

## En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

### Facturar correctamente el componente profesional

Uso del modificador 26 .....4

### Cirugía para diabetes

Determinación nacional de cobertura .....4

### Manual de tarifas fijas de médicos afiliados a Medicare

Actualización de octubre de 2009 a la base de datos correspondiente .....7

### Encuesta de 2009 sobre satisfacción de proveedores

Resultados sobre satisfacción de los proveedores con los contratistas de Medicare .....10

### Servicios de hospital

Cambios en PPS 2010 para pacientes en hospital, hospitales a largo plazo y establecimientos psiquiátricos .....14

### Automanejo ambulatorio de la diabetes

Enseñanza de auto manejo ambulatorio -- modificación de la LCD .....22

### Exámen físico preventivo

Valor del historial de familia bajo el beneficio inicial del exámen físico preventivo .....26

### Pagos por vacuna de influenza A

Facturación de pago por servicios de Medicare por administración de vacuna contra el virus de influenza A .....26

## Características

Sobre esta publicación .....	3
Información para proveedores de Parte A y B .....	4
Información para proveedores de Parte A.....	14
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	21
Información para proveedores de la Parte B.....	26
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	36
Recursos educacionales .....	43
Formularios de pedidos de Parte A .....	46
Formularios de pedidos de Parte B .....	47
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	48
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	49

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**

Facturación del componente profesional..... 4

Cirugía para diabetes Det. Nac. de cobertura..... 4

Tomografía computarizada de colonografía ..... 5

Centros de cirugía ambulatoria ..... 5

Cobertura de Medicare Partes A y B ..... 6

Emergencia de pandemia de influenza ..... 6

**Interés general**

Precio promedio de ventas de octubre 2009..... 6

Manual de tarifas de médicos de Medicare..... 7

Actualización de HCPCS de octubre 2009 ..... 7

Vacuna contra H1N1/cobertura y reembolso..... 8

Facturación de inyecciones en articulaciones..... 8

Beneficiarios en custodia del estado o local..... 9

ICD-10-CM/PCS -- hoja informativa.....9

ICD-10-CM/PCS -- revisión de bookmark ..... 9

Planificación/enumeración del proveedor ..... 10

Satisfacción de proveedores de Medicare ..... 10

Mes de alerta de cáncer a la próstata ..... 11

Pago servicios/preparación de emergencias..... 11

Estándares de conformidad de inventario .. ..... 12

**Intercambio electrónico de datos**

Código de estatus de reclamación.....12

**Centros de enfermería especializada**

Facturación consolidada 2010 -- actualización 13

**PARTE A**

**Servicios de hospital**

Cambios en PPS 2010 para pacientes en hospital, hospital a largo plazo y establecimientos psiquiátricos .....14

Pagos por pacientes en cuidados intensivos. .... 14

Códigos ambulatorios integrados/oct. 2009. .... 15

Actualización octubre de 2009 del sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio. .... 16

Actualización anual de PRICER de centro de rehabilitación de paciente hospitalizado..... 17

Pago a centros de rehabilitación..... 17

**Enfermedad renal en estado terminal**

Pago a centros de diálisis. ....18

**Centros de enfermería especializada**

Sistema de pagos prospectivos de PRICER..... 19

Sistema de pagos prospect/hoja informativa..... 19

Rechazos mas frecuentes en P. Rico..... 20

**Determinaciones Locales de Cobertura**

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... 21

**PARTE B**

**Interés general**

Exámen físico preventivo/historial familiar...26

Vacuna contra influenza/facturación..... 26

Programa PQRI 2009 y e-Prescribing..... 27

Manual de tarifas fijas de Medicare..... 28

Reclamaciones de proveedores Parte B ...28

**Centros de cirugía ambulatoria**

Pago ASC y póliza de responsabilidad .....29

Pago ASC -- código Q4115 de HCPCS.....29

Pago ASC -- actualización octubre 2009.....30

**Enfermedad renal en estado terminal**

Pago de capacitación mensual de ESRD....30

**Inscripción del proveedor**

Inscripciones CMS 8551 y CMS 855B.....31

Inscripción modificada de CMS 855.....32

**Laboratorio**

Nuevas pruebas con dispensa.....32

**Gráficos**

Denegaciones frecuentes P. Rico..... 33

Preguntas frecuentes P. Rico..... 34

Códigos improcesables P. Rico..... 35

**Determinaciones Locales de Cobertura**

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 36

**Recursos educacionales** .....43

**Ordenar materiales de Parte A** .....46

**Ordenar materiales de Parte B**.....47

**Contactos Parte A de Puerto Rico** .....48

**Contactos Parte B de Puerto Rico** .....49

**Medicare A y B Al Día**

**Vol. 1, No. 7**  
**Septiembre 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© 2009 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

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

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

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

### ¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

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

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

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

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

### ¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

### Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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

## Actualización trimestral para proveedores

**L**os 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

### Facturar correctamente para el componente profesional con modificador 26

First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha notado una cantidad excesiva de proveedores que facturan incorrectamente para el componente profesional al enviar el modificador PC con el código CPT/HCPCS en cuestión versus usar el modificador correcto 26. Las definiciones de estos modificadores son como siguen:

#### Modificador 26: Componente profesional

Ciertos procedimientos son una combinación de un componente médico y un componente técnico. Cuando el componente médico es reportado separadamente, el servicio puede ser identificado al añadir el modificador 26 al número de procedimiento usual.

#### Modificador PC: Cirugía errónea en el paciente

El modificador PC es usado por departamentos de hospital del cuidado ambulatorio, centros de cirugía ambulatoria y otros practicantes y debe ser añadida a todas las líneas relacionadas a las cirugías erróneas con fechas de servicio del 15 de enero de 2009 en adelante. Además, todas las reclamaciones identificadas con el modificador PC con fecha de servicios del 15 de enero de 2009 en adelante serán denegadas. Además de esto, Medicare tampoco cubrirá hospitalizaciones y otros servicios relacionados a la cirugía que no está cubierta como se definió en *Medicare Benefit Policy Manual*.

Para más información sobre el modificador PC y como se relaciona a cirugía errónea en un paciente, refiérase al

MLN Matters®, artículo MM6405, incluido en el Medicare A Bulletin de julio de 2009 (páginas 21-23), o el Medicare B Update! de julio de 2009 (páginas 28-30).

#### Acción requerida a los proveedores

- Los proveedores deben asegurarse que cuando facturen por el componente profesional de un procedimiento, el servicio debe estar identificado apropiadamente al añadir el modificador 26 al código CPT/HCPCS apropiado. Esta acción eliminará retrasos innecesarios y/o denegaciones del procedimiento del componente profesional y reclamaciones para servicios relacionados.
- Los proveedores cuyas reclamaciones fueron facturadas en error con el modificador PC y han sido denegadas por cirugía errónea, deben solicitar una apelación. Su solicitud de apelación también alertará a Medicare para remover modificación de lógica que fue instalada por el beneficiario y fecha de servicio de la cirugía errónea (basado en la reclamaciones inicial).
- No corrija y reenvíe la reclamación. Hasta que Medicare haya removido la modificación de lógica, todas las reclamaciones para el beneficiario con una fecha de servicio de la cirugía errónea continuarán siendo denegadas.**

CMS Pub. 100-04, Transmittal 1819, CR 6405

### Cirugía para diabetes, determinación nacional de cobertura

**Nota:** El artículo de *MLN Matters MM6419* fue publicado en *Medicare Al Día de Abril de 2009*, página 4.

Número de *MLN Matters*: MM6419 modificado

Número de petición de cambio relacionado: 6419

Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de mayo de 2009

Fecha de efectividad: 12 de febrero de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1728CP y R100NCD

Fecha de implementación: 18 de mayo de 2009

#### Resumen

Efectivo para servicios realizados el 12 de febrero de 2009 en adelante, CMS determinó que la cirugía abierta o laparoscópica Roux-en-Y derivación gástrica (RYGBP), banda gástrica ajustable laparoscópica (LAGB), y diversión de cirugía abierta o laparoscópica biliopancreática con interruptor duodenal (BPD/DS) en beneficiarios de Medicare que tiene diabetes mellitas tipo 2 (T2DM) y un índice de masa corporal (BMI) <35, no son razonable y necesario bajo la sección 1862(a)(1)(A) de la Ley del Seguro Social, y por lo tanto no están cubiertas por Medicare.

Efectivo para servicios realizados el 12 de febrero de 2009 en adelante, CMS determina que la cirugía abierta o

laparoscópica RYGBP, abierta y laparoscópica BPD/DS, y LAGB están cubiertas para los beneficiarios de Medicare que tienen T2DM y un BMI  $\geq 35$ . Adicionalmente, CMS determina que T2DM es una comorbilidad relacionada a la obesidad como se define en Publication 100-03, National Coverage Determination Manual, Section 100.1.

En adición, el procedimiento debe ser realizado en un centro aprobado. Una lista de los centros aprobados puede ser encontrada en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/MedicareApprovedFacilitie/BSF/list.asp#TopOfPage>

#### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6419, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de CMS, en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1728CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1728, CR 6419

**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.

## Tomografía computarizada de colonografía para cáncer colorrectal

Número de *MLN Matters*: MM6578

Número de petición de cambio relacionado: 6578

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

Fecha de efectividad: 12 de mayo de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R105NCD

Fecha de implementación: 8 de septiembre de 2009

### Resumen

Medicare cubre pruebas de detección del cáncer colorrectal para individuos de 50 años de edad o más con riesgo promedio y que usan:

- Prueba de sangre oculta en la excreta
- Sigmoidoscopia
- Colonoscopia
- Enema de bario.

El 5 de marzo de 2008, la American Cancer Society, el U.S. Multi Society Task Force on Colorectal Cancer, y la American College of Radiology emitieron nuevas pautas de detección del cáncer, incluyendo una recomendación que la tomografía computarizada de colonografía (CTC) sea considerada una opción aceptable para pruebas de detección del cáncer colorrectal para tales individuos. CTC (referido también como colonoscopia virtual) utiliza tomografía computarizada (CT) para adquirir imágenes y técnicas de presentación avanzadas en 2 dimensiones (2D) o 3 dimensiones (3D) para su interpretación.

Ni la ley de Medicare ni las regulaciones identifican la prueba CTC como una opción de cobertura posible bajo

el beneficio de prueba de detección del cáncer colorrectal. Sin embargo, bajo 42 CFR 410.37(a)(1) [vea <http://www.gpoaccess.gov/CFR/retrieve.html> ], CMS es permitido que use el proceso de determinación de cobertura nacional (NCD) para determinar cobertura de otros tipos de pruebas de detección del cáncer colorrectal que no están específicamente identificadas en ley o regulaciones como se determine apropiado, en consulta con organizaciones apropiadas.

Siguiendo una revisión completa de la evidencia, reuniones con organizaciones médicas profesionales, y conducir un Medicare Evidence Development and 156487 Coverage Advisory Committee Meeting, CMS ha determinado que la evidencia actual es inadecuada para concluir que CTC es una prueba de detección del cáncer colorrectal apropiada bajo el Acta (sección 1861(pp)(1); vea [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1861.html](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1861.html) en la Internet).

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6578.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6578, 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/R105NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 105, CR 6578

**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.

## Información sobre iniciativa del cuidado de la salud basado en valor en los centros de cirugía ambulatoria

Para sustentar la entrega del cuidado de la salud eficiente y de gran calidad y habilitar a los consumidores a tomar decisiones más informadas del cuidado de la salud, el Departamento de Salud & Servicios Humanitarios de los Estados Unidos está haciendo disponible el costo y datos de calidad para todos los americanos. Como parte de esta iniciativa, Medicare publicó información en el 2007 y 2008 sobre los pagos que hizo durante el año previo para procedimientos comunes y electivos y servicios provistos por hospitales, centros de cirugía ambulatorio (ASC), departamentos del cuidado ambulatorio en un hospital, y médicos.

La información está publicada en el sitio Web de Hospital Compare donde puede ser vista junto con información sobre calidad en el hospital. El sitio Web de Hospital Compare puede ser encontrado en <http://www.medicare.gov>.

El 28 de agosto de 2009, Medicare publicó una actualización a los datos de ASC. El departamento del cuidado ambulatorio en un hospital y los datos de pago del médico serán actualizados más tarde este año. La información está siendo mostrada en el mismo formato como en años previos, actualizado con los datos del año calendario 2008. La publicación de las actualizaciones puede ser encontrada en <http://www.cms.hhs.gov/HealthCareConInit/> ❖

Fuente: CMS PERL 200908-42

## Cobertura de Medicare de Partes A y B y autorización previa

Número de *MLN Matters*: SE0916  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

### Resumen

El propósito general de beneficios aceptables bajo el programa de Medicare está prescrito por ley. Cuando Medicare fue establecido, el Congreso incluyó ciertas provisiones en las amplias categorías de artículos y servicios que pueden ser cubiertos bajo el programa de Medicare como también provisiones de ciertos artículos y servicios que estaban a ser excluidos de cobertura. El Congreso también incluyó en la Sección 1862(a)(1)(A) de la Ley del Seguro Social la siguiente provisión:  
 “Notwithstanding any other provision of this title, no payment may be made under part A or part B for any expenses incurred for items or services which...are not reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of illness or injury or to improve the functioning of a malformed body member...”

Esta cláusula se ha conocido como la provisión “razonable y necesaria”. La cobertura y pago de Medicare para los artículos y servicios son por lo tanto contingente a una determinación que un artículo y servicio:

- Cae dentro de una categoría de beneficio
- No está específicamente excluida de cobertura
- El artículo o servicio es “razonable y necesario” a menos que sea específicamente excluido de cumplir esta provisión.

Concerniente a la autorización previa bajo pago por servicio de Medicare, los proveedores deben estar conscientes que la Sección 1834(a)(15)(c) de la Ley del Seguro Social permite una determinación avanzada de cobertura de Medicare (ADMC) para ciertos artículos de equipo médico duradero (DME). Los únicos artículos de DME que actualmente están sujetos a esta provisión son las sillas de rueda personalizadas.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0916.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0916

**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.

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

**Nota:** Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid han rescindido el artículo de edición especial *MLN Matters* SE0836. El artículo de *MLN Matters* SE0836 fue publicado en *Medicare Al Día de Junio de 2009*, página 12.

