

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Expira el plazo de acreditación DMEPOS

La fecha límite es el 30 de septiembre de 2009 8

Peligro de contaminación

FDA alerta a los consumidores acerca de un desinfectante de piel contaminado9

Facturación de centros de enfermería

Nuevas instrucciones de facturación en centros de enfermería especializada16

Actualización de pagos por computadora PRICER

Actualizado el sistema de pagos prospectivos de computadora personal17

Novedades de pago para centros psiquiátricos

Ha sido actualizado el sistema de pagos prospectivos de centros psiquiátrico de paciente hospitalizado.....18

Pago extraordinario de alto costo y cuidados a largo plazo

Regla propuesta suplemental para el cuidado a largo plazo de severidad y pago de alto costo extraordinario19

Alerta de estafa

Identificada estafa a las oficinas de los médicos26

Pagos y servicios a centros de cirugía

Procesamiento y pago de servicios reasignados a centros de cirugía ambulatorios27

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Información para proveedores de Parte A.....	16
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	20
Información para proveedores de la Parte B.....	26
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	35
Recursos educacionales	42
Formularios de pedidos de Parte A	44
Formularios de pedidos de Parte B	45
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	46
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	47

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

Parte A & B

Catálogo de tarifas médicas 4

Códigos de denegación y comentarios 4

Preparación para oferta competitiva..... 5

Actualización de julio, equipo médico duradero ..6

Más sobre oferta competitiva 7

Plazo de acreditación DMEPOS..... 8

Códigos de medicinas biológicas HCPCS..... 8

Peligro de contaminación de la piel..... 9

Membresía de comunicaciones..... 9

Número de identificación del médico.....10

Código y pago de dispositivos de terapia.....10

Certificado de necesidad médica.....11

Audio de teleconferencia del 19 de mayo.....11

Hoja informativa de mapeos de equivalencia.....12

Medicare enfrenta epidemia de influenza..... 12

Hoja de datos de salud rural.....12

Programas de incentivo PQRI y e-Prescribing.....13

Centro de remisión rural..... 13

Día de los sobrevivientes de cáncer..... 14

Día del padre.....14

Proyecto de comparación de datos 15

Parte A

Correcciones a pesas de DRG.....16

Facturación de centros de enfermería 16

Pagos prospectivos de paciente ambulatorio.....17

Correcciones al sistema de pagos PRICER.. 17

Actualización de PPS17

PPS de centro psiquiátrico..... 18

Hoja de datos de salud rural..... 18

Hoja informativa de hospital comunitario..... 18

Pago extraordinario de alto costo..... 19

Pagos prospectivos a centros psiquiátricos... 19

Implementación del sistema estadístico 19

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... 20

Parte B

Alerta de estafa a los médicos..... 26

Pagos a centros de cirugía ambulatoria.....26

Clarificación de artículo MM6496.....27

Más sobre pagos a centros de cirugía 27

Facturación con fechas diferentes..... 28

Clarificación sobre facturación 28

Informe de calidad de servicios médicos.... 29

No reenviar recordatorio..... 30

Cambios a iniciativa de codificación.....30

Facultades de los proveedores.....31

Reasignación de beneficios.....32

Información a participantes de PQRI ... 32

Nuevas pruebas con dispensa33

Registros disponibles PQRI 2009... 33

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B.....34

Recursos educacionales41

Ordenar materiales de Parte A43

Ordenar materiales de Parte B.....44

Contactos Parte A de Puerto Rico45

Contactos Parte B de Puerto Rico46

**Medicare A y B
Al Día**

**Vol. 1, No. 4
Junio de 2009**

Publication Staff

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

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

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

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

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

ICD-9-CM codes and their descriptions used in this publication are copyright© 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 los previene de obtenerla de la Internet y ellos nos han devuelto el formulario completo de inscripción. Los formularios de inscripción deben ser enviados anualmente o cuando se experimente un cambio de circunstancias que impacta el acceso electrónico.

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

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

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

¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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

Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

COBERTURA Y REEMBOLSO

Base de datos del catálogo de tarifas médicas de Medicare - julio 2009 Actualización a julio de 2009 de la base de datos del catálogo de tarifas médicas de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM6484
 Número de petición de cambio relacionado: 6484
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de mayo de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1748CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Este artículo destaca los cambios de julio de 2009 a la base de datos del catálogo de tarifas médicas de Medicare (MPFSDB), lo que incluye lo siguiente:

A partir del 31 de diciembre de 2008, se ha suprimido el modificador 21 (Evaluación prolongada y servicios de administración/control). Use los códigos CPT 99354-99357 para informar servicios médicos prolongados.

Los cambios al código CPT 93351 fueron incluidos en la actualización a MPFSDB de abril de 2009. La implementación total de las unidades de valores relativos de los gastos de los establecimientos de práctica médica (PE RVU), inadvertidamente no fueron puestas en el anexo de implementación del 1 de abril pero han sido incluidas en los archivos de pago. Típicamente, este servicio no es pagado según el catálogo de tarifas médicas de Medicare cuando es prestado en un establecimiento y la implementación total de PE RVU listada es meramente informativa.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6484.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6484, 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/R1748CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1748, CR 6484

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.

Código de comentario de remesa de pago y actualización de código de denegación y ajuste de reclamación

Número de *MLN Matters*: MM6453
 Número de petición de cambio relacionado: 6453
 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: R1734
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Este artículo anuncia la última actualización de códigos de comentarios de remesa de pago (RARC) y códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC), efectivos el 1 de julio de 2009.

La lista RARC es mantenida por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), y es usada por todos los pagadores. Las adiciones, desactivaciones, y modificaciones al RARC pueden ser iniciadas por cualquier organización del cuidado de la salud.

La lista CARC es mantenida por un comité de mantenimiento de código nacional. El comité se reúne al comienzo de cada X12 trimestre (enero/febrero, junio y septiembre/octubre) y realiza decisiones sobre adiciones, modificaciones, y retiro de códigos de denegación existentes.

Las listas RARC y CARC son actualizadas al comienzo de marzo, julio y noviembre.

CMS ha desarrollado una herramienta, la cual está disponible en <http://www.cmsremarkcodes.info>, para asistir con la búsqueda de una categoría específica de códigos de comentarios. Este sitio Web no reemplaza el sitio Washington Publishing Company (WPC). El sitio WPC está disponible en <http://www.wpc-edi.com/Codes>, y debe ser usado de existir alguna discrepancia en lo que está publicado en los dos sitios por separado.

Código de comentario de remesa de pago y actualización de código de denegación y... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de MLN Matters es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6453.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6453, 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/R1734.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1734, CR 6453

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.

EQUIPO MÉDICO

Próximos pasos en preparación para oferta competitiva

Resumen

La Ley de Mejoras para Pacientes y Proveedores de Medicare de 2008 (MIPPA), establecida el 15 de julio de 2008, hizo cambios limitados al programa de oferta competitiva de equipo médico duradero, próstética, ortosis y suministros de Medicare (DMEPOS), incluyendo un requisito de que la competencia de reoferta del episodio uno ocurra en el 2009. El 16 de enero de 2009 los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla final interina con periodo de comentario que incorpora en regulación solamente aquellas provisiones relacionadas al programa de oferta competitiva de DMEPOS de MIPPA que son auto implementados y necesarios para conducir el episodio uno de competencia de reoferta en 2009. La regla se hizo efectiva el 18 de abril de 2009. Para asegurar que los suplidores tengan amplio tiempo para prepararse para la competencia, CMS ha anunciado los siguientes pasos para el programa:

Primavera 2009

- CMS comienza campaña de conciencia a los suplidores sobre pre-oferta
- Reunión del programa de asesoría y comité de supervisión (Program Advisory and Oversight Committee, PAOC) (4 de junio de 2009)

Verano 2009

- CMS anuncia programa de oferta/programa de eventos educacionales
- CMS comienza campaña de educación al licitante
- Comienza el periodo de inscripción del licitante para obtener identificador de usuario y contraseña

Otoño 2009

- Comienzan las ofertas

Si usted es un suplidor interesado en ofertas, prepárese ahora -- no espere.

Actualice sus archivos NSC: El estándar del suplidor de DMEPOS # 2 requiere que TODOS los suplidores notifiquen a la casa de facturación del suplidor nacional

(NSC) de cualquier cambio a la información provista en la aplicación de inscripción de Medicare (formulario CMS-855S) dentro de 30 días del cambio. Los suplidores de DMEPOS deben usar la versión de 3/09 del CMS-855S y deben revisar y actualizar:

- La lista de productos y servicios encontrados en la sección 2.D
- La información oficial autorizada en las secciones 6A y 15
- La dirección de la correspondencia en la sección 2A2 del CMS-855S.

Esto es especialmente importante para los suplidores que estarán envueltos en el programa de oferta competitiva DMEPOS de Medicare. Estos suplidores deben asegurarse de que la información listada en sus archivos de suplidor es precisa para permitir la participación en este programa. La información e instrucciones sobre como enviar un cambio de información puede ser encontrada en el sitio Web de NSC (<http://www.palmettogba.com/nsc>) y siguiendo este camino: Supplier Enrollment/Change of Information/Change of Information Guide.

Obtenga licencia: Los suplidores que envían una oferta para una categoría de producto en un área de oferta competitiva (CBA) deben alcanzar todos los requisitos de licencia del estado y otros requisitos de licencia del estado que apliquen, si alguno, para esa categoría de producto para cada estado en ese CBA. Antes de enviar una oferta para un CBA y categoría de producto, el suplidor debe tener una copia de las licencias del estado que apliquen en los historiales con el NSC. Como parte de la evaluación de oferta, verificaremos con el NSC que el suplidor tiene una copia en el historial de todas las licencias del estado requeridas y que apliquen.

Obtenga acreditación: CMS le gustaría recordarles nuevamente a los suplidores DMEPOS que el tiempo se está acabando para obtener acreditación en la fecha límite del 30 de septiembre de 2009 o arriesgar tener sus privilegios de facturación de Parte B de Medicare revocados el 1 de octubre de 2009. La acreditación toma un promedio de seis

Próximos pasos en preparación para oferta competitiva... (continuación)

meses en completar. Es muy importante para los suplidores DMEPOS el contactar a una organización de acreditación inmediatamente para obtener información sobre el proceso de acreditación y enviar una aplicación. Los suplidores deben estar acreditados en una categoría de producto para poder enviar una oferta para esa categoría de producto. CMS no puede contratar a suplidores que no estén acreditados por una organización de acreditación aprobada por CMS.

Información adicional sobre los requisitos de acreditación DMEPOS junto con una lista de las organizaciones que acreditan y aquellos profesionales y otras personas exentas de acreditación pueden ser encontrados en http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/01_Overview.asp en el sitio Web de CMS.

Obtenga garantía: CMS le gustaría recordarle a los suplidores DMEPOS que ciertos suplidores necesitarán obtener y enviar una fianza de garantía a más tardar el 2 de octubre de 2009 como fecha límite, o arriesgar tener sus

privilegios de facturación de Parte B de Medicare revocado. Los suplidores sujetos al requisito de fianza de garantía deben suministrarla para poder ofertar en el programa de oferta competitiva DMEPOS. Una lista de garantías para que una fianza de garantía pueda ser asegurada es encontrada en "List of Certified (Surety Bond) Companies" del Departamento del Tesoro. El sitio Web está localizado en: http://www.fms.treas.gov/c570/c570_a-z.html.

Visite el sitio Web de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcqforDMEPOS/> para enterarse de la última información del programa de oferta competitiva DMEPOS.

Usted puede ver el comunicado de prensa en http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp.

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

Fuente: CMS PERL 200905-39

Actualización de julio de equipo médico duradero, prótesis, ortosis, y suministros

Número de *MLN Matters*: MM6511

Número de petición de cambio relacionado: 6511

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de junio de 2009

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009 (1 de abril 2009 para código K0739 y 1 de enero de 2009 para los demás códigos del catálogo de tarifas)

Número de transmisión de CR relacionado: R1754CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Las tarifas fijas de equipo médico duradero, prótesis, ortosis, y suministros (DMEPOS) son actualizadas en una base trimestral para implementar las cantidades de tarifas fijas de nuevos códigos y revisar cualquier cantidad de tarifa fija para códigos existentes que fueron calculados por error. El proceso de actualización trimestral para la tarifa fija de DMEPOS está localizado en la sección 60, capítulo 23 del Medicare Claims Processing Manual, el cual se encuentra en el sitio Web de CMS <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf>.

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.

Otra información sobre tarifa fija, incluyendo el acceso a las tarifas fijas de DMEPOS, está en el sitio Web de CMS en http://www.cms.hhs.gov/DMEPOSFeeSched/01_overview.asp.

