

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Llamado de alerta de FDA

Dosis altas de Zocor y aumento de riesgo de lesión muscular.....4

Límites de terapia

Extensión del proceso de excepciones para los límites de servicios de terapia7

Cobertura por tratamiento del síndrome de lipodystrophy facial de personas que sufren de HIV

CMS ha decidido dar cobertura a este grupo de pacientes8

Medicare Advantage

Pólizas de pago final de 2011 de Medicare Advantage y planes de receta17

Póliza propuesta y cambios a la tasa de pagos

Para hospitales de cuidado crítico y a largo plazo.....28

Actualizaciones del sistema de pagos prospectivos

Actualizaciones del sistema de PC PRICER28

Facturación de Centros de Cirugía Ambulatoria

Actualización de abril de 2010 del sistema de pagos47

Facturación de laboratorio independiente

Legislación que permite facturar componentes técnicos.....47

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Recursos educacionales	27
Información para proveedores de la Parte A.....	28
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	38
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	45
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	46
Información para proveedores de la Parte B.....	47
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	54
Formulario para ordenar materiales de Parte B	62
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	63

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 _____



En esta edición1
 Tabla de contenido2

Sobre esta publicación3

Partes A/B

Cobertura y Reembolso
 Alerta de FDA por dosis altas de Zocor.....4
 Facturación de consulta compartida6
 Facturación de componente técnico.....6
 Tomografía de emisión positrónica.....7
 Excepciones del límite de terapia7
 Insulina intravenosa a paciente ambulatorio8
 Tratamiento de lipodystrophy facial por HIV.....8
 Desfibrilador cardíaco implantable automático...9

Intercambio Electrónico de Datos
 Actualización de códigos de reclamaciones.....10
 HIPAA versión 5010: contratista administrativo10

Facturación
 Finalización de pagos por IHS.....11

Ambulancia
 Hoja de cálculo de catálogo de tarifas.....11
 Actualización de instrucciones12
 Extensión de provisiones añadidas12

Rehabilitación
 Manual de rehab. de paciente ambulatorio13

Laboratorio
 Viáticos por recolección de especímenes14
 Códigos de prueba de laboratorio14

Servicios preventivos
 Abril es mes nacional de control del cáncer15
 Abril 7 Día de mundial de la salud.....16

Interés General
 Curso en línea sobre fraude y abuso17
 Pólizas de pago de Medicare Advantage17
 Ley de Patient Protection/affordable care18
 Transformación del cuidado de la salud nac19
 Actualización del 0% hasta el 31 de mayo19
 Pago por servicio de tarifa fija Medicare20
 Incentivos por registros médicos electrónicos..20
 Cambios en inscripciones impresas21
 Nuevos prod. Medicare Learning Network21
 Servicios a beneficiarios en custodia22
 Agenda de reuniones HCPCS.....22
 Cambios en dirección de Internet de CMS.....22
 Instrucciones de firma para rev. médicas23
 Nuevos materiales de enseñanza Medicare23
 Nuevos contratos bancarios CMS24
 Formato de datos de codificación Medicare.....24
 Expiración de disposiciones de pago25
 Transcrip. Teleconferencia ICD-10-CM.....25
 Simposio de Parte D 2010.....25
 Recuperación de sobrepago en remesa26

Recursos educacionales.....27

Parte A

Hospital
 Póliza y tasa de pago hospitalares28
 Actualización PRICER 2010.....28
 Actualizaciones de IRF PPS PC PRICER...28
 Costo razonable de pruebas lab. rurales....29
 PRICER paciente hospitalizado 201029
 Act. año fiscal IPPS PC PRICER 200929
 Facturación por tiempo ilimitado.....30

Centros de enfermería especializada
 Evaluación de calidad Five Star30
 Sistema pagos prospectivos PRICER.....31

Enfermedad Renal Terminal
 Diálisis/infección y rpt acceso vascular.....31

Interés General

Nominaciones para panel de grupos APC..32
 Provisiones que impactan proveedore33
 Acumen sobre índices de pagos Medicare33
 Archivo trimestral del proveedor abril 2010.....34
 Exención de resp. de cuidado ambulatorio.....34
 Exención de resp. de cuidado ambulatorio.....34

Gráficos

Denegaciones frecuentes Puerto Rico.....35
 RUC frecuentes Puerto Rico.....36
 Reportes EAT de Puerto Rico37

Determinaciones Locales de Cobertura
 Tabla de Contenido de las LCD Parte A.....38

Ordenar materiales de Parte A45

Contactos Parte A de Puerto Rico46

Parte B

Centros de enfermería especializada
 Actualización abril 2010 Sist. de pagos.....47

Laboratorio
 Ley p. facturar componentes técnicos.....47

Interés general
 Recl. de proveedores q. ordenan/refieren..48
 Recl. de proveedores q. ordenan/refieren..49
 IFacturación enfermedad renal terminal.....50

Gráficos

Denegaciones frecuentes Puerto Rico.....51
 Preguntas frecuentes Puerto Rico.....52
 RUC frecuentes Puerto Rico.....53

Determinaciones Locales de Cobertura
 Tabla de Contenido de las LCD Parte B....54

Ordenar materiales de Parte B62

Contactos Parte B de Puerto Rico63

Medicare A y B Al Día

**Vol. 2, No. 4
 Abril de 2010**

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 data 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 FCSSO 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. ❖

COBERTURA Y REEMBOLSO

Llamado de alerta de FDA -- Dosis altas de Zocor y aumento de riesgo de lesión muscular

Llamado de alerta de FDA sobre medicinas, de fecha 19 de marzo de 2010: Modificación en curso, por motivos de protección de la salud, de dosis altas de Zocor (simvastatin) y aumento de riesgo de lesión muscular

El departamento de alimentos y medicinas de los Estados Unidos U.S. Food and Drug Administration (FDA), en base a revisiones de los datos de un vasto ensayo clínico y de otras fuentes, está informando al público del aumento de riesgo de lesión muscular en pacientes que están tomando dosis altas aprobadas de la medicina para bajar el nivel de colesterol llamada Zocor (simvastatin) 80 mg, en comparación con pacientes que toman una dosis menor de simvastatin y posiblemente otras medicinas del tipo "statin". Los datos revisados pertenecen al ensayo clínico de Study of the Effectiveness of Additional Reductions in Cholesterol and Homocysteine (SEARCH). Esta agencia está también revisando datos de otros ensayos clínicos, estudios de observación, reportes de eventos adversos y datos sobre el uso de prescripciones de simvastatin, para entender mejor la relación entre el uso de dosis altas de simvastatin y lesiones musculares (ver más abajo el resumen de datos).

La lesión muscular, también conocida como myopathy, es un conocido efecto colateral de todas las medicinas del tipo statin. Las pacientes que sufren de myopathy tienen por lo general dolores musculares, debilidad o están muy sensibles y tienen un aumento de enzima muscular en la sangre (creatine kinase). Mientras más alta la dosis de statin que se está utilizando, mayor es el riesgo de myopathy. Este riesgo también aumenta cuando se usa simvastatin junto con ciertas otras medicinas (ver limitaciones en simvastatin dose limitations).

La forma más seria de myopathy es conocida como rhabdomyolysis. Esta ocurre cuando una proteína (myoglobin) es liberada mientras se rompen las fibras musculares. Myoglobin puede dañar los riñones. Los pacientes con rhabdomyolysis pueden tener orina oscura o roja y fatiga, además de sus síntomas musculares. El daño a los riñones como consecuencia de rhabdomyolysis puede ser tan grave que el paciente puede tener una deficiencia a los riñones que puede ser fatal.

Los factores de riesgo conocidos por causa de rhabdomyolysis incluyen edad (> 65 años), niveles bajos de hormona de la tiroides (hypothyroidism) y mal funcionamiento de los riñones. Tanto Myopathy como rhabdomyolysis están consideradas como posible efecto colateral de simvastatin y de otras medicinas etiquetadas como statin.

Los profesionales de la salud deberán:

- Entender que rhabdomyolysis es un evento adverso reportado en raras ocasiones para todos los statin.
- Tener conciencia del riesgo potencial de lesión

muscular de la dosis de 80 mg de simvastatin en comparación con dosis menores de esta medicina y de posiblemente otras del grupo statin.

- Seguir las recomendaciones puestas en la etiqueta de simvastatin con respecto a medicinas que pueden aumentar el riesgo de lesión muscular cuando se usan con simvastatin (ver simvastatin dose limitations).

Los pacientes deberán:

- No suspender la toma de simvastatin a menos que se lo diga su médico.
- Hablar con su médico acerca de cualquier pregunta que pudieran tener acerca del uso de simvastatin.
- Llamar a su médico si experimentan cualquiera de los síntomas siguientes: dolor muscular, sentirse débil o muy sensible, orina oscura o de color rojo o cansancio sin explicación.

Esta comunicación mantiene el compromiso de FDA de informar al público acerca de sus afanes en la revisión de la seguridad de las medicinas. La agencia mantendrá al público actualizado, dando aviso apenas la revisión esté completa.

*Simvastatin está a la venta como medicina genérica de un solo ingrediente y con el nombre de Zocor como medicina de marca. También se vende como

Vytorinen combinación con ezetimibe y como Simcor cuando está en combinación con niacin.

Información adicional para pacientes

Pacientes que en este momento están usando simvastatin de 80 mg deben:

- Saber que rhabdomyolysis es un evento colateral adverso reportado en raras ocasiones para todos los statin.
- No suspender la toma de simvastatin a menos que se lo diga su médico.
- Revisar su historial médico y medicamentos actuales con su médico para determinar si deben continuar usando simvastatin.
- Hablar con su médico acerca de cualquier pregunta que pudieran tener acerca del uso de simvastatin.
- Llamar a su médico si experimentan cualquiera de los síntomas siguientes: dolor muscular, sentirse débil o muy sensible, orina oscura o de color rojo o cansancio sin explicación.

el paciente puede tener una deficiencia a los riñones que puede ser fatal

Llamado de alerta de FDA... (continuación)

- Reportar cualquier efecto colateral con simvastatin al programa FDA's MedWatch usando la información al final de la página, en el recuadro de contacto "Contact Us".

Información adicional para médicos y otros profesionales de la salud

FDA recomienda a los médicos y otros profesionales de la salud:

- Entender que rhabdomyolysis es un evento adverso reportado en raras ocasiones para todos los statin.
- Tener conciencia del riesgo potencial de lesión muscular de la dosis de 80 mg de simvastatin en comparación con dosis menores de esta medicina y de posiblemente otras del grupo statin.
- Revisar el historial médico y medicamentos que está recibiendo el paciente, para determinar si simvastatin es clínicamente apropiado.
- Conversar con los pacientes los riesgos y beneficios, incluyendo el riesgo de myopathy y rhabdomyolysis, de la terapia de simvastatin.
- Tener conciencia del riesgo potencial de la interacción de simvastatin con otras medicinas.
- Reportar cualquier efecto colateral con simvastatin al programa FDA's MedWatch usando la información al final de la página, en el recuadro de contacto "Contact Us".

rhabdomyolysis es un evento adverso reportado en raras ocasiones para todos los statin.

Resumen

La revisión de la INVESTIGACIÓN que está llevando a cabo FDA, forma parte de los constantes esfuerzos que realiza la institución para evaluar los riesgos de lesión muscular debido al uso de simvastatin; esta revisión incluye otros ensayos clínicos, estudios de observación. La INVESTIGACION ha evaluado el número de eventos cardiovasculares de importancia durante 6.7 años (ataque al corazón, revascularización y muerte cardiovascular) en 6031 pacientes tratados con simvastatin de 80 mg, comparados con 6033 pacientes tratados con simvastatin de 20 mg. Todos los pacientes incluidos en el estudio han sufrido anteriormente de ataque al corazón.

Los resultados preliminares de la INVESTIGACION revelaron que el número de pacientes que contrajeron myopathy, fue mayor entre los pacientes tratados con simvastatin de 80 mg, comparado con el número de pacientes tratados con simvastatin de 20 mg (52 [0.9%] casos en el primero comparado a 1 caso en el segundo grupo [0.2%]). Todavía más, análisis preliminares de los datos primarios sugieren que 11 (0.02%) de los pacientes en el grupo de simvastatin de 80 mg contrajeron rhabdomyolysis sin que se haya presentado caso alguno entre los pacientes tratados con simvastatin de 20 mg.

Durante 2008, la agencia alertó al público acerca del aumento del riesgo de contraer rhabdomyolysis cuando se reciben dosis mayores que simvastatin de 20 mg en combinación con amiodarone. La agencia también incluyó

información acerca de la interacción de estas medicinas en la edición de verano de 2008 del informativo de FDA sobre seguridad de las medicinas FDA Drug Safety Newsletter y en su edición de noviembre de 2008 de su noticiero sobre novedades sobre la seguridad del paciente Patient Safety News broadcast .

En marzo de 2010, FDA aprobó una modificación de la etiqueta de de simvastatin en base a los resultados preliminares del estudio médico en curso sobre protección del corazón -- the Heart Protection Study 2 (HPS2). La etiqueta modificada establece que los pacientes de ancestros chinos no deben recibir simvastatin de 80 mg con dosis para modificar el colesterol de productos que contengan niacin. Todavía más, la etiqueta modificada recomienda prudencia cuando tales pacientes son tratados con simvastatin de 40 mg o menos, en combinación con dosis para modificar el colesterol de productos que contengan niacin. Los resultados preliminares de HPS2 demostraron que para los pacientes tratados con simvastatin de 40 mg o menos, en combinación con dosis para modificar el colesterol de productos que contengan niacin, la incidencia de myopathy fue mayor en pacientes de ancestros chinos (0.43%) comparados con los de otros ancestros (0.03%). No se sabe si el mayor riesgo de myopathy observado en estos pacientes se extiende a otros pacientes de ancestros asiáticos.

Más aún, FDA ha solicitado a los auspiciadores de simvastatin cambiar la etiqueta del producto para advertir a médicos y otros profesionales de la salud que deben evitar el prescribir dosis

de simvastatin superiores a los 40 mg diarios, cuando el paciente está tomando diltiazem, debido al mayor riesgo de myopathy.

Una revisión llevada a cabo durante 2010 por FDA de los datos sobre prescripción de la medicina, encontró que a pesar de las limitaciones de dosis y precauciones sobre la interacción de una medicina con la otra, incluidas en la etiqueta de simvastatin, los pacientes continúan recibiendo prescripciones de altas dosis de simvastatin junto con otras medicinas conocidas como aumentadoras del riesgo de rhabdomyolysis (ver simvastatin dose limitations)

Es importante que médicos y otros profesionales de la salud consideren el riesgo potencial y los beneficios conocidos de simvastatin, en comparación con otras terapias para bajar el nivel de colesterol antes de decidir el uso de simvastatin. Médicos y otros profesionales de la salud deben también revisar cuidadosamente los medicamentos del paciente para detectar potencial interacción entre una y otra medicina antes de prescribir o dar simvastatin.

Se hace este comunicado para mantener el compromiso de FDA de informar al público sobre la revisión de medicamentos actualmente en curso. La agencia actualizará esta información al público tan pronto se haya completado la revisión.

Haga clic aquí para ver el comunicado en el sitio Web de FDA:

FDA drug safety communication: Ongoing safety review of high-dose Zocor (simvastatin) and increased risk of muscle injury. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-48

Facturación de servicios de consulta dividida/compartida

Número de *MLN Matters*: SE1010

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

Este artículo es una clarificación de la inquietud expresada por algunos proveedores con respecto a la pregunta y respuesta publicada en la edición especial del artículo *MLN Matters* SE1010:

P. ¿Cómo debe facturarse los servicios E/M reportados previamente con código de consulta CPT y provistos en forma dividida/compartida?

R. La reglamentación acerca de servicios E/M divididos/compartidos permanece vigente, incluyendo aquellos casos en que los servicios han sido reportados previamente con código de consulta CPT.

En un reciente foro abierto al público, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid hicieron la siguiente aclaración: Toda vez que Medicare ha dejado de reconocer los códigos de consulta, debe aplicarse la reglamentación existente sobre servicios divididos/compartidos que corresponde a códigos de servicio de evaluación y manejo (E/M) que el proveedor debe utilizar ahora en reemplazo de los códigos de consulta. Por lo tanto, un proveedor puede dividir/compartir un servicio tipo consulta, cuando utiliza un código E/M dividido/compartido aceptable (tal como por ejemplo un código E/M de hospital o consulta ambulatoria).

Las instrucciones acerca de consultas médicas divididas/compartidas pueden ser encontradas en *Medicare Claims Processing Manual* (Publication 100-04), Chapter 12, Sections 30.6.1-30.6.14.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1010.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1010

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.

Extensión de moratoria en la facturación del componente técnico a los pacientes de hospitales

El 23 de marzo de 2010, el Presidente Obama firmó en ley el Patient Protection and Affordable Care Act, el cual extiende la moratoria que permite a los laboratorios independientes facturar el componente técnico (TC) de los servicios de patología del médico prestados a pacientes en hospitales, efectivo para las reclamaciones con fechas de servicios del 1 de enero de 2010, hasta el 31 de diciembre de 2010.

En la regulación final de tarifas fijas publicada en el *Federal Register* el 2 de noviembre de 1999, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) establecieron que implementarían una póliza para pagar solamente al hospital por el TC de los servicios de patología del médico prestados a los pacientes de un hospital. Debido a la petición de la industria que permite a los laboratorios independientes y hospitales tiempo suficiente para negociar arreglos, la implementación de esta regla fue administrativamente retrasada.

Legislación subsiguiente formalizó una moratoria en la implementación de la regla.

Aunque la extensión previa de la moratoria expiró al finalizar el 2009, la Sección 3104 del Patient Protection and Affordable Care Act restauró la moratoria retroactiva al 1 de enero de 2010. Por lo tanto, los laboratorios independientes ahora pueden presentar sus reclamaciones a Medicare para el TC de los servicios de patología del médico prestados a los pacientes de un hospital, sin importar el estatus de hospitalización del beneficiario (hospitalizado o ambulatorio) en la fecha que el servicio fue realizado.

Esta póliza es efectiva para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2010, hasta el 31 de diciembre de 2010. Si un laboratorio independiente presentó previamente una reclamación por servicios cubiertos por esta provisión y la reclamación fue denegada, el laboratorio puede contactar a su contratista de Medicare para instrucciones adicionales.

Manténgase alerta para más información sobre el Patient Protection and Affordable Care Act. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-56

Tomografía de emisión positrónica (NaF-18) para la identificación de metástasis ósea de cáncer

Número de *MLN Matters*: MM6861

Número de petición de cambio relacionado: 6861

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de marzo de 2010

Fecha de efectividad: 26 de febrero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1937CP y R119NCD

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

El 4 de junio de 2009, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) abrieron para reconsideración, la sección 220.6 del manual de determinaciones nacionales de cobertura *National Coverage Determinations* (NCD) Manual para hacer modificaciones sobre la evidencia en el uso de imagen de NaF-18 (fluoruro-18 de sodio) (tomografía de emisión positrónica NaF-18 [PET]) para identificar metástasis ósea de cáncer. CMS propone que la evidencia disponible no es suficiente para determinar que los resultados de imagen NaF-18 PET para identificar metástasis ósea resultan en una mejoría de los beneficiarios que padecen de cáncer.

Por lo tanto, su uso no es razonable y necesario de acuerdo a la sección 1862(a)(1)(A) de la ley de seguro social Social Security Act (the Act).

Sin embargo, CMS propone que la evidencia disponible es suficiente para determinar que la imagen NaF-18 PET es razonable y necesaria de acuerdo a la sección 1862(a) (1) (E), para identificar metástasis ósea de cáncer sintomática o fuertemente sospechada para informar la estrategia de tratamiento antitumor inicial o servir de guía a una estrategia de tratamiento antitumor subsiguiente después de completado el tratamiento inicial.

El uso razonable y necesario debe ser establecido a través de la cobertura con desarrollo de la evidencia (CED) cuando el médico tratante del beneficiario determina que es necesario el estudio NaF-18 PET y cuando el beneficiario está inscrito y el proveedor de NaF-18 PET está participando en tipos específicos de estudios clínicos prospectivos como se señala en la sección 220.6 del manual NCD Manual.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6861.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6861, 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/R1937CP.pdf>, y <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R119NCD.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1937, CR 6861

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.

Extensión del proceso de excepciones del límite de terapia

El 23 de marzo de 2010, el Presidente Obama firmó en ley el Patient Protection and Affordable Care Act, el cual extiende el proceso de excepciones para los límites de los servicios de terapia ambulatoria (vea la Sección 3103). Los proveedores de servicios de terapia ambulatoria pueden continuar presentando sus reclamaciones con el modificador KX, cuando una excepción es apropiada, para los servicios prestados el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010.

Los límites de terapia son determinados en una base de año calendario, así que todos los pacientes comenzaron un nuevo límite anual el 1 de enero de 2010. Para los servicios de terapia física y patología del habla combinados, el límite en gastos incurridos es de \$1,860. Las cantidades de deducible y coseguro aplicadas a los servicios de terapia cuentan para la cantidad acumulada antes que se alcance el límite.

