen:

Terapia física y servicios de patología del lenguaje combinados — \$1860

Servicios de terapia ocupacional — \$1860

Los límites están basados en gastos incurridos e incluyen el deducible aplicable y coseguro.

Valores límites de terapia para el año 2010... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6660.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6660, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1860CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1860, CR 6660

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Limitación del tratamiento de salud mental del cuidado ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM6686

Número de petición de cambio relacionado: 6686

Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de octubre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R51GI, R114BP, y R1843CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Con vigencia el 1 de enero de 2014, Medicare pagará los servicios de salud mental del cuidado ambulatorio al 80 por ciento del manual de tarifas fijas para médicos de Medicare, el cual es el mismo índice que otros servicios de Parte B.

Sección 102 de MIPPA exige que el por ciento actual de 62.5 de la limitación del tratamiento de salud mental del cuidado ambulatorio (con vigencia desde el comienzo del programa de Medicare hasta el 31 de diciembre de 2009) será reducido como sigue:

1 de enero de 2010-31 de diciembre de 2011 — el porcentaje de limitación es 68.75 por ciento (Medicare paga 55 por ciento de la cantidad calculada y el paciente paga el restante 45 por ciento)

1 de enero de 2012-31 de diciembre de 2012 — el porcentaje de limitación es 75 por ciento (Medicare paga 60 por ciento de la cantidad calculada y el paciente paga el restante 40 por ciento)

1 de enero de 2013-31 de diciembre de 2013 — el porcentaje de limitación es 81.25 por ciento (Medicare paga 65 por ciento de la cantidad calculada y el paciente paga el restante 35 por ciento)

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total

1 de enero de 2014 en adelante — el porcentaje de limitación es 100 por ciento (Medicare paga 80 por ciento de la cantidad calculada y el paciente paga el restante 20 por ciento)

Para las clínicas de salud rural y centros de salud calificados por el gobierno federal, la cantidad que el paciente paga puede diferir del porcentaje mostrado arriba si los cargos no son iguales al índice de encuentro para la clínica.

Servicios no sujetos a la limitación

- Medicare no aplica la limitación en el tipo de factura (TOB) 75x (los centros de rehabilitación ambulatorio comprensiva [CORF] no proveen servicios de terapia de salud mental).
- Situaciones específicas relacionadas al diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer o un desorden relacionado a Alzheimer

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6686.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6686, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1860CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 60, CR 6686

Actualización al deducible de Medicare, coseguro e índices de compensación para el 2010

Número de *MLN Matters*: MM6690
 Número de petición de cambio relacionado: 6690
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de noviembre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R61GI
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Los beneficiarios que usan servicios cubiertos de Parte A pueden estar sujetos a deducible y requisitos de coseguro. Un beneficiario es responsable por una cantidad de deducible de una hospitalización, la cual es deducida de la cantidad pagable por el programa de Medicare al hospital, para los servicios de hospitalización prestados en una larga temporada de enfermedad.

Bajo la Parte B del programa de seguro médico suplementario (SMI) todas las personas inscritas están sujetas a una cantidad de pago de compensación. La mayoría de los servicios de SMI están sujetos a un deducible anual y coseguro (por ciento de costos que la persona inscrita deben pagar), el cual es establecido por estatuto. Cuando se realiza la inscripción de Parte B más de 12 meses después del periodo de inscripción inicial de una persona, existe un incremento permanente del 10 por ciento en el pago de compensación para cada año que el beneficiario pudo haberse inscrito y no lo hizo.

Seguro de hospital (HI) de Parte A 2010

Deducible —\$1,100.00

Coseguro

\$275.00 al día para los días 61-90
 \$550.00 al día para los días 91-150 (lifetime reserve days)
 \$137.50 al día para los días 21-100 (coseguro de centro de enfermería especializada)

Pago de compensación base (Base premium, BP) — \$461.00 al mes

BP con 10 por ciento de sobrecargo — \$507.10 al mes

BP con 45 por ciento de reducción — \$254.00 al mes (para aquellos que tienen 30-39 cuartos de cobertura)

BP con 45 por ciento de reducción y 10 por ciento de sobrecargo — \$279.40 al mes

Seguro médico suplementario (SMI) de Parte B 2010

Standard premium — \$110.50 al mes

Deducible — \$155.00 al año

Coseguro — 20 por ciento

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6690.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6690, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1860CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 61, CR 6690

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total

Cambios al software de modificación de determinación nacional de cobertura de laboratorio

Número de *MLN Matters*: MM6717
 Número de petición de cambio relacionado: 6717
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1847CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) para los servicios de laboratorio de diagnóstico clínico fueron desarrolladas por el comité hacedor de reglas, negociado de laboratorio y publicó una regla final el 23 de noviembre de 2001. El software nacionalmente uniforme fue desarrollado e incorporado en los sistemas de Medicare para que las reclamaciones de laboratorio sujetas a una de las 23 NCD fueran procesadas uniformemente por toda la nación con vigencia el 1 de enero de 2003.

En cumplimiento con el Medicare Claims Processing Manual, Capítulo 16, Sección 120.2 (<http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c16.pdf#page=64>), el módulo de modificación de laboratorio es actualizado trimestralmente (como sea necesario) para reflejar actualizaciones de codificación ministerial y cambios sustantivos a las NCD desarrolladas a través del proceso de NCD.

La petición de cambio 6717 anuncia una actualización al módulo de modificación de laboratorio para los cambios en las listas de código de NCD de laboratorio para enero de 2010. Estos cambios son efectivos para los servicios prestados el 1 de enero de 2010 en adelante, y afectan las siguientes NCD:

Cambios al software de modificación de NCD de laboratorio... (continuación)

- Estudios de suero de hierro
- Para transferencia de gama glutamyl
- Para tiempo protrombina (PT)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6717.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6717, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1847CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1847, CR 6717

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Código de categoría de estatus de reclamación y actualización de código de estatus de reclamación

Número de *MLN Matters*: MM6723

Número de petición de cambio relacionado: 6723

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de noviembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1852CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

El Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) exige a todos los pagadores de beneficio del cuidado de la salud que usan solamente los códigos de categoría de estatus de reclamación y códigos de estatus de reclamación aprobados por la National Uniform Claim Committee en el formato de solicitud y respuesta de estatus de reclamación del cuidado de la salud X12 276/277 adoptado como el estándar para uso nacional (004010X093A1). Estos códigos explican el estatus de reclamaciones enviadas. Los códigos propietarios no pueden ser usados en el X12 276/277 para reportar el estatus de la reclamación.

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Todos los cambios de código aprobados durante la reunión del comité en septiembre de 2009 fueron publicados para el 1 de noviembre de 2009.

Los contratistas deben implementar los siguientes cambios a más tardar el 4 de enero de 2010:

- Ingrese todos los cambios de texto del código que apliquen y nuevos códigos
- Terminación del uso de códigos desactivados.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6723.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6723, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1852CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1852, CR 6723

FACTURACIÓN

Mensaje de prevención de fraude para el MSN de Florida

Comenzando a más tardar el 6 de noviembre de 2009 hasta el 30 de septiembre de 2012, First Coast Service Options Inc. imprimirá el número de mensaje general 24.15 en todos los resúmenes de Medicare (MSN) emitidos a los beneficiarios en Florida. Este mensaje será colocado en la primera página bajo la sección de fraude:

Español

Reporte los servicios y artículos que no recibió a la línea gratuita de fraude a Medicare al 1-866-417-2078.

English

Report items and services that you did not receive to Medicare's Fraud Hotline at 1-866-417-2078. ❖

Fuente: CMS JSM 10035, 29 de octubre de 2009

Precio promedio de venta trimestral de enero 2010 y revisiones a archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM6708

Número de petición de cambio relacionado: 6708

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de noviembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1854CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Este artículo informa a los contratistas de Medicare a que descarguen e implementen el archivo de precio de medicamento del precio promedio de venta (ASP) de enero de 2010 para los medicamentos de Medicare Parte B, y, si es emitido por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), los archivos revisados de octubre de 2009, julio de 2009, abril de 2009, y enero de 2009. Los contratistas usarán el ASP de enero de 2010 y los archivos

de precio de medicamento que no están clasificados de otra forma (NOC) para determinar el pago límite para medicamentos de Medicare Parte B pagados por separado procesados o reprocesados el 4 de enero de 2010 en adelante, con las fechas de servicio del 1 de enero de 2010 hasta el 31 de marzo de 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6708.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6708, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1854CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1854, CR 6708

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total

Actualización del 2010 de la tarifa fija de DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM6720

Número de petición de cambio relacionado: 6720

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de noviembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1853CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Este artículo provee instrucciones sobre la actualización anual del año calendario (CY) 2010 para la tarifa fija de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros (DMEPOS). Las instrucciones incluyen información concerniente a los archivos de datos factores de actualización, y otra información relacionada a la actualización de la tarifa fija de DMEPOS. Nota: Esta actualización anual es exigida por estatuto.

Puntos clave de CR 6720

- El archivo de tarifa fija de DMEPOS 2010 estará disponible el 17 de noviembre de 2009 en adelante, para agencias de Medicaid del estado, organizaciones que manejan el cuidado de la salud, y otras partes interesadas en <http://www.cms.hhs.gov/DMEPOSFeeSched/>.
- Nuevos códigos están siendo añadidos y entraran en vigencia el 1 de enero de 2010

Actualización del 2010 de la tarifa fija de DMEPOPS... (continuación)

- Códigos eliminados están siendo removidos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), con vigencia el 1 de enero de 2010
- Factores de actualización de tarifas fijas de CY 2010
- Actualización 2010 a los índices de pago de labor
- Cantidades de pago mensuales nacionales 2010 para equipo de oxígeno estacionario

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6720.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6720, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1853CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1853, CR 6720

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Gripe H1N1 apremia a la secretaria de HHS a levantar requisitos del programa

La Secretaria de Salud y Servicios Humanitarios, Kathleen Sebelius, ha invocado su autoridad para dispensa bajo la Sección 1135 de la Ley del Seguro Social. Esto permite para la dispensa o modificación de ciertos requisitos de Medicare, Medicaid, y Children's Health Insurance Program (CHIP) para asegurar que suficientes artículos del cuidado de la salud y servicios estén disponibles para satisfacer las necesidades de las personas inscritas en programas de la Ley del Seguro Social en el área de emergencia y para los periodos de tiempo cubiertos por la autoridad 1135.

Las solicitudes de los proveedores para operar bajo las flexibilidades provistas por la dispensa deben ser enviadas a la agencia de encuesta del estado u oficina regional de CMS. Visite el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid para detalles sobre lo que es exigido para enviar una solicitud de dispensa: <http://www.cms.hhs.gov/H1N1/Downloads/RequestingAWaiver101.pdf>

Información adicional sobre el proceso de dispensa 1135 puede ser encontrada en: <http://www.cms.hhs.gov/H1N1/>. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-44

Nuevos y más severos estándares del cálculo de índices de pago impropios de Medicare para 2009

Parte de la estrategia de la administración para eliminar errores y prevenir fraude y malgasto

Como parte de la meta de la administración de Obama de reducir el malgasto, fraude, y abuso en Medicare, el Departamento de Salud y Servicios Humanitarios (HHS) y los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) revisaron significativamente y mejoraron sus cálculos de índices de error de pago por servicio de Medicare (FFS) en 2009, reflejando una mejor contabilidad de los pagos impropios de Medicare que en pasados años. Estas mejoras proveerán a CMS con información más completa sobre los errores de tal forma que la agencia puede enfocarse mejor en los pagos impropios.

“La administración de Obama está comprometida en fortalecer y mejorar los sistemas de Medicare y Medicaid y hacer todo lo que podemos para ser responsables y vigilantes de estos programas en que millones de americanos confían”, dijo la Secretaria de HHS Kathleen Sebelius. “Desde el comienzo de la administración, el Presidente ha dirigido todas las agencias en todo el gobierno para usar un presupuesto honesto y para tomar una mirada severa y más detallada posible de lo que estaba ocurriendo con los dólares de los contribuyentes dentro de nuestras agencias y dentro de programas críticos. Este año hicimos la llamada para detener el cálculo de nuestro índice de error en pago por servicio de Medicare en la forma en que la pasada administración lo hacia y comenzar a usar un método más

riguroso para calcular este índice y mantenernos firmes con eliminar errores y fraude”.

Los índices de pago impropios de Medicare, Medicaid y Children's Health Insurance Program (CHIP) son emitidos anualmente como parte del reporte financiero de la agencia HHS.

Mientras que los índices de pago impropios no son necesariamente un indicador de fraude en Medicare o cualquier otro programa del cuidado de la salud federal, estos sí proveen a HHS, CMS, y sus asociados, que son responsables de la supervisión de los fondos de Medicare y Medicaid, una evaluación más completa de cómo muchos errores necesitan ser corregidos.

“Si no somos honestos sobre el problema, no existe forma de que podamos obtener una solución. A través de una revisión más estricta de las reclamaciones de Medicare, hemos sido capaces de establecer una contabilidad más completa de errores, habilitando a CMS a tomar pasos más certeros para reducir el índice de error e identificar acciones abusivas o potencialmente fraudulentas antes de que estas se conviertan en problemas”, dijo Sebelius. Este cambio del cálculo de índice de error es solamente una parte de nuestro esfuerzo amplio de la administración para reducir el malgasto, fraude y abuso en el cuidado de la salud. Además del establecimiento de HEAT, el task force conjunto que fue

Nuevos y más severos estándares del cálculo de índices de pago impropios de Medicare para 2009... (continuación)

establecido más temprano este año con el Departamento de Justicia, hemos tomado pasos más agresivos con HHS y CMS para mejorar nuestra supervisión de los fondos de confianza de Medicare y los dólares de los contribuyentes que pagan por el cuidado de la salud de millones de americanos más vulnerables y entrados en edad”.

“Mientras nos movemos hacia adelante en nuestra revisión de los datos del índice de error de Medica y Medicaid, esperamos ser capaces de determinar si existen patrones específicos que nos pueden ayudar a mejor e identificar debilidades en nuestros programas o sistemas”, dijo la administradora interina de CMS Charlene Frizzera. “Esperamos ser capaces de usar los datos disponibles a través del uso de nuevos reportes de historiales de la salud electrónicos que pueden ayudar en el diseño de nuevos e innovadores acercamientos para encontrar patrones emergentes y vulnerabilidades en áreas de alto riesgo tales como equipo médico duradero y salud en el hogar”.

Sebelius y Frizzera también indicaron que HHS y CMS invertirían más tiempo y recursos trabajando con los proveedores para eliminar errores a través de un adiestramiento incrementado y mejorado de asistencia y educación.

“Es importante que continuemos trabajando de cerca con los doctores, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud para asegurarse que ellos entiendan y sigan los requisitos más completos de los servicios de pago por servicio”, dijo Frizzera. “Estamos comprometidos en trabajar de cerca con ellos para reducir el índice de pagos impropios”.

El comunicado de prensa completo está disponible en: https://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 200911-31

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Servicios de ambulancia prestados a beneficiarios en centros de enfermería especializada de Parte A

Número de *MLN Matters*: MM6700

Número de petición de cambio relacionado: 6700

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R595OTN

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

La Ley del Seguro Social (Sección 1888(e); http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1888.htm) estableció un sistema de pagos prospectivos (PPS) para los centros de enfermería especializada (SNF). Bajo el SNF PPS, la mayoría de los servicios que proveen los suplidores externos a los residentes del SNF están incluidos en los pagos de SNF de Medicare Parte A. La mayoría de los servicios de ambulancia prestados a un beneficiario en una estancia de SNF de Parte A están sujetos a esta regla como también (excepciones son discutidas en el artículo de *MLN Matters* MM6700). Consecuentemente, en cumplimiento con los requisitos de facturación consolidada (CB) de la Ley del Seguro Social, los SNF son responsables de facturara a Medicare Parte por estos servicios. **Los suplidores externos no pueden facturar por separado a Medicare, pero deben obtener el pago del SNF.**

El reporte A-01-08-00505 con fecha del 25 de agosto de 2009 del inspector General (IG) del Departamento de

Salud y Servicios Humanos, (<http://oig.hhs.gov/oas/reports/region1/10800505.asp>) encontró que, en ocasiones, los servicios de ambulancia que fueron sujetos a la regla de SNF CB fueron impropriamente facturados por separado por el suplidor.

