

## En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

### Uso de modificadores

Preveniendo el mal uso de los modificadores PA, PB y PC en las reclamaciones entrantes .....4

### Búsqueda en la base de datos de Medicare

Nuevo manual sobre el modo de utilizar la herramienta de búsqueda de la base de datos de cobertura de Medicare .....6

### Códigos de ajuste de reclamación

Actualización de códigos de ajuste de reclamación y de nota de anuncio de remesa .....8

### Rechazo de reclamaciones

Rechazo de reclamaciones por el código de denegación T5052 .....16

### Cuidado monitoreado de anestesia -- nueva LCD

Cuidado monitoreado de anestesia para ciertos servicios de intervencionistas del dolor .....25

### Identificador nacional del proveedor

Verificación del identificador nacional del proveedor de médicos tratantes para pagos de hospital de enfermos terminales .....33

### Valores límites de terapia

Valores límites de terapia para el año calendario 2010 .....34

### Prescripción electrónica

Productos educacionales disponibles como incentivos de prescripción electrónica durante 2010 .....42

## Características

Sobre esta publicación .....	3
Información para proveedores de Parte A y B .....	4
Información para proveedores de Parte A.....	16
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	24
Información para proveedores de la Parte B.....	33
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	51
Recursos educacionales .....	62
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	63
Formulario para ordenar materiales de Parte B .....	64
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	65
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	66

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  
 Tabla de contenido.....2

**Sobre esta publicación.....3**

**Partes A/B**

**Cobertura y Reembolso**

Previendo el mal uso de modificadores..... 4  
 Pago de hospital para enfermos terminales..... 5  
 Imagen tomográfica para cancer cervical..... 6  
 Base de datos de cobertura de Medicare..... 6  
 Factor de inflación del servicio de ambulancia... 7  
 Actualización anual de códigos de terapia ..... 7

**Intercambio Electrónico de Datos**

Código de categoría de reclamación..... 8  
 Códigos de ajuste de reclamación ..... 8

**Interés General**

Mini poster de vacunas contra la gripe..... 9  
 Actualización anual de códigos HCPCS..... 10  
 Retenciones según catálogo de tarifas .....10  
 Reclamaciones por seguros complementarios...11  
 Fecha límite de acreditación para farmacias..... 11  
 Manuales de guías de navegación..... 11  
 Participación del proveedor en MCPSS ..... 12  
 Encuesta de satisfacción del proveedor ..... 13  
 Archivo de precios promedio de ventas ..... 13  
 Archivo de precios y otros no clasificados..... 13  
 Calendario de días feriados de 2010..... 14  
 Poliza de pago deservicios de consulta ..... 15

**Parte A**

**Interés general**

Rechazo de reclamaciones por código T5052 .16  
 Reclamaciones devueltas por código 32206.....17  
 Reclamaciones rechazadas - código 39011 .....18

**Pagos Prospectivos**

Pagos por cuidado ambulatorio ..... 19  
 Código integrado de paciente ambulatorio ..... 20  
 Sistema PC PRICER de pago prospectivo ..... 20  
 Tasas del sistema de pagos prospectivos..... 21

**Gráficos**

Preguntas frecuentes Puerto Rico ..... 22  
 Rechazos frecuentes Puerto Rico ..... 23

**Determinaciones Locales de Cobertura**

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

**Parte B**

**Cobertura y Reembolso**

Valores límite de terapia 2010..... 33  
 Pago a marcadores de tejido implantable .. 34  
 Postergación de revisión fase 2 ..... 35

**Anestesia**

Implementación de MIPPA Secc. 139 ..... 37  
 Factores de conversión 2010 P. Rico ..... 37

**Centros de cirugía ambulatoria**

Actualización del sistema de pago 2010 .... 38

**Laboratorio**

Nuevas pruebas con dispensa ..... 39

**Interés General**

Productos educacionales PQRI..... 40  
 Incentivos de prescripción electrónica..... 42  
 Actualización/divulgación de MPFS 2010 .. 42  
 Programa de participación anual de 2010.. 43  
 Conferencia acerca de PQRI..... 43  
 Foro especial sobre PQRI y eRx ..... 44  
 Comentarios de PQRI 2008 y 2007..... 45  
 Corrección de iniciativas de codificación... 46  
 Revisión de reclamaciones de orden/ref. ... 47

**Gráficos**

Preguntas frecuentes Puerto Rico..... 48  
 RUC frecuentes Puerto Rico..... 49  
 Denegaciones frecuentes Puerto Rico..... 50

**Determinaciones Locales de Cobertura**

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 51

**Recursos educacionales .....62**

**Ordenar materiales de Parte A .....63**

**Ordenar materiales de Parte B.....64**

**Contactos Parte A de Puerto Rico .....65**

**Contactos Parte B de Puerto Rico ..... 66**

**Medicare A y B  
 Al Día**

**Vol. 1, No. 10  
 diciembre 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 2009 by American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values or related listings are included in CPT. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.*

*ICD-9-CM codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2009 under the Uniform Copyright Convention. All rights reserved.*

*Third-party Web sites. This document contains references to sites operated by third parties. Such references are provided for your convenience only. BCBSF and/or FCSO do not control such sites and are not responsible for their content. The inclusion of these references within this document does not suggest any endorsement of the material on such sites or any association with their operators.*

**Delimitación de responsabilidades:** Este documento es traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

## SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

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

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

## Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

## COBERTURA Y REEMBOLSO

### Previendo el mal uso de los modificadores PA, PB, y PC en las reclamaciones entrantes

Número de *MLN Matters*: MM6718  
 Número de petición de cambio relacionado: 6718  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de diciembre de 2009  
 Fecha de efectividad: 15 de enero de 2009  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1867CP  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

#### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 6718, el cual clarifica las instrucciones de facturación y el procesamiento de reclamaciones para la información provista en el artículo previo MM6405 de *MLN Matters*. El CR 6718 **no cambia la póliza para la cobertura o no cobertura** de los eventos adversos descritos en MM6405.

El CR 6405, "Wrong Surgical or Other Invasive Procedure Performed on a Patient; Surgical or Other Invasive Procedure Performed on the Wrong Body Part; Surgical or Other Invasive Procedure Performed on the Wrong Patient," una versión revisada de la cual fue emitida el 25 de septiembre de 2009, implementó procedimientos de facturación para estos eventos adversos.

CMS ha aprendido que los modificadores descritos

**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.

en el CR 6405 están siendo, en muchos casos, enviados incorrectamente por los proveedores. En particular, algunos de los proveedores están usando el **modificador PC** para representar el componente profesional de un servicio.

**Esto es incorrecto. El modificador PC** es definido como cirugía errónea realizada en un paciente (Wrong Surgery on a Patient). El uso incorrecto de este modificador crea que las reclamaciones sean denegadas incorrectamente. Los contratistas de Medicare seguirán los requisitos en el CR 6718 para ayudar a prevenir que las reclamaciones sean procesadas con los modificadores incorrectamente enviados en ellas..

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6718.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6718, 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/R1867CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1867, CR 6718

#### 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.

## Hoja informativa revisada del sistema de pago de hospital para enfermos terminales

La hoja informativa revisada del sistema de pago de hospital para enfermos terminales (noviembre de 2009) ahora está disponible para descargar. Esta hoja informativa provee información general sobre el beneficio de hospital para enfermos terminales de Medicare, incluyendo:

- Cobertura de servicios de hospital para enfermos terminales
- Requisitos de certificación
- Periodos de elección
- Como las tasas de pago son establecidas
- Pagos de coseguro del paciente
- Límites de pagos de hospital para enfermos terminales
- Reportes adicionales requeridos en reclamaciones de hospital para enfermos terminales.

La hoja informativa es accedida en [http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/hospice\\_pay\\_sys\\_fs.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/hospice_pay_sys_fs.pdf). ❖

Fuente: CMS PERL 200911-38

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

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

## Imagen tomográfica de emisión positrónica FDG para cáncer cervical

Número de *MLN Matters*: MM6753

Número de petición de cambio relacionado: 6753

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

Fecha de efectividad: 10 de noviembre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R1879CP y R110NCD

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

### Resumen

La petición de cambio (CR) 6753 anuncia una determinación nacional de cobertura (NCD) con respecto a F-18 fluoruro-D-glucose positron emission tomography imaging (floruro D-glucosa imagen tomográfica de emisión positrónica, FDG PET) para cáncer cervical (incluyendo FDG PET/CT). Determina que, a partir del 10 de noviembre de 2009 (como resultado de una solicitud de reconsideración), CMS:

- Diera por terminada la cobertura con requisitos de recolección de datos prospectivos con evidencia de desarrollo (CED) para el uso de imagen FDG PET en la etapa inicial de cáncer cervical en relación a la estrategia de tratamiento inicial
- Determinara que no hay evidencia creíble que los resultados de imagen FDG PET sean útiles en emitir el diagnóstico inicial de cáncer cervical o dar como resultado una mejoría de la salud
- Anunciara que imagen FDG PET no es razonable y necesaria de acuerdo a la sección 1862(a)(1)(A) de la Social Security Act (ley de seguro social) y por lo tanto CMS no presta cobertura a imagen FDG PET para diagnóstico inicial de cáncer cervical en relación a una estrategia inicial de tratamiento.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6753.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6753, 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/R1879CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1879, CR 6753

**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.

## Nuevo manual sobre cómo utilizar la herramienta de búsqueda de la base de datos de cobertura de Medicare

¿Ha pensado alguna vez en utilizar herramientas de búsqueda en áreas seleccionados del sitio de Internet de CMS? La base de datos de Cobertura de Medicare (MCD) contiene todas la determinaciones nacionales de cobertura (NCD), análisis de cobertura nacional (NCA), determinaciones de cobertura local (LCD) y artículos sobre políticas locales de Medicare. *Medicare Learning Network* (red de enseñanza de Medicare, MLN) ha preparado un manual "How To (cómo hacer para)" (2.5 MB), que proporciona explicación sobre MCD, así como sobre la manera de utilizar las facilidades de búsqueda, índices, informes y descargar de Internet. El manual de Cómo utilizar la base de datos de coberturas de Medicare, puede ser encontrado en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/MPUB/list.asp>

De la página de publicaciones MLN. Use la contraseña de búsqueda "how to (cómo hacer para)" para localizar ésta herramienta con rapidez. Entender como funciona la herramienta de búsqueda, es la mejor manera para encontrar la información que usted está buscando. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-11

## Factor de inflación del servicio de ambulancia para el año calendario 2010

Número de *MLN Matters*: MM6631

Número de petición de cambio relacionado: 6631

Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de noviembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1861CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

### Resumen

La sección 1834(l) (3) (B) de la Ley de seguro social sienta las bases para actualizar los límites de pago que los proveedores de Parte B de Medicare, intermediarios fiscales y contratistas administrativos de Partes A y B de Medicare, utilizan para determinar cuanto se le debe pagar a usted por las reclamaciones que presenta por servicios de ambulancia.

Esta sección de la ley provee una actualización de pagos para 2010 que es igual al porcentaje de incremento en el índice de precios del consumidor urbano (CPI-U) para el período de 12 meses que finaliza en el mes de junio del año anterior. El porcentaje resultante es conocido como el factor de inflación de servicios de ambulancia (AIF).

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6631.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6631, 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/R1861CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1861, CR 6631

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

## Actualización anual 2010 de la lista de códigos de terapia

Número de *MLN Matters*: MM6719

Número de petición de cambio relacionado: 6719

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de noviembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1850CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

### Resumen

Estas instrucciones actualizan la lista de códigos que ocasionalmente o siempre describen los servicios de terapia. A partir del 1 de enero de 2010 se harán las siguientes listas de códigos de terapia para 2010:

- 92520 (Estudios del funcionamiento de la laringe (ie, pruebas acústicas y aerodinámicas)) ha sido agregado a la lista de “terapias ocasionales” y precisan el uso de un modificador de terapia
- 95992 (Canalith repositioning procedure[s], [e.g., maniobra Epley, maniobra Semon], diaria) ha sido eliminada de la lista de códigos de terapia.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6719.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6719, 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/R1850CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1850, CR 6719

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

## INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

### Código de categoría de estatus de reclamación y actualización de código de estatus de reclamación

Número de *MLN Matters*: MM6723  
 Número de petición de cambio relacionado: 6723  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de diciembre de 2009  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1874CP  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

#### Resumen

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

**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.

Todos los cambios de código aprobados durante la reunión del comité en septiembre de 2009 fueron publicados para el 1 de noviembre de 2009.

Los contratistas deben implementar los siguientes cambios a más tardar el 4 de enero de 2010:

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

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6723.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6723, 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/R1874CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1874, CR 6723

### Actualización de códigos de ajuste de reclamación y de nota de anuncio de remesa

Número de *MLN Matters*: MM6742  
 Número de petición de cambio relacionado: 6742  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de noviembre de 2009  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1862CP  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

#### Resumen

En lo que respecta a Medicare, los conjuntos de códigos de motivo de denegación y de notas deben ser utilizados para reportar ajustes de pago en transacciones de anuncio de remesa. Los códigos de denegación son también utilizados en algunas transacciones de coordinación-de-beneficios (COB). La lista de códigos de nota de anuncio de remesa (RARC) es mantenida por Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y utilizada por todos los pagadores; las adiciones, desactivaciones y modificaciones a la lista pueden ser iniciadas por cualquier organización de cuidados de la salud. La lista RARC es actualizada tres

veces al año -- a principios de marzo, julio y noviembre, aunque el comité se reúne todos los meses.

La lista de códigos de ajuste de motivos de denegación de reclamaciones (CARC) es mantenida por un comité nacional de mantenimiento de códigos que se reúne cuando la familia de estándares X12 realiza su reunión trimestral (que ocurre en enero/febrero, junio y septiembre/octubre) para tomar decisiones acerca de adiciones, modificaciones y retiro de códigos de motivo de denegación.

Ambas listas de código están puestas en la Internet, en <http://www.wpc-edi.com/Codes>.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6742.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6742, 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/R1862CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1862, CR 6742

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

## INTERÉS GENERAL

### Mini póster para ayudar a educar a los beneficiarios de Medicare sobre las vacunas contra la gripe

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) apreciarían su ayuda en comunicar al público, especialmente a las personas de mayor edad y personas vulnerables, que Medicare y Medicaid cubre vacunas contra la gripe y el H1N1. Se les aconseja a las personas de mayor edad que obtengan su vacuna contra la gripe de temporada tan pronto como sea posible. La vacuna que protege contra el virus de gripe H1N1 de 2009 (a veces llamado gripe porcina) es una vacuna separada y ahora está disponible. La primera dosis disponible de esta vacuna debe ser suministrada a aquellos con alto riesgo de infección y complicaciones tales como niños, mujeres preñadas, trabajadores del cuidado de la salud, y adultos más jóvenes con ciertas condiciones médicas. Existe alguna evidencia de que personas de 65 años o más tienen menos probabilidad que personas más jóvenes de ser infectados con el virus de gripe H1N1 de 2009.

Comparta este mini póster bilingüe (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/AdultImmunizations/Downloads/FluPoster2009.pdf>) con sus colegas y aliéntelos a que los publiquen en lugares donde los pacientes de Medicare vean y entiendan la necesidad de su vacuna contra la gripe de temporada y que ellos puedan obtener la vacuna contra el H1N1 una vez que los grupos de alto riesgo hayan sido vacunados.

Los practicantes de Medicare son aconsejados a referir a los pacientes a <http://www.flu.gov/> si ellos necesitan más información sobre las vacunas contra la gripe y el H1N1. Información adicional para los practicantes, inmunizaciones en masa, y otros que quieren facturar a Medicare para las vacunas contra la gripe, pueden ser obtenidas en <http://www.cms.hhs.gov/adultimmunizations/>. La guía de preguntas y respuestas del inmunizador (localizado en la sección de Download) también incluye una lista de contactos regionales de CMS (en la página 55) que sería de gran ayuda para aquellos que desean organizar una clínica de inmunización a gran escala para las personas de mayor edad.

CMS apreciaría cualquier sugerencia o comentario que usted pueda ofrecer sobre el uso de este póster (e.g., sus colegas lo publicaron en sus oficinas, fue publicado en centros de personas de mayor edad, etc.) Gracias por su ayuda en pasar este mensaje importante a los beneficiarios de Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-01

#### Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

## Actualización anual de códigos HCPCS utilizados para facturación consolidada de servicios de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM6662

Número de petición de cambio relacionado: 6662

Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de octubre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1827CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) actualizan en forma periódica la lista de códigos del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) que están sujetos a las provisiones de facturación establecidas en el sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar (HH PPS).

Los servicios incluidos en las listas de HCPCS y que son presentados en reclamaciones a los contratistas de Medicare, no serán pagados en forma separada en fechas en que el beneficiario de tales servicios está en un proceso de atención de salud en el hogar (por ejemplo bajo un plan de cuidados de salud a domicilio administrado por una agencia de cuidados de la salud en el hogar). Habrá las siguientes excepciones:

- Terapias realizadas por médicos
- Suministros incidentales a servicios médicos

- Suministros provistos en establecimientos institucionales.

Medicare reembolsará directamente solamente a las agencias primarias de servicios de salud en el hogar que hayan iniciado procedimientos de salud a domicilio durante los períodos correspondientes. Las terapias realizadas por médicos, suministros incidentales a servicios médicos y suministros provistos en establecimientos institucionales no están sujetos a facturación consolidada HH.

