

EN ESTA EDICIÓN...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Determinación nacional de cobertura para diabetes

Clarifica la determinación nacional de cobertura de cirugía bariátrica para obesidad morbosa4

Carta abierta de la Oficina del Inspector General

Esta carta abierta optimiza el protocolo de transparencia de la Oficina del Inspector General7

Nuevo programa piloto de Medicare ayuda a eliminar readmisiones innecesarias de hospital

Catorce comunidades financiadas para reducir el índice de readmisiones de hospital y el cuidado de fragmentación9

Webcast de recursos de tarifas fijas

Información médica adicional para las pautas de cobertura y facturación16

Eliminación gradual de capital para educación médica indirecta

Información para profesionales del cuidado de la salud de pago por servicio.....18

Fondos para hospitales que atienden a pacientes que no tienen seguro

\$268 millones autorizados por la ley de recuperación y reinversión estadounidense19

Visión general del programa de incentivos para la prescripción electrónica

Describe la relación entre el CR 6394 y el programa de incentivo de prescripción electrónica.....37

Características

Sobre este boletín.....	3
Información para proveedores de Parte A y B.....	4
Información para proveedores de Parte A.....	18
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	24
Información para proveedores de la Parte B.....	37
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	40
Formularios de pedidos de Parte A.....	53
Formularios de pedidos de Parte B.....	54
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	55
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	56

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

Sugerencias de distribución:

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



Tabla de Contenido

En esta edición 1

Sobre este boletín

Publicación mensual de FCSO..... 3
 Actualización trimestral para proveedores 3

Parte A & B

NCD para diabetes 4
 Facturando en pruebas clínicas 4
 Medicare expande cobertura de PET 5
 Facturación de terapia y SNF 6
 Nueva version de datos mínimos 7
 Pre-informe Five-star está disponible..... 7
 Carta abierta del Inspector General 7
 Tarifas de hospitales enfermos terminales 8
 Programa piloto de Medicare..... 9
 Cambios sobre inscripción del proveedor 10
 Inscripción por Internet ahora disponible..... 11
 Proceso para detener pagos condicionales..... 12
 Medicare financiaría programas estatales.....13
 Transcripciones de tele-conferencia.....13
 Teleconferencia nacional de proveedores..... 14
 Conversión de clasificación de códigos..... 14
 Dos nuevas páginas de e-Prescribing..... 14
 Procedimientos de pago de Medicare..... 15
 Tabla de facturación de vacunaciones..... 15
 Actualización de HCPCS..... 15
 Webcast de recursos de tarifas fijas..... 16
 Declaración de CMS sobre DMEPOS..... 16
 Se termina el plazo acreditación DMEPOS... .. 17

Parte A

Pago máximo anual de hospitales18
 Implementación de eliminación de capital 18
 Hospitales que atienden al no asegurado19
 Comprar datos ampliados MedPAR..... ..20
 Software PRICER 2008..... ..20
 Correcciones de PPS..... ..20
 Tarifas pacientes hospitalizados..... ..21
 Inscripción inicial en FQHC..... ..21
 ANSI X12 837 MSP Parte A..... ..22
 Instrucciones para ANSI X12 837.23

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... ..24

Parte B

Incentivos prescripción electrónica..... 37
 Precios venta medicinas 2009..... 37
 PQRI 2009 publicados..... 37
 Reclamaciones 837 MSP Parte B..... 38
 Ajuste reclamaciones MSP Parte B..... 39
 Servicios de rutina del cuidado del pie 39

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 40

Ordenar materiales de Parte A53

Ordenar materiales de Parte B.....54

Contactos Parte A de Puerto Rico55

Contactos Parte B de Puerto Rico56

Notas.....57

**Medicare A y B
 Al Día**

**Vol. 1, No. 2
 Abril de 2009**

Publication Staff

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

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

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

**Medicare Publications
 1-904-361-0723**

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

ICD-9-CM codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2008 under the Uniform Copyright Convention. All rights reserved.

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

SOBRE ESTE BOLETÍN

Publicación mensual de FCSO

First Coast Service Options Inc. (FCSO), tiene el placer de presentar esta publicación mensual de Medicare dedicada a los proveedores de servicios de salud en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Los proveedores de Florida están recibiendo el beneficio de esta publicación mensual desde hace largo tiempo y FCSO se complace en ofrecer las mismas ventajas a los nuevos miembros de la comunidad de proveedores.

Ahora más que nunca es esencial que los proveedores y sus representantes estén conscientes de los cambios en el programa de Medicare y tengan acceso inmediato a información correcta y actualizada. FCSO desea asegurarse de que los proveedores de la jurisdicción nueve (J9) se mantengan informados, por eso ha transformado la frecuencia de su publicación electrónica de trimestral a mensual y está ofreciendo además ediciones en inglés y en español para servir más efectivamente a las diversas comunidades dentro de la jurisdicción.

Manténgase informado con las ediciones electrónicas gratuitas de nuestra publicación mensual

FCSO ofrece en forma electrónica su publicación mensual para beneficiar a los proveedores. Todas las ediciones posteriores estarán disponibles electrónicamente, la primera semana de cada mes, en medicare.fcso.com (edición en inglés) y en medicareespanol.fcso.com (edición en español). Si usted está suscrito a eNews, el correo electrónico gratuito de FCSO, será notificado tan pronto como esté disponible la última edición.

Cada edición es puesta en formato PDF en el sitio Web del proveedor de FCSO, de manera que usted pueda grabarla en su computadora, imprimirla para distribuirla a su personal o solamente verla en línea, según estime conveniente. Además se puede explorar en cada una de las publicaciones electrónicas: Puede encontrar rápidamente temas específicos, términos o frases relacionadas a su práctica e imprimir luego solamente lo que estime necesario.

La publicación mensual de FCSO en formato impreso está disponible para aquellos proveedores que, debido a limitaciones tecnológicas u otras barreras técnicas, tengan la necesidad de recibir un ejemplar impreso sin costo. Para ser acreedor a este servicio gratuito es preciso completar y enviar por fax el formulario de inscripción anualmente. También existe la disponibilidad de suscripción pagada; puede encontrar el formulario de suscripción en la edición de la publicación más reciente.

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. ❖

Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

Únase 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.

COBERTURA Y REEMBOLSO

Determinación nacional de cobertura para diabetes

Número de *MLN Matters*: MM6419 -- Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6419
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de mayo de 2009
 Fecha de efectividad: 12 de febrero de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R100 NCD y R1728CP
 Fecha de implementación: 18 de mayo de 2009

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), han determinado que para los servicios prestados a partir del 12 de febrero de 2009, el bypass gástrico Roux-en-Y (RYGBP) abierto o laparoscópico, el vendaje gástrico laparoscópico ajustable (LAGB) y el desvío biliopancreático abierto y laparoscópico con interruptor duodenal (BPD/DS), no son razonables y necesarios según la sección 1862(a)(1)(A) del acta de seguridad social, para los beneficiario de Medicare que sufren de diabetes mellitus de tipo 2 (T2DM) y un índice de masa corporal (BMI) <35 y por lo tanto no tienen cobertura de Medicare.

CMS ha determinado que a partir del 12 de febrero de 2009, en los casos de laparoscopia abierta RYGBP y laparoscopia BPD/DS y LAGB los beneficiarios de Medicare que tengan T2DM y BMI ≥ 35 tienen cobertura. Adicionalmente, CMS ha determinado que T2DM es una comorbilidad de la obesidad, tal como se define en la publicación 100-03, National Coverage Determination Manual (del manual nacional de determinaciones de cobertura), Sección 100.1.

Además, la cirugía debe ser realizada en un establecimiento aprobado. Se puede encontrar una lista de establecimientos aprobados en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedicareApprovedFacilities/BSF/list.asp#TopOfPage>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6419.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6419, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible vía dos transmisiones:

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1728CP.pdf>.

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R100NCD.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1711, CR 6419

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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.

Facturando costos de rutina en pruebas clínicas

Número de *MLN Matters*: MM6431 -- Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6431
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de abril de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2008
 Número de transmisión de CR relacionado: R1721CP
 Fecha de implementación: 10 de julio de 2009

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han modificado el Medicare Claims Processing Manual (Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare) para aclarar que no hay necesidad de hacer distinción en una reclamación, entre un diagnóstico y un servicio de prueba clínica terapéutica.

Las reclamaciones procesadas a partir de 90 días después del pedido de cambio 6431 con fecha de servicio igual o posterior al 1 de enero de 2008, que tengan ya sea el modificador QV o el modificador Q1 serán devueltas como no procesables si el código de diagnóstico V70.7 no aparece en la reclamación.

Con respecto a las reclamaciones de pruebas clínicas de pacientes ambulatorios, los proveedores deben cumplir con todas y cada una de las indicaciones a continuación:

- Informar código de condición 30
- Informar código de diagnosis secundario V70.7
- Identificar todas las líneas que contienen un ítem/servicio de investigación con un modificador HCPCS de:
 - QA/QR para servicios prestados antes del 1 de enero de 2008 o
 - Q0 para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2008.
- Identificar todas las líneas que contienen un servicio de rutina con un identificador HCPCS de:

Facturando costos de rutina en pruebas clínicas (continuación)

- QV para servicios prestados antes del 1 de enero de 2008 o
- Q1 para servicios prestados 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/mm6431.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6431, emitida a su MAC, o contratista de Medicare de la Parte B esta disponible en:

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1710CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1710, CR 6431

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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.

RADIOGRAFÍA

Medicare expande cobertura de imágenes digitales PET como una herramienta de diagnóstico del cáncer

El proyecto de Cobertura y Desarrollo de Evidencia (CED) de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid muestran imágenes digitales de tomografía de emisión de positrón (PET) como “razonable y necesaria” para la decisión de tratamiento inicial de la mayoría de los cánceres de tumor sólido.

CMS emitió una determinación de cobertura nacional (NCD) final para expandir la cobertura par alas pruebas iniciales con imágenes digitales PET para los beneficiarios de Medicare que son diagnosticados y tratados para la mayoría de los cánceres de tumor sólido.

Este NCD remueve un requerimiento de estudio clínico para el uso de la imagen digital PET en estos pacientes.

Desde el 2005, la cobertura de imágenes digitales PET de Medicare para diagnosticar algunas formas de cáncer y guías de tratamiento han sido unidas a un requisito que los proveedores reúnen información clínica al respecto sobre como las imágenes digitales han afectado las decisiones del doctor para el tratamiento. Esta información fue recopilada a través del estudio de observación del Registro PET de Ontología Nacional (NOPR). La decisión de hoy remueve el requerimiento para reportar datos al NOPR cuando la imagen digital PET es usada para justificar el tratamiento inicial (o diagnóstico y escenificación) de la mayoría de los cánceres de tumor sólido.

Medicare recopila los datos de NOPR bajo el programa CED de CMS. CED le permite a Medicare desarrollar evidencia sobre como una tecnología médica es usada en la práctica clínica para que Medicare pueda hacer lo siguiente:

- Clarificar el impacto de estos artículos y servicios sobre la salud de los beneficiarios de Medicare
- Considerar cambios futuros en cobertura para la tecnología, y
- Generar información clínica que mejorará la evidencia basado en las recomendaciones de los proveedores a beneficiarios de Medicare concerniente a la tecnología.

Esta decisión está basada, en parte, en la información generada como un resultado de la decisión 2005 de CMS para requerir el reporte NOPR para muchas imágenes digitales PET del cáncer. Como un resultado de esta evidencia de NOPR, CMS reconsideró su póliza de cobertura del 2005.

Esta decisión es la primera vez que CMS ha reconsiderado una póliza de cobertura basado en nueva evidencia desarrollada bajo el programa CED.

“Esta expansión en cobertura para imágenes digitales PET muestra que el programa de Cobertura y Desarrollo de Evidencia es un éxito”, dijo la Administradora Interina de CMS Charlene Frizzera. “CED nos permitió cubrir una tecnología emergente, aprender más sobre su uso en la práctica clínica, y ajustar nuestra póliza de cobertura según corresponda. Gracias a CED, los beneficiarios de Medicare tienen mayor acceso a la tecnología médica más avanzada y tratamientos”.

Esta decisión aplica a las imágenes digitales PET usadas para justificar el diagnóstico inicial y tratamiento para la mayoría de los tipos de cánceres de tumor sólido. También expande la cobertura de imágenes digitales PET para pruebas de seguimiento subsecuentes en los beneficiarios en los beneficiarios que tienen cáncer cervical o en los ovarios, o que han sido tratados para el cáncer de la médula ósea, un cáncer que afecta las células blancas. Para estos cánceres, la recopilación de datos NOPR no será requerida.

Medicare expande cobertura de imágenes digitales PET como una herramienta de diagnóstico del cáncer (continuación)

Es importante notar que la decisión de hoy aún requiere que los doctores reporten los datos al NOPR cuando usen imágenes digitales PET para monitorear el progreso del tratamiento o remisión del cáncer en algunos casos. Aunque la evidencia generada por el estudio de NOPR ayudó a CMS a determinar que las imágenes digitales PET son útiles en ayudar a guiar el tratamiento cuando el cáncer es diagnosticado primero, la evidencia científica no es tan fuerte en mostrar que las imágenes digitales PET son tan útiles en tomar decisiones de tratamiento subsiguiente para algunos tipos de cáncer.

PET, un procedimiento de imagen de diagnóstico de invasión mínima, usa un rastreador radiactivo para evaluar el metabolismo de la glucosa en los tumores y en el tejido normal. La prueba puede proveer información clínica importante para guiar el acercamiento del tratamiento inicial (e.g., diagnóstico y escenificación) para muchos cánceres.

Esta información adicional puede ayudar a los médicos a distinguir lesiones benignas de las cancerosas y para una mejor determinación de la extensión del crecimiento del tumor o metástasis. Las imágenes digitales PET también han sido usadas en pruebas subsecuentes para pacientes de cáncer, e.g., para monitorear el progreso del cáncer o remisión después de que el tratamiento del cáncer ha comenzado.

La información sobre los tipos de cánceres cubiertos por esta nueva póliza está disponible en el memorando de decisión final de CMS. Lea la decisión final en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=218> ❖

Fuente: CMS PERL 200904-12

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Clarificación de facturaciones de terapia y centros de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*: MM6407

Número de petición de cambio relacionado: 6407

Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de marzo de 2006

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1706CP

Fecha de implementación: 27 de abril de 2009

Resumen

La petición de cambio (CR) 6407 clarifica y actualiza el Medicare Claims Processing Manual (Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare), Capítulo 5 (facturación a paciente ambulatorio de Parte B), Sección 20 (requisitos de codificación de HCPCS). Estas clarificaciones indican que a partir del 1 de enero de 2009 el nuevo código 95992 (procedimiento de reposición(es) diarias de Canalith de la Terminología de Procedimientos Actuales (CPT) (por ejemplo: maniobra Epley, maniobra Semont), está condensado en el catálogo de tarifas médicas de Medicare (MPFS).

Sin importar si el código *CPT 95992* es facturado en forma aislada o junto con otros códigos de terapia, nunca se hacen pagos de Medicare para este código por separado. Este código será rechazado si se factura en forma separada. En las notificaciones de reembolso para reclamaciones denegadas de esta manera, los contratistas de Medicare usarán el código de grupo CO y el código 97 de ajuste de reclamación denegada (“Cantidad incluida en el pago por otro servicio/procedimiento”). Alternativamente, el contratista de Medicare puede utilizar el código de denegación B15, que tiene el mismo propósito.

Además, CR 6407 actualiza y clarifica el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare (Pub 100-04), Capítulo 6 (Centro de Enfermería Especializada (SNF) Facturación de Paciente Hospitalizado Parte A), Sección 40 (Instrucciones Especiales de Facturación de Paciente Hospitalizado), indicando que **las reclamaciones con beneficios agotados ya sea en forma completa o parcial deben ser presentadas mensualmente por SNF.**

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6407.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6407, 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/R1706CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1706, CR 6407

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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.

Nueva versión de la colección de datos mínimos disponible para ser descargada

La primicia de la colección de datos mínimos, versión 3.0 (MDS 3.0) está disponible. Vaya a la sección Downloads de la página Web MDS 3.0 for Nursing Home, en http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/25_NHQIMDS30.asp ❖

Fuente: CMS PERL 200904-27

El pre-informe de proveedores five-star está disponible

El pre-informe de proveedores five-star está disponible. Los proveedores pueden acceder el informe en las páginas de la base de datos resumida (MDS) del estado disponible en los servidores MDS correspondientes.

Acceso a la información de proveedores

Para revisar sus resultados, visite la página de bienvenida MDS del estado (disponible en los servidores del estado donde usted presenta datos MDS). Para acceder al informe five-star del proveedor seleccione el enlace “Certification and Survey Provider Enhanced Reports” (Informes Mejorados de Peritaje y Certificación del Proveedor (CASPER)) (ubicado en la parte inferior de la página de ingreso). Una vez en el sistema de informes CASPER, haga clic en el botón “Folders” y acceda al informe five-star en su carpeta “st LTC facid”.

Nota: “st” es el código postal de dos caracteres que representa el estado donde está ubicado su establecimiento y “facid” se refiere al identificador de establecimiento que le ha asignado el estado.

La línea de ayuda five-star permanecerá abierta hasta el viernes 1 de mayo de 2009 para atender cualquier inquietud relacionada a los datos de abril.

Durante los meses de mayo y junio no habrá línea de ayuda para los datos previos de cada mes. Durante esos meses usted puede hacer consultas a five-star por correo electrónico BetterCare@cms.hhs.gov. La línea de ayuda comenzará sus operaciones trimestrales a principios de julio.

Los datos de comparación de asilos de ancianos serán actualizados con los de five-star de abril el jueves 23 de abril de 2009. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-22

FRAUDE Y ABUSO

Carta abierta de la Oficina del Inspector General

Esta carta abierta optimiza el protocolo de transparencia (SDP) de la Oficina del Inspector General (OIG), llevado a efecto en base a la iniciativa anunciada en mi carta abierta del 24 de abril de 2006. La carta abierta de 2006 promueve el uso de SDP para resolver materias que ocasionan responsabilidad penal monetaria civil, tanto bajo la reglamentación anti-soborno como ante la ley de transparencia médica (“ley Stark”). Como parte de nuestros esfuerzos en curso para evaluar y dar prioridad a nuestro trabajo, el objetivo de estas optimizaciones es concentrar nuestros recursos en evitar sobornos destinados a inducir o recompensar los casos en que se refiere un paciente a un servicio médico determinado. Los sobornos significan un riesgo serio a la integridad del sistema de cuidados de la salud e impedirlos sigue siendo una alta prioridad para OIG.

Para cumplir nuestra misión y asignar nuestros recursos en forma más efectiva, estamos reduciendo el ámbito del SDP con respecto a la ley de transparencia médica. OIG no aceptará en adelante denuncias de materias que abarcan solamente responsabilidad bajo la ley de transparencia médica en ausencia de una posible trasgresión plausible a la reglamentación anti-soborno. Continuaremos aceptando proveedores en la SDP cuando la conducta denunciada suponga posibles trasgresiones a la reglamentación anti-soborno, sea o no el caso que ésto suponga también posibles trasgresiones a la ley de transparencia médica. Aunque por motivo de recursos estamos reduciendo el ámbito, enfatizamos a los proveedores no inferir conclusión alguna acerca del enfoque del gobierno en la aplicación de la ley de transparencia médica.

Con la finalidad de asignar recursos de los proveedores y de OIG para enfrentar el tema del soborno a través de SDP, estamos también estableciendo una cantidad mínima para llegar a un acuerdo. Para presentaciones relacionadas con soborno y aceptadas en SDP después de la fecha de esta carta, exigimos una cantidad mínima de \$50,000.00 para llegar a un acuerdo y resolver la materia. La cantidad mínima para un acuerdo es consistente con la autoridad reglamentaria de OIG de imponer una multa de hasta \$50,000 por cada soborno y una estimación de hasta tres veces el total de la remuneración. Ver 42 U.S.C. Sección 1320a-7a(a)(7). Continuaremos analizando los hechos y circunstancias de cada denuncia, con el fin de determinar la cantidad apropiada para llegar a un acuerdo consistente con nuestra práctica, determinada por nuestra carta abierta de 2006, en el sentido de resolver generalmente la materia cerca del nivel más bajo del daño continuo, por ejemplo un multiplicador del valor del beneficio financiero conferido.

Estas optimizaciones a SDP de OIG forman parte del esfuerzo que estamos haciendo para establecer la SDP como un mecanismo justo y eficiente para que los proveedores colaboren en trabajar con OIG. Puede encontrarse más información sobre SDP en <http://oig.hhs.gov/fraud/selfdisclosure.asp>.

