

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Actualización de la tarifa del factor de coagulación sanguínea	
Pago de artículos y servicios asociados con la administración de factores de coagulación sanguínea	4
Información sobre el programa de licitación competitiva	
Información sobre los próximos cambios críticos	11
Facturación por transporte en ambulancia	
Informa sobre reclamaciones por servicios de ambulancia con más de un paciente a bordo	12
Guías para el envío puntual de reclamaciones	
Medicare establece un tiempo límite para enviar reclamaciones al contratista	20
Cobertura de servicios de rehabilitación	
CMS ha adoptado nuevos requisitos para los centros de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF) y revisiones técnicas	25
Modificación de reclamaciones de Medicare Parte B	
CMS expande la modificación de reclamaciones	36
Uso apropiado del modificador 50	
El OIG encontró que los proveedores facturaron incorrectamente códigos adicionales.....	37
Proceso alternativo para acceder PQRI	
Un nuevo proceso de solicitud de reporte de comentarios está siendo ofrecido ahora	39

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Información para proveedores de Parte A.....	21
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	28
Información para proveedores de la Parte B.....	36
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	42
Recursos educacionales	51
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	52
Formulario para ordenar materiales de Parte B	53
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	54
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	55

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

Actualización de tarifa coagulación sanguínea ... 4

Procedimiento quirúrgico incorrecto 5

Pago de asignaciones contra influenza..... 5

Tomografía de emisión positrónica 6

Imagen de resonancia magnética 7

Intercambio electrónico de datos

Actualización de código de denegación 7

Facturación

Descargue tablas CMS applications.....8

Revisión de ICD-10-CM/PCS 8

Actualización de la información de pagos 8

Nuevos estándares de USP 9

El archivo promedio de ventas 2009 disponible .. 9

Tenemos encima la temporada de la gripe..... 9

Información de pago del cuidado ambulatorio... 10

Proteja a sus pacientes y de la influenza 10

Publicaciones revisadas de MLN 10

Información sobre licitación competitiva..... 11

Influenza de temporada 2009-2010..... 11

Ambulancia

Facturación por transporte en ambulancia 12

Manual de establecimientos de rehabilitación... 13

Salud en zonas rurales

Publilcaciones revisadas de salud rural 14

Servicios de ESRD

La primera iniciativa de uso de fístula 14

Interés general

Nuevo acuerdo de coordinación de beneficios.. 15

Octubre mes del pulmón saludable 16

Reembolsos no solicitados/voluntarios... 16

Mensaje del Medicare Learning Network 17

Clarificación de modificadores 17

Novedades de tecnología de información 18

Guías del envío puntual de reclamaciones 20

PARTE A

Hospital

Servicios de prueba clínica 21

Actualización archivo específico trimestral 21

Servicios de salud en el hogar

Procesamiento de medicamentos.....22

Pagos prospectivos

Cambios de 2010 para hospitalizaciones ...23

Centros de enfermería especializada

Sistema de evaluación de calidad 24

Cambios a la facturación correcta 24

Cobertura y reembolso

Cobertura de servicios de rehabilitación25

Gráficos

Preguntas frecuentes Puerto Rico26

Rechazos frecuentes Puerto Rico27

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... 28

PARTE B

Cobertura y reembolso

Modificación de reclamaciones 36

Uso apropiado del modificador 50..... 37

Intercambio electrónico de datos

Transición de contratista administrativo.....38

Interés general

Software MREP versión 2.7 38

Carta de responsabilidad del proveedor.....39

PQRI

Proceso alterno para acceder a PQRI39

Gráficos

Denegaciones frecuentes Puerto Rico..... 40

Preguntas frecuentes Puerto Rico..... 41

RUC frecuentes Puerto Rico..... 41

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 42

Recursos educacionales51

Ordenar materiales de Parte A52

Ordenar materiales de Parte B.....53

Contactos Parte A de Puerto Rico54

Contactos Parte B de Puerto Rico55

**Medicare A y B
Al Día**

**Vol. 1, No. 8
octubre 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

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

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

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

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

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

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

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

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

¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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

Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

COBERTURA Y REEMBOLSO

Actualización de la tarifa provista del factor de coagulación sanguínea anual

Número de *MLN Matters*: MM6673

Número de petición de cambio relacionado: 6673

Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de octubre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1829

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

El Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act de 2003 (MMA) Sección 303(e)(1) añadió la sección 1842(o)(5)(C) a la Ley del Seguro Social (el Acta), el cual requiere que, comenzando el 1 de enero de 2005, una tarifa provista sea pagada para los artículos y servicios asociados con la administración de factores de coagulación sanguínea.

También especifica que para el año calendario 2006 (y años subsiguientes) esta tarifa provista será igual a la tarifa del año previo, incrementado por el porcentaje de incremento en el índice de precio del consumidor (CPI) del cuidado médico para el periodo de 12 meses terminando con junio del año previo. Los factores provistos de coagulación sanguínea para los años 2005-2010 son mostrados en la siguiente tabla:

Tarifa provista del factor de coagulación sanguínea	
Tarifa provista	Año calendario
\$0.170 por I.U.	2010
\$0.164 por I.U.	2009
\$0.158 por I.U.	2008
\$0.152 por I.U.	2007
\$0.146 por I.U.	2006
\$0.140 por I.U.	2005

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6673.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6673, 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/R1829CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1829, CR 6673

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

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

Nota: El artículo de MLN Matters MM6405 fue publicado en el *Medicare A y B Al Día de Junio de 2009*, página 4.

Número de *MLN Matters*: MM6405 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6405
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de septiembre de 2009
 Fecha de efectividad: 15 de enero de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1819CP y R102NCD
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2009 para contratistas de Medicare de la Parte B y los MAC de Parte B; 5 de octubre de 2009 para los FI y los MAC de Parte A

Resumen

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

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

Todos los servicios provistos en el cuarto de operación cuando un error ocurre son considerados relacionados y por lo tanto no están cubiertos. Todos los proveedores en el

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.

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

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6405, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R102NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 102, CR 6405

Pago de asignaciones para vacuna contra la influenza – actualización anual 2009-2010

Número de *MLN Matters*: MM6608
 Número de petición de cambio relacionado: 6608
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de octubre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de septiembre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1824CP
 Fecha de implementación: 2 de noviembre de 2009

Resumen

Los límites de la asignación de Parte B de Medicare para las vacunas en contra de la influenza y neumococos son el 95 por ciento del promedio del precio de mayorista (AWP) como está especificado en el compendio publicado y donde la vacuna es provista en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, clínica de salud rural (RHC), o centro de salud federal calificado (FQHC), en cuyo caso el pago por las vacunas está basado en un costo razonable.

Los deducibles anuales y coseguros de Parte B no corresponden a estas vacunas. Todos los médicos, profesionales de la salud y suplidores que administran la vacuna contra el virus de la influenza y la vacuna contra neumococos, deben aceptar en la reclamación la asignación por la vacuna.

Puntos clave de la petición de cambio 6608

Las asignaciones por vacuna contra la influenza se actualizan anualmente el 1 de septiembre de cada año. La petición de cambio 6608 se refiere al pago de asignaciones por las siguientes vacunas contra el virus de la influenza: Códigos de *Current Procedural Terminology* (terminología de procedimiento actual, CPT) 90655, 90656, 90657, 90658 y 90660 cuando el pago está basado en el 95 por ciento de AWP.

Pago de asignaciones para vacuna contra la influenza... (continuación)

A partir del 1 de septiembre de 2009, las asignaciones de Parte B de Medicare por vacunas contra la influenza son como sigue:

Código CPT	Asignación
90655	\$15.447
90656	\$12.541
90657	\$5.684
90658	\$11.368

El código CPT 90660 (Influenza virus vaccine, live, for intranasal use (vacuna contra el virus de la influenza, vivo, para uso intra nasal) [FluMist®]) podría tener cobertura si el contratista local de Medicare determina que su uso es médicamente razonable y necesario para el beneficiario. Cuando el pago está basado en el 95 por ciento del AWP, el pago de Parte B de Medicare por código CPT 90660 es de \$22.316 (a partir del 1 de septiembre de 2009).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6608.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6608, 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/R1824CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1824, CR 6608

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.

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.

Tomografía de emisión positrónica FDG para tumores sólidos y mieloma

Número de *MLN Matters*: MM6632
 Número de petición de cambio relacionado: 6632
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 octubre de 2009
 Fecha de efectividad: 3 de abril de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1833CP y R108NCD
 Fecha de implementación: 30 de octubre de 2009

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están modificando el manual “Medicare National Coverage Determinations Manual, sección 220.6 (Escanners de tomografía de emisión positrónica (PET)). CMS anuncia de manera específica, en la petición de cambio (CR) 6632 (en vigencia desde el 3 de abril de 2009), una determinación nacional de cobertura (NCD) que adopta un marco de dos partes que diferencia el uso de imágenes tomográficas de emisiones positrónicas de F-18 fluor D-glucosa, FDG) en la estrategia inicial de tratamiento anti-tumor, de otros de sus usos relacionados con estrategias de subsiguiente guía del tratamiento anti-tumor después de que el tratamiento inicial ha sido completado. Este marco reemplaza el marco anterior de cuatro partes que contenía el diagnóstico oncológico, puesta y re-puesta en escena y el monitoreo de la respuesta al tratamiento

La NCD anunciada por CR 6632 requiere el reemplazo del marco de cuatro partes (mencionado en el párrafo anterior) por uno de dos partes que diferencia FDG PET de imagen usada por la estrategia anterior de tratamiento inicial anti-tumor, de las estrategias posteriores a la finalización del tratamiento anti-tumor inicial. Al proceder de esta manera, determina que (a partir de los servicios prestados desde el 3 de abril de 2009), los términos “diagnosis” y “puesta en escena” serán reemplazados con “estrategia de tratamiento inicial” y los términos “re-puesta en escena” y “monitoreo”, serán reemplazados con “estrategia de tratamiento posterior”. CMS está haciendo estos cambios en pro de indicaciones oncológicas y de mieloma más sólidas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6632.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6632, 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/R108NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 108, CR 6632

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.

Imagen de resonancia magnética

Número de *MLN Matters*: MM6672
 Número de petición de cambio relacionado: 6672
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 octubre de 2009
 Fecha de efectividad: 28 de septiembre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1831CP y R107NCD
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han recibido una petición en sentido de retirar las mediciones de flujo sanguíneo de la lista de indicaciones nacionales sin cobertura para imágenes de resonancia magnética (MRI) en determinación nacional de cobertura (NCD) en la sección 220.2 (Imagen de resonancia magnética), sub-sección C.2 (indicaciones nacionales de omisión de cobertura) del manual “Medicare National Coverage Determinations Manual” debido a una aparente contradicción entre esta provisión de omisión de cobertura y la cobertura nacional de MRI bajo angiografía de resonancia magnética NCD, en la sección 220.3 (Angiografía de resonancia magnética).

De acuerdo con este cambio, los siguientes cuatro códigos de *Current Procedural Terminology* (terminología actual de códigos de procedimiento, *CPT*) serán cambiados de “sin cobertura” a “con cobertura” y aparecerán en la actualización trimestral de enero de 2010 del editor de

códigos de *CPT* de paciente ambulatorio integrado:

75558
 75560
 75562
 75564

Cabe hacer notar que permanecen sin alteración, todos los otros usos de MRI que figuran en el manual NCD, sección 220.2, incluyendo la omisión de cobertura para imagen de calcificación y hueso cortical, procedimientos que suponen resolución ósea espacial y calcificaciones, para pacientes con defibrilador cardioverter implantado con aprobación de la Food and Drug Administration (departamento de administración y control de productos farmacéuticos) (para un ambiente de MRI) o marcapaso cardíaco o para pacientes con sujetadores metálicos de aneurismas vascular.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6672.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6672, 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/R107NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 107, CR 6672

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.

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.

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Actualización código de denegación de ajuste de reclamación y código de comentarios de remesa de pago

Número de *MLN Matters*: MM6604
 Número de petición de cambio relacionado: 6604
 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: R1804CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Para Medicare, el conjunto de códigos de denegación y comentarios deben ser usados para reportar ajustes de pago en transacciones de remesa de pago. Los códigos de denegación también son usados en algunas transacciones de coordinación de beneficios (COB). La lista del código de comentario de remesa de pago (RARC) mantenida por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), y usado por todos los pagadores; y adiciones, desactivaciones, y modificaciones a esta pueden ser iniciadas por cualquier organización de cuidados de la salud. La lista RARC es actualizada tres veces al año -- temprano en marzo, julio, y noviembre aunque el comité se reúne cada mes.

La lista del código de denegación de ajuste de reclamación (CARC) es mantenida por un comité de mantenimiento de código nacional que se reúne cuando la familia X12 de estándares se reúne para su reunión trimestral (ocurriendo en enero/febrero, junio, y septiembre/octubre) para tomar decisiones sobre adiciones, modificaciones, y retiro de códigos de denegación existentes.

Ambas listas de códigos son publicadas en la Internet en <http://www.wpc-edi.com/Codes>

Actualización de código de denegación de ajuste de reclamación... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6604.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6604, 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/R1804CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1804, CR 6604

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

Descargue las tablas sobre como acceder CMS enterprise applications

La tabla de referencia rápida, Steps to Accessing CMS Enterprise Applications for Provider Organizations (Agosto de 2009), está ahora disponible en formato para descargar. Esta tabla de organizaciones del proveedor describe como acceder las aplicaciones de empresa de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Las aplicaciones de empresa de CMS son aquellas auspiciadas y controladas por CMS y no incluyen aplicaciones de Internet del fiscal intermediario/contratista de la Parte B de Medicare/contratista administrativo de Medicare (MAC). Usted puede acceder este producto en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/IACSCart.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 200909-28

Revisión de ICD-10-CM/PCS: Una Introducción

La hoja informativa revisada y titulada ICD-10-CM/PCS: An Introduction (agosto 2009), provee información general sobre la clasificación internacional de enfermedades, 10a. edición, Clinical Modification/Procedure Coding System (Sistema de codificación de procedimientos/modificaciones clínicas, ICD-10-CM/PCS), incluyendo los beneficios de adoptar el nuevo sistema de codificación, las diferencias estructurales entre ICD-9-CM y ICD-10-CM/PCS y recomendaciones sobre planificación de la implementación. La publicación modificada se encuentra ahora disponible en formato de impreso gracias a *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid. Para hacer una orden, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, baje a "Related Links Inside CMS (enlaces relacionados dentro de CMS)" y seleccione "MLN Product Ordering Page (página para ordenar productos MLN)".

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

Fuente: CMS PERL 200909-35

Actualización de la información de pagos médicos por cuidados de la salud según el costo

En apoyo al cuidado de la salud eficiente y de alta calidad y para ayudar a los consumidores a tomar decisiones más informadas cuando se trata de los cuidados de su salud, el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos está poniendo los costos y la calidad de los servicios de la salud al alcance de todos los estadounidenses. Como parte de esta iniciativa, Medicare ha informado en 2007 y 2008 sobre los pagos que ha realizado durante los años anteriores por procedimientos electivos y comunes y servicios prestados por médicos, hospitales, centros de cirugía ambulatorios (ASC) y departamentos de pacientes ambulatorios de los hospitales.

La información sobre los hospitales ha sido puesta en la página de Internet de comparación de hospitales, donde puede ser vista junto con información de calidad de hospitales en <http://www.medicare.gov>.

El 28 de agosto de 2009, Medicare comunicó una actualización de los datos de ASC. Los datos de pagos médicos fueron publicados el 25 de septiembre de 2009. Los datos de pacientes ambulatorios de hospitales serán actualizados más adelante, durante este año. La información ha sido presentada en la misma forma que en el años anteriores, actualizada con los datos del año calendario (CY) 2008. Las actualizaciones publicadas pueden ser encontradas en: <http://www.cms.hhs.gov/HealthCareConlit/>. ❖

Fuente: CMS PERL 200909-38

Nuevos estándares de USP para productos de heparina causarán reducción en potencia

Para proveedores de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid y defensores interesados en el cuidado de la salud

Para asegurar la calidad de heparina y protegerse contra una contaminación potencial, United States Pharmacopoeia (USP), una organización establecedora de estándares y sin fines de lucro, adoptó nuevos controles de heparina con vigencia el 1 de octubre. Estos cambios incluyen una modificación del estándar de referencia para la dosis por unidad de la droga que causará un 10 por ciento de reducción en potencia. Un enlace al alerta de salud de la U.S. Food and Drug Administration (FDA) es provisto en el comunicado de prensa de la FDA (enlace provisto abajo).

Mientras que existe la preocupación de que las cantidades de la antigua dosis puedan durar por algunos meses, es importante compartir esta actualización con los proveedores del cuidado de la salud, grupos de propugnación, y otros. El comunicado de prensa de la FDA está disponible en <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm184674.htm>. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-03

El archivo de precios promedio de ventas de 2009 está disponible

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado los archivos de precios promedio de venta (ASP) que no están clasificados de otra manera (NOC). Dichos archivos están disponibles en http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/01a1_2009aspfiles.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-07

Tenemos encima la temporada de la gripe

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) instan a los proveedores a aprovechar cada visita médica para alentar a los pacientes de Medicare y a su personal a vacunarse contra la gripe. Vacunarse es la mejor protección contra la gripe durante esta temporada. Y no se olviden: los trabajadores del cuidado de la salud también necesitan auto-protección.

Como uno de los beneficios de la Parte B, Medicare provee cobertura para la vacuna contra la gripe sin costo alguno para los pacientes afiliados a Medicare. No se paga deducible o copago/coseguro. Note que la vacuna contra la influenza no es una medicina con cobertura de Parte D.

Para más información sobre cobertura de Medicare a la vacuna contra la influenza estacional y su administración, así como a recursos educacionales relacionados para profesionales del cuidado de la salud, visite el sitio de Internet de CMS, en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp.

Para información acerca de políticas de Medicare en relación a la influenza H1N1, visite el sitio de Internet de CMS, en <http://www.cms.hhs.gov/H1N1>. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-07

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.

Información de pago del cuidado ambulatorio de hospital para el cuidado de la salud basado en valor

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

La información de hospital está publicada en el sitio Web de Hospital Compare donde esta puede ser vista junto con información de calidad de 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. Una actualización a los datos de pago del médico fue publicada el 25 de septiembre de 2009, y una actualización a los datos del cuidado ambulatorio de hospital fue publicada el 14 de octubre de 2009. La información esta siendo mostrada en el mismo formato como en años previos, actualizada con la información del año calendario (CY) 2008. La publicación de las actualizaciones puede ser encontrada en: <http://www.cms.hhs.gov/HealthCareConInit/>. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-22

Proteja a sus pacientes y usted mismo de la influenza al vacunarse

Los Centros de Control de Enfermedades y Prevención (Centers for Disease Control and Prevention) recomiendan la vacunación contra la influenza de temporada y el H1N1 monovalente de 2009 para todos los trabajadores de cuidados de la salud debido a su rol crítico en el sistema de cuidados de la salud y su incremento en riesgo de exposición a pacientes con influenza, como también la preocupación de transmisión de virus a pacientes susceptibles. La vacuna contra la influenza monovalente H1N1 de 2009 está hecha en la misma forma que la vacuna de la influenza de temporada, la cual tiene un historial de seguridad muy bueno. Datos preliminares sugieren que la inmunogenicidad y seguridad de estas vacunas son similares a aquellas de las vacunas contra la influenza de temporada.

