

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Facturando costos de rutina en pruebas clínicas

CMS ha modificado el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare5

Cambios en servicios de hospitales propuestos para 2010

Comentarios y observaciones serán aceptados hasta el 31 de agosto de 200911

Información de ley de salud por Internet

Sitio Web de CMS en ley de recuperación y tecnología de información de salud13

Cursos de Medicare por Internet

Hojas informativas nuevas y actualizadas de cursos de Medicare por Internet14

Nuevos índices por Internet de hospitales de EE. UU.

Índices individuales provistos en más de 4,000 hospitales en todo el país, nuevos datos de mortalidad y readmisión incluidos19

Códigos HCPCS de DMEPOS

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS27

Privilegios de facturación de Medicare

Modificación del manual relacionado a la desactivación de los privilegios de facturación de Medicare40

Una codificación correcta evita problemas de facturación

Usar códigos actuales y válidos y el modificador apropiado43

Características

| | |
|-----------------------------------------------------------|----|
| Sobre esta publicación | 3 |
| Información para proveedores de Parte A y B | 4 |
| Información para proveedores de Parte A..... | 17 |
| Determinaciones locales de cobertura de Parte A..... | 24 |
| Información para proveedores de la Parte B..... | 27 |
| Determinaciones locales de cobertura de Parte B..... | 44 |
| Recursos educacionales | 47 |
| Formularios de pedidos de Parte A | 49 |
| Formularios de pedidos de Parte B | 50 |
| Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico..... | 51 |
| Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico..... | 52 |

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

Sugerencias de distribución:

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



Tabla de Contenido

En esta edición 1

Sobre esta publicación.....3

Cobertura y reembolso

Prueba para apnea obstructiva del sueño..... 4

Listas y facturación centralizada de vacunas..... 5

Costos de rutina en pruebas clínicas 5

Procedimiento quirúrgico incorrecto 6

Actualización de código de facturación 7

Laboratorio

Cambios al software de modificación de LCD..... 8

Folleto modificado de mejoras y enmiendas 8

Enfermedad renal terminal

Pruebas de diagnóstico 9

Intercambio electrónico de datos

Códigos de categorías..... 10

CMS informa sobre versión de estándares 10

Interés general Parte A

Clasificación internacional de enfermedades ... 11

Cambios de servicios en hospitales 11

Sitio de CMS en ley de salud.....13

Tasa de interés de pago oportuno.....13

Codificación de procedimientos comunes..... 13

Cursos de Medicare por Internet..... 14

Reporte de costos de cuidados de la salud..... 14

Equipo médico de Parte A

Licitación competitiva de DMEPOS..... 15

Fecha límite de acreditación DMEPOS 16

Actualizaciones reglamentarias DMEPOS 16

Servicios de hospital

Códigos de facturación institucional 837.... 17

Pacientes de hospital psiquiátrico.....17

Hospital dependiente de Medicare..... 17

Seguridad del beneficiario..... 18

Pago de procedimientos bilaterales..... 18

Índice de hospitales de EE. UU. 19

Intercambio electrónico de datos

Segmentos ANSI de MSP Parte A..... 22

Centros de enfermería especializada

Evaluación de calidad Five Star..... 23

Determinaciones Locales de Cobertura

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

Equipo médico de Parte B

Lista de jurisdicción de códigos HCPCS..... 27

Expiración de proceso de reclamaciones.... 38

Interés general Parte B

Requisitos del formulario CMS-1500..... 38

Facultad de ordenar/referir de provd 39

Privilegios de facturación 40

Codificación nacional para médicos..... 40

Actualización de códigos Medicare.... 40

Informe de calidad de servicios médicos.... 41

Codificación nacional correcta 41

Información a participantes de PQRI ... 42

Para evitar problemas de facturación ... 42

Alerta al consumidor de la FDA..... 43

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 44

Recursos educacionales 47

Ordenar materiales de Parte A 49

Ordenar materiales de Parte B 50

Contactos Parte A de Puerto Rico 51

Contactos Parte B de Puerto Rico 52

**Medicare A y B
Al Día**

**Vol. 1, No. 5
Julio 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

Prueba del sueño para apnea obstructiva del sueño

Número de *MLN Matters*: MM6534

Número de petición de cambio relacionado: 6534

Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de julio de 2009

Fecha de efectividad: 3 de marzo de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R103NCD

Fecha de implementación: 10 de agosto de 2009

Resumen

Este artículo anuncia que Medicare permite la cobertura específica de pruebas del sueño para adultos que son beneficiarios en base a una evaluación clínica y de sospecha de apnea del sueño obstructiva (OSA) como lo establece el *Manual de National Coverage Determination (NCD)*. Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio del 3 de marzo de 2009 en adelante, Medicare permitirá la cobertura de lo siguiente:

- Tipo I polisomnografía (PSG) cuando se usa para ayudar en el diagnóstico de OSA en beneficiarios que tienen signos clínicos y síntomas indicativos de OSA si son realizados en un centro de laboratorio del sueño.
- Tipo II o Tipo III dispositivo de prueba del sueño cuando es usado para ayudar en el diagnóstico de OSA en beneficiarios que tienen signos clínicos y síntomas indicativos de OSA si son realizados sin la debida atención dentro o fuera del centro de laboratorio del sueño o con la atención de un centro de laboratorio del sueño.
- Tipo IV dispositivo de prueba del sueño que mide tres o más canales, uno de los cuales es vías respiratorias, cuando es usado para ayudar en el diagnóstico de OSA en beneficiarios que tienen signos y síntomas

indicativos de OSA si son realizados sin la debida atención dentro o fuera de un centro de laboratorio del sueño o con la atención de un centro de laboratorio del sueño.

- Dispositivo de prueba del sueño que mide tres o más canales que incluyen actigrafía, oximetría, y tono arterial periférico cuando es usado para ayudar en el diagnóstico de OSA en beneficiarios que tienen signos y síntomas indicativos de OSA si son realizados sin la debida atención dentro o fuera de un centro de laboratorio del sueño o con la atención de un centro de laboratorio del sueño.

Nota: Efectivo para reclamaciones con fechas de servicios del 3 de marzo de 2009 en adelante, otras pruebas de diagnóstico del sueño para el diagnóstico de OSA, otras de aquellas mencionadas arriba para recetar CPAP no son suficientes para la cobertura de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP) y no están cubiertas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6534.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6534, 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. 100-03, Transmittal 103, CR 6534

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

Inscríbase 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.

Recordatorio de listas y facturación centralizada de vacunas de influenza y neumococos

Número de *MLN Matters*: MM6539
 Número de petición de cambio relacionado: 6539
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de julio de 2009
 Fecha de efectividad: 10 de agosto de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R515OTN
 Fecha de implementación: 10 de agosto 2009

Resumen

Este artículo es un recordatorio a la comunidad médica de Medicare, acerca de los requisitos para inscribirse correctamente en el programa de Medicare de listas de facturaciones y facturación centralizada de inmunizaciones de influenza y neumococos. La participación de facturadores centralizados está limitada a un año. Tales facturadores deben re-postular cada año que desean participar. El proceso anual de re-postulación no es un requisito para los facturadores de inmunización masiva.

Todos los proveedores deben prestar y facturar por vacunaciones de influenza y neumococos, excepto aquellos que proveen equipo médico durable, prótesis, ortóticos y suministros (DMEPOS).

Los proveedores/suplidores que solo prestan servicios de vacunación de influenza y neumococos,

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 515, CR 6539

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

deben inscribirse como uno de los dos tipos de proveedor incluyendo facturador de listas por inmunizaciones masivas (especialmente proveedores tipo 73) o facturador centralizado. Ellos deben:

- Aceptar su designación tanto con respecto a la vacuna como a su administración
- Facturar solamente por vacunaciones de influenza y/o neumococos y
- Presentar reclamaciones utilizando el procedimiento de listas de facturación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6539.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6539, 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/R515OTN.pdf>.

Facturando costos de rutina en pruebas clínicas

Número de *MLN Matters*: MM6431 - Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6431
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de junio de 2009
 Fecha de efectividad: para reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2008 en adelante y procesadas después del 28 de septiembre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1761CP
 Fecha de implementación: 28 de septiembre de 2009

Nota: Este artículo fue modificado el 29 de junio de 2009 para cambiar las fechas de efectividad e implementación al 1 de enero de 2009 y 28 de septiembre de 2009, respectivamente. La fecha de emisión del CR, número de transmisión, y la dirección Web del CR fueron también cambiadas. El resto de la información permanece idéntica. El artículo *MLN Matters* MM6431 fue publicado en el boletín de Medicare A y B AL Día de Mayo de 2009 (páginas 4 y 5).

Resumen

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

Las reclamaciones procesadas después del 28 de

septiembre de 2009, con fecha de servicio igual o posterior al 1 de enero de 2008, que tengan ya sea el modificador QV o el modificador Q1 serán devueltas como no procesables si el código de diagnóstico V70.7 no aparece en la reclamación.

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

- Informar código de condición 30
- Informar código de diagnóstico secundaria V70.7
- Identificar todas las líneas que contienen un ítem/servicio de investigación con un modificador HCPCS de:
 - QA/QR para servicios prestados antes del 1 de enero de 2008 o
 - Q0 para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2008.
- Identificar todas las líneas que contienen un servicio de rutina con un identificador HCPCS de:
 - QV para servicios prestados antes del 1 de enero de 2008 o
 - Q1 para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2008.

Facturando costos de rutina en pruebas clínicas(continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6431.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6431, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1731CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1761, CR 6431

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

Procedimiento quirúrgico/otro invasivo incorrecto realizado en un paciente, y/o parte del cuerpo

Número de *MLN Matters*: MM6405 - Modificado

Número de petición de cambio relacionado: 6405

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

Fecha de efectividad: 15 de enero de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1778CP y R102NCD

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009 para los contratistas de Parte B de Medicare que facturan y los MAC de Parte B; 5 de octubre de 2009 para los FI y los MAC de Parte A.

Resumen

Efectivo el 15 de enero de 2009, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) no cubren un procedimiento quirúrgico en particular u otro procedimiento invasivo para tratar una condición médica en particular cuando el practicante realiza erróneamente: 1) un procedimiento diferente; 2) el procedimiento correcto, pero en la parte del cuerpo incorrecta; o 3) el procedimiento correcto, pero en el paciente incorrecto.

Medicare tampoco cubrirá hospitalizaciones y otros servicios relacionados a estos procedimientos que no están cubiertos como se define en el "Medicare Benefit Policy Manual (BPM)" Capítulo 1, Secciones 10 y 180 y Capítulo 16, Sección 120.

Todos los servicios provistos en el cuarto de operación cuando un error ocurre son considerados relacionados y por lo tanto no están cubiertos. Todos los proveedores en el cuarto de operación, cuando ocurre el error, y que podrían facturar individualmente por sus servicios, no son elegibles para pago. Todos los servicios relacionados provistos durante la misma hospitalización en el cual el error ocurrió no son cubiertos.

Para las reclamaciones de pacientes hospitalizados, los hospitales son requeridos que facturen dos reclamaciones cuando la cirugía errónea relacionada a la determinación nacional de cobertura (NCD) es reportada, una reclamación con servicios cubiertos o procedimientos que no están relacionados a la cirugía incorrecta, la otra reclamación con los servicios que no están cubiertos/procedimientos como una reclamación que no será cobrada.

Para las reclamaciones de los practicantes y del cuidado ambulatorio, se exige que los proveedores añadan los modificadores HCPCS que apliquen a todas las líneas relacionadas a la cirugía/procedimiento erróneo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6405.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6405, 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/R1778CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1778, CR 6405

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

Actualización de código de facturación a Medicare -- consejería para dejar de fumar

Número de *MLN Matters*: MM5878 - modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 5878
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de febrero de 2008
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2008
 Número de transmisión de CR relacionado: R1433CP
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2008

Resumen

Este artículo anuncia que la base de datos de tarifas médicas de Medicare de 2008 incluye dos nuevos códigos CPT por servicios de consejería para el abandono del uso del tabaco, los cuales reemplazan los códigos temporales HCPCS G (G0375 y G0376) que habían estado siendo utilizados por estos servicios. Estos nuevos códigos (establecidos a partir del 1 de enero de 2008) son:

99406: Consulta de consejería para dejar el hábito de fumador y dejar el uso del tabaco, intermedio, más que tres pero menos de diez minutos

99407: Consulta de consejería para dejar el hábito de fumador y dejar el uso del tabaco, intermedio, más de diez minutos

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

Nota: El pedido de cambio (CR) 6163 actualiza CR 5878 eliminando el tipo de factura 74x terapia física del proveedor al paciente ambulatorio (OPT) y el tipo de factura 75x facilidades totales de rehabilitación del paciente ambulatorio (CORF) de la lista correspondiente a tipos de factura por consejería para dejar de fumar y dejar el uso del tabaco.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5878.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 5878, 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/R1433CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1433, CR 5878

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.

LABORATORIO

Cambios al software de modificación de las determinaciones nacionales de cobertura de laboratorio

Número de *MLN Matters*: MM6548

Número de petición de cambio relacionado: 6548

Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de julio de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1766CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) para servicios de laboratorio de diagnóstico clínico fueron desarrolladas por el comité negociador de reglas y publicó en una regla final el 23 de noviembre de 2001.

Un software nacionalmente uniforme fue desarrollado e incorporado en los sistemas de Medicare para que las reclamaciones de laboratorio que están sujetas a una de las 23 NCD fueran procesadas uniformemente por toda la nación efectivo el 1 de enero de 2003.

El módulo de modificación de laboratorio es actualizado trimestralmente (cuando sea necesario) para reflejar actualizaciones de codificación ministerial y cambios substantivos a las NCD desarrolladas en todo el proceso de la NCD.

La petición de cambio (CR) 6548 anuncia los cambios listas de códigos del módulo de modificaciones de NCD de laboratorio de octubre de 2009. Estos cambios vienen a ser efectivos para servicios prestados el 1 de octubre de 2009 en adelante.

Las siguientes NCD de laboratorio son afectadas por los cambios efectivos para las fechas de servicio del 1 de octubre de 2009 en adelante:

Para todas las 23 NCD de laboratorio:

- Códigos ICD-9-CM V20.31-V20.32, V60.81, V60.89, V80.01, y V80.09 serán denegados para todas las 23 NCD.

- Códigos ICD-9-CM V60.8 y V80.0 serán borradas de las listas de servicios que no están cubiertos por Medicare para todas las 23 NCD.