Manténgase alerta para más información sobre el Patient Protection and Affordable Care Act. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-56

Tratamiento de insulina intravenosa a paciente ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM6775
 Número de petición de cambio relacionado: 6775
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de marzo de 2010
 Fecha de efectividad: 23 de diciembre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R117NCD y R1930CP

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una determinación nacional de cobertura (NCD) notificando la decisión de no dar cobertura a la terapia de insulina intravenosa (OIVIT) al paciente ambulatorio. CMS ha determinado que no hay evidencia en apoyo de la conclusión de que el tratamiento de insulina intravenosa (OIVIT) mejora los resultados de la salud de los beneficiarios de Medicare

A partir del 5 de abril de 2010, CMS creará un nuevo código de procedimiento (G9147) que será utilizado para presentar OIVIT sin cobertura y cualquier servicio que comprenda el uso de un régimen OIVIT para fechas de servicio a partir del 23 de diciembre de 2009.

A partir del 5 de abril de 2010, los siguientes códigos del *Current Procedural Technology* (CPT) no deberán ser

utilizados para presentar OIVIT sin cobertura y cualquier servicio que comprenda el uso de un régimen OIVIT:

99199 *Unlisted special service, procedure, or report (servicio especial fuera de lista, procedimiento o reporte) 94681 [...including CO2 output, percentage oxygen extracted] (...incluyendo salida de CO2, porcentaje de oxígeno extraído)*

Además, el código CPT 94681 no deberá ser utilizado en reclamaciones de condición 250.00-250.93 relacionadas con diabetes.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6775.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6775, 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/R1930CP.pdf>. <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R117NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1930, CR 6775

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.

El material en cita y/o en **italico** 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.

Cobertura por tratamiento del síndrome de lipodystrophy facial de personas que sufren de HIV

El 23 de marzo de 2010, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), anunciaron su decisión de prestar cobertura por inyecciones faciales a beneficiarios de Medicare que experimentan síntomas de depresión debido al estigma de presentar las mejillas severamente hundidas como resultado del tratamiento con medicinas para combatir el virus de inmunodeficiencia. Esta decisión es efectiva de inmediato.

El síndrome de lipodystrophy (LDS) facial, es una pérdida de grasa de la cara, causando un aspecto de excesiva delgadez de las mejillas. En algunos casos la LDS facial puede ser efecto colateral de ciertos tipos de medicinas (terapias antivirales) que las personas reciben como parte del tratamiento de infección HIV.

La LDS facial puede hacer que las personas que padecen de HIV tengan aspecto de demacradas y gravemente enfermas, lo que puede estigmatizarlas como parte de su estado tener la infección de HIV. Las personas que toman estas medicinas y experimentan los efectos colaterales de LDS facial pueden sufrir efectos psicológicos relativos a un auto-imagen negativa. Estos efectos podrían hacer que las personas que sufren de HIV discontinúen sus terapias antivirales. La nueva decisión permite dar tratamiento a las personas que sufren síntomas de depresión debido a cambios en su aspecto debido a LDS facial.

Las inyecciones incluídas en esta decisión de prestar cobertura son “rellenos” que han sido aprobados por el departamento de administración de alimentos y medicinas de los Estados Unidos U.S. Food & Drug Administration (FDA), para ser inyectadas bajo la piel de la cara, con la finalidad de rellenar su aspecto, específicamente para el tratamiento de LDS facial. Los datos muestran que estas inyecciones pueden mejorar la auto estima del paciente, aliviar síntomas de depresión y mejorar el cumplimiento del tratamiento anti-HIV.

El médico jefe de CMS y Director del Departamento de Calidad y Estándares Clínicos Agency’s Office of Clinical Standards & Quality, doctor Barry M. Straube, M.D., manifestó que “la decisión tomada hoy marca un hito importante en la cobertura de Medicare a las terapias de infección de HIV”, agregando que “ayudar a mejorar su auto-estima a la gente que padece de HIV, al mismo tiempo que se cumplen los tratamientos anti-HIV, puede mejorar su calidad de vida y mejorar, por último, la calidad de los cuidados que recibe el beneficiario”.

La decisión final está puesta en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=234>. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-44

Desfibrilador cardíaco implantable automático provisto en un estudio clínico

Número de *MLN Matters*: MM6867

Número de petición de cambio relacionado: 6867

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de marzo de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2007

Número de transmisión de CR relacionado: R663OTN

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron, el 8 de marzo de 2005, la petición de cambio (CR) 3604 para dar instrucciones a los contratistas, de como procesar implantaciones de desfibrilador cardíaco implantable automático (ICD), bajo la nueva cobertura expandida. Uno de los requisitos de cobertura de las nuevas indicaciones es que el paciente esté inscrito en el sistema de recolección de datos. Se ha exigido reportar el **modificador QR** para identificar indicaciones de prevención primaria para servicios ICD.

CR 5805, emitido el 18 de enero de 2008, ha reemplazado el modificador QR con **modificador Q0** (cero), vigente para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008.

CR 6867 actualización de la lista de códigos de diagnóstico ICD-9-CM que no precisan de modificador Q0 para servicios de desfibrilador cardíaco implantable

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.

automático (ICD) provisto en un estudio clínico. El código V12.53 de ICD-9-CM para diagnóstico de historia personal de paros cardíacos repentino, ha sido agregado a los códigos de diagnóstico que no necesitan ni el **modificador QR** (para fechas de servicio anteriores al 1 de enero de 2008) ni **modificador Q0** (para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008).

Nota: Los contratistas de Medicare deberán ajustar las reclamaciones que se les ha advertido que fueron rechazadas por haber presentado el código de diagnóstico V12.53 y faltaba el modificador QR (para fechas de servicio anteriores al 1 de enero de 2008) o modificador Q0 (para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2008).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6867.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6867, 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/R663OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 663, CR 6867

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.

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Actualización de códigos de estado y de categoría de estado de una reclamación

Número de *MLN Matters*: MM6859
 Número de petición de cambio relacionado: 6859
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1936CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

La ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, Health Insurance Portability and Accountability Act, exige a todos los pagadores de beneficios médicos usar solamente códigos de estado y de categoría de estado de una reclamación, aprobados por el comité nacional de mantenimiento de códigos Code Maintenance Committee en el pedido de estado de reclamación médica X12 276/277 y el formulario de respuestas adoptado como estándar de uso nacional (004010X093A1). Estos códigos explican el estado de las reclamaciones presentadas. Los códigos propietarios no pueden ser utilizados en el X12 276/277 para reportar estado de una reclamación.

Los códigos de estado y de categoría de estado de una reclamación para el uso de contratistas de Medicare con el pedido de estado de reclamación médica y respuesta ASC X12N 276/277, fueron actualizados durante la sesión de enero de 2010 del comité nacional de mantenimiento de códigos Code Maintenance Committee. Cambios a los códigos aprobados en esa sesión fueron puestos en la Internet alrededor del 1 de marzo de 2010, en <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/>

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6859.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6859, 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/R1936CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1936, CR 6859

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.

HIPAA versión 5010 – Requisitos del contratista administrativo de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM6472
 Número de petición de cambio relacionado: 6472
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de junio de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R506OTN
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Este artículo es solamente informativo para los proveedores. Este esta basado en la petición de cambio 6472, el cual provee requisitos a los contratistas administrativos de Medicare para preparar sus sistemas en el procesamiento de transacciones ASC X12 (también conocido como ANSI ASC X12) versión 5010.

Usted puede revisar el artículo de edición especial del *MLN Matters*® SE0904 para una perspectiva general de introducción de estos estándares de transacción del Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6472.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6472, 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/R506OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 506, CR 6472

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.

FACTURACIÓN

Finalización de pagos por Indian Health Services

Nota: El artículo SE0930 del *MLN Matters* fue publicado anteriormente en enero de 2010, en Medicare A Y B AL DÍA (página 14).

Número de *MLN Matters*: SE0930

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2010

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: Lo más pronto posible

Resumen

Este artículo de edición especial ha sido emitido inicialmente por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), con la finalidad de notificar a médicos, proveedores y suplidores de Indian Health Services (IHS) que corresponda, que por disposición de la sección 630 de la ley Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003(MMA), ciertos servicios de Parte B quedaron sin cobertura al finalizar la vigencia de estas disposiciones, el 31 de diciembre de 2009.

Sin embargo, el 23 de marzo de 2010, el Presidente Obama promulgó la ley de cuidados y protección al paciente Patient Protection and Affordable Care Act. La sección 2902 de la nueva ley extiende en forma permanente la sección 630 de la MMA, de manera retroactiva, desde el 1 de enero de 2010.

Los servicios considerados son los siguientes:

- Equipo médico durable, prostáticos y ortóticos
- Calzado ortopédico
- Servicios de laboratorio clínico

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.

AMBULANCIA

Está ahora disponible la hoja de cálculo de catálogo de tarifas de ambulancia modificada

La hoja de cálculo modificada de catálogo de tarifas de ambulancia Ambulance Fee Schedule (enero de 2010), que provee información general acerca de dicho catálogo, incluyendo como se establecen las tasas de pago para servicios de ambulancia tanto terrestre como aéreo, ha sido modificada en enero de 2010 y ahora se encuentra disponible en formato impreso en la red de enseñanza *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid. Para ordenar, visite <http://www.cms.gov/MLNGenInfo/> baje a “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page”. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-09

- Vendaje quirúrgico, cabestrillos y enyesados
- Fármacos (aquellos que son procesados por el contratista administrativo (MAC) de Medicare J4 A/B y DME MAC)
- Servicios de ambulancia
- Vacunas anti influenza y neumonía
- Servicios de selección y preventivos

Nota: Tomará aproximadamente dos semanas para que su contratista de Medicare actualice sus sistemas de procesamiento para poder pagar correctamente por estos servicios. Usted deberá esperar que el sistema de procesamiento de reclamaciones sea actualizado antes de presentar nuevas reclamaciones que contengan servicios Indian health services. CMS tiene el compromiso de mantener abiertas las líneas de comunicación con todos los proveedores y partes interesadas en relación a este tema.

Manténgase alerta por más información perteneciente a la ley Patient Protection and Affordable Care Act.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0930.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0930

Servicios de ambulancia Actualización de las instrucciones y lista de condiciones médicas

Número de *MLN Matters*: MM6896

Número de petición de cambio relacionado: 6896

Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de abril de 2010

Fecha de efectividad: 3 de mayo de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1942CP

Fecha de implementación: 3 de mayo de 2010

Resumen

Este artículo es el resultado de la petición de cambio (CR) 6896, la cual ha sido emitida para comunicara las actualizaciones y revisiones al *Medicare Claims Processing Manual* -- Capítulo 15 (Ambulancia), Sección 40 (Medical Conditions List and Instructions). Estas actualizaciones y revisiones ayudarán a los proveedores y suplidores de ambulancia a comunicar la condición del paciente a los contratistas de Medicare, como fue reportado por el centro de despacho y como fue observado por la tripulación de la ambulancia. El uso de la lista de las condiciones médicas no garantiza el pago de la reclamación para cierto nivel de servicio.

Las revisiones manuales incluyen y/o corrigen la información previamente comunicada en lo siguiente:

- El CR 5442 (Transmisión 1185, 23 de febrero de 2007) proveyó una actualización de la lista de instrucciones de las condiciones médicas de tarifas fijas de ambulancia
- El CR 6347 (Transmisión 1696, 6 de marzo de 2009) comunicó muchas revisiones y actualizaciones a la mayoría del capítulo 15. Sin embargo, la Sección 40 actualizada (Medical Conditions List and Instructions) no fue actualizada apropiadamente para reflejar las actualizaciones hechas por el CR 5442. Por lo tanto, el CR 6896 actualiza la Sección 40, Capítulo 15, del *Medicare Claims Processing Manual*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6896.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6896, 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/R1942CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1942, CR 6896

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.

Extensión de provisiones añadidas de servicios de ambulancia

El 23 de marzo de 2010, el Presidente Obama firmo en ley el Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA). Las Secciones 3105 y 10311 de PPACA impactan ciertas provisiones de pagos de ambulancia. Debe advertirse que la Sección 3105 de PPACA establece las fechas de implementación del 1 de abril de 2010. La Sección 10311 de PPACA revisa la Sección 3105 y cambia la fecha de implementación retroactiva al 1 de enero de 2010.

Las extensiones de PPACA incrementan las tarifas fijas de ambulancia para los transportes cubiertos de ambulancia terrestre que se originaron en áreas rurales al tres por ciento y para transportes cubiertos de ambulancia terrestre que se originaron en áreas urbanas al dos por ciento retroactivo al 1 de enero de 2010, hasta el 31 de diciembre de 2010. La nueva ley extiende similarmente la provisión de servicios de ambulancia aérea provistos en cualquier área que fue diseñada como un área rural para propósitos de hacer pagos bajo la tarifa fija de ambulancia para los servicios prestados el 31 de diciembre de 2006.

Finalmente, las extensiones de PPACA retroactivo al 1 de enero de 2010, y hasta el 31 de diciembre de 2010, Sección 414 del Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003, establecieron el súper bono rural.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están trabajando para implementar estas tres provisiones de ambulancia de PPACA con prontitud.

Manténgase alerta para más información sobre las provisiones de ambulancia y su impacto en sus reclamaciones pasadas y futuras.

Además, manténgase atento a más información sobre el Patient Protection and Affordable Care Act. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-10

REHABILITACIÓN

Manual de establecimientos de rehabilitación completa de paciente ambulatorio

Nota: El artículo SE0931 del *MLN Matters* fue publicado anteriormente en octubre de 2009, en Medicare A Y B AL DÍA (página 13).

Número de *MLN Matters*: MM6005 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6005
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de septiembre de 2009
 Fecha de efectividad: 7 de julio de 2008
 Número de transmisión de CR relacionado: R111BP
 Fecha de implementación: 26 de octubre de 2009

Resumen

Body text sample body text sample. Body text sample body text sample. Body text sample body text sample sample. Body text sample body text sample body text sample body text sample.

Body text sample body text sample. Body text sample body text sample. Body text sample body text sample body text sample body text sample. Body text sample body text sample body text sample body text sample.

- Bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample
- Bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample bullet sample

Body text sample body text sample. Body text sample body text sample. Body text sample body text sample body text sample body text sample.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6005.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6005, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el *website* de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R111BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 111, CR 6005

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.

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.

LABORATORIO

Tarifas de viáticos de Medicare para recolección de especímenes

Número de *MLN Matters*: MM6864
 Número de petición de cambio relacionado: 6864
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de marzo de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1933CP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Parte B de Medicare, otorga cobertura a recolección de especímenes y viáticos de un técnico de laboratorio que va a recolectar un espécimen a un centro de enfermería o al domicilio del paciente, de acuerdo a la ley de seguro social Social Security Act (Sección 1833(h)(3)). El pago se efectúa en base al catálogo de tarifas de laboratorio clínico.

El pago de viáticos destinados a cubrir los costos de viaje para recolectar especímenes (incluyendo el salario del técnico de laboratorio y gastos de viaje), se efectúa solamente cuando también corresponde pagar la tarifa de recolección de especímenes. Los códigos de viaje y viáticos de 2010 son:

1. Viáticos por milla (código HCPCS P9603)
 CR 6864 da instrucciones a su contratista, de pagar por código HCPCS P9603, cuando el viaje promedio a la casa del paciente excede las 20 millas por ida y vuelta, a un total de \$0.95 por milla. Esto incluye:

- La tasa federal de millaje de \$0.50 por milla, más
- Un pago adicional de \$0.45 por milla para cubrir el tiempo y costos de viaje del técnico.

2. Viático de tarifa fija (código HCPCS P9604)
 CR 6864 da también instrucciones a su contratista de pagar por código HCPCS P9604 una tarifa fija de **viáticos de \$9.50 por viaje.**

Nota: No será en absoluto permitido que el laboratorio facture más millas de las que sean razonables o por millas que no sean realmente viajadas por el técnico de laboratorio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6864.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6864, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el *website* de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1933CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1933, CR 6864

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.

Instrucciones especiales para códigos de prueba especificados pagados según clinical laboratory fee schedule

Número de *MLN Matters*: MM6852
 Número de petición de cambio relacionado: 6852
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de marzo de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R653OTN
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están ofreciendo una reunión pública anual en referencia a los nuevos códigos de prueba que han sido establecidos por el comité *Current Procedural Terminology (CPT)* y que tendrán cobertura de Medicare y serán pagados en base al *clinical laboratory fee schedule* (catálogo de tarifas de laboratorio clínico, CLFS).

- A partir del 1 de enero de 2010 fueron establecidos dos nuevos códigos G: G0430 y G0431
- Códigos *CPT 80100* y *80101* están siendo utilizados de manera incorrecta
- A partir del 1 de abril de 2010 fueron establecidos dos nuevos códigos G: G0430QW y G0431QW.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6852.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6852, 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/R653OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 653, CR 6852

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.

El material en cita y/o en *italico* 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.

SERVICIOS PREVENTIVOS

Abril es el Mes Nacional del Control del Cáncer

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les recuerda a los profesionales del cuidado de la salud que Medicare provee cobertura para ciertos tipos de pruebas de detección del cáncer. Estas pruebas pueden ayudar a detectar el cáncer en su etapa temprana cuando los resultados son más favorables.

- Pruebas de detección del cáncer cubiertas por Medicare
- Pruebas de mamografías
- Pruebas de Papanicolaou
- Prueba de examinación pélvica
- Prueba de detección del cáncer colorrectal
- Prueba de detección del cáncer de la próstata

Para más información

CMS ha desarrollado una variedad de productos educacionales y recursos para ayudar a los profesionales del cuidado de la salud y su personal a familiarizarse con la cobertura, codificación, facturación, y reembolso de las pruebas de detección del cáncer cubiertas por Medicare.

- El website de productos educacionales de servicios preventivos del Medicare Learning Network (MLN) -- provee descripciones e información para ordenar de los servicios preventivos y productos educacionales del Medicare Learning Network (MLN) y recursos para los profesionales del cuidado de la salud y su personal.
http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp
- Folleto Cancer Screenings -- este folleto provee a los profesionales del cuidado de la salud con una perspectiva general de pruebas de detección del cáncer cubiertos por Medicare.
http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/Cancer_Screening.pdf
- The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals -- este recurso completo contiene información de cobertura, codificación, y de pago para las pruebas de detección del cáncer cubiertas por Medicare.
http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf
- Quick Reference Information: Medicare Preventive Services -- esta tabla de dos lados contiene información de cobertura, codificación, y pago para los muchos servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo las pruebas de detección del cáncer, en un formato de referencia rápida fácil de usar.
http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf
- The Medicare Preventive Services Series: Part 3 Web-based training course (WBT) -- este WBT incluye lecciones sobre cobertura, codificación, y facturación de las pruebas de detección del cáncer cubiertas por Medicare.

Para acceder al WBT, visite la página de inicio del MLN al <http://www.cms.gov/mlngeninfo>. Busque "Related Links Inside CMS" y haga clic en "WBT Modules."

Para ordenar copias impresas de ciertos productos del MLN, incluyendo el folleto Cancer Screenings y la tabla de información de referencia rápida, visite la página de inicio del MLN al <http://www.cms.gov/mlngeninfo>. Busque "Related Links Inside CMS" y haga clic en "MLN Product Ordering Page."

Para más información sobre el Mes Nacional del Control del Cáncer, visite la página de inicio de la American Cancer Society al <http://www.cancer.org>.

Gracias por ayudar a CMS a mejorar la salud e los pacientes con Medicare al unirse en el esfuerzo por educar a los beneficiarios elegibles sobre la importancia de aprovechar los servicios de pruebas de detección del cáncer y otros servicios preventivo cubiertos por Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-16

Abril 5-11 es la Semana Nacional de Salud Pública y abril 7 es el Día de Salud Mundial

En el espíritu de la Semana Nacional de Salud Pública y el Día de Salud Mundial, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les recuerdan a los profesionales del cuidado de la salud que Medicare provee cobertura para una variedad de servicios preventivos. Al alentar a sus pacientes de Medicare a aprovechar los servicios preventivos cubiertos, usted puede ayudarlos a llevar vidas más saludables, llenas, y más largas.

Los servicios preventivos cubiertos por Medicare

Medicare provee cobertura para los siguientes servicios preventivos para los beneficiarios elegibles de Medicare:

- Examen de detección de aneurisma aórtica abdominal
- Inmunizaciones del adulto
- Medidas de masa ósea
- Exámenes de detección del cáncer
- Exámenes de detección cardiovascular
- Servicios relacionados a la diabetes y exámenes de detección
- Exámenes de detección de glaucoma
- Consejería para abandonar el uso del tabaco y cigarrillo
- Examinación física preventiva inicial

Para más información

CMS ha desarrollado una variedad de productos educativos y recursos para ayudar a los profesionales del cuidado de la salud y su personal a familiarizarse con la cobertura, codificación, facturación, y reembolso de los servicios preventivos y pruebas de detección cubiertos por Medicare.