La vacunación contra la influenza de temporada entre el personal del cuidado de la salud reduce el riesgo de mortalidad relacionado con la influenza en pacientes con enfermedades severas o de alto riesgo. Pese a los beneficios documentados de vacunación del trabajador de la salud, la cobertura de la vacuna contra la influenza de temporada en pasadas temporadas entre este grupo ha permanecido bajo (<50 por ciento) a nivel de la nación.

Los brotes de influenza en hospitales y centros del cuidado de la salud a largo plazo han sido asociados con índices bajos de vacunación entre los trabajadores del cuidado de la salud, mientras que los niveles altos de vacunación entre el personal están asociados con una incidencia más baja de casos de influenza nosocomial.

Más información sobre el H1N1 monovalente de 2009 y vacuna de temporada, grupos prioritarios para vacunación, y seguridad de vacunación están localizados en <http://www.flu.gov>.

La manera más efectiva para protegerse usted mismo y sus pacientes de la influenza es el de ser vacunado. Es su decisión. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-28

Publicaciones revisadas del Medicare Learning Network

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

- *El Medicare Physician Guide: A Resource for Residents, Practicing Physicians, and Other Health Care Professionals* (octubre de 2009) ofrece información general sobre el Programa de Medicare, como convertirse en un proveedor o suplidor de Medicare, reembolso de Medicare, pólizas y pagos de Medicare, servicios de evaluación y manejo, protegiendo el Medicare Trust Fund, consultas, sobrepagos, y apelaciones de pago por servicio. Esta publicación puede ser accedida en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/physicianguide.pdf>.
- *El Facilitator's Guide: Companion to Medicare Physician Guide: A Resource for Residents, Practicing Physicians, and Other Health Care Professionals* (octubre de 2009) incluye toda la información e instrucciones necesarias para preparar y presentar un residente de Medicare, médico practicante, y otro programa de adiestramiento profesional del cuidado de la salud incluyendo instrucciones para los facilitadores, guía de modificación, una presentación en PowerPoint con notas, evaluación antes y después, claves de respuestas de la evaluación maestra, y un curso de evaluación de herramienta. Esta publicación puede ser accedida en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/Downloads/facilitators_guide.zip. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-33

Información sobre el programa de licitación competitiva de DMEPOS – episodio 1 de relicitación

Número de *MLN Matters*: SE0925 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo provee recordatorios importantes sobre los próximos cambios críticos que estarán ocurriendo en el futuro cercano. Se aconseja a los suplidores que revisen este artículo y que se aseguren que están preparados para estos cambios para continuar proveyendo equipo médico duradero, protésicos, ortóticos y suministros (DMEPOS) a los pacientes de Medicare.

Como un recordatorio, los suplidores DMEPOS inscritos con national supplier clearinghouse (NSC) son requeridos que obtengan acreditación para el 20 de septiembre de 2009. Sin acreditación, los privilegios de facturación de los suplidores DMEPOS serán revocados el 1 de octubre de 2009. Sin la acreditación, los suplidores DMEPOS no serán elegibles para participar en el episodio 1 de relicitación del programa de licitación competitiva DMEPOS de Medicare.

Si usted ha tomado la decisión de no obtener acreditación o una fianza de garantía (surety bond) cuando

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.

sea requerido, usted podría terminar voluntariamente su inscripción al programa de Medicare antes de las fechas de implementación arriba. Usted puede terminar voluntariamente su inscripción con el programa de Medicare al completar las secciones asociadas con la terminación voluntaria en la página 4 de la solicitud de inscripción de Medicare (CMS-855S). Al terminar voluntariamente su inscripción a Medicare, usted preservará su derecho de reinscribirse en Medicare Una vez usted cumpla los requisitos para participar en el programa de Medicare.

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

Además, se aconseja a los suplidores que no planean mantenerse inscritos en Medicare que notifiquen a sus beneficiarios tan pronto como sea posible para que el beneficiario puede encontrar otro suplidor.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/se0925.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0925

Influenza de temporada 2009-2010 – recursos para profesionales del cuidado de la salud

Número de *MLN Matters*: SE0926 Revisado
 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 Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les recuerda a los profesionales del cuidado de la salud que Medicare Parte B reembolsa a los proveedores por vacunas de la influenza de temporada y su administración (Medicare provee cobertura de la vacuna de la influenza de temporada sin costo de su bolsillo a ese paciente de Medicare. Ningún deducible o pago colateral/coseguro aplica.) Todos los adultos de 65 años de edad deben obtener inmunizaciones contra la influenza de temporada y neumococos. Las personas con Medicare que están bajo los 65 años de edad, pero tienen una enfermedad crónica, incluyendo enfermedad del corazón, enfermedad del pulmón, diabetes o enfermedad renal en estado terminal deben obtener una vacuna de la influenza de temporada.

Mantenga este artículo de edición especial de *MLN Matters* y refiérase a este durante la influenza de temporada 2009-2010.

- Aprovechese de cada visita de oficina como una oportunidad de alentar a sus pacientes a protegerse ellos mismos de la influenza de temporada y de serias complicaciones al obtener una vacuna de influenza por temporada.
- Continúe proveyendo la vacuna de influenza de temporada siempre y cuando tenga la vacuna disponible, aun luego del nuevo año.
- No olvide inmunizarse usted mismo y su personal.

Influenza de temporada 2009-2010... (continuación)

¡La prevención es la clave para la salud pública!

Productos educacionales para los profesionales del cuidado de la salud

CMS ha desarrollado una variedad de recursos educacionales para ayudar a los profesionales del cuidado de la salud de pago por servicios de Medicare a entender la cobertura, codificación, facturación, y pautas de reembolso para las vacunas de influenza de temporada y su administración. Estos productos educacionales han sido desarrollados por CMS para asistir a los profesionales del cuidado de la salud y no tienen la intención de ser distribuidos a beneficiarios de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/se0926.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0926

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

AMBULANCIA

Facturación por transporte en ambulancia con más de un paciente a bordo

Número de *MLN Matters*: MM6621

Número de petición de cambio relacionado: 6621

Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de septiembre de 2009

Fecha de efectividad: 26 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1821CP

Fecha de implementación: 26 de octubre de 2009

Resumen

Este artículo notifica a los proveedores de servicios de ambulancia que el pedido de cambio (CR) 6621 imparte instrucciones de reclamaciones por servicios de ambulancia en viajes con más de un paciente a bordo. Estos cambios deberán ser agregados al capítulo 15 del *Medicare Claims Processing Manual* (manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare) que se refiere a ambulancias.

Este artículo es meramente informativo toda vez que la información ha sido proporcionada previamente por medio de las transmisiones siguientes:

- Transmisión B-02-060, CR 1945 -- Políticas de pago cuando hay más de un paciente a bordo de una ambulancia (27 de septiembre de 2002)
- Transmisión A-02-108, CR 2186 -- Transporte múltiple de pacientes en ambulancia (25 de octubre de 2002)

Los cambios al *Medicare Claims Processing Manual* incluyen:

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

- Los proveedores de servicios de ambulancia que presenten reclamaciones por transporte en ambulancia con más de un beneficiario de Medicare a bordo, deben utilizar el modificador GM. Además, se exige a estos proveedores presentar la documentación correspondiente especificando los particulares de un servicio de transporte múltiple de pacientes.
- Para reclamaciones con fechas de servicios a partir del 1 de abril de 2002, los proveedores deben presentar el código de valor 32 (transporte múltiple de pacientes en ambulancia) cuando una ambulancia lleva más de un paciente a la vez al mismo lugar. Los proveedores deben reportar el código de valor 32 y el número de pacientes transportados, en el campo de cantidad, como número entero a la izquierda del delimitador.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6621.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6621, 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/R1821CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1821, CR 6621

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Manual de establecimientos de rehabilitación completa de paciente ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM6005

Número de petición de cambio relacionado: 6005

Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de septiembre de 2009

Fecha de efectividad: 7 de julio de 2008

Número de transmisión de CR relacionado: R111BP

Fecha de implementación: 26 de octubre de 2009

Resumen

La petición de cambio (CR) 6005 anuncia que (a partir del 1 de enero de 2008) ha sido modificado el capítulo 12 del “*Medicare Benefit Policy Manual, (Comprehensive Out-patient Rehabilitation Facility (CORF) Coverage (cobertura de establecimientos de rehabilitación completa de paciente ambulatorio))*”, con la finalidad de reflejar los cambios anunciados en las regulaciones de catálogos de tarifas de médicos de Medicare (MPFS) en 2008 y para clarificar requisitos generales, servicios con y sin cobertura, prestación de servicios y servicios particulares CORF.

El propósito de un CORF es permitir que el beneficiario reciba servicios de rehabilitación interdisciplinaria en un solo lugar de manera coordinada. La sección 1861 (cc) de la ley de seguro social, especifica que no habrá cobertura para servicios CORF si el paciente no está en ese momento bajo cobertura como paciente hospitalizado. (Esto no significa que el beneficiario debe requerir un servicio a nivel de hospital o cumplir algún otro requisito propio de hospital) sino más bien que el servicio tendrá cobertura si es prestado cuando el paciente está internado en un hospital. Los requisitos de limitaciones de salud mental de pacientes externos CORF han sido eliminados.

Los servicios CORF serán cubiertos solamente si son médicamente necesarios y están relacionados directamente a la rehabilitación de pacientes lesionados, deshabilitados o enfermos.

Los cambios de política notificados por CR 6005 están resumidos a continuación.

- Servicios obligatorios

Los CORF deben proveer los servicios básicos siguientes: a) servicios de médicos CORF, b) servicios de terapia física y c) servicios psicológicos y sociales.

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

- Servicios opcionales

Además de los tres servicios básicos mencionados, los CORF pueden también prestar los siguientes items y servicios bajo cobertura y médicamente necesarios, siempre que estén directamente relacionados y sean consistentes con el plan de tratamiento de rehabilitación y sean necesarios para alcanzar las metas de dicho plan.

- Normas de pago

El pago básico por servicios CORF es el 80 por ciento o menos de: 1) el cargo por los servicios o 2) la cantidad MPFS por los servicios, cuando MPFS establece un pago por tales servicios. El pago de servicios CORF bajo MPFS se hace para todos los servicios CORF (terapia física, terapia ocupacional, patología del lenguaje hablado o terapia respiratoria además de los servicios psicológicos y sociales de enfermería que estén relacionados); que sean parte o estén vinculados directamente al plan de tratamiento de rehabilitación.

Nota: Los servicios prestados bajo el beneficio “incidente a”, podrían no ser reconocidos como servicios CORF. Los servicios prestados por personal de CORF, incluyendo enfermeras calificadas, terapistas físicos, terapistas ocupacionales, patólogos del lenguaje hablado y terapistas de la respiración, no son considerados como proporcionados en forma incidente a servicios médicos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6005.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6005, 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/R111BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 111, CR 6005

SALUD EN ZONAS RURALES

Publicaciones revisadas de salud rural

Las siguientes publicaciones de salud rural están ahora disponibles del *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid:

- El bookmark revisado de salud rural (abril 2009), el cual provee información sobre recursos educacionales que están disponibles a la comunidad de salud rural, está disponible en formato impreso y para descargar.
- Las series de hojas informativas de salud rural (verano 2009), las cuales proveen información sobre tipos de centros rurales y pólizas de pago, están disponible en formato de CD-ROM. Las siguientes publicaciones están incluidas en las series de hojas informativas:

Hospital de cuidado crítico

Centro de salud calificado por el gobierno federal

Hospital dependiente de Medicare

Parte desproporcionada de hospital de Medicare

Clínica de salud rural

Centro de referido rural

Hospital comunal

Cama oscilante

Servicios de Telehealth

Para acceder la versión para descargar del bookmark de salud rural, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/Ruralbookmark.pdf>.

Para hacer su orden de la versión impresa del bookmark de salud rural o las series de hojas informativas de salud rural en CD-ROM, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, vaya abajo en la página y busque "Related Links Inside CMS" y seleccione "MLN Product Ordering Page." ❖

Fuente: CMS PERL 200910-15

SERVICIOS DE ESRD

La primera iniciativa de uso de fístula señala el camino para alcanzar la meta del 66 por ciento

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que la primera iniciativa de uso de fístula (FFBI) ha lanzado un plan estratégico orientado a alcanzar la meta propuesta por CMS en sentido de que dos tercios (66 por ciento) de los pacientes prevalecientes de hemodiálisis usen una fístula arteriovenosa (AV) como método primario de acceso vascular.

El plan estratégico FFBI se enfoca en la recomendación de siete estrategias y dos procedimientos. El plan fue desarrollado conduciendo un análisis de la raíz de las causas que identifican las barreras subyacentes a la implantación y uso de fístula. Un panel de técnicos expertos identificó soluciones potenciales para enfrentar la raíz de las causas.

Encabezado por la coalición FFBI, con el apoyo de la red de organizaciones de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) y las organizaciones de optimización de calidad (QIO) bajo el liderazgo de CMS, el plan estratégico incluye los conceptos siguientes:

1. **El nefrólogo como líder:** Alentar y apoyar a los nefrólogos a asumir un papel de liderazgo y ser responsables por el control de acceso vascular a todos los pacientes de hemodiálisis.
2. **Promocionado asociaciones:** Asociarse con organizaciones para mejorar las tasas de implantación y utilización de fístula AV.

3. **Sistemas hospitalarios:** Modificar el sistema de los hospitales para promover la implantación de fístula AV.
4. **Autocontrol del paciente:** Promover el auto-control del paciente a través de las etapas de la enfermedad crónica de los riñones.
5. **Enfrentando problemas de acceso:** Promover los protocolos de pista rápida para la pronta identificación y referencia de problemas de acceso vascular, los que incluyen falta de madurez, revisión de fístulas AV dañadas y fracaso al tratar de colocar una fístula AV.
6. **Enseñanza y certificación de especialistas en enfermería clínica:** Promover la preparación, experiencia y certificación de profesionales del cuidado de la salud en el área de control de acceso de hemodiálisis vascular.
7. **Cambios en conceptos de FFBI:** Expandir y endosar los conceptos de cambios actuales en cuanto a educación y promoción a través de las comunidades renales, quirúrgicas y operacionales.

A comienzos de 2003 el porcentaje de pacientes con hemodiálisis predominante en los Estados Unidos con fístula AV como acceso vascular primario, era del 32.4 por ciento (87,344 pacientes). En mayo de 2009, este porcentaje había aumentado a un 52.6 por ciento (179,113 pacientes). Como resultado, cerca de 92,000 pacientes adicionales han

La primera iniciativa de uso de fístula... (continuación)

experimentado mejoras adecuadas, menos hospitalizaciones, menos infecciones y menor riesgo de mortalidad que aquellos con otras formas de acceso vascular. Los dramáticos cambios en la práctica acostumbrada que han producido la mejora se ha debido a los esfuerzos con un claro objetivo de muchas organizaciones y personas individuales que han facilitado la primera propagación de la iniciativa de fístula. Sin embargo, la meta de CMS, basada en prácticas alcanzables, es una tasa predominante de utilización de fístula AV de un 66 por ciento, lo que significa que hay oportunidades adicionales de optimización.

El plan estratégico del FFBI presenta recomendaciones de rendición de cuentas y cambios en organización, conducta e infraestructura a través del sistema de cuidados de la salud, que si son implementados, van a dar como resultado un producto optimizado sustentable.

Para leer en línea el plan estratégico del FFBI, visite <http://www.fistulafirst.org> en la Internet. Para saber más del portafolio de proyecto de calidad CMS ESRD en línea, visite <http://www.cms.hhs.gov/ESRDQualityImproveInit/> en el sitio de Internet de CMS. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-23

INTERÉS GENERAL

Activación del nuevo acuerdo de coordinación de beneficios del código de error en discusión de las partes interesadas

Número de *MLN Matters*: MM6640

Número de petición de cambio relacionado: 6640

Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de septiembre de 2009

Fecha de efectividad: 26 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R562OTN

Fecha de implementación: 26 de octubre de 2009

Resumen

Bajo el proceso de reporte detallado de error de la coordinación de beneficios del contratista (COBC), el COBC reporta a contratistas de Medicare, vía un esquema detallado de reporte de error estándar, cualquiera de las siguientes condiciones de error que resultaron en sus reclamaciones siendo transferidas:

- Archivo plano entrante contenía problemas estructurales (“111” errores de archivo plano)
- Archivo plano entrante contenía reclamaciones con errores de conformidad (errores “222”) de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de la American National Standards Institute (ANSI)
- El socio de negocio de COBA rechazo las reclamaciones del contratista (errores de discusión de la parte interesada “333”)

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.

El COBC activará el código de denegación de discusión 000400 como un nuevo código de discusión de la parte interesada “333”. Como un resultado de esta acción, el COBC:

1. Código de error de transmisión 000400 al contratista de Medicare cuando es indicado vía el reporte de error detallado COBC, y
2. Incluir en el campo de descripción de error el siguiente mensaje estándar: “Ningún acuerdo del proveedor con Medicaid/otro pagador; no son posibles las reclamaciones transferidas”.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6640.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6640, 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/R562OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 562, CR 6640

Octubre es el mes del pulmón saludable

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) le piden a la comunidad de proveedores que mantengan a sus pacientes con Medicare saludable al alentarles que aprovechan los beneficios de conserjería cubiertos por Medicare para dejar de fumar y uso del tabaco.

El uso del tabaco continúa siendo la causa principal de la enfermedad que se puede prevenir y muerte en los Estados Unidos. El fumar puede provocar y exacerbar enfermedades del corazón, infarto, enfermedad del pulmón, cáncer, diabetes, hipertensión, osteoporosis, degeneración macular, aneurisma aórtica abdominal, y cataratas, El fumar daña casi todos los órganos del cuerpo y generalmente disminuye la salud de los fumadores.

Medicare provee cobertura de conserjería para dejar de fumar y usar el tabaco para beneficiarios que usan tabaco y tienen una enfermedad o efecto de salud adverso enlazado al uso del tabaco, o que toman ciertos agentes terapéuticos cuyo metabolismo o dosis es afectada por el uso de tabaco.

¿Qué puede hacer usted?

Como un profesional de cuidados de la salud que provee cuidados a los pacientes con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes al educarlos sobre los factores de riesgo y alentarlos a tomar ventaja de los beneficios de conserjería cubiertos por Medicare para dejar de fumar y usar tabaco como sea apropiado.

Para más información

CMS ha desarrollado varios productos educativos relacionados a los beneficios de conserjería cubiertos por Medicare para dejar de fumar y usar tabaco:

- *The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals* -- provee cobertura e información de codificación en la forma de servicios preventivos y pruebas de detección que Medicare cubre, incluyendo conserjería para dejar de fumar y usar tabaco.
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 de de orden para los productos educacionales y servicios preventivos de Medicare Learning Network (MLN), incluyendo los productos relacionados a los beneficios de conserjería cubiertos por Medicare para dejar de fumar y usar tabaco.
http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp
- *Quick Reference Information: Medicare Preventive Services* -- esta tabla de doble lado provee cobertura e información de codificación de los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo los productos relacionados a los beneficios de conserjería cubiertos por Medicare para dejar de fumar y usar tabaco.
http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf
- *Smoking and Tobacco-Use Cessation Counseling Services* -- este folleto provee información de cobertura los beneficios de conserjería cubiertos por Medicare para dejar de fumar y usar tabaco.
<http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/smoking.pdf>

Visite el *Medicare Learning Network* para más información sobre estos y otros productos educativos de servicios de pago por servicio de Medicare. Para más información sobre los riesgos de fumar y recursos para ayudar a alentar a sus pacientes a parar, visite el sitio Web de la American Lung Association "Quit Smoking" en <http://www.lungusa.org/stop-smoking/>.

