

EN ESTA EDICIÓN...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Monitores de glucosa en el hogar	
Perspectiva general de la enseñanza del auto-control de la diabetes	4
Cambios al software de cobertura de laboratorio	
Cambios de julio de 2009 al módulo de edición de laboratorio para las determinaciones nacionales de cobertura (NCD)	7
Facturación en centros de enfermería	
Clarificación de facturaciones de terapia en Centros de Enfermería Especializada	8
Ley de portabilidad del seguro médico	
Portabilidad y responsabilidad del seguro médico -- versión 5010	9
Actualización de políticas de pago	
Propuesta para el año fiscal 2010	15
Facturación institucional 837	
Código nacional de fármacos -- Clarificación	23
Pagos a centros de cirugía ambulatoria	
Pago y procesamiento de servicios reasignados	29
Reclamaciones mandatorias -- cumplimiento y envío	
La ley del seguro social requiere que las reclamaciones sean enviadas para todos los pacientes de Medicare por servicios prestados a partir del 1 de septiembre de 1990	30

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Información para proveedores de Parte A.....	15
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	25
Información para proveedores de la Parte B.....	29
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	33
Recursos educacionales	37
Formularios de pedidos de Parte A	38
Formularios de pedidos de Parte B	39
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	40
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	41

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 esta publicación.....3

Actualización.....3

Parte A & B

Monitores de glucosa en el hogar 4

Facturación de pruebas clínicas..... 4

Facturación del cuidado de los pies 5

Tele-servicios de salud 6

Precio promedio de medicamentos 6

Software de NCD de laboratorio..... 7

Sistema de evaluación de calidad five star 7

Facturación en centros de enfermería..... 8

Procedimiento nacional de transferencia 8

Ley de Portabilidad del Seguro Médico.....9

Acreditación de suplidores de equipo médico....10

Sistema de codificación clínica.....10

Conversión de códigos de enfermedades.....11

Privacidad de la información de salud.....11

Clínicas rurales 11

Día mundial de alerta contra la hepatitis.....12

Mes de los americanos de edad avanzada.....12

Influenza porcina..... 12

La salud el día de la madre..... 13

Hoja de cálculos de centros federales de salud.13

Tasa de interés de pagos y sobrepagos.13

Archivo común de trabajadores..... 14

Parte A

Ley de mejoras pacientes/proveedores.....15

Políticas de pago año fiscal 2010 15

Código de entrega de pacientes a la corte17

Reporte de índice de sueldo..... 18

Tarifas de exámenes clínicos18

Tasas de pago en centros de enfermería..... 19

Actualización de software PRICER..... 19

Rotación de camas..... 20

Conjunto mínimo de datos..... 20

Código integrado de paciente ambulatorio.....20

Grupo de diagnósticos graves.....21

Código de paciente ambulatorio.....21

Actualización de software PRICER.....22

PRICER de paciente hospitalizado 200922

PRICER de centro psiquiátrico....22

Archivo trimestral de proveedores22

Código nacional de fármacos - facturación.23

Cambio de tipo de factura FQHC23

Facturación de clínicas rurales24

Editor de códigos por Internet24

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... 25

Parte B

Pagos por servicios ambulatorios..... 29

Pagos por patología del lenguaje.....29

Reclamaciones mandatorias.....30

Requisito de código de especialidad..... 31

Facultad de ordenar/referir..... 31

Código por enfermos terminales 32

Cartilla de inmunizaciones32

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B.....33

Recursos educacionales37

Ordenar materiales de Parte A38

Ordenar materiales de Parte B.....39

Contactos Parte A de Puerto Rico40

Contactos Parte B de Puerto Rico41

**Medicare A y B
Al Día**

**Vol. 1, No. 3
Mayo 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.

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

SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

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

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

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

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

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

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

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

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

¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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

Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

DIABETES

Pacientes adiestrando en el uso de monitores de glucosa en el hogar e información de facturación relacionada

Número de *MLN Matters*: SE0905

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo de edición especial provee una perspectiva general del adiestramiento del beneficio del auto manejo de la diabetes (diabetes self-management training, DSMT), incluyendo la intención de los programas y requisitos de cobertura.

Puntos clave:

- El año inicial para DSMT es el periodo de 12 meses que le siguen a la fecha inicial.
- Medicare cubre adiestramiento de seguimiento bajo ciertas condiciones.
- El estatuto establece que un “proveedor certificado” de DSMT es un médico o cualquier otro individuo o entidad designado por el Secretario que, en adición de proveer servicios de adiestramiento del auto manejo a pacientes ambulatorios, provee otros asuntos y servicios por cual el pago puede ser hecho bajo título XVIII, y alcanza ciertos estándares de calidad.
- Los códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) que deben ser usados para DSMT son G0108 (individual) y G0109 (sesión de grupo).

Nota: Todas las entidades que facturan para DSMT bajo el sistema de pago por servicios mediante tarifa fija, o cualquier otro sistema de pago, deben alcanzar todos los requisitos de cobertura nacional.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0905.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters Artículo* SE0905

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.

COBERTURA Y REEMBOLSO

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: 22 de mayo de 2009

Fecha de efectividad: Para reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2008 en adelante.

Número de transmisión de CR relacionado: R1743CP

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.

Facturando costos de rutina en pruebas clínicas (continuación)

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 diagnóstico secundaria 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:

- 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 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/R1743CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1743, 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.

Clarificación de rutina de facturación del cuidado de los pies

Número de *MLN Matters*: MM6456

Número de petición de cambio relacionado: 6456

Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de mayo de 2009

Fecha de efectividad: 8 de junio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1742CP

Fecha de implementación: 8 de junio de 2009

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid están clarificando la rutina de facturación del cuidado de los pies cuando cesan los pagos debido a pérdida de la evaluación de la sensación protectora y del control. Se ha agregado una clarificación al Medicare Claims Processing Manual (Capítulo 32, Sección 80.8), la que es necesaria para el apoyo de los requisitos de cobertura de podiatría que se encuentran en el Medicare Benefit Policy Manual (Capítulo 15, Sección 290).

La política de cobertura que se encuentra en el Medicare Benefit Policy Manual permite a los contratistas otorgar cobertura a los tratamientos de podiatría en base a encuentros adicionales en casos que no están incluidos en encuentros de Clase A, Clase B o Clase C como lo ha determinado y desarrollado el personal médico del contratista, según haya sido necesario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6456.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6456, 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/R1742CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1742, CR 6456

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.

Actualización de la lista de tele-servicios de salud de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM6458
 Número de petición de cambio relacionado: 6458
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de abril de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R105BP y R1716CP
 Fecha de implementación: 26 de mayo de 2009

Resumen

La actualización 2009 de HCPCS, agregó varios códigos de *Current Procedural Terminology* (Terminología Actual de Procedimientos, CPT) en relación a servicios por enfermedad renal terminal (ESRD) y a su vez eliminó los códigos HCPCS G relacionados, con fecha efectiva a partir del 1 de enero de 2009. Algunos de estos servicios relacionados con ESRD pueden encontrarse en la lista aprobada de tele-servicios de salud. La lista de los tele-servicios-de-salud aprobada por Medicare, ha sido actualizada para reflejar que en los casos de enfermedad renal terminal, se ha reemplazado los códigos HCPCS G-con los códigos CPT. No se ha modificado la política establecida con respecto a tele-servicios de salud.

Cambio de códigos

- A partir del 1 de enero de 2009, los contratistas de Parte B de Medicare y contratistas administrativos

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.

(MAC), cuando los presenten con modificadores GT o GQ, pagarán por códigos *CPT 90951, 90952, 90954, 90955, 90957, 90958, 90960 y 90961* de acuerdo a lo que esté indicado en el catálogo de tarifas

- A partir del 1 de enero de 2009, los intermediarios fiscales (FI) y los MAC cuando los presenten con modificadores GT o GQ, por ingreso en estado crítico a un hospital que haya elegido el método II en tipo de factura 85x, pagarán por códigos *CPT 90951, 90952, 90954, 90955, 90957, 90958, 90960 y 90961* de acuerdo a lo que esté indicado en el catálogo de tarifas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6458.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6458, 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/R1716CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1716, CR 6458

Actualización y revisión de julio 2009 a archivos anteriores del precio promedio de venta trimestral

Número de *MLN Matters*: MM6471
 Número de petición de cambio relacionado: 6471
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de mayo de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1737
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Este artículo informa a los contratistas de Medicare como descargar e implementar el archivo del precio promedio de venta (ASC) de medicamentos de la Parte B de Medicare; y, si es publicado por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), también los archivos revisados de abril de 2009, enero de 2009, octubre de 2008, y julio de 2008. Los contratistas usarán el ASP de julio 2009 y no los archivos de precio de medicamentos que no estén clasificados de otra forma (NOC) para determinar el pago límite para medicamentos de Medicare de la Parte B pagables por separado o reprocesados el 6 de julio de 2009 en adelante, con fechas de servicio del 1 de julio de 2009, al 30 de septiembre de 2009.

Nota: Como fue dictaminado por CMS, First Coast Service Options Inc. no buscará ni ajustará reclamaciones que ya han sido procesadas a menos que sean traídas a nuestra atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6471.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6471, 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/R1737CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1737, CR 6471

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.

Cambios al software de edición de la determinación nacional de cobertura de laboratorio

Número de *MLN Matters*: MM6481

Número de petición de cambio relacionado: 6481

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1735CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) para servicios de laboratorio de diagnóstico clínico fueron desarrolladas por el comité negociador/hacedor de reglas de laboratorio y publicado en una determinación final el 23 de noviembre de 2001. El software nacionalmente uniforme fue desarrollado e incorporado en el sistema de Medicare de tal forma que las reclamaciones de laboratorio sujeto a una de las 23 NCD fueran procesadas uniformemente por toda la nación efectivo el 1 de enero de 2003.

Este artículo detalla los cambios de julio de 2009 al módulo de edición de laboratorio, para las listas de código de NCD de laboratorio. Estos cambios son efectivos para servicios prestados el 1 de julio de 2009 en adelante.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6481.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6481, 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/R1735CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1735, CR 6481

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.

CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Sistema de evaluación de calidad five-star -- noticias de mayo

Los reportes five-star del proveedor vistos con antelación están ahora disponibles. Los proveedores pueden acceder al reporte de conjunto de datos mínimos (minimum data set, MDS) de las páginas de bienvenida disponibles en los servidores del estado para el envío de datos MDS.

Información de acceso con antelación del proveedor

Viste la página de bienvenida de MDS (disponible en los servidores del estado donde usted envía datos MDS) para revisar sus resultados.

Para acceder los reportes five-star del proveedor vistos con antelación, seleccione el enlace de "Certification and Survey Provider Enhanced Reports" (CASPER) localizado al final de su página de acceso. Una vez en el sistema de reporte CASPER, haga clic en el botón de "Folders" y acceda el reporte five-star en su "st LTC facid folder".

Nota: "st" es el código postal de dos dígitos del estado en el cual su centro de salud está localizado, y "facid" se refiere al identificador asignado por el estado a su centro de salud.

BetterCare@cms.hhs.gov está disponible para tratar las preocupaciones y/o problemas de los datos de mayo. La línea de ayuda reabrirá en julio para coincidir con la actualización de datos de medida de calidad (QM) trimestralmente. Nursing Home Compare actualizará con los datos de five-star de mayo el jueves 28 de 2009. ❖

Fuente: CMS PERL 200905-31

Clarificación de facturaciones de terapia en centros de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*: MM6407

Número de petición de cambio relacionado: 6407

Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de mayo de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1733CP

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 Semontr), está condensado en el catálogo de tarifas médicas de Medicare (MPFS).