Número de *MLN Matters*: SE0836  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

**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

## Archivos del precio promedio de venta de octubre 2009 están ahora disponible

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado las tablas de referencia y los archivos del precio promedio de venta (ASP) de octubre de 2009, los cuales están disponibles para descargar en [http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/01a1\\_2009aspfiles.asp](http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/01a1_2009aspfiles.asp) ❖

Fuente: CMS PERL 200909-24

## Actualización de octubre a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos de 2009

Número de *MLN Matters*: MM6617 Modificado  
 Número de petición de cambio relacionado: 6617  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de julio de 2009  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1810CP  
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2009

### Resumen

Cambios específicos incluidos en la actualización de octubre a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos de 2009 (MPFSDB) están detallados en el Attachment 1 de la petición de cambio (CR) 6617. Un enlace a ese CR es provisto en el artículo.

El cambio clave es la asignación de la vacuna del H1N1 y códigos de administración. En anticipación de la disponibilidad de la vacuna para el virus H1N1 en el otoño del 2009, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están creando dos nuevos códigos que son efectivos el 1 de octubre de 2009. Similar a la vacuna de la influenza y su administración, un código HCPCS ha sido creado para describir la vacuna del H1N1, mientras que otro código HCPCS ha sido creado para describir su administración:

G9142 Influenza A (H1N1) vaccine, any route of administration

G9141 Influenza A (H1N1) immunization administration (includes the physician counseling the patient/family)

El CR 6617 también clarifica el CR 6397 y CR 6484, el cual incluyó los PE RVU para *Current Procedural Terminology código (CPT) 93351 (26)*. El CR 6484 advirtió que este servicio es típicamente no pagado bajo el MPFS cuando es provisto en ambiente de centro de salud y los PE RVU percibidos fueron informativos solamente. El CR 6617 está clarificando que 93351 (26) es pagable cuando es realizado por un médico en un ambiente de centro de salud.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6617.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6617, 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/R1810CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1810, CR 6617

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

## Actualización trimestral de HCPCS de octubre de 2009

Número de *MLN Matters*: MM6594  
 Número de petición de cambio relacionado: 6594  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de julio de 2009  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1805CP  
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2009

### Resumen

El conjunto de códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) es actualizado en una base trimestral. Este artículo explica las actualizaciones, efectivas para las fechas de servicio del 1 de octubre de 2009 en adelante (a menos que se especifique lo contrario), a los códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para ciertas medicinas y productos biológicos.

En la actualización trimestral de octubre de 2009, existe un nuevo código pagable para Medicare y no eliminaciones de los códigos HCPCS. Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de octubre de 2009 en adelante, el siguiente código HCPCS será pagable para Medicare: Q2024 Injection, bevacizumab, 0.25 mg

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6594.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6594, 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/R1805CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1805, CR 6594

**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.

## Disposiciones de cobertura y reembolso por vacuna contra H1N1 y resfrío estacional

Se encuentra ahora disponible una nueva edición especial del artículo MLN Matters con respecto a la administración de la vacuna contra la influenza A (H1N1). Este artículo explica las disposiciones de cobertura y reembolso de Medicare con respecto a la vacuna contra H1N1 y también se refiere a cobertura y reembolso por resfrío estacional.

Note que Medicare pagará por vacunaciones contra el resfrío estacional aún en el caso de que las vacunas sean puestas este año más temprano que lo habitual. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid entienden que tales preparaciones son críticas para la época de resfríos venidera especialmente lo que respecta al planeamiento de la vacuna contra la influenza A (H1N1).

Aunque Medicare paga por una vacunación al año, en caso de que sea médicamente necesaria más de una vacuna (por ejemplo: el número de dosis de una vacuna y/o tipo de vacuna contra la influenza), entonces Medicare pagará por esas vacunaciones adicionales. Nuestros contratistas que procesan las reclamaciones de Medicare han sido notificados de esperar y preparar reclamaciones más tempranas que lo usual en la época de resfríos y que no habrá problemas en obtener el pago de esas reclamaciones. Todavía más, en caso de que los beneficiarios de Medicare necesiten recibir tanto la vacuna normal contra el resfriado como la vacuna contra la influenza A (H1N1), entonces Medicare pagará por ambas vacunas.

Tenga en cuenta que si cualquiera de estas vacunas es entregada sin costo al proveedor de cuidados de la salud, entonces Medicare pagará solamente por la administración de la vacuna (no por la vacuna misma).

Todos los proveedores que administran vacunas contra el resfriado deberán leer este artículo y asegurarse de que su personal de facturación esté al tanto de esta información. Para más información lea el artículo ubicado en

<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0920.pdf>

**Nota:** Si tiene problemas para acceder a un enlace de este mensaje, cópielo al URL de su browser de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 200909-03

## Facturación correcta de servicios de inyección a la superficie de una articulación

Este artículo provee ejemplos de facturación médica correcta e incorrecta por servicios de inyección a la superficie de una articulación, específicamente en relación al uso apropiado de modificador 50 con códigos agregados.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente el artículo *MLN Matters* MM6518, que provee información concerniente al uso apropiado del modificador 50 y códigos agregados Current Procedural Terminology Codes (CPT) (códigos de terminología de procedimientos actuales) de servicios de inyección a la superficie de una articulación. La oficina del inspector general (OIG) llevó recientemente a cabo una revisión de registros médicos de servicios de inyecciones a superficie de articulaciones efectuadas en 2006 y descubrió que los médicos facturaban incorrectamente códigos agregados adicionales para representar inyecciones bilaterales a la superficie de articulaciones, en lugar de utilizar el modificador 50.

Nos hemos percatado de que la confusión persiste en cuanto a la facturación médica correcta por estos servicios. Los ejemplos a continuación ilustran la manera correcta y la incorrecta de facturar por inyecciones bilaterales a la superficie de articulaciones en vértebras C7, T1, y T2. Tenga en cuenta que tanto el código inicial como los agregados deben ser facturados con modificador 50.

### Ejemplo correcto

Código CPT	Modificador
64470	50
64472	50
64472	50

### Ejemplo incorrecto

Código CPT	Modificador
64470	50
64472	
64472	
64472	
64472	

Facturar usando el método mostrado en el ejemplo incorrecto de más arriba dará por resultado un sobrepago al médico. Facturar de esta manera intencionalmente puede ser considerado facturación fraudulenta.

**Nota:** Esta información corresponde solamente a facturación médica; no corresponde a facturación hecha por un establecimiento.

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

**Italicized and/or quoted material is excerpted from the American Medical Association *Current Procedural Terminology*. CPT codes, descriptions and other data only are copyrighted 2008 American Medical Association (or other such date of publication of CPT). All rights reserved. Applicable FARS/DFARS apply.**



## Artículos de servicios prestados a beneficiarios de Medicare en custodia

Número de *MLN Matters*: MM6544

Número de petición de cambio relacionado: 6544

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1812CP

Fecha de implementación: 1 de julio de 2009

### Resumen

Bajo la Ley del Seguro Social (Sección 1862(a)(2); vea [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1862.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1862.htm) en la Internet), el programa de Medicare no paga por servicios si:

El beneficiario no tiene obligación legal de pagar por los servicios

Ninguna otra persona u organización tiene una obligación legal de proveer o pagar por ese servicio.

Además, bajo la Ley del Seguro Social (Sección 1862(a)(3)), si los servicios son pagados directa o indirectamente por una entidad gubernamental, Medicare no paga por los servicios.

El Medicare Claims Processing Manual, Capítulo 1, Sección 10.4 describe las condiciones especiales que deben ser cumplidas para que Medicare realice pagos a individuos que están en custodia como sigue:

“El pago puede ser realizado por servicios prestado a individuos o grupos de individuos que están en la custodia de la policía u otra autoridad penal o en la custodia de una agencia gubernamental bajo un estatuto penal solamente si las siguientes condiciones son cumplidas:

1. La ley del estado o local exige que aquellos individuos o grupos de individuos repaguen el costo de servicios médicos que reciben mientras en custodia, y
2. Una entidad del estado del gobierno local refuerza los requisitos para pagar al facturar a todos los individuos, estén o no cubiertos por Medicare u otro seguro de salud, y al ir tras la colección de las cantidades que ellos deben en la misma forma y con el mismo vigor que persiguen la colección de otras deudas”.

Se les recuerda a los proveedores y suplidores que si prestan servicios o artículos a un prisionero o paciente en una jurisdicción que cumple con estas condiciones de 42 CFR 411.4(b), ellos deben incluir el modificador QJ en las reclamaciones enviadas a los contratistas de la Parte B de Medicare, los MAC A/B, o los MAC DME o usar el código de condición 63 en reclamaciones institucionales enviadas a intermediarios fiscales de Medicare o contratistas administrativos de Medicare A/B.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6544.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6544, 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/R1812CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1812, CR 6544

**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.

## Ahora disponible hoja informativa para la introducción al ICD-10-CM/PCS

La publicación revisada titulada ICD-10-CM/PCS: An Introduction fact sheet (agosto de 2009), la cual fue previamente titulada ICD-10-Clinical Modification/Procedure Coding System fact sheet, está ahora disponible en formato para descargar del Medicare Learning Network de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/ICD-10factsheet2009.pdf>.

Esta hoja informativa provee información general sobre el International Classification of Diseases, 10th Edition, Clinical Modification/Procedure Coding System (ICD-10-CM/PCS) incluyendo los beneficios de adoptar el nuevo sistema de codificación, diferencias estructurales entre ICD-9-CM y ICD-10-CM/PCS, y recomendaciones de planes de implementación. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-33

## Revisión del ICD-10-CM/PCS Bookmark

El ICD-10-CM/PCS Bookmark revisado (agosto de 2009), el cual provee información sobre el ICD-10-Clinical Modification/Procedure Coding System (ICD-10-CM/PCS) incluyendo los beneficios de adoptar el sistema de codificación, pasos recomendados a tomar para planear y preparar la implementación del sistema de codificación, y donde la información adicional sobre el sistema de codificación pueden ser encontrada, está ahora disponible en formato para imprimir del Medicare Learning Network de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Para realizar su orden, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, busque abajo en su pantalla “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page”. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-40

## Sistema de planificación nacional y enumeración del proveedor -- Optimizaciones y actualizaciones

El 13 de septiembre de 2009, se efectuó el mantenimiento del sistema de planificación nacional y enumeración del proveedor (NPPES). En consecuencia, ese día 13 de septiembre de 2009 no estuvo disponible el NPPES ni el registro identificador nacional del proveedor (NPI).

Después de iniciado exitosamente, han sido incorporados a NPPES, las optimizaciones de seguridad siguientes:

- Los usuarios de Internet de NPPES serán sometidos a cinco preguntas secretas que deberán contestar. Estas cinco preguntas secretas serán grabadas y usadas para verificación de manera tal de permitir a los usuarios de Internet de NPPES recuperar sus contraseñas.
- Una vez reinstalada sus contraseñas, los usuarios de Internet de NPPES deberán esperar 24 horas antes de reintentarlo.

### Intercambio de archivo electrónico

Además, han sido modificados el manual del usuario y guía de compañía técnica de intercambio de archivo electrónico (EFI). Los cambios que vienen no afectarán el esquema EFI XML.

### Información adicional

Los proveedores de cuidados de la salud pueden solicitar un NPI en línea al <https://nppes.cms.hhs.gov>. Los

proveedores de cuidados de la salud que necesiten ayuda para solicitar NPI o actualizar sus registros de datos de NPPES, deben contactar al enumerador NPI al 1-800-465-3203 o solicitar por e-mail a NPI <mailto:CustomerService@NPIEnumerator.com>.

Si no está seguro de haber obtenido su NPI o no puede recordarlo, puede buscar la información visitando el Registro NPI (NPI Registry) al <https://nppes.cms.hhs.gov/NPPES/NPIRegistryHome.do>. El Registro NPI le permite obtener información NPPES que incluye NPI. Toda la información presentada en el Registro NPI es consistente con la Notificación de Diseminación de Datos de NPPES. La información contenida en el Registro NPI se actualiza diariamente. Usted puede hacer preguntas simples para acceder a estos datos de solamente lectura (read-only data). Por ejemplo, los usuarios pueden buscar un proveedor por el NPI o por nombre legal de una persona o negocio. No se cobra por utilizar el Registro NPI.

Para información adicional, visite la página de Internet dedicada a NPI de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid en <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand>.

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

Fuente: CMS PERL 200909-16

## Encuesta de 2009 sobre satisfacción de los proveedores con los contratistas de Medicare

Están disponibles los resultados de la encuesta de 2009 sobre satisfacción de los proveedores con los contratistas de Medicare.

MCPSS permite a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), medir la satisfacción del proveedor con los servicios clave prestados por los contratistas pagados por servicios prestados (FFS) de Medicare, que procesa y paga reclamaciones por la suma anual de \$300 billones de dólares.

Quienes respondieron la encuesta dieron a sus contratistas FFS entre 4 y 6 puntos en una escala de 1 al 6, en la cual "1" representa "insatisfacción total" y "6" representa "satisfacción completa". MCPSS 2009 es la cuarta ocurrencia anual de la encuesta.

El promedio nacional ha permanecido relativamente estable durante cada encuesta MCPSS. El promedio nacional de 2009 fue de 4.54, comparado con el promedio nacional del año pasado de 4.51. La encuesta MCPSS fue enviada a principios de este año a más de 32,000 proveedores seleccionados al azar, incluyendo médicos, suplidores, profesionales de la salud y establecimientos institucionales que prestan servicios a los beneficiarios de Medicare a lo largo del país.

Así como en in 2008, la encuesta a los proveedores ha sido citada como el mayor indicador de grado de satisfacción. Por cuarto año consecutivo esta función de negocios ha sido citada como una de las claves para medir el grado de satisfacción del proveedor. El procesamiento de las reclamaciones se mantiene como un fuerte pronóstico de satisfacción del proveedor tal como en los últimos tres años. La publicación de los resultados durante los últimos cuatro años ha incrementado la toma de conciencia de la existencia de la encuesta MCPSS. CMS ha utilizado MCPSS para establecer una medida uniforme de satisfacción del proveedor con el desempeño del contratista FFS. Cada contratista FFS recibe un reporte individual de los comentarios que se refieren específicamente a su organización, los que pueden ser usados para implementar iniciativas de optimización de procedimientos. Los resultados de la encuesta 2009 están disponibles en las páginas de Internet de CMS y MCPSS en: <http://www.cms.hhs.gov/MCPSS/> y <https://www.mcpsstudy.org/>. ❖

Fuente: CMS PERL 200909-23

## Septiembre es el mes de alerta de cáncer a la próstata

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 ventajas de la cobertura de Medicare a los exámenes de cáncer a la próstata. Medicare provee cobertura anual para exámenes anales digitales (DRE) y exámenes específicos de antígenos de la próstata (PSA) 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 someterse a los exámenes apropiados para ellos.