En adición, las siguientes NCD de laboratorio han sido actualizadas con otras listas de códigos de módulos:

- Cultivo bacteriológico de orina
- Recuento de sangre
- Tiempo de tromboplastina parcial (PTT)
- Tiempo de protrombina (PT)
- Estudios de suero de hierro
- Prueba de tiroides
- Prueba de grasa
- Estudios del medicamento de digoxina terapéutica
- Alfafetoproteína
- Antígeno carcinoembrionario
- Transferasa de gamma glutamyl
- Hepatitis panel/agudo hepatitis panel
- Prueba de sangre oculta en las heces

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6548.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6548, 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/R1766CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1766, CR 6548

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

Folleto Modificado de Mejoras y enmiendas de Laboratorio Clínico

El Acta de Mejoras y Enmiendas de Laboratorio Clínico (CLIA) ha establecido estándares de calidad para laboratorios, con la finalidad de asegurar exactitud, responsabilidad y oportunidad de los resultados de muestras de los pacientes, independientemente de donde han sido tomados los exámenes. El folleto de CLIA contiene información y enlaces a varios recursos de CLIA incluyendo regulaciones, inscripciones, certificados, catálogos de tarifas, organizaciones de acreditación y oficinas estatales y regionales. Para ver el folleto, vaya a: <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/CLIABrochure.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-11

ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

Pruebas de diagnóstico relacionadas a ESRD añadidas al Medicare Claims Processing Manual

Número de *MLN Matters*: MM6515

Número de petición de cambio relacionado: 6515

Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de julio de 2009

Fecha de efectividad: 31 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1769CP

Fecha de implementación: 31 de julio de 2009

Resumen

La petición de cambio (CR) 2906 (Transmisión 69, 25 de enero de 2004) trató las modificaciones del sistema de Medicare para la facturación consolidada (CB) de los centros de enfermería especializada (SNF) permitiendo el pago para ciertos servicios de diagnóstico prestados a beneficiarios recibiendo tratamiento de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) en un centro de diálisis independiente del proveedor. Una de las inquietudes señalaba que la lista era necesaria para identificar pruebas de diagnóstico consideradas que tienen relación a ESRD que requerirían el modificador "CB". La lista incluida en CR 2906 aplica solamente a SNF CB. Cualquiera de los servicios de diagnóstico relacionados al cuidado/tratamiento

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

de ESRD del beneficiario debe ser enviado usando el modificador "CB". Esta lista fue omitida inadvertidamente del manual durante la implementación de CR 2906.

El CR 6515 coloca la lista de pruebas de diagnóstico que son consideradas que tienen relación a ESRD como Prueba 1 (anteriormente Anexo 1 en CR 2906) al final del Capítulo 16 del Medicare Claims Processing Manual. Esta lista fue omitida inadvertidamente del manual durante la implementación del CR 2906.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6515.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6515, 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/R1769CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1769, CR 6515

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

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Códigos de categorías de estado de las reclamaciones y actualización de estos códigos

Número de *MLN Matters*: MM6525

Número de petición de cambio relacionado: 6525

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1756CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) exige a todos los pagadores de beneficios de cuidados de la salud utilicen solamente los códigos de categorías de estado de las reclamaciones y códigos de estado de la reclamación que hayan sido aprobados por el Comité Nacional de Uniformidad en las Reclamaciones en el requisito X12 276/277 de estado de las reclamaciones de cuidados de la salud y el formulario de respuesta 004010X093A1 adoptado como el estándar de uso nacional.

Estos códigos explican el estado en que se encuentran las reclamaciones que han sido presentadas. Los códigos en propiamente tales, no pueden ser utilizados en el X12 276/277.

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

Para informe del estado de una reclamación, los contratistas deben haber completado el ingreso de todos los cambios pertinentes, a más tardar el 6 de julio de 2009:

- Ingrese los nuevos códigos y todos los cambios de texto de códigos que corresponda
- De por terminado el uso de los códigos desactivados.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6525.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6525, 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/R1756CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1756, CR 6525

Disponible sección dedicada de CMS para información de versiones 5010, D.0. y 3.0

Esta sección del sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid contiene información y recursos Educativos pertenecientes a:

- Versión 5010 -- la nueva versión de los estándares X12 para las transacciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico
- Versión D.0 -- la nueva versión de los estándares del National Council for Prescription Drug Program (NCPDP) para transacciones de suplidores y farmacia
- Versión 3.0 -- un nuevo estándar NCPDP para la subrogación de farmacia de Medicaid

Esta sección incluye información de trasfondo de los nuevos estándares, información reglamentaria, los últimos mensajes de asistencia de CMS, recursos educativos, recursos específicos de D.0 y 3.0, como también información de implementación para los sistemas de pago por servicio de Medicare. CMS planea añadir información adicional tan pronto esté disponible, así que guarde esta sección hoy. Usted puede acceder esta sección en <http://www.cms.hhs.gov/Versions5010andD0>.

Usted puede también ver la presentación, inscripción y escuchar el archivo de audio de la conferencia telefónica del proveedor nacional del 9 de junio concerniente a las versiones 5010 y D.0, disponible en la página de Recursos de Educación o en el sitio Web de CMS en

http://www.cms.hhs.gov/Versions5010andD0/Downloads/6-9-2009_National_Provider_Call.pdf. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-26

INTERÉS GENERAL

Actualización anual del International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification

Número de *MLN Matters*: MM6520

Número de petición de cambio relacionado: 6520

Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de julio de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1770CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Los códigos del International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) son actualizados anualmente como se estableció en el Medicare Claims Processing Manual, Chapter 23 (Fee Schedule Administration and Coding Requirements), Section 10.2 (Relationship of ICD-9-CM Codes and Date of Service).

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 6520 como un recordatorio que la actualización de la codificación anual del ICD-9-CM estará en vigencia para las fechas de servicio del 1 de octubre de 2009 en adelante (para los proveedores institucionales, efectivo para las dadas de alta del 1 de octubre de 2009 en adelante).

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

Un código ICD-9-CM es requerido para todas las reclamaciones profesionales (incluyendo aquellas de médicos, profesionales de la salud, laboratorios de diagnóstico clínico independiente, terapeutas ocupacionales y físicos, centros de pruebas de diagnóstico independiente, audiólogos, centros de cirugía ambulatoria), y para todas las reclamaciones institucionales, pero no es requerido para reclamaciones de suplidores de ambulancia.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6520.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6520, 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/R1770CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1770, CR 6520

Cambios propuestos para el 2010 para ciertos servicios en hospitales y centros de cirugía ambulatorios

Los hospitales serán capaces de facturar a Medicare por servicios intensivos de rehabilitación cardíaca y pulmonar solicitados en departamentos del cuidado ambulatorio comenzando el 1 de enero de 2010, bajo una regla propuesta emitida hoy por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). La regla propuesta también proveerá para pagos a hospitales en zonas rurales para servicios de educación de enfermedad del riñón solicitados en sus departamentos del cuidado ambulatorio para los beneficiarios de Medicare con etapa IV de enfermedad crónica del riñón.

Las propuestas, las cuales implementarían provisiones a la Ley de Mejoras para Pacientes y Proveedores de Medicare (MIPPA), fueron contenidas en un aviso de reglas propuestas (NPRM) que revisaría las pólizas de pago y actualización de los índices de pago para los servicios solicitados a los beneficiarios durante el año (CY) 2010 en los departamentos del cuidado ambulatorio de hospital bajo el sistema de pagos prospectivos (OPPS). Las propuestas adicionales para incorporar un ajuste para los costos de farmacia de hospital que resultaría en el pago de OPPS del precio promedio de venta (ASP) más cuatro por ciento para la mayoría de las medicinas pagadas por separado y productos biológicos y para adaptar requisitos actuales para la supervisión médica de servicios del cuidado ambulatorio

de hospital al ambiente cambiante del cuidado de la salud, ayudaría a asegurar el acceso seguro y costo-efectivo del cuidado de la salud para el beneficiario en todos los sitios de hospitales que ofrecen servicios del cuidado ambulatorio.

El NPRM también incluye propuestas para cambios de póliza e índices de pago para servicios en centros de cirugía ambulatorios (ASC), los cuales continuarían la expansión de procedimientos quirúrgicos que Medicare cubriría cuando son realizados en un ASC. La regla propuesta busca asegurar que los beneficiarios tengan acceso a servicios del cuidado ambulatorio en todos los escenarios apropiados, mientras se mejora la calidad y eficiencia del servicio prestado.

“En esta regla propuesta, CMS está continuando el fortalecimiento de la conexión entre el pago de Medicare y el cuidado eficiente y de calidad”, dijo el Administrado Interino de CMS Charlene Frizzera. “Las propuestas de pago también están diseñadas para asegurar que cuando los servicios sean realizados en una variedad de escenarios, tales como la oficina de un médico, un departamento de hospital del cuidado ambulatorio, o un centro de cirugía ambulatorio, la selección del lugar está basada en las necesidades del paciente, en vez de los incentivos de pago”.

Cambios propuestos para el 2010 para ciertos servicios en hospitales y centros de... (continuación)

Medicare actualmente paga a más de 4, 000 hospitales -- incluyendo los hospitales del cuidado agudo general, centros de rehabilitación del paciente hospitalizado, centros psiquiátricos del paciente hospitalizado, hospitales del cuidado agudo a largo plazo, hospitales de niños, y hospitales especializados en cáncer -- para los servicios del cuidado ambulatorio bajo el OPSS, el cual también establece las pólizas de pago e índices de pago para servicios de hospitalización parcial solicitados por la comunidad de centros de salud mental. CMS está proyectando una bolsa del mercado para el año 2010 de 2.1 por ciento para los departamentos del cuidado ambulatorio y estima los pagos totales de \$31.5 billones bajo el OPSS en el año 2010.

Existen aproximadamente 5,000 ASC participantes de Medicare. Desde el 1 de enero de 2008, los ASC han sido pagados bajo un sistema de pago revisado que no solamente alinea los índices de pago de ASC con los índices pagados para servicios similares cuando son solicitados por los departamentos de hospitales del cuidado ambulatorio, pero también expande grandemente el número y tipos de servicios de cirugía que son cubiertos por Medicare cuando son realizados en ASC. El año 2010 es el tercer año de una fase de cuatro años de los índices de pago ASC calculado bajo la metodología de establecimiento del índice estándar del primer año para el cual CMS está autorizado a aplicar una actualización al factor de conversión. CMS está proyectando el incremento en porcentaje en el índice de precio del consumidor para todos los consumidores urbanos que actualizarían el factor de conversión ASC a ser 0.6 por ciento. Los pagos totales para el año 2010 para ASC están estimados que serán de \$3.4 billones.

La regla propuesta afecta los pagos de Medicare a hospitales y ASC para los recursos -- tales como equipo, suministros, y el personal de hospital o ASC -- que ellos usan para solicitar servicios del cuidado ambulatorio para beneficiarios. CMS paga por separado los servicios de médicos y profesionales de la salud bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS).

Bajo el hospital outpatient department quality reporting program (HOP QDRP), los hospitales que no participaron en el programa o no reportaron exitosamente las medidas de calidad, recibirán una actualización en el año 2010 igual al factor de actualización del pago anual menos 2.0 puntos porcentuales, o 0.1 por ciento. Los hospitales que son exentos del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado -- tales como hospitales del cuidado a largo plazo, centros de rehabilitación del paciente hospitalizado,

centros psiquiátrico del paciente hospitalizado, hospitales especializados en el tratamiento del cáncer, y hospitales de niños -- como también hospitales en Puerto Rico, no están sujetos a la reducción del pago HOP QDRP.

CMS está proponiendo continuar el requisito de reportar los siete departamentos de emergencia existentes y de medidas del cuidado perioperativo a los hospitales participantes de HOP QDRP, como también las cuatro medidas existentes de eficiencia de imagen para la determinación de pago del año 2011. Aunque esto no propone el adoptar ninguna medida para la actualización del año 2011, CMS está buscando el comentario público sobre potenciales medidas adicionales de calidad a ser consideradas para futuras actualizaciones de OPSS. Las medidas potenciales se relacionan con un número de áreas incluyendo el cuidado de pacientes con cáncer, rendimiento específico del departamento de emergencia, diabetes, apoplejía y rehabilitación, osteoporosis, reconciliación de medicamento, respiratorio, inmunización, tecnología de información de salud, cirugía de catarata, uso apropiado/abuso, eficiencia de imagen, y cuidado quirúrgico.

CMS también está proponiendo poner en fase un nuevo requisito de validación de HOP QDRP para asegurar que los hospitales están reportando con precisión las medidas de datos ausentes en la grafica, pero los resultados de validación no tendrán ningún impacto en los pagos del departamento del cuidado ambulatorio en el año 2011. En adición, CMS está proponiendo establecer procedimientos para hacer que los datos de calidad, reunidos bajo el HOP QDRP de los trimestres comenzando con el tercer trimestre del año 2008, estén disponibles públicamente.

CMS aceptará comentarios en la regla propuesta hasta el 31 de agosto de 2009, y responderá a los comentarios en una regla final a ser emitida el 1 de noviembre de 2009.

La regla propuesta esta disponible en:

<http://frwebgate2.access.gpo.gov/cgi-bin/PDFgate.cgi?WAISdocID=RVzqZ6/13/2/0&WAIAction=retrieve>.

La información comprobatoria en la propuesta del año 2010 para el OPSS y el sistema de pago ASC serán publicadas en el sitio Web de CMS en:

OPSS: <http://www.cms.hhs.gov/HospitalOutpatientPPS/>

Sistema de pago ASC: <http://www.cms.hhs.gov/ASCPayment/> ❖

Fuente: CMS PERL 200907-03

Sitio Web de CMS en ley de recuperación y tecnología de información de salud ahora disponible

Un nuevo sitio Web está ahora disponible de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) concerniente a la tecnología de información de salud como fue provista en la American Recovery and Reinvestment Act de 2009. En este sitio Web usted puede encontrar información perteneciente a los incentivos de Medicare y Medicaid para la adopción de historiales de salud electrónicos y enlaces importantes a sitios Web relacionados en el Departamento de Salud & Servicios Humanitarios.

Están ahora publicados:

- Una hoja informativa y preguntas y repuestas pertenecientes a los programas de incentivos
- Enlace a comunicado de prensa perteneciente al proceso de definir el uso significativo (comentarios expiran el 26 de junio de 2009.)
- Recursos de tecnología de información de salud y privacidad & seguridad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico del 1996 [HIPAA])

Guarde como favorito este enlace http://www.cms.hhs.gov/Recovery/11_HealthIT.asp#TopOfPage hoy para encontrar la última novedad sobre tecnología de información de salud. ❖

Fuente: CMS PERL 200906-33

Modificación de la tasa de interés de pago oportuno

Número de *MLN Matters*: MM6542

Número de petición de cambio relacionado: 6542

Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de julio de 2009

Fecha de efectividad: 17 de agosto de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1771CP

Fecha de implementación: 17 de agosto de 2009

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han modificado Pub. 100-04, Medicare Claims Processing Manual (Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare), Capítulo 1, Sección 80.2.2 (Pago de Intereses en Reclamaciones en Orden que no son reclamaciones PIP y no han sido pagadas a tiempo) de manera de reemplazar la dirección de Internet (URL) con la última URL de acceso a las tasas de interés actuales y pasadas del sitio de Internet del Department of Treasury (Tesorería) cuando las reclamaciones en orden de Medicare no son pagadas de manera oportuna por los contratistas de Medicare.