La petición de cambio (CR) 6700 implementa revisiones del sistema de Medicare para asegurar que los servicios de ambulancia que están sujetos a las reglas de facturación consolidada de centros de enfermería especializada (SNF CB) (pero que son facturados por separado como un servicio de Parte B) son denegados cuando la fecha de servicio (DOS) en las reclamaciones de ambulancia que superponen las reclamaciones del cuidado ambulatorio de hospital, las cuales son rechazadas por el SNF CB.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6700.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6700, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R595OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 595, CR 6700

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total

INTERÉS GENERAL

Entablillados, yesos, equipo y suministros de diálisis, y ciertos IOL — actualización del 2010

Número de *MLN Matters*: MM6691
 Número de petición de cambio relacionado: 6691
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de octubre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1834CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Este artículo y la petición de cambio (CR) 6991 proveen instrucciones al contratista sobre como calcular cargos razonables para el pago de reclamaciones de entablillados, yesos, equipo y suministros de diálisis, y lentes intraoculares (IOL) prestados en el año calendario 2010. El pago en un cargo razonable es exigido para estos servicios por regulaciones contenidas en 42 CFR 405.501.

El cargo indexado de inflación (IIC) es calculado usando el más bajo de los exámenes de cargo razonable del año anterior actualizado por un factor de ajuste de inflación o el porcentaje en el índice de precio del consumidor para todos los consumidores urbanos (CPI-U) promedio de

ciudad de los Estados Unidos) para el periodo de 12 meses finalizando con junio de 2009.

Puesto que el cambio de porcentaje en el CPI-U para el periodo de 12 meses finalizando con junio de 2009 es negativo (-1.41 por ciento), el factor de actualización IIC para el 2010 es 0 por ciento. Los límites de pago del 2010 para entablillados y yesos estarán basados en los límites del 2009 que fueron anunciados en CR 6221 el año pasado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6691.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6691, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1834CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1834, CR 6691

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total

Tenemos encima la temporada de gripe

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) instan a los proveedores a aprovechar cada atención médica para convencer a los pacientes de Medicare a vacunarse contra la gripe estacional. Vacunarse a tiempo es la mejor defensa para combatir la gripe durante la presente estación. Y no olvide — los trabajadores que cuidan de la salud también necesitan protegerse.

Medicare provee cobertura para la vacuna contra la influenza, como un beneficio de Parte B, sin costo alguno para el paciente de Medicare. No hay deducible ni copago/coseguro. Cabe hacer notar que la vacuna contra la influenza no es una medicina con cobertura de Parte D.

Para más información acerca de cobertura de Medicare para la vacuna de prevención de gripe estacional y su administración, así como los recursos informativos/educacionales para profesionales del cuidado de la salud, visite el sitio de Internet de CMS (http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp).

Para información sobre políticas de Medicare en relación a la influenza H1N1, visite el sitio de Internet de CMS (<http://www.cms.hhs.gov/H1N1>)

Nota: Si tiene problemas para acceder a cualquier enlace de este mensaje, cópielo y péguelo al URL de su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-42

Cambios al índice de pago para servicios en departamentos del cuidado ambulatorio de hospital y ASC

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anunció que la mayoría de los hospitales recibirán una actualización de inflación de 2.1 por ciento en sus índices de pago para servicios prestados a los beneficiarios de Medicare en departamentos del cuidado ambulatorio. Como es exigido por la ley de Medicare, CMS reducirá la actualización al 2.0 puntos porcentuales para los hospitales que no participaron en los reportes de calidad de datos para los servicios del cuidado ambulatorio o no reportaron exitosamente los datos de calidad, resultando en un 0.1 por ciento de actualización para esos hospitales.

CMS también anunció que los centros de cirugía ambulatoria (ASC) recibirán un 1.2 por ciento de inflación de actualización comenzando el 1 de enero de 2010. CMS proyecta que el agregado de pagos de Medicare a más de 4,000 hospitales y comunidades de centros de salud mental en CY 2010 será aproximadamente \$32.2 billones, mientras los pagos de Medicare a aproximadamente 5,000 ASC totalizarán \$3.4 billones.

Las actualizaciones de pago están incluidas en la regla final con el periodo de comentario que revisa las pólizas de pago y actualiza los índices de pago para los servicios prestados a los beneficiarios durante el año calendario (CY) 2010 en los departamentos del cuidado ambulatorio de hospital bajo el sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) y en los ASC bajo una metodología revisada de índice que fue implementada el 1 de enero de 2008.

“Los índices de pago que estamos anunciando para el 2010 tienen la intención de asegurar que los beneficiarios de Medicare continúen recibiendo un cuidado de la salud eficiente y de alta calidad en los ambientes más apropiados”, dijo Jonathan Blue, director de CMS Center for Medicare Management.

La regla final con el periodo de comentario implementa provisiones del Medicare Improvements for Patients and Providers Act del 2008 (MIPPA) que extiende la cobertura de Medicare a servicios de rehabilitación y educacional que tienen la intención de mejorar la salud de pacientes diagnosticados con ciertas enfermedades respiratorias, cardíacas, y renales. Comenzando el 1 de enero de 2010, los hospitales serán capaces de facturar a Medicare por nuevos servicios de rehabilitación pulmonar e intensivos prestados en departamentos del cuidado ambulatorio de hospital a beneficiarios de Medicare.

La regla final con periodo de comentario también provee pagos a hospitales en zonas rurales para servicios de educación sobre enfermedad del riñón prestados en departamentos del cuidado ambulatorio a beneficiarios de Medicare con enfermedad crónica del riñón en estado IV.

La regla final con periodo de comentario incorpora un ajuste de pago para los costos operativos de farmacia de hospital de medicamentos y productos biológicos pagados por separado. Este ajuste reconoce mejor los costos operativos para estas medicinas y productos biológicos

relativos a aquellas medicinas y productos biológicos que están incluidos en el pago de Medicare para la clasificación de pago ambulatorio (APC) asociado. Como resultado, CMS pagará a los hospitales para la mayoría de las medicinas y productos biológicos pagados por separado y administrado en departamentos del cuidado ambulatorio de hospital al precio promedio de venta (ASP) del manufacturero más cuatro por ciento. Para mantener acceso seguro al beneficiario y un cuidado de la salud costo-efectivo, la regla final con periodo de comentario también modifica los requisitos de CMS para la supervisión del médico para asegurar que el hospital de servicios ambulatorios está apropiadamente supervisado por médicos u otros profesionales de la salud calificados.

En adición a los departamentos del cuidado ambulatorio de hospital, la regla final con el periodo de comentario incluye cambios en la póliza e índices de pago para los servicios en ASC y continua expandiendo la lista de procedimientos quirúrgicos que Medicare cubrirá cuando es realizado en un ASC. La regla final con el periodo de comentario busca asegurar que los beneficiarios tengan acceso a los servicios del cuidado ambulatorio en todos los ambientes apropiados, mientras se mejora la calidad y eficiencia del servicio prestado.

Bajo el programa de reporte de datos de calidad del departamento del cuidado ambulatorio de hospital (HOP QDRP), los hospitales que no participaron en el programa o que no reportaron exitosamente las medidas de calidad recibirán una actualización en CY 2010 igual al factor de actualización de inflación menos 2.0 puntos porcentuales para una actualización neta de 0.1 por ciento. CMS continuará requiriendo a los hospitales participantes de HOP QDRP que reporten los siete departamentos de emergencia existentes y medidas del cuidado peri-operativo, como también las medidas de eficiencia de imagen basada en las cuatro reclamaciones existentes para la determinación de pago del CY 2011. CMS también entrará en fase un nuevo requisito de validación HOP QDRP para asegurar que los hospitales están reportando con precisión las medidas para los datos resumidos de la gráfica. Además, CMS estableció procedimientos para hacer los datos de calidad bajo el HOP QDRP públicamente disponible comenzando con el tercer cuarto de CY 2008.

La regla final de CY 2010 OPPS/ASC con el periodo de comentario aparecerá en el *Federal Register* del 20 de noviembre. Los comentarios en las provisiones designadas deben ser completadas a más tardar a las 5:00 p.m. (ET) el 29 de diciembre de 2009. CMS responderá a los comentarios en la regla final de CY 2011 OPPS/ASC.

Más información sobre las pólizas finales de CY 2010 para el sistema de pago OPPS y ASC están disponibles en:
OPPS: <http://www.cms.hhs.gov/HospitalOutpatientPPS/>
Sistema de pago ASC: <http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/ASCRN/> ❖

Fuente: CMS PERL 200911-02

Noviembre es el Mes Americano de la Diabetes

Veinticuatro millones de adultos y niños en los Estados Unidos sufren de diabetes. Las complicaciones de la diabetes pueden incluir un incremento de riesgo de enfermedad del corazón, ceguera, glaucoma, daño en el nervio, y daño en el riñón. Sin embargo, la detección y tratamiento de la diabetes puede prevenir o retrasar muchas de estas complicaciones.

¿Qué puede hacer usted?

Como un profesional del cuidado de la salud que provee cuidado a los pacientes con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes al educarlos sobre los factores de riesgo y alentarlos a que aprovechen los servicios de detección y tratamiento cubiertos de Medicare.

Para mayor información

Los Centros de Medicare & Medicaid (CMS) han desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios relacionados con la diabetes y que están cubiertos por Medicare, incluyendo:

The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals — este recurso abarcador y que fue recientemente revisado provee información de cobertura y codificación en la línea de servicios preventivos y pruebas de detección que Medicare cubre, incluyendo pruebas de detección de glaucoma y diabetes, adiestramiento del auto manejo de la diabetes, terapia nutricional médica, y suministros y otros servicios para los beneficiarios de Medicare con diabetes.

http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf

Diabetes-Related Services brochure — este folleto, que recientemente ha sido actualizado, provee a los profesionales del cuidado de la salud con una perspectiva general de la cobertura de Medicare de las pruebas de detección de la diabetes, adiestramiento del auto manejo de la diabetes, terapia nutricional médica, y suministros y otros servicios para los beneficiarios de Medicare con diabetes.

<http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/DiabetesSvcs.pdf>

Quick Reference Information: Medicare Preventive Services — esta gráfica de dos lados provee información sobre cobertura y codificación de servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo las pruebas de detección de glaucoma, adiestramiento de auto manejo de la diabetes, terapia nutricional médica, y suministros y otros servicios para los beneficiarios de Medicare con diabetes.

http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf

The MLN Preventive Services Educational Products Web page — provee descripciones e información de orden para los servicios preventivos del *Medicare Learning Network (MLN)* productos educacionales y recursos para los profesionales del cuidado de la salud y su personal.

http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp

Glaucoma Screening brochure — este folleto, que recientemente ha sido actualizado, provee información de cobertura para las pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare, incluyendo la examinación de ojo dilatado.

<http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/Glaucoma.pdf>

Información para su uso y materiales para los consumidores y profesionales de la salud desarrollados por el National Diabetes Education Program están disponibles en <http://ndep.nih.gov/>.

Para más información sobre el mes americano de la diabetes, visite el sitio Web de la American Diabetes Association en <http://www.diabetes.org/community-events/programs/american-diabetes-month/>. ❖

Nota: Si usted tienen problemas accediendo a cualquiera de estos enlaces, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet.

Fuente: CMS PERL 200911-06

Noviembre 19 es el Gran Día Americano de No Fumar

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) le solicita a la comunidad de proveedores a mantener a los beneficiarios de Medicare saludables al alentarlos a aprovechar los beneficios de consejería cubiertos por Medicare para cesar de fumar y uso del tabaco.

El uso del tabaco contribuyó a más de 438,000 muertes prematuras en los Estados Unidos anualmente entre 1997 y 2001 [1]. Además, el tabaco continúa siendo la causa principal de enfermedad prevenible y muerte en los Estados Unidos. El fumar puede provocar y empeorar enfermedades del corazón, infarto, enfermedad del pulmón, cáncer, diabetes, hipertensión, osteoporosis, degeneración macular, aneurisma aórtica abdominal, y cataratas.

Medicare provee cobertura de consejería para cesar el uso del tabaco y fumar para los beneficiarios que usan tabaco y tienen una enfermedad o un efecto de salud adverso ligado al uso del tabaco, o que toman ciertos agentes terapéuticos cuyo metabolismo o dosis es afectada por el uso del tabaco.

¿Qué puede hacer usted?

Como profesional de la salud que provee cuidados de salud a los pacientes con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes al educarlos sobre los factores de riesgo y alentarlos a aprovechar los beneficios de consejería cubiertos por Medicare para cesar de fumar y uso del tabaco.

Noviembre 19 es el Gran Día Americano de No Fumar... (continuación)

Para mayor información

CMS ha desarrollado varios productos educativos relacionados a servicios de consejería cubiertos por Medicare para cesar de fumar y uso del tabaco:

La guía de servicios preventivos de Medicare para médicos, proveedores, suplidores, y otros profesionales de la salud -- provee cobertura e información de codificación en la línea de servicios preventivos y pruebas de detección que Medicare cubre, incluyendo consejería para cesar de fumar y el uso del tabaco.

http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf

La página Web de productos educativos de servicios preventivos de MLN -- provee descripciones e información para ordenar productos educativos y servicios preventivos del Medicare Learning Network (MLN) incluyendo productos relacionados servicios de consejería cubiertos por Medicare para cesar de fumar y uso del tabaco.

http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp

Información de referencia rápida: Servicios preventivos de Medicare -- esta gráfica de dos lados provee información de codificación y cobertura sobre servicios

preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo consejería para cesar de fumar y el uso del tabaco. http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf

Folleto de consejería para cesar de fumar y el uso del tabaco -- este folleto provee información sobre cobertura para consejería de servicios cubiertos por Medicare para cesar de fumar y uso del tabaco.

<http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/smoking.pdf>

Visite el MLN para mayor información sobre estos y otros productos educativos de pago por servicio de Medicare. Para más información sobre el Gran Día Americano de No Fumar, visite el sitio Web de la American Cancer Society en <http://acsf2f.com/gaso/index.html>.

Gracias por ayudar a CMS a mejorar la salud de los pacientes con Medicare al unirse en el esfuerzo para educar a los beneficiarios elegibles sobre la importancia de aprovechar los servicios de consejería para cesar de fumar y el uso del tabaco y otros servicios preventivos cubiertos por Medicare. ❖

[1] La American Cancer Society. 2009. Great American Smokeout: Tobacco-Related Cancer Statistics 2007 [online]. [cited 5 November 2009]. Disponible en la World Wide Web: (<http://acsf2f.com/gaso/statistics.html>).

Fuente: CMS PERL 200911-25

Mensaje para los proveedores sobre el H1N1

El Departamento de Salud y Servicios Humanitarios le agradece por su trabajo en comunidades por todo el país. Mientras continua la temporada de influenza este año, queremos proveerle con información actualizada sobre el nuevo virus H1N1 de 2009, y también darle alguna información fácil de leer con la esperanza de que alcanzará a las personas que la necesiten más.

También hemos incluido un ejemplo de un e-mail que le permitirá compartir importantes recursos con miembro de su comunidad y ayudará a protegerlos del virus H1N1. La participación en este esfuerzo de alcance es voluntaria.