Sin importar si el código 95992CPT 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 aislada. 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/R1733CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1733, 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.

INTERÉS GENERAL

Información acerca del procedimiento nacional de transferencia

Número de *MLN Matters*: SE0909

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), han consolidado el procedimiento de transferencia “automática” o elegibilidad basada en los archivos de acuerdo a la coordinación de beneficios del contratista (COBC) de septiembre de 2006. Bajo el procedimiento de transferencia automática, otros aseguradores suplementarios, incluyendo agencias de Medicaid, firman un acuerdo de estándares nacionales de coordinación de beneficios (COBA) con el contratista CMS, el llamado COBC. A continuación presentan la información de inscripción por medio de un archivo estándar de elegibilidad, por medio de una conexión segura con el COBC. Una vez que cuentan con la información de elegibilidad, los aseguradores suplementarios identifican a sus miembros que tienen cobertura o a tenedores de pólizas/certificados para propósitos de equiparar sus reclamaciones con las de Medicare. A su vez, el COBC transmite esta información al archivo común de trabajo (CWF).

CMS consolidó el procedimiento de transferencia basado en reclamaciones Medigap, bajo el COBC de octubre 2007. Virtualmente todos los aseguradores Medigap participan en el procedimiento de transferencia “automática” o elegibilidad basada en los archivos. Aproximadamente diez u once planes Medigap se avalan a sí mismos o al procedimiento de transferencia menos usado, basado en Medigap, el que no puede ser utilizado en asociación con reclamaciones institucionales de Parte A 837

Información acerca del procedimiento nacional de transferencia (continuación)

(incluyendo facturaciones de tipo relacionado con pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios, cuidados de la salud en el hogar y hospitales de enfermos terminales) o con reclamaciones por las cuales el médico o suplidor no participa del programa Medicare.

Dos situaciones en las que está justificado facturar el balance de aseguradores suplementarios son:

- Se ha encontrado errores en los datos de reclamación
- El asegurador del paciente no forma parte del proceso de transferencia.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0909.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters Artículo SE0909*

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.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico 5010--Síntesis

Número de *MLN Matters*: SE0904

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

La implementación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico -- Versión 5010 (HIPAA 5010) presenta cambios sustanciales en el contenido de los datos que usted presenta con sus reclamaciones así como a los datos disponibles en respuesta a sus consultas electrónicas. Esta implementación de los cambios a la ley HIPAA 5010 significará modificaciones de software, sistemas y tal vez procedimientos que usted utiliza para facturar a Medicare y otros pagadores.

Es extremadamente importante que usted esté consciente de estos cambios en HIPAA y planifique su implementación.

Usted debe estar preparado, a partir del 1 de enero de 2012, para presentar sus reclamaciones en forma electrónica usando los estándares X12 versión 5010 (transacciones de cuidados de la salud) y NCPDP versión D.0 (reclamaciones de farmacia). Ésto es también un pre-requisito para la implementación de los nuevos códigos ICD-10.

Recuerde que los estándares HIPAA son nacionales y se refieren a sus transacciones con todo tipo de pagadores y **no solamente con tarifas por servicios (FFS) de Medicare**. Por lo tanto, usted debe también prepararse para implementar aquellas transacciones que se refieren a sus operaciones de negocios diferentes a FFS de Medicare. Medicare espera comenzar su transición a al nuevo formato el 1 de enero de 2011 y completar el cambio de los formatos actuales el 1 de enero de 2012. A pesar de que el nuevo formulario de reclamación puede acomodar códigos ICD-10, éstos no son aceptados como parte del proyecto 5010. La implementación de ICD-10 será abordada por artículos separados de *MLN Matters*.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) le proveerán información adicional para asistirlo y mantenerlo al tanto, por medio de variados instrumentos de comunicación, del progreso de la implementación de HIPAA 5010 en Medicare.

El artículo *MLN Matters* proveerá racionalización acerca de los nuevos estándares y guiará a los proveedores en su preparación para esta implementación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0904.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters Artículo SE0904*

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.

Acreditación de suplidores de equipo médico duradero, próstéticos, ortóticos y suministros médicos

Número de *MLN Matters*: SE0903
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo es un recordatorio, acerca de la necesidad de estar acreditados a más tardar el 30 de septiembre de 2009, para proveedores y suplidores DMEPOS (equipo médico duradero, próstéticos, ortóticos y suministros médicos) inscritos en Parte B de Medicare.

El 1 de octubre de 2009 serán revocados los derechos de facturación de Parte B a los suplidores DMEPOS que no hayan obtenido acreditación a más tardar el 30 de septiembre de 2009.

Los suplidores DMEPOS que completan e ingresan una solicitud a una organización de acreditación autorizada después del 31 de enero de 2009, podrían tener o no una decisión para el 30 de septiembre de 2009.

Los suplidores DMEPOS que completan e ingresan una solicitud a una organización de acreditación autorizada el 31 de enero de 2009 o antes, tendrán una decisión (favorable o desfavorable) a más tardar el 30 de septiembre de 2009.

El tiempo necesario para que un suplidor DMEPOS complete todo el proceso de acreditación, es de seis a siete meses, pero a veces se extiende hasta nueve. En consecuencia, los suplidores DMEPOS deberán contactar de inmediato una organización de acreditación autorizada para obtener información acerca del proceso de acreditación y presentar su solicitud.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0903.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters Artículo SE0903*

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.

El sistema de procedimiento de codificación y modificación clínica ICD-10

Número de *MLN Matters*: SE0832
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

La décima edición de "International Classification of Diseases" (ICD-10) ofrece información más detallada y la habilidad de expandir información clínica y específica para capturar avances en la medicina clínica.

El sistema no está implementado todavía en los procesos de reclamaciones de pago por servicio de Medicare. Por lo tanto, ninguna acción es requerida en este momento.

ICD-10 consiste de las siguientes dos partes:

- ICD-10-CM -- El sistema de clasificación de diagnóstico fue desarrollado por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) para su uso en los casos de tratamiento del cuidado de la salud en todo Estados Unidos.
- ICD-10-PCS -- El sistema de clasificación de procedimiento fue desarrollado por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para su uso en todo Estados Unidos para casos de pacientes hospitalizados solamente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0832.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters Artículo SE0832*

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.

Hoja informativa para conversión de códigos de clasificación de enfermedades

Ayuda para conversión de códigos internacionales de clasificación de enfermedades

La hoja informativa General equivalence mappings (mapas de equivalencia general) - ICD-9-CM a y desde ICD-10-CM y ICD-10-PCS (marzo de 2009), que provee información y recursos con respecto a los mapas de equivalencias generales que fueron creados como herramienta para ayudar en la conversión de los códigos internacionales de clasificación de enfermedades, Modificaciones Clínicas, 9a. edición; a la 10ª. Edición y; la conversión de los códigos de ICD-10 de vuelta a ICD-9-CM; está ahora disponible en formato de impresión en *Medicare Learning Network* (red de enseñanza de Medicare) de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid. Para ordenar su pedido, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, baje a “Related Links Inside CMS (enlaces relacionados en CMS)” y seleccione “MLN Product Ordering Page (página para ordenar productos MLN).” ❖

Fuente: CMS PERL 200905-03

Clarificación acerca de la privacidad de la información confidencial de salud

Número de *MLN Matters*: SE0726

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

El propósito de este artículo es asegurarse de que los proveedores de cuidados de la salud están al tanto de las pautas auxiliares y materiales de asistencia técnica que ha publicado el Departamento de Salud y Servicio Social de los Estados Unidos (U.S. Department of Health & Human Services, HHS) para clarificar la reglamentación de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

Los materiales de enseñanza de HHS incluyen una carta a los proveedores de cuidados de la salud con los siguientes ejemplos de clarificación de la reglamentación de la privacidad:

- HIPAA no exige que los pacientes firmen formularios de consentimiento para que los médicos, hospitales o ambulancias puedan compartir información para propósitos de tratamiento.
- HIPAA no exige a los proveedores, eliminar todas las delimitaciones de responsabilidad incidentales.
- HIPAA no impide toda la comunicación entre el proveedor y los amigos y familiares del paciente.
- HIPAA no impide llamadas o visitas al hospital por parte de familiares, amigos, sacerdotes o cualquier otra persona.
- HIPAA no impide informar sobre abuso de menores.
- HIPAA no es anti-electrónico. Los médicos pueden continuar comunicándose por e-mail, teléfono o FAX.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0726.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters Artículo* SE0726

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.

Hoja informativa revisada sobre clínica rural de salud

La hoja informativa revisada de clínica rural de salud (abril 2009), la cual provee información sobre servicios de clínica rural de salud, certificación de Medicare como un RHC, visitas RHC, pagos RHC, reportes de costo, reconciliación anual, está ahora disponible en formato para ser descargado de Internet de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid Medicare Learning Network en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/RuralHlthClinfctst.pdf>. Si usted no puede acceder el enlace de este mensaje, copie la dirección URL y colóquela en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 200905-13

El 19 de mayo es el día mundial de alerta contra la hepatitis

Hepatitis B es una enfermedad altamente infecciosa causada por el virus hepatitis B virus (HBV). Una infección crónica de HBV puede atacar el hígado, causando cirrosis, cáncer, mal funcionamiento y posteriormente la muerte del paciente.

Los beneficiarios de Medicare con riesgo intermedio o alto de contraer la enfermedad, tienen cobertura de Medicare por la vacuna contra hepatitis B y su administración. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han creado varios productos educacionales para ayudar a los proveedores de Medicare a entender estos beneficios, incluyendo:

- El folleto de Inmunización de adultos -- información sobre cobertura por vacunación contra hepatitis B
http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/adult_immunization.pdf
- The Medicare Preventive Services Quick Reference Information: Medicare Part B Immunization Billing Chart (información de referencia rápida de los servicios preventivos de Medicare: plantilla de facturación por inmunizaciones Medicare Parte B) -- información sobre facturación y codificación de vacuna contra hepatitis B
http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/qr_immun_bill.pdf

Para más información sobre los servicios de medicina preventiva con cobertura de Medicare, incluyendo la vacuna contra hepatitis B, visite la página sobre servicios de medicina preventiva de Medicare Learning Network (red de enseñanza de Medicare), en: http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp

Nota: Si tiene problemas en acceder a cualquier enlace de este mensaje, copie y pegue el URL en su buscador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 200905-25

Mayo es el mes de los americanos de edad avanzada

Únase a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para promover un incremento en la concientización de servicios preventivos cubiertos por Medicare que pueden ayudar a americanos de edad avanzada a vivir vidas más largas, saludables y completas.

Medicare provee cobertura para una variedad de exámenes preventivos. Estos exámenes pueden ayudar a americanos de edad avanzada con Medicare a mantenerse saludables y detectar condiciones como cáncer, glaucoma, y enfermedad cardiovascular temprano cuando el tratamiento tiene mejores resultados.

CMS reconoce el rol crucial que la comunidad de proveedores de Medicare juega en promover información a sus pacientes sobre servicios preventivos que potencialmente salvan vidas. Por lo tanto hemos creado un número de productos disponibles libre de costo para ayudarlo a educarse usted mismo y a sus pacientes sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo:

Página Web de productos educacionales y servicios preventivos de MLN -- provee descripciones e información de orden para servicios preventivos y productos educacionales de Medicare Learning Network (MLN) para profesionales del cuidado de la salud y su personal, y está disponible en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp

Folleto de servicios preventivos -- provee información sobre medidas de masa del hueso, cáncer y estudios de glaucoma, servicios relacionados a la diabetes, y beneficios expandidos, y está disponible en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/Downloads/education_products_prevserv.pdf (busque abajo en su pantalla "Brochures" y seleccione el enlace deseado.)