Gracias por ayudar a CMS a mejorar la salud de los pacientes con Medicare al unirse en el esfuerzo para educar a los beneficiarios elegibles sobre la importancia de aprovechar los servicios de conserjería para dejar de fumar y usar tabaco y otros servicios preventivos cubiertos por Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-24

Reembolsos no solicitados/voluntarios

Los contratistas de Medicare que reciben reembolsos no solicitados/voluntarios (i.e., dineros recibidos que no están relacionados a una cuenta abierta para recibir). Los contratistas de Parte A generalmente reciben reembolsos no solicitados/voluntarios en la forma de un ajuste de factura, pero pueden recibir algunos reembolsos no solicitados/voluntarios como cheques. Los contratistas de Parte B generalmente reciben cheques. Los fondos substanciales son devueltos a los fondos fiduciarios cada año a través de tales reembolsos no solicitados/voluntarios.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid les recuerda a los proveedores que:

La aceptación de un reembolso voluntario como repago para las reclamaciones especificadas no afecta en ninguna manera o limita los derechos del gobierno federal, o ninguna de sus agencias o agentes, para realizar cualquier remedio criminal, civil, o administrativo que surja de, o con relación a estos, o cualquier otra reclamación. ❖

Fuente: CMS Pub. 100-06, Transmittal 50, CR 3274

Mensaje del Medicare Learning Network

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han revisado y actualizado los siguientes documentos de recursos educacionales:

- **Los productos y recursos educacionales de la influenza de temporada 2009-2010**

Este documento provee una lista de los productos de MLN y otros recursos con información sobre las pólizas de Medicare concernientes a la influenza de temporada, ha sido nuevamente revisada y actualizada. Esta disponible ahora en el *Medicare Learning Network* en un formato para descargar e imprimir en la siguiente dirección: http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/Downloads/Flu_Products.pdf.

Para más información sobre la cobertura de la vacuna de Medicare contra la influenza de temporada y su administración como también otros servicios preventivos que Medicare cubre, vaya a http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp en el sitio Web de CMS.

Para información sobre las pólizas de Medicare relacionadas a la influenza H1N1, vaya a <http://www.cms.hhs.gov/H1N1> en el sitio Web de CMS.

- **Inmunización del adulto**

Este folleto educacional provee información sobre la cobertura de Medicare sobre la influenza de temporada, neumococo, y vacunas de hepatitis B. Esta ahora disponible en *Medicare Learning Network* en un formato para descargar e imprimir en la siguiente dirección: http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/Adult_Immunization.pdf.

Las versiones impresas de este folleto estarán disponibles más tarde. Para más productos relacionados

a los servicios preventivos cubiertos por Medicare, visite nuestro sitio Web de servicios preventivos de productos educacionales en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp.

Nota: La información en el folleto de inmunizaciones del adulto se relaciona a la influenza de temporada. Para información relacionada a la cobertura de Medicare y póliza relacionada a la influenza H1N1, también conocida como la “influenza porcina”, visite <http://www.cms.hhs.gov/H1N1> en el sitio Web de CMS.

- **Exámenes de detección de glaucoma**

Este folleto educacional provee información sobre la cobertura de Medicare sobre exámenes de detección de glaucoma, incluyendo exámenes del ojo dilatado con una medida de presión intraocular, exámenes oftalmoscópica directa y exámenes biomicroscópica en la comisura con lámpara. Esta ahora disponible en el *Medicare Learning Network* en un formato para descargar e imprimir en la siguiente dirección: <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/Glaucoma.pdf>.

Las versiones impresas de este folleto estarán disponibles más tarde. Para más productos relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare, visite nuestro sitio Web de servicios preventivos de productos educacionales en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp.

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

Fuente: CMS PERL 200910-24

Clarificación del uso de modificadores cuando se factura “cirugía errónea en un paciente”

Número de *MLN Matters*: SE0927 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Esta edición especial del artículo clarifica el uso correcto de ciertos modificadores HCPCS. Para clarificar brevemente, tenga en cuenta que:

- **Modificador PC** es usado para identificar **cirugía errónea en pacientes**. El modificador PC será añadido, donde sea apropiado, a todas las líneas de las reclamaciones relacionadas a un error de cirugía.
- **Modificador 26** es usado para identificar el **componente profesional** de un servicio o un procedimiento.

Revise *MLN Matters*® MM6405 *Wrong Surgical or Other Invasive Procedures Performed on a Patient, Surgical*

or Other Invasive Procedures Performed on the Wrong Body Part, and Surgical or Other Invasive Procedures Performed on the Wrong Patient, el cual explica los modificadores HCPCS de cirugía errónea. Este artículo esta disponible en el sitio Web de CMS Web en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6405.pdf>.

Algunos proveedores o sus servicios de facturación pueden estar usando incorrectamente el modificador PC de HCPCS para indicar el componente profesional para ciertos servicios que no están relacionados a error de cirugía cuando el modificador 26 debió haber sido usado. **Tenga en cuenta que el uso del modificador PC en las reclamaciones de Medicare resultarán en la denegación de la reclamación.**

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/se0927.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0927

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.

Novedades de tecnología de información de la salud – mensaje del Dr. Blumenthal

La dependencia gubernamental “Office of the National Coordinator for Health Information Technology” (Oficina del coordinador nacional de tecnología de información de la salud) ha entregado el presente mensaje por medio de sus canales de comunicación y además lo ha puesto en su sitio de Internet en el enlace a continuación http://healthit.hhs.gov/portal/server.pt?open=512&objID=1350&parentname=CommunityPage&parentid=5&mode=2&in_hi_userid=11113&cached=

Avance “Significativo” hacia el intercambio electrónico de información relativa a la salud Mensaje del Dr. David Blumenthal, coordinador nacional de tecnología de información de la salud

He informado recientemente en nuestro anuncio de subvenciones estatales para tecnología de información de la salud así como subvenciones para establecer centros de regionales de extensión de tecnología de la salud, según lo autoriza la ley de “Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act” y ley de “American Recovery and Reinvestment Act de 2009” (ley de recuperación).

Hoy quisiera referirme al importante término (uso significativo) de los registros electrónicos de la salud (EHR) – tanto como concepto subyacente en el movimiento hacia un ambiente de atención de la salud por medios electrónicos como asimismo en su papel de conjunto práctico de estándares que serán considerados como una propuesta de reglamentación a fines del 2009.

Las provisiones legales de HITECH de la ley de recuperación crean una verdadera oportunidad histórica para transformar nuestro sistema de salud a través de inversiones sin precedente en el desarrollo de un sistema electrónico nacional de información de la salud. Por último, este sistema contribuirá a informar, medir y mantener mejoras en la calidad, eficiencia y seguridad de los cuidados de la salud de cada norteamericano. Dicho de manera simple, los profesionales de la salud podrán prestar mejor atención y sus pacientes estarán mejor atendidos, es decir que se obtendrá un mejor resultados en cuanto a la salud considerada como un todo.

Como está en conocimiento de muchos de ustedes, la ley HITECH otorga pago de incentivos a médicos y hospitales que adoptan y utilizan la tecnología de información de la salud de manera significativa. Los médicos que son elegibles, incluyendo aquellos en prácticas pequeñas o donde son el único facultativo, pueden recibir hasta \$44,000 en cinco años con Medicare o \$63,750 en seis años con Medicaid por el hecho de haber sido usuarios significativos de registros electrónicos de salud certificados. Los hospitales que lleguen a ser usuarios significativos de EHR podrán recibir hasta cuatro años de pago de incentivos financieros con Medicare a partir de 2011 y hasta seis años de pago de incentivos con Medicaid a partir de octubre de 2010.

Los incentivos financieros de la ley HITECH, demuestran el compromiso del Congreso y de la Administración en sentido de ayudar a quienes desean

mejorar los servicios de salud que proveen y servirán como catalizador para acelerar y facilitar el paso de adopción de HIT por parte de proveedores individuales y de organizaciones. El dinero asignado es evidencia tangible de la determinación nacional de poner los cuidados de la salud en el siglo 21.

La dependencia gubernamental “Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC)” (Oficina del coordinador nacional de tecnología de información de la salud) está encargada de coordinar, a través de toda la nación, los esfuerzos para implementar y utilizar la tecnología más avanzada de información de la salud y el intercambio electrónico de esta información. ONC está trabajando con los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), en un proceso abierto y transparente en sus esfuerzos por definir en forma oficial lo que constituye “uso significativo”

ONC se ha comprometido en un amplio rango de esfuerzos en apoyo del desarrollo de una definición formal de “uso significativo”. La ley HITECH nombró un comité

asesor federal, el comité de políticas HIT, con amplia representación de las mayores circunscripciones de cuidados de la salud, para que presenten a ONC recomendaciones sobre uso significativo. El comité de políticas

HIT, ha provisto dos conjuntos de

recomendaciones con informes recibidos de una variedad de partes interesadas. ONC y CMS han sostenido una serie de reuniones de escucha para solicitar la opinión de más de 200 representantes de varios grupos electorales y un período abierto de comentarios donde han sido recibidos y considerados más de 800 comentarios públicos. El segundo conjunto de recomendaciones acerca de uso significativo fue emitido en la reunión del 16 de julio del comité de políticas HIT y los detalles pueden encontrarse en healthit.hhs.gov/policycommittee.

Se espera que alrededor del 31 de diciembre de 2009, CMS publique una definición formal de uso significativo para los efectos de recibir pagos de incentivos de Medicare y Medicaid. Para esa fecha el público podrá hacer comentarios acerca de la definición y tales comentarios serán considerados de todas maneras para lograr la definición final del término.

Al enfocarnos en “uso significativo” estamos reconociendo que el mejor cuidado de la salud proviene no solamente de la adopción de la tecnología misma sino que a través del intercambio y utilización de la información referente a la salud, a fin de poder tomar, en el momento de la atención, decisiones clínicas informadas de la mejor manera posible. Anticipamos que el uso significativo de EHR, posibilitará también a los proveedores reducir el tiempo destinado a duplicación de tareas administrativas y ganar más tiempo para dedicarlo a la atención diaria de sus pacientes. Nos conducirá a optimizaciones y soporte de nuestro sistema de cuidados de la salud que pueden obtenerse solamente con la ayuda de un sistema electrónico nacional de información de la salud que sea confiable y seguro.

El concepto de uso significativo es simple y alentador pero reconocemos que se tornó significativamente más

EHR nos conducirá a optimizaciones de nuestro sistema de cuidados de la salud

Novedades de tecnología de información de la salud... (continuación)

complejo a nivel de políticas y reglamentaciones. Esperamos como resultado que cualquier definición formal de “uso significativo” deberá incluir actividades específicas que los proveedores de cuidados de la salud deben emprender para calificar para la obtención de incentivos de parte del gobierno federal.

Finalmente, creemos que “uso significativo” debe incorporar las metas de un sistema de salud transformado. A largo plazo, uso significativo es cuando los proveedores de cuidados de la salud utilizan EHR para mejorar la seguridad y calidad en el cuidado del paciente.

¿Qué viene en seguida?

Como se ha dicho más arriba, el próximo paso en nuestro proceso es una notificación de la reglamentación propuesta a fines de 2009 con un período para comentarios públicos a comienzos de 2010. A medida que avanza este proceso, continuaremos debatiendo y compartiendo experiencias sobre transición a EHR, al mismo tiempo que profundizando el entendimiento de médicos y hospitales sobre el uso de EHR. También presentamos programas diseñados para ayudar durante el proceso de transición e identificar las actividades que médicos y hospitales pueden llevar ahora a cabo con la finalidad de promover la adopción de EHR. A medida que avanzan los esfuerzos, vamos a preocuparnos de otros programas de apoyo que son necesarios, usted oírá de ellos durante las semanas venideras, incluyendo la definición de lo que constituye un EHR “certificado”, que es uno de los requisitos para calificar para incentivos de Medicare y Medicaid.

Mientras tanto: ¿Qué pueden hacer los proveedores para avanzar en la dirección de llegar a ser “usuarios significativos” — aún en ausencia de una definición formal? Naturalmente, al mismo tiempo que entendemos que la definición final será adoptada por medio de un procedimiento formal de creación de reglamentaciones, será muy útil estar lo más familiarizado posible con lo que se debate hoy en día acerca del criterio de uso significativo. (Puede encontrar esta información en healthit.hhs.gov/meaningfuluse.)

Equipados con el conocimiento del debate sobre uso significativo, a medida que éste avanza, los proveedores pueden comenzar a considerar como sus propias prácticas y organizaciones deben ser rediseñadas para optimizar la eficiencia y calidad de la atención médica, por medio del uso de un sistema electrónico de registros de salud. Tenga la seguridad de que no estará sólo mientras trata de adoptar un sistema EHR. Como ha sido anunciado recientemente, continuaremos apoyando a los proveedores en su avance, por medio de nuestros programas de subvenciones para colaborar con HITECH. Detalles adicionales acerca de las subvenciones están también disponibles en mi actualización anterior y en

healthit.hhs.gov/HITECHgrants.

Para algunos proveedores, particularmente aquellas prácticas médicas ya sea pequeñas o al límite de su capacidad o pequeños hospitales rurales, el paso a uso significativo puede parecer arduo. Para otros que prefieren aferrarse al “status quo”, puede ser considerado como una intrusión indeseada. Creemos que ha llegado el momento de una acción coordinada. El precio de la inacción en situaciones adversas es demasiado alto y será cada vez peor, significa la pérdida de vida de pacientes, retraso o incorrección de tratamientos, procedimientos innecesarios, costos excesivos y así suma y sigue.

Hay mucho en juego y mucho que hacer. Debemos aliviar el peso aplastante de los costos de los cuidados de la salud en este país mejorando la eficiencia y asegurando el más alto nivel de cuidados y seguridad para el paciente sin limitaciones geográficas o demográficas. Usando las tecnologías actuales así como las que serán desarrolladas en el futuro, de manera útil, estaremos dando grandes pasos hacia la solución de los más graves problemas que enfrenta nuestro sistema de salud y creando una nueva plataforma para soluciones novedosas en el cuidado de la salud.

Procuraré proveer actualizaciones periódicas en el futuro y continuaré interactuando con todas las comunidades que tienen mucho que ganar de esta profunda transformación.

Atentamente,

David Blumenthal, M.D., M.P.P.

National Coordinator for Health Information Technology
U.S. Department of Health & Human Services

Esta carta forma parte de una serie de actualizaciones de parte del National Coordinator for Health Information Technology (Coordinador nacional de tecnología de información de la salud). El departamento de “The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC)” le insta a diseminar esta información al tanto que trabajamos juntos para optimizar la calidad, seguridad y valor del cuidado de la salud de todos los estadounidenses, por medio del uso de registros electrónicos de la salud y tecnología de información de la salud. Suscríbese a “Health IT News list” para recibir más información así como actualizaciones en forma regular de parte de la “Office of the National Coordinator for Health Information Technology”.

Si tiene dificultades para ver este mensaje, véalo en línea. Para asegurarse de que recibe futura correspondencia, agregue esta dirección de e-mail a su lista de direcciones seguras.

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

Fuente: CMS PERL 200910-26

Guías del envío puntual de reclamaciones para todos los proveedores de Medicare

Las regulaciones de Medicare establecen un tiempo límite para enviar reclamaciones al contratista dentro de los parámetros de tiempo establecidos. En general, tales reclamaciones deben ser enviadas el 31 de diciembre o antes del año calendario siguiendo al año en el cual los servicios fueron prestados. Los servicios prestados en el último cuarto del año fueron considerados prestados en el siguiente año; i.e., el tiempo límite es el segundo año después del año en el cual tales servicios fueron prestados. Basado en esta regulación, los proveedores tienen un mínimo de 15 meses a un máximo de 27 meses.

Los parámetros de tiempo son:

Fechas de servicio

1 de octubre de 2007 – 30 de septiembre de 2008
 1 de octubre de 2008 – 30 de septiembre de 2009
 1 de octubre 1, 2009 – 30 de septiembre de 2010
 1 de octubre 1, 2010 – 30 de septiembre de 2011

Última fecha de envío

para el 31 de diciembre de 2009
 para el 31 de diciembre de 2010
 para el 31 de diciembre de 2011
 para el 31 de diciembre de 2012

Medicare determina si una reclamación ha sido enviada puntualmente al comparar la fecha en que los servicios fueron prestados (línea del artículo de fecha o fecha de “De” del estado de la reclamación) a la fecha de recibo aplicada a la reclamación cuando esta es recibida. Si el intervalo de tiempo en que estas dos fechas exceden la limitación de tiempo, la reclamación es considerada como que no ha sido enviada puntualmente. Cuando una reclamación es denegada por haber sido enviada después del periodo de envío puntual, tales denegaciones no constituyen una “determinación inicial”. Como tal, la determinación que una reclamación no fue enviada puntualmente no está sujeta a apelación.

Para proveedores institucionales solamente

Los proveedores de pago interino periódico (PIP) deben enviar las reclamaciones para el último día del año que le sigue a la fecha de dada de alta.

Las reclamaciones deben ser enviadas completas y libres de errores. Cualquier reclamación enviada con información inválida o incompleta, y devuelta al proveedor (RTP) para correcciones, no está protegida de las pautas de envío puntual. ❖

Fuente: CMS Pub. 100-04 (*Medicare Claim Processing Manual*), Chapter 1, Section 70

HOSPITAL

Servicios de prueba clínica pagados como tarifa de cuidados monitoreados al beneficiario

Nota: El artículo de MLN Matters MM6455 fue publicado en el *Medicare A y B Al Día de mayo de 2009*, página 18.

Número de *MLN Matters*: MM6455 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6455
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de mayo de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1723CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han reconocido la necesidad de proveer clarificación adicional al procesamiento y facturación de servicios de prueba clínica. La petición de cambio 6455 actualiza la edición del sistema de Medicare para asegurar una facturación precisa y en última instancia el cobro correcto de servicios de prueba clínica pagados como tarifa de cuidados controlados a un beneficiario.

La política de Medicare es pagar por servicios de pruebas clínicas con cobertura provistos a beneficiarios inscritos en planes de cuidados monitoreados. Los requisitos de codificación de pruebas clínicas por facturación por inscritos en cuidados monitoreados son los mismos que para las reclamaciones corrientes de tarifa-por-servicios (FFS) de Medicare. Sin embargo, para beneficiarios inscritos en un plan de cuidados monitoreados, los proveedores institucionales no deben facturar servicios de pruebas clínicas a pacientes ambulatorios y servicios que no son de pruebas

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.

clínicas en la misma reclamación. Si durante el mismo día/estadía se presta servicios diferentes a los de pruebas clínicas, el proveedor debe facturar como FFS **solamente** los servicios que correspondan a pruebas clínicas. (Esto permite al sistema Medicare de procesamiento de reclamaciones omitir el deducible cuando el paciente está en un plan de cuidados monitoreados).

Nota: En caso de que no necesiten reportar sus códigos HCPCS, o para códigos de impuestos que no necesitan códigos HCPCS, los proveedores deberán reportar códigos no clasificados de otra manera en líneas correspondientes a cuidados controlados a un beneficiario. De esta manera, el proveedor puede reportar el modificador HCPCS de prueba clínica apropiado (Q0 o Q1) para la línea NOC.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6455, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1723CP.pdf>.