Actualizaciones del H1N1 2009

La actividad de la influenza actualmente es mayor de lo que se ha visto durante el auge de muchas temporadas regulares de influenza. Casi todos los virus identificados de influenza esta temporada han sido el H1N1 de 2009.

Todos los estados han puesto órdenes para la vacuna del H1N1 de 2009, y más órdenes se esperan diariamente. La vacuna esta llegando en miles de lugares por todo el país. Debido a que el sistema de distribución de la vacuna varía por estado, la situación de la vacuna puede diferir de comunidad a comunidad.

La vacuna del H1N1 de 2009 está tomando más tiempo de producir que los manufactureros esperaban inicialmente. Los científicos, doctores, y manufactureros están trabajando arduamente para producir esta vacuna en forma segura, efectiva, y tan rápidamente como la ciencia lo permita. El Departamento de Salud y Servicios Humanitarios, del estado y departamentos de salud locales, continuarán permitiendo que la vacuna esté disponible tan pronto salga de la línea de producción.

Las pruebas clínicas conducidas por el Instituto Nacional de la Salud y los manufactureros de la vacuna han mostrado que la nueva vacuna del H1N1 es segura y efectiva.

En el pasado, las pandemias de la influenza han sido caracterizadas por múltiples ondas. Los científicos y doctores recomiendan la vacunación del H1N1 aun si la actividad de la influenza disminuye, puesto que esta podrá resumir luego en la temporada.

Siéntase libre de de compartir cualquier comentario que usted reciba para información adicional y materiales. Nuevamente, la diseminación de esta información es voluntaria.

E-mail de servicios de asistencia a la comunidad

Por favor, copie y pegue la siguiente información:

Estimado amigo,

Probablemente usted ha escuchado mucho este año sobre la influenza H1N1. Y usted puede que tenga preguntas. Usted puede que haya sufrido la influenza, o conoce a un amigo o vecino que ha estado enfermo. Este e-mail muestra algunas herramientas sugeridas por el Departamento de Salud y Servicios Humanitarios para ayudar a prevenir la influenza, saber que hacer si se enferma, y encontrar un lugar para obtener la vacuna.

Las personas recomendadas por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) para recibir la vacuna tan pronto como sea posible incluyen:

- Trabajadores del cuidado de la salud
- Mujeres embarazadas
- Las personas entre las edades de 25 hasta 64 con condiciones médicas crónicas, tales como asma, enfermedad del corazón, o diabetes

Mensaje para los proveedores sobre el H1N1... (continuación)

- Cualquiera entre las edades de 6 meses hasta los 24 años de edad, y
- Las personas que viven o cuidan a niños menores de 6 meses de edad.

Un recurso valioso con las últimas actualizaciones sobre la influenza H1N1 es <http://www.flu.gov/>. En este sitio usted puede encontrar información sobre como prevenir y tratar la influenza, datos esenciales sobre la influenza, y por que la vacuna H1N1 es segura y recomendada por los expertos de la salud. Para buscar donde obtener la vacuna en su estado, visite el localizador de la vacuna. Esta información es actualizada regularmente mientras que más dosis son enviadas cada semana.

Un recurso adicional es la línea directa del CDC, 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636), la cual ofrece los servicios en inglés y español, las 24 horas del día, siete días a la semana.

¿Escuchó un rumor? Visite Myths & Facts para hacer una revisión de los hechos.

Por favor, envíe este e-mail a sus familiares, amigos, compañeros de trabajo y asociados hoy. Trabajemos juntos para ayudar a mantener nuestras comunidades seguras y saludables. ❖

Fuente: CMS PERL 200911-28

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

Uno de los secretos de obtener el éxito como proveedor de Medicare es el acceso a la información correcta en el tiempo correcto. Suscríbese a eNews de First Coast Service Options (FCSO) y usted será de los primeros en aprender las últimas noticias de Medicare y cambios críticos del programa que afectan a la comunidad de proveedores. Suscríbese a tantas listas como desee, en inglés o español, y modifique su suscripción para que se ajuste a sus necesidades específicas -- línea de negocio, especialidad, o tema de interés. Permita que eNews de FCSO sea su primera fuente de noticias de Medicare: Inscríbese hoy.

COBERTURA Y REEMBOLSO

Servicios relacionados al uso voluntario de notificación anticipada al beneficiario que no tiene cobertura

Número de *MLN Matters*: MM6563

Número de petición de cambio relacionado: 6563

Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de octubre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1840CP

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

La petición de cambio 6563, de donde este artículo toma la información, anuncia que dos modificadores HCPCS de nivel II han sido actualizados para permitir los usos voluntarios de notificaciones de responsabilidad para que sean distinguidos de los usos requeridos. Específicamente, el modificador GA ha sido redefinido para significar “Dispensa de declaración de responsabilidad emitida como es exigido por la póliza del pagador”.

El **modificador GA** debe ser usado solamente para reportar cuando una notificación anticipada al beneficiario (ABN) fue emitida para un servicio, y no debe ser reportada en asociación con otro modificador relacionado a responsabilidad y debe continuar siendo enviado con cargos cubiertos. Tenga en cuenta que los sistemas de Medicare ahora denegarán reclamaciones institucionales enviadas con el modificador GA como una responsabilidad del beneficiario (en vez de subordinarlos a posible revisión médica), y el beneficiario tendrá el derecho de apelar esta determinación. El procesamiento de Medicare de reclamaciones profesionales con este modificador no está cambiando.

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Además, el nuevo **modificador GX** ha sido creado con la definición “Notificación de responsabilidad emitida, voluntaria bajo la póliza del pagador”.

El **modificador GX** debe ser usado para reportar cuando un ABN voluntario fue emitido para un servicio. Los proveedores pueden usar el modificador GX para proveer a los beneficiarios con una notificación voluntaria de responsabilidad concerniente a los servicios excluidos de cobertura de Medicare por estatuto, y en estos casos, los proveedores pueden reportarlo en la misma línea como ciertos otros modificadores relacionados a responsabilidad. Tenga en cuenta que el modificador GX debe ser enviado con cargos no cubiertos solamente, y el FI o A/B MAC denegará la reclamación como una responsabilidad del beneficiario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6563.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6563, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1840CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1840, CR 6563

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Usando los segmentos de reclamación 837I para Medicare como pagador secundario

Número de *MLN Matters*: SE0928
 Número de petición de cambio relacionado: 6426
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Las provisiones MSP aplican a situaciones donde Medicare no es el asegurador primario del beneficiario. Las reclamaciones de Medicare como pagador secundario (MSP) para Parte A están basadas en:

- **Cargos cubiertos por Medicare, o la cantidad que el médico (o el suplidor) esta obligado a aceptar como pago completo (OTAF), cualquiera que sea más bajo**
- **Lo que Medicare hubiera pagado como el pagador primario**
- **El pago del pagador primario.**

La petición de cambio 6426 le recuerda a usted el incluir los códigos de grupo relacionado del segmento

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

ESRD

Implementación de cambios en el pago de enfermedad renal en estado terminal

Número de *MLN Matters*: MM6679
 Número de petición de cambio relacionado: 6679
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de octubre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R113BP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Para el año calendario (CY) 2010, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) actualizaron los porcentajes de pagos integrados para los centros de enfermedad renal en estado terminal (ESRD). Luego de la implementación de la petición de cambio (CR) 6679, los siguientes cambios serán aplicados a las reclamaciones de centros de hospital y diálisis independiente:

- Una actualización al porcentaje de pagos integrados con un por ciento de incremento que resulta en un porcentaje base de \$135.15 para centros de hospital y diálisis independientes
- Una actualización al ajuste de medicamentos añadido para CY 2010 al porcentaje de pagos integrados de 15.0 por ciento
- Una actualización al ajuste del porcentaje de salario para reflejar los datos actuales de salario
- Una reducción al piso del porcentaje de salario de 0.7000 a 0.6500.

de ajuste de reclamación (CAS), códigos de ajuste de denegación de reclamación, y cantidades de ajuste asociadas en sus reclamaciones institucionales 837 MSP que usted envía a su contratista de Medicare.

Los contratistas de Medicare necesitan estos ajustes para procesar apropiadamente sus reclamaciones MSP y para que Medicare haga el pago correcto. Esto incluye todos los ajustes hechos por el pagador primario, el cual, por ejemplo, explica por que la cantidad de la reclamación facturada no fue pagada completamente.

Como se mencionó anteriormente, usted puede usar el software gratuito de facturación PC-Ace Pro32, el cual tiene capacidades de facturación MSP incluyendo el CAS requerido para identificar los ajustes CAS. Sin embargo, los proveedores pueden usar cualquier software de facturación 837I considerado como que garantiza el envío de reclamaciones MSP.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6426.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE0928

Implementación de cambios en el pago de enfermedad renal... (continuación)

Nota: Los cambios de pago de ESRD tendrán vigencia para servicios realizados el 1 de enero de 2010 en adelante.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6679.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6679, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R113BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 113, CR 6679

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Regla propuesta para el nuevo sistema de pagos prospectivos para centros de de diálisis renal

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ha publicado una notificación en el *Federal Register* (CMS-1418-N) extendiendo el periodo de comentario para una regla propuesta publicada en el *Federal Register* el 29 de septiembre de 2009 (74 FR 49922). La regla propuesta implementaría un sistema de pagos prospectivos (PPS) con un caso combinado en un paquete ajustado para los centros de diálisis de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) del cuidado ambulatorio de Medicare. El PPS ESRD propuesto también reemplazaría el sistema de pago de combinación ajustada de caso combinado básico actual y las metodologías para el reembolso de servicios ESRD ambulatorios facturados por separado. El periodo de comentario para la regla propuesta, la cual habría terminado el 16 de noviembre de 2009, está extendido a 5 p.m. el 16 de diciembre de 2009.

CMS también está extendiendo la disponibilidad de la grabación de audio de la reunión de ayuntamiento, ESRD PPS, del 23 de octubre de 2009 de. La grabación de audio estará disponible hasta el 16 de diciembre de 2009. Para acceder a la grabación, marque 1-800-642-1687, y cuando se le indique ingrese el ID de conferencia: 33239635. ❖

Fuente: CMS PERL 200911-17



Procesando códigos de procedimiento ICD-9-CM no cubiertos en reclamaciones de hospitalización

Número de *MLN Matters*: MM6547

Número de petición de cambio relacionado: 6547

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1838CP

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Medicare utiliza los códigos del International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) para identificar diagnósticos y procedimientos en el ambiente de hospitalización. Los hospitales deben reportar el diagnóstico principal usando el código ICD-9-CM apropiado, como también cualquier diagnóstico secundario -- algunos de los cuales pueden ser considerados complicaciones o comorbilidad (CC) o mayores complicaciones de comorbilidad (MCC) para la asignación del grupo relacionado de diagnóstico de severidad de Medicare (MS-DRG). Las circunstancias de admisión para hospitalización siempre gobiernan la selección del diagnóstico principal. Los códigos de diagnóstico deben ser reportados al nivel más alto de especialidad disponible -- un código es inválido si este no

ha sido codificado al número completo de dígitos requeridos para ese código. Para las admisiones de hospitalización que envuelven procedimientos, los hospitales deben reportar también los códigos de procedimiento ICD-9-CM para cirugía y otros procedimientos, hasta seis procedimientos en una reclamación.

Con vigencia para las hospitalizaciones que fueron **dadas de alta el 1 de abril de 2010 en adelante**, los hospitales deben separar una estancia de hospital en dos reclamaciones donde los códigos de procedimientos ICD-9-CM cubiertos y no cubiertos son reportados:

- Una reclamación con servicios cubiertos/procedimientos no relacionados a los procedimientos ICD-9-CM no cubiertos en un tipo de factura (TOB) 11x (con la excepción de TOB 110)
- La otra reclamación con los servicios no cubiertos/procedimientos en un TOB 110 (reclamación de no pago).

Tenga en cuenta que el reporte cubre el periodo por si existe una concordancia en la reclamación cubierta y no

Procesando códigos de procedimiento ICD-9-CM... (continuación)

cubierta.

Ninguna de las reclamaciones de no pago será denegada como no cubierta.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6547.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6547, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1838CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1838, CR 6547

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Episodio uno de relicitación del programa de licitación competitiva DMEPOS — excepción de hospital

Número de *MLN Matters*: MM6677

Número de petición de cambio relacionado: 6677

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R590OTN

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 6677 para anunciar que los hospitales pueden prestar ciertos artículos de equipo médico duradero (DME) de licitación competitiva a sus pacientes en la fecha de la dada de alta sin enviar una licitación y ser conferidos un contrato bajo el programa de licitación competitiva de episodio uno de relicitación. Los artículos de licitación competitiva DME que un hospital puede prestar cuando se da de alta a un paciente como parte de esta excepción para episodio uno de relicitación, son andadores y accesorios relacionados.

Puntos clave de la petición de cambio 6677

- Los hospitales pueden prestar andadores y accesorios relacionados a sus pacientes en la fecha de dada de alta ya sea que el hospital tenga o no un contrato bajo el programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS)
- El pago por separado no es hecho para andadores y accesorios relacionados prestados por un hospital en la fecha de admisión, puesto que el pago para estos artículos está incluido en el pago de Parte A para los servicios de centros de hospitalización.
- Los hospitales, como se define abajo, pueden prestar andadores y accesorios relacionados a sus pacientes

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

para uso en el hogar en la fecha de dada de alta y recibir el pago en la cantidad de pago simple aplicable, independientemente si el hospital es un suplidor contratado.

- A ser pagados para andadores y accesorios como un suplidor no contratado, los hospitales deben usar el modificador J4 y el indicador de licitación competitiva (NCB) en la línea de reclamación en combinación con los siguientes códigos HCPCS: A4636, A4637, E0130, E0135, E0140, E0141, E0143, E0144, E0147, E0148, E0149, E0154, E0155, E0156, E0157, E0158, y E0159.
- Las reclamaciones de hospital enviadas para estos artículos, para las cuales Medicare no encuentra una fecha que corresponda a la fecha de dada de alta, serán denegadas.

Antes de denegar estas reclamaciones de DME, Medicare retendrá la reclamación hasta 15 días laborables para esperar la llegada de la reclamación de hospital con la fecha de dada de alta relacionada. Si tal dada de alta no es procesada para el fin de 15 días laborales, la reclamación DME será denegada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6677.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6677, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R590OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 590, CR 6677

Publicación del sistema prospectivo de pagos para establecimientos de hospitalización psiquiátrica PC PRICER

El sistema prospectivo de pagos para establecimientos de hospitalización psiquiátrica (IPF PPS) PC PRICER para el año de cotizaciones RY 2010, está disponible ahora. Las versiones para reclamaciones de fecha 1 de julio de 2009 a 30 de septiembre de 2009 y para reclamaciones de fecha 1 de octubre de 2009 a 30 de junio de 2010, están disponibles en el sitio de Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid.

Si usted utiliza IPF PPS PC PRICER 2010, vaya a la página http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/09_inppsy.asp, en la sección Downloads y descargue la última versión de IPF PPS PC PRICER, puesta el 23 de octubre de 2009. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-37

SALUD EN ZONAS RURALES

Clínica de salud rural y el incremento del índice de pago de los centros de salud calificados por el gobierno federal

Número de *MLN Matters*: MM6605

Número de petición de cambio relacionado: 6605

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1845CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

En conformidad con la Ley del Seguro Social (Sección 1833(f)); (http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1833.htm) los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están incrementando el índice de pago para el año calendario (CY) de clínicas de salud en zonas rurales (RHC) y centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC) vigente para los servicios el 1 de enero de 2010, hasta el 31 de diciembre de 2010, como sigue:

- El límite superior de pago por visita está incrementado de \$76.84 a \$77.76 con vigencia el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010. El índice de 2010 refleja un incremento del 1.2 por ciento sobre el límite de pago del 2009 en acuerdo con el índice de incremento en el índice económico de Medicare (MEI) como lo autorizó la Ley del Seguro Social (Sección (f)).

