

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Viáticos pagados por Medicare por recolección de muestras	
Medicare paga viáticos en base a millaje o tarifa fija	4
Actualización anual para bono de pago de 2010	
Actualización de bono de pago en las áreas de escasez de profesionales de la salud	5
Ayuda económica para hospitales y doctores	
Ayuda disponible para el uso de registros de salud electrónicos	9
Cuidado de la salud en el siglo 21	
Registros de salud electrónicos y el sistema de cuidado de la salud en el siglo 21	13
Actualización de PPS de centro psiquiátrico	
Actualización del sistema de pagos prospectivos de Centro Psiquiátrico de Paciente Hospitalizado -- año índice 2010	22
Índices de pago para centros de enfermería especializada	
Ajustes a los índices de pago para el año fiscal 2010	27
Actualización trimestral de iniciativa de codificación	
Actualización de octubre para modificaciones de la iniciativa de codificación correcta	38
Cambios al índice de salarios en hospitales de enfermos terminales	
Incremento programado para el año fiscal 2010	39

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Información para proveedores de Parte A.....	22
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	31
Información para proveedores de la Parte B.....	37
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	44
Recursos educacionales	50
Formularios de pedidos de Parte A	51
Formularios de pedidos de Parte B	52
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	53
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	54

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

PARTES A y B

Cobertura y reembolso

Auto manejo de la diabetes 4

Viáticos por recolección de muestras..... 4

Bono de pago para áreas de escasez..... 5

Actualización de precios y archivos 5

Servicios a comunidades indígenas 6

Facturaciones de enfermería 6

Interés general

Retenciones no asociadas a impuestos 7

Modificador 50 para emergencias 8

Modificador CR y código de condición DR en 8

reclamaciones por desastres/emergencias 8

Ayuda para registros de salud 9

Modificaciones al sistema de codificación..... 10

Conferencia sobre ICD-10..... 10

Hoja informativa de Telehealth 10

Alerta de inmunización.....11

Pagar por cuidados de calidad 11

La salud en el siglo 21 13

Inscripción del proveedor

Guía de inscripción por Internet 14

Recordatorio de inscripción 15

Intercambio electrónico de datos

HHS delega autoridad.....15

Actualización del código de taxonomía.....16

Llamada de pago sobre HIPAA 5010..... 16

Equipo médico

Recordatorio de inscripción a suplidores..... 17

Preparación de licitación17

Licitación competitiva de DMEPOS.....19

Productos en licitación DMEPOS 20

Estándares de inventario 21

PARTE A

Servicios de hospital

Retraso de pagos por hemofilia.....22

PPS de hospital psiquiátrico.....22

Pagos a hospital de enfermos terminales..... 23

Pago a centros de rehabilitación..... 24

Pagos de hospitalización a largo plazo..... 24

Hospitales de cuidado crítico

Pago de procedimientos bilaterales.25

Pago a co-cirujanos..... 25

Ley de mejoras -- pacientes y proveedores... 26

Centros de enfermería especializada

Sistema de pagos prospectivos..... 27

Índice de pago -- ajuste calibrado. 27

Interés general

Actualización de códigos 27

Cambios al sistema PRICER..... 28

Actualización del archivo del proveedor..... 28

Medicamentos para osteoporosis..... 29

Actualización del calendario PRICER..... 29

Gráficos

Rechazos mas frecuentes en P. Rico..... 30

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... 31

PARTE B

Interés general

Actualización de NPPEs.....37

Iniciativa de codificación correcta..... 38

Cuidados para enfermos terminales

Cambios al índice de salarios.....39

Equipo médico

Reclamación por DMEPOS.....40

Artículo rescindido

Facturaciones en fechas diferentes.....40

Gráficos

Denegaciones frecuentes P. Rico..... 41

Preguntas frecuentes P. Rico..... 42

Códigos improcesables P. Rico..... 43

Determinaciones Locales de Cobertura

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

Recursos educacionales50

Ordenar materiales de Parte A51

Ordenar materiales de Parte B52

Contactos Parte A de Puerto Rico53

Contactos Parte B de Puerto Rico54

**Medicare A y B
Al Día**

**Vol. 1, No. 6
Agosto 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

Enseñanza de auto manejo de la diabetes, educador certificado de diabetes

Número de *MLN Matters*: MM6510
 Número de petición de cambio relacionado: 6510
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de agosto de 2009
 Fecha de efectividad: 30 de marzo de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R109CP
 Fecha de implementación: 8 de septiembre de 2009

Resumen

Este artículo, el cual está basado en la petición de cambio (CR) 6510, reconoce a la American Association of Diabetes Educators (AADE) como una organización nacional de acreditación de adiestramiento de auto manejo de la diabetes (DSMT).

El CR 6510 también implementa una excepción para DSMT en áreas rurales. Individuos que están:

- Calificados como un dietista registrado, y
- Un educador de la diabetes certificado que está actualmente certificado por una organización aprobada por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid.

Los individuos que cumplan los criterios antes mencionados están considerados que cumplen con el

requisito de equipo multidisciplinario y puede proveer DSMT.

Los proveedores y suplidores de servicios de DSMT pueden enviar sus solicitudes de acreditación a través de AADE. Los contratistas de Medicare reconocerán el AADE como una entidad aprobada para el programa DSMT que se puede facturar a Medicare.

En adición, si los proveedores/suplidores tuvieran un certificado AADE válido que es desaprobado por su contratista de Medicare, ellos pueden solicitar a su contratista que reprocesen esa aplicación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6510.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6510, 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/R109CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 109, CR 6510

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.

Viáticos pagados por Medicare por recolección de muestras

Número de *MLN Matters*: MM6524
 Número de petición de cambio relacionado: 6524
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de agosto de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1790CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Pedido de cambio 6524 clarifica el pago de viáticos, ya sea en base a millaje (Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS] código P9603) o en base a tarifa fija (HCPCS código P9604) para el año calendario (CY) 2009.

Cuando se viaja con motivo de recolección de muestras para exámenes de laboratorio (por ejemplo a un asilo de ancianos), el pago de viáticos se prorratea en base al número de muestras recolectadas en ese viaje, tanto para pacientes de Medicare como para quienes no lo son, ya sea al momento en que la reclamación es presentada por el laboratorio o cuando la tarifa fija es establecida por el contratista.

Viáticos en base a millaje (HCPCS código P9603)

Los contratistas de Medicare pagarán a razón de \$1.00 por milla, por HCPCS código P9603, cuando el promedio

del viaje al lugar donde reside el paciente exceda de 20 millas ida y vuelta. Esto incluye:

- La tasa federal de millaje de \$0.55 la milla, más
- Un pago adicional de \$0.45 por milla para cubrir gastos de viaje y tiempo del técnico.

Los contratistas tienen la opción de, si las condiciones locales lo ameritan, de elevar por sobre el mínimo de \$1.00 la tasa del millaje HCPCS código P9603.

Viáticos de tarifa fija (HCPCS código P9604)

Los contratistas de Medicare pagarán por HCPCS código P9604 un viático de tarifa fija de \$10.00 por viaje.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6524.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6524, 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/R1790CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1790, CR 6524

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 anual de 2010 para el bono de pago en las áreas de escasez de profesionales de la salud

Número de *MLN Matters*: MM6581
 Número de petición de cambio relacionado: 6581
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de agosto de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1789CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

El Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act (MMA) del 2003 (Sección 413[b]) mandó que los archivos de bono de pago en las áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA) sean actualizados anualmente. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) crearán un nuevo archivo de bono de pago HPSA automatizado para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2010 en adelante, hasta el 31 de diciembre de 2010, y publicarlo en el sitio Web a principios de diciembre de 2009.

Usted encontrará el archivo de bono de pago HPSA anual (cuando esté disponible) y otra información HPSA importante en el sitio Web de CMS en

<http://www.cms.hhs.gov/hpsapsaphysicianbonuses/>.

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.

Usted también debe revisar el sitio Web de CMS para determinar si un bono HPSA será automáticamente pagado por servicios prestados en su código de área o si un modificador debe ser enviado. Usted puede determinar su elegibilidad para el pago automatizado al ir a <http://www.cms.hhs.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/Downloads/instructions.pdf> en el sitio Web de CMS y siguiendo las instrucciones en la página.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6581.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6581, 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/R1789CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1789, CR 6581

Actualización trimestral de octubre 2009 de precios y archivos anteriores Actualización trimestral de octubre 2009 de precios promedios de ventas y revisión de archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM6585
 Número de petición de cambio relacionado: 6585
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de agosto de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1795CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Este artículo informa a los contratistas de Medicare sobre como descargar e implementar los precios de venta promedio (ASP) de octubre de 2009 en los archivos de precios de las medicinas de Medicare Parte B y también en caso de haber sido publicadas por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), las modificadas en los archivos de julio 2009, abril 2009, enero 2009 y octubre 2008.

Los contratistas deberán utilizar ASP de octubre de 2009 y archivos de precios de medicinas que no estén clasificados de otra manera (NOC), para determinar el

precio límite de las medicinas pagables por Parte B de Medicare procesadas o reprocesadas a partir del 5 de octubre de 2009 con fechas de prestación de servicios entre el 1 de octubre de 2009 y el 31 de diciembre de 2009.

Nota: De acuerdo a instrucciones de CMS, First Coast Service Options Inc. no investigará ni ajustará reclamaciones que ya hayan sido procesadas a menos que se nos lo solicite.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6585.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6585, 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/R1795CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1795, CR 6585

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.

Servicios de Telehealth en proveedores de Indian health service o comunidades indígenas

Número de *MLN Matters*: MM6493

Número de petición de cambio relacionado: 6493

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1776CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están expandiendo las instrucciones para servicios de telehealth para incluir Indian health service (IHS) y proveedores de comunidades indígenas.

Efectivo el 1 de enero de 2009, los proveedores de IHS y comunidades indígenas están incluidos en las pólizas de servicio de telehealth y elegibles para recibir:

- La tarifa del centro originario (generado de un servicio de un sitio originario en el cual el beneficiario es presentado al profesional de la salud en el sitio distante)
- El pago al médico o profesional de la salud del sitio distante (usualmente una consulta profesional).

Los siguientes tipos de centros son autorizados por ley para ser elegibles para pago para la tarifa del telehealth del centro originario cuando un beneficiario es presentado a un profesional de la salud en un sitio distante:

- La oficina de un médico o profesional de la salud
- Un hospital (de hospitalización de pacientes o del cuidado ambulatorio)

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 hospital del cuidado crítico (CAH)
- Una clínica rural de salud (RHC)
- Centro de Salud Calificado por el Gobierno Federal (FQHC).

Nota: Excepto por la demostración federal de telemedicina en Alaska y Hawaii, la elegibilidad de los sitio originarios es limitada a las áreas con escasez de profesionales de la salud en zonas rurales (HPSA) y condados que no están clasificados como un área estadística metropolitana (MSA).

Cuando se factura para servicios de telehealth, los proveedores deben incluir el **modificador GT** (para las telecomunicaciones interactivas) en sus reclamaciones, o el **modificador GQ** (para guardar y reenviar la comunicación) si es usado en la demostración federal de telemedicina en Alaska o Hawaii.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6493.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6493, 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/R1776CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1776, CR 6493

Clarificación de facturaciones de establecimientos de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*: MM6407 Modificado

Número de petición de cambio relacionado: 6407

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2006

Número de transmisión de CR relacionado: R1733CP

Fecha de implementación: 27 de abril de 2009

Resumen

El pedido de cambio (CR) 6407 clarifica y actualiza el Medicare Claims Processing Manual (Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare), Capítulo 5 (Parte B Outpatient Rehabilitation Billing [Facturación de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios]), Sección 20 (HCPCS Coding Requirements [Requisitos de Codificación]). Estas clarificaciones indican que a partir del 1 de enero de 2009, la nueva Current Procedural Terminology (Terminología Actual de Procedimientos, CPT) 95992 (Canalith repositioning procedure(s) [procedimiento(s) de reposiciones Canalith] (por ejemplo, maniobra Epley maneuver, maniobra Semont), por día) se encuentra bajo el catálogo de tarifas médicas de Medicare (MPFS).

Independientemente de si CPT 95992 ha sido facturado en forma aislada o junto con otro código de terapia, nunca se utiliza este código para pagos por separado a Medicare.

Este código será rechazado si se factura en forma aislada. En notificaciones de remisión por reclamaciones rechazadas por este motivo, los contratistas de Medicare deberán usar el grupo de códigos CO y motivo de ajuste de reclamación código 97 ("Pagos incluidos en el de otro servicio/procedimiento"). Su contratista médico puede utilizar, en forma alternativa, el código de denegación B15, que cumple el mismo propósito.

Además, CR 6407 clarifica y actualiza el Medicare Claims Processing Manual (Pub 100-04), Capítulo 6 (Skilled Nursing Facility (Centro de enfermería especializada, SNF) Inpatient Part A Billing (Facturación de paciente hospitalizado)), Sección 40 (Special Inpatient Billing Instructions (instrucciones de facturación de pacientes especiales hospitalizados)) para indicar que las reclamaciones exhaustas de los beneficios, tanto completos como parciales, deben ser presentadas mensualmente por los SNF.

Clarificación de facturaciones de establecimientos de enfermería... (continuación)

Note que para reposición de canalith los médicos deben utilizar CPT 95992 y los terapeutas CPT 97112, según se indica en Transmisión # 1691, CR 6397.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6407, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1733CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1733, CR 6407

Nota aclaratoria: Este artículo 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

Reportando retenciones no asociadas a impuestos debido al Federal Payment Levy Program

Número de *MLN Matters*: MM6228
 Número de petición de cambio relacionado: 6228
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de junio de 2008
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R503OTN
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

El Taxpayer Relief Act de 1997 autorizó al Federal Payment Levy Program (FPLP), el cual el Servicio de Rentas Internas (IRS) y el Servicio de Manejo Financiero del Departamento del Tesoro (FMS) implementaron en julio de 2000. Este programa ofrece a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) la autoridad de cobrar impuestos atrasados a través de una recaudación de ciertos pagos federales. Esto incluye aquellos hechos a los proveedores, contratistas, y vendedores que hacen negocios con el gobierno.

El Medicare Improvements for Patients and Providers Act de 2008 requiere que CMS implemente completamente el FPLP para pagos de Medicare para impuestos atrasados, y extenderlo para también incluir una recaudación de deudas no asociadas a impuestos.

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.

Este artículo notifica a los proveedores que comenzando el 1 de octubre de 2009, en adición de cobrar impuestos atrasados (efectivo el 1 de octubre de 2008), CMS también recaudará compensaciones de deudas no asociadas a impuestos contra los proveedores de Medicare para repagar deudas no pagadas debidas a otras agencias federales, tales como préstamos educacionales.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la reducción del pago no asociado a impuestos, llame al FMS al 1-800-304-3107.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6228.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6228, 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/R503OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 503, CR 6228

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

Uno de los secretos de obtener el éxito como proveedor de Medicare es el acceso a la información correcta en el tiempo correcto. Suscríbese a *eNews* de First Coast Service Options (FCSO) y usted será de los primeros en aprender las últimas noticias de Medicare y cambios críticos del programa que afectan a la comunidad de proveedores. Suscríbese a tantas listas como desee, en inglés o español, y modifique su suscripción para que se ajuste a sus necesidades específicas -- línea de negocio, especialidad, o tema de interés. Permita que *eNews* de FCSO sea su primera fuente de noticias de Medicare: Inscríbese hoy.

Usando el modificador 50 y adición de códigos para servicios de inyección de coyuntura por facetas

Número de *MLN Matters*: MM6518
 Número de petición de cambio relacionado: 6518
 Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de julio de 2009
 Fecha de efectividad: 31 de agosto de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R526OTN
 Fecha de implementación: 31 de agosto de 2009

Resumen

La Oficina del Inspector General (OIG) recientemente presentó una revisión de historial médico sobre los servicios de inyección de coyuntura por faceta realizados en 2006 y encontró que los médicos facturaban incorrectamente adición de códigos extras para representar inyecciones de coyunturas por faceta bilaterales en vez de usar el modificador 50.

Este artículo clarifica el uso apropiado del modificador 50 y adición de códigos para servicios de inyección de coyunturas por facetas.

- Los médicos que realizan inyecciones de coyunturas por faceta en el lado derecho e izquierdo de un nivel de la espina debe usar el modificador 50 con los códigos CPT apropiados cuando se envían reclamaciones.
- Los médicos que realizan inyecciones de coyunturas por facetas en múltiples niveles en el mismo lado de la espina deben usar los códigos CPT de adición para representar estos niveles inyectados adicionales, en vez de usar el modificador 50.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6518.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6518, 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/R526OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 526, CR 6518

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.

Uso del modificador CR y el código de condición DR en reclamaciones relacionadas a desastres/emergencias

Número de *MLN Matters*: MM6451
 Número de petición de cambio relacionado: 6451
 Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de julio de 2009
 Fecha de efectividad: 31 de agosto de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1784CP
 Fecha de implementación: 31 de agosto de 2009

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 6451, el cual actualiza los requisitos del procesamiento de reclamaciones para el uso de los códigos de condiciones y modificadores en las reclamaciones de pago por servicio de Medicare cuando se presta un artículo o servicio a un beneficiario de Medicare afectado por un desastre u otra emergencia pública general.