Las listas de códigos de facturación consolidada HH son actualizadas anualmente para reflejar los cambios al conjunto mismo de códigos HCPCS. Puede también que sean publicadas actualizaciones trimestrales para reflejar la creación de códigos HCPCS temporales (por ejemplo códigos "K") a través del año calendario.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6662.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6662, 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/R1827CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1827, CR 6662

**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.

## Retención de reclamaciones por servicios pagados según el catálogo de tarifas médicas de Medicare de 2010

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están trabajando con el Congreso, proveedores de cuidados de la salud y la comunidad de beneficiarios para evitar la interrupción de los servicios de cuidados de la salud y el pago de las reclamaciones de médicos, profesionales de la salud y otros proveedores de servicios pagados según el catálogo de tarifas de médicos afiliados a Medicare, a partir del 1 de enero de 2010. Con referencia a esta situación, CMS ha dado instrucciones a sus contratistas, de retener las reclamaciones por servicios pagados según el catálogo de tarifas de médicos afiliados a Medicare, durante los 10 primeros días laborables de 2010 (1 al 15 de enero) para las fechas de servicios de 2010. Esta medida tendrá un impacto mínimo en el flujo de caja de los proveedores porque, de acuerdo a la ley, las reclamaciones electrónicas nunca se pagan antes de 14 días calendario (29 días para reclamaciones impresas) a contar de la fecha de recepción. Mientras tanto, todas las reclamaciones por servicios prestados a partir del 31 de diciembre de 2009, serán procesadas y pagadas de acuerdo a los procedimientos normales.

La retención de reclamaciones dará tiempo a los contratistas de Medicare para recibir los nuevos archivos de pago actualizados y realizar las pruebas que sean necesarias antes de pagar las reclamaciones con las nuevas tarifas. CMS ha dado instrucciones a los contratistas, en sentido de comenzar a procesar reclamaciones con las nuevas tarifas, no más tarde que el 19 de enero de 2010. Nótese que la mayoría de los contratistas permanecen cerrados en la festividad del día de Martin Luther King el 18 de enero. Por lo tanto, aún sin una actualización, la mayoría de las reclamaciones no serían pagadas antes del 19 de enero de 2010, dado el anteriormente mencionado plazo estatutario de 14 días.

CMS ha prorrogado la fecha final de inscripción en el programa anual de participación de 2010, del 31 de enero de 2010 al 17 de marzo de 2010; por lo tanto, el período de inscripción es ahora del 13 de noviembre de 2009 al 17 de marzo de 2010.

La fecha efectiva de cualquier estado de participación cambia durante la prórroga, sin embargo, permanece el 1 de enero de 2010 y estará vigente durante el año entero.

Los contratistas aceptarán y procesarán cualquier decisión de participación o retiro, hechas durante el período de prórroga de inscripción que sean recibidas o con sello de Correos a partir del 17 de marzo de 2010.

Además, permanezca alerta por más información de otras provisiones legislativas que pudiesen afectarle. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-31

## Envío de reclamaciones a aseguradoras complementarias

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) recuerdan a todos los proveedores, médicos y suplidores que deben dejar tiempo suficiente al procedimiento de Medicare de envío de reclamaciones a aseguradoras complementarias antes de facturar a sus pacientes el balance de la factura a las aseguradoras complementarias. Según se establece en el artículo MLN Matters SE0909, disponible en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0909.pdf>, este proceso toma aproximadamente 15 días laborables después de hecha la remesa de Medicare. No cobre el balance de una factura antes de haber recibido confirmación escrita de parte de Medicare de que la factura no será enviada a una aseguradora complementaria o una carta de notificación explicando por qué algunas reclamaciones específicas no pueden ser enviadas a aseguradoras complementarias. Los códigos de anuncio de remesa MA18 o N89 en su anuncio de remesa (MRA) representan la intención de Medicare de enviar la reclamación de su paciente a una aseguradora complementaria. Medicare continuará enviando notificaciones suplementarias a todos los proveedores participantes, médicos y suplidores, informándoles que si las reclamaciones están destinadas a ser enviadas a aseguradoras suplementarias, como se señala en MA18 o N89 del MRA, esto no da como resultado un envío exitoso a la aseguradora complementaria.

Se ha notado que los miembros del mercado de pagadores suplementarios /Medigap son más que el promedio de recibos de las reclamaciones impresas de Parte A de Medicare que preceden la llegada de reclamaciones enviadas a 837 COB aseguradoras complementarias institucionales de Medicare. La llegada de reclamaciones impresas antes del envío de reclamaciones a las aseguradoras complementarias de Medicare está ocasionando que los pagadores suplementarios reciban reclamaciones duplicadas. Esta tendencia es particularmente pronunciada en los estados de Iowa, Missouri y Wisconsin.

La tendencia actual sugiere que aproximadamente el 99 por ciento de las reclamaciones señaladas por Medicare para ser enviadas a las aseguradoras complementarias, como dice en su MRA, son en efecto enviadas a las aseguradoras complementarias por Coordination of Benefits Contractor (Coordinación de Contratistas de Beneficios, COBC) de CMS. El porcentaje remanente de error de COBC debido a temas de cumplimiento con temas de HIPAA o relacionadas con errores de datos, da como resultado que los proveedores, médicos o suplidores reciban una carta de notificación especial generada por Medicare especificando las razones por las cuales las reclamaciones no han tenido éxito en su envío a las aseguradoras complementarias. Esta tendencia demuestra que el proceso de envío de reclamaciones a las aseguradoras complementarias está siendo cada vez más confiable. CMS solicita a los proveedores, médicos y suplidores que esta tendencia continúe. ❖

Fuente: CMS PERL 200911-08

## Fecha límite de acreditación para las farmacias es el 1 de enero de 2010

Desde que el Presidente firmó Public Law 111-072 posponiendo la fecha límite de acreditación para las farmacias hasta el 1 de enero de 2010, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les recuerda a las farmacias que no han sido acreditadas a que lo hagan a más tardar el 1 de enero de 2010.

Las farmacias que están pasando por el proceso de acreditación son aconsejadas que resuelvan cualquier asunto pendiente sobre su reporte de acreditación para que la organización que acredita pueda tomar una determinación de acreditación de antemano a la fecha límite del 1 de enero de 2010. La organización que acredita de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) notificará a la casa de facturación del suplidor nacional (NSC) cuando la organización esté acreditada.

Las farmacias que no planeen permanecer inscritas en el programa DMEPOS de Medicare son altamente aconsejadas que lo notifiquen a sus clientes tan pronto como sea posible. Esto dará a sus clientes una oportunidad de encontrar otro suplidor de DMEPOS. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-04

## Manuales de guías de navegación

¿Se ha preguntado alguna vez como encontrar por tema los mayores y más recientes recursos? Los manuales de guías de navegación modificados (NOV 2009), incorporan productos existentes de la red de enseñanza de Medicare (MLN) y otros centros de recursos en secciones bien organizadas que pueden ayudar a los proveedores y suplidores de tarifas-por-servicios (FFS) de Medicare a encontrar información para entender y navegar el programa de Medicare.

Estos manuales sirven como guía a quienes están aprendiendo los recursos, políticas FFS y requisitos del programa Medicare. Usted puede revisar los manuales guías de canales de navegación modificados (NOV 2009) en [http://www.cms.hhs.gov/MLNEdWebGuide/30\\_Guided\\_Pathways.asp](http://www.cms.hhs.gov/MLNEdWebGuide/30_Guided_Pathways.asp) de la Red de enseñanza de Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-12

## La participación del proveedor es esencial para el éxito del MCPSS de 2010

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado que la recopilación de los datos para la Encuesta de Satisfacción al Proveedor del Contratista de Medicare (MCPSS) comenzará en enero de 2010 y concluirá en abril de 2010. La meta principal del MCPSS anual es la de medir objetivamente los niveles de satisfacción del proveedor concerniente al desempeño de los contratistas de pago por servicio (FFS) responsables del pago y procesamiento de más de \$280 billones en reclamaciones de Medicare cada año.

SciMetrika, LLC, una empresa de consultoría de salud pública, será responsable de todos los aspectos administrativos de la encuesta de 2010 incluyendo la impresión y envío de materiales de la encuesta, procesamiento de las encuestas completadas, análisis de los datos, y reportar los resultados. Todos los intermediarios fiscales (FI), intermediarios regionales de salud en el hogar (RHHI), contratistas de la Parte B de Medicare, contratistas administrativos de Medicare (MAC), y MAC de equipo médico duradero (DME) serán incluidos en la administración nacional de esta importante encuesta.

### Metas del MCPSS

- Proveer las reacciones de los proveedores a los contratistas FFS de Medicare para que estos puedan implementar iniciativas de mejoras de los procesos
- Establecer una medida uniforme de satisfacción al proveedor con el desempeño del contratista
- Satisfacer los requisitos del Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act de 2003 (MMA) para medir los niveles de satisfacción del proveedor

### Desempeño del contratista evaluado en siete funciones clave del negocio

De los 1.2 millones de proveedores de Medicare (médicos, profesionales del cuidado de la salud, y centros) que proveen servicio para los beneficiarios de Medicare, aproximadamente 30,000 serán invitados a participar en el MCPSS de 2010; la meta es la de obtener aproximadamente 400 encuestas completadas por muestra del contratista. Aquellos encuestados se les pedirá que evalúen a sus contratistas de FFS usando una escala de 1 a 5 en cada una de las funciones del negocio listadas abajo, con "1" representando "no estoy satisfecho del todo" y "5" representando "completamente satisfecho".

El MCPSS ofrece a los proveedores y suplidores que son seleccionados al azar la oportunidad de evaluar a sus contratistas en las siguientes funciones clave del negocio de la relación proveedor-contratista:

1. Educación y asistencia al proveedor
2. Preguntas del proveedor
3. Procesamiento de reclamaciones
4. Apelaciones
5. Revisión médica
6. Inscripción del proveedor
7. Auditoría y reembolso del proveedor.

### La encuesta anual ayuda a mejorar el desempeño del contratista y la eficiencia del programa

CMS usa los hallazgos del MCPSS anual como punto de referencia para monitorear patrones futuros y mejorar la supervisión del desempeño del contratista como también la eficiencia de la administración del programa de Medicare.

Además, la encuesta provee a los contratistas con una mayor visión de sus comunidades de proveedores y permitirles iniciar el proceso de mejora basado en las reacciones de los proveedores.

Los proveedores seleccionados a participar en el MCPSS también representan otras organizaciones similares en tamaño, tipo de práctica, y localización geográfica; por lo tanto, los puntos de vista de cada participante son críticos para el éxito de este importante estudio.

Los proveedores de Medicare son aconsejados que completen y devuelvan sus encuestas con prontitud. Las respuestas pueden ser enviadas vía un sitio de Internet seguro, una entrevista telefónica, correo o fax (si una copia impresa de la encuesta es solicitada) y será estrictamente confidencial.

### Como obtener información adicional y actualizaciones de MCPSS

Las actualizaciones de los reportes de recopilación de datos y estudio estarán disponibles, comenzando en enero de 2010, en: <https://www.mcpsstudy.org/> y los resultados finales del MCPSS de 2010 estarán accesibles vía un sistema de reporte en línea en agosto de 2010. Para mayor información sobre la encuesta de 2010, visite la página Web de MCPSS en <http://www.cms.hhs.gov/MCPSS/>.

Fuente: JSM 10062

**La encuesta anual ayuda a mejorar el desempeño del contratista y la eficiencia del programa**

---

---

## Quinta encuesta anual de satisfacción al proveedor por parte de los contratistas de Medicare

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están escuchando y desean oír de usted acerca de los servicios que le son ofrecidos por su contratista de Medicare a tarifa-por-servicio (FFS) que le procesa y paga por sus reclamaciones a Medicare. CMS está preparando el desarrollo de su quinta encuesta anual Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey (encuesta de satisfacción al proveedor por parte de los contratistas de Medicare MCPSS). Esta encuesta ofrece a aproximadamente 30,000 proveedores y suplidores la oportunidad de dar a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid, su opinión acerca de sus interacciones con contratistas de Medicare en relación a siete funciones clave de esta actividad o negocio: consultas del proveedor, educación y extensión al proveedor, procesamiento de reclamaciones, apelaciones, inscripción del proveedor, revisión de actividades médicas y auditoría y reembolso al proveedor.

La encuesta será enviada al azar a aproximadamente 30,000 proveedores y suplidores de FFS de Medicare. Aquellos seleccionados para participar en MCPSS 2010, serán notificados a partir de enero. Si usted es seleccionado para participar, haga el favor de dedicar unos minutos a responder esta importante encuesta. Los proveedores y suplidores pueden responder la encuesta por un sitio seguro en Internet o por correo, fax o teléfono. Para saber más acerca de MCPSS, visite <http://www.cms.hhs.gov/MCPSS> en el sitio de Internet de CMS. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-10

---

---

## Ahora está disponible el archivo modificado de precios promedio de ventas de enero de 2010

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado el archivo y referencias cruzadas del promedio de precios de venta (ASP) modificado de enero de 2010. Todos están disponibles para ser descargados de Internet en [http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/01a19\\_2010aspfiles.asp](http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/01a19_2010aspfiles.asp). ❖

Fuente: CMS PERL 200912-30

---

---

## Está disponible el archivo modificado de precios promedio de ventas de enero de 2010

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado el archivo y referencias cruzadas del promedio de precios de venta (ASP) modificado de enero de 2010 y otros archivos de precios que no están clasificados de otra manera (NOC). También han sido actualizados los archivos de precio ASP para enero 2009 y octubre 2009.

Todos están disponibles para ser descargados de Internet en <http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/> (vea el menú de la izquierda para enlaces con un año específico). ❖

Fuente: CMS PERL 200912-21

---

---

## Calendario de días feriados 2010

Durante 2010, First Coast Service Options Inc., observará el siguiente calendario de días feriados:

### Cerrado por día feriado: Florida y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos

Fecha	Festividad
1 de enero (viernes)	Año Nuevo
18 de enero (lunes)	Día de Martin Luther King Jr.
2 de abril (viernes)	Viernes Santo
31 de mayo (lunes)	Día de los Caídos en Guerra
5 de julio (lunes)	Día de la Independencia (observada)
6 de septiembre (lunes)	Día del Trabajo
25 de noviembre (jueves)	Acción de Gracias
26 de noviembre (viernes)	Acción de Gracias
23 de diciembre (jueves)	Navidad (observada)
24 de diciembre de 2009 (viernes)	Víspera de Navidad

### Cerrado por día feriado: Puerto Rico

Fecha	Festividad
1 de enero (viernes)	Año Nuevo
5 de enero (martes)	Víspera del Día de Reyes
6 de enero (miércoles)	Día de los Reyes Magos
11 de enero (lunes)	Eugenio María de Hostos
18 de enero (lunes)	Día de Martin Luther King Jr.
22 de marzo (lunes)	Día de la Abolición
1 de abril (jueves)	Jueves Santo
2 de abril (viernes)	Viernes Santo
16 de abril (viernes)	José de Diego
31 de mayo (lunes)	Día de los Caídos en Guerra
5 de julio (lunes)	Día de la Independencia (observada)
26 de julio (lunes)	Día de la Constitución
6 de septiembre (lunes)	Día del Trabajo
19 de noviembre (viernes)	Descubrimiento de Puerto Rico
25 de noviembre (jueves)	Día de Acción de Gracias
26 de noviembre (viernes)	Día de Acción de Gracias
23 de diciembre (jueves)	Navidad (observada)
24 de diciembre (viernes)	Víspera de Navidad
31 de diciembre (viernes)	Víspera de Año Nuevo

Calendario de días feriados 2010... (continuación)

**Cierre adicional de los centros de llamadas: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos**

Los centros de llamadas de atención a proveedores de FCSO estarán cerrados en observación de los siguientes días feriados federales:

Fecha	Festividad
15 de febrero (lunes)	Día de los Presidentes
11 de octubre (lunes)	Día de la Raza
11 de noviembre (jueves)	Día de los Veteranos de Guerra

**Sistema de respuesta automática (IVR): Todos los proveedores**

Para información específica de reclamaciones, el horario de IVR es 6:00 a.m.-6:00 p.m. lunes a viernes. Para información grabada sobre temas actuales de Medicare, el horario de IVR es 24 horas diarias los 7 días de la semana.

**Número de teléfono gratuito (Parte A): 877-602-8816**

**Número de teléfono gratuito (Parte B): 877-847-4992**

Para información adicional, vea: *IVR Web page*. (Página Web de IVR) ❖

**Revisiones a la póliza de pago de servicios de consulta**

Número de *MLN Matters*: MM6740  
 Número de petición de cambio relacionado: 6740  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de diciembre de 2009  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1875CP  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

**Resumen**

Este artículo pertenece a la petición de cambio (CR) 6740 que alerta a los médicos y profesionales de la salud que a partir del 1 de enero de 2010 los códigos de consulta del Current Procedural Terminology (CPT) (del 99241-99245 y 99251-99255) ya no son reconocidos para el pago de Medicare Parte B. A partir del 1 de enero de 2010 para los servicios prestados, los médicos y profesionales de la salud deben codificar una visita de evaluación y manejo (E/M) al paciente con códigos E/M que representen donde la visita ocurre y que identifique la complejidad de la visita realizada. Para más información, acceda el enlace al final de este artículo para ver el artículo.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están eliminando el uso de todos los códigos de consulta (paciente hospitalizado y de oficina/códigos del cuidado ambulatorio) para varios lugares de servicio excepto los códigos G (G-codes) de consulta de telehealth. El cambio no incrementará o disminuirá los pagos de Medicare. En lugar de los códigos de consulta, CMS:

- Incrementar el trabajo de las unidades de valor relativo (RVU) para las visitas nuevas y establecidas de oficina
- Incrementar el trabajo RVU para las visitas iniciales de hospital y de centros de enfermería
- Incorporar el uso incrementado de estas visitas al gasto de práctica (PE) y cálculos de negligencia médica
- Incrementar los trabajos adicionales RVU para los códigos que están integrados en los códigos de cirugía global de 10 días y 90 días.