Carta abierta de la Oficina del Inspector General (continuación)

Con el deseo de continuar nuestros esfuerzos conjuntos para promover el cumplimiento y protección de los programas federales de cuidados de la salud y de sus beneficiarios.

Le saluda atentamente,

Daniel R. Levinson
Inspector General

Sitios Web de terceros. El presente documento contiene referencias a sitios de Internet operados por terceros. Tales referencias son provistas solamente para su conveniencia. BCBSF y/o FCSO no controlan estos sitios de Internet y no son responsables por su contenido. La inclusión de estas referencias en este documento, no implica aceptación del material de tales sitios ni asociación alguna con sus operadores.

INTERÉS GENERAL

Índice de tarifas de hospitales para enfermos terminales -- año fiscal 2010 Propuesta de CMS del índice de tarifas de hospitales para enfermos terminales durante el año fiscal 2010

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron hoy una proposición de actualización del índice de tarifas de hospitales para enfermos terminales durante el año fiscal (FY) 2010.

Se estima que los pagos a los hospitales para enfermos terminales participantes de Medicare van a disminuir en 1.1 por ciento durante el año fiscal 2010. Esto es el resultado de una disminución neta de 3.2 por ciento debido desfase del ajuste temporal usado en el cálculo del índice de tarifas, compensado parcialmente en un 2.1 por ciento estimado en la canasta indicadora del mercado de costos de hospital.

La eliminación de este ajuste con dos años de desfase, resultará en pagos más exactos y ahorrará a Medicare \$2.9 billones en el plazo de cinco años. El desfase incluye un 75 por ciento de reducción para año fiscal 2010 y será finalmente eliminado durante el año fiscal 2011. En la situación actual, los gastos de más de 3,000 hospitales para enfermos terminales con y sin fines de lucro en todo el país, son estimados en cerca de \$13 billones en 2010.

El Comité de Asesoría de Pagos de Medicare (MedPAC), informa que la proyección para 2015 de pagos de hospitales para enfermos terminales señala una tasa de crecimiento superior a la proyectada para hospitales, establecimientos de enfermeras especializadas, servicios médicos o cuidados de salud en el hogar.

En el dictamen final acerca del índice de tarifas de Medicare del año fiscal 2009, CMS estableció un plan para desfasar el factor de ajuste de neutralidad del presupuesto (BNAF) en un período de tres años, con la primera reducción de 25 por ciento de BNAF en el índice de tarifas del año fiscal 2009. Al promulgar la Ley de Reinversiones y Recuperación Estadounidense, el Congreso suspendió la reducción de BNAF fijada para 2009. Sin embargo, la legislación no afecta los años fiscales 2010 y 2011. CMS ha planificado reducir el BNAF en un 75 por ciento en 2010 y suprimirlo totalmente en 2011.

El BNAF fue implementado en 1997 como parte de un esfuerzo para cambiar un índice de tarifas obsoleto por un método más preciso y más actualizado para determinar los pagos para hospitales para enfermos terminales. Este ajuste especial ha sido aplicado con la finalidad de minimizar la alteración de los servicios.

La presente reglamentación propuesta pondrá el índice de tarifas de Medicare de hospitales para enfermos

terminales, más en línea con el usado para las agencias de cuidados de la salud en el hogar, al mismo tiempo que mantendrá la integridad fiscal de Medicare y permitirá a sus beneficiarios la continuidad de acceso a sus servicios. Tanto los hospitales para enfermos terminales como las agencias de cuidados de la salud en el hogar, son beneficios basados en el domicilio del paciente y compiten en el mismo mercado de trabajo.

La reglamentación también propone adoptar una recomendación de MedPAC que aumentaría la determinación de responsabilidad en los procesos de certificación y re-certificación de los médicos de los hospitales para enfermos terminales. MedPAC ha encontrado una proporción creciente de pacientes de hospitales para enfermos terminales que permanecen más de 180 días y una significativa variación de la estadía. Por lo tanto, CMS está proponiendo que los médicos que certifican o re-certifican la situación de un beneficiario como enfermo terminal en un hospital para enfermos terminales, escriban una breve descripción del caso en el formulario de certificación. Esta descripción se referirá a la evidencia clínica en apoyo a una esperanza de vida no mayor de seis meses.

Antecedentes

El beneficio de Medicare para hospitales para enfermos terminales, está destinado a ayudar a permanecer en sus domicilios, a pacientes que, en caso de que la enfermedad siga su curso natural, tengan una prognosis no mayor de seis meses de vida. El enfoque de los cuidados médicos cambia de curativo a paliativo, para alivio del dolor y control de los síntomas. La ley exige que los médicos de hospitales para enfermos terminales, certifiquen que el paciente está en la etapa final de su enfermedad y con una esperanza de vida inferior a los seis meses y re-certificar periódicamente que el paciente continúa en esta situación.

Se paga a los hospitales para enfermos terminales, por cada día en que una persona recibe el beneficio. Las tarifas son ajustadas por medio de un índice de tarifas específico de hospitales para enfermos terminales basado en datos de tarifa de hospitales para reflejar las diferencias locales en sus niveles de pago. Agregados sobre el pago total, en caso de hospitales para enfermos terminales, están sujetos a reglamentación.

Índice de tarifas de hospitales para enfermos terminales -- año fiscal 2010 (continuación)

El número de hospitales para enfermos terminales certificados por Medicare ha aumentado considerablemente, más de un 70 por ciento desde 1997. El número de beneficiarios de Medicare que están siendo cuidados en hospitales para enfermos terminales, también ha crecido rápidamente, de poco más de 400,000 en 1998 a cerca de un millón en 2007.

Detalles de la reglamentación propuesta

Esta propuesta de reglamentación también recoge opiniones sobre cierto número de cambios potenciales en el futuro. Con la finalidad de aumentar la determinación de responsabilidades en el proceso de re-certificación, la reglamentación pide comentarios sobre el requisito de que un médico o practicante de enfermería visite cada paciente de hospital para enfermos terminales, después de 180 días

de recibido el beneficio y en cada período de beneficios de ahí en adelante.

Esta propuesta de reglamentación también recoge opiniones sobre una mayor reforma en el pago, tal como un método alternativo de calcular el máximo agregado de pago de hospitalización de enfermos terminales.

Esta propuesta de reglamentación será publicada en el Federal Register (registro federal) el 24 de abril de 2009. Se recibirán comentarios hasta 60 días después de la publicación, 22 de junio de 2009. Hay un enlace a la propuesta de reglamentación disponible en http://www.federalregister.gov/OFRUplod/OFRDData/2009-09417_PL.pdf. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-25

Nuevo programa piloto de Medicare ayuda a eliminar readmisiones innecesarias de hospital

Catorce comunidades financiadas para reducir el índice de readmisiones de hospital y el cuidado de fragmentación

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron que las 14 comunidades a través de la nación que han sido escogidas para el “Project Transitions Care” de la agencia, buscando eliminar las readmisiones innecesarias de hospital.

“Nuestros datos muestran que cerca de uno de cinco pacientes que abandonan el hospital hoy serán readmitidos dentro del próximo mes, y que más de tres cuartos de estas readmisiones son potencialmente prevenibles”, dijo la administradora interina de CMS Charlene Frizzera. “Esta situación puede ser cambiada al enfocarse en la calidad del cuidado de la salud desde la perspectiva a nivel de la comunidad, y enfocándose en como todos los miembros del equipo de un área del cuidado de la salud pueden trabajar mejor juntos en el mejor interés de su población compartida de pacientes.

La meta del proyecto es de mejorar los procesos del cuidado de la salud para que los pacientes, los que los cuiden, y sus equipos completos de proveedores tengan lo que necesitan para prevenir que los pacientes vuelvan al hospital para necesidades del cuidado adicional. Al promocionar transiciones libres de irregularidades del hospital a el hogar, el cuidado de enfermería especializada, o el cuidado de salud en el hogar, esta comunidad se enfoca en buscar no solamente en reducir las readmisiones de hospital si no también en producir estrategias sostenibles y replicables que alcancen el cuidado de la salud de alto valor para los beneficiarios de Medicare.

“Care Transitions Project” es un nuevo enfoque para CMS”, dijo Barry M. Straube, M.D., oficial médico principal para CMS y su director de Oficina de Estándares Clínicos & Calidad. “En vez de enfocarnos en un problema global y en tratar de aplicar una solución que aplique a todos los casos a través del país, los expertos del cuidado de las transiciones verán en su propio patio para aprender por qué las readmisiones de hospital ocurren localmente y como los pacientes efectúan la transición entre escenarios del cuidado de la salud. Basado en este conocimiento a nivel de comunidad, los equipos de transición de la salud diseñarán

soluciones específicas para tratar las readmisiones locales subyacentes”.

Las comunidades en las siguientes regiones han sido seleccionadas para participar en el proyecto: Providence, R.I.; Upper Capitol Region, N.Y.; western Pennsylvania; southwestern New Jersey; metro Atlanta east, Ga.; Miami, Fla.; Tuscaloosa, Ala.; Evansville, Ind.; Greater Lansing Area, Mich.; Omaha, Neb.; Baton Rouge, La.; northwest Denver, Colo.; Harlingen, Texas; y Whatcom County, Wash. El trabajo del proyecto responderá a las necesidades únicas para cada una de las 14 comunidades. Cada una de las comunidades de las transiciones del cuidado es dirigida por una organización de mejoramiento del estado de calidad (QIO). QIO trabaja a través del país como parte del programa de calidad de CMS para ayudar a los proveedores del cuidado de la salud, consumidores, y los grupos de partes interesadas para refinar los sistemas de entrega del cuidado de la salud y asegurarse que todos los beneficiarios de Medicare obtengan el cuidado de la salud de alta calidad y valor que ellos se merecen.

Cada QIO en el proyecto es requerido para trabajar con los asociados para implementar lo siguiente:

- a) intervenciones de hospital y sistema de comunidad
- b) intervenciones que se enfoquen en especificar las enfermedades o condiciones, e
- c) intervenciones que se enfoquen en especificar las razones de admisión.

El siguiente QIO sirve como líderes del cuidado de transición a través del país: Quality Partners of Rhode Island, IPRO Inc. (New York), Quality Insights of Pennsylvania, Healthcare Quality Strategies Inc. (New Jersey), Georgia Medical Care Foundation Inc., FMQAI (Florida), AQAF (Alabama), Health Care Excel (Indiana), MPRO (Michigan), CIMRO of Nebraska, Louisiana Health Care Review, Colorado Foundation for Medical Care, TMF Health Quality Institute (Texas), y Qualis Health (Washington).

Nuevo programa piloto de Medicare ayuda a eliminar readmisiones innecesarias de hospital (continuación)

CMS monitoreará el éxito de este proyecto al observar los índices en los que los pacientes en esas comunidades regresan al hospital. Los índices de readmisión para los hospitales han sido monitoreados por CMS por algún tiempo y estarán disponibles a los consumidores más tarde este año a través del sitio Web de Hospital Compare en <http://www.hospitalcompare.hhs.gov>.

Care Transitions Project continuará en todas las 14 comunidades a través del verano de 2011. Para más información sobre Care Transitions Project, visite <http://www.cfmc.org/caretransitions/>. Para aprender más sobre el trabajo que QIO está haciendo a través del país, visite <http://www.cms.hhs.gov/qualityimprovementorgs>. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-19

Incorporación de cambios reglamentarios relacionados a la inscripción del proveedor

Número de *MLN Matters*: MM6310

Número de petición de cambio relacionado: 6310

Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de abril de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R289PI

Fecha de implementación: 1 de abril de 2009

Resumen

Petición de cambio (CR) 6310 implementa cambios reglamentarios encontrados en el año 2009 del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos con comentario (CMS-1403-FC). Los cambios más significativos están resumidos a continuación.

- Fecha de efectividad de facturación de Medicare para médicos, algunos practicantes que no son médicos, y organizaciones de médicos y practicantes que no son médicos
- Límite de tiempo para reportar cambios de información
- Rechazo de solicitud y denegaciones para solicitudes de médicos y ciertos practicantes que no son médicos
- Fechas efectivas de revocación
- Los requerimientos de mantener, ordenar y referir la documentación
- Otros cambios

El artículo MM6310 del *MLN Matters* provee información sobre la nueva regla y los próximos cambios al proceso de inscripción de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6310.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6310, emitida a su MAC, o contratista de Medicare de la Parte B, FI está disponible en:

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R289PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 289, CR 6310

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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.

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.

Inscripción por Internet disponible en todos los estados y Distrito de Columbia

Es rápida, segura y fácil

Ahora hay una manera mejor para que las organizaciones de proveedores y suplidores de Medicare se inscriban y/o hagan cambios a sus datos de inscripción. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar la disponibilidad del sistema de inscripción de propietarios y cadenas de establecimientos, por medio de Internet (PECOS), ahora extensivo a las organizaciones de proveedores y suplidores. Se puede utilizar PECOS en Internet, para inscribirse en Medicare, hacer cambios a la información que ya está en Medicare, revisar la información, retirarse voluntariamente del programa de Medicare, o revisar el estado de la solicitud de inscripción a Medicare presentada por Internet.

PECOS está disponible en Internet para todos los médicos y practicantes no médicos en todos los 50 estados y en el Distrito de Columbia. CMS espera en el futuro, hacer PECOS disponible por Internet para todos los suplidores de equipos médicos durables, próstéticos, ortóticos e insumos [DMEPOS].

Rápida

El ingreso de una solicitud inicial de inscripción de una organización de proveedores o suplidores puede ser procesada 50 por ciento más rápido por Internet, usando el sistema PECOS, que cuando se utiliza impresos en papel. Esto significa que inscribirse o hacer un cambio en su registro de inscripción, tomará menos tiempo.

Para información adicional sobre los tipos de cambios que deben informar las organizaciones de proveedores y suplidores de Medicare, vaya a la sección Download de <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll>.

Segura

PECOS cumple todos los estándares de seguridad en Internet exigidos por el gobierno, en términos de ingreso, transmisión y almacenamiento electrónico de datos de datos e información relativa a inscripciones en Medicare. Solamente pueden usar PECOS en Internet, las personas cuya identidad ha sido verificada por CMS y que han sido aprobadas por un funcionario autorizado de una organización de proveedores o suplidores. Las identificaciones y contraseñas PECOS que estas personas establecen, sirven para proteger el acceso a la información de Medicare de las organizaciones de proveedores y suplidores. Los usuarios PECOS deberán cambiar sus contraseñas frecuentemente (por lo menos una vez al año). Al salvaguardar sus ID y contraseñas, los usuarios de PECOS estarán dando un paso importante hacia la protección de la información de inscripción a Medicare de las organizaciones de proveedores y suplidores. CMS no entrega a nadie información de proveedores o suplidores de Medicare excepto cuando esté legalmente autorizado u obligado a hacerlo.

Fácil

El proceso PECOS de Internet es un escenario en el que pueden visualizarse y editarse solicitudes en forma instantánea y con la disponibilidad de pantallas de ayuda incorporadas. El escenario del proceso de solicitudes

le asegura poder completar y presentar solamente la información necesaria para facilitarle la acción que desea tomar. El teléfono 1-866-484-8049 de ayuda del servicio externo a los usuarios (EUS) de CMS, está disponible con personal preparado para responder preguntas acerca del uso de PECOS en Internet, como por ejemplo: navegar a través de las pantallas y recibir informes sobre problemas que los usuarios hayan notado en el sistema.

Lo que debe hacer una organización de proveedores o suplidores para obtener aprobación para usar PECOS en Internet

Las organizaciones de proveedores y suplidores deben dar una serie de pasos antes de poder usar PECOS en Internet. Estos pasos están descritos en detalle en el documento titulado "Getting Started with Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) -- Information for Provider and Supplier Organizations", ("Para comenzar con el sistema PECOS -- Información para organizaciones de proveedores y suplidores"), que pronto estará disponible en la sección Downloads de la página de inscripciones de proveedores/ suplidores de Medicare <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll>. A continuación un vistazo al procedimiento.

1. Quién da el primer paso es el funcionario autorizado (AO) de la organización de proveedores o suplidores. Ésto se hace una sola vez, inscribiéndose en el sistema de autenticación e identificación de PECOS (PECOS I&A) en <https://pecos.cms.hhs.gov>. CMS verificará la información provista y los encargados de ayuda CMS EUS notificarán de la verificación al AO.
2. La persona que utilice PECOS de Internet para presentar una solicitud de inscripción de una organización de proveedores o suplidores también quedará inscrita en PECOS I&A. Esta persona puede pertenecer al personal de la organización de proveedores o suplidores o de alguna otra organización. CMS verificará que la información sea correcta y que la persona tenga permiso del AO para usar PECOS de Internet en representación de la organización de proveedores o suplidores. Ésta persona deberá completar el formulario de consentimiento por seguridad y obtener que éste sea firmado por un funcionario de su empleador y por el AO de la organización de proveedores o suplidores. El formulario de consentimiento por seguridad firmado y fechado deberá ser enviado por correo al escritorio de ayuda de CMS EUS. El AO deberá ingresar periódicamente a PECOS de Internet para ver si hay un requerimiento pendiente de acceso a PECOS de Internet de parte de la organización de proveedores o suplidores. Más de una persona puede ser aprobada para utilizar PECOS de Internet en representación de una organización de proveedores o suplidores pero el formulario de consentimiento por seguridad se completa una sola vez.

Inscripción por Internet disponible en todos los estados y Distrito de Columbia (continuación)

- Una vez que se han completado los procedimientos de inscripción y verificación CMS EUS notificará al AO del establecimiento de la relación entre la organización de proveedores o suplidores y la organización que estará usando PECOS en Internet en su representación.

El proceso de inscripción y verificación puede tardar varias semanas. Por lo tanto, sugerimos a los AO de las organizaciones de proveedores y suplidores, comenzar los trámites de inscripción de inmediato, antes de que la organización necesite utilizar PECOS de Internet para presentar solicitudes de inscripción o de actualización de inscripciones.

Si una organización de proveedores o suplidores tiene una necesidad inmediata de presentar a Medicare una solicitud de inscripción o un cambio en los datos de inscripción y los pasos indicados anteriormente no han sido completados exitosamente; entonces deberá completar y presentar la versión impresa en papel de la solicitud de inscripción de Medicare (CMS-855).

Para presentar una solicitud de inscripción utilizando PECOS de Internet

La persona que utilizará PECOS en Internet, es considerada usuario PECOS una vez que los pasos indicados más arriba han sido completados exitosamente. Si no la hecho anteriormente, el usuario(a) de PECOS deberá visitar el sitio Web de inscripción de Medicare <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll> para descargar y leer los documentos relativos a PECOS de Internet. CMS aconseja a los usuarios de PECOS revisar esta información antes de acceder a PECOS en Internet.

Después de leer los documentos mencionados, el usuario PECOS deberá ingresar a <https://pecos.cms.hhs.gov/pecos/login.do>. Deberá además completar, revisar y

presentar la solicitud de inscripción de Medicare por medio de Internet, al contratista designado de Medicare. PECOS de Internet le guiará por cada uno de estos procedimientos

En caso de que usted así lo desee, PECOS de Internet le permite imprimir una copia de la solicitud de inscripción. Le recomendamos que lo haga para que la organización de proveedores o suplidores tenga una copia para sus archivos.

El AO de la organización de proveedores o suplidores deberá firmar y fechar, como parte del proceso de solicitud de inscripción, la declaración de dos páginas que el usuario imprimirá por medio de PECOS de Internet. El usuario deberá enviar por correo al contratista de Medicare la declaración firmada y fechada acompañada de la documentación correspondiente. El contratista de Medicare no comenzará el proceso de la solicitud presentada hasta que haya recibido la declaración firmada y fechada.

Limitaciones de PECOS de Internet

PECOS de Internet está en este momento inhabilitado para trabajar con los cambios de propiedad de las solicitudes de organizaciones de proveedores o suplidores. Por lo tanto, los cambios de propietario deben ser presentados siguiendo el proceso que utiliza papel impreso para solicitudes de inscripción de Medicare (CMS-855). PECOS de Internet podrá, en una fecha futura, acomodar estos cambios de propietario.

Información adicional

Próximamente habrá un número de documentos para organizaciones de proveedores y suplidores acerca de PECOS de Internet, en la sección *Downloads* de la página Web de Medicare <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll>. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-01

Nuevo proceso para detener pagos condicionales para compensación de trabajadores

Número de *MLN Matters*: MM5371 -- Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 5371

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de marzo de 2009

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1703CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

El "Workers' Compensation Medicare Set-aside Arrangement" (WCMSA) es una asignación de fondos de una conferencia, juicio o acuerdo relacionado a la compensación del trabajador (WC) que es usado para pagar los gastos médicos futuros o futuro tratamientos de prescripción de medicina de una persona relacionado a una lesión de WC, enfermedad que puede de otro forma ser reembolsable por Medicare.