Varios puntos clave que tratan sobre las tarifas fijas recién establecidas y actualizadas, uso de modificadores AW y KF, y otros cambios importantes están incluidos en *MLN Matters* MM6511.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6511.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6511, 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/R1754CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1754, CR 6511

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.

Prepárese para la oferta competitiva DMEPOS

Resumen

Está pronto por venir el primer episodio de reoferta del programa de oferta competitiva de equipo médico duradero, próstética, ortosis y suministros de Medicare (DMEPOS).

Verano 2009

- Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anuncia programa de oferta/programa de eventos educacionales
- CMS comienza campaña de educación al licitante
- Comienza el periodo de inscripción del licitante para obtener identificador de usuario y contraseña

Otoño 2009

- Comienzan las ofertas

Si usted es un suplidor interesado en ofertas, prepárese ahora -- no espere.

Actualice sus archivos NSC: El estándar del suplidor de DMEPOS # 2 requiere que todos los suplidores notifiquen a la casa de facturación del suplidor nacional (NSC) de cualquier cambio a la información provista en la aplicación de inscripción de Medicare (formulario CMS-855S) dentro de 30 días del cambio. Los suplidores de DMEPOS deben usar la versión de 3/09 del CMS-855S y deben revisar y actualizar:

- La lista de productos y servicios encontrados en la sección 2.D
- La información oficial autorizada en las secciones 6A y 15
- La dirección de la correspondencia en la sección 2A2 del CMS-855S.

Esto es especialmente importante para los suplidores que estarán envueltos en el programa de oferta competitiva DMEPOS de Medicare. Estos suplidores deben asegurarse de que la información listada en sus archivos de suplidor es precisa para permitir la participación en este programa. La información e instrucciones sobre como enviar un cambio de información puede ser encontrada en el sitio Web de NSC (<http://www.palmettogba.com/nsc>) y siguiendo este camino: Supplier Enrollment/Change of Information/Change of Information Guide.

Obtenga licencia: Los suplidores que envían una oferta para una categoría de producto en un área de oferta competitiva (CBA) deben alcanzar todos los requisitos de licencia del estado y otros requisitos de licencia del estado que apliquen, si alguno, para esa categoría de producto para cada estado en ese CBA. Antes de enviar una oferta

para un CBA y categoría de producto, el suplidor debe tener una copia de las licencias del estado que apliquen en los historiales con el NSC. Como parte de la evaluación de oferta, verificaremos con el NSC que el suplidor tiene una copia en el historial de todas las licencias del estado requeridas y que apliquen.

Obtenga acreditación: CMS le gustaría recordarles nuevamente a los suplidores DMEPOS que el tiempo se está acabando para obtener acreditación en la fecha límite del 30 de septiembre de 2009 o arriesgar tener sus privilegios de facturación de Parte B de Medicare revocados el 1 de octubre de 2009. La acreditación toma un promedio de seis meses en completar. Es muy importante para los suplidores DMEPOS el contactar a una organización de acreditación inmediatamente para obtener información sobre el proceso de acreditación y enviar una aplicación. Los suplidores deben estar acreditados en una categoría de producto para poder enviar una oferta para esa categoría de producto. CMS no puede contratar a suplidores que no estén acreditados por una organización de acreditación aprobada por CMS.

Información adicional sobre los requisitos de acreditación DMEPOS junto con una lista de las organizaciones que acreditan y aquellos profesionales y otras personas exentas de acreditación pueden ser encontrados en http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/01_Overview.asp en el sitio Web de CMS.

Obtenga garantía: CMS le gustaría recordarle a los suplidores DMEPOS que ciertos suplidores necesitarán obtener y enviar una fianza de garantía a más tardar el 2 de octubre de 2009 como fecha límite, o arriesgar tener sus privilegios de facturación de Parte B de Medicare revocado. Los suplidores sujetos al requisito de fianza de garantía deben suministrarla para poder ofertar en el programa de oferta competitiva DMEPOS. Una lista de garantías para que una fianza de garantía pueda ser asegurada es encontrada en "List of Certified (Surety Bond) Companies" del Departamento del Tesoro. El sitio Web está localizado en: http://www.fms.treas.gov/c570/c570_a-z.html.

Visite el sitio Web de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcqforDMEPOS/> para enterarse de la última información del programa de oferta competitiva DMEPOS.

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

Fuente: CMS PERL 200906-12

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.

Recuerde: Está expirando el plazo para obtener acreditación de suplidor DMEPOS

La fecha límite es el 30 de septiembre de 2009

Resumen

El 30 de septiembre de 2009 expira el plazo para que los suplidores de equipo médico durable, prótesis, ortóticos e insumos (DMEPOS) que facturan a Medicare Parte B, obtengan su acreditación, o corren el riesgo de que sean revocados sus privilegios a contar del 1 de octubre de 2009. Aunque el proceso de acreditación dura un promedio de seis meses, puede tomar hasta nueve meses para completarse. Por lo tanto, para obtener información sobre el proceso de acreditación e ingresar su solicitud, los suplidores DMEPOS deben contactar de inmediato una organización de acreditación y presentar la solicitud de acreditación correspondiente.

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

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

Más información sobre los requisitos de acreditación de DMEPOS junto con una lista de las organizaciones de acreditación y los nombres de profesionales y otras personas exentas, puede encontrarse en el sitio Web de CMS <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/>.

Fuente: CMS PERL 200904-29

INTERÉS GENERAL

Actualización trimestral de códigos HCPCS de medicinas biológicas y farmacéuticas

Número de *MLN Matters*: MM6477

Número de petición de cambio relacionado: 6477

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de junio de 2009

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009, excepto cuando el artículo determina otra fecha

Número de transmisión de CR relacionado: R1752CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Los códigos HCPCS son actualizados trimestralmente. El presente artículo informa acerca de la actualización de julio de 2009. Son pagables por Medicare las reclamaciones por servicios prestados a partir del 1 de julio de 2009 para los códigos HCPCS Q2023, Q4115 y Q4116.

En enero de 2009, los indicadores de cobertura de Medicare HCPCS J7611-J7614 fueron listados con errores. Durante la actualización de julio de 2009 del conjunto de códigos HCPCS, el archivo ha sido corregido de manera que muestre el indicador de cobertura de letra "D" de Medicare. Esta letra "D" indica que "corresponde instrucciones especiales de cobertura" y éstas están en las determinaciones locales de cobertura (LCD) que se refieren a inhalación de medicamentos. Los contratistas de Medicare no deben procurar un ajuste de reclamaciones procesadas antes de la implementación del cambio descrito en este artículo. Sin embargo, nosotros nos haremos cargo de ajustar aquellas reclamaciones que ustedes nos indiquen.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6477.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6477, 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/R1752CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1752, CR 6477

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.

Alerta al consumidor de la FDA: Alertando a los consumidores sobre desinfectante de piel contaminado

Resumen

Siguiendo a un anuncio por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos alertando a los consumidores sobre un desinfectante de piel contaminado, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) está aconsejando a los proveedores del cuidado de la salud y consumidores a no usar productos para la piel hechos por Clarcon Biological Chemistry Laboratory. Clarcon está voluntariamente recolectando algunos desinfectantes de piel y protectores de piel comercializados bajo varios nombres de marcas diferentes debido a los altos niveles de bacterias que causan enfermedades encontradas en el producto durante una inspección reciente.

Los consumidores y proveedores están siendo alertados a no usar ningún producto Clarcon y tirar estos productos a la basura.

El análisis de varias muestras por la FDA de los productos Clarcon reveló altos niveles de varias bacterias, incluyendo algunas asociadas a condiciones antihigiénicas. Algunas de estas bacterias pueden causar infecciones oportunistas de la piel y debajo del tejido. Tales infecciones pueden necesitar atención médica o cirugía, y puede resultar en daño permanente. Algunos ejemplos de productos que deben ser descartados incluyen:

Citrusshield lotion

Dermasentials dermabARRIER

Dermasentials by Clarcon antimicrobial hand sanitizer

Iron fist barrier hand treatment

Skin shield restaurant

Skin shield industrial

Skin shield beauty salon lotion

Total skin care beauty

Total skin care work

Los profesionales del cuidado de la salud y consumidores pueden reportar eventos adversos serios (efectos secundarios) o problemas con la calidad del producto con el uso de este producto al programa MedWatch Adverse Event Reporting de la FDA por Internet, correo regular, fax, o teléfono.

Por Internet

Correo regular: use el formulario 3500 de la FDA prepagado y envíelo por correo a MedWatch, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20852-9787

Fax: 800-FDA-0178

Teléfono: 800-FDA-1088

Para más información acceda a <http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm164845.htm>.

Fuente: CMS PERL 200906-24

Información para incluir en su membresía de comunicaciones

Resumen

Ayude a mantener al día a sus miembros de asociación sobre la última información relacionada a Medicare. Abajo se encuentra un breve artículo de noticias que aconsejamos ponga en su próximo boletín, o cualquier vehículo que usted utilice para proveer a sus miembros con las noticias que ellos necesitan saber. A través de sus listas de correos electrónicos, los contratistas de Medicare sirven como una fuente valiosa de noticias e información concerniente al negocio de Medicare en localidades específicas de práctica del proveedor, incluyendo determinaciones locales de cobertura y eventos educacionales del proveedor.

¿Sabía usted que su contratista local de Medicare es una fuente valiosa de noticias e información concerniente al negocio de Medicare en su localidad de práctica específica? A través de sus listas de correo electrónico, su contratista local puede proveerle rápidamente con información pertinente a su área geográfica, tales como determinaciones locales de cobertura, actividades locales de educación al proveedor, etc. Si usted no lo ha hecho ya, usted debe ir al sitio Web de su contratista local e inscribirse a su listserv o lista de e-mail. Muchos contratistas tienen enlaces en sus páginas iniciales para llevarlos a sus páginas de inscripción para suscribirse a sus listserv. Si usted no ve un enlace en su página inicial, solamente busque su sitio para un "listserv" o "lista de e-mail" para encontrar la página de inscripción. Si usted no sabe la dirección Web de su página inicial del contratista, puede encontrarla en el sitio Web de CMS <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/CallCenterTollNumDirectory.zip>.

Haga un favor a sus miembros y ayúdenos a diseminar la palabra.

Fuente: CMS PERL 200906-02

Cesación del registro del número de identificación único del médico

Número de *MLN Matters*: MM5584

Número de petición de cambio relacionado: 5584

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de septiembre de 2007

Fecha de efectividad: 29 de mayo de 2007

Número de transmisión de CR relacionado: R222PI

Fecha de implementación: 29 de junio de 2007

Resumen

El 23 de enero de 2004 el Secretario de Salud y Servicios Humanitarios publicó una regla final en el cual el Secretario adoptó un estándar de identificador de salud único para identificar a proveedores del cuidado de la salud en transacciones para las cuales el Secretario ha adoptado estándares (conocidos como estándar de transacciones HIPAA). Este identificador es el identificador nacional del proveedor (NPI).

El 29 de junio de 2007 el NPI reemplazó a todos los identificadores del proveedor previos al NPI (legacy provider identifier) que son usados en transacciones estándar HIPAA, incluyendo el número de identificación único del médico (UPIN) para identificar a los proveedores de cuidados de la salud.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5584.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 5584, 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/R222PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 222, CR 5584

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 y decisiones de pago de Medicare para dispositivos de terapia de presión negativa en la herida

Resumen

La codificación de HCPCS de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y decisiones de pago preliminar de Medicare para dispositivos de terapia de presión negativa en la herida (NPWT) están ahora publicados en la agenda de reunión pública NPWT del 9 de julio de 2009. Esta reunión pública ofrece a las partes interesadas una oportunidad para proveer reacciones concernientes a la decisión preliminar.

La Ley de mejoras para pacientes y proveedores de Medicare de 2008 exigió que el secretario evaluara los códigos HCPCS existentes para dispositivos NPWT para asegurar un reporte y facturación preciso para los artículos y servicios bajo tales códigos, uso de un proceso existente para la consideración de cambios de codificación, y considera todos los estudios relevantes e información solicitada a través del proceso.

CMS entró en asociación con Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) para comisionar un repaso de dispositivos NPWT y asegurar que todos los estudios relevantes e información de NPWT fueron capturados. El Instituto de Investigación del Ciclo Económico (Economic Cycle Research Institute, ECRI) solicitó información de los asociados y buscó documentación para llevar a cabo esta revisión. Un reporte preliminar de sus hallazgos fue publicado para comentario en abril de 2009. Después del análisis de los comentarios recibidos, ECRI concluyó que la evidencia disponible no sustenta la distinción terapéutica significativa de un sistema NPWT o componente de un sistema. El reporte resume la decisión hecha por el grupo de trabajo de HCPCS de CMS. El reporte final estará públicamente disponible a más tardar el 10 de junio de 2009 en la página inicial de AHRQ para el Programa de Evaluación de Tecnología (Technology Assessment Program) en <http://www.ahrq.gov/clinic/techix.htm>.