- La página Web de Productos Educativos de Servicios Preventivos del *Medicare Learning Network* (MLN) -- provee descripciones e información para ordenar los productos educativos y servicios preventivos del *Medicare Learning Network* (MLN) y los recursos para los profesionales del cuidado de la salud y su personal.
http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp
- La Guía a los Servicios Preventivos de Medicare para los Médicos, Proveedores, Suplidores y Otros Profesionales del Cuidado de la Salud -- este recurso abarcador contiene información de cobertura, codificación, y pago para los servicios preventivos cubiertos por Medicare.
http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf
- Información de Referencia Rápida: Servicios Preventivos de Medicare -- esta tabla contiene información de cobertura, codificación, y pago para los servicios preventivos cubiertos por Medicare en un formato de referencia fácil de usar.
http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf
- El archivo PDF de los Productos Educativos de Servicios Preventivos -- este documento PDF contiene enlaces a versiones descargables de los varios productos que el MLN tiene disponible relacionado a los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo folletos, guías de referencia rápida, y más.
http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/education_products_prevserv.pdf
- Para ordenar copias impresas de ciertos productos del MLN, visite la página de inicio del MLN en <http://www.cms.gov/mlngeninfo> Desplace hacia abajo la barra direccional de su ventana para encontrar “Related Links Inside CMS” y luego haga clic en “MLN Product Ordering Page”

Para más información sobre el Día de la Salud Mundial, visite el sitio Web de la World Health Organization en <http://www.who.int/world-health-day/en>

Para más información sobre la Semana Nacional de Salud Pública, visite el sitio Web de la American Public Health Association en <http://www.nphw.org/nphw10/home1.htm>

Gracias por ayudar a CMS a mejorar la salud de sus pacientes con Medicare al unirse en el esfuerzo de educar a los beneficiarios elegibles sobre la importancia de aprovechar los diferentes servicios preventivos cubiertos por Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-08

INTERÉS GENERAL

Revisado el curso de adiestramiento en línea sobre fraude y abuso

El curso de adiestramiento en línea (WBT) de Fraude y Abuso de Medicare ha sido revisado y ahora está disponible. El curso provee información de gran ayuda para los proveedores de Medicare y suplidores involucrados en proveer y facturar servicios a personas con Medicare. Esta actividad provee información que incrementará el alerta de fraude y abuso de Medicare, provee información sobre prácticas de facturación correcta, y ayuda a los proveedores de Medicare, suplidores, y personal a archivar las reclamaciones correctamente. El curso ofrece créditos de educación continua; vea la página de descripción del curso para detalles.

Para acceder el curso, vaya a la página de *MLN Products* al <http://www.cms.gov/MLNProducts/> y seleccione el enlace de módulos de adiestramiento en línea en la sección de "Related Links Inside CMS". Una vez los cursos de adiestramiento en línea son mostrados, seleccione el WBT Medicare Fraud and Abuse de la lista provista. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-25

Pólizas de pago final de 2011 de Medicare Advantage y planes de receta de medicamentos

Historial: El 5 de abril de 2010, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron los índices de capitación para los planes de Medicare Advantage para el 2011. El anuncio del índice de 2011 fue acompañado por la carta de llamada final de 2011 para Medicare Advantage (Parte C) y planes de receta de medicamentos de Medicare (Parte D).

CMS estableció en la notificación anticipada del 2011 que, si nueva legislación fue promulgada después de la publicación de la notificación anticipada, pero antes del anuncio del índice que fue publicado, cambios serían incorporados en el anuncio. Como es requerido por la Sección 1102 del Health Care and Education Reconciliation Act of 2010, los índices de capitación para el 2011 son los mismos de los índices de capitación del 2010.

En anuncios de índice de años previos, CMS incluyó estimados finales de los porcentajes de crecimiento per capita nacional (porcentajes de crecimiento MA) como también tablas que resumen las asunciones clave que fueron usadas para desarrollar los porcentajes de crecimiento MA. Los estimados finales de los porcentajes de crecimiento MA fueron usados para buscar la tendencia de los índices de capitación de años previos al año de pago. Dado que los índices de capitación para el 2011 son los mismos de los índices de capitación del 2010, los porcentajes de crecimiento MA no tienen relevancia para los índices de capitación del 2011.

Por lo tanto, este anuncio del índice no incluye estimados finales del porcentaje de crecimiento MA o las tablas asociadas de asunciones clave.

El anuncio del índice también contiene los siguientes cambios clave en respuesta a esta nueva legislación:

- CMS no implementará los nuevos modelos de ajuste de riesgo y diálisis CMS-HCC y CMS-HCC ESRD o los factores recalibrados de fragilidad en 2011.
- CMS mantendrá los índices ESRD de estado del 2011 en las cantidades del 2010.
- Como es requerido por el Patient Protection and Affordable Care Act of 2010, CMS calculará las

cantidades de subvención de la prima de Parte D para los beneficiarios de bajos ingresos usando los planes básicos de prima de Parte D antes de que las primas sean reducidas por rebates de la Parte C. Esto ayudará a asegurar que la subvención de prima en cada región de Parte D provea a los beneficiarios de bajos ingresos con una selección suficiente de planes en los cuales ellos no incurrirían en responsabilidad de prima.

El anuncio del índice también contiene una discusión de las provisiones de la legislación de reforma de salud que comienza a cerrar la brecha de cobertura de Parte D y el efecto de estas provisiones en las licitaciones de planes de Parte D.

Además de los cambios de la nueva legislación, los siguientes cambios clave o actualizaciones han sido hechas al bosquejo de carta de llamada y a la notificación anticipada en respuesta a comentarios públicos recibidos de grupos defensores del beneficiario, asociaciones, agencias del congreso, miembros del público, y planes de salud:

- CMS describe la metodología que será usada para justar las puntuaciones de riesgo 'predefinidas' para los nuevos enrolados y reflejar los costos proyectados de los enrolados de riesgo completo en los planes de necesidad especial del cuidado crónico.
- CMS nota que los beneficiarios que van a recibir reembolso por servicios de pruebas clínicas, (o proveedores que actúen de su parte) deben notificar a su plan que ellos han recibido servicios de pruebas clínicas y proveer documentación del costo compartido incurrido, tal como una notificación de resumen de Medicare (MSN). CMS explorará formas para proveer esta información a los planes en el futuro para aliviar la carga potencial en los beneficiarios.
- CMS establece que, actualmente, los beneficiarios de bajos ingresos que originalmente escogieron inscribirse en su plan actual no serán reasignados, pero varios métodos para alertar a los beneficiarios de las opciones

Pólizas de pago final de 2011 de Medicare Advantage... (continuación)

están siendo consideradas. CMS también continuará evaluando los meritos de reasignar al beneficiario basado en la utilización de medicamentos del beneficiario.

- CMS anuncia que intentamos emitir una regulación proponiendo autorizar la publicación de los datos de pago de Parte D y Parte D.

Las actualizaciones anuales de parámetro a los beneficios de Medicare Parte D no están cambiados (con la excepción de un incremento de \$10 en el límite de cobertura inicial).

Parámetros del Beneficio de Parte D	2010	2011
Beneficio Estándar Definido		
Deducible	\$310	\$310
Límite de Cobertura Inicial	\$2,830	\$2,840
Límite a pagar por el beneficiario	\$4,550	\$4,550
Parte del Costo Mínimo de Medicamentos de Varias Fuentes Genéricas/Preferidas en la Fase Catastrófica	\$2.50	\$2.50
Parte del Costo Mínimo de Otros Medicamentos en la Fase Catastrófica	\$6.30	\$6.30
Subvención del Medicamento Retirado		
Costo Mínimo a Pagar	\$310	\$310
Límite de Costo	\$6,300	\$6,300

Nota: Los cambios del 2010 a 2011 están redondeados a la unidad apropiada más cercana. El anuncio del índice final y la carta de llamada pueden ser vistos en <http://www.cms.gov/MedicareAdvtgSpecRateStats/>. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-14

Ley de Patient Protection and Affordable Care Act

El 23 de marzo de 2010, el presidente Obama firmó la ley de protección al paciente y cuidados al alcance de todos Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA).

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están haciendo un gran esfuerzo para implementar la nueva ley en forma expedita. Las disposiciones de la ley acerca de servicios-a-tarifa de Medicare tienen diferentes fechas de puesta en vigencia y nuestra primera prioridad es cumplir las disposiciones de las fechas de vigencia más próximas. CMS se ha comprometido a asegurar que los proveedores de Medicare sean bien informados de la manera más pronta posible

Por este motivo, CMS les recomienda estar alerta a notificaciones e instrucciones de CMS, así como de su intermediario fiscal, contratista de Parte B o contratista administrativo de Medicare, acerca de los cambios operacionales y de política a medida que implementamos PPACA. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-54

Preparando a los profesionales para una transformación del cuidado de salud en toda la nación

Actualización sobre Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH)

Un mensaje del Dr. David Blumenthal, National Coordinator for Health Information Technology

7 de abril de 2010

Sé que los proveedores del cuidado de la salud están preocupados sobre la implementación de nueva tecnología de información de la salud y en encontrar a profesionales que puedan operar y mantener tales sistemas. También sé que muchos médicos no están seguros de cómo desarrollar o fortalecer sus destrezas para incorporar el uso de la tecnología de información de la salud (IT) eficientemente y efectivamente sin poner en peligro su comunicación con los pacientes durante una visita clínica. Esto parece una transformación intimidante para los médicos y, ciertamente, para nuestro sistema de salud en general. El Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act of 2009 (HITECH) reconoce que el éxito de esta travesía IT de salud depende en la gente: gente que son apasionados sobre mejorar la salud del paciente, y que están comprometidos en hacer esas mejoras.

Con este fin, el Departamento de Salud & Servicios Humanos confirió \$84 millones a 16 instituciones de educación superior para financiar el Health IT Workforce Development Program, el cual se enfoca en varios recursos clave requeridos para expandir rápidamente la disponibilidad de los profesionales IT de la salud que sustentarán la adopción en general y uso de IT de salud en la comunidad del proveedor. Estos recursos incluyen:

- Un programa de adiestramiento en colegios de la comunidad para crear una fuerza de trabajo que pueda facilitar la implementación y sustento de un sistema del cuidado de la salud electrónico
- Materiales educacionales de calidad que instituciones de educación superior puedan usar para construir programas principales de instrucción
- Un programa de examinación de competencia que evalúe el conocimiento del adiestrado y las destrezas adquiridas en programas de adiestramiento que no ofrecen grado

El Workforce Development Program es uno de los mejores ejemplos de las profundidades de pensamiento detrás del HITECH Act. Podríamos gastar muchos billones de dólares desarrollando, incentivando, e implementando soluciones IT de salud, pero sin un adiestramiento efectivo en la fuerza trabajadora, nuestros esfuerzos se quedarían cortos en el último fin el cual es mejorar el cuidado del paciente. Estos esfuerzos, diseñados en colaboración con la National Science Foundation, Department of Education, y el Department of Labor, son estimados para reducir el déficit de profesionales IT de la salud a un 85 por ciento.

Felicito a los premiados con el Workforce Development Program y espero trabajar con ellos en esta iniciativa importante. Aquellos que aprovechan el adiestramiento profesional en IT de la salud provisto a través de los recipientes premiados encontrarán oportunidades interesantes, retadoras, y trabajo importante. No solamente estas oportunidades representan nuevos trabajos, también representan carreras prometedoras en un sector que está creciendo en nuestra economía.

Sinceramente,

David Blumenthal, M.D., M.P.P.

National Coordinator for Health Information Technology

U.S. Department of Health & Human Services. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-17

Se extiende actualización del cero por ciento hasta el 31 de mayo

El Presidente Obama firmó en ley el jueves el "Continuing Extension Act of 2010". Esta ley extiende hasta el 31 de mayo de 2010, la actualización del cero por ciento al manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) que estaba en efecto para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero-31 de marzo. La ley es retroactiva al 1 de abril. Por consiguiente, efectivo inmediatamente, las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de abril en adelante, las cuales están siendo retenidas por los contratistas de Medicare, están siendo emitidas para procesamiento y pago. Tenga en mente que las tarifas actuales seguirán en rigor, por lo tanto, las reclamaciones electrónicas sin errores no pueden ser pagadas antes de 14 días calendario después de la fecha que son recibidas por los contratistas de Medicare (29 días calendario para las reclamaciones en papel sin error).

Dado a la incertidumbre sobre las reclamaciones MPFS con fechas de servicio del 1 de junio de 2010, manténgase vigilando su listservs y su sitio Web del contratista para más información. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-27

Requisitos de presentación puntual para las reclamaciones de pago por servicio mediante tarifa fija de Medicare

El 23 de marzo de 2010, el Presidente Obama firmó en ley el Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), el cual enmienda el periodo para presentar reclamaciones de pago por servicio mediante tarifa fija (FFS) de Medicare como una de muchas provisiones dirigidas a frenar el fraude, desperdicio, y abuso en el programa de Medicare.

El periodo para presentar reclamaciones FFS de Medicare esta especificado en las Secciones 1814(a), 1835(a)(1), y 1842(b)(3) de la Ley del Seguro Social en el Code of Federal Regulations (CFR), 42 CFR Sección 424.44. La Sección 6404 del PPACA enmendó los requisitos de presentación puntual para reducir el tiempo máximo de presentación de todas las reclamaciones FFS de Medicare a un año calendario después de la fecha de servicio.

Bajo la nueva ley, las reclamaciones de servicios prestados el 1 de enero de 2010 en adelante, deben ser presentadas dentro de un año calendario después de la fecha de servicio. Además, la Sección 6404 manda que las reclamaciones de servicios prestados antes del 1 de enero de 2010, deben ser presentadas a más tardar el 31 de diciembre de 2010.

Las siguientes reglas aplican a las reclamaciones con fechas de servicio antes del 1 de enero de 2010. Las reclamaciones con fechas de servicio antes del 1 de octubre de 2009, deben seguir las reglas de presentación puntual antes de PPACA. Las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de octubre de 2009, hasta el 31 de diciembre de 2009, deben ser presentadas a más tardar el 31 de diciembre de 2010.

La Sección 6404 del PPACA también permite que el Secretario de Salud & Servicios Humanos se cerciore de las excepciones de la fecha límite de presentación de un año. Para esta fecha, ninguna de las excepciones ha sido establecida. Sin embargo, las propuestas de excepciones serán especificadas en la elaboración de normas propuestas en el futuro.

Manténgase alerta para más información sobre el Patient Protection and Affordable Care Act. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-02

Seis estados recibirán fondos federales combinados para el programa de incentivos de registros médicos electrónicos

En otro paso clave para una mayor participación de los estados en el desarrollo de una infraestructura robusta de tecnología de información de la salud (HIT) en los Estados Unidos, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), anunciaron recientemente el otorgamiento de fondos federales combinados adicionales para financiar actividades necesarias para implementar el programa de incentivo del mantenimiento de registros médicos electrónicos electronic health record (EHR) incentive program establecido por ley de reinversiones y recuperación American Recovery and Reinvestment Act de 2009 (Recovery Act).

EHR mejorará la calidad del cuidado de la salud de los ciudadanos de Vermont y hará su atención más eficiente. Los registros facilitan la coordinación de la atención médica a muchos proveedores que pudieran estar atendiendo pacientes de Medicaid. Adicionalmente, EHR facilita a los pacientes el acceso a la información precisa para tomar decisiones acerca del estado de su salud.

Este paquete es parte de un anuncio constante que comenzamos en noviembre de 2009. A la fecha, incluyendo los nuevos estados, hemos asignado un total de \$50.16 millones a 32 estados y territorios.

Colorado:	\$798,000
Mississippi:	\$1.47 millones
North Carolina:	\$2.29 millones
Nevada:	\$1.05 millones
Utah:	\$396,000
Wyoming:	\$596,000
Subtotal:	\$6.60 millones

Información adicional acerca de implementación de las disposiciones del programa de incentivo de pagos EHR de la Recovery Act relacionadas con Medicaid, pueden encontrarse en http://www.cms.hhs.gov/Recovery/11_HealthIT.asp.

Las declaraciones de prensa de los seis estados publicadas el 24 de marzo de 2010, están disponibles en https://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-49

Cambios en aplicaciones impresas de estándares de inscripción oportuna del proveedor

Número de *MLN Matters*: MM6807

Número de petición de cambio relacionado: 6807

Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de marzo de 2010

Fecha de efectividad: 21 de junio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R329PI

Fecha de implementación: 21 de junio de 2010

Resumen

Al mismo tiempo que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid alientan a los médicos, profesionales de la salud y otros proveedores, a presentar solicitudes de inscripción completas junto con la documentación correspondiente al momento de presentar la solicitud, los estándares de procedimiento modificados dan más tiempo a los médicos, profesionales de la salud y otros proveedores, para responder los requisitos operacionales de un contratista de Medicare.

A continuación un resumen de los estándares de plazo:

- Cuando no se necesita acción por parte del contratista, los contratistas de Medicare procesarán el 80 por ciento de todas las solicitudes CMS-855I iniciales dentro de 60 días calendario después de recibidas y 95 por ciento de tales solicitudes dentro de 90 días calendarios después de recibidas. (En este contexto acción significa la necesidad del contratista de Medicare de contactar al proveedor por información adicional).
- El contratista de Medicare procesará el 80 por ciento de todas las solicitudes CMS-855B iniciales presentadas por proveedores que no sean establecimientos de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF), donde no se necesita acción del contratista dentro de los 60 días calendario a contar del recibo y 95 por ciento de tales solicitudes dentro de 90 días calendarios después de recibidas.

- Cuando no se necesita acción por parte del contratista, los contratistas de Medicare procesarán el 70 por ciento de todas las solicitudes CMS-855B iniciales presentadas por IDTF dentro de los 90 días calendario a contar del recibo, el 80 por ciento de esas solicitudes dentro de 120 días calendario a contar del recibo y 95 por ciento de esas solicitudes dentro de 180 días calendario a contar del recibo.

Los estándares de plazo no afectan la cadena de inscripciones basada en la Internet ni las solicitudes de inscripción por medio del sistema de propiedad (PECOS) ni las solicitudes del proveedor de Parte A.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6807.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6807, 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/R329PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 329, CR 6807

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.

Nuevos productos de la red Medicare Learning Network

El folleto *Medicare Learning Network (MLN) marketing brochure*, está disponible en formato impreso. ¿Desea estar “entre los que saben” cuando se trata de la red *Medicare Learning Network*? ¿Le gustaría dar a conocer a sus colegas y a sus empleados un valioso secreto que podría ayudarles en sus transacciones de Medicare de servicios por tarifa? Asegúrese entonces de tener a mano suficientes copias impresas del folleto de marketing de *MLN*. Este folleto detalla una variedad de productos *MLN* y ahora está disponible en copia impresa.

La hoja de cálculos titulada *Medicaid Coverage of Medicare Beneficiaries (Dual Eligibles) At a Glance* (febrero de 2010) de *MLN*, está disponible tanto en formato descargable de la Internet como en copia impresa. Esta hoja de cálculos provee a los usuarios, educación e información general sobre como facturar cuando un beneficiario tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid.

Para ordenar una copia impresa de estos y otros recursos, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, baje a “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page”. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-43

Artículos o servicios provistos a beneficiarios de Medicare en custodia local o estatal

Número de *MLN Matters*: MM6880
 Número de petición de cambio relacionado: 6880
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 9 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1944CP y R122BP
 Fecha de implementación: 9 de julio de 2010

Resumen

El programa de Medicare no paga por servicios si:

- El beneficiario no tiene obligación legal de pagar por esos servicios
- Ninguna otra persona u organización tiene obligación legal de proveer o pagar por esos servicios.

Además, de acuerdo a la ley Social Security Act Section 1862(a)(2) and (3), Medicare no paga por servicios pagados directa o indirectamente por una entidad gubernamental.

Las reglamentaciones en 42 CFR 411.4(b) describen las condiciones especiales que deben ser cumplidas para que Medicare haga pagos por personas que se encuentran bajo custodia y establece que:

“Puede efectuarse pagos por servicios provistos a personas o grupo de personas que se encuentran bajo custodia de la policía u otras autoridades penales o de una agencia de gobierno bajo estatuto penal, solamente si se cumple con las siguientes condiciones:

1. Leyes locales o estatales requieren que esas personas o grupo de personas reembolsen los costos de servicios médicos que reciben mientras se encuentran bajo custodia y
2. Las entidades de gobierno local o estatal exigen el requisito de pago al facturar a tales personas ya sea que tengan o no cobertura de Medicare o de algún otro se-

guro médico y realizan la cobranza de las cantidades adeudadas, de la misma manera y el mismo vigor con que realizan la cobranza de otras deudas”.

Con la finalidad de evitar el rechazo incorrecto de las reclamaciones, los proveedores y suplidores que proveen ítems o servicios a prisioneros o pacientes en una jurisdicción que cumple las condiciones descritas más arriba, deben presentar reclamaciones por tales servicios utilizando el **modificador QJ**.