La creación de un código nuevo de Medicare como pagador secundario específicamente asociado con la situación de WCMSA permitirá a Medicare generar una denegación automatizada de códigos de diagnósticos asociados con la ocurrencia abierta de WCMSA.

Cuando se deniega una reclamación por estas modificaciones, Medicare notificará al beneficiario usando el siguiente mensaje de aviso de resumen de Medicare (MSN):

29.33 – Su reclamación ha sido denegada por Medicare por que usted puede tener fondos aparte de su acuerdo de pago para sus gastos médicos futuros y tratamiento de prescripción de medicina relacionado a su(s) herida(s).

Nuevo proceso para detener pagos condicionales para compensación de trabajadores (continuación)

En adición, Medicare usará el código de denegación 201, código de grupo PR, y código de comentario MA01, en reclamaciones salientes y/o transacciones de aviso de remesa cuando Medicare deniega reclamaciones basado en la presencia de WCMSA. También, en las transacciones 271 de contestación, Medicare reflejará el WCMSA en la respuesta 271 con “EB” seguido por el calificador WC.

Información adicional

El enlace al artículo de MLN Matters es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5371.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 5371, emitida a su contratista de Medicare en dos transmittals:

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1703CP.pdf>.

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R65MSP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1703, CR 5371

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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.

Medicare financiaría programas estatales de consejos sobre seguros de salud 2009

Fondos asignados a ayudar a los beneficiarios de Medicare

Cerca de 36 millones de dólares están siendo distribuidos entre los 54 programas de ayuda a los servicios de salud del Estado (SHIP), con la finalidad de ayudar a la gente afiliada a Medicare y a quienes les prestan cuidado, a obtener más información sobre sus opciones en cuanto al cuidado de la salud.

Este financiamiento de \$35.8 millones es la primera cuota del aporte de fondos federales otorgados a los SHIP por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) para el año de subvenciones que comienza el 1 de abril de 2009 y finaliza el 31 de marzo de 2010.

En septiembre de 2009 será otorgado un financiamiento adicional de \$1.5 millones en base al desempeño. SHIP son programas estatales que utilizan una red basada en la comunidad para proveer a los beneficiarios de Medicare de ayuda local personalizada en un amplio rango de temas de salud y de Medicare.

“Los programas de ayuda a los servicios de salud del estado juegan un papel importante en proveer información y apoyo a los beneficiarios de Medicare, allí donde viven” dijo el administrador en funciones de CMS Charlene Frizzera. “Estos fondos contribuyen a asegurar que los SHIP continúen trabajando con los gobiernos estatales y locales, organizaciones comunitarias y otras con la finalidad de satisfacer las necesidades de nuestros beneficiarios de Medicare, más allá del mero cuidado de la salud”.

CMS espera que los SHIP utilicen los fondos de 2009 en conducir servicios de extensión orientados hacia la comunidad para servir a los beneficiarios de Medicare que no tienen acceso a otras fuentes de información. Los SHIP proveerán también servicios de extensión y asistencia a beneficiarios actuales y elegibles de Medicare así como a quienes les prestan cuidados, haciendo especial énfasis en llegar a las personas que tienen más probabilidades de ser elegibles para subsidio Medicare por menor ingreso si se inscriben en la cobertura de medicinas de Medicare.

CMS continuará apoyando la calidad de servicios prestados por los SHIP, por medio de cursos, asistencia técnica, centro de recursos de SHIP y herramientas en línea en <http://www.medicare.gov> para ayudar a los beneficiarios de Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-11

ICD-10-CM/PCS transcripciones de tele-conferencia

Están disponibles las transcripciones de llamadas de la tele-conferencia ICD-10-CM/PCS que fueron auspiciadas por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid durante 2008 y pueden ser accedidas en la sección *Downloads* de la página Web de tele-conferencias por CMS en 2008, localizada en: http://www.cms.hhs.gov/ICD10/07_Sponsored_Calls.asp.

- Personal de hospitales (14 de octubre)
- Otros proveedores de servicios de salud, Parte A y Parte B (21 de noviembre)
- Médicos (17 de noviembre) ❖

Fuente: CMS PERL 200903-36

Teleconferencia nacional de proveedores ICD-10-CM/PCS

Los proveedores pueden ahora inscribirse para participar en la conferencia telefónica nacional de proveedores que se llevará a efecto el 19 de mayo de 2009 de 1:00 p.m.-2:30 p.m. ET (hora del Este) auspiciada por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) acerca de la implementación y transferencia de equivalencias generales (referencias cruzadas) de los Servicios ICD-10-CM/PCS. Los temas a ser tratados serán los siguientes:

- Una revisión de la reglamentación final de ICD-10 que requiere la implementación de ICD-10-CM/PCS el 1 de octubre de 2013
- Las diferencias entre los códigos ICD-9-CM y ICD-10-CM/PCS
- El uso de transferencias de equivalencias generales que han sido creadas para asistir los procedimientos de conversión, correcciones y tendencia de los datos de ICD-9-CM a ICD-10-CM/PCS y
- Recursos disponibles para ayuda en la planificación de la transición de ICD-9-CM a ICD-10-CM/PCS.

Los materiales sobre temas de la conferencia telefónica y la información para inscribirse pueden ser accedidos en http://www.cms.hhs.gov/ICD10/07a_2009_CMS_Sponsored_Calls.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-17, CMS PERL 200904-21

Conversión de clasificación de códigos internacionales de enfermedad MLN

Se encuentra disponible en formato descargable de Internet de la red de enseñanza de Medicare (MLN) de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/ICD-10_GEM_factsheet.pdf, **el diagrama general de equivalencias – de ICD-9-CM a ICD-10-CM y viceversa, además de la hoja informativa ICD-10-PCS (marzo de 2009)** que provee información y recursos acerca del diagrama general de equivalencias para ayudarle a convertir la clasificación internacional de enfermedades, códigos de la 9ª Edición, Modificación Clínica (ICD-9-CM) a los códigos de clasificación internacional de enfermedades, 10ª Edición (ICD-10) y la conversión de códigos ICD-10 de nuevo a ICD-9-CM,

La información de los diagramas de equivalencias generales presentados en esta hoja de informe, ha sido también puesta en la base de datos de preguntas frecuentes de CMS: https://questions.cms.hhs.gov/cgi-bin/cmshhs.cfg/php/enduser/std_alp.php?p_sid=l2s5Zouj. Si usted no puede acceder ninguno de los enlaces de este mensaje, copie y pegue el URL en su buscador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-08

Dos páginas nuevas de prescripción electrónica (e-Prescribing) a su disposición

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que han sido creadas dos páginas nuevas dentro del programa 2009 para incentivar el uso de prescripciones electrónicas (e-Prescribing) en el sitio Web de CMS.

- **e-Prescribing Measure (evaluación de prescripciones electrónicas)** -- esta página contiene varios recursos incluyendo: evaluación de especificaciones, nuevos principios de informes basados en reclamaciones y un ejemplo de reclamación de prescripción electrónica. Para acceder a estos recursos, visite http://www.cms.hhs.gov/ERXIncentive/06_E-Prescribing_Measure.asp.
- **Educational Resources (Recursos educacionales)** -- esta página contiene artículos *MLN Matters*, hoja informativa del programa para incentivar el uso de prescripciones electrónicas (e-Prescribing), un enlace a la guía práctica de Medicare al programa para incentivar el uso de prescripciones electrónicas (e-Prescribing) e información acerca de recibir créditos de continuidad en la educación relacionados con el programa para incentivar el uso de prescripciones electrónicas (e-Prescribing). Para acceder a esta información y recursos, visite http://www.cms.hhs.gov/ERXIncentive/09_Educational_Resources.asp.

Se estará agregando continuamente información actualizada sobre este tema, de manera que visite con frecuencia la página Web del programa para incentivar el uso de prescripciones electrónicas (e-Prescribing) <http://www.cms.hhs.gov/ERXIncentive>. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-27

Publicaciones de procedimientos de pagos de Medicare ahora en formato impreso

La red de enseñanza de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid, ha puesto a su disposición, las siguientes publicaciones sobre procedimientos de pagos de Medicare en formato impreso. Para ordenar, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, vaya a Related Links Inside CMS y seleccione MLN Product Ordering Page.

Diálisis a pacientes ambulatorios – de enfermedad de los riñones en su etapa final (modificada en febrero de 2009) – información general sobre diálisis a pacientes ambulatorio aquejados de enfermedad de los riñones en su etapa final, el sistema de tarifas compuestas y artículos y servicios que se facturan por separado.

Hoja informativa de catálogo de honorarios de médicos de Medicare (modificada en enero de 2009) -- información general acerca del catálogo de honorarios de médicos de Medicare.

Hoja informativa del sistema de pagos prospectivos de pacientes ambulatorios (modificada en enero de 2009) -- información general acerca del sistema de pagos prospectivos de pacientes ambulatorios, clasificación de pagos por paciente ambulatorio y como se establecen las tasas de pago.

Hoja informativa del sistema de pagos a hospitales para enfermos terminales (modificada en enero de 2009) -- información general acerca de los beneficios de hospitales para enfermos terminales de Medicare, incluyendo cobertura de los servicios, requisitos de certificación, periodos electivos y como se establecen las tasas de pago.

Hoja informativa del catálogo de tarifas de laboratorio clínico (modificada en febrero de 2009) -- información general acerca del catálogo de tarifas de laboratorio clínico, cobertura de servicios y como se establecen las tasas de pago.

Hoja informativa del sistema de pagos por prospectivos pacientes de gravedad (modificada en enero de 2009) -- información general acerca del sistema de pagos por prospectivos pacientes de gravedad (IPPS) incluyendo tasas de pago de IPPS y como se establecen estas tasas de pago.

Hoja informativa del sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar (modificada en diciembre de 2008) – información acerca del sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar, cobertura y elementos del sistema.

Hoja informativa de catálogo de tarifas de ambulancia (modificada en enero de 2009) -- información general acerca del catálogo de tarifas de ambulancia.

Hoja informativa del catálogo de pagos a centros de cirugía ambulatoria (modificada en enero de 2009) -- información general acerca del catálogo de pagos a centros de cirugía ambulatoria (ASC), pagos a ASC y como se establecen estos pagos. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-03

Actualización de la tabla de facturación de vacunaciones

La tabla modificada de referencia rápida de los servicios de medicina preventiva de Parte B de Medicare (modificada en marzo de 2009), que contiene información sobre codificación y facturación relativas a la inmunización de adultos, está disponible para ser descargada de *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid, en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/gr_immun_bill.pdf.

Copias impresas estarán disponibles más adelante. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-28

Actualización del Sistema de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid se complacen en anunciar la publicación de las modificaciones al Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (HCPCS). Estas modificaciones han sido puestas en la página Web de HCPCS http://www.cms.hhs.gov/HCPCSReleaseCodeSets/02_HCPCS_Quarterly_Update.asp. Los cambios son efectivos a partir de la fecha indicada en la actualización. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-06

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.fcsso.com>, haga clic en el enlace de “eNews” localizado en la esquina derecha de arriba de la página y siga las instrucciones.

Webcast de recursos de tarifas fijas

Tema: Aprenda como encontrar información de tarifa para la mayoría de los códigos de procedimientos cubiertos por Medicare

Miércoles, 21 de mayo

4:00 PM-5:00 PM

Idioma en que se ofrece el evento: español

First Coast Service Options Inc. (FCSO) entiende que los proveedores necesitan tener acceso fácil y rápido a los recursos requeridos para enviar reclamaciones de Medicare exitosamente -- **desde la primera vez**. Es por eso que FCSO ofrece una selección extensa de recursos de Medicare, desde artículos informativos y herramientas útiles en su sitio Web del proveedor, hasta adiestramientos por Internet y eventos educacionales en vivo para ayudar a los proveedores a aprender a usar estos valiosos recursos para su beneficio.

Este webcast ofrecerá a los proveedores una introducción a los recursos de información sobre tarifas fijas disponibles en el sitio Web del proveedor de FCSO -- incluyendo una herramienta de búsqueda interactiva de tarifa -- y eficientes herramientas de bases de datos ofrecidas en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid.

Los participantes aprenderán lo siguiente:

- Encontrar información de la ubicación específica de la tarifa para la mayoría de los códigos de procedimientos cubiertos por Medicare con la herramienta de búsqueda fácil de usar de FCSO.
- Encontrar tarifas fijas en formato PDF y texto solamente que puede ser importado dentro de una hoja de cálculo o base de dato.
- Investigar tarifas fijas y la información relacionada de tarifas fijas de años de pago previos en el archivo abarcador de FCSO.
- Usar la herramienta nacional de CMS de base de datos de tarifas fijas del médico para encontrar información de tarifa basado en una simple lista, o un rango de criterios del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS).

Nota: Habrá un periodo de preguntas y respuestas después de la presentación.

Para participar en este webcast, inscribese antes del 20 de mayo

Únase a nosotros en este evento educativo en vivo de Medicare, y aproveche esta oportunidad de aprender sobre los recursos que usted puede usar para encontrar la información que usted necesita con urgencia. ❖

EQUIPO MÉDICO

Declaración de CMS sobre el programa de llamado a propuestas DMEPOS

La Ley de Mejoras para Pacientes y Proveedores de Medicare (MIPPA), puesta en vigencia el 15 de julio de 2008, hace algunos cambios al programa de llamado a propuestas por equipo médico durable, aparatos prostéticos y ortóticos y suministros (DMEPOS), incluyendo el requisito de que la secretaría correspondiente llame a una segunda propuesta para seleccionar los suplidores de la primera vuelta en 2009. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) hicieron un dictamen final (IFC) el 16 de enero de 2009. Este dictamen incorpora a las regulaciones existentes algunos requisitos reglamentarios específicos con respecto al programa de llamado a propuestas contenidos en MIPPA.

La administración ha postergado la fecha de inicio del IFC, con la finalidad de dar a los funcionarios de CMS un mayor plazo para revisar los temas legales y de procedimiento ocasionados por la reglamentación. En base a esta revisión y ante la necesidad de asegurar que CMS es capaz de cumplir con los plazos reglamentarios contenidos en MIPPA, la administración ha determinado que la fecha de implantación no puede sufrir postergaciones. La reglamentación será efectiva el 18 de abril de 2009. Sin embargo, no tendrá efecto inmediato en los beneficios DMEPOS de Medicare y los beneficiarios de Medicare podrán mantener sus suplidores DMEPOS por el momento.

Durante el periodo de recopilación de sugerencias y comentarios, CMS recibió muchas sugerencias de las partes interesadas en hacer mejoras al programa de llamado a propuestas, tales como asegurar que el procedimiento de CMS para recibir y evaluar las propuestas fuera justo y transparente. En las próximas semanas CMS estará dando más instrucciones sobre los plazos y requisitos para la primera vuelta de las propuestas. Al finalizar estas instrucciones, CMS continuará escuchando opiniones y sugerencias de las partes interesadas, con la finalidad de asegurar una implementación del programa que sea consistente con los requisitos legales que corresponda. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-26

Recuerde: Se termina el plazo para la acreditación de suplidores DMEPOS El plazo vence el 30 de septiembre de 2009

Se está terminando el plazo para los abastecedores que ingresan ofertas de equipo médico durable, prótesis, ortóticos e insumos (DMEPOS) que facturan a M Parte B de Medicare, que deben obtener su acreditación a más tardar el 30 de septiembre de 2009. , aquellos que no lo hagan están arriesgando perder sus privilegios de facturación el 1 de octubre de 2009. El proceso de acreditación toma en promedio de seis a siete meses pero a veces tarda hasta nueve meses en completarse. Por este motivo, para obtener información sobre el proceso de acreditación e ingresar su solicitud, los abastecedores DMEPOS deben contactar de inmediato una organización de acreditación.

Para obtener o conservar el número de facturación de Parte B de Medicare, todos los abastecedores DMEPOS (excepto algunos profesionales y otras personas especificadas por el ministro) deben acreditarse y cumplir con los requisitos de control de calidad y estándares de Medicare. El requisito de acreditación se hace extensivo a abastecedores de equipo médico durable, suministros médicos, equipo de diálisis a domicilio y suministros, zapatos ortopédicos, nutrición intestinal, medicina de transfusión y aparatos prótesis y ortóticos.

También deben cumplir con la fecha límite de acreditación del 30 de septiembre de 2009: las farmacias, técnicos ortopédicos, entrenadores atléticos y técnicos en mastectomía. Ciertos profesionales y otras personas especificadas por el ministro están exentos del requisito de acreditación.

Se puede encontrar más información sobre requisitos de acreditación de DMEPOS junto a una lista de organizaciones de acreditación y de aquellos profesionales u otras personas exentas de este requisito, en el sitio Web de CMS http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/03_DeemedAccreditationOrganizations.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-05, CMS PERL 200904-23, CMS PERL 200904-29

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.fcs.com>, haga clic en el enlace de “*eNews*” localizado en la esquina derecha de arriba de la página y siga las instrucciones.

SERVICIOS DE HOSPITAL

Pago máximo anual y apelaciones de hospitales para enfermos terminales

Número de *MLN Matters*: MM6400

Número de petición de cambio relacionado: 6400

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de abril de 2009

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1708CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

La ley que rige los pagos de hospitales para enfermos mentales los divide en dos máximos reglamentarios:

- Un máximo diario por paciente hospitalizado, descrito en la Sección 1861(dd)(2)(A)(iii) de la ley de seguro social
- Un máximo agregado sobre el pago total, descrito en la Sección 1814(i)(2)(A)-(C).

Estos máximos reglamentarios limitan el pago total anual de un hospital para enfermos mentales. Los pagos que sobrepasen cualquiera de estos dos máximos deben ser devueltos. Actualmente, al finalizar el año en que aplica el máximo de pago, el contratista que corresponde (intermediarios regionales de salud en el hogar [RHHI], intermediarios fiscales [FI], contratistas administrativos de Partes A/B de Medicare [A/B MAC]) calcula ambos límites máximos y determina la cantidad de reembolso debida por cada hospital para enfermos mentales atendido por cada contratista.

Información importante

El último límite máximo, por el año finalizado el 31 de octubre de 2008, es de \$22,386.15. El tema de límite máximo de pago para hospitales de enfermos mentales, es tratado más a fondo en Medicare Claims Processing Manual (Manual de Procesamiento de

Reclamaciones de Medicare) ((Capítulo 11, Procesamiento de Reclamaciones de Hospitales para enfermos mentales, Sección 80.2) que se encuentra disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c11.pdf>. Su contratista (RHHI, FI, o AB MAC) le enviará una notificación del límite máximo de pago anual calculado por el contratista, la que le servirá para determinar el reembolso debido al programa. En caso de existir un pago que exceda el límite fijado, esta notificación irá acompañada de un cobro de reembolso.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6400.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6400, 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/R1708CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1708, CR 6400

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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.

Implementación de eliminación gradual de capital para educación médica indirecta y provisiones de hospitales del cuidado a largo plazo

Número de *MLN Matters*: MM6444

Número de petición de cambio relacionado: 6444

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

Fecha de efectividad: 17 de febrero de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R466OTN

Fecha de implementación: 6 de abril de 2009

Resumen

Este artículo discute provisiones de la Ley de Reinversión y Recuperación Americana (American Recovery and Reinvestment Act, ARRA) de 2009 que impacta los pagos del sistema de pagos prospectivos (IPPS) del paciente hospitalizado capital a hospitales para educación médica indirecta (IME) y cambios a ciertas pólizas de pagos PPS de hospitales del cuidado de la salud a largo plazo (LTCH). Las reclamaciones con fechas de remoción del 1 de octubre de 2008 en adelante que fueron previamente procesadas con una cantidad de pago incorrecto para IME y/o reclamaciones de pago extraordinario de LTCH con un programa de enseñanza, serán reprocesadas. Ninguna acción es requerida por el proveedor para iniciar el reprocesamiento de estas reclamaciones. Ajustes a los pagos serán hechos dentro de seis meses de la instalación del software pricer, el cual está programado a ocurrir en o antes del 6 de abril de 2009.

El ARRA fue firmado en ley el 17 de febrero de 2009.