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

Actualización del archivo específico trimestral del proveedor de octubre de 2009

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han notificado a los contratistas que los datos trimestrales del **software de análisis estadístico (SAS)** del archivo específico del proveedor de octubre de 2009, y los archivos de datos de **texto** PSF trimestrales tenían datos ausentes. Estos archivos han sido revisados y están ahora disponibles en el sitio Web de CMS.

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

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

Los archivos de datos de **texto** PSF trimestral de octubre de 2009 han sido revisados y están ahora disponibles en el sitio Web de CMS en http://www.cms.hhs.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/03_psf_text.asp en la sección de Downloads. Si usted usa los datos del archivo de texto específico, vaya a la página arriba y descargue la última versión del PSF.

Nota: Estos son los conjuntos de datos **trimestrales** para los datos específicos del proveedor para su uso público en formato de **texto**. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-29

SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR

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

Nota: El artículo de MLN Matters MM6512 fue publicado en el *Medicare A y B Al Día de agosto de 2009*, página 29.

Número de *MLN Matters*: MM6512 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 6512

Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de septiembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1818CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2009

Resumen

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

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

Actualmente, el segundo y tercer criterio son reforzados lo más posible por los sistemas de Medicare por modificaciones que requieren que el beneficiario sea mujer y que el código de diagnóstico 733.01 (osteoporosis posmenopáusica) esté presente. Sin embargo, el primer

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.

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

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6512, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1818CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1818, CR 6512

PAGOS PROSPECTIVOS

Cambios de 2010 para hospitalizaciones, cuidados a largo plazo y establecimientos psiquiátricos

Nota: El artículo de MLN Matters MM6634 fue publicado en el *Medicare A y B Al Día de septiembre de 2009*, página 14.

Número de *MLN Matters*: MM6634 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 6634

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de septiembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1816CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2009

Resumen

Este artículo se basa en la petición de cambio (CR) 6634 que señala cambios al sistema prospectivo de pagos para pacientes hospitalizados (PPS) y hospitales de cuidado a largo plazo (LTCH) para el año fiscal (FY) 2010. Las políticas de cambio para el FY 2010 aparecieron en *Federal Register* el 27 de agosto de 2009. A menos que se especifique algo diferente, todos los ítems cubiertos en CR 6634 tienen vigencia para altas de hospital que hayan ocurrido a partir del 1 de octubre de 2009. CR 6634 también se refiere grupos relacionados con diagnóstico de gravedad (MS-DRG) y códigos ICD-9-CM que afectan establecimientos psiquiátricos de pacientes hospitalizados (IPF) PPS. El IPF PPS es afectado solamente por los cambios ICD-9-CM que atañen al ajuste de comorbilidad, a partir del 1 de octubre de 2009. Los cambios a la tasa de IPF PPS ocurrieron el 1 de julio de 2009 y se discuten en

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.

el artículo MLN Matters MM6461 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 clave contenidos en CR 6634 son los siguientes:

- Cambios a ICD-9-CM
- Actualización del sistema de pagos prospectivos de paciente hospitalizado FY 2010
- Actualización de la tasa anual (RY) de PPS para cuidados de hospital a largo plazo
- Actualización de PPS de establecimientos de hospitalización de pacientes psiquiátricos

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

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.

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Sistema de evaluación de calidad five-star – noticias de octubre

1. Los reportes de previsión del proveedor five-star estarán disponibles comenzando el lunes, 12 de octubre de 2009. Los proveedores pueden acceder el reporte desde las páginas de bienvenida del conjunto de datos mínimo (minimum data set, MDS) en los servidores del estado para el envío de datos del conjunto de datos mínimo.

Información de acceso de previsión del proveedor:

- Visite la página de bienvenida de MDS state disponible en los servidores del estado donde usted envía datos MDS para revisar sus resultados.
- Para acceder estos reportes, seleccione la certificación y el enlace para reportar de la encuesta del proveedor de reportes mejorados (CASPER) localizado al final de la página de autenticación para entrar a su cuenta.
- Una vez en el sistema para reportar CASPER,
 - i. Haga clic en el botón de "folders" y acceda el reporte five-star en su folder "st LTC facid",
 - ii. Donde st es el código postal de 2 dígitos del estado en el cual su centro está localizado, y
 - iii. Facid es el facid asignado por el estado de su centro.
- 2. La línea de ayuda estará abierta comenzando el lunes, 12 de octubre de 2009 para preguntas y preocupaciones sobre los datos de julio. Alternativamente, los proveedores pueden escribir a BetterCare@cms.hhs.gov.
- 3. Nursing Home Compare se actualizará con los datos de five-star de octubre el jueves, 22 de octubre de 2009.
- 4. Visite http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/13_FSQRS.asp para el último sistema de evaluación de calidad de información five-star. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-11

Cambios a la facturación correcta para ciertos residentes de centros de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*: SE0923

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 enfermería especializada (SNF) son pagados basado en grupos de clasificación de caso mezclado llamado grupos de utilización de recurso versión III (RUG-III). Medicare usa un sistema de clasificación de caso mezclado para asignar un residente de un hogar de reposo a una categoría RUG basado en sus condiciones médicas y los recursos necesarios para proveer el cuidado. Cada categoría RUG es unida a un índice de pago de Medicare. Las clasificaciones de Medicare-RUG usan el método de maximización del índice, si un residente califica para más de un grupo RUG, el residente será colocado en un grupo con el índice de caso mezclado más alto (CMI), i.e., con índice de pago más alto.

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.

CMS anunció en el *Federal Register* el 11 de agosto de 2009 que efectivo el 1 de octubre de 2009 se harán los ajustes al índice de pago de SNF para el año fiscal (FY) 2010. Usted puede revisar la regla final en la Internet en <http://edocket.access.gpo.gov/2009/pdf/E9-18662.pdf>. Esta edición especial del artículo está siendo provista por que CMS ha identificado un problema relacionado a la implementación planeada de nuevos conjuntos CMI para el FY 2010. Para el FY 2010, el índice de pago de orden cambiará para un número limitado de residentes en centros rurales.

Nota: Si los proveedores fallan en implementar las instrucciones de facturación especial abajo para los residentes afectados, ellos arriesgan que les sean pagado menos que la cantidad que califica por los servicios durante el tiempo de transición.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0923.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0923

COBERTURA Y REEMBOLSO

Cobertura de servicios de rehabilitación del paciente hospitalizado

Número de *MLN Matters*: MM6699 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6699
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de octubre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R112BP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han adoptado nuevos requisitos para los centros de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF) y revisiones técnicas para ciertos requisitos a parte del IRF para reflejar los cambios que han ocurrido en la práctica médica durante los pasados 25 años y la implementación de sistema de pagos prospectivos (PPS) IRF. CMS Pub 100-02, Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 1, Section 110 estaba originalmente basado en las provisiones encontradas en HCFAR 85-2. Por lo tanto, el propósito de esta petición de cambio es el de emitir nuevas instrucciones para reemplazar las instrucciones existentes encontradas en la Sección 110 consistentes con los nuevos requisitos de cobertura IRF adoptados en la regla final del año fiscal (FY) 2010 (74 FR 39762 (7 de agosto de 2009)).

Los nuevos requisitos de cobertura IRF son efectivos para dadas de alta de IRF ocurriendo el 1 de enero de 2010 en adelante y formar las bases para las nuevas instrucciones en el Pub. 100-02, Chapter 1, Section 110. Bajo la nueva póliza de cobertura, la decisión para admitir el paciente al IRF es la clave para determinar si la admisión es razonable y necesaria. De tal forma, estas revisiones de los manuales incluyen los siguientes temas:

- Requisitos de documentación
- Exámenes de de preadmisión requeridos

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.

- Evaluación del médico pos admisión requerido
- Plan de cuidado individualizado en general requerido
- Órdenes de readmisión requeridas
- Centros de rehabilitación del paciente hospitalizado, instrumento de evaluación del paciente (IRF-PAI) requerido
- Centro de rehabilitación del paciente hospitalizado, criterios de necesidad médica
- Disciplinas de múltiples terapias
- Servicios de rehabilitación de nivel intensivo
- Habilidad de participar activamente en el programa de terapia de rehabilitación intensiva
- Supervisión del médico
- Enfoque de equipo interdisciplinario a la provisión del cuidado de la salud
- Definición de las mejoras mensurables.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6699.pdf>.

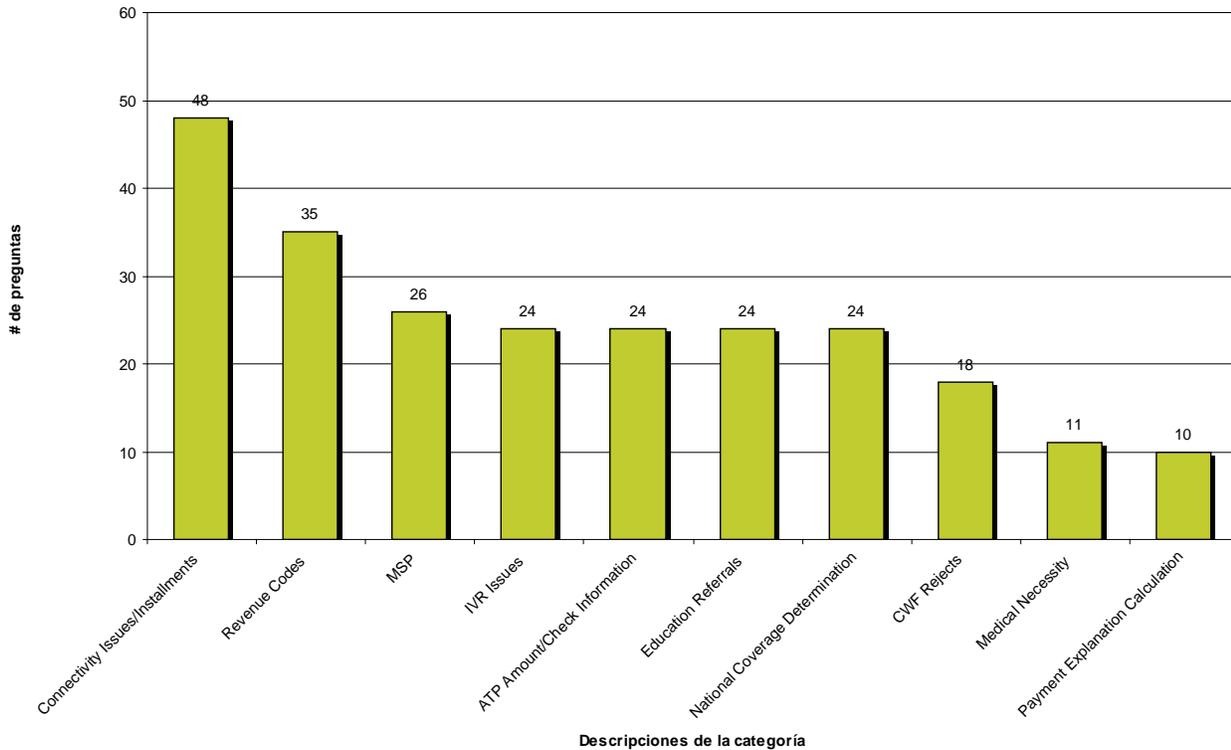
La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6699, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R112BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 112, CR 6699

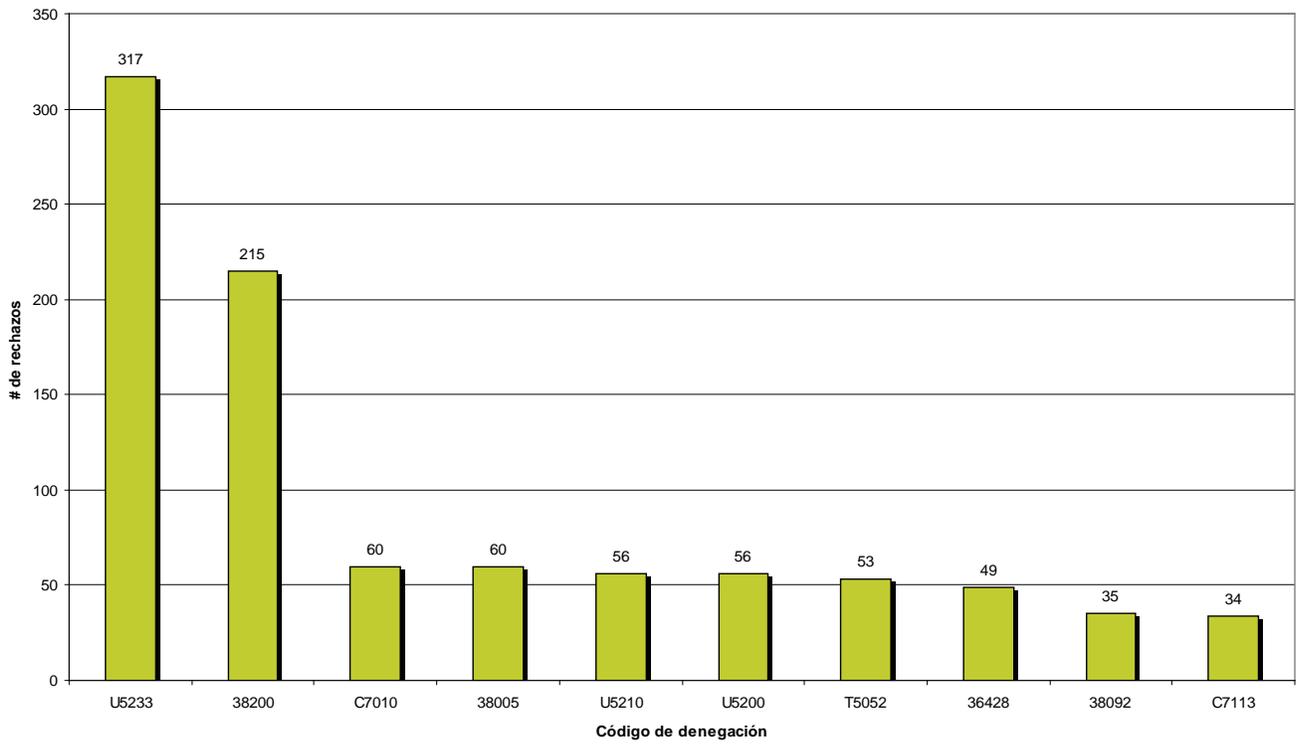
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar, en agosto de 2009

El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante el mes de septiembre 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

Preguntas de Parte A más frecuentes en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU. en septiembre de 2009



Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en septiembre 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

Revisiones a las LCD existentes

A70544: Angiografía por resonancia magnética.....	29
J3487: Ácido zoledrónico.....	29
ASKINSUB: Substitutos de piel	30
ATHERSVCS: Terapia y servicios de rehabilitación	30
Intravitreal bevacizumab (Avastin®).....	30

Información médica adicional

A77371: SRS y terapia de radiación corporal	31
AJ0881 Agentes estimulantes eritropoyesis.....	33
Clarificación de los requisitos de firma.....	35

Notificación anticipada al beneficiario

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

Revisiones a las LCD existentes

A70544: Angiografía por resonancia magnética (MRA) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28903 (Florida)

Identificador de LCD: L28925 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para angiografía por resonancia magnética (MRA) fue revisada por última vez el 1 de octubre de 2009. Desde ese tiempo la LCD ha sido revisada basada en la petición de cambio 6338, número de transmisión 477, fecha del 24 de abril de 2009. El código del tipo de factura usado para identificar los Centros de Salud Calificados por el Gobierno Federal (FQHC) fue cambiado del 73x al 77x.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva el 5 de octubre de 2009 para servicios prestados el 1 de abril de 2010. 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> ❖

J3487: Ácido zoledrónico – revisión de la LCD

Identificador de LCD: L29009 (Florida)

Identificador de LCD: L29041 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para ácido zoledrónico fue modificada por última vez el 30 de junio de 2009. Desde entonces Food and Drug Administration (departamento de administración y control de productos farmacéuticos, FDA) aprobó una nueva indicación para ácido zoledrónico (Reclast ®), código HCPCS J3488, a partir del 29 de mayo de 2009. Esta nueva indicación es para prevención de osteoporosis en mujeres post menopáusicas.

Con la finalidad de permitir cobertura de esta nueva indicación, han sido modificados los anexos “Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica”, “Códigos ICD-9 en apoyo de necesidad médica”, “Guías de utilización” y “Guías de codificación”. En el momento de facturar por esta nueva indicación, se exigirá a los proveedores facturar el código ICD-9-CM V49.81 (Estatus post menopáusico asintomático [en relación a la edad] [natural]).

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados **a partir del 29 de mayo de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS para reclamaciones procesadas **a partir del 19 de octubre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. LCD están disponibles en la base de datos de cobertura de Medicare de CMS. Guías de codificación de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section... (vaya a la sección...)” en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (muestre documentos que estarán vigentes a futuro)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

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

ASKINSUB: Substitutos de piel – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28985 (Florida)

Identificador de LCD: L29327 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para substitutos de piel fue revisada por última vez el 1 de julio de 2009. Desde ese tiempo una revisión fue hecha a la LCD basada en la petición de cambio (CR) 6626 (Actualización de octubre de 2009 del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio de hospital [OPPS]) emitida por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). CMS cambió el estatus del indicador para el código HCPCS Q4115 a “K” para indicar que el pago separado puede ser efectuado para este producto. Sin embargo, una revisión del código HCPCS Q4115 determinó que este substituto de piel debe ser añadido a la sección de “CPT/HCPCS Codes” de la LCD de productos que no están cubiertos.

- Q4115 – Substituto de piel, Alloskin, por centímetros cuadrados

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD tiene vigencia para reclamaciones procesadas **el 5 de octubre de 2009** en adelante, para servicios provistos **el 1 de octubre 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> ❖

ATHERSVCS: Terapia y servicios de rehabilitación – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28992 (Florida)

Identificador de LCD: L29024 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para angiografía de resonancia magnética (MRA) fue revisada por última vez el 11 de agosto de 2009. Desde ese tiempo la LCD ha sido revisada basada en la petición de cambio 6338, número de transmisión 477, fecha del 24 de abril de 2009. El código del tipo de factura usado para identificar los Centros de Salud Calificados por el Gobierno Federal (FQHC) fue cambiado del 73x al 77x.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva el 5 de octubre de 2009 para servicios prestados el 1 de abril de 2010. 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> ❖

Intravitreal bevacizumab (Avastin®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29933 (Florida)

Identificador de LCD: L29935 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para intravitreal bevacizumab (Avastin®) fue efectiva para servicios provistos el 30 de junio de 2009 en adelante. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada en acuerdo con la transmisión 1810 de CMS, petición de cambio 6617, fecha del 1 de septiembre de 2009, sección “CPT/HCPCS Codes” de la LCD han sido revisados para eliminar el código HCPCS J3490 (medicinas no clasificadas) y remplazarla con el código HCPCS Q2024 (Injection, bevacizumab, 0.25 mg).