Los médicos que facturan una consulta luego del 1 de enero de 2010 tendrán su reclamación devuelta con un mensaje indicando que Medicare usa otro código para el servicio. El médico debe facturar otro código para el servicio y no puede facturar al paciente por un servicio que no esta cubierto.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6740.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6740, 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/R1875CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1875, CR 6740

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

## INTERÉS GENERAL

### Rechazo de reclamaciones por el código de denegación T5052

First Coast Service Options Inc. (FCSO) esta experimentando un alto volumen de reclamaciones siendo rechazadas con el código de denegación T5052 debido a que las reclamaciones enviadas con la información inválida de elegibilidad del beneficiario. Aquí se exponen tres formas fáciles para encontrar la información correcta de elegibilidad del beneficiario y evitar rechazos del código de denegación T5052:

1. Pregúntele al beneficiario por su tarjeta de seguro médico roja, blanca y azul de Medicare. La tarjeta contiene el nombre correcto del beneficiario, el número de reclamación de Medicare (HIC), y el derecho y fecha de vigencia de Medicare Parte A o Parte B.
2. Verificar los datos de elegibilidad del beneficiario en la pantalla del sistema remoto (direct data entry, DDE) ELGA (elegibilidad A). Ingrese la siguiente información en la pantalla de preguntas y presione la tecla “enter”:
  - El número HIC del beneficiario
  - Los primeros seis caracteres del apellido del beneficiario
  - La primera inicial del nombre del beneficiario
  - La fecha de nacimiento del beneficiario en este formato: MMDDCCYY (mes, día, siglo, año)
  - El ID del solicitante (usted puede utilizar sus iniciales)
  - El número de Medicare del contratista. Para los proveedores de Florida, ingrese 09101. Para los proveedores de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, ingresen 09201.
  - El número de proveedor de Medicare, no su número de proveedor nacional (NPI)
  - El código del sitio principal si la información no extraída automáticamente en la región Sureña (SO). Si usted busca otra región, ingrese uno de los siguientes dos caracteres de códigos de región: GL, GW, KY, MA, PA, NE, SE, o SW.
3. Contacte el sistema de respuesta automática (IVR) al 1-877-602-8816 si usted no tiene acceso al sistema remoto DDE.

**Nota: No utilice ningún apodo cuando ingrese el nombre del beneficiario en el formulario de reclamación. Siempre utilice la información indicada en la tarjeta de seguro médico roja, blanca y azul de Medicare en el archivo común de trabajo (CWF).. ❖**

Fuente: Medicare Part A Direct Data Entry (DDE) Training Manual

## Reclamaciones devueltas al proveedor por el código de denegación 32206

First Coast Service Options Inc. (FCSO) está experimentando un alto volumen de reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) por el código de denegación 32206 debido a un código de ingreso inválido para el tipo de factura enviada. Estos son algunos consejos que usted puede seguir si usted está recibiendo reclamaciones RTP por el código de denegación 32206.

Para verificar si un código de ingreso es válido para su tipo de factura (TOB), use el sistema remoto (direct data entry, DDE) y siga los próximos pasos:

- Desde el menú principal, seleccione la opción 1 -- inquiry menu
- Una vez en el menú de pregunta, seleccione la opción 13 -- revenue codes. Seleccione esta opción cuando usted necesite determinar:
  - El tipo de códigos de ingreso permitidos con ciertos tipos de facturas
  - Si el código de procedimiento común del cuidado de la salud es requerido
  - Si una unidad es requerida
  - Si una tasa es requerida
- En la tabla de preguntas del código de ingreso, ingrese el código de ingreso en cuestión, e.g., 0420.

Si usted no tiene acceso al sistema remoto (DDE), acceda el IOM (Internet-only-manual) de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), Publication 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 25, Completing and Processing the Form CMS-1450 Data Set, Section 75.4, Form Locator 42 -- Revenue Code.❖

Fuente: CMS Internet-only Manual (IOM) Pub. 100-04 Medicare Claims Processing Manual, Chapter 25, Section 75.4

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

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

## Reclamaciones rechazadas por el código de denegación 39011 debido a la puntualidad del envío

First Coast Service Options Inc. (FCSO) esta experimentando un alto volumen de reclamaciones rechazadas con el código de denegación 39011 debido a que las reclamaciones no fueron enviadas dentro del periodo apropiado para enviar. Si usted encuentra que sus reclamaciones rechazadas por el código de denegación 39011, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) tienen las siguientes pautas bien definidas para el envío puntual de las reclamaciones.

La regulación de Medicare en 42 CFR 424.44 define el periodo para el envío puntual de las reclamaciones de pago por servicio de Medicare. En general, tales reclamaciones deben ser enviadas a más tardar el 31 de diciembre del año calendario siguiendo el año en el cual los servicios fueron prestados. Los servicios prestados en el último cuarto del año (octubre hasta diciembre) son considerados prestados en el siguiente año; i.e., el tiempo límite es el segundo año después del año en el cual los servicios fueron prestados.

Basado en esta regulación, **los proveedores tienen un mínimo de 15 días a un máximo de 27 meses** para enviar las reclamaciones de Medicare dentro de los siguientes parámetros de tiempo establecidos:

Fechas de servicio	Última fecha para enviar
1 de octubre de2007 -- 30 de septiembre de 2008	el 31 de diciembre de 2009
1 de octubre de2008 -- 30 de septiembre de 2009	el 31 de diciembre de 2010
1 de octubre de2009 -- 30 de septiembre de 2010	el 31 de diciembre de 2011
1 de octubre de2010 -- 30 de septiembre de 2011	el 31 de diciembre de 2012

**Ejemplo:** Si los servicios son provistos durante el mes de septiembre, los proveedores tienen hasta el 31 de diciembre del siguiente año (o 15 meses) para enviar la reclamación a Medicare. Si los servicios son provistos durante el mes de octubre, el proveedor tiene hasta el 31 de diciembre del segundo año (o 27 meses) para enviar la reclamación a Medicare.

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 del estado de reclamación “from” (desde)). A la fecha de recibo aplicada a la reclamación cuando esta es recibida. Si el intervalo entre estas dos fechas excede el tiempo límite, la reclamación es considerada como que no ha sido enviada puntualmente.

Cuando una reclamación es denegada por que ha sido enviada después del periodo de envío puntual, la denegación no constituirá una “determinación inicial”. De esta forma, una reclamación que es denegada por que no ha sido enviada puntualmente no esta justificada para apelación..❖

Fuente: CMS Internet-only Manual (IOM) Pub. 100-04 Medicare Claims Processing Manual, Chapter 1, Section 70

## PAGOS PROSPECTIVOS

### Actualización de enero de 2010 del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio de hospital

Número de *MLN Matters*: MM6751

Número de petición de cambio relacionado: 6751

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1882CP y R116BP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 6751 describe los cambios y las instrucciones de facturación para varias pólizas de pago implementadas en la actualización del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) de 2010. El editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) de enero de 2010 y OPPS PRICER reflejarán el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), clasificación de pago ambulatorio (APC), modificador HCPCS, y adiciones de códigos de ingreso, cambios, y eliminaciones identificadas en esta notificación.

Los puntos clave discutidos en el artículo MM6751 de *MLN Matters* son:

- Cambios a las modificaciones de dispositivo para enero de 2010
- Facturación para “algunos servicios de terapia” que pueden ser pagados como servicios que no son de terapia para hospitales del cuidado ambulatorio
- Los APC de hospitalización parcial (APC 0172 y APC 0173)

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

- Pago para los APC compuesto de imagen múltiple
- Servicios de rehabilitación cardíaca
- Servicios de rehabilitación pulmonar
- Servicios de observación del cuidado ambulatorio
- Educación de enfermedad del riñón
- Facturación para procedimientos de transplante alogénicos y autólogos de células madre
- Pago para recursos de braquiterapia
- Facturación de medicamentos, productos biológicos, y radiofármacos
- Servicios de administración de medicamentos
- Cambios a la lógica OPPS PRICER
- Índices de salario para hospitales IPPS que no son de hospitalización elegibles para el ajuste fuera de trayecto autorizado por la Sección 505 of Pub. L. 108-173
- Determinaciones de cobertura

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6751.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6751, 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/R1882CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1882, CR 6751

## Re-escritura del editor de computadora personal del código integrado de paciente ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM6709

Número de petición de cambio relacionado: 6709

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de noviembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de abril 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R599OTN

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

### Resumen

La sección 508 de la ley de rehabilitación de 1973 (29 U.S.C. 794d) requiere que cuando el gobierno federal proporciona tecnología e información electrónica (EIT), esta EIT debe permitir a los empleados federales y personas comunes que sufran alguna discapacidad, acceso y uso similar a la información y datos que se pone al alcance de los empleados federales y público en general que no son discapacitados. Esta reglamentación ha sido modificada por Workforce Investment Act de 1998 (P.L. 105-220) Subsección 508(a) (1).

Por lo tanto, de acuerdo a 36 CFR 1194 (Estándares 508), sin importar el formato, todo el material de contenidos y comunicados por Internet que sean producidos, incluyendo texto, audio o video, deben proceder conforme a los estándares de la sección 508.

Todos los contratistas (incluyendo subcontratistas) o consultores responsables de preparar o publicar contenidos, deben cumplir con los estándares de accesibilidad de la sección 508 como y donde corresponda con lo establecido en las políticas aludidas o documentos estándares.

El nuevo software de computadora personal del editor de código integrado de paciente ambulatorio (IOCE) hará que:

- El producto interactivo cumpla completamente con los estándares actuales de accesibilidad de tecnología e información electrónica provistos en la sección 508.
- La plataforma tecnológica actual, basada en Java, de manera tal de agudizar el desarrollo e incremento de futuras reutilizaciones

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6709.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6709, 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/R599OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 599, CR 6709

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

---

## Sistema PC PRICER actualizado para el pago prospectivo por paciente hospitalizado -- año fiscal 2010

El sistema de pago prospectivo por paciente hospitalizado (PPS) de computadora personal (PC) PRICER del año fiscal (FY) 2010 ha sido actualizado en la Internet para reclamaciones del FY 2010. Vaya, en la página de paciente hospitalizado de PPS PC PRICER, [http://www.cms.hhs.gov/PC\\_PRICER/03\\_inpatient.asp](http://www.cms.hhs.gov/PC_PRICER/03_inpatient.asp), a la sección Downloads. El Inpatient PPS PC Pricer User Manual (manual del usuarios de paciente hospitalizado PPS PC Pricer) para FY 2010 ha sido también actualizado con nueva información para el procesamiento de las reclamaciones FY 2010. Si usted utiliza FY 2010 de paciente hospitalizado PPS PC PRICER, vaya a la página indicada más arriba y descargue la última versión de PC PRICER y manual del usuario. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-13

## Actualización de las tasas del sistema prospectivo de pagos de servicios de salud en el hogar para el año calendario 2010

Número de *MLN Matters*: MM6747

Número de petición de cambio relacionado: 6747

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1864CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

### Resumen

El pago de ciertos servicios de laboratorio de ESRD realizados por un laboratorio independiente es incluido en el cálculo de índice compuesto para los centros de ESRD. Cuando se factura a Medicare por pruebas relacionadas a ESRD AMCC, los laboratorios deben indicar cuales pruebas están o no incluidas dentro del índice compuesto del centro de ESRD para asegurar el reembolso apropiado.

La regla de ESRD 5050 clasifica las pruebas relacionadas a ESRD AMMCC de acuerdo a las siguientes categorías:

1. La prueba AMCC ordenada por un centro ESRD (o un médico incluido en pago mensual de capitación (MCP), i.e., un médico MCP) que es parte del índice compuesto y no se puede facturar por separado.
2. La prueba AMCC ordenada por un centro ESRD (o médico MCP) que es una prueba de índice compuesto, pero va más allá de la frecuencia normal cubierta bajo el índice y es reembolsada por separado basado en la necesidad médica.
3. La prueba AMCC ordenada por un centro ESRD (o médico MCP) que no es parte del índice compuesto y es facturado por separado.

Con vigencia para las reclamaciones procesadas el 5 de abril de 2010 en adelante, Medicare validará las reclamaciones para pruebas relacionadas a automated multi-channel chemistry (AMCC) de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) provistas a un beneficiario que es elegible para servicios de ESRD y asegurar el cumplimiento con las instrucciones de facturación concernientes al uso de los modificadores de regla de ESRD 50/50 CD, CE, y CF.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6747.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6747, 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/R1864CP.pdf>.

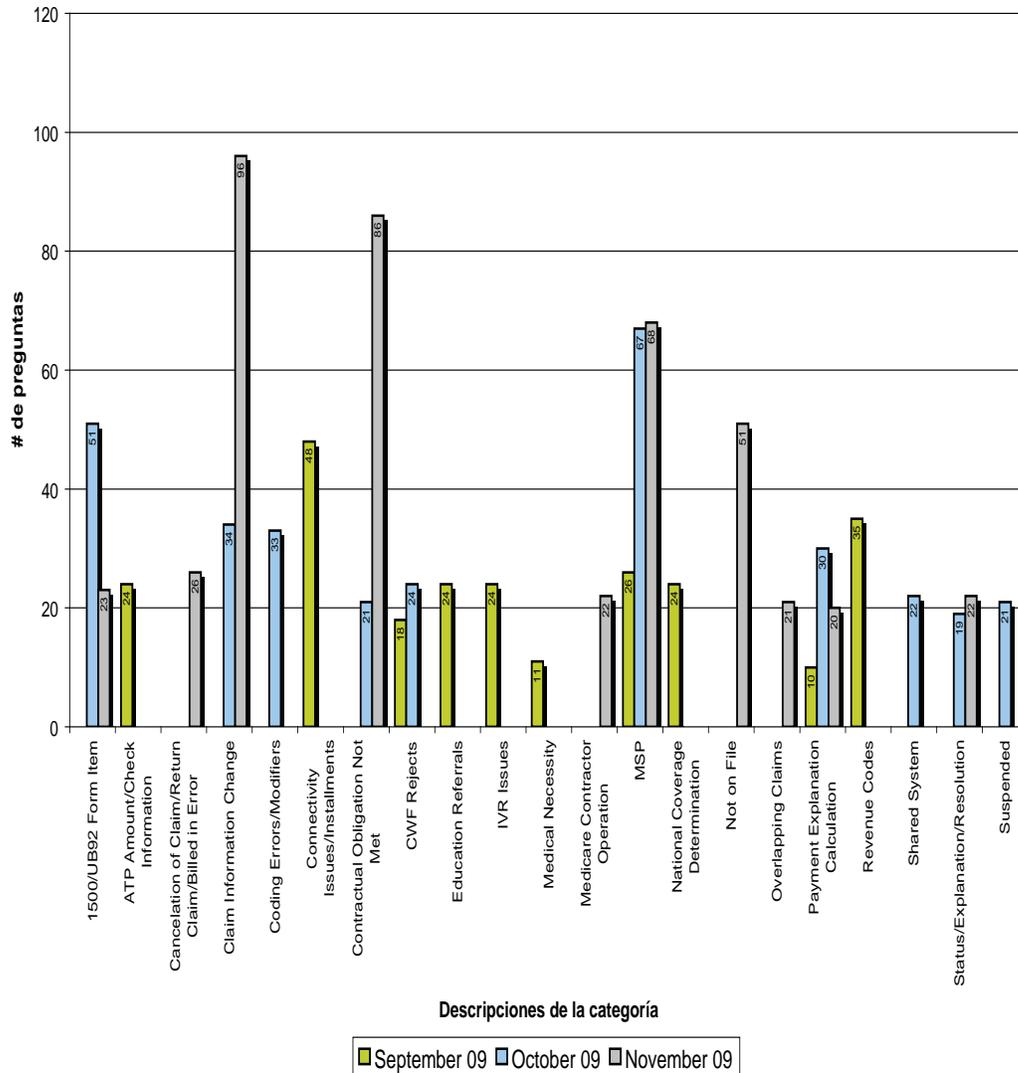
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1864, CR 6747