Implementación de capital a IPPS IME y provisiones de LTCH del ARRA de 2009 (continuación)

Puntos claves de la petición de cambio 6444

- Comenzando en el año fiscal (FY) 2009, los hospitales han de recibir un 50 por ciento del ajuste capital IME provisto bajo la fórmula actual. La Sección 4301(b)(1) del ARRA remueve el ajuste de 50 por ciento que aplicó para FY 2009 y ofrece a hospitales de enseñanza la cantidad IME capital completa para remociones que ocurran el 1 de octubre de 2008 en adelante, hasta el 30 de septiembre de 2009.
- Comenzando en FY 2010, bajo la ley actual, los hospitales no recibirán más un ajuste de enseñanza bajo el PPS capital. Esta provisión también afecta los pagos de LTCH PPS como parte del cálculo de pago extraordinario.
- El ARRA hace una excepción adicional a la moratoria que permitirá a las LTCH existentes expandir el número de camas en el LTCH o su satélite si el hospital obtiene un certificado de necesidad para un incremento en camas en un estado para el cual tales certificados de necesidad es requerido que fue emitido el 1 de abril de 2005 en adelante, y antes del 29 de diciembre de 2007.
- El ARRA corrigió los cambios de “Medicare, Medicaid and SCHIP Extension Act” (MMSEA) del 2007 a un 25 por ciento de la póliza al añadir otra categoría de LTCH que estaría sujeta a tres años de retraso en aplicación del 25 por ciento de provisión de pago.

Información adicional

El enlace al artículo de MLN Matters es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6444.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6444, 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/R466OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 466, CR 6444

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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.

Fondos para hospitales que atienden a pacientes que no tienen seguro

Secundando los esfuerzos del Presidente Barack Obama en el sentido de asegurar el acceso a cuidados de salud a millones de habitantes de los Estados Unidos que no tienen seguro médico, el Departamento de Salud y Servicios Humanitarios (HHS) de los Estados Unidos ha anunciado que los estados pueden tener acceso a \$268 millones de dólares adicionales autorizados por la ley de recuperación y reinversión estadounidense para ayudar a pagar a los hospitales por el tratamiento de sus pacientes más vulnerables.

“Millones de personas dependen de la atención que les presta el hospital de su comunidad” dijo el secretario de HHS en funciones, Charles E. Johnson. “Gracias a la ayuda provista por la ley de recuperación podemos asegurarnos de que estas personas continuarán recibiendo por parte de los hospitales, la atención que necesitan”

Son elegibles aquellos hospitales que atienden un parte desproporcionada de personas de bajos ingresos y/o carentes de seguro médico y son conocidos como hospitales de atención fuera de límite (DSH). Los estados reciben una asignación anual para pagar a los hospitales DSH por los mayores costos asociados con el tratamiento de pacientes de bajos ingresos y/o carentes de seguro de salud. Esta asignación anual es calculada por ley e incluye requisitos para asegurar que los pagos DSH a los hospitales no son más altos que los incurridos por el hospital en proveer estas atenciones médicas sin compensación. El acta de recuperación aumenta las asignaciones a disposición de los estados de aproximadamente \$11.06 billones a \$11.33 billones de dólares para 2009.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) notificarán a los estados de la disponibilidad del aumento de asignación para los hospitales. No todos los estados gastan su asignación DSH completa. Por lo tanto, antes de poder tener acceso a estos nuevos fondos, los estados deben demostrar que han ocupado toda la asignación DSH correspondiente al año fiscal actual 2009. Los estados pueden solicitar a CMS fondos adicionales como parte de su presupuesto trimestral de Medicaid y esos fondos serán entregados como una subvención aparte dentro de la ley DSH de recuperación.

“Miles de hospitales del país son el primer lugar donde las familias llevan sus hijos enfermos o el único lugar donde más de 45 millones de habitantes de los Estados Unidos pueden recibir alguna forma de atención médica” dijo el secretario de HHS en funciones Johnson “Los fondos de la ley de recuperación ayudarán a asegurar que los hospitales podrán mantener sus puertas abiertas a las personas más necesitadas de atención médica”.

Para ver una lista completa de las subvenciones DSH revisadas que incluyen fondos adicionales provenientes de la ley de recuperación, diríjase a <http://www.hhs.gov/recovery/cms/dshstates.html>.

Para rastrear el progreso de las actividades financiadas por HHS por medio de la ley de recuperación, visite <http://www.hhs.gov/recovery>. Para rastrear el progreso de todas las actividades financiadas por medio de la ley de recuperación, visite <http://www.recovery.gov>. ❖

Fuente: CMS PERL 200903-29

Información para comprar los datos ampliados y modificados de MedPAR

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han puesto a la venta los datos ampliados y modificados de Análisis y revisión del proveedor de Medicare (Medicare Provider Analysis and Review (MedPAR)) que serán utilizados en la simulación de los reglamentos de propuestas hechas en el sistema tentativo de pagos por pacientes hospitalizados durante el año fiscal 2010.

Para ayudarle a analizar la transición de CMS-DRG (grupos de diagnóstico relacionado) a MS-DRG (grupos de diagnóstico grave relacionado de Medicare). El MedPAR del año fiscal (FY) 2008 publicado en apoyo de la notificación de reglamentación propuesta (NPRM) de FY 2010, incluirá FY 2007, FY 2008, FY 2009 y las asignaciones propuestas para FY 2010 DRG. Si usted tiene interés en recibir este archivo, le sugerimos hacer su pedido lo más pronto posible a una de las direcciones indicadas a continuación. Los pedidos serán procesados en el orden en que se reciban.

Información para hacer pedidos

Para información sobre como solicitar el MedPAR expandido, vaya al sitio Web:

<http://www.cms.hhs.gov/LimitedDataSets/> y haga clic en MedPAR Limited Data Set (LDS)-Hospital (National).

Esta página Web describe el archivo y da instrucciones más detalladas acerca de como hacer un pedido.

Las personas que deseen hacer un pedido deben enviar lo siguiente: Carta solicitud, acuerdo de uso de datos LDS y protocolo de búsqueda (para mayores instrucciones, vea el sitio Web), formulario LDS y un cheque por \$3,655 a:

Si utiliza el correo de los Estados Unidos

Centers for Medicare & Medicaid Services
RDDC Account
Accounting Division
P.O. Box 7520
Baltimore, Maryland 21207-0520

Si utiliza correo expreso (Federal Express, Airborne, etc.)

Centers for Medicare & Medicaid Services
OFM/Division of Accounting-RDDC
7500 Security Boulevard, C3-07-11
Baltimore, Maryland 21244-1850 ❖

Fuente: CMS PERL 200903-31

Apareció el software de pagos PRICER correspondiente al año 2008

Con la finalidad de posibilitar la corrección de tarifas, el software PC PRICER del sistema de pagos estimados por pacientes hospitalizados IPPS del año fiscal (FY) 2008 ha sido actualizado con los datos del proveedor de enero de 2009. Si usted utiliza IPPS PC PRICERS vaya a la sección "Downloads" de la página Web "Inpatient PPS PC PPRICER" (http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/03_inpatient.asp) y descargue la versión FY 2008.6 de PC PRICER (publicada el 20 de marzo de 2009). ❖

Fuente: CMS PERL 200903-30

Correcciones al sistema de pagos prospectivos por pacientes ambulatorios

Han sido puestas en Internet versiones incorrectas de la iniciativa de corrección de códigos nacionales (NCCI) para el sistema de pagos prospectivos por pacientes ambulatorios (PPS) de hospitales. El número de la versión corregida es 15.0, vigente desde el 1 de abril de 2009 al 30 de junio de 2009. El número de versión y archivos, han sido corregidos y pueden encontrarse en <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/NCCIEHOPPS/list.asp> en el sitio Web de CMS. La NCCI de OPPS de hospitales, está siempre una versión y cuarto detrás de la NCCI de los médicos. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-04

Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

Únase 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.

Tarifas actualizadas del sistema de pagos de pacientes hospitalizados para año fiscal 2009

La Ley de Reinversiones y Recuperación de los Estados Unidos (ARRA) de 2009 ha sido promulgada el 27 de febrero de 2009. ARRA ha hecho nula la reducción en un 50 por ciento del capital dedicado a educación médica indirecta (IME), por lo tanto los hospitales recibirán el capital IME en su totalidad, en forma retroactiva desde el 1 de octubre de 2008. El indicador de tarifas IPPS PC ha sido actualizado para dar cumplimiento a las disposiciones de ARRA. Si usted utiliza un indicador de precios en su computadora personal (PC) para el sistema prospectivo de pagos de pacientes hospitalizados (IPPS), vaya a: http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/03_inpatient.asp a la sección *Downloads* y descargue *FY 2009.5 version of the PC pricer software - updated 04/09/2009 (versión FY 2009.5 del programa de indicador de precios para PC -- actualizado el 9 de abril de 2009)*. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-18

INTERÉS GENERAL

Inscripción inicial en FQHC, centros ESRD y clínicas rurales

Número de *MLN Matters*: MM6207

Número de petición de cambio relacionado: 6207

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

Fecha de efectividad: 27 de abril de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1707CP

Fecha de implementación: 27 de abril de 2009

Resumen

En el contexto de intermediario fiscal (FI), los centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC), establecimientos de enfermedades renales en su estado terminal (ESRD) y clínicas rurales de medicina (RHC) estaban concentradas en la carga de trabajo de diversos FI nacionales y regionales.

En el contexto de contratista administrativo de Medicare (MAC) no existirán contratistas de FQHC, RHC y ESRD nacionales o regionales. La mayoría de los proveedores que estaban asignados a un FI nacional o regional son considerados "proveedores fuera de la jurisdicción (OJP)". Se define un OJP como un proveedor que no está actualmente atendido por el FI o MAC que corresponde al estado donde está localizado el proveedor. Estos proveedores serán trasladados eventualmente a su MAC correspondiente.

La tabla siguiente muestra a quién debe presentarse cada formulario impreso:

Establecimiento	Nuevas solicitudes de inscripción
FQHC	FI/MAC que atiende el estado donde están ubicados
RHC	FI/MAC que atiende el estado donde están ubicados
ESRD	FI/MAC que atiende el estado donde están ubicados
IHS FQHC	J4 MAC
FQHC en base al proveedor	FI/MAC al servicio del proveedor principal

Solicitudes CMS 855-A presentadas incorrectamente

Si una solicitud CMS 855-A es enviada al contratista equivocado, el formulario será remitido al contratista que corresponda. El proveedor será notificado de esta situación y de que toda consulta posterior con respecto a su solicitud debe ser dirigida al contratista a cargo.

Inscripción de Proveedores por medio de Internet, Sistema de propietarios y establecimientos en cadena (PECOS)

FQHC, RHC y establecimientos ESRD no podrán utilizar PECOS para presentar su solicitud inicial, cambio de propietario o cambio de información de su CMS-855. Para este tipo de transacciones se aceptan solamente formularios impresos.

Inscripción inicial en FQHC, centros ESRD y clínicas rurales (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de MLN Matters es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6207.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6207, 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/R1707CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1707, CR 6207

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

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Como usar segmentos institucionales ANSI X12 837 para reclamaciones MSP Parte A

Número de *MLN Matters*: MM6426

Número de petición de cambio relacionado: 6426

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R66MSP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Las disposiciones de Medicare como pagador secundario (MSP) se refieren a situaciones en que Medicare no es el asegurador primario del beneficiario. Las reclamaciones a Medicare como MSP de Parte A están basadas en:

- El valor más bajo entre los cargos con cobertura de Medicare y la cantidad que el médico (u otro proveedor de servicios de salud) está obligado a aceptar como pago total (OTAF)
- La cantidad que Medicare hubiese pagado como pagador primario
- La cantidad pagada por el pagador primario.

La Ley de Portabilidad y de Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) exige que Medicare y todos los otros pagadores de servicios de la salud en los Estados Unidos deben seguir los estándares de intercambio electrónico de datos (EDI) para el cuidado de la salud como lo ha dispuesto la Secretaría de Salud y Servicios Sociales. Las guías de implementación X12N 837 han sido establecidas como estándares que deben ser seguidos en las transacciones de reclamaciones y las guías de implementación para cada transacción están en <http://www.wpc-edi.com>.

Este artículo tiene por finalidad recordarle incluir códigos de segmentos de ajuste (CAS) de reclamaciones de grupos relacionados, códigos de ajuste de denegaciones de reclamaciones y cantidades asociadas con el ajuste de reclamaciones institucionales 837 que usted envía al contratista de Medicare quien necesita de estos ajustes para procesar correctamente las reclamaciones MSP y para que Medicare haga los pagos como corresponde. Esto incluye todos los ajustes hechos por el pagador primario lo que, por ejemplo, explica por qué la cantidad facturada no ha sido pagada en su totalidad.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6426 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/R66MSP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-05, Transmittal 66, CR 6426

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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 para usar ANSI X12 837 segmentos institucionales para reclamaciones de MSP de Parte A

Número de *MLN Matters*: MM6275 -- Rescindido

Número de petición de cambio relacionado: 6275

Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de diciembre de 2008

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R63MSP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

El 27 de marzo de 2009 los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anularon la petición de cambio (CR) 6275 y la reemplazaron con CR 6426. Como resultado, el artículo MM6426 de *MLN Matters*, el cual está disponible en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6426.pdf>.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6275 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/R66MSP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-05, Transmittal 63, CR 6275

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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.

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.

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 FCSSO *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

Nuevas LCD

A75722 Angiografía renal.....	25
A95805 Polisomnografía y prueba del sueño.....	25
A0425 Servicios rutinarios de ambulancia terrestre.....	26
Intravitreal bevacizumab (Avastin®).....	26
A93015 Prueba de estrés cardiovascular.....	27

Revisión a la LCD

A70210 Examinaciones radiológicas, sinus, paranasal.....	28
A77055 Imagen del seno: mamografía/ecografía del seno	29
A92135 Escaneo de imagen de diagnóstico oftálmico	29
A93798 Programas de rehabilitación cardiaca.....	29
ABOTULINUMTOXINS: Botulinum toxins.....	30
AJ0881 Agentes estimulantes eritropoyesis.....	30
AJ3487 Ácido Zoledronico.....	32
AJ9305 Pemetrexed.....	33
ANCSVCS La lista de Medicare para servicios no cubiertos.....	33
ASKINSUB Substitutos de piel.....	34
AVISCO Terapia de viscosuplementación para la rodilla.....	34

Información adicional

Adición a la lista de medicamentos autoadministrados (lista SAD).....	35
Cobertura Medicare para medicinas anti-cáncer sin identificación.....	35

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).

Nuevas LCD

A75722 Angiografía renal -- nueva LCD

Número de identificación de la LCD: L29893 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29895 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Arteriografía de diagnóstico es un método invasivo para evaluar enfermedad vascular. Esto comprende la introducción percutánea de una aguja y/o catéter dentro de una arteria bajo la una guía fluoroscópica, seguido por inyección de material de contraste e imagen de la distribución vascular en cuestión usando filme en serie o sistemas de imagen digital, bajo sedantes.

Con técnicas modernas de imagen no invasivas (e.g., ultrasonografía doble, angiografía de resonancia magnética mejorada de gadolinio (MRA), angiografía topográfica computarizada [CTA]), la necesidad de arteriografía renal ha sido significativamente reducida. Actualmente, arteriografía renal es mayormente usada en conjunción con lesiones que pueden ser potencialmente tratadas o para analizar vasculatura renal preoperatoriamente.

Los análisis de datos recientes demostraron la necesidad del desarrollo de una determinación de local de cobertura (LCD) para describir las indicaciones y limitaciones de cobertura para los siguientes códigos CPT/HCPCS:

75722 Angiografía, renal, unilateral, selectiva (incluyendo aortograma), supervisión radiológica e interpretación

75724 Angiografía, renal, bilateral, selectiva (incluyendo aortograma), supervisión radiológica e interpretación

G0275 Angiografía renal, no selectiva, uno o ambos riñones, realizados al mismo tiempo de la cateterización cardiaca y/o angiografía coronaria, incluye el posicionamiento o colocación de cualquier catéter en la aorta abdominal o cerca de los orígenes (ostia) de las arterias renales, inyección de colorante, aortograma, producción de imagen permanente, y supervisión radiológica e interpretación (listado separadamente in adición al procedimiento primario).

Esta nueva LCD describe las indicaciones y limitaciones de cobertura, requisitos de documentación y pautas de utilización y contiene un anexo de guía de codificación para los códigos de procedimientos listados arriba. En adición, los códigos ICD-9-CM que avalan la necesidad médica están listados consecuentemente.

Para los códigos CPT 75722 y 75724 los siguientes códigos ICD-9-CM son médicamente necesarios: 189.0, 189.1, 198.0, 223.0, 223.1, 233.9, 401.0, 405.01, 405.11, 405.91, 440.1, 441.00, 441.01, 441.02, 441.03, 441.1, 441.2, 441.3, 441.4, 441.5, 441.6, 441.7, 441.9, 442.1, 442.2, 442.83, 442.84, 443.22, 443.23, 444.0, 444.81, 445.02, 445.81, 447.3, 447.6, 557.0, 557.1, 557.9, 593.81, 593.9, 599.70, 747.62, 794.4, 902.40, 959.12, 959.8, 996.1, V42.0, y V58.44.

Para el código HCPCS G0275 los siguientes códigos ICD-9CM son médicamente razonables y necesarios: 401.0, 402.00, 402.01, 403.00, 403.01, 404.00-404.03, 404.10-404.13, 405.01, 405.11, 440.1, 442.1, 445.81, y 447.3.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el 30 de junio de 2009. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database. Las guías de codificación para una LCD (cuando estén disponibles) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en "Jump to Section" del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

A95805 Polisomnografía y prueba del sueño -- nueva LCD

Número de identificación de la LCD: L29905 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29907 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Estudios del sueño y polisomnografía (PSG) se refiere al monitoreo continuo y simultáneo y el registro de de varios parámetros fisiológicos y pato fisiológicos del sueño por seis horas o más con la revisión, interpretación y reporte del médico. Normalmente, estudios del sueño y PSG para desordenes del sueño son realizados en centros del sueño o laboratorios. Sin embargo, el diagnóstico de la apnea obstructiva del sueño (OSA) para cobertura de la presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP) puede ser también establecido por pruebas del sueño en el hogar (HST).

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio del 13 de marzo de 2008 en adelante, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) determinó que la terapia CPAP, cuando es usada en pacientes adultos con OSA, es considerada razonable y necesaria bajo criterios específicos los cuales están listados en las Determinaciones Nacionales de Cobertura (NCD) Manual Pub 100-03, Chapter 1, Section 270.4. Medicare permitirá la cobertura de terapia CPAP basada en un diagnóstico de OSA por HST desatendido.

Basado en la decisión de CMS arriba y criterios de condiciones medicas específicas descritas por CMS para clínicas de desorden del sueño, esta Determinación Local de Cobertura (LCD) esta siendo desarrollada para incluir polisomnografía y códigos CPT de pruebas del sueño como también los códigos HCPCS de 2009 (G0398, G0399, y G0400) para dispositivos HST.

A95805 Polisomnografía y prueba del sueño (continuación)

Indicaciones y limitaciones de criterios de cobertura para condiciones médicas específicas realizadas en clínicas de desorden del sueño están incluidas, como también indicaciones y limitaciones de cobertura para HST desatendido para OSA con los tipos de dispositivos permitidos definidos. En adición, los códigos ICD-9-CM, documentación/requisitos de acreditación, pautas de utilización, y pautas de codificación fueron incluidas.

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de la base de datos sobre cobertura de Medicare de CMS.

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

A0425 Servicios rutinarios de ambulancia terrestre -- nueva LCD

Número de identificación de la LCD: L29916 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29920 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Ha sido creada una nueva LCD que se refiere a los servicios rutinarios de ambulancia terrestre. Esta LCD clarifica indicaciones y limitaciones de acuerdo a las pautas nacionales de Medicare. Los “códigos ICD-9 en apoyo de la necesidad de atención médica”, están incluidos en las siguientes secciones de la LCD:

- V49.84 (Postrado en cama)
- V49.89 (Otras condiciones especificadas que influyen el estado de salud)

Además, se han creado pautas de codificación que contienen información sobre los requisitos de tripulación, vehículo, destino y certificación médica (PCS).

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD se pondrá en vigencia para los servicios prestados a partir del **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles en CMS Medicare Coverage Database.

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

Intravitreal bevacizumab (Avastin®) -- nueva LCD

Número de identificación de la LCD: L29933 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29935 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Previo al desarrollo de esta nueva determinación local de cobertura (LCD), First Coast Service Options Inc. (FCSO) dio consideración para intravitreal bevacizumab (Avastin®) en una base de caso por caso individual para el tratamiento de degeneración muscular relacionada con la edad (AMD). Esta información fue publicada en un artículo (número de identificación del artículo A41456), actualizado el 1 de agosto de 2008. Luego de numerosas solicitudes para que FCSO provea los requisitos de cobertura para intravitreal bevacizumab (Avastin®), FCSO ha desarrollado esta nueva LCD.