### Para más información

CMS ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios de exámenes de cáncer a la próstata cubiertos por Medicare:

- El manual “The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals (guía de servicios preventivos de Medicare para médicos, proveedores, suplidores y otros profesionales del cuidado de la salud)” provee información sobre cobertura y codificación del conjunto de servicios y exámenes preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo exámenes de cáncer a la próstata. [http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/mps\\_guide\\_web-061305.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf)
- 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 (red de

enseñanza de Medicare, MLN) incluyendo exámenes cubiertos por Medicare, de cáncer a la próstata para adultos y recursos para profesionales de la salud y su personal. [http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35\\_PreventiveServices.asp](http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp)

- Quick Reference Information: Medicare Preventive Services (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 exámenes de cáncer a la próstata. [http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MPS\\_QuickReferenceChart\\_1.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf)
- Cancer Screenings brochure (folleto de exámenes de cáncer) -- este folleto provee información acerca de cobertura de Medicare de exámenes de cáncer, incluyendo exámenes de cáncer a la próstata. [http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/cancer\\_screening.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/cancer_screening.pdf)

Visite Medicare Learning Network (red de enseñanza de Medicare) para más información sobre estos y otros productos educacionales acerca de servicios pagados 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 los exámenes de cáncer a la próstata y otros servicios preventivos cubiertos por Medicare.

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

Fuente: CMS PERL 200909-06

## Preguntas y respuestas sobre pago por servicio de Medicare y preparación para emergencias

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han actualizado las preguntas y respuestas (Q & A) sobre pago por servicio de Medicare y preparación para emergencias. Las Q & A sobre emergencias están publicadas en Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han actualizado las preguntas y respuestas (Q & A) sobre pago por servicio de Medicare y preparación para emergencias. Las Q & A sobre emergencias están publicadas en un documento en [http://www.cms.hhs.gov/Emergency/10\\_PandemicFlu.asp](http://www.cms.hhs.gov/Emergency/10_PandemicFlu.asp).

Estas Q & A incluyen una sección concerniente al virus de la influenza H1N1.

El documento está actualizado para reflejar la fecha de publicación. A medida que adiciones y cambios son hechos al documento, el nombre para descargar cambiará para reflejar la fecha. Note que estas Q & A no se enfocan en los requisitos de situación dispensada descrita en el Título XVIII de la Ley del Seguro Social, Sección 1135. ❖

Fuente: CMS PERL 200908-35

## Estándares de conformidad de inventario

Número de *MLN Matters*: MM6528 Modificado  
 Número de petición de cambio relacionado: 6528  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de julio de 2009  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009  
 Número de transmisión de CR relacionado: R300PI  
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2009

### 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 concerniente 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.

## INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

## Actualización del código de categoría de estatus de reclamación y código de estatus de reclamación

Número de *MLN Matters*: MM6609  
 Número de petición de cambio relacionado: 6609  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de julio de 2009  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1797CP  
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2009

### Resumen

El Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requiere que todos los pagadores de beneficio del cuidado de la salud usen solamente códigos de categoría de estatus de reclamación aprobados por la National Uniform Claim Committee en el formato de solicitud de estatus de reclamación del cuidado de la salud y respuesta X12 276/277 adoptado como el estándar para uso nacional (004010X093A1). Estos códigos explican el estatus de reclamaciones enviadas. Códigos registrados no pueden ser usados en el X12 276/277 para reportar el estatus de la reclamación.

Todos los cambios de código aprobados durante la

**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.

reunión del comité en junio de 2009 fueron publicados cerca del 30 de junio de 2009.

Los contratistas deben implementar los siguientes cambios para el 5 de octubre de 2009:

- Ingrese todos los cambios de código de texto que apliquen y nuevos códigos
- Termine el uso de códigos desactivados.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6609.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6609, 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/R1797CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1797, CR 6609

## CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

### Actualización anual 2010 de facturación consolidada en centros de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*: MM6619

Número de petición de cambio relacionado: 6619

Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de septiembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1814CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

#### Resumen

El sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare tiene actualmente correcciones a reclamaciones recibidas por beneficiarios con cobertura de Parte A correspondiente a estadía en centros de enfermería especializada (SNF) así como para estadía de beneficiarios sin cobertura. Solamente estas correcciones permiten que los servicios excluidos de la facturación consolidada (CB) de SNF sean pagados separadamente por contratistas de Medicare. Los procedimientos relacionados se encuentran en Medicare Claims Processing Manual (manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare) (capítulo 6, sección 110.4.1 y capítulo 6, sección 20.6) que se encuentra disponible en el sitio de Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid Services (CMS)

<http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c06.pdf>

Se avisa a los médicos y proveedores institucionales que durante la primera semana de diciembre de 2009 serán

**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.

publicados nuevos códigos en la página de facturación consolidada de los centros de enfermería especializada en el sitio de Internet de CMS

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

Los proveedores institucionales deberán considerar que este sitio incluirá nuevos formatos Excel y PDF. Es importante y necesario que la comunidad de proveedores, con el propósito de entender las categorías principales incluyendo exclusiones adicionales que no están controladas por códigos HCPCS, vea el archivo PDF “General Explanation of the Major Categories (explicación general de las categorías principales)” ubicado al final de cada actualización anual de FI del sitio de Internet de CMS <http://www.cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/>

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6619.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6619, 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/R1814CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1814, CR 6619

## SERVICIOS DE HOSPITAL

### Cambios en PPS 2010 para pacientes en hospital, hospital a largo plazo y establecimientos psiquiátricos

Número de *MLN Matters*: MM6634

Número de petición de cambio relacionado: 6634

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1816CP

Fecha de implementación: 1 de julio de 2009

#### Resumen

Este artículo se basa en la petición de cambio (CR) 6634 la que se refiere a cambios en el sistema de pagos prospectivo (PPS) para pacientes hospitalizados a corto o largo plazo (LTCH) durante el año fiscal (FY) 2010. Los procedimientos cambiados en FY 2010 aparecieron en *Federal Register* de 27 de agosto de 2009. Todos los ítems cubiertos por CR 6634 son efectivos para dadas de alta de hospital a partir del 1 de octubre de 2009, a menos que se haya especificado de otra manera. CR 6634 se refiere también a cambios en los grupos de Medicare relacionados con gravedad del diagnóstico (MS-DRG) y códigos ICD-9-CM que afectan los establecimientos de hospitalización de pacientes psiquiátricos (IPF) PPS. El IPF PPS es afectado solamente por los cambios a ICD-9-CM que afectan los ajustes de comorbilidad a partir del 1 de octubre de 2009. Los cambios a la tasa de IPF PPS ocurridos el 1 de julio de 2009 están explicados en el artículo MM6461 de *MLN Matters* en el sitio de Internet de los Centros de Servicios

de Medicare & Medicaid (CMS) <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6461.pdf>.

Los cambios claves a los que se refiere CR 6634 son los siguientes:

- Cambios a ICD-9-CM
- Actualización del sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados FY 2010
- Actualización de tasa PPS de cuidados de hospitalización a largo plazo, año de tasación (RY) 2010
- Actualización de establecimientos de hospitalización de pacientes psiquiátricos PPS

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6634.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6634, 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/R1816CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1816, CR 6634

**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.

### Sistema de pagos prospectivos por pacientes hospitalizados en cuidados intensivos -- hoja informativa modificada

La hoja informativa modificada del Acute Care Hospital Inpatient Prospective Payment System, IPPS (sistema de pagos prospectivos por pacientes hospitalizados en cuidados intensivos) (septiembre de 2009), que provee información general sobre este sistema, incluyendo información acerca de las bases para pagos IPPS, tasas de pago IPPS y como se determinan estas tasas, está ahora disponible en formato descargable en Medicare Learning Network (red de enseñanza por Internet) de los Centros de Servicios de Medicaid <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/AcutePaymtSysfctstht.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 200909-18

## Especificaciones al editor de códigos ambulatorios integrados de octubre de 2009 -- versión 10.3

Número de *MLN Matters*: MM6618

Número de petición de cambio relacionado: 6618

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de agosto de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1809CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

### Resumen

La petición de cambio (CR) 6618 describe los cambios a las instrucciones de facturación para varias pólizas de pago implementadas en la actualización del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) de octubre de 2009. Los cambios del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) de octubre de 2009 también son discutidos en el CR 6618. Anexado al CR 6618 se encuentran largas especificaciones para el I/OCE.

**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 resumen de los cambios para octubre de 2009 está dentro del Apéndice M del Attachment A of CR 6618.

Este es un enlace al CR 6618 , el cual captura los puntos clave para el I/OCE de octubre de 2009.

El enlace al artículo de *MLN Matters* es MM6618.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6618.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6618, 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/R1809CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1809, CR 6618

### 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.

## Actualización de octubre de 2009 del sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM6626

Número de petición de cambio relacionado: 6626

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de agosto de 2008

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1803CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

### Resumen

Este artículo se basa en la petición de cambios (CR) 6626 que describe los cambios y las instrucciones de facturación para varios procedimientos de pago del sistema de pago prospectivo de paciente ambulatorio (OPPS) implementados en la actualización de octubre de 2009.

### Puntos clave de la petición de cambio 6626

- Cambios en los procedimientos y correcciones de dispositivos en octubre 2009
- Facturación de medicinas farmacéuticas, biológicas y radio farmacéuticas
- Medicinas farmacéuticas y biológicas con pagos basados en precio promedio de venta a partir del 1 de octubre de 2009
  - Nuevo código HCPCS vigente para ciertas medicinas farmacéuticas y biológicas
  - Ajuste a indicador de estatus para código Q4115 de HCPCS a partir del 1 de octubre de 2009
  - Actualización de tasas de pago para ciertos códigos HCPCS desde el 1 de abril de 2008 hasta el 30 de junio de 2008
  - Actualización de tasas de pago para ciertos códigos HCPCS del 1 de julio de 2008 hasta el 30 de septiembre de 2008
  - Actualización de tasas de pago para ciertos códigos HCPCS del 1 de octubre de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2008
  - Actualización de tasas de pago para ciertos códigos HCPCS del 1 de julio de 2009 hasta el 30 de septiembre de 2009
  - Identificación de múltiples códigos HCPCS para fármacos
  - Como informar correctamente acerca de medicinas farmacéuticas y biológicas cuando se utilizan como dispositivos de implante
  - Como informar correctamente acerca de unidades de medicinas farmacéuticas
  - Como informar correctamente acerca de diagnósticos radio farmacéuticos y procedimientos de medicina nuclear asociados provistos en años calendario diferentes
  - Códigos de administración de vacuna contra el H1N1 de nivel II de HCPCS
- Actualización de índices de salarios para hospitales que reciben reclasificación de Sección 508 de la ley de modernización de Medicare (MMA)
- Clarificación con respecto al código de condición 44Determinaciones de cobertura

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6626.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6626, 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/R1803CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1803, CR 6626

**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.



## HOSPITAL DE REHABILITACIÓN

### Actualización anual de PRICER de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado

Número de *MLN Matters*: MM6607

Número de petición de cambio relacionado: 6607

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de agosto de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1808CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

#### Resumen

El año fiscal (FY) 2010 del centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF) de la regla final del sistema de pagos prospectivos (PPS), publicado el 7 de agosto de 2009, establece los índices de pago prospectivo aplicable para los IRF en el FY 2010. Un nuevo paquete del software IRF PRICER será emitido antes del 1 de octubre de 2009, que contendrá los índices actualizados que son efectivos para las reclamaciones con fechas de remoción que caen dentro del 1 de octubre de 2009 hasta el 30 de septiembre de 2010, inclusive.

Actualizaciones de PRICER para IRF PPS FY 2010 (1 de octubre de 2009-30 de septiembre de 2010)

- El índice federal estándar es: \$13,661
- La cantidad de pérdida fija es: \$10,652
- La parte relacionada a labor es: 75.779 por ciento
- La parte que no esta relacionada a labor es: 24.221 por ciento
- Proporción entre factura y cargo (CCR) del promedio nacional urbano es: 0.494
- CCR del promedio nacional rural es: 0.622
- El ajuste a pacientes de bajo ingreso (LIP) es: 0.4613
- El ajuste de enseñanza es: 0.6876
- El ajuste rural es: 1.1840

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6607.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6626, 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/R1803CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1808, CR 6607

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

### Hoja informativa del sistema de pagos prospectivos de centros de rehabilitación del paciente hospitalizado

La hoja informativa revisada del sistema de pagos prospectivos de centros de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF PPS agosto 2009), la cual provee información sobre los índices del IRF PPS, criterios de clasificación, y criterios razonables y necesarios, está ahora disponible en formato para descargar del *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicio de Medicare & Medicare (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/InpatRehabPaymtfctsh09-508.pdf>.

Si usted no puede acceder al enlace en este mensaje, copie y luego coloque el URL en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 200909-12

## ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

### CMS propone un nuevo sistema de pago prospectivo para centros de diálisis

**El programa compensaría el cuidado eficiente y de alta calidad para la gente con enfermedad renal en estado terminal**

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) propusieron un nuevo sistema de pago prospectivos (PPS) para los centros que proveen servicios de diálisis a beneficiarios de Medicare que tienen enfermedad renal en estado terminal (ESRD).

El PPS propuesto proveería un solo pago para centros de diálisis que cubriría los artículos y servicios usados para proveer a los pacientes ambulatorios con tales servicios, incluyendo el tratamiento de diálisis, medicinas por receta, y pruebas de laboratorio clínico.

El nuevo sistema de pago, el cual fue requerido por Medicare Improvements for Patients and Providers Act de 2008 (MIPPA), está diseñado para mejorar la eficiencia del cuidado, mientras promueve los servicios de alta calidad.

El aviso de hoy propone tres medidas de calidad que CMS planea usar para su programa de incentivo de calidad (QIP) y esboza un modelo conceptual para el comentario público.

“El combinar un sistema de pagos prospectivos unido con estándares de desempeño requerido alentarían a los centros para operar más eficientemente y asegurar que los beneficiarios reciban un cuidado de alta calidad al mismo tiempo que ahorran dólares para los beneficiarios y el programa de Medicare”, dijo Jonathan Blum, director de CMS Center for Medicare Management.