El anejo “Coding Guidelines” de la LCD ha sido revisado para indicar el código HCPCS Q2024 (Injection, bevacizumab, 0.25 mg) es usado para describir apropiadamente las dosis más pequeñas que el total menos de 10 mg de bevacizumab (Avastin®). Esta dosis más pequeñas deben ser facturadas por el tratamiento aprobado de cáncer colorrectal metastático de la Food and Drug Administration (FDA) (i.e., ICD-9-CM códigos 153.0-153.9, 154.0-154.3, 154.8, 197.5). El código HCPCS Q2024 (Injection, bevacizumab, 0.25 mg) debe también ser facturado para intravitreal bevacizumab, junto con el código CPT 67028 (*Intravitreal injection of a pharmacologic agent*).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios provistos **el 1 de octubre 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> ❖

Información médica adicional

A77371: Radio cirugía estéreo-táctica (SRS) y terapia de radiación corporal estéreo-táctica (SBRT)

Instrucciones de codificación

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

La determinación local de cobertura (LCD) para radio cirugía estéreo-táctica (SRS) y terapia de radiación corporal estéreo-táctica (SBRT) ha estado vigente para servicios prestados a partir del 5 de octubre de 2009. First Coast Service Options Inc. ha creado un anexo de instrucciones de codificación para LCD por estos servicios que reza lo siguiente:

Codificación y precio – MCS vs. FISS

La prestación de tratamiento SRS/SBRT es un servicio técnico que ocasiona reclamaciones de parte de un establecimiento. Los establecimientos basados en hospitales envían reclamaciones al sistema intermediario fiscal compartido (FISS) por administración y pago, normalmente vía OPPS (sistema de pago prospectivo por paciente ambulatorio). Los establecimientos independientes envían reclamaciones al sistema de contratistas de la Parte B de Medicare (MCS) por administración y pago por medio de la base de datos del catálogo de tarifas médicas (MPFSDB). Los códigos activos en ambos sistemas no tiene total equivalencia y el pago es diferente de acuerdo a las diferentes metodologías de pago.

Hay dos LCD para prestación de tratamiento SRS/SBRT – una que se refiere al sistema de Parte A (reclamaciones de establecimientos de hospitales ambulatorios FISS) y otra que se refiere al sistema de Parte B (reclamaciones de establecimiento independiente MCS). Los servicios de administración médica no son considerados en forma directa, aunque podrían serlo en el guía de codificación correspondiente en CPT y otras LCD relacionadas. Todos los servicios médicos forman parte del sistema de reclamaciones de Parte B (MCS).

Los códigos actuales vigentes de Parte A (sistema FISS) para prestación de tratamiento para SRS/SBRT, son los códigos CPT/HCPCS 77371, G0173, G0251, G0339 y G0340.

Los códigos actuales vigentes de Parte B (sistema MCS) para prestación de tratamiento para SRS/SBRT, son los códigos CPT 77371, 77372 y 77373, los que tienen puesto el precio en MPFSDB. Los códigos HCPCS G0339 y G0340 son en la actualidad códigos de precios fijados por proveedores de Parte B y el contratista se refiere a esos códigos como códigos CPT con precio puesto 77373, toda vez que el contratista ha adoptado la guía CPT que es apoyada por RUC para cualquier tipo de prestación de tratamiento SBRT.

El código CPT 77373 - Terapia de radiación corporal estéreo-táctica, prestación de tratamiento, por parte de 1 o más lesiones, incluyendo guía de imagen, la duración completa de la terapia no debe exceder de 5 partes.

Se espera que los establecimientos independientes de Parte B (sistema MCS) que facturan por prestación de

tratamiento SBRT, presenten una unidad diaria de código CPT 77373 hasta por cinco días (5 partes), cuando esto sea razonablemente necesario. Los códigos HCPCS G0339 y G0340 son administrados como códigos CPT 77373. Los códigos G y CPT 77373 no pueden ser presentados el mismo día y los beneficiarios de Medicare no tendrán responsabilidad más allá de su correspondiente copago/deducible por código CPT 77373 sin importar cual código ha sido utilizado. En casos en que la cobertura esté en duda, se recomienda que se utilice una notificación de anticipo al beneficiario (ABN). Tanto los beneficiarios como los proveedores de Medicare tienen ciertos derechos y cierta protección con respecto a responsabilidad financiera bajo tarifa-por-servicio (FFS) de Medicare. Para información específica vea el sitio de Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) <http://www.cms.hhs.gov/bni/>.

Número de unidades de dosimetría (Código CPT 77300) presentadas en una atención SRS/SBRT

Código CPT 77300: Solamente cuando lo prescriba el médico tratante, para cálculo de dosimetría de radiación básica, cálculo de profundidad de dosis en eje central, TDF, NSD, cálculo de apertura, factor de eje ausente, factores de falta de homogeneidad en tejido, cálculo de superficie de radiación no ionizada y dosis profunda, según se requiera durante el curso del tratamiento

El procedimiento válido de acuerdo a los códigos de procedimiento 77300 (CPT y RUC) no considera las unidades de dosimetría de código CPT 77300 que son facturadas para SRS/SBRT por determinados centros en Florida. En el pasado, el contratista vería unidades simples facturadas (4 - 8) en un día dado por una sesión de cuidado. Sin embargo, algunos centros comenzaron a facturar de 10 a 20 veces (80 a 200 y más) la unidad por casos similares. El contratista ha clarificado con la ayuda de expertos en la materia, así como la revisión de entradas de ASTRO de dominio público. ASTRO no recomienda que la totalidad de 100 - 200 radiaciones sean facturadas individualmente como un servicio separado (Código CPT 77300) y el contratista está de acuerdo, toda vez que el trabajo realizado no puede ser considerado para facturar esa cantidad total de RVU. Mientras aún más podrían ser médicamente indicadas bajo ciertas circunstancias, más de diez veces por sesión de SBRT sería muy poco común y el contratista vería con más frecuencia, típicamente de 4 a 8 unidades en base a la historia de previas reclamaciones.

A77371: Radio cirugía estereotáctica (SRS)... (continuación)

Codificación de especialidad quirúrgica de SRS y SBRT vs. servicios médicos de radiación oncológica

Como se hace notar en los cambios de *CPT 2009* de la American Medical Association (asociación médica estadounidense, AMA): *An Insider's View* (visto desde adentro), se ha hecho cambios significativos al sistema de codificación de *CPT* para reportar radio cirugía estereotáctica (SRS). Cuando fue agregado el Código *CPT 61793* al libro de códigos *CPT*, la tecnología y técnicas de SRS estaban recién apareciendo. Desde entonces, SRS ha desarrollado indicaciones más amplias. Debido a estos cambios en la tecnología, el Código *CPT 61793* ha dejado de describir adecuadamente el trabajo médico involucrado en los procedimientos. Para reflejar con precisión la práctica actual de SRS, el Código *CPT 61793* ha sido suprimido y se han establecido siete nuevos códigos. Estos nuevos códigos están en la lista **bajo nuevos subtítulos** (Stereotactic Radiosurgery (Cranial (radio cirugía estereotáctica (craneal)) (Códigos *CPT 61795-61800*) y Stereotactic Radiosurgery (Spinal (radio cirugía estereotáctica (espinal)) (Códigos *CPT 63620-63621*) con instrucciones para enseñar como informar estos códigos.

Es importante notar que estos nuevos códigos no están destinados a informar acerca de terapias de radiación corporal estereotáctica que no sean craneales ni espinales. También es importante tener en cuenta que los códigos primarios en esta serie para Códigos *CPT 61796, 61798 y 63620* tienen un gran peso e incluyen trabajo significativo de parte del cirujano, los que deben ser documentados.

El radiólogo-oncólogo informa los códigos correspondientes para la planificación del tratamiento clínico, físico y dosimétrico, prestación del tratamiento y control por parte de la sección de **Radiación-Oncología** (Códigos *CPT* series 77xxx). Toda planificación, dosimetría, establecimiento de objetivos, posicionamiento o bloqueo que sean necesarios, por parte del neurocirujano o cirujano de cabeza & cuello con conocimiento de SRS/SBRT, está incluido en los servicios de **cirugía de radiación estereotáctica**. El mismo médico no debe reportar servicios de radio cirugía estereotáctica junto con servicios de radiación oncológica. Si ambos, el radiólogo oncólogo y el neurocirujano/cirujano de cabeza & cuello están realizando un trabajo que involucra planificación, dosimetría, establecimiento de objetivos, posicionamiento, bloqueo y control de la prestación del tratamiento, cada médico deberá utilizar el (los) código(s) correspondiente(s) según el trabajo

que hayan realizado (cirugía vs. radiación oncológica).

Para informar de terapia de radiación corporal estereotáctica, en caso de lesiones que no son craneales ni espinales, el radiólogo oncólogo usa los Códigos *CPT* series 77xxx que corresponda. Si un **cirujano** con conocimientos suficientes de SBRT está también contribuyendo en la etapa de cuidados, ese servicio será reportado con el código de **fuera de lista** Código *CPT 77499* (*Procedimientos fuera de lista, control de tratamiento radiológico terapéutico*) y la documentación debe apoyar el trabajo necesario llevado a cabo por el segundo médico.

Reclamaciones por SBRT con diagnóstico de cáncer a la próstata

El SBRT por tratamiento de cáncer a la próstata no tiene actualmente una declaración positiva de cobertura en las LCD de Parte A y Parte B, dado la falta de datos en toxicidades a largo plazo y sus resultados. Tales reclamaciones pueden ser desarrolladas (pedido de documentación) y el pago puede ser considerado en base a cada caso en particular, atendiendo a la documentación médica de ese determinado paciente. Se recomienda a los establecimientos presentar una reclamación por código de prestación de tratamiento con las fechas relevantes que corresponda, de manera que se genere una sola letra para solicitar los registros.

En los casos en que la cobertura esté en duda, se recomienda que se utilice un ABN. Tanto el proveedor como el beneficiario de Medicare tienen ciertos derechos y protecciones con respecto a responsabilidad financiera según Tarifa-por-servicio (FFS) de Medicare. Para información específica, vea el sitio de Internet de CMS <http://www.cms.hhs.gov/bni/>.

Fecha de vigencia

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

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

AJ0881 Agentes estimulantes eritropoyesis – clarificación de codificación

Identificador de LCD: L28836 (Florida)

Identificador de LCD: L28869 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) de agentes estimulantes de eritropoyesis fue revisada por última vez el 1 de octubre de 2009. First Coast Service Options Inc. (FCSO) recientemente implementó una LCD revisada que describía la codificación para todos los agentes estimulantes de eritropoyesis (ESA). FCSO publicó un artículo que resumía todas las reglas de codificación para la LCD y de esta forma hacer más fácil para los proveedores la codificación y facturación de sus reclamaciones correctamente. La LCD fue recientemente revisada basado en el Annual 2010 ICD-9-CM Update. Nuevos códigos ICD-9-CM fueron añadidos para los códigos HCPCS J0881 y J0885. Con la adición de estos nuevos códigos, FCSO implemento una nueva regla de diagnóstico dual que previamente no era requerida. FCSO está tomando esta oportunidad para revisar el artículo previamente publicado, el cual resume la codificación ESA y que ahora describe las nuevas reglas de codificación efectivas el 1 de octubre de 2009. Este artículo también servirá para resumir todas las reglas de facturación que no son ESRD ESA (códigos J0881 y J0885 de HCPCS) implementados el 7 de abril de 2008, y como ellos aplican a esta LCD. Cualquier pregunta sobre esta LCD debe ser enviada al departamento de póliza médica al medical.policy@fcs.com.

Los códigos HCPCS J0881 y J0885 incluyen dos listas de códigos ICD-9-CM cada una. Las dos listas para los códigos HCPCS J0881 y J0885 describen que modificador ESA (EA o EC) deben ser facturados con los códigos ICD-9-CM y también incluyen los requisitos de diagnóstico dual para los códigos ICD-9-CM. Esta designación de modificadores y reglas de diagnóstico doble son encontradas al comienzo de cada lista para J0881 y J0885. Los códigos ICD-9-CM que requieren un diagnóstico doble son designados con una *. En adición, las pautas de codificación adjuntas para la LCD han sido revisadas para instruir a los proveedores sobre como facturar para ciertas indicaciones que no están cubiertas y descritas en NCD 110.21.

Cambios de codificación:

J0881: Esta lista **requiere** un diagnóstico doble

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EA** y diagnóstico doble: 140.0-149.9, 150.0-159.9, 160.0-165.9, 170.0-176.9, 179-189.9, 190.0-199.2, 200.00-200.88, 201.00-201.98, 202.00-202.98, 203.00-203.82, 204.00-204.92, 209.00-209.03, 209.10-209.17, 209.20-209.29, 209.30, 230.0-234.9, 235.0-235.9, 236.0-236.99, 237.0-237.9, 238.0, 238.1, 238.2, 238.3, 238.4, 238.5, 238.6, 238.8, 238.9, o 239.0-239.9

J0881: Esta lista **no requiere** un diagnóstico doble.

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EC**: 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, o 273.3.

J0881: Esta lista **requiere** un diagnóstico doble

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EC** y un diagnóstico doble (*): 285.21* y uno de los siguientes debe ser facturado junto: 403.01*, 403.11*, 403.91*, 404.02*, 404.03*, 404.12*, 404.13*, 404.92*, 404.93*, 585.1*, 585.2*, 585.3*, 585.4*, 585.5*, o 585.9*.

J0885: Esta lista **requiere** un diagnóstico doble.

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EA** y un diagnóstico dual: 285.3 y uno de los siguientes deben ser facturados juntos: 140.0-149.9, 150.0-159.9, 160.0-165.9, 170.0-176.9, 179-189.9, 190.0-199.2, 200.00-200.88, 201.00-201.98, 202.00-202.98, 203.00-203.82, 204.00-204.92, 209.00-209.03, 209.10-209.17, 209.20-209.29, 209.30, 230.0-234.9, 235.0-235.9, 236.0-236.99, 237.0-237.9, 238.0, 238.1, 238.2, 238.3, 238.4, 238.5, 238.6, 238.8, 238.9, o 239.0-239.9

J0885: Esta lista **no requiere** un diagnóstico doble.

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EC**: 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, o 273.3.

J0885: Esta lista **requiere** un diagnóstico doble

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EC** y diagnóstico doble (*): 285.21* y uno de los siguientes debe ser facturado junto: 403.01*, 403.11*, 403.91*, 404.02*, 404.03*, 404.12*, 404.13*, 404.92*, 404.93*, 585.1*, 585.2*, 585.3*, 585.4*, 585.5*, o 585.9*. 285.29* o 285.9* y uno de los siguientes deben ser facturados juntos: 042*, 070.54*, 070.70*, 714.0*, o V07.8*.

Información encontrada en el anejo de las pautas de codificación:

Desde el 1 de enero de 2008, las siguientes son indicaciones nacionales que no están cubiertas por servicios que no son ESRD ESA que reportan el modificador ESA EC. Estas no deben ser reportadas con cualquier otro modificador ESA. Debido a que no existe un código específico ICD-9-CM para estas indicaciones listadas, FCSO identificará estas condiciones que no están cubiertas con el código ICD-9-CM **V49.89**. Esto indicará que ESA fue dado para una condición que no estaba cubierta nacionalmente como se identificó en el requerimiento del negocio 5818.1.1 de la petición de cambio (CR) 5818.

- Cualquier anemia por cáncer o tratamiento de cáncer en pacientes debido a fibrosis de médula ósea
- Anemia por cáncer que no tiene relación con el tratamiento del cáncer
- Uso de profiláctico para prevenir la anemia inducida por quimioterapia
- Uso del profiláctico para reducir el tumor de hipoxia
- Pacientes con resistencia de tipo de eritropoyetina debido a anticuerpos neutralizantes, y
- Anemia debido a tratamientos de cáncer si los pacientes tienen hipertensión que no está controlada.

Vea al final del artículo para una lista adicional de indicaciones nacionales que no están cubiertas identificadas en la NCD para el uso que no es ESRD ESA.

Resumen de cobertura que no es ESRD ESA basado en CR 5818 y 5699 implementado el 7 de abril de 2008

Efectivo el 1 de enero de 2008 todas las reclamaciones que reportan ESA que no son ESRD (códigos HCPCS J0881

AJ0881: Agentes estimulantes eritropoyesis... (continuación)

y J0885) son requeridos para reportar uno de los siguientes modificadores: (basado en CR 5699)

- EA: ESA, anemia, inducida por quimioterapia
- EB: ESA anemia, inducida por radio
- EC: ESA anemia, no inducida por quimioterapia o radio

El modificador **EA** debe ser solamente reportado cuando el ESA está dado por anemia como resultado de quimioterapia anticancerígena mielosupresiva en tumores sólidos, mieloma múltiple, linfoma, leucemia linfocítica. Anemia que no está relacionada a la administración de quimioterapia para una de las condiciones listadas que están cubiertas **no está cubierta por la NCD**. Por lo tanto, es inapropiado anexar el modificador EA a las reclamaciones ESA. Estas administraciones ESA deben ser identificadas con el código ICD-9-CM V49.89 (como se instruye en la pauta de codificación de la LCD) y el modificador EC debe ser anexado.

El modificador **EC** debe ser solamente reportado para esas indicaciones cubiertas descritas en la LCD bajo “códigos ICD-9 que avalan la necesidad médica” para códigos HCPCS J0881 y J0885 donde la anemia que está siendo tratada no es inducida por quimioterapia o radio. El proveedor también debe anexar el modificador EC para esas condiciones que no están cubiertas nacionalmente descritas en la NCD y las pautas de codificación de la LCD. Los códigos de codificación ICD-9-CM que no están cubiertos que corresponden a las indicaciones que no están cubiertas nacionalmente están anotadas en las pautas de codificación. Si uno de los códigos ICD-9-CM que no están cubiertos y el modificador EC están facturados con J0881 o J0885, el ESA será denegado.

El modificador **EB** no está cubierto. Si es facturado con una ESA, la reclamación será denegada.

Efectivo el 1 de enero de 2008, todas las reclamaciones que reporten ESA J0881, J0882, J0885, J0886 o Q4081 deben reportar las lecturas más recientes de hemoglobina y hematocrito. Para ESA que no son ESRD J0881 y J0885 el reportar el modificador EA (anemia relacionada a quimioterapia), se requiere que la hemoglobina o hematocrito estén por debajo de ciertos niveles para que el servicio sea médicamente necesario. Los contratistas están instruidos, por CR 5818 a denegar los servicios ESA que reporten J0881 o J0885 con un modificador EA cuando Hgb es > **10.0g/L** o el Hct es > **30%**. No existe excepción a este requerimiento, y no existe una ventana de cuatro semanas de iniciación donde los proveedores pueden reportar el nivel sobre 10.0 g/L o 30% y cobrar el servicio. La discusión completa concerniente a la administración de ESA para condiciones de cáncer está descrita en la LCD y NCD 110.21.