- El límite de pago superior para FQHC por visita para los FQHC urbanos está incrementado de \$119.29 a \$125.72 con vigencia el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010, y el máximo límite de pago de Medicare por visita para los FQHC rurales está incrementado de \$102.58 a \$108.81 con vigencia el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010. Los índices de FQHC de 2010 reflejan un incremento del 1.2 por ciento sobre los índices de 2009, en cumplimiento con el índice de incremento en el MEI, más un incremento adicional de \$5.00 mandado por la Sección 151 del Medicare Improvements for Patients and Providers Act del 2008.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6605.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6605, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1845CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1845, CR 6605

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

PAGOS PROSPECTIVOS

Actualización 2010 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado de computadora personal PRICER

El año fiscal (FY) 2010 de sistemas de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) de computadora personal (PC) PRICER ha sido añadido a la Internet para las reclamaciones FY 2010. Vaya a la página de IPPS PC PRICER, http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/03_inpatient.asp, bajo la sección de Downloads. El FY 2009 IPPS PC PRICER también ha sido actualizado con los datos más recientes de octubre de 2009. Si usted usa el FY 2010 o 2009 IPPS PC PRICER, vaya a la página arriba y descargue las últimas versiones de PC PRICER. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-45

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Publicación de la actualización del conjunto de datos mínimo 3.0 y el manual de instrumento de evaluación de residente

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complace en anunciar la publicación del conjunto de datos mínimos (MDS) 3.0, conjunto de artículo de datos, y especificaciones de datos que serán implementados el 1 de octubre de 2010. La información puede ser vista en la página de MDS 3.0 http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/25_NHQIMDS30.asp.

La publicación del MDS 3.0 del manual de instrumento de evaluación de residente (RAI) ha sido retrasada. Es anticipado que los capítulos 1, 2, 3, 5, y 6 serán publicados en noviembre. El capítulo 4 (Care Area Assessments (CAAs)) y Apéndice C (recursos CAA) serán publicados en diciembre.

Cuando sea publicado, el manual incluirá:

- Descripción e instrucciones para tipos de evaluaciones y documentos de rastreo
- Cada artículo MDS 3.0
- Evaluación del área de cuidado
- Envío y corrección de los historiales de MDS 3.0
- Centro de enfermería especializada y póliza del sistema de pago prospectivos de cama oscilante (PPS) del MDS 3.0
- Sistema de clasificación de grupo de utilización de recursos (RUG-IV).

Usted será notificado cuando los materiales sean publicados.

Cualquier pregunta puede ser dirigida a mailto: mds30comments@cms.hhs.gov. ❖

Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet.

Fuente: CMS PERL 200911-07

Actualización del sistema PRICER de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada

El sistema PRICER de computadora personal (PC) de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada (SNF PPS) del año fiscal 2010, ha sido actualizado para reclamaciones del mismo año fiscal. Vaya a la página SNF PPS PC PRICER, http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/04_SNF.asp, en la sección Downloads. El año fiscal 2009 SNF PPS PC PRICER ha sido también actualizado con los datos más recientes del proveedor desde octubre de 2009. Si usted utiliza el año fiscal 2010.2 SNF PPS PC PRICER, vaya a la página indicada más arriba y descargue la última versión de PC PRICER. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-42

Sistema de calificación de calidad five-star — noticias de noviembre

1. Los reportes de previsión del proveedor five-star están disponibles a más tardar el jueves, 19 de noviembre de 2009. Los proveedores pueden acceder el reporte desde la página de bienvenida del estado del conjunto de datos mínimos (MDS) en los servidores del estado para el envío de datos del conjunto de datos mínimos.
 - ii. Donde st es el código postal de dos dígitos del estado en el cual su centro esta localizado, y
 - iii. "Facid" es el estado asignado "facid" de su centro.
2. La línea de ayuda abrirá en enero de 2010 para preguntas y preocupaciones sobre los datos de noviembre. Alternativamente, los proveedores pueden escribir a BetterCare@cms.hhs.gov.
3. Nursing Home Compare actualizará con los datos de five-star de noviembre el miércoles, 25 de noviembre de 2009.
4. Visite http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/13_FSQRS.asp para la última información del sistema de calificación de calidad five-star. ❖

Fuente: CMS PERL 200911-30

Información de acceso de vista anticipada del proveedor:

- Visite la página de bienvenida de MDS disponible en los servidores del estado donde usted envía datos MDS para revisar sus resultados.
- Para acceder estos reportes, seleccione el enlace para reportar CASPER (certification and survey provider enhanced reports) localizado al final de la página de iniciar la sesión.
- Una vez en el sistema para reportar CASPER,
 - i. Haga clic en el botón de "folders" y acceda el reporte five-star en su fólde "st LTC facid",

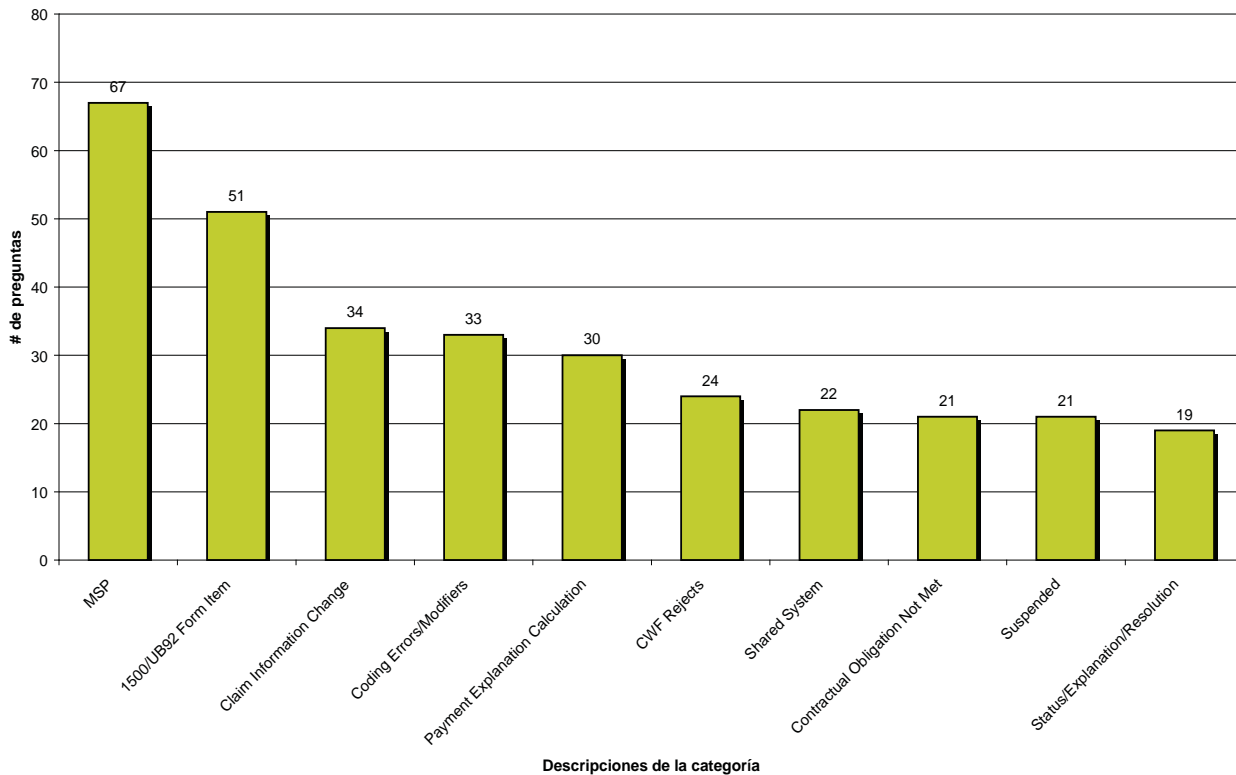
Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

Uno de los secretos de obtener el éxito como proveedor de Medicare es el acceso a la información correcta en el tiempo correcto. Suscríbese a eNews de First Coast Service Options (FCSO) y usted será de los primeros en aprender las últimas noticias de Medicare y cambios críticos del programa que afectan a la comunidad de proveedores. Suscríbese a tantas listas como desee, en inglés o español, y modifique su suscripción para que se ajuste a sus necesidades específicas -- línea de negocio, especialidad, o tema de interés. Permita que eNews de FCSO sea su primera fuente de noticias de Medicare: Inscríbese hoy.

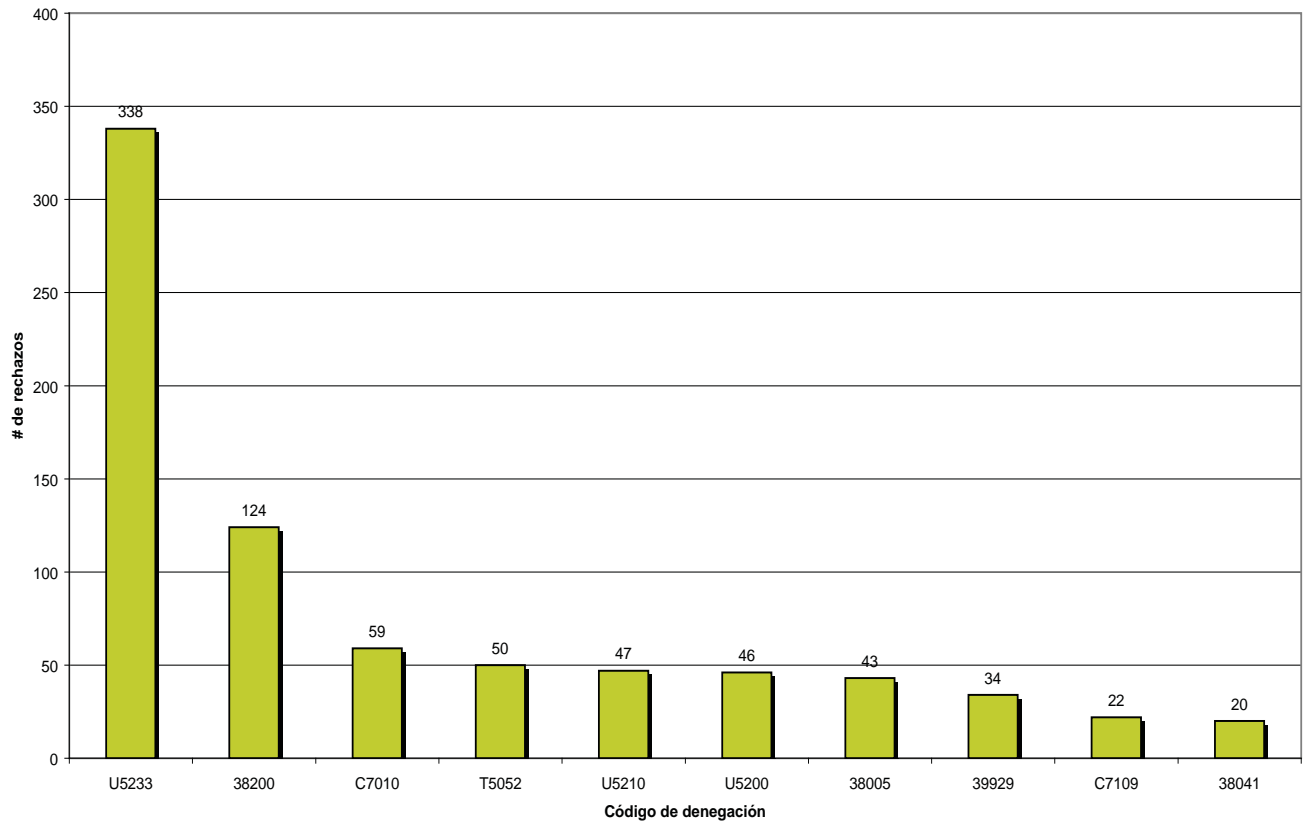
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar, en octubre de 2009

El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante el mes de octubre de 2009. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet http://medicare.fcso.com/Inquiries_and_denials/index.asp

Preguntas de Parte A más frecuentes en Puerto Rico y las Vírgenes de EE.UU. en octubre de 2009



Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en octubre de 2009



DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio Web de educación <http://www.medicare.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database.

Las LCD finales, borradores de LCD disponibles para comentarios, estatutos de LCD y resúmenes de comentarios/respuestas de LCD pueden ser impresos de la sección Parte A de la sección cobertura médica de la Parte A.

Esta sección del *Medicare A y B Al Día* contiene resúmenes de LCD nuevas y modificadas como resultado de una modificación médica local o iniciativas de análisis totales de datos. Estas iniciativas están designadas a asegurar las medidas de atención médica correspondientes y asegurar que las LCD del intermediario fiscal y las reglamentaciones de modificaciones sean consistentes con los estándares aceptados de práctica de la medicina.

Fechas de vigencia y notificación

Las fechas de vigencia están en cada LCD y están basadas en las fechas de servicio a menos que se diga otra cosa en la LCD. Se exige a los contratistas de Medicare dar aviso con 45 días de anticipación para las LCD; la fecha en que la LCD es puesta en el sitio Web de educación es considerada como fecha de notificación.

Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia FCSO *eNews* para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio Web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya al sitio Web educacional <http://www.medicare.fcso.com>, haga clic en el enlace “*eNews*” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

Si usted no tiene acceso a Internet, contacte con el departamento de Procedimientos y Políticas Médicas:

Medical Policy and Procedures – 19T
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Tabla de contenido

LCD Retiradas

AJ9213: Interferón, alfa-2a (Roferon®-A).....	29
AOOS: Servicios de observación del cuidado ambulatorio.....	29

Revisiones a las LCD Existentes

A92081: Examinación del campo visual.....	30
AJ9055: Cetuximab (Erbix®).....	30
APULMDIAGSVCS: Servicios diagnósticos del pulmón.....	31

Información Médica Adicional

Información de facturación y codificación para biopsias.....	31
Administración de Synvisc y Synvisc-one	32

Notificación anticipada al beneficiario

- **El modificador GZ** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **no tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.
- **El modificador GA** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.
- Debe añadirse el **modificador GA o GZ** al servicio facturado de todas aquellas reclamaciones que no son consideradas una necesidad médica en una determinación local de cobertura (LCD).

LCD Retiradas

AJ9213: Interferón, alfa-2a (Roferon®-A) — LCD retirada

Identificador de LCD: L28894 (Florida)

Identificador de LCD: L28916 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para interferón, alfa-2a (Roferon®-A) fue efectiva para servicios prestados el 16 de febrero de 2009 en adelante para Florida y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. El fabricante anunció el 29 de noviembre de 2007 la discontinuación de la producción de Roferon®-A para el mercado de los Estados Unidos. Fue estimado que el suministro existente disponible para la venta sería agotado a principio-mitad del 2008. Por lo tanto, First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha retirado la LCD para interferón, alfa-2a (Roferon®-A).

Fecha de vigencia

El retiro de la LCD entra en vigencia para servicios prestados el **19 de noviembre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

AOOS: Servicios de observación del cuidado ambulatorio — LCD retirada

Identificador de LCD: L28941 (Florida)

Identificador de LCD: L28962 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios de observación del cuidado ambulatorio fue actualizada por última vez el 10 de agosto de 2009. Desde ese tiempo, la LCD fue revisada para la precisión de las pautas de cobertura y facturación. Fue determinado que actualizando la LCD sería un reflejo de las pautas nacionales provistas en el Medicare Benefit Policy Manual, Pub 100-02, Capítulo 6, Sección 20.6 y el Medicare Claims Processing Manual, Pub 100-04, Capítulo 4, Sección 290. Por lo tanto, la LCD y el documento adjunto de “Coding Guidelines” para servicios de observación del cuidado ambulatorio fue retirada.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD entra en vigencia para servicios prestados el **5 de noviembre de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

Revisiones a las LCD Existentes

A92081: Examinación del campo visual — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29006 (Florida)

Identificador de LCD: L29038 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para examinación del campo visual fue efectiva para servicios prestados el 16 de febrero de 2009 en adelante para Florida y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD para proveer clarificación cuando esta es médicamente razonable y necesaria para que los proveedores realicen examinaciones de campo visual.