Un nuevo capítulo ha sido añadido al Medicare Claims Processing Manual dedicado a pólizas fijas y procedimientos aplicables a desastres y otras emergencias públicas.

El código de condición DR es usado solamente para facturación institucional para identificar reclamaciones que son o pueden ser impactadas por pagadores/pólizas de plan de salud relacionadas a un desastre nacional o regional.

El modificador CR es usado en relación a artículos y servicios de la Parte B para facturación institucional y no institucional. El uso del modificador CR será mandatorio para códigos aplicables en cualquier reclamación para el cual el pago de Medicare Parte B es condicionado directamente o indirectamente en la presencia de una “excepción formal”.

Una “excepción formal” es una excepción de un requerimiento del programa que de otra forma aplicaría por estatuto o regulación.

En el evento de un desastre o emergencia, CMS emitirá guías específicas a los contratistas de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6451.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6451, 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/R1784CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1784, CR 6451

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.

Ayuda económica disponible para ayudar a los hospitales y doctores en el uso de los registros de salud electrónicos

El Vicepresidente Joe Biden anunció la disponibilidad de ayudas económicas de aproximadamente \$1.2 billones para ayudar a los hospitales y proveedores del cuidado de la salud a implementar y usar los registros de salud electrónicos. Las ayudas económicas serán financiada por la American Recovery and Reinvestment Act de 2009 (ARRA) y ayudarán a los proveedores del cuidado de la salud a calificar para nuevos incentivos que estarán disponibles en 2010 para doctores y hospitales que realmente usan registros de salud electrónicos.

“Con los registros de salud electrónicos, estamos haciendo el cuidado de la salud más seguro; estamos haciéndolo más eficiente; hacemos que usted se encuentre más saludable; y estamos ahorrando dinero en el proceso”, dijo el Vicepresidente Biden. “Estas son cuatro necesidades que necesitamos para el cuidado de la salud en siglo 21”.

“El expandir el uso de los registros de salud electrónicos es fundamental para reformar nuestro sistema de cuidado de la salud”, dijo Sebelius, Secretario de HHS. “Los registros de salud electrónicos pueden ayudar a reducir errores médicos, hacer el cuidado de la salud más eficiente y mejorar la calidad del cuidado médico para todos los americanos. Estas ayudas económicas ayudarán a asegurar que más doctores y hospitales tengan las herramientas que ellos necesitan para usar esta tecnología indispensable”.

Las ayudas económicas disponibles incluyen:

- Ayudas económicas que totalizan \$598 millones para establecer aproximadamente 70 centros de extensión regional de tecnología de información de la salud, los cuales proveerán a los hospitales y médicos con asistencia técnica en la selección, adquisición, implementación, y uso significativo de sistemas de registro de salud electrónicos certificados
- Ayudas económicas que totalicen en \$564 millones a entidades del estado y entidades del estado designadas y calificadas (SDE) para sustentar el desarrollo de mecanismos de compartir información con las redes de sistemas emergentes a través de la nación.

Las ayudas económicas del centro de extensión serán concedidas en una base continua, con las primeras concesiones siendo emitidas en el año fiscal 2010. Las ayudas económicas a los estados serán hechas en el año fiscal 2010. Aquellos interesados en aplicar para estas ayudas económicas pueden visitar <http://healthit.hhs.gov/portal/server.pt> para más información.

“Con estos programas, comenzamos el proceso de crear un sistema de información de salud electrónico nacional, privado y seguro. Las ayudas económicas están diseñadas para ayudar que los doctores y hospitales adquieran registros de salud electrónicos y usarlos en formas con propósito para mejorar la salud de los pacientes y reducir el desperdicio y la ineficiencia”, dijo Dr. David Blumenthal, National Coordinator for Health Information Technology. “Estos también ayudarán a los estados a mostrar el camino en crear la infraestructura del intercambio de información de salud, lo cual habilita que la información siga a los pacientes dentro y a través de las comunidades, dondequiera que la información es necesaria para ayudar a los doctores y pacientes a tomar las mejores decisiones sobre el cuidado médico”.

El Departamento de Salud y Servicios Humanitarios (HHS) también proveerá asistencia adicional a los proveedores del cuidado de la salud a través de Health Information Technology Research Center (HITRC). El HITRC conseguirá información relevante de prácticas efectivas de una amplia variedad de fuentes a través del país y ayudará a los centros de extensión regional a colaborar con unos a otros y con las partes interesadas relevantes para identificar y compartir las mejores prácticas en adopción EHR, uso efectivo, y asistencia del proveedor.

Las siguientes dos hojas informativas están disponibles:

Health Information Technology Extension Program
Facts-At-A-Glance --
<http://www.hhs.gov/recovery/programs/hitech/factsheet.html>

State Health Information Exchange Grant Programs
Facts-At-A-Glance --
<http://www.hhs.gov/recovery/programs/hitech/stateinfoexch.html>

Las actividades descritas en esta emisión están siendo fundadas a través de la American Recovery and Reinvestment Act (ARRA). Para seguir el proceso de las actividades de HHS fundadas a través de ARRA, visite <http://www.hhs.gov/recovery> . Para seguir todos los fondos federales provistos a través de ARRA, visite <http://www.recovery.gov> . ❖

Fuente: CMS PERL 200908-28

Publicaciones sobre el sistema ICD-10-Clinical Modification/Procedure Coding System

Se encuentran disponibles las siguientes publicaciones sobre ICD-10-CM/PCS de la Red de Enseñanza Médica de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid:

ICD-10-CM/PCS Myths & Facts (Junio de 2009) -- está ahora disponible en formato de impresión y presenta información correcta en respuesta a algunos mitos referentes al sistema ICD-10-Clinical Modification/Procedure Coding System. Para ordenar un pedido, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, baje a “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page.”

ICD-10-CM-PCS Bookmark (modificado en agosto de 2009) -- está ahora disponible en formato descargable de Internet y provee información acerca del sistema ICD-10-Clinical Modification/Procedure Coding System incluyendo los beneficios de adoptar el sistema de codificación, los pasos que se recomienda dar para planificar y preparar la implementación del sistema de codificación y donde puede encontrarse información adicional sobre el mismo. Para acceder vaya a:

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

Fuente: CMS PERL 200908-14

Transcripción disponible de la conferencia telefónica del 23 de junio sobre ICD-10

Los resúmenes de las transcripciones escritas y de audio de la conferencia telefónica de “Introduction to ICD-10-CM/PCS for Physician Specialty Group Representatives”, la cual fue presentada por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid el 23 de junio de 2009 están ahora disponibles en la sección de “Downloads” en http://www.cms.hhs.gov/ICD10/06a_2009_CMS_Sponsored_Calls.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-31

Hoja informativa de servicios de Telehealth

La hoja informativa de servicios de Telehealth (julio de 2009), la cual provee información sobre sitios originarios, profesionales de la salud en sitios distantes, servicios de telehealth, y facturación y pago para servicios profesionales prestados vía telehealth y por la tarifa del centro originario, está ahora disponible en formato para descargar del Medicare Learning Network de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/TelehealthSrvcsfctshst.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-32

Agosto es el mes de alerta de inmunización

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) está solicitando a la comunidad de proveedores que mantengan a sus pacientes con Medicare saludables al aconsejarles que aprovechen las vacunas cubiertas por Medicare. Medicare provee cobertura de vacunas para la influenza de temporada, neumococos, y hepatitis B para beneficiarios calificados.

¿Qué puede hacer usted?

Como profesional del cuidado de la salud que provee cuidados a pacientes de edad avanzada y a otros con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes con Medicare al educarlos sobre los factores de riesgo y recordarles de la importancia de obtener las vacunas apropiadas para ellos.

Para más información

CMS ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios de inmunización cubiertos por Medicare:

- La página Web de productos educacionales y servicios preventivos de MLN -- provee descripciones e información para productos educacionales y servicios preventivos de Medicare Learning Network (MLN) incluyendo inmunizaciones para adultos cubiertos por Medicare, y recursos para profesionales de la salud y su personal.
http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp
- Información de referencia rápida: Facturación de inmunización de Medicare Parte B -- una gráfica de dos lados que provee cobertura e información de codificación en inmunizaciones cubiertas por Medicare.
http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/gr_immun_bill.pdf
- Información de referencia rápida: Servicios preventivos de Medicare -- una gráfica de dos lados que provee cobertura e información de codificación en servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo inmunizaciones.
http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf
- Folleto de inmunización de adulto -- este folleto provee información sobre factores de riesgo y cobertura para las vacunas de la influenza de temporada, neumococo, y hepatitis B.
http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/adult_immunization.pdf

Visite Medicare Learning Network para más información sobre estos y otros productos educacionales de pago por servicio de Medicare.

Gracias por ayudar a CMS a mejorar la salud de los pacientes con Medicare al unirse en los esfuerzos de educar a los beneficiarios sobre la importancia de aprovechar las inmunizaciones y otros servicios preventivos cubiertos por Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-10

Demostraciones de Medicare muestran que vale la pena pagar por un cuidado de salud de calidad

Las demostraciones conducidas por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) continúan proveyendo evidencia contundente que ofrecer incentivos financieros para mejorar u ofrecer cuidados de salud de alta calidad incrementa la calidad y puede reducir el crecimiento en gastos.

CMS está anunciando nuevos resultados de tres de estas demostraciones, una para prácticas largas de médicos, una para prácticas pequeñas y médicos independientes, y una para hospitales. CMS también está anunciando el comienzo de tres demostraciones de compra adicionales de calidad. “Nos mantenemos motivados por el progreso de nuestros programas activos que prueban las compras basadas en calidad en toda una variedad de servicios de cuidados de salud”, dijo Charlene Frizzera, Administradora Interina de CMS; “Construyendo en esos esfuerzos, estamos complacidos en anunciar el comienzo de nuestra demostración para mejorar la calidad de servicios en las residencias de ancianos y dos demostraciones de ganancias compartidas”.

“Lo que aprendemos de las diversas demostraciones de Medicare ayudan a lograr las metas de la administración de pagar por el cuidado de salud eficiente y de alta calidad en América”, dijo Jonathan Blum, Director de Center for

Medicare Management de CMS y Director Interino de Center for Health Plan Choices. “Construyendo en estos hallazgos, pondremos a prueba agresivamente nuevos conceptos de demostración para continuar alcanzando estas metas”.

La iniciativa de calidad de CMS (VBP) está diseñada para unir los pagos de Medicare para el desempeño de calidad y eficiencia y es parte de los esfuerzos de CMS para transformar a Medicare de un pagador pasivo a un comprador activo de alta calidad y un cuidado de salud más eficiente.

Entrando en su quinto año, los shows de Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID) continúan el mejoramiento de calidad entre los hospitales participantes. Además, las prácticas de médicos participantes en la demostración de Physician Group Practice (PGP) continúan mejorando la calidad para pacientes con enfermedades crónicas o requieren cuidado preventivo.

Y más de 560 prácticas pequeñas de médicos y médicos individuales participantes en la demostración de Medicare Care Management Performance (MCMP) están siendo compensados por proveer cuidados de salud de alta calidad en el ofrecimiento del cuidado preventivo y cuidado para pacientes con enfermedades crónicas.

Demostraciones de Medicare... (continuación)

Nuevos programas de demostración incluyen la demostración para mejorar la calidad de servicio en las residencias de ancianos, la demostración de Medicare Hospital Gainsharing, y la demostración de Physician Hospital Collaboration. El programa de demostración de residencias de ancianos compensará a los centros que puedan mejorar u ofrecer cuidados de salud de alta calidad en cuatro áreas específicas: personal, resultados para los residentes, hospitalizaciones evitables y reducciones de citaciones por deficiencia. Los programas de gainsharing y colaboración de hospitales de médicos evaluarán si el gainsharing conduce a mejorar en calidad y eficiencia. Las demostraciones proveen una oportunidad prometedora para hospitales y médicos y unir fuerzas para mejorar la calidad y eficiencia del cuidado de salud, y establecer medios efectivos para gobernar el uso de recursos del paciente hospitalizado, reducir los costos, y compartir las compensaciones. En general, las demostraciones le dan a CMS la oportunidad de trabajar de cerca con los proveedores para mejorar la calidad y eficiencia y servir como un vehículo para probar varias metodologías VBP. Hospitales continúan mejorando la calidad El HQID es patrocinado por Medicare en asociación con Premier, Inc., una organización nacional que mide la calidad del hospital. La demostración, la cual comienza en 2003 con hospitales en 38 estados, fue diseñado para probar incentivos de pago bajo Medicare para ver si estos mejorarían la seguridad, calidad, y eficiencia de servicios del paciente hospitalizado al enlazar los incentivos al mejoramiento de calidad.

Los participantes elevaron la calidad en general por un promedio de 17 por ciento puntos en cuatro años, basado en su desarrollo en más de 30 medidas del cuidado de la salud ampliamente aceptadas y nacionalmente estandarizadas para pacientes en cinco áreas clínicas -- ataque al corazón, implante de desvío coronario, fallo del corazón, neumonía, y reemplazos de cadera y rodilla. CMS está compensando pagos de incentivos que totalizan \$12 millones en el año cuatro a 225 hospitales por el alto desempeño, altas mejoras y logros en general en cinco áreas clínicas. A través de los primeros cuatro años, CMS confirió más de \$36.6 millones a altos ejecutantes. Luego de los tres años iniciales de la demostración, CMS extendió el proyecto para tres años adicionales para probar nuevos modelos de incentivos, y formas de mejorar el cuidado de salud del paciente.

Grupos de médicos mejoran la calidad y comparten los ahorros Todos, de los 10 grupos de médicos participantes en la demostración de PGP, lograron el estándar de comparación de al menos 28 de las 32 medidas reportadas en el año tres de la demostración. Dos grupos -- Geisinger Clinic en Danville, Penn. y Park Nicollet Health Services en St. Louis Park, Minn. -- alcanzaron el estándar de comparación en todas las 32 medidas de desempeño.

En los primeros tres años de la demostración, los grupos de médicos incrementaron su puntuación de calidad en un promedio de 10 por ciento en 10 medidas de diabetes, 11 puntos en 10 medidas de fallos del corazón congestivo

(CHF), seis puntos en medidas de enfermedad coronaria del corazón (CAD), 10 puntos en dos medidas de pruebas de cáncer, y un por ciento en tres medidas de hipertensión. Bajo la demostración de PGP, los grupos de médicos ganan pagos de incentivos basados en la calidad del cuidado de la salud que ellos proveen y el ahorro estimado que ellos generan en gastos de Medicare para la población de pacientes a la que ellos sirven. Como resultado de sus esfuerzos para reducir el índice de crecimiento en gastos de Medicare, cinco grupos de médicos recibirán pagos por el desarrollo que totalizan \$25.3 millones como parte de sus parte de \$32.3 millones en ahorros generados por el Medicare Trust Funds en el tercer año de desempeño. Sobre 560 prácticas de médicos ganan pagos de incentivos para el desempeño de calidad

En el primer año de la demostración MCMP, casi todas las 610 prácticas pequeñas de médicos e individuales participantes están siendo compensadas por el desarrollo de 26 medidas de calidad. CMS está compensando aproximadamente \$7.5 millones de dólares en pagos de incentivos a sobre 560 prácticas en California, Arkansas, Massachusetts, y Utah. El pago promedio por práctica es de \$14,000 pero algunas prácticas ganaron tanto como \$62,500. El último año, CMS pagó sobre \$1.5 millones en incentivos para reportar las medidas de calidad estándar.

La meta de la demostración MCMP es el de promover el uso de la tecnología de información de salud para mejorar la calidad del cuidado para beneficiarios con condiciones crónicas.

Los doctores en prácticas pequeñas a medianas que cumplen con estándares de cada medida son

elegibles para recibir compensaciones financieras bajo la demostración MCMP. La demostración también provee un bono adicional a las prácticas que reporta los datos usando un registro de salud electrónico (EHR) certificado por la Certification Commission for Health Information Technology. Veintitrés por ciento de las prácticas fueron capaces de enviar al menos algunas de las medidas de un EHR certificado.

Cerca de 200 residencias de ancianos en tres estados probando los servicios de calidad

Cerca de 100 residencias de ancianos en tres estados participarán en una demostración de Medicare para determinar si incentivos financieros mejorarán la calidad del cuidado de salud que ellos proveen.

La demostración para mejorar la calidad de servicios en las residencias de ancianos compensará a aquellos centros que mejoren u ofrezcan cuidado de salud de calidad en cuatro áreas: personal de enfermería, resultados para el residente, hospitalizaciones evitables, y reducción de la severidad de las citaciones por deficiencia que el hogar pueda haber recibido durante las inspecciones. Se les otorgarán puntos a las residencias de ancianos en cada una de estas áreas; hogares con la puntuación más alta o el mayor mejoramiento se convertirán en elegible para un pago por desempeño. Los ahorros que resultan de calidad mejorada y eficiencia serán usados para el fondo de incentivo en cada estado.