**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.

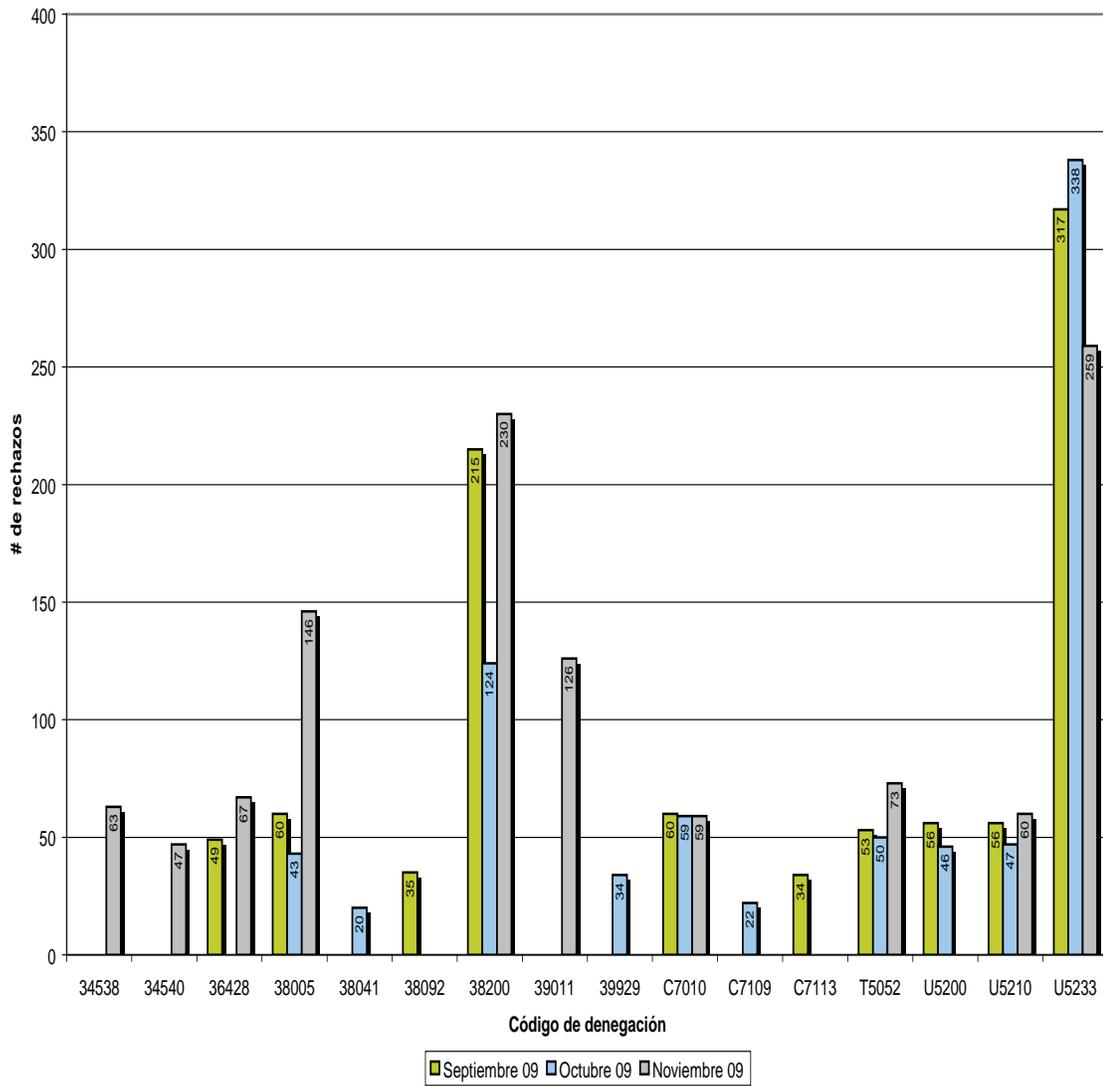
## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como improcesables, desde septiembre a noviembre de 2009

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

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



Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en septiembre-noviembre 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://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://medicare.fcso.com>, haga clic en el enlace “*eNews*” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

## Más información

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

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

## Tabla de contenido

### LCD Nuevas

A01991: Cuidado monitoreado de anestesia .....	25
A23700: Manipulación bajo anestesia (MUA) .....	26
A90999: Frecuencias de servicios de hemodiálisis.....	26

### Modificaciones a las LCD Existentes

A78460: Imagen de perfusión miocárdica .....	27
Toxinas botulinum.....	27
AJ9025: Azacitidine.....	28
ANCSVCS: Lista de servicios sin cobertura de Medicare.....	28
AVISCO: Terapia de viscosuplementación de la rodilla.....	29
Intravitreal Bevacizumab (Avastin®).....	29
Cambios a determinaciones locales de cobertura HCPCS de 2010.....	30

### LCD Retirada

Centros de rehabilitación de paciente hospitalizado.....	31
--	----

### Información Médica Adicional

Guía sobre el tratamiento de tele terapia de radiación.....	32
---	----

## 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).

## LCD Nuevas

### A01991: Cuidado monitoreado de anestesia para ciertos servicio de intervencionistas del dolor -- nueva LCD

Identificador de LCD: L30561 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Cuidado de anestesia monitoreado (MAC) es un servicio anestésico específico para un diagnóstico o procedimiento terapéutico. Esta nueva LCD específicamente trata el uso de MAC con ciertos procedimientos del manejo del dolor intervencionista (Códigos CPT 20550, 20551, 20552, 20553, 27096, 62310, 62311, 64479, 64480, 64483, 64484, 64490, 64491, 64492, 64493, 64494, y 64495) donde es típico que la práctica actual apoye esa anestesia local solamente, inclusive de estos procedimientos. Para ciertos pacientes, la adición de sedación leve (el servicio del médico no es pagado por separado) o sedación (conciente) moderada (Códigos CPT 99143-99150), pueden ser parte de estos procedimientos de invasión mínima. Como se describió en esta LCD, la adición de MAC, un segundo servicio del médico (u otro servicio del proveedor de anestesia calificado), al episodio del cuidado de estos servicios deben cumplir, pero no exceder, la necesidad médica del paciente y ser prestados en acuerdo con los estándares aceptados de práctica médica de diagnóstico o tratamiento de la condición del paciente.

Las indicaciones específicas y limitaciones de cobertura descritas en la LCD están representadas por los siguientes códigos CPT:

- 01991 - *Anesthesia for diagnostic or therapeutic nerve blocks and injections (when block or injection is performed by a different provider); other than the prone position*
- 01992 - *Anesthesia for diagnostic or therapeutic nerve blocks and injections (when block or injection is performed by a different provider); prone position*

Medicare considerará MAC médicamente razonable y necesario cuando la condición del paciente requiere la presencia de un segundo médico representado por un anesthesiólogo o proveedor de anestesia calificado en adición al proveedor que realiza el procedimiento. La condición médica del paciente o naturaleza del procedimiento debe requerir la presencia de un anesthesiólogo o proveedor de anestesia calificado para administrar la sedación, si

es utilizada, para manejar las vías respiratorias & signos vitales, y para evaluar continuamente los problemas clínicos del paciente y tratar apropiadamente para asegurar la seguridad y comodidad del paciente. La presencia de una condición existente o una condición tratable y estable no es suficiente evidencia de que el cuidado de anestesia monitoreada es médicamente razonable y necesaria. Además de las indicaciones y limitaciones, la LCD también incluye los requisitos de documentación, pautas de utilización y un documento adjunto de pautas de codificación “Coding Guidelines”.

Medicare paga servicios MAC que son razonables y necesarios en la misma base que otros servicios de anestesia. Cuando la condición del paciente no cumple con la necesidad médica como está descrita en las indicaciones y limitaciones de esta LCD, el proveedor debe anexar los modificadores GA o GZ, como sea apropiado, junto con el modificador QS. Esto resultará en la denegación apropiada de los servicios del manejo del dolor intervencionista como se describió arriba. Las reclamaciones MAC con el modificador QS requerido **sin el modificador GA/GZ** deben ser solamente facturadas cuando el MAC cumple claramente los criterios razonables y necesarios para procedimientos de inyección intervencionista del dolor descrito en esta LCD.

Esta nueva LCD entra en vigencia para servicio prestado desde el 25 de enero 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> ❖

## A23700: Manipulación bajo anestesia (MUA) -- nueva LCD

Identificador de LCD: L30563 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La manipulación bajo anestesia (MUA) es un procedimiento no-invasivo que combina manipulación manual de una articulación con la anestesia general. Los pacientes incapaces de tolerar procedimientos manuales debido a dolor, espasmo contracción muscular o estado de alerta, podrían beneficiarse del uso de anestesia general previo a la manipulación. Debido a que el mecanismo reflejo de protección del paciente está ausente bajo anestesia, la manipulación usando una combinación de manipulaciones específicas breves y de bajo nivel, elongación pasiva y maniobras kinestéticas (kinesthetic) específicas articulares y posicionales, con la finalidad de romper adhesiones fibrosas y tejido de cicatrices alrededor de la articulación y tejido adyacente, se hace menos difícil. MUA deberá ser realizado solamente a pacientes seleccionados que no han respondido a la terapia convencional.

Esta determinación de cobertura local (LCD) ha sido desarrollada para proveer indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica a códigos CPT/HCPCS, ICD-9-CM, en apoyo de necesidad médica, requisitos de documentación, instrucciones de utilización y codificación de MUA.

### Fecha de vigencia

Esta nueva determinación local de cobertura entra en vigencia para servicios provistos **a partir del 25 de enero de 2010**. 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> ❖

## A90999: Frecuencias de servicios de hemodiálisis -- nueva LCD

Identificador de LCD: L30566 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El estado terminal de la enfermedad renal (ESRD) ocurre a partir de la destrucción de los tejidos normales de los riñones durante un largo período de tiempo. La pérdida funcional del riñón durante el período de ESRD es usualmente irreversible y permanente. Diálisis es un procedimiento por el cual los productos de desecho son quitados del cuerpo por difusión de un compartimiento de fluidos a otro, a través de una membrana semipermeable. Hay dos tipos de procedimiento de diálisis de uso clínico común: hemodiálisis y diálisis peritoneal. Ambos tipos de procedimiento son aceptables como modalidad de tratamiento de ESRD y tienen cobertura como beneficio ESRD de Medicare. Las instrucciones a nivel nacional pueden ver se en el *Medicare Benefit Policy Manual* (manual de políticas de beneficio de Medicare), Pub 100-02, Capítulo 11, Sección(es) 10 y 30.1 y en el *Medicare Claims Processing Manual* (manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare), Pub 100-04, Capítulo 8, Sección 10.

Hemodiálisis es un procedimiento por el cual la sangre pasa a través de una máquina riñón artificial y los productos de desecho se diluyen a través de una membrana artificial a un baño en una solución conocido como dialysate (dialisato) después de lo cual la sangre limpia es devuelta al cuerpo del paciente. La hemodiálisis se realiza habitualmente en una sesión de tres a cuatro horas de duración, tres veces

por semana. Las sesiones de hemodiálisis que excedan la frecuencia de tres sesiones semanales deben ser médicamente razonables y necesarias.

Esta determinación de cobertura local (LCD) ha sido preparada para proveer indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos ICD-9-CM, instrucciones de utilización y requisitos de documentación para pacientes que pudiesen necesitar sesiones adicionales de hemodiálisis, más allá de los beneficios de tres sesiones semanales de ESRD de Medicare.

### Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es válida para servicios prestados **a partir del 25 de enero de 2010**. 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> ❖

## Modificaciones a las LCD Existentes

### A78460: Imagen de perfusión miocárdica -- modificación de la LCD

Identificador de LCD: L28934 (Florida)

Identificador de LCD: L28955 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para myocardial perfusion imaging fue modificada por última vez el 1 de octubre de 2009. Después de esa fecha, la sección de la LCD “códigos ICD-9 que apoyan la necesidad médica” para códigos CPT 78460, 78461, 78464, 78465, 78478 y 78480 ha sido modificada para agregar el código ICD-9-CM V58.69 (uso a largo-plazo [actual] de otros medicamentos). El código ICD-9-CM V58.69 deberá ser utilizado solamente como código secundario y no deberá ser facturado como diagnóstico primario. La sección “Documentation Requirements (requisitos de documentación)” de la LCD también ha sido modificada para indicar: Los registros médicos deben documentar la presencia de anomalías significativas en electrocardiogramas (ECG) restantes, o que se está usando un medicamento que no se puede suprimir, lo que podría

interferir con la interpretación de un estrés ECG, resultante en la selección del estudio myocardial perfusion study.

#### Fecha de vigencia

Se elimina esta LCD para servicios prestados a **partir del 17 de diciembre 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> ❖

### TOXINAS ABOTULINUM: Toxinas botulinum -- modificación de la LCD

Identificador de LCD: L28788 (Florida)

Identificador de LCD: L28790 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para toxinas botulinum fue revisada por última vez el 16 de abril de 2009. Desde ese tiempo, la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada de acuerdo con la U.S. Food and Drug Administration (FDA), para actualizar los nombre de medicamentos establecidos para “toxinas botulinum tipo A” y para actualizar el nombre establecido del medicamento de “toxina botulinum tipo B” a “rimabotulinumtoxinB”. El documento adjunto de pautas de codificación (Coding Guidelines) ha sido también revisado respectivamente.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados desde la fecha de aprobación de la FDA del 31 de julio de 2009.

La toxina botulinum “abobotulinumtoxinA (Dysport™)” fue aprobada por la FDA el 29 de abril de 2009 para el tratamiento de adultos con distonía cervical para reducir la severidad de posición anormal de cabeza y dolor de cuello en toxinas no tratadas previamente y pacientes tratados previamente. Concerniente a esto, una nueva sección ha sido añadida bajo la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD, “FDA indication for Dysport™”. La sección de “CPT/HCPCS Codes” de la LCD ha sido revisada para incluir el código HCPCS J3590 (productos biológicos no clasificados) y la sección de “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada para añadir una nueva sección “código HCPCS J3590 (abobotulinumtoxinA [Dysport™])” y códigos

ICD-9-CM 333.83 que apliquen (tortícolis espasmódica) y 723.5 (Tortícolis, no especificada). La sección de “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD ha sido actualizada, como también el documento adjunto de pautas de codificación (Coding Guidelines) para incluir información de codificación y facturación para abobotulinumtoxinA (Dysport™).

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD tiene vigencia para servicios prestados **desde la fecha de aprobación de la FDA del 29 de abril de 2009**.

El documento adjunto de la LCD (Coding Guidelines) ha sido revisado para eliminar los códigos CPT 95860, 95869 y 95870 de la lista de códigos guía de electromiografía que pueden ser cubiertos si el médico tiene dificultad en determinar el sitio apropiado de inyección.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión al documento adjunto (Coding Guidelines) tiene vigencia para servicios prestados **desde el 12 de noviembre de 2009**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

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

## AJ9025: Azacitidine (Vidaza®) -- modificación de la LCD

Identificador de LCD: L28780 (Florida)

Identificador de LCD: L28784 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para azacitidine (Vidaza®) ha estado vigente para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida y desde el 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Después de esa fecha se ha evaluado un pedido de reconsideración y se han efectuado, a la LCD, las siguientes modificaciones:

- En la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)” de la LCD de azacitidine (Vidaza®), se ha agregado *acute myeloid leukemia* como un indicador fuera-de-rótulo;
- En la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity (códigos ICD-9 en apoyo de necesidad médica)” de la LCD, se ha agregado el rango de diagnóstico 205.00-205.02;
- Además, ha sido actualizada la sección “Sources of Information and Basis for Decision (fuentes de información y bases para decisiones)” de la LCD.

### Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados a partir del 10 de diciembre 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> ❖

## ANCSVCS -- Lista de servicios sin cobertura de Medicare -- modificación de la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

Identificador de LCD: L29023 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para la lista de servicios sin cobertura de Medicare fue actualizada el 1 de enero de 2010. Después de esa fecha se hizo una modificación para agregar el código *CPT 86849* (procedimiento inmunológico fuera de lista [Prueba AlloMap®]) de acuerdo a sección “Local Noncoverage Decisions-Laboratory Procedures (procedimientos locales de decisiones-laboratorios)” de la LCD.

Esta modificación es un resultado de la prueba AlloMap® para receptores de trasplantes de corazón. Revisiones de la literatura basada en la evidencia han demostrado que esta prueba es investigacional/experimental y actualmente puede llevarse a cabo solamente en un laboratorio localizado en California. Por lo tanto, el código *CPT 86849* con la descripción indicada antes ha sido agregado en la LCD a la lista de servicios sin cobertura de Medicare.

### Fecha de vigencia

La vigencia de la modificación de esta LCD procede para servicios provistos a partir del 25 de enero de 2010. 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> ❖

## AVISCO: Terapia de Visco suplementación de la rodilla -- modificación de la LCD

**Identificador de LCD: L29005 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29037 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para Terapia de visco-suplementación de la rodilla, ha sido modificada por última vez el 16 de julio de 2009. Después de esa fecha, la LCD ha sido revisada varias veces.

- First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha notado que los proveedores están utilizando más de un agente de visco-suplementación dentro del curso del mismo tratamiento. Por lo tanto, la sección "Utilization Guidelines (instrucciones de utilización)" de la LCD ha sido modificada para clarificar que una vez que se ha iniciado un curso de tratamiento con un agente, debe ser completado por el mismo agente.

### Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados a **partir del 5 de noviembre de 2009**.

- Adicionalmente, el código HCPCS C9399 ha sido eliminado y se ha agregado una explicación parenthetical bajo el código HCPCS J7322 en la sección "CPT/HCPCS Codes" para proveer instrucciones

cuando se facture para Synvisc-one. El anexo a la LCD "Coding Guidelines (instrucciones de codificación)" también ha sido modificado en concordancia.

### Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados **desde el 26 de febrero de 2009 al 31 de diciembre 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> ❖

## Intravitreal Bevacizumab (Avastin®) -- modificación de 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 modificada por última vez el 1 de octubre de 2009. Después de esa fecha, la LCD ha sido modificada en la sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)" de la LCD, para indicar que la dosis estimada es de 1.25 mg (0.05ml) o menos, en un promedio anual de cada cuatro o cinco semanas, según sea necesario, para inyección aséptica intravitreal en el ojo afectado. El tratamiento continúa mensualmente hasta que hayan mejorado la neovascularización anormal, la hemorragia vítrea, el edema macular, el fluido subretinal y/o el desprendimiento del pigmento epitelial. Además, la sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity (códigos ICD-9 que respaldan una necesidad médica)" de la LCD, ha sido modificada para agregar el código ICD-9-CM 362.29 (Other nondiabetic proliferative retinopathy (otras retinopatías no diabéticas proliferativas)) y la declaración bajo la lista de códigos ICD-9-CM ha sido modificada para indicar: \*Según el manual de codificación ICD-9-CM de American Medical Association (colegio médico de los Estados Unidos, AMA), el código ICD-9-CM 362.07 requiere diagnóstico dual. El código ICD-9-CM 362.07 debe ser usado en conjunto con un código para retinopatía diabética (códigos ICD-9-CM 362.01-362.06). El tercer elemento de la sección "Documentation Requirements (requisitos de documentación)" ha sido modificado para indicar: Resultados de prueba para establecer en forma

categoría el diagnóstico mediante fluorescein angiogram (angiograma fluorescente) u optical coherence tomography (tomografía de coherencia óptica, OCT) para personas con retinopatía diabética proliferativa, edema diabético macular, neovascularización retinal, oclusión de la vena de la retina, oclusión venosa tributaria (ramal), degeneración macular exudativa y edema de la retina. No se requieren pruebas adicionales para diagnóstico establecido en caso de rubeosis iridis o en el caso de hemorragia vítrea en el cual no puede ser visualizada la neovascularización. Ha sido, además, actualizada la sección "Sources of Information and Basis for Decision (fuentes de información y base para decisiones)" de la LCD.

### Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados a partir del 8 de diciembre 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> ❖

## Cambios a determinaciones locales de cobertura HCPCS de 2010

First Coast Service Options Inc. ha modificado las determinaciones locales de cobertura (LCD) afectadas por la actualización anual de 2010 de Healthcare Common Procedure Coding System (sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud, HCPCS). Consecuentemente, hay códigos que han sido agregados, modificados y suprimidos.

Título de la LCD	Cambios
ABOTULINUM TOXINS Botulinum Toxins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambio de descriptor para códigos HCPCS J0585 y J0587.</li> <li>Se cambia código HCPCS C9399 a HCPCS J0586.</li> <li>Se elimina el código HCPCS J3590 del anexo "Coding Guidelines (instrucciones de codificación)".</li> </ul>
Intravitreal Bevacizumab (Avastin®)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deleted HCPCS code Q2024</li> <li>Added HCPCS code C9257</li> </ul>
AJ7186 Hemophilia Clotting Factors	Cambio de descriptor para código HCPCS J7192.
AJ9170 Docetaxel (Taxotere®)	Se elimina el código HCPCS J9170. Se agrega el código HCPCSJ9171. Se cambia el número de identificación de contratista AJ9171.
ANCSVCS Lista de servicios sin cobertura de Medicare	Se cambia el descriptor para el código <i>CPT 95806</i> . Se eliminan los códigos <i>CPT 0144T*</i> , <i>0170T*</i> , y <i>0194T*</i> (*de investigación) de la sección "Local Non-coverage Decisions (decisiones locales de omisión de cobertura)" de la Determinación Local de Cobertura (LCD). Se eliminan los códigos <i>CPT 0062T</i> y <i>0063T</i> de la sección "National Noncoverage Decisions (decisiones nacionales de omisión de cobertura)" de la LCD. Se agrega el código <i>CPT 22899</i> (Percutaneous intradiscal annuloplasty, cualquier método que no sea electrotérmico) a la sección "National Noncoverage Decisions (decisiones nacionales de omisión de cobertura)" de la LCD. Se agregan los códigos <i>CPT 0205T*</i> , <i>0206T*</i> , <i>0207T*</i> , <i>0208T</i> , <i>0209T</i> , <i>0210T</i> , <i>0211T</i> , <i>0212T</i> , <i>0213T*</i> , <i>0214T*</i> , <i>0215T*</i> , <i>0216T*</i> , <i>0217T*</i> , <i>0218T*</i> , <i>0219T*</i> , <i>0220T*</i> , <i>0221T*</i> , <i>0222T*</i> , <i>46707*</i> , <i>84145*</i> , y <i>83987*</i> a la sección decisiones locales de omisión de cobertura de la LCD.
AVISCO Viscosupplementation Terapia de la rodilla	Se elimina el código HCPCS J7322. Se agrega el código HCPCSJ7325.
A36470 Tratamiento de várices a las venas de las extremidades inferiores	Cambio de descriptor para el código <i>CPT 37760</i> . Se agrega el código <i>CPT 37761</i> .
A55873 Extirpación quirúrgica de la próstata mediante cryosurgery (cirugía que incluye congelamiento de tejido)	Cambio de descriptor para el código <i>CPT 55873</i> .
A0145T Computed Tomographic Angiography del pecho, corazón y arterias coronarias	Se eliminan los códigos <i>CPT 0145T</i> , <i>0146T</i> , <i>0147T</i> , <i>0148T</i> , <i>0149T</i> , <i>0150T</i> , y <i>0151T</i> . Se agregan los códigos <i>CPT 75571</i> , <i>75572</i> , <i>75573</i> , y <i>75574</i> . Se elimina el código <i>CPT 0144T</i> del anexo "Coding Guidelines (instrucciones de codificación). El número de determinación de contratista se cambia a A71275.
A0067T Computed Tomographic Colonography	Se elimina el código <i>CPT 0067T</i> . Se agregan los códigos <i>CPT 74261</i> y <i>74262</i> . Se elimina el código <i>CPT 0066T</i> del anexo "Coding Guidelines (instrucciones de codificación)". Se agrega, solamente como informativo, el código <i>CPT 74263</i> al anexo "Coding Guidelines" señalando que no tiene cobertura. El número de determinación de contratista se cambia a A74261.

*Cambios a determinaciones locales de cobertura HCPCS de 2010... (continuación)*

A78460 Myocardial Perfusion Imaging	Se eliminan los códigos CPT 78460, 78461, 78464, 78465, 78478, y 78480. Se agregan los códigos CPT 78451, 78452, 78453, y 78454. El número de determinación de contratista se cambia a A78451.
A85692 Syphilis Test	Se cambia el descriptor de códigos CPT 86592 y 86593. Se elimina el código CPT 86781. Se agrega el código CPT 86780.
A93701 Cardiac Output Monitoring by Thoracic Electrical Bioimpedance	Cambio de descriptor para el código CPT 93701.
A95860 Electromyography y Nerve Conduction Studies	Se agrega el código CPT 95905.

\*Investigación

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

Fuente: CMS Pub 100-04, Transmittal 1813, CR 6620

El material en cita y/o en *itálico* es extraído del *Current Procedural Terminology* de la American Medical Association. Los códigos CPT, descripciones y otros datos solamente tienen derechos de autor 2008 de la American Medical Association (u otra fecha de publicación del CPT). Todos los derechos están reservados. Aplican las FARS/DFARS que apliquen.

## LCD Retirada

### AIRF: Centros de rehabilitación de pacientes hospitalizados -- LCD retirada

Identificador de LCD: L28891 (Florida)

Identificador de LCD: L28913 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para establecimientos de rehabilitación de pacientes hospitalizados, ha estado vigente para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida y desde el 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Después de esa fecha, en pase a la petición de cambio 6699, para servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados, los requisitos de cobertura deben ser actualizados en el manual de sistemas de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid Services (CMS), Pub 100-02, *Medicare Benefit Policy Manual* (manual de políticas de beneficios de Medicare), capítulo 1, sección 110. Por lo tanto, se ha determinado dejar sin efecto esta LCD.

#### Fecha de vigencia

Se elimina esta LCD para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2010. 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> ❖

## Información Médica Adicional

### Guía sobre el tratamiento de tele terapia de radiación

En la actualidad, hay varias tecnologías que proporcionan guías para la administración de terapia de radiación. Las ventajas de las guías de inter-fraction (normalmente por imagen) vs. guías de intra-fraction con terapia intensa de radiación modulada (IMRT) u otros sistemas de administración, está emergiendo y se está publicando más información. First Coast Service Options Inc. (FCSO) no posee una declaración positiva de cobertura para los diferentes sistemas. FCSO no considera que haya una base para el pago de reclamaciones de múltiples procedimientos guía para la misma fecha de prestación del servicio. Después de revisar la literatura y debatir el tema con expertos en la materia, parece ser razonable reembolsar por un procedimiento de guía/localización/búsqueda si el servicio es razonable y necesario para un episodio dado de atención médica.

Por lo tanto, cuando corresponde un código de guía de tratamiento por radiación (no incluido en el servicio de administración del tratamiento), FCSO, considerará **solamente uno** de los siguientes códigos de procedimiento para posible cobertura y pago en una fecha dada de prestación del servicio. Como siempre, la documentación médica debe respaldar que el servicio es razonable y necesario para un episodio dado de atención médica a ese paciente.

*76950 Ultrasonic guidance for placement of radiation therapy fields*

*77014 Computed tomography guidance for placement of radiation therapy fields*

*77280 Therapeutic radiology simulation-aided field setting; simple*

*77399 Unlisted procedure, medical radiation physics, dosimetry and treatment devices, and special services*

*77421 Stereoscopic X-ray guidance for localization of target volume for the delivery of radiation therapy*

*0197T Intra-fraction localization and tracking of target or patient motion during delivery of radiation therapy* (e.g. 3D positional tracking, gating, 3D surface tracking), each fraction of treatment.

Cabe hacer notar que los códigos *CPT 76950*, *77014* y *77421* son códigos de terapia de radiación guiada por imagen (IGRT) y tienen precio fijado en el Outpatient Prospective Payment System (sistema prospectivo de pagos de paciente ambulatorio, OPSS) y el Medicare Carrier System (sistema de proveedores de Parte B de Medicare, MCS). El código *CPT 0197T* de categoría III, es un código de tecnología emergente con precio de contratista MCS. Describe la tecnología Calypso® u otros servicios que pudieran igualar el descriptor. Los códigos fuera de lista *CPT 77399* y *CPT 77280*, son descriptores amplios. Se recomienda que el código *CPT 77280* no sea utilizado como guía de prestación de tratamiento.

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

El material en cita y/o en itálico es extraído del *Current Procedural Terminology* de la American Medical Association. Los códigos *CPT*, descripciones y otros datos solamente tienen derechos de autor 2008 de la American Medical Association (u otra fecha de publicación del *CPT*). Todos los derechos están reservados. Aplican las FARS/DFARS que apliquen.

## COBERTURA Y REEMBOLSO

### Valores límites de terapia para el año calendario 2010

Número de *MLN Matters*: MM6660

Número de petición de cambio relacionado: 6660

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1860CP

Fecha de implementación: 1 de enero de 2010

#### Resumen

El Balanced Budget Act de 1997 establece límites anuales para los pacientes de Medicare Parte. Estos límites cambian anualmente. El Deficit Reduction Act de 2005 ordenó que un proceso para excepciones de límites de terapia para servicios médicamente necesarios sea implementado. El Medicare Improvements for Patients and Providers Act de 2008 (MIPPA) fue constituido en ley el 15 de julio de 2008, y extendió la fecha de vigencia del proceso de excepciones a los límites de terapia al 31 de diciembre de 2009. El proceso de excepciones continuará sin ningún cambio para el marco de tiempo ordenado por el Congreso.

Los límites del año calendario 2010 en gastos incurridos son como siguen:

- Terapia física y servicios de patología del lenguaje combinados -- \$1860
- Servicios de terapia ocupacional -- \$1860

Los límites están basados en gastos incurridos e incluyen el deducible aplicable y coseguro.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6660.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6660, 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/R1860CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1860, CR 6660

**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.

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

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

## Pago por marcadores de tejido implantable

Número de *MLN Matters*: MM6579

Número de petición de cambio relacionado: 6579

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R604OTN

Fecha de implementación: 1 de enero de 2010

### Resumen

Este artículo clarifica el pago por marcadores de tejido, implantable, de cualquier tipo, código A4648 del Healthcare Common Procedure Coding System (sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud, (HCPCS)), cuando está facturado en una reclamación médica y utilizado en conjunto con el código 55876 de la Current Procedural Terminology (terminología actual de procedimientos (CPT)) (colocación de dispositivos intersticiales para guía de terapia de radiación (e.g., marcadores de referencia, dosímetros, percutáneos, prostáticos, simples o múltiples).

El código HCPCS A4648 es facturable y pagable en forma separada cuando está facturado en una reclamación médica y utilizado en conjunto con el código CPT 55876. Por lo tanto, en estas instancias, se hará un pago por separado del código HCPCS A4648. Si A4648 es facturado en una reclamación médica y el código CPT 55876 no es facturado en la misma fecha de servicio, Medicare denegará el pago de A4648 con código de motivo de denegación de ajuste de reclamación B15, indicando:

Este servicio/procedimiento requiere que sea recibido y cubierto por un servicio-procedimiento calificado. Este otro servicio-procedimiento calificado no ha sido recibido/adjudicado.

**Nota: No hay cambios en CR 6579 a la política de pagos actual para A4648 con respecto a pagos a hospitales por pacientes hospitalizados o servicios de hospital a pacientes ambulatorios o con respecto al pago a centros de cirugía ambulatoria.**

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6579.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6579, 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/R604OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 604, CR 6579

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

### Entérese primero: Suscríbase a eNews de FCSO

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

## Postergación de implementación de fase 2 de modificaciones de reclamaciones para proveedores que ordenan/refieren

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) postergarán hasta el 5 de abril de 2010 la implementación de la fase 2 de la petición de cambio (CR) 6417 (Expansión del ámbito actual de revisión para proveedores que ordenan/refieren para reclamaciones procesadas por contratistas y contratistas administrativos de Parte B de Medicare (MAC)) y CR 6421 (Expansión del ámbito actual de revisión para proveedores que ordenan/refieren equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y suministros (DMEPOS) reclamaciones de suplidores procesadas por contratista administrativo de Medicare de equipo médico durable (DME MAC)).

Las CR 6417 y 6421 corresponden solamente a reclamaciones Parte B.

La postergación de la implantación de la fase 2 de estas CR, dará a los médicos y otros profesionales de la salud que ordenan servicios para los beneficiarios de Medicare o que refieren beneficiarios de Medicare a otros proveedores o suplidores, tiempo suficiente para inscribirse en Medicare o emprender la acción necesaria para establecer un registro actualizado de inscripción en Medicare antes de la implementación de la fase 2.

Aún estando inscritos en Medicare, muchos médicos y otros profesionales de la salud que están facultados para ordenar ítems o servicios o referir beneficiarios de Medicare a otros proveedores o suplidores de Medicare no tienen actualmente registros de inscripción en Medicare para esos servicios. Un registro de inscripción actual es uno que está en el sistema de inscripción de negocios en cadena y propietarios individuales (PECOS) y también contiene el identificador nacional del proveedor médico/profesionales de la salud (NPI). De acuerdo a la fase 2 del CR mencionado anteriormente, un médico u otro profesional de la salud que ordena o refiere y no tiene un registro de inscripción vigente que contenga el NPI causará que sea rechazada la reclamación presentada por el proveedor/suplidor de Parte B que emitió la orden o refirió dicho servicio a otro médico o profesional de la salud.

CMS continúa urgiendo a médicos y otros profesionales de la salud que están inscritos en Medicare pero que no han actualizado su registro de inscripción desde noviembre 2003 que lo hagan ahora. Si estos médicos y profesionales de la salud no tienen cambios en sus datos de inscripción es preciso que presenten una solicitud de inscripción inicial para establecer un registro de inscripción vigente en PECOS.

### Para médico y otros profesionales de la salud que ordenan o refieren

**Si usted no está inscrito en el programa Medicare**, o si usted está inscrito por más de seis años y no ha presentado actualizaciones o cambios a su información de inscripción durante más de seis años, entonces usted no tiene registro de inscripción en PECOS. Con la finalidad de poder continuar ordenando o refiriendo servicios, usted debe presentar una solicitud de inscripción original utilizando alguno de los

siguientes métodos:

1. Utilización de PECOS basado en Internet (el que transmite por medio de Internet su solicitud de inscripción al contratista de Parte B de Medicare o A/B MAC inmediatamente después de presentada su solicitud)
2. Utilización de la solicitud impresa que corresponda para inscribirse como proveedor de Medicare (CMS-855I y CMS-855R, según sea apropiado) y enviando por correo, la solicitud debidamente completada, adjuntando toda la documentación suplementaria adicional que sea requerida, al contratista local de Parte B de Medicare o A/B MAC, el que ingresará su información al sistema PECOS para el procesamiento de su solicitud de inscripción. Puede encontrar la información de como inscribirse en Medicare, en el sitio de Internet de inscripción del proveedor/suplidor de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/>.

**Si está actualmente inscrito en Medicare**, asegúrese que tiene un registro de inscripción vigente. Usted

puede averiguar si tiene un registro de inscripción PECOS llamando a su contratista designado de Parte B de Medicare o en línea, utilizando PECOS basado en Internet para ver su registro de inscripción. CMS estará constantemente

agregando al sitio de Internet de inscripción del proveedor/suplidor de Medicare, información adecuada para guiarle a través de este proceso. En el sitio de Internet de CMS dedicado a inscripción de proveedores/suplidores puede encontrarse un enlace a PECOS basado en Internet. CMS recomienda que lea la información disponible en la sección documentos que pueden descargarse de Internet, antes de utilizar PECOS basado en Internet.