En caso de reclamaciones por pacientes hospitalizados cuyo período de encarcelamiento es durante solamente una parte de su estadía en el hospital, éstos deben identificar el período de encarcelamiento facturando como sin cobertura todos los días, servicios y cargos que se sobreponen al período de encarcelamiento.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6880.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6880, 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/R1944CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 1944 y 122, CR 6880

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.

Agendas de reuniones públicas HCPCS para medicinas biológicas y radiofarmacéuticas

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid se complacen en anunciar la publicación, en la fecha anunciada de los días 4 y 5 de mayo, las agendas de reuniones públicas HCPCS para medicinas biológicas y radiofarmacéuticas.

Estos documentos y el enlace para las inscripciones correspondientes están en el sitio Web de HCPCS: http://www.cms.gov/MedHCPCSGenInfo/08_HCPCSPublicMeetings.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-12

Cambio de dirección de Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han cambiado su dirección de Internet <http://www.cms.hhs.gov> a la nueva dirección: <http://www.cms.gov/>. Los marca página y enlaces existentes en otros sitios Web, continuarán funcionando siguiendo este cambio de dirección. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-11

Instrucciones de firma para efectos de revisiones médicas

Número de *MLN Matters*: MM6698 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6698
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R327PI
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Todos los contratistas administrativos de Medicare (MAC), contratistas de pruebas de tasas de error globales (CERT), contratistas de auditoría de recuperación (RAC), contratistas de salvaguardia del programa (PSC) y contratistas de integridad del programa en la zona (ZPIC) tienen encomendada la tarea de medir, detectar y corregir pagos incorrectos así como identificar fraudes potenciales. Todos los requisitos de firma detallados en la mencionada petición de cambio (CR) 6698 son efectivos de la manera siguiente:

Contratistas de pruebas de tasas de error globales revisiones en forma retroactiva para el período de reporte de noviembre de 2010.

MAC, RAC, PSC y ZPIC revisiones llevadas a cabo a partir de 30 días después de la emisión de CR 6698.

Antes de CR 6698, se precisaba un “identificador legible” en la forma de una firma caligráfica o electrónica por cada servicio provisto u ordenado. El manual Program Integrity Manual actualizado, adjunto a CR 6698 provee las instrucciones modificadas para asistir a los revisores a determinar si los requisitos de firma pueden considerarse cumplidos.

Si una orden carece de firma, los revisores de reclamaciones deben descartar la orden durante la revisión de las reclamaciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6698.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6698, 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/R327PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 327, CR 6698

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.

Nuevos materiales educativos de la red de enseñanza Medicare Learning Network

Presentamos a continuación materiales de enseñanza y otros recursos educativos útiles de la red de enseñanza de *Medicare Learning Network*: de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid:

- El video *Medicare Learning Network* que está ahora en YouTube

Mire el video *Medicare Learning Network* en el canal YouTube de CMS

<http://www.youtube.com/watch?v=GOzh7kpAwUo>.

Este video le informa acerca de lo que le puede ofrecer Medicare Learning Network con respecto a sus negocios con Medicare, así como otros recursos de utilidad que CMS ofrece a los proveedores a tarifa-por-servicio de Medicare.

No olvide que también puede ordenar este video en DVD; visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo>, baje a “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page”. Es una presentación magnífica.

- Han sido actualizados y están ahora disponibles en formato impreso, los gráficos de referencia rápida a servicios preventivos *Medicare Preventive Services Quick Reference Information*, esto incluye (1) Información de referencia rápida: servicios preventivos de Medicare (2) Información de referencia rápida: facturación a Medicare por inmunizaciones y (3) Información de referencia rápida: el ABC de la prestación inicial de exámenes físicos preventivos.

Para ordenar estos productos, visite la página de productos educativos de servicios preventivos “Preventive Services Educational Products”: http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp y seleccione “MLN Product Ordering” en la sección “Related Links Inside CMS”. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-50

Transición a nuevos contratos bancarios de CMS

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid han otorgado recientemente nuevos contratos bancarios a U.S. Bank y JP Morgan Chase. Los proveedores de Medicare no tienen que tomar acción alguna. Sin embargo, los proveedores deben estar en conocimiento de que, debido a estos nuevos contratos, los pagos de Medicare podrían ser hechos por un banco diferente.

Los siguientes contratistas de procesamiento de reclamaciones de Medicare permanecerán con JP Morgan Chase:

- Cahaba Government Benefit Administrators
- Pinnacle Business Solutions
- First Coast Service Options
- Palmetto GBA (excepto A/B MAC Jurisdicción 1)
- Wisconsin Physician Service

Los proveedores que facturan a estos contratistas no experimentarán cambio alguno.

Los siguientes contratistas de procesamiento de reclamaciones de Medicare pasarán a JP Morgan Chase el 1 de junio de 2010:

- Palmetto A/B MAC Jurisdiction 1
- Trailblazer

Los siguientes contratistas de procesamiento de reclamaciones de Medicare pasarán a U.S. Bank el 1 de junio de 2010:

- CIGNA Government Services
- Highmark Medicare Services
- National Government Services
- NHIC
- Noridian Administrative Services. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-06

Nuevo formato de datos para los archivos modificados de la iniciativa de codificación correcta nacional de Medicare

Comenzando con la actualización de abril de 2010, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) publicarán las modificaciones de los archivos de la iniciativa de codificación correcta nacional (NCCI) en Excel® 2007 y en formato de texto. Debido a que Excel 2007 puede sustentar un número más grande de filas, cada rango de código será contenido en un archivo opuesto a múltiples archivos. Esto debe corregir los problemas de incompatibilidad que algunos de nuestros usuarios experimentaron el último trimestre con los archivos en Excel 2003.

Tenga en consideración que Excel 2003 y versiones más antiguas del software tienen un cuenta de filas máxima de 65,536.

Algunos de los archivos modificados NCCI exceden la cuenta de fila máxima. Si usted no tiene Excel 2007, use el formato de texto para importar los datos a una aplicación que sustente archivos más grandes.

Para más información sobre las modificaciones de NCCI, y para descargar los archivos, visite la página Web en <http://www.cms.gov/NationalCorrectCodInitEd/>. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-01

Expiración de algunas disposiciones de pago bajo el programa Medicare

Nota: El artículo SE0931 del *MLN Matters* fue publicado anteriormente en enero de 2010, en Medicare A Y B AL DÍA (página 14).

Número de *MLN Matters*: SE0931 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: Lo más pronto posible

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han emitido este artículo de edición especial con la finalidad de notificar a los proveedores afectados que como resultado de la ley de cuidado y protección del paciente Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), la vigencia de algunas disposiciones de pago de Medicare ha sido prolongada. Anteriormente se había determinado que estas disposiciones iban a cesar su vigencia el 31 de diciembre de 2009.

Las dos disposiciones referidas son:

- El procedimiento de excepción de tope de terapia
- El permitir a laboratorios independientes a facturar por el componente técnico de un servicio de patología médica provisto a pacientes de hospital

El 23 de marzo de 2010, el Presidente Obama firmó la ley de cuidado y protección del paciente Patient Protection and Affordable Care Act, que prolonga la moratoria que permite a laboratorios independientes facturar por el componente técnico (TC) de servicios de patología médica a pacientes de hospital, esto se hace efectivo para reclamaciones con fechas de servicio entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2010.

La sección 3103 de la ley de de cuidado y protección del paciente Patient Protection and Affordable Care Act, prolonga las excepciones al procedimiento por topes de pago de terapias a paciente ambulatorio. Proveedores de servicios de terapia a paciente ambulatorio pueden continuar presentando reclamaciones con modificador KX, cuando corresponde una excepción, para servicios provistos entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0931.pdf>.

El enlace para el artículo de CMS *MLN Matters* es SE0931

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.

Ahora están disponibles las transcripciones de la teleconferencia nacional del proveedor de ICD-10-CM

Las transcripciones escritas y orales de la introducción básica a ICD-10-CM de la teleconferencia nacional del proveedor, la cual fue presentada por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) el 23 de marzo de 2010, están ahora disponibles en la sección de Downloads en http://www.cms.gov/ICD10/02c_CMS_Sponsored_Calls.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-32

Simposio de Parte D 2010

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) le agradece cordialmente por atender al simposio de Parte D 2010 el 18 de marzo de 2010. Hemos recibido comentarios muy positivos de los participantes y presentadores. Las presentaciones del simposio de Parte D del 18 de marzo están ahora disponible en línea bajo la sección de download en http://www.cms.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/09_ProgramReports.asp.

Esperamos que haya encontrado el simposio como una oportunidad valiosa para discutir tendencias de Medicare Parte D y experiencias con la comunidad. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-18

Reportando la recuperación del sobrepago en la remesa de pago

Número de *MLN Matters*: MM6870

Número de petición de cambio relacionado: 6870

Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de marzo de 2010

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R659OTN

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Este artículo detalla como los mantenedores del sistema de Medicare deben reportar la recuperación cuando existe una diferencia de tiempo entre la creación y la colección de la recuperación.

La petición de cambio 6870 instruye que los mantenedores del sistema de Medicare como reportar en la remesa de pago (RA) cuando:

- Un sobrepago es identificado, y
- Medicare actualmente recupera el sobrepago.

La solicitud del reembolso es enviada al deudor en forma de una carta de demanda de sobrepago, y la carta de demanda incluye un número de control interno (ICN) o número de control de documento (DCN) para propósitos de rastreo que también es reportado en el RA para enlazar de regreso a la carta de demanda.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6870.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6870, 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/R659OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 659, CR 6870

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.

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Martes, 11 de mayo de 2010	
Tema	Horario
Temas de actualidad: Medicare Parte A (ACT)	11:30 a.m-1:00 p.m. ET
Tipo: webcast	
Idioma en que se ofrece el evento: Inglés	

Miércoles 12 de mayo de 2010	
Tema	Horario
Temas de actualidad: Medicare Parte B (ACT)	11:30 a.m-1:00 p.m. ET
Tipo: webcast	
Idioma en que se ofrece el evento: Inglés	

Martes 8 y Miércoles 9 de junio de 2010	
Tema	Horario
Tema: Medifest 2010	8:00 a.m-4:30 p.m. ET
Tipo: Seminario en persona	
Idioma en que se ofrece el evento: Inglés y Español	

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.

Por favor note que:

- 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: _____ Número de fax: _____

Dirección de e-mail: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Visite nuestro sitio Web frecuentemente <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 saber de nuestros cursos educativos para proveedores más recientes. ❖

HOSPITAL

Póliza propuesta y cambios a la tasa de pago para hospitales del cuidado crítico y de largo plazo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han propuesto el 19 de abril de 2010, el año fiscal (FY) 2011 de tasas de pago y pólizas para servicios del paciente hospitalizado prestados a personas con Medicare por hospitales del cuidado crítico y largo plazo. Las propuestas están incluidas para asegurar que Medicare paga apropiadamente por un cuidado del paciente de alta calidad, eficiente y seguro.

La regla propuesta no trata las provisiones relacionadas al paciente hospitalizado del recientemente convertido en ley Patient Protection and Affordable Care Act, como fue enmendado por el Health Care and Education Affordability Reconciliation Act (colectivamente referido como "Affordable Care Act"). CMS espera proveer información adicional sobre la implementación de las provisiones de la reforma del cuidado de la salud en estas leyes que afectan los sistemas de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) de FY 2010 y FY 2011 en el futuro cercano.

En forma similar, CMS está proponiendo actualizar las tasas del cuidado a largo plazo de hospital (LTCH) por 2.4 por ciento de inflación y aplicar un ajuste de -2.5 puntos porcentuales para el incremento estimado en el gasto en los FY 2008 y 2009 debido a que la documentación y codificación que no reflejó incrementos en la severidad de la enfermedad del paciente. Basado en estas dos provisiones propuestas y otros cambios propuestos, CMS estima que los pagos a los LTCH incrementarían por 0.8 por ciento o \$41 millones.

La regla propuesta fue mostrada en el *Federal Register* el 20 de abril, y puede ser encontrada bajo archivos especiales en <http://www.federalregister.gov/inspection.aspx#special>.

CMS aceptará los comentarios sobre esta regla propuesta hasta el 18 de junio, y los responderá en una regla final a ser emitida el 1 de agosto de 2010.

Para más información, incluyendo documentación de sustento, vea <http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/IPPS2010/list.asp>.

Nota: Más informaron sobre la regla propuesta, incluyendo la documentación y ajuste de codificación y los cambios en el programa de Reporting Hospital Quality Data for Annual Payment Update (RHQDAPU) y discusiones de condiciones adquiridas por hospitales (HAC), pueden ser encontradas en hojas informativas en nuestra página Web en http://www.cms.gov/apps/media/fact_sheets.asp.

Para leer el comunicado de prensa emitido el 19 de abril, haga clic aquí http://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201004-30

Actualización del sistema de pagos prospectivos de paciente hospitalizado PC PRICER para el año fiscal 2010

El sistema de computador personal (PC) PRICER, de pagos prospectivos de paciente hospitalizado (PPS) del año fiscal (FY) 2010 ha sido actualizado en la Internet para las reclamaciones FY 2010 con datos corregidos por el proveedor desde enero de 2010. Para descargar la versión más reciente de PC PRICER, vaya a la página de paciente hospitalizado PPS PC PRICER http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp, a la sección Downloads. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-03

Actualizaciones de IRF PPS PC PRICER

Los años fiscales (FY) 2008, FY 2009, y FY 2010 del sistema de pagos prospectivos (PPS) de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF) de computadora personal (PC) PRICERS para los años fiscales 2008, 2009, y 2010 han sido actualizados con la lógica correcta del cálculo del pago extraordinario y están listos para descargar de la página Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/PCPricer/06_IRF.asp. Si usted utiliza IRF PPS PC PRICERS, vaya a la página arriba y descargue las últimas versiones de los PRICERS, publicada el 26 de marzo de 2010, en la sección de Downloads. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-57

Costo razonable en pago de pruebas de laboratorio clínico en áreas rurales

Número de *MLN Matters*: MM6873

Número de petición de cambio relacionado: 6873

Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de abril de 2010

Fecha de efectividad: Períodos de reporte de costos del 1 de julio de 2010 al 30 de junio de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R1940CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

La sección 3122 de la ley de protección al paciente Patient Protection and Affordable Care Act of 2010, reinstituye el costo razonable al pago por pruebas de laboratorio clínico llevadas a cabo en hospitales de áreas calificadas como rurales, con menos de 50 camas. La extensión de esta reglamentación será aplicada a períodos de reporte de costos del 1 de julio de 2010 al 30 de junio de 2011, como parte del servicio a paciente ambulatorio de los hospitales afectados. Para algunos hospitales, ésto podría afectar a servicios a prestarse en fecha tan lejana como el 30 de junio de 2012.

Los hospitales afectados por esta medida, deben tener en cuenta que los contratistas de Medicare:

- Utilizarán el archivo de código postal ZIP de Medicare ZIP para identificar áreas rurales que en el contexto de la petición de cambio 6873, son aquellos con densidades de población el cuartil más bajo de toda la población de condado rural
- Calculará el pago en base a un costo razonable para servicios de laboratorio clínico para paciente ambulatorio presentados por hospitales calificados ya sea en tipo de factura 12x o 13x con línea de código de ingresos 030x, efectivo para el completo período de reporte a comenzar del período del 1 de julio de 2010 al 30 de junio de 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6873.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6873, 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/R1940CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1940, CR 6873

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.

Actualizado el sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado PC PRICER para el año fiscal 2010

El año fiscal (FY) 2010 del sistema de pagos prospectivos (PPS) de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado en la Web para el año fiscal (FY) 2010 para las reclamaciones con los datos del proveedor corregidos de abril de 2010. Si usted utiliza el FY 2010 PPS PC PRICER del paciente hospitalizado, vaya a la página de PPS PC PRICER del paciente hospitalizado al http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/03_inpatient.asp, bajo la sección de Downloads, y descargue la última versión del PC PRICER.

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 201004-26

Actualizado el año fiscal 2009 IPPS PC PRICER

El año fiscal (FY) 2009 del sistema de pagos prospectivos (PPS) de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado en la Web para las reclamaciones de FY 2009 con los datos del proveedor corregidos de enero de 2010. Si usted utiliza el FY 2009 IPPS PC PRICER, vaya a http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp y descargue la última versión del PC PRICER. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-58

Facturación y procesamiento de reclamaciones con códigos de períodos de tiempo ilimitados

Número de *MLN Matters*: MM6777

Número de petición de cambio relacionado: 6777

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de abril de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2002

Número de transmisión de CR relacionado: R1946CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

A los hospitales de cuidados a largo plazo (LTCH), establecimientos para pacientes psiquiátricos (IPF) y establecimientos de rehabilitación de pacientes (IRF) pagados bajo su respectivo sistema prospectivo de pagos (PPS), se les requiere que facturen una sola reclamación por la estadía completa. Puede presentarse reclamaciones provisionales para ajustar continuamente todas las reclamaciones previamente presentadas por la estadía, hasta que el beneficiario sea dado de alta. En algunas instancias, estadías significativamente largas, con numerosos códigos de períodos de tiempo (OSC) pueden exceder el monto de OSC permitidos para facturar una reclamación.

Cuando un proveedor pagado bajo LTCH, IPF, o IRF PPS se encuentra en situación de que más OSC deben ser facturados en formulario CMS-1450 o su equivalente

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.

electrónico, el proveedor debe facturar la estadía completa hasta la fecha del décimo OSC de la estadía. La fecha límite del período cubierto es igual a la fecha límite del décimo OSC. Mientras la estadía se prolonga, el proveedor puede solamente facturar el período entre el onceavo y vigésimo OSC de la estadía, si corresponde. Una vez que el vigésimo OSC es aplicado a la reclamación, el proveedor puede solamente facturar el período entre el vigésimo primero y trigésimo OSC de la estadía, si corresponde.

El sistema Medicare fiscal intermediary shared system (FISS) retiene el historial de todos los OSC facturados por la estadía para asegurar el procesamiento correcto (i.e., como si no existiera, en la reclamación, limitaciones OSC).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6777.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6777, 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/R1946CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1946, CR 6777

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Noticias de abril -- sistema Five-star de evaluación de calidad

Los reportes resumen del proveedor de five-star están disponibles desde el 16 de abril de 2010. Proveedores pueden acceder el reporte de las páginas de bienvenida del conjunto de datos mínimo (MDS) del estado, disponibles en los servidores del estado para presentación del conjunto mínimo de datos.

Información de acceso al resumen del proveedor

- Para ver sus resultados visite las páginas de bienvenida del conjunto de datos mínimo (MDS) del estado en los servidores donde presentó su MDS.
- Para acceder estos reportes, seleccione el enlace de los reportes de certificación y encuesta al proveedor (CASPER), colocado al final de la página de ingreso.
- Una vez en el sistema CASPER,
 - Haga clic en el botón “folders” y acceda al reporte five-star en su folder “st LTC facid”,
 - Donde st es el código postal de dos dígitos del estado en el que está ubicado su establecimiento y
 - “Facid” es el estado asignado “facid” de su establecimiento.

La línea de ayuda estará disponible del 14 al 29 de abril de 2010, para preguntas e inquietudes acerca de los datos de abril. De manera alternativa, los proveedores pueden escribir a BetterCare@cms.hhs.gov.

Nursing Home Compare será actualizado con datos de five-star de abril, el jueves 22 de abril de 2010.

Para la más reciente información del sistema de evaluación de calidad five-star, visite

http://www.cms.gov/CertificationandCompliance/13_FSQRS.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-20 y CMS PERL 201004-23

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

Debido a que se recibieron los datos trimestrales del proveedor de abril de 2010, el año fiscal (FY) 2010 del sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada (SNF PPS) de computadora personal (PC) PRICER han sido actualizados en la página http://www.cms.gov/PCPricer/04_SNF.asp, bajo Skilled Nursing Facilities (SNF PPS) PC PRICER. Vaya a la página arriba y descargue la última versión del PC PRICER.

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

Fuente: CMS PERL 201004-29

ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

Adecuación de la diálisis, infección, y reporte de acceso vascular

Número de *MLN Matters*: MM6782 Modificado

Número de petición de cambio relacionado: 6782

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de marzo de 2010

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1932CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 6782, la cual explica la sección 153c del Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA) quiere que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) implementen un programa de pago basado en calidad para los servicios de diálisis efectivo el 1 de enero de 2012. CMS actualmente recoge dos medidas mensuales de el cuidado de calidad vía las reclamaciones de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) enviadas por los proveedores de diálisis: hemoglobina o hematocrito como medida del manejo de la anemia y relación de reducción de urea (urea reduction ratio, URR) como una medida para la adecuación de hemodiálisis.

Estas dos medidas de calidad cumplen los requisitos mínimos como manda MIPPA, sección 153c. Sin embargo, la medida URR de adecuación de la diálisis no provee datos para la población entera de diálisis de ESRD.

MIPPA sección 153c también requiere el uso de medidas de calidad endosadas por una organización de consenso. CMS reexaminó recientemente y recibió el endoso de la National Quality Forum (NQF) para las medidas de calidad de ESRD.