Guías de referencia rápida -- provee información adicional sobre exámenes físicos preventivos iniciales, inmunización de facturación, y otros servicios preventivos, y está disponible en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/Downloads/education_products_prevserv.pdf (busque abajo en su pantalla "Quick Reference Information" y seleccione el enlace deseado.)

Gracias por su apoyo en ayudar a CMS a diseminar la palabra sobre los beneficios de las series de servicios de prevención cubiertos por Medicare y que pueden ayudar a americanos de edad avanzada a vivir vidas más largas y saludables. ❖

Fuente: CMS PERL 200905-24

Información acerca de la influenza porcina

Para obtener la información más reciente, visite el sitio Web de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), en <http://www.cdc.gov/swineflu/>

En el sitio CDC, encontrará la información más actualizada de la hoja informativa para proveedores y consumidores, guía profesional, informes de prensa y los pasos que usted, su personal y sus pacientes, deben seguir para protegerse de ser infectados con la influenza porcina. ❖

Fuente: CMS PERL 200904-32

Recordatorio sobre cuidados de la salud el día de la madre

El 10 de mayo es el día de la madre. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid solicitan a la comunidad de proveedores su ayuda para mantener saludables a las mujeres aseguradas de Medicare, asegurando que utilicen los servicios de medicina preventiva con cobertura de Medicare, tales como mamografías, mediciones de la masa ósea, exámenes de cáncer al útero y exámenes pélvicos, entre otros servicios que pueden ayudar a las mujeres a tener una vida más prolongada y saludable.

La Medicare Learning Network (red de enseñanza de Medicare, MLN) ofrece una variedad de productos educacionales relacionados con productos de medicina preventiva con cobertura de Medicare que están dedicados a la salud de la mujer. Están incluidos:

- Folleto de Bone Mass Measurements (mediciones de masa ósea) -- con información sobre la cobertura de Medicare al respecto. Disponible en: http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/bone_mass.pdf .
- Folleto de Cancer Screenings(exámenes de cáncer) -- con información sobre la cobertura de Medicare para exámenes de cáncer incluyendo mamografías, exámenes de cáncer al útero y exámenes pélvicos. Disponible en: http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/cancer_screening.pdf .

Para productos educacionales adicionales, incluyendo guías de referencia rápida y cursos de enseñanza por Internet, visite el sitio Web de Servicios Preventivos de Medicare MLN, en: http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp ❖

Fuente: CMS PERL 200905-07

Centros de salud federales calificados – hoja de cálculos modificada

La hoja de cálculos modificada de los centros de salud federales calificados (abril 2009) que provee información acerca de la designación de centros de salud federales calificados (FQHC), cobertura de servicios FQHC, servicios FQHC preventivos primarios sin cobertura, pagos a FQHC y Ley de 2003 de Modernización y Mejoramiento de la Prescripción de Medicamentos de Medicare, está disponible ahora, en formato de Internet descargable de Medicare Learning Network (red de enseñanza de Medicare) de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid, en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/fqhcfactsheet.pdf> ❖

Fuente: CMS PERL 200904-31

Aviso de tasa de interés para sobrepagos y pagos insuficientes de Medicare

La Regulación de Medicare 42 CFR, sección 405.378 provee para la evaluación de interés al más alto índice de fondos del valor actual (tres por ciento para el año 2009) o el índice privado del consumidor (PCR) como fue ajustado por el Departamento del Tesoro.

El Departamento del Tesoro ha notificado al Departamento de Salud y Servicios Humanitarios que el PCR ha sido cambiado al **11 por ciento, a partir del 16 de abril de 2009**. El PCR permanecerá en efecto hasta que un nuevo cambio de índice sea publicado. A continuación se muestra una lista de índices de interés previos.

Periodo	Índice de interés
23 de enero de 2009 – 15 de abril de 2009	11.375 %
22 de octubre de 2008 – 22 de enero de 2009	11.375 %
24 de julio de 2008 – 21 de Octubre de 2008	11.125%
18 de abril de 2008 – 23 de julio de 2008	11.375%
18 de enero de 2008 – 17 de abril de 2008	12.125%
19 de octubre de 2007 – 17 de enero de 2007	12.5%
20 de julio de 2007 – 18 de octubre de 2007	12.625%
10 de abril de 2007 – 19 de julio de 2007	12.375%. ❖

Fuente: CMS Pub. 100-06, Transmittal 151 CR 6240

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.

Modificación del archivo común de trabajadores para la transmisión de calificador WC

Número de *MLN Matters*: MM6438

Número de petición de cambio relacionado: 6438

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de mayo de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R487OTN

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Este artículo se basa en solicitud de cambio (CR) 6438 **y es solamente para información de los proveedores.** Con la finalidad de evitar que Medicare pague primeramente por gastos médicos futuros que deberían estar cubiertos por compensación a los trabajadores (workers' compensation), Medicare se desistió del acuerdo (WCMSA), una instrucción anterior de Medicare, CR 5371, da instrucciones a los contratistas de Medicare acerca de la creación de un nuevo código de pagador secundario Medicare (MSP) en el sistema de procesamiento de reclamaciones Medicare.

Con la creación del nuevo código MSP, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), tienen la facultad de discontinuar los pagos condicionales por códigos de diagnóstico relacionados con acuerdos WCMSA.

CR 5371 ha agregado el calificador 'WC' para

distinguir un registro auxiliar de WCMSA MSP de un registro WC MSP. Un artículo *MLN Matters*® relacionado con CR 5371 está disponible en el sitio Web de CMS <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5371.pdf>.

Aunque CR 5371 ha agregado el calificador 'WC', no se ha hecho un ajuste para permitir la transferencia de los códigos alfa modificadores de WC del sistema de archivo común de trabajadores (CWF) a otros sistemas importantes de Medicare y CR 6438 está implementando esa transferencia.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6438.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6438, 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/R487OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 487, CR 6438

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.

SERVICIOS DE HOSPITAL

Sección 148 de la Ley de Mejoras para Pacientes y Proveedores de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM6395

Número de petición de cambio relacionado: 6395

Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de mayo de 2009

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1729CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

De acuerdo a la Sección 148 de la Ley de Mejoras para Pacientes y Proveedores de Medicare (MIPPA), para los servicios solicitados a partir del 1 de julio de 2009 en adelante, un hospital de cuidado crítico (CAH) será pagado 101 por ciento del costo razonable para pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico aun si el paciente a quien estos servicios son facturados no estaba físicamente presente en el CAH a la hora que el espécimen es recopilado. En tales casos, el CAH recibirá 101 por ciento del costo razonable de la prueba de laboratorio del diagnóstico clínico del cuidado ambulatorio mientras el paciente se encuentre bajo el cuidado ambulatorio del CAH y esté recibiendo servicios directamente del CAH. Para propósitos de sección 148, el paciente esta considerado como que recibe servicios directamente del CAH si alcanzan cualquiera de las siguientes calificaciones:

1. El paciente recibe servicios del cuidado ambulatorio en el CAH el mismo día que el espécimen es recopilado, o
2. El espécimen es recopilado por un empleado del CAH.

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.

Si el paciente está físicamente presente en el CAH o un centro de salud que está basado en el proveedor al CAH a la hora que el espécimen es recopilado, ninguna de las dos condiciones arriba necesitan ser cumplidas.

Para propósitos de pago cuando un paciente es localizado en un centro de enfermería especializada (SNF) y los empleados del CAH van al SNF para recopilar un espécimen, el CAH recibirá solamente el pago de 101 por ciento del costo razonable una vez los días del paciente de Medicare de Parte A han expirado. Antes de que expiren los días del paciente de Parte A, los pagos para la recopilación de un espécimen de laboratorio en una SNF están incluidos en el paquete de pago de SNF.

Para los que no son pacientes, las pruebas todavía se facturan en un tipo de factura (TOB) 14x y tales reclamaciones serán pagadas basadas en la tarifa fija del laboratorio clínico.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6395.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6395, 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/R1729CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1729, CR 6395

Propuesta de actualización de políticas de pago para el año fiscal 2010 Esta propuesta clarificará y reforzará los requisitos de cuidados y selección de pacientes

El 28 de abril de 2009, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid emitieron una propuesta de reglamentación que actualizará las tasas de pago y clarificará el marco de selección de pacientes de Medicare y establecimientos de rehabilitación de pacientes durante el año fiscal 2010. La reglamentación propuesta afectará más de 200 IRF independientes y más de 1,000 unidades de IRF en hospitales de cuidado intensivo y será efectiva para los casos de pacientes dados de alta a partir del 1 de octubre de 2009.

La reglamentación propuesta para selección de pacientes y provisiones de cuidado tiene por objetivo asegurar que los beneficiarios de Medicare que necesitan servicios de rehabilitación intensiva provista en las IRF continúe teniendo acceso a cuidados de alta calidad. En adición a la reglamentación propuesta, CMS está insertando un borrador de revisión para comentario público en *Medicare Benefit Policy Manual* (Manual de Políticas de Beneficio de Medicare (MBPM)). Este borrador hace

los cambios correspondientes al manual en base a la reglamentación propuesta, proporciona un guía detallado de procedimientos correspondientes a la selección de pacientes para admisión en IRF y el desarrollo e implementación de planes de tratamiento individual. Las propuesta crean un marco que incorpora las mejores prácticas actuales en medicina de rehabilitación al tiempo que promueven una revisión médica más eficiente y mejor orientada de intermediarios fiscales y contratistas administrativos de Medicare.

Los comentarios acerca del borrador de modificaciones MBPM deben ser presentados a través de un enlace provisto en el sitio Web de CMS y no por el sitio Web <http://www.regulations.gov/search/index.jsp> que se utiliza para hacer comentarios sobre el texto de reglamentación propuesto. CMS espera emitir las políticas actualizadas finales de MBPM junto con la reglamentación final IRF del sistema prospectivo de pagos (PPS).

Propuesta de actualización de políticas de pago para el año fiscal 2010 (continuación)

Charlene Frizzera, administrador en funciones de CMS manifestó que “CMS está proponiendo actualizaciones al presente criterio de cobertura IRF tales que reflejarán más apropiadamente las mejores prácticas a lo largo de la industria y mejorarán la comprensión y consistencia de las pautas médicas que se necesitan”, “Los procedimientos propuestos han sido desarrollados por CMS trabajando estrechamente con los Institutos Nacionales de Salud y directores médicos de varios intermediarios fiscales y teniendo en cuenta las opiniones de la comunidad de rehabilitación”.

La revisión propuesta servirá para clarificar los requisitos de exámenes de preadmisión para determinar si un paciente debe recibir servicios de rehabilitación en un IRF u otro lugar menos intensivo, planificación de tratamiento post-admisión y coordinación de los cuidados siguientes durante la estada del paciente. Lo que CMS propone específicamente es:

Actualizar y clarificar el criterio de admisión de IRF para especificar que el paciente tiene la capacidad y el deseo de participar en un programa intensivo de rehabilitación y puede esperarse que haga progresos mesurables en su capacidad funcional o en su adaptación a su discapacidad.