**Si usted es dentista o médico con una especialidad tal como pediatría** que es elegible para ordenar o referir ítems o servicios para beneficiarios de Medicare pero no está inscrito en Medicare porque Medicare no cubre los servicios que usted provee o usted trata pocos beneficiarios de Medicare, usted necesita inscribirse en Medicare con la finalidad de continuar ordenando o refiriendo ítems o servicios a los beneficiarios de Medicare.

**Si usted es médico empleado** del Departamento de Veteranos de Department of Veterans Affairs (Departamento de Veteranos de Guerra), Public Health Service (Servicio de Salud Pública) y Defense Tricare program (programa de Defensa Tricare), pero no está inscrito en Medicare porque Medicare no paga por los servicios que usted presta, usted necesita inscribirse en Medicare con la finalidad de continuar ordenando o refiriendo ítems o servicios a los beneficiarios de Medicare

**Si usted es médico residente en posesión de licencia médica** pero no está inscrito en Medicare porque Medicare no paga por los servicios que usted presta, usted no necesita inscribirse en Medicare con la finalidad de continuar ordenando o refiriendo ítems o servicios a los

**Es necesario inscribirse en Medicare para continuar ordenando o refiriendo ítems o servicios a los beneficiarios**

## Postergación de implementación Fase 2 de... (continuación)

beneficiarios de Medicare. Es el profesor de medicina -- no el médico residente -- quien debe estar identificado en reclamaciones como proveedor que ordena/refiere cuando un médico residente ordena o refiere ítems o servicios para beneficiarios de Medicare.

### Acciones de CMS para reducir el número de mensajes informativos

Considerando que muchos proveedores de Parte B y suplidores están recibiendo un gran volumen de mensajes informativos en sus remesas, CMS está emprendiendo las siguientes acciones para reducir el número de mensajes informativos generados previo a la implementación de la fase 2:

- CMS agregará sistemáticamente los NPI a los registros de inscripción de PECOS de todos los médicos y otros profesionales de la salud cuyos registros de inscripción están en PECOS pero no contienen su NPI. Debido a que el NPI es uno de los criterios de identidad utilizados en la implementación de las dos nuevas revisiones del proveedor que ordena/refiere, es esencial que dicho NPI figure en los registros de inscripción de PECOS. Debido a que el archivo de datos utilizado para implementar las dos nuevas revisiones contiene solamente los médicos y otros profesionales de la salud elegibles que están en PECOS con su NPI presente en el registro de inscripción, esta acción agregará a ese archivo de datos, mucho más médicos y otros profesionales de la salud.
- CMS pondrá a disposición del público, por medio de Internet, los nombres y NPI de los médicos y otros profesionales de la salud de Medicare que están facultados para ordenar o referir dentro del programa Medicare. El nombre publicado será el del médico u

otro profesional de la salud tal como aparece en su registro de inscripción PECOS. Esto permitirá a los proveedores y suplidores de Parte B que proveen y facturan por ítems o servicios basados en órdenes o referencias, a determinar si el proveedor que ordena/refiere identificado en sus reclamaciones, aprobará las dos nuevas revisiones antes de presentar sus reclamaciones a Medicare

- CMS dará instrucciones a los proveedores de Parte B de Medicare y A/B MAC como ayuda en el proceso de solicitudes de inscripción de médicos empleados del Department of Veterans Affairs (Departamento de Veteranos de Guerra), Public Health Service (Servicio de Salud Pública) y Defense Tricare program (programa de Defensa Tricare). Las instrucciones determinarán también que en las situaciones en que un médico residente ordene o refiera ítems o servicios a beneficiarios de Medicare, es necesario que sea el profesor de medicina quien figure como el médico que ordena/refiere. Las instrucciones determinarán también que tanto dentistas como pediatras que ocasionalmente ordenan o refieren por ítems o servicios a beneficiarios de Medicare, deben inscribirse en Medicare para poder continuar ordenando y refiriendo.

CMS preparará una edición especial de *Medicare Learning Network (MLN) Matters* acerca de la implementación de estas dos nuevas ediciones. Este artículo de *MLN Matters* se exhibirá sobre la información actualmente disponible en los artículos de MLN Matters MM6417 y MM6421.

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

Fuente: CMS PERL 200911-35

### Encuentre sus favoritos rápidamente – use Hallazgo Rápido

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar su sección favorita en nuestro sitio de Internet? Es fácil – solamente tiene que utilizar su herramienta de navegación Hallazgo Rápido. Este conveniente – menú desplegable ubicado al lado izquierdo de cada página, le permite acceder de un salto a las páginas más populares del sitio – con solamente un clic. Encontrará enlaces a los portales de Parte A y Parte B, así como enlaces rápidos a la herramienta para examinar procedimientos-diagnos, determinaciones locales de cobertura (LCD), catálogos de tarifas, publicaciones y mucho más. Encuentre lo fácil que es encontrar rápidamente lo que necesita – use Hallazgo Rápido.

# ANESTESIA

## Instructores de anestesiología -- implementación de MIPPA Secc. 139

Número de *MLN Matters*: MM6706  
 Número de petición de cambio relacionado: 6706  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de noviembre de 2009  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1859CP  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

### Resumen

La petición de cambio (CR) 6706, de donde sale este artículo, implementa la Sección 139 del Medicare Improvements for Patients and Providers Act de 2008 (MIPPA). Esta sección de MIPPA:

1. Establece una regla de pago especial para instructores de anestesiología (con vigencia para servicios prestados el 1 de enero de 2010 en adelante)
2. Especifica los periodos durante el cual el anestesiólogo que enseña debe estar presente durante el procedimiento para recibir el pago basado en la cantidad de tarifa fija regular de anestesia

3. Provee una directiva del Secretario de Salud & Servicios Humanitarios (HHS) que trata los pagos para servicios de anestesia de enfermera graduada certificada en anestesiología (CRNA).

Vea la sección Background el artículo MM6706 del *MLN Matters* para detalles concernientes a:

- Pago de instructor de anestesiología
- Servicios de anestesia y los CRNA que enseñan

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6706.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6706, 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/R1859CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1859, CR 6706

**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.

## Factores de conversión de anestesia de 2010 para Puerto Rico

Los factores de conversión para calcular el pago de servicios de anestesia (códigos de procedimientos 00100 hasta 01999) para las fechas de servicio del 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2010, son los siguientes:

Médico participante	Médico no participante
14.76	14.02

Los factores de conversión para enfermeras graduadas certificadas en anestesiología (CRNA) son idénticas a los factores de conversión de anestesia del médico participante para cada pago de localidad.

Los factores de conversión para CRNA médicamente dirigidos (para dirección médica del médico y los CRNA dirigidos médicamente) están basados en un 50 por ciento de la suma de las unidades de base de anestesia y unidades de tiempo, multiplicadas por el factor de conversión de localidad del médico participante apropiado (i.e., 50 por ciento de la suma (unidades base + unidades de tiempo) x el factor de conversión de localidad = cantidad de anestesia). La política de instrucción de pago médico de 50 por ciento aplica si un CRNA (o asistente de anestesia) y un anestesiólogo están dedicados al mismo caso.

### Límite de cargo por anestesia

El límite del cargo por servicios de anestesia no asignados se determina de la manera siguiente:

Paso 1: Determine la cantidad para el servicio de anestesia.

Utilice esta fórmula para los servicios realizados personalmente por el médico:

(Unidades de base + unidades de tiempo) x factor de conversión de localidad del médico no participante.

Utilice esta fórmula para la reclamación del médico para servicios de dirección médica del médico --

[.5 x (unidades de base + unidades de tiempo)] x factor de conversión de localidad del médico no participante.

Paso 2: Multiplique el resultado de el cálculo arriba por 1.15 para determinar el cargo limitador.

**Nota:** El límite de cargos no aplica al CRNA o a reclamaciones de anestesista; la asignación es obligatoria en estas reclamaciones

Fuente: JSM 10107 CR 6637

## CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA

### Actualización a enero de 2010 del sistema de pago de los centros de cirugía ambulatoria

Número de *MLN Matters*: MM6746

Número de petición de cambio relacionado: 6746

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1865CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

#### Resumen

El presente artículo está basado en la petición de cambio (CR) 6746 y es una actualización recurrente

Que describe los cambios e instrucciones de facturación hechos a varias políticas de pago implementadas en la actualización de centros quirúrgicos ambulatorios de enero de 2010(ASC). También incluye los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud, HCPCS), y al Medicare Claims Processing Manual (manual de procesamiento de las reclamaciones de Medicare), Capítulo 14 (Ambulatory Surgical Centers (centros de cirugía ambulatoria)).

Los puntos clave mencionados en el artículo *MLN Matters* MM6746 son:

- Actualización de áreas estadísticas basadas en lo más esencial (CBSA)
- Medicinas farmacéuticas y biológicas con pago basado en precio promedio de ventas (ASP) a partir del 1 de enero de 2010
- Nuevos códigos HCPCS para medicinas farmacéuticas y biológicas que son pagables en forma separada bajo el sistema de pagos ASC a partir del 1 de enero de 2010
- Actualización de tasas de pago para ciertos códigos HCPCS vigentes desde el 1 de abril de 2009 al 30 de junio de 2009
- Actualización de tasas de pago para ciertos códigos HCPCS vigentes desde el 1 de julio de 2009 al 30 de septiembre de 2009
- El reporte correcto de medicinas farmacéuticas y biológicas cuando se usan como dispositivos implantados
- Actualización del Medicare Claims Processing Manual (manual de procesamiento de las reclamaciones de Medicare) para términos de acuerdo de ASC con los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6746.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6746, 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/R1865CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1865, CR 6746

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

## LABORATORIO

### Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM6685

Número de petición de cambio relacionado: 6685

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de noviembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1857CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

#### Resumen

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

Como fue dirigido por CMS, First Coast Service Options Inc. (FCSO) no buscará en sus archivos para ajustar las reclamaciones que fueron afectadas por este cambio, pero fueron procesadas antes de la implementación de esta petición de cambio.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6685.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6685, 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/R1857CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1857, CR 6685

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

#### Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

## INTERÉS GENERAL

### Productos educacionales disponibles acerca de 2010 Physician Quality Reporting Initiative

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que los siguientes productos educacionales acerca de “2010 Physician Quality Reporting Initiative” (iniciativa de reporte de calidad de la atención médica de 2010, PQRI), están disponibles en la página Web “PQRI Web page” <http://www.cms.hhs.gov/PQRI>:

**2010 PQRI Quality Measure List** -- este documento identifica las 179 mediciones de calidad (esto incluye las 175 mediciones de calidad individual y las cuatro mediciones para los grupos de dolor en la espalda que no pueden reportarse como mediciones de calidad PQRI individuales) seleccionadas para PQRI de 2010.

**2010 PQRI Quality Data Code (QDC) categories** -- una tabla que señala, para cada medición, cada QDC que debe ser reportado para una acción de calidad correspondiente llevada a cabo por el EP individual como está indicado en las especificaciones de medición. Esto determina la manera en que debe usarse cada código cuando se calculan tasas de desempeño. Esto también clarifica aquellas mediciones que requieren dos o más QDC para un reporte satisfactorio. El reportar el QDC de manera insuficiente (tal como está especificado en las especificaciones de mediciones PQRI de 2010) dará como resultado un reporte sin validez.

**2010 Single Source Code Master** -- este archivo incluye una lista numérica de todos los códigos incluidos en PQRI de 2010 para ser incorporados en el software de facturación.

**2010 PQRI Measure Specifications Manual for Claims and Registry; Reporting of Individual Measures and Release Notes** -- este archivo zip (comprimido), contiene dos documentos, que son los documentos de autoridad que describen lo siguiente:

- Las especificaciones de mediciones de 2010 (incluyendo códigos e instrucciones para reportar) para las 175 mediciones individuales de PQRI para reclamaciones de reportes basados-en-el-registro

- Cambios de especificaciones de mediciones de PQRI de 2009 en forma de notas de entrega delineadas por número de medición.

**2010 PQRI Implementation Guide** -- guías sobre la manera de implementar reportes de mediciones basados-en-reclamaciones PQRI de 2010 para facilitar el reporte satisfactorio de códigos de calidad por EP.

**2010 PQRI Measures Groups Specifications Manual and Release Notes** -- medidas de especificaciones de grupo que son diferentes a las especificaciones de mediciones para los individuos que forman parte del grupo. Las especificaciones e instrucciones para mediciones de reporte de grupo son, por lo tanto, provistas en un manual aparte. Este archivo zip contiene dos documentos, que son los documentos con autoridad para describir lo siguiente:

- Las especificaciones de mediciones de grupos de 2010 (incluyendo instrucciones sobre códigos y reportes) para las 13 mediciones de grupos PQRI para reclamaciones o reportes basados-en-el-registro
- Cambios en el manual “2009 PQRI Measures Groups Specifications Manual (manual de especificaciones de mediciones de grupos PQRI de 2009)” en forma de notas de entrega.

**Getting Started with 2010 PQRI Reporting of Measures Groups** -- guías acerca de la implementación de mediciones de grupos PQRI de 2010.

**2010 PQRI Measure Applicability Validation Process for Claims-Based Reporting of Individual Measures** -- guías para aquellos profesionales elegibles que han presentado satisfactoriamente códigos de datos de calidad para menos de tres mediciones PQRI y de que manera, el proceso de validación de aplicabilidad-de-medidas, va a determinar si deben presentar QDC para mediciones adicionales.

#### Entérese primero: Suscríbase a eNews de FCSO

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

*Productos educacionales disponibles... (continuación)*

**2010 PQRI Measure - Applicability Validation Process Release Notes** -- las notas entregadas acerca de los cambios ocurridos al 2010 PQRI Measure Applicability Validation Process (procedimiento de validación de la aplicabilidad de las medidas PQRI de 2010, MAV).

**2010 Measure-Applicability Validation Process Flow Chart** -- un gráfico que muestra el Measure Applicability Validation Process (MAV)

**Group Practice Reporting Option (GPRO) Requirements for Submission of 2010 PQRI Data** -- guías sobre como un grupo de práctica de médicos asociados puede auto-nominarse para participara en la presentación de datos a GPRO de 2010.

**2010 PQRI GPRO Disease Modules and Preventive Care Measures** -- este documento contiene una lista de mediciones de PQRI de GPRO de 2010.

**2010 PQRI GPRO Narrative Measure Specifications** -- este documento contiene descripciones de mediciones de PQRI de GPRO de 2010.

**Registry Requirements for Submission of 2010 PQRI Data on Behalf of Eligible Professionals** -- este documento describe los requisitos de alto nivel para que un registro califique para ser presentado como alternativa de reporte basado-en-el- registro de 2010. Este documento también señala como puede un registro calificar para presentación de datos de 2010.

Para acceder a los productos educacionales 2010 PQRI, visite [http://www.cms.hhs.gov/PQRI/02\\_Spotlight.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/PQRI/02_Spotlight.asp#TopOfPage). Una vez en la página principal, vea la lista de productos educacionales y las páginas Web correspondientes donde se pueden encontrar.

Puede encontrarse más información acerca del programa 2010 PQRI en el “final 2010 Medicare physician fee schedule rule with comment period (74 FR 61788 through 61861)” que fue publicadfo en el Federal Register el 30 de octubre de 2009. La disposición final puede encontrarse en la página Web “Physician Quality Reporting Initiative Web page” <http://www.cms.hhs.gov/PQRI> en la sección “Statute/Regulations/Program Instructions section”.

El 1 de enero de 2010 es la fecha de inicio de los reportes para 2010 PQRI. Nótese que no es necesario inscribirse o registrarse para participar. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-16

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

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

## Productos educacionales disponibles como incentivos de prescripción electrónica 2010

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar los siguientes productos educacionales de incentivos a la prescripción electrónica (eRx) de 2010 disponibles en la página Web <http://www.cms.hhs.gov/ERxIncentive>:

**2010 eRx Measure Specifications and Release Notes** -- provee una guía de especificaciones de las medidas de eRx de 2010 para reclamaciones o reportes basados-en-registros y notas publicadas describiendo los cambios a las especificaciones de las medidas eRx de 2009.

**Claims-Based Reporting Principles for the 2010 eRx Incentive Program** -- provee una guía para los principios de reporte de medidas eRx en reclamaciones del programa incentivo de eRx de 2010.

**2010 EHR Measure Specifications for eRx and Release Notes** -- provee una guía para las especificaciones de medidas de registros electrónicos de la salud (EHR) para eRx y notas publicadas. Además da detalles de las especificaciones contenidas en la descripción de los nombres y códigos de los elementos de datos.

**2010 EHR Downloadable Resource** -- es una hoja de trabajo Excel que lista información EHR de 2010.

**Group Practice Reporting Option (GPRO) Requirements for Submission of 2010 eRx Data** -- provee una guía de los requisitos de Group Practice Reporting Option (opción de reporte de la práctica de grupos de médicos asociados (GPRO)) para presentar datos eRx de 2010.

**GPRO eRx Measure Specifications** -- provee una guía de las especificaciones para medidas eRx que van a ser utilizadas en el eRx GPRO de 2010.