Fuente: CMS PERL 200906-16

Modificado el curso de adiestramiento en línea para el certificado de necesidad médica

Resumen

El Medicare Learning Network (MLN) de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid ha hecho disponible un curso que contiene información sobre el certificado de necesidad médica, mayormente conocido como un CMN.

Este curso será de gran ayuda a los médicos, profesionales de la salud, y el personal médico administrativo para completar, enviar, y mantener la documentación requerida para verificar el CMN. Haga clic aquí para entrar. Busque la sección de “Related Links Inside CMS” al final de su pantalla. Localice y seleccione “Certificate of Medical Necessity WBT” de la lista provista.

Al completar este curso usted será capaz de:

- Listar los artículos que requieren un CMN
- Identificar las responsabilidades de los médicos, asistentes de médicos, enfermeras practicantes, o enfermera especialista clínica, puesto que esto se relaciona a CMN
- Definir la documentación de historial
- Identificar las secciones de un CMN
- Listar los errores comunes de CMN
- Identificar los recursos para completar CMN

La conclusión exitosa de este curso requiere la finalización de todas las lecciones del curso, examen anticipado, evaluación del curso y una puntuación de 70 por ciento o más en el último examen. CMS está autorizado por IACET para ofrecer 0.1 unidades de educación continua (CEU) para este programa.

CMS designa esta actividad educacional para un máximo de una categoría AMA PARA y un crédito(s)TM. Los médicos deberían solamente reclamar en proporción a la extensión de su participación en la actividad.

Los créditos para este curso expiran el 4 de mayo de 2012.

Este curso y su puntuación del último examen de 70 por ciento o más, está aprobado por un CEU por la American Academy of Professional Coders (AAPC). Index # CMS06140728A

Cuando se envía un curso de CMS de adiestramiento por Internet a AAPC como parte de su recertificación, retenga una copia de su certificado de CMS y una copia de la descripción del curso que contiene el número de índice AAPC de CEU. El AAPC solicitará copias de estos si usted es seleccionado para verificación del CEU listado en su formulario de renovación.

El autor no tiene conflictos de interés para divulgar.

Este curso fue desarrollado sin ninguna ayuda comercial.

Fuente: CMS PERL 200906-26

Disponibles las reproducciones de audio de ICD-10-CM/PCS de la conferencia telefónica del 19 de mayo

Resumen

Las copias de audio y escritas del ICD-10-CM/PCS mapeo de equivalencia general e implementación (Crosswalks) de la conferencia telefónica nacional del proveedor, que fue presentada por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid el 19 de mayo de 2009 están ahora disponibles en la sección de ‘Downloads’ en http://www.cms.hhs.gov/ICD10/06a_2009_CMS_Sponsored_Calls.asp.

Fuente: CMS PERL 200906-18

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.

Nueva hoja informativa para mapeos de equivalencia general

Resumen

La segunda de una serie de hojas informativas concernientes al mapeo de equivalencia general (GEM) está ahora disponible en formato para descargar del Medicare Learning Network de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/ICD-10Mappingfctsh.pdf> Esta hoja informativa GEM, publicada en mayo de 2009 provee información básica sobre el mapeo de equivalencia general (GEM) incluyendo por que los GEM son necesarios, y como los archivos GEM son formateados como también información de mapeos de reembolso.

Fuente: CMS PERL 200906-07

Emergencia de pandemia de influenza -- el programa de Medicare se prepara

Número de *MLN Matters*: SE0836

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

Como parte de sus esfuerzos de preparación para la pandemia de influenza, CMS ha comenzado a desarrollar ciertas pólizas de emergencia y procedimientos que pueden ser implementados al programa de Medicare en el evento de una pandemia u otra emergencia.

La decisión de implementar ocurrirá si:

1. El Presidente declara una emergencia o desastre bajo la Ley de Emergencias Nacionales o la Ley Stafford.
2. El Secretario del Departamento de Salud & Servicios Humanitarios declara -- bajo la Sección

319 de la Ley de Servicio de Salud Pública -- que una emergencia de salud pública existe.

3. El Secretario elige descartar uno o más requisitos del Título XVIII de la Ley del Seguro Social consecuente con la Sección 1135 de dicha Ley.

En el evento de una pandemia u otra emergencia nacional, CMS emitirá comunicaciones a los proveedores de Medicare para especificar que pólizas y procedimientos serán implementados y otra información relevante.

Este artículo incluye enlaces a documentos de póliza que han sido emitidos por CMS. Tan pronto pólizas adicionales estén disponibles, CMS revisará este artículo para incluir enlaces a todos los documentos de póliza sobre la pandemia de influenza que estén disponibles.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0836.pdf>.

Fuente: Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0836

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 de datos principales revisada sobre salud rural

Resumen

Las siguientes publicaciones revisadas están ahora disponibles en formato para descargar en Medicare Learning Network de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS):

Hoja de datos principales de parte desproporcionada de hospital (Abril 2009) -- provee información sobre los métodos para calificar el ajuste de parte desproporcionada de hospital (DSH); Ley de modernización, mejora y receta de medicinas de Medicare de 2003 y la Ley de reducción de déficit de 2005, provisiones que impactan DSH de Medicare; determinación de número de camas en el hospital; y formulas de ajuste de pago DSH de Medicare, pueden ser accedidas en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/2009_mdsh.pdf.

Hoja de datos principales de acceso crítico de hospital (abril 2009) -- provee información sobre los proveedores de acceso crítico de hospital (CAH), designación CAH, pagos CAH, principios del costo de pago razonable que no aplican a CAH, elección del pago estándar o métodos de pago opcional (electivo); pase a través de fondos en zona rural para ciertos servicios de anestesia, pago de incentivos en áreas con escasos profesionales de la salud, pago de bonos en áreas con escasez de médicos, y las provisiones de la Ley de modernización, mejora y receta de medicinas de Medicare de 2003 que impactan los hospitales de acceso crítico, y becas a los estados bajo el programa de Flexibilidad de Hospital Rural de Medicare (Medicare Rural Hospital Flexibility), pueden ser accedidos en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/CritAccessHospfctsh.pdf>.

Si usted no puede acceder a cualquiera de estos enlaces en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet.

Fuente: CMS PERL 200906-11

Lo nuevo de los programas de incentivos de PQRI 2009 y e-Prescribing Nuevo artículo de recurso educacional sobre los programas de iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) y receta electrónica (e-Prescribing)

Resumen

Un nuevo artículo de recurso educacional ha sido publicado en la página Web de PQRI en el sitio Web de CMS. El artículo titulado “Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) & e-Prescribing: Implementation Advice for the Office Manager” describe paso a paso como comenzar a reportar las medidas de PQRI 2009 y está disponible en http://www.cms.hhs.gov/PQRI/31_PQRIToolkit.asp en el sitio Web de CMS como un documento en formato para descargar. Encuentre abajo en su pantalla la sección de ‘Downloads’ y seleccione el enlace de ‘2009 PQRI and E-Prescribing Implementation Advice’.

Tres recursos disponibles de ayuda técnica de PQRI

Los siguientes recursos están disponibles para asistir a profesionales elegibles con sus preguntas en la iniciativa de PQRI:

Directorio de centro de llamada del proveedor

- Aviso de remesa de pago
- Estatus de incentivo de distribución de pago
- Ajustes hechos para incentivar el pago debido a sanciones/sobrepagos
Para información de contacto, vea el “Provider Center Toll-free Numbers Directory,” el cual puede ser encontrado en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/CallCenterTollNumDirectory.zip> en el sitio Web de CMS.

Servicios de usuario externo (EUS) -- 7:00 a.m.-7:00 p.m. (ET)

- Inscripción/creando una cuenta IACS
- Accediendo una cuenta IACS
- Cambiando una cuenta IACS
- Aprobando usuarios dentro de una organización
Teléfono: 1-866-484-8049
TTY: 1-866-523-4759
Ayuda técnica QualityNet -- 7:00 a.m.-7:00 p.m. (CT)
- Información general de CMS PQRI y e-Prescribing
- Asuntos de contraseña del portal de PQRI
- Disponibilidad y acceso del reporte de comentarios y sugerencias de PQRI
Teléfono: 1-866-288-8912

Enlaces relacionados

- Información sobre la iniciativa de PQRI de CMS puede ser encontrada en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/PQRI>.
- Información sobre el programa de incentivo de e-Prescribing de CMS puede ser encontrada en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/ERxIncentive>.

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

Fuente: CMS PERL 200905-36

Revisada la hoja informativa de centro de remisión rural

Resumen

La hoja informativa revisada de Centro de Remisión Rural (abril 2009), la cual provee información sobre los requisitos del programa de centro de remisión rural, está ahora disponible en formato para descargar de Medicare Learning Network de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/RuralRefCtrfctsh2008.pdf>.

Fuente: CMS PERL 200906-28

El 7 de junio es el día nacional de los sobrevivientes de cáncer

Resumen

En honor a millones de americanos que viven con un historial de cáncer, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) le recuerdan a la comunidad de proveedores de Medicare de las diversas pruebas de detección de cáncer que cubre Medicare. La detección temprana y tratamiento del cáncer pueden ayudar a pacientes de Medicare a vivir vidas más largas y saludables.

¿Qué puedes hacer?

Como profesional de cuidados de la salud que provee cuidados a ancianos y a otros con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes con Medicare que pueden estar en riesgo de cáncer al educarlos sobre sus factores de riesgo y recordándoles de la importancia de hacerse las pruebas de detección del cáncer cubiertas por Medicare como medida preventiva.

Para más información

CMS ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo pruebas de detección para varias formas de cáncer. Visite Medicare Learning Network para más información, incluyendo las páginas de detección del cáncer:

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

Folleto de pruebas de detección del cáncer -- este folleto de tres dobleces provee a los profesionales del cuidado de la salud con una perspectiva general de la cobertura de Medicare de las pruebas de detección del cáncer, incluyendo pruebas de mamografías, examen de Papanicolaou, exámenes de detección pélvicos, pruebas colorrectales, y pruebas de cáncer de próstata. http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/cancer_screening.pdf.

Información de referencia rápida: Servicio preventivos de Medicare -- esta tabla de dos lados provee información de cobertura y codificación sobre pruebas de detección del cáncer cubiertos por Medicare. http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf.

Gracias por ayudar a CMS a mejorar la salud de los beneficiarios de Medicare que están en riesgo de contraer cáncer al unirse en el esfuerzo de educar a los beneficiarios sobre el cáncer, y la importancia de la detección temprana al aprovechar las pruebas de detección del cáncer cubiertas por Medicare.

Fuente: CMS PERL 200906-10

El 15-21 de junio es la semana nacional de la salud del hombre y junio 21 es el día de los padres

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) solicita a la comunidad de proveedores que mantengan saludables a los hombre con Medicare al asegurar que ellos aprovechen los servicios preventivos cubiertos por Medicare. Medicare cubre pruebas de detección del cáncer colorrectal y de próstata, entre otros servicios preventivos.

¿Qué puedes hacer?

Como profesional de cuidados de la salud que provee cuidados a ancianos y a otros con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes con Medicare que pueden estar en riesgo de cáncer al educarlos sobre sus factores de riesgo y recordándoles de la importancia de hacerse las pruebas de detección del cáncer cubiertas por Medicare como medida preventiva. La detección y tratamiento temprano del cáncer puede ayudar a la población masculina con Medicare a vivir vidas más largas y saludables.

Para más información

CMS ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo pruebas de detección para varias formas de cáncer. Visite Medicare Learning Network para más información, incluyendo las páginas de detección del cáncer:

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

Folleto de pruebas de detección del cáncer -- este folleto de tres dobleces provee a los profesionales del cuidado de la salud con una perspectiva general de la cobertura de Medicare de las pruebas de detección del cáncer, incluyendo pruebas de mamografías, examen de Papanicolaou, exámenes de detección pélvicos, pruebas colorrectales, y pruebas de cáncer de próstata. http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/cancer_screening.pdf.

El 15-21 de julio es la semana nacional de la salud del hombre (continuación)

Información de referencia rápida: Servicio preventivos de Medicare -- esta tabla de dos lados provee información de cobertura y codificación sobre pruebas de detección del cáncer cubiertos por Medicare. http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf.

Gracias por ayudar a CMS a mejorar la salud de los beneficiarios de Medicare que están en riesgo de contraer cáncer al unirse en el esfuerzo de educar a los beneficiarios sobre el cáncer, y la importancia de la detección temprana al aprovechar las pruebas de detección del cáncer cubiertas por Medicare.