La tasa de interés por pago oportuno, es determinada semestralmente por el Department of the Treasury (Tesorería), comenzando el 1 de enero y el 1 de julio. Los proveedores pueden acceder la tasa histórica de pago de intereses en la página de Internet del Financial Management Service (Servicio de Administración Financiera) <http://fms.treas.gov/prompt/rates.html>.

La nueva tasa de interés de 4.875 por ciento, estará en efecto hasta el 31 de diciembre 2009.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6542.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6542, 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/R1771CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1771, CR 6542

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

Actualización trimestral del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid se complacen en anunciar las modificaciones programadas al sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS). Estos cambios han sido publicados en el sitio Web de HCPCS en http://www.cms.hhs.gov/HCPCSReleaseCodeSets/02_HCPCS_Quarterly_Update.asp.

Los cambios son efectivos en la fecha indicada de la actualización. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-06

Hojas informativas nuevas y actualizadas de cursos de Medicare por Internet

ICD-10-CM/PCS Myths & Facts (Mito y realidad) (Junio 2009) -- que presenta información correcta con la finalidad de desvirtuar mitos en relación al Sistema ICD-10-Modificación Clínica/ Procedimientos de Codificación (ICD-10-Clinical Modification/Procedure Coding System), se encuentra disponible ahora en formato descargable de la Red Internet de Cursos de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid: http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/ICD-10-CM_PCS_Myths&Facts.pdf.

Segundo en las Series: Mapas de Equivalencia General (General Equivalence Mappings) -- ICD-9-CM hacia y desde las hojas informativas ICD-10-CM y ICD-10-PCS (Mayo 2009) -- que provee información básica acerca de los mapas de equivalencia general (GEM) incluyendo los posibles usuarios de GEM, Por qué son necesarios los GEM y como están formateados los archivos GEM así como información de mapeo de reembolsos, se encuentra disponible ahora en formato descargable de la Red Internet de Cursos de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid:

<http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/ICD-10Mappingfacts.pdf>.

Hoja informativa actualizada del Sistema de Pagos Prospectivos de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados (Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System Fact Sheet) (Mayo 2009) -- que provee información general acerca del Sistema de Pagos Prospectivos de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados (IPF PPS), como se determinan las tasas de pago y la actualización de las tasas de pago de IPF PPS correspondientes al año 2010, se encuentra disponible en formato impreso de la Red Internet de Cursos de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid. Para poner una orden, visite: <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, vaya a "Related Links Inside CMS (Enlaces relacionados en CMS)" y seleccione "MLN Product Ordering Page (página para ordenar productos MLN)". ❖

Fuentes: CMS PERL 200907-08 y CMS PERL 200907-10

Disponible el reporte de Health care costing: Data, methods, future directions

El National Cancer Institute (NCI), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), y el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) se complacen en anunciar la publicación de Health Care Costing: Data, Methods, Future Directions, publicado en julio de 2009, Volumen 47, Edición 7, Suplemento 1 en Cuidado Médico. La medición precisa de los costos del cuidado de salud es crítico para desarrollar los presupuestos del cuidado de la salud, establecer prioridades para colocar los fondos, y tomar decisiones de póliza del cuidado de la salud. Los estimados de estos costos son datos clave para los análisis de costo-efectividad y otras evaluaciones económicas. El suplemento presta atención especial a diversos asuntos de metodología relacionados a este tema importante y oportuno.

Escrito por expertos en economía de la salud, epidemiología, investigación de servicios de salud, y bioestadísticas, los papeles discuten formas de mejorar y aplicar los métodos de estimación de costo del cuidado de la salud y promueve la investigación en esta área. El suplemento fue desarrollado por científicos en NCI, el AHRQ, VA, y Emory University. Este fue basado en un taller de 2007 patrocinado por el NCI y el AHRQ. Para más información sobre el suplemento y el taller, visite <http://healthservices.cancer.gov/publications/costing.html>.

Las solicitudes para una copia gratuita del suplemento pueden ser hechas a la casa de facturación de publicaciones de AHRQ. Ordene al especificar el número de publicación AHRQ OM 09-0079: Suplemento de Cuidado Médico del costo del cuidado de la salud. Si se necesita más de una copia, describa la razón en su solicitud.

En los Estados Unidos, llame al número libre de cargos 800-358-9295, las 24 horas del día, 7 días a la semana.

Las personas impedidas de la audición pueden llamar al 888-586-6340 para el servicio de TDD.

Las personas que llaman fuera de los Estados Unidos solamente deben usar el número de teléfono 703-437-2078.

Las solicitudes escritas pueden ser enviadas a:

AHRQ Publications Clearinghouse

P.O. Box 8547

Silver Spring, MD 20907-8547

Las solicitudes electrónicas puede ser hechas a: <mailto:AHRQPubs@ahrq.hhs.gov>. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-20

EQUIPO MEDICO

Prepárese para la licitación competitiva de DMEPOS

Pronto viene la primera vuelta del programa de licitación competitiva de Medicare por equipo médico durable, prótesis, ortóticos y suministros.

Verano de 2009

- CMS se complace en anunciar el calendario de licitaciones y el calendario de eventos educacionales
- da inicio a su campaña informativa y educativa sobre licitaciones
- Comienza el período de inscripción a la licitación para obtener ID y contraseña del usuario

Otoño 2009

- Comienza la licitación

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

Actualice sus archivos de la cámara de compensación nacional del suplidor (NSC): El estándar #2 del suplidor DMEPOS exige a todos los suplidores notificar a NSC de cualquier cambio en la información provista en la solicitud de inscripción de Medicare (CMS-855S) dentro de los 30 días siguientes al cambio. Los suplidores DMEPOS deberán utilizar la versión 3/09 de CMS-855S y hacer las revisiones y actualizaciones que correspondan a:

- Lista de productos y servicios que se encuentran en la sección 2.D
- Información oficial autorizada, en secciones 6A y 15
- Direcciones postales en sección 2A2 de CMS-855S.

Esto es especialmente importante para suplidores que participarán en el programa competitivo de licitación de DMEPOS de Medicare. Estos suplidores deben asegurarse que la información que se encuentra en sus respectivos archivos es correcta, para poder participar en el programa. Información e instrucciones acerca de como modificar sus datos, puede encontrarse en el sitio de Internet (<http://www.palmettogba.com/nsc>) siguiendo esta ruta: Supplier Enrollment/Change of Information/Change of Information Guide.

Obtenga su licencia: Los suplidores que participan en una licitación por una categoría de producto en un área de licitación competitiva (CBA) deben cumplir todos los requisitos de licenciatura del estado para DMEPOS y demás requisitos estatales que corresponda, si así es el caso, para cada categoría de productos en dicha CBA. El suplidor debe

tener una copia de la(s) licencia(s) estatales en el archivo de NSC antes de presentar una licitación por CBA y categoría de productos. Como parte de la evaluación de la licitación, procederemos a verificar con NSC que el suplidor tenga una copia archivada de todas las licencias estatales que corresponde.

Consiga su acreditación: CMS recuerda a los suplidores de DMEPOS, que el 30 de septiembre de 2009 expira el plazo para obtener acreditación, después de esa fecha, corren el riesgo de ver revocados, el 1 de octubre de 2009, sus privilegios de facturación de Parte B de Medicare. El proceso de acreditación tarda alrededor de seis meses.

Los suplidores de DMEPOS deben ponerse en contacto con una organización acreditada de CMS para obtener información sobre el proceso de acreditación y manera de postular. Los suplidores deben estar acreditados en una categoría de productos antes de presentarse a una licitación por un producto que esté dentro de esa categoría. CMS no puede hacer contrato con suplidores que no estén acreditados por una organización de acreditación aprobada por CMS.

Más información sobre requisitos de acreditación DMEPOS junto con una lista de las organizaciones de acreditación y de profesionales y otras personas exentas del requisito de acreditarse, puede encontrarse en el sitio de Internet de CMS http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/01_Overview.asp.

Obtenga su fianza: CMS tiene el agrado de recordar a los suplidores DMEPOS que algunos de ellos deberán obtener y presentar un bono de fianza, antes de la fecha límite de 2 de octubre de 2009, o corren el riesgo de que sean revocados sus privilegios de facturación de Parte B de Medicare. Los suplidores sujetos al requisito de fianza deben darle cumplimiento para poder participar en el programa de licitaciones competitivas de DMEPOS. Puede encontrar una lista de garantes para obtener fianza o garantía, en la lista de Compañías Garantes (Surety Bond), cuyo sitio de Internet está localizado en http://www.fms.treas.gov/c570/c570_a-z.html.

Visite el sitio de Internet de CMS <http://www.cms.hhs.gov/DMEPOSCompetitiveBid/> para la información más reciente del programa competitivo de licitación DMEPOS. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-12-05

Fecha límite de los requisitos de acreditación y fianza de garantía de DMEPOS a venir en octubre

Los suplidores pueden escoger terminar voluntariamente la inscripción si ellos no piensan cumplir.

Los suplidores de Medicare de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y suministros, a menos que sean exentos, deben estar acreditados y obtener fianza de garantía para el 1 de octubre, y el 2 de octubre de 2009, o enviar una terminación voluntaria para revocar los privilegios de facturación de Medicare, respectivamente.

Si usted ha tomado la decisión de no obtener la acreditación o una fianza de garantía cuando sea requerido, usted puede querer terminar voluntariamente su inscripción en el programa de Medicare antes de las fechas de implementación arriba. Usted puede terminar voluntariamente su inscripción con el programa de Medicare al completar las secciones asociadas con la terminación voluntaria en la página 4 en la solicitud de inscripción de Medicare (CMS-855S). Una vez completado, usted debe firmar, fechar y enviar la aplicación completada a la casa de facturación del suplidor nacional (NSC). Al terminar voluntariamente su inscripción de Medicare, usted preservará su derecho de reinscribirse en Medicare una vez usted cumpla con los requisitos para participar en el programa de Medicare.

Si usted no cumple con los requisitos de acreditación y fianza de garantía y no envía una terminación voluntaria, sus privilegios de facturación de Medicare serán revocados. Una revocación le prohibirá reinscribirse en Medicare por al menos un año después de la fecha de revocación.

Los suplidores que planean mantenerse inscritos en Medicare son aconsejados que notifiquen a sus beneficiarios tan pronto como sea posible para que el beneficiario pueda encontrar otro suplidor.

Para información adicional concerniente a la acreditación DMEPOS o las provisiones asociadas con una fianza de garantía, vaya a <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll>. Preguntas frecuentes (FAQ) sobre los requisitos de la fianza de garantía pueden ser encontrados en la página de preguntas frecuentes de NSC <http://www.palmettogba.com/nsc>. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-04

Actualizaciones reglamentarias propuestas de DMEPOS

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) han anunciado provisiones reglamentarias propuestas para el programa de oferta competitiva de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros (DMEPOS) de Medicare. Estas propuestas incluyen un proceso administrativo propuesto para los suplidores por contrato cuyo contrato fue terminado por el Medicare Improvements for Patients and Providers Act de 2008 para enviar reclamaciones por cualquier daño que aplique y actualizaciones a las provisiones de excepción propuestas. Estas provisiones propuestas son encontradas en la Sección O de la tarifa fija para médicos y otras revisiones a la regulación de Parte B (CMS-1413-P), el cual está ahora en exhibición en la Oficina del Registro Federal.

Visite el sitio Web de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/center/dme.asp> para ver la regla y obtener información adicional. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-02

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.

SERVICIOS DE HOSPITAL

Código nacional de fármacos en facturación institucional 837 - clarificación

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

Nota: Este artículo fue modificado el 6 de julio de 2009 para poner una dirección de Internet, para acceder a la información de facturación electrónica incluyendo formatos de archivos simples, en la sección Información Adicional. El resto de la información permanece idéntica. El artículo MM6330 de *MLN Matters* fue publicado en el boletín de Medicare A y B Al Día de Mayo de 2009 (página 23).

Resumen

A partir del 1 de julio de 2009, los hospitales que facturan por medicinas farmacéuticas y biológicas que han recibido aprobación del departamento de administración de alimentos y fármacos (FDA) pero que no todavía no tienen el código del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) para ese producto específico, deberá no solamente especificar el código nacional del producto biológico o farmacéutico en

cuestión (NDC), sino que también especificar la cantidad del producto, usando el segmento CTP de ANSI X-12 837 I (en circuito 2410 LIN 03).

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6330, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R446OTN.pdf>.

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

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

Hoja informativa de pacientes hospitalizados en establecimientos psiquiátricos

La hoja informativa modificada Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System (Sistema Prospectivo de Pagos para Establecimientos de Hospitalización de Paciente Psiquiátricos) (Mayo de 2009), que provee información general acerca del sistema prospectivo de pagos por pacientes hospitalizados en establecimientos psiquiátricos (IPF PPS), como se establecen las tasas de pago y la tasa actualizada de 2010 al IPF PPS, está ahora disponible, en formato impreso, en la Red de Enseñanza de Medicare por Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid.

Para ordenar el producto, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, baje a "Enlaces relacionados de CMS" y seleccione "MLN Product Ordering Page (página de órdenes de productos MLN)". ❖

Fuente: CMS PERL 200907-09

Hoja informativa de hospital dependiente de Medicare

La Hoja Informativa de Hospital Dependiente de Medicare (abril de 2009) -- provee los criterios que los hospitales rurales deben alcanzar para ser clasificados como un hospital dependiente de Medicare y está disponible en formato para descargar en el *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MedDependHospfctst508.pdf>. Si usted no es capaz de acceder el enlace de este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 200906-32

Ingresos de seguridad suplemental de datos del beneficiario de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM6530

Número de petición de cambio relacionado: 6530

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

Fecha de efectividad: 7 de agosto de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1774CP

Fecha de implementación: 7 de agosto de 2009

Resumen

El Consolidated Omnibus Reconciliation Act de 1985 (COBRA; Sección 9105) provee cantidades de pago adicional para hospitales de sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados (IPPS) con una parte desproporcionada de pacientes con bajos ingresos. Esto es hecho al hacer ajustes al índice de pago prospectivo.

Bajo los centros de rehabilitación del paciente hospitalizado del sistema de pagos prospectivos (IRF PPS), los IRF reciben cantidades de pago adicional para cubrir el costo de proveer cuidado de salud a pacientes de bajos ingresos. Vea 42 CFR Sección 412.624(e) (2) en la Internet http://edocket.access.gpo.gov/cfr_2008/octqtr/pdf/42cfr412.624.pdf.