Finalmente, MIPPA sección 153c provee para el uso de medidas de calidad adicional para el programa de pago basado en calidad como fue determinado por el Secretario de Salud & Servicios Humanitarios. Dos medidas de calidad adicional pueden ser recopiladas fácilmente usando los modificadores HCPCS para los pacientes de hemodiálisis para registrar el acceso vascular.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6782.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6782, 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/R1932CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1932, CR 6782

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

Medicare solicita nominaciones para el panel de consejería en los grupos APC

Miembros van a aconsejar a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) sobre la integridad clínica de los grupos de clasificación de pago ambulatorio (APC) y sus pesos de pago

CMS está solicitando nominaciones de personas para servir en el panel de consejería en grupos APC (el Panel) que aconseja al Secretario del Departamento de Salud & Servicios Humanos, y el Administrador, CMS, sobre la integridad clínica de los grupos APC y sus pesos asociados, los cuales son elementos principales del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) de hospital de Medicare. Las nominaciones deben ser entregadas a CMS a más tardar el miércoles, 26 de mayo de 2010, 5 p.m. ET. Habrá cinco vacantes en el Panel desde el 30 de septiembre de 2010.

El 21 de noviembre del año 2000, el Secretario firmó la Carta Constitucional inicial estableciendo el panel APC. Desde su carta inicial, el Secretario ha renovado el Panel de la Carta Constitucional APC cuatro veces: el 1 de noviembre de 2002; el 1 de noviembre de 2004; efectivo el 21 de noviembre de 2006; y el 2 de noviembre de 2008.

El Panel APC puede estar compuesto de hasta 15 miembros y una silla. Los siguientes requisitos aplican a todos los miembros del Panel:

- Deben ser representativos de los proveedores de Medicare sujeto a pago bajo el OPPS de hospital: hospitales, sistemas de hospitales, u otros proveedores de Medicare
- No pueden ser consultores o contratistas independientes
- Pueden ser auto nominados o nominaciones enviadas por los proveedores de Medicare y otras organizaciones interesadas
- Deben enviar un certificado escrito de que él/ella está dispuesto a servir como un miembro del panel APC
- Deben enviar un certificado escrito de que él/ella trabaja para un proveedor de Medicare pagado bajo el OPPS de hospital
- Deben presentar el número de proveedor de Medicare del empleador
- Deben tener una pericia técnica que les permita participar completamente en el trabajo del Panel -- tal pericia comprende lo siguiente:
 - Sistemas de pago de hospital
 - Sistemas de entrega del cuidado médico de hospital
 - Sistemas de facturación del proveedor

- Grupos APC, códigos Current Procedural Terminology, y códigos alfanumérico del Health Care Common Procedure Coding System
- Uso de, y pago de medicamentos, dispositivos médicos, y otros servicios y el ambiente del cuidado ambulatorio, como también otras formas de pericia relevante
- Debe tener un mínimo de cinco años de experiencia en su(s) área(s) de pericia
- Debe servir en una base voluntaria, sin compensación, buscando anticipar un acuerdo escrito
- Debe tener derecho de recibir reembolso de gastos de viajes y per diem a cambio de subsistencia, de acuerdo con las regulaciones de viaje estándar del gobierno

El Panel es técnico en naturaleza, y debe tratar los siguientes asuntos:

- Evaluar si los procedimientos dentro de un grupo APC son similares clínicamente y en términos de uso de recurso
- Evaluación de los pesos de grupo APC
- Revisar el empaque de los servicios y costos de OPPS, incluyendo la metodología y el impacto de grupos y grupo APC
- Remoción de procedimientos de la lista del paciente hospitalizado para pago bajo el OPPS
- Usar uno y múltiples datos de reclamaciones de procedimientos para la determinación de CMS de las pesas de grupo APC
- Resolver cualquier otro asunto técnico sobre la estructura de grupo APC

La membresía actual del Panel APC y otra información sobre el panel APC, incluyendo su carta constitucional, avisos del, Federal Register, membresía, fechas de reunión, temas de agenda, y reportes de reunión pueden ser vistos en el sitio Web de CMS en http://www.cms.gov/FACA/05_AdvisoryPanelonAmbulatoryPaymentClassificationGroups.asp.

El aviso (CMS-1570-N) está disponible en <http://edocket.access.gpo.gov/2010/pdf/2010-6789.pdf>.

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

Fuente: CMS PERL 201004-33

Nuevas provisiones que impactan a proveedores institucionales

El 23 de marzo de 2010, el Presidente Obama firmó en ley el Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA). Las Secciones 3401 y 3137 de PPACA contienen un número de provisiones que afectan a los proveedores institucionales. Las Secciones 3401 discutidas abajo son efectivas el 1 de abril de 2010, mientras que la Sección 3137(a) tienen fechas de efectividad del 1 de octubre de 2009, y 1 de abril de 2010. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están trabajando para implementar estas provisiones importantes de PPACA lo más pronto posible. Los proveedores comenzarán a ver pagos bajo estas provisiones a finales de abril/principios de mayo. Manténgase alerta para más información sobre estas provisiones y su impacto en reclamaciones pasadas y futuras. Los siguientes párrafos describen las provisiones clave de PPACA:

Hospitales del cuidado crítico del paciente hospitalizado (Sección 3401(a))

La Sección 3401(a) de PPACA impone una reducción de 0.25 puntos porcentuales a la bolsa del mercado de hospital del sistema de pagos prospectivos (IPPS) del paciente hospitalizado para el año fiscal (FY) 2010, efectivo para las dadas de alta del 1 de abril de 2010 en adelante. La reducción de la bolsa del mercado afectará las tasas IPPS para las dadas de alta que ocurran el 1 de abril de 2010, hasta el 30 de septiembre de 2010.

Hospitales del cuidado a largo plazo (Sección 3401(c))

La Sección 3401(c) de PPACA impone una reducción de 0.25 puntos porcentuales de la bolsa del mercado a los hospitales del cuidado a largo plazo (LTCH) para FY 2010, efectivo para las dadas de alta del 1 de abril de 2010 en adelante. La reducción a la bolsa del mercado afectará las tasas LTCH para las dadas de alta que ocurran el 1 de abril de 2010, hasta el 30 de septiembre de 2010.

Centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (Sección 3401(d))

La Sección 3401(c) de PPACA impone una reducción de 0.25 puntos porcentuales a la bolsa del mercado de los centros de rehabilitación del paciente hospitalizado para FY 2010, efectivo para las dadas de alta del 1 de abril de 2010 en adelante. La reducción también resulta en cambios al factor de conversión de pagos estándar, índices de pago, y la cantidad límite de pago extraordinario.

Extensión de Sección 508 reclasificaciones de hospital (Secciones 3137(a) y 10317)

Las Secciones 3137(a) y 10317 extienden la Sección 508 y reclasificaciones especiales de excepción de hospital del 1 de octubre de 2009, hasta el 30 de septiembre de 2010. Efectivo el 1 de abril de 2010, la Secciones 3137(a) y 10317 también requieren remover la Sección 508 y los datos especiales de excepción de salario del cálculo de la tasa de salario reclasificado, si el hacerlo así incrementa la tasa de salario reclasificado. Todos los hospitales afectados por las Secciones 3137(a) and 10317 serán asignados una tasa de salarios especial individual efectiva el 1 de abril de 2010. Si la Sección 508 o la tasa de salarios de hospital de excepción especial aplicable para el periodo comenzando el 1 de octubre de 2009, y terminando el 31 de marzo de 2010, es menor que el periodo comenzando el 1 de abril de 2010, y terminando el 30 de septiembre de 2010, los hospitales serán pagados una cantidad adicional que refleja la diferencia entre los índices de salario. La provisión aplica a los pagos de hospital del cuidado ambulatorio y del paciente hospitalizado.

Manténgase alerta para más información sobre PPACA.. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-31

Estudio de Acumen de índice de pagos de Medicare -- reporte final Parte II

En la reglamentación final del año fiscal (FY) 2010 del sistema de pagos prospectivos por paciente hospitalizado, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) dispusieron que el segundo reporte final acerca del índice de pagos preparado por Acumen, está centrado en la metodología de construcción de un índice de pagos. Dicho reporte se ocuparía de temas relacionados a la definición áreas de pago y métodos para ajustar las diferencias de pagos entre áreas vecinas. El reporte final de Acumen Parte II, se encuentra disponible en la Internet.

El reporte final de Parte II, puede encontrarse en

http://www.acumenllc.com/reports/cms/Medicare_Wage_Index_Part_2.pdf.

Para encontrar los tres reportes de índices de pago de Acumen -- Reporte final Parte II, Reporte final Parte I y el reporte provisorio 2008, acceda a <http://www.acumenllc.com/reports/cms/>.

Los contactos de CMS para el estudio de índice-de-pagos de Acumen, son:

Project officer: Craig Caplan, ORDI (Craig.Caplan@cms.hhs.gov)

Philip Cotterill, ORDI (Philip.Cotterill@cms.hhs.gov)

Valerie Miller, CMM (Valerie.Miller@cms.hhs.gov). ❖

Fuente: CMS PERL 201003-53

Actualización del archivo trimestral específico del proveedor de abril 2010

Los archivos de datos statistical analysis software (SAS) trimestrales de abril 2010 de archivos específicos del proveedor (PSF), se encuentran ahora disponibles en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en la sección Downloads de http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/04_psf_SAS.asp. Si usted utiliza datos del archivo SAS específico del proveedor, vaya a la página de más arriba y descargue la versión más reciente del archivo PSF.

Nota: Estos son los sets de datos trimestrales de datos específicos del proveedor para uso público en formato SAS.

Los archivos de datos trimestrales de abril 2010 de archivos específicos del proveedor (PSF), se encuentran ahora disponibles en el sitio Web de CMS, en la sección Downloads de http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/03_psf_text.asp. Si usted utiliza datos del archivo SAS específico del proveedor, vaya a la página de más arriba y descargue la versión más reciente del archivo PSF.

Nota: Estos son los sets de datos trimestrales de datos específicos del proveedor para uso público en formato de texto. ❖

Fuente: CMS PERL 201004-24

Extensión a la provisión de exención de responsabilidad del cuidado ambulatorio

El 23 de marzo de 2010, el Presidente Obama firmó en ley el Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), el cual extiende la provisión de exención de responsabilidad del cuidado ambulatorio. Esta provisión es efectiva para las fechas de servicio del 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010 para los hospitales en zonas rurales con 100 camas o menos, para todos los hospitales únicos de la comunidad, y hospitales de acceso a la comunidad sin importar el tipo de cama.

Manténgase alerta para más información sobre el PPACA y su impacto en reclamaciones pasadas y futuras. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-56

Extensión del pago de costo razonable para las pruebas de laboratorio clínico

El 23 de marzo de 2010, el Presidente Obama firmó en ley el Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA). La Sección 3122 del PPACA reinstituye el pago del costo razonable para las pruebas de laboratorio clínico realizadas por hospitales con menos de 50 camas en área rurales calificadas como parte de sus servicios del cuidado ambulatorio para los periodos de reporte comenzando el 1 de julio de 2010, hasta el 30 de junio del 2011. Esto puede afectar los servicios realizados hasta el 30 de junio de 2012.

Los hospitales que califiquen bajo la Sección 3122 no necesitan tomar ninguna acción. Usted recibirá reembolso de costo razonable por todo un año, comenzando con su periodo de reporte-costos comenzando el 1 de julio de 2010.

Manténgase alerta para más información sobre PPACA. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-56

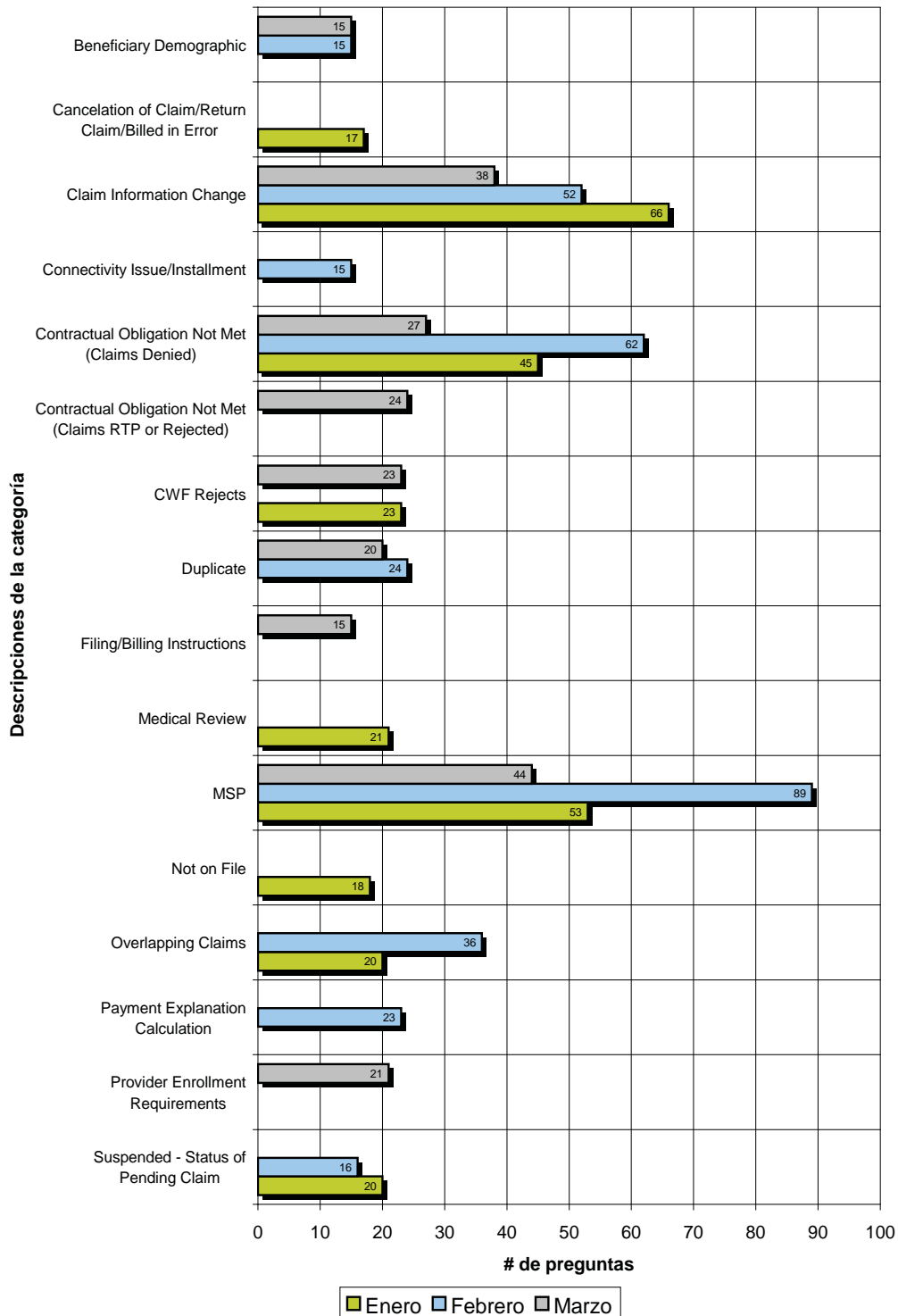
Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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.

Preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como improcesables, de enero a marzo de 2010

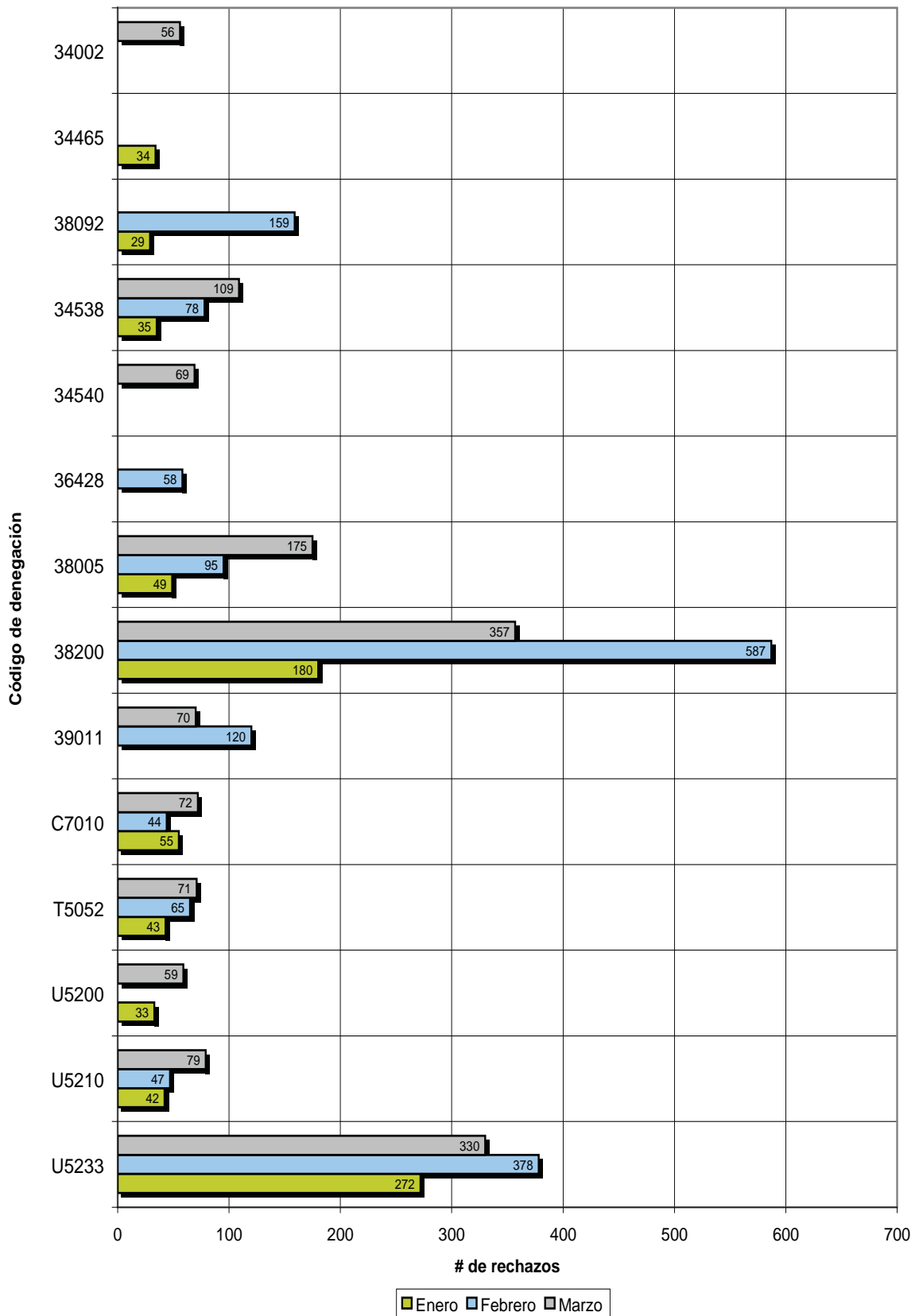
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico de enero a marzo de 2010. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar 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 enero-marzo 2010



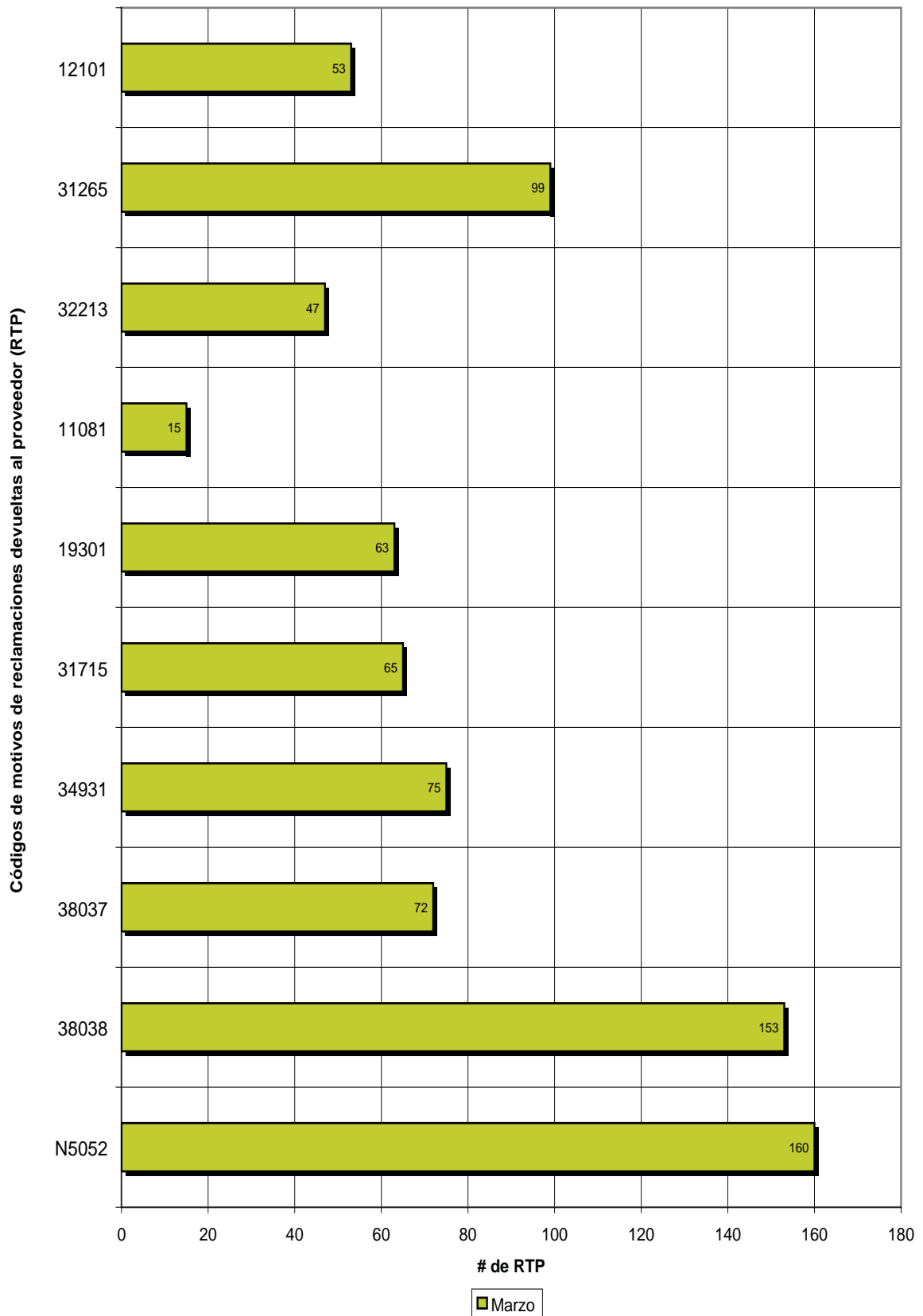
Preguntas más frecuentes, denegaciones y... (continuación)

Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en enero-marzo de 2010



Preguntas más frecuentes, denegaciones y... (continuación)

Principales códigos de motivos de reclamaciones de Puerto Rico Parte A devueltas al proveedor (RTP) en marzo de 2010



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 Nuevas

AJ2562: Plerixafor.....	39
A46930: Destruction of internal hemorrhoids.....	40
AJ2796: Romiplostim.....	40
A82306: Vitamin D	41

Modificaciones a LCD Existentes

AZEVALIN: Ibritumomab tiuxetan.....	41
ANCSVCS: List of Medicare noncovered services	42
ANCSVCS: List of Medicare noncovered services.....	43
AJ9310: Rituximab.....	43

Información Adicional

Xiaflex.....	44
--------------	----

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).