Fuente: CMS PERL 200906-23

FRAUDE Y ABUSO

El proyecto de comparación de datos de Medicare-Medicaid

En el 2003, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) iniciaron un proyecto con el estado de Florida diseñado para compartir y analizar datos de Medicare y Medicaid para coordinar mejor los esfuerzos de beneficios de integridad entre los dos programas. Ahora conocido como Medi-Medi, datos de las reclamaciones de ambos programas son analizados juntos para detectar patrones que pueden no ser evidentes cuando facturas de ambos programas son vistas por separado. Como resultado de la combinación de datos, patrones no detectados previamente pueden ser identificados, tales como “bandidos de tiempo”, que son proveedores que facturan por un total o más de 24 horas en un día a ambos programas. Este proyecto permite que vulnerabilidades en ambos programas sean identificadas, y donde sea apropiado, acciones puedan ser tomadas para proteger la parte federal de los dólares de Medicare y Medicaid.

Experimentado primero en California en el 2001, Medi-Medi está siendo expandido nacionalmente con el decreto de la Ley de reducción de déficit de 2005. En todos los proyectos, la observancia forzosa de la ley estatal y federal y asociados del programa de integridad trabajan juntos para identificar comportamientos fraudulentos.

Desde el 2005, el proyecto Medi-Medi de Florida ha generado 38 investigaciones con sobre \$57 millones en sobrepagos asociados con esas investigaciones. Un proyecto reciente, el cual comparó datos de reclamaciones de servicios paliativos entre los dos programas, descubrió la siguiente actividad:

Un análisis fue llevado a cabo en reclamaciones de servicios paliativos prestados a recipientes doblemente elegibles de Medicare y Medicaid. Sobre \$1.8 millones fue identificado en pagos duplicados para 262 recipientes doblemente elegibles, esto es, Medicare y Medicaid cada uno pagó para los mismos servicios como un pagador primario donde Medicare debió haber sido el pagador primario. El estado sobrepagó a proveedores de servicios paliativos que enviaron las reclamaciones duplicadas y está recobrando los sobre \$1.8 millones en sobrepagos. Sin la comparación de datos, los sobrepagos no hubieran sido identificados o recobrados.

Estos son los tipos de patrones que un proyecto como Medi-Medi, el cual comparte y compara facturas de ambos programas, es únicamente diseñado para descubrir. Todos los proyectos Medi-Medi llevan a cabo análisis para determinar si, y a que extremo, vulnerabilidades, actividades fraudulentas, y/o sobrepagos pueden existir.

SafeGuard Services LLC es el Zone Program Integrity Contractor (ZPIC) para Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. El ZPIC es responsable de identificar e investigar el fraude del cuidado de la salud para el programa de Medicare. Su meta de trabajo también incluye el Florida Medi-Medi Data Matching Project en colaboración con Agency for Health Care Administration's (AHCA) Office of Inspector General/Medicaid Program Integrity (IOG/MPI) y el Medicaid Fraud Control Unit.

Fuente: Información provista por SafeGuard Services, ZPIC para Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos

SERVICIOS DE HOSPITAL

Correcciones a pesas de grupos de diagnóstico relacionado del cuidado a largo plazo

Número de *MLN Matters*: MM6552

Número de petición de cambio relacionado: 6552

Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de junio de 2009

Fecha de efectividad: 3 de junio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1758CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

En una regla final interina con el periodo de comentario (IFC) publicada en el Federal Register el 3 de junio de 2009, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) implementaron las revisadas pesas relativas del grupo de diagnóstico relacionado del cuidado de severidad a largo plazo de Medicare (MS-LTC-DRG) para pagos bajo el sistema de pagos prospectivos de hospital del cuidado a largo plazo (LTCH PPS) para el año fiscal (FY) 2009. Las pesas relativas revisadas MS-LTC-DRG para FY 2009 fueron revisadas debido a la mala aplicación de la metodología de neutralidad del presupuesto establecido y son efectivas para el resto del FY.

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) 6552 provee notificación de que CMS emitirá un nuevo LTCH PPS PRICER para el resto de este FY que contiene la tabla de pesa relativa revisada. CMS ha instruido a los contratistas de Medicare a retener las reclamaciones LTCH PPS con descargas del 3 de junio de 2009 en adelante, hasta que el PRICER actualizado esté en producción.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6552.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6552, 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/R1699CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1758, CR 6552

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Instrucciones revisadas de facturación de centros de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*: MM6523

Número de petición de cambio relacionado: 6523

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de junio de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1749CP

Fecha de implementación: 22 de junio de 2009

Resumen

La petición de cambio (CR) 6523 modifica las instrucciones anteriores indicadas en CR 5583 que requerían a los centros de enfermería especializada (SNF) incluir el código 74 de que define los márgenes de instancias con la declaración del período de cobertura en el tipo de factura exenta de pago (TOB) 210, que estaban presentando para permitir que TOB 210 exentas de pago pudieran ser procesadas cuando se traslaparan con TOB 22x pagados anteriormente. Las instrucciones anteriores eran una distorsión para obtener que TOB 210 fuesen procesadas sin recibir correcciones de parte del sistema de Medicare. Cambios en el sistema Medicare permiten que a contar del 5 de octubre de 2009, los centros de enfermería especializada no tendrán necesidad de usar el código 74 que define los

márgenes de instancias en el tipo de factura (TOB) exenta de pago 210 con la finalidad de eludir las revisiones del sistema Medicare.

Nota: Los SNF deben continuar usando el código 74 que define los márgenes de instancias, para informar las fechas de inasistencias, tal como está indicado en el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Capítulo 6, Sección 40.3.5.2, que está a disposición para ser leído en el sitio de Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c06.pdf>

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6523.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6523, 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/R1749CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1749, CR 6523

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.

PAGOS PROSPECTIVOS

Actualización de julio de 2009 del sistema de pagos prospectivos del paciente ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM6492

Número de petición de cambio relacionado: 6492

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de mayo de 2009

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R107BP y R1745CP

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 del sistema de pagos prospectivos del paciente ambulatorio (OPPS) de julio de 2009.

Las revisiones de julio de 2009 de archivos de datos, instrucciones, y especificaciones del editor de código integrado del paciente ambulatorio (I/OCE) son provistas en la petición de cambio (CR) 6480 y el artículo relacionado de *MLN Matters* MM6480.

A continuación se presentan los cambios clave en efecto para el 1 de julio de 2009, actualización del OPPS:

- Cambios al procedimiento y modificaciones de dispositivo para julio de 2009
- Reconciliación de pago extraordinario
- Lógica PRICER actualizada para ciertos productos de sangre

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.

- Códigos *CPT* categoría III
- Facturación para medicamentos, productos biológicos, y radio farmacéuticos
- Clarificación relacionada al uso apropiado del código HCPCS C9399
- Modificaciones a procedimientos de medicina nuclear y productos radionúclidos
- Clarificación relacionada a servicios de observación
- Clarificación relacionada al código de condición 44
- Determinaciones de cobertura

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6492.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6492, 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/R1745CP.pdf>; y <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R107BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1745, CR 6492

Correcciones al sistema de pago IPF PPS de computadora personal PRICER

Resumen

Correcciones fueron hechas al sistema de pagos prospectivos de institución psiquiátrica de paciente hospitalizado (IPF PPS) de computadora personal (PC) para el año fiscal (FY) 2009 y 2008. Si usted usa IPF PPS PC PRICER 2008 o 2009, vaya a http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/09_inppsy.asp. Descargue las últimas versiones de IPF PPS PC PRICERS, las cuales pueden ser encontradas bajo la sección de 'Downloads' (publicado el 15 de mayo y 21 de mayo de 2009).

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

Fuente: CMS PERL 200905-33

Actualizado el sistema de pagos prospectivos PRICER

Resumen

El sistema de pagos prospectivos (IPPS) de computadora personal (PC) PRICER para el año fiscal (FY) 2009 requirió una corrección de codificación para la transferencia de pago. El grupo de diagnóstico relacionado (DRG) 956 fue eliminado de la lista de transferencia de pago especial y movido al cuidado posterior del paciente hospitalizado (PAC) DRG. Si usted usa el IPPS PC PRICER, vaya a http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/03_inpatient.asp, y descargue la versión FY 2009.6 del IPPS PC PRICER, actualizada el 28 de mayo de 2009.

Fuente: CMS PERL 200906-03

Actualización de PPS de centro psiquiátrico de paciente hospitalizado del año índice 2010

Número de *MLN Matters*: MM6461
 Número de petición de cambio relacionado: 6461
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de mayo de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1741CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Bajo el sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico de paciente hospitalizado (IPF PPS), pagos a IPF están basados en un índice federal diario que:

- Incluye costos de operaciones del paciente hospitalizado y relación al capital (incluyendo servicios auxiliares y de rutina); pero
- Excluye algunos costos transferibles (i.e., deuda irrecuperable, y educación médica graduada).
- Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) exige la actualización de IPF PPS anualmente. El índice anual de actualización es efectivo el 1 de julio al 30 de junio de cada año, y el grupo de severidad de

diagnóstico relacionado de Medicare (MS-DRG) y los códigos ICD-9-CM son actualizados el 1 de octubre de cada año

Los puntos clave que informa en este artículo de *MLN Matters*® son:

- Actualización de bolsa del mercado
- Actualizaciones de PRICER
- Proporción de costo a cambio
- Actualización de MS-DGR

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6461.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6461, 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/R1741CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1741, CR 6461

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 de datos principales revisada sobre salud rural

Resumen

Las siguientes publicaciones revisadas están ahora disponibles en formato para descargar en Medicare Learning Network de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS):

Hoja de datos principales de parte desproporcionada de hospital (Abril 2009) -- provee información sobre los métodos para calificar el ajuste de parte desproporcionada de hospital (DSH); Ley de modernización, mejora y receta de medicinas de Medicare de 2003 y la Ley de reducción de déficit de 2005, provisiones que impactan DSH de Medicare; determinación de número de camas en el hospital; y formulas de ajuste de pago DSH de Medicare, pueden ser accedidas en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/2009_mdsh.pdf.

Hoja de datos principales de acceso crítico de hospital (abril 2009) -- provee información sobre los proveedores de acceso crítico de hospital (CAH), designación CAH, pagos CAH, principios del costo de pago razonable que no aplican a CAH, elección del pago estándar o métodos de pago opcional (electivo); pase a través de fondos en zona rural para ciertos servicios de anestesia, pago de incentivos en áreas con escasos profesionales de la salud, pago de bonos en áreas con escasez de médicos, y las provisiones de la Ley de modernización, mejora y receta de medicinas de Medicare de 2003 que impactan los hospitales de acceso crítico, y becas a los estados bajo el programa de Flexibilidad de Hospital Rural de Medicare (Medicare Rural Hospital Flexibility), pueden ser accedidos en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/CritAccessHospfctsh.pdf>.

Si usted no puede acceder a cualquiera de estos enlaces en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet.

Fuente: CMS PERL 200906-11

Revisada la hoja informativa de hospital único de la comunidad

Resumen

La hoja informativa revisada de hospital único de la comunidad (abril 2009), el cual provee información sobre clasificación y pagos únicos de hospital de la comunidad, está ahora disponible en formato para descargar en Medicare Learning Network de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/SoleCommHospfctsh508-09.pdf>

Fuente: CMS PERL 200906-25

Regla propuesta suplemental para el cuidado a largo plazo de severidad y pago extraordinario de alto costo

Programa de Medicare -- Propuesta de tasa anual (RY) 2010 de cuidado de severidad a largo plazo de Medicare y grupo de diagnóstico relacionado (MS-LTC-DRG) relativo al peso y alto costo de pago extraordinario y cantidad de pérdida fija

Resumen

La regla propuesta suplemental CMS-1406-P2 presenta la tasa anual (RY) propuesta 2010 de cuidado de severidad a largo plazo de Medicare y grupo de diagnóstico relacionado (MS-LTC-DRG) relativo al peso y un RY propuesto 2010 de alto costo de pago extraordinario (HCO) y cantidad de pérdida fija basado en la revisión del año fiscal (FY) 2009 MS-LTC-DRG de pesos relacionados presentados en una regla final interina con periodo de comentario publicado en algún otro lado en Federal Register.

Fecha límite para comentarios

Para asegurar la consideración, los comentarios deben ser recibidos a una de las direcciones provistas a más tardar a las 5 p.m. el 30 de junio de 2009.

CMS-1406-P2 puede ser encontrado en versiones de texto o PDF en: <http://www.cms.hhs.gov/LongTermCareHospitalPPS/LTCHPPSRN/itemdetail.asp?itemID=CMS1222248> bajo "Related Links Outside CMS".