Exigir que los servicios de IRF sean ordenados por un médico de rehabilitación con conocimientos especializados y experiencia en servicios de rehabilitación, bajo la coordinación por parte de un equipo interdisciplinario que incluya por lo menos una enfermera con estudios especializados o experiencia en rehabilitación, un asistente social o administrador de casos sociales (o ambos) y un terapeuta licenciado o certificado en cada disciplina de terapia relacionada con el tratamiento del paciente. El médico de rehabilitación tendrá la responsabilidad de

- Tomar la decisión final con respecto al tratamiento del paciente en el IRF.
- Precisar que el IRF debe disponer de personal calificado para la prestación de servicios de enfermería, terapia física, terapia ocupacional, patología del lenguaje, servicios sociales, psicología, y servicios prostéticos y ortóticos.
- Enfatizar la importancia de la evaluación posterior a la admisión del paciente para evaluar su estado después de admitido en el IRF en comparación a como estaba de acuerdo a la documentación de los exámenes de preadmisión y comenzar a desarrollar un plan integral de cuidados que correspondan a las necesidades individuales específicas del paciente. La reglamentación propuesta requiere un plan de cuidados integrales que debe ser cumplido con la participación de todos los miembros del equipo interdisciplinario lo que debe estar registrado en el archivo médico del paciente.
- Requerir que el equipo interdisciplinario se reúna semanalmente para evaluar el progreso del paciente y hacer cualquier cambio necesario al plan de cuidado integral individualizado.
-

Medicare está pagando desde 2002 por hospitales de rehabilitación y unidades de rehabilitación en hospitales de cuidados intensivos para pacientes bajo el sistema prospectivo de pagos de (PPS) de IRF. De acuerdo a IRF PPS, el paciente es clasificado en grupos según su caso (CMG) tomando en cuenta su condición física y mental en su totalidad. Medicare hace un solamente un pago a IRF en base a la asignación de CMG. En algunos contados casos, Medicare hará un pago adicional, llamado pago de valor atípico, al establecimiento, esto cuando el costo del tratamiento de un paciente individual es mayor que el pago del CMG.

Las tasas de pago establecidas por IRF PPS para servicios de terapia de rehabilitación son mayores que los que se pagarían por servicios en escenarios diferentes, tales como departamentos de pacientes ambulatorios de un hospital, centros de enfermería especializada o en un escenario de cuidados de salud en el hogar. El motivo de lo anterior es que estos pacientes sufren de condiciones más severas y complejas las que suponen servicios de rehabilitación más intensivos y coordinados. Otra razón importante para la actualización de las políticas de cobertura es ayudar a IRF a seleccionar los pacientes que necesitan servicios de rehabilitación integral más costoso proporcionados en un escenario IRF.

Para recibir pago de IRF PPS, cada establecimiento debe demostrar anualmente que al menos el 60 por ciento de sus pacientes tiene un diagnóstico ya sea principal o secundario que cae dentro de las condiciones calificadoras designadas en las regulaciones que gobiernan IRF. (Esto se conoce comúnmente como “la regla del 60 por ciento”. La lista de las condiciones calificadoras se encuentra adjunta). Para calcular una tasa de cumplimiento de la regla de 60 por ciento para IRF, CMS ha usado históricamente un método de extrapolación de la tasa de cumplimiento a partir de los datos de costos de servicios de Medicare. Está ahora claro que el método de extrapolación para determinar el cumplimiento sería más preciso si los pacientes de Medicare Advantage fueran incluidos en estos cálculos de revisión de cumplimiento. Por lo tanto, CMS propone exigir la presentación de datos de evaluación de pacientes IRF en Medicare Parte C (Medicare Advantage).

En otras provisiones, CMS estima que la tasa de pago actualizada para IRF será de 2.4 por ciento el año fiscal (FY) 2010, en base a la canasta de mercado de cuidados de rehabilitación, psiquiátricos y a largo plazo (RPL) y que si finaliza como está propuesta, dicha canasta incrementará el total de pagos IRF durante FY 2010, en \$140 millones de dólares. La canasta de RPL ha sido creada para medir la tasa de inflación para los recursos utilizados en el tratamiento del tipo de pacientes específico atendidos en estos establecimientos. Además, CMS propone establecer el umbral atípico para FY 2010 en \$9,976 dólares, cantidad estimada para mantener los pagos atípicos en un 3.0 por ciento del total de pagos estimados por IRF PPS para FY 2010. El cambio del umbral atípico incrementará el pago total de 1 IRF en \$10 millones de dólares. Bajo esta reglamentación propuesta, el incremento total de pagos IRF es de \$150 millones de dólares.

Propuesta de actualización de políticas de pago para el año fiscal 2010 (continuación)

Para ajuste a nivel de paciente y de establecimiento, lo que no aumenta el total de pagos IFR, la reglamentación propuesta hará lo siguiente:

- Actualizará los pesos relativos de CMG y valores de extensión de estadía promedio usando datos de FY 2007, los que reflejan cambios recientes en la población de pacientes IRF como resultante de la regla del 60 por ciento y la revisión de actividades médicas.
- Utilizará los datos pre-reclasificados y tarifas pre-hospitalización para determinar las tasas FY 2010 propuestas. Los índices de valor de tarifas FY 2010 IRF PPS en la reglamentación propuesta se basan en los datos pre-reclasificados y tarifas pre-hospitalización.
- Actualizará los factores de pacientes rurales de bajo ingreso (LIP) y ajuste por situación de enseñanza, utilizando los datos de los últimos tres años (FY 2005 a 2007).

MS aceptará hasta el 29 de junio de 2009, los comentarios acerca de la reglamentación propuesta y considerará todos estos comentarios en un dictamen final el 1 de agosto de 2009.

La reglamentación propuesta está disponible en Office of the Federal Register's Public Inspection Desk (Oficina de Inspección del Registro Público Federal) desde el 28 de abril de 2009 y estará disponible como "Special Filings (archivos especiales)", en <http://www.federalregister.gov/inspection.aspx>.

Para más información, incluyendo como presentar comentarios acerca del borrador de MBPM, vea: http://www.cms.hhs.gov/InpatientRehabFacPPS/02_Spotlight.asp ❖

Fuente: CMS PERL 200904-33

El nuevo código 21 define entrega de pacientes a cortes/representantes de la ley

Número de *MLN Matters*: MM6385

Número de petición de cambio relacionado: 6385

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de abril de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1718CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) requieren el localizador 17 (código de paciente dado de alta), en el formulario de facturación uniforme de reclamaciones (UB-04) y su equivalente electrónico. El código de paciente dado de alta indica la disposición o estado del paciente en la reclamación presentada.

El Comité Nacional de Facturación Uniforme (NUBC) ha creado el nuevo código 21 de paciente dado de alta para definir entregas o transferencias a cortes o representantes de la ley. El código 21 de paciente dado de alta incluye establecimientos de encarcelamiento tales como cárceles,

prisiones u otros establecimientos de detención. El sistema Medicare acepta este código en reclamaciones con fechas de dadas de alta a partir del 1 de octubre de 2009.

Note que para los hospitales pertenecientes al sistema de pago prospectivo de pacientes hospitalizados (IPPS), la política de pago por traslado posterior a un estado grave, no será aplicable en casos de paciente dado de alta bajo código 21.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6385.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6385, 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/R1718CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1718, CR 6385

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.

Reporte de Medicare sobre índice de sueldo

La regla propuesta en el año fiscal (FY) 2010 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS), los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) acordó que el reporte final de Acumen, LLC acerca de los índices de sueldos indicado en la sección 106(b)(2) de la división de Medicare de la Ley del cuidado de la salud y alivio contributivo del 2006, está dividido en dos partes. La primera parte, ahora disponible en el sitio Web de Acumen, analiza las fortalezas y debilidades de las fuentes de datos utilizadas para construir la comisión de asesoría de pago de Medicare (MedPAC) y los índices de CMS.

La segunda parte se enfocará en la metodología para computar el índice de sueldo y asuntos de cubierta incluyendo la definición de áreas de sueldo y métodos de ajuste por diferencias entre áreas de sueldo adyacentes. Se espera que la segunda parte sea publicada después de la publicación de la regla final de FY 2010. La dirección Web de Acumen es <http://www.acumenllc.com/reports/cms>. ❖

Fuente: CMS PERL 200905-09

Servicios de exámenes clínicos pagados con tarifa de cuidados controlados

Número de *MLN Matters*: MM6455

Número de petición de cambio relacionado: 6455

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de mayo de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1723CP

Fecha de implementación:

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han reconocido la necesidad de proporcionar clarificación adicional acerca de facturación y procesamiento de servicios de exámenes clínicos. Pedido de cambio 6455 actualiza el sistema de revisiones de Medicare para asegurar exactitud en la facturación y finalmente el cobro correcto de servicios de exámenes clínicos provistos a beneficiarios de cuidados controlados.

La política de Medicare es pagar por los servicios de exámenes clínicos provistos a los beneficiarios inscritos en planes de cuidados controlados. Los requisitos de codificación de exámenes clínicos para reclamaciones de los inscritos en cuidados controlados son los mismos que los reclamaciones con tarifas por servicios (FFS) regulares de Medicare. Sin embargo, los proveedores institucionales no deben facturar a los pacientes ambulatorios servicios de exámenes clínicos y no clínicos en la misma factura que a beneficiarios pertenecientes a un plan de cuidados controlados. Si se presta, a un paciente ambulatorio, servicios con cobertura que no tienen relación con exámenes clínicos realizados ese mismo día, el proveedor debe facturar a Medicare, para ser procesados como FFS, solamente los servicios de exámenes clínicos. (Esto posibilita que el sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare no cobre el deducible cuando el paciente pertenece a un plan de cuidados controlados.)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6455.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6455, 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/R1723CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1723, CR 6455

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.

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Propuesta de tasas de pago más exactas en centros de enfermería especializada

Propuesta de re-calibración de los ajustes de casos mixtos

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han propuesto ajustar las tasas de pago del año fiscal (FY) 2010 para reflejar de mejor manera el costo del cuidado de los beneficiarios de Medicare en centros de enfermería especializada.

Esta regulación intenta reducir los pagos de Medicare a los centros de enfermería especializada (SNF) en \$390 millones de dólares o el 1.2 por ciento menos que en FY 2009. Este ajuste a los pagos de establecimientos de enfermería es un esfuerzo por re-balancear un ajuste anterior a los índices de casos mixtos (CMI).

La re-calibración propuesta para el CMI de FY 2010 dará por resultado una reducción de pagos a centros de enfermería del orden de los \$1.050 (un mil cincuenta) billones de dólares o 3.3 por ciento. Sin embargo, esta disminución se verá opacada en forma considerable por la actualización de pagos a SNF propuesta para este año fiscal. La actualización -- un aumento propuesto de 2.1 por ciento o \$660 millones de dólares para FY 2010 -- se basa en el cambio de precios de "la canasta del mercado" de bienes y servicios incluidos en la cobertura de estadía en SNF. El porcentaje de crecimiento en la canasta del mercado se usa para calcular el factor de actualización anual. El 1.2 por ciento de reducción se obtiene al combinar el incremento en la canasta del mercado con la re-calibración del CMI.

Para ver el comunicado de prensa completo, visite el sitio Web de CMS Web

http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp ❖

Fuente: CMS PERL 200905-02

Actualización de centros de enfermería especializada PPS PRICER para el año fiscal 2009

El año fiscal (FY) 2009.0 de centros de enfermería especializada (SNF) del sistema de pagos prospectivos (PPS) de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado con los últimos datos específicos del proveedor de abril 2009. Para descargar la última versión FY 2009.0 del archivo de PC PRICER (actualizado el 14 de mayo de 2009), vaya a la página Web de Skilled Nursing Facilities (SNF PPS) PC PRICER en (http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/04_SNF.asp), bajo la sección de 'Downloads'.