Degeneración muscular neovascular relacionada con la edad (AMD), cuando no se trata o es refractario a terapias usuales, casi siempre conduce a ceguera permanente. Neovascular (mojado) AMD es caracterizado por neovascularización coroidal (CNV) bajo la retina. El tejido neovascular frecuentemente gotea sangre y fluido, y cuando no se trata, eventualmente progresa con la eventual destrucción de la mácula y pérdida de la visión. Intervenciones terapéuticas adicionales han sido estudiadas para tratar de salvar la visión de pacientes con AMD que han fallado en responder a las terapias usuales.

Una de estas opciones es el uso de bevacizumab (Avastin®), un anticuerpo IgG1 monoclonal humanizado recombinante que se adhiere e inhibe la actividad biológica del factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF, también conocido como factor de permeabilidad [VPF] o VEGF-A) con receptores sobre la superficie de células endoteliales, por lo tanto previniendo la proliferación de células y formación de nuevos vasos sanguíneos (i.e., angiogénesis).

Basado en reportes publicados y uso clínico generalizado, existe evidencia convincente de la seguridad y eficacia de bevacizumab para CNV en AMD y también en retinopatía diabética proliferante, glaucoma neovascular, edema macular, neovascularizaciones renales y del iris y oclusiones de retina central y de rama, debido a caminos patogénicos comunes VEGF inducidos. La comunidad de oftalmología usa de manera más continua intravitreal bevacizumab en el tratamiento de estas condiciones que no han respondido a otras terapias aceptadas.

FCSO Medicare considera bevacizumab (Avastin®) administrado por inyección in vitro médicamente razonable y necesario para pacientes que están considerados por el oftalmólogo que los trata como que han fallado las terapias aprobadas por la Dirección de Alimentos y Medicinas de los Estados Unidos (U.S. Food & Drug Administration, FDA), o en el juicio del oftalmólogo que trata la condición, basado en su experiencia, son probables de tener una respuesta terapéutica del uso de intravitreal bevacizumab el cual es comparable a resultados de otros tratamientos aprobados para condiciones descritas en esta LCD.

La LCD describe las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los requisitos de documentación y pautas de codificación para el uso “off-label” de intravitreal bevacizumab (Avastin®). El código HCPCS J3490, medicamento

Intravitreal bevacizumab (Avastin®) (continuación)

no clasificado debe ser facturado para intravitreal bevacizumab, junto con el código CPT 67028, “*intravitreal injection of a pharmacologic agen*”t. En adición, los siguientes códigos ICD-9-CM están considerados médicamente razonables y necesarios para los usos descritos en esta LCD: 362.02, 362.07, 362.16, 362.35, 362.36, 362.52, 362.53, 362.83, 364.42 y 365.63.

Bevacizumab (Avastin®; Genentech) es aprobado por la FDA para el tratamiento de algunos cánceres como un medicamento sistémico. Sin embargo, esta LCD solamente informa sobre el uso de bevacizumab para **indicaciones oftálmicas “off-label”** (que no están aprobadas por la FDA) Los códigos HCPCS J9035, inyección, bevacizumab, 10 mg no aplican para la administración in vitro puesto que los agentes han sido procesados por farmacias compuestas.

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de FCSO están disponibles a través de la base de datos sobre cobertura de Medicare de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén disponibles) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

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

A93015 Prueba de estrés cardiovascular -- nueva LCD

Número de identificación de la LCD: L29901 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29903 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Prueba de Estrés Cardiovascular o “Exercise Stress Test (EST) consiste del monitoreo continuo de un electrocardiograma (generalmente un sistema de 12 electrodos) con registros de 3 o 12 electrodos tomados de acuerdo a las circunstancias clínicas, determinaciones de la presión sanguínea frecuente y observaciones continuas del paciente antes, durante y después del ejercicio progresivamente incrementado en intensidad (usualmente con una máquina trotadora o banda ergométrica) a cualquier número de pruebas con este fin.

FCSO Medicare considerará una prueba de estrés cardiovascular médicamente razonable y necesaria para las siguientes condiciones:

- Para evaluar la capacidad funcional y de pronóstico de pacientes con Coronary Artery Disease (CAD) luego de un infarto al miocardio (antes de ser dado de alta o tempranamente después de la descarga y otra vez de 6-8 semanas después de MI sin complicaciones).
- Para evaluar la presencia o ausencia de enfermedad coronaria, ritmo cardiaco apropiado y/o respuesta de presión sanguínea para pacientes de trasplante cardiaco. Para manejo optimo de estos pacientes, se recomienda pruebas anuales.
- Evaluación de pacientes antes y después de revascularización de arteria coronaria por los siguientes métodos:
- Coronary Artery Bypass Grafting (CABGs). Se recomienda hacer pruebas en pacientes con sospecha de revascularización incompleta, dificultades técnicas durante o después de la operación, dificultades iniciales en ser desconectado del sistema de apoyo extra corpóreo, evidencia enzimática o electrocardiografía de MI intraoperativo, u otra evidencia de complicaciones perioperativas.
- Percutaneous Coronary Intervention (PCI). Las pruebas son realizadas antes de ser dado de alta (1-3 días después del procedimiento) y nuevamente de 3 a 6 meses (ayuda a identificar el 20-30% de los pacientes que responden en los primeros 6 meses después del procedimiento)
- Para evaluar seriamente la capacidad funcional en el curso de un programa de ejercicio de rehabilitación cardiaca (antes de empezar la rehabilitación y a las 12 semanas).
- Evaluación inicial de pacientes con síntomas consistentes con arritmias recurrentes e inducidas por ejercicio (e.g., dificultad para respirar (SOB) esfuerzo excesivo, síncope, palpitaciones, etc.).
- Evaluación inicial de capacidad de ejercicio de pacientes seleccionados con enfermedad valvular del corazón con sintomatología relacionada.
- Diagnóstico inicial del examen medico completo para un paciente que presenta signos anormales y síntomas tales como dolor de pecho, palpitaciones, disnea, etc., los cuales pueden sugerir un origen cardiaco. (Incluyendo aquellos con RBBB o menos de 1 mm ST depresión, con una pre-prueba intermedia de probabilidad de CAD).
- Evaluación inicial de pacientes con nuevos acontecimientos de arritmias.
- Evaluación inicial de un paciente con un viejo infarto al miocardio en el cual un estudio diagnostico no ha sido previamente realizado.
- Evaluación de una paciente que presenta cambios recientes en un ECG.
- Evaluación de un paciente con CAD conocido que presenta con nuevos síntomas tales como un incremento en (SOB), palpitaciones, cambio en EKG, etc.

A93015 Prueba de estrés cardiovascular (continuación)

- Evaluar la respuesta del paciente a una nueva terapia establecida para angina, palpitaciones, arritmia, SOB o cualquier otro proceso de enfermedad cardiopulmonar.
- Evaluación de cualquier otra sintomatología la cual pueda indicar un origen cardiaco , especialmente en aquellos pacientes que tienen antecedentes de un MI, cirugía CABG, PCI, pacientes que están siendo tratados médicamente después de una prueba de estrés positiva o cateterización cardiaca.

Esta determinación local de cobertura (LCD) fue desarrollada para describir las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, “ICD-9 codes that Support Medical Necessity”, “Documentation Requirements”, “Utilization Guidelines”, y “Sources of Information” de la LCD.

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados el 30 de junio de 2009 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

Revisiones a las LCD existentes

A70210 Examinaciones radiológicas, sinus, paranasal -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29046 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29047 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para la reexaminación radiológica, sinus, para nasal fue efectiva para servicios provistos desde el 16 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, las siguientes secciones de la LCD han sido revisadas para actualizar el contenido:

- Tipo de código de facturación
- Códigos de ingreso
- Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica
- Requisitos de documentación
- Pautas de utilización
- Fuentes de información y bases para decisión

El rango de código ICD-9-CM para sinusitis aguda (461.0 – 461.9) fue eliminada de la LCD y los descriptores para todos los códigos ICD-9-CM fueron actualizados. El título de la LCD fue cambiado a “Sinus x-ray(s)” y el número de determinación del contratista fue cambiado a 70210.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el 30 de junio de 2009 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

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.fcs.com>, haga clic en el enlace de “*eNews*” localizado en la esquina derecha de arriba de la página y siga las instrucciones.

A77055 Imagen del seno: mamografía/ecografía del seno (sonografía) -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29048 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29049 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La Determinación Local de Cobertura (LCD) para la imagen del seno: mamografía/ecografía del seno (sonografía) fue efectiva para servicios prestados el 16 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, el título de la LCD fue cambiado para reflejar las pautas de cobertura para procedimientos de estudio y diagnóstico de mamografía solamente. Todas las pautas de cobertura para otros diagnósticos de procedimientos del seno fueron eliminados. Adicionalmente, las indicaciones para el estudio y diagnóstico de procedimientos de mamografías han sido clarificadas, y nuevos códigos de tecnología han sido añadidos a la sección de la LCD "CPT/HCPCS Codes".

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

A92135 Escaneo de imagen de diagnóstico oftálmico computarizado (SCODI) -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L28982 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29015 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para escaneo de imagen de diagnóstico oftálmico computarizado (SCODI) fue efectiva para servicios prestados el 16 de febrero de 2009 para Florida, y el 2 de marzo de 2009 en adelante para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada. First Coast Service Options Inc. (FCSO) evaluó la cobertura para el código CPT 0187T, escaneo de imagen de diagnóstico oftálmico computarizado, segmento anterior, con interpretación y reporte, y determinó que la cobertura sería razonable y necesaria para añadir a la LCD de SCODI. Esta LCD fue presentada para aviso y comentario desde el 20 de febrero de 2009 al 6 de abril de 2009.

La sección de "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD ha sido revisada para incluir lenguaje perteneciente al segmento SCODI anterior. La sección de "CPT/HCPCS Codes" de la LCD ha sido revisada para añadir el código CPT 0187T como médicamente razonable y necesario. La sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD ha sido revisada para incluir los códigos ICD-9-CM apropiados para el código CPT 0187T. La sección "Documentation Requirements" de la LCD ha sido revisada para añadir lenguaje concerniente al código CPT 0187T. La sección de "Sources of Information and Basis for Decision" de la LCD ha sido revisada consecuentemente. En adición, el código de tipo de factura (TOB) 85x fue añadido a la LCD y TOV 14x fue removido.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de FCSO están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

A93798 Programas de rehabilitación cardíaca -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L28794 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L28799 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para programas de rehabilitación cardíaca fue efectiva para servicios provistos 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. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada para añadir el código ICD-9-CM V15.1 (cirugía al corazón y grandes vasos) a la sección de la LCD de "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity".

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el **15 de mayo de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

Revisión de la LCD correspondiente a ABOTULINUMTOXINS: Botulinum toxins

Número de identificación de la LCD: L28788 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L28790 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para botulinum toxins ha estado en vigencia para los servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009 en Florida y a partir del 2 de marzo de 2009 en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Después de esa fecha, la sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" (Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica) de esta LCD ha sido modificada bajo "Off-label indications for Botox" (indicaciones para Botox no rotuladas), para agregar referencias a cobertura de incontinencia urinaria neurogénica e hiperactividad neurogénica de la cubierta de la vejiga urinaria en pacientes para los cuales no ha dado resultado la terapia oral documentada para estas condiciones. La sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" (códigos ICD-9 que confirman una necesidad médica) de la LCD ha sido también modificada para agregar los códigos ICD-9-CM número 596.54, 596.55 y 596.59 para el código HCPCS J0585. También ha sido actualizada la sección "Sources of Information and Basis for Decision" (fuentes de información y bases para tomar una decisión) de la LCD.

Fecha de vigencia:

Esta revisión de LCD corresponde a servicios prestados a partir del **16 de abril de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles en la base de datos de coberturas de Medicare de CMS.

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

AJ0881 Agentes estimulantes eritropoyesis -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L28836 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L28869 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) de agentes estimulantes de eritropoyesis fue efectiva para servicios provistos el 16 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde este tiempo, la LCD ha sido revisada. Desde la implementación de la decisión nacional de cobertura (NCD) 110.21 para el uso que no es ESRD de agentes estimulantes de eritropoyesis (ESA) en condiciones relacionadas al cáncer, First Coast Service Options Inc (FCSO) ha encontrado varios problemas concernientes a la codificación de las indicaciones cubiertas y no cubiertas descritas en la LCD. Aunque FCSO ha manejado estos problemas de codificación en una base de caso por caso mientras estas eran traídas a nuestra atención, fue determinado que las reglas de codificación como estaban escritas necesitaban ser perfiladas para hacerlas más fáciles para que los proveedores puedan enviar sus reclamaciones con mas precisión. Para atender este asunto, FCSO publicó la LCD de ESA para aviso y comentario del 20 de febrero de 2009 al 6 de abril de 2009. El lenguaje abierto para comentario estaba limitado a los códigos ICD-9-CM que avalan la necesidad médica y el segundo conjunto de códigos ICD-9-CM listados en las pautas de codificación. Este artículo sirve para delinear las decisiones finales hechas por FCSO, el cual toma en consideración todos los comentarios recibidos. Este artículo también servirá para resumir todas las reglas de facturación que no son ESRD ESA (códigos J0881 y J0885 de HCPCS) implementados el 7 de abril de 2008, y como ellos aplican a esta nueva LCD revisada. Cualquier pregunta sobre esta LCD debe ser enviada al departamento de póliza médica al medical.policy@fcs.com.

Estas listas de "códigos ICD-9 que avalan la necesidad médica" para J0881 y J0885 han sido revisadas para incluir ahora dos listas de códigos ICD-9-CM para cada código HCPCS. Las dos listas para J0881 y J0885 ahora descritas

con el modificador ESA (EA o EC) debe ser facturado con los códigos ICD-9-CM y cualquier requerimiento de diagnóstico doble para los códigos ICD-9-CM. Esta designación de modificadores y reglas de diagnóstico doble son encontradas al comienzo de cada lista para J0881 y J0885. Los códigos ICD-9-CM que requieren un diagnóstico doble son designados con una *. En adición, las pautas de codificación adjuntas para la LCD han sido revisadas para instruir a los proveedores a como facturar para ciertas indicaciones que no están cubiertas y descritas en NCD 110.21. Este cambio es descrito en mayor detalle abajo. Todo otro lenguaje y codificación no ha cambiado debido a esta revisión.

Cambios de codificación:

J0881 (Esta lista no requiere un diagnostico doble)

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador EA: 140.0-149.9, 150.0-159.9, 160.0-165.9, 170.0-176.9, 179-189.9, 190.0-199.2, 200.00-200.88, 201.00-201.98, 202.00-202.98, 203.00-203.82, 204.00-204.92, 209.00-209.03, 209.10-209.17, 209.20-209.29, 209.30, 230.0-234.9, 235.0-235.9, 236.0-236.99, 237.0-237.9, 238.0, 238.1, 238.2, 238.3, 238.4, 238.5, 238.6, 238.8, 238.9, o 239.0-239.9

J0881 (Esta lista no requiere un diagnóstico doble.)

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador EC: 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, o 273.3.

J0881

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador EC y un diagnóstico doble (*): 285.21* y uno de los siguientes debe ser facturado junto: 403.01*, 403.11*, 403.91*, 404.02*, 404.03*, 404.12*, 404.13*, 404.92*, 404.93*, 585.1*, 585.2*, 585.3*, 585.4*, 585.5*, o 585.9*.

J0885 (Esta lista no requiere un diagnóstico doble.)

AJ0881 Agentes estimulantes eritropoyesis (continuación)

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador EA: 140.0-149.9, 150.0-159.9, 160.0-165.9, 170.0-176.9, 179-189.9, 190.0-199.2, 200.00-200.88, 201.00-201.98, 202.00-202.98, 203.00-203.82, 204.00-204.92, 209.00-209.03, 209.10-209.17, 209.20-209.29, 209.30, 230.0-234.9, 235.0-235.9, 236.0-236.99, 237.0-237.9, 238.0, 238.1, 238.2, 238.3, 238.4, 238.5, 238.6, 238.8, 238.9, o 239.0-239.9

J0885 (Esta lista no requiere un diagnóstico doble.)

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador EC: 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, o 273.3.

J0885

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador EC y diagnóstico doble (*): 285.21* y uno de los siguientes debe ser facturado junto: 403.01*, 403.11*, 403.91*, 404.02*, 404.03*, 404.12*, 404.13*, 404.92*, 404.93*, 585.1*, 585.2*, 585.3*, 585.4*, 585.5*, o 585.9*.

285.29* o 285.9* y uno de los siguientes debe ser facturado junto: 042*, 070.54*, 070.70*, 714.0*, o V07.8*.

Cambios en las pautas de codificación hechas como resultado de la revisión de la LCD:

Desde el 1 de enero de 2008, las siguientes son indicaciones nacionales que no están cubiertas por servicios que no son ESRD ESA que reportan el modificador ESA EC. Estas no deben ser reportadas con cualquier otro modificador ESA. Debido a que no existe un código específico ICD-9-CM para estas indicaciones listadas, FCSO identificará estas condiciones que no están cubiertas con el código ICD-9-CM **V49.89**. Esto indicará que el ESA fue dado para una condición que no estaba cubierta nacionalmente como se identificó en el requerimiento del negocio 5818.1.1 de la petición de cambio (CR) 5818.

- Cualquier anemia por cáncer o tratamiento de cáncer en pacientes debido a fibrosis de médula ósea
- Anemia por cáncer que no tiene relación con el tratamiento del cáncer
- Uso de profiláctico para prevenir la anemia inducida por quimioterapia
- Uso del profiláctico para reducir el tumor de hipoxia
- Pacientes con resistencia de tipo de eritropoyetina debido a anticuerpos neutralizantes
- Anemia debido a tratamientos de cáncer si los pacientes tienen hipertensión que no está controlada.

Vea al final del artículo para una lista adicional de indicaciones nacionales que no están cubiertas identificadas en la NCD para el uso que no es ESRD ESA.

Resumen de cobertura que no es ESRD ESA basado en CR 5818 y 5699 implementado el 7 de abril de 2008

Efectivo el 1 de enero de 2008 todas las reclamaciones que reportan ESA que no son ESRD (códigos HCPCS J0881 y J0885) son requeridos para reportar uno de los siguientes modificadores: (basado en CR 5699)

- EA: ESA, anemia, inducida por quimioterapia
- EB: ESA anemia, inducida por radio
- EC: ESA anemia, no inducida por quimioterapia o radio

El modificador **EA** debe ser solamente reportado cuando el ESA está dado por anemia como resultado de quimioterapia anticancerígena mielosupresiva en tumores sólidos, mieloma múltiple, linfoma, leucemia linfocítica. Anemia que no está relacionada a la administración de quimioterapia para una de las condiciones listadas que están cubiertas **no está cubierta por la NCD**. Por lo tanto, es inapropiado anexar el modificador EA a las reclamaciones ESA. Estas administraciones ESA deben ser identificadas con el código ICD-9-CM V49.89 (como se instruye en la pauta de codificación de la LCD) y el modificador EC debe ser anexado.

El modificador **EC** debe ser solamente reportado para esas indicaciones cubiertas descritas en la LCD bajo “códigos ICD-9 que avalan la necesidad médica” para códigos HCPCS J0881 y J0885 donde la anemia que está siendo tratada no es inducida por quimioterapia o radio. El proveedor también debe anexar el modificador EC para esas condiciones que no están cubiertas nacionalmente descritas en la NCD y las pautas de codificación de la LCD. Los códigos de codificación ICD-9-CM que no están cubiertos que corresponden a las indicaciones que no están cubiertas nacionalmente están anotadas en las pautas de codificación. Si uno de los códigos ICD-9-CM que no están cubiertos y el modificador EC están facturados con J0881 o J0885, el ESA será denegado.

El modificador **EB** no está cubierto. Si es facturado con una ESA, la reclamación será denegada.

Efectivo el 1 de enero de 2008, todas las reclamaciones que reporten ESA J0881, J0882, J0885, J0886 o Q4081 deben reportar las lecturas más recientes de hemoglobina y hematocrito. Para ESA que no son ESRD J0881 y J0885 el reportar el modificador EA (anemia relacionada a quimioterapia), se requiere que la hemoglobina o hematocrito estén por debajo de ciertos niveles para que el servicio sea médicamente necesario. Los contratistas están instruidos, por CR 5818 a denegar los servicios ESA que reporten J0881 o J0885 con un modificador EA cuando Hgb es **> 10.0g/L** o el Hct es **> 30%**. No existe excepción a este requerimiento, y no existe una ventana de cuatro semanas de iniciación donde los proveedores pueden reportar el nivel sobre 10.0 g/L o 30% y cobrar el servicio. La discusión completa concerniente a la administración de ESA para condiciones de cáncer está descrita en la LCD y NCD 110.21.