Esta información deberá ser compartida con todos los profesionales de la salud y funcionarios ejecutivos del personal del proveedor. Las publicaciones están disponibles en forma gratuita en nuestro sitio Web de educación/información al proveedor en <http://medicareespanol.fcso.com>

Nuevas LCD

AJ2562: Plerixafor (Mozobil®) - nueva LCD

Identificador de LCD: L30872 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La disponibilidad de los factores de crecimiento de la célula madre ha llevado al tratamiento de ciertos tipos de cáncer al realizar trasplantes periféricos de célula madre en la sangre (PBSCT). El realizar PBSCT permite que un paciente sea tratado con dosis más altas tales como quimioterapia o con terapia de radiación. PBSCT es un proceso por el cual las células que forman la sangre que han sido destruidas por el tratamiento de cáncer son reemplazadas luego que el paciente ha sido tratado con quimioterapia o terapia de radiación. Dos tipos de cáncer comúnmente tratados con PBSCT son linfoma de non-Hodgkin (NHL) y mieloma múltiple (MM). NHL es un tipo de cáncer que se forma en la célula que compone el sistema inmune y es de crecimiento rápido o lento. MM es un tipo de cáncer que se forma en las células de plasma (células blancas de la sangre). Para proceder al proceso de realizar un PBSCT, las células madre deben ser recopiladas a través de un proceso llamado aféresis. Para incrementar el número de las células madre emitidas al torrente sanguíneo para recopilación, se le puede dar al paciente un medicamento llamado factor de crecimiento (factor estimulante de colonización).

Plerixafor (Mozobil®) no es un factor de crecimiento. Es un inhibidor reversible del receptor CXCR4 chemokine y bloquea la unión de su cognate ligand, factor derivado de célula estomacal -1α (SDF- 1α). SDF- 1α y CXCR4 son reconocidas como que juegan un rol en el tráfico y albergue de células hematopoyéticas en el humano (HSC) al compartimiento de médula.

Plerixafor (Mozobil®) es un activista de célula madre hematopoyético aprobado por la Food and Drug

Administration (FDA) para ser usado en la siguiente indicación:

Mozobil® es indicado para ser usado en combinación con el factor estimulante de colonia de granulocito (G-CSF) para activar las células madre hematopoyéticas a la sangre periférica para ser colectada, y trasplatación autóloga subsiguiente en pacientes con linfoma de non-Hodgkin y mieloma múltiple.

La determinación local de cobertura ha sido desarrollada para proveer indicaciones y limitaciones, requisitos de documentación y pautas de utilización. Además, un anexo de LCD, "Coding Guidelines", ha sido desarrollado para este servicio, el cual incluye información sobre codificación correcta de códigos de diagnósticos y una descripción de un régimen de tratamiento típico puesto que este médicamente debe ser dado en conjunto con Neupogen®.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 7 de junio de 2010. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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" en la parte superior de la lista de la página de la LCD.

Florida Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título

Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título.

A46930: Destruction of internal hemorrhoid(s) by infrared coagulation (IRC) - nueva LCD

Identificador de LCD: L30860 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La coagulación infrarroja (IRC) es una de muchas terapias ambulatorias que no requieren cirugía para el tratamiento de hemorroides internas sin la necesidad de anestesia. La coagulación infrarroja envuelve aplicación directa de ondas infrarrojas, las cuales penetran el tejido y se convierte en calor, promoviendo la coagulación de los vasos y la fijación del tejido de hemorroides. La cantidad de destrucción del tejido depende de la intensidad y duración de la aplicación. Se recomienda que la investigación infrarroja sea aplicada por 1.5 segundos al ápice de cada hemorroide interna y sea repetido tres veces en cada hemorroide. La coagulación infrarroja envuelve aplicación de ondas infrarrojas lo cual resulta en necrosis de proteína, y es considerado útil solamente en el tratamiento de hemorroides en Etapa I y Etapa II, sin un prolapso significativo. El IRC está asociado con altos índices de recurrencia cuando un prolapso sustancial está presente. Múltiples hemorroides (dos-seis) pueden ser tratadas de una vez usando IRC.

Esta determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada para proveer indicaciones y limitaciones,

Florida Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título

Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título.

requisitos de documentación y pautas de utilización para la destrucción de hemorroides internas por coagulación infrarroja (IRC). Además, un anexo a “Coding Guidelines” de la LCD ha sido desarrollado para este servicio, el cual incluye información sobre el periodo global de 90 días y utilización del modificador relacionado. Una lista de códigos de procedimientos, la cual debe ser usada para reportar métodos que no utilicen calor para la remoción y destrucción de hemorroides, ha sido también incluida.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestado del 7 junio de 2010 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options, Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte de arriba de la página de la LCD.

AJ2796: Romiplostim (Nplate™) - LCD nueva

Número de identificación de LCD: L30876 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Romiplostim (Nplate™) es un receptor inyectable compatible de thrombopoietin (TPO) que estimula la producción de plaquetas en las células megakaryocytes de la médula ósea. Se le utiliza en pacientes de (idiopathic) thrombocytopenic purpura (ITP), cuyos grados de thrombocytopenia (i.e., condiciones de hemorragia en la cual la sangre no coagula debido al bajo conteo de plaquetas) y cuya condición clínica aumenta el riesgo de hemorragia.

Romiplostim (Nplate™) está disponible solamente a través de un programa de distribución restringida llamado Nplate™ NEXUS (Network of Experts Understanding and Supporting Nplate™ and Patients). Bajo este programa, solamente médicos que lo prescriben y pacientes inscritos en el programa Nplate™ NEXUS, pueden prescribir, administrar y recibir romiplostim (Nplate™).

Esta determinación local de cobertura (LCD) se basa en la indicación aprobada por U.S. Food and Drug Administration (FDA) para pacientes de chronic immune (idiopathic) thrombocytopenic purpura (ITP), ICD-9-CM código 287.31, que han manifestado respuesta insuficiente a corticosteroides, inmunoglobulinas o extirpación del bazo y están inscritos (incluyendo el médico que prescribe) en el programa Nplate™ NEXUS.

Esta LCD ha sido creada para destacar las indicaciones y limitaciones de cobertura, requisitos de documentación e instrucciones de utilización. Se ha producido además, para este servicio, un anexo de “Instrucciones de Codificación” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos a partir del 7 de junio de 2010. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Instrucciones de modificaciones de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section... (vaya a la sección...)” en el menú desplegable de la LCD, en la parte superior de la página.

Florida Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título

Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título.

A82306: Vitamin D; 25 hydroxy, includes fraction(s), if performed - nueva LCD

Identificador de LCD: L30866 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La Vitamina D, un grupo de prohormonas solubles en grasa, es una vitamina esencial. Existen dos tipos principales de vitamina D (vitamina D2 y vitamina D3) las cuales son conocidas colectivamente como calciferol. Estas son esenciales para promover la absorción y el mantenimiento adecuado de suero de calcio y concentraciones de fosfato para habilitar la mineralización del hueso y prevenir condiciones hipocalcémicas. La Vitamina D2 (ergocalciferol) es obtenida de comidas de origen de la planta y vitamina D3 (cholecalciferol) es obtenida de comidas de origen animal y conversión estimulada por luz ultravioleta de 7-dehydrocholesterol en la piel. La vitamina D es almacenada en el cuerpo humano como calcidiol (25-hidroxivitamina D). La concentración de suero de 25 (H) D es el mejor indicador del estatus de vitamina D.

Deficiencias en la vitamina D es el resultado de inadecuaciones en la dieta, incapacidad de absorción y uso, requerimiento incrementado, o excreción incrementada. Deficiencia en la vitamina D puede ocurrir cuando el consumo usual es menor del nivel recomendado en un periodo de tiempo, o cuando la exposición a la luz solar es limitada. La deficiencia en la vitamina D también puede ser el resultado de la inhabilidad de los riñones de convertir la vitamina D a su forma activa. La toxicidad de la vitamina D puede causar síntomas, incluyendo náusea, vómitos, poco apetito, constipación, debilidad, y pérdida de peso como también elevación de calcio en la sangre lo cual puede llevar a cambios de estado mental, y anormalidades del ritmo cardíaco.

Esta determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollado para proveer indicaciones y limitaciones, requisitos de documentación y pautas de utilización para este servicio.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 7 de junio de 2010. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte de arriba de la página de la LCD.

Florida Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título

Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título.

Modificaciones a LCD Existentes

AZEVALIN: Ibritumomab tiuxetan (Zevalin™) therapy - revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28888 (Florida)

Identificador de LCD: L28910 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para terapia de ibritumomab tiuxetan (Zevalin™) fue recientemente revisada el 16 de febrero de 2009, para Florida y el 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Una solicitud de reconsideración fue recibida pidiéndole a First Coast Service Options Inc. (FCSO) que revise la LCD para incluir la nueva indicación de la Food and Drug Administration (FDA) aprobada el 3 de septiembre de 2009. La nueva indicación permite que Zevalin™ sea administrada a pacientes con linfoma de non-Hodgkin (NHL) folicular que no ha sido tratado previamente que alcanza una respuesta parcial o completa a la quimioterapia de primera línea. La LCD ha sido revisada para incluir esta nueva indicación de la FDA bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 3 de septiembre de 2009, para las reclamaciones procesadas del 6 de abril de 2010 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en el Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Lista de las LCD activas de Florida Parte A, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A, por orden de título.

ANCSVCS: The list of Medicare noncovered services - revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

Identificador de LCD: L29023 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para la lista de los servicios de Medicare que no están cubiertos fue recientemente revisada en su totalidad el 14 de abril de 2010. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha para añadir el código CPT 0206T categoría III de la LCD basado en consistencia con la LCD de Parte B para la lista de servicios sin cobertura de Medicare.

Bajo la sección de “Local Noncoverage Decisions - Procedures” de la LCD, fue añadido el código CPT 0206T (Algorithmic analysis, remote, of electrocardiographic-derived data with computer probability assessment, including report). Bajo la sección “Local Noncoverage Decisions - Laboratory Procedures”, fueron agregados los códigos siguientes:

- 87512 – Gardnerella vaginalis, quantification
- 87515 – hepatitis B virus, direct probe technique
- 87520 – hepatitis C, direct probe technique
- 87525 – hepatitis G, direct probe technique
- 87526 – hepatitis G, amplified probe technique
- 87527 – hepatitis G, quantification
- 87531 – Herpes virus-6, direct probe technique
- 87532 – Herpes virus-6, amplified probe technique
- 87533 – Herpes virus-6, quantification
- 87540 – Legionella pneumophila, direct probe technique
- 87541 – Legionella pneumophila, amplified probe technique
- 87542 – Legionella pneumophila, quantification

Fecha de vigencia

Esta revisión es efectiva para los servicios prestados a partir del 7 de junio de 2010.

Las LCD de First Coast Service Options, Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior de la página de la LCD.

La determinación local de cobertura (LCD) para.

Florida Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título

Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título.

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.

ANCSVCS: The list of Medicare noncovered services - revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

Identificador de LCD: L29023 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para la lista de servicios de Medicare que no están cubiertos fue recientemente revisada el 25 de enero de 2010. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada de acuerdo con el la petición de cambio (CR) 6775, transmisión 117 de Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), con fecha del 9 de marzo de 2010. Al respecto, el código CPT 99199 usado para terapia de insulina intravenosa Pulsatile (pivit) ha sido eliminado de la sección de “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions, Procedures” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión es efectiva para reclamaciones procesadas a partir del 14 de abril de 2010 por servicios prestados del 23 de diciembre de 2009, en adelante.

El código HCPCS G9147 (Outpatient intravenous insulin treatment (oivit) ya sea pulsátil o continuo, de cualquier modo guiado por los resultados de las mediciones para: cuociente respiratorio y/o nitrógeno en urea de la orina (uun); y/o glucosa arterial, venosa o capilar y/o concentración de potasio) debe ser usado en las reclamaciones con fechas de servicio del 23 de diciembre de 2009 en adelante, facturando por oivit no cubiertos y cualquier servicio que comprenda un régimen oivit.

Como se estableció en las transmisiones de CMS que se hacen referencia arriba, efectivo e 23 de diciembre de 2009, CMS determina que la evidencia no sustenta una conclusión de que oivit mejora la salud en los beneficiarios de Medicare. Por lo tanto, oivit no es razonable y necesario

Florida Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título

Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título.

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.

para cualquier indicación bajo la sección 1862(a)(1)(A) de la Ley del Seguro Social, y los servicios que envuelven un régimen oivit no son cubiertos nacionalmente bajo Medicare cuando son prestados buscando un régimen oivit.

OIVIT también se conoce como terapia de activación celular (cat), terapia de insulina intravenosa intermitente crónica (ciit), terapia de activación hepática (hat), terapia de activación intercelular (icat), terapia de activación metabólica (mat), tratamiento de insulina intravenosa pulsatile (pivit), terapia de insulina de pulso (pit) y terapia pulsatile (pt).

Esta revisión es una determinación nacional de cobertura (NCD). Las NCD están ligadas a todos los contratistas de la Parte B de Medicare (carrier), intermediarios fiscales (contratistas con el gobierno Federal que revisa y/o adjudica las reclamaciones, determinaciones, y/o decisiones), organizaciones de mejora de calidad, contratistas independientes calificados, el consejo de apelaciones de Medicare, y el juez administrativo (ALJ) (vea 42 CFR sección 405.1060(a)(4)(2005)).

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” en la parte superior arriba de la página de la LCD.

AJ9310: Rituximab (Rituxan®) - revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28980 (Florida)

Identificador de LCD: L29013 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para rituximab (Rituxan®) fue recientemente modificada para Florida el 16 de febrero de 2009, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Una solicitud de reconsideración fue recibida pidiéndole a First Coast Service Options Inc. (FCSO) para revisar la LCD para que incluya la nueva indicación de la Food and Drug Administration (FDA) aprobada el 18 de febrero de 2010. La nueva indicación permite que Rituxan® sea administrada para leucemia linfocítica crónica (CLL) en combinación con fludarabina y ciclofosfamida (Fc), para el tratamiento de pacientes con CD20-positivo CLL que no han sido tratados previamente y que han sido tratados previamente. Anteriormente FCSO cubrió CLL como una indicación sin etiqueta. La LCD ha sido revisada para incluir CLL como una indicación aprobada por la FDA y CLL ha sido removida de la lista sin etiqueta de indicaciones cubiertas, bajo la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados el 18 de febrero de 2010 en adelante para las reclamaciones procesadas el 1 de abril de 2010. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Florida Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título

Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A -- Lista de las LCD activas organizadas por su título.

Información Adicional

Xiaflex™ (collagenase clostridium histolyticum) - instrucciones de codificación

Xiaflex™ es aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de pacientes adultos con contractura de Dupuytren con un cordón palpable. Xiaflex™ deben ser solamente administrado por un proveedor de cuidados de la salud que es experimentado en procedimientos de inyección de la mano y en el tratamiento de contractura de Dupuytren. Xiaflex™ debe ser solamente inyectado en cordones palpables con contracturas de coyuntura metacarpofalángica (MP) o un una coyuntura proximal interfalángica (PIP). La dosis de cada cordón palpable es 0.58 mg. El paciente regresa aproximadamente 24 horas después de la inyección para que el médico pueda realizar el estiramiento del cordón y aplicación de entablillado. Los procedimientos de inyección y extensión del dedo pueden ser realizados aproximadamente en intervalos de cuatro semanas para un máximo de tres inyecciones por cordón. Solamente un cordón puede ser inyectado a la vez. Otros cordones palpables pueden ser inyectados en orden secuencial.

Debido a que los requisitos de adiestramiento específico necesarios para identificar e inyectar los cordones, First Coast Service Options Inc (FCSO) solamente espera ver Xiaflex™ administrado por médicos con adiestramiento especializado en tratamiento e inyección de contractura de Dupuytren. Debe existir evidencia de adiestramiento apropiado mantenido en el registro médico y disponible para Medicare de ser solicitado. FCSO también espera ver solamente el código ICD-9-CM 728.6 (Contracture of palmar fascia) facturado en las reclamaciones de Xiaflex™.

Día de Codificación 1

Los proveedores son instruidos que facturen el código *CPT 26989* (Unlisted procedure, hands or fingers) y el código HCPCS J3590 (Unclassified biologics) (proveedores de Parte B) o el código HCPCS C9399 (Unclassified drugs or biologicals) (proveedores de Parte A). Esto representa la inyección del cordón y el uso de Xiaflex™.

Día de Codificación 2

Los proveedores son instruidos que facturen el código *CPT 26989*, el cual representara el estiramiento del cordón y la aplicación del entablillado.

Nota: Los proveedores debe facturar el día uno y el día dos en la misma reclamación. Los proveedores no deben facturar un código E/M por separado o un código de procedimiento de aplicación de entablillado en las reclamaciones de este medicamento y procedimiento. El código *CPT 26989* no es servicio cubierto actualmente por los centros de cirugía ambulatoria (ASC), por lo tanto FCSO no estará permitiendo este servicio sea facturado por un ASC por ahora.

El material en cita y/o en **italico** 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.

FORMULARIO DE 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.fcsso.com/Publications/ (English) o http://medicareespanol.fcsso.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 “órdenes 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

Otras direcciones:**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 websites**PROVEEDORES****FCSO – MAC J9**

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES**Centers for Medicare & Medicaid Services**

www.medicare.gov

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Actualización de abril de 2010 del sistema de pago de centros de cirugía ambulatoria

Número de *MLN Matters*: MM6866
 Número de petición de cambio relacionado: 6866
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1943CP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Este artículo describe cambios e instrucciones de facturación para políticas de pago implementadas en la actualización de centros de cirugía ambulatoria (ASC) en abril de 2010. Esta actualización provee tasas de pago actualizadas para medicinas farmacéuticas y biológicas seleccionadas pagadas por separado, además de tasas y descriptores para códigos creados recientemente de Level II Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para medicinas farmacéuticas y biológicas.

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.

La última política bajo el sistema de pago ASC modificado, requiere que las tasas de pago para medicinas farmacéuticas y biológicas bajo cobertura, pagadas por separado, sean consistentes con las tasas de pago bajo el sistema de pagos prospectivos de pacientes ambulatorio de hospital de Medicare. Estas tasas son actualizadas trimestralmente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6866.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6866, 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/R1943CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1943, CR 6866

LABORATORIO

Legislación que permite a laboratorios independientes facturar componentes técnicos

Número de *MLN Matters*: MM6813
 Número de petición de cambio relacionado: 6813
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1945CP
 Fecha de implementación: 9 de julio de 2010

Resumen

El 23 de marzo fue promulgada la ley de protección del paciente Patient Protection and Affordable Care Act. La sección 3104 de este estatuto permite a los laboratorios clínicos independientes continuar facturando los TC de servicios de patología médica para pacientes internos y ambulatorios de un hospital.