Bajo la demostración de PGP, los grupos médicos ganan pagos de incentivos

Demostraciones de Medicare... (continuación)

CMS conducirá la demostración en 79 hogares en New York, 62 en Wisconsin, y 41 en Arizona. Cada uno de estos estados asistió en el proceso de reclutamiento al aconsejar a los centros a aplicar a CMS. Los hogares participantes fueron seleccionados de la lista de aplicantes.

La demostración comenzará en julio de 2009 hasta junio de 2012, cuya efectividad será evaluada para informar las pólizas de Medicare de los servicios de calidad.

14 hospitales colaborando con sobre 1,000 médicos en demostraciones de ganancias compartidas

CMS también anunció hoy que operará dos demostraciones para evaluar el gainsharing para alinear incentivos entre hospitales y medios para mejorar la calidad del cuidado y la eficiencia en general de todo el hospital. El gainsharing ocurre cuando un hospital paga incentivos a un médico que asiste en ahorrar costos internos del hospital mientras mejora la calidad y eficiencia y es normalmente restringido en el programa de Medicare de pago por servicio.

La demostración de gainsharing de hospital de Medicare comenzará en octubre de 2008. Esta demostración consiste actualmente en dos sitios, Beth Israel Medical Center en New York City y Charleston Area Medical Center en

West Virginia. Bajo esta demostración, CMS evaluará si gainsharing conlleva a mejoras a corto plazo en calidad y eficiencia durante la estancia del paciente hospitalizado seguido de dar de alta.

Comenzó en julio la Physician Hospital Collaboration Demonstration, compuesta de un consorcio de 12 hospitales administrados por la New Jersey Hospital Association.

Esta demostración está diseñada para seguir el rastro a pacientes luego de un episodio de hospital para determinar el impacto de las colaboraciones del médico y el hospital sobre prevenir complicaciones a corto y largo plazo y duplicaciones de servicios.

Estas demostraciones permitirán que los médicos compartan los ahorros generados por la adopción de cambios estructurales y de procedimiento hechos para mejorar la calidad del cuidado de la salud del hospital del paciente hospitalizado.

Para información adicional sobre demostraciones VBP, visite las demostraciones de la página Web en <http://www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/MD/list.asp>. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-27

Registros de salud electrónicos y el sistema de cuidado de la salud del siglo 21

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

En mi rol como National Coordinator for Health IT, tengo el privilegio de ser parte de un cambio transformativo en el cuidado de la salud que ayudará a extender los beneficios de la tecnología de información de la salud (HIT) a todos los americanos. Con la introducción temprana este año del Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act, tenemos las herramientas para comenzar una transformación mayor en el cuidado de la salud americano hecho posible a través de la creación de una red de información de salud segura y compatible por toda la nación.

Por supuesto, este sistema no es un fin por sí mismo. Más bien, esto permitirá un sin fin de mejoras en la calidad y eficiencia del cuidado de la salud que hará más saludables a los americanos y su economía mucho más fuerte.

Mi creencia personal en esta transformación no está basada en teoría o conjetura. Como médico de atención primaria por más de 30 años, estuve los primeros 20 barajando papeles en búsqueda de estudios faltantes y brincando frecuentemente, durante emergencias a en la noche, que me habilitó saber lo suficiente sobre el historial médico de los pacientes para tomar buenas decisiones. Todo eso cambió cuando comencé a tener acceso a los registros médicos electrónicos. Esto me hizo un mejor doctor. Nunca iría de regreso atrás, y tampoco la vasta mayoría de los médicos americanos que han realizado el salto a la edad electrónica. De hecho, sería difícil para cualquier profesional de la salud hoy en día escapar a la conclusión que el sistema anticuado, dominado por papel que tenemos ahora no está trabajando bien para los pacientes, crea costos añadidos e ineficiencias, y no es sostenible. Mientras miramos a nuestros gastos anuales del cuidado de la salud de la nación de aproximadamente \$2.5 trillones, existen muchas formas de que nuestro sistema actual falla a los pacientes y a los proveedores. Es evidente que el cambio es necesario.

Pero, ¿cómo y por qué es el intercambio electrónico de información de salud por toda la nación tan crítico para lograr tal cambio? Mucho más importante, porque provee la mejor oportunidad a cada paciente de recibir un cuidado óptimo. La tecnología hará segura y confiable la información médica completa de los pacientes disponible a los proveedores del cuidado de la salud donde y cuando sea necesario -- cuando médicos y pacientes están juntos enfrentando decisiones médicas que pueden hacer una diferencia duradera.

Un cuidado de la salud mucho mejor, más rápido y eficiente reduce los costos del sistema al producir resultados que ayudan a evitar hospitalizaciones costosas o prolongadas de un tratamiento retrasado o inefectivo, evitar eventos costosos y a veces fatales y procedimientos innecesarios, y puede ayudar a eliminar el comienzo de la enfermedad por medio de un mejor manejo de la información de salud de cada paciente.

La meta de asegurar un registro de salud electrónico para cada americano es intimidante. Nosotros en el Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC) no pensamos de otra forma. Sabemos que esto será difícil para algunos médicos y hospitales, y estamos preparados para ayudar con los recursos provistos por el Congreso y la administración.

También reconocemos que no podemos lograr los beneficios de un sistema de información de salud por toda la nación a menos que podamos asegurar a todos los americanos que su información de salud personal permanecerá privada y segura cuando este sistema exista. El implementar medidas de seguridad para la privacidad y seguridad de esta información, cuando exista en forma electrónica, será una prioridad constante que influencia y guía todo nuestros esfuerzos.

Registros de salud electrónicos y... (continuación)

En los días, semanas y meses por venir, estaremos ejecutando un número de iniciativas esenciales invocadas bajo el Acta HITECH. Le invito a que se unan y nos apoyen mientras construimos las bases para que cada americano se beneficie de un registro de salud electrónico, como parte de un sistema de servicio de salud moderno, interconectado y mejorado. Cada esfuerzo de nosotros en ONC estará enfocado en mantenerlo actualizado y completamente involucrado en todos los pasos de esta travesía nacional. Sinceramente,
David Blumenthal, M.D., M.P.P.
National Coordinator for Health Information Technology
U.S. Department of Health & Human Services
Esta carta es la primera en una serie de actualizaciones constantes del National Coordinator for Health Information

Technology. La Oficina del National Coordinator for Health Information Technology (ONC) le pide que comparta esta información mientras trabajamos juntos para mejorar la calidad, seguridad y valor del cuidado de la salud de todos los americanos a través del uso de registros de salud electrónicos y la tecnología de información de salud. Para más información y para recibir actualizaciones regulares del Office of the National Coordinator for Health Information Technology, suscribese al Health IT News list . Si usted tiene dificultad viendo este mensaje, véalo en línea. Para asegurar que usted reciba correspondencia en el futuro, añada esta dirección de e-mail a su lista de direcciones seguras. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-26

INSCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR

Guía en el uso de Internet en inscripción de proveedores, sistema de cadena y propiedad

Número de *MLN Matters*: SE0914
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo provee una guía y asiste a aquellos proveedores y suplidores que desean usar la inscripción del proveedor por Internet, sistema de cadena y propiedad (Provider Enrollment, Chain and Ownership System, PECOS) para inscripción en Medicare y/o para mantener datos de inscripción actuales en archivo con Medicare.

En miras a esta meta, este artículo provee perspectivas generales y limitaciones detalladas de los procesos para usar PECOS por Internet.

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.

Con la excepción temporera de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS), los suplidores, médicos, profesionales de la salud, y organizaciones de proveedores y suplidores pueden usar la Internet para inscribirse en Medicare, para actualizar su información de inscripción existente, para ver su información de inscripción existente, o para voluntariamente terminar su inscripción en Medicare.

Nota: Los suplidores de DMEPOS no tienen la opción de usar PECOS por Internet por ahora. La disponibilidad para los suplidores DMEPOS será anunciada en una fecha futura.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0914.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0914

Entérese primero: Suscríbese a *eNews* de FCSO

Uno de los secretos de obtener el éxito como proveedor de Medicare es el acceso a la información correcta en el tiempo correcto. Suscríbese a *eNews* de First Coast Service Options (FCSO) y usted será de los primeros en aprender las últimas noticias de Medicare y cambios críticos del programa que afectan a la comunidad de proveedores. Suscríbese a tantas listas como desee, en inglés o español, y modifique su suscripción para que se ajuste a sus necesidades específicas -- línea de negocio, especialidad, o tema de interés. Permita que *eNews* de FCSO sea su primera fuente de noticias de Medicare: Inscríbese hoy.

Recordatorio de inscripción a proveedores -- médicos, profesionales de la salud y asociaciones

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) recuerdan a los médicos, profesionales de la salud y asociaciones de profesionales de la salud que deben notificar a sus respectivos contratistas de Medicare con respecto a (1) cambio de propietario, (2) cambio en la localización de la práctica médica, incluyendo cambios en la reasignación de beneficios y (3) cualquier fallo final en contra (por ejemplo suspensión/revocación de licencia o condena por un delito), dentro de los 30 días de ocurrido el hecho. Informando los cambios de la manera más expedita posible, dentro de 30 días después del suceso, ayudará a asegurar que las reclamaciones serán procesadas correctamente.

También se les sugiere poner al día, en los archivos del contratista de Medicare, sus datos de inscripción si no lo han hecho después de noviembre de 2003.

Se puede utilizar el procedimiento electrónico de inscripción de CMS, conocido como el sistema

de inscripción por medio de Internet del proveedor propietarios cadenas (de negocios) (PECOS), para inscribirse o hacer algún cambio en un registro de inscripción existente.

Puede encontrarse información con respecto a la obligación de informar y otros materiales de información respecto a inscripción del proveedor, en el sitio de Internet de la sección de inscripción del proveedor/suplidor de Medicare de CMS <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll> y en los documentos para ser descargados disponibles en la sección Downloads de cada página de Internet.

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

Fuente: CMS PERL 200908-11

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

HHS delega autoridad de la regla de seguridad de HIPAA a la Oficina de Derechos Civiles

El 13 de agosto de 2009 la Oficina de los Derechos Civiles (OCR) anunció que el Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS) ha delegado al director de OCR, la autoridad de administrar y reforzar la regla de seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Esta acción por el Secretario Sebelius mejorará la habilidad de HHS de proteger la información de salud de individuos al combinar la autoridad de administración y refuerzo a los estándares federales para la privacidad y seguridad de información de salud exigida en HIPAA.

La transición de autoridad para la administración y refuerzo de la regla de seguridad se espera que sea libre de irregularidades sin interrupción en el manejo o procesamiento de algún reclamo sometida antes de la transición. Los clientes pueden continuar enviando reclamos de seguridad de HIPAA usando el recurso en línea -- Administrative Simplification Enforcement Tool (ASET),

encontrado en <https://htct.hhs.gov/aset/>. Nuevos reclamos de seguridad también pueden ser enviadas a la Oficina de Derechos Civiles. Para más información e instrucciones detalladas sobre como enviar un reclamo a OCR, visite el sitio Web de OCR: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>. La transición de reclamos de seguridad de CMS a OCR no tiene impacto en los reclamos sobre transacciones y conjunto de códigos o identificadores únicos son archivadas o procesadas. CMS retiene su refuerzo de autoridad para estas y otras reglas de HIPAA.

Vea el aviso del *Federal Register* de la delegación de autoridad en <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/srdelegationofauthority2009.pdf> y el comunicado de prensa del Secretario en <http://www.hhs.gov/news/press/2009pres/08/20090803a.html>. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-14

Actualizaciones del código de taxonomía del proveedor de cuidados de la salud efectivo el 1 de octubre de 2009

Se rán actualizados, efectivo el 1 de octubre de 2009, los códigos de taxonomía del proveedor de cuidados de la salud (HPTC). El HPTC es un conjunto de códigos nacionales que permite a los proveedores médicos indicar su especialidad. La última versión de HPTC está disponible en el sitio Web de *Washington Publishing Company* en <http://www.wpc-edi.com/codes/taxonomy>.

Si un HPTC es reportado a Medicare, este debe ser un código válido, de lo contrario un lote y/o una eliminación a nivel de reclamación (rechazo) puede ocurrir. Para asegurarle que no reciba una reclamación o rechazo a nivel de archivo, es recomendado que usted verifique el HPTC enviado y que éste sea un código válido en la lista HPTC más reciente. Si usted requiere asistencia en actualizar el código de taxonomía en su sistema de manejo de práctica, contacte su vendedor para asistencia con el software. ❖

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1794, CR 6598

Sitios Web de terceros. Este documento contiene referencias a sitios operados por terceras partes. Tales referencias son provistas para su conveniencia solamente. BCBSF y/o FCSO no controlan tales sitios y no son responsables por su contenido. La inclusión de estas referencias dentro de este documento no sugiere ningún endoso del material en tales sitios o cualquier asociación con sus operadores.

Tercera llamada nacional y educacional de pago por servicio de Medicare sobre HIPAA versión 5010 5010: Llevando a EDI al próximo nivel

Detalles de la conferencia telefónica:

Fecha: 9 de septiembre de 2009

Título de la conferencia: Third National Medicare FFS Education Call on HIPAA Version 5010

Hora: 2:00 p.m.-3:30 p.m. (ET)

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) presentarán la tercer en una serie de educación nacional de conferencias telefónicas enfocadas en la implementación de pago por servicio de Medicare (FFS) de HIPAA Versión 5010. La presentación cubrirá el manejo de errores de transacciones de FFS Medicare (TA1, 999, y 277CA), uso planeado de cada transacción y reglas aplicables y excepciones para el programa de FFS de Medicare. La presentación está dirigida a los programadores de software de facturación o desarrolladores que residen dentro de las organizaciones del proveedor. Una sesión de preguntas y respuestas (Q&A) seguirá a la presentación que dará a los participantes una oportunidad de hacer sus preguntas a los expertos de CMS en el tema.

Para recibir la información de la llamada, usted debe inscribirse para la llamada. Es importante notar que si usted está planeando sentarse con un grupo, solamente una persona necesita inscribirse para recibir los datos de la llamada. Esta inscripción es solamente para reservar una línea de teléfono, no para permitir participación. La inscripción cerrará a las 2:00 p.m. (ET) el 8 de septiembre de 2009, o cuando los espacio disponibles hayan sido llenando. Ninguna excepción será hecha, así que asegúrese de inscribirse antes de este tiempo.

1. Para inscribirse para la llamada, los participantes necesitan ir a <http://www2.eventsvc.com/palmettogba/090909>.
2. Complete todos los datos requeridos.
3. Verifique que su zona horaria se muestra correctamente en su recuadro desplegable.
4. Haga clic en "Register."
5. Usted será llevado a la página de "Thank you for registering" y recibirá un e-mail de confirmación prontamente.

Nota: Imprima y guarde esta página, en el evento que su servidor bloquee los e-mails de confirmación. Si usted no recibe el e-mail de confirmación, revise su filtro de correo basura puesto que pudo haber sido dirigido allí.

Unos cuantos días antes de la llamada (no antes del 6 de septiembre), revise su página de Recursos Educativos en la página Web de CMS' 5010 en http://www.cms.hhs.gov/Versions5010andD0/40_Educational_Resources.asp para obtener una copia de la presentación que será usada durante la llamada.

Aprenda más sobre 5010 -- visite la página dedicada de CMS en la Web en <http://www.cms.hhs.gov/Versions5010andD0/>. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-31

EQUIPO MÉDICO

Recordatorio a suplidores DMEPOS de inscribirse como proveedores de Medicare

Con la implementación de los requisitos de pago de fianza de seguridad en octubre de 2009, para algunos suplidores de equipo médico durable, prótesis, ortóticos y suministros (DMEPOS), los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) recuerdan a los suplidores DMEPOS que deben estar inscritos en el programa Medicare en cada localidad de su práctica. Cada localidad donde un suplidor DMEPOS realiza su práctica debe tener su propia identificación. Por este motivo, cada localidad debe tener su número de identificación nacional para cada proveedor (NPI) y su propio número de acceso a transacciones del proveedor asignado por Medicare (PTAN). Con la excepción descrita en la “Nota importante” a continuación, habrá una relación uno a uno entre el NPI del suplidor de DMEPOS y su PTAN. El PTAN

es asignado a cada suplidor DMEPOS por the national supplier clearinghouse (cámara nacional de facturación del proveedor, NSC), en el momento en que inscribe al programa Medicare (PTAN ha sido anteriormente conocido como número NSC).

Nota importante: Los proveedores DMEPOS que son el único propietario de un negocio que está en más de una localidad, deben asegurarse de que cada una de estas localidades está registrada en Medicare. Cada localidad tendrá un PTAN asignado en el momento de su inscripción. Sin embargo, al tener un solo propietario, el negocio y su dueño son la misma persona jurídica y por lo tanto tiene solamente un NPI. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-12

Recordatorios de preparación para la licitación competitiva de DMEPOS

El episodio 1 de reoferta del programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros de Medicare (DMEPOS) está pronto por venir.

Verano 2009

- CMS se complace en anunciar el calendario de licitaciones y el calendario de eventos educacionales
- CMS inicia su campaña informativa y educativa sobre licitaciones
- Comienza el período de inscripción del postor 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.