Bajo el hospital del cuidado a largo plazo (LTCH) PPS, el ajuste de pago para casos de pago extraordinario de una corta estancia (SSO) está basado en el cálculo de una cantidad comparable a la cantidad que de otra forma sería pagado bajo el IPPS (i.e., la “cantidad comparable de IPPS.”). Vea 42 CFR

Sección 412.529 en la Internet http://edocket.access.gpo.gov/cfr_2008/octqtr/pdf/42cfr412.529.pdf. El cálculo de “la cantidad comparable IPPS” en el ajuste de pago LTCH PPS SSO incluye un ajuste comparable de IPPS para el costo de servir una porción desproporcionada de pacientes con bajos ingresos, donde aplique, el cual utiliza datos de ingresos de seguridad suplemental (SSI) (vea 42 CFR Sección 412.529(d) (4)).

El artículo MM6530 de *MLN Matters* provee enlaces a los archivos electrónicos que contienen ingresos de seguridad suplemental actualizados de los datos del beneficiario de Medicare para determinar las cantidades de pago adicionales para hospitales con una parte desproporcionada de pacientes con bajos ingresos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6530.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6530, 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/R1774CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1774, CR 6530

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

Pago de procedimientos bilaterales en un método II de hospital

Número de *MLN Matters*: MM6526

Número de petición de cambio relacionado: 6526

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2008

Número de transmisión de CR relacionado: R1777CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

La Ley del Seguro Social (Sección 1834(g) (2)(B); vea http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1834.htm en la Internet) establece que los servicios profesionales incluidos dentro de los servicios de hospital del cuidado crítico (CAH) del cuidado ambulatorio, serán pagados 115 por ciento de tales cantidades que de otra forma sería pagado bajo esta parte si tales servicios no fueran incluidos en los servicios de CAH del cuidado ambulatorio. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) establece que las definiciones nacionales uniformes de servicios, códigos para representar servicios, y modificadores de pago a los códigos. Vea 42 CFR 414.40 http://edocket.access.gpo.gov/cfr_2007/octqtr/pdf/42cfr414.42.pdf en la Internet. Esto incluye el uso del **modificador 50** (procedimiento bilateral).

Los médicos y profesionales de la salud tienen la opción de reasignar sus derechos de facturación al CAH. Las facturas de CAH en un tipo de factura (TOB) 85x por los servicios profesionales prestados en un método II

CAH. Cuando los derechos de facturación son reasignados al método II CAH, el pago es hecho al CAH por servicios profesionales (códigos de ingreso 96x, 97x o 98x).

Los procedimientos bilaterales son procedimientos realizados en ambos lados del cuerpo durante la misma sesión operativa. Medicare hace el pago por procedimientos bilaterales basados en el menor de los cargos actuales o 150 por ciento de la cantidad del Manual de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS) cuando el procedimiento es autorizado como un procedimiento bilateral. La petición de cambio 6526 implementa el 150 por ciento del ajuste de pago por procedimientos bilaterales. Los contratistas de Medicare usan indicadores de póliza de pago asociado con ciertos procedimientos en el MPFS en el procesamiento de las reclamaciones y determinar el pago.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6526.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6526, 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/R1777CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1777, CR 6526

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

Nuevos índices de hospitales de los Estados Unidos en el sitio Web de Hospital Compare

Índices individuales provistos en más de 4,000 hospitales por todo el país, nuevos datos de mortalidad y readmisión incluidos

Ha sido añadida información nueva importante al sitio Web de Hospital Compare de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) que reporta cuan frecuente los pacientes regresan a un hospital después de ser dados de alta, un posible indicador de cuan bien el centro de salud hizo su trabajo. El sitio es <http://www.hospitalcompare.hhs.gov>

En promedio, uno de cada cinco beneficiarios de Medicare que son dados de alta de un hospital hoy volverán a ingresar al hospital dentro de un mes. El reducir el índice de readmisiones de hospital para mejorar la calidad y ahorrar dinero es un componente clave de la agenda de reforma de salud del Presidente Obama.

“El Presidente y el Congreso han identificado la reducción de readmisiones como una zona objetivo para la reforma de salud”, dijo la Secretaria de Salud y Servicios Humanitarios Kathleen Sebelius. “Cuando reducimos las readmisiones, mejoramos la calidad del cuidado de salud que reciben los pacientes y corta los gastos del cuidado de la salud”.

Con la actualización anunciada hoy, Hospital Compare proveerá mejores datos sobre índices de mortalidad previamente publicados para hospitales individuales, como también los nuevos datos sobre 30 días de readmisión por ataque cardíaco, fallo del corazón, y neumonía. Anteriormente, Hospital Compare había provisto solamente índices de mortalidad para estas tres condiciones.

La investigación ha mostrado que las readmisiones de hospital están reduciendo la calidad de cuidados de salud mientras incrementa los costos de hospital. Los datos de Hospital Compare muestran que para los pacientes admitidos a un hospital para tratamiento de un ataque cardíaco, 19.9 por ciento de estos regresarán al hospital dentro de 30 días, 24.5 por ciento de los pacientes admitidos por fallos del corazón regresarán al hospital dentro de 30 días, y 18.2 por ciento de los pacientes admitidos por neumonía regresarán al hospital dentro de 30 días.

Las medidas de mortalidad y de readmisiones han sido endosadas por la Nacional Quality Forum (NQF) y están sustentadas por el Hospital Quality Alliance (HQA). Estos procesos de medidas y endoso son instrumentales para facilitar la comunicación de CMS con los hospitales y ayudar a motivar esos hospitales a analizar continuamente y mejorar la calidad de su cuidado. La colaboración obtenida a través de los procesos de desarrollo de medidas de CMS, el NQF, y HQA continúa asegurando los esfuerzos públicos de reportar para hospitales están sustentados por una amplia sección de la comunidad de cuidados de la salud.

Ambos conjuntos de medidas están ajustadas para riesgos y toman en cuenta los problemas de salud anteriores para el “nivel de pago” entre hospitales y para ayudar a asegurar la precisión en la acción de reportar.

El sitio Web de Hospital Compare mostrará si el índice de mortalidad o de readmisiones de hospital es “Mejor”, “No es diferente”, o “Peor” que el índice nacional en Estados Unidos. Esta información incluye el índice de mortalidad de riesgo estándar del hospital (RSMs), un estimado de la certeza del índice (también conocido como el estimado de intervalo), y el número de casos elegibles para cada hospital. Al publicar el RSMR de hospital, los estimados de intervalo, y el número de casos elegibles, CMS está dando a los consumidores y comunidades adicionales una apreciación del desempeño de sus hospitales locales esperando que esto encamine a los hospitales a trabajar hacia obtener el nivel de los hospitales con mejor desempeño del país.

Hospital Compare también incluye 10 medidas que capturan la satisfacción del paciente con el cuidado de salud del hospital, 25 procesos de medidas del cuidado de la salud, y dos medidas del cuidado del asma en niños. El sitio también presenta información sobre el número de procedimientos de hospitales electivos seleccionados provistos a pacientes y lo que Medicare paga por estos servicios.

El reporte público de estas y otras medidas tiene la intención de facultar a los pacientes y sus familias con la información que ellos necesitan para involucrar a sus hospitales locales y médicos en un diálogo activo sobre la calidad del cuidado de salud.

“CMS cree que todos los hospitales, sin importar sus índices de readmisión y mortalidad, deben usar los datos disponibles en estos reportes gratuitos y detallados para encontrar formas de mejorar continuamente el cuidado que ellos ofrecen”, dijo Frizzera.

CMS urge a los consumidores a no ver ningún proceso o medida de resultado en Hospital Compare como una herramienta para “seleccionar” un hospital. La información contenida en Hospital Compare está disponible a los consumidores para su uso en la toma de decisiones del cuidado de la salud; aunque los consumidores deben recopilar información de múltiples fuentes cuando escojan a un hospital. Por ejemplo, los pacientes y personas que cuidan de los enfermos pueden usar el sitio Web para ayudarlos a discutir planes del cuidado con sus proveedores confiables del cuidado de la salud. En una situación de emergencia, los pacientes deben siempre ir al centro de salud más cercano y de más fácil acceso.

Los consumidores han confiado en Hospital Compare desde el 2005 para proveer información sobre la calidad del cuidado provisto en más de 4,700 hospitales del cuidado intensivo en América. En el 2008 solamente, Hospital Compare tuvo sobre más de 18 millones de páginas vistas, y ha recibido sobre 1 millón de páginas vistas cada mes hasta el 2009.

Nuevos índices de hospitales de los Estados Unidos en el sitio Web de Hospital Compare (continuación)

CMS expande la información a los consumidores sobre resultados del cuidado en los hospitales de América

Perspectiva general

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han expandido la cantidad de información disponible en su sitio Web de Hospital Compare Web en <http://www.hospitalcompare.hhs.gov>.

Desde julio de 2009, el sitio Web ahora incluirá información actualizada sobre los índices de mortalidad de 30 días para pacientes admitidos a muchos hospitales de pacientes hospitalizados por fallo cardíaco, infarto al miocardio (ataque al corazón), y neumonía. El sitio Web también incluye el debut de medidas de readmisión de 30 días para pacientes que fueron originalmente admitidos a estos hospitales para una de estas tres condiciones.

Esta información es compartida con los consumidores y proveedores para mejorar la calidad y transparencia del cuidado al dar al público Americano y a los profesionales del cuidado de la salud un mejor acceso a los datos importantes del hospital. Las nuevas medidas de readmisión complementan las medidas de mortalidad, el proceso clínico y las medidas de satisfacción del paciente que actualmente son reportadas en Hospital Compare para promover un incremento en el escrutinio de hospitales por medio de los resultados de los pacientes en el servicio al proveer el cuidado correcto para cada paciente, cada vez.

Antecedentes: Datos sobre el cuidado de hospital

CMS ha estado reportando la información sobre la calidad del cuidado disponible en los hospitales de América por varios años. Antes del 2007, esta información estaba limitada al “proceso de medidas del cuidado”, lo cual los índices demuestran cuan bien los hospitales siguen los protocolos generalmente reconocidos, considerados como que resultará en mejores resultados para el paciente.

Sin embargo, estos “proceso de medidas del cuidado” fallaron en capturar el bienestar de los pacientes como resultado de estos protocolos del cuidado de la salud.

En el 2007, CMS comenzó el reporte del índice de mortalidad de 30 días para pacientes hospitalizados con relación a ataques cardíacos o fallo del corazón. CMS añadió los índices de mortalidad de 30 días para estancias relacionadas a neumonía en 2008. Las medidas del índice de mortalidad son medidas de “resultado” por que estas dan una indicación del bienestar del paciente después de la estancia en el hospital. Los índices son predicciones actuales de cuantos pacientes morirán dentro de 30 días luego de haber sido dados de alta del hospital (después de haber sido admitido por ataque cardíaco, fallos del corazón, y neumonía), y son “ajustados por riesgo” para balancear por influencias extrañas, tales como la diferencia entre hospitales en el grado de la enfermedad de sus pacientes. CMS colocó cada hospital en una de tres categorías, basado en sus índices de mortalidad: “Mejor que el Índice Nacional de los Estados Unidos”, No es Diferente que el Índice Nacional de los Estados Unidos”, o “Peor que el Índice Nacional de los Estados Unidos”.

Las actualizaciones al Hospital Compare: añadir datos similares de las readmisiones a las medidas de

mortalidad, las medidas de readmisiones también son medidas de resultados. En julio de 2009, CMS debutó un nuevo conjunto de medidas en Hospital Compare que muestran todas las causas de las readmisiones en 30 días para pacientes que han sido admitidos al hospital por ataque cardíaco, fallo del corazón, y neumonía. Aproximadamente 1 en cada 5 pacientes que abandonan el hospital serán readmitidos dentro de 30 días de haber sido dado de alta. Los estudios han notado que las readmisiones son muy comunes y costosas, y que son frecuentemente prevenible.

Estas medidas complementan los datos de mortalidad que actualmente están disponibles en el sitio Web de Hospital Compare para proveer un panorama más completo de los resultados del cuidado de la salud en muchos de los hospitales de América. La medición y reporte de la información de las readmisiones coloca un enfoque en el espectro completo del cuidado de la salud que los hospitales proveen, como también el cuidado que los pacientes reciben de otros proveedores después de haber sido dados de alta del hospital. Algunas de las readmisiones son inevitables; sin embargo, el aprender más sobre el estado de salud del paciente luego que ellos abandonan el hospital es de vital importancia para las metas de CMS para combatir la pobre calidad e impactar positivamente las vidas de los beneficiarios de Medicare y el cuidado del público Americano en general.

Métodos para calcular las medidas de los resultados

Las readmisiones de CMS y las medidas de mortalidad son medidas ajustadas al riesgo y fueron desarrolladas por el equipo clínico y expertos estadísticos de las Universidades de Yale y Harvard bajo la dirección de CMS. El National Quality Forum (NQF) endosó las medidas siguiendo un proceso de revisión riguroso que envuelve a los proveedores, consumidores, compradores, e investigadores.

El modelo que CMS usa para evaluar las readmisiones de un hospital y los índices de mortalidad está basado en los datos de reclamaciones y han sido validados por modelos basados en datos clínicos. Esto toma en cuenta el cuidado médico recibido durante el año antes de cada admisión del paciente al hospital, como también el número de admisiones en cada hospital. El modelo usa esta información para ajustar por diferencias en cada mezcla de paciente de hospital, de tal forma que los hospitales que cuidan a pacientes de más edad y enfermos están en un “nivel de pago” con esos cuyos pacientes que se espera que sean de menos riesgo de morir dentro de la admisión de 30 días.

En el 2007 y 2008, CMS reportó estos datos de mortalidad basado en un año de reclamaciones de hospital. Empezando en junio de 2009, CMS expandió sus calculaciones para incluir tres años de reclamaciones de hospital para sus medidas de mortalidad. Estas medidas de Hospital Compare ahora incluyen datos sobre dadas de alta que ocurrieron del 1 de julio de 2005 al 30 de junio de 2008. Estos dos años adicionales de datos proveen un panorama más claro de resultados de hospital y ayudará a los consumidores a hacer mejores distinciones entre el nivel de desempeño de hospitales en sus comunidades. Las medidas de readmisiones también reflejan tres años de datos.

Nuevos índices de hospitales de los Estados Unidos en el sitio Web de Hospital Compare (continuación)

Ciertas exclusiones de medidas

Ciertas admisiones están excluidas de los cálculos de las medidas de mortalidad y readmisiones. Por ejemplo, CMS excluye las reclamaciones de sus cálculos de mortalidad cuando un paciente fue inscrito en el programa de hospicio de Medicare en el primer día de admisión o por los 12 meses antes de la admisión del hospital por que la agencia reconoce que esto podría potencialmente desviar los índices de mortalidad o readmisiones. De igual forma, CMS excluye de sus cálculos de sus medidas de readmisión por ataque cardíaco a los pacientes que han sido readmitidos al hospital dentro de 30 días de haber sido dados de alta después de un ataque al corazón cuando la readmisión es por el propósito de una tratamiento cardíaco planeado, tales como una derivación cardíaca o angioplastía coronaria. Por último, CMS excluye de las medidas de mortalidad y readmisiones los cálculos de admisiones de pacientes que

abandonaron el hospital en contra del consejo médico, por que esos hospitales puede que no hayan sido capaces de proveer el mejor cuidado posible para esos pacientes.