Las examinaciones del campo visual repetidas para pacientes sometidos a cirugía del párpado(s) superior y ceja son consideradas razonable y médicamente necesarias. Las examinaciones iniciales (con cinta) y repetida (sin cinta) del cambio visual deben ser realizadas en la misma fecha del servicio.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas el **5 de noviembre de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

AJ9055: Cetuximab (Erbitux®) -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28802 (Florida)

Identificador de LCD: L28804 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para cetuximab (Erbitux®) comenzó su vigencia para servicios prestados el 16 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD basada en nueva información de receta para indicaciones de uso de Erbitux® para cáncer colorrectal por la Food and Drug Administration (FDA).

Bajo la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD, fue añadido lenguaje concerniente a análisis de mutación K-ras en codon 12 o 13, y que el uso de Erbitux® no es recomendado para el tratamiento de cáncer colorrectal en pacientes con estas mutaciones. Además, la sección de “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD tiene vigencia para servicios prestados el 22 de julio de 2009 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

APULMDIAGSVCS: Servicios diagnósticos del pulmón — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28974 (Florida)

Identificador de LCD: L28976 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios diagnósticos del pulmón fue actualizada por última vez el 1 de octubre de 2009. Desde ese tiempo, First Coast Service Options Inc (FCSO) se ha percatado que existen médicos dentro del contratista administrativo de Medicare (MAC) J9 prestando servicios y que no tienen acceso a los cuerpos de acreditación y de licencia como se describió en la LCD. Por lo tanto, se ha añadido contenido para asegurar que los médicos prestando servicios a los beneficiarios de Medicare dentro de MAC J9 han recibido un adiestramiento apropiado en lugar de requisitos de acreditación y licencia como se describió en la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD entra en vigencia para servicios prestados el **5 de noviembre de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

Información Médica Adicional

Información de facturación y codificación para biopsias de próstata

En los Estados Unidos, el cáncer de próstata es el tipo de cáncer más común y la segunda causa de muertes por cáncer en los hombres. Si una anomalía es encontrada en el examen rectal digital (DRE) o la prueba de antígeno específico de próstata (PSA), una biopsia de la próstata es ordenada típicamente. Esto significa el tomar una pequeña muestra de tejido de la próstata. Una pequeña cantidad de tejido es atrapado en la aguja mientras esta se encuentra en la próstata, y luego es retirada. Esto es repetido en varios lugares por toda la próstata para minimizar la posibilidad de fallar un área donde el cáncer pueda estar presente.

Las biopsias por aguja son comúnmente realizadas usando guía por ultrasonido. Luego de localizar la región, un médico utiliza el ultrasonido para guiar la aguja dentro de una masa o región para obtener un espécimen. El espécimen luego es enviado a un laboratorio de patología para su análisis.

El código *CPT 55700* (Biopsy, prostate; needle or punch, single or multiple, any approach) es usado para una biopsia de la próstata de cualquier tipo.

- Si es realizado guía por imagen, el código *CPT 76942* (Ultrasonic guidance for needle placement (eg. biopsy, aspiration, injection, localization device), imaging supervision and interpretation) es facturado en adición al código *CPT 55700*.
- El código de patología quirúrgica que es facturado con el código *CPT 55700* es el código *CPT 88305* (Level IV – Surgical pathology, gross and microscopic examination).

El código *CPT 55706* (Biopsies, prostate, needle, transperineal, stereotactic template guided saturation sampling, including imaging guidance) fue establecido para reportar las biopsias de saturación de próstata (PSB). Este servicio fue previamente reportado con la categoría

III código *CPT 0137T* (Biopsy, prostate, needle, saturation sampling for prostate mapping), el cual fue eliminado el 1 de enero de 2009, y reemplazado con el código *CPT 55706*. PSB es típicamente realizado luego de un diagnóstico inicial de cáncer de próstata cuando (1) biopsias iniciales obtenidas a través del método tradicional (código *CPT 55700*) es equívoco o no diagnóstico y una biopsia más rigurosa en requerida para descartar el cáncer (e.g., Un paciente con un antígeno específico de próstata en alta (PSA) con biopsia tradicional revelando el tejido sospechoso, pero no diagnóstico para el cáncer de próstata); y (2) biopsias tradicionales revelan un cáncer de próstata localizado y el paciente ha elegido tejido focal crioblación. Puesto que la biopsia de saturación de próstata es realizada bajo anestesia general, no es apropiado en el ambiente de oficina.

Con vigencia el 1 de enero de 2009, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) implementó los siguientes cuatro códigos nuevos HCPCS a ser usados para reportar PSB (código *CPT 55706*) cuando es enviado para evaluación:

- G0416 -- Patología quirúrgica, examinación amplia y microscópica para muestras de biopsia de saturación de aguja, 1-20 especímenes
- G0417 -- Patología quirúrgica, examinación amplia y microscópica para muestras de biopsia de saturación de aguja, 21-40 especímenes
- G0418 -- Patología quirúrgica, examinación amplia y microscópica para muestras de biopsia de saturación de aguja, 41-60 especímenes
- G0419 -- Patología quirúrgica, examinación amplia y microscópica para muestras de biopsia de saturación de aguja, mayor de 60 especímenes

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

Administración de Synvisc y Synvisc-one

Ha llegado recientemente a la atención de First Coast Service Options Inc. (FCSO) que los proveedores están usando Synvisc y Synvisc-one dentro de un solo curso de tratamiento. El rotulado de la FDA concerniente a la frecuencia de inyecciones durante un curso de tratamiento para Synvisc vs. Synvisc-one no son las mismas. Synvisc es administrado una vez por semana por tres semanas por curso de tratamiento. Synvisc-one es administrada como una dosis de una vez por curso de tratamiento. Los proveedores no deberían cambiar o combinar el uso de Synvisc y Synvisc-one dentro del mismo curso de tratamiento. El cambiar o combinar dentro del mismo curso de tratamiento no es considerado médicamente razonable y necesario.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

COBERTURA Y REEMBOLSO

Nuevo código de especialidad del médico para psiquiatría geriátrica

Número de *MLN Matters*: MM6533

Número de petición de cambio relacionado: 6533

Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de octubre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1836CP

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Cuando se inscriben a Medicare, los médicos auto designan su especialidad del médico de Medicare en la aplicación de inscripción de Medicare (CMS-855I) o Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS); y profesionales de la salud están asignados un código de especialidad de Medicare.

Con vigencia a partir del 1 de abril de 2010, un nuevo código de especialidad del médico (código 27) será asignado para psiquiatría geriátrica. Este nuevo código será usado como un código primario válido y/o especialidad secundaria

para los servicios de geriatría psiquiátrica provistos por prácticas individuales y organizaciones. Además, los códigos de especialidad 32, 74, y 75 están siendo removidos de la sección de especialidad del médico del Medicare Claims Processing Manual por que estos son códigos de especialidad que no son del médico.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6533.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6533, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1836CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1836, CR 6533

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Cambios de póliza y pago del 2010 para los servicios del médico

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron los cambios finales a las pólizas e índices de pago para los servicios a ser prestados durante el año calendario (CY 2010) por sobre un millón de médicos y profesionales de la salud que son pagados bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS). Los índices de pago de los conjuntos de MPFS para más de 7,000 tipos de servicios en oficinas de médicos, hospitales, y otros lugares. Esta acción cumple con la ley federal, la cual exige que estas pólizas e índices de pago sean anunciados a más tardar el 1 de noviembre.

La ley actual exige a CMS ajustar los índices de pago de MPFS anualmente basado en una fórmula de actualización la cual requiere aplicación del índice de crecimiento sostenible (SGR) que fue adoptado en el Balanced Budget Act del 1997. Esta formula ha producido actualizaciones negativas cada año comenzando en CY 2001, aunque CMS fue capaz de tomar pasos administrativos para prevenir una reducción en CY 2003, y el Congreso ha tomado una serie de acciones legislativas para prevenir reducciones en CY 2004-2009. En la ausencia de acción congresional para la actualización del médico en CY 2010, la regla final con periodo de comentario reducirá el factor de conversión para servicios el 1 de enero de 2010 o después, al 21.2 por cientos en vez del -21.5 por ciento proyectado en la regla propuesta. La diferencia es debido al uso de los datos disponibles más recientes en gastos de CMS para servicios de los médicos.

“La Administración trató de prevenir el recorte de la tarifa fija pendiente en la propuesta de presupuesto

FY 2010 que es enviada al Congreso, y permanece comprometida a derogar el SGR”, dijo Jonathan Blum, director del CMS Center for Medicare Management. “Mientras tanto, CMS está finalizando su propuesta para remover medicinas administradas por médicos de la definición de “servicios de los médicos” para propósitos de computar la actualización de la tarifa fija. Mientras esta decisión no afectará los pagos para los servicios durante CY 2010, CMS proyecta que tendrá un efecto positivo en futuras actualizaciones de pago.”

En la regla final con el periodo de comentario, CMS también está adoptando varios refinamientos a los pagos de Medicare a médicos los cuales mejorarán los índices de pago para servicios del cuidado primario relativo a otros servicios. Para el 2010, y con el propósito de establecer la práctica de gasto (PE) de unidad de valor relativo (RVU), CMS había propuesto incluir datos sobre los costos de práctica de los médicos de una nueva encuesta, la encuesta de información de práctica del médico (PPIS), diseñada y conducida por la American Medicare Association. CMS está finalizando la propuesta, pero la hará por fases en un periodo de cuatro años. En adición, CMS no usará los datos PPIS para determinar los gastos de práctica de oncología médica, y en vez continuará usando los datos de la encuesta suplemental de especialidad, como es indicada por la Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act del 2003 (MMA).

CMS también está finalizando su propuesta para detener el pago que se está haciendo por códigos de consulta que no sean los códigos G que son usados para facturar por

Cambios de póliza y pago del 2010 para los servicios del médico... (continuación)

consultas de telehealth, y redistribuir los ahorros resultantes para incrementar los pagos de los servicios existentes de evaluación y manejo (E/M). CMS ajustará el pago para el periodo global quirúrgico y reflejar el valor más alto de las visitas de oficina prestadas durante el periodo global.

En la regla final con el periodo de comentario, CMS está adoptando dos modificaciones significantes a su propuesta para incrementar el porcentaje de utilización de equipo que es asumido para propósitos de establecer el PE RVU. CMS incrementará la asunción del índice de utilización del equipo usado para determinar el gasto de la práctica para equipo costoso valorado en sobre más de un millón de dólares de 50 a 90 por ciento, pero cambiará de fase en este cambio en un periodo de cuatro años. CMS no aplicará también este cambio a equipo terapéutico costoso.

CMS está incrementado el pago para el examen físico preventivo inicial (IPPE), también llamado “Welcome to Medicare” para estar más en línea con los índices de pago de servicios de más alta complejidad. Originalmente establecidos en el MMA, el beneficio IPPE ahora paga para una evaluación inicial de los elementos clave de la salud de un beneficiario dentro de un año de la inscripción del beneficiario en Medicare Parte B.

Teniendo todos los cambios en la regla final con el periodo de comentario en cuenta, CMS proyecta que los pagos a practicantes generales, médicos de familia, internistas, y especialistas geriátricos incrementarán entre cinco a ocho por ciento, antes de la aplicación de la actualización negativa requerida por el SGR.

La regla final con periodo de comentario también implementa un número de provisiones en el Medicare Improvements for Patients and Providers Act del 2008 (MIPPA) incluyendo:

- El añadir nuevas categorías de beneficio de Medicare para servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar y para educación de enfermedad del riñón crónica (CKD) comenzando el 1 de enero de 2010. La regla final con periodo de comentario describe lo que estos programas conllevan, como serán pagados bajo el MPFS y el criterio para cubrir estos servicios.
- El incrementar la porción de Medicare de pagos para servicios ambulatorios de salud mental a 55 por ciento de 50 por ciento, comenzando una transición gradual para traer paridad al pago de salud mental y servicios médicos prestados a beneficiarios de Medicare.
- El implementar un requisito que los suplidores del componente técnico de servicios de imagen avanzada sean acreditados comenzando el 1 de enero de 2012. El requisito de acreditación aplicará a unidades

móviles, oficinas de los médicos, y centros de pruebas diagnósticas independientes que crean las imágenes, pero no aplican al médico que las interpreta. CMS se dirigirá a la responsabilidad de los suplidores, integridad del negocio, adiestramiento del médico y el técnico, calidad del servicio, y manejo del desempeño a través de una guía adicional.

La regla final con periodo de comentario contiene un número de provisiones para promover el mejoramiento en calidad del cuidado y resultados del paciente a través de revisiones al programa de incentivo de receta electrónica (e-Prescribing) y la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (Physician Quality Reporting Initiative, PQRI). Específicamente, la regla final simplifica el reporte de requisitos para la medida de receta electrónica, provee a profesionales elegibles con más opciones para reportar, y establece un nuevo proceso de prácticas de grupo para ser considerados suscriptores electrónicos exitosos. Los profesionales elegibles o un grupo de prácticas que cumplen con los requisitos para cada programa en CY 2010 serán elegibles para pagos de incentivos para cada programa igual a 2.0 por ciento del total de la estimación de los cargos permitidos para los periodos de reporte.

Además, CMS está añadiendo medidas para que los profesionales elegibles reporten bajo el PQRI, proveyendo un mecanismo para que los participantes envíen datos de medidas de calidad de un historial de salud electrónico calificado y crear un proceso para agrupar prácticas a usar para reportar las medidas de calidad.

La regla final con comentario aparecerá el 25 de noviembre de 2009 en el Federal Register. CMS aceptará los comentarios en provisiones designadas de la regla final con periodo de comentario hasta el 29 de diciembre de 2009 y responderá a todos los comentarios en una fecha más tarde. A menos que se especifique lo contrario, los nuevos índices de pago y pólizas aplicarán a los servicios prestados a beneficiarios de Medicare el 1 de enero de 2010 en adelante.

Para ver una copia de la regla final con periodo de comentario y documentación de sustento, vea: <http://www.cms.hhs.gov/PhysicianFeeSched/PFSFRN/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=-99&sortByDID=4&sortOrder=descending&itemID=CMS1230135&intNumPerPage=10>.

Una hoja informativa que provee más información sobre el programa de e-Prescribing y provisiones de PQRI puede ser encontrada en: http://www.cms.hhs.gov/apps/media/fact_sheets.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 200911-03

PQRI

Actualizaciones del programa de iniciativa para reportar la calidad del servicio médico

Como acceder los reportes de comentarios de PQRI de 2008 y la repetición de 2007

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que los reportes de comentarios de la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) están ahora disponibles para los programas de PQRI de 2008 y la repetición de 2007. Los pagos de incentivos para el PQRI de 2008 fueron distribuidos en octubre de 2009. Los pagos de incentivos para la repetición de 2007 serán distribuidos para los profesionales elegibles (EP) que son nuevos al incentivo en noviembre de 2009.

CMS ha publicado dos guías educacionales sobre el entendimiento de los pagos de incentivos de PQRI para la repetición de 2007 y para el 2008. Para acceder a “A Guide for Understanding the 2007 Re-Run PQRI Incentive Payment,” visite <http://www.cms.hhs.gov/PQRI> en el sitio Web de CMS y haga clic en el programa PQRI 2007 del menú de la izquierda. Para acceder a “A Guide for Understanding the 2008 PQRI Incentive Payment,” visite <http://www.cms.hhs.gov/PQRI> en el sitio Web de CMS y haga clic en el programa PQRI de 2008 del menú de la izquierda.