Fuente: CMS PERL 200906-08

Revisado el resumen de datos principales del sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado

Resumen

El resumen de datos principales del sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado (revisado en mayo de 2009), el cual provee información general sobre el sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado (IPF PPS), como se establecen los índices de pago, y la actualización del índice del año 2010 al IPF PPS, esta ahora en formato para descargar de Internet en Medicare Learning Network de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/InpatientPsychFac.pdf>

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

Fuente: CMS PERL 200905-37

Implementación del rediseño sistema estadístico y de pagos del proveedor

Número de *MLN Matters*: MM6519

Número de petición de cambio relacionado: 6519

Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de junio de 2009

Fecha de efectividad: 13 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R153FM

Fecha de implementación: 13 de julio de 2009

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ha rediseñado el sistema estadístico y de pagos del proveedor (PS&R), y es ahora operacional. El actual sistema PS&R (PS&R anterior) ha estado en uso por sobre 20 años. El PS&R rediseñado es una aplicación centralizada y basada en Internet que ha sido programada usando la tecnología actual. Ésta incluye adiciones que mejorarán el acceso y entrega como también incrementar la flexibilidad del sistema.

Puntos clave

- El rediseñado PS&R será utilizado para archivar y determinar todos los reportes de costo con años fiscales que terminen del 31 de enero de 2009 en adelante.
- Si usted recibe reportes PS&R interinos, usted puede

experimentar una corta interrupción en obtener sus reportes interinos durante esta transición.

- El rediseñado PS&R ofrecerá a todos los usuarios (proveedores, contratistas, CMS) la habilidad de descargar un resumen de reportes de PS&R vía Internet. Los contratistas no producirán y distribuirán estos reportes de resumen a sus proveedores. Será la responsabilidad del proveedor de obtener sus propios reportes necesarios para sus reportes de costo.
- Los usuarios encontrarán adiestramiento en línea (WBT), pantallas de ayuda, y manuales de usuario para asistir con la familiarización con el sistema.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6519.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6519, 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/R1699CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-06, Transmittal 153, CR 6519.

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

DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Revisión a la LCD

ANCSVSC: Lista de servicios que no están cubiertos por Medicare.....	21
Más sobre servicios no cubiertos por Medicare.....	22
C9399/J9999: Plerixafor (MOZOBIL).....	22
AJ9350: Clorhidrato de topotecan.....	23
AJ0740: Ganciclovir y cidofovir.....	23

Información adicional

A95805: Polisomnografía y prueba del sueño.....	24
0197T/77499: Calypso 4D localization system.....	25

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

ANCSVCS: La lista de servicios que no están cubiertos por Medicare -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para la lista de servicios que no están cubiertos por Medicare fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada. First Coast Service Options Inc. (FCSO) recibió una solicitud para remover el código CPT 0193T (Transuretral, radiofrecuencia micro remodelación del cuello de la vejiga de la mujer y uretra próxima al centro para incontinencia urinaria de estrés) el cual incluye el tratamiento de Renessa® para mujeres con incontinencia urinaria de estrés de la lista de LCD de servicios que no están cubiertos por Medicare.

Con las tecnologías emergentes que son facturadas al contratista de Medicare como un código de procedimiento que no está listado o, cuando aplique, un código CPT categoría III, FCSO trata los procedimientos facturados como:

1. no es médicamente necesario y no está cubierto; o
2. médicamente necesario por ciertos criterios como se indicó en el desarrollo y comunicación de una LCD; o
3. como es el caso frecuente, aprendemos sobre la tecnología basados en como esta es facturada y por lo que ha sido publicado en la documentación revisada por expertos, no tendremos establecimiento positivo de cobertura y las reclamaciones serán manejadas en una base de caso por caso individual.

FCSO no está emitiendo un establecimiento de cobertura positiva por ahora concerniente al procedimiento de Renessa®. Sin embargo, para proveer una opción para aquellos médicos que están apropiadamente adiestrados en tratar a mujeres con incontinencia urinaria de estrés (SUI) y que están apropiadamente adiestrados en realizar el procedimiento de Renessa®, estaremos removiendo Renessa® de nuestra LCD que no está cubierta y estaremos mirando a reclamaciones del procedimiento de Renessa® en una base de caso por caso individual.

El tratamiento no quirúrgico de Renessa®, representado por el código CPT 0193T y el código ICD-9-CM 625.6 (incontinencia urinaria de estrés, mujeres), ha sido aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) desde el 22 de julio de 2005 y está indicado para el tratamiento transuretral de SUI en mujeres debido a hipermovilidad en mujeres que no obtuvieron resultados con el tratamiento conservador y que no son candidatas para terapia de cirugía. FCSO espera que los proveedores que envían reclamaciones de Renessa® provean los servicios dentro de las pautas aprobadas por la FDA y en acuerdo con las indicaciones sustentadas por la documentación revisada por expertos la cual limita su uso de moderado a severo la incontinencia urinaria de estrés (SUI) en mujeres. En adición, para las fechas de servicio del 1 de julio de 2009 en adelante, Renessa® no debe ser reportada con el código CPT 53899 (procedimiento no listado, sistema urinario).

Fecha de efectividad

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

<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.

ANCSVCS: La lista de servicios que no están cubiertos por Medicare -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para la lista de servicios que no están cubiertos por Medicare fue modificada por última vez efectiva el 30 de junio de 2009. Desde ese tiempo, la LCD ha sido modificada basado en la petición de cambio (CR) 6492 (julio 2009 del sistema de pagos prospectivos de hospital del cuidado ambulatorio [OPPS]), fecha del 22 de mayo de 2009.

La sección de "Local Noncoverage Decisions - Devices" de la LCD ha sido modificada como sigue:

Fue añadido el código CPT 0199T (*grabaciones fisiológicas de temblores usando acelerómetro(s) y giroscopio(s)*, (incluyendo frecuencia y amplitud) incluyendo interpretación y reporte, puesto que es un procedimiento de detección y no es médicamente razonable y necesario.

Fecha de efectividad

Esta modificación a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas el 6 de julio de 2009 en adelante para servicios prestados el 1 de julio 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 estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el "Jump to Section," del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

C9399/J9999: Plerixafor (MOZOBIL®) -- revisión al artículo

Plerixafor (MOZOBIL®) es un hematopoyético movilizador de células madre que fue aprobado por la Food and Drug Administration (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. MOZOBIL® puede ser facturado a los contratistas de Medicare con códigos HCPCS J3490 (medicinas no clasificadas) o J9999 (No clasificado de otra forma, medicamentos antineoplásicos) o efectivo para fechas de servicio del 1 de julio de 2009 en adelante, pueden ser facturados con el código HCPCS C9252 (inyección, plerixafor, 1 mg). En adición, la lista de códigos ICD-9-CM que First Coast Service Options Inc. (FCSO) considerará como médicamente razonable y necesario ha sido expandida para incluir todos los siguientes: 200.00-200.08, 200.10-200.18, 200.20-200.28, 200.30-200.38, 200.40-200.48, 200.50-200.58, 200.60-200.68, 200.70-200.78, 200.80-200.88, 202.00-202.08, 202.10-202.18, 202.20-202.28, 202.30-202.38, 202.40-202.48, 202.50-202.58, 202.60-202.68, 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 médicamente 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 dosis en 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.fcso.com>.

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

AJ9350: Clorhidrato de topotecan (Hycamtin®) -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L28993 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29025 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para clorhidrato de topotecan (Hycamtin®) fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante, para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada. Se recibió una solicitud para añadir la indicación sin etiqueta de linfoma del sistema nervioso central primario como medicamento razonable y necesario. La revisión de la literatura demostró que fue una solicitud aceptable. Por lo tanto las secciones de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, “Utilization Guidelines”, y “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD han sido revisadas correspondientemente. Los siguientes códigos ICD-9-CM han sido añadidos como medicamento razonables y necesarios: 200.50-200.58.

Fecha de efectividad

Esta revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados el 8 de junio de 2009 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database. Las Guías de Codificación para una LCD (cuando esté presente) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en “Jump to Section,” del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

A J0740: Ganciclovir y cidofovir -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L28846 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L28879 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para ganciclovir y cidofovir fue efectiva para servicios prestados el 16 de febrero de 2009 en adelante para Florida y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada. La indicación sin etiqueta de nefropatía BK y viremia BK ha sido añadida como medicamento razonable para el código HCPCS J0740. Las secciones de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity,” “Documentation Requirements,” y “Utilization Guidelines” de la LCD han sido revisadas consecuentemente. En adición, el siguiente código ICD-9-CM ha sido añadido para el código HCPCS J0740 como medicamento razonable para esta indicación sin etiqueta: V42.0 (órgano o tejido remplazado por transplante, riñón)

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el 25 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 el “Jump to Section,” del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

<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.

Información adicional

A95805: Polisomnografía y prueba del sueño -- fecha extendida de acreditación

Número de identificación de la LCD: L29905 (Florida)

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

La nueva determinación local de cobertura (LCD) para polisomnografía y prueba del sueño que incluye prueba del sueño en el hogar (HST) es efectiva para servicios prestados el 30 de junio de 2009 en adelante para Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Un centro del sueño debe mantener la documentación archivada que indique que está acreditada por la American Academy of Sleep Medicine (AASM) o que está acreditada como laboratorio del sueño por la Joint Commission. Esta documentación debe estar disponible para Medicare al ser solicitada.

Concerniente al desempeño y facturación del componente técnico (TC) de polisomnografía (PSG) y prueba del sueño (incluyendo HST), centros del sueño (de hospital o afiliado) y centros de operación independiente (oficina/clínica, Centros de Pruebas de Diagnóstico Independiente, y cualquier centro que no sea de hospital donde los estudios del sueño sean realizados) que no están actualmente acreditados deben ser capaces de demostrar que están buscando acreditación (solicitud enviada y bajo revisión) o acreditación provisional de AASM y están en cumplimiento con todos los otros estándares descritos en la LCD. Estos centros tendrán hasta el 30 de abril de 2010 para obtener la acreditación requerida.

Sin embargo, los médicos que revisan e interpretan (componente profesional [PC]) PSG y prueba del sueño (incluyendo HST) deben estar actualmente en cumplimiento con los credenciales/adiestramiento como se describió en la LCD:

- Un diploma de la American Board of Sleep Medicine (ABSM), o
- Un diploma en medicina del sueño por un miembro de la junta de la American Board of Medical Specialties (ABMS), o
- Un miembro del personal médico activo de un centro del sueño acreditado AASM o laboratorio del sueño, o
- Un miembro del personal médico activo de laboratorio del sueño acreditado por la junta de comisión.

En adición, técnicos del sueño o tecnólogos que facilitan PSG y pruebas del sueño o facilitan HST deben tener certificación apropiada del personal. Algunos ejemplos de certificación/adiestramiento en PSG y tecnología del sueño para los profesionales de la salud que no sean médicos incluyen:

- Tecnólogo de polisomnografía registrado (RPSGT)
- Tecnólogo de electroencefalógrafo registrado (R.EEG T.) -- Polisomnografía

Las credenciales para técnicos del sueño o tecnólogos deben ser provistas por las organizaciones que acreditan y que son nacionalmente reconocidas, tales como:

- Board of Registered Polysomnographic Technologists (BRPT), que provee el credencial (RPSGT); o
- American Board of Registration of Electroencephalographic and Evoked Potential Technologists (ABRET), que provee R. EEG T.) -- Credencial de polisomnografía; o
- Realizado en un centro del sueño o laboratorio acreditado por la AASM, o Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO); o
- ABSM, que provee credenciales en tecnología del sueño; o
- National Board for Respiratory Care, Inc. (NBRC), que provee examinación de especialidad para terapeutas respiratorios realizando pruebas del desorden del sueño e intervención terapéutica (CRT-SDS y RRT-SDS)

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (CMS Medicare Coverage Database). Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el "Jump to Section," del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

0197T/77499: Calypso® 4D localization system™

La terapia de radiación guiada por imagen (Image guided radiation therapy, IGRT) es una técnica en la cual la imagen ocurre durante el curso de una sesión de terapia de radiación (forma en que se ofrece el tratamiento) para asegurar que la radiación es emitida en el lugar correcto y evitar exposición del tejido circundante. El manual de terminología de códigos de procedimientos (CPT) tiene tres códigos con descriptores aplicables a IGRT: Códigos CPT 77014, (*guía de tomografía computarizada para la colocación de campos de radiación en la terapia*); 77421, (*Guía de radiografía estereoscópica para la localización del volumen de enfoque en la terapia de radiación*); y 76950, (*Guía de ultrasonido para la colocación de campos de radiación en la terapia*). Varias tecnologías emergentes de localización y rastreo de movimiento del paciente o tumor están siendo estudiadas, incluyendo tecnología de posición 3D o rastreo de superficie. Esta tecnología está reportada usando el código CPT 77499 (Procedimiento no listado, manejo del tratamiento de radiología terapéutica) para fecha de servicio antes del 1 de enero de 2009, y el código CPT 0197T (Localización intrafraccional y rastreo del objetivo o movimiento del paciente durante la terapia de radiación [e.g., Rastreo de posición 3D, rastreo de superficie 3D], cada fracción de tratamiento) para fechas de servicio del 1 de enero de 2009 en adelante).