En adición, CMS no reporta la mortalidad o datos de readmisiones para hospitales que han tratado a menos de 25 casos durante el periodo de reporte relevante en cualquiera de las categorías de medidas de mortalidad o readmisiones. Sin al menos 25 casos, CMS no puede hacer un estimado preciso del desempeño de los hospitales para una medida en particular. Para esos hospitales con menos casos, el sitio Web de Hospital Compare lee, “el número de casos es muy pequeño para decir con confianza como el hospital se desempeña”.

CMS actualiza la mayoría de sus medidas de Hospital Compare trimestralmente. Para aprender más sobre la calidad del cuidado disponible en su hospital local, visite Hospital Compare en <http://www.hospitalcompare.hhs.gov>.

Resultado de las medidas para el reporte de julio de 2009

Las categorías del desempeño para dadas de alta de julio de 2005-junio de 2008

| Medida de Mortalidad | Índice Nacional de EE.UU. | Mejor que el Índice Nacional de EE.UU. | No es Diferente que el Índice Nacional de EE.UU. | Peor que el Índice Nacional de EE.UU. | ... Muy pequeño el número de casos * |
|---------------------------|---------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| AMI mortalidad de 30 días | 16.6% | 131 | 2,184 | 54 | 1,610 |
| HF mortalidad de 30 días | 11.1% | 213 | 3,812 | 163 | 585 |
| PN mortalidad de 30 días | 11.5% | 253 | 3,934 | 284 | 343 |

| Readmisión de mortalidad | Índice Nacional de EE.UU. | Mejor que el Índice Nacional de EE.UU. | No es Diferente que el Índice Nacional de EE.UU. | Peor que el Índice Nacional de EE.UU. | ... Muy pequeño el número de casos * |
|---------------------------|---------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| AMI readmisión de 30 días | 19.9% | 36 | 2,488 | 52 | 1,944 |
| HF readmisión de 30 días | 24.5% | 180 | 3,854 | 233 | 520 |
| PN readmisión de 30 días | 18.2% | 88 | 4,199 | 198 | 349 |

* Número de casos muy pequeño (menos de 25) para decir con confianza como se desempeña el hospital.

Nota: La información de hospital de Maryland está siendo recalculada por Hospital Compare y no está disponible en <http://www.hospitalcompare.hhs.gov>. Por la forma en que los hospitales son pagados bajo Medicare en Maryland, los datos de las reclamaciones contienen pacientes admitidos a centros de rehabilitación que son propiedad del hospital, distinto a los hospitales en otros estados. Esto podría impactar adversamente los índices de readmisiones de 30 días para los hospitales en Maryland al contar las transferencias a los centros de rehabilitación del hospital como readmisiones.

En preparación para el reporte público de las medidas de Hospital Compare, todos los hospitales fueron provistos con una oportunidad para revisar sus datos. Para esta emisión de Hospital Compare, el periodo de previsión fue en abril y mayo de 2009. En la tarde antes de la emisión de las medidas de Hospital Compare, un hospital en Maryland trajo el asunto de los datos a la atención de CMS.

Nuevos índices de hospitales de los Estados Unidos en el sitio Web de Hospital Compare (continuación)

CMS está incierto del impacto de los índices de readmisión para cualquier hospital en Maryland, y cree que es probable que sea pequeño. Sin embargo, CMS está suprimiendo las medidas de resultados para los hospitales de Maryland debido a estos asuntos de codificación, únicos de Maryland. CMS corregirá este asunto de codificación para el próximo periodo de reporte. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-12

INGRESO ELECTRÓNICO DE DATOS

Instrucciones sobre el uso de segmentos institucionales ANSI X12 837 para reclamaciones de MSP de Parte A

Número de *MLN Matters*: MM6426 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6426
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de junio de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R70MSP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Nota: Este artículo fue modificado el 29 de junio de 2009 para cambiar las fechas de efectividad e implementación al 1 de octubre de 2009 y 5 de octubre de 2009, respectivamente. La fecha de emisión del CR, número de transmisión, y la dirección Web del CR fueron también cambiadas. El resto de la información permanece idéntica. El artículo *MLN Matters* MM6426 fue publicado en el boletín de Medicare A y B Al Día de Abril de 2009 (página 22).

Resumen

Las provisiones de Medicare Secondary Payer (MSP) aplican a situaciones donde Medicare no es el seguro primario del beneficiario. El pago secundario de Medicare para reclamaciones MSP de Parte A esta basado en:

- Cargos cubiertos por Medicare, o la cantidad que el médico (u otro suplidor) está obligado a aceptar como pago completo (OTAF), el que sea más bajo
- La cantidad que Medicare hubiera pagado como el pagador primario
- El pago del pagador(es) primario.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) exige que Medicare, y todos los otros

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

pagadores de seguro de salud en los Estados Unidos, cumplan con los estándares del intercambio electrónico de datos (EDI) para el cuidado de la salud como lo estableció el Secretario de Salud & Servicio Humanitarios. Las guías de implementación X12N 837 han sido establecidas como el estándar de conformidad para las transacciones de reclamaciones, y las guías de implementación para cada transacción están disponibles en la Internet en <http://www.wpc-edi.com>.

Este artículo es para recordarle que incluya el grupo de códigos relacionados del segmento de código de adjudicación (claim adjustment segment, CAS) código de adjudicación y denegación de reclamación, y las cantidades de ajuste asociadas a sus reclamaciones MSP 837 que usted envía a su contratista de Medicare. Los contratistas de Medicare necesitan estos ajustes para procesar apropiadamente sus reclamaciones MSP y para que Medicare pueda hacer un pago correcto. Esto incluye todos los ajustes hechos por el pagador primario, el cual, por ejemplo, explica por qué la cantidad facturada en la reclamación no fue completamente pagada.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6426, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R70MSP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 70, CR 6426

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Sistema de evaluación de calidad Five Star -- noticias del mes de julio

1. Los informes previos del proveedor, "Five Star", están disponibles desde el 15 de julio de 2009. Los proveedores pueden acceder las páginas de bienvenida del informe del conjunto mínimo de datos (MDS) disponibles en los servidores que ha dispuesto el estado para su presentación.

Información de acceso previa del proveedor

- Visite la página de bienvenida MDS disponible en los servidores del estado, donde usted puede presentar datos MDS y revisar los resultados.
- Para acceder estos reportes, seleccione el enlace al sistema de reporte optimizado de certificación y encuesta del proveedor (CASPER) localizado en la parte inferior de la página de ingreso.
- Una vez dentro del sistema CASPER
 - i. Haga clic en el botón "Folders" y acceda al reporte Five Star en su folder "st LTC facid"
 - ii. Donde st es el código de dos caracteres del estado en el que está localizado su establecimiento y
 - iii. Facid es el código estatal asignado a su establecimiento.
- 2. La línea de ayuda de Five Star será reabierto, para preguntas e inquietudes acerca de los datos de julio, desde el 15 de julio de 2009 de 9 a.m. a 5 p.m., EST hasta el 30 de julio de 2009. Alternativamente, los proveedores deberán escribir a <mailto:BetterCare@cms.hhs.gov>.
- 3. Comparación de Asilos de Ancianos, fueron actualizadas con datos Five Star el jueves 23 de julio de 2009.
- 4. Visite http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/13_FSQRS.asp para la información más reciente del sistema de evaluación de calidad de cinco-estrellas. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-15

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

| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| A95805: Polisomnografía y prueba del sueño..... | 25 |
| A93000: Electrocardiografía..... | 25 |
| ASKINSUB: Substitutos de piel..... | 26 |
| AVISCO: Terapia de la rodilla viscosupplementation..... | 26 |

Información adicional

| | |
|----------------------------------------------|----|
| Facturando reclamación dividida de ESRD..... | 26 |
|----------------------------------------------|----|

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

A95805: Polisomnografía y prueba del sueño -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29905 (Florida)

Número de identificación de la LCD ID: 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) fue efectiva para servicios provistos el 30 de junio de 2009 en adelante para Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, una revisión a la LCD fue hecha para actualizar el lenguaje de CMS por dispositivos Tipo I, y para añadir contenido para clarificación de acreditación y requisitos de adiestramiento/certificación del médico, incluyendo la fecha extendida de acreditación de los centros de pruebas del sueño.

Las siguientes secciones de la LCD fueron actualizadas:

- Bajo la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para dispositivos Tipo I, añadió el siguiente lenguaje de CMS: “PSG Tipo I esta cubierto cuando es usado para ayudar el diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (OSA) en beneficiarios que tienen signos y síntomas clínicos indicativos de OSA, si es realizado en un centro de laboratorio del sueño”. Esta revisión es efectiva para reclamaciones procesadas el **10 de agosto de 2009 en adelante**, para servicios provistos el **3 de marzo de 2009 en adelante** basado en la petición de cambio (CR) 6534 de CMS.
- Bajo la porción “Indication of Coverage” de la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or

Medical Necessity” de la LCD, lenguaje añadido para clarificación de “Accreditation” y “Physician Training/Certification.”

- Bajo la sección de “Type of Bill Code” de la LCD, añadido el tipo de factura 23x.
- Bajo la sección de “Documentation/Credentialing Requirements” de la LCD, lenguaje añadido para clarificación de requisitos de acreditación incluyendo la fecha extendida de acreditación para los centros de pruebas del sueño, y subtítulo e información en “Home Sleep Testing” bajo esta sección.
- Sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD.

Las revisiones a la LCD para viñetas 2, 3, 4 y 5 arriba son efectivas para servicios prestados el 23 de julio de 2009 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en la sección de “Jump to Section,” del menú desplegable arriba de la página de la LCD

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

A93000: Electrocardiografía -- revisión de la LCD

Número de identificación de la LCD: L28833 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L28866 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para electrocardiografía fue efectiva para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009 para Florida, y desde el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Después de esa fecha, la LCD ha sido modificada. La sección “Documentation Requirements” de la LCD ha sido cambiada para clarificar que el médico debe documentar que él/ella ha revisado, entendido y que está de acuerdo con los resultados de las pruebas y documentación de como los resultados han sido usados para controlar la condición del paciente. First Coast Service Options Inc. (FCSO), espera que esta información sea documentada en el archivo médico y esté disponible para revisión médica cuando sea solicitada.

Fecha de efectividad

Esta modificación de la LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 9 de julio de 2009**. Las LCD de FCSO están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS. Instrucciones de modificaciones de LCD (cuando sea el caso) pueden encontrarse seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section (vaya a una sección),” en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD.

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

ASKINSUB: Substitutos de piel -- revisión a la LCD

Número de identificación de la LCD: L28985 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para substitutos de piel fue revisada por última vez el 30 de junio de 2009. Desde este tiempo, una revisión fue hecha a la LCD basado en la petición de cambio (CR) 6492 (Actualización de Julio de 2009 del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio de hospital [OPPS]) emitido por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Una revisión del código HCPCS C9363 determinó que este código de sustituto de piel deben ser añadidos a la sección de productos que no están cubiertos por “CPT/HCPCS Codes” de la sección de la LCD.

- C9363 -- Sustituto de piel, Integra Meshed Bilayer Wound Matrix, por centímetro cuadrado (solamente ASC)

En adición, las referencias bajo la sección de “Sources of Information and Basis for Decision” de la sección de la LCD fueron actualizadas.

En adición, bajo la sección de la LCD de “Código de Tipo de Factura”, tipo de factura 22x fue añadida, y referencias bajo la sección de “Fuentes de Información y Bases para Decisión” de la LCD fueron añadidas.

Fecha de efectividad

Esta revisión 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 Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en “Jump to Section,” del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

AVISCO: Terapia de la rodilla viscosupplementation -- revisión de la LCD

Número de identificación de la LCD: L29005 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para terapia de la rodilla viscosupplementation ha sido modificada el 15 de mayo de 2009. Después de esa fecha, ha sido traído a la atención de First Coast Service Options Inc. (FCSO) que la LCD contiene el código HCPCS incorrecto para synvisc-one. Por lo tanto, la LCD ha sido modificada para reemplazar el código HCPCS J3490 con el código HCPCS C9399 para su uso cuando se factura synvisc-one.

Fecha de efectividad

Esta modificación de la LCD es válida para reclamaciones procesadas **a partir del 16 de julio de 2009**, para servicios prestados **a partir del 26 de febrero de 2009**. Las LCD de FCSO están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS. Instrucciones de modificaciones de LCD (cuando sea el caso) pueden encontrarse seleccionando “LCD Attachments” en “Jump to Section,” en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD.

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

Facturando reclamación dividida de enfermedad renal en estado terminal (ESRD)

First Coast Service Options Inc. (FCSO) está viendo un incremento significativo en el número de servicios facturados por separado de centros de facturación de servicios de ESRD. Las reclamaciones facturadas por separado son múltiples reclamaciones por un solo mes de servicios enviados por una persona. Este patrón de facturación está considerado como que no está en conformidad y es inconsistente con las pautas de facturación de CMS. De acuerdo con el manual único de Internet de CMS (Pub 100-04, Capítulo 1, Sección 50.2.2), los servicios repetitivos prestados a un solo individuo deben ser facturados mensualmente. Esto significa que **una sola reclamación**, la cual incluye todos los servicios prestados al paciente durante ese mes específico, debe ser enviada. Continuaremos monitoreando esta situación en una base específica del proveedor para determinar si acciones adicionales del contratista están indicadas.

Un artículo previo de ESRD titulado “ESRD Frequency of Dialysis” publicado en *Medicare A y B Al Día* de mayo de 2009 (página 33) indicó que los tratamientos que exceden 14 sesiones de diálisis al mes (tres semanalmente) deben incluir justificación médica en la reclamación. Como clarificación a ese artículo, la justificación debe incluir una breve narración con signos y síntomas que establecen la necesidad médica para los tratamientos adicionales. Un código de diagnóstico solamente no será suficiente.

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

EQUIPO MÉDICO

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM6522

Número de petición de cambio relacionado: 6522

Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de julio de 2009

Fecha de efectividad: 10 de agosto de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1765CP

Fecha de implementación: 10 de agosto de 2009

Resumen

Este artículo provee notificación que la hoja de cálculo que contiene la lista de jurisdicción actualizada de equipo médico duradero protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) para equipo médico duradero del contratista administrativo de Medicare (DME MAC), contratista de la Parte B de Medicare, o las jurisdicciones de MAC A/B es actualizada anualmente para reflejar los códigos que han sido añadidos o descontinuados (eliminados) cada año.