Recordatorios de preparación para la licitación... (continuación)

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 fianza de garantía, 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.

Acreditación del suplidor de DMEPOS y fechas límites del requisito de la fianza de garantía próximo en octubre

Los suplidores pueden escoger terminar voluntariamente su inscripción, si no planean cumplir

Los suplidores de DMEPOS de Medicare, a menos que sean exentos, deben estar acreditados y obtener una fianza de garantía a más tardar el 1 de octubre de 2009, y 2 de octubre de 2009 respectivamente.

Si usted ha decidido no obtener la acreditación o una fianza de garantía cuando sea requerido, usted puede 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 de la solicitud de inscripción de Medicare (CMS-855S). Una vez completada, usted debe firmar, fecha y enviar la solicitud completada al NSC. Al voluntariamente terminar 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 de reinscribirse en Medicare por al menos un año después de la fecha de revocación.

Los suplidores que no planean mantenerse inscritos en Medicare son altamente 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 garantías, vaya a <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll> . Las preguntas frecuentes (FAQ) de los requisitos de fianza de garantía pueden ser encontradas en la página de FAQ de NSC en <http://www.palmettogba.com/nsc> .

Tome acción ahora para prepararse para el programa de licitación competitiva de DMEPOS de Medicare

Un artículo de educación de edición especial de MLN Matters identificando los pasos que los suplidores deben tomar en preparación para el Programa de Licitación Competitiva para asegurar el éxito de la inscripción del postor está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0915.pdf> .. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-13

Abierta la inscripción para suplidores interesados en la licitación competitiva de DMEPOS

La inscripción está ahora abierta y disponible a todos los suplidores interesados en participar en el episodio 1 de relicitación del Programa de Licitación Competitiva de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros (DMEPOS). Los suplidores interesados pueden enviar sus licitaciones usando una solicitud en línea. Para ayudar a asegurar la seguridad en la licitación y privacidad, los suplidores deben inscribirse primero para obtener un ID de usuario y contraseña. Solamente los suplidores que tienen un ID de usuario y contraseña serán capaces de usar el sistema de licitación en línea; los suplidores que no se inscriban no serán capaces de licitar.

Si usted es un suplidor interesado en licitar, inscribese ahora -- no espere. Designe un oficial autorizado (AO) listado en el formulario de inscripción CMS-855S para que actúe como su AO para propósitos de inscripción. El AO debe inscribirse primero y debe aprobar otras solicitudes del empleado del suplidor. El ID de usuario y contraseña del AO serán enviados por correo y deben ser entregados dentro de 10 días después de una inscripción exitosa. Después que un AO se inscribe exitosamente, el AO puede designar otros empleados del suplidor para servir como oficiales de respaldo autorizado (BAO) y/o usuario final (EU). Los BAO y EU deben inscribirse para ser capaces de usar el sistema de licitación en línea. Los nombres legales, fechas de nacimiento, y SSN de todos los usuarios deben concordar con la información en archivo en la Administración del Seguro Social.

Aconsejamos con insistencia que todos los AO se inscriban a más tardar el 14 de septiembre de 2009, para asegurar que los BAO y EU tengan tiempo de inscribirse antes que la licitación comience. Recomendamos que los BAO se inscriban a más tardar el 9 de octubre de 2009, para que ellos sean capaces de asistir a los AO con la aprobación de la inscripción de EU. La inscripción cerrará el 4 de noviembre de 2009 a las 9:00 p.m. (ET); ningún AO, BAO, o EU puede inscribirse después que cierre la inscripción.

Para inscribirse, vaya al sitio Web del Contratista de Implementación de Licitación Competitiva (CBIC) al <http://www.dmecompetitivebid.com>. Por favor revise el IACS Reference Guide para instrucciones de inscripción paso a paso. El sitio Web de CBIC también tiene las siguientes herramientas útiles: una lista de cotejo de inscripción, guías de paso veloz, y preguntas frecuentes. Todos los suplidores interesados en la licitación son aconsejados en se suscriban para actualizaciones por e-mail en la página de inicio del sitio Web de CBIC.

Nos gustaría recordarles a todos los suplidores interesados en licitar que estaremos presentando la primera conferencia de licitadores en una serie de ocho foros especiales de puertas abiertas (ODF) para el episodio 1 de relicitación del Programa de Licitación Competitiva de DMEPOS el 19 de agosto de 2009, de 2:00-3:00 p.m. (ET). Este ODF especial proveerá una perspectiva general de que esperar durante el periodo de educación del licitador y proveerá a los suplidores con una explicación paso a paso del proceso de inscripción. En adición, problemas comunes de inscripción serán identificados en el episodio 1 original del Programa de Licitación Competitiva de DMEPOS, y serán discutidos los refinamientos al sistema de licitación. La presentación en PowerPoint para la conferencia, junto con información de cómo participar, puede ser encontrada en el sitio Web de CBIC.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre el proceso de inscripción, contacte el CBIC del Centro de Servicio al Cliente al 1-877-577-5331. Para información sobre las áreas de licitación competitiva y las categorías de productos incluidos en el episodio 1 de relicitación, como también materiales de educación del licitador, visite el sitio Web de CBIC en <http://www.dmecompetitivebid.com>.

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

Fuente: CMS PERL 200908-19

Áreas y categorías de productos en licitación DMEPOS

Áreas y categorías de productos incluidas en la primera vuelta de re-licitación del Programa de las Propuestas Competitivas de DMEPOS durante el año calendario (CY) 2009

Número de *MLN Matters*: MM6571

Número de petición de cambio relacionado: 6571

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

Fecha de efectividad: 3 de agosto de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R527OTN

Fecha de implementación: 3 de septiembre de 2009

Resumen

Este artículo identifica las nueve áreas estadísticas metropolitanas (MSA) así como las categorías de productos en las cuales la primera vuelta de re-licitación de las propuestas competitivas de DMEPOS, se llevarán a cabo el año calendario (CY) 2009, de acuerdo a la sección 1847 de la Ley de Seguro Social.

Áreas estadísticas metropolitanas (MSA)

- Cincinnati -- Middletown (Ohio, Kentucky e Indiana)
- Cleveland -- Elyria -- Mentor (Ohio)
- Charlotte -- Gastonia -- Concord (North Carolina y South Carolina)
- Dallas -- Fort Worth -- Arlington (Texas)
- Kansas City (Missouri y Kansas)
- Miami -- Fort Lauderdale -- Miami Beach (Florida)
- Orlando (Florida)
- Pittsburgh (Pennsylvania)
- Riverside -- San Bernardino -- Ontario (California)

Categorías de productos

- Equipos y suministros de oxígeno
- Sillas de rueda y scooters a motor estándar y sus accesorios correspondientes
- Sillas de rueda a motor complejas de rehabilitación y sus accesorios correspondientes (grupo 2)
- Suministros por correo para enfermos de diabetes
- Equipo y suministros de nutrientes completos
- Dispositivos de ayuda respiratoria (RAD), presión de aire positiva continua (CPAP) y sus accesorios y suministros correspondientes
- Camas de hospital y sus accesorios correspondientes
- Andadores y sus accesorios correspondientes
- Superficies de apoyo (colchones y cobertores de grupo 2) en Miami

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6571.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6571, 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/R527OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 527, CR 6571

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

Entérese primero: Suscríbese a *eNews* de FCSO

Uno de los secretos de obtener el éxito como proveedor de Medicare es el acceso a la información correcta en el tiempo correcto. Suscríbese a *eNews* de First Coast Service Options (FCSO) y usted será de los primeros en aprender las últimas noticias de Medicare y cambios críticos del programa que afectan a la comunidad de proveedores. Suscríbese a tantas listas como desee, en inglés o español, y modifique su suscripción para que se ajuste a sus necesidades específicas -- línea de negocio, especialidad, o tema de interés. Permita que *eNews* de FCSO sea su primera fuente de noticias de Medicare: Inscríbese hoy.

Estándares de conformidad de inventario

Número de *MLN Matters*: MM6528

Número de petición de cambio relacionado: 6528

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

Fecha de efectividad: 8 de septiembre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R300PI

Fecha de implementación: 1 de marzo de 2010

Resumen

Los suplidores inscritos en equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) son permitidos que mantengan un inventario en un lugar de práctica que sea propiedad del médico o profesional de la salud para el propósito de la distribución DMEPOS cuando las condiciones específicas son cumplidas por el suplidor de DMEPOS y verificadas por la casa de facturación del suplidor nacional del contratista administrativo de Medicare (NSC-MAC).

El NSC-MAC verificará que no más de un suplidor inscrito de DMEPOS sea inscrito y/o localizado en el mismo lugar de práctica.

Nota: Esta prohibición no existe para uno o más médicos inscritos como suplidores de DMEPOS en el mismo lugar físico. Un lugar de práctica debe tener una entrada y dirección postal separada, reconocida por el Servicio Postal de los Estados Unidos.

El personal de servicio al cliente de NSC-MAC responderá a las preguntas directas del proveedor y/o suplidor concierne a la conformidad con esta póliza. La responsabilidad para determinar conformidad con estas provisiones es la responsabilidad del suplidor DMEPOS, médico, o profesional de la salud.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6528.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6528, 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/R300PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 300, CR 6528

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

Entérese primero: Suscríbase a *eNews* de FCSO

Uno de los secretos de obtener el éxito como proveedor de Medicare es el acceso a la información correcta en el tiempo correcto. Suscríbase a *eNews* de First Coast Service Options (FCSO) y usted será de los primeros en aprender las últimas noticias de Medicare y cambios críticos del programa que afectan a la comunidad de proveedores. Suscríbase a tantas listas como desee, en inglés o español, y modifique su suscripción para que se ajuste a sus necesidades específicas -- línea de negocio, especialidad, o tema de interés. Permita que *eNews* de FCSO sea su primera fuente de noticias de Medicare: Inscríbase hoy.

SERVICIOS DE HOSPITAL

Retraso temporal de pago por servicios de salud para hemofilia

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han notificado a los contratistas de Medicare de un problema operacional del sistema que envuelva las reclamaciones del paciente hospitalizado que contienen servicios de hemofilia donde el pago añadido no es calculado correctamente. Una emisión del sistema de emergencia para corregir este obstáculo está programada para el 7 de septiembre de 2009, y First Coast Service Options Inc. (FCSO) identificará las reclamaciones afectadas y las ajustará como sea debido.

Los proveedores que factura para servicios de hemofilia bajo los siguientes criterios pueden esperar una interrupción temporera en el pago:

- Tipo de factura 11x
- Informe de las fechas anteriores al 1 de julio de 2009
- Informe de fechas iguales o más avanzadas del 1 de julio de 2009

- Código de ingreso 636
- Códigos de diagnóstico de 286.0, 286.1, 286.2, 286.3, 286.4, 286.5 o 286.7
- Código HCPCS afectado: J7186, J7187, J7189, J7190, J7190, J7192, J7193, J7194, J7195, J7197, y J7198
- Proveedor de pago prospectivo = Y

Ninguna acción es requerida por parte de los proveedores

FCSO realizará ajustes y reprocesará las reclamaciones afectadas para ubicar el pago correcto para servicios de hemofilia procesados entre el 6 de julio de 2009 y el 6 de septiembre de 2009. ❖

Fuente: CMS JSM 09387, 10 de agosto de 2009

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

Número de *MLN Matters*: MM6461 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6461
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de julio de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1780CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

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

- Incluye costos de operaciones del paciente hospitalizado y relación al capital (incluyendo servicios auxiliares y de rutina); pero
- Excluye algunos costos transferibles (i.e., deuda irrecuperable, y educación médica graduada).

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) exige la actualización de IPF PPS anualmente. El índice anual de actualización es efectivo el 1 de julio al 30 de junio de cada año, y el grupo de severidad de diagnóstico

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.

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

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6461, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1780CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1780, CR 6461

Actualización de FY 2010 de pagos a hospital para enfermos terminales Actualización de FY 2010 de tasas de pago, pago máximo, índice de salarios, y PRICER para hospital para enfermos terminales

Número de *MLN Matters*: MM6606

Número de petición de cambio relacionado: 6606

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de agosto de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1796CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Los Centros de Servicios Medicare & Medicaid (CMS) están actualizando los pagos por servicios, el agregado a la cantidad de pago máximo y el índice de salario anual de hospital para enfermos terminales.

- La ley de seguridad social estipula que los pagos por servicios de hospital para enfermos terminales durante cada año fiscal después del año fiscal 2002 se incrementará de acuerdo al índice de precios al consumidor correspondiente a ese año fiscal
- El agregado a la cantidad máxima de pago de hospital para enfermos terminales aumenta o disminuye para años contables posteriores a 1984 el mismo porcentaje de aumento o disminución que la categoría gastos médicos del índice de precios al consumidor urbano

El índice de salarios de hospital para enfermos terminales se actualiza anualmente de acuerdo a recomendaciones hechas por un comité asesor de recomendación de reglamentaciones tal como se publica en el Federal Register.

Las tasas de pago FY 2010 de hospital para enfermos terminales serán iguales a las de FY 2009 incrementadas en 2.1 puntos porcentuales, lo que corresponde al porcentaje de incremento de precios del mercado pronosticado para FY 2010. Las tasas de pago de FY 2010 estarán vigentes para

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

los pagos de cuidados y servicios prestados desde el 1 de octubre de 2009 hasta el 30 de septiembre de 2010.

El último límite máximo de pago para hospital para enfermos terminales para el año que termina el 31 de octubre de 2009 es de \$23,014.50.

La determinación final sobre el índice de salarios de hospital para enfermos terminales, será efectiva el 1 de octubre de 2009. El índice de salarios y las tasas de pago serán incorporadas al PRICER de hospital para enfermos terminales y enviada a los intermediarios en la publicación siguiente de las determinaciones finales del índice de salarios.

Recordatorio importante: Se aconseja a los proveedores de hospital para enfermos terminales, que fraccionen sus reclamaciones cuando las fechas de servicios se extienden por años fiscales separados (por ejemplo reclamaciones por servicios en septiembre y octubre). Si no se divide estas reclamaciones, todos los servicios serán pagados con la tasa de FY 2009 y su contratista de Medicare no hará los ajustes subsecuentes por tales reclamaciones pagadas totalmente según las tasas de 2009.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6606.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6606, 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/R1796CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1796, CR 6606

Entérese primero: Suscríbese a *eNews* de FCSO

Uno de los secretos de obtener el éxito como proveedor de Medicare es el acceso a la información correcta en el tiempo correcto. Suscríbese a *eNews* de First Coast Service Options (FCSO) y usted será de los primeros en aprender las últimas noticias de Medicare y cambios críticos del programa que afectan a la comunidad de proveedores. Suscríbese a tantas listas como desee, en inglés o español, y modifique su suscripción para que se ajuste a sus necesidades específicas -- línea de negocio, especialidad, o tema de interés. Permita que *eNews* de FCSO sea su primera fuente de noticias de Medicare: Inscríbese hoy.

Actualizaciones de póliza y pago para centros de rehabilitación del paciente hospitalizado

Nueva regla clarifica y fortalece la selección del paciente y requisitos del cuidado

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla final que actualiza el índice de pago para el año fiscal 2010 del centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF) y adopta un nuevo marco reglamentario que clarifica el criterio de cobertura (incluyendo las provisiones concernientes a la selección y cuidado del paciente) para los IRF que será efectiva el 1 de enero de 2010. La regla final aplica a más de 200 IRF independientes y solo bajo 1,000 unidades de IRF en hospitales del cuidado crítico y, excepto que se especifique de otra forma, es efectivo para dadas de alta ocurriendo el 1 de octubre de 2009 en adelante.

Las provisiones del criterio de cobertura tienen la intención de asegurar que los beneficiarios de Medicare que necesitan servicios de rehabilitación intensivos provistos en los IRF continúen teniendo acceso al cuidado de salud de alta calidad. La fecha de efectividad del 1 de enero de 2010 para estas provisiones proveerá tiempo para que los centros cambien sus operaciones como sea necesario para cumplir con la reglamentación final. El nuevo esquema reglamentario reemplazará las pólizas anteriores, incluyendo aquellas contenidas en HCFAR 85-2-1 (a 1985 decisión que fue emitida por CMS, entonces llamado Health Care Financing Administration). CMS planea emitir un aviso en el Federal Register que rescindiré HCFAR 85-2-1, efectivo el 1 de enero de 2010. CMS también planea bosquejar una nueva guía concerniente a los nuevos criterios de cobertura que colocará en el Medicare Benefit Policy Manual (MBPM). Como fue enmendado, el MBPM proveerá una guía detallada de la póliza concerniente a las interpretaciones de CMS de las reglamentaciones del criterio de cobertura adoptado bajo esta regla.

Para ver el comunicado de prensa completo, visite el sitio Web de CMS en http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-01

Cambios y pagos de póliza de hospitalización en hospitales del cuidado intensivo y largo plazo

Regla final no reducirá el índice de pacientes hospitalizados 2010 para hospitales del cuidado intensivo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron que los hospitales del cuidado intensivo recibirán una actualización de inflación en sus índices de pago del 2.1 por ciento en el año fiscal 2010. Temprano este año, CMS había propuesto reducir los pagos para cubrir el efecto de incrementos en pagos agregados debido a cambios en prácticas de codificación de hospital que no reflejan incrementos en la severidad de la enfermedad del paciente.