Calypso® 4D localization system™ usado con Beacon® transponders electromagnéticos es un sistema de rastreo y localización del objetivo en tiempo real que ha sido aprobado por la Food and Drug Administración (FDA) desde el 2006 para el uso en la próstata y provee localización continua del objetivo la cual ayuda en la estructura del paciente y rastreo del objetivo para monitorear la posición del tumor durante la terapia de radiación. Los Beacon® transponders electromagnéticos están diseñado para ser usados específicamente con el sistema Calypso® para proveer localización del objetivo y monitoreo continuo en tiempo real durante la terapia de radiación para la próstata.

Con las tecnologías emergentes que son facturadas al contratista de Medicare como un código de procedimiento no listado o, cuando aplique, un código CPT categoría, First Coast Service Options Inc. (FCSO) procesa el procedimiento facturado como:

1. no es médicamente necesario y no está cubierto; o
2. médicamente necesario por ciertos criterios como se indicó en el desarrollo y comunicación de una determinación local de cobertura (LCD); o
3. como es frecuentemente el caso, mientras aprendemos sobre la tecnología basado en como ésta es facturada y lo que ha sido publicado en la documentación de revisión por expertos, no tendremos cobertura positiva, y las reclamaciones están siendo manejadas en una base de caso por caso.

FCSO no tiene un establecimiento de cobertura positiva para el código CPT 0197T que describe el uso del sistema Calypso® durante el tratamiento. FCSO ha revisado las reclamaciones para tecnologías emergentes tales como el sistema Calypso® con Beacon® transponders en adición a la documentación actual revisada por expertos, y desde el 19 de junio de 2009 no reembolsará estos procedimientos puesto que no existen datos contundentes sobre el impacto de este sistema en el resultado final en pacientes a largo plazo. También es facturada frecuentemente la guía de imagen de estática en la reclamación el mismo día. En adición, algunos de estas tecnologías emergentes requieren el uso de “smart fiducials” tales como transponders o tejido que se puede implantar de dosímetro. FCSO no estará pagando por el costo adicional de estos “smart fiducials” y solamente estará cubriendo marcadores de oro.

<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.

FRAUDE Y ABUSO

Alerta de estafa enfocada a las oficinas de los médicos

Resumen

Una estafa ha sido identificada donde los perpetradores están enviando faxes a las oficinas de los médicos pretendiendo ser contratista de Medicare de la Parte B o contratistas administrativos de Medicare (MAC). El fax instruye al recipiente a que responda un cuestionario y que provea la actualización sobre información de la cuenta dentro de 48 horas para poder prevenir un intervalo en los pagos de Medicare. El fax puede tener el logo de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) o del contratista para mejorar la apariencia de autenticidad.

Los proveedores de Medicare del sistema de pagos por servicio mediante tarifa fija (FFS) incluyendo médicos y profesionales de la salud, deben estar al tanto de este tipo de solicitud. Si usted recibe una solicitud de información en la forma descrita arriba, revise con su contratista antes de enviar cualquier información confidencial. Los proveedores de Medicare deben enviar solamente información a los contratistas de Medicare usando la dirección en la sección de Download en el sitio Web de CMS encontrada en <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/> o en <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll>.

Información de contacto de FCSO

El número libre de cargos de First Coast Service Options Inc. (FCSO) para el Centro de Servicio al Cliente de Medicare Parte B es 1-866-454-9007. Un listado completo de información de contacto de FCSO está disponible en <http://medicare.fcsoc.com/Contacts/>.

La dirección para el departamento de Inscripción del Proveedor de FCSO:
 Medicare Provider Enrollment
 P.O. Box 44021
 Jacksonville, FL 32231-4021

Fuente: CMS PERL 200906-30

CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Actualización de julio al sistema de pago del centro de cirugía ambulatoria y cambios de póliza

Número de *MLN Matters*: MM6496

Número de petición de cambio relacionado: 6496

Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de junio de 2009

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1759CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Puntos de interés de la petición de cambio (CR) 6496 incluye lo siguiente:

- El mezclar dos o más productos no constituye una “nueva” medicina según la regulación de la Dirección de Alimentos y Medicinas (FDA) bajo el proceso de Aplicación de Nuevo Medicamento (New Drug Application, NDA) En estas situaciones se les recuerda a los centros de cirugía ambulatoria (ASC) que no es apropiado facturar el código HCPCS C9399.
- Índices de pago de medicamento actualizado efectivo el 1 de julio de 2009 están incluidos en el actualizado ASC Addendum BB del 1 de julio de 2009 que será publicado en el sitio Web de CMS al final de junio.
- Doce nuevos códigos de medicamentos HCPCS han sido creados y que son pagables por separado para las fechas de servicio del 1 de julio de 2009 en adelante.
- Los índices de pago para varios códigos HCPCS estaban incorrectos en el archivo de “January 2009 ASC DRUG” que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) suministró a los contratistas. Los suplidores que recibieron un pago incorrecto pueden enviar las reclamaciones para su reprocesamiento después del 6 de julio de 2009.
- Dos nuevos códigos de Categoría III, sus descriptores y sus indicadores de pago ASC. Los índices de pago para estos servicios pueden ser encontrados en la versión actualizada de julio de 2009 de ASC Addendum AA que será publicada en el sitio Web de CMS al final de junio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6496.pdf>.

Actualización de julio al sistema de pago del centro de cirugía ambulatoria... (continuación)

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6496, 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/R1759CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1759, CR 6496

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 del artículo de MLN Matters MM6496

Resumen

El propósito de este artículo es clarificar la acción que necesita ocurrir los códigos HCPCS J1441, J1740, J2505, J7513, procesados para las fechas de servicio del 1 de enero de 2009, hasta el 31 de marzo de 2009.

El artículo de MLN Matters MM6496 (página 26) indica:

“Los suplidores que piensan que ellos pueden haber recibido un pago incorrecto entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de marzo de 2009, pueden enviar reclamaciones voluntariamente a sus contratistas para el reprocesamiento después del 6 de julio de 2009.”

Acción requerida del proveedor

Una reclamación reenviada puede potencialmente ser denegada como un duplicado. Para evitar estas denegaciones, los proveedores que piensan que pueden haber recibido un pago incorrecto necesitan contactar a su contratista de Medicare y solicitar un ajuste/reapertura.

Procesamiento y pago de servicios reasignados a centros de cirugía ambulatorios

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: R4880TN

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 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.

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 disponible en el sitio Web de CMS.

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/R4880TN.pdf>.

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

FACTURACIÓN

Facturación de componentes profesionales y técnicos con fechas diferentes

Número de *MLN Matters*: MM6457
 Número de petición de cambio relacionado: 6457
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de marzo de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1744CP
 Fecha de implementación: 22 de junio de 2009

Resumen

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare está siendo revisado para incluir instrucciones de facturación de componentes técnicos (TC) y profesionales (PC) con diferentes fechas de servicio. En esta situación tanto los servicios de patología TC como PC deberán facturarse como ítems en líneas separadas, aunque hayan sido llevados a cabo en el mismo laboratorio independiente. **No es correcto presentarlos como un servicio global.**

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6457.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6457, 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/R1744CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1744, CR 6457

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 sobre facturación de Parte B versus antiemético aprepitant de Parte B

Número de *MLN Matters*: SE0910
 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

Esta edición especial del artículo de *MLN Matters* describe la póliza de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) comparando a Parte B versus la facturación de Parte D sobre medicamento antiemético aprepitant (Emend®) para la náusea y vómito inducido por quimioterapia (CINV).

Cobertura de Emend® bajo el programa de Parte B

CMS provee reembolso de Parte B para medicamentos orales antieméticos cuando se usan como un reemplazo terapéutico completo en formas de dosis intravenosa como parte de un régimen de quimioterapia de cáncer, cuando los medicamentos son administrados o recetados por un médico para su uso inmediatamente a las 48 horas, antes o dentro de ese periodo, después que el tiempo de administración del

agente de quimioterapia. Aprepitant (Emend®) está indicado para uso como un antiemético para CINV cuando es parte de un régimen de una combinación de tres medicinas.

La combinación de tres medicamentos es:

- Aprepitant
- A 5-HT3 antagonista (e.g. granisetron, ondansetron, o dolasetron), y
- Dexamethasone (a corticosteroid).

El médico debe indicar en la receta que el beneficiario está recibiendo medicamentos antieméticos orales como un reemplazo terapéutico completo a un medicamento antiemético intravenoso como parte de un régimen de terapia del cáncer para que el beneficiario reciba cobertura bajo Parte B.

Los tres medicamentos en combinación con el régimen antiemético oral deben estar **en la misma reclamación** para ser elegible para reembolso de Parte B.

Cobertura de Emend® bajo el programa de Parte D

El programa de Parte D generalmente cubre Emend® cuando no está recetado en acuerdo con las pautas de cobertura de Parte B de Medicare.

Clarificación sobre facturación de Parte B... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0910.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0910

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

Preguntas sobre la Iniciativa para informar de la calidad de los servicios médicos

Preguntas frecuentes acerca de la re-corrída del año 2007 del programa de la Iniciativa para informar de la calidad de los servicios médicos

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado la publicación de cinco preguntas frecuentes (FAQ) en relación a la información de 2007 de la Iniciativa para informar la calidad del servicio médico (PQRI). Tanto las preguntas frecuentes (FAQ) a continuación como todas las preguntas frecuentes (FAQ) de PQRI pueden ser accedidas aquí.

CMS actualizará continuamente la sección FAQ, de modo que consúltela frecuentemente.

PREGUNTA FRECUENTE (FAQ)# 9537

P. ¿Cuál es el motivo que se ha tenido para volver a correr el programa de 2007 de informes de opinión e incentivo de pagos de la Iniciativa para informar la calidad del servicio médico (PQRI)?

R. CMS ha investigado interrogantes recibidas después de la entrega de los reportes de opinión e incentivos de pago de la Iniciativa para informar la calidad de los servicios médicos (PQRI) correspondientes a 2007 y determinó que varios temas técnicos imprevistos podrían ser corregidos realizando un análisis de resultados y volviendo a procesar los datos. Se anticipa que los reportes estarán disponibles en el otoño de 2009.

PREGUNTA FRECUENTE (FAQ)# 9540

P. ¿Cuándo estará disponible el informe de opiniones e incentivo de pagos como producto del reprocesamiento del programa de la Iniciativa para informar la calidad de los servicios médicos (PQRI) correspondientes a 2007? ¿De qué manera recibiremos esta información?

R. Se anticipa que los reportes de la Iniciativa para informar la calidad de los servicios médicos (PQRI) correspondientes a 2007 estén disponibles en el otoño de 2009, de acuerdo al número de identificación de la oficina de impuestos (Tax Identification Number, TIN). Estos reportes estarán a disposición solamente para los profesionales elegibles (EP) que califiquen según el análisis de resultados y el reprocesamiento de los datos. No corresponde el reprocesamiento para aquellos profesionales

que ya han recibido el incentivo, estos EP no recibirán un reporte adicional de opiniones. Los reportes de opiniones estarán disponibles por medio del Sistema de Distribución de Reportes (RDS) de PQRI. Para acceder a los reportes se exigirá nombre de usuario y contraseña individual autorizados por Servicios Computacionales (IACS) de CMS.

PREGUNTA FRECUENTE (FAQ)#9541

P. ¿Recibirán un incentivo adicional los EP que usen su identificador individual nacional del proveedor (NPI), cuando los datos de PQRI de 2007 sean reprocesados durante el otoño de 2009?

R. No. Solamente aquellos EP que no han recibido bono previamente pero que han sido determinados elegibles para bonos por el sistema de análisis de resultados después del reprocesamiento de datos PQRI de 2007, recibirán posiblemente el incentivo de re-proceso de 2007.

PREGUNTA FRECUENTE (FAQ)# 9542

P. ¿Habrá un reprocesamiento de los proyectos de demostración MCMP y PGP de PQRI 2007?

R. No. Ya se han hecho pagos de incentivo a los participantes elegibles en los proyectos de demostración MCMP y PGP y son un programa de incentivos separados de PQRI.