Como solicitar los reportes de comentarios basados en identificadores del proveedor nacional individual

CMS ha creado un proceso de solicitud de reporte de comentarios alterno para los EP que solicitan los reportes de comentarios PQRI basado en sus identificadores del proveedor nacional (NPI) individual. No es necesario que los EP soliciten un reporte de comentarios basado en su NPI individual para inscribirse en Individuals Authorized Access al sistema de Computer Services (IACS) de CMS para usar el proceso de solicitud de reporte de comentarios alterno.

Los profesionales elegibles individuales pueden simplemente llamar al centro de contacto del proveedor de sus respectivos contratistas de Medicare de la Parte B o MAC A/B para solicitar los reportes confidenciales de la repetición de PQRI 2007 y los comentarios de PQRI 2008 que contendrán la información basada en sus NPI individual. Para obtener una lista de los centros de contacto del proveedor, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/Downloads/CallCenterTollNumDirectory.zip> en el sitio Web de CMS. Además de la información de PQRI, estos reportes proveerán a los EP individuales con información de sus cargos permitidos en su manual de tarifas fijas de Medicare para médicos de Parte B para el periodo de reporte de 2007 o PQRI 2008, sobre el cual un pago de incentivo esta basado.

Información adición sobre el proceso de solicitud de reporte de comentarios alterno pueden ser encontrados al acceder la edición especial del artículo del *Medicare Learning Network (MLN)* (SE0922) “Alternative Process for Individual Eligible Professionals to Request Physician

Quality Reporting Initiative (PQRI) and Electronic Prescribing (E-Prescribing) Feedback Reports”: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0922.pdf>

Como solicitar los reportes de comentarios basados en los números de identificación de impuesto

Los EP que solicitan los reportes de comentarios basado en los números de identificación de impuesto (TIN) o por grupos, serán requeridos que accedan sus reportes de comentarios de PQRI a través del portal seguro de PQRI en QualityNet en <http://www.qualitynet.org/portal/server.pt>. El “Verify TIN Report Portlet” en la página de inicio del portal de PQRI puede ser utilizado para verificar si un reporte de comentarios existe para el TIN de su organización o NPI individual. Una apertura de sesión debe ser establecida antes que los reportes puedan ser accedidos. Si usted no tiene una cuenta IACS, usted debe aplicar para una cuenta para ganar acceso al portal de PQRI y obtener los reportes de comentarios. La información sobre establecer una cuenta IACS está disponible en la Sección 3 del PQRI Portal User Guide. Para acceder la guía de usuario de PQRI vaya a <http://www.qualitynet.org/portal/server.pt>.

Si usted ha establecido una cuenta IACS y ha recibido un nombre de usuario y contraseña, pero ha olvidado su contraseña, usted puede obtener la a través de la página de inicio del portal de PQRI al hacer clic en “Forgot Your Password?”. Esto lo llevará a la página de CMS Account Management en <https://applications.cms.hhs.gov/category.html?name=acctmgmt> en el sitio Web de CMS. Contacte al personal de ayuda técnica de EUS al 1-866-484-8049 o TTY: 1-866-523-4759 si encuentra dificultad al acceder a su cuenta IACS o en el obtener una nueva.

Una vez se establece su información para iniciar la sesión, haga clic en “Sign In” en la página de inicio del portal de PQRI, la cual le llevará a la pantalla de iniciar la sesión. (Tenga en cuenta que la página de iniciar la sesión requiere sus credenciales IACS, no cualquier credencial de Quality Net que usted pueda poseer.) Ingrese su nombre de usuario y contraseña en los campos provistos y haga clic en “Sign In.” Se le pedirá luego que lea y acepte los términos y condiciones.

Luego de aceptar los términos y condiciones, usted será llevado al PQRI Report Delivery System (RDS) Reports Portlet donde los reportes de comentarios confidenciales pueden ser obtenidos. Los reportes disponibles estarán listados en el cuerpo principal de la página. Solamente los reportes que son relevantes a su organización TIN o práctica individual se mostrarán.

Para ver un reporte, haga clic en el nombre del reporte. El reporte seleccionado se mostrará en la pantalla. Para mantener una copia del reporte, usted necesitará

Actualizaciones del programa de iniciativa para reportar la calidad del servicio médico... (continuación)

guardar el reporte a su computadora. La información detallada sobre los reportes disponibles puede ser encontrada en el “User Guide: 2007 Re-Run and 2008 PQRI Feedback Reports” disponible en <http://www.cms.hhs.gov/PQRI/Downloads/UserGuide2007Re-Runand2008PQRIFeedbackReportsandAddendum.zip> en el sitio Web de CMS.

Para terminar la sesión en el portal de PQRI, haga clic en “Log Off” en la esquina superior izquierda de la página.

Recursos de ayuda técnica

Para más información sobre los reportes de comentarios o incentivos de pago de la repetición del 2007 y PQRI del 2008, vea “PQRI and eRx Quick-Reference Support Guide for Eligible Professionals” en http://www.cms.hhs.gov/PQRI/Downloads/PQRI-eRxEPQuickRefGuideDiagram_100209.pdf en el sitio Web de CMS.

Información adicional sobre PQRI puede ser encontrada en <http://www.cms.hhs.gov/PQRI> en el sitio Web de CMS. ❖

Fuente: CMS PERL 200911-15

Medicare pagó sobre \$92 millones en incentivos bajo el PQRI de 2008

Más de 85,00 médicos y otros profesionales elegibles que reportaron exitosamente datos de calidad relacionados a Medicare bajo la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico de 2008 (PQRI) recibió pagos de incentivo que totalizan más de \$92 millones, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron el 13 de noviembre, una cantidad bastante mayor a los \$36 millones pagados en el 2007.

El número de los profesionales elegibles que ganaron un pago de incentivo incrementado por un tercio en el 2007, cuando 56,700 profesionales elegibles ganaron un pago de incentivo. En el 2007, los profesionales elegibles podían solamente participar en el programa durante un periodo de reporte de 6 meses. En el 2008, el programa se expandió para permitir un periodo de 6 meses o 12 meses.

“Estamos muy complacidos con los resultados del 2008”, dijo Charlene Frizzera, administradora interina de CMS. “Más profesionales de la salud han reportado datos exitosamente, y el crecimiento substancial en los pagos de incentivo PQRI en el total nacional demuestra que Medicare puede alinear el pago con los incentivos de calidad”.

Lea el comunicado de prensa completo y la hoja informativa de CMS emitida el 13 de noviembre en:

Comunicado de prensa: http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp.

Hoja informativa de CMS: http://www.cms.hhs.gov/apps/media/fact_sheets.asp.

CMS anunció recientemente su plan para el Programa de PQRI de 2010 como parte de su regla final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos. Una hoja informativa sobre el programa de PQRI del 2010 está disponible en línea en <http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=3541&intNumPerPage=10&checkDate=&checkKey=&srchType=1&numDays=3500&srchOpt=0&src>.

Más información sobre el programa de PQRI, incluyendo guía de participación y el criterio para calificar para un pago de incentivo, está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/PQRI>. ❖

Fuente: CMS PERL 200911-22

Enviando sugerencias para las medidas de calidad y/o grupos de medidas de PQRI 2011

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ahora está aceptando las sugerencias de las medidas de calidad para consideración para posible inclusión en el conjunto propuesto de medidas de calidad para uso en la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico de 2011 (PQRI).

Las partes interesadas tienen una oportunidad adicional para enviar sugerencias de las medidas para el programa de PQRI 2011 más allá de la solicitud para las sugerencias de las medidas del 2011 incluidas en el año calendario (CY) 2010 de la regla propuesta del Manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (PFS) publicado en el Federal Register (74 FR 33587) el 13 de julio de 2009. Las partes interesadas que actualmente enviaron sugerencias de medidas en respuesta a la solicitud para las medidas de PQRI 2011 incluidas en la regla propuesta de CY 2010 PFS no necesita reenviar las sugerencias de medidas.

Para aprender más sobre la llamada para medidas de PQRI 2011, visite el sitio Web de CMS, Quality Measures Management Information System (QMIS) en <http://www.cms.hhs.gov/apps/QMIS/CallforMeasures.asp>.

Todas las sugerencias deben ser recibidas por CMS a más tardar a las 5:00 p.m. (ET) el 16 de diciembre de 2009.

Nota: El sugerir medidas individuales o medidas para una nueva o grupo de medidas existentes no garantiza que la medida(s) será incluida en los conjuntos de la propuesta o conjuntos finales de medidas de cualquier regla final propuesta que trata el PQRI 2011. CMS determinará que medidas individuales y grupo(s) de medidas para incluir en el conjunto propuesto de medidas de calidad, y luego del periodo de comentario público, la agencia hará la determinación final concerniente al conjunto final de medidas de calidad del PQRI 2011. ❖

Fuente: CMS PERL 200911-32

INTERÉS GENERAL

Procesando servicios contra el margen de ganancia — información ausente o incompleta en el artículo 20

Número de *MLN Matters*: MM6670
 Número de petición de cambio relacionado: 6670
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de octubre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1842CP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Este artículo, el cual está basado en la petición de cambio (CR) 6670, provee a los contratistas de Medicare con instrucciones para procesar las reclamaciones de servicios de diagnóstico que están sujetas a la ‘limitación de pago contra el margen de ganancia’ y facturado con información ausente o incompleta en el artículo 20 del CMS-1500 o su equivalente electrónico.

Antes de la implementación de la limitación de pago contra el margen de ganancia, los contratistas fueron instruidos a asumir ninguno de los servicios presentados en una reclamación, si el artículo 20 no fue completado o tuvo información ausente.

El CR 6670 provee instrucciones para procesar reclamaciones de servicios de diagnóstico que están sujetas a lo que ahora es conocido como la “limitación de pago contra el margen de ganancia” y que son facturadas con información ausente o incompleta en el artículo 20 del CMS-1500 o su equivalente electrónico.

Los contratistas de Medicare usarán las siguientes guías para determinar si una reclamación contiene un servicio de diagnóstico que esta sujeto a la “limitación de pago contra el margen de ganancia”: (Nota: Estas guías aplican al CMS-1500 y su equivalente electrónico).

- Si un “Sí” o “No” no es indicado en el artículo 20 y la cantidad en dólares asociada está ausente, los

contratistas asumirán que el servicio no está sujeto a la limitación de pago contra el margen de ganancia y procesará la reclamación consecuentemente

- Si un “Sí” o “No” no está indicado en el artículo 20 y la cantidad en dólares asociada está presente, los contratistas devolverán la reclamación como que no está procesada
- Si el recuadro rotulado como “Sí” está marcado en el artículo 20 y la cantidad en dólares asociada está ausente, los contratistas devolverán la reclamación como que no se puede procesar, o
- Si el recuadro rotulado como “No” está marcado en el artículo 20 y la cantidad en dólares asociada esta presente, los contratistas devolverán la reclamación como que no se puede procesar.

Nota: En cumplimiento con los requisitos de la “limitación de pago contra el margen de ganancia”, los contratistas de Medicare aplicarán la lógica arriba a los componentes técnicos y profesionales de las pruebas diagnósticas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6670.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6670, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1836CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1842, CR 6670

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Validando la facturación del modificador de regla de enfermedad renal en estado terminal 50/50

Número de *MLN Matters*: MM6683
 Número de petición de cambio relacionado: 6683
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de octubre de 2009
 Fecha de efectividad: para reclamaciones procesadas el 5 de abril de 2010 en adelante
 Número de transmisión de CR relacionado: R586OTN
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

El pago de ciertos servicios de laboratorio de ESRD realizados por un laboratorio independiente es incluido en el cálculo de índice compuesto para los centros de ESRD.

Cuando se factura a Medicare por pruebas relacionadas a ESRD AMCC, los laboratorios deben indicar cuales pruebas están o no incluidas dentro del índice compuesto del centro de ESRD para asegurar el reembolso apropiado.

La regla de ESRD 5050 clasifica las pruebas relacionadas a ESRD AMCC de acuerdo a las siguientes categorías:

1. La prueba AMCC ordenada por un centro ESRD (o un médico incluido en pago mensual de capitación (MCP), i.e., un médico MCP) que es parte del índice compuesto y no se puede facturar por separado.

Validando la facturación del modificador de regla de enfermedad renal en estado terminal 50/50... (continuación)

2. La prueba AMCC ordenada por un centro ESRD (o médico MCP) que es una prueba de índice compuesto, pero va más allá de la frecuencia normal cubierta bajo el índice y es reembolsada por separado basado en la necesidad médica.
3. La prueba AMCC ordenada por un centro ESRD (o médico MCP) que no es parte del índice compuesto y es facturado por separado.

Con vigencia para las reclamaciones procesadas el 5 de abril de 2010 en adelante, Medicare validará las reclamaciones para pruebas relacionadas a automated multi-channel chemistry (AMCC) de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) provistas a un beneficiario que es elegible

para servicios de ESRD y asegurar el cumplimiento con las instrucciones de facturación concernientes al uso de los modificadores de regla de ESRD 50/50 CD, CE, y CF.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6683.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6683, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R586OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 586, CR 6683

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Instructores de anestesiología — implementación de MIPPA Sección 139

Número de *MLN Matters*: MM6706
 Número de petición de cambio relacionado: 6706
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de noviembre de 2009
 Fecha de efectividad: con vigencia para servicios prestados el 1 de enero de 2010 en adelante
 Número de transmisión de CR relacionado: R1859CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 6706, de donde sale este artículo, implementa la Sección 139 del Medicare Improvements for Patients and Providers Act de 2008 (MIPPA). Esta sección de MIPPA:

1. Establece una regla de pago especial para instructores de anestesiología (con vigencia para servicios prestados el 1 de enero de 2010 en adelante)
2. Especifica los periodos durante el cual el anestesiólogo que enseña debe estar presente durante el procedimiento para recibir el pago basado en la cantidad de tarifa fija regular de anestesia

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

3. Provee una directiva del Secretario de Salud & Servicios Humanitarios (HHS) que trata los pagos para servicios de anestesia de enfermera graduada certificada en anestesiología (CRNA).

Vea la sección Background el artículo MM6706 del *MLN Matters* para detalles concernientes a:

- Pago de instructor de anestesiología
- Servicios de anestesia y los CRNA que enseñan

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6706.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6706, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1859CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1859, CR 6706

Extensión del programa de inscripción de participación anual de 2010

Número de *MLN Matters*: SE0929

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Debido a revisiones recientes hechas al manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) de 2010, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han extendido la fecha límite del programa de inscripción de participación anual de 2010 del 31 de diciembre de 2009 a el 31 de enero de 2010. Por lo tanto, el periodo de inscripción del 13 de noviembre de 2009 hasta el 31 de enero de 2010.

La fecha de vigencia para cualquier cambio de estatus de participación durante la extensión, sin embargo, permanece el 1 de enero de 2010; y estará en vigor por el año completo.

Los contratista aceptarán y procesarán cualquier elección de participación o retiros hechos durante en el periodo de inscripción extendido que son recibidos o estampados el 31 de enero de 2010 en adelante.

Nota: Esto es una extensión de las fechas del periodo de inscripción de participación anual en la petición de cambio (CR) 6637 (Transmittal 1832 — año calendario (CY) 2010 inscripción de participación y procedimientos de Medicare Participating Physicians and Suppliers Directory (MEDPAR)), con fecha del 16 de octubre de 2009.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/se0929.pdf>.