Indicaciones adicionales que no están cubiertas como identificadas en NCD 110.21 para el uso ESA que no es ESRD están listadas abajo. Los servicios ESA para J0881 y

J0885 cuando está reportada con un modificador EC serán denegada cuando los siguientes códigos ICD-9-CM estén reportados:

- Cualquier anemia por cáncer o pacientes tratados por cáncer debido a una deficiencia de folato de 281.2,
- Deficiencia de B-12 281.1, 281.3
- Deficiencia de hierro 280.0-280.9
- Hemólisis 282.0, 282.2, 282.9, 283.0, 283.10, 283.19, 283.2, 283.9
- Sangrado 280.0, 285.1
- Anemia asociada con el tratamiento de leucemia mielógena aguda y crónica (CML, AML) 205.00-205.21, 205.80-205.91, y
- Cáncer eritroide (207.00-207.81)

Recursos de información sobre cobertura ESA:

La NCD completa puede ser accedida en la sección 110.21 de la Publicación (Pub.) 100-03, Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual, y las instrucciones de procesamiento de reclamaciones pueden ser accedidas en el Pub. 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 17, secciones 80.8-80.12 y a través del siguiente enlace:

http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewncd.asp?ncd_id=110.21&ncd_version=1&basket=ncd%3A110%2E21%3A1%3AErythropoiesis+Stimulating+Agents+%28ESAs%29+in+Cancer+and+Related+Neoplastic+Conditions

CR 5818, transmittal 80 y 1413, fecha del 14 de enero de 2008 puede ser accedido a través del siguiente enlace:

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1413CP.pdf>
<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R80NCD.pdf>

CR 5699, transmittal 1412, fecha del 11 de enero de 2008 puede ser accedido a través del siguiente enlace:

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1412CP.pdf>

Las LCD de FCSO están disponibles a través de la base de datos sobre cobertura de Medicare de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en la sección “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de las LCD.

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

Clarificación de los requisitos de firma

First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha visto un incremento significativo en el número de errores CERT relacionados a la falta de una firma legible en la documentación del historial médico. El contratista CERT confirmó que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y la Oficina del Inspector General (OIG) han clarificado que los proveedores de servicios de Medicare deben cumplir con los requisitos de legibilidad de firma descritos en el manual electrónico de CMS (IOM), Publicación 100-08, Capítulo, Sección 3.4.1.1 B:

- *Medicare requiere un identificador legible para servicios provistos/ordenados. El método usado será escrito a mano o una firma electrónica (firmas estampadas no son aceptables) para firmar una orden u otra documentación médica para propósitos de revisión médica. (La única excepción para que los facsímiles de las firmas originales escritas o electrónicas sean aceptables para las certificaciones de enfermedad terminal de hospicio.)*

El requisito de identificador legible (firma) aplica a la documentación de **cualquier** servicio realizado y facturado a Medicare. El propósito de la firma de un profesional de la salud que presta/trata/ordena en historiales médicos del paciente, reportes operativos, órdenes, hallazgos de pruebas, etc., es el de sustentar que los servicios hayan sido documentados, revisados y autenticados completamente.

El contratista CERT está reforzando rigurosamente el requisito de CMS de que todos los historiales médicos sujetos a revisión médica deben incluir un identificador legible (firma). La documentación que es enviada con una firma ilegible, iniciales, una firma electrónica no

autenticada, ninguna firma, o una firma mecanografiada, serán **denegadas** y asignadas a un error CERT. Este error producirá un sobrepago y recuperación de fondos subsiguiente.

Los médicos, profesionales de la salud, y otros proveedores del cuidado de la salud que facturan a los contratistas de Medicare deben recordar:

- Una firma legible es requerida en **todos** los historiales médicos sujetos a revisión médica.
- Antes del envío para revisión médica, cada historial médico debe ser auditado para asegurar que el nombre del beneficiario, la fecha de servicio, y la firma del proveedor de servicios estén en los historiales.
- Si la firma del proveedor es ilegible, una leyenda/registro identificando el autor asociado con la firma ilegible o iniciales debe ser enviada con los historiales. Esto aplica a los historiales enviados a cualquier contratista de Medicare, incluyendo el contratista administrativo de Medicare (MAC) y el contratista CERT.
- Las firmas electrónicas deben estar aseguradas contra el abuso (tales como protegidas con contraseña) y deben ser fácilmente identificables como firmas electrónicas, en vez de mecanografiadas.

Los proveedores deben asegurarse que sus oficinas y/o departamentos de facturación están conscientes de estas guías.

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

COBERTURA Y REEMBOLSO

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

Número de *MLN Matters*: MM6417 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 6417

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

Fecha de efectividad: fase 1: 5 de octubre de 2009; fase 2: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R572OTN

Fecha de implementación: fase 1: 5 octubre de 2009; fase 2: 4 de enero de 2010

Resumen

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:

- Doctor en medicina u osteopatía
- Medicina dental
- Cirugía dental
- Medicina de podiatría
- Optometría
- Medicina quiropráctica
- Asistente médico
- Enfermera clínica especialista certificada
- Enfermera practicante
- Psicólogo clínico

- Enfermera obstetra certificada
- Trabajador(a) social clínica(o)

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 es:

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

Durante la Fase 2 (4 de enero de 2010, en adelante), el servicio será rechazado (devuelto como que no se puede procesar) 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 para ordenar o referir

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/R572OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 572, CR 6417

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

Uso apropiado del modificador 50 para servicios de inyecciones de la articulación de la carilla paravertebral

La Oficina del Inspector General (OIG) condujo recientemente una revisión del historial médico de inyecciones de la articulación de la carilla vertebral realizados en el 2006 y emitieron un reporte final, titulado, “Medicare Payments for Facet Joint Injection Services,” OEI-05-07-00200. El OIG encontró que los proveedores facturaron incorrectamente códigos adicionales de acompañamiento para representar inyecciones de la articulación de la carilla vertebral bilaterales en vez de usar el modificador 50. Este reporte está disponible en <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-05-07-00200.pdf>.

Ha sido determinado que los proveedores reportaron códigos de acompañamiento para indicar que ellos inyectaron un lado contralateral (opuesto) de un nivel de la espina, aunque ellos debieron añadir el modificador 50 (procedimiento bilateral) a la inyección de la articulación de la carilla vertebral o destrucción por agente neurolítico, códigos CPT nervio paravertebral de inyección de la articulación de la carilla vertebral.

Este artículo clarifica el uso apropiado del modificador 50 y códigos añadidos para servicios de inyecciones de la articulación de la carilla vertebral (códigos CPT 64470-64476) y destrucción por agente neurolítico, servicios paravertebral de inyección de la articulación de la carilla vertebral (códigos CPT 64622-64627).

Si mientras se realiza inyecciones de la articulación de la carilla vertebral o destrucción por agente neurolítico, el nervio paravertebral de inyección de la articulación de la carilla vertebral en el lado derecho e izquierdo en el mismo nivel espinal – por ejemplo, el C5-C6 derecho y C5-C6 izquierdo - usted debe reportar solamente una sola unidad de servicio con el modificador 50 anexado para inyecciones bilaterales.

Si se está realizando inyecciones de la articulación de la carilla vertebral o destrucción por agente neurolítico, nervio paravertebral de inyección de la articulación de la carilla paravertebral en el lado derecho e izquierdo de dos niveles espinales – por ejemplo, el C5-C6 del lado derecho e izquierdo y el C6-C7 derecho e izquierdo - usted debe reportar los servicios primarios y adicionales con una sola unidad de servicio con el modificador 50 anexado para representar inyecciones múltiples bilaterales.

Los proveedores que realizan inyecciones de la articulación de la carilla vertebral o destrucción por agente neurolítico, nervio paravertebral de inyección de la articulación de la carilla paravertebral en múltiples niveles, pero solamente en un solo lado (unilateralmente) de la espina, deben usar el código CPT para la inyección primaria y los códigos de acompañamiento para los servicios de inyecciones correspondientes de la articulación de la carilla vertebral y anexar el modificador anatómico RT o LT para representar estos niveles adicionales inyectados, en vez de usar el modificador 50.

Los proveedores que pueden haber facturado inadvertidamente servicios bilaterales usando los modificadores RT/LT son aconsejados que realicen un auditoría interna, corrijan cualquier error, y envíen voluntariamente reembolsos a Medicare dentro de 45 días de este aviso.

Nota: Este artículo aplica solamente a la comunidad de médicos y profesionales de la salud.

Cervical/Torácico	
Nivel inicial	Modificador anatómico RT o LT unilateral-añadido
	Bilateral - añada el modificador 50
Niveles adicionales	Reporte por nivel adicional
	Modificador anatómico RT o LT unilateral-añadido
	Bilateral - añada el modificador 50

Lumbar/Sacral	
Nivel inicial	Modificador anatómico RT o LT unilateral-añadido
	Bilateral - añada el modificador 50
Niveles adicionales	Reporte por nivel adicional
	Modificador anatómico RT o LT unilateral-añadido
	Bilateral - añada el modificador 50

Fuente: Departamento de procedimientos y pólizas médicas de First Coast Service Options Inc.

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Transición de contratista administrativo Medicare y transacciones de salida de HIPAA

Número de *MLN Matters*: MM6599

Número de petición de cambio relacionado: 6599

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R544OTN

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios Medicare & Medicaid (CMS) han notado que cuando un proveedor con una identificación de proveedor nacional única (NPI) presta servicios en más de un estado, las transacciones de salida generadas por Medicare de acuerdo al Health Insurance Portability and Accountability Act ((Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, HIPAA) no tienen en el sobre la identificación (ID) del contratista correspondiente. Esto ocasionaba un problema a las oficinas de facturación cuando trataban de enviar la transacción correcta a la correspondiente localidad del proveedor.

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

Este artículo anuncia a todos los médicos y proveedores que operan en múltiples estados bajo un NPI único, que a partir del 1 de enero de 2010 recibirán las transacciones de salida de HIPAA separadas por el identificador de contratista (ID) correspondiente, según ha sido asignado a los contratistas administrativos de Medicare (MAC).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6599.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6599, 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/R544OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 544, CR 6599

INTERÉS GENERAL

Software Medicare Remit Easy Print versión 2.7 está disponible

La versión 2.7 del software MREP esta disponible para descargar en http://www.cms.hhs.gov/AccessstoDataApplication/02_MedicareRemitEasyPrint.asp en el sitio Web de CMS. Para una descripción de los cambios en esta versión, vea la sección de "What's New" de Medicare Remit Easy Print User Guide – Version 2.7 en <http://www.cms.hhs.gov/AccessstoDataApplication/Downloads/EasyPrintUserGuide.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 200910-21

Carta única de responsabilidad del proveedor para profesionales de la salud individuales

Número de *MLN Matters*: MM6278

Número de petición de cambio relacionado: 6278

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

Fecha de efectividad: 2 de noviembre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R568OTN

Fecha de implementación: 2 de noviembre de 2009

Resumen

Actualmente, tanto Los Centros de Servicios Medicare & Medicaid (CMS) como los contratistas de Medicare prestan en general asistencia a los médicos y otros profesionales de la salud en relación a sus responsabilidades de emitir informes. Este artículo se basa en la petición de cambio (CR) 6278, que es una continuación de esta asistencia. CMS ha dado instrucciones a los contratistas de Medicare de notificar a todos los médicos y otros profesionales de la salud, de sus responsabilidades de informar utilizando la hoja de información diseñada por CMS que está disponible en los sitios de Internet de CMS <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/Downloads/PhysicianReportingResponsibilities.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/Downloads/Non-PhysicianReportingResponsibilities.pdf>, por medio de canales de comunicación establecidos (por ejemplo anuncios de listserv, boletines, etc.).

Los contratistas deben notificar a todos los médicos y otros profesionales de la salud activos de

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

PQRI

sus responsabilidades de emitir informes con una carta única utilizando el material diseñado por CMS citado anteriormente. Los contratistas deben completar estas notificaciones por correo a los médicos que son propietarios únicos a más tardar el 30 de noviembre de 2009 y a otros profesionales de la salud que también son propietarios únicos, a más tardar el 31 de diciembre de 2009.

Los contratistas de Medicare desactivarán los privilegios de facturación a los médicos y otros profesionales de la salud cuya carta de notificación sea recibida devuelta como no recibida y el contratista no tenga una solicitud de cambio de dirección pendiente, de parte de ese médico o profesional de la salud.

Los privilegios de facturación permanecerán desactivados hasta que el CMS-855 esté recibido y procesado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6278.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6278, 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/R568OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 568, CR 6278

Proceso alternativo para acceder PQRI y reportes de comentarios de e-Prescribing

Número de *MLN Matters*: SE0922

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

En el pasado, profesionales elegibles (EP) solamente podían acceder los reportes de comentarios de la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) a través de un sitio Web seguro después de inscribirse primero en el sistema de seguridad de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) conocido como acceso individual autorizado a los servicios de computadoras de CMS (Individuals Authorized Access Computer Services, IACS). Un proceso de solicitud de reporte de comentarios alternativo está siendo ofrecido ahora, el cual estará disponible comenzando el 19 de octubre.

Este nuevo proceso elimina la necesidad para que personas EP se inscriban en IACS para su reporte de comentarios.

Nota: Los reportes de comentarios de e-Prescribing para los datos enviados en el año calendario 2009 estarán disponibles al final del 2010. CMS notificará a los EP cuando ellos pueden comenzar a solicitar sus reportes usando este proceso alternativo.

Proceso alternativo de solicitud del reporte de comentarios de PQRI

Comenzando el 19 de octubre, los EP pueden llamar al centro de contacto del proveedor para solicitar una repetición de los reportes de comentarios de PQRI del 2007 y 2008 que contendrán datos basados en su identificador nacional del proveedor (NPI) individual.

Solicitando los reportes basado en el número de identificación patronal

Los EP que solicitan reportes de comentarios basados en el número de identificación patronal (TIN) para información de práctica de grupo serán requeridos todavía para acceder sus reportes de comentarios de PQRI vía el Portal de PQRI después de inscribirse primero en IACS. Se requiere una identificación de

Proceso alternativo para acceder PQRI y reortes de comentarios... (continuación)

usuario y contraseña de IACS para acceder el Portal de PQRI.

Contacto específico basado en preguntas

Basado en la naturaleza de sus preguntas (e.g., estatus de su pago de iniciativa de PQRI, medidas, codificación, o los reportes de comentarios), usted puede necesitar contactar a diferentes entidades.

Los centros de contacto del proveedor pueden responder preguntas concernientes al estatus de pago de incentivos.

Quality Net Help Desk puede proveer información general sobre PQRI y E-Prescribing como también responder preguntas sobre la disponibilidad del reporte de comentarios de PQRI y los reportes de acceso, codificación, medidas, y comentarios.

Servicios de usuario externo (EUS) pueden resolver asuntos concernientes a la inscripción IACS y asuntos de la cuenta

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0922.pdf>.

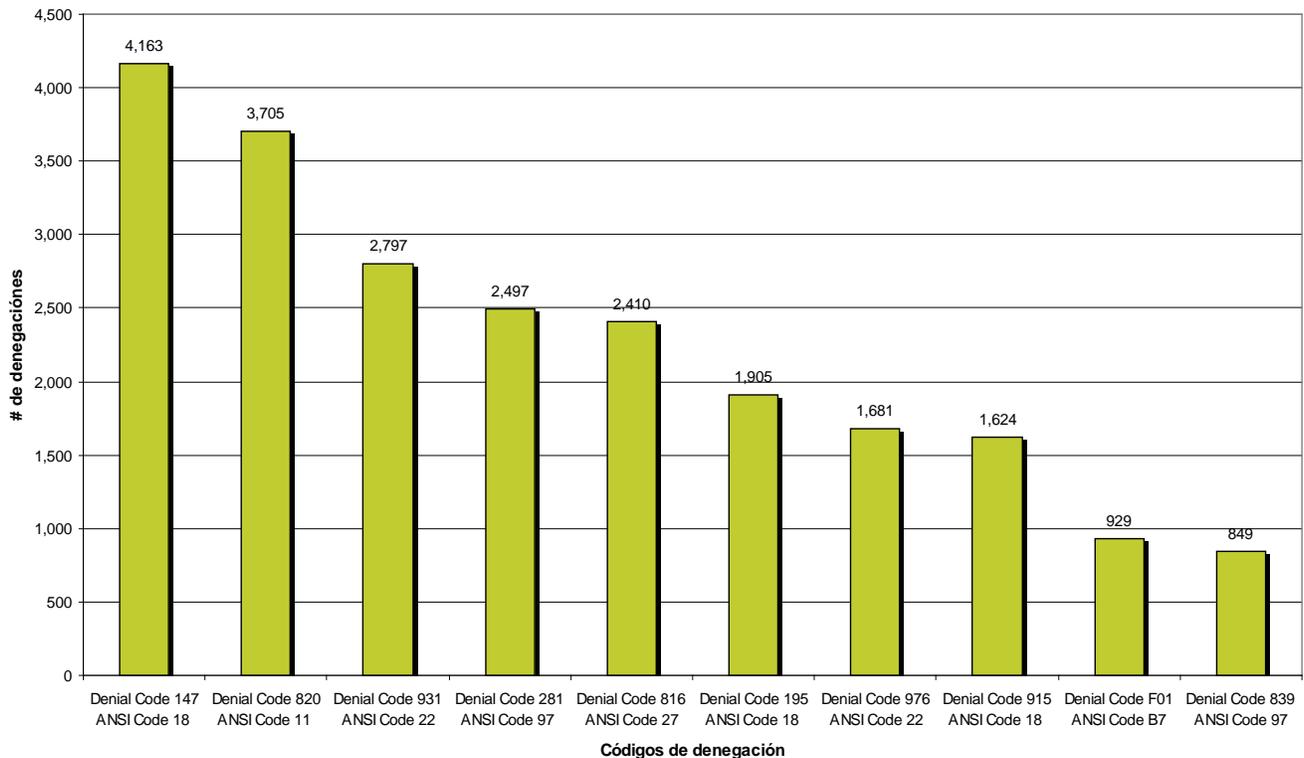
Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0922

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

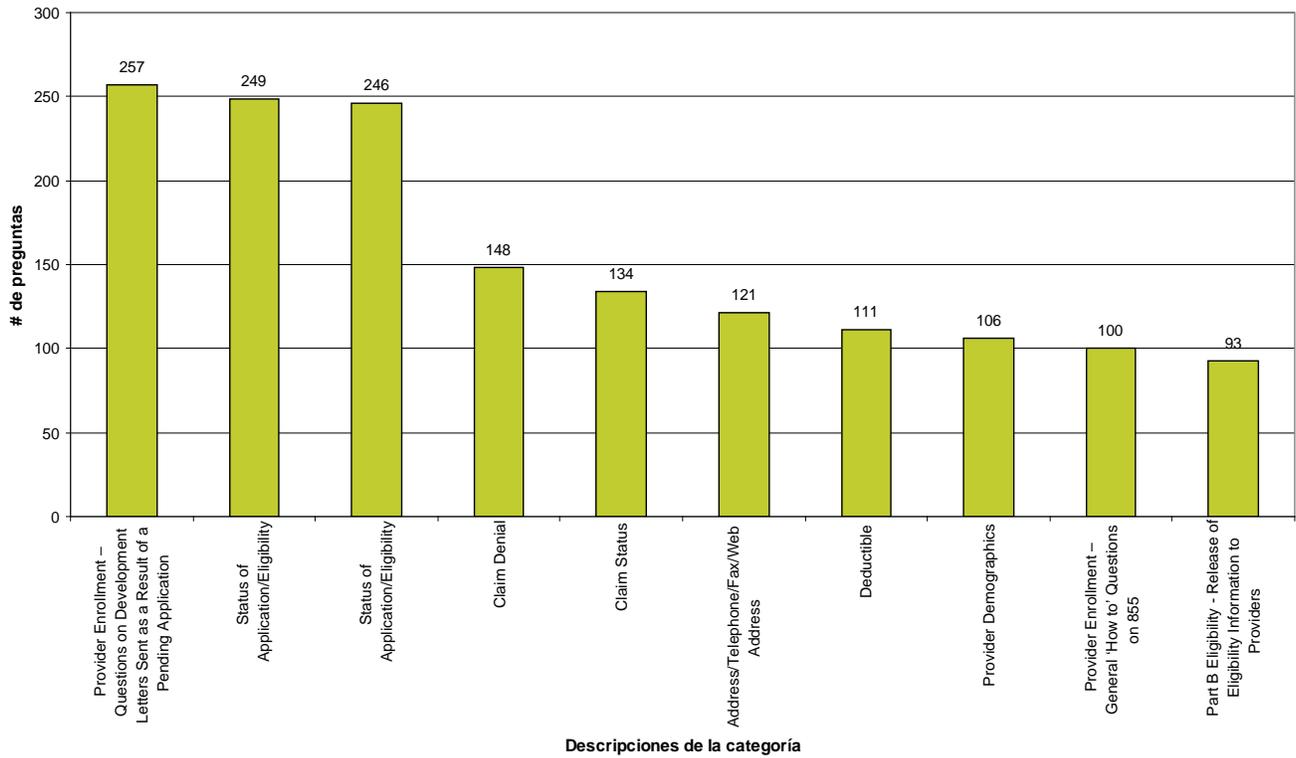
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar, en agosto de 2009