ESRD es la única categoría para la elegibilidad de Medicare que está basada en un diagnóstico específico sin importar la edad del paciente. Los pacientes diagnosticados con ESRD dependen de diálisis o de recibir un transplante del riñón para sobrevivir. En el 2007 habían cerca de 591 hospitales y 4,330 centros de ESRD individuales prestando servicios ambulatorios de diálisis a cerca de 330,000 pacientes de Medicare. El costo total de este servicio fue de \$9.2 billones incluyendo el servicio de diálisis y otros artículos relacionados a ESRD, tales como medicamentos.

Los servicios de ESRD son prestados en una base ambulatoria en centros de diálisis independientes o de hospital.

Actualmente, Medicare paga ciertos servicios de diálisis bajo un índice único parcial, referido como la tasa combinada. Los pagos para estos servicios de tasa

combinada representan cerca del 60 por ciento del total de los pagos de Medicare a centros de ESRD. El resto del gasto de Medicare para servicios de diálisis es para artículos facturados por separado, tales como medicamentos, pero también pueden incluir servicios de laboratorio, suministros y productos de sangre.

Bajo la regla propuesta, CMS establecería un índice de pago unido de \$198.64 para todos los servicios relacionados a la sesión de diálisis, incluyendo los servicios en la tasa combinada actual como también el artículo, incluyendo medicamentos orales que son facturados por separado.

El índice base propuesto fue derivado de los datos de las reclamaciones del 2007 para la tasa combinada y servicios

que se pueden facturar por separado y actualizados para reflejar los precios proyectados para el 2011. También sería ajustado para factores mixtos tales como la edad del paciente, género, tamaño del cuerpo, y tiempo

de diálisis. Un caso especial de ajuste

aplicaría a pacientes pediátricos. Los ajustes adicionales al índice de pago sería hecho para condiciones específicas, o co morbilidades que tienen un impacto significativo en un curso de tratamiento. Al tener en cuenta más características de los pacientes, el nuevo PPS enfocaría los pagos más apropiadamente, pagando altos índices para aquellos centros con los pacientes más costosos.

El índice base también sería ajustado para reflejar diferencias geográficas en costos de labor. En adición, CMS está proponiendo proveer un ajuste para centros con un volumen bajo, como también una póliza extraordinaria que haría un ajuste para casos costosos en particular.

CMS aceptará los comentarios sobre la regla propuesta el 16 de noviembre de 2009 y les responderá en una regla final a ser emitida en el 2010. El nuevo sistema de pago será efectivo el 1 de enero de 2011. El nuevo sistema de pago aplicaría para servicios de diálisis prestados a beneficiarios de Medicare el 1 de enero de 2011 en adelante.

Para más información, vea: <http://www.cms.hhs.gov/ESRDPayment/>. ❖

Fuente: CMS PERL 200909-21

**mejorar la eficiencia del cuidado, mientras promueve servicios de alta calidad**

## CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

### Actualización del sistema prospectivo de pago PRICER de centros de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*: MM6568  
 Número de petición de cambio relacionado: 6568  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de agosto de 2009  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1807CP  
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

#### Resumen

La ley del seguro social (Social Security Act (Section 1888(e)) exige actualizaciones anuales a las tasas de pago del sistema prospectivo de pago (PPS); ver [http://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1888.htm](http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1888.htm) en Internet), en relación a los pagos de Medicare y facturación consolidada de centros de enfermería especializada (SNF) según ha sido modificado por:

- Medicare, Medicaid y el programa de seguro de salud infantil del estado (SCHIP) ley de optimización del presupuesto balanceado (Balanced Budget Refinement Act) (BBRA) de 1999
- Medicare, Medicaid y ley SCHIP de protección y mejora de beneficios (Benefits Improvement and Protection Act, BIPA) de 2000

- Ley de modernización y mejora de prescripción de medicinas de Medicare (Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act, MMA) de 2003.

El estatuto ordena y actualiza las tasas federales utilizando la última canasta del mercado de SNF. La metodología actual es idéntica a la usada el año pasado e incluirá el reembolso MMA para beneficiarios con SIDA (síndrome de inmuno deficiencia adquirido). Esta actualización incluye índices de nuevos casos incorporados usando el ajuste de recálculo para estos nuevos casos en base a datos recientes.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6568.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6568, 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/R1807CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1807, CR 6568

**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.

### Sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada -- hoja informativa

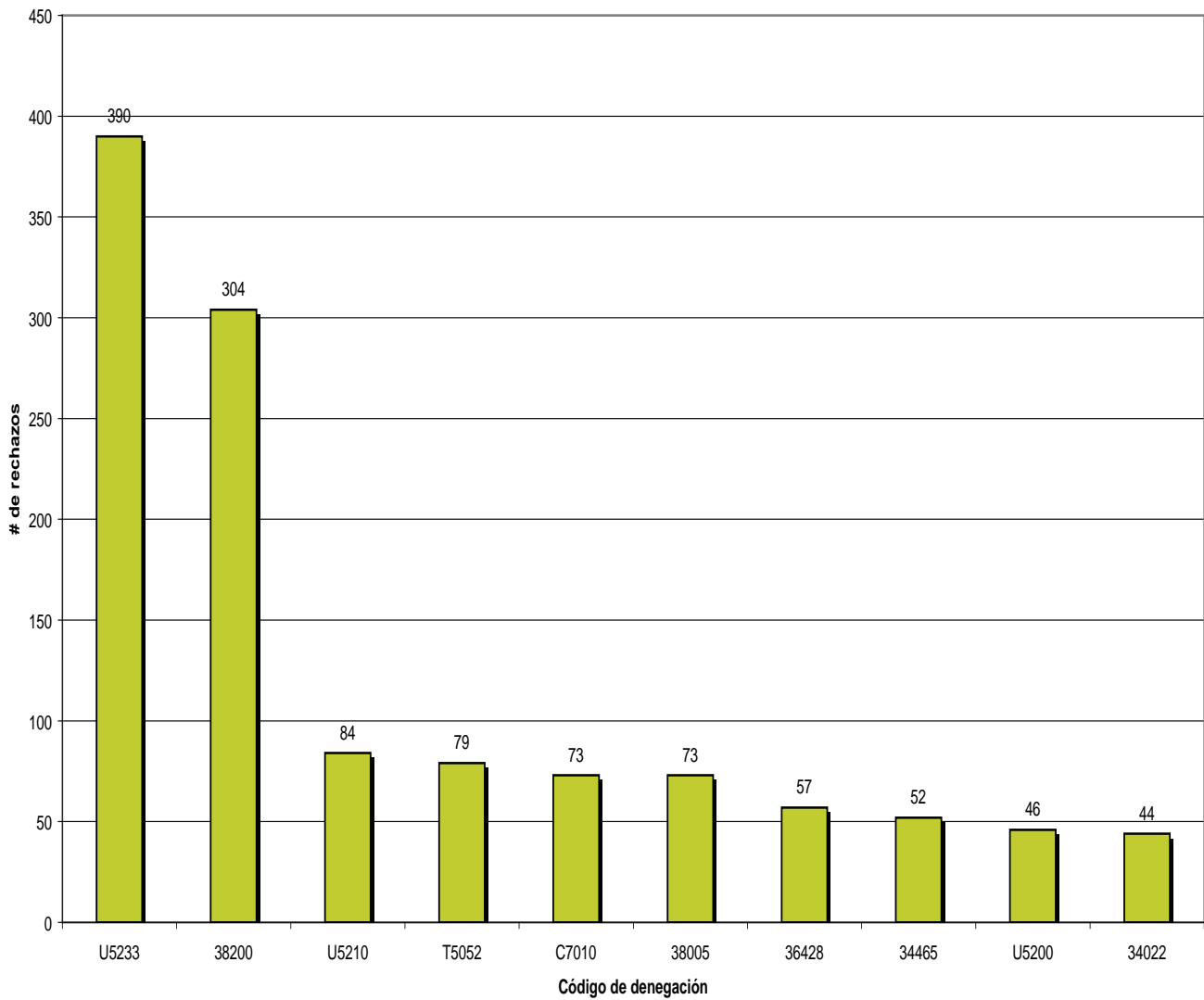
La hoja informativa modificada del *Skilled Nursing Facility Prospective Payment System* (sistema de pagos prospectivos de los centros de enfermería especializada) de agosto de 2009, que bosqueja los elementos de dicho sistema, se encuentra disponible en formato de impresión en Centers for Medicare & Medicaid Services *Medicare Learning Network* (red de enseñanza de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid). Para poner una orden, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/> baje a "Related Links Inside CMS (enlaces relacionados de CMS)" y seleccione "MLN Product Ordering Page (página para ordenar productos de MLN)". ❖

Fuente: CMS PERL 200909-11

## Las más frecuentes preguntas, denegaciones y reclamaciones devueltas como improcesables, en agosto 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 agosto 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](http://medicare.fcso.com/Inquiries_and_denials/index.asp)

### Denegaciones de Parte A más frecuentes en Puerto Rico en agosto 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

#### Modificaciones a LCD existentes

AG0108: Automanejo ambulatorio de la diabetes.....	22
A87181: Estudios de susceptibilidad.....	22
Cambios al ICD-9CM 2010.....	23

### 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).

## *Modificaciones a LCD existentes*

### **AG0108: Adiestramiento de auto manejo ambulatorio de la diabetes -- modificación de la LCD**

Identificador de LCD: L28821 (Florida)

Identificador de LCD: L28854 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para el adiestramiento de auto manejo ambulatorio fue efectivo para servicios provistos el 16 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 6510, transmisión 109, fechada el 7 de agosto de 2009, para notificar a los contratistas que la American Association of Diabetes Educators (AADE) es una organización nacional de acreditación que acredita a entidades que prestan adiestramiento de auto manejo ambulatorio de la diabetes (DSMT). Por lo tanto, la LCD fue actualizada para incluir el AADE como un cuerpo de acreditación nacional reconocido que acredita a entidades que prestan DSMT.

#### **Fecha de efectividad**

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el 30 de marzo 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.

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

### **A87181: Estudios de susceptibilidad -- modificación de la LCD**

Identificador de LCD: L28989 (Florida)

Identificador de LCD: L29021 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para estudios de susceptibilidad fue efectiva para servicios provistos el 16 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, basado en el software de edición de las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) de laboratorio de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), número de transmisión 1606, petición de cambio 6213 fecha del 2 de octubre de 2008, requisito del negocio 6213.1 para cultivo de orina (sección 190.12), una revisión fue hecha para actualizar las instrucciones de acceso para la lista en línea de códigos ICD-9-CM cubiertos en la NCD. Además, la sección de "CMS National Coverage Policy" de la LCD fue actualizada, y bajo la sección de "Other Comments" de las pautas de codificación, los códigos ICD-9-CM fueron removidos y lenguaje de CMS fue añadido concerniente a edición.

#### **Fecha de efectividad**

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas el 24 de septiembre de 2009 en adelante, para servicios provistos el 1 de octubre de 2008, para Florida y servicios provistos el 2 de marzo de 2009 en adelante, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. 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.

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

## Cambios al ICD-9-CM 2010

La actualización de 2010 a la estructura del código de diagnóstico ICD-9-CM es efectiva el 1 de octubre de 2009. Se exige que los proveedores usen la codificación ICD-9-CM actualizada del 2010 efectiva para todas las dadas de alta de hospital y servicios ambulatorios que ocurren el 1 de octubre de 2009 en adelante.

Debido a la relación directa entre codificación y reembolso, es particularmente importante que los proveedores reembol-sen bajo el sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) usado para la codificación apropiada de ICD-9-CM. Otros proveedores que codifican diagnósticos y procedimientos (proveedores que no son OPPS) también son afectados. Además, la nueva codificación de diagnóstico es usada en la facturación del cuidado ambulatorio de hospital.

First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha revisado las LCD APRA códigos de procedimiento con criterios de diag-nóstico específico que son afectados por la actualización de ICD-9-CM 2010. La siguiente tabla lista las LCD afectadas y las condiciones específicas revisadas como un resultado de la actualización de ICD-9-CM 2010:

Título de la LCD	Cambios del 2010
A43235 Esofagoduodenoscopia diagnóstica y terapéutica	Códigos de diagnóstico añadidos 569.71-569.79, 569.87, 784.42, 784.43, y 784.44 para los códigos de procedimiento 43235, 43236, 43237, 43238, 43239, 43241, 43243, 43244, 43245, 43246, 43247, 43248, 43249, 43250, 43251, 43255, y 43258.  Descriptor cambiado para los códigos de diagnóstico 784.49, 793.4, y 793.6 para los códigos de procedimiento 43235, 43236, 43237, 43238, 43239, 43241, 43243, 43244, 43245, 43246, 43247, 43248, 43249, 43250, 43251, 43255, y 43258.
A44388 Colonoscopia diagnóstica	Rango de códigos añadidos 569.71-569.79 para los códigos de procedimiento 44388, 44389, 44390, 44391, 44392, 44393, 44394, 44397, 45355, 45378, 45379, 45380, 45381, 45382, 45383, 45384, 45385, 45386, 45387, 45391, y 45392.  Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 793.4 para los códigos de procedimiento 44388, 44389, 44390, 44391, 44392, 44393, 44394, 44397, 45355, 45378, 45379, 45380, 45381, 45382, 45383, 45384, 45385, 45386, 45387, 45391, y 45392.
A70540 Imagen por resonancia magnética de la cavidad ósea que contienen el globo ocular y anexos, cara, y/o cuello	Descriptor cambiado para el rango de diagnóstico 784.40-784.49 y 793.0 para los códigos de procedimiento 70540, 70542, y 70543.  Diagnóstico removido 784.5 para los códigos de procedimiento 70540, 70542, y 70543.  Rango de códigos añadidos 784.51-784.59 para los códigos de procedimiento 70540, 70542, y 70543.
A70544 Angiografía por resonancia magnética (MRA)	Código de diagnóstico añadido 416.2 para el código de procedimiento 71555, C8909, C8910, y C8911.
A73218 Imagen por resonancia magnética de la extremidad superior	Descriptor cambiado para los códigos de diagnóstico 793.7 y 996.43 para los códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222, y 73223.  Remoción del código de diagnóstico 274.0 para los códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222, y 73223.  Códigos de diagnóstico añadidos 274.00-274.03 y 359.71 para los códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222, y 73223.
A77055 Mamografía de detección y diagnóstica	Diagnóstico añadido 793.82 para los códigos de procedimiento 77055, 77056, G0204 y G0206.  Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 793.89 para los códigos de procedimiento 77055, 77056, G0204 y G0206.

## DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA PARTE A

*Cambios al ICD-9-CM 2010... (continuación)*

Título de la LCD	Cambios del 2010
A78460 Imagen de perfusión al miocardio	Diagnóstico añadido 995.24 para los códigos de procedimiento 78460, 78461, 78464, 78465, 78478, y 78480.
A82310 Calcio total	Códigos de diagnóstico añadidos 209.31-209.36 y 787.04 para el código de procedimiento 82310.  Descriptor cambiado para el rango de código de diagnóstico 584.5-584.9 para el código de procedimiento 82310.
A82330 Calcio ionizado	Código de diagnóstico añadido 787.04 para el código de procedimiento 82330.
A83735 Magnesio	Códigos de diagnóstico añadidos 569.87 y 787.04 para el código de procedimiento 83735.  Descriptor cambiado para el rango de código de diagnóstico 584.5-584.9 para el código de procedimiento 83735.
A83970 Parathormone (hormona paratiroides)	Código de diagnóstico añadido 787.04 para el código de procedimiento 83970.
A84100 Suero de fósforo	Descriptor cambiado para los códigos de diagnóstico 584.5-584.9, 793.0, y 793.7 para el código de procedimiento 84100.  Remoción del código de diagnóstico 799.2 para el código de procedimiento 84100.  Códigos de diagnóstico añadidos 799.21 y 799.22 para el código de procedimiento 84100.
A85651 Índice de sedimentación, eritrocito	Remoción del código de diagnóstico 279.4 para el código de procedimiento 85651 y 85652.  Rango de códigos añadidos 279.41-279.49 para el código de procedimiento 85651 y 85652.
A93312 Ecocardiograma transesofágico	Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 453.2 para los códigos de procedimiento 93312, 93313, 93314, 93315, 93316, 93317, 93318, C8925, C8926, y C8927.
A93965 Evaluación no invasiva de las venas de las extremidades	Descriptor cambiado para el rango de código de diagnóstico 453.40-453.42 para los códigos de procedimiento 93965, 93970, y 93971.  Remoción del código de diagnóstico 453.8 para los códigos de procedimiento 93965, 93970, y 93971.  Códigos de diagnóstico añadidos 453.50-453.52, 453.6, 453.71, 453.72, 453.73, 453.74, 453.81, 453.82, 453.83, y 453.84 para los códigos de procedimiento 93965, 93970, y 93971.
A93975 Escaneo dúplex	Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 793.6 para los códigos de procedimiento 93975, 93976, 93978, y 93979.  Descriptor cambiado para los códigos de diagnóstico 453.2 y 784.49 para los códigos de procedimiento 93978 y 93979.  Remoción del código de diagnóstico 784.5 para los códigos de procedimiento 93978 y 93979.  Códigos de diagnóstico añadidos 784.42, 784.43, 784.44, y 784.51-784.59 para los códigos de procedimiento 93978 y 93979.
A94640 Aerosol de diagnóstico o inhalación de vapor	Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 793.1 para el código de procedimiento 94640.



*Cambios al ICD-9-CM 2010... (continuación)*

<b>Título de la LCD</b>	<b>Cambios del 2010</b>
AJ0881 Agentes estimulantes de eritropoyesis	Códigos de diagnóstico añadidos 285.3, 209.31-209.36, y 209.70-209.79 para el código de procedimiento J0881 y J0885 con un modificador EA. Esto requerirá un diagnóstico dual (285.3 y uno de los códigos de malignidad listados en la Lista 2 deben ser facturados juntos).
Servicios de diagnósticos pulmonares APULMDIAGSVCS	Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 793.1 para los códigos de procedimiento <i>93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94150, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725, y 94750.</i>

Texto en *itálicas* o entre comillas corresponde a los códigos de *Current Procedural Terminology*. *CPT* (terminología de procedimientos actuales *CPT*) del American Medical Association (colegio médico de los Estados Unidos) (u otras publicaciones de *CPT*). Todos los derechos reservados. Están vigentes FARS/DFARS correspondientes.

**Use el reporte PDS para mejorar su facturación a Medicare**

¿Sabía usted que el reporte de Provider Data Summary (PDS) puede ayudarle a mejorar la precisión y eficiencia de su facturación a Medicare? Solamente acceda al reporte PDS a través de nuestro portal en línea, establezca su cuenta, y compare sus patrones de facturación con aquellos de proveedores similares durante un periodo de facturación específico. Este recurso invaluable le ayudará proactivamente a reducir errores de facturación al aprender a evitarlos antes de que estos ocurran. ¿Le gustaría saber más? Solamente visite nuestra página de PDS, donde usted encontrará simulaciones de gran ayuda, una guía rápida para comenzar, y una guía de ayuda que le enseña como aplicar los resultados PDS a las necesidades de su negocio.

## INTERÉS GENERAL

### Valor del historial de familia bajo el beneficio inicial del examen físico preventivo

Número de *MLN Matters*: SE0918  
 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

Un historial de familia individual puede ser de gran ayuda para el médico u otro doctor que realiza la visita del examen físico preventivo inicial (IPPE) y determinar si un individuo está en riesgo de varias formas de cáncer u otros problemas médicos. Un beneficiario de Medicare puede calificar para los siguientes servicios preventivos cubiertos basados en un historial de familia individual:

- Un solo examen de ultrasonido para aneurisma aórtico abdominal (AAA)
- Examen de colonoscopia cada dos años
- Examen anual de glaucoma
- Una o dos pruebas de detección de diabetes por el año calendario (dependiendo de las calificaciones)

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0918.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0918

**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.

### Facturación de pago por servicio de Medicare para la administración de la vacuna contra el virus de influenza A

Número de *MLN Matters*: SE0920 Modificado  
 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

Medicare Parte B provee cobertura por la vacuna estacional contra el virus de la influenza y su administración, como parte de sus servicios de inmunización preventiva. El virus de influenza A (H1N1) ha sido identificado como un tipo de influenza adicional. La vacuna contra el virus H1N1 será provista a los beneficiarios de Parte B de Medicare como un servicio de inmunización preventivo adicional. Medicare pagará por la administración de la vacuna H1N1.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han creado dos nuevos códigos para H1N1 que están vigentes para servicios a partir del 1 de septiembre de 2009:

G9141 Influenza A (H1N1) administración de la inmunización (incluye los consejos médicos al paciente y su familia)

G9142 Influenza A (H1N1) cualquier vía de administración de la vacuna

El pago por G9141 será efectuado con la misma tasa establecida para G0008 (administración de vacuna contra el virus de la influenza). Las reclamaciones por administración de H1N1 serán procesadas usando el diagnóstico V04.81 (influenza) y, dependiendo del tipo del proveedor, usando el código de ingreso 771. Las mismas instrucciones de facturación se aplican a la vacuna contra el virus H1N1 como vacuna contra el virus de influenza estacional con una excepción. Toda vez que la vacuna contra el H1N1 les será entregada sin costo, Medicare no pagará a los proveedores por la vacuna.

Los proveedores que normalmente participan en el programa Parte B de Medicare como facturadores en la lista de inmunizaciones masivas y facturadores centralizados de inmunización masiva, deberán usar el formulario de lista de facturas para presentar sus reclamaciones por administración de H1N1.

Durante la temporada de gripe que se avecina, Medicare reembolsará a sus beneficiarios hasta el monto establecido, por la administración de la vacuna contra influenza H1N1, cuando esta sea provista por un proveedor que no esté inscrito en Medicare. Los beneficiarios deberán presentar un CMS-1490S a su contratista local de Medicare.

*Facturación de pago por vacuna de influenza... (continuación)*

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0920.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0920

**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.

## Lo nuevo sobre programas de incentivos PQRI 2009 y curso por Internet del programa de prescripción electrónica (e-Prescribing)

El MLN de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complace en anunciar que el PQRI y el curso de adiestramiento por Internet de e-Prescribing está ahora disponible.

El curso provee información a los médicos, profesionales del cuidado de la salud, y personal médico administrativo en el completar, enviar, y mantener la documentación exigida para participar exitosamente en los programas de PQRI y e-Prescribing. El curso ofrece créditos de educación continua; vea la página de descripción del curso para los detalles.

El curso puede ser accedido al ir a <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo> y buscar abajo en su pantalla la sección de Related Links Inside CMS y seleccionar Web Based Training (WBT) Modules. Una vez en la página del módulo del adiestramiento por Internet, seleccione Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) and Electronic Prescribing Incentive Program (e-Prescribing) (septiembre 2009).

### MLN anuncia nuevos y revisados artículos de MLN en el PQRI 2009

- Nuevo M6514 Principios de codificación y reporte para los programas de incentivo de iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) y receta electrónica (e-Prescribing)  
<http://www.cms.hhs.gov/mlnmattersarticles/downloads/MM6514.pdf>
- Revisado SE0830 Pasos para los que los profesionales individuales elegibles accedan sus reportes de reacciones de la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) 2007 personalmente  
<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0830.pdf>
- Revisado SE0831 Pasos para que organizaciones accedan sus reportes de reacciones de la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) 2007  
<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0831.pdf>

Estos artículos nuevos y revisados tienen la intención de asistir a los profesionales elegibles y prácticas de grupo que reportan datos de medidas de calidad PQRI a Medicare.

### Tres recursos de ayuda técnica de PQRI están disponibles para profesionales elegibles

#### Directorio del centro de llamada

- Remesa de pago
- Estatus de distribución de incentivo de pago
- Ajustes hechos para el incentivo de pago debido a sanciones/sobrepagos

Para información de contacto, vea el “Provider Center Toll-free Numbers Directory” al hacer clic en el enlace debajo de la sección de Related Links Inside CMS y buscar abajo en la pantalla la sección de Downloads.

#### Servicios de usuarios externos (EUS) 7:00 a.m. - 7:00 p.m. (ET)

- Inscribiendo/creando una cuenta IACS
- Accediendo a una cuenta IACS
- Cambiando una cuenta IACS
- Aprobando usuarios en una organización  
Teléfono: 1-866-484-8049  
TTY: 1-866-523-4759

#### Ayuda técnica QualityNet 7:00 a.m. - 7:00 p.m. (CT)

- Información general de CMS PQRI & ERX
- Asuntos de contraseña en el portal de PQRI
- Reporte de reacciones de PQRI, disponibilidad y acceso  
Teléfono: 1-866-288-8912

Toda la información disponible en el PQRI de CMS [puede ser encontrada en <http://www.cms.hhs.gov/PQRI>

Toda la información disponible en el programa de incentivo e-Prescribing de CMS puede ser encontrada en <http://www.cms.hhs.gov/ERxIncentve>. ❖

Fuente: CMS PERL 200909-26

## Actualización de octubre de 2009 a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos

A partir de: 1 de enero de 2009

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2009

### Resumen

Las tarifas a continuación representan archivos de pago para contratistas como un resultado de la regla final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) de 2009.

Código	Participando			No están participando			Cargo limitador		
	Loc 03	Loc 04	Loc 99	Loc 03	Loc 04	Loc 99	Loc 03	Loc 04	Loc 99
93503	148.72	156.71	142.79	141.28	148.87	135.65	162.48	171.21	156.00

Source: CR 6617

## Expansión de modificación de reclamaciones de Medicare Parte B para los proveedores que refieren/ordenan

**Nota:** El artículo de *MLN Matters* MM6417 fue publicado en *Medicare Al Día* de Julio de 2009, página 39.

Número de *MLN Matters*: MM6417 Modificado

Número de petición de cambio relacionado: 6417

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

Fecha de efectividad: Fase 1: 1 de octubre de 2009

Fase 2: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R510OTN

Fecha de implementación: Fase 1: 5 de octubre de 2009

Fase 2: 4 de enero de 2010

A partir del 5 de octubre de 2009, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), están expandiendo la modificación de reclamación para validar el identificador nacional del proveedor (NPI) que refiere/ordena y el nombre reportado en la reclamación contraposición con los historiales de inscripción del proveedor de Medicare para asegurarse que el proveedor esta inscrito en Medicare y es una especialidad elegible para ordenar o referir. Son elegibles las siguientes especialidades:

- Médico u osteópata
- Medicina dental
- Cirugía dental
- Medicina de podiatría
- Optometrista
- Medicina de quiropráctica
- Asistente médico
- Enfermera clínica especialista certificada
- Enfermera practicante
- Psicólogo clínico
- Enfermera obstetra certificada
- Trabajador(a) social clínica(o)

**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.

### Fases de implementación

#### Fase 1

Durante la Fase 1 (5 de octubre de 2009 hasta el 3 de enero de 2010), el proveedor que refiere/ordena recibirá un mensaje de advertencia en la remesa de pago, si su información del proveedor:

- No está en PECOS ni en el sistema de reclamaciones, o
- Está en PECOS o en el sistema de reclamaciones, pero no es la especialidad indicada para ordenar o referir

Durante la Fase 2 (4 de enero de 2010, en adelante), el servicio será rechazado (devuelto como improcesable) si la información del proveedor:

- No está en PECOS ni en el sistema de reclamaciones, o
- Está en PECOS o el sistema de reclamaciones, pero no es de la especialidad indicada para ordenar o referir

Hay información adicional disponible en el sitio Web de CMS.

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6417, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R510OTN.pdf>.

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

## CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA

### Error de archivo del indicador de pago ASC y reiteración de la póliza de responsabilidad del beneficiario

Número de *MLN Matters*: MM6630

Número de petición de cambio relacionado: 6630

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de agosto de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R546OTN

Fecha de implementación: 1 de julio de 2009

#### Resumen

La petición de cambio relacionado (CR) 6630 corrige el error de archivo del indicador de pago de centro de cirugía ambulatorio (ASCPI) asignado a los siguientes códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS): V2787 Astigmatism correcting function of intraocular lens) V2788 Presbyopia correcting function of intraocular lens)

Los CR previamente emitidos, 6184, 6424, y 6496, estaban incorrectos y resultaron en la asignación incorrecta de responsabilidad del beneficiario y mensajes en el resumen de Medicare (MSN). El CR 6630 notifica a los contratistas que el indicador de pago corregido para estos códigos es "E5".