La actualización fue incluida en una regla final hacedor de cambios de póliza estableciendo índices de pago para servicios de hospitalización en hospitales generales del cuidado intensivo cobrados bajo el sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS), como también hospitales del cuidado a largo plazo (LTCH) cobrados bajo el LTCH PPS. Los cambios serán efectivos comenzando con las dadas de alta el 1 de octubre de 2009 en adelante.

Para ver el comunicado de prensa completo, visite el sitio Web de CMS en http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-01

HOSPITALES DE CUIDADO CRÍTICO

Pago de procedimientos bilaterales en un método II de hospital de cuidado crítico

Número de *MLN Matters*: MM6526
 Número de petición de cambio relacionado: 6526
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de marzo de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: 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.

Pago para co-cirujanos en un hospital de cuidado crítico -- método II

Número de *MLN Matters*: MM6319 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6319
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de julio de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2008
 Número de transmisión de CR relacionado: R1781CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

Resumen

Cuando los derechos de facturación son reasignados al método II de hospital de cuidado crítico (CAH), el pago es hecho al CAH para los servicios profesionales (códigos de ingresos (RC) 96x, 97x o 98x). Bajo algunas circunstancias, las destrezas de dos cirujanos (cada uno en una especialidad diferente) son requeridas para realizar cirugía en el mismo paciente durante la misma sesión operativa. Esto puede ser exigido debido a la naturaleza compleja del procedimiento(s) y/o la condición del paciente.

La cirugía conjunta se refiere a un solo procedimiento quirúrgico el cual requiere las destrezas de dos cirujanos, cada uno en una especialidad diferente, realizado partes del mismo procedimiento simultáneamente. Esto no es siempre

cirugía conjunta cuando dos doctores realizan cirugía en el mismo paciente durante la misma sesión operativa. La cirugía conjunta ha sido realizada si el procedimiento(s) realizado es parte de y sería facturado bajo un solo código de procedimiento.

Medicare usa los indicadores de póliza de pago en la base de datos de tarifas fijas para médicos de Medicare (MPFSDB) para determinar si los servicios de cirugía conjunta son razonables y necesarios para código específico de un sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud/terminología de procedimiento actual (HCPCS/CPT).

La petición de cambio (CR) 6319 implementa la reducción en pago para servicios de cirugía conjunta.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6319.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6319, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC

Pago para co-cirujanos... (continuación)

está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1781CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1781, CR 6319

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.

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

Número de *MLN Matters*: MM6395 Modificado

Número de petición de cambio relacionado: 6395

Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de julio de 2009

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1782CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2009

This article was previously published in May

Resumen

Como es mandado por la Sección 148 de la Ley de Mejoras para Pacientes y Proveedores de Medicare (MIPPA), efectivo para servicios prestados el 1 de julio de 2009 en adelante, un hospital de cuidado crítico (CAH) será pagado 101 por ciento del costo razonable para pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico del cuidado ambulatorio aun si el paciente para quien estos servicios son facturados no estaba físicamente presente en el CAH a la hora que el espécimen fue recogido. En tales casos, el CAH recibirá 101 por ciento del costo razonable para las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico del cuidado ambulatorio siempre y cuando el paciente sea ambulatorio del CAH y esté recibiendo servicios directamente del CAH. Para propósitos de la sección 148, el paciente está considerado como que recibe servicios directamente del CAH si cualquiera de las siguientes calificaciones es cumplida:

- 1) El paciente recibe servicios del cuidado ambulatorio en el CAH en el mismo día que el espécimen es recogido, o

- 2) El espécimen es recogido por un empleado del CAH.

Si el paciente está físicamente presente en el CAH o un centro que está basado en el proveedor al CAH a la hora que el espécimen es recogido, ninguna de las condiciones arriba necesita ser cumplida.

Para propósitos de pago cuando un apaciente es localizado en un SNF y el empleado del CAH va al SNF para recoger un espécimen, el CAH solamente recibirá pago de 101 por ciento del costo razonable una vez que los días del paciente de Medicare Parte A hayan expirado. Antes de que los días del paciente de Parte A expiren, el pago para el recogido del espécimen de laboratorio en centro de enfermería especializada (SNF) es incluido en el paquete de pago del SNF.

Para los que no son pacientes, las pruebas aun serán facturadas en el tipo de factura (TOB) 14x y tales reclamaciones serán cobradas basadas en las tarifas fijas del laboratorio clínico.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6395, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1782CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1782, CR 6395

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.

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Hoja informativa revisada para el sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada

La hoja informativa revisada del sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada (agosto 2009), la cual provee los elementos del sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada, está ahora 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/snfprospaymtfctst.pdf>.

¡Visite *Medicare Learning Network* -- es gratis! ❖

Fuente: CMS PERL 200908-21

Índices de pago para centros de enfermería especializada de Medicare Caso mezclado de ajuste recalibrado

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron ajustes a los índices de pago para el año fiscal (FY) 2010 para reflejar mejor el costo del cuidado para beneficiarios de Medicare en casas de enfermería.

La regla final requiere que los pagos a centros de enfermería especializada de Medicare sean reducidos a \$360 millones, o 1.1 por ciento más bajo que los pagos para el FY 2009. Este ajuste a los pagos de centros de enfermería es un esfuerzo para rebalancear un ajuste más temprano a los índices de caso mezclado (CMI) y alinear mejor los pagos de Medicare con costos.

Para ver el comunicado de prensa completo, visite el sitio Web de CMS en http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-01

INTERÉS GENERAL

Actualización de códigos de puntos de origen a UB-04 (CMS-1450) lista de manual de códigos

Número de *MLN Matters*: MM6478

Número de petición de cambio relacionado: 6478

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1775CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Los códigos de punto de origen (anteriormente la fuente de admisión) listados abajo fueron creados por la National Uniform Billing Committee (NUBC) y deberían ser usados, cuando sea apropiado, en la casilla 15 del formulario UB-04 (CMS-1450) y su equivalente electrónico. Estos códigos serán aceptados por los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare desde el 4 de enero de 2010:

- **E** -- transferencia de centro de cirugía ambulatoria:
 - Paciente hospitalizado:** Este paciente fue admitido a este centro como una transferencia de un centro de cirugía ambulatoria.
 - Paciente ambulatorio:** El paciente fue referido a este centro para servicios del cuidado ambulatorio

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.

o diagnóstico de referencia de un centro de cirugía ambulatoria.

- **F** -- transferencia de un hospicio y está bajo un plan de hospicio de cuidado o inscrito en un programa de hospicio:

Paciente hospitalizado: El paciente fue admitido a este centro como una transferencia de un hospicio.

Paciente ambulatorio: El paciente fue referido a este centro para servicios del cuidado ambulatorio o diagnóstico de referencia de un hospicio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6478.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6478, 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/R1775CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1775, CR 6478

Cambios de IPPS PC y HH PPS PC PRICER 2009**Actualizado el sistema de pagos prospectivos (IPPS) computadora personal (PC) PRICER**

El IPPS PC PRICER para el año fiscal (FY) 2009 ha sido actualizado con los datos del proveedor de abril de 2009. Si usted usa el IPPS PC PRICER, vaya a http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/03_inpatient.asp y descargue la versión FY 2009.6 del PC PRICER, actualizado el 29 de julio de 2009, localizado bajo la sección de Downloads.

Año 2009 lógica del sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar PPS (HH PPS) computadora personal (PC) PRICER

La lógica del HH PPS PC PRICER del año 2009 y los datos del proveedor distribuidos con el HH PPS PC PRICER han sido actualizados en julio de 2009. Si usted usa el HH PPS PC PRICER, vaya a http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/05_HH.asp y descargue las últimas versiones de PC PRICER, localizado bajo la sección de Downloads. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-36

Actualización trimestral del archivo específico del proveedor de julio de 2009

El archivo trimestral específico del proveedor de julio de 2009 (PSF) archivos de datos del **software de análisis Estadístico (SAS)** han sido modificados y están ahora disponibles en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.hhs.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/04_psf_SAS.asp en la sección de “Downloads”. Si usted usa los datos del archivo SAS específico del proveedor, vaya a la página arriba y descargue la última versión del PSF.

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

Los archivos de **texto** PSF trimestrales de julio de 2009 han sido modificados y ahora están disponibles en el sitio Web de CMS en: http://www.cms.hhs.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/03_psf_text.asp en la sección de “Downloads”. Si usted usa los datos del archivo de texto específico del proveedor, vaya a la página arriba y descargue las últimas versiones del PSF.

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

Fuente: CMS PERL 200907-30

Procesamiento modificado de medicamentos para osteoporosis bajo el beneficio de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM6512

Número de petición de cambio relacionado: 6512

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1773CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Medicare cubre medicamentos de osteoporosis inyectables si se cumplen ciertos criterios. Estos criterios incluyen:

- Elegibilidad de cobertura de servicios de salud en el hogar
- Certificación del médico de que el individuo sostuvo una fractura del hueso relacionada a la osteoporosis posmenopáusica
- Certificación del médico de que la mujer paciente no es capaz de aprender las destrezas necesarias para auto administrarse el medicamento o es de otra forma física o mentalmente incapaz de administrar el medicamento, y que su familia o cuidadores no son capaces o no están dispuestos a administrar el medicamento.

Actualmente, el segundo y tercer criterio son reforzados lo más posible por los sistemas de Medicare por modificaciones que requieren que el beneficiario sea mujer y que el código de diagnóstico 733.01 (osteoporosis posmenopáusica) esté presente. Sin embargo, el primer criterio de que el beneficiario debe ser cubierto bajo el beneficio de salud en el hogar es solo parcialmente observado. Si una reclamación de osteoporosis es recibida y un episodio de cuidado

de salud en el hogar está en archivo, Medicare exige que el número del proveedor de la agencia de salud en el hogar que envía la reclamación de osteoporosis deba ser el mismo del número del proveedor en el episodio del historial. La petición de cambio 6512 modifica los sistemas de Medicare observar completamente este criterio al requerir que la fecha de servicio para un medicamento inyectable de osteoporosis en una reclamación de salud en el hogar caiga dentro de las fechas de comienzo y terminación de un episodio de salud en el hogar existente la reclamación contiene:

- Tipo de factura 34x
- Códigos HCPCS J0630, J3110 o J3490
- Cargos cubiertos correspondientes a estos códigos HCPCS.

Las reclamaciones que no cumplan con estos criterios para cobertura serán rechazadas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6512.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6512, 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/R1773CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1773, CR 6512

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 del año calendario 2009 del HH PPS PC PRICER

Se necesita PPS (HH PPS) PC PRICER del año calendario (CY) 2009 para volver al nivel anterior de publicación relativa a salud en el hogar. Sin embargo, los datos del proveedor distribuidos por medio de HH PPS PC PRICER, han sido actualizados en agosto de 2009. Esto se encuentra disponible en la página de Internet http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/05_HH.asp, en la sección Downloads. Si usted utiliza HH PPS PC PRICER, vaya a la página y descargue la última versión (que es la versión previa) de PC PRICER.

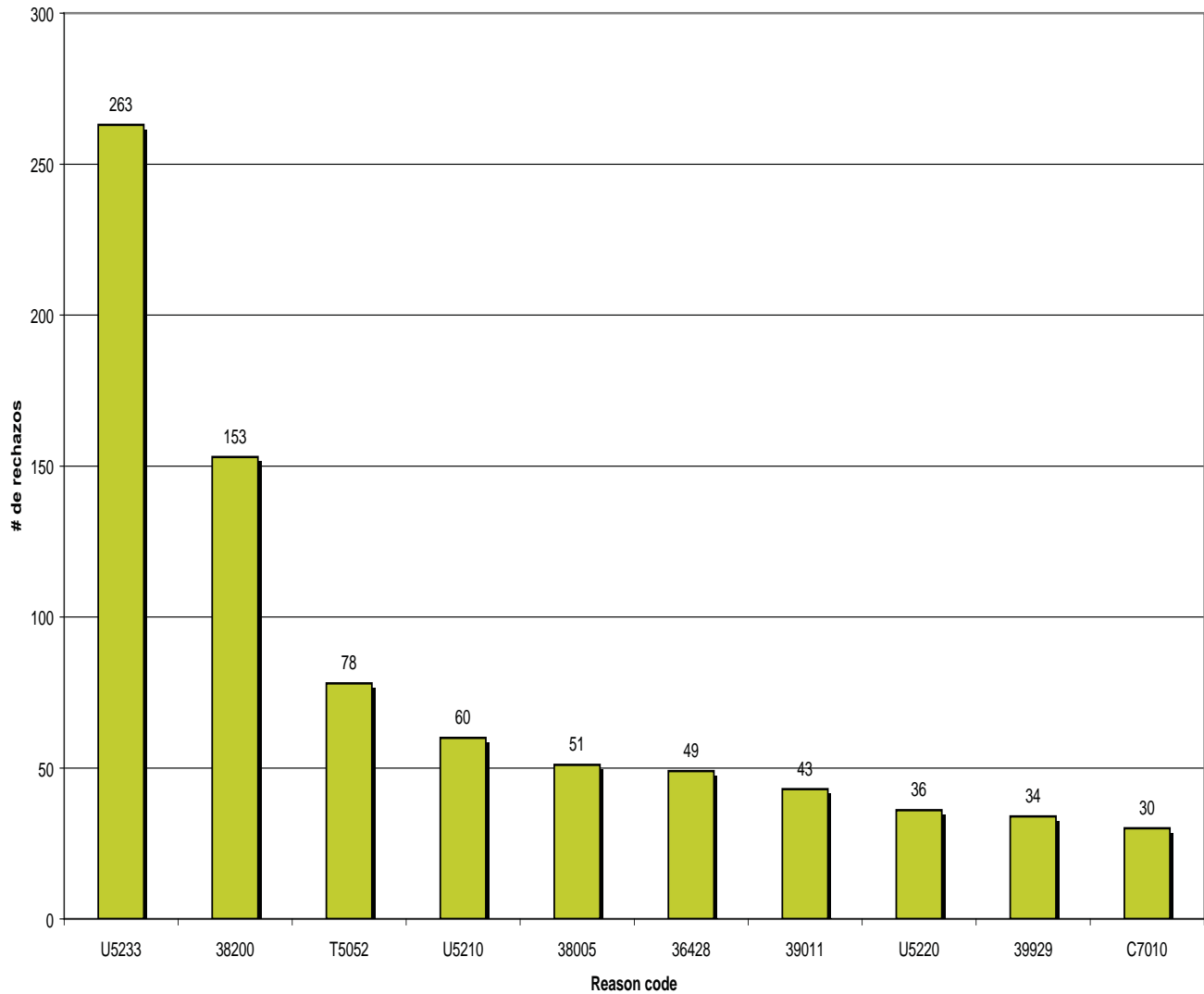
Nota: Si tiene problemas en acceder cualquier hyperlink de este mensaje, copie y pegue el URL en su Internet browser (buscador de Internet).. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-24

Las más frecuentes preguntas, denegaciones y reclamaciones devueltas como improcesables, en julio de 2009

El gráfico a continuación muestra las más frecuentes preguntas, denegaciones y reclamaciones devueltas como improcesables (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante el mes de julio de 2009. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet http://medicare.fcso.com/Inquiries_and_denials/index.asp.

Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en julio de 2009



DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

LCD Nuevas

A77371: Radiocirugía y terapia de radiación.....	32
A90862: Fármacos para servicios psiquiátricos.....	32

Modificaciones a LCD existentes

A77301: Terapia de radiación modulada (IMRT).....	33
A62263: Lisis percutánea de adhesiones epidurales.....	34
AOOS: Observación del cuidado ambulatorio.....	34
A11000: Servicios de desbridamiento.....	35
A51784: Manometría anorectal y EMG.....	35
ATHERSVCS: Servicios de terapia y rehabilitación.....	36

Notificación anticipada al beneficiario

- **El modificador GZ** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **no tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.
- **El modificador GA** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.
- Debe añadirse el **modificador GA o GZ** al servicio facturado de todas aquellas reclamaciones que no son consideradas una necesidad médica en una determinación local de cobertura (LCD).

Nuevas LCD

A77371: Radio-cirugía y terapia de radiación corporal estéreo-tácticas -- nueva LCD

Número de identificación de LCD: L30364 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La radio-cirugía estéreo-táctica (SRS) y terapia de radiación corporal estéreo-táctica (SBRT) son métodos no-invasivos de administrar altas dosis de radioterapia a discretos tumores foci en localizaciones craneales o extra craneales respectivamente. Las dos formas de tratamiento comparten ciertos principios globales, a saber, el uso de guía por imagen y tecnología en relación al tratamiento seguido para escalar la dosis de radiación al tumor con las menor dosis de radiación posible a los tejidos circundantes. Ambos métodos son llevados a cabo mediante técnicas “estéreo-tácticas”, lo que implica que marcadores de referencia fiduciaria sirven para alinear la máquina de tratamiento de manera tal que la lesión interna es enfocada de manera precisa, sin embargo, emergen notables diferencias en aplicaciones clínicas, dada la vasta diferencia anatómica y las consideraciones clínicas entre lesiones de objeto craneal y extra craneal.