La hoja de cálculo para la lista de jurisdicción del 2009 estará disponible en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) <http://www.cms.hhs.gov/center/dme.asp>. Usted también puede ver la lista en la petición de cambio (CR) relacionado 6522.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6522.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6522, 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/R1765CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1765, CR 6522

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

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS

Este artículo es informativo y está basado en la petición de cambio (CR) 6522 que notifica a los proveedores que la hoja de cálculo que contiene una lista actualizada del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del cuidado de la salud (HCPCS) para equipo médico duradero del contratista administrativo de Medicare (DME MAC) y el contratista local de la Parte B de Medicare o jurisdicciones A/B MAC son actualizadas anualmente para reflejar los códigos que han sido añadidos o descontinuados (eliminados) cada año. La hoja de cálculo es de gran ayuda para el personal que factura al mostrar al contratista de Medicare apropiado a ser facturado por el HCPCS que aparecen en la hoja de cálculo. La hoja de cálculo para la lista de jurisdicción del 2009 es anexada al CR 6522 en el sitio Web de CMS <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1765CP.pdf>.

Nota: Los códigos eliminados son válidos para las fechas de servicio en la fecha de eliminación o antes.

| HCPCS | Descripción | Jurisdicción |
|-------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A0021-A0999 | Ambulance Services | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4206-A4209 | Medical, Surgical, and Self-Administered Injection Supplies | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4210 | Needle Free Injection Device | DME MAC |
| A4211 | Medical, Surgical, and Self-Administered Injection Supplies | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4212 | Non Coring Needle or Stylet with or without Catheter | Contratista local de la Parte B de Medicare |

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS (continuación)

| HCPCS | Descripción | Jurisdicción |
|-------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A4213-A4215 | Medical , Surgical, and Self-Administered Injection Supplies | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4216-A4218 | Saline | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4220 | Refill Kit for Implantable Pump | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4221-A4250 | Medical, Surgical, and Self-Administered Injection Supplies | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4252-A4259 | Diabetic Supplies | DME MAC |
| A4261 | Cervical Cap for Contraceptive Use | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4262-A4263 | Lacrimal Duct Implants | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4265 | Paraffin | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4266-A4269 | Contraceptives | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4270 | Endoscope Sheath | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4280 | Accessory for Breast Prosthesis | DME MAC |
| A4281-A4286 | Accessory for Breast Pump | DME MAC |
| A4290 | Sacral Nerve Stimulation Test Lead | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4300-A4301 | Implantable Catheter | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4305-A4306 | Disposable Drug Delivery System | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4310-A4358 | Incontinence Supplies/ Urinary Supplies | Si es provisto en la oficina del médico para una condición temporera, el ítem es subordinado al servicio del médico y facturado al contratista local de la Parte B de Medicare. Si es provisto en la oficina del médico u otro lugar de servicio para una condición permanente, el ítem es un dispositivo protésico & facturado al DME MAC. |
| A4361-A4434 | Urinary Supplies | Si es provisto en la oficina del médico para una condición temporera, el ítem es subordinado al servicio del médico y facturado al contratista local de la Parte B de Medicare. Si es provisto en la oficina del médico u otro lugar de servicio para una condición permanente, el ítem es un dispositivo protésico & facturado al DME MAC. |
| A4450-A4455 | Tape;Adhesive Remover | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS (continuación)

| HCPCS | Descripción | Jurisdicción |
|-------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A4458 | Enema Bag | DME MAC |
| A4461-A4463 | Surgical Dressing Holders | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4465 | Non-elastic Binder for Extremity | DME MAC |
| A4470 | Gravlee Jet Washer | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4480 | Vabra Aspirator | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4481 | Tracheostomy Supply | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4483 | Moisture Exchanger | DME MAC |
| A4490-A4510 | Surgical Stockings | DME MAC |
| A4520 | Diapers | DME MAC |
| A4550 | Surgical Trays | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4554 | Disposable Underpads | DME MAC |
| A4556-A4558 | Electrodes; Lead Wires; Conductive Paste | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4559 | Coupling Gel | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4561-A4562 | Pessary | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4565 | Sling | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4570 | Splint | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4575 | Topical Hyperbaric Oxygen Chamber, Disposable | DME MAC |
| A4580-A4590 | Casting Supplies & Material | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4595 | TENS Supplies | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4600 | Sleeve for Intermittent Limb Compression Device | DME MAC |
| A4601 | Lithium Ion Battery for Non-Prosthetic Use | DME MAC |
| A4604 | Tubing for Positive Airway Pressure Device | DME MAC |
| A4605 | Tracheal Suction Catheter | DME MAC |
| A4606 | Oxygen Probe for Oximeter | DME MAC |
| A4608 | Transtracheal Oxygen Catheter | DME MAC |
| A4611-A4613 | Oxygen Equipment Batteries and Supplies | DME MAC |

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS (continuación)

| HCPCS | Descripción | Jurisdicción |
|-------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A4614 | Peak Flow Rate Meter | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4615-A4629 | Oxygen & Tracheostomy Supplies | Contratista local de la Parte B de Medicare si está subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado). Si es otro DME MAC. |
| A4630-A4640 | DME Supplies | DME MAC |
| A4641-A4642 | Imaging Agent; Contrast Material | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4648 | Tissue Marker, Implanted | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4649 | Miscellaneous Surgical Supplies | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado) o si es suministrado para dispositivos protésicos implantados o DME implantado. Si es otro DME MAC. |
| A4650 | Implantable Radiation Dosimeter | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A4651-A4932 | Supplies for ESRD | DME MAC |
| A5051-A5093 | Additional Ostomy Supplies | Si es provisto en la oficina del médico para una condición temporera, el ítem es subordinado al servicio del médico y facturado al Contratista local de la Parte B de Medicare. Si es provisto en la oficina del médico u otro lugar de servicio para una condición permanente, el ítem es un dispositivo protésico & facturado al DME MAC. |
| A5102-A5200 | Additional Incontinence and Ostomy Supplies | Si es provisto en la oficina del médico para una condición temporera, el ítem es subordinado al servicio del médico y facturado al Contratista local de la Parte B de Medicare. Si es provisto en la oficina del médico u otro lugar de servicio para una condición permanente, el ítem es un dispositivo protésico & facturado al DME MAC. |
| A5500-A5513 | Therapeutic Shoes | DME MAC |
| A6000 | Non-Contact Wound Warming Cover | DME MAC |
| A6010-A6024 | Surgical Dressing | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado) o si es suministrado para dispositivos protésicos implantados o DME implantado. Si es otro DME MAC. |
| A6025 | Silicone Gel Sheet | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado) o si es suministrado para dispositivos protésicos implantados o DME implantado. Si es otro DME MAC. |

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS (continuación)

| HCPCS | Descripción | Jurisdicción |
|-------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A6154-A6411 | Surgical Dressing | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado) o si es suministrado para dispositivos protésicos implantados o DME implantado. Si es otro DME MAC. |
| A6412 | Eye Patch | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado) o si es suministrado para dispositivos protésicos implantados o DME implantado. Si es otro DME MAC. |
| A6413 | Adhesive Bandage | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado) o si es suministrado para dispositivos protésicos implantados o DME implantado. Si es otro DME MAC. |
| A6441-A6512 | Surgical Dressings | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico (no es pagado por separado) o si es suministrado para dispositivos protésicos implantados o DME implantado. Si es otro DME MAC. |
| A6513 | Compression Burn Mask | DME MAC |
| A6530-A6549 | Compression Gradient Stockings | DME MAC |
| A6550 | Supplies for Negative Pressure Wound Therapy Electrical Pump | DME MAC |
| A7000-A7002 | Accessories for Suction Pumps | DME MAC |
| A7003-A7039 | Accessories for Nebulizers, Aspirators and Ventilators | DME MAC |
| A7040-A7041 | Chest Drainage Supplies | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A7042-A7043 | Pleural Catheter | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A7044-A7046 | Respiratory Accessories | DME MAC |
| A7501-A7527 | Tracheostomy Supplies | DME MAC |
| A8000-A8004 | Protective Helmets | DME MAC |
| A9150 | Non-Prescription Drugs | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A9152-A9153 | Vitamins | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A9155 | Artificial Saliva | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A9180 | Lice Infestation Treatment | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| A9270 | Noncovered Items or Services | DME MAC |
| A9274-A9278 | Glucose Monitoring | DME MAC |
| A9279 | Monitoring Feature/Device | DME MAC |
| A9280 | Alarm Device | DME MAC |
| A9281 | Reaching/Grabbing Device | DME MAC |
| A9282 | Wig | DME MAC |
| A9283 | Foot Off Loading Device | DME MAC |
| A9284 | Non-electric Spirometer | DME MAC |
| A9300 | Exercise Equipment | DME MAC |
| A9500-A9700 | Supplies for Radiology Procedures | Contratista local de la Parte B de Medicare |

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS (continuación)

| HCPCS | Descripción | Jurisdicción |
|-------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A9900 | Miscellaneous DME Supply or Accessory | Contratista local de la Parte B de Medicare si es usado con DME implantado. Si es otro, DME MAC. |
| A9901 | Delivery | DME MAC |
| A9999 | Miscellaneous DME Supply or Accessory | Contratista local de la Parte B de Medicare si es usado con DME implantado. Si es otro, DME MAC. |
| B4034-B9999 | Enteral and Parenteral Therapy | DME MAC |
| D0120-D9999 | Dental Procedures | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| E0100-E0105 | Canes | DME MAC |
| E0110-E0118 | Crutches | DME MAC |
| E0130-E0159 | Walkers | DME MAC |
| E0160-E0175 | Commodes | DME MAC |
| E0181-E0199 | Decubitus Care Equipment | DME MAC |
| E0200-E0239 | Heat/Cold Applications | DME MAC |
| E0240-E0248 | Bath and Toilet Aids | DME MAC |
| E0249 | Pad for Heating Unit | DME MAC |
| E0250-E0304 | Hospital Beds | DME MAC |
| E0305-E0326 | Hospital Bed Accessories | DME MAC |
| E0328-E0329 | Pediatric Hospital Beds | DME MAC |
| E0350-E0352 | Electronic Bowel Irrigation System | DME MAC |
| E0370 | Heel Pad | DME MAC |
| E0371-E0373 | Decubitus Care Equipment | DME MAC |
| E0424-E0484 | Oxygen and Related Respiratory Equipment | DME MAC |
| E0485-E0486 | Oral Device to Reduce Airway Collapsibility | DME MAC |
| E0487 | Electric Spirometer | DME MAC |
| E0500 | IPPB Machine | DME MAC |
| E0550-E0585 | Compressors/Nebulizers | DME MAC |
| E0600 | Suction Pump | DME MAC |
| E0601 | CPAP Device | DME MAC |
| E0602-E0604 | Breast Pump | DME MAC |
| E0605 | Vaporizer | DME MAC |
| E0606 | Drainage Board | DME MAC |
| E0607 | Home Blood Glucose Monitor | DME MAC |
| E0610-E0615 | Pacemaker Monitor | DME MAC |
| E0616 | Implantable Cardiac Event Recorder | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| E0617 | External Defibrillator | DME MAC |
| E0618-E0619 | Apnea Monitor | DME MAC |
| E0620 | Skin Piercing Device | DME MAC |
| E0621-E0636 | Patient Lifts | DME MAC |
| E0637-E0642 | Standing Devices/Lifts | DME MAC |

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS (continuación)

| HCPCS | Descripción | Jurisdicción |
|-------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E0650-E0676 | Pneumatic Compressor and Appliances | DME MAC |
| E0691-E0694 | Ultraviolet Light Therapy Systems | DME MAC |
| E0700 | Safety Equipment | DME MAC |
| E0705 | Transfer Board | DME MAC |
| E0710 | Restraints | DME MAC |
| E0720-E0745 | Electrical Nerve Stimulators | DME MAC |
| E0746 | EMG Device | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| E0747-E0748 | Osteogenic Stimulators | DME MAC |
| E0749 | Implantable Osteogenic Stimulators | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| E0755 | Reflex Stimulator | DME MAC |
| E0760 | Ultrasonic Osteogenic Stimulator | DME MAC |
| E0761 | Electromagnetic Treatment Device | DME MAC |
| E0762 | Electrical Joint Stimulation Device | DME MAC |
| E0764 | Functional Neuromuscular Stimulator | DME MAC |
| E0765 | Nerve Stimulator | DME MAC |
| E0769 | Electrical Wound Treatment Device | DME MAC |
| E0770 | Functional Electrical Stimulator | DME MAC |
| E0776 | IV Pole | DME MAC |
| E0779-E0780 | External Infusion Pumps | DME MAC |
| E0781 | Ambulatory Infusion Pump | Puede ser facturado al contratista local de la Parte B de Medicare y al DME MAC. Este ítem puede ser facturado al DME MAC cuando la infusión es iniciada en la oficina del médico, pero el paciente no regresa durante el mismo día laboral. |
| E0782-E0783 | Infusion Pumps, Implantable | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| E0784 | Infusion Pumps, Insulin | DME MAC |
| E0785-E0786 | Implantable Infusion Pump Catheter | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| E0791 | Parenteral Infusion Pump | DME MAC |
| E0830 | Ambulatory Traction Device | DME MAC |
| E0840-E0900 | Traction Equipment | DME MAC |
| E0910-E0930 | Trapeze/Fracture Frame | DME MAC |
| E0935-E0936 | Passive Motion Exercise Device | DME MAC |
| E0940 | Trapeze Equipment | DME MAC |
| E0941 | Traction Equipment | DME MAC |
| E0942-E0945 | Orthopedic Devices | DME MAC |
| E0946-E0948 | Fracture Frame | DME MAC |
| E0950-E1298 | Wheelchairs | DME MAC |
| E1300-E1310 | Whirlpool Equipment | DME MAC |