Indicaciones adicionales que no están cubiertas como identificadas en NCD 110.21 para el uso ESA que no es ESRD están listadas abajo. Los servicios ESA para J0881 y J0885 cuando está reportada con un modificador EC serán denegada cuando los siguientes códigos ICD-9-CM estén reportados:

- Cualquier anemia por cáncer o pacientes tratados por cáncer debido a una deficiencia de folato de 281.2
- Deficiencia de B-12 281.1, 281.3
- Deficiencia de hierro 280.0-280.9
- Hemólisis 282.0, 282.2, 282.9, 283.0, 283.10, 283.19, 283.2, 283.9
- Sangrado 280.0, 285.1

AJ0881 Agentes estimulantes eritropoyesis (continuación)

- Anemia asociada con el tratamiento de leucemia mielógena aguda y crónica (CML, AML) 205.00-205.21, 205.80-205.91
- Cáncer eritroide (207.00-207.81)

Recursos de información sobre cobertura ESA:

La NCD completa puede ser accedida en la sección 110.21 de la Publicación (Pub.) 100-03, Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual, y las instrucciones de procesamiento de reclamaciones pueden ser accedidas en el Pub. 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 17, secciones 80.8-80.12 y a través del siguiente enlace:

http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewncd.asp?ncd_id=110.21&ncd_version=1&basket=ncd%3A110%2E21%3A1%3AErythropoiesis+Stimulating+Agents+%28ESAs%29+in+Cancer+and+Related+Neoplastic+Conditions

CR 5818, transmittal 80 y 1413, fecha del 14 de enero de 2008 puede ser accedido a través del siguiente enlace:

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1413CP.pdf>
<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R80NCD.pdf>

CR 5699, transmittal 1412, fecha del 11 de enero de 2008 puede ser accedido a través del siguiente enlace:

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1412CP.pdf>

Fecha de efectividad

Esta revisión es efectiva para servicios provistos el 30 de junio de 2009 en adelante. Las LCD de FCSO están disponibles a través de la base de datos sobre cobertura de Medicare de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando esté presente) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en la sección “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD

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

AJ3487 Ácido Zoledronico -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29009 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29041 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para ácido zoledronico fue revisada por última vez el 12 de marzo de 2009. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada. First Coast Service Options Inc. (FCSO) presentó esta LCD para aviso y comentario el 20 de febrero de 2009 al 6 de abril de 2009. Esta LCD está siendo revisada para añadir los códigos ICD-9-CM que avalen la necesidad médica para los códigos HCPCS J3487, inyección de ácido zoledronico (Zometa), 1mg y J3488, inyección, ácido zoledronico (Reclast), 1mg. Las pautas de codificación adjuntas también han sido revisadas para incluir una descripción de la codificación apropiada para cada indicación.

Los siguientes códigos ICD-9-CM son médicamente necesarios para el código HCPCS J3487: 198.5, 203.00-203.02, 275.42, y 733.90.

Los siguientes códigos ICD-9-CM son médicamente necesarios para el código HCPCS J3488: 731.0 y 733.01.

Las indicaciones aprobadas de la Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA) para el uso de Zometa y Reclast deben ser facturadas como siguen:

- Hipercalcemia de malignidad: código ICD-9-CM 275.42 hipercalcemia (asociada con malignidad)
- Mieloma múltiple: ICD-9-CM 203.00-203.02 mieloma múltiple
- Metástasis de hueso documentada de tumores sólidos en conjunción con terapia neoplásica estándar, incluyendo metástasis de hueso de mieloma múltiple, carcinoma del seno, carcinoma de próstata, y otros tumores sólidos: ICD-9-CM 198.5 Neoplasma maligno secundario del hueso o médula ósea
- Enfermedad de Paget: Código ICD-9 CM 731.0 Osteítis sin mención de tumor del hueso
- Osteoporosis posmenopáusica: Código ICD-9-CM 733.01 Osteoporosis senil
- Tratamiento para incrementar la masa del hueso en hombres con osteoporosis: Código ICD-9-CM 733.01 Osteoporosis senil

La indicación “off-labeled” para el uso de Zometa debe ser facturada como sigue:

- Osteopenia inducida por medicamento, terapia secundaria de degeneración de andrógeno en pacientes con cáncer de próstata (profilaxis) código ICD-9-CM 733.90 Desorden del hueso y cartílago, no especificado.

Fecha de efectividad

Esta revisión es efectiva para servicios provistos el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de FCSO están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database. Las pautas de codificación para una LCD (cuando este presente) puede ser encontrada al seleccionar “LCD Attachments” en “Jump to Section” del menú desplegable arriba de su página de LCD.

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

AJ9305 Pemetrexed -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L28947 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L28968 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La Determinación Local de Cobertura (LCD) para pemetrexed fue efectiva para servicios prestados 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. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada.

La sección de la LCD de "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" ha sido revisada para actualizar las indicaciones aprobadas por la Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA).

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el **2 de abril de 2009 en adelante** para servicios provistos el **26 de septiembre de 2008 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

ANCSVCS La lista de Medicare para servicios no cubiertos -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L28991 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29023 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para la lista de servicios no cubiertos de Medicare fue efectiva para servicios provistos el 16 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 en adelante para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada.

La siguiente sección de "Laboratory Procedures" y códigos CPT han sido añadidos a la sección de "Local Noncoverage Decisions" de la LCD: 0103T*, 0111T*, 82016*, 82017*, 82172, 83090GY, 84134, 86316*, 86343*, 86618, 86628, 86631, 87084, 87270, 87320, 87470, 87471, 87472, 87475, 87477, 87482, 87485, 87487, 87492, y 87511

La sección de "Local Noncoverage Decisions -- Procedures" de la LCD ha sido revisada como sigue:

- Añadidos los códigos CPT 0144T*, 0184T*, 45999* Procedimiento no listado, recto (Stapled transanal rectal resection [STARR]), 95806, 97799* Servicio o procedimiento de medicina física/rehabilitación no listado (descompresión vertebral axial/dinámica diferencial intravertebral) y dispositivos similares que caerían bajo esta categoría de un beneficio no cubierto para este servicio, y 99199 Servicio especial no listado, procedimiento *o reporte* (Pulsatile intravenous Insulin Therapy[PIVIT])
- Eliminado el código CPT 0187T* (Escaneo de imagen de diagnóstico oftálmico computarizado, segmento anterior, *con interpretación y reporte, unilateral*).

La sección de "National Noncoverage Decisions -- Procedures" del anexo de guías de codificación ha sido revisada para alinear el descriptor de descompresión vertebral axial (VAX-D) (código CPT 97799*) con el Sistema Manual de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), Pub 100-03, Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual, Chapter 1, Part 2, Section 160.16.

*Servicios los cuales no están cubiertos debido a que están en fase de investigación y experimentación.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

ASKINSUB Substitutos de piel -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L28985 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29327 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para substitutos de piel fue efectiva para servicios prestados 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. Desde ese tiempo una revisión mayor fue hecha basada en códigos de nuevos reemplazos de substitutos de piel y problemas de descriptores por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) con la actualización de HCPCS 2009.

- El contenido fue actualizado/revisado bajo las siguientes secciones de la LCD:
- Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica
- Requisitos de documentación
- Pautas de utilización
- Fuentes de información y bases para decisión

Los códigos HCPCS permitidos fueron listados, como también los códigos HCPCS que no están cubiertos bajo esta LCD. Una declaración concierne a las solicitudes de consideración para servicios que no están cubiertos con literatura de ayuda fue incluida. Los códigos ICD-9-CM fueron también actualizados basados en las indicaciones de los códigos HCPCS permitidos. En adición, el anexo de "Coding Guidelines" fue revisado.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

AVISCO Terapia de viscosuplementación para la rodilla -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29005 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29037 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para terapia de viscosuplementación para la rodilla fue efectiva para servicios prestados 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. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada.

La sección de la LCD de "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" bajo "Limitations" la tercera viñeta fue revisada para clarificar que no hay limitaciones para el número de cursos de tratamiento para viscosuplementación. El código HCPCS J3490 fue añadido a las secciones "CPT/HCPCS Codes", "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity", y "utilization Guidelines". de la LCD para uso cuando se factura Synvisc-one.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el **15 de mayo de 2009 en adelante** para servicios provistos el **26 de febrero de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

Únase 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.

Información adicional

Adición a la lista de medicamentos autoadministrados (lista SAD)

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) provee instrucciones para los contratistas concernientes al pago de Medicare de medicamentos y servicios biológicos subordinados a un médico. Las instrucciones también proveen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y, por lo tanto, no es cubierto por los servicios subordinados a un médico de Medicare. Los proveedores pueden leer las instrucciones en su totalidad en el Medicare Benefit Policy Manual, Pub 100-02, Chapter 15, Section 50.2.

La administración de insulina a través de DME (i.e., bomba de insulina) por 50 unidades ha sido añadida a la lista de medicamentos inyectables autoadministrados subordinado a los servicios de un médico (lista SAD).

Este cambio es efectivo para servicios prestados desde el 30 de abril de 2009 en adelante. Para ver la lista SAD en su totalidad, haga clic en uno de los enlaces abajo:

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

Cobertura actualizada de Medicare para medicinas anti-cáncer sin identificación

El uso sin identificación de una medicina se refiere a aquellos fármacos cuya etiqueta no muestran indicación de estar aprobados por la Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA). Las medicinas utilizadas en un régimen de quimioterapia anti-cáncer, las indicaciones sin identificación podrían tener cobertura bajo ciertas condiciones. El presente artículo define el criterio que debe utilizarse antes de otorgar cobertura a medicinas anti-cáncer sin identificación. Actualmente, Medicare no otorga autorización previa a medicinas farmacéuticas ni biológicas. Las denegaciones pueden ser apeladas por medio del procedimiento prescrito.

Para que un contratista administrativo de Medicare (MAC) acepte pagar una medicina de quimioterapia anti-cáncer sin identificación, debe cumplirse con dos criterios:

1. Calificaciones de Categoría de beneficios tales como las incluidas en un compendio (ver más abajo) o, en caso de no existir un compendio positivo, el apoyo de actual literatura científica o revisada por colegas. (Los estudios de comprobación deben mostrar absoluta seguridad y apoyo efectivo a la solicitud, además deben haber figurado en alguna de las publicaciones aprobadas por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) (ver lista en CMS Medicare Benefit Policy Manual (Manual de Política de Beneficios Medicare de CMS) – Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.4.5. C.). Abstractos o material resumido no son suficientes).
2. Si la indicación figura en uno o más de los compendios actualmente reconocidos por CMS, el MAC confirma que dicha indicación es médicamente razonable y necesaria después de revisar una copia del compendio completo del medicamento y revisar las copias de la literatura científica actual o revisada por colegas presentada por un médico de J9 o una parte interesada que corresponda.
 - Si la indicación no figura en uno o más compendios reconocidos por CMS, el MAC se limitará a revisar las copias de la literatura científica actual o revisada por colegas presentada por un médico de

J9 o una parte interesada que corresponda.

- También deben ser presentados junto con la documentación, los ICD-9-CM diagnosis code(s) (códigos de diagnóstico) requeridos que sean aplicables a la indicación propuesta, así como la información específica acerca de el calendario de la dosis propuesta por la indicación, en caso de que sea diferente a la información aprobada por FDA para su administración y dosis.

Las actuales instrucciones de CMS referente a compendios, aceptan su uso como herramienta inicial para determinar si una medicina anti cáncer puede tener cobertura de Medicare en caso de indicación no identificada. Para considerar el pago de una indicación sin identificación, médicamente aceptada, MAC exige que dicha indicación sea sustentada por uno o más compendios (listados a continuación).

- American Hospital Formulary Service-Drug Information (AHFS-DI)
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
- Drugs & Biologics Compendium (Thomson Micromedex DrugDex)
- Clinical Pharmacology

Los compendios listados más arriba emplean diversos sistemas de evaluación y recomendación que no se entrecruzan de compendio a compendio. En general, el uso de una medicina es identificado por un compendio como médicamente aceptado si:

- La indicación está en Categoría 1 o 2A en NCCN, o Clase I, Clase IIa o Clase IIb en DrugDex; o
- El texto es apoyado por AHFS-DI o Farmacología Clínica.

Cobertura actualizada de Medicare para medicinas anti-cáncer sin identificación (continuación)

El presente artículo está subordinado a cualquier determinación nacional de cobertura (NCD) o determinación local de cobertura (LCD) de este MAC.

Bajo las provisiones expuestas más arriba, este MAC considerará la cobertura de una indicación sin identificación, después de haber recibido y verificado la documentación descrita más arriba. Puesto que el contratista no tiene acceso a todo el compendio listado arriba, los proveedores deben enviar el listado del compendio completo para cada medicamento solicitado. En caso de existir una LCD por dicha medicina, se seguirá el [procedimiento de reconsideración](#). Si no existe una LCD debe hacerse una evaluación de la solicitud después de revisar la documentación presentada y determinar si debe crearse una LCD.

En este artículo, el uso de medicinas anti cáncer no rotuladas se limita al tratamiento de condiciones neoplásticas malignas. Otras medicinas biológicas y/o farmacéuticas y el uso de medicinas dedicadas a combatir el cáncer a un uso diferente están fuera del marco de esta publicación. ❖

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.fcsso.com>, haga clic en el enlace de “*eNews*” localizado en la esquina derecha de arriba de la página y siga las instrucciones.

INTERÉS GENERAL

Visión general del programa de incentivos para la prescripción electrónica

Número de *MLN Matters*: MM6394

Número de petición de cambio relacionado: 6394

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de marzo de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R459OTN

Fecha de implementación: 22 de junio de 2009

Resumen

La visión general de la sección PQRI de 2009 a continuación subraya los cambios de la iniciativa de informe de calidad de la iniciativa de informe de calidad de la atención médica (Physician Quality Reporting Initiative (PQRI)) de 2008 con respecto a profesionales elegibles, formularios y manera de informar, períodos de informe, pagos de informes, medidas de calidad individual, medidas de grupo, informes sobre determinaciones satisfactorias, validaciones, apelaciones y comentarios confidenciales.

La sección de visión general del programa de incentivos por prescripciones electrónicas de 2009 de este artículo, se refiere a profesionales elegibles, formularios y manera de informar, períodos de informe, pagos de informes, determinación de quién prescribe electrónicamente en forma exitosa y comentarios confidenciales.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6394.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6394, 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/R495OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 459, CR 6394

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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.

Precios promedio de venta de medicinas de Parte B de abril de 2009

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han hecho disponibles en el sitio Web de CMS las cantidades promedio de precio de venta (ASP) de las medicinas biológicas y farmacéuticas de Parte B para el período del 1 de abril hasta el 30 de junio de 2009 en http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/01a1_2009aspfiles.asp. Los archivos están en la sección Downloads de la página Web. Los archivos de precios modificados de enero 2009, octubre 2008, julio 2008 y abril 2008 están también disponibles para ser descargados de Internet. Los archivos de precios modificados de 2008 están en http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/01a_2008aspfiles.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 200903-37

Las especificaciones de historiales de salud electrónicos PQRI 2009 están publicados

Las especificaciones del envío de datos de 2009 para uso en la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) 2009 de la prueba de historial de salud electrónico (EHR) están ahora publicadas en el sitio Web de QualityNet.

Como se describe en el dictamen final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS), los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están probando el envío de datos EHR en cooperación con vendedores de historiales de salud electrónicos. Estos vendedores fueron seleccionados de aquellos que se auto nominaron por un proceso descrito en el dictamen final PFS 2008. El proceso de pruebas 2009 será similar al proceso de pruebas usado para 2008. Si esto significa que el envío de datos está usado en un año futuro en que se reporta PQRI, los vendedores EHR (los cuales son exitosos con el proceso de pruebas de 2009) serán calificados por el envío de datos PQRI vía EHR. No existe pago de incentivo disponible a través del envío de datos basado en EHR para 2009.

Las medidas de especificaciones de prueba de EHR 2009 también están disponibles en el sitio Web de QualityNet: seleccione PQRI del menú desplegable (bajo la pestaña de Oficinas del Médico), entonces haga clic en el enlace de Especificaciones EHR (localizado a la izquierda de su barra de navegación). El siguiente enlace lo llevará al sitio Web de QualityNet: <http://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?c=Page&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetTier3&cid=121423246033>.

Las especificaciones de historiales de salud electrónicas PQRI 2009 están publicados (continuación)

Un enlace al sitio Web de QualityNet también está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/PQRI> en el sitio Web de CMS dedicado a PQRI bajo la pestaña de Enlaces Relacionados Fuera de CMS. Información adicional relacionada a las pruebas EHR está también disponible en el sitio Web de CMS dedicado a PQRI bajo las secciones de Reporte y Medidas/Códigos listadas en la barra izquierda de navegación.

Información detallada sobre los requerimientos del programa de PQRI 2009 pueden ser encontrados en el dictamen final PFS de Medicare 2009 con periodo de comentario que fue publicado en el Registro Federal el 19 de noviembre de 2008. Una copia del dictamen final con periodo de comentario está en exhibición en el Registro Federal y puede ser visto en: <http://edocket.access.gpo.gov/2008/pdf/E8-14949.pdf>. Adicionalmente, la página Web de CMS sobre PQRI <http://www.cms.hhs.gov/PQRI> en el sitio Web de CMS es el recurso primario para las preguntas frecuentes, herramientas útiles, e información sobre el programa de PQRI. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-13

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Uso de segmentos de ajuste de reclamaciones profesionales 837 MSP Parte B

Número de *MLN Matters*: MM6427

Número de petición de cambio relacionado: 6427

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R67MSP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

El presente artículo es para recordarle que debe incluir códigos de grupos relacionados con segmentos de ajuste de reclamaciones (CAS), códigos de ajuste de denegaciones y ajuste de cantidades asociadas en su reclamación de pagador secundario de Medicare (MSP) 837 que usted envía a su contratista de Medicare. Los contratistas de Medicare necesitan estos ajustes para procesar correctamente sus reclamaciones MSP y para que Medicare haga el pago en forma correcta. Esto incluye todos los ajustes hechos por el pagador primario explicando porqué no fue pagado el total de la factura.

Las instrucciones detalladas para la solicitud de cambio 6427 son necesarias para asegurar:

- El cumplimiento de Medicare con los requisitos y códigos de transacciones de la Ley de Portabilidad y de Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)
- Los códigos de los segmentos de las reclamaciones CAS de médicos y suplidores reflejan cualquier ajuste hecho por pagadores primarios y
- Las reclamaciones MSP han sido calculadas correctamente por los contratistas de Medicare (y sus sistemas asociados) utilizando información de pago obtenida de la reclamación profesional 837 entrante.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6427.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6427, 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/R67MSP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-05, Transmittal 67, CR 6427

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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.

Ajuste de servicios profesionales 837 utilizados en reclamaciones MSP - Parte B

Número de *MLN Matters*: MM6211

Número de petición de cambio relacionado: 6211

Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de diciembre de 2008

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R62MSP

Fecha de implementación: 2 de abril de 2009

Resumen

Nota: Este artículo y solicitud de cambios relacionados 6211, fueron rescindidos el 27 de marzo de 2009 y reemplazados por CR 6427 que puede ser encontrado en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R67MSP.pdf> en el sitio Web de CMS. El artículo *MLN Matters* es MM6427 y puede ser encontrado en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6427.pdf> en el sitio Web de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6211.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6427, 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/R62MSP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-05, Transmittal 62, CR 6211

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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.

PODIATRÍA

Clarificación sobre información requerida en la reclamación de servicios de rutina de cuidado del pie

Número de *MLN Matters*: SE0907 -- Revisado

Número de petición de cambio relacionado: SE0907

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

Nota: Este artículo fue rescindido el 22 de abril de 2009. Parte de la información necesita ser cambiada para proveer mayor claridad sobre estos servicios.

Nota aclaratoria: Este artículo de referencia 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.

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

Nuevas LCD

75722: Angiografía renal	41
95805 Polisomnografía y prueba del sueño	41
A0425 Servicios rutinarios de ambulancia terrestre	42
Intravitreal bevacizumab (Avastin®).....	42

Revisión de LCD

70210 Examinaciones radiológicas, sinus, paranasal... ..	43
77055 Imagen del seno: mamografía/ecografía del seno.....	44
92135 Escaneo de imagen de diagnóstico oftálmico computarizado....	44
93015 Prueba de estrés cardiovascular.....	45
93798 Programas de rehabilitación cardíaca.....	45
ABOTULINUMTOXINS: Botulinum toxins.....	45
Centro independiente de pruebas diagnósticas IDTF.....	46
J0881 agentes estimulantes de Erythropoyesis.....	47
J9305 Pemetrexed.....	49
NCSVCS La lista de Medicare para servicios no cubiertos.....	49
ASKINSUB Substitutos de piel.....	50
VISCO Terapia de viscosuplementación para la rodilla.....	50
THERSVCS Servicios de terapia y rehabilitación.....	50

Información adicional

Adición a la lista de medicamentos autoadministrados (lista SAD).....	51
Imagen PET del hueso y fluoruro de sodio F-18.....	51
Cobertura actualizada Medicare para medicinas anti-cáncer.....	51

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).