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

Fuente: CMS PERL 200905-27

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.

Ha sido modificada la hoja informativa de rotación de camas

La hoja informativa de rotación de camas (modificada en abril de 2009), que informa sobre los requisitos que deben cumplir los hospitales y hospitales de urgencia, con la finalidad de entrar en un acuerdo de rotación de camas para proveer cuidados a enfermos graves o en establecimientos de enfermería especializada, se encuentra disponible en formato que se puede descargar de la Internet, en *Medicare Learning Network* (red de enseñanza de Medicare) de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/SwingBedFactsheet.pdf> ❖

Fuente: CMS PERL 200905-20

Borrador de especificaciones del conjunto mínimo de datos 3.0 e ítems de datos

Ha sido puesto en la Internet, un borrador de ítems del conjunto mínimo de datos (MDS) 3.0 el que puede ser accedido en http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/25_NHQIMDS30.asp. La versión final será publicada en octubre de 2009.

Nota: Este es un borrador del conjunto de ítems de datos y no debe ser utilizado para propósitos de enseñanza. La versión final del conjunto de ítems, especificaciones de datos y manual de evaluación instrumental de residentes (RAI), serán publicadas en octubre de 2009, en la página Web MDS 3.0 (http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/25_NHQIMDS30.asp). A medida que esté disponible, se publicará información adicional en la sección MDS 3.0 del sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) (ver enlace más arriba). Ésto será además anunciado en el transcurso de eventos tales como el foro a puertas abiertas sobre cuidados a largo plazo (LTC) en centros de enfermería especializada (SNF).

Más información sobre el foro a puertas abiertas SNF/LTC, en http://www.cms.hhs.gov/OpenDoorForums/25_ODF_SNFLTC.asp. Las preguntas relacionadas con el borrador del conjunto de ítems deben ser dirigidas a: 20MDS30Comments@cms.hhs.gov. ❖

Fuente: CMS PERL 200905-18

PAGOS PROSPECTIVOS

A los usuarios del editor de código integrado de paciente ambulatorio

La versión 10.3 de octubre de 2009 del editor de código integrado de paciente ambulatorio (IOCE), contendrá varios cambios estructurales:

1. El software será modificado de manera tal de retener 28 trimestres (siete años) de códigos y programas en cada edición. La versión más temprana incluida en la edición de octubre de 2009, será 1 de enero de 2003. En adelante, la fecha más temprana será adelantada cada trimestre, de manera que cada edición será ajustada de manera que incluya solamente 28 trimestres. En caso de que usted necesite ediciones anteriores a siete años, deberá mantener en su sistema una copia del IOCE de julio de 2009.
2. Será actualizado el conjunto de herramientas utilizadas para generar el lenguaje Assembler básico (BAL) para el programa de computadora mainframe (MF) IOCE. Aún siendo cambios menores, los del conjunto de herramientas modificarán levemente la estructura y código fuente de la mainframe IOCE, dando como resultado cambios menores en el procedimiento de instalación de MF IOCE; las instrucciones completas estarán incluidas en el manual de instalación MF.

Hay más información descrita acerca de ambos cambios en los pedidos de cambio (CR) 640 <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R482OTN.pdf> y CR 6390 <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/Downloads/R484OTN.pdf>.

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

Fuente: CMS PERL 200905-32

Reclamaciones IPPS -- grupo 956 de diagnósticos graves de Medicare/FY 2009

Número de *MLN Matters*: MM6483
 Número de petición de cambio relacionado: 6483
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de mayo de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2008
 Número de transmisión de CR relacionado: R492OTNP
 Fecha de implementación: 27 de abril de 2009

Resumen

La reglamentación final del sistema prospectivo de pagos por pacientes hospitalizados (IPPS), para el año fiscal (FY) 2009, (ver tabla 5 en <http://www.cms.hhs.gov/AcuteInpatientPPS/IPPS2009/List.asp> del sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid [CMS]), ha designado al grupo relacionado con diagnóstico grave por Medicare (MS-DRG) 956 (reposición de extremidades, tratamiento de cadera & fémur debido a trauma significativo múltiple), como un cuidado post-grave DRG y no como DRG de pago especial.

MS-DRG 956 ha permanecido por error en la lista de pagos especiales por transferencia de cuidados de post-gravedad MS-DRG dentro de FY 2009 IPPS PRICER. Las reclamaciones FY 2009 que calificaban como transferencia bajo MS-DRG 956 fueron pagadas de acuerdo al método de pagos especiales y por lo tanto sobre pagadas.

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.

La petición de cambio (CR) 6483 ordena que una vez instalada la última versión de del software FY 2009 IPPS PRICER, alrededor del 27 de abril de 2009, los contratistas de Medicare ajustarán las reclamaciones según el criterio siguiente:

- Tengan una fecha de descargue del 1 de octubre de 2008 en adelante
- Fueron designadas como MS-DRG 956
- Tienen un código 10 de transferencia PRICER.

Los intermediarios fiscales y contratistas administrativos de Medicare deberán completar estos ajustes a más tardar el 1 de agosto de 2009.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6483.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6483, 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/R492OTNP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 492, CR 6483

Especificaciones del editor de código del paciente ambulatorio integrado versión 10.2 de julio 2009

Número de *MLN Matters*: MM648
 Número de petición de cambio relacionado: 6480
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de mayo de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1739CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Este artículo describe los cambios e instrucciones de facturación para varias pólizas de pago implementadas con la actualización de las especificaciones del editor de código del paciente ambulatorio integrado (I/OCE) versión 10.2.

Las especificaciones de julio 2009 de I/OCE versión 10.2 reflejan el sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS), clasificación de pago ambulatoria (APC), y cambios del indicador de estatus (SI).

- Los siguientes son cambios clave efectivos el 1 de julio de 2009, actualización del I/OCE:
- APC añadidos
- Descripción de cambios de APC

- Nuevo HCPCS
- Descripción de cambios de HCPCS
- Cambios de HCPCS para editar y/o SI efectivo para el 1 de enero de 2009 y el 1 de abril de 2009
- Adiciones de modificador efectivo el 1 de enero de 2009 y el 1 de abril de 2009
- Modificador K8 ha sido eliminado de la lista de modificadores válidos efectivo el 1 de abril de 2009
- Iniciativa de codificación correcta, versión 15.1

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6480.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6480, 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/R1739CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1739, CR 6480

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.

Actualización de PC PRICER del sistema de pagos prospectivos de centros de rehabilitación del paciente hospitalizado

Los datos específicos del proveedor de abril 2009 para el año fiscal 2009 del sistema de pagos prospectivos de centros de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF PPS) de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado y está listo para ser actualizado de la página, http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/06_IRF.asp, bajo la sección de 'Downloads'. Si usted utiliza IRF PPS PC PRICER, vaya a la página arriba y descargue la última versión del IRF PC PRICER, publicada el 14 de mayo de 2009. ❖

Fuente: CMS PERL 200905-21

Actualizado el PPS PC PRICER de paciente hospitalizado para el año fiscal 2009

El sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) de computadora personal (PC) PRICER para el año fiscal (FY) 2009 requería una corrección de codificación y ha sido actualizado con los últimos datos del proveedor de abril 2009. Para descargar el último IPPS PC PRICER, vaya a http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/03_inpatient.asp y descargue la versión FY 2009.5 del PC PRICER, actualizado el 14 de mayo de 2009.

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

Fuentes: CMS PERL 200905-17 y CMS PERL 200905-29

Actualizado PPS PC PRICER de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado para el año fiscal 2009

Los datos del proveedor de abril para el centro psiquiátrico del paciente hospitalizado del sistema de pagos prospectivos (IPF PPS) de computadora personal (PC) PRICER para el año fiscal (FY) 2009 ha sido actualizado. Si usted usa el IPF PPS PC PRICER 2009 .A y 2009 .4, las últimas versiones (publicadas el 15 de mayo de 2009) del IPF PPS PC PRICER están disponibles en http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/09_inppsy.asp bajo la sección de 'Downloads'.

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

Fuente: CMS PERL 200905-26

INTERÉS GENERAL

Actualización del archivo trimestral de proveedores -- abril de 2009

Los archivos de datos de **statistical analysis software (software de análisis estadístico SAS)** correspondientes a los archivos trimestrales específicos de proveedores (PSF) de abril de 2009, han sido revisados y están disponibles en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), en http://www.cms.hhs.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/04_psf_SAS.asp en la sección Downloads (descargar). Si usted utiliza datos del archivo SAS del proveedor, vaya a la página indicada más arriba y descargue la última versión del archivo PSF.

Nota: Estos son conjuntos de datos trimestrales de uso público de datos del proveedor en formato SAS.

Los archivos de datos correspondientes a los archivos trimestrales específicos de proveedores (PSF) de abril de 2009 en formato de **texto**, han sido revisados y están disponibles en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), en http://www.cms.hhs.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/03_psf_text.asp en la sección Downloads (descargar). Si usted utiliza datos del archivo específico del proveedor en formato de texto, vaya a la página indicada más arriba y descargue la última versión del archivo PSF.

Nota: Estos son conjuntos de datos trimestrales de uso público de datos del proveedor en formato de texto. ❖

Fuente: CMS PERL 200905-06

Clarificación del código nacional de fármacos en facturación institucional 837

Número de *MLN Matters*: MM6330
 Número de petición de cambio relacionado: 6330
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de febrero de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R446OTN
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

A partir del 1 de julio de 2009, los hospitales que facturan por medicinas farmacéuticas y biológicas que han recibido aprobación del departamento de administración de alimentos y fármacos (FDA) pero que todavía no tienen el código del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) para ese producto específico, deberá no solamente especificar el código nacional del producto biológico o farmacéutico en cuestión (NDC), sino que también especificar la cantidad del producto, usando el segmento CTP de ANSI X-12 837 I (en circuito 2410 LIN 03).

Además, los cambios requeridos (CR) 6330 determinan que el campo de unidades que es adecuado para definir

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.

cantidades cuando se usa el código HCPCS para describir estos productos, no lo es para describir cantidades definidas solamente por NDC. Por eso, CR 6330 requiere que los contratistas de Medicare acepten decimales para especificar cantidades en este nuevo campo de cantidad y requiere que los sistemas de Medicare retengan esta información en el repositorio y lo envíen a un pagador posterior (aunque los decimales puedan haber sido redondeados a números enteros para el procesamiento de las reclamaciones).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6330.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6330, 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/R446OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 446, CR 6330

El tipo de factura para FQHC cambiará de 73x a 77x

El tipo de factura (type of bill, TOB) para centros de salud calificados por el gobierno federal (federally qualified health centers, FQHC) cambiará de 73x a 77x

Número de *MLN Matters*: MM6338
 Número de petición de cambio relacionado: 6338
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de abril de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R477OTN
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2010

Resumen

El 5 de agosto de 2008, el Comité Nacional de Uniformidad de Facturación (National Uniform Billing Committee, NUBC) resolvió por votación cambiar el tipo de factura (TOB) utilizado para identificar los centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC) de 73x a 77x a partir del 1 de abril de 2010. NUBC ha creado el nuevo TOB para FQHC debido a que TOB 73x, que ha sido utilizado históricamente por FQHC, está diseñado técnicamente para ser aplicado en toda clase de clínicas independientes.