Para tener acceso a los productos educacionales eRx de 2010, visite [http://www.cms.hhs.gov/PQRI/02\\_Spotlight.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/PQRI/02_Spotlight.asp#TopOfPage). Una vez en la página principal, vea el listado de productos educacionales y las páginas Web correspondientes que pueden ser encontradas allí.

Se puede encontrar más información sobre el programa de incentivo eRx de 2010, en la reglamentación final del catálogo de tarifas de médicos de 2010 con períodos de comentarios (74 FR 61788 al 61861) que fue publicado por el Federal Register el 30 de octubre de 2009. La reglamentación final puede encontrarse en la página Web del programa de incentivo de prescripción electrónica <http://www.cms.hhs.gov/ERxIncentive> en la sección Statute/Regulations/Program Instructions (instrucciones del programa/estatutos/regulaciones).

El reporte para eRx 2010, comienza el 1 de enero de 2010. Nótese que no es necesario inscribirse para participar. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-16

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

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

## Extensión del plazo de inscripción al programa de participación anual 2010

Número de *MLN Matters*: SE0929

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

Debido a revisiones recientes hechas al manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) de 2010, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han extendido la fecha límite de inscripción al programa de participación anual de 2010 del 31 de diciembre de 2009 a el 31 de enero de 2010. Por lo tanto, el periodo de inscripción del 13 de noviembre de 2009 hasta el 31 de enero de 2010.

La fecha de vigencia para cualquier cambio de estatus de participación durante la extensión, sin embargo, permanece el 1 de enero de 2010; y estará en vigor por el año completo.

Los contratista aceptarán y procesarán cualquier elección de participación o retiros hechos durante en el periodo de inscripción extendido que son recibidos o estampados el 31 de enero de 2010 en adelante.

Nota: Esto es una extensión de las fechas del periodo de inscripción de participación anual en la petición de cambio (CR) 6637 (Transmittal 1832 -- año calendario (CY) 2010 inscripción de participación y procedimientos de Medicare Participating Physicians and Suppliers Directory (MEDPARD)), con fecha del 16 de octubre de 2009.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0929.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0929

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

### Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

## Foro especial acerca de los programas PQRI y eRx Initiative de 2010

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) llevarán a cabo un foro especial (ODF) acerca de los programas PQRI y eRx Incentive de 2010. Este ODF especial estará enfocado en una nueva opción informativa disponible para la Physician Quality Reporting Initiative (iniciativa de reporte de la calidad de la atención médica, PQRI) de 2010 y programas Electronic Prescribing (eRx) Incentive (incentivo para prescripción electrónica), conocidos como Group Practice Reporting Option (opción de reportar la práctica de grupos de médicos asociados, GPRO). Los grupos de práctica de la medicina asociados que estén interesados en participar en el GPRO para PQRI y/o el programa eRx Incentive, deben presentar una carta de auto-nominación a CMS, a más tardar el 31 de enero de 2010. Una vez que el grupo de práctica médica asociado (número de identificación de impuestos o TIN) sea seleccionado para participar en el GPRO para PQRI o eRx, éste será el único método de reportar PQRI o eRx disponible para el grupo y todos los profesionales elegibles en forma individual (identificador nacional del proveedor o NPI) que facturan bajo el TIN del grupo para 2010.

### Detalles de la conferencia

Título: 2010 Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) and Electronic Prescribing (eRx) Incentive Programs: Group Practice Reporting Option (GPRO)

Cuándo: Jueves 14 de enero de 2010, 3:30-5:00 p.m. (ET)

Marcar: 1-800-837-1935

Número de identificación de la conferencia: 45243499

Llamar en relación a la conferencia solamente

**Nota:** Hay servicios de comunicación TTY para las personas con dificultades auditivas. Para servicios TTY marque el 7-1-1 or 1-800-855-2880. Un asistente de comunicaciones le ayudará.

Durante esta llamada, CMS:

- Proveerá información acerca de los requisitos para ser elegible para participar en los programas 2010 PQRI GPRO y/o 2010 eRx Incentive Program GPRO
- Proveerá instrucciones para auto-nominación para participar en los programas 2010 PQRI GPRO y/o 2010 eRx Incentive Program GPRO
- Proveerá una síntesis del proceso de presentación de datos de los programas PQRI y eRx Incentive Program

- Describirá las mediciones de 2010 PQRI GPRO
- Debatirá el criterio de reporte satisfactorio de las mediciones de calidad de PQRI bajo GPRO y
- Debatirá el criterio de reporte satisfactorio de las mediciones de calidad de eRx bajo GPRO.

Una vez finalizada la presentación, serán abiertas las líneas telefónicas para permitir a los participantes hacer preguntas a los expertos en temas de CMS así como a las personas que tienen experiencia con el proceso de presentación de datos que son utilizados en los informes de calidad bajo PQRI GPRO.

Los programas 2010 GPRO para PQRI y eRx Incentive concluyeron con el período de comentarios sobre la disposición final del catálogo de tarifas médicas de 2010. La reglamentación final fue publicada en el Federal Register el 25 de noviembre de 2009. Para ver la disposición final completa de PFS 2010 incluyendo el período de comentarios, vaya al sitio Web CMS PQRI Web site <http://www.cms.hhs.gov/PQRI> y haga clic en la sección "Statute/Regulations/Program Instructions". La información acerca de PQRI GPRO está también disponible haciendo clic en la sección "Group Practice Reporting Option" del sitio Web CMS PQRI Web site. La información acerca de eRx Incentive GPRO está disponible haciendo clic en la sección "Group Practice Reporting Option" del sitio Web CMS eRx Incentive Program Web, localizado en <http://www.cms.hhs.gov/erx incentive>.

CMS espera su participación.

### Grabación de audio

Una grabación y transcripción de audio de este foro especial, será puesta en el sitio Web "Special Open Door Forum Web site" [http://www.cms.hhs.gov/OpenDoorForums/05\\_ODF\\_SpecialODF.asp](http://www.cms.hhs.gov/OpenDoorForums/05_ODF_SpecialODF.asp) y estará accesible para ser descargado de Internet alrededor del 27 de enero de 2010.

### Información adicional

Para e-mails automáticos de actualizaciones del calendario de foros de puertas abiertas (suscripciones a la lista de e-mails) y para ver las preguntas más frecuentes, visite <http://www.cms.hhs.gov/opendoorforums/>.

Gracias por su interés en el foro de puertas abiertas. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-20

## Acceso a los reportes de comentarios de PQRI 2008 y repetición de 2007

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) desean recordarles a los participantes de iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) que existe una herramienta de búsqueda disponible, “Verify Report Portlet”, en el portal de PQRI para los profesionales elegibles (EP) y verificar si existe un reporte de comentarios de PQRI 2008 y/o repetición 2007 para su número de identificación patronal (TIN) o identificador nacional del proveedor (NPI) de su organización. El TIN o NPI debe ser el mismo que es usado por el EP para enviar reclamaciones de Medicare y códigos de datos de calidad de PQRI válidos. Esta herramienta está disponible en <https://www.qualitynet.org/portal/server.pt>.

Si un reporte esta disponible para el TIN o NPI de su organización, existen dos formas de acceder los reportes de comentarios de PQRI 2008 y/o repetición 2007. Usted puede llamar a su contratista de la Parte B de Medicare o contratista administrativo de Medicare A/B (MAC) centro de contacto del proveedor (MAC) o acceder vía el acceso individual autorizado al sistema de servicios computarizados de CMS (IACS). Instrucciones adicionales se encuentran abajo.

### Centro de contacto del proveedor

Un EP individual puede simplemente llamar a su contratista de la Parte B de Medicare o el centro de contacto del proveedor del MAC A/B para solicitar los reportes confidenciales de comentarios de PQRI 2008 y/o la repetición de PQRI 2007 que contendrán información basada en su NPI individual. Si un EP es parte de una práctica de grupo, cada EP en la práctica de grupo deben llamar individualmente a sus contratista de la Parte B de Medicare o centros de contactos del proveedor del MAC A/B respectivamente para solicitar un reporte de comentarios basado en el NPI individual. Para obtener una lista de los centros de contacto del proveedor, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/Downloads/CallCenterTollNumDirectory.zip> en el sitio Web de CMS. Además de la información de PQRI, estos reportes proveerán a los EP individuales con información sobre sus cargos permitidos de tarifas fijas de Medicare Parte B para el periodo de reporte de PQRI 2008 o 2007, del cual está basado un pago de incentivo.

Información adicional sobre este proceso de solicitud de reporte de comentarios alterno puede ser encontrado al acceder la edición especial del artículo SE0922 del Medicare Learning Network (MLN) “Alternative Process for Individual Eligible Professionals to Access Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) and Electronic Prescribing (E-Prescribing) Feedback Reports.” Visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0922.pdf> en el sitio Web de CMS.

### Acceso individual autorizado al sistema de servicios computarizados de CMS (IACS)

Los EP pueden iniciar la sesión al portal seguro de PQRI en QualityNet en <http://www.qualitynet.org/portal/server.pt> para acceder a sus reportes de comentarios basado en sus TIN, o para un grupo. El acceso al portal de PQRI

requiere inscripción en el sistema IACS para obtener un ID de usuario y contraseña.

### Información importante sobre la actualización de cuentas de usuario IACS y contraseñas

CMS desea recordarles a los usuarios que la póliza de seguridad de CMS requiere que las contraseñas IACS sean cambiadas cada 60 días. Un usuario IACS que no ha cambiado su contraseña en más de 60 días le será solicitado que lo haga en el próximo intento de iniciar la sesión.

Un usuario IACS que no ha cambiado su contraseña en más de 120 días se le solicitará que conteste las preguntas de seguridad establecidas en la inscripción. Luego de responder exitosamente las preguntas de seguridad, se le solicitará al usuario que cambie su contraseña.

El actualizar las cuentas de usuario y contraseñas IACS es esencial para mantener este acceso y funcionalidad.

### Recursos

La página de manejo de la cuenta IACS está en <https://applications.cms.hhs.gov/category.html?name=acctmngmt>

Haga clic en “My Profile” (Mi Perfil) para iniciar la sesión, cambiar su contraseña, o usar la opción de “Forgot Password?” (¿Olvidó su contraseña?).

Si usted tiene dificultad con la inscripción IACS o deshabilitando

las cuentas, siga las instrucciones de auto servicio a continuación sobre como obtener su ID de usuario IACS, contraseña, y/o cambio de contraseña IACS.

### Instrucciones para obtener su ID de usuario IACS

1. Vaya al portal de aplicaciones de CMS en <https://applications.cms.hhs.gov>.
2. Ingrese al portal y seleccione el enlace de “Forgot Your User ID?” (¿Olvidó su ID de usuario?) bajo la pestaña de “Account Management” (Manejo de la cuenta). Siga las instrucciones en línea.
3. Usted recibirá un e-mail en la dirección de e-mail que se encuentra en el historial.

### Instrucciones para obtener su contraseña IACS

1. Vaya al portal de aplicaciones de CMS en <https://applications.cms.hhs.gov/warning.html>.
2. Ingrese al portal y seleccione el enlace de “Forgot Your User ID?” (¿Olvidó su ID de usuario?) bajo la pestaña de “Account Management” (Manejo de la cuenta).
3. Ingrese su ID de usuario.
4. Haga clic en el botón de “Forgot Your Password?” (¿Olvidó su ID de usuario?) en la página de iniciar la sesión y siga las instrucciones en línea.
5. Usted recibirá por e-mail una contraseña para ser usada solamente una vez.

### Instrucciones para iniciar la sesión y cambiar su contraseña IACS

1. Vaya al portal de aplicaciones de CMS en <https://applications.cms.hhs.gov>.

**la póliza de seguridad de CMS requiere que las contraseñas IACS sean cambiadas cada 60 días**

## Acceso a los reportes de comentarios de PQRI 2008 y... (continuación)

2. Ingrese al portal y seleccione la pestaña de “Account Management” (Manejo de la cuenta).
3. Seleccione el enlace de “My Profile”.
4. Inicie la sesión usando su ID de usuario y contraseña temporera.
5. El sistema le pedirá que cambie su contraseña.
6. Ingrese su nueva contraseña en los campos de “New Password” (Nueva Contraseña) y “Confirm New Password” (Confirme su Nueva Contraseña) y luego seleccione el botón de “Change Password” (Cambio de Contraseña).
7. El sistema le llevará de regreso a la pantalla de “My Profile”.
8. Termine la sesión (Log out).
9. Una vez que usted haya cambiado exitosamente su contraseña, usted puede iniciar la sesión y acceder su reportes de comentarios PQRI en el portal de PQRI en <https://www.qualitynet.org/portal/server.pt>.

### Información adicional

Si usted tiene dificultad con la inscripción IACS o deshabilitando la cuenta, contacte al equipo de ayuda técnica de External Users Services (EUS) al 1-866-484-8049, TTY/TDD al 1-866-523-4759 (lunes-viernes 7:00 a.m.-7:00 p.m., ET) o vía e-mail en [EUSSupport@cgi.com](mailto:EUSSupport@cgi.com).

La página de inicio de IACS para el comunidad de usuarios del proveedor/suplidor, la cual incluye PQRI, está en [http://www.cms.hhs.gov/IACS/04\\_Provider\\_Community.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/IACS/04_Provider_Community.asp#TopOfPage) en el sitio Web de CMS. La comunidad de usuarios del proveedor deben dirigir sus preguntas o preocupaciones al la ayuda técnica de External User Services (EUS) en 1-866-484-8049, TTY/TDD al 1-866-523-4759 (lunes-viernes 7:00 a.m.-7:00 p.m., ET) o vía e-mail en [EUSSupport@cgi.com](mailto:EUSSupport@cgi.com).

El portal de PQRI está disponible en <https://www.qualitynet.org/portal/server.pt>. Aunque el enlace de “Forgot Password” en el portal de PQRI envía a los usuarios al sitio Web de IACS, IACS y el portal de PQRI son dos sitios Web por separado.

Información adicional sobre PQRI puede ser encontrada en <http://www.cms.hhs.gov/PQRI> en el sitio Web de CMS. Para más información sobre los reportes de comentarios de PQRI 2008 y la repetición 2007 o los pagos de incentivos, vea el “PQRI and eRx Quick-Reference Support Guide for Eligible Professionals” en [http://www.cms.hhs.gov/PQRI/Downloads/PQRI-eRxEPQuickRefGuideDiagram\\_100209.pdf](http://www.cms.hhs.gov/PQRI/Downloads/PQRI-eRxEPQuickRefGuideDiagram_100209.pdf) en el sitio Web de CMS.

Los usuarios que todavía tienen preguntas o necesitan asistencia deben contactar al equipo de ayuda técnica de QualityNet en 1-866-288-8912 (lunes-viernes 7:00 a.m.-7:00 p.m., CT) o [qnetsupport@sdps.org](mailto:qnetsupport@sdps.org). ❖

Fuente: CMS PERL 200911-07

## Actualización trimestral de enero para corrección de iniciativas precisas de codificación

Número de *MLN Matters*: MM6728

Número de petición de cambio relacionado: 6728

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1858CP

Fecha de implementación: 1 de enero de 2010

### Resumen

Este artículo es un recordatorio a los médicos de las actualizaciones trimestrales de correcciones de las iniciativas precisas de codificación. La última actualización trimestral del módulo de correcciones fue emitida en octubre de 2009.

El último legajo de correcciones de CCI, versión 16.0, es efectivo a partir de 1 de enero de 2010 e incluye todas las versiones y actualizaciones anteriores, desde el 1 de enero de 1996 hasta el presente.

Información adicional sobre CCI, incluyendo el CCI actual y correcciones mutuamente exclusivas, se encuentra disponible en <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/>.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6728.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6728, 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/R1858CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1858, CR 6728

**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.

## Ampliación de la revisión de reclamaciones de Parte B de Medicare para orden/referencia a proveedores

Esta información fue publicada anteriormente en **MEDICARE A Y B AL DIA** de octubre de 2009 (página 36)

Número de *MLN Matters*: MM6417

Número de petición de cambio relacionado: 6417

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R572OTN

Fecha de implementación: 1 de enero de 2010

### Resumen

A partir del 5 de octubre de 2009, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están ampliando la revisión de reclamaciones para validar, por medio del registro de inscripción de proveedores de Medicare, el nombre y el identificador nacional de proveedores (NPI) de orden/referencia a proveedores con la finalidad de asegurar que el proveedor está inscrito en Medicare y es un especialista elegible para orden o referencia

Especialistas elegibles son:

- Doctor en medicina u osteopatía
- Medicina dental
- Cirugía dental
- Médico podólogo
- Optometría
- Medicina Quiropráctica
- Asistente médico
- Enfermera clínica especialista certificada
- Enfermera practicante
- Psicólogo clínico
- Enfermera partera certificada
- Trabajador(a) social clínico(a)

### Fases de implementación

Durante Fase 1 (Desde el 5 de octubre de 2009 al 31 de marzo de 2010), el proveedor que ordena/refiere recibirá un mensaje de advertencia en la notificación de remesa en el caso de que su información del proveedor sea una de las siguientes:

- 
- No está en PECOS ni en el sistema de reclamaciones, o
- 
- Está en PECOS o en el sistema de reclamaciones pero no es una especialidad a la que se pueda ordenar o referir
- 

Durante Fase 2 (Desde el 1 de abril de 2010 en adelante), el servicio será rechazado (devuelto como improcesable) si la información del proveedor es una de las siguientes:

- 
- No está en PECOS ni en el sistema de reclamaciones, o
- 
- Está en PECOS o en el sistema de reclamaciones pero no es una especialidad a la que se pueda 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>.