Nuevas LCD

75722 Angiografía renal -- nueva LCD

Número de identificación de la LCD: L29941 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29943 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Arteriografía de diagnóstico es un método invasivo para evaluar enfermedad vascular. Esto comprende la introducción percutánea de una aguja y/o catéter dentro de una arteria bajo la una guía fluoroscópica, seguido por inyección de material de contraste e imagen de la distribución vascular en cuestión usando filme en serie o sistemas de imagen digital, bajo sedantes.

Con técnicas modernas de imagen no invasivas (e.g., ultrasonografía doble, angiografía de resonancia magnética mejorada de gadolinio (MRA), angiografía topográfica computarizada [CTA]), la necesidad de arteriografía renal ha sido significativamente reducida. Actualmente, arteriografía renal es mayormente usada en conjunción con lesiones que pueden ser potencialmente tratadas o para analizar vasculatura renal preoperatoriamente.

Los análisis de datos recientes demostraron la necesidad del desarrollo de una Determinación de Cobertura Local (LCD) para describir las indicaciones y limitaciones de cobertura para los siguientes códigos CPT/HCPCS:

- 75722 Angiografía, renal, unilateral, selectiva (incluyendo aortograma), supervisión radiológica e interpretación
- 75724 Angiografía, renal, bilateral, selectiva (incluyendo aortograma), supervisión radiológica e interpretación
- G0275 Angiografía renal, no selectiva, uno o ambos riñones, realizados al mismo tiempo de la cateterización cardiaca y/o angiografía coronaria, incluye el posicionamiento o colocación de cualquier catéter en la aorta abdominal o cerca de los orígenes (ostia) de las arterias renales, inyección de colorante, aortograma, producción de

imagen permanente, y supervisión radiológica e interpretación (listado separadamente in adición al procedimiento primario).

Esta nueva LCD describe las indicaciones y limitaciones de cobertura, requisitos de documentación y pautas de utilización y contiene un anexo de guía de codificación para los códigos de procedimientos listados arriba. En adición, los códigos ICD-9-CM que avalan la necesidad médica están listados consecuentemente.

Para los códigos CPT 75722 y 75724 los siguientes códigos ICD-9-CM son médicamente necesarios: 189.0, 189.1, 198.0, 223.0, 223.1, 233.9, 401.0, 405.01, 405.11, 405.91, 440.1, 441.00, 441.01, 441.02, 441.03, 441.1, 441.2, 441.3, 441.4, 441.5, 441.6, 441.7, 441.9, 442.1, 442.2, 442.83, 442.84, 443.22, 443.23, 444.0, 444.81, 445.02, 445.81, 447.3, 447.6, 557.0, 557.1, 557.9, 593.81, 593.9, 599.70, 747.62, 794.4, 902.40, 959.12, 959.8, 996.1, V42.0, y V58.44.

Para el código HCPCS G0275 los siguientes códigos ICD-9CM son médicamente razonables y necesarios: 401.0, 402.00, 402.01, 403.00, 403.01, 404.00-404.03, 404.10-404.13, 405.01, 405.11, 440.1, 442.1, 445.81, y 447.3.

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos el **30 de junio de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database. Las guías de codificación para una LCD (cuando estén disponibles) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en "Jump to Section" del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

95805 Polisomnografía y prueba del sueño -- nueva LCD

Número de identificación de la LCD: L29949 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29951 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Estudios del sueño y polisomnografía (PSG) se refiere al monitoreo continuo y simultáneo y el registro de varios parámetros fisiológicos y patofisiológicos del sueño por seis horas o más con la revisión, interpretación y reporte de un médico. Normalmente, los estudios del sueño y PSG para desordenes del sueño son realizados en centros del sueño o laboratorios. Sin embargo, el diagnóstico de la apnea obstructiva del sueño (OSA) para cobertura de la presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP) puede ser también establecida por pruebas del sueño en el hogar (HST).

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio del 13 de marzo de 2008 en adelante, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) determinaron que la terapia CPAP, cuando es usada en pacientes adultos

con OSA, es considerada razonable y necesaria bajo los criterios especificados los cuales están listados en las Determinaciones Nacionales de Cobertura (NCD) Manual Pub 100-03, Chapter 1, Section 270.4. Medicare permitirá la cobertura de la terapia CPAP basado en diagnósticos de OSA por HST en el hogar desatendido.

Basado en la decisión de CMS arriba y los criterios de condiciones médicas específicas descritas por CMS para clínicas de desorden del sueño, esta Determinación Local de Cobertura (LCD) está siendo desarrollada para incluir polisomnografía y los códigos CPT de pruebas del sueño como también los códigos HCPCS de 2009 (G0398, G0399, y G0400) para dispositivos HST.

95805 Polisomnografía y prueba del sueño (continuación)

Indicaciones y limitaciones de criterios de cobertura para condiciones médicas específicas realizadas en clínicas de desordenes del sueño están incluidas, como también las indicaciones y limitaciones de cobertura para HST desatendido para OSA con los tipos de dispositivos permitidos definidos. En adición, los códigos ICD-9-CM, documentación/requisitos de acreditación, pautas de utilización, y pautas de codificación fueron incluidas.

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

A0425 Servicios rutinarios de ambulancia terrestre -- nueva LCD

Número de identificación de la LCD: L29953 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29955 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos.)

Ha sido creada una nueva LCD que se refiere a los servicios rutinarios de ambulancia terrestre. Esta LCD clarifica indicaciones y limitaciones de acuerdo a las pautas nacionales de Medicare. Los “códigos ICD-9 en apoyo de la necesidad de atención médica”, están incluidos en las siguientes secciones de la LCD:

- V49.84 (Postrado en cama)
- 49.89 (Otras condiciones especificadas que influyen el estado de salud)

Además, se han creado pautas de codificación que dan información sobre los requisitos de tripulación, vehículo, destino y certificación médica (PCS).

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD se pondrá en vigencia para los servicios prestados a partir del **30 de junio de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles en CMS Medicare Coverage Database.

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

Intravitreal bevacizumab (Avastin®) -- nueva LCD

Número de identificación de la LCD: L29959 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29961 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Previo al desarrollo de esta nueva determinación local de cobertura (LCD), First Coast Service Options Inc. (FCSO) dio consideración para intravitreal bevacizumab (Avastin®) en una base de caso por caso individual para el tratamiento de degeneración muscular relacionada con la edad (AMD). Esta información fue publicada en un artículo (número de identificación del artículo A41456), actualizado el 1 de agosto de 2008. Luego de numerosas solicitudes para que FCSO provea los requisitos de cobertura para intravitreal bevacizumab (Avastin®), FCSO ha desarrollado esta nueva LCD.

Degeneración muscular neovascular relacionada con la edad (AMD), cuando no se trata o es refractario a terapias usuales, casi siempre conduce a ceguera permanente. Neovascular (mojado) AMD es caracterizado por neovascularización coroidal (CNV) bajo la retina. El tejido neovascular frecuentemente gotea sangre y fluido, y cuando no se trata, eventualmente progresa con la eventual destrucción de la mácula y pérdida de la visión. Intervenciones terapéuticas adicionales han sido estudiadas para tratar de salvar la visión de pacientes con AMD que han fallado en responder a las terapias usuales.

Una de estas opciones es el uso de bevacizumab (Avastin®), un anticuerpo IgG1 monoclonal humanizado recombinante que se adhiere e inhibe la actividad biológica del factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF, también conocido como factor de permeabilidad [VPF] o VEGF-A) con receptores sobre la superficie de células endoteliales, por lo tanto previniendo la proliferación de células y formación de nuevos vasos sanguíneos (i.e., angiogénesis).

Basado en reportes publicados y uso clínico generalizado, existe evidencia convincente de la seguridad y eficacia de bevacizumab para CNV en AMD y también en retinopatía diabética proliferante, glaucoma neovascular, edema macular, neovascularizaciones renales y del iris y oclusiones de retina central y de rama, debido a caminos patogénicos comunes VEGF inducidos. La comunidad de oftalmología usa de manera más continua intravitreal bevacizumab en el tratamiento de estas condiciones que no han respondido a otras terapias aceptadas.

FCSO Medicare considera bevacizumab (Avastin®) administrado por inyección in vitro médicamente razonable y necesario para pacientes que están considerados por el oftalmólogo que los trata como que han fallado las terapias aprobadas por la Dirección de Alimentos y Medicinas de los Estados Unidos (U.S. Food & Drug Administration, FDA), o en el juicio del oftalmólogo que trata la condición, basado en su experiencia, son probables de tener una respuesta terapéutica del uso de intravitreal bevacizumab el cual es comparable a resultados de otros tratamientos aprobados para condiciones descritas en esta LCD.

La LCD describe las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los requisitos de documentación y pautas de codificación para el uso “off-label” de intravitreal bevacizumab (Avastin®). El código HCPCS J3490, medicamento no clasificado debe ser facturado para intravitreal bevacizumab, junto con el código CPT 67028, “*intravitreal injection of a pharmacologic agent*”. En adición, los siguientes códigos ICD-9-CM están considerados médicamente razonables y

Intravitreal bevacizumab (Avastin) (continuación)

necesarios para los usos descritos en esta LCD: 362.02, 362.07, 362.16, 362.35, 362.36, 362.52, 362.53, 362.83, 364.42 y 365.63.

Bevacizumab (Avastin®; Genentech) es aprobado por la FDA para el tratamiento de algunos cánceres como un medicamento sistémico. Sin embargo, esta LCD solamente informa sobre el uso de bevacizumab para **indicaciones oftálmicas “off-label”** (que no están aprobadas por la FDA). Los códigos HCPCS J9035, inyección, bevacizumab, 10 mg no aplican para la administración in vitro puesto que los agentes han sido procesados por farmacias compuestas.

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de FCSO están disponibles a través de la base de datos sobre cobertura de Medicare de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén disponibles) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

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

Revisiones a las LCD existentes

70210 Examinaciones radiológicas, sinus, paranasal -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29414 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29415 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para la reexaminación radiológica, sinus, para nasal fue efectiva para servicios prestados desde el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, las siguientes secciones de la LCD han sido revisadas para actualizar el contenido:

- Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica
- Requisitos de documentación
- Pautas de utilización
- Fuentes de información y bases para decisión

El rango de código ICD-9-CM para sinusitis aguda (461.0 – 461.9) fue eliminada de la LCD y los descriptores para todos los códigos ICD-9-CM fueron actualizados. El título de la LCD fue cambiado a “Sinus x-ray(s)” y el número de determinación del contratista fue cambiado a 70210.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el 30 de junio de 2009 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

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.

77055 Imagen del seno: mamografía/ecografía del seno (sonografía) -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29328 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29329 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para la imagen del seno: mamografía/ecografía del seno (sonografía) fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, el título de la LCD fue cambiado para reflejar las pautas de cobertura para procedimientos de estudio y diagnóstico de mamografía solamente. Todas las pautas de cobertura para otros diagnósticos de procedimientos del seno fueron eliminados. Adicionalmente, las indicaciones para el estudio y diagnóstico de procedimientos de mamografías han sido clarificadas, y nuevos códigos de tecnología han sido añadidos a la sección de la LCD "CPT/HCPCS Codes".

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

92135 Escaneo de imagen de diagnóstico oftálmico computarizado (SCODI) -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29276 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29473 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para escaneo de imagen de diagnóstico oftálmico computarizado (SCODI) fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 para Florida, y el 2 de marzo de 2009 en adelante para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada. First Coast Service Options Inc. (FCSO) evaluó la cobertura para el código CPT 0187T, escaneo de imagen de diagnóstico oftálmico computarizado, segmento anterior, con interpretación y reporte, y determinó que la cobertura sería razonable y necesaria para añadir a la LCD de SCODI. Esta LCD fue presentada para aviso y comentario desde el 20 de febrero de 2009 al 6 de abril de 2009.

La sección de "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD ha sido revisada para incluir lenguaje perteneciente al segmento SCODI anterior. La sección de "CPT/HCPCS Codes" de la LCD ha sido revisada para añadir el código *CPT 0187T* como médicamente razonable y necesario. La sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD ha sido revisada para incluir los códigos ICD-9-CM apropiados para el código CPT 0187T. La sección "Documentation Requirements" de la LCD ha sido revisada para añadir lenguaje concerniente al código *CPT 0187T*. La sección de "Sources of Information and Basis for Decision" de la LCD ha sido revisada consecuentemente. En adición, el código de tipo de factura (TOB) 85x fue añadido a la LCD y TOV 14x fue removido.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de FCSO están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

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.

93015 Prueba de estrés cardiovascular -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29412 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29413 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para prueba de estrés cardiovascular fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada para actualizar las siguientes secciones de la LCD:

- Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica
- Códigos ICD-9 que avalen la necesidad médica
- Requisitos de documentación
- Fuentes de información y bases para decisión

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

93798 Programas de rehabilitación cardíaca -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29092 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29108 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para programas de rehabilitación cardíaca fue efectiva para servicios provistos el 2 de febrero de 2009 para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada para añadir el código ICD-9-CM V15.1 (cirugía de corazón y grandes vasos) a la sección de la LCD de "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity".

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el **17 de abril de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

ABOTULINUMTOXINS: Botulinum toxins -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29088 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29103 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para botulinum toxins ha estado en vigencia para los servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009 en Florida y a partir del 2 de marzo de 2009 en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Después de esa fecha, la sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" (Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica) de esta LCD ha sido modificada bajo "Off-label indications for Botox" (indicaciones para Botox no rotuladas), para agregar referencias a cobertura de incontinencia urinaria neurogénica e hiperactividad neurogénica de la cubierta de la vejiga urinaria en pacientes para los cuales no ha dado resultado la terapia oral documentada para estas condiciones. La sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" (códigos ICD-9 que confirman una necesidad médica) de la LCD ha sido también modificada para agregar los códigos ICD-9-CM número 596.54, 596.55 y 596.59 para el código HCPCS J0585. También ha sido actualizada la sección "Sources of Information and Basis for Decision" (fuentes de información y bases para tomar una decisión) de la LCD.

Fecha de vigencia:

Esta revisión de LCD corresponde a servicios prestados a partir del **6 de abril de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles en la base de datos de coberturas de Medicare de CMS.

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

Centro independiente de pruebas diagnósticas IDTF -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29195 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29330 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para centros independientes de pruebas diagnósticas (IDTF) fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 en adelante para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD y el anexo de las guías de codificación han sido revisadas. Las siguientes revisiones han sido hechas a la LCD:

- Lenguaje ha sido añadido a la sección de “Ordering of Tests” de la LCD concerniente a firma del médico.
- Lenguaje ha sido revisado en la sección de “Physicians Supervision” de la LCD para clarificar los requisitos de calificación del médico que supervisa.
- La sección de “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD ha sido actualizada.
- Dos nuevas secciones, “Tests Personally Performed by a Physician” y “Requirements for Cardiac Catheterization Procedures Performed in an IDTF”, han sido añadidas a la LCD.

La nueva sección de “requirements for cardiac catheterization procedures performed in an IDTF” incluyendo los requisitos de adiestramiento específicos por el médico y el personal que no es médico y/o requisitos de acreditación por el laboratorio de cateterización cardíaca. Esta nueva sección también incluye la supervisión del médico e interpretación de los requisitos de calificación del médico, los códigos de procedimiento de cateterización cardíaca que son considerados apropiados para un lugar de servicio IDTF y limitaciones asociadas con el desempeño de cateterización cardíaca en un lugar de servicio IDTF.

El anexo de las guías de codificación ha sido revisado como sigue:

- Lenguaje ha sido añadido a la sección de “Interpreting Physicians” para indicar que un médico que interpreta para una prueba facturada por un IDTF es requerido para alcanzar los mismos requisitos de capacitación del médico que supervisa para esa prueba.
- La sección de “Credentialing Matrix” ha sido revisada para cambiar el título de la comuna “Supervising Physician Qualification/Proficiency Requirements” a “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements”. En adición, la sección de “Credentialing Matrix” ha sido revisada para eliminar el código CPT 76800 (Ultrasonido, conducto espinal y contenido) y código CPT 95806 (Estudio del sueño, registro de ventilación simultánea, esfuerzo respiratorio, ECG o ritmo cardíaco, y saturación de oxígeno, desatendido por un tecnólogo), puesto que estos servicios no están considerados apropiados para un lugar de servicio IDTF.
- Los códigos CPT de cateterización cardíaca y requisitos de adiestramiento asociados para el personal han sido añadidos a la sección de “Credentialing Matrix”, con la excepción del código CPT 93514 (Cateterización izquierda del corazón por perforación ventricular izquierda), código CPT 93524 (Cateterización combinada transeptal y retrograda izquierda del corazón), y código CPT 93528 (Cateterización combinada derecha del corazón con perforación ventricular izquierda [con o sin cateterización retrograda izquierda del corazón]), puesto que estos códigos no están considerados seguros cuando se realizan en un ambiente IDTF.
- La sección de “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements” de “Credentialing Matrix” para estudios del sueño (códigos CPT 95805, 95807, 95808, 95810, 95811, G0398, G0399, y G0400) ha sido revisada para leer “Board Certified (ABMS) Physician Certified by ABSM: Sleep Medicine or ABMS: Sleep Medicine”. La sección de “Technician Qualification Requirements” para los códigos CPT 95805, 95807, 95808, 95810 y 95811 ha sido revisada para añadir CRT: SDS o RRT: credenciales SDS.
- La sección de “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements” ha sido revisada para añadir a “urólogos”, “cardiólogos”, y cirujanos vasculares” Certificados por la Junta (ABMS) para códigos CPT selectos.
- La sección “Technician Qualification requirements” ha sido revisada para actualizar las credenciales por la American Association of Electrodiagnostic Technologists (AAET) de estudios de conducción del nervio para reflejar: “AAET: R.NCS.T” para códigos CPT selectos.
- Los códigos CPT 93501, 93508, 93510, 93511, 93526, 93527, 93529, 93530, 93531, 93532, 93533, 93555, 93556, 93561, 93562, 93571 y 93572 han sido añadidos a la sección de “Credentialing Matrix” con los siguientes requisitos: “Level of Physician Supervision” “3”, “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements” “board certified (ABMS) cardiologist with level 2 training (minimum) as outlined by the ACC/AHA task force 3” y “Technician Qualification Requirements” “credentialed by ARRT: CI or CCI: RCIS”.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database. Las guías de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

J0881 agentes estimulantes de Eritropoyesis -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29168 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29339 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para agentes estimulantes de eritropoyesis (erythropoiesis, formación de glóbulos rojos), ha estado en vigencia en Florida, para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009 y en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, para servicios prestados a partir del 2 de marzo de 2009. Desde entonces, la LCD ha sido modificada. First Coast Service Options Inc (FCSO) ha encontrado varias inquietudes en torno a la codificación de indicaciones con o sin cobertura en la LCD, desde la implementación de la decisión de decisión nacional de cobertura (NCD) 110.21 para el uso que no es ESRD de agentes estimulantes de eritropoyesis (ESA) en condiciones relacionadas al cáncer. Aunque ha manejado estos problemas de codificación caso por caso, a medida que los ha estado recibiendo, FCSO determinó que las reglas de codificación como estaban escritas necesitaban ser pulidas para hacerlas más fáciles para que los proveedores pudiesen enviar sus reclamaciones con mas precisión. Para atender este asunto, FCSO ha publicado la LCD de ESA para aviso y comentario del 20 de febrero de 2009 al 6 de abril de 2009 y ha presentado al Comité Asesor de Contratistas de Parte B de Medicare (Carrier Advisory Committee (CAC)), el borrador de LCD en nuestras reuniones de marzo en Florida y Puerto Rico. El lenguaje abierto para comentario estaba limitado a los códigos ICD-9-CM que avalan la necesidad médica y el segundo conjunto de códigos ICD-9-CM listados en las pautas de codificación. Este artículo sirve para delinear las decisiones finales hechas por FCSO, el cual toma en consideración todos los comentarios recibidos. Este artículo también servirá para resumir todas las reglas de facturación que no son ESRD ESA (códigos J0881 y J0885 de HCPCS) implementados el 7 de abril de 2008, y como ellos aplican a esta nueva LCD revisada. Cualquier pregunta sobre esta LCD debe ser enviada al departamento de póliza médica al medical.policy@fcs.com.