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS (continuación)

| HCPCS | Descripción | Jurisdicción |
|-------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E1353-E1392 | Additional Oxygen Related Equipment | DME MAC |
| E1399 | Miscellaneous DME | Contratista local de la Parte B de Medicare si es implantado por DME. Si es otro, DME MAC. |
| E1340 | Repair or Non-Routine Service for DME (deactivated as of 4/1/09) | |
| E1405-E1406 | Additional Oxygen Equipment | DME MAC |
| E1500-E1699 | Artificial Kidney Machines and Accessories | DME MAC |
| E1700-E1702 | TMJ Device and Supplies | DME MAC |
| E1800-E1841 | Dynamic Flexion Devices | DME MAC |
| E1902 | Communication Board | DME MAC |
| E2000 | Gastric Suction Pump | DME MAC |
| E2100-E2101 | Blood Glucose Monitors with Special Features | DME MAC |
| E2120 | Pulse Generator for Tympanic Treatment of Inner Ear | DME MAC |
| E2201-E2399 | Wheelchair Accessories | DME MAC |
| E2402 | Negative Pressure Wound Therapy Pump | DME MAC |
| E2500-E2599 | Speech Generating Device | DME MAC |
| E2601-E2621 | Wheelchair Cushions | DME MAC |
| E8000-E8002 | Gait Trainers | DME MAC |
| G0008-G0329 | Misc. Professional Services | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| G0333 | Dispensing Fee | DME MAC |
| G0337-G0365 | Misc. Professional Services | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| G0372 | Misc. Professional Services | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| G0378-G9140 | Misc. Professional Services | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| J0120-J3570 | Injection | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico o usado en una bomba de infusión implantada. Si es otro, DME MAC. |
| J3590 | Unclassified Biologicals | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| J7030-J7130 | Miscellaneous Drugs and Solutions | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico o usado en una bomba de infusión implantada. Si es otro, DME MAC. |
| J7186-J7195 | Antihemophilic Factor | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| J7197 | Antithrombin III | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| J7198 | Anti-inhibitor; per I.U. | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| J7199 | Other Hemophilia Clotting Factors | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| J7300-J7307 | Intrauterine Copper Contraceptive | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| J7308 | Aminolevulinic Acid HCL | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| J7310 | Ganciclovir, Long-Acting Implant | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| J7311 | Fluocinolone Acetonide, intravitreal implant | Contratista local de la Parte B de Medicare |

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS (continuación)

| HCPCS | Descripción | Jurisdicción |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| J7321-J7324 | Hyaluronan | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| J7330 | Autologous Cultured Chondrocytes, Implant | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| J7500-J7599 | Immunosuppressive Drugs | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico o usado en una bomba de infusión implantada. Si es otro, DME MAC. |
| J7604-J7699 | Inhalation Solutions | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico. Si es otro, DME MAC. |
| J7799 | NOC, Other than Inhalation Drugs through DME | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico. Si es otro, DME MAC. |
| J8498 | Anti-emetic Drug | DME MAC |
| J8499 | Prescription Drug, Oral, Non Chemotherapeutic | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico. Si es otro, DME MAC. |
| J8501-J8999 | Oral Anti-Cancer Drugs | DME MAC |
| J9000-J9999 | Chemotherapy Drugs | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico o usado en una bomba de infusión implantada. Si es otro, DME MAC. |
| K0001-K0108 | Wheelchairs | DME MAC |
| K0195 | Elevating Leg Rests | DME MAC |
| K0455 | Infusion Pump used for Uninterrupted Administration of Epoprostenal | DME MAC |
| K0462 | Loaner Equipment | DME MAC |
| K0552 | External Infusion Pump Supplies | DME MAC |
| K0601-K0605 | External Infusion Pump Batteries | DME MAC |
| K0606-K0609 | Defibrillator Accessories | DME MAC |
| K0669 | Wheelchair Cushion | DME MAC |
| K0672 | Soft Interface for Orthosis | DME MAC |
| K0730 | Inhalation Drug Delivery System | DME MAC |
| K0733 | Power Wheelchair Accessory | DME MAC |
| K0734-K0737 | Power Wheelchair Seat Cushions | DME MAC |
| K0738 | Oxygen Equipment | DME MAC |
| K0739 | Repair or Nonroutine Service for DME | Contratista local de la Parte B de Medicare si es implantado por DME. Si es otro, DME MAC. |
| K0740 | Repair or Nonroutine Service for Oxygen Equipment | DME MAC |
| K0800-K0899 | Power Mobility Devices | DME MAC |
| L0112-L2090 | Orthotics | DME MAC |
| L2106-L2116 | Orthotics | DME MAC |
| L2126-L4398 | Orthotics | DME MAC |
| L5000-L5999 | Lower Limb Prosthetics | DME MAC |

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS (continuación)

| HCPCS | Descripción | Jurisdicción |
|-------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| L6000-L7499 | Upper Limb Prosthetics | DME MAC |
| L7500-L7520 | Repair of Prosthetic Device | Contratista local de la Parte B de Medicare si es reparación del dispositivo protésico implantado. Si es otro, DME MAC. |
| L7600 | Prosthetic Donning Sleeve | DME MAC |
| L7900 | Vacuum Erection System | DME MAC |
| L8000-L8485 | Prosthetics | DME MAC |
| L8499 | Unlisted Procedure for Miscellaneous Prosthetic Services | Contratista local de la Parte B de Medicare si es reparación del dispositivo protésico implantado. Si es otro, DME MAC. |
| L8500-L8501 | Artificial Larynx; Tracheostomy Speaking Valve | DME MAC |
| L8505 | Artificial Larynx Accessory | DME MAC |
| L8507-L8515 | Voice Prosthesis | DME MAC |
| L8600-L8699 | Prosthetic Implants | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| L9900 | Miscellaneous Orthotic or Prosthetic Component or Accessory | Contratista local de la Parte B de Medicare si es usado con un dispositivo protésico implantado. Si es otro, DME MAC. |
| M0064-M0301 | Medical Services | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| P2028-P9615 | Laboratory Tests | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q0035 | Influenza Vaccine; Cardiokymography | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q0081 | Infusion Therapy | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q0083-Q0085 | Chemotherapy Administration | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q0091 | Smear Preparation | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q0092 | Portable X-ray Setup | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q0111-Q0115 | Miscellaneous Lab Services | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q0144 | Azithromycin Dihydrate | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico. Si es otro, DME MAC. |
| Q0163-Q0181 | Anti-emetic | DME MAC |
| Q0480-Q0505 | Ventricular Assist Devices | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q0510-Q0514 | Drug Dispensing Fees | DME MAC |
| Q0515 | Sermorelin Acetate | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q1003-Q1005 | New Technology IOL | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q2004 | Irrigation Solution | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q2009 | Fosphenytoin | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q2017 | Teniposide | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q2023 | Antihemophilic Factor | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q3001 | Radio Elements for Brachytherapy | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q3014 | Telehealth Originating Site Facility Fee | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q3025-Q3026 | Vaccines | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q3031 | Collagen Skin Test | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q4001-Q4051 | Splints and Casts | Contratista local de la Parte B de Medicare |

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción del 2009 para códigos HCPCS de DMEPOS (continuación)

| HCPCS | Descripción | Jurisdicción |
|-------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Q4080 | Inhalation Drug | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico. Si es otro, DME MAC. |
| Q4081 | Epoetin | DME MAC para el método II de diálisis en el hogar. Si es otro, contratista local de la Parte B de Medicare. |
| Q4082 | Drug Subject to Competitive Acquisition Program | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q4100-Q4116 | Skin Substitutes | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q5001-Q5009 | Hospice Services | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q9951-Q9954 | Imaging Agents | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q9955-Q9957 | Microspheres | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| Q9958-Q9967 | Imaging Agents | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| R0070-R0076 | Diagnostic Radiology Services | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| V2020-V2025 | Frames | DME MAC |
| V2100-V2513 | Lenses | DME MAC |
| V2520-V2523 | Hydrophilic Contact Lenses | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico. Si es otro, DME MAC. |
| V2530-V2531 | Contact Lenses, Scleral | DME MAC |
| V2599 | Contact Lens, Other Type | Contratista local de la Parte B de Medicare si es subordinado al servicio de un médico. Si es otro, DME MAC. |
| V2600-V2615 | Low Vision Aids | DME MAC |
| V2623-V2629 | Prosthetic Eyes | DME MAC |
| V2630-V2632 | Intraocular Lenses | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| V2700-V2780 | Miscellaneous Vision Service | DME MAC |
| V2781 | Progressive Lens | DME MAC |
| V2782-V2784 | Lenses | DME MAC |
| V2785 | Processing--Corneal Tissue | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| V2786 | Lens | DME MAC |
| V2787-V2788 | Intraocular Lenses | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| V2790 | Amniotic Membrane | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| V2797 | Vision Supply | DME MAC |
| V2799 | Miscellaneous Vision Service | DME MAC |
| V5008-V5299 | Hearing Services | Contratista local de la Parte B de Medicare |
| V5336 | Repair/Modification of Augmentative Communicative System or Device | DME MAC |
| V5362-V5364 | Speech Screening | Contratista local de la Parte B de Medicare |

Note: Los códigos eliminados son válidos para las fechas de servicio en la fecha de eliminación o antes.

Fuente: Publication 100-04, Transmittal 1765, CR 6522

Expiración del procesamiento de Medicare de ciertas reclamaciones de Indian health service de Parte B

Número de *MLN Matters*: SE0912

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

El Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act de 2003 (MMA, Sección 630) expandió la extensión de los artículos y servicios por el cual el pago puede ser realizado a los centros de Indian Health Services (IHS) para incluir todos los “otros” artículos y servicios cubiertos de Parte B para un periodo de cinco años comenzando el 1 de enero de 2005, y terminando el 1 de enero de 2010.

Este artículo de edición especial está siendo provisto por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) como una notificación a los médicos IHS impactados, proveedores IHS, y suplidores IHS que comenzando el 1 de

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

INTERÉS GENERAL

Oportunidad de educación al proveedor: Requisitos para la presentación del formulario CMS-1500 (08/05)

Martes, 18 de agosto

4:00 PM-5:30 PM

Idioma en que se ofrece el evento: Español

Este webcast educacional gratuito está a disposición de los proveedores de cuidados de la salud localizados en la Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y tiene por finalidad ofrecer detalles sobre los requisitos del formulario CMS-1500 (08/05) y su equivalente en versión electrónica o EMC por sus siglas en inglés.

- ¿Esta usted recibiendo reclamaciones denegadas o reclamaciones devueltas como no procesables o RUC por sus siglas en inglés?
- ¿Quiere reducir el número de errores en sus reclamaciones?
- ¿Quiere familiarizarse con los requisitos del formulario CMS (08/05)?

Si usted respondió afirmativamente a estas preguntas, este webcast es para usted. Este webcast consistirá de una presentación interactiva y la navegación del sitio Web para encontrar la información que usted necesita.

enero de 2010, los centros IHS no facturarán a Medicare por los siguientes servicios de Parte B:

- Equipo médico duradero (DME)
- Prostéticos y ortóticos
- Gasa, entablillados y enyesados
- Calzado terapéutico
- Medicinas (aquellas procesadas por DME/MAC, A/B MAC, contratistas de la Parte B de Medicare)
- Servicios de laboratorio clínico
- Servicios de ambulancia

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0912.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0912

La presentación terminará con un periodo abierto de preguntas y respuestas. Únase a nosotros para esta sesión informativa y obtenga respuesta a sus preguntas por los expertos de Medicare. No se pierda esta gran oportunidad educacional.

Instrucciones para inscribirse online

Para tomar ventaja de este evento educativo gratuito será necesario inscribirse a través de nuestro sitio de adiestramiento en línea, www.fcsomedicaretraining.com. Si no tiene una cuenta les exhortamos a obtener una. Para inscribirse para este evento siga las siguientes instrucciones:

- Visite nuestro sitio Web de cursos al proveedor www.fcsomedicaretraining.com
- Ingrese a su cuenta o abra una si no la tiene.

Nota: Para usar el sitio Web por 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.

Formulario CMS-1500 Requisitos de presentación... (continuación)

- Seleccione Course Catalog en la barra de navegación ubicada en la parte superior de su pantalla.
- Seleccione Catalog (ubicado al medio de la página).
- Seleccione Browse Catalog (ubicado a la derecha del recuadro de búsqueda).
- Seleccione su localidad (Florida, Puerto Rico, o las Islas Vírgenes de los Estados Unidos) y su línea de negocios (Parte A o Parte B) de la lista Categories (ubicada en el medio de la página).
- Decida la sesión que específicamente le interesa y haga clic en el botón Preview Schedule (ubicado al final de página).
- Seleccione Register en la columna Options.
- Se le enviará un correo electrónico para confirmar su inscripción

Nota: Para cerciorarse de la disponibilidad de los materiales educacionales de un evento específico, seleccione My Courses (del menú de navegación ubicado en la parte superior de su pantalla) la víspera del día programado para el comienzo del evento.

Aprovechen todos nuestros eventos educativos. Visite el sitio Web de FCSO y revise nuestro calendario con los próximos eventos educativos que hemos programado para usted:

- Vaya a www.fcso.com y seleccione “en español”
- Seleccione “Educación” en el menú de Parte B
- Seleccione “Próximos Eventos” ❖

**Revisión de facultad de ordenar/referir de los proveedores
Ampliación de modificación 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: 26 de junio de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R5100TN
 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 en 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 con estos requisitos. La revisión validará el NPI y el nombre mostrados en la reclamación en los archivos y registros de proveedores inscritos en Medicare para asegurar que el proveedor que ordena o refiere servicios en una reclamación está inscrito en Medicare y es elegible para ordenar o referir dichos servicio. Son elegibles los especialistas siguientes:

- Doctor en medicina u osteopatía
- Medicina dental
- Cirugía dental
- Medicina podiátrica
- Optometrista
- Quiropráctico

- Asistente médico
- 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

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/R5100TN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 510, CR 6417

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

Modificación del manual relacionado a la desactivación de los privilegios de facturación de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM6491

Número de petición de cambio relacionado: 6491

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de junio de 2009

Fecha de efectividad: 27 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R295PI

Fecha de implementación: 27 de julio de 2009

Resumen

El manual de integridad del programa de Medicare está siendo modificado, instruyendo a los contratistas de Medicare lo siguiente para médicos, asistentes de médicos, enfermeras practicantes, enfermera graduada certificada en anestesiología, enfermera partera certificada, trabajador social clínico, dietistas registrados o profesionales de la nutrición, u organizaciones (e.g., prácticas de grupo) consistentes de cualquiera de las categorías antes mencionadas de individuales:

- Las pautas que aseguran los privilegios de facturación de Medicare reactivados no se convierten en sujeto para una segunda desactivación por no facturar dentro de 30 días de la reactivación.
- Las pautas para establecer la reactivación de fecha de efectividad.
- Las pautas que aseguran los privilegios de facturación del suplidor no estén revocadas si ellos reportan un cambio en la localidad de una práctica más de 30 días después de la fecha de efectiva del cambio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6491.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6491, 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/R295PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 295, CR 6491

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

Fueron cambiadas las modificaciones de la iniciativa de codificación correcta nacional para médicos del 1 de julio

Si usted descargó las modificaciones de la iniciativa de codificación correcta nacional (NCCI) para médicos (versión número 15.2, efectivo el 1 de julio de 2009-30 de septiembre de 2009) el 5 o 6 de julio, por favor descargue los archivos nuevamente. Los archivos incorrectos fueron publicados para las modificaciones de NCCI de médicos. Los archivos han sido corregidos, y pueden ser encontrados en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/NCCIEP/list.asp>. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-07

Actualización de los códigos del software de Medicare remit easy print

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) no está proveyendo un archivo "codes.ini" actualizado con la implementación de la emisión de julio de 2009 (petición de cambio (CR) 6453). Debido al horario que el comité de códigos se reúne, la lista de códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y remesa de pago de códigos de comentarios (RARC) no estará disponible hasta después de la implementación de la emisión de julio de 2009. Por lo tanto, CMS proveerá una lista actualizada de los CARC y RARC vía el archivo "codes.ini" con la implementación de la emisión de octubre de 2009.. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-21

Recordatorio -- programa de iniciativa para reportar la calidad del servicio médico 2009

No es muy tarde para empezar a participar en la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) 2009 y potencialmente calificar para recibir pagos de incentivos. Un nuevo periodo de reportar de medio año comienza el 1 de julio. Si usted no ha comenzado todavía, puede comenzar reportando:

- Tres medidas individuales de PQRI 2009 para al menos 80 por ciento de los pacientes que aplican al sistema de pago por servicio mediante tarifa fija (FFS) de Medicare Parte B vistos entre el 1 de julio de 2009 y el 31 de diciembre de 2009 a través del registro calificado de PQRI 2009. Para calificar para un incentivo de medio año (algunos registros pueden permitir un profesional elegible para que les envíe datos a ellos desde el comienzo del 2009, de esta forma siendo capaz de reportar por el año entero).
- Un grupo de medidas a través de reclamaciones o un registro PQRI 2009 calificado; dependiendo del método de muestra seleccionado para un grupo de medida, usted podría calificar para:
- Un año y medio de incentivo por reportar el grupo de medidas en 80 por ciento de pacientes que aplican FFS de Medicare Parte B vistos entre el 1 de julio de 2009 y el 31 de diciembre de 2009, o
- Un año completo de incentivo por reportar el grupo de medidas en 30 pacientes consecutivos.