El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante el mes de septiembre de 2009. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet http://medicare.fcso.com/Inquiries_and_denials/index.asp

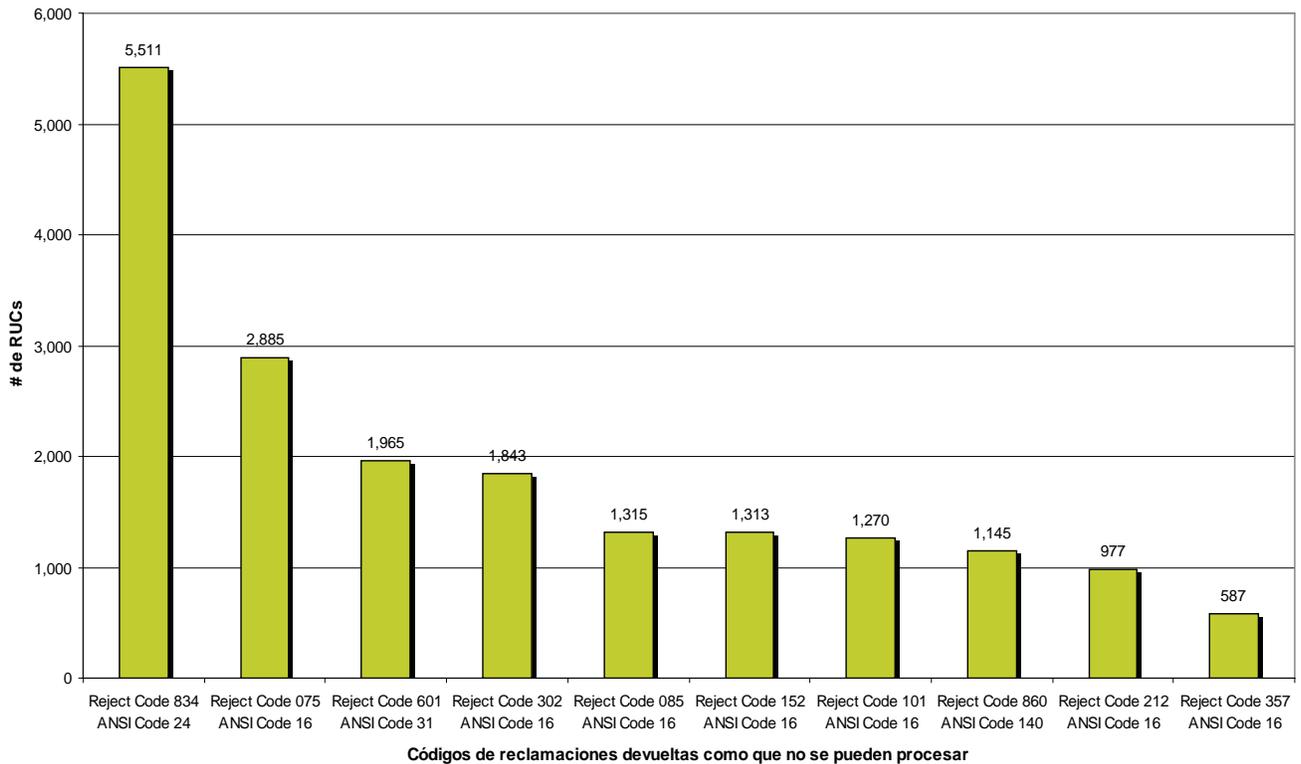
Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en septiembre de 2009



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



RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en septiembre 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

Revisiones a las LCD existentes

76510: B-scan.....	43
92081: Examinaciones de campo visual.....	43
Intravitreal bevacizumab (Avastin®).....	44
J2503: Macugen® (pegaptanib sodium injection).....	44
J3487: Ácido zoledrónico	45

Información médica adicional

77371: SRS y terapia de ración corporal	45
J0881: Agentes estimulantes eritropoyesis.....	47
Clarificación de los requisitos de firma	49
Administración de antibióticos intravenosos.....	49

Notificación anticipada al beneficiario

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

Revisiones a las LCD existentes

76510: B-scan – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29064 (Florida)

Identificador de LCD: L29082 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para b-scan fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo en adelante para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo la LCD ha sido revisada para incluir el requisito de diagnóstico dual para el código ICD-9-CM 362.07 (Diabetic macular edema). ICD-9-CM 362.07 debe ser facturado con el código ICD-9-CM 362.01, 362.02, 362.03, 362.04, 362.05, o 362.06 para los códigos CPT 76510, 76512, y 76513.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **el 27 de octubre de 2009 en adelante**, para los servicios prestados **el 1 de octubre de 2005 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> ❖

92081: Examinaciones de campo visual – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29308 (Florida)

Identificador de LCD: L29487 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para exámenes de campo visual fue efectiva para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo la LCD ha sido revisada para incluir el requisito diagnóstico dual para el código ICD-9-CM 362.07 (Diabetic macular edema). ICD-9-CM 362.07 debe ser facturado con el código ICD-9-CM 362.01, 362.02, 362.03, 362.04, 362.05, o 362.06 para los códigos CPT 92081, 92082, y 92083.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **el 26 de octubre de 2009 en adelante** para servicios prestados **el 1 de octubre de 2005 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> ❖

Intravitreal bevacizumab (Avastin®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29959 (Florida)

Identificador de LCD: L29961 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para intravitreal bevacizumab (Avastin®), ha estado vigente para servicios prestados a partir del 30 de junio de 2009. Después de esa fecha, la LCD ha sido modificada de acuerdo a la petición de cambio 6617 de CMS, transmisión 1810, con fecha 1 de septiembre de 2009. La sección “CPT/HCPCS Codes” de la LCD, ha sido modificada para eliminar el código J3490 (fármacos no clasificados) y reemplazarlo con el código HCPCS Q2024 (Inyección, bevacizumab, 0.25 mg).

El anexo a LCD “Coding Guidelines (instrucciones de codificación)” ha sido cambiado para indicar que el código HCPCS Q2024 (Inyección, bevacizumab, 0.25 mg) se utiliza para describir con propiedad dosis más pequeñas que pueden ser de un total de menos que 10 mg de bevacizumab (Avastin®). Esta dosis más pequeña deberá ser facturada como tratamiento aprobado por Food and Drug Administration (FDA) del tratamiento al cáncer colo-rectal metastático (por ejemplo: códigos ICD-9-CM 153.0-153.9,

154.0-154.3, 154.8, 197.5). El código HCPCS Q2024 (Inyección, bevacizumab, 0.25 mg) será también facturado como intravitreal bevacizumab, junto con los códigos CPT 67028 (Inyección intravitreal de agente farmacológico).

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2009. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS. Instrucciones de modificaciones de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section... (vaya a la sección...)”, en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (muestre documentos que estarán vigentes a futuro)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

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

J2503: Macugen® (pegaptanib sodium injection) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29216 (Florida)

Identificador de LCD: L29361 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para Macugen® (pegaptanib sodium injection) entró en vigencia para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 para Florida, y el 2 de marzo de 2009 en adelante para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo la LCD ha sido revisada para incluir cobertura de Macugen® para el tratamiento de edema macular diabética. Por lo tanto, las siguientes secciones de la LCD han sido revisadas conformemente:

- “Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica” (Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity)
- Códigos ICD-9 que sustentan la necesidad médica (ICD-9 Codes that Support Medical Necessity)
- Requisitos de documentación (Documentation Requirements)
- Fuentes de información y bases para decisión (Sources of Information and Basis for Decisión)

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD tiene vigencia para servicios prestados **el 13 de octubre 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> ❖

J3487: Ácido zoledrónico – revisión de la LCD

Identificador de LCD: L29312 (Florida)

Identificador de LCD: L29411 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para ácido zoledrónico fue modificada por última vez el 30 de junio de 2009. Desde entonces la Food and Drug Administration (departamento de administración y control de productos farmacéuticos, FDA) aprobó una nueva indicación para ácido zoledrónico (Reclast®), código HCPCS J3488, a partir del 29 de mayo de 2009. Esta nueva indicación es para prevención de osteoporosis en mujeres post menopáusicas.

Con la finalidad de permitir cobertura de esta nueva indicación, han sido modificados los anexos “Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica”, “Códigos ICD-9 en apoyo de necesidad médica”, “Guías de utilización” y “Guías de codificación”. En el momento de facturar por esta nueva indicación, se exigirá a los proveedores facturar el código ICD-9-CM V49.81 (Estatus post menopáusico asintomático [en relación a la edad] [natural]).

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados a **partir del 29 de mayo de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS para reclamaciones procesadas a **partir del 19 de octubre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. LCD están disponibles en la base de datos de cobertura de Medicare de CMS. Guías de codificación de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section... (vaya a la sección...)”, en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (muestre documentos que estarán vigentes a futuro)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

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

Información médica adicional

77371: Radio cirugía estereo-táctica (SRS) y terapia de radiación corporal estereo-táctica (SBRT) – instrucciones de codificación

Identificador de LCD: L30336 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para radio cirugía estereo-táctica (SRS) y terapia de radiación corporal estereo-táctica (SBRT) ha estado vigente para servicios prestados a partir del 5 de octubre de 2009. First Coast Service Options Inc. ha creado un anexo de instrucciones de codificación para LCD por estos servicios que reza lo siguiente:

Codificación y precio -- MCS vs. FISS

La prestación de tratamiento SRS/SBRT es un servicio técnico que ocasiona reclamaciones de parte de un establecimiento. Los establecimientos basados en hospitales envían reclamaciones al sistema intermediario fiscal compartido (FISS) por administración y pago, normalmente vía OPSS (sistema de pago prospectivo por paciente ambulatorio). Los establecimientos independientes envían reclamaciones al sistema de contratistas de la Parte B de Medicare (MCS) por administración y pago por medio de la base de datos del catálogo de tarifas médicas (MPFSDB). Los códigos activos en ambos sistemas no tiene total equivalencia y el pago es diferente de acuerdo a las diferentes metodologías de pago.

Hay dos LCD para prestación de tratamiento SRS/SBRT – una que se refiere al sistema de Parte A (reclamaciones de establecimientos de hospitales ambulatorios FISS) y otra que se refiere al sistema de Parte B (reclamaciones de establecimiento independiente MCS). Los servicios de administración médica no son considerados en forma directa, aunque podrían serlo en el guía de codificación

correspondiente en CPT y otras LCD relacionadas. Todos los servicios médicos forman parte del sistema de reclamaciones de Parte B (MCS).

Los códigos actuales vigentes de Parte A (sistema FISS) para prestación de tratamiento para SRS/SBRT, son los códigos CPT/HCPCS 77371, G0173, G0251, G0339 y G0340.

Los códigos actuales vigentes de Parte B (sistema MCS) para prestación de tratamiento para SRS/SBRT, son los códigos CPT 77371, 77372 y 77373, los que tienen puesto el precio en MPFSDB. Los códigos HCPCS G0339 y G0340 son en la actualidad códigos de precios fijados por proveedores de Parte B y el contratista se refiere a esos códigos como códigos CPT con precio puesto 77373, toda vez que el contratista ha adoptado la guía CPT que es apoyada por RUC para cualquier tipo de prestación de tratamiento SBRT.

El código CPT 77373 - Terapia de radiación corporal estereo-táctica, prestación de tratamiento, por parte de 1 o más lesiones, incluyendo guía de imagen, la duración completa de la terapia no debe exceder de 5 partes.

Se espera que los establecimientos independientes de Parte B (sistema MCS) que facturan por prestación de tratamiento SBRT, presenten una unidad diaria de código CPT 77373 hasta por cinco días (5 partes), cuando esto sea razonablemente necesario. Los códigos HCPCS G0339 y G0340 son administrados como códigos CPT 77373. Los códigos G y CPT 77373 no pueden ser presentados

A77371: Radio cirugía estereotáctica (SRS)... (continuación)

el mismo día y los beneficiarios de Medicare no tendrán responsabilidad más allá de su correspondiente copago/ deducible por código CPT 77373 sin importar cual código ha sido utilizado. En casos en que la cobertura esté en duda, se recomienda que se utilice una notificación de anticipo al beneficiario (ABN). Tanto los beneficiarios como los proveedores de Medicare tienen ciertos derechos y cierta protección con respecto a responsabilidad financiera bajo tarifa-por-servicio (FFS) de Medicare. Para información específica vea el sitio de Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) <http://www.cms.hhs.gov/bni/>.

Número de unidades de dosimetría (Código CPT 77300) presentadas en una atención SRS/SBRT

Código CPT 77300: Solamente cuando lo prescriba el médico tratante, para cálculo de dosimetría de radiación básica, cálculo de profundidad de dosis en eje central, TDF, NSD, cálculo de apertura, factor de eje ausente, factores de falta de homogeneidad en tejido, cálculo de superficie de radiación no ionizada y dosis profunda, según se requiera durante el curso del tratamiento

El procedimiento válido de acuerdo a los códigos de procedimiento 77300 (CPT y RUC) no considera las unidades de dosimetría de código CPT 77300 que son facturadas para SRS/SBRT por determinados centros en Florida. En el pasado, el contratista vería unidades simples facturadas (4 - 8) en un día dado por una sesión de cuidado. Sin embargo, algunos centros comenzaron a facturar de 10 a 20 veces (80 a 200 y más) la unidad por casos similares. El contratista ha clarificado con la ayuda de expertos en la materia, así como la revisión de entradas de ASTRO de dominio público. ASTRO no recomienda que la totalidad de 100 - 200 radiaciones sean facturadas individualmente como un servicio separado (Código CPT 77300) y el contratista está de acuerdo, toda vez que el trabajo realizado no puede ser considerado para facturar esa cantidad total de RVU. Mientras aún más podrían ser médicamente indicadas bajo ciertas circunstancias, más de diez veces por sesión de SBRT sería muy poco común y el contratista vería con más frecuencia, típicamente de 4 a 8 unidades en base a la historia de previas reclamaciones.

Codificación de especialidad quirúrgica de SRS y SBRT vs. servicios médicos de radiación oncológica

Como se hace notar en los cambios de CPT 2009 de la American Medical Association (asociación médica estadounidense, AMA): An Insider's View (visto desde adentro), se ha hecho cambios significativos al sistema de codificación de CPT para reportar radio cirugía estereotáctica (SRS). Cuando fue agregado el Código CPT 61793 al libro de códigos CPT, la tecnología y técnicas de SRS estaban recién apareciendo. Desde entonces, SRS ha desarrollado indicaciones más amplias. Debido a estos cambios en la tecnología, el Código CPT 61793 ha dejado de describir adecuadamente el trabajo médico involucrado en los procedimientos. Para reflejar con precisión la práctica actual de SRS, el Código CPT 61793 ha sido suprimido y se han establecido siete nuevos códigos. Estos nuevos códigos están en la lista **bajo nuevos subtítulos** (Stereotactic Radiosurgery (Cranial (radio cirugía estereotáctica (craneal)) (Códigos CPT 61795-61800) y Stereotactic Radiosurgery (Spinal (radio

cirugía estereotáctica (espinal)) (Códigos CPT 63620-63621) con instrucciones para enseñar como informar estos códigos.

Es importante notar que estos nuevos códigos no están destinados a informar acerca de terapias de radiación corporal estereotáctica que no sean craneales ni espinales. También es importante tener en cuenta que los códigos primarios en esta serie para Códigos CPT 61796, 61798 y 63620 tienen un gran peso e incluyen trabajo significativo de parte del cirujano, los que deben ser documentados.

El radiólogo-oncólogo informa los códigos correspondientes para la planificación del tratamiento clínico, físico y dosimétrico, prestación del tratamiento y control por parte de la sección de **Radiación-Oncología** (Códigos CPT series 77xxx). Toda planificación, dosimetría, establecimiento de objetivos, posicionamiento o bloqueo que sean necesarios, por parte del neurocirujano o cirujano de cabeza & cuello con conocimiento de SRS/SBRT, está incluido en los servicios de **cirugía de radiación estereotáctica**. El mismo médico no debe reportar servicios de radio cirugía estereotáctica junto con servicios de radiación oncológica. Si ambos, el radiólogo oncólogo y el neurocirujano/cirujano de cabeza & cuello están realizando un trabajo que involucra planificación, dosimetría, establecimiento de objetivos, posicionamiento, bloqueo y control de la prestación del tratamiento, cada médico deberá utilizar el (los) código(s) correspondiente(s) según el trabajo que hayan realizado (cirugía vs. radiación oncológica).

Para informar de terapia de radiación corporal estereotáctica, en caso de lesiones que no son craneales ni espinales, el radiólogo oncólogo usa los Códigos CPT series 77xxx que corresponda. Si un **cirujano** con conocimientos suficientes de SBRT está también contribuyendo en la etapa de cuidados, ese servicio será reportado con el código de **fuera de lista** Código CPT 77499 (*Procedimientos fuera de lista, control de tratamiento radiológico terapéutico*) y la documentación debe apoyar el trabajo necesario llevado a cabo por el segundo médico.

Reclamaciones por SBRT con diagnóstico de cáncer a la próstata

El SBRT por tratamiento de cáncer a la próstata no tiene actualmente una declaración positiva de cobertura en las LCD de Parte A y Parte B, dado la falta de datos en toxicidades a largo plazo y sus resultados. Tales reclamaciones pueden ser desarrolladas (pedido de documentación) y el pago puede ser considerado en base a cada caso en particular, atendiendo a la documentación médica de ese determinado paciente. Se recomienda a los establecimientos presentar una reclamación por código de prestación de tratamiento con las fechas relevantes que corresponda, de manera que se genere una sola letra para solicitar los registros.

En los casos en que la cobertura esté en duda, se recomienda que se utilice un ABN. Tanto el proveedor como el beneficiario de Medicare tienen ciertos derechos y protecciones con respecto a responsabilidad financiera según Tarifa-por-servicio (FFS) de Medicare. Para información específica, vea el sitio de Internet de CMS <http://www.cms.hhs.gov/bni/>.