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

FLCD activas de Florida Parte A, por orden de título

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

y/o necesidad médica, requisitos de documentación y disposiciones de utilización para radio-cirugía estéreo-táctica (SRS) y terapia de radiación corporal estéreo-táctica (SBRT).

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD es válida para servicios prestados a **partir del 5 de octubre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS.

Instrucciones de codificación de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section... (vaya a la sección...),” en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (muestre documentos que estarán vigentes a futuro)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

A90862: Nueva LCD -- Control de fármacos para control de servicios psiquiátricos

Número de LCD: L30345 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El código CPT 90862 representa control de fármacos y está destinado a ser usado por médicos o enfermeras calificadas con maestría con privilegio de prescripción autorizado por el estado y que prescriben terapia farmacológica a pacientes con desórdenes psiquiátricos. El control de fármacos incluye evaluación, monitoreo y prescripción de medicinas farmacéuticas de psiquiatría e incluyen solamente un mínimo de psicoterapia. Este código CPT deberá ser reportado solamente cuando el profesional clínico calificado esté haciendo una evaluación y monitoreo completos de medicinas farmacéuticas de psiquiatría y está coordinando personalmente las decisiones médicas junto con el paciente en un encuentro personal.

El código HCPCS M0064 se refiere a monitoreo o cambios de medicinas farmacéuticas de psiquiatría y está destinado a ser usado por médicos, médicos asistentes o enfermeras registradas calificadas y con conocimientos psiquiátricos y actuando dentro del ámbito de esta práctica médica durante un encuentro personal con el paciente, sin que se le preste ninguna clase de psicoterapia.

FLCD activas de Florida Parte A, por orden de título

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

La determinación local de cobertura (LCD) incluye indicaciones y limitaciones, tales como los códigos ICD-9-CM que apoyan la existencia de una necesidad médica, además de requisitos de documentación que proveen información de cobertura por medicinas farmacéuticas de psiquiatría. Estos servicios son considerados médicamente razonables y necesarios cuando se utilizan para control de medicinas farmacéuticas de psiquiatría.

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD será efectiva para servicios prestados a **partir del 30 de septiembre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc., están disponibles en la base de datos de cobertura de Medicare de CMS. Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) pueden encontrarse seleccionando “LCD Attachments (anexos)” en la sección “Jump to Section... (salte a)” en el menú desplegable en la parte superior de la página de la LCD. Para las LCD con una futura fecha de vigencia, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (mostrar documentos vigentes en el futuro)” en la parte superior de la lista de la página de LCD.

Modificaciones a LCD existentes

A77301: Intensidad de terapia de radiación modulada (IMRT) -- modificación de LCD

Número de identificación de LCD: L28892 (Florida)

Número de identificación de LCD: L28914 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para Intensidad de terapia de radiación modulada (IMRT) ha estado en vigencia para servicios prestados a partir del 16 de febrero 2009, para Florida y a partir del 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 en las secciones siguientes:

- Las modificaciones en la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)” de la LCD incluyen lo siguiente:
 - Declaraciones agregadas para especificar que las indicaciones incluirán algunos tumores al seno izquierdo, debido al riesgo por la cercanía a estructuras inmediatamente adyacentes del cardíacas y del pericardio, además de casos seleccionados del seno derecho, en mayores volúmenes de pecho y mayor separación de las paredes pectorales.
 - Se ha agregado las siguientes nuevas secciones a la LCD, bajo el título de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)”:
 - Verificación del Tratamiento IMRT Específico del Paciente
 - Uso de Planificación del Tratamiento Clínico en IMRT (códigos CPT 77261-77263) Antes del Plan Específico de Tratamiento IMRT (código CPT 77301)
 - Uso de Establecimiento de Estimulación Inducida en IMRT (códigos CPT 77280-77295)
 - Uso de Plan de Intensidad de Radioterapia Modulada (código CPT 77301), incluyendo histogramas de volumen de dosis para especificaciones de tolerancia parcial de estructura y objetivo crítico
 - Uso de cálculo de dosimetría de radiación básica, cálculo de dosis profunda al eje central, cálculo de lapso TDF, NSD, factor fuera de eje, factores de fallas en homogeneidad, cálculo de superficie de radiación no-ionizada y dosis profunda, tal como es preciso durante el curso del tratamiento, solamente cuando ha sido prescrito por el médico tratante (código CPT 77300) de IMRT
- Uso de Plan Teletherapy Isodose en IMRT (códigos CPT 77305-77321)
- Uso de Plan Brachytherapy Isodose Plan en IMRT (Códigos CPT 77326-77328)
- Uso de Special Dosimetry en IMRT (Código CPT 77331)
- Uso de Dispositivos de Tratamiento (por ejemplo “Blocks”) en IMRT (códigos CPT 77332-77334)
- Uso de Consulta Física Médica Continua en IMRT (Weekly Physics QA: códigos CPT 77336)
- Uso de Consulta Física de Radiación Médica Especial en IMRT (código CPT 77370)
- Uso de Otros Tratamientos de Radiación Entregados el Mismo Día que los de IMRT (códigos CPT 77418, 0073T)
- Control de Tratamiento de Radiación (código CPT 77427)
- Uso de “Procedimiento de Tratamiento Especial” en IMRT (código CPT 77470)
- Códigos de Terapia de Radiación de Imagen Guiada (IGRT) (códigos CPT 76950, 77014, 77421)
- Guía de Rayos-X Estereoscópica (código CPT 77421)
- La sección “Códigos ICD-9 en Apoyo de Necesidad Médica” de la LCD, han sido modificados para prestar cobertura limitada a los códigos CPT 0073T, 77301 y 77418.
- La sección “Requisitos de Documentación” de la LCD ha sido modificada para la inclusión de requisitos referentes a la planeación de tratamiento clínico (códigos CPT 77261-77263), procedimiento de tratamiento especial (código CPT 77470) y supervisión médica (código CPT 77421).
- La sección “Disposiciones de Utilización” de la LCD ha sido modificada para incluir una declaración diciendo que el procedimiento de tratamiento especial (código CPT 77470) no debe ser reportado más de una vez durante el curso de la terapia.
- La sección “Fuentes de Información y Base para tomar decisiones” de la LCD ha sido actualizada.

A77301 Intensidad de la terapia de radiación... (continuación)

Fecha de efectividad

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados **a partir del 5 de octubre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS. Instrucciones de modificaciones de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section... (vaya a la sección...)” en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (muestre documentos que estarán vigentes a futuro)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

LCD activas Parte A de Florida, por orden de título

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

A62263: -- Modificación de LCD -- Lisis percutánea de adhesiones epidurales

Número de identificación de LCD: L28948 (Florida)

Número de identificación de LCD: L28969 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para lisis percutánea de adhesiones epidurales ha sido puesta en vigencia en Florida a partir del 16 de febrero de 2009 y en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, a partir del 2 de marzo de 2009. Desde esa fecha, la LCD ha sido modificada para incluir lisis endoscópica de adhesiones epidurales. Adicionalmente, se ha efectuado a la LCD las modificaciones siguientes:

- Cambio de título a Lisis endoscópica y percutánea de adhesiones epidurales
- Actualización de la sección “Sources of Information and Basis for Decision (fuentes de información y bases para una decisión)”
- Actualización de la sección “CPT/HCPCS Code (código)” de manera de incluir el código CPT 64999 para facturación de lisis endoscópico de adhesiones epidurales
- Reglas de codificación modificadas

LCD activas Parte A de Florida, por orden de título

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

- Adición de texto para incluir tratamiento de las regiones de las vértebras torácica y cervical
- Actualización de la sección “Códigos ICD-9 que respaldan la necesidad médica” para incluir códigos ICD-9-CM 722.0, 722.4, 722.81, 722.82, 723.0, 723.4, 724.01, y 724.02

Fecha de efectividad

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados **a partir del 30 de septiembre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc., 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. Para las LCD con una fecha futura de vigencia, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (mostrar documentos de vigencia futura)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

AOOS: Servicios de observación del cuidado ambulatorio -- modificación de la LCD

Número de identificación de la LCD: L28941 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L28962 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios de observación del cuidado ambulatorio fue efectiva para servicios prestados el 16 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 en adelante para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada basado en la petición de cambio (CR) 6561 de CMS, número de transmisión 1767, fechado el 10 de julio de 2009. El descriptor para el código de ingreso 0762 ha sido cambiado a “Observation Hours” (horas de observación).

Fecha de efectividad

Esta revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados **del 10 de agosto de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

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

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

A11000: -- Modificación de LCD -- Servicios de desbridamiento

Número de identificación de LCD: L28774 (Florida)

Número de identificación de LCD: L28776 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios de desbridamiento ha estado en vigencia para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009 para Florida y a partir del 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 en base a recomendaciones de fuentes internas y externas.

Fueron actualizadas/modificadas las siguientes secciones de la LCD:

- En la sección “LCD Title (nombre de LCD)”, el nombre fue cambiado a “wound debridement services (servicios de desbridamiento de herida)”.
- En la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)”, se agregó/quité texto bajo los siguientes subtítulos:
 - “Skin Debridement (desbridamiento de piel. Códigos CPT 11000-11001)”
 - “Surgical Debridement (desbridamiento quirúrgico. Códigos CPT 11040-11044)”.
 - “Active Wound Care Management (control activo de cuidado de la herida)”.
- Se agregó la sección “Limitations (limitaciones)” a la LCD.

- Se actualizó la sección “Documentation Requirements (requisitos de documentación)” de la LCD.
- Se actualizó la sección “Utilization Guidelines (reglas de utilización)” de la LCD, incluyendo clarificación de que todos los códigos y todas las heridas están incluidas, a través del tiempo, en una fecha dada, para úlceras que precisan ser tratadas más de ocho veces.
- Se actualizó la sección “Sources of Information and Basis for Decision (fuentes de información y bases para una decisión)” de la LCD.
- Se actualizó el anexo “Coding Guidelines (reglas de codificación)” de la LCD.
- Se actualizó las secciones “Type of Bill Code (tipo de código de factura)” y “Revenue Codes (códigos de ingresos)”.

Fecha de efectividad

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados **a partir del 30 de septiembre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. 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. Para las LCD con una fecha futura de vigencia, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (mostrar documentos de vigencia futura)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

LCD activas Parte A de Florida, por orden de título

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

A51784: Manometría anorectal y EMG -- modificación de la LCD

Número de identificación de LCD: L28762 (Florida)

Número de identificación de LCD: L28763 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para manometría anorectal y EMG de los esfínteres anal y urinario ha estado vigente para servicios prestados a partir del 16 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 en base al pedido de cambio 6561 de CMS, Transmisión 1767, de fecha 10 de julio de 2009. El descriptor para el código de ingresos 076X ha sido cambiado a “Specialty Services (servicios de la especialidad)”, el código de ingresos 0762 ha sido cambiado a “Observation Hours (horas de observación)” y el código de ingresos 0769 ha sido cambiado a “Other Specialty Services (servicios de otras especialidades)”.

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados **a partir del 10 de agosto de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS. Instrucciones de modificaciones de LCD pueden encontrarse (si las hay), 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.

LCD activas Parte A de Florida, por orden de título

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

ATHERSVCS: Servicios de terapia y rehabilitación -- revisión a la LCD**Número de identificación de la LCD: L28992 (Florida)****Número de identificación de la LCD: L29024(Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios de terapia y rehabilitación fueron revisados por última vez el 6 de abril de 2009. Desde ese tiempo, la sección de “CPT/HCPCS Codes” de la LCD han sido revisados para añadir el código CPT 97755 (Assistive technology assessment (eg, to restore, augment or compensate for existing function, optimize functional tasks and/or maximize environmental accessibility), direct one-on-one contact by provider, with written report, each 15 minutes). Las secciones de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements” de la LCD han sido revisadas para añadir una nueva sección, “Assistive Technology Assessment (código CPT 97755)”.

Fecha de efectividad

Esta revisión de la LCD es efectiva para servicios provistos el **11 de agosto de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

[Lista de las LCD activas de Florida Parte A, por orden de título](#)

[Lista de las LCD activas de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A, por orden de título.](#)

INTERÉS GENERAL

Anuncio para los médicos, actualización de NPPES

Si una institución académica en medicina o universidad obtuvo su identificador nacional del proveedor (NPI) por usted, asegúrese que su historial de plan nacional y sistema de enumeración del proveedor (NPPES) refleje su información actual.

Los proveedores del cuidado de la salud, incluyendo a los médicos, comenzaron a aplicar para NPI el 23 de mayo de 2005. Desde entonces, el NPPES ha asignado cerca de tres millones de NPI. Más de 700,000 NPI han sido asignados a médicos.

Muchos médicos fueron asignados su NPI al momento de su graduación de la escuela de medicina. Frecuentemente, el personal administrativo de los centros académicos en medicina o universidades aplicó para el NPI de los médicos. El personal administrativo manejó acciones similares para sus nuevos médicos y tuvieron, en sus historiales, toda la información que necesitaba ser buscada en la aplicación para un NPI. Algunos de estos NPI pueden haber sido asignados como hasta cuatro años atrás.

Se le exige a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) por reglamentación el hacer disponible al público cierta información sobre los proveedores del cuidado de la salud que está contenida en sus historiales de NPPES. Esta información incluye el nombre, tipo de proveedor (e.g., médico), dirección del lugar de práctica del negocio, dirección de correo del negocio, y número de teléfono del lugar de práctica del negocio. Información públicamente disponible de NPPES puede ser encontrada en el NPI Registry, una base de datos de búsqueda solamente la cual cualquiera puede acceder en la Internet (<https://nppes.cms.hhs.gov/NPPES/NPIRegistryHome.do>), y en un archivo mensual que individuos con la experiencia técnica pueden descargar de la Internet (http://nppesdata.cms.hhs.gov/cms_npi_files.html). Planes de salud, casas de facturación del cuidado de salud, proveedores del cuidado de salud, y otros con una necesidad de saber, puede fácilmente usar el NPI Registry para ver los datos de un proveedor de cuidados de la salud en particular al simplemente ingresar el nombre del proveedor del cuidado de la salud o NPI. El archivo que se puede descargar es usado primariamente por planes de salud y otras organizaciones de la industria de la salud que necesitan información para todos o la mayoría de los proveedores del cuidado de la salud que tienen NPI y que pueden necesitar organizar o de otra forma manipular los datos en el archivo para que se ajuste a las necesidades del negocio.

Muchos de los médicos cuyos centros académicos de medicina o universidades obtienen su NPI por ellos, se han mudado en sus carreras a un nuevo lugar. Muchos no han actualizado su información de NPPES para mostrar las direcciones del lugar de práctica del negocio, direcciones de correo del negocio, o números de teléfono del lugar

de práctica del negocio. Como resultado, la información en el NPI Registry y el archivo para descargar están desactualizados. Los centros académicos de medicina y universidades cuyas direcciones y números de teléfono fueron ingresados en NPPES como los lugares de práctica del negocio, direcciones de correo del negocio, y números de teléfono del lugar de práctica del negocio para los médicos que ellos anteriormente emplearon, están ahora siendo cargados con el recibo de correo y llamadas de teléfono para médicos que no siguen estando allí.

No es la responsabilidad de los centros académicos de medicina o las universidades el continuar la actualización del los historiales de NPPES de los médicos que ya no trabajan para ellos. En la mayoría de los casos, los centros académicos de medicina y universidades no tienen la información actualizada y, por lo tanto, no son capaces de contactar a los médicos para solicitar que ellos actualicen su información de NPPES.

A menos que los médicos tengan un acuerdo en marcha para que otros mantengan su información de NPPES actualizada, los médicos son responsables de asegurar que sus historiales de NPPES contengan información precisa y actualizada.

Algunos de estos médicos pueden haber sido inscritos en planes de salud y pueden estar enviando reclamaciones electrónicamente a planes de salud o conduciendo otras transacciones de salud electrónicas con planes de salud. Estos médicos son "entidades cubiertas" bajo la Ley

de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Como entidades cubiertas, ellos son exigidos por reglamentación que actualicen sus historiales de NPPES dentro de 20 días de cualquier cambio. Aquellos que tienen NPI, pero no conducen transacciones electrónicas de salud con planes de salud, y, por lo tanto, no son entidades cubiertas, son aconsejados que mantengan su información NPPES actualizada.