Note que cuando se trata de facturas del intermediario fiscal (FI) o de contratista de Parte A de Medicare (MAC) por servicios FQHC, TOB 77x será utilizado para:

- FQHC independientes
- FQHC basadas en el proveedor.

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.

TOB 73x continuará siendo un tipo de factura válido en ciertas reclamaciones ajenas a Medicare, para fechas de servicio (DOS) **1 de abril de 2010 o posteriores**. Para más detalles, vea los requisitos NUBC.

Para fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2010, Medicare devolverá al proveedor (RTP) toda reclamación FQHC presentada en TOB 73x. Tales reclamaciones serán devueltas con código grupal CO (obligación contractual) y código 5 de denegación de ajuste (el tipo de código/factura del procedimiento es inconsistente con el lugar de servicio). Si se recibe esta corrección, la reclamación debe ser presentada de nuevo en TOB 77x.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6338.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6338, 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/R477OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 477, CR 6338

Facturación y cobertura de clínicas de salud rural y otras calificadas

Facturación y cobertura de clínicas de salud rural y otras calificadas por el gobierno federal

Número de *MLN Matters*: MM6445

Número de petición de cambio relacionado: 6445

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de abril de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1719CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Este artículo describe las actualizaciones de facturación y reporte de costos para los beneficios de medicina preventiva y vacunas provistas por RHC y FQHC, a saber:

- Examen médico preventivo inicial (IPPE)
- Examen de ultrasonido de aneurisma aórtico abdominal (AAA)
- Servicios de preparación en autocontrol de la diabetes (DSMT)
- Servicios de terapia individual de nutrición médica (MNT)
- Ciertas vacunas.

Para las clínicas de salud rural (RHC) y clínicas de salud calificadas por el gobierno federal (FQHC), los componentes profesionales de servicios de medicina preventiva son parte del total y para los tipos de factura (TOB) 71x y 73x, siempre han facturado en alineación con los códigos correspondientes de ingreso según tipo de servicio en las series 052x. A partir del 1 de abril de 2005, a RHC y FQHC les fue requerido informar al Sistema de

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.

Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (HCPCS) los códigos correspondientes a unos pocos servicios. El número de servicios de RHC y FQHC que requieren codificación HCPCS está aumentando por las razones siguientes:

- Está aumentando el número de nuevos beneficios sujetos a límites de frecuencia.
- Es aplicable la falta de deducible a servicios RHC para ciertos beneficios de medicina preventiva (todos los servicios FQHC ya están exentos de deducible).
- Ha aumentado el número de circunstancias por las cuales un proveedor es elegible para recibir pagos adicionales a la tasa de todo incluido.
- El pago a todos los profesionales que reúnen todos los requisitos del programa se hace según la tasa de todo incluido.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6445.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6445, 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/R1719CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1719, CR 6445

Enseñanza por Internet del editor de códigos de paciente ambulatorio -- modificación

Módulo de enseñanza modificado en abril de 2009

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid han modificado, en abril de 2009, el módulo de enseñanza basado en Internet (WBT) en referencia al editor de códigos de paciente ambulatorio (OCE). Este módulo WBT se refiere al OCE en el sistema fiscal intermediario estándar (FISS) y puede ser accedido en <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>. Ir a la sección "Related Links Inside CMS" y seleccione "Web Based Training (WBT) Modules". Luego seleccione de la lista que aparece allí, el editor de códigos de paciente ambulatorio. ❖

Fuente: CMS PERL 200905-01

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 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

Revisión a la LCD

AJ3487: Ácido Zoledronic..... 26

Información adicional

Facturación de medicinas administradas oralmente o por inyecciones.26

C9399/J9999: Plerixafor (MOZOBIL™).....27

Frecuencia de diálisis en enfermedad renal en estado terminal28

Orden médica para servicios de laboratorio clínico...28

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).

Revisiones a las LCD existentes

AJ3487: Ácido Zoledronic -- 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 zoledronic fue revisada por última vez el 12 de marzo de 2009. Desde entonces ha sido revisada. La Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA) aprobó una nueva indicación para ácido zoledronic (Reclast®), código HCPCS J3488, el 13 de marzo de 2009. La nueva indicación es para el tratamiento y prevención de osteoporosis inducida por glucocorticoide en hombres y mujeres que están iniciando o continuando glucocorticoides sistémicos en una dosis diaria equivalente a 7.5/ mg o mayor de prednisona y que se espera que permanezca en glucocorticoide por al menos 12 meses.

Los "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity", "Utilization Guidelines", "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" y el anexo de "Coding Guidelines" han sido revisados para permitir cobertura de esta nueva indicación. Cuando se factura para esta nueva indicación, se les exigirá a los proveedores que facturen diagnósticos duales. Para el código HCPCS J3488, el requisito de diagnóstico dual es como sigue: ICD-9-CM código 733.09 (osteoporosis, otro) y ICD-9-CM código E932.0 (esteroides de corteza suprarrenal) deben ser facturados juntos.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el 13 de de marzo de 2009 en adelante para reclamaciones procesadas 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. Las pautas de codificación para una LCD (cuando esté presente) puede ser encontrada 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> ❖

Información adicional

Facturación de medicinas administradas oralmente

De acuerdo a la publicación 100-02, Manual de Políticas de Beneficios de Medicare, Capítulo 15 - Cobertura Médica y Otros Servicios del Cuidado de la Salud, Sección 50 - Fármacos y Biológicos, el programa de Medicare da beneficios limitados por medicinas de pacientes ambulatorios. El programa da cobertura por medicinas que son dadas "incidentalmente a" una atención médica, provisto que dichas medicinas no son auto-recetadas en forma usual por los pacientes que las usan. En términos generales, las medicinas ya sean farmacéuticas o biológicas tienen cobertura si cumplen con todos y cada uno de los requisitos siguientes:

- Están dentro de la definición de medicina farmacéutica o biológica (ver sección 50.1);
- Pertenecen al tipo que no es usualmente auto-recetada (ver sección 50.2);
- Cumplen con todos los requisitos generales para cobertura de artículos incidentales a servicios médicos (ver secciones 50.1 y 50.3);
- Son razonables y necesarias para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones para las cuales han sido recetadas, de acuerdo a los estándares aceptados en la práctica de la medicina (ver sección 50.4);

- No se encuentran excluidas como inmunizaciones sin derecho a cobertura (ver sección 50.4.4.2) y
- No han sido determinadas por Food and Drugs Administration (FDA) por el hecho de ser consideradas inefectivas (ver secciones 50.4.4).

Con la finalidad de de cumplir con todos los requisitos para cobertura bajo la provisión de incidental-a, una medicina aprobada por FDA debe:

- Estar en una forma en que no es usualmente auto-recetada
- Ser recetada por un médico y
- Debe ser administrada por un médico o por personal auxiliar empleado por el médico y bajo la supervisión personal del facultativo.

En caso de haber algún cobro por la medicina farmacéutica o biológica, éste debe ser incluido en la factura del médico y debe representar un gasto para el médico. El programa podría pagar por el uso de una medicina farmacéutica o biológica aprobada por FDA, si:

- Es inyectada durante o después del día en que ha sido aprobada por FDA

Facturación de medicinas administradas oralmente (continuación)

- Es razonable y necesaria para ese paciente determinado
- Se cumple con todos los otros requisitos de cobertura.

Un medicamento administrado por inyección (vía parenteral) no tiene cobertura si las prácticas médicas habituales indican que la administración por vía bucal (oral) y es un método de administración aceptado o preferido. Medicare Parte B por lo general no da cobertura a medicamentos auto-recetados, tales como píldoras, o que son auto-inyectables. Sin embargo, First Coast Service Options ha recibido reclamaciones por muchas medicinas que, la mayoría de las veces, podrían ser consideradas como medicinas orales auto-recetadas (los ejemplos incluyen entre otros, pero sin limitarse a, ácido ascórbico, Tagamet®, Lopressor® y Vasotec®). En muchas instancias, estas medicinas han sido facturadas con códigos fuera de lista, tales como código de HCPCS J3490, lo que significa que este contratista se vea obligado a revisar la reclamación con respecto a necesidad médica y tenga que fijar el precio en forma manual.

Los contratistas determinarán si una medicina es razonable y necesaria con respecto a si es apropiada para el tratamiento del paciente, así también determinará si la administración de una medicina por medio de inyección intravenosa es más apropiada que su administración en forma oral.

Los contratistas suplementarán estas instrucciones tanto como sea necesario, con respecto al uso de inyecciones específicas en otras situaciones. Además usarán estas instrucciones para seleccionar casos y someterlos a una revisión especial, seguimiento o denegación cuando suceda que la inyección facturada, no es razonable y necesaria. Si de acuerdo a estas instrucciones se determina que una medicina no es razonable y necesaria para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, el contratista desestimaré el cobro completo (por ejemplo, la medicina y su administración). Además, los contratistas desestimarán el pago de cualquier cargo por otros servicios (tales como atenciones en el consultorio médico), cuyo motivo primordial haya sido la administración de una inyección fuera de cobertura (por ejemplo, una inyección que no es razonable y necesaria para el tratamiento de una enfermedad o lesión). Este artículo tiene validez como la notificación y aviso con 45 días de anticipación que los contratistas deben dar con respecto a que estas medicinas no tendrán cobertura. Durante este mismo período de 45 días, los contratistas deberán mantener los procedimientos de pago y revisiones médicas existentes. Después de pasados 45 días de la fecha de notificación, los contratistas podrán denegar el pago de las medicinas que han sido objeto de dicha notificación.

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

C9399/J9999: Plerixafor (MOZOBIL™) -- clarificación sobre administración

Plerixafor (MOZOBIL™) es un hematopoyético movilizador de células madre que fue aprobado por la Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA) el 15 de diciembre de 2008. Es indicado en combinación con el factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) para movilizar células madre hematopoyéticas a la sangre periférica para la colección y la transportación autóloga subsiguiente en pacientes que no tienen linfoma de Hodgkin y múltiples mielomas. La dosis recomendada y protocolo de administración para MOZOBIL™ es el de iniciar MOZOBIL™ después que el paciente ha recibido G-CSF una vez diariamente por cuatro días. La dosis es seleccionada basada en 0.24mg/kg del peso corporal actual y es administrado por inyecciones subcutáneas aproximadamente 11 horas antes de aféresis. MOZOBIL™ puede ser repetido hasta cuatro (4) días consecutivos. Los códigos ICD-9-CM apropiados para MOZOBIL™ son 202.70-202.78, 202.80-202.88, 202.90-202.98, 203.00 y 203.01.

En este momento el único G-CSF que First Coast Service Options Inc. (FCSO) reconoce como medicamento razonable y necesario para ser usado en combinación con la terapia de MOZOBIL™ es filgrastim (Neupogen®), código HCPCS J1440 o J1441. El G-CSF sería administrado vía bolo alimenticio subcutáneo o infusión continua una vez diariamente en la mañana por 4 días antes de la primera caída de la tarde de MOZOBIL™. FCSO no espera ver cualquier medicamento de quimioterapia facturado el mismo día que Neupogen®, el cual es administrado para este curso de terapia. En adición, todos los requisitos de cobertura para Neupogen® descrita en la determinación local de cobertura (LCD) para Neupogen® aun aplicaría, incluyendo indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos ICD-9-CM que sustentan la necesidad médica, pautas de utilización y documentación. La LCD para Neupogen® puede ser localizado en <http://medicareespanol.fcsocom>.