A77371: Radio cirugía estéreo-táctica (SRS)... (continuación)

Fecha de vigencia

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

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

J0881 Agentes estimulantes eritropoyesis – clarificación de codificación

Identificador de LCD: L29168 (Florida)

Identificador de LCD: L29339 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) de agentes estimulantes de eritropoyesis fue revisada por última vez el 1 de octubre de 2009. First Coast Service Options Inc. (FCSO) recientemente implementó una LCD revisada que describía la codificación para todos los agentes estimulantes de eritropoyesis (ESA). FCSO publicó un artículo que resumía todas las reglas de codificación para la LCD y de esta forma hacer más fácil para los proveedores la codificación y facturación de sus reclamaciones correctamente. La LCD fue recientemente revisada basado en el Annual 2010 ICD-9-CM Update. Nuevos códigos ICD-9-CM fueron añadidos para los códigos HCPCS J0881 y J0885. Con la adición de estos nuevos códigos, FCSO implemento una nueva regla de diagnóstico dual que previamente no era requerida. FCSO está tomando esta oportunidad para revisar el artículo previamente publicado, el cual resume la codificación ESA y que ahora describe las nuevas reglas de codificación efectivas el 1 de octubre de 2009. Este artículo también servirá para resumir todas las reglas de facturación que no son ESRD ESA (códigos J0881 y J0885 de HCPCS) implementados el 7 de abril de 2008, y como ellos aplican a esta LCD. Cualquier pregunta sobre esta LCD debe ser enviada al departamento de póliza médica al medical.policy@fcs.com.

Los códigos HCPCS J0881 y J0885 incluyen dos listas de códigos ICD-9-CM cada una. Las dos listas para los códigos HCPCS J0881 y J0885 describen que modificador ESA (EA o EC) deben ser facturados con los códigos ICD-9-CM y también incluyen los requisitos de diagnóstico dual para los códigos ICD-9-CM. Esta designación de modificadores y reglas de diagnóstico doble son encontradas al comienzo de cada lista para J0881 y J0885. Los códigos ICD-9-CM que requieren un diagnóstico doble son designados con una *. En adición, las pautas de codificación adjuntas para la LCD han sido revisadas para instruir a los proveedores sobre como facturar para ciertas indicaciones que no están cubiertas y descritas en NCD 110.21.

Cambios de codificación:

J0881: Esta lista **requiere** un diagnóstico doble

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EA** y diagnóstico doble: 285.3 y uno de los siguientes deben ser facturados juntos: 140.0-149.9, 150.0-159.9, 160.0-165.9, 170.0-176.9, 179-189.9, 190.0-199.2, 200.00-200.88, 201.00-201.98, 202.00-202.98, 203.00-203.82, 204.00-204.92, 209.00-209.03, 209.10-209.17, 209.20-209.29, 209.30, 230.0-234.9, 235.0-235.9, 236.0-236.99, 237.0-237.9, 238.0, 238.1, 238.2, 238.3, 238.4, 238.5, 238.6, 238.8, 238.9, o 239.0-239.9

J0881: Esta lista **no requiere** un diagnóstico doble.

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EC**: 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, o 273.3.

J0881: Esta lista **requiere** un diagnóstico doble

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EC** y un diagnóstico doble (*): 285.21* y uno de los siguientes debe ser facturado junto: 403.01*, 403.11*, 403.91*, 404.02*, 404.03*, 404.12*, 404.13*, 404.92*, 404.93*, 585.1*, 585.2*, 585.3*, 585.4*, 585.5*, o 585.9*.

J0885: Esta lista **requiere** un diagnóstico doble.

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EA** y un diagnóstico dual: 285.3 y uno de los siguientes deben ser facturados juntos: 140.0-149.9, 150.0-159.9, 160.0-165.9, 170.0-176.9, 179-189.9, 190.0-199.2, 200.00-200.88, 201.00-201.98, 202.00-202.98, 203.00-203.82, 204.00-204.92, 209.00-209.03, 209.10-209.17, 209.20-209.29, 209.30, 230.0-234.9, 235.0-235.9, 236.0-236.99, 237.0-237.9, 238.0, 238.1, 238.2, 238.3, 238.4, 238.5, 238.6, 238.8, 238.9, o 239.0-239.9

J0885: Esta lista **no requiere** un diagnóstico doble.

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EC**: 238.71, 238.72, 238.73, 238.74, 238.75, 238.76, o 273.3.

J0885: Esta lista **requiere** un diagnóstico doble

Los siguientes códigos ICD-9-CM requieren el modificador **EC** y diagnóstico doble (*): 285.21* y uno de los siguientes debe ser facturado junto: 403.01*, 403.11*, 403.91*, 404.02*, 404.03*, 404.12*, 404.13*, 404.92*, 404.93*, 585.1*, 585.2*, 585.3*, 585.4*, 585.5*, o 585.9*. 285.29* o 285.9* y uno de los siguientes deben ser facturados juntos: 042*, 070.54*, 070.70*, 714.0*, o V07.8*.

Información encontrada en el anejo de las pautas de codificación:

Desde el 1 de enero de 2008, las siguientes son indicaciones nacionales que no están cubiertas por servicios que no son ESRD ESA que reportan el modificador ESA EC. Estas no deben ser reportadas con cualquier otro modificador ESA. Debido a que no existe un código específico ICD-9-CM para estas indicaciones listadas, FCSO identificará estas condiciones que no están cubiertas con el código ICD-9-CM **V49.89**. Esto indicará que ESA fue dada para una condición que no estaba cubierta nacionalmente como se identificó en el requerimiento del negocio 5818.1.1 de la petición de cambio (CR) 5818.

J0881 Agentes estimulantes eritropoyesis... (continuación)

- Cualquier anemia por cáncer o tratamiento de cáncer en pacientes debido a fibrosis de médula ósea
- Anemia por cáncer que no tiene relación con el tratamiento del cáncer
- Uso de profiláctico para prevenir la anemia inducida por quimioterapia
- Uso del profiláctico para reducir el tumor de hipoxia
- Pacientes con resistencia de tipo de eritropoyetina debido a anticuerpos neutralizantes, y
- Anemia debido a tratamientos de cáncer si los pacientes tienen hipertensión que no está controlada.

Vea al final del artículo para una lista adicional de indicaciones nacionales que no están cubiertas identificadas en la NCD para el uso que no es ESRD ESA.

Resumen de cobertura que no es ESRD ESA basado en CR 5818 y 5699 implementado el 7 de abril de 2008

Efectivo el 1 de enero de 2008 todas las reclamaciones que reportan ESA que no son ESRD (códigos HCPCS J0881 y J0885) son requeridos para reportar uno de los siguientes modificadores: (basado en CR 5699)

- EA: ESA, anemia, inducida por quimioterapia
- EB: ESA anemia, inducida por radio
- EC: ESA anemia, no inducida por quimioterapia o radio

El modificador **EA** debe ser solamente reportado cuando el ESA está dado por anemia como resultado de quimioterapia anticancerígena mielosupresiva en tumores sólidos, mieloma múltiple, linfoma, leucemia linfocítica. Anemia que no está relacionada a la administración de quimioterapia para una de las condiciones listadas que están cubiertas **no está cubierta por la NCD**. Por lo tanto, es inapropiado anexar el modificador EA a las reclamaciones ESA. Estas administraciones ESA deben ser identificadas con el código ICD-9-CM V49.89 (como se instruye en la pauta de codificación de la LCD) y el modificador EC debe ser anexado.

El modificador **EC** debe ser solamente reportado para esas indicaciones cubiertas descritas en la LCD bajo “códigos ICD-9 que avalan la necesidad médica” para códigos HCPCS J0881 y J0885 donde la anemia que está siendo tratada no es inducida por quimioterapia o radio. El proveedor también debe anexar el modificador EC para esas condiciones que no están cubiertas nacionalmente descritas en la NCD y las pautas de codificación de la LCD. Los códigos de codificación ICD-9-CM que no están cubiertos que corresponden a las indicaciones que no están cubiertas nacionalmente están anotadas en las pautas de codificación. Si uno de los códigos ICD-9-CM que no están cubiertos y el modificador EC están facturados con J0881 o J0885, el ESA será denegado.

El modificador **EB** no está cubierto. Si es facturado con una ESA, la reclamación será denegada.

Efectivo el 1 de enero de 2008, todas las reclamaciones que reporten ESA J0881, J0882, J0885, J0886 o Q4081 deben reportar las lecturas más recientes de hemoglobina y hematocrito. Para ESA que no son ESRD J0881 y J0885 el reportar el modificador EA (anemia relacionada a quimioterapia), se requiere que la hemoglobina o hematocrito

estén por debajo de ciertos niveles para que el servicio sea médicamente necesario. Los contratistas están instruidos, por CR 5818 a denegar los servicios ESA que reporten J0881 o J0885 con un modificador EA cuando Hgb es > **10.0g/L** o el Hct es > **30%**. No existe excepción a este requerimiento, y no existe una ventana de cuatro semanas de iniciación donde los proveedores pueden reportar el nivel sobre 10.0 g/L o 30% y cobrar el servicio. La discusión completa concerniente a la administración de ESA para condiciones de cáncer está descrita en la LCD y NCD 110.21.

Indicaciones adicionales que no están cubiertas como identificadas en NCD 110.21 para el uso ESA que no es ESRD están listadas abajo. Los servicios ESA para J0881 y J0885 cuando está reportada con un modificador EC serán denegada cuando los siguientes códigos ICD-9-CM estén reportados:

- Cualquier anemia por cáncer o pacientes tratados por cáncer debido a una deficiencia de folato de 281.2,
- Deficiencia de B-12 281.1, 281.3
- Deficiencia de hierro 280.0-280.9
- Hemólisis 282.0, 282.2, 282.9, 283.0, 283.10, 283.19, 283.2, 283.9
- Sangrado 280.0, 285.1
- Anemia asociada con el tratamiento de leucemia mielógena aguda y crónica (CML, AML) 205.00-205.21, 205.80-205.91, y
- Cáncer eritroide (207.00-207.81)

Recursos de información sobre cobertura ESA:

La NCD completa puede ser accedida en la sección 110.21 de la Publicación (Pub.) 100-03, Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual, y las instrucciones de procesamiento de reclamaciones pueden ser accedidas en el Pub. 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 17, secciones 80.8-80.12 y a través del siguiente enlace:

http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewncd.asp?ncd_id=110.21&ncd_version=1&basket=ncd%3A110%2E21%3A1%3AErythropoiesis+Stimulating+Agents+%28ESAs%29+i+n+Cancer+and+Related+Neoplastic+Conditions

CR 5818, transmittal 80 y 1413, fecha del 14 de enero de 2008 puede ser accedido a través del siguiente enlace:

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1413CP.pdf>
<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R80NCD.pdf>

CR 5699, transmittal 1412, fecha del 11 de enero de 2008 puede ser accedido a través del siguiente enlace:

<http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1412CP.pdf>

Las LCD de FCSO están disponibles a través de la base de datos sobre cobertura de Medicare de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en la sección “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de las LCD.

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

Clarificación de los requisitos de firma

First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha visto un incremento significativo en el número de errores CERT relacionados a la falta de una firma legible en la documentación del historial médico. El contratista CERT confirmó que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y la Oficina del Inspector General (OIG) han clarificado que los proveedores de servicios de Medicare deben cumplir con los requisitos de legibilidad de firma descritos en el manual electrónico de CMS (IOM), Publicación 100-08, Capítulo, Sección 3.4.1.1 B:

- *Medicare requiere un identificador legible para servicios provistos/ordenados. El método usado será escrito a mano o una firma electrónica (firmas estampadas no son aceptables) para firmar una orden u otra documentación médica para propósitos de revisión médica. (La única excepción para que los facsímiles de las firmas originales escritas o electrónicas sean aceptables para las certificaciones de enfermedad terminal de hospicio.)*

El requisito de identificador legible (firma) aplica a la documentación de **cualquier** servicio realizado y facturado a Medicare. El propósito de la firma de un profesional de la salud que presta/trata/ordena en historiales médicos del paciente, reportes operativos, órdenes, hallazgos de pruebas, etc., es el de sustentar que los servicios hayan sido documentados, revisados y autenticados completamente.

El contratista CERT está reforzando rigurosamente el requisito de CMS de que todos los historiales médicos sujetos a revisión médica deben incluir un identificador legible (firma). La documentación que es enviada con

una firma ilegible, iniciales, una firma electrónica no autenticada, ninguna firma, o una firma mecanografiada, serán **denegadas** y asignadas a un error CERT. Este error producirá un sobrepago y recuperación de fondos subsiguiente.

Los médicos, profesionales de la salud, y otros proveedores del cuidado de la salud que facturan a los contratistas de Medicare deben recordar:

- Una firma legible es requerida en **todos** los historiales médicos sujetos a revisión médica.
- Antes del envío para revisión médica, cada historial médico debe ser auditado para asegurar que el nombre del beneficiario, la fecha de servicio, y la firma del proveedor de servicios estén en los historiales.
- Si la firma del proveedor es ilegible, una leyenda/registro identificando el autor asociado con la firma ilegible o iniciales debe ser enviada con los historiales. Esto aplica a los historiales enviados a cualquier contratista de Medicare, incluyendo el contratista administrativo de Medicare (MAC) y el contratista CERT.
- Las firmas electrónicas deben estar aseguradas contra el abuso (tales como protegidas con contraseña) y deben ser fácilmente identificables como firmas electrónicas, en vez de mecanografiadas.

Los proveedores deben asegurarse que sus oficinas y/o departamentos de facturación están conscientes de estas guías.

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

Administración de antibióticos intravenosos vía bomba de infusión externa

El análisis de datos en First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha identificado un incremento en la utilización del código *CPT 96521 (refilling and maintenance of portable pump)*. FCSO también ha determinado que, en muchos casos, las bombas de infusión externas están siendo usadas para la administración de antibióticos intravenosos en la oficina del médico. La determinación nacional de cobertura (NCD) de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para bombas de infusión, localizadas en CMS Publicación 100-03, Capítulo 1, Parte 4, Sección 280.14, no incluye la administración de antibióticos intravenosos como una indicación cubierta para bombas de infusión externas. Las indicaciones cubiertas nacionalmente para bombas de infusión externas están limitadas a lo siguiente:

- Administración de deferoxamine para el tratamiento de intoxicación severa por hierro
- Administración de heparina para enfermedad tromboembólica o émbolo pulmonar (en un lugar institucional solamente)
- Quimioterapia para el tratamiento de carcinoma hepatocelular primario o cáncer colorrectal donde esta enfermedad no es reseccable; o, donde el paciente rehúsa excisión quirúrgica del tumor

- Administración de morfina para el dolor intratable
- Infusión de insulina subcutánea cuando se cumple el criterio especificado.

Actualmente existen insuficientes datos clínicos publicados que sustenten la seguridad y eficacia de bombas de infusión externa sobre bombas elastométricas desechables o el método simple y manual de goteo por gravedad para la administración de antibióticos intravenosos.

Cigna, el contratista administrativo de equipo médico duradero (DME MAC) para Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, tiene una LCD en efecto que claramente establece que la administración de antibióticos intravenosos vía una bomba de infusión externa no está cubierta por que no es considerada médicamente razonable y necesaria. Los antibióticos pueden ser administrados efectiva y seguramente por el método de goteo por gravedad.

Además, debe tenerse en cuenta que el programa de Medicare provee beneficios limitados para medicamentos por receta de cuidado ambulatorio. Medicare cubre medicamentos médicamente necesarios que son administrados subordinados a los servicios profesionales de un médico si los medicamentos no son usualmente autoadministrados por el paciente. Según la Publicación de CMS 100-02, Capítulo 15, sección 50.3, "Para cumplir con

Administración de antibióticos intravenosos... (continuación)

los requisitos generales de cobertura bajo la provisión de “servicio subordinado”, un medicamento aprobado por la FDA o producto biológico debe:

- Ser de un formulario que no es usualmente autoadministrado;
- Ser prestado por un médico; y
- **Ser administrado por un médico o por el personal auxiliar empleado por el médico y bajo la supervisión personal del médico.** (Tenga en cuenta que “supervisión personal” significa que el médico debe estar presente durante el desarrollo del procedimiento.)

Medicare no provee reembolso para medicamentos inyectables del cuidado ambulatorio a menos que se cumplan los requisitos de servicio subordinado. Cuando los pacientes utilizan bombas de infusión externa para antibióticos intravenosos autoadministrados en el hogar, los requisitos de servicio subordinado no son relevantes. Por lo tanto, la bomba de infusión y el antibiótico asociado u otro medicamento inyectable no pueden ser facturados a Medicare.

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

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor noviembre - diciembre 2009

Temas de actualidad: Medicare **Parte A** (ACT)

Cuando: martes, 10 de noviembre
 Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m.
 Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Temas de actualidad: Medicare **Parte B** (ACT)

Cuando: jueves, 12 de noviembre
 Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m.
 Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Series de evaluación y manejo (E/M): talleres que cubren el E/M de un paciente típico -- sesión 3

Cuando: martes, 17 de noviembre
 Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m.
 Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Series de evaluación y manejo (E/M): talleres que cubren el E/M de un paciente típico -- sesión 3

Cuando: jueves, 19 de noviembre
 Hora: 2:30 a.m.- 4:00 p.m.
 Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

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

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

Formulario para ordenar materiales de Medicare Parte A

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario pagable al número de la cuenta de FCSO (use el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcsoc.com/Publications/ (English) o http://medicareespanol.fcsoc.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2009 a septiembre de 2010.	40500150	Impreso \$33.00		
		CD-ROM \$55.00		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

**First Coast Service Options Inc.
Medicare Publications
P.O. Box 406443
Atlanta, GA 30384-6443**

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Todos los cheques hechos para “ordenes de compra” no son aceptados; todas las órdenes deben ser prepagadas)

Formulario para ordenar materiales de Medicare Parte B

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario pagable al número de la cuenta de FCSO (use el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

Nota: El pago para tarifas fijas no puede ser combinado con pagos para otros artículos; pagos por separado son requeridos para la compra de cuentas diferentes.

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2009 a septiembre de 2010.	40300260	Impreso \$33.00		
		CD-ROM \$55.00		
Catálogo de honorarios de 2009 – El catálogo de honorarios de médicos y practicantes no médicos de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2009, está disponible, sin costo, en línea, en http://medicare.fcso.com/Data_files/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias adicionales a la venta, impresas o en CD-ROM. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago del año 2010 para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
		CD-ROM: \$6.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

Formulario para ordenar materiales de Medicare Parte B

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y **envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario** pagable al número de la cuenta de FCSO (use el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

Nota: El pago para tarifas fijas no puede ser combinado con pagos para otros artículos; pagos por separado son requeridos para la compra de cuentas diferentes.

Envíe este formulario con su pago a:

**First Coast Service Options Inc.
Medicare Publications
P.O. Box 406443
Atlanta, GA 30384-6443**

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Todos los cheques hechos para “ordenes de compra” no son aceptados; todas las órdenes deben ser prepagadas)

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Medicare Web sites

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Direcciones Postales**Reclamaciones****Documentación adicional****Correspondencia general****Correspondencia de congresistas**

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses**DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)****Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims****Take Home Supplies****Oral Anti-Cancer Drugs**

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY**Home Health Agency Claims Hospice Claims**

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

RAILROAD MEDICARE**Railroad Retiree Medical Claims**

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

Inscripción de proveedores**Cambios de dirección postal**

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos**PROVEEDORES****Atención al cliente – libre de cargo**

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistem de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO**Atención al cliente – libre de cargo**

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779**REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS**

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Medicare Web sites**PROVEEDORES****FCSO – MAC J9**

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES**Centers for Medicare & Medicaid Services**

www.medicare.gov



WHEN EXPERIENCE COUNTS & QUALITY MATTERS

MEDICARE A y B AL DÍA

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

♦ ATTENTION BILLING MANAGER ♦