First Coast Service Options Inc (FCSO) instalará archivos de reemplazo ASCPI para enero de 2009, abril de 2009, y julio de 2009 (los cuales han sido corregidos para reflejar el indicador de pago de "E5" para V2787 y V2788). Además, FCSO ajustará las reclamaciones afectadas para iniciar el mensaje correcto de responsabilidad del beneficiario para los códigos V2787 y V2788 para las fechas de servicio del 1 de enero de 2009 en adelante.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6630.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6630, 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/R546OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 546, CR 6630

**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.

### Código Q4115 de HCPCS -- Actualización a octubre de 2009 del sistema de pagos ASC

La petición de cambios (CR) 6629 actualiza las tasas de pago de centros de cirugía ambulatoria (ASC) para medicinas farmacéuticas y biológicas seleccionadas pagables por separado y provee las tasas y descriptores para el sistema recientemente creado de códigos para medicinas farmacéuticas y biológicas Level II Healthcare Common Procedure Coding System (Nivel II del Sistema de códigos de procedimientos comunes del cuidado de la salud, HCPCS).

Uno de los puntos clave para este cambio es que los servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2009, el código de HCPCS Q4115 (substituto de piel, alloskin, por centímetro cuadrado) es elegible para ser pagado por separado bajo el sistema de pagos ASC cuando es provisto integrado a un procedimiento quirúrgico que tenga cobertura.

Nota: HCPCS código Q4115 figura como sin cobertura en la determinación local de cobertura (LCD) de FCSO (L29279 para Florida y L29393 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos) y por lo tanto no tienen cobertura de FCSO.

Las LCD de FCSO se encuentran disponibles en la base de datos de cobertura Medicare de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1806, CR 6629

## Actualización de octubre de 2009 al sistema de pago de ASC

Número de *MLN Matters*: MM6629  
 Número de petición de cambio relacionado: 6629  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de julio de 2009  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2009  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1806CP  
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2009

### Resumen

Esta actualización al centro de cirugía ambulatoria (ASC) provee índices de pago actualizados para medicinas seleccionadas pagadas por separado y productos biológicos, y provee índices y descriptores para los códigos recién creados de Level II Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para medicinas y productos biológicos.

Otros puntos clave incluyen lo siguiente:

- Un recordatorio de que si dos o más medicinas o productos biológicos son combinados para facilitar la administración, los códigos correctos HCPCS deben ser reportados separadamente para cada producto usado en el cuidado del paciente.
- Índices de pago de medicinas actualizadas efectivo el 1 de octubre de 2009 están incluidas en el ASC Addendum BB actualizado del 1 de octubre de 2009.
- Un nuevo código de medicina HCPCS (Q2024) ha sido creado y es pagado por separado para las fechas de servicio del 1 de octubre de 2009.

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

- Para las fechas de servicio comenzando el 1 de octubre de 2009, el código HCPCS Q4115 es elegible para pago por separado bajo el sistema de pago ASC cuando es provisto íntegro a un procedimiento quirúrgico cubierto.

El archivo ASC DRUG en actualizaciones de trimestres anteriores contenía índices de pago incorrectos para ciertos códigos HCPCS. La actualización de octubre de 2009 corrige todos los índices de pago. Los suplidores que piensen que puedan haber recibido un pago incorrecto el 1 de abril de 2008 hasta el 30 de septiembre de 2009, pueden enviar voluntariamente esas reclamaciones para reprocesamiento.

Recordatorios sobre el reporte correcto de medicinas y productos biológicos cuando son usados como dispositivos que se pueden implantar y el reporte correcto de unidades de medicinas.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6629.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6629, 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/R1806CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1806, CR 6629

## ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

### Clarificación de requisitos de pago de capacitación mensual de ESRD

Número de *MLN Matters*: SE0921  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid están publicando este artículo de edición especial para clarificar los requisitos de visitas bajo pago de capacitación mensual de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) tal como se describe en la petición de cambio 5931 (Manual de pago por servicios a pacientes ambulatorios ESRD).

Una vez que el paciente está bajo tratamiento de diálisis, el médico MCP (o profesional de la salud) debe

**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.

examinarle personalmente, a lo menos una vez al mes, en su consulta, hospital ambulatorio u otro lugar apropiado, incluyendo el domicilio del paciente o el lugar donde se lleva a cabo la diálisis. No se requiere del médico (o profesional de la salud) proceder a este examen cuando el paciente está recibiendo diálisis.

Por ejemplo, puede procederse a un examen completo en la consulta del médico a una hora diferente a la sesión de diálisis.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0921.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0921

## INSCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR

### Modificaciones a solicitudes de inscripción a Medicare -- CMS-855I y CMS-855B

Como resultado de la regla final titulada “Revisions to Payment Policies Under the Physician Fee Schedule and Other Revisions to Part B for CY 2009; Revisions to the Amendment of the E-Prescribing Exemption for Computer Generated Facsimile Transmissions; and the Competitive Acquisition for Certain Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) (CMS-1403-FC/CMS-1270-F2,” los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ha hecho revisiones a las aplicaciones de inscripción CMS-855I y CMS-855B. **En adición, si usted esta inscrito en Medicare, pero no ha enviado un CMS-855 desde 2003, se le exige que envíe una aplicación completa. Los proveedores y suplidores deben seguir las instrucciones para completar una aplicación de inscripción inicial.**

#### Revisiones al CMS-855I

Página(s)	Revisión
Todo	Cambios reglamentarios conformes incorporados
1-9	Patólogo del habla añadido
Todo	Cambio del término “acción legal adversa” a “acción final adversa”
12	Remoción de la referencia al Healthcare Integrity and Protection Data Bank
4	Clarificación de que un “individuo (tipo 1) NPI” debe ser provisto en la página 4
8	Remoción del párrafo que hace referencia a “radiología de diagnóstico”
25	Revisión y clarificación del #2 en el reporte de certificación
26	Adición de la frase “(azul preferido)” después “Todas las firmas debe estar en original y en tinta”

#### Revisiones al CMS-855B

Página(s)	Revisión
Todo	Cambios reglamentarios conformes incorporados en toda la aplicación
1-9	Remoción de “Slide Preparation Facility”
9	Remoción de “Public Health/Welfare Agency”
9	Remoción de la oración “Si usted es una práctica de especialidad clínica individual o de grupo, la especialidad debe ser reportada”
Todo	Cambio del término “acción legal adversa” a “acción final adversa”
11	Remoción de referencia al Healthcare Integrity and Protection Data Bank
30	Revisión y clarificación del #1 en el reporte de certificación
31-33, 46	Adición de la frase “(azul preferido)” después “Todas las firmas debe estar en original y en tinta”
43	Remoción del lenguaje de referencia al personal de Independent Diagnostic Testing Facility (IDTF)

Fuente: CMS JSM 09386, 10 de septiembre de 2009

## Nuevas solicitudes de inscripción modificadas CMS-855 de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE0924  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Los Centros de Servicios Medicare & Medicaid (CMS) han emitido solicitudes de inscripción modificadas de Medicare para médicos, profesionales de la salud y otros proveedores (excepto suplidores DMEPOS) utilizando CMS-855B y/o CMS-855I para inscribirse o hacer cambios a su información de inscripción.

Aún cuando los contratistas de Medicare continuarán aceptando la versión de 02/2008 de la solicitud de inscripción de Medicare, hasta el 30 de noviembre de 2009, los médicos, profesionales de la salud y otros proveedores deberán comenzar de inmediato a utilizar las nuevas solicitudes de inscripción de Medicare (por ejemplo “(02/2008) (EF 07/2009)”). en <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/>.

En las próximas semanas estos formularios también estarán disponibles a través de los contratistas de Partes A y B de Medicare (MAC).

Esta edición especial destaca las significantes modificaciones a las siguientes solicitudes de inscripción de Medicare:

- Cambios para médicos y profesionales de la salud -- CMS-855I (02/08) (EF 07/09)
- Cambios para clínicas y grupos de atención médica y algunos otros proveedores -- CMS-855B (02/08) (EF 07/09)

Además, en consistencia con la petición de cambio 6499 de CMS, las secciones en apoyo a la documentación de CMS-855I y CMS-855B han sido modificadas para limitar el volumen de documentación exigida para presentar una inscripción a Medicare.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0924.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0924

**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.

## LABORATORIO

## Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM6570  
 Número de petición de cambio relacionado: 6570  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de agosto de 2009  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1799CP  
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

### Resumen

Este artículo notifica a los laboratorios clínicos y proveedores que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ha listado las últimas pruebas aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) como pruebas con dispensa bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988 (CLIA). CMS identifica pruebas con dispensa al proveer una lista actualizada de pruebas con dispensa a los contratistas de Medicare en una base trimestral.

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

La petición de cambio 6179 asignó el Current Procedural Terminology (CPT) 83520QW al HemoCue Albumin 201 System. Basado en una preocupación recibida de la industria de laboratorio, este código ha sido cambiado a 82043QW con una fecha efectiva del 1 de octubre del 2009 2009.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6570.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6570, 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/R1799CP.pdf>.

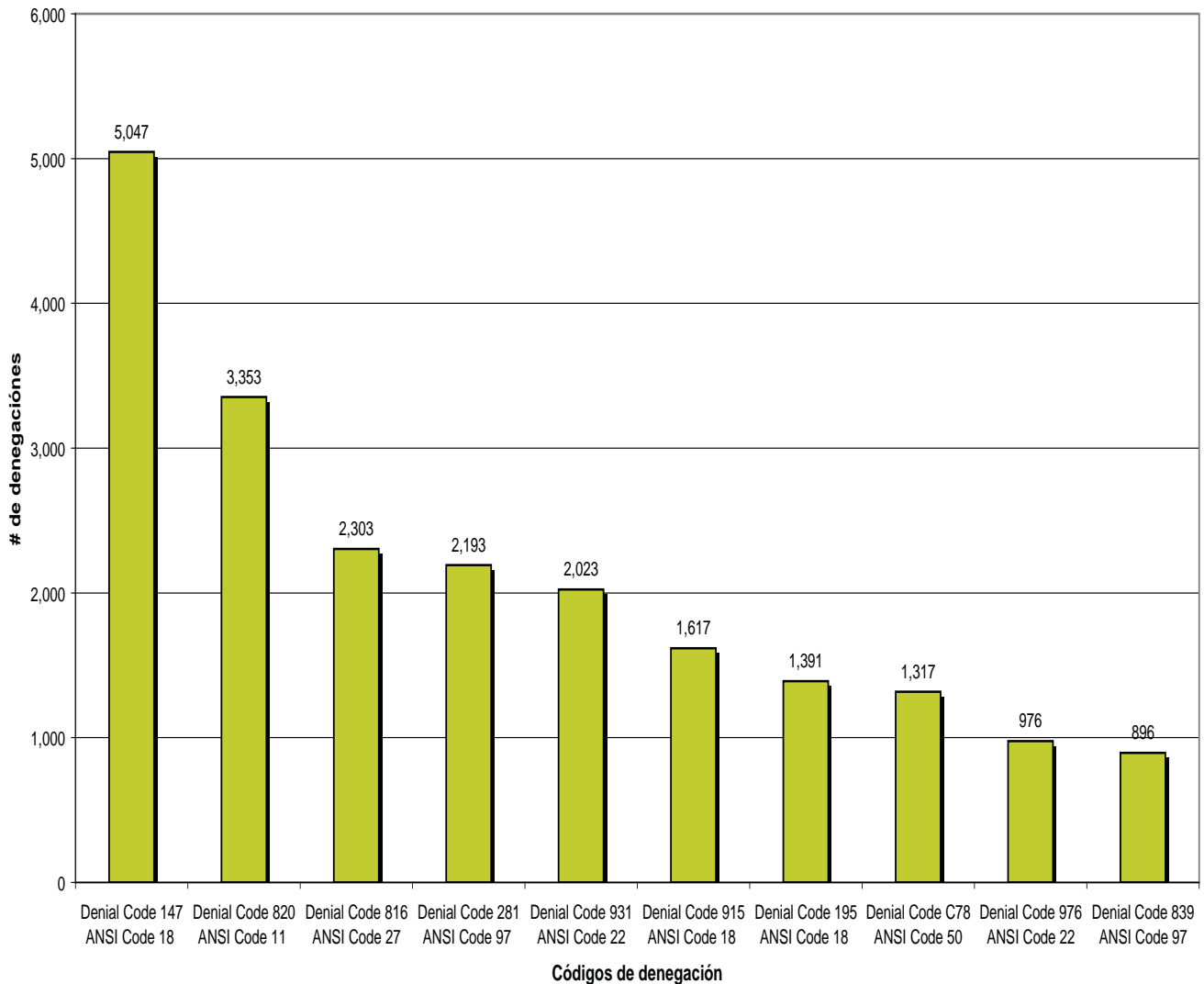
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1799, CR 6570