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

Frecuencia de diálisis en enfermedad renal en estado terminal

First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha identificado un incremento substancial en el número de reclamaciones de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) para servicios de diálisis mensuales que exceden el número semanal de tratamientos permitidos bajo los beneficios de Medicare. De acuerdo con los manuales únicos de Internet (Internet-Only Manuals, IOM) de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), “Publication 100-02, Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 11, Section 30”, el beneficio de Medicare para hemodiálisis y diálisis peritoneal incluye cobertura de rutina de tres tratamientos por semana. Tratamientos adicionales pueden ser cubiertos cuando exista justificación médica (médicamente razonable y necesaria).

FCSO, como un contratista administrativo de Medicare, ha determinado que existen circunstancias muy limitadas en las cuales tratamientos de diálisis adicionales son justificados. Existen ciertas condiciones que pueden tener comienzos agudos que pueden justificar la necesidad de sesiones adicionales. Como resultado, **comenzando el 1 de mayo de 2009, FCSO modificará su proceso para verificar justificación médica de reclamaciones facturadas que solicitan reembolso para tratamientos semanales adicionales.**

Los proveedores que envían una reclamación para un total de 15-17 tratamientos mensualmente deben proveer una descripción breve en la casilla número 80 del formulario UB-04 (o el equivalente para envíos electrónicos) para proveer justificación médica para cada tratamiento adicional (más de 3 semanalmente). Todos los comentarios serán revisados para necesidad médica. Si no se ofrece ninguna justificación, tratamientos adicionales serán denegados.

Los proveedores que facturan 18 o más tratamientos totales recibirán una solicitud de documentación para todos los servicios facturados en la reclamación. Si la documentación no es recibida dentro del marco de tiempo específico, la reclamación será denegada. Se espera que los historiales médicos del paciente incluyan documentación que sustente tratamientos de diálisis adicionales. **Como un recordatorio, los proveedores de ESRD se les exigen enviar una reclamación mensual que contenga todos los servicios provistos durante ese periodo (e.g., 1-30 de abril).** Múltiples reclamaciones para un mes de servicios o reclamaciones enviadas que tienen un tiempo transcurrido de sobre dos meses son facturaciones inapropiadas de tratamientos de diálisis.

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

Orden médica para servicios de laboratorio clínico y procedimientos de diagnóstico

First Coast Service Options Inc. (FCSO) continúa viendo un número grande de errores identificados por el contratista de comprehensive error rate testing (CERT) para servicios de laboratorio clínico y procedimientos de diagnóstico. Los errores en su mayoría son debido a la ausencia de una orden médica en archivo o por no proveer una copia de la orden cuando la documentación es solicitada.

Es inapropiado facturar al programa de Medicare por servicios de laboratorio clínico y procedimientos de diagnóstico sin una orden médica. Muchos proveedores y centros de salud están siendo exigidos que reembolsen dinero a Medicare por no tener una copia de la orden médica, o por no proveerla cuando es solicitada.

Las pautas de Medicare requieren que la documentación de sustento para servicios de laboratorio y diagnóstico *debe* ser incluida:

- Una copia de la orden NPP del médico
- Documentación que la prueba fue realizada
- Historial del resultado/reporte

Es imperativo que historiales completos sean enviados para revisión cuando sean solicitados. Sin la orden del médico apropiada no existe forma que Medicare o el contratista CERT puedan verificar si una prueba fue ordenada o si la prueba exacta ordenada fue realizada.

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

CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Procesamiento y pago de servicios reasignados a centros de cirugía ambulatoria

Número de *MLN Matters*: MM6358
 Número de petición de cambio relacionado: 6358
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de mayo de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2008
 Número de transmisión de CR relacionado: R488OTN
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Los centros quirúrgicos ambulatorios (ASC) que han concertado acuerdos de reasignación con médicos y practicantes no médicos (NPP) y cuya reasignación ha sido aprobada por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) por medio de CMS-855R, pueden facturar y percibir pago por servicios reasignados de médicos y NPP.

Los contratistas de Medicare deben modificar sus sistemas de tal manera que puedan aceptar, procesar y efectuar pagos en forma correcta los servicios de médicos y practicantes no médicos reasignados de ASC y reprocesar

reclamaciones válidas de reasignación presentadas por servicios prestados a partir del 1 de enero de 2008 que no han sido pagadas previamente, ya sea al ASC o al médico /NPP.

Nota: Medicare requiere que haya una solicitud válida de reasignación (CMS-855R) en los archivos del contratista de Medicare, para proceder a pagar los servicios de ASC, médicos o de NPP.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6358.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6358, 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/R488OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 488, CR 6358

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.

PATOLOGÍA

Políticas de pago por la práctica privada de servicios de patología del lenguaje

Número de *MLN Matters*: MM6381
 Número de petición de cambio relacionado: 6381
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de abril de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R106BP y R1717CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Históricamente, se ha permitido a Medicare pagar por servicios de patología del lenguaje (SLP) solamente si dichos servicios han sido facturados por un proveedor registrado. El pedido de cambio (CR) 6381, del cual se ha tomado este artículo, anuncia que se ha modificado la sección 143 de la

Ley de Mejoras para Pacientes y Proveedores de Medicare de 2008 (MIPPA) para autorizar que:

- Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) puedan inscribir patólogos del lenguaje (SLP) como proveedores de servicios de Medicare, en forma consistente con las políticas de inscripción que se aplican a terapeutas físicos y ocupacionales en su práctica privada.
- SLP puedan comenzar a facturar a Medicare por servicios de patología del lenguaje prestados en su práctica privada a pacientes ambulatorios, a partir del 1 de julio de 2009.

Políticas de pago por la práctica privada de servicios de patología del lenguaje (continuación)

Esta enmienda permitirá a los SLP de práctica privada, facturar a Medicare y recibir directamente el pago correspondiente a sus servicios. CMS comenzará a inscribir SLP el 2 de junio de 2009 y aceptará (pagando por) reclamaciones relativas a atenciones provistas a contar del 1 de julio de 2009 por SLP de práctica privada inscritos.

Nota: Se considera terapeuta de práctica privada si a aquel que mantiene un consultorio a sus propias expensas y presta servicios solamente allí o en el domicilio del paciente o si está empleado por otro proveedor de servicios de salud, tal como un médico u otro terapeuta y presta sus servicios en las instalaciones donde se presta esa terapia, a expensas de ese proveedor.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6381.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6381, 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/R1717CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1717, CR 6381

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.

INTERÉS GENERAL

Cumplimiento y envío de reclamaciones mandatorias

Número de *MLN Matters*: SE0908

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

La ley del Seguro Social (Sección 1848(g)(4)) requiere que las reclamaciones sean enviadas para todos los pacientes de Medicare para servicios prestados el 1 de septiembre de 1990 en adelante. Este requisito aplica a todos los médicos y suplidores que proveen servicios cubiertos a beneficiarios de Medicare, y el requerimiento de enviar reclamaciones de Medicare no significa que los médicos o suplidores deben aceptar la asignación.

Excepciones al reporte mandatorio

No se exige que los médicos y suplidores reporten reclamaciones de parte de beneficiarios de Medicare para:

- Equipo médico duradero (DME) usado comprado de una fuente privada

- Reclamaciones de Medicare como pagador secundario (MSP) cuando usted no posee toda la información necesaria para reportar una reclamación
- Reclamaciones ajenas (excepto en ciertas situaciones limitadas)
- Servicios solicitados por médicos o practicantes que optaron por no tomar parte (excepto en situaciones de emergencia o de cuidado urgente cuando el médico o practicante que optaron por no tomar parte no han entrado previamente en un contrato privado con el beneficiario)
- Servicios que son solicitados gratuitamente, o
- Servicios pagados bajo el procedimiento de pago indirecto.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0908.pdf>.

Fuente: Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE0908.

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.

Requisito de código de especialidad

Número de *MLN Matters*: MM6303

Número de petición de cambio relacionado: 6303

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de mayo de 2009

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1725CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Este artículo informa a los proveedores que el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Capítulo 26, Sección 10.8 está siendo modificado para clarificar el criterio utilizado por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) cuando considera una solicitud de ampliar la lista de códigos de especialidad de practicantes médicos y no médicos. CMS tendrá en consideración lo siguiente:

- Si la especialidad requerida tiene autoridad para facturar a Medicare en forma independiente
- Si el (la) solicitante ha establecido una razón o propósito claro para el código
- Evidencia de que el marco de práctica de la especialidad es marcadamente diferente de la especialidad dominante de origen

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1725, CR 6303

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.

- Evidencia de cualquier certificación o curso especializado requerido
- Si la especialidad atiende una parte significativa de los beneficiarios de Medicare
- Si la especialidad es reconocida por otra organización tal como el Comité Nacional de Especialidades Médicas de los Estados Unidos y
- Si la especialidad tiene un código equivalente de taxonomía de proveedor de cuidados de la salud.

Nota: Los proveedores de Parte B de Medicare y contratistas administrativos no aprueban ni rechazan ninguna solicitud de código de especialidad. Ellos deben enviar todas las solicitudes de código de especialidad a la Oficina Principal de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6303.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6303, 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/R1725CP.pdf>.

Revisión de facultad de ordenar/referir de los proveedores

Número de *MLN Matters*: MM6417

Número de petición de cambio relacionado: 6417

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de abril de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R470

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

A partir del 23 de Mayo de 2008, un médico o un suplidor que, como resultado de una orden o referencia, facture a Medicare por un servicio o un ítem, debe mostrar e la factura el nombre e identificación nacional del proveedor (NPI) de quién ordena o refiere

A partir del 5 de octubre de 2009, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), están ampliando el marco de revisión de reclamaciones de manera tal de cumplir estos requisitos. La revisión validará el NPI y el nombre mostrados en la reclamación en los archivos y registros de proveedores inscritos en Medicare para asegurar que el proveedor que ordena o refiere servicios en una reclamación está inscrito en Medicare y es elegible para ordenar o referir dichos servicio. Son elegibles los especialistas siguientes:

- Medicina dental
- Cirugía dental
- Medicina podiátrica

- Optometrista
- Quiropráctico
- Asistencia médica
- Enfermera clínica especialista certificada
- Enfermera practicante
- Psicólogo clínico
- Enfermera obstetra certificada
- Trabajador(a) social clínica(o)

Fases de implementación

Fase 1

A partir del 5 de octubre de 2009, si la reclamación no aprueba las revisiones indicadas más arriba, Medicare continuará procesándola e incluirá un mensaje informativo en el aviso de envío.

Fase 2

Durante esta fase (en fecha que será notificada), la reclamación no será pagada si no aprueba estas revisiones.

Nota: Si múltiples números de identificación del proveedor (PIN) están asociados al NPI de MCS, los contratistas de Medicare deberán usar, para ordenar y referir, el primer PIN vigente con una especialidad elegible.

Revisión de facultad de ordenar/referir de los proveedores (continuación)

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6417, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R4700TN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 470, CR 6417

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.

Nuevo código de especialidad para hospitales de enfermos terminales y cuidados paliativos

Número de *MLN Matters*: MM6311

Número de petición de cambio relacionado: 6311

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de abril de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1715CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han creado un nuevo código de especialidad para categorizar cuidados de salud paliativos y de hospitales para enfermos terminales. Este nuevo código de especialidad médica es el 17. Al momento de inscribirse en el programa de Medicare, los médicos manifiestan su especialidad en su solicitud de inscripción (CMS-855I) El código de especialidad de Medicare describe el tipo específico/único de medicina que el médico practica. CMS utiliza los códigos de especialidad con propósitos programáticos y de procesamiento de reclamaciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6311.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6311, 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/R1715CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1715, CR 6311

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.