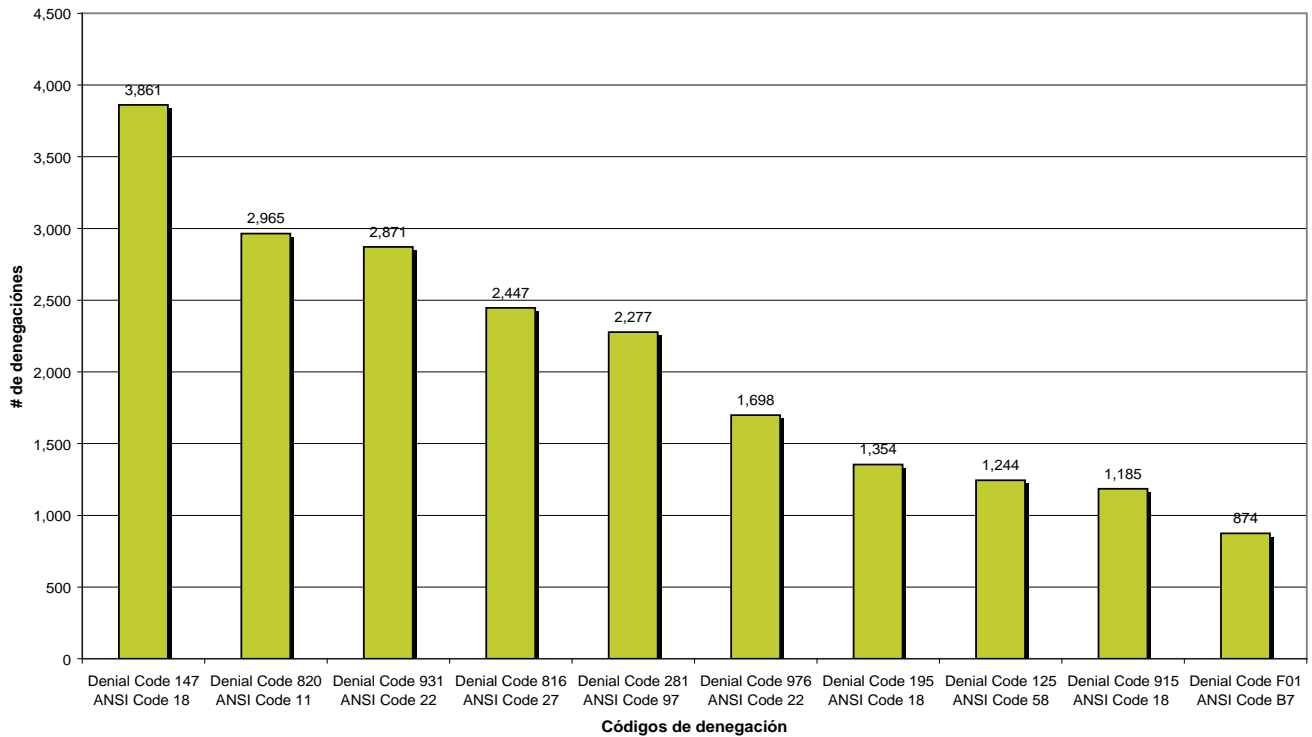
Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE0929

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

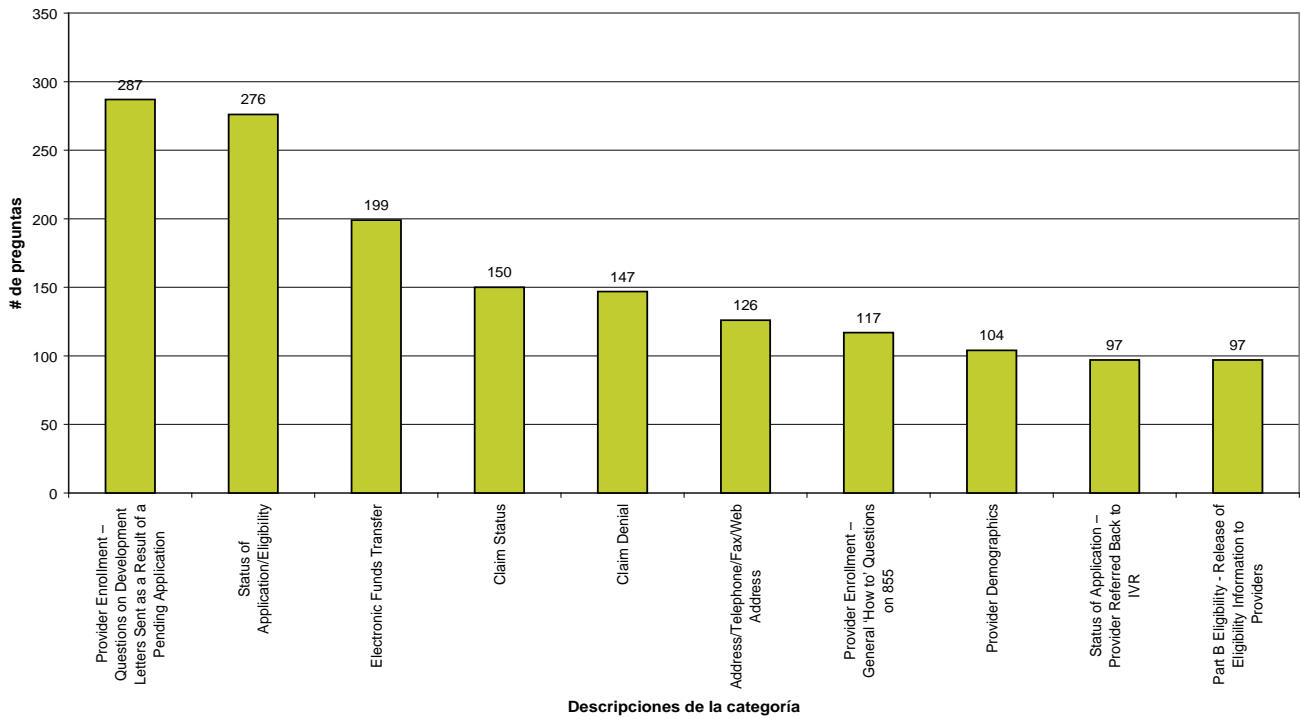
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar, en octubre de 2009

El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante el mes de octubre de 2009. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet http://medicare.fcso.com/Inquiries_and_denials/index.asp

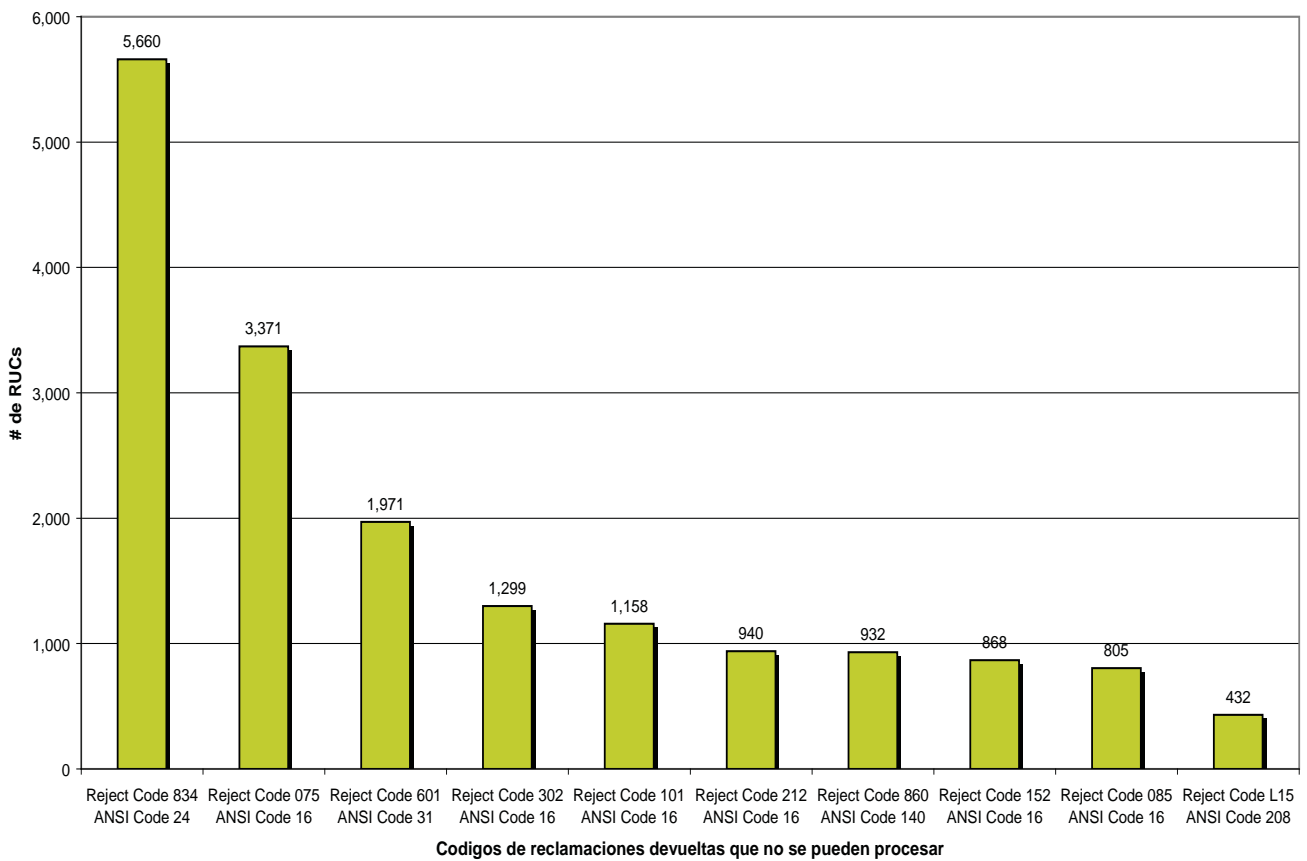
Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en octubre de 2009



Preguntas de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en octubre de 2009



RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en octubre de 2009



Determinaciones Locales de Cobertura

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio Web de educación <http://www.medicare.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database.

Las LCD finales, borradores de LCD disponibles para comentarios, estatutos de LCD y resúmenes de comentarios/respuestas de LCD pueden ser impresos de la sección Parte A de la sección cobertura médica de la Parte A.

Esta sección del *Medicare A y B Al Día* contiene resúmenes de LCD nuevas y modificadas como resultado de una modificación médica local o iniciativas de análisis totales de datos. Estas iniciativas están designadas a asegurar las medidas de atención médica correspondientes y asegurar que las LCD del intermediario fiscal y las reglamentaciones de modificaciones sean consistentes con los estándares aceptados de práctica de la medicina.

Fechas de vigencia y notificación

Las fechas de vigencia están en cada LCD y están basadas en las fechas de servicio a menos que se diga otra cosa en la LCD. Se exige a los contratistas de Medicare dar aviso con 45 días de anticipación para las LCD; la fecha en que la LCD es puesta en el sitio Web de educación es considerada como fecha de notificación.

Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia FCSO *eNews* para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio Web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya al sitio Web educacional <http://www.medicare.fcso.com>, haga clic en el enlace “*eNews*” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

Si usted no tiene acceso a Internet, contacte con el departamento de Procedimientos y Políticas Médicas:

Medical Policy and Procedures – 19T
First Coast Service Options, Inc.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Tabla de contenido

LCD Retiradas

J9213: Interferón, alfa-2a (Roferon®-A).....	43
OOS: Servicios de observación del cuidado ambulatorio.....	43

Revisiones a las LCD Existentes

92081: Examinación del campo visual	44
J9055: Cetuximab (Erbix®)	44
PULMDIAGSVCS: Servicios diagnósticos del pulmón.....	45

Corrección a la LCD

THERSVCS: Servicios de terapia y rehabilitación.....	45
--	----

Información Médica Adicional

Administración de Synvisc y Synvisc-one	46
Recuento sanguíneo completo con o sin cuenta WBC	46
Información de facturación y codificación para biopsias.....	46
Reembolso para A9552	47

Notificación anticipada al beneficiario

- **El modificador GZ** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **no tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.
- **El modificador GA** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.
- Debe añadirse el **modificador GA o GZ** al servicio facturado de todas aquellas reclamaciones que no son consideradas una necesidad médica en una determinación local de cobertura (LCD).

LCD Retiradas

J9213: Interferón, alfa-2a (Roferon®-A) — LCD retirada

Identificador de LCD: L29203 (Florida)

Identificador de LCD: L29355 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para interferón, alfa-2a (Roferon®-A) fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. El fabricante anunció el 29 de noviembre de 2007 la discontinuación de la producción de Roferon®-A para el mercado de los Estados Unidos. Fue estimado que el suministro existente disponible para la venta sería agotado a principio-mitad del 2008. Por lo tanto, First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha retirado la LCD para interferón, alfa-2a (Roferon®-A).

Fecha de vigencia

El retiro de la LCD entra en vigencia para servicios prestados el **12 de noviembre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

OOS: Servicios de observación del cuidado ambulatorio — LCD retirada

Identificador de LCD: L29247 (Florida)

Identificador de LCD: L29377 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios de observación del cuidado ambulatorio entró en vigencia para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 para Florida y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD fue revisada para la precisión de las pautas de cobertura y facturación. Fue determinado que actualizando la LCD sería un reflejo de las pautas nacionales provistas en el Medicare Benefit Policy Manual, Pub 100-02, Capítulo 6, Sección 20.6 y el Medicare Claims Processing Manual, Pub 100-04, Capítulo 4, Sección 290. Por lo tanto, la LCD y el documento adjunto de “Coding Guidelines” para servicios de observación del cuidado ambulatorio fue retirada.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD entra en vigencia para servicios prestados el **3 de noviembre de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

Revisiones a las LCD Existentes

92081: Examinación del campo visual -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29308 (Florida)

Identificador de LCD: L29487 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para examinación del campo visual fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD para proveer clarificación cuando esta es médicamente razonable y necesaria para que los proveedores realicen examinaciones de campo visual.

Las examinaciones del campo visual repetidas para pacientes sometidos a cirugía del parpado(s) superior y ceja son consideradas razonable y médicamente necesarias. Las examinaciones iniciales (con cinta) y repetida (sin cinta) del cambio visual deben ser realizadas en la misma fecha del servicio.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas el **3 de noviembre de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el "Jump to Section..." del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de "Display Future Effective Documents" arriba de la lista de la página de la LCD.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

J9055: Cetuximab (Erbitux®) — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29097 (Florida)

Identificador de LCD: L29112 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para cetuximab (Erbitux®) entró en vigencia para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD basada en una información de receta para indicaciones de uso de Erbitux® para cáncer colorrectal por la Food and Drug Administration (FDA).

Bajo la sección de "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD, fue añadido lenguaje concerniente a análisis de mutación K-ras en codon 12 o 13, y que el uso de Erbitux® no es recomendado para el tratamiento del cáncer colorrectal en pacientes con estas mutaciones. En adición, la sección de "Sources of Information and Basis for Decision" de la LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD tiene vigencia para servicios prestados el **22 de julio de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el "Jump to Section..." del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de "Display Future Effective Documents" arriba de la lista de la página de la LCD.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

PULMDIAGSVCS: Servicios diagnósticos del pulmón — revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29265 (Florida)

Identificador de LCD: L29382 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios diagnósticos del pulmón fue actualizada por última vez el 1 de octubre de 2009. Desde ese tiempo, First Coast Service Options Inc (FCSO) se ha percatado que existen médicos dentro del contratista administrativo de Medicare (MAC) J9 prestando servicios y que no tienen acceso a los cuerpos de acreditación y de licencia como se describió en la LCD. Por lo tanto, se ha añadido contenido para asegurar que los médicos prestando servicios a los beneficiarios de Medicare dentro de MAC J9 han recibido un adiestramiento apropiado en lugar de requisitos de acreditación y licencia como se describió en la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD entra en vigencia para servicios prestados el **3 de noviembre de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

Corrección a la LCD

THERSVCS: Servicios de terapia y rehabilitación — corrección del artículo

Identificador de LCD: L29289 (Florida)

Identificador de LCD: L29399 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta información es una corrección de un artículo previamente publicado en el Medicare A y B Al Día (página 36)

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios de terapia y rehabilitación fueron revisados por última vez el 6 de abril de 2009. Desde ese tiempo, la sección de “CPT/HCPCS Codes” de la LCD han sido revisados para añadir el código CPT 97755 (*Assistive technology assessment (eg, to restore, augment or compensate for existing function, optimize functional tasks and/or maximize environmental accessibility), direct one-on-one contact by provider, with written report, each 15 minutes*). Las secciones de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements” de la LCD han sido revisadas para añadir una nueva sección, “Assistive Technology Assessment (código CPT 97755).”