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

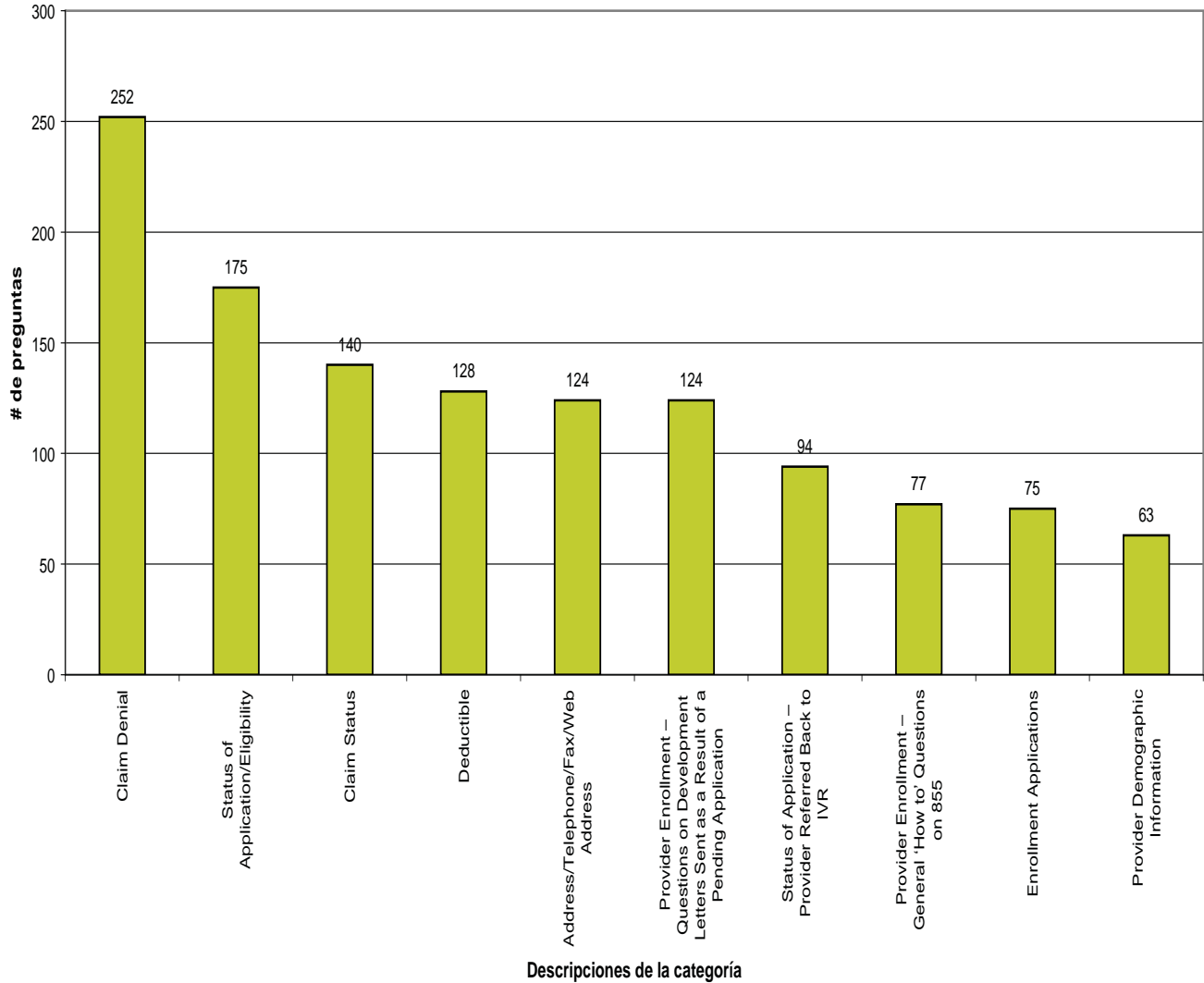
Los gráficos a continuación muestran las más frecuentes preguntas, denegaciones y reclamaciones devueltas como improcesables (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante el mes de agosto de 2009. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar 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](http://medicare.fcso.com/Inquiries_and_denials/index.asp)

### Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en agosto de 2009



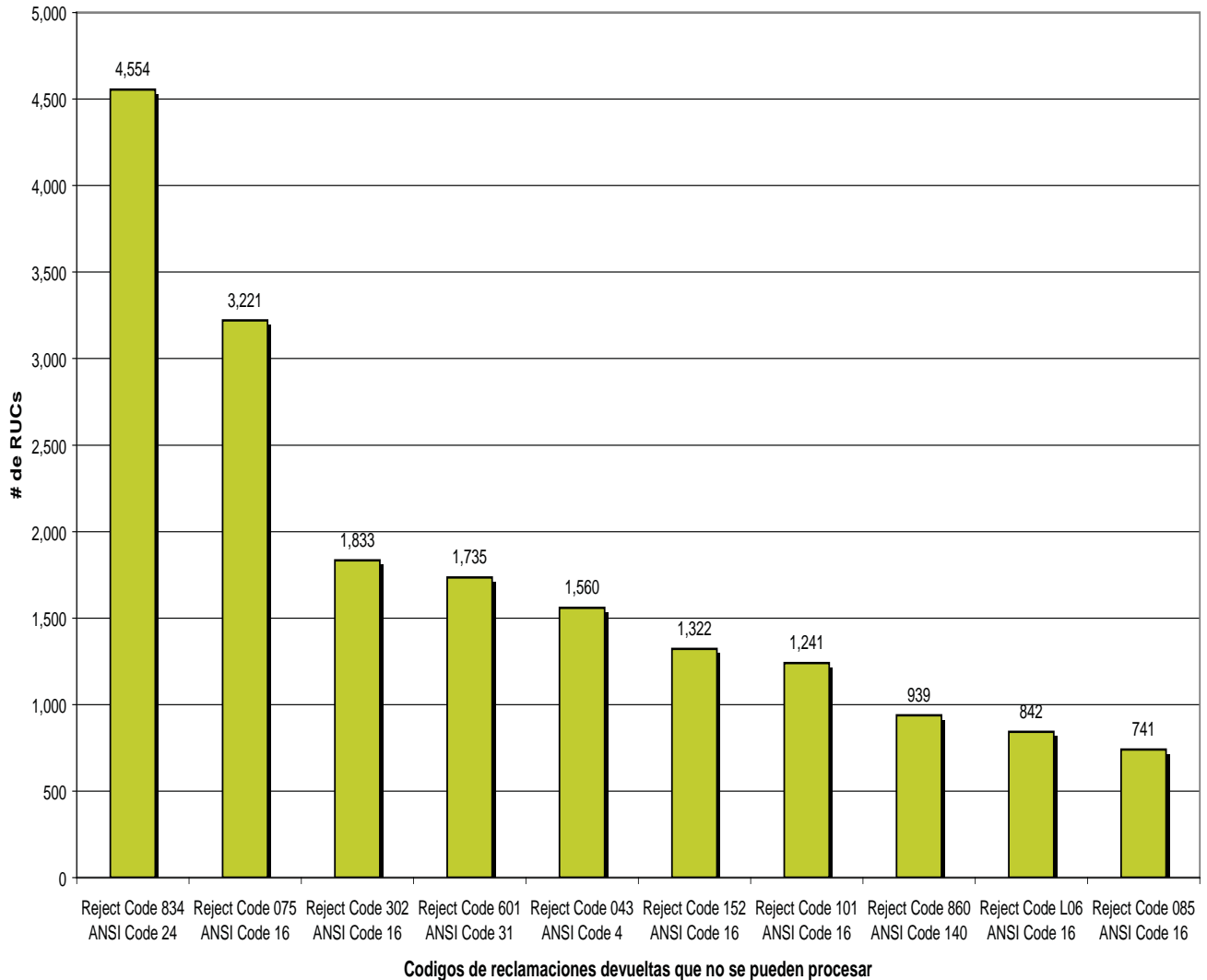
Las más frecuentes preguntas... (continuación)

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



Las más frecuentes preguntas... (continuación)

**RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en agosto 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

#### Modificaciones a LCD existentes

G0108: Automanejo ambulatorio de la diabetes.....	37
87181: Estudios de susceptibilidad.....	37
11600: Excisión de lesiones de piel maligna.....	38
J9212: Interferón.....	38
Cambios al ICD-9-CM 2010.....	39

### 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).

## *Modificaciones a las LCD existentes*

### **G0108: Adiestramiento de auto manejo ambulatorio de la diabetes -- modificación de la LCD**

Identificador de LCD: L29133 (Florida)

Identificador de LCD: L29151 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para el adiestramiento de auto manejo ambulatorio fue efectivo para servicios provistos el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 6510, transmisión 109, fechada el 7 de agosto de 2009, para notificar a los contratistas que la American Association of Diabetes Educators (AADE) es una organización nacional de acreditación que acredita a entidades que prestan adiestramiento de auto manejo ambulatorio de la diabetes (DSMT). Por lo tanto, la LCD fue actualizada para incluir el AADE como un cuerpo de acreditación nacional reconocido que acredita a entidades que prestan DSMT.

#### **Fecha de efectividad**

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos el 30 de marzo 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.

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

### **87181: Estudios de susceptibilidad -- modificación de la LCD**

Identificador de LCD: L29319 (Florida)

Identificador de LCD: L29396 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para estudios de susceptibilidad fue efectiva para servicios provistos el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, basado en el software de edición de las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) de laboratorio de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), número de transmisión 1606, petición de cambio 6213 fecha del 2 de octubre de 2008, requisito del negocio 6213.1 para cultivo de orina (sección 190.12), una revisión fue hecha para actualizar las instrucciones de acceso para la lista en línea de códigos ICD-9-CM cubiertos en la NCD. Además, la sección de "CMS National Coverage Policy" de la LCD fue actualizada, y bajo la sección de "Other Comments" de las pautas de codificación, los códigos ICD-9-CM fueron removidos y lenguaje de CMS fue añadido concerniente a edición.

#### **Fecha de efectividad**

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas el 15 de septiembre de 2009 en adelante, para servicios provistos el 1 de octubre de 2008, para Florida y servicios provistos el 2 de marzo de 2009 en adelante, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. 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.

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

## 11600: Excisión de lesiones de piel malignas -- modificación de LCD

Identificador de LCD: L29170 (Florida)

Identificador de LCD: L29424 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD para excisión de lesiones de piel malignas 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, basado en una solicitud de reconsideración, una revisión a la LCD fue hecha para añadir el código de diagnóstico 198.2 (Secondary malignant neoplasm of skin) al rango de código del código de procedimiento CPT 11640-11646.

En adición de lo mencionado arriba, la sección de “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

### Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas el 28 de agosto de 2009 en adelante, para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante, para Florida y servicios prestados el 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. 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.

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

## J9212: Interferón -- modificación de la LCD

Identificador de LCD: L29202 (Florida)

Identificador de LCD: L29354 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para interferón fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, una revisión a la LCD fue hecha para añadir el código ICD-9-CM 238.71 (essential thrombocythemia) para el código HCPCS J9214 (Interferon alfa-2b) en la sección de “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD. En adición, “essential thrombocythemia” fue añadida a la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para Interferón alfa-2B (código HCPCS J9214).

### Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas el 4 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.

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

## Cambios al ICD-9-CM 2010

La actualización de 2010 a la estructura de codificación de diagnóstico ICD-9-CM es efectiva el 1 de octubre de 2009. Los códigos de diagnósticos actualizados deben ser usados para todos los servicios facturados el 1 de octubre de 2009 en adelante. Los médicos, profesionales de la salud, y suplidores deben facturar usando el código de diagnóstico que es válido para esa fecha de servicio. Los contratista de la Parte B de Medicare no serán capaces de aceptar códigos de diagnósticos discontinuados para las fechas de servicio después de la fecha en la cual el código de diagnóstico está discontinuado. First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha revisado todas las determinaciones locales de cobertura (LCD) para los códigos de procedimientos con criterios de diagnósticos específicos que son afectados por la actualización de ICD-9-CM 2010. La tabla en las páginas siguientes lista las LCD afectadas y las condiciones específicas revisadas como resultado de la actualización de ICD-9-CM de 2010:

Título de la LCD	Cambios del 2010
20600 Artrocentesis	Removed diagnosis 274.0 para los códigos de procedimiento 20600, 20605, y 20610.  Rango de código de diagnóstico añadido 274.00-274.03 para los códigos de procedimiento 20600, 20605, y 20610.
31231 Endoscopia nasal Diagnóstico de	Descriptor cambiado para el rango de diagnóstico 784.40-784.49 para los códigos de procedimiento 31231, 31233, y 31235.  Removed diagnosis 784.5 para los códigos de procedimiento 31231, 31233, y 31235.  Rango de código de diagnóstico añadido 784.51-784.59 para los códigos de procedimiento 31231, 31233, y 31235.
31525 Laringoscopia diagnóstica	Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 784.49 para los códigos de procedimiento 31525 y 31575.  Removed diagnosis 784.5 para los códigos de procedimiento 31525 y 31575. Códigos de diagnóstico añadidos 438.13, 438.14, 784.42, 784.43, 784.44, y 784.51-784.59 para los códigos de procedimiento 31525 y 31575.
43235 Esofagogastroduodenoscopia diagnóstica y terapéutica	Códigos de diagnóstico añadidos 569.71-569.79, 569.87, 784.42, 784.43, y 784.44 para los códigos de procedimiento 43235, 43236, 43237, 43238, 43239, 43241, 43243, 43244, 43245, 43246, 43247, 43248, 43249, 43250, 43251, 43255, y 43258.  Descriptor cambiado para los códigos de diagnóstico 784.49, 793.4, y 793.6 para los códigos de procedimiento 43235, 43236, 43237, 43238, 43239, 43241, 43243, 43244, 43245, 43246, 43247, 43248, 43249, 43250, 43251, 43255, y 43258.
44388 Colonoscopia diagnóstica	Rango de código de diagnóstico añadido 569.71-569.79 para los códigos de procedimiento 44388, 44389, 44390, 44391, 44392, 44393, 44394, 44397, 45355, 45378, 45379, 45380, 45381, 45382, 45383, 45384, 45385, 45386, 45387, 45391, y 45392.  Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 793.4 para los códigos de procedimiento 44388, 44389, 44390, 44391, 44392, 44393, 44394, 44397, 45355, 45378, 45379, 45380, 45381, 45382, 45383, 45384, 45385, 45386, 45387, 45391, y 45392.
62310 Epidural	Rango de código de diagnóstico añadido 209.70-209.79, 239.89 para los códigos de procedimiento 62310, 62311, 64479, 64480, 64483, y 64484.  Diagnóstico nuevo removido 239.81 del rango de diagnóstico 239.0-239.9 para los códigos de procedimiento 62310, 62311, 64479, 64480, 64483, y 64484, puesto que no es apropiado.

## DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA PARTE B

*Cambios al ICD-9-CM 2010... (continuación)*

Título de la LCD	Cambios del 2010
64400 Bloques de nervio periférico	Rango de código de diagnóstico añadido 209.70-209.79 para los códigos de procedimiento 64400, 64402, 64405, 64412, 64413, 64415, 64416, 64417, 64418, 64420, 64421, 64425, 64430, 64445, 64446, 64447, 64448, 64449, y 64450.
70540 Imagen por resonancia magnética de la cavidad ósea que contienen el globo ocular y anexos, cara, y/o cuello	Descriptor cambiado para los códigos de diagnóstico 784.40-784.49 y 793.0 para los códigos de procedimiento 70540, 70542, y 70543.  Removed diagnosis 784.5 para los códigos de procedimiento 70540, 70542, y 70543.  Rango de código de diagnóstico añadido 784.51-784.59 para los códigos de procedimiento 70540, 70542, y 70543.
70544 Angiografía por resonancia magnética (MRA)	Código de diagnóstico añadido 416.2 para el código de procedimiento 71555.
70551 Imagen por resonancia magnética del cerebro	Descriptor cambiado para los códigos de diagnóstico 572.2 y 793.0 para los códigos de procedimiento 70551, 70552, y 70553.  Códigos de diagnóstico removidos 768.7 y 784.5 para los códigos de procedimiento 70551, 70552, y 70553.  Rango de código de diagnóstico añadidos 768.70-768.73 y 784.51-784.59 para los códigos de procedimiento 70551, 70552, y 70553.
72141 Imagen por resonancia magnética de la espina	Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 793.99 para los códigos de procedimiento 72141, 72142, 72146, 72147, 72148, 72149, 72156, 72157, y 72158.  Código de diagnóstico removido 239.8 para los códigos de procedimiento 72141, 72142, 72146, 72147, 72148, 72149, 72156, 72157, y 72158.  Código de diagnóstico añadido 239.89 para los códigos de procedimiento 72141, 72142, 72146, 72147, 72148, 72149, 72156, 72157, y 72158.
73218 Imagen por resonancia magnética de la extremidad superior	Descriptor cambiado para los códigos de diagnóstico 793.7 y 996.43 para los códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222, y 73223.  Código de diagnóstico removido 274.0 para los códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222, y 73223.  Códigos de diagnóstico añadidos 274.00-274.03 y 359.71 para los códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222, y 73223.
76510 B-Scan	Código de diagnóstico removido 239.8 para los códigos de procedimiento 76510, 76512, y 76513.  Rango de código de diagnóstico añadido 239.81-239.89 para los códigos de procedimiento 76510, 76512, y 76513.
77055 Mamografía de detección y diagnóstica	Diagnóstico añadido 793.82 para los códigos de procedimiento 77055, 77056, G0204 y G0206.  Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 793.89 para los códigos de procedimiento 77055, 77056, G0204 y G0206.
78460 Estudios de imagen nuclear cardiovascular	Diagnóstico añadido 995.24 para los códigos de procedimiento 78460, 78461, 78464, 78465, 78478, y 78480.
82310 Calcio total	Códigos de diagnóstico añadidos 209.31-209.36 y 787.04 para el código de procedimiento 82310.  Descriptor cambiado para el rango del código de diagnóstico 584.5-584.9 para el código de procedimiento 82310.



**DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA PARTE B**

*Cambios al ICD-9-CM 2010... (continuación)*

<b>Título de la LCD</b>	<b>Cambios del 2010</b>
82330 Calcio ionizado	Código de diagnóstico añadido 787.04 para el código de procedimiento 82330.
83735 Magnesio	Códigos de diagnóstico añadidos 569.87 y 787.04 para el código de procedimiento 83735.  Descriptor cambiado para el rango del código de diagnóstico 584.5-584.9 para el código de procedimiento 83735.
83970 Parathormone (hormona paratiroides)	Código de diagnóstico añadido 787.04 para el código de procedimiento 83970.
84100 Suero de fósforo	Descriptor cambiado para los códigos de diagnóstico 584.5-584.9, 793.0, y 793.7 para el código de procedimiento 84100.  Código de diagnóstico removido 799.2 para el código de procedimiento 84100.  Códigos de diagnóstico añadidos 799.21 y 799.22 para el código de procedimiento 84100.
85651 Índice de sedimentación, eritrocito	Código de diagnóstico removido 279.4 para el código de procedimiento 85651 y 85652.  Rango de código de diagnóstico añadido 279.41-279.49 para el código de procedimiento 85651 y 85652.
92081 Examinaciones del campo visual	Código de diagnóstico removido 239.8 para los códigos de procedimiento 92081, 92082, y 92083.  Rango de código de diagnóstico añadido 239.81-239.89 para los códigos de procedimiento 92081, 92082, y 92083.
92250 Fotografía fundus	Código de diagnóstico removido 239.8 para el código de procedimiento 92250.  Rango de código de diagnóstico añadido 239.81-239.89 para el código de procedimiento 92250.
93312 Ecocardiograma transesofágico	Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 453.2 para los códigos de procedimiento 93312, 93313, 93314, 93315, 93316, 93317, y 93318.
93886 Estudios Doppler transcraniales	Código de diagnóstico removido 348.8 para los códigos de procedimiento 93886, 93888, 93890, 93892, y 93893.  Rango de código de diagnóstico añadido 348.81-348.89 para los códigos de procedimiento 93886, 93888, 93890, 93892, y 93893.
93965 Evaluación no invasiva de las venas de las extremidades	Descriptor cambiado para el rango del código de diagnóstico 453.40-453.42 para los códigos de procedimiento 93965, 93970, y 93971.  Código de diagnóstico removido 453.8 para los códigos de procedimiento 93965, 93970, y 93971.  Códigos de diagnóstico añadidos 453.50-453.52, 453.6, 453.71, 453.72, 453.73, 453.74, 453.81, 453.82, 453.83, y 453.84 para los códigos de procedimiento 93965, 93970, y 93971.

## DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA PARTE B

*Cambios al ICD-9-CM 2010... (continuación)*

<b>Título de la LCD</b>	<b>Cambios del 2010</b>
93975 Escaneo dúplex	<p>Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 793.6 para los códigos de procedimiento 93975, 93976, 93978, y 93979.</p> <p>Descriptor cambiado para los códigos de diagnóstico 453.2 y 784.49 para los códigos de procedimiento 93978 y 93979.</p> <p>Código de diagnóstico removido 784.5 para los códigos de procedimiento 93978 y 93979.</p> <p>Códigos de diagnóstico añadidos 784.42, 784.43, 784.44, y 784.51-784.59 para los códigos de procedimiento 93978 y 93979.</p>
95115 Inmunoterapia de agente alérgico	Código de diagnóstico añadido 372.06 para los códigos de procedimiento 95115, 95117, y 95165.
J0800 Corticotropina	<p>Código de diagnóstico removido 274.0 para el código de procedimiento J0800.</p> <p>Códigos de diagnóstico añadidos 274.00-274.03 y 372.06 para el código de procedimiento J0800</p>
J0881 Agentes estimulantes de eritropoyesis	Códigos de diagnóstico añadidos 285.3, 209.31-209.36, y 209.70-209.79 para el código de procedimiento J0881 y J0885 con un modificador EA. Esto requerirá un diagnóstico dual (285.3 y uno de los códigos de malignidad listados en la lista 2 deben ser facturados juntos).
PULMDIAGSVCS Servicios diagnósticos pulmonares	Descriptor cambiado para el código de diagnóstico 793.1 para los códigos de procedimiento 93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725, y 94750.

Texto en *itálicas* o entre comillas corresponde a los códigos de *Current Procedural Terminology. CPT* (terminología de procedimientos actuales CPT) del American Medical Association (colegio médico de los Estados Unidos) (u otras publicaciones de *CPT*). Todos los derechos reservados. Están vigentes FARS/DFARS correspondientes.

# RECURSOS EDUCACIONALES

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

Descubra su portal a Medicare

Cuando: miércoles, 21 de octubre  
 Hora: 3:00 p.m.- 4:00 p.m.  
 Tipo: Webcast

**Idioma en que se ofrece el evento:** español  
**Dirigido:** Puerto Rico

Tome el camino correcto -- **Parte A**

Cuando: lunes, 2 de noviembre  
 Hora: 9:00 a.m.- 12 del medio día  
 Tipo: Seminario en San Juan, PR

**Idioma en que se ofrece el evento:** español  
**Dirigido:** Puerto Rico

Tome el camino correcto -- **Parte B**

Cuando: lunes, 2 de noviembre  
 Hora: 2:00 p.m.-5:00 p.m.  
 Tipo: Seminario en San Juan, PR

**Idioma en que se ofrece el evento:** español  
**Dirigido:** Puerto Rico

Tome el camino correcto -- **Parte A**

Cuando: martes, 3 de noviembre  
 Hora: 9:00 a.m.- 12 del medio día  
 Tipo: Seminario en Ponce, PR

**Idioma en que se ofrece el evento:** español  
**Dirigido:** Puerto Rico

Tome el camino correcto -- **Parte B**

Cuando: martes, 3 de noviembre  
 Hora: 2:00 p.m.-5:00 p.m.  
 Tipo: Seminario en Ponce, PR

**Idioma en que se ofrece el evento:** español  
**Dirigido:** Puerto Rico

Tome el camino correcto -- **Parte A**

Cuando: miércoles, 4 de noviembre  
 Hora: 9:00 a.m.- 12 del medio día  
 Tipo: Seminario en San Germán, PR

**Idioma en que se ofrece el evento:** español  
**Dirigido:** Puerto Rico

### Dos formas fáciles de inscribirse

**Por Internet** - Visite nuestro sitio Web de cursos al proveedor [www.fcsomedicaretraining.com](http://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.fcs.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.

## Descubra su portal a Medicare

Miércoles, 21 de octubre

3:00 PM-4:00 PM

### Idioma en que se ofrece el evento: Español

¿Sabe usted donde encontrar los recursos que necesita para ayudar a asegurar su éxito como proveedor de Medicare? No se preocupe. No tienes que ir lejos. Solamente está a un clic de distancia -- en los sitios Web del proveedor de Medicare de FCSO. Ya sea que usted sea un proveedor de Medicare experimentado o un profesional de cuidados de la salud considerando la participación en el programa por primera vez, First Coast Service Options (FCSO) tiene el conocimiento y los recursos para asistirlo en cada paso del camino.

Durante este webcast informativo exploraremos la gran variedad de recursos en línea al participar en un recorrido virtual de [medicareespanol.fcs.com](http://medicareespanol.fcs.com). Durante su "jornada", no solamente le mostraremos consejos útiles, sino también como usted puede usarlos para ahorrar su tiempo valioso.

#### En este webcast usted aprenderá:

- Como el tomar *tres pasos fáciles* le puede ayudar a ver solamente la información que pertenece a su área geográfica y línea de negocio
- Como aprovecharse de los atajos de navegación que ofrecen acceso rápido a las áreas del sitio que usted usa con más frecuencia
- Como encontrar herramientas exclusivas en línea que le ayudarán a facturar a Medicare correctamente desde la primera vez
- Como enterarse de los últimos cambios al programa de Medicare -- **primero**
- Como encontrar respuestas a las preguntas más frecuentes de nuestros proveedores de Medicare
- Como enfocar la búsqueda de información a publicaciones, FAQ (preguntas hechas frecuentemente), o el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS)

También proveeremos una breve perspectiva general de recientes mejoras a los sitios Web del proveedor de Medicare de FCSO, incluyendo la nueva página de cobertura médica, adiciones a la librería de referencia sobre FAQ, y la página de publicaciones rediseñada.

**Para participar en este webcast, inscribese a más tardar el 20 de octubre.**

Para las instrucciones de inscripción, [haga clic aquí](#).

**Nota:** Un periodo de preguntas y respuestas seguirá a la presentación.

Únase a nosotros en este webcast informativo y aprenda como encontrar los recursos de Medicare que usted necesita... cuando usted los necesita. [Inscribese hoy](#).

## Tome el camino correcto -- Seminarios de Medicare en persona

*Encuentre el camino para el éxito con FCSO*

Si usted acaba de empezar su viaje como un proveedor de Medicare o está en camino, a veces es difícil encontrar el camino correcto a través de los giros y cambios del ambiente dinámico de Medicare. First Coast Service Options (FCSO) le puede ayudar. Tenemos el conocimiento y la experiencia para guiarle a su destino final: el éxito.

Únase al equipo de educación de FCSO el 2-6 de noviembre para el seminario Tome el camino correcto -- una serie de seminarios gratis, diseñados especialmente para nuestros proveedores en Puerto Rico. Los participantes serán guiados a través de un recorrido virtual del programa de Medicare, que se iniciará con una revisión de los reglamentos de Medicare y concluirá con una vista previa de las iniciativas interesantes de Medicare en el horizonte. En el camino, se “visitarán” diferentes paradas para ayudar a aumentar su conocimiento y comprensión del programa de Medicare. Y durante el viaje, nuestros expertos de Medicare les mostrarán los recursos que le ayudarán a llegar al camino correcto -- y a mantenerse en el camino hacia el éxito.

Aproveche estos eventos interactivos, para compartir con sus colegas y aprender de los expertos de Medicare.

### Itinerario de eventos

Todos los seminarios serán en español y se ofrecerá unidades de educación continua (CEU).

#### Tome el camino correcto – Seminario de la Parte A

- 2 de noviembre en San Juan, PR -- 9:00 a.m.-12 del medio día
- 3 de noviembre en Ponce, PR -- 9:00 a.m.-12 del medio día
- 4 de noviembre en San Germán, PR -- 9:00 a.m.-12 del medio día

#### Tome el camino correcto – Seminario de la Parte B

- 2 de noviembre en San Juan, PR -- 2:00 p.m.-5:00 p.m.
- 3 de noviembre en Ponce, PR -- 2:00 p.m.-5:00 p.m.
- 4 de noviembre en San Germán, PR -- 2:00 p.m.-5:00 p.m.
- 6 de noviembre en San Juan, PR -- 9:00 a.m.-12 del medio día

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

- 5 de noviembre en San Juan, PR -- 10:00 a.m.-12 del medio día
- 6 de noviembre en San Juan, PR -- 2:00 p.m.-4:00 p.m.

#### Para tomar ventaja de este seminario, inscríbese a más tardar el 28 de octubre.

Para información adicional sobre cada curso, incluyendo información del lugar e instrucciones de registro, favor de hacer clic aquí para acceder el itinerario de eventos.

- Vaya a <http://medicareespanol.fcsso.com>
- Del menú Localización, seleccione Puerto Rico como su localidad
- Del menú Hallazgo Rápido, seleccione Educación bajo Parte A o Parte B
- Haga clic en Próximos Eventos para acceder el calendario de eventos

Los espacios están limitados a dos participantes por organización profesional. Por lo tanto, únase a nosotros en el seminario Tome el camino correcto -- inscríbese hoy.

**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 <a href="http://medicare.fcsoc.com/Publications/">http://medicare.fcsoc.com/Publications/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcsoc.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcsoc.com/Publicaciones</a> (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)	\$
			<b>Total</b>	\$

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 <a href="http://medicare.fcso.com/Publications/">http://medicare.fcso.com/Publications/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (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		
<b>Catálogo de honorarios de 2009</b> – 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 <a href="http://medicare.fcso.com/Data_files/">http://medicare.fcso.com/Data_files/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos">http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos</a> (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)	\$
			<b>Total</b>	\$

**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](http://medicare.fcso.com)  
[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)

**Centers for Medicare & Medicaid Services**

[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)

**BENEFICIARIES****Centers for Medicare & Medicaid Services**

[www.medicare.gov](http://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](http://medicare.fcso.com)  
[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)

**Centers for Medicare & Medicaid Services**

[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)

**BENEFICIARIES****Centers for Medicare & Medicaid Services**

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)



WHEN EXPERIENCE COUNTS & QUALITY MATTERS

---

***MEDICARE A y B AL DÍA***

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

**♦ ATTENTION BILLING MANAGER ♦**