Estas listas de "códigos ICD-9 que avalan la necesidad médica" para J0881 y J0885 han sido revisadas para incluir ahora dos listas de códigos ICD-9-CM para cada código HCPCS. Las dos listas para J0881 y J0885 ahora descritas con el modificador ESA (EA o EC) debe ser facturadas con los códigos ICD-9-CM y cualquier requisito de diagnóstico doble para los códigos ICD-9-CM. Esta designación de modificadores y reglas de diagnóstico doble son encontradas al comienzo de cada lista para J0881 y J0885. Los códigos ICD-9-CM que requieren un diagnóstico doble son designados con un *. Además, las pautas de codificación adjuntas para la LCD han sido revisadas para dar instrucciones a los proveedores de como facturar ciertas indicaciones que no están cubiertas y descritas en NCD 110.21. Este cambio está descrito más abajo en forma más detallada. Todo otro texto y codificación no ha cambiado debido a esta revisión.

Cambios de codificación debidos al procedimiento CAC:

J0881 (Esta lista no requiere un diagnostico doble.)

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EA**: 140.0-149.9, 150.0-159.9, 160.0-165.9, 170.0-176.9, 179-189.9, 190.0-199.2, 200.00-200.88, 201.00-201.98, 202.00-202.98, 203.00-203.82, 204.00-204.92, 209.00-209.03, 209.10-209.17, 209.20-209.29, 209.30, 230.0-234.9, 235.0-235.9, 236.0-236.99, 237.0-237.9, 238.0, 238.1, 238.2, 238.3, 238.4, 238.5, 238.6, 238.8, 238.9, o 239.0-239.9

J0881 (Esta lista no requiere un diagnostico doble.)

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EC**: 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, o 273.3.

J0881

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren un modificador **EC** y un diagnóstico doble (*): 285.21* y uno de los siguientes debe ser facturado conjuntamente: 403.01*, 403.11*, 403.91*, 404.02*, 404.03*, 404.12*, 404.13*, 404.92*, 404.93*, 585.1*, 585.2*, 585.3*, 585.4*, 585.5*, o 585.9*.

J0885 (Esta lista no requiere un diagnostico doble.)

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EA**: 140.0-149.9, 150.0-159.9, 160.0-165.9, 170.0-176.9, 179-189.9, 190.0-199.2, 200.00-200.88, 201.00-201.98, 202.00-202.98, 203.00-203.82, 204.00-204.92, 209.00-209.03, 209.10-209.17, 209.20-209.29, 209.30, 230.0-234.9, 235.0-235.9, 236.0-236.99, 237.0-237.9, 238.0, 238.1, 238.2, 238.3, 238.4, 238.5, 238.6, 238.8, 238.9, o 239.0-239.9

J0885 (Esta lista no requiere un diagnostico doble.)

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EC**: 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, o 273.3,

J0885

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EC** y un diagnóstico doble (*): 285.21* y uno de los siguientes debe ser facturado conjuntamente: 403.01*, 403.11*, 403.91*, 404.02*, 404.03*, 404.12*, 404.13*, 404.92*, 404.93*, 585.1*, 585.2*, 585.3*, 585.4*, 585.5*, o 585.9*.

285.29 or 285.9 y uno de los siguientes debe ser facturado conjuntamente: 042*, 070.54*, 070.70*, 714.0*, or V07.8*.

Cambios en las pautas de codificación hechas como resultado de la revisión de la LCD:

Desde el 1 de enero de 2008, las siguientes son indicaciones nacionales que no están cubiertas por servicios que no son ESRD ESA que reportan el modificador ESA EC. Estas no deben ser reportadas con cualquier otro modificador ESA. Debido a que no existe un código específico ICD-9-CM para estas indicaciones listadas, FCSO identificará estas condiciones que

Revisión de la LCD J0881 agentes estimulantes eritropoyesis (continuación)

no están cubiertas con el código ICD-9-CM **V49.89**. Esto indicará que el ESA fue dado para una condición que no estaba cubierta nacionalmente como se identificó en el requisito de la transacción 5818.1.1 de la petición de cambio (CR) 5818.

- Cualquier anemia por cáncer o tratamiento de cáncer en pacientes debido a fibrosis de médula ósea
 - Anemia por cáncer que no tiene relación con el tratamiento del cáncer
 - Uso de profiláctico para prevenir la anemia inducida por quimioterapia
 - Uso del profiláctico para reducir el tumor de hipoxia
 - Pacientes con resistencia de tipo de eritropoyetina debido a anticuerpos neutralizantes, y
 - Anemia debido a tratamientos de cáncer si los pacientes tienen hipertensión que no está controlada
- Vea al final del artículo para una lista adicional de indicaciones nacionales que no están cubiertas identificadas en la NCD para el uso que no es ESRD ESA.

Resumen de cobertura que nos es ESRD ESA basado en CR 5818 y 5699 implementado el 7 de abril de 2008

A partir del 1 de enero de 2008 todas las reclamaciones que reportan ESA que no es ESRD (códigos HCPCS J0881 y J0885) son requeridos para reportar uno de los siguientes modificadores: (basado en CR 5699)

- EA: ESA, anemia, inducida por quimioterapia
- EB: ESA anemia, inducida por radio

EC: ESA anemia, no inducida por quimioterapia o radio

El modificador **EA** debe ser solamente reportado cuando el ESA está dado por anemia como resultado de quimioterapia anticancerígena mielosupresiva en tumores sólidos, mieloma múltiple, linfoma, leucemia linfocítica. Anemia que no está relacionada a la administración de quimioterapia para una de las condiciones listadas que están cubiertas **no está cubierta por la NCD**. Por lo tanto, es inapropiado anexar el modificador EA a las reclamaciones ESA. Estas administraciones ESA deben ser identificadas con el código ICD-9-CM V49.89 (como se instruye en la pauta de codificación de la LCD) y debe ser anexado el modificador EC.

El modificador **EC** debe ser solamente reportado para esas indicaciones cubiertas descritas en la LCD bajo “códigos ICD-9 que avalan la necesidad médica” para códigos HCPCS J0881 y J0885 donde la anemia que está siendo tratada no es inducida por quimioterapia o radio. El proveedor también debe anexar el modificador EC para esas condiciones que no están cubiertas nacionalmente descritas en la NCD y las pautas de codificación de la LCD. Los códigos de codificación ICD-9-CM que no están cubiertos que corresponden a las indicaciones que no están cubiertas nacionalmente están anotadas en las pautas de codificación. Si uno de los códigos ICD-9-CM que no están cubiertos y el modificador EC están facturados con J0881 o J0885, el ESA será denegado.

El modificador **EB** no está cubierto. Si es facturado con una ESA, la reclamación será denegada.

A partir del 1 de enero de 2008, todas las reclamaciones que reporten ESA J0881, J0882, J0885 o J0886 deben reportar las lecturas más recientes de hemoglobina y hematocrito. Para ESA que no son ESRD J0881 o J0885 el reportar el modificador EA (anemia relacionada a quimioterapia), se requiere que la hemoglobina o hematocrito estén por debajo de ciertos niveles para que el servicio sea médicamente necesario. Los contratistas están instruidos, por CR 5818 a denegar los servicios ESA que reporten J0881 o J0885 con un modificador EA cuando Hgb es **> 10.0g/L** o el Hct es **> 30%**. No existe excepción a este requisito y no existe una ventana de cuatro semanas de iniciación donde los proveedores pueden reportar el nivel sobre 10.0 g/L o 30% y cobrar el servicio. La discusión completa concerniente a la administración de ESA para condiciones de cáncer está descrita en la LCD y NCD 110.21.

Indicaciones adicionales que no están cubiertas como identificadas en NCD 110.21 para el uso ESA que no es ESRD están listadas más abajo. Los servicios ESA para J0881 y J0885 cuando está reportada con un modificador EC serán denegada cuando los siguientes códigos ICD-9-CM estén reportados:

- *Cualquier anemia por cáncer o pacientes tratados por cáncer debido a una deficiencia de folato de 281.2,*
- *Deficiencia de B-12 281.1, 281.3,*
- *Deficiencia de hierro 280.0-280.9,*
- *Hemólisis 282.0, 282.2, 282.9, 283.0, 283.10, 283.19, 283.2, 283.9,*
- *Hemorragia 280.0, 285.1,*
- *Anemia asociada con el tratamiento de leucemia mielógena aguda y crónica (CML, AML) 205.00-205.21, 205.80-205.91,y*
- *Cáncer eritroide (207.00-207.81)*

Recursos de información sobre cobertura ESA:

La NCD completa puede ser accedida en la sección 110.21 de la Publicación (Pub.) 100-03, Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual, y las instrucciones de procesamiento de reclamaciones pueden ser accedidas en el Pub. 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 17, secciones 80.8-80.12 y a través del siguiente enlace:

http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewncd.asp?ncd_id=110.21&ncd_version=1&basket=ncd%3A110%2E21%3A1%3AEryth

Revisión de la LCD J0881 agentes estimulantes eritropoyesis (continuación)

ropoiesis+Stimulating+Agents+%28ESAs%29+in+Cancer+and+Related+Neoplastic+Conditions

CR 5818, transmittal 80 y 1413, fecha del 14 de enero de 2008 puede ser accedido a través del siguiente enlace:

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1413CP.pdf>

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R80NCD.pdf>

CR 5699, transmittal 1412, fecha del 11 de enero de 2008 puede ser accedido a través del siguiente enlace:

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1412CP.pdf>

Fecha de efectividad

Esta revisión es efectiva para servicios provistos el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de FCSO están disponibles a través CMS Medicare Coverage Database. Las pautas de codificación para una LCD (cuando esté presente) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en la sección “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

J9305 Pemetrexed -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29255 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29464 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para pemetrexed fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada.

La sección de la LCD de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” ha sido revisada para actualizar las indicaciones aprobadas por la Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA).

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el **7 de abril de 2009 en adelante** para servicios prestados el **26 de septiembre de 2008 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

NCSVCS La lista de Medicare para servicios no cubiertos -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29288 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29398 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para la lista de servicios no cubiertos de Medicare fue revisada por ultima vez efectiva el 2 de marzo de 2009. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada.

La sección de “Local Noncoverage Decisions -- Procedures” de la LCD ha sido revisada como sigue:

- Eliminado el código CPT 0187T* (*Escaneo de imagen de diagnóstico oftálmico computarizado, segmento anterior, con interpretación y reporte, unilateral*)
- Códigos CPT 0184T* añadidos (*microcirugía endoscópica transanal (TEMS) y 45999 (Procedimiento no listado, recto (Stapled Transanal Rectal Resection [STARR]))*)
- Código CPT 97799* añadido (*Servicio o procedimiento de medicina física/rehabilitación no listado (Vertebral Axial Decompression/Intervertebral Differential Dynamics) y dispositivos similares que caerían dentro de esta categoría de un beneficio no cubierto para este servicio*)

La sección de “National Noncoverage Decisions -- Procedures” del anexo de guías de codificación ha sido revisada para alinear el descriptor de descompresión vertebral axial (VAX-D) (código CPT 97799*) con el Sistema Manual de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), Pub 100-03, Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual, Chapter 1, Part 2, Section 160.16.

*Servicios los cuales no están cubiertos debido a que están en fase de investigación y experimentación.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

ASKINSUB Substitutos de piel -- revisión de la LCD

Número de identificación de la LCD: L29279 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29393 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para substitutos de piel fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo una revisión mayor fue hecha basada en códigos de nuevos reemplazos de substitutos de piel y problemas de descriptores por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) con la actualización de HCPCS 2009.

- El contenido fue actualizado/revisado bajo las siguientes secciones de la LCD:
- Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica
- Requisitos de documentación
- Pautas de utilización
- Fuentes de información y bases para decisión

Los códigos HCPCS permitidos fueron listados, como también los códigos HCPCS que no están cubiertos bajo esta LCD. Una declaración concierne a las solicitudes de consideración para servicios que no están cubiertos con literatura de ayuda fue incluida. Los códigos ICD-9-CM fueron también actualizados basados en las indicaciones de los códigos HCPCS permitidos. En adición, el anexo de "Coding Guidelines" fue revisado.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el **30 de junio de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

VISCO Terapia de viscosuplementación para la rodilla -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29307 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29408 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para terapia de viscosuplementación para la rodilla fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada.

La sección de la LCD de "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" bajo "Limitations" la tercera viñeta fue revisada para clarificar que no hay limitaciones para el número de cursos de tratamiento para viscosuplementación. El código HCPCS J3490 fue añadido a las secciones "CPT/HCPCS Codes", "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity", y "utilization Guidelines". de la LCD para uso cuando se factura Synvisc-one.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el **26 de febrero de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

THERSVCS Servicios de terapia y rehabilitación -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29289 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29399 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios de terapia y rehabilitación fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la sección de "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de esta LCD ha sido revisada bajo "Neuromuscular Reeducation (código CPT 97112)" para añadir lenguaje de la petición de cambio (CR) 6397 concierne al procedimiento(s) de recolocación Canalith. En adición, el anexo de las "pautas de codificación" fue revisado para incluir los cambios de CR 6397, como también cambios de lenguaje de CR 6321 concierne al Aviso de Exclusión del formulario de Beneficios de Medicare (NEMB), el formulario de Notificación Anticipada al Beneficiario (ABN), el acceso a la cantidad de información acumulada, y un cambio en la cantidad de dólares de terapia para 2009.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el **1 de enero de 2009 en adelante**, para reclamaciones procesadas el **6 de abril de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

Información adicional

Adición a la lista de medicamentos autoadministrados (lista SAD)

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) provee instrucciones para los contratistas concernientes al pago de Medicare de medicamentos y servicios biológicos subordinados a un médico. Las instrucciones también proveen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y, por lo tanto, no es cubierto por los servicios subordinados a un médico de Medicare. Los proveedores pueden leer las instrucciones en su totalidad en el Medicare Benefit Policy Manual, Pub 100-02, Chapter 15, Section 50.2.

La administración de insulina a través de DME (i.e., bomba de insulina) por 50 unidades ha sido añadida a la lista de medicamentos inyectables autoadministrados subordinado a los servicios de un médico (lista SAD).

Fecha de efectividad

Este cambio es efectivo para servicios prestados desde **el 30 de abril de 2009 en adelante**. Para ver la lista SAD en su totalidad, haga clic en uno de los enlaces abajo:

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

Imagen PET del hueso y fluoruro de sodio F-18

El hecho de que un medicamento, dispositivo o servicio es asignado un código HCPCS y un índice de pago no garantiza la cobertura por el programa de Medicare. La asignación de un índice de pago solamente indica como el producto, procedimiento, o servicio puede ser pagado si es cubierto por el programa de Medicare. Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) determinan si un medicamento, dispositivo, procedimiento, u otros servicios alcanzan todos los requisitos del programa para cobertura.

Cuando se factura imagen PET de hueso para pacientes de Medicare, los proveedores deben usar HCPCS Level II código G0235 imagen PET, cualquier sitio que no este especificado de otra forma. La póliza de Medicare Nacional Coverage Determination para PET es considerada una póliza de exclusión. Esto significa que cualquier indicación que no esté listada en la póliza es considerada como que no está cubierta. Por lo tanto, la imagen PET del hueso es considerada como que no está cubierta por Medicare, y los proveedores están instruidos por Medicare a usar códigos HCPCS Level II G para servicios que no están cubiertos para los pacientes de Medicare.

En adición, CMS Transmittal 1301, petición de cambio (CR) 5665 (20 de julio de 2007) establece que solamente los radio farmacéuticos PET que Medicare cubrirá son Fluorodeoxyglucose F-18 (A9552), rubidium Rb-82 (A9555), y N-13 ammonia (A9526). Por lo tanto, efectivo para reclamaciones procesadas el 8 de abril de 2009, con fechas de servicio del 1 de enero de 2009, fluoruro de sodio F-18 (A9580) será denegado como que no está cubierto.

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

Cobertura actualizada de Medicare para medicinas anti-cáncer sin identificación

El uso sin identificación de una medicina se refiere a aquellos fármacos cuya etiqueta no muestran indicación de estar aprobados por la Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA). Las medicinas utilizadas en un régimen de quimioterapia anti-cáncer, las indicaciones sin identificación podrían tener cobertura bajo ciertas condiciones. El presente artículo define el criterio que debe utilizarse antes de otorgar cobertura a medicinas anti-cáncer sin identificación. Actualmente, Medicare no otorga autorización previa a medicinas farmacéuticas ni biológicas. Las denegaciones pueden ser apeladas por medio del procedimiento prescrito.

Para que un contratista administrativo de Medicare (MAC) acepte pagar una medicina de quimioterapia anti-cáncer sin identificación, debe cumplirse con dos criterios:

1. Calificaciones de Categoría de beneficios tales como las incluidas en un compendio (ver más abajo) o, en caso de no existir un compendio positivo, el apoyo de actual literatura científica o revisada por colegas. (Los estudios de comprobación deben mostrar absoluta seguridad y apoyo efectivo a la solicitud, además deben haber figurado en alguna de las publicaciones aprobadas por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) (ver lista en CMS Medicare Benefit Policy Manual (Manual de Política de Beneficios Medicare de CMS) – Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.4.5. C.). Abstractos o material resumido no son suficientes).
2. Si la indicación figura en uno o más de los compendios actualmente reconocidos por CMS, el MAC confirma que dicha indicación es médicamente razonable y necesaria después de revisar una copia del compendio y revisar las copias de la literatura científica actual o revisada por colegas presentada por un médico de J9 o una parte interesada que corresponda.

Cobertura actualizada de Medicare para medicinas anti-cáncer sin identificación (continuación)

- Si la indicación no figura en uno o más compendios reconocidos por CMS, el MAC se limitará a revisar las copias de la literatura científica actual o revisada por colegas presentada por un médico de J9 o una parte interesada que corresponda.
- También deben ser presentados junto con la documentación, los ICD-9-CM diagnosis code(s) (códigos de diagnóstico) requeridos que sean aplicables a la indicación propuesta, así como la información específica acerca de el calendario de la dosis propuesta por la indicación, en caso de que sea diferente a la información aprobada por FDA para su administración y dosis.

Las actuales instrucciones de CMS referente a compendios, aceptan su uso como herramienta inicial para determinar si una medicina anti cáncer puede tener cobertura de Medicare Parte B en caso de indicación no identificada. Para considerar el pago de una indicación sin identificación, médicamente aceptada, MAC exige que dicha indicación sea sustentada por uno o más compendios (listados a continuación).

- American Hospital Formulary Service-Drug Information (AHFS-DI)
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
- Drugs & Biologics Compendium (Thomson Micromedex DrugDex)
- Clinical Pharmacology

Los compendios listados más arriba emplean diversos sistemas de evaluación y recomendación que no se entrecruzan de compendio a compendio. En general, el uso de una medicina es identificado por un compendio como médicamente aceptado si:

- La indicación está en Categoría 1 o 2A en NCCN, o Clase I, Clase IIa o Clase IIb en DrugDex; o
- El texto es apoyado por AHFS-DI o Farmacología Clínica.

El presente artículo está subordinado a cualquier determinación nacional de cobertura (NCD) o determinación local de cobertura (LCD) de este MAC.

Bajo las provisiones expuestas más arriba, este MAC considerará la cobertura de una indicación sin identificación, después de haber recibido y verificado la documentación descrita más arriba. En caso de existir una LCD por dicha medicina, se seguirá el [procedimiento de reconsideración](#). Si no existe una LCD debe hacerse una evaluación de la solicitud después de revisar la documentación presentada y determinar si debe crearse una LCD.

En este artículo, el uso de medicinas anti cáncer no rotuladas se limita al tratamiento de condiciones neoplásicas malignas. Otras medicinas biológicas y/o farmacéuticas y el uso de medicinas dedicadas a combatir el cáncer a un uso diferente están fuera del marco de esta publicación. ❖

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 para ordenar materiales de Medicare Parte A

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

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcsoc.com/Publications/ (English) o http://medicareespanol.fcsoc.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2008 a septiembre de 2009.	40500150	Impreso \$33.00		
		CD-ROM \$55.00		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Formulario para ordenar materiales de Medicare Parte B

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

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

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publicaciones/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2008 a septiembre de 2009.	40300260	Impreso \$33.00		
		CD-ROM \$55.00		
Catálogo de honorarios de 2009 – El catálogo de honorarios de médicos y practicantes no médicos de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2009, 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 2009 para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
		CD-ROM: \$6.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

Formulario para ordenar materiales de Medicare Parte B

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Todos los cheques hechos para “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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Medicare Web sites

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistem de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Medicare Web sites

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

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



WHEN EXPERIENCE COUNTS & QUALITY MATTERS

MEDICARE A y B AL DÍA

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

♦ ATTENTION BILLING MANAGER ♦