Recomendamos que todos los proveedores del cuidado de la salud que tienen NPI, no solamente los médicos específicamente descritos arriba, vean sus historiales de NPPES y, si se necesitan correcciones, hagan las actualizaciones pertinentes. Los proveedores del cuidado de la salud que establecieron ID de usuario y contraseñas en NPPES pueden fácilmente acceder sus historiales de NPPES para hacer actualizaciones. Aquellos que no establecieron un ID de usuario y contraseñas pueden hacerlo en cualquier momento. Para asistencia en crear un ID de usuario y contraseñas, o en situaciones donde el ID de usuario o contraseña hayan sido olvidados, los proveedores del cuidado de la salud deben contactar el Enumerador de NPI al 1-800-465-3203. Si ellos prefieren, los proveedores del cuidado de la salud puede solicitar sus actualizaciones al llenar la aplicación en papel de NPI (CMS-10114) y enviar

Recomendamos que todos los proveedores, no solamente los médicos, vean sus historiales de NPPES

Anuncio para los proveedores, actualización de NPPES (continuación)

por correo el formulario completado al enumerador de NPI. Las instrucciones están en el formulario, junto con la dirección del enumerador de NPI. El formulario puede ser descargado de la página Web de los formularios de CMS. (<http://www.cms.hhs.gov/cmsforms>) o uno puede ser obtenido al contactar al enumerador de NPI al número anterior.

Fuente: CMS PERL 200908-05

Actualización trimestral de octubre para modificaciones de la iniciativa de codificación correcta

Número de *MLN Matters*: MM6587

Número de petición de cambio relacionado: 6587

Fecha de emisión de CR relacionado: julio 31 de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1785CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Este artículo provee un recordatorio para los médicos de las actualizaciones trimestrales de las modificaciones de la iniciativa de codificación correcta (CCI). La última emisión trimestral del módulo de edición fue emitida en julio de 2009.

El último paquete de las modificaciones de CCI, versión 15.3, es efectiva el 1 de octubre de 2009, e incluye todas las versiones previas y actualizaciones del 1 de enero de 1996 hasta el presente.

Información adicional sobre CCI, incluyendo las modificaciones de CCI y MEC actual, están disponibles en el sitio Web de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6587.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6587, 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/R1785CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1785, CR 6587

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.

CUIDADOS PARA ENFERMOS TERMINALES

Cambios finales al índice de salario para el beneficio de hospitales para enfermos terminales de Medicare

Los hospitales para enfermos terminales que sirven a los beneficiarios de Medicare verán un incremento del 1.4 por ciento en sus pagos para el año fiscal 2010 de acuerdo a una regulación final emitida por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid.

El incremento en el pago de hospital para enfermos terminales es el resultado neto de un incremento del 2.1 por ciento en la “bolsa del mercado de hospital”, un indicador de los incrementos del precio de introducción, compensado por un 0.7 por ciento de reducción en pagos a hospicios debido a la póliza revisada de CMS para reducir su factor de neutralidad del índice de salario del presupuesto.

Específicamente, la regla final revisa la reducción del factor de ajuste de neutralidad del índice de salario del presupuesto (BNAF) el cual fue hecho final en la regla final del año fiscal (FY) 2009, para ahora ocurrir sobre siete años. Bajo la póliza final de CMS, el ajuste de neutralidad de presupuesto será reducido a un 10 por ciento en FY 2010, y un 15 por ciento cada año del FY 2011 hasta FY 2016.

La regla también adopta la recomendación de Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC) la cual exige que los médicos completen una narrativa sobre la certificación y recertificación describiendo la justificación clínica de la prognosis terminal del paciente. La regla propuesta también buscó comentarios sobre reformas futuras de pago de hospital para enfermos terminales, la metodología de cálculo de la tasa máxima, y en requerir visitas de médicos para evaluar la elegibilidad en pacientes con estancias más largas. CMS considerará los comentarios en análisis futuros.

Esta regla final refleja los esfuerzos continuos de CMS para sustentar el acceso del beneficiario a servicios de hospital para enfermos terminales mientras mantiene una administración financiera responsable de fondo de fideicomiso de Medicare.

Detalles de la regla final

El BNAF está a ser eliminado en siete años, comenzando con una reducción del 10 por ciento en FY 2010, y seguido por un 15 por ciento adicional de reducción en cada uno de los próximos seis años fiscales. La eliminación estará completa en FY 2016. Esta eliminación gradual provee la oportunidad para que CMS considere los efectos de una reducción en pagos en el contexto de reforma de pago de hospital para enfermos terminales, el cual está bajo consideración. El 10 por ciento de reducción al BNAF es parcialmente compensado por el incremento anual en la bolsa del mercado, el cual es 2.1 por ciento para el FY 2010.

Esta regla también hace final un cambio al proceso de certificación del médico, donde los doctores serán exigidos que envíen una narrativa breve sustentando la expectativa de vida del paciente de seis meses o menos.

Un enlace a la regla final, la cual es publicada en Federal Register el 6 de agosto de 2009, está disponible en <http://www.federalregister.gov/inspection.aspx>. ❖

Fuente: CMS PERL 200907-35

EQUIPO MÉDICO

Instrucciones adicionales de procesamiento de reclamación para artículos de DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM6573
 Número de petición de cambio relacionado: 6573
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de agosto de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R531OTN
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 5917 instruyó a los contratistas de Medicare a procesar y pagar reclamaciones para partes de reemplazo, accesorios, y suministros para implantes de protésicos y equipo médico duradero (DME) implantado quirúrgicamente cuando es enviado por suplidores que están inscritos con la casa de facturación del suplidor nacional (NSC) y con su contratista de la Parte B de Medicare/contratista administrativo de Medicare (MAC). La instrucción no está clara sobre la jurisdicción o reglas de pago cuando el beneficiario reside fuera de la jurisdicción del contratista de la Parte B de Medicare/MAC A/B.

El CR 6573 clarifica la jurisdicción del envío de reclamaciones y pólizas de pago para las reclamaciones enviadas bajo las pautas establecidas en CR 5917, cuando

el beneficiario está localizado fuera de la jurisdicción del contratista de la Parte B de Medicare/ MAC A/B. El pago de los artículos de equipo médico duradero, protésico, ortótico, y suministros (DMEPOS) está basado en la cantidad de la tarifa fija para el estado donde el beneficiario mantiene su residencia permanente.

El CR 6573 también hace una corrección a la lista de códigos que puede ser facturada, originalmente incluida como "Attachment A" al CR 5917, con una lista revisada de códigos HCPCS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6573.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6573, 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/R531OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 531, CR 6573

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.

ARTICULO RESCINDIDO

Instrucciones de facturación para componentes profesionales y técnicos prestados en fechas diferentes

Nota: Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid han rescindido la petición de cambio 6457 y el artículo relacionado de *MLN Matters*®. El artículo de *MLN Matters* MM6457 fue publicado en el *Medicare* Al día de Junio de 2009, página 28.

Número de *MLN Matters*: MM6457
 Número de petición de cambio relacionado: 6457
 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

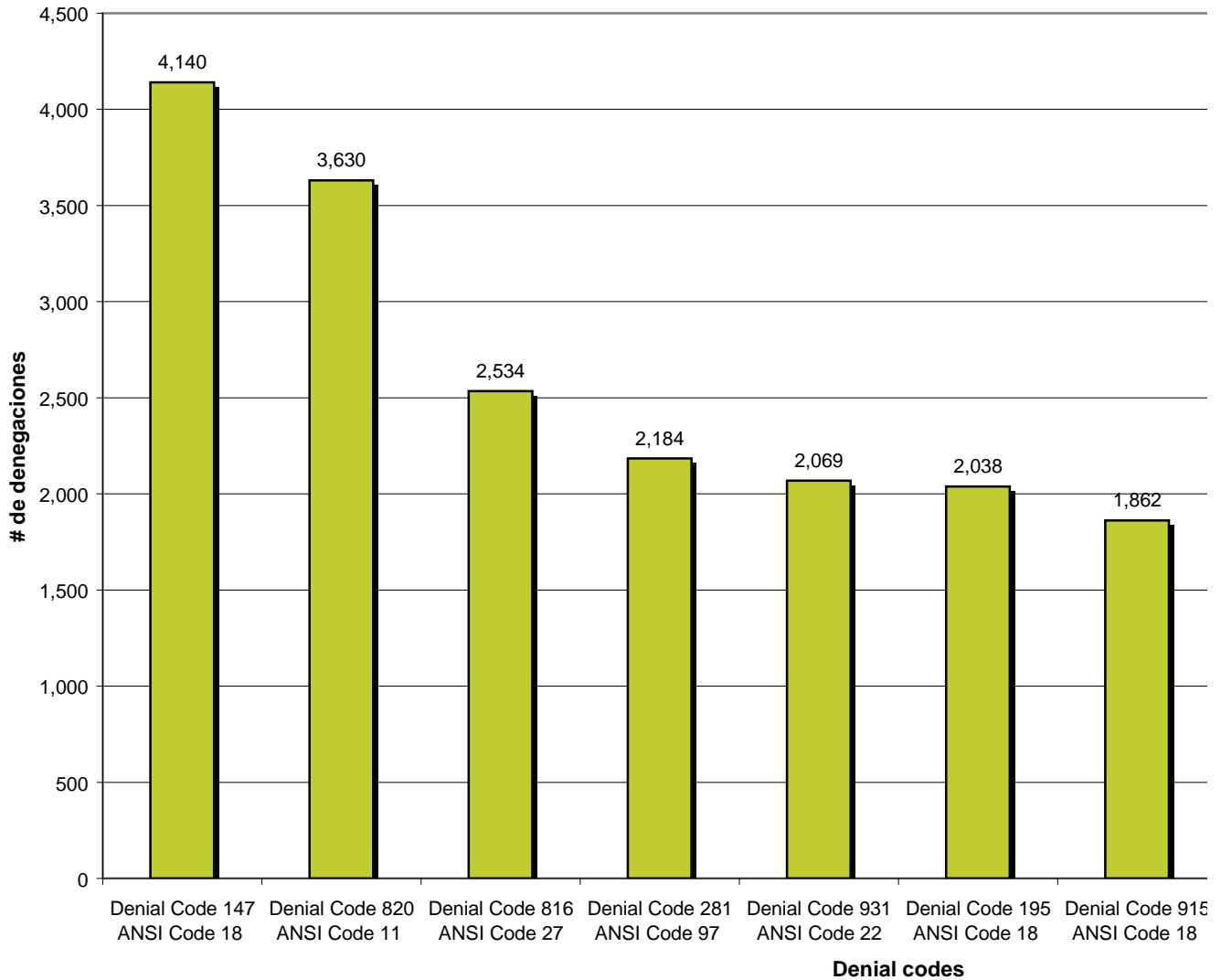
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1744, CR 6457

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.

Las más frecuentes preguntas, denegaciones y reclamaciones devueltas como improcesables, en julio de 2009

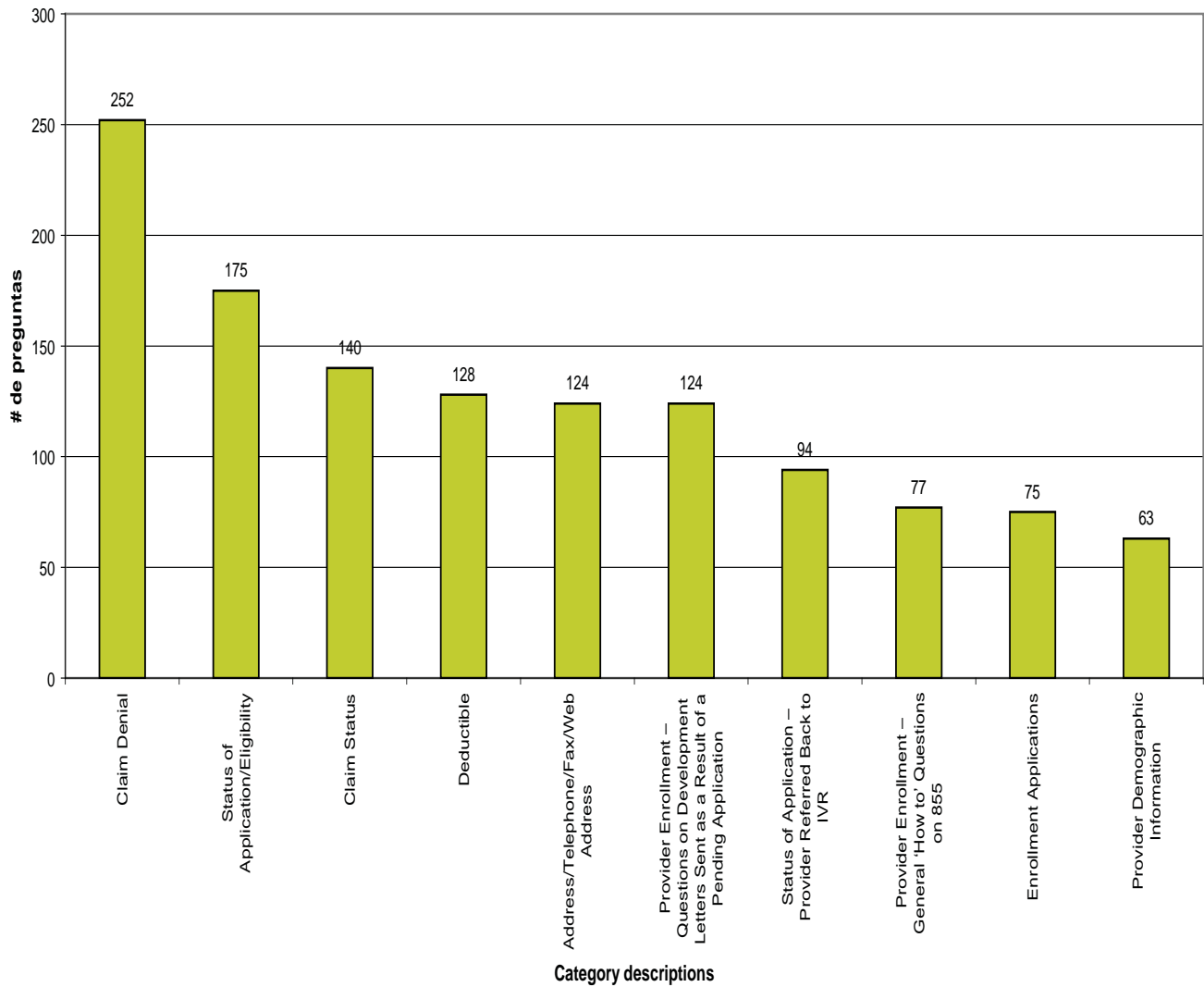
Los gráficos a continuación muestran las más frecuentes preguntas, denegaciones y reclamaciones devueltas como improcesables (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante el mes de julio de 2009. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet http://medicare.fcso.com/Inquiries_and_denials/index.asp.

Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en julio de 2009



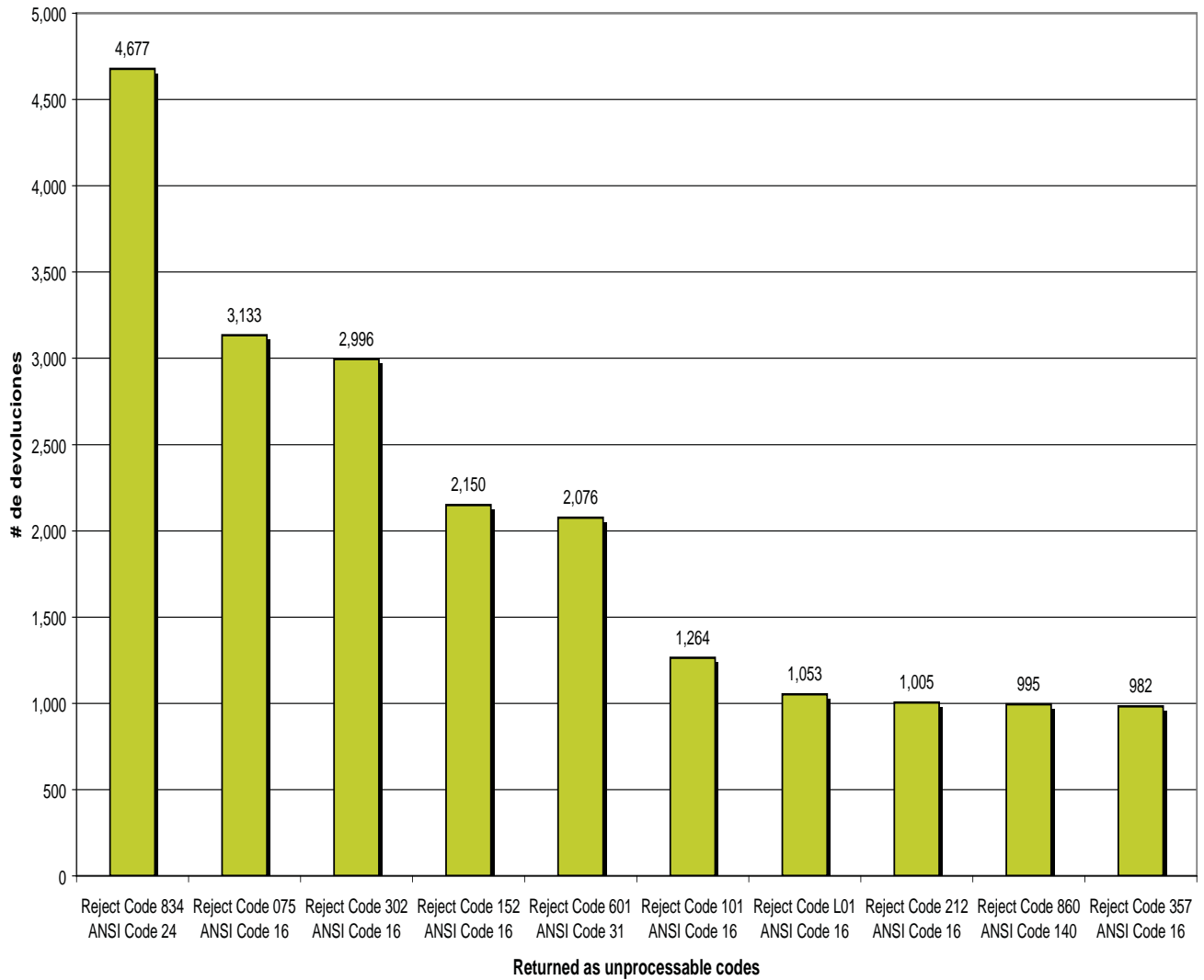
Las más frecuentes preguntas... (continuación)

Preguntas de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en julio de 2009



Las más frecuentes preguntas... (continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en julio de 2009



Determinaciones locales de cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Nuevas LCD

76800: Ultrasonido de la espina dorsal.....	45
77371: Radiocirugía y terapia estereo tácticas.....	45
90862: Fármacos de servicios psiquiátricos.....	46

Modificaciones a LCD existentes

NCSVCS: Servicios sin cobertura de Medicare.....	46
11000: Servicios de desbridamiento.....	47
77301: Terapia de radiación modulada (IMRT).....	47
THERSVCS: Servicios de terapia y rehabilitación.....	48
64622: Destrucción de nervios de articulación paravertebral.....	49
62263: Lisis percutánea de adhesiones epidurales.....	49

Notificación anticipada al beneficiario

- **El modificador GZ** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **no tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.
- **El modificador GA** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.
- Debe añadirse el **modificador GA o GZ** al servicio facturado de todas aquellas reclamaciones que no son consideradas una necesidad médica en una determinación local de cobertura (LCD).