PREGUNTA FRECUENTE (FAQ)#9543

P. ¿Habrá un reprocesamiento de PQRI de 2007 para los participantes del programa Medicare Advantage?

R. Sí. Aquellos EP de Medicare Advantage que no han recibido bono previamente pero que han sido determinados elegibles para bonos por el sistema de análisis de resultados después del reprocesamiento de datos PQRI de 2007, recibirán posiblemente el incentivo de re-proceso de 2007.

Toda la información pública disponible acerca de PQRI de CMS, puede encontrarse en el sitio de Internet de CMS, <http://www.cms.hhs.gov/PQRI>.

Fuente: CMS PERL 200906-14

No reenvíe el recordatorio de iniciativa

Como parte de la iniciativa de no reenviar (DNF), los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ha instruido a los contratistas sobre el uso de los sobre de “return service requested” para toda la correspondencia de remesa de pago del proveedor.

Este requisito aplica a los cheques de Medicare del proveedor y remesas de pago. Cuando el cheque de un proveedor o remesa de pago es devuelta al contratista debido a “return service requested”, ocurrirá lo siguiente:

- El contratista señalará el número del proveedor como un DNF.
- Se notificará a inscripción del proveedor sobre el nuevo estatus del proveedor.
- El contratista detendrá el envío de cheques y remesas de pago al proveedor.
- Se detendrá la transferencia electrónica de fondos.

Solamente al momento de la verificación y actualización de todas las direcciones de los proveedores que todas las señalizaciones serán removidas. No solamente la dirección a pagar “pay to” será verificada, sino también la dirección del proveedor “provider location” será verificada. Es importante que los proveedores notifiquen inmediatamente a Medicare de cualquier cambio de dirección al completar y enviar la solicitud de inscripción de Medicare CMS-855I para proveedores individuales, y la solicitud de inscripción de Medicare CMS-855B para grupos y organizaciones.

Una vez la señalación de DNF ha sido removida, el contratista va a:

- Pagar cualquier fondo retenido debido a DNF
- Volver a emitir cualquier aviso de remesa retenida debido a DNF. ❖

Fuente: Publication 100-04, Chapter 22, Section 50.1

Actualización trimestral de las modificaciones a la iniciativa de codificación correcta

Número de *MLN Matters*: MM6469

Número de petición de cambio relacionado: 6469

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de mayo de 2009

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1746CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) desarrolló la iniciativa de codificación correcta nacional (CCI) para promover metodologías de codificación correcta nacional y para controlar la codificación impropia que conduce al pago inapropiado en reclamaciones de Parte B.

El más reciente paquete de modificaciones CCI, versión 15.2, es efectiva el 1 de julio de 2009 e incluye todas las versiones previas y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, hasta el presente. Es organizado en las siguientes dos tablas:

- Modificaciones de codificación correcta columna 1/ columna 2
- Modificaciones de código mutuamente exclusiva (MEC)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6469.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6469, 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/R1746CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1746, CR 6469

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.

Revisión de facultad de ordenar/referir de los proveedores

Ampliación de revisión de reclamaciones de Medicare Parte B en referencia a 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 siguientes especialistas:

- Doctores en medicina u osteopatía
- 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.

Información adicional disponible en el sitio Web de CMS.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6417, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R470.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.

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.

Instrucciones expandidas para reasignación de beneficios

Número de *MLN Matters*: MM6470
 Número de petición de cambio relacionado: 6470
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de junio de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2008
 Número de transmisión de CR relacionado: R291PI
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Este artículo provee información concerniente a la reasignación de beneficios a los centros de cirugía ambulatoria (ASC), y situaciones para un médico/profesional de la salud individual al que otro médico/profesional de la salud se le reasignan sus beneficios, muere o tiene sus privilegios de facturación de Medicare revocados.

Centros de cirugía ambulatorios (ASC) y reasignación

Si un médico o profesional de la salud desea reasignar sus beneficios a un ASC existente (y actualmente inscrito), el individuo y el ASC deben firmar el formulario CMS-855R. Sin embargo, no es necesario para el ASC inscribir por separado como un grupo de práctica para recibir los beneficios.

Reasignación y revocación/fallecido médico y profesional de la salud

Médico/profesional de la salud - un médico/profesional de la salud que posee 100 por ciento de su propiedad de práctica y emplea otro médico/profesional de la salud.

Médico/profesional de la salud empleado -- el médico/profesional de la salud empleado por el "médico/profesional de la salud propietario".

Si el médico/profesional de la salud propietario muere o tiene sus privilegios de facturación revocados, la práctica no seguirá siendo elegible para recibir pagos de Medicare por servicios prestados después de la fecha de muerte o la fecha efectiva de revocación. Todas las reasignaciones son automáticamente terminadas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6470.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6470, 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/R291PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 291, CR 6470

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.

Información para profesionales elegibles que participaron en el PQRI 2007

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado que los reportes de reacciones a la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) 2007 han sido publicados desde julio de 2008 en www.qualitynet.org/pqri y serán archivados el 30 de junio de 2009 y no estarán disponibles para profesionales elegibles (EP) que participaron en el PQRI 2007.

Es requerido que se archive para crear espacio en el servidor para nuevos reportes de reacciones relacionados al PQRI 2008 y la repetición de la participación de PQRI 2007. Solamente aquellos EP que previamente no calificaron al enviar al menos un código de calidad de datos exitosamente, pero son nuevamente calificados siguiendo el sistema de análisis y repetición de datos del PQRI 2007, recibirán un reporte de reacciones repetido de PQRI 2007.

Todos los profesionales elegibles que exitosamente enviaron al menos un código de datos de calidad para el PQRI 2008 recibirán un reporte de reacciones.

El incentivo de pago de PQRI 2008 será distribuido por el contratista de la Parte B de Medicare y/o A/B MAC en octubre de 2009. El pago de incentivos repetido de PQRI 2007 será distribuido por el contratista de la Parte B de Medicare A/B MAC en noviembre de 2009.

Fuente: CMS PERL 200906-19

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM6459
 Número de petición de cambio relacionado: 6459
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de junio de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1751CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Este artículo lista las últimas doce pruebas aprobadas por la Food and Drug Administration como pruebas con dispensa bajo el Acta de mejoras y enmiendas del laboratorio clínico de 1988 (CLIA).

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid identifican pruebas con dispensa de CLIA en una forma trimestral al proveer una lista actualizada de pruebas con dispensa a los contratistas de Medicare. Para que se reconozca como una prueba dispensada, algunas pruebas con dispensa de CLIA tienen códigos de procedimientos únicos y algunos deben tener un modificador QW incluido con el código de procedimiento. A continuación se presentan **solamente** las pruebas que **no** requieren un modificador QW para ser reconocidas como pruebas con dispensa: códigos *CPT 81002, 81025, 82270, 82272, 82962, 83026, 84830, 85013, y 85651*.

Note que su contratista de Medicare no buscará sus archivos ya sea para retraer pago o pagar reclamaciones retroactivamente procesadas antes de la implementación de la petición de cambio 6459. Sin embargo, ajustaremos tales reclamaciones de traerlas a nuestra atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6459.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6459, 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/R1751CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1751, CR 6459

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.

Registros calificados disponibles para el reporte PQRI 2009

Resumen

Cada registro ha pasado a través del proceso de aprobación. Los profesionales elegibles que deseen participar en la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) 2009 usando una de las opciones basadas en el registro, pueden contactar los registros basados en detalles adicionales.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complace en anunciar la disponibilidad de registros calificados para el reporte de iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) 2009.

Una lista de registros calificados puede ser accedida bajo la sección de Reporting en el sitio Web de CMS <http://www.cms.hhs.gov/PQRI>. Cada uno de los registros listados ha pasado a través del proceso de aprobación. CMS cree que es muy probable que cada uno de estos registros sea exitoso en su envío de datos para el programa de PQRI.

Los profesionales elegibles que deseen participar en el PQRI 2009 usando uno de las opciones basadas en registro pueden contactar los registros para detalles adicionales de opciones de participación.

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

Fuente: CMS PERL 200906-27

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

NCSVCS: Lista de servicios no cubiertos por Medicare.....	35
Más sobre servicios no cubiertos por Medicare.....	36
J0740: Ganciclovir y cidofovir.....	36
J9350: Clorhidrato de topotecan.....	37
92025: Topografía corneal computarizada.....	37

Información adicional

95805: Polisomnografía y prueba del sueño.....	38
0197T/77499: Calypso 4D localization system.....	39
J9999: Plerixafor (MOZOBIL).....	40

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

NCSVCS: Lista de servicios no cubiertos por Medicare -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para la lista de servicios que no están cubiertos por Medicare fue revisada por última vez efectivo el 2 de marzo de 2009. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada. First Coast Service Options Inc. (FCSO) recibió una solicitud para remover el código *CPT 0193T* (Transuretral, radiofrecuencia micro remodelación del cuello de la vejiga de la mujer y uretra próxima al centro para incontinencia urinaria de estrés) el cual incluye el tratamiento de Renessa® para mujeres con incontinencia urinaria de estrés de la lista de LCD de servicios que no están cubiertos por Medicare.

Con las tecnologías emergentes que son facturadas al contratista de Medicare como un código de procedimiento que no está listado o, cuando aplique, un código CPT categoría III, FCSO trata los procedimientos facturados como:

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

1. no es médicamente necesario y no está cubierto; o
2. médicamente necesario por ciertos criterios como se indicó en el desarrollo y comunicación de una LCD; o
3. como es el caso frecuente, aprendemos sobre la tecnología basados en como esta es facturada y por lo que ha sido publicado en la documentación revisada

Fecha de efectividad

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

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

por expertos, no tendremos establecimiento positivo de cobertura y las reclamaciones serán manejadas en una base de caso por caso individual.

FCSO no está emitiendo un establecimiento de cobertura positiva por ahora concerniente al procedimiento de Renessa®. Sin embargo, para proveer una opción para aquellos médicos que están apropiadamente adiestrados en tratar a mujeres con incontinencia urinaria de estrés (SUI) y que están apropiadamente adiestrados en realizar el procedimiento de Renessa®, estaremos removiendo Renessa® de nuestra LCD que no está cubierta y estaremos mirando a reclamaciones del procedimiento de Renessa® en una base de caso por caso individual.

El tratamiento no quirúrgico de Renessa®, representado por el código *CPT 0193T* y el código ICD-9-CM 625.6 (incontinencia urinaria de estrés, mujeres), ha sido aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) desde el 22 de julio de 2005 y está indicado para el tratamiento transuretral de SUI en mujeres debido a hiperactividad en mujeres que no obtuvieron resultados con el tratamiento conservador y que no son candidatas para terapia de cirugía. FCSO espera que los proveedores que envían reclamaciones de Renessa® provean los servicios dentro de las pautas aprobadas por la FDA y en acuerdo con las indicaciones sustentadas por la documentación revisada por expertos la cual limita su uso de moderado a severo la incontinencia urinaria de estrés (SUI) en mujeres. En adición, para las fechas de servicio del 1 de julio de 2009 en adelante, Renessa® no debe ser reportada con el código *CPT 53899* (procedimiento no listado, sistema urinario).

NCSVCS: Lista de servicios no cubiertos por Medicare -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para la lista de servicios que no están cubiertos por Medicare fue modificada por última vez efectiva el 30 de junio de 2009. Desde ese tiempo, la LCD ha sido modificada basado en la petición de cambio (CR) 6484 (actualización de julio a la base de datos para el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos 2009 [MPFSDB]), fecha del 29 de mayo de 2009.

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

Fue añadido el código *CPT 0199T* (*grabaciones fisiológicas de temblores usando acelerómetro(s) y giroscopio(s)*, (incluyendo frecuencia y amplitud) incluyendo interpretación y reporte, puesto que es un procedimiento de detección y no es médicamente razonable y necesario.

Fue añadido el código *CPT 90670* (Vacuna combinada de neumocócico, 13 valent, para uso intramuscular), puesto que no está aprobado por la FDA y, por lo tanto, no está cubierto.

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

Fue añadido el código *CPT 0202T* (Artroplastia de coyuntura(s) vertebral posterior (e.g reemplazo de la carilla vertebral) incluyendo facetectomía, laminectomía, foraminotomía, y fijación de columna vertebral, con o sin inyección de cemento del hueso, incluyendo fluoroscopia, un solo nivel, espina lumbar), puesto que no existe evidencia para substanciar la seguridad y eficacia de la cirugía.

Fecha de efectividad

Esta modificación a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas el 6 de julio de 2009 en adelante para servicios prestados el 1 de julio 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 estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section,” del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

J0740: Ganciclovir y cidofovir -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29181 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29342 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para ganciclovir y cidofovir fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada. La indicación sin etiqueta de nefropatía BK y viremia BK ha sido añadida como médicamente razonable para el código HCPCS J0740. Las secciones de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity,” “Documentation Requirements,” y “Utilization Guidelines” de la LCD han sido revisadas consecuentemente. En adición, el siguiente código ICD-9-CM ha sido añadido para el código HCPCS J0740 como médicamente razonable para esta indicación sin etiqueta: V42.0 (órgano o tejido reemplazado por transplante, riñón).