Cartilla de inmunizaciones de Medicare -- Parte B

La Cartilla de Inmunizaciones de Medicare -- Parte B -- Información de Referencia Rápida de Servicios de Medicina Preventiva (modificada en marzo de 2009), conteniendo información acerca de facturación y codificación con respecto a inmunizaciones con cobertura de Medicare para adultos, está disponible en formato apto para ser impreso en la Red de Enseñanza de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid. Para ordenar un pedido, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, baje a enlaces Relacionados en CMS y seleccione *MLN Product Ordering Page* (página de órdenes de productos). ❖

Fuente: CMS PERL 200905-05

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 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

Revisión de la LCD

J3487: Ácido Zoledronic..... 34

Información adicional

Facturación de medicinas administradas oralmente.... 34

J9999: Plerixafor (MOZOBIL™)..... 35

Orden médica para servicios de laboratorio clínico.....36

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).

Revisiones a las LCD existentes

J3487: Ácido Zoledronic -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29312 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29411 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para ácido zoledronic fue revisada por última vez el 12 de marzo de 2009. Desde entonces ha sido revisada. La Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA) aprobó una nueva indicación para ácido zoledronic (Reclast®), código HCPCS J3488, el 13 de marzo de 2009. La nueva indicación es para el tratamiento y prevención de osteoporosis inducida por glucocorticoide en hombres y mujeres que están iniciando o continuando glucocorticoides sistémicos en una dosis diaria equivalente a 7.5/ mg o mayor de prednisona y que se espera que permanezca en glucocorticoide por al menos 12 meses.

Los “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, “Utilization Guidelines”, “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” y el anexo de “Coding Guidelines” han sido revisados para permitir cobertura de esta nueva indicación. Cuando se factura para esta nueva indicación, se les exigirá a los proveedores que facturen diagnósticos duales. Para el código HCPCS J3488, el requisito de diagnóstico dual es como sigue: ICD-9-CM código 733.09 (osteoporosis, otro) y ICD-9-CM código E932.0 (esteroides de corteza suprarrenal) deben ser facturados juntos.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el 13 de de marzo de 2009 en adelante para reclamaciones procesadas 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. Las pautas de codificación para una LCD (cuando esté presente) puede ser encontrada 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> ❖

Información adicional

Facturación de medicinas administradas oralmente

De acuerdo a la publicación 100-02, Manual de Políticas de Beneficios de Medicare, Capítulo 15 - Cobertura Médica y Otros Servicios del Cuidado de la Salud, §50 - Fármacos y Biológicos, el programa de Medicare da beneficios limitados por medicinas de pacientes ambulatorios. El programa da cobertura por medicinas que son dadas “incidentalmente a” una atención médica, provisto que dichas medicinas no son auto-recetadas en forma usual por los pacientes que las usan. En términos generales, las medicinas ya sean farmacéuticas o biológicas tienen cobertura si cumplen con todos y cada uno de los requisitos siguientes:

- Están dentro de la definición de medicina farmacéutica o biológica (ver sección 50.1);
- Pertenecen al tipo que no es usualmente auto-recetada (ver sección 50.2);
- Cumplen con todos los requisitos generales para cobertura de artículos incidentales a servicios médicos (ver secciones 50.1 y 50.3);
- Son razonables y necesarias para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones para las cuales han sido recetadas, de acuerdo a los estándares aceptados en la práctica de la medicina (ver sección 50.4);

- No se encuentran excluidas como inmunizaciones sin derecho a cobertura (ver sección 50.4.4.2) y
- No han sido designadas por el departamento de Food and Drug Administration (FDA) por el hecho de ser consideradas inefectivas (ver secciones 50.4.4).

Con la finalidad de de cumplir con todos los requisitos para cobertura bajo la provisión de incidental a una medicina aprobada por FDA debe:

- Estar en una forma en que no es usualmente auto-recetada
- Ser recetada por un médico y
- Debe ser administrada por un médico o por personal auxiliar empleado por el médico y bajo la supervisión personal del facultativo.

En caso de haber algún cobro por la medicina farmacéutica o biológica, éste debe ser incluido en la factura del médico y debe representar un gasto para el médico. El programa podría pagar por el uso de una medicina farmacéutica o biológica aprobada por FDA, si:

- Es inyectada durante o después del día en que ha sido aprobada por FDA
- Es razonable y necesaria para ese paciente determinado

Facturación de medicinas administradas oralmente (continuación)

- Se cumple con todos los otros requisitos de cobertura.

Un medicamento administrado por inyección (vía parenteral) no tiene cobertura si las prácticas médicas habituales indican que la administración por vía bucal (oral) y es un método de administración aceptado o preferido. Medicare Parte B por lo general no da cobertura a medicamentos auto-recetados, tales como píldoras, o que son auto-inyectables. Sin embargo, First Coast Service Options ha recibido reclamaciones por muchas medicinas que, la mayoría de las veces, podrían ser consideradas como medicinas orales auto-recetadas (los ejemplos incluyen entre otros, pero sin limitarse a, ácido ascórbico, Tagamet®, Lopressor® y Vasotec®). En muchas instancias, estas medicinas han sido facturadas con códigos fuera de lista, tales como el código de HCPCS J3490, lo que significa que este contratista se vea obligado a revisar la reclamación con respecto a necesidad médica y tenga que fijar el precio en forma manual.

Los contratistas determinarán si una medicina es razonable y necesaria con respecto a si es apropiada para el tratamiento del paciente, así también determinará si la administración de una medicina por medio de inyección intravenosa es más apropiada que su administración en forma oral.

Los contratistas suplementarán estas instrucciones tanto como sea necesario, con respecto al uso de inyecciones específicas en otras situaciones. Además usarán estas instrucciones para seleccionar casos y someterlos a una revisión especial, seguimiento o denegación cuando suceda que la inyección facturada, no es razonable y necesaria. Si de acuerdo a estas instrucciones se determina que una medicina no es razonable y necesaria para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, el contratista desestimarán el cobro completo (por ejemplo, la medicina y su administración). Además, los contratistas desestimarán el pago de cualquier cargo por otros servicios (tales como atenciones en el consultorio médico), cuyo motivo primordial haya sido la administración de una inyección fuera de cobertura (por ejemplo, una inyección que no es razonable y necesaria para el tratamiento de una enfermedad o lesión). Este artículo tiene validez como la notificación y aviso con 45 días de anticipación que los contratistas deben dar con respecto a que estas medicinas no tendrán cobertura. Durante este mismo período de 45 días, los contratistas deberán mantener los procedimientos de pago y revisiones médicas existentes. Después de pasados 45 días de la fecha de notificación, los contratistas podrán denegar el pago de las medicinas que han sido objeto de dicha notificación.

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

J9999: Plerixafor (MOZOBIL™) -- clarificación sobre administración

Plerixafor (MOZOBIL™) es un hematopoyético movilizador de células madre que fue aprobado por la Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA) el 15 de diciembre de 2008. Es indicado en combinación con el factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) para movilizar células madre hematopoyéticas a la sangre periférica para la colección y la transportación autóloga subsiguiente en pacientes que no tienen linfoma de Hodgkin y múltiples mielomas. La dosis recomendada y protocolo de administración para MOZOBIL™ es el de iniciar MOZOBIL™ después que el paciente ha recibido G-CSF una vez diariamente por cuatro días. La dosis es seleccionada basada en 0.24mg/kg del peso corporal actual y es administrado por inyecciones subcutáneas aproximadamente 11 horas antes de aféresis. MOZOBIL™ puede ser repetido hasta cuatro (4) días consecutivos. Los códigos ICD-9-CM apropiados para MOZOBIL™ son 202.70-202.78, 202.80-202.88, 202.90-202.98, 203.00 y 203.01.

En este momento el único G-CSF que First Coast Service Options Inc. (FCSO) reconoce como medicamento razonable y necesario para ser usado en combinación con la terapia de MOZOBIL™ es filgrastim (Neupogen®), código HCPCS J1440 o J1441. El G-CSF sería administrado vía bolo alimenticio subcutáneo o infusión continua una vez diariamente en la mañana por 4 días antes de la primera caída de la tarde de MOZOBIL™. FCSO no espera ver cualquier medicamento de quimioterapia facturado el mismo día que Neupogen®, el cual es administrado para este curso de terapia. En adición, todos los requisitos de cobertura para Neupogen® descrita en la determinación local de cobertura (LCD) para Neupogen® aun aplicaría, incluyendo indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos ICD-9-CM que sustentan la necesidad médica, pautas de utilización y documentación. La LCD para Neupogen® puede ser localizado en <http://medicareespanol.fcs.com> y/o en <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.

Orden médica para servicios de laboratorio clínico y procedimientos de diagnóstico

First Coast Service Options Inc. (FCSO) continúa viendo un número grande de errores identificados por el contratista de comprehensive error rate testing (CERT) para servicios de laboratorio clínico y procedimientos de diagnóstico. Los errores en su mayoría son debido a la ausencia de una orden médica en archivo o por no proveer una copia de la orden cuando la documentación es solicitada.

Es inapropiado facturar al programa de Medicare por servicios de laboratorio clínico y procedimientos de diagnóstico sin una orden médica. Muchos proveedores y centros de salud están siendo exigidos que reembolsen dinero a Medicare por no tener una copia de la orden médica, o por no proveerla cuando es solicitada.

Las pautas de Medicare requieren que la documentación de sustento para servicios de laboratorio y diagnóstico debe ser incluida:

- Una copia de la orden NPP del médico
- Documentación que la prueba fue realizada
- Historial del resultado/reporte

Es imperativo que historiales completos sean enviados para revisión cuando sean solicitados. Sin la orden del médico apropiada no existe forma que Medicare o el contratista CERT puedan verificar si una prueba fue ordenada o si la prueba exacta ordenada fue realizada.

<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.

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor Junio - Julio 2009

Tema: Cambios en el proceso de inscripción del proveedor CR 6310 (Parte A/B)

Cuando: martes, 16 de junio
 Hora: 4:00 p.m.-5:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español
 Tipo: webcast **Dirigido:** Puerto Rico

Serie de temas de actualidad: Cambios y actualizaciones de Parte B 2009

Cuando: martes, 14 de julio
 Hora: 11:30 a.m.-12:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: webcast **Dirigido:** Florida, Islas Vírgenes de los Estados Unidos

Serie de temas de actualidad: Cambios y actualizaciones de Parte A 2009

Cuando: miércoles, 15 de julio
 Hora: 11:30 a.m.-12:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: webcast **Dirigido:** Florida, Islas Vírgenes de los Estados Unidos

Serie de temas de actualidad: Cambios y actualizaciones de Parte A 2009

Cuando: martes, 21 de julio
 Hora: 2:00 p.m.-3:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español
 Tipo: webcast **Dirigido:** Puerto Rico

Serie de temas de actualidad: Cambios y actualizaciones de Parte B 2009

Cuando: miércoles, 22 de julio
 Hora: 4:00 p.m.-5:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español
 Tipo: webcast **Dirigido:** Puerto Rico

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____
 Título del registrante: _____
 Nombre del proveedor: _____
 Número de teléfono: _____
 Dirección de e-mail: _____
 Dirección del proveedor: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____

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

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.

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/Publications/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 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 “ordenes de compra” no son aceptados; todas las órdenes deben ser prepagadas)

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Medicare Web sites

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT

REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistem de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Medicare Web sites

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov



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 ♦