Nuevas LCD

76800: Ultrasonido de la espina -- nueva LCD

Número de identificación de la LCD: L30353 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Imagen de ultrasonido es una modalidad de imagen de diagnóstico que no es invasiva que incluye el exponer una parte del cuerpo a ondas de ultrasonido de alta frecuencia para producir imagen y exámenes Doppler. Las imágenes son capturadas en tiempo real y pueden ilustrar la estructura y movimiento de los órganos internos del cuerpo, y flujo de sangre a través de los vasos sanguíneos.

La determinación local de cobertura (LCD) incluye las indicaciones y limitaciones como también pautas de codificación para proveer la información de cobertura de ultrasonido de la espina. Este servicio es considerado médicamente razonable y necesario cuando es usado intra operativamente en adultos, y en la evaluación de diagnóstico de la medula espinal y canal de recién nacidos e infantes, con un rango de edad desde que nacen hasta los 24 meses.

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **del 30 de septiembre de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

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

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

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

77371: Radio-cirugía y terapia de radiación corporal estereo-tácticas -- nueva LCD

Número de identificación de LCD: L30366 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La radio-cirugía estereo-táctica (SRS) y terapia de radiación corporal estereo-táctica (SBRT) son métodos no-invasivos de administrar altas dosis de radioterapia a discretos tumores focales en localizaciones craneales o extra craneales respectivamente. Las dos formas de tratamiento comparten ciertos principios globales, a saber, el uso de guía por imagen y tecnología en relación al tratamiento seguido para escalar la dosis de radiación al tumor con la menor dosis de radiación posible a los tejidos circundantes. Ambos métodos son llevados a cabo mediante técnicas “estereo-tácticas”, lo que implica que marcadores de referencia fiduciaria sirven para alinear la máquina de tratamiento de manera tal que la lesión interna es enfocada de manera precisa, sin embargo, emergen notables diferencias en aplicaciones clínicas, dada la vasta diferencia anatómica y las consideraciones clínicas entre lesiones de objeto craneal y extra craneal.

Esta determinación local de cobertura (LCD) ha sido creada para proveer indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, requisitos de documentación y disposiciones de utilización para radio-cirugía estereo-táctica (SRS) y terapia de radiación corporal estereo-táctica (SBRT).

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD es válida para servicios prestados **a partir del 5 de octubre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS. Instrucciones de codificación de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section... (vaya a la sección...)” en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (muestre documentos que estarán vigentes a futuro)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

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

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

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

90862: Nueva LCD -- Control de fármacos para control de servicios psiquiátricos

Número de identificación de LCD: L30351 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El código CPT 90862 representa control de fármacos y está destinado a ser usado por médicos o enfermeras calificadas con maestría con privilegio de prescripción autorizado por el estado y que prescriben terapia farmacológica a pacientes con desórdenes psiquiátricos. El control de fármacos incluye evaluación, monitoreo y prescripción de medicinas farmacéuticas de psiquiatría e incluyen solamente un mínimo de psicoterapia. Este código CPT deberá ser reportado solamente cuando el profesional clínico calificado esté haciendo una evaluación y monitoreo completos de medicinas farmacéuticas de psiquiatría y está coordinando personalmente las decisiones médicas junto con el paciente en un encuentro personal.

El código HCPCS M0064 se refiere a monitoreo o cambios de medicinas farmacéuticas de psiquiatría y está destinado a ser usado por médicos, médicos asistentes o enfermeras registradas calificadas y con conocimientos psiquiátricos y actuando dentro del ámbito de esta práctica médica durante un encuentro personal con el paciente, sin que se le preste ninguna clase de psicoterapia.

La determinación local de cobertura (LCD) incluye indicaciones y limitaciones, tales como los códigos ICD-9-CM que apoyan la existencia de una necesidad médica, además de requisitos de documentación que proveen información de cobertura por medicinas farmacéuticas de psiquiatría. Estos servicios son considerados médicamente razonables y necesarios cuando se utilizan para control de medicinas farmacéuticas de psiquiatría.

Fecha de efectividad

Esta nueva LCD será efectiva para servicios prestados **a partir del 30 de septiembre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc., están disponibles en la base de datos de cobertura de Medicare de CMS. Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) pueden encontrarse seleccionando “LCD Attachments (anexos)” en la sección “Jump to Section... (salte a)” en el menú desplegable en la parte superior de la página de la LCD. Para las LCD con una futura fecha de vigencia, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (mostrar documentos vigentes en el futuro)” en la parte superior de la lista de la página de LCD.

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

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

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

Modificaciones a las LCD existentes

NCSVCS: Lista de servicios sin cobertura de Medicare -- modificación de la LCD

Número de identificación de LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para la lista sin servicios de cobertura de Medicare ha sido modificada **últimamente el 1 de julio de 2009**. Después de esa fecha la LCD ha sido modificada para eliminar el código CPT 97755 (Evaluación tecnológica asistencial (por ejemplo: restauración aumento o compensación de una función existente, optimización de tareas funcionales y/o maximización de accesabilidad ambiental), contacto directo uno-a-uno con el proveedor, con reporte por escrito, cada 15 minutos) de “CPT/HCPCS Codes,” de la sección “Local Noncoverage Decisions, Procedures” de la LCD.

Fecha de efectividad

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados **a partir del 11 de agosto de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc., están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS. Instrucciones de modificaciones de LCD pueden encontrarse (si las hay), 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.

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

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

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

11000: -- Modificación de LCD -- Servicios de desbridamiento

Número de identificación de la LCD: L29128 (Florida)

Número de identificación de LCD: L29146 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios de desbridamiento ha estado en vigencia para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009 para Florida y a partir del 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 en base a recomendaciones de fuentes internas y externas.

Fueron actualizadas/modificadas las siguientes secciones de la LCD:

- En la sección “LCD Title (nombre de LCD)”, el nombre fue cambiado a “wound debridement services (servicios de desbridamiento de herida)”.
- En la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)”, se agregó/quité texto bajo los siguientes subtítulos:
 - “Skin Debridement (desbridamiento de piel. Códigos CPT 11000-11001)”
 - “Surgical Debridement (desbridamiento quirúrgico. Códigos CPT 11040-11044)”.
 - “Active Wound Care Management (control activo de cuidado de la herida)”.
- Se agregó la sección “Limitations (limitaciones)” a la LCD.
- Se actualizó la sección “Documentation Requirements (requisitos de documentación)” de la LCD.

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

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

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

- Se actualizó la sección “Utilization Guidelines (reglas de utilización)” de la LCD, incluyendo clarificación de que todos los códigos y todas las heridas están incluidas, a través del tiempo, en una fecha dada, para úlceras que precisan ser tratadas más de ocho veces.
- Se actualizó la sección “Sources of Information and Basis for Decision (fuentes de información y bases para una decisión)” de la LCD.
- Se actualizó el anexo “Coding Guidelines (reglas de codificación)” de la LCD.
- Se actualizó las secciones “Type of Bill Code (tipo de código de factura)” y “Revenue Codes (códigos de ingresos)”

Fecha de efectividad

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados **a partir del 30 de septiembre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. 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. Para las LCD con una fecha futura de vigencia, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (mostrar documentos de vigencia futura)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

77301: Intensidad de terapia de radiación modulada (IMRT) -- modificación de LCD

Número de identificación de LCD: L29200 (Florida)

Número de identificación de LCD: L29352 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para intensidad de terapia de radiación modulada (IMRT) ha estado en vigencia para servicios prestados a partir del 2 de febrero 2009, para Florida y a partir del 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 en las secciones siguientes:

Las modificaciones en la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)” de la LCD incluyen lo siguiente:

- Declaraciones agregadas para especificar que las indicaciones incluirán algunos tumores al seno izquierdo, debido al riesgo por la cercanía a estructuras inmediatamente adyacentes del cardíacas y del pericardio, además de casos seleccionados del seno derecho, en mayores volúmenes de pecho y mayor separación de las paredes pectorales.

- Se ha agregado las siguientes nuevas secciones a la LCD, bajo el título de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)”:
- Verificación del Tratamiento IMRT Específico del Paciente
- Uso de Planificación del Tratamiento Clínico en IMRT (códigos CPT 77261-77263) Antes del Plan Específico de Tratamiento IMRT (código CPT 77301)
- Uso de Establecimiento de Estimulación Inducida en IMRT (códigos CPT 77280-77295)
- Uso de Plan de Intensidad de Radioterapia Modulada (código CPT 77301), incluyendo histogramas de volumen de dosis para especificaciones de tolerancia parcial de

77301: Intensidad de terapia de radiación ... (continuación)

- estructura y objetivo crítico
- Uso de cálculo de dosimetría de radiación básica, cálculo de dosis profunda al eje central, cálculo de lapso TDF, NSD, factor fuera de eje, factores de fallas en homogeneidad, cálculo de superficie de radiación no-ionizada y dosis profunda, tal como es preciso durante el curso del tratamiento, solamente cuando ha sido prescrito por el médico tratante (código CPT 77300) de IMRT
 - Uso de Plan Teletherapy Isodose en IMRT (códigos CPT 77305-77321)
 - Uso de Plan Brachytherapy Isodose Plan en IMRT (Códigos CPT 77326-77328)
 - Uso de Special Dosimetry en IMRT (Código CPT 77331)
 - Uso de Dispositivos de Tratamiento (por ejemplo “Blocks”) en IMRT (códigos CPT 77332-77334)
 - Uso de Consulta Física Médica Continua en IMRT (Weekly Physics QA: códigos CPT 77336)
 - Uso de Consulta Física de Radiación Médica Especial en IMRT (código CPT 77370)
 - Uso de Otros Tratamientos de Radiación Entregados el Mismo Día que los de IMRT (códigos CPT 77418, 0073T)
 - Control de Tratamiento de Radiación (código CPT 77427)
 - Uso de “Procedimiento de Tratamiento Especial” en IMRT (código CPT 77470)
 - Códigos de Terapia de Radiación de Imagen
- Guía de Rayos-X Estereoscópica (código CPT 77421)
 - La sección “Códigos ICD-9 en Apoyo de Necesidad Médica” de la LCD, han sido modificados para prestar cobertura limitada a los códigos CPT 0073T, 77301 y 77418.
 - La sección “Requisitos de Documentación” de la LCD ha sido modificada para la inclusión de requisitos referentes a la planeación de tratamiento clínico (códigos CPT 77261-77263), procedimiento de tratamiento especial (código CPT 77470) y supervisión médica (código CPT 77421).
 - La sección “Disposiciones de Utilización” de la LCD ha sido modificada para incluir una declaración diciendo que el procedimiento de tratamiento especial (código CPT 77470) no debe ser reportado más de una vez durante el curso de la terapia.
 - La sección “Fuentes de Información y Base para tomar decisiones” de la LCD ha sido actualizada.

Fecha de efectividad

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados **a partir del 5 de octubre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS. Instrucciones de modificaciones de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section... (vaya a la sección...)”, en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (muestre documentos que estarán vigentes a futuro)” en la parte superior de la lista de páginas LCD

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

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

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

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

Número de identificación de LCD: L29289 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios de terapia y rehabilitación fueron revisados por última vez el 6 de abril de 2009. Desde ese tiempo, la sección de “CPT/HPCPS Codes” de la LCD han sido revisados para añadir el código CPT 97755 (Assistive technology assessment (eg, to restore, augment or compensate for existing function, optimize functional tasks and/or maximize environmental accessibility), direct one-on-one contact by provider, with written report, each 15 minutes). Las secciones de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements” de la LCD han sido revisadas para añadir una nueva sección, “Assistive Technology Assessment (código CPT 97755).”

Fecha de efectividad

Esta revisión de la LCD es efectiva para servicios provistos el **11 de agosto de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

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

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

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

64622: Destrucción de los nervios de la articulación de la carilla paravertebral -- modificación a la LCD

Número de identificación de la LCD: L29132 (Florida)

Número de identificación de la LCD: L29150 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para destrucción de los nervios de la articulación de la carilla paravertebral fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo se hicieron las siguientes modificaciones a la LCD:

- La adición de requisitos de adiestramiento para médicos que realizan destrucción de los nervios de la articulación de la carilla paravertebral
- Requisitos exigidos para el uso de fluoroscopia para una guía
- Identificación de modalidades aceptadas cuando se realiza la destrucción de los nervios de la articulación de la carilla paravertebral
- Identificación del nervio mediano de la articulación de la carilla como el objetivo a lograr para la destrucción del nervio de la articulación de la carilla

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

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

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

- Requisitos de documentación adicionales
- El establecimiento de parámetros para la clarificación de la frecuencia de los servicios
- Fuentes de información y bases para actualización de decisiones
- Las pautas de codificación han sido retiradas

Fecha de efectividad

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados **a partir del 30 de septiembre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

62263: -- Modificación de LCD -- Lisis percutánea de adhesiones epidurales

Número de identificación de la LCD: L29256 (Florida)

Número de identificación de LCD: L29465 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para lisis percutánea de adhesiones epidurales ha sido puesta en vigencia en Florida a partir del 2 de febrero de 2009 y en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, a partir del 2 de marzo de 2009. Desde esa fecha, la LCD ha sido modificada para incluir lisis endoscópica de adhesiones epidurales. Adicionalmente, se ha efectuado a la LCD las modificaciones siguientes:

- Cambio de título a Lisis endoscópica y percutánea de adhesiones epidurales
- Actualización de la sección “Sources of Information and Basis for Decision (fuentes de información y bases para una decisión)”
- Actualización de la sección “CPT/HCPCS Code (código)” de manera de incluir el código CPT 64999 para facturación de lisis endoscópico de adhesiones epidurales
- Reglas de codificación modificadas
- Adición de texto para incluir tratamiento de las regiones de las vértebras torácica y cervical
- Actualización de la sección “Códigos ICD-9 que respaldan la necesidad médica” para incluir códigos ICD-9-CM 722.0, 722.4, 722.81, 722.82, 723.0, 723.4, 724.01, y 724.02

Fecha de efectividad

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados **a partir del 30 de septiembre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc., 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. Para las LCD con una fecha futura de vigencia, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (mostrar documentos de vigencia futura)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

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

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

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

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor septiembre - octubre 2009

Serie de evaluación y manejo (E/M): talleres que cubren el E/M de un paciente típico - sesión 2

Cuando: martes, 22 de septiembre

Hora: 11:30 a.m.-1:00 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 A 2009

Cuando: martes, 22 de septiembre

Hora: 2:00 p.m.-3:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español

Tipo: webcast **Dirigido:** Puerto Rico

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

Cuando: miércoles, 23 de septiembre

Hora: 4:00 a.m.-5:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español

Tipo: webcast **Dirigido:** Puerto Rico

Serie de evaluación y manejo (E/M): talleres que cubren el E/M de un paciente típico - sesión 2

Cuando: jueves, 24 de septiembre

Hora: 11:30 a.m.-1:00 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

Requisitos para la presentación del formulario CMS-1500 (08/05)

Cuando: jueves, 1 de octubre

Hora: 3:00 a.m.-4:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español

Tipo: webcast **Dirigido:** Puerto Rico

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de e-mail: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Manténgase revisando nuestro sitio Web <http://medicareespanol.fcsoc.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.

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 ♦