En cumplimiento a la ley Patient Protection and Affordable Care Act, los contratistas de Medicare están notificando a los laboratorios independientes elegibles para facturar el componente técnico (TC) de servicios de patología médica prestados en las instalaciones para

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.

pacientes internos o ambulatorios de un hospital que pueden continuar haciéndolo por fechas de servicio entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010, independientemente del estatus del beneficiario con respecto a hospitalización (paciente interno o paciente ambulatorio). Tanto los hospitales como los laboratorios independientes deben asegurarse que su personal esté al tanto de la extensión del plazo de facturación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6813.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6813, 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/R1945CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1945, CR 6813

INTERÉS GENERAL

Ampliación de edición de reclamaciones de Medicare Parte B para proveedores que ordenan/refieren

Número de *MLN Matters*: MM6417 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6417
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de febrero de 2010
 Fecha de efectividad: Fase 1: 1 de octubre de 2009
 Fase 2: 3 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R642OTN
 Fecha de implementación: Fase 1: 5 de octubre de 2009
 Fase 2: 3 de enero de 2011

Nota: El artículo *MLN Matters*® MM6417 ha sido modificado el 30 de marzo de 2010, para reflejar los cambios en la emisión de una nueva petición de cambio 6417 el 26 de febrero de 2010. La fecha de implementación de algunos de los requisitos de la fase 2 ha cambiado del 5 de abril de 2010 al 3 de enero de 2011 (ver página 3, tercer desglose). También han sido cambiados el número de transmisión, fecha de publicación de CR y dirección Web para acceder la CR. Toda otra información ha permanecido inalterada. Sin embargo, es de suma importancia leer el artículo SE1011 de edición especial de *MLN Matters*® para ver información importante con respecto a la clarificación de este tema.

Resumen

A partir del 5 de octubre de 2009, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han ampliado el procedimiento de edición de reclamaciones para validar el identificador nacional del proveedor (NPI) de proveedores que ordenan/refieren y el nombre que se reporta en la reclamación, comparado con el registro de inscripción del proveedor de Medicare, con la finalidad de asegurar que el proveedor está efectivamente inscrito en Medicare y su especialidad tiene la facultad de ordenar o referir.

Especialistas elegibles:

Doctor en medicina u osteopatía
 Doctor en medicina dental
 Doctor de cirugía dental
 Doctor en medicina de podología
 Doctor de optometría

Doctor en medicina quiropráctica
 Médico asistente
 Especialista en enfermería clínica certificada
 Enfermera práctica
 Psicólogo clínico
 Enfermera obstetra certificada
 Trabajador social clínico.

Fases de implementación

Durante fase 1 (5 de octubre de 2009 a 2 de enero de 2011), el proveedor que ordena/refiere recibirá un mensaje de advertencia en el aviso de remisión si su información del proveedor está en uno de los casos siguientes:

No está en PECOS ni en el sistema de reclamaciones, o

Está ya sea en PECOS o el sistema de reclamaciones, pero no pertenece a la especialidad facultada para ordenar/referir

Durante fase 2 (3 de enero de 2011 en adelante), el servicio será rechazado (devuelto como improcesable) si su información del proveedor está en uno de los casos siguientes:

No está en PECOS ni en el sistema de reclamaciones, o

Está ya sea en PECOS o el sistema de reclamaciones, pero no pertenece a la especialidad facultada para ordenar/referir

Información adicional disponible en el sitio Web de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6417.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6417, 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/R642OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 642, CR 6417

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.

CMS ha ampliado el procedimiento de edición de reclamaciones para validación de NPI

Modificaciones en las reclamaciones de Medicare Parte B de los proveedores que ordenan/refieren

Número de *MLN Matters*: SE1011

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

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han implementado modificaciones a los proveedores que ordenan y refieren cuando estos son requeridos que sean identificados en las reclamaciones de Parte B como proveedores o suplidores de Medicare que prestaron artículos o servicios como resultado de órdenes o referidos.

A continuación se presentan ejemplos de algunos de estos tipos de reclamaciones:

- Reclamaciones de laboratorios de pruebas ordenadas
- Reclamaciones de centros de imagen para procedimientos de imagen ordenados
- Reclamaciones de suplidores de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros (DMEPOS) para DMEPOS ordenado
- Reclamaciones de especialistas o grupos de especialidad de servicios referidos.

Solamente los médicos y ciertos tipos de profesionales de la salud son elegibles para ordenar o referir artículos o servicios para los beneficiarios de Medicare. Estos son los siguientes:

- Médicos (doctor en medicina u osteopatía, doctor en medicina dental, doctor de cirugía dental, doctor en medicina de podología, doctor de optometría, doctor en medicina quiropráctica),
- Médico asistente
- Especialista en enfermería clínica certificada
- Enfermera práctica
- Psicólogo clínico
- Enfermera obstetra certificada
- Trabajador social clínico.

Comenzando el 3 de enero de 2011, Medicare rechazará las reclamaciones de Parte que fallen las modificaciones del proveedor que ordena/refiere. Los médicos y otros que son elegibles para ordenar y referir artículos o servicios necesitan establecer sus registros de inscripción de Medicare en el provider enrollment, chain and ownership system (PECOS) y deben estar en una especialidad que sea elegible para ordenar y referir.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0XXX.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1011

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.

Validación del modificador de disposición 50/50 de facturación de enfermedad renal terminal

Número de *MLN Matters*: MM6683 Modificado

Número de petición de cambio relacionado: 6683

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de marzo de 2010

Fecha de efectividad: 5 de abril de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R661OTN

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

El pago de ciertos servicios de laboratorio ESRD llevado a cabo por un laboratorio independiente, está incluido en el cálculo de tasa compuesta para establecimientos ESRD. Al momento de facturar a Medicare por exámenes relacionados con AMCC ESRD, los laboratorios deben indicar que exámenes están o no están incluidos dentro de la tasa compuesta para establecimientos ESRD, con la finalidad de asegurar correcto reembolso.

La disposición ESRD 50/50 clasifica las pruebas relacionadas con AMCC ESRD de acuerdo a las categorías siguientes:

1. Pruebas AMCC ordenadas por un establecimiento ESRD (o un médico incluido en el pago mensual por capacitación (MCP), i.e., un médico MCP) que forma parte de la tasa compuesta y no es facturable por separado.
2. Pruebas AMCC ordenadas por un establecimiento ESRD (o un médico MCP) que forma parte de la tasa compuesta pero está más allá de la frecuencia normal cubierta por la tasa y es reembolsable por separado en base a necesidad médica.
3. Pruebas AMCC ordenadas por un establecimiento ESRD (o un médico MCP) que no forma parte de la tasa compuesta y es facturable por separado.

Comenzando por las reclamaciones procesadas a partir del 5 de abril de 2010, Medicare validará las reclamaciones por pruebas químicas multi-canal automatizadas (AMCC) relacionadas con enfermedad renal terminal (ESRD) realizadas a un beneficiario elegible para ESRD, para asegurar el cumplimiento de las instrucciones de facturación con respecto al uso de modificadores CD, CE y CF de la disposición ESRD 50/50.

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/R661OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 661, 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.

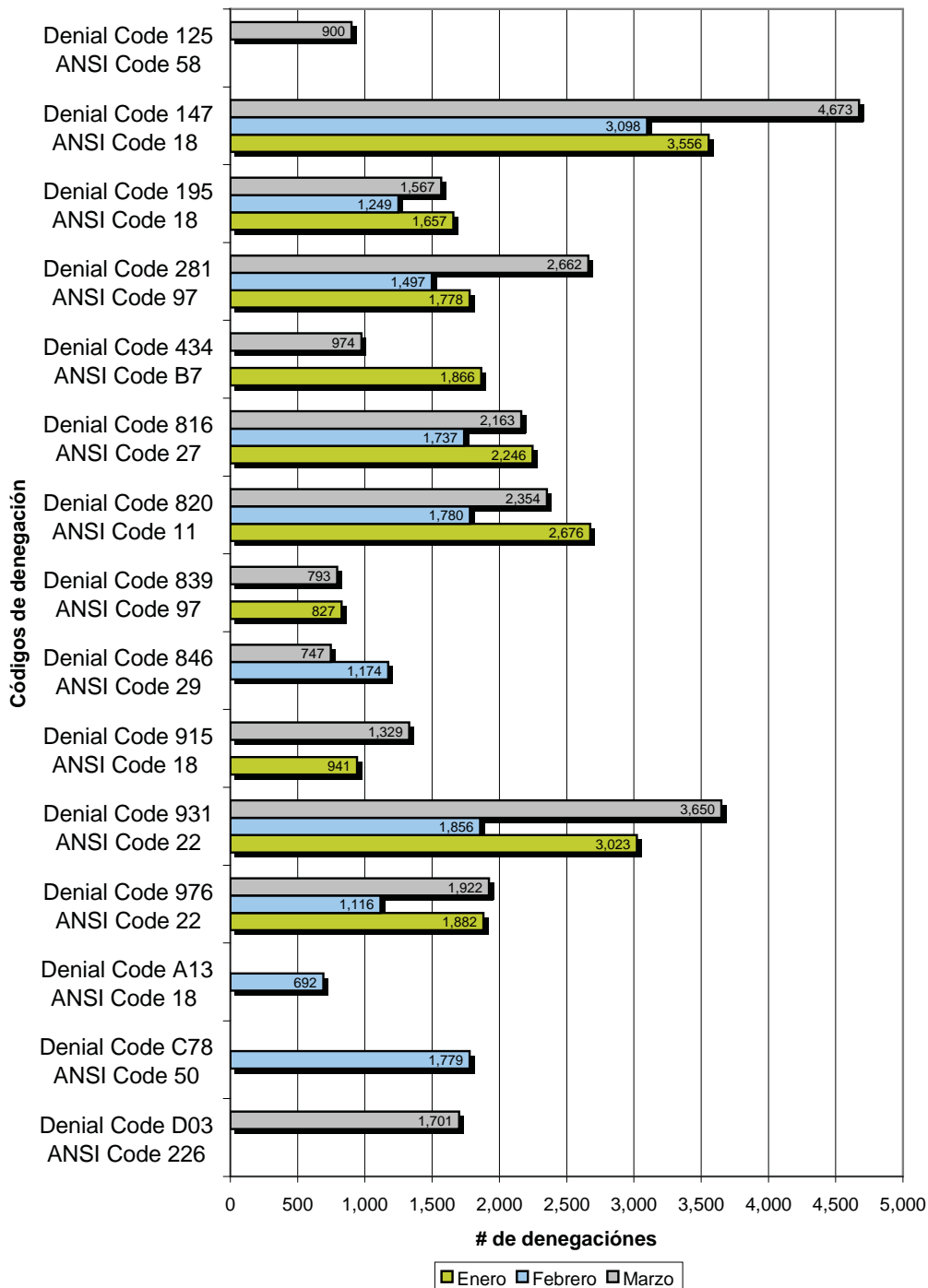
Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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.

Denegaciones, preguntas más frecuentes y reclamaciones devueltas como improcesables, de enero a marzo 2010

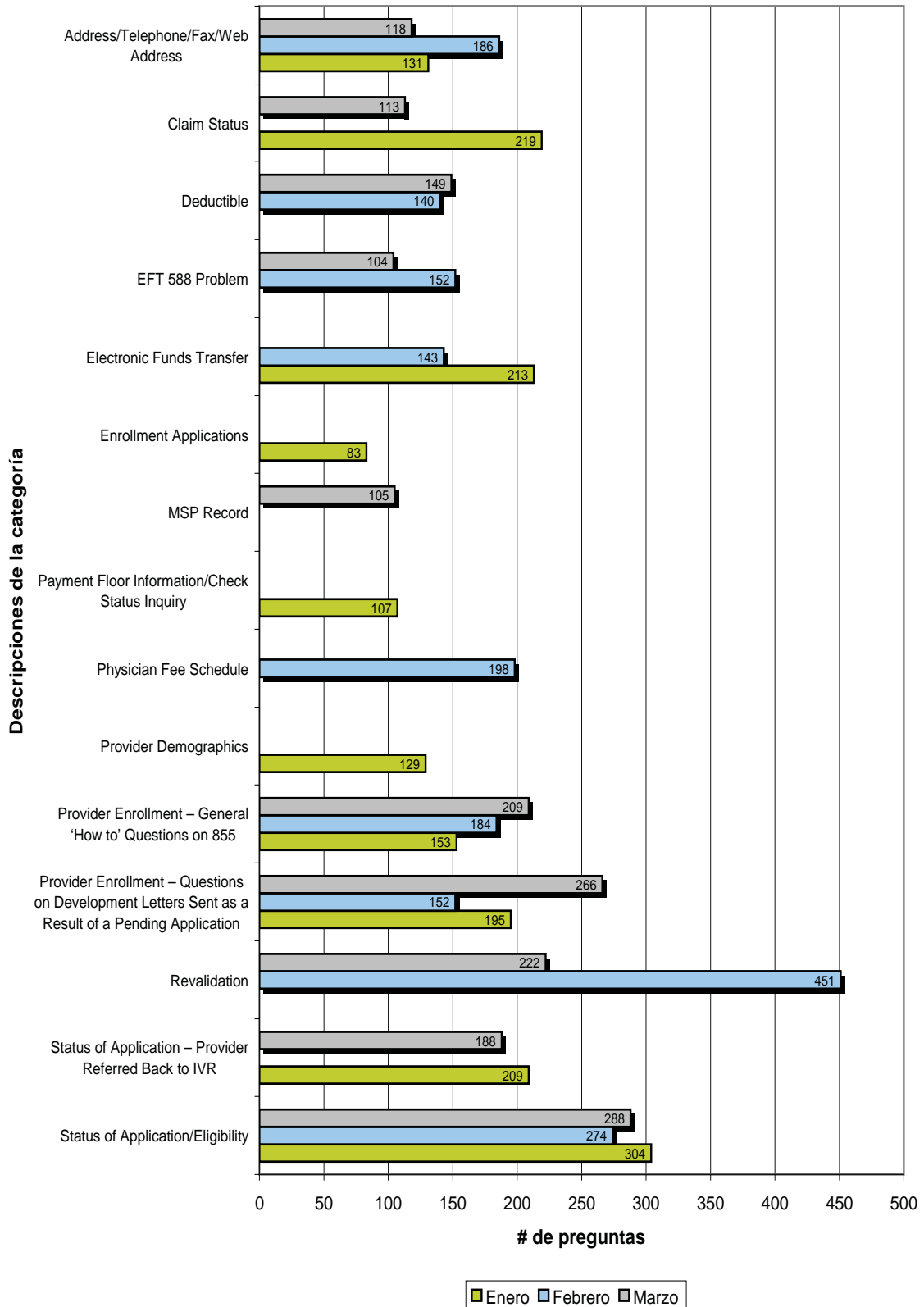
Los gráficos a continuación muestran las más frecuentes preguntas, denegaciones y reclamaciones devueltas como improcesables (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico de enero a marzo 2010. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir 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 enero-marzo de 2010



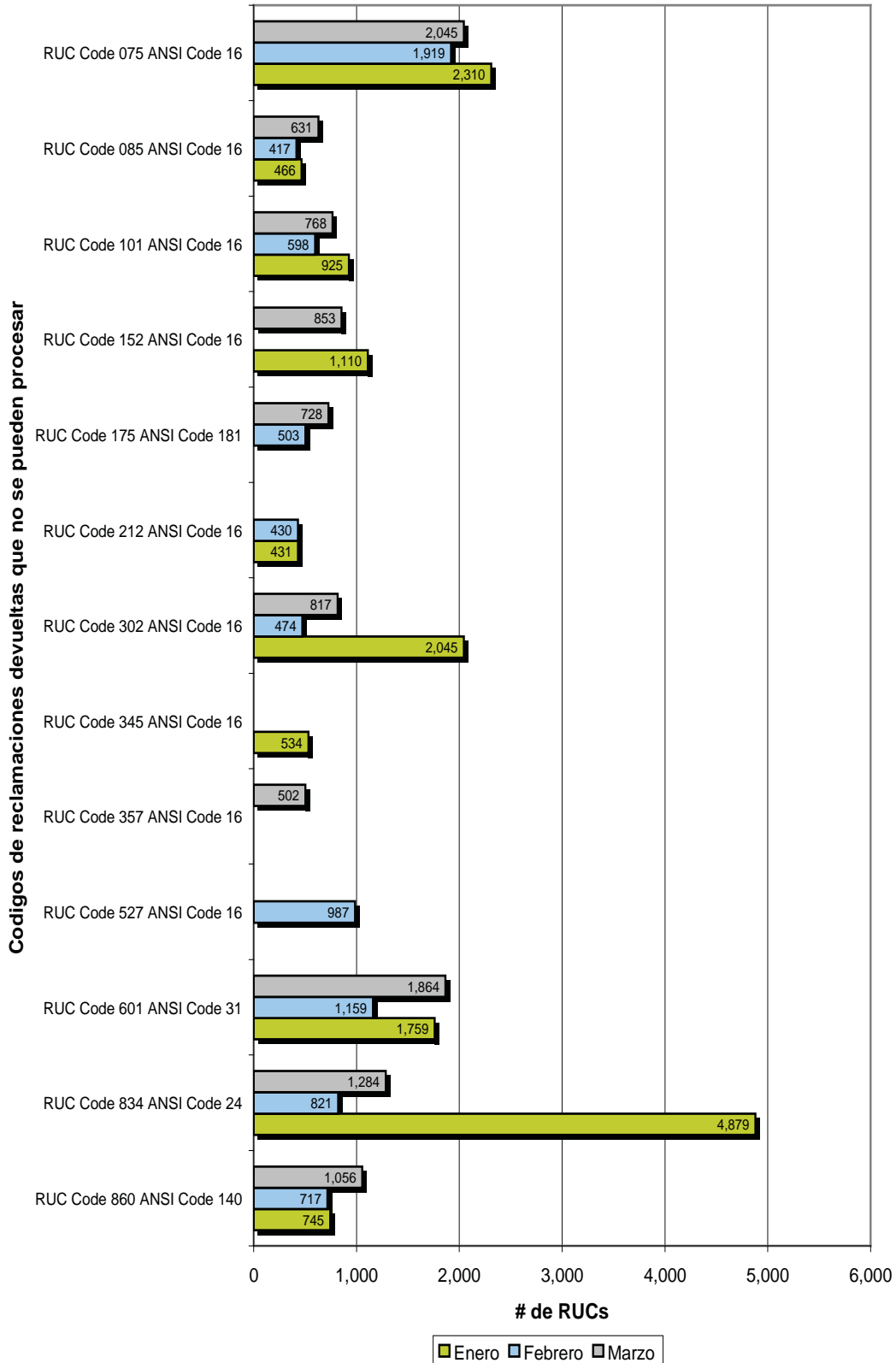
Denegaciones, preguntas más frecuentes y... (continuación)

**Preguntas de Parte B más frecuentes en Puerto Rico
en enero-marzo 2010**



Denegaciones, preguntas más frecuentes y... (continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en enero-marzo de 2010



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 Nuevas

J2562: Plerixafor (Mozobil).....	55
J2796: Romiplostim (Nplate).....	56
46930 Destruction of internal hemorrhoids	56
82306: Vitamin D; hydroxy.....	57
93980: Duplex scan for erectile dysfunction	57

Modificaciones a LCD Existentes

G0430: Qualitative drug screening	58
IDTF: Independent diagnostic testing facility.....	58
J3420: Vitamin B12 injections	59
J9310: Rituximab (Rituxan).....	59
NCSVCS: The list of Medicare noncovered services.....	59
NCSVCS: The list of Medicare noncovered services.....	60
ZEVALIN: Ibrutinomab tiuxetan.....	60

Información Adicional

Xiaflex.....	61
--------------	----

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).

Esta información deberá ser compartida con todos los profesionales de la salud y funcionarios ejecutivos del personal del proveedor. Las publicaciones están disponibles en forma gratuita en nuestro sitio Web de educación/información al proveedor en <http://medicareespanol.fcso.com>

Nuevas LCD

J2562: Plerixafor (Mozobil®) -- Nueva LCD

Identificador de LCD: L30874 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La disponibilidad de los factores de crecimiento de la célula madre ha llevado al tratamiento de ciertos tipos de cáncer al realizar trasplantes periféricos de célula madre en la sangre (PBSCT). El realizar PBSCT permite que un paciente sea tratado con dosis más altas tales como quimioterapia o con terapia de radiación. PBSCT es un proceso por el cual las células que forman la sangre que han sido destruidas por el tratamiento de cáncer son reemplazadas luego que el paciente ha sido tratado con quimioterapia o terapia de radiación. Dos tipos de cáncer comúnmente tratados con PBSCT son linfoma de non-Hodgkin (NHL) y mieloma múltiple (MM). NHL es un tipo de cáncer que se forma en la célula que compone el sistema inmune y es de crecimiento rápido o lento. MM es un tipo de cáncer que se forma en las células de plasma (células blancas de la sangre). Para proceder al proceso de realizar un PBSCT, las células madre deben ser recopiladas a través de un proceso llamado aféresis. Para incrementar el número de las células madre emitidas al torrente sanguíneo para recopilación, se le puede dar al paciente un medicamento llamado factor de crecimiento (factor estimulante de colonia).