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el 19 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 el “Jump to Section,” del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

<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.

J9350: Clorhidrato de topotecan (Hycamtin®) -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29290 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29479 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para clorhidrato de topotecan (Hycamtin®) fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante, para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada. Se recibió una solicitud para añadir la indicación sin etiqueta de linfoma del sistema nervioso central primario como medicamento razonable y necesario. La revisión de la literatura demostró que fue una solicitud aceptable. Por lo tanto las secciones de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, “Utilization Guidelines”, y “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD han sido revisadas correspondientemente. Los siguientes códigos ICD-9-CM han sido añadidos como medicamento razonables y necesarios: 200.50-200.58.

Fecha de efectividad

Esta revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados el 8 de junio de 2009 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de CMS Medicare Coverage Database. Las Guías de Codificación para una LCD (cuando esté presente) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en “Jump to Section,” del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

92025: Topografía corneal computarizada -- revisión a la pauta de codificación

Número de identificación de la LCD: L29122 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29140 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para topografía corneal computarizada fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 en adelante para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, el anexo a las pautas de codificación ha sido modificado para indicar que este procedimiento es considerado como una prueba unilateral o prueba de diagnóstico bilateral; por lo tanto no sería apropiado reportar este procedimiento con el modificador 50 si es realizado bilateralmente (petición de cambio (CR) 6484 de CMS, fecha del 29 de mayo de 2009).

Fecha de efectividad

Esta revisión al anexo de las pautas de codificación es efectiva para reclamaciones procesadas el 6 de julio de 2009 en adelante para servicios prestados el 1 de enero 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 estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section,” del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

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

Información adicional

95805: Polisomnografía y prueba del sueño -- fecha extendida de acreditación

Número de identificación de la LCD: L29949 (Florida)

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

La nueva determinación local de cobertura (LCD) para polisomnografía y prueba del sueño que incluye prueba del sueño en el hogar (HST) es efectiva para servicios prestados el 30 de junio de 2009 en adelante para Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Un centro del sueño debe mantener la documentación archivada que indique que está acreditada por la American Academy of Sleep Medicine (AASM) o que está acreditada como laboratorio del sueño por la Joint Commission. Esta documentación debe estar disponible para Medicare al ser solicitada.

Concerniente al desempeño y facturación del componente técnico (TC) de polisomnografía (PSG) y prueba del sueño (incluyendo HST), centros del sueño (de hospital o afiliado) y centros de operación independiente (oficina/clínica, Centros de Pruebas de Diagnóstico Independiente, y cualquier centro que no sea de hospital donde los estudios del sueño sean realizados) que no están actualmente acreditados deben ser capaces de demostrar que están buscando acreditación (solicitud enviada y bajo revisión) o acreditación provisional de AASM y están en cumplimiento con todos los otros estándares descritos en la LCD. Estos centros tendrán hasta el 30 de abril de 2010 para obtener la acreditación requerida.

Sin embargo, los médicos que revisan e interpretan (componente profesional [PC]) PSG y prueba del sueño (incluyendo HST) deben estar actualmente en cumplimiento con los credenciales/adiestramiento como se describió en la LCD:

- Un diploma de la American Board of Sleep Medicine (ABSM), o
- Un diploma en medicina del sueño por un miembro de la junta de la American Board of Medical Specialties (ABMS), o

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (CMS Medicare Coverage Database). Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el "Jump to Section," del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

- Un miembro del personal médico activo de un centro del sueño acreditado AASM o laboratorio del sueño, o
- Un miembro del personal médico activo de laboratorio del sueño acreditado por la junta de comisión.

En adición, técnicos del sueño o tecnólogos que facilitan PSG y pruebas del sueño o facilitan HST deben tener certificación apropiada del personal. Algunos ejemplos de certificación/adiestramiento en PSG y tecnología del sueño para los profesionales de la salud que no sean médicos incluyen:

- Tecnólogo de polisomnografía registrado (RPSGT)
- Tecnólogo de electroencefalógrafo registrado (R.EEG T.) -- Polisomnografía

Las credenciales para técnicos del sueño o tecnólogos deben ser provistas por las organizaciones que acreditan y que son nacionalmente reconocidas, tales como:

- Board of Registered Polysomnographic Technologists (BRPT), que provee el credencial (RPSGT); o
- American Board of Registration of Electroencephalographic and Evoked Potential Technologists (ABRET), que provee R. EEG T.) -- Credencial de polisomnografía; o
- Realizado en un centro del sueño o laboratorio acreditado por la AASM, o Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO); o
- ABSM, que provee credenciales en tecnología del sueño; o
- National Board for Respiratory Care, Inc. (NBRC), que provee examinación de especialidad para terapeutas respiratorios realizando pruebas del desorden del sueño e intervención terapéutica (CRT-SDS y RRT-SDS)

0197T/77499: Calypso® 4D localization system™

Número de identificación de la LCD: L29009 (Florida)

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

La terapia de radiación guiada por imagen (Image guided radiation therapy, IGRT) es una técnica en la cual la imagen ocurre durante el curso de una sesión de terapia de radiación (forma en que se ofrece el tratamiento) para asegurar que la radiación es emitida en el lugar correcto y evitar exposición del tejido circundante. El manual de terminología de códigos de procedimientos (CPT) tiene tres códigos con descriptores aplicables a IGRT: Códigos *CPT 77014*, (guía de tomografía computarizada para la colocación de campos de radiación en la terapia); *77421*, (Guía de radiografía estereoscópica para la localización del volumen de enfoque en la terapia de radiación); y *76950*, (Guía de ultrasonido para la colocación de campos de radiación en la terapia). Varias tecnologías emergentes de localización y rastreo de movimiento del paciente o tumor están siendo estudiadas, incluyendo tecnología de posición 3D o rastreo de superficie. Esta tecnología está reportada usando el código *CPT 77499* (Procedimiento no listado, manejo del tratamiento de radiología terapéutica) para fecha de servicio antes del 1 de enero de 2009, y el código *CPT 0197T* (*Localización intrafraccional y rastreo del objetivo o movimiento del paciente durante la terapia de radiación [e.g., Rastreo de posición 3D, rastreo de superficie 3D], cada fracción de tratamiento*) para fechas de servicio del 1 de enero de 2009 en adelante).

Calypso® 4D localization system™ usado con Beacon® transponders electromagnéticos es un sistema de rastreo y localización del objetivo en tiempo real que ha sido aprobado por la Food and Drug Administración (FDA) desde el 2006 para el uso en la próstata y provee localización continua del objetivo la cual ayuda en la estructura del paciente y rastreo del objetivo para monitorear la posición del tumor durante la terapia de radiación. Los Beacon® transponders electromagnéticos están diseñado para ser usados específicamente con el sistema Calypso® para proveer localización del objetivo y monitoreo continuo en tiempo real durante la terapia de radiación para la próstata.

Con las tecnologías emergentes que son facturadas al contratista de Medicare como un código de procedimiento no listado o, cuando aplique, un código CPT categoría, First Coast Service Options Inc. (FCSO) procesa el procedimiento facturado como:

1. no es médicamente necesario y no está cubierto; o
2. médicamente necesario por ciertos criterios como se indicó en el desarrollo y comunicación de una determinación local de cobertura (LCD); o
3. como es frecuentemente el caso, mientras aprendemos sobre la tecnología basado en como ésta es facturada y lo que ha sido publicado en la documentación de revisión por expertos, no tendremos cobertura positiva, y las reclamaciones están siendo manejadas en una base de caso por caso.

FCSO no tiene un establecimiento de cobertura positiva para el código *CPT 0197T* que describe el uso del sistema Calypso® durante el tratamiento. FCSO ha revisado las reclamaciones para tecnologías emergentes tales como el sistema Calypso® con Beacon® transponders en adición a la documentación actual revisada por expertos, y desde el 19 de junio de 2009 no reembolsará estos procedimientos puesto que no existen datos contundentes sobre el impacto de este sistema en el resultado final en pacientes a largo plazo. También es facturada frecuentemente la guía de imagen de estática en la reclamación el mismo día. En adición, algunos de estas tecnologías emergentes requieren el uso de “smart fiducials” tales como transponders o tejido que se puede implantar de dosímetro. FCSO no estará pagando por el costo adicional de estos “smart fiducials” y solamente estará cubriendo marcadores de oro.

<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 Food and Drug Administration (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. MOZOBIL® puede ser facturado a los contratistas de Medicare con códigos HCPCS J3490 (medicinas no clasificadas) o J9999 (No clasificado de otra forma, medicamentos antineoplásicos) o efectivo para fechas de servicio del 1 de julio de 2009 en adelante, pueden ser facturados con el código HCPCS C9252 (inyección, plerixafor, 1 mg). En adición, la lista de códigos ICD-9-CM que First Coast Service Options Inc. (FCSO) considerará como medicamento razonable y necesario ha sido expandida para incluir todos los siguientes: 200.00-200.08, 200.10-200.18, 200.20-200.28, 200.30-200.38, 200.40-200.48, 200.50-200.58, 200.60-200.68, 200.70-200.78, 200.80-200.88, 202.00-202.08, 202.10-202.18, 202.20-202.28, 202.30-202.38, 202.40-202.48, 202.50-202.58, 202.60-202.68, 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 dosis en 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://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 Julio 2009

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.

Medifest 2009

Martes, 1 de septiembre

Miércoles, 2 de septiembre

Lugar: Orlando, FL

8:00 AM-5:00 PM

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

Únase al emocionante evento educacional de Medicare de First Coast Service Options (FCSO): Medifest 2009. Este simposio dinámico y cara a cara será llevado a cabo en Orlando, Florida y está abierto a todos los miembros de nuestra comunidad de proveedores. Aproveche los talleres educacionales de Medicare, aprenda de los expertos en Medicare de FCSO, y hable con los representantes de compañías que ofrecen productos y servicios especialmente diseñados por los proveedores de Medicare.

Usted puede atender a uno o ambos días, y cada día tendrá una amplia selección de seminarios informativos y talleres diseñados para ayudarlo a incrementar su conocimiento de Medicare y facilitar su continuo éxito como proveedor de Medicare.

Usted puede acceder ahora a nuestro sitio Web para la agenda de eventos, descriptores del curso individual, e instrucciones y herramientas de inscripción.

Esto es un atisbo de Medifest 2009:

- Los temas de los talleres de Parte A y Parte B serán seleccionados basados en un análisis de datos actuales, incluyendo los tipos de preguntas recibidas en nuestro centro de contacto del proveedor, los tipos de errores de envío de reclamación más frecuentemente experimentados por los miembros de nuestra comunidad de proveedores, y actividad de revisión médica de prepago/pospago.
- Cada taller informativo presentará una demostración en vivo y escenarios reales (cuando sea posible). En adición, usted tendrá la oportunidad de interactuar con sus compañeros y expertos en Medicare de la organización de FCSO, involucrarse en el proceso de aprendizaje y solución de problemas, y aprender como aprovecharse de la riqueza de los recursos de Medicare disponibles en los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) como también los sitios Web del proveedor de Medicare de FCSO.
- Para asegurar que los participantes pueden aprovecharse de los talleres de Medicare de nivel intermedio y avanzado, identificaremos webcasts educacionales especiales de Medicare de FCSO y módulos de adiestramiento en línea (WB) (ofrecidos antes del evento) para ayudar a los proveedores menos experimentados a adquirir una fundación sólida de conocimiento como también un entendimiento básico del programa de Medicare.
- Usted tendrá la oportunidad de ver con antelación los productos y servicios diseñados especialmente para los proveedores de Medicare, incluyendo facturación y software de manejo de práctica y herramientas, y hablar con los representantes de las compañías que los ofrecen.

Revise nuestra nueva página de Medifest regularmente para la última información sobre este emocionante evento:

- [Agenda](#)
- Descripciones de cursos
- [Información del hotel](#)
- [Instrucciones de inscripción](#)
- [Vendedores](#)

Este será el único evento de Medifest para los proveedores en Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos en 2009, así que no se olvide de marcarlo en su calendario:

Qué: Medifest 2009

Cuándo: 1-2 de septiembre de 2009

Dónde: Renaissance Orlando Hotel Airport

5445 Forbes Place

Orlando, Florida 32812

(407) 240-1000

<http://www.marriott.com/hotels/travel/mcora-renaissance-orlando-hotel-airport/>

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

Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews

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



WHEN EXPERIENCE COUNTS & QUALITY MATTERS

MEDICARE A y B AL DÍA

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

♦ ATTENTION BILLING MANAGER ♦