Una lista de registros calificados por el PQRI 2009 puede ser encontrado en la sección de "Reporting" de PQRI de CMS <http://www.cms.hhs.gov/PQRI> en el sitio Web de CMS.

Los profesionales elegibles no necesitan inscribirse o preinscribirse para participar en el PQRI 2009.

El envío de los códigos de datos de calidad para las medidas individuales de PQRI a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) a través de un registro calificado o para un grupo de medidas a través de reclamaciones o un registro calificado indicara el intento para participar.

Aunque no existe un requisito para inscribirse antes de enviar los datos, existen algunos pasos preparatorios que profesionales deben tomar antes de emprender el reporte de PQRI. CMS ha creado una hoja de consejos útiles titulada, "Satisfactorily Reporting 2009 PQRI Measures", que provee información sobre como comenzar con el reporte PQRI. Para acceder esta hoja de consejos y todos los recursos educacionales disponibles del PQRI 2009 visite, <http://www.cms.hhs.gov/PQRI/> en el sitio Web de CMS. Los profesionales elegibles se le aconseja que visiten la página Web de PQRI frecuentemente para que se enteren de las últimas noticias y archivos para descargar sobre PQRI. ❖

Fuente: CMS PERL 200906-35

Modificaciones revisadas de la iniciativa de codificación correcta nacional

Esto es un aviso importante concerniente a las modificaciones de la iniciativa de codificación correcta nacional (NCCI) para médicos (número de versión 15.2, efectivo, efectivo el 1 de julio de 2009 - 30 de septiembre de 2009) publicado en sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

El archivo de modificación de la Columna 1 / Columna 2 para el rango del código CPT 34000-39999 publicado el 2 de julio de 2009 no fue actualizado con los cambios de julio de 2009. El archivo ha sido corregido y está ahora disponible en la página Web de NCCI Edits en <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/NCCIEP/list.asp>. Este fue el único archivo que no fue actualizado. El enlace directo al archivo correcto es <http://www.cms.hhs.gov/apps/ama/license.asp?file=/National-CorrectCodInitEd/downloads/ccigrp5b.zip>.

* CPT es una marca registrada de la American Medical Association (AMA).

Fuente: CMS PERL 200907-37

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

Principios de codificación y reporte para los programas de PQRI y e-Prescribing

Número de *MLN Matters*: MM6514

Número de petición de cambio relacionado: 6514

Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de julio de 2009

Fecha de efectividad: 1 de junio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R513OTN

Fecha de implementación: 2 de septiembre de 2009

Resumen

Este artículo provee una perspectiva general de alto nivel de los principios de codificación y reporte para el reporte basado en reclamaciones de datos de medidas de calidad para la iniciativa de reportar la calidad del servicio médico (PQRI) de 2009, y para el reporte basado en reclamaciones de la medida e-Prescribing para el Programa de Incentivo de E-Prescribing de 2009.

En general, las medidas de calidad de PQRI consisten de un denominador único (caso elegible) y numerador (acción de calidad) que permite el cálculo del porcentaje de una población definida del paciente: 1) que recibe un proceso en particular de cuidado o lograr un resultado en particular, o 2) para el cual el cuidado fue administrado usando un elemento estructural en particular. Es importante que usted revise y entienda cada medida específica, las cuales proveen definiciones e instrucciones específicas para reportar una medida.

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

La medida de e-Prescribing también consiste de un denominador y numerador único que permite el cálculo del porcentaje de una población definida del paciente para el cual el cuidado fue administrado usando un elemento estructural en particular. El reporte basado en reclamaciones de e-Prescribing requiere que, profesionales elegibles que usan su identificador nacional del proveedor (NPI) y envían servicios que se pueden facturar en reclamaciones de Parte B para cargos de tarifas fijas permitidos, reportar la acción de calidad para la medida de e-Prescribing. Usted debe revisar y entender la especificación de la medida de e-Prescribing la cual provee definiciones e instrucciones específicas para reportar la medida.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6514.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6514, 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/R513OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 513, CR 6514

Codificación correcta puede evitar problemas de facturación fragmentada

Cuando se envían reclamaciones de Medicare, es esencial para los proveedores el asegurar que ellos no solamente están usando código actuales y válidos, sino también que estén usando el modificador apropiado cuando sea necesario. En adición, también es crítico -- para asegurar el pago preciso y oportuno -- para los proveedores el facturar por servicios y procedimientos prestados en la misma fecha de servicio en la **misma reclamación**.

Esto es especialmente importante para recordar cuando se factura a Medicare por servicios de evaluación y manejo (E/M) que fueron realizados por un médico en el mismo día como un procedimiento distintamente separado, tal como la administración de quimioterapia a un paciente. Si el servicio y el procedimiento relacionado son realizados en el mismo día, pero son facturados separadamente, la reclamación estará fragmentada, y el proveedor puede ser pagado inexactamente.

Nota: Si una reclamación fragmentada resulta en un sobrepago, la reclamación procesada previamente debe ser ajustada y los fondos sobrepagados recobrados.

Para recibir el pago apropiado, la reclamación enviada debe alcanzar estos criterios:

- Un código de consulta (E/M) debe ser usado

- El modificador 25 debe ser facturado con el código E/M solamente si es significativo, separadamente identificable, o un servicio de evaluación y manejo fue realizado el mismo día de otro servicio/procedimiento
- El servicio y procedimiento deben ser facturados juntos y enviados en la **misma reclamación**

Nota: Cirugía global es otro ejemplo de los tipos de servicios que deben ser facturados en la misma reclamación cuando son prestados por el mismo proveedor en el mismo día. Desde que la cantidad de la tarifa fija de Medicare para procedimientos quirúrgicos incluye todos los servicios que son parte del paquete global de cirugía, los contratistas administrativos de Medicare no pagan más que esa cantidad cuando una factura es fragmentada. [Haga clic aquí](#) para ver los indicadores de póliza de pago de tarifa fija para médicos de Medicare incluyendo la información pertinente a cirugía global.

En el evento de que se realice un servicio distinto por separado (sesión diferente, sitio, etc.) en el mismo día con otros servicios, el modificador apropiado debe ser facturado en el procedimiento menor para que los servicios sean cobrados correctamente.

Codificación correcta puede evitar problemas... (continuación)

First Coast Service Options Inc. (FCSO) ofrece varios recursos para ayudar que los proveedores eviten problemas al facturar:

- Preguntas frecuentes de evaluación y manejo (E/M)
- Preguntas frecuentes de modificadores
- Preguntas frecuentes de asuntos de facturación
- Página de National Correct Coding Initiative (NCCI)

Usted también encontrará recursos adicionales en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) incluyendo una *herramienta de búsqueda de procedimiento/diagnóstico* . Para asistir a los proveedores más aún, FCSO también ofrece adiestramiento en línea como también webcasts educacionales de Medicare enfocados en E/M y otros asuntos de facturación de Medicare.

- Haga clic aquí para ver de antemano los cursos en línea disponibles en www.fcsomedicaretraining.com
- Haga clic aquí para un listado de los próximos eventos educacionales de Medicare
- Haga clic aquí para revisar el capítulo 12, sección 40.5, del Medicare Claims Processing Manual. ❖

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

Seguendo 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:

- Citrushield 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

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

| | |
|--------------------------------------------------------|----|
| 95805: Polisomnografía y prueba del sueño..... | 45 |
| 93000: Electrocardiografía..... | 45 |
| SKINSUB: Substituto de piel..... | 46 |
| VISCO: terapia de la rodilla viscosupplementation..... | 46 |

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

95805: Polisomnografía y prueba del sueño -- revisión de la LCD

Número de identificación de la LCD: L29949 (Florida)

Número de identificación de la LCD ID: 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) fue efectiva para servicios provistos el 30 de junio de 2009 en adelante para Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, una revisión a la LCD fue hecha para actualizar el lenguaje de CMS por dispositivos Tipo I, y para añadir contenido para clarificación de acreditación y requisitos de adiestramiento/certificación del médico, incluyendo la fecha extendida de acreditación de los centros de pruebas del sueño.

Las siguientes secciones de la LCD fueron actualizadas:

- Bajo la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para dispositivos Tipo I, añadió el siguiente lenguaje de CMS: “PSG Tipo I esta cubierto cuando es usado para ayudar el diagnóstico de apnea obstructiva del sueño (OSA) en beneficiarios que tienen signos y síntomas clínicos indicativos de OSA, si es realizado en un centro de laboratorio del sueño”. Esta revisión es efectiva para reclamaciones procesadas el 10 de agosto de 2009 en adelante, para servicios provistos el 3 de marzo de 2009 en adelante basado en la petición de cambio (CR) 6534 de CMS.

- Bajo la porción “Indication of Coverage” de la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD, lenguaje añadido para clarificación de “Accreditation” y “Physician Training/Certification.”
- Bajo la sección de “Documentation/Credentialing Requirements” de la LCD, lenguaje añadido para clarificación de requisitos de acreditación incluyendo la fecha extendida de acreditación para los centros de pruebas del sueño, y subtítulo e información en “Home Sleep Testing” bajo esta sección.
- Sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD.

Las revisiones a la LCD para viñetas 2, 3, 4 y 5 arriba son efectivas para servicios prestados el 21 de julio de 2009 en adelante. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en la sección de “Jump to Section,” del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

93000: Electrocardiografía -- revisión de la LCD

Número de identificación de la LCD: L29163 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29337 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para electrocardiograma ha estado vigente para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para y desde el 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Después de esa fecha, la LCD ha sido modificada. La sección “Documentation Requirements (requisitos de documentación)” de la LCD ha sido cambiada para clarificar que el médico debe documentar que el/ella ha revisado y entendido y que está de acuerdo con los resultados de las pruebas y documentación de como los resultados han sido usados para controlar la condición del paciente. First Coast Service Options Inc. (FCSO), espera que esta información sea documentada en el archivo médico y esté disponible para revisión médica cuando sea solicitada.

Fecha de efectividad

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados a partir del 14 de julio de 2009. Las LCD de FCSO están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS. Instrucciones de modificaciones de LCD (cuando sea el caso) pueden encontrarse seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section (vaya a una sección),” en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD.

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

SKINSUB: Substitutos de piel -- revisión de la LCD

Número de identificación de la LCD: L29279 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para substitutos de piel fue revisada por última vez el 30 de junio de 2009. Desde este tiempo, una revisión fue hecha a la LCD basado en la petición de cambio (CR) 6471 (July 2009 Quarterly Average Sales Price (ASP) Medicare Part B Drug Pricing to Prior Quarterly pricing Files), CR 6484 (July Update to the 2009 Medicare Physician Fee Schedule Database [MPFSDB]), y CR 6496 (July 2009 Update to the ASC Payment System; Summary of Payment Policy Changes) emitidos por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Una revisión de los códigos HCPCS C9363, J3590 (cuando es usado para Integra meshed bilayer wound matrix) y Q4115 determinó que estos códigos de substitutos de piel deben ser añadidos a la sección de productos que no están cubiertos por “CPT/HCPCS Codes” de la sección de la LCD.

- C9363 -- Substituto de piel, Integra Meshed Bilayer Wound Matrix, por centímetro cuadrado (solamente ASC)
- J3590 -- Substituto de piel, Integra Meshed Bilayer Wound Matrix, por centímetro cuadrado (solamente el proveedor)
- Q4115 -- Substituto de piel, alloskin, por centímetro cuadrado

En adición, las referencias bajo la sección de “Sources of Information and Basis for Decision” de la sección de la LCD fueron actualizadas.

Fecha de efectividad

Esta revisión 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 Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en “Jump to Section,” del menú desplegable arriba de la página de la LCD.

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

VISCO: Terapia de la rodilla viscosupplementation -- revisión de la LCD

Número de identificación de LCD: L29307 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para terapia de la rodilla viscosupplementation ha sido modificada el 17 de abril de 2009. Después de esa fecha, la LCD ha sido modificada para agregar el código C9399 de HCPCS a la sección “Códigos CPT/HCPCS” por facturación de synvisc-one en un centro de cirugía ambulatoria (ASC). La sección “Instrucciones de Uso” fue actualizada con respecto a la dosis, dosis total y duración del tratamiento por synvisc-one. Además, las instrucciones de codificación fueron modificadas para instruir a los proveedores acerca del uso del código C9399 de HCPCS para facturar synvisc-one en una ASC.

Fecha de efectividad

Esta modificación de la LCD es válida para reclamaciones procesadas **a partir del 16 de julio de 2009**, para servicios prestados **a partir del 26 de febrero de 2009**. Las LCD de FCSO están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS. Instrucciones de modificaciones de LCD (cuando sea el caso) pueden encontrarse seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section (vaya a una sección),” en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD.

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

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor Julio 2009

Requisitos para la presentación del formulario CMS-1500

Cuando: martes, 18 de agosto
 Hora: 4:00 p.m.-5:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español
 Tipo: webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos

Determinando el nivel de código de evaluación y manejo (E/M) apropiado

Cuando: miércoles, 19 de agosto
 Hora: 4:00 a.m.-5:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español
 Tipo: webcast **Dirigido:** Puerto Rico

Medifest 2009

Cuando: martes/miércoles, 1-2 de septiembre
 Hora: 8:00 a.m.-5:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos

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

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

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 ♦