Plerixafor (Mozobil®) no es un factor de crecimiento. Es un inhibidor reversible del receptor CXCR4 chemokine y bloquea la unión de su cognate ligand, factor derivado de célula estomacal -1 α (SDF-1 α). SDF-1 α y CXCR4 son reconocidas como que juegan un rol en el tráfico y albergue de células hematopoyéticas en el humano (HSC) al compartimiento de médula.

Lista de las LCD activas de Florida Parte B, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico Parte B, por orden de título.

Lista de las LCD activas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B, por orden de título.

Plerixafor (Mozobil®) es un activista de célula madre hematopoyético aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para ser usado en la siguiente indicación:

Mozobil® es indicado para ser usado en combinación con el factor estimulante de colonia de granulocito (G-CSF) para activar las células madre hematopoyéticas a la sangre periférica para ser colectada, y trasplatación autóloga subsiguiente en pacientes con linfoma de non-Hodgkin y mieloma múltiple.

La determinación local de cobertura ha sido desarrollada para proveer indicaciones y limitaciones, requisitos de documentación y pautas de utilización. Además, un anexo de LCD, "Coding Guidelines", ha sido desarrollado para este servicio, el cual incluye información sobre codificación correcta de códigos de diagnósticos y una descripción de un régimen de tratamiento típico puesto que este médicamente debe ser dado en conjunto con Neupogen®.

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados el 7 de junio de 2010. 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>. 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.

J2796: Romiplostim (Nplate™) - nueva LCD**Identificador de LCD: L30878 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Romiplostim (Nplate™) es un receptor agonista de trombopoyetina inyectable (TPO) que estimula los megacariocitos de la médula ósea para producir plaquetas. Es usado en pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática (ITP), cuyo grado de trombocitopenia (i.e., condición de sangrado en el cual la sangre no coagula como es debido a una cuenta baja de plaquetas) y la condición clínica incrementa el riesgo de sangrado.

Romiplostim (Nplate™) está disponible solamente a través de un programa de distribución restringida llamado Nplate™ NEXUS (Network of Experts Understanding and Supporting Nplate™ and Patients) Program. Bajo este programa, solamente los prescriptores y pacientes registrados con el Nplate™ NEXUS Program son capaces de recetar, administrar, y recibir romiplostim (Nplate™).

Esta determinación local de cobertura (LCD) esta basada en la indicación aprobada de la U.S. Food and Drug Administration (FDA) para pacientes con púrpura trombocitopénica (ITP) inmune crónica (idiopática), ICD-9-CM código 287.31, que han tenido una respuesta insuficiente a corticosteroides, inmunoglobulinas, o esplenectomía y están registrados (incluyendo el prescriptor) con el Nplate™ NEXUS Program.

La LCD ha sido desarrollada para describir las indicaciones y limitaciones de cobertura, requisitos de documentación, y pautas de utilización. Además, un anexo de “Coding Guidelines” de la LCD ha sido desarrollado para este servicio.

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados el 7 de junio de 2010 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options, Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

Lista de las LCD activas de Florida Parte B, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico Parte B, por orden de título.

Lista de las LCD activas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B, por orden de título.

46930: Destruction of internal hemorrhoid(s) by infrared coagulation (IRC) - nueva LCD**Identificador de LCD: L30862 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La coagulación infrarroja (IRC) es una de muchas terapias ambulatorias que no requieren cirugía para el tratamiento de hemorroides internas sin la necesidad de anestesia. La coagulación infrarroja envuelve aplicación directa de ondas infrarrojas, las cuales penetran el tejido y se convierte en calor, promoviendo la coagulación de los vasos y la fijación del tejido de hemorroides. La cantidad de destrucción del tejido depende de la intensidad y duración de la aplicación. Se recomienda que la investigación infrarroja sea aplicada por 1.5 segundos al ápice de cada hemorroide interna y sea repetido tres veces en cada hemorroide. La coagulación infrarroja envuelve aplicación de ondas infrarrojas lo cual resulta en necrosis de proteína, y es considerado útil solamente en el tratamiento de hemorroides en Etapa I y Etapa II, sin un prolapso significativo. El IRC está asociado con altos índices de recurrencia cuando un prolapso sustancial está presente. Múltiples hemorroides (dos-seis) pueden ser tratadas de una vez usando IRC.

Esta determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada para proveer indicaciones y limitaciones, requisitos de documentación y pautas de utilización para la destrucción de hemorroides internas por coagulación infrarroja (IRC). Además, un anexo a “Coding Guidelines” de la LCD ha sido desarrollado para este servicio, el cual incluye información sobre el periodo global de 90 días y utilización del modificador relacionado. Una lista de códigos de procedimientos, la cual debe ser usada para reportar métodos que no utilicen calor para la remoción y destrucción de hemorroides, ha sido también incluida.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestado **7 de junio de 2010 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options, Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

Lista de las LCD activas de Florida Parte B, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico Parte B, por orden de título.

Lista de las LCD activas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B, por orden de título.

82306: Vitamin D; 25 hydroxy, includes fraction(s), if performed - nueva LCD

Identificador de LCD: L30868 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La Vitamina D, un grupo de prohormonas solubles en grasa, es una vitamina esencial. Existen dos tipos principales de vitamina D (vitamina D2 y vitamina D3) las cuales son conocidas colectivamente como calciferol. Estas son esenciales para promover la absorción y el mantenimiento adecuado de suero de calcio y concentraciones de fosfato para habilitar la mineralización del hueso y prevenir condiciones hipocalcémicas. La Vitamina D2 (ergocalciferol) es obtenida de comidas de origen de la planta y vitamina D3 (cholecalciferol) es obtenida de comidas de origen animal y conversión estimulada por luz ultravioleta de 7-dehydrocholesterol en la piel. La vitamina D es almacenada en el cuerpo humano como calcidiol (25-hidroxivitamina D). La concentración de suero de 25 (H) D es el mejor indicador del estatus de vitamina D.

Deficiencias en la vitamina D es el resultado de inadecuaciones en la dieta, incapacidad de absorción y uso, requerimiento incrementado, o excreción incrementada. Deficiencia en la vitamina D puede ocurrir cuando el consumo usual es menor del nivel recomendado en un periodo de tiempo, o cuando la exposición a la luz solar es limitada. La deficiencia en la vitamina D también puede ser el resultado de la inhabilidad de los riñones de convertir la vitamina D a su forma activa. La toxicidad de la vitamina D puede causar síntomas, incluyendo náusea, vómitos, poco apetito, constipación, debilidad, y pérdida de peso como también elevación de calcio en la sangre lo cual puede llevar a cambios de estado mental, y anomalías del ritmo cardíaco.

Esta determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollado para proveer indicaciones y limitaciones, requisitos de documentación y pautas de utilización para este servicio.

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados el 7 de junio de 2010. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el menú desplegable de "Jump to Section..." arriba de la página de la LCD.

Lista de las LCD activas de Florida Parte B, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico Parte B, por orden de título.

Lista de las LCD activas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B, por orden de título.

93980: Duplex scan for erectile dysfunction - nueva LCD

Identificador de LCD: L30870 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El escaneo dúplex es usado para evaluar el flujo de sangre, filtración de vena, signos de aterosclerosis, y cicatrizado o calcificación del tejido eréctil. La erección es inducida al inyectar prostaglandina, un estimulador similar a una hormona producido por el cuerpo. Luego se utiliza el ultrasonido para visualizar la dilatación vascular y medir la presión de sangre en el pene (la cual también puede ser medida con un manguito especial).

Una evaluación básica de diagnóstico es el primer paso en la evaluación de la disfunción eréctil y es aplicada para la mayoría de los hombres, donde un procedimiento de diagnóstico específico es implementado en un subconjunto de pacientes. Evaluación vascular e imagen de los vasos del pene pueden ser indicados en pacientes con disfunción arterial/arteriola, desorden veno-oclusivo, enfermedad de Peyronie, alto flujo de priapismo, trauma del pene (fractura) y pacientes sin enfermedad vascular periférica sintomática presentando con disfunción eréctil.

Esta determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada para identificar indicación, limitaciones de cobertura, requisitos de documentación y pautas de utilización, y códigos ICD-9-CM.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados el 7 de junio de 2010 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Lista de las LCD activas de Florida Parte B, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico Parte B, por orden de título.

Lista de las LCD activas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B, por orden de título.

Modificaciones a LCD Existentes

G0430: Qualitative drug screening - revisión de la LCD

Identificador de la LCD: L30574 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para prueba de detección cualitativa fue implementada el 25 de enero de 2010. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD basado en la petición de cambio 6852, transmisión 653, fecha del 19 de marzo de 2010. Los códigos *CPT 80100 (Drug screen, qualitative; multiple drug classes chromatographic method, each procedure)* y el código *CPT 80101 (Drug screen, qualitative; single drug class method (e.g., immunoassay, enzyme assay), each drug class)* fueron añadidos bajo las secciones de “CPT/HCPCS Codes” de la LCD.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados el 1 de abril de 2010 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

Lista de las LCD activas de Florida Parte B, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico Parte B, por orden de título.

Lista de las LCD activas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B, por orden de título.

El material en cita y/o en **italico** 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.

IDTF: Independent diagnostic testing facility -- modificación de instrucciones de codificación

Número de identificación de LCD: L29195 (Florida)

Número de identificación de LCD: L29330 (Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para centro independiente de pruebas de diagnóstico (IDTF) fue modificada recientemente el 8 de diciembre de 2009. La matriz de credenciales “Credentialing Matrix” en las instrucciones de codificación adjuntas “Coding Guidelines” fue modificada recientemente el 1 de enero de 2010. Desde entonces la matriz de credenciales “Credentialing Matrix” en las instrucciones de codificación “Coding Guidelines” ha sido modificada por el “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements” de la manera siguiente:

Ha sido agregado Board Certified (ABMS) Neurologist or Psychiatrist para los siguiente códigos *CPT*: 51784, 51785 y 51792; y ha sido agregado ABMS Psychiatrist para los siguiente códigos *CPT*: 92265, 92585, 92586, 95860, 95861, 95863, 95864, 95867, 95868, 95869, 95870, 95872, 95875, 95900, 95903, 95904, 95905, 95921, 95922, 95923, 95925, 95926, 95927, 95928, 95929, 95930, 95933, 95934, 95936 y 95937.

Fecha de vigencia

La modificación del anexo de instrucciones de codificación adjunto a la LCD “Coding Guidelines”, está vigente para servicios prestados a partir del 23 de marzo de 2010, las LCD de First Coast Service Options Inc. Están disponibles en la base de datos de Medicare CMS en <http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp>

Instrucciones de codificación para LCD (cuando las hay) pueden ser encontradas seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página de LCD.

Lista de las LCD activas de Florida Parte B, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico Parte B, por orden de título.

Lista de las LCD activas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B, por orden de título.

El material en cita y/o en **italico** 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.

J3420: Vitamin B12 injections - revisión a la LCD**Identificador de LCD: L29309 (Florida)****Identificador de LCD: L29488 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para las inyecciones de vitamina B12 fue recientemente revisada en su mayoría para Florida el 2 de febrero de 2009, y el 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Una solicitud de reconsideración fue recibida pidiéndole a First Coast Service Options Inc. (FCSO) que revise las indicaciones para permitir cobertura de Folutyn™ en adición del medicamento actualmente cubierto Alimta®. Además, la solicitud pidió una revisión de los requisitos de documentación para incluir el uso de Folutyn™. La sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha

Lista de las LCD activas de Florida Parte B, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico Parte B, por orden de título.

Lista de las LCD activas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B, por orden de título.

sido revisada para incluir criterio de cobertura para las inyecciones de vitamina B12 cuando se administra Folutyn™. También, la sección de “Documentation Requirements” de la LCD ha sido revisada para incluir Folutyn™ dentro de los requisitos listados.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados el 6 de abril de 2010 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

J9310: Rituximab (Rituxan®) - revisión a la LCD**Identificador de LCD: L29271 (Florida)****Identificador de LCD: L29472 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para Rituximab (Rituxan®) fue recientemente aprobada para Florida el 2 de febrero de 2009, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Una solicitud de reconsideración fue recibida pidiéndole a First Coast Service Options Inc. (FCSO) para revisar la LCD para que incluya la nueva indicación de la Food and Drug Administration (FDA) aprobada el 18 de febrero de 2010. La nueva indicación permite que Rituxan® sea administrada para leucemia linfocítica crónica (CLL) en combinación con fludarabina y ciclofosfamida (Fc), para el tratamiento de pacientes con CD20-positivo CLL que no han sido tratados previamente y que han sido tratados

Lista de las LCD activas de Florida Parte B, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico Parte B, por orden de título.

Lista de las LCD activas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B, por orden de título.

previamente. Anteriormente FCSO cubrió CLL como una indicación sin etiqueta. La LCD ha sido revisada para incluir CLL como una indicación aprobada por la FDA y CLL ha sido removida de la lista sin etiqueta de indicaciones cubiertas, bajo la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD.

Fecha de efectividad

Esta revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados el 18 de febrero de 2010 en adelante para las reclamaciones procesadas el 6 de abril de 2010. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>

NCSVCS: The list of Medicare noncovered services - revisión a la LCD**Identificador de LCD: L29288 (Florida)****Identificador de LCD: L29398 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para la lista de los servicios de Medicare que no están cubiertos fue recientemente revisada en su totalidad el 14 de abril de 2010. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha para añadir el código CPT 0206T categoría III de la LCD basado en una evaluación.

Bajo la sección de “Local Noncoverage Decisions - Procedures” de la LCD, el código CPT 0206T (Algorithmic analysis, remote, of electrocardiographic-derived data with computer probability assessment, including report) fue añadido.

Lista de las LCD activas de Florida Parte B, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico Parte B, por orden de título.

Lista de las LCD activas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B, por orden de título.

Fecha de vigencia

Esta revisión es efectiva para los servicios prestados el **7 de junio de 2010**.

Las LCD de First Coast Service Options, Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

El material en cita y/o en **italico** 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.

NCSVCS: The list of Medicare noncovered services - revisión a la LCD**Identificador de LCD: L29288 (Florida)****Identificador de LCD: L29398 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para la lista de servicios de Medicare que no están cubiertos fue recientemente revisada en su totalidad el 1 de enero de 2010. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada de acuerdo con el la petición de cambio (CR) 6775, transmisión 117 de Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), con fecha del 9 de marzo de 2010. Al respecto, el código CPT 99199 usado para terapia de insulina intravenosa Pulsatile (pivit) ha sido eliminado de la sección de “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions, Procedures” de la LCD.

Fecha de efectividad

Esta revisión es efectiva para las reclamaciones procesadas el **14 de abril de 2010 en adelante**, para servicios prestados el **23 de diciembre de 2009 en adelante**.

El código HCPCS G9147 (Outpatient intravenous insulin treatment (oivit) either pulsatile or continuous, by any means, guided by the results of measurements for: respiratory quotient; and/or, urine urea nitrogen (uun); and/or, arterial, venous or capillary glucose; and/or potassium concentration) debe ser usado en las reclamaciones con fechas de servicio del 23 de diciembre de 2009 en adelante, facturación de oivit no cubiertos y cualquier servicio sobre un régimen oivit.

Como se estableció en las transmisiones de CMS que se hacen referencia arriba, efectivo e 23 de diciembre de 2009, CMS determina que la evidencia no sustenta una

conclusión de que oivit mejora la salud en los beneficiarios de Medicare. Por lo tanto, oivit no es razonable y necesario para cualquier indicación bajo la sección 1862(a)(1)(A) de la Ley del Seguro Social, y los servicios que envuelven un régimen oivit no son cubiertos nacionalmente bajo Medicare cuando son prestados buscando un régimen oivit.

OIVIT también se refiere a terapia de activación celular (cat), terapia de insulina intravenosa intermitente crónica (ciiit), terapia de activación hepática (hat), terapia de activación intercelular (icat), terapia de activación metabólica (mat), tratamiento de insulina intravenosa pulsatile (pivit), terapia de insulina de pulso (pit) y terapia pulsatile (pt).

Esta revisión es una determinación nacional de cobertura (NCD). Las NCD están ligadas a todos los contratistas de la Parte B de Medicare (carrier), intermediarios fiscales (contratistas con el gobierno Federal que revisa y/o adjudica las reclamaciones, determinaciones, y/o decisiones), organizaciones de mejora de calidad, contratistas independientes calificados, el consejo de apelaciones de Medicare, y el juez administrativo (ALJ) (vea 42 CFR sección 405.1060(a)(4)(2005)).

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

Lista de las LCD activas de Florida Parte B, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico Parte B, por orden de título.

Lista de las LCD activas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B, por orden de título.

ZEVALIN: Ibritumomab tiuxetan (Zevalin™) therapy - revisión a la LCD**Identificador de LCD: L29193 (Florida)****Identificador de LCD: L29348 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para terapia de ibritumomab tiuxetan (Zevalin™) fue recientemente revisada 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. Una solicitud de reconsideración fue recibida pidiéndole a First Coast Service Options Inc. (FCSO) que revise la LCD para incluir la nueva indicación de la Food and Drug Administration (FDA) aprobada el 3 de septiembre de 2009. La nueva indicación permite que Zevalin™ sea administrada a pacientes con linfoma de non-Hodgkin (NHL) folicular que no ha sido tratado previamente que alcanza una respuesta parcial o completa a la quimioterapia de primera línea. La LCD ha sido revisada para incluir esta nueva indicación de la FDA bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el 3 de septiembre de 2009, para las reclamaciones procesadas el 6 de abril de 2010 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en el Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Lista de las LCD activas de Florida Parte B, por orden de título

Lista de las LCD activas de Puerto Rico Parte B, por orden de título.

Lista de las LCD activas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B, por orden de título.

Información Adicional

Xiaflex™ (collagenase clostridium histolyticum) - instrucciones de codificación

Xiaflex™ es aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de pacientes adultos con contractura de Dupuytren con un cordón palpable. Xiaflex™ deben ser solamente administrado por un proveedor de cuidados de la salud que es experimentado en procedimientos de inyección de la mano y en el tratamiento de contractura de Dupuytren. Xiaflex™ debe ser solamente inyectado en cordones palpables con contracturas de coyuntura metacarpofalángica (MP) o un una coyuntura proximal interfalángica (PIP). La dosis de cada cordón palpable es 0.58 mg. El paciente regresa aproximadamente 24 horas después de la inyección para que el médico pueda realizar el estiramiento del cordón y aplicación de entablillado. Los procedimientos de inyección y extensión del dedo pueden ser realizados aproximadamente en intervalos de cuatro semanas para un máximo de tres inyecciones por cordón. Solamente un cordón puede ser inyectado a la vez. Otros cordones palpables pueden ser inyectados en orden secuencial.

Debido a que los requisitos de adiestramiento específico necesarios para identificar e inyectar los cordones, First Coast Service Options Inc (FCSO) solamente espera ver Xiaflex™ administrado por médicos con adiestramiento especializado en tratamiento e inyección de contractura de Dupuytren. Debe existir evidencia de adiestramiento apropiado mantenido en el registro médico y disponible para Medicare de ser solicitado. FCSO también espera ver solamente el código ICD-9-CM 728.6 (Contracture of palmar fascia) facturado en las reclamaciones de Xiaflex™.

Día de Codificación 1

Los proveedores son instruidos que facturen el código *CPT 26989 (Unlisted procedure, hands or fingers)* y el código HCPCS J3590 (Unclassified biologics) (proveedores de Parte B) o el código HCPCS C9399 (Unclassified drugs or biologicals) (proveedores de Parte A). Esto representa la inyección del cordón y el uso de Xiaflex™.

Día de Codificación 2

Los proveedores son instruidos que facturen el código *CPT 26989*, el cual representara el estiramiento del cordón y la aplicación del entablillado.

Nota: Los proveedores debe facturar el día uno y el día dos en la misma reclamación. Los proveedores no deben facturar un código E/M por separado o un código de procedimiento de aplicación de entablillado en las reclamaciones de este medicamento y procedimiento. El código *CPT 26989* no es servicio cubierto actualmente por los centros de cirugía ambulatoria (ASC), por lo tanto FCSO no estará permitiendo este servicio sea facturado por un ASC por ahora.

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.

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.

FORMULARIO DE 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 apropiado de la cuenta de FCSO. 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; se requieren pagos por separado 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/Publications/ (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 [<input type="checkbox"/>] Español [<input type="checkbox"/>]				
Escriba de manera legible			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

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 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

Otras direcciones

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 websites

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov



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 ♦