Corrección

La fecha de vigencia indicaba, “para servicios prestados el 11 de abril de 2009 en adelante”. Debió haber indicado, “para servicios prestados el **11 de agosto de 2009 en adelante**”. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp>.

El material en cita y/o en *itálico* es extraído del *Current Procedural Terminology* de la American Medical Association. Los códigos CPT, descripciones y otros datos solamente tienen derechos de autor 2008 de la American Medical Association (u otra fecha de publicación del CPT). Todos los derechos están reservados. Aplican las FARS/DFARS que apliquen.

Información Médica Adicional

Administración de Synvisc y Synvisc-one

Ha llegado recientemente a la atención de First Coast Service Options Inc. (FCSO) que los proveedores están usando Synvisc y Synvisc-one dentro de un solo curso de tratamiento. El rotulado de la FDA concerniente a la frecuencia de inyecciones durante un curso de tratamiento para Synvisc vs. Synvisc-one no son las mismas. Synvisc es administrado una vez por semana por tres semanas por curso de tratamiento. Synvisc-one es administrada como una dosis de una vez por curso de tratamiento. Los proveedores no deberían cambiar o combinar el uso de Synvisc y Synvisc-one dentro del mismo curso de tratamiento. El cambiar o combinar dentro del mismo curso de tratamiento no es considerado médicamente razonable y necesario.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

Recuento sanguíneo completo con o sin cuenta WBC de diferencial automatizado

Medicare paga por servicios de laboratorio clínico que son médicamente razonables y necesarios, ordenados por un médico, y usado por el médico en el tratamiento del paciente. Cuando un médico documenta una orden para un recuento sanguíneo completo (CBC) en el historial médico del paciente, Medicare no pagará para un CBC con diferencial automatizado (código *CPT 85025*).

Para recibir el pago para un CBC con diferencial automatizado, la orden del médico debe establecer CBC “con diferencial”. Aun si un laboratorio tiene una póliza en vigor para siempre realizar un diferencial automatizado con un CBC, independientemente de lo que este incluido en la solicitud/orden, el médico puede facturar solamente para lo que es ordenado en el historial médico del paciente.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

Información de facturación y codificación para biopsias de próstata

En los Estados Unidos, el cáncer de próstata es el tipo de cáncer más común y la segunda causa de muertes por cáncer en los hombres. Si una anomalía es encontrada en el examen rectal digital (DRE) o la prueba de antígeno específico de próstata (PSA), una biopsia de la próstata es ordenada típicamente. Esto significa el tomar una pequeña muestra de tejido de la próstata. Una pequeña cantidad de tejido es atrapado en la aguja mientras esta se encuentra en la próstata, y luego es retirada. Esto es repetido en varios lugares por toda la próstata para minimizar la posibilidad de fallar un área donde el cáncer pueda estar presente.

Las biopsias por aguja son comúnmente realizadas usando guía por ultrasonido. Luego de localizar la región, un médico utiliza el ultrasonido para guiar la aguja dentro de una masa o región para obtener un espécimen. El espécimen luego es enviado a un laboratorio de patología para su análisis.

El código *CPT 55700* (Biopsy, prostate; needle or punch, single or multiple, any approach) es usado para una biopsia de la próstata de cualquier tipo.

- Si es realizado guía por imagen, el código *CPT 76942* (Ultrasonic guidance for needle placement (eg. biopsy, aspiration, injection, localization device), imaging supervision and interpretation) es facturado en adición al código *CPT 55700*.
- El código de patología quirúrgica que es facturado con el código *CPT 55700* es el código *CPT 88305* (Level IV – Surgical pathology, gross and microscopic examination).

El código *CPT 55706* (Biopsies, prostate, needle, transperineal, stereotactic template guided saturation sampling, including imaging guidance) fue establecido para reportar las biopsias de saturación de próstata (PSB). Este servicio fue previamente reportado con la categoría III código *CPT 0137T* (*Biopsy, prostate, needle, saturation sampling for prostate mapping*), el cual fue eliminado el 1 de enero de 2009, y reemplazado con el código *CPT 55706*. PSB es típicamente realizado luego de un diagnóstico inicial de cáncer de próstata cuando (1) biopsias iniciales obtenidas a través del método tradicional (código *CPT 55700*) es equívoco o no diagnóstico y una biopsia más rigurosa en requerida para descartar el cáncer (e.g., Un paciente con un antígeno específico de próstata en alta (PSA) con biopsia tradicional revelando el tejido sospechoso, pero no diagnóstico para el cáncer de próstata); y (2) biopsias tradicionales revelan un cáncer de próstata localizado y el paciente ha elegido tejido focal crioblación. Puesto que la biopsia de saturación de próstata es realizada bajo anestesia general, no es apropiado en el ambiente de oficina.

Con vigencia el 1 de enero de 2009, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) implementó los siguientes cuatro códigos nuevos HCPCS a ser usados para reportar PSB (código *CPT 55706*) cuando es enviado para evaluación:

- G0416 — Patología quirúrgica, examinación amplia y microscópica para muestras de biopsia de saturación de aguja, 1-20 especímenes

Información de facturación y codificación... (continuación)

- G0417 — Patología quirúrgica, examinación amplia y microscópica para muestras de biopsia de saturación de aguja, 21-40 especímenes
- G0418 — Patología quirúrgica, examinación amplia y microscópica para muestras de biopsia de saturación de aguja, 41-60 especímenes
- G0419 — Patología quirúrgica, examinación amplia y microscópica para muestras de biopsia de saturación de aguja, mayor de 60 especímenes

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

Reembolso para A9552

Si usted esta proveyendo imagen PET de forma independiente o en un centro PET basado en una oficina médica en Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, vigente para las reclamaciones procesadas el 1 de mayo de 2009 en adelante, First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha estado solicitando y reembolsando Fluorodeoxyglucose F-18 (FDG) de acuerdo a la factura.

Radiofarmacéuticos de diagnóstico son típicamente pagados al 95 por ciento del precio promedio de venta al por mayor (AWP) o cuando un AWP no está disponible para el precio del contratista de Medicare de la Parte B, el cual típicamente es una factura. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han avisado a FCSO que el pago para FDG no puede ser hecho de acuerdo a la factura por que este tiene un AWP disponible. Por lo tanto, vigente para las reclamaciones procesadas el 4 de diciembre de 2009 en adelante, FCSO reembolsará FDG al 95 por ciento del AWP para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

Para recibir esta cantidad de reembolso por separado, FDG debe ser facturado usando el código HCPCS A9552 - Fluorodeoxyglucose F-18 FDG, diagnostica, por dosis de estudio, hasta 45 milicurios.

<http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp> ❖

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor diciembre 2009

Webcast de PC-ACE Pro32® (Parte B)

Cuando: martes, 15 de diciembre
 Hora: 9:00 a.m.- 10:30 a.m.
 Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Descubra su pasaporte al adiestramiento de Medicare

Cuando: martes, 15 de diciembre
 Hora: 10:00 a.m.- 11:30 a.m.
 Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Recorrido virtual de FCSO -- navegando la página de cobertura médica y otra información

Cuando: miércoles, 16 de diciembre
 Hora: 10:00 a.m.-11:30 a.m.
 Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Descubra su pasaporte al adiestramiento de Medicare

Cuando: miércoles, 16 de diciembre
 Hora: 3:00 p.m.- 4:30 p.m.
 Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: español
Dirigido: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Dos formas fáciles de inscribirse

Por Internet - Visite nuestro sitio Web de cursos al proveedor www.fcsomedicaretraining.com. Ingrese a su cuenta o abra una si no la tiene y seleccione el curso que usted desea inscribirse. Los materiales de la clase están disponibles bajo "My Courses" a más tardar un día antes del evento. **¿Primera vez?** es necesario abrir una cuenta completando por Internet el **Formulario de solicitud de cuenta del usuario** (proveedores que aún no tienen su número NPI deben ingresar "9999" en el campo de NPI del formulario. Todas las entradas son verificadas). Usted recibirá su información de ingreso al sitio Web dentro de 72 horas de haber solicitado su cuenta y desde ese momento podrá inscribirse a cualquier curso que le interese para usted y/o su personal.

Fax – Los proveedores sin acceso a Internet pueden solicitar un formulario de inscripción a través de nuestra línea directa de inscripción al 1-904-791-8103. Los materiales de la clase les serán enviados por fax el día del evento.

Nota:

- Pre inscripción es requerida para todas las teleconferencias, webcasts y seminarios educativos en persona.
- Las fechas y horas están sujetas a cambio antes de abrir la inscripción del evento.

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de e-mail: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Manténgase revisando nuestro sitio Web <http://medicareespanol.fcsso.com> para detalles y nuevos programas de eventos educativos (teleconferencias, webcasts, etc.) o llame a la línea de inscripción urgente de educación al proveedor de FCSO 1-904-791-8103 para enterarse de nuestras oportunidades más recientes de cursos para proveedores.

Formulario para ordenar materiales de Medicare Parte A

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario pagable al número de la cuenta de FCSO (use el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcsoc.com/Publications/ (English) o http://medicareespanol.fcsoc.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2009 a septiembre de 2010.	40500150	Impreso \$33.00		
		CD-ROM \$55.00		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

**First Coast Service Options Inc.
Medicare Publications
P.O. Box 406443
Atlanta, GA 30384-6443**

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Todos los cheques hechos para “ordenes de compra” no son aceptados; todas las órdenes deben ser prepagadas)

Formulario para ordenar materiales de Medicare Parte B

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario pagable al número de la cuenta de FCSO (use el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

Nota: El pago para tarifas fijas no puede ser combinado con pagos para otros artículos; pagos por separado son requeridos para la compra de cuentas diferentes.

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publicaciones/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2009 a septiembre de 2010.	40300260	Impreso \$33.00		
		CD-ROM \$55.00		
Catálogo de honorarios de 2010 – El catálogo de honorarios de médicos y practicantes no médicos de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010, está disponible, sin costo, en línea, en http://medicare.fcso.com/Data_files/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias adicionales a la venta, impresas o en CD-ROM. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago del año 2010 para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
		CD-ROM: \$6.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

Formulario para ordenar materiales de Medicare Parte B

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario pagable al número de la cuenta de FCSO (use el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

Nota: El pago para tarifas fijas no puede ser combinado con pagos para otros artículos; pagos por separado son requeridos para la compra de cuentas diferentes.

Envíe este formulario con su pago a:

**First Coast Service Options Inc.
Medicare Publications
P.O. Box 406443
Atlanta, GA 30384-6443**

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Todos los cheques hechos para “ordenes de compra” no son aceptados; todas las órdenes deben ser prepagadas)

Direcciones Postales**Reclamaciones****Documentación adicional****Correspondencia general****Correspondencia de congresistas**

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45003
Jacksonville, FL 32232-5003

Re-determinaciones**Re-determinaciones sobre pagos en exceso**

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45028
Jacksonville, FL 32232-5028

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45096
Jacksonville, FL 32232-5096

Exámenes médicos posteriores al pago

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44159
Jacksonville, FL 32231-4159

Solicitudes relacionadas con el Acta de Libertad de Información (FOIA*)

First Coast Service Options Inc.
Attn: FOIA PARD 16T
P.O. Box 45268
Jacksonville, FL 32232-5268

Fraude y abuso de Medicare

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Other Important Addresses**DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)****Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims****Take Home Supplies****Oral Anti-Cancer Drugs**

CIGNA Government Services
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY**Home Health Agency Claims Hospice Claims**

Palmetto Government Benefit Administrators
Medicare Part A
P.O. Box 100238
Columbia, SC 29202-3238

RAILROAD MEDICARE**Railroad Retiree Medical Claims**

Palmetto Government Benefit Administrators
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Inscripción de proveedores

First Coast Service Options Inc.
Provider Enrollment
Post Office Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44179
Jacksonville, FL 32231-4179

Saldo de crédito

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45011
Jacksonville, FL 32232-5011

Departamento de Auditoría y Reembolso

Reporte de costo, auditoría, apelación de reporte de costo, porcentaje tentativo, rama de PS & R
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45268
Jacksonville, FL 32231-0048

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

First Coast Service Options Inc.
532 Riverside Avenue
Jacksonville, FL 32202-4914

Número Telefónicos**PROVEEDORES****Atención al cliente – libre de cargo**

Lunes a viernes
8:00 a.m. a 4:00 p.m.
1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO**Atención al cliente – libre de cargo**

1-800-MEDICARE
1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779**REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS**

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO**Número de Fax**

1-904-361-0407

Medicare Web sites**PROVEEDORES****FCSO – MAC J9**

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES**Centers for Medicare & Medicaid Services**

www.medicare.gov

Direcciones Postales**Reclamaciones****Documentación adicional****Correspondencia general****Correspondencia de congresistas**

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45036
Jacksonville, FL 32232-5036

Re-determinaciones

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45056
Jacksonville, FL 32232-5056

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45015
Jacksonville, FL 32232-5015

Exámenes médicos posteriores al pago

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44159
Jacksonville, FL 32231-4159

Solicitudes relacionadas con el Acta de Libertad de Información (FOIA*)

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45092
Jacksonville, FL 32232-5092

Fraude y abuso de Medicare

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Other Important Addresses**DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)****Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims****Take Home Supplies****Oral Anti-Cancer Drugs**

CIGNA Government Services
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY**Home Health Agency Claims Hospice Claims**

Palmetto Government Benefit Administrators
Medicare Part A
P.O. Box 100238
Columbia, SC 29202-3238

RAILROAD MEDICARE**Railroad Retiree Medical Claims**

Palmetto Government Benefit Administrators
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Inscripción de proveedores**Cambios de dirección postal**

First Coast Service Options Inc.
Provider Enrollment
Post Office Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Lista de vacunados contra la influenza

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45031
Jacksonville, FL 32232-5031

Determinaciones locales de cobertura

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Cobro de deudas

Pagos en exceso, preguntas de Medicare como pagador secundario, administración de dinero en efectivo
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45040
Jacksonville, FL 32232-5040

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

First Coast Service Options Inc.
532 Riverside Avenue
Jacksonville, FL 32202-4914

Número Telefónicos**PROVEEDORES****Atención al cliente – libre de cargo**

Lunes a viernes
8:00 a.m. a 4:00 p.m.
1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistem de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO**Atención al cliente – libre de cargo**

1-800-MEDICARE
1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779**REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS**

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Medicare Web sites**PROVEEDORES****FCSO – MAC J9**

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES**Centers for Medicare & Medicaid Services**

www.medicare.gov

Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

Únase a a nuestra lista electrónica de correos *eNews* y reciba información urgente y crítica emitida por First Coast Service Options Inc. (FCSO), su contratista administrativo de Medicare. Al inscribirse, usted recibe notificaciones automáticas por e-mail cuando la información nueva y actualizada es publicada en el sitio Web de educación al proveedor. Es muy fácil. Simplemente vaya a nuestro sitio Web <http://medicare.fcso.com>, haga clic en el enlace de “*eNews*” localizado en la esquina derecha de arriba de la página y siga las instrucciones.



WHEN EXPERIENCE COUNTS & QUALITY MATTERS

MEDICARE A y B AL DÍA

First Coast Service Options, Inc ♦ P.O. Box 2078 ♦ Jacksonville, FL 32231-0048

♦ ATTENTION BILLING MANAGER ♦