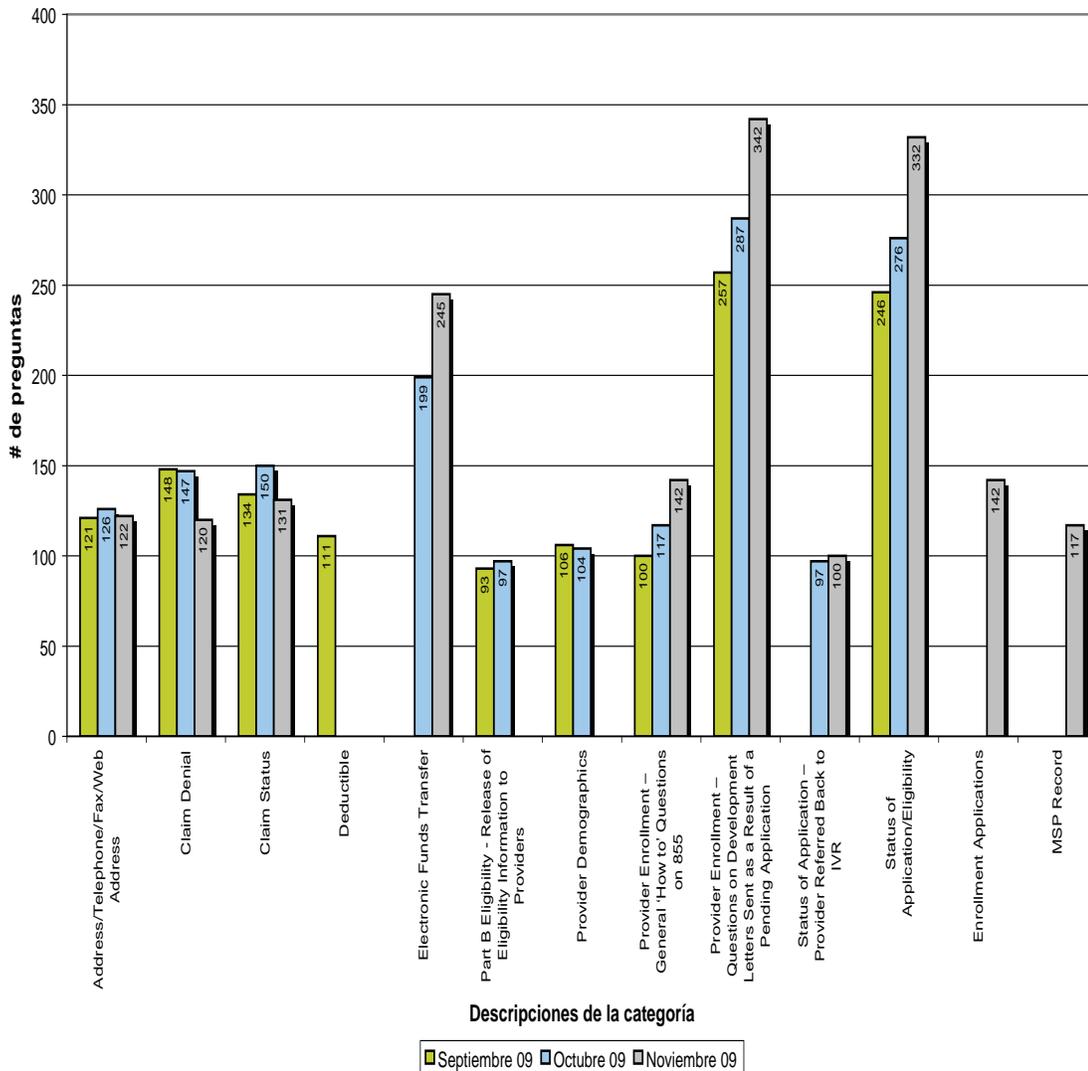
Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 572, CR 6417

**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.

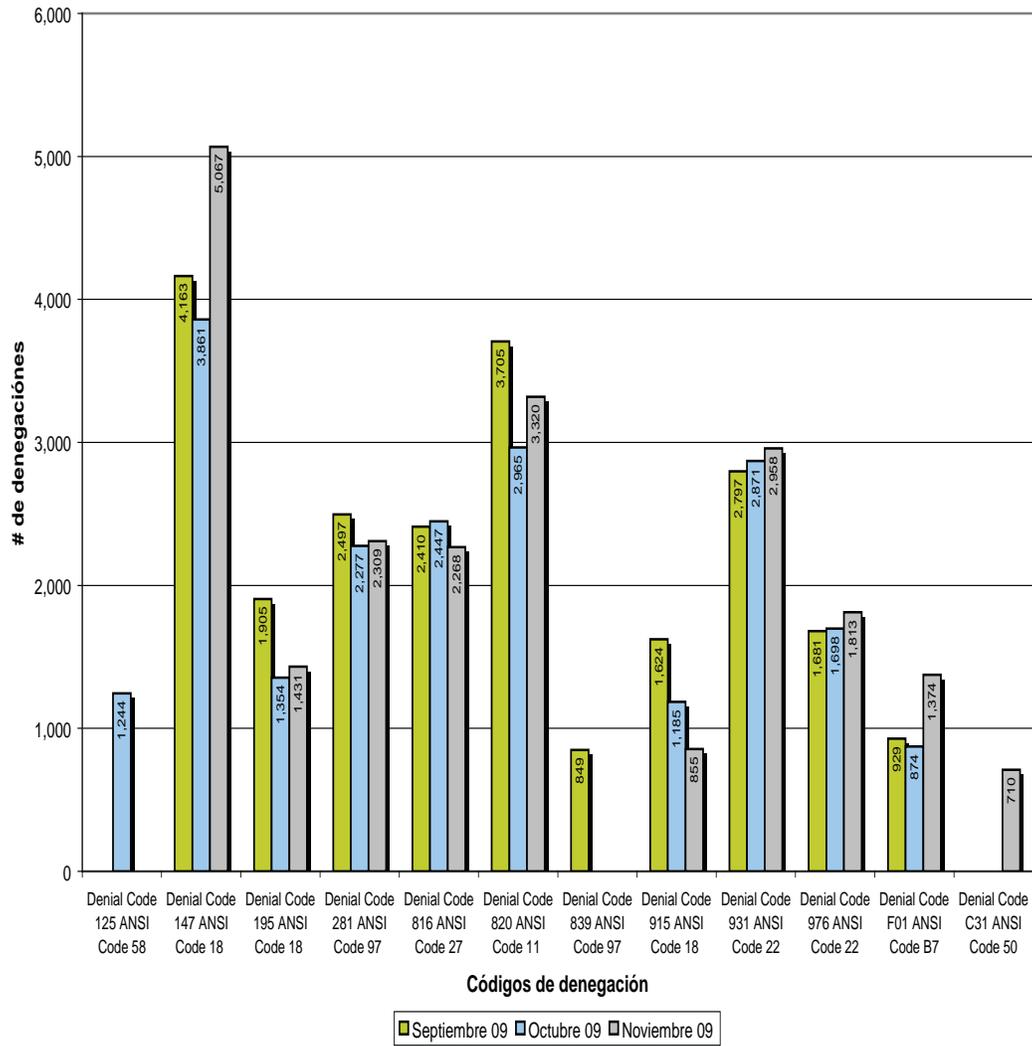
## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como improcesables, desde septiembre a noviembre de 2009

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

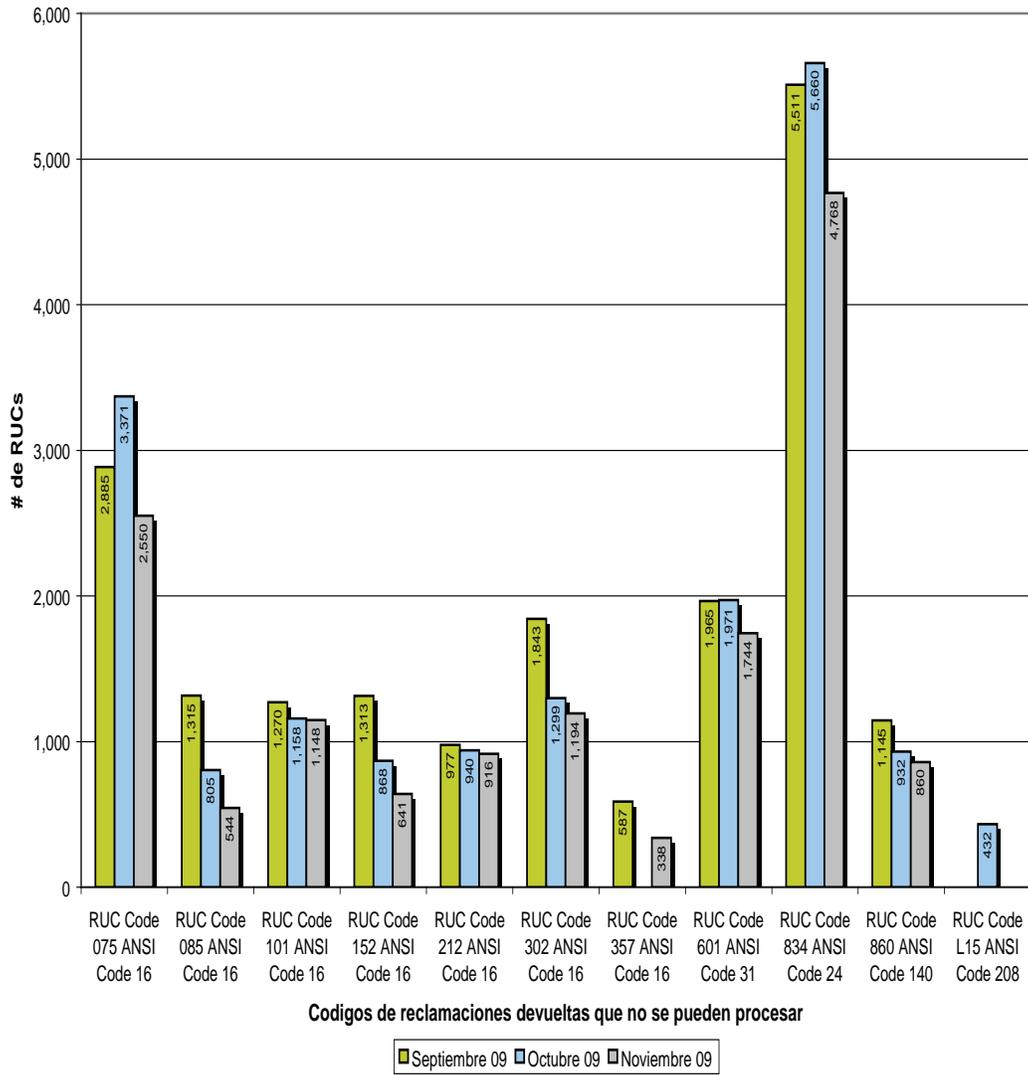
Preguntas de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en septiembre-noviembre de 2009



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



RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en septiembre-noviembre 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://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://medicare.fcso.com>, haga clic en el enlace “eNews” ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

### Más información

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

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

### Tabla de contenido

#### LCD Nuevas

01991: Cuidado monitoreado de anestesia .....	52
23700: Manipulación bajo anestesia (MUA).....	53
G0430: Exámenes cualitativos de detección de drogas.....	53

#### Modificaciones a las LCD Existentes

78460: Estudios cardiovasculares de imagen nuclear.....	54
95004: Exámenes de alergia.....	54
Toxinas botulinum .....	55
G0179: Certificaciones médicas de servicios de salud en el hogar.....	55
IDTF: Establecimiento independiente de examen de diagnóstico.....	56
Intravitreal Bevacizumab (Avastin®).....	57
J9025: Azacitidine (Vidaza®).....	58
VISCO: Visco suplementación de terapia para la rodilla.....	58
Cambios a determinaciones locales de cobertura HCPCS de 2010.....	59

#### Corrección

Corrección: Intravitreal Bevacizumab.....	60
---	----

#### Información Médica Adicional

Guía sobre el tratamiento de tele terapia de radiación.....	61
---	----

### 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).

## LCD Nuevas

### 01991: Cuidado monitoreado de anestesia para ciertos servicio de intervencionistas del dolor -- nueva LCD

Identificador de LCD: L30570 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Cuidado de anestesia monitoreado (MAC) es un servicio anestésico específico para un diagnóstico o procedimiento terapéutico. Esta nueva LCD específicamente trata el uso de MAC con ciertos procedimientos del manejo del dolor intervencionista (Códigos CPT 20550, 20551, 20552, 20553, 27096, 62310, 62311, 64479, 64480, 64483, 64484, 64490, 64491, 64492, 64493, 64494, y 64495) donde es típico que la práctica actual apoye esa anestesia local solamente, inclusive de estos procedimientos. Para ciertos pacientes, la adición de sedación leve (el servicio del médico no es pagado por separado) o sedación (conciente) moderada (Códigos CPT 99143-99150), pueden ser parte de estos procedimientos de invasión mínima. Como se describió en esta LCD, la adición de MAC, un segundo servicio del médico (u otro servicio del proveedor de anestesia calificado), al episodio del cuidado de estos servicios deben cumplir, pero no exceder, la necesidad médica del paciente y ser prestados en acuerdo con los estándares aceptados de práctica médica de diagnóstico o tratamiento de la condición del paciente.

Las indicaciones específicas y limitaciones de cobertura descritas en la LCD están representadas por los siguientes códigos CPT:

01991 - *Anesthesia for diagnostic or therapeutic nerve blocks and injections (when block or injection is performed by a different provider); other than the prone position*  
 01992 - *Anesthesia for diagnostic or therapeutic nerve blocks and injections (when block or injection is performed by a different provider); prone position*

Medicare considerará MAC médicamente razonable y necesario cuando la condición del paciente requiere la presencia de un segundo médico representado por un anesthesiólogo o proveedor de anestesia calificado en adición al proveedor que realiza el procedimiento. La condición médica del paciente o naturaleza del procedimiento debe requerir la presencia de un anesthesiólogo o proveedor de anestesia calificado para administrar la sedación, si

es utilizada, para manejar las vías respiratorias & signos vitales, y para evaluar continuamente los problemas clínicos del paciente y tratar apropiadamente para asegurar la seguridad y comodidad del paciente. La presencia de una condición existente o una condición tratable y estable no es suficiente evidencia de que el cuidado de anestesia monitoreada es médicamente razonable y necesaria. Además de las indicaciones y limitaciones, la LCD también incluye los requisitos de documentación, pautas de utilización y un documento adjunto de pautas de codificación “Coding Guidelines”.

Medicare paga servicios MAC que son razonables y necesarios en la misma base que otros servicios de anestesia. Cuando la condición del paciente no cumple con la necesidad médica como está descrita en las indicaciones y limitaciones de esta LCD, el proveedor debe anexar los modificadores GA o GZ, como sea apropiado, junto con el modificador QS. Esto resultará en la denegación apropiada de los servicios del manejo del dolor intervencionista como se describió arriba. Las reclamaciones MAC con el modificador QS requerido sin el modificador GA/GZ deben ser solamente facturadas cuando el MAC cumple claramente los criterios razonables y necesarios para procedimientos de inyección intervencionista del dolor descrito en esta LCD.

Esta nueva LCD entra en vigencia para servicio prestado **desde el 25 de enero 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> ❖

## 23700: Manipulación bajo anestesia (MUA) -- nueva LCD

**Identificador de LCD: L30572 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La manipulación bajo anestesia (MUA) es un procedimiento no invasivo que combina manipulación manual de una articulación con la anestesia general. Los pacientes incapaces de tolerar procedimientos manuales debido a dolor, espasmo contracción muscular o estado de alerta, podrían beneficiarse del uso de anestesia general previo a la manipulación. Debido a que el mecanismo reflejo de protección del paciente está ausente bajo anestesia, la manipulación usando una combinación de manipulaciones específicas breves y de bajo nivel, elongación pasiva y maniobras kinestéticas (kinesthetic) específicas articulares y posicionales, con la finalidad de romper adhesiones fibrosas y tejido de cicatrices alrededor de la articulación y tejido adyacente, se hace menos difícil. MUA deberá ser realizado solamente a pacientes seleccionados que no han respondido a la terapia convencional.

Esta determinación de cobertura local (LCD) ha sido desarrollada para proveer indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica a códigos CPT/HCPCS, ICD-9-CM, en apoyo de necesidad médica, requisitos de documentación, instrucciones de utilización y codificación de MUA.

### Fecha de vigencia

Esta nueva determinación local de cobertura entra en vigencia para servicios provistos **a partir del 25 de enero de 2010**. 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> ❖

## G0430: Exámenes cualitativos de detección de drogas -- LCD nueva

**Identificador de LCD: L30574 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Un examen cualitativo de detección de drogas reporta la presencia de una droga en una muestra de sangre o de orina. Puede utilizarse una muestra de sangre o de orina. Normalmente se prefiere la orina debido a que es sensible a muchas de las drogas comunes en comparación a las muestras de sangre. Un examen cualitativo de detección de drogas puede ser indicado cuando la historia no es confiable, con una ingestión múltiple de drogas, con un paciente en delirium o coma, para la identificación de una droga específica y para indicar cuando debe ser utilizado un antídoto.

Esta determinación local de cobertura (LCD) ha sido creada para identificar indicaciones y limitaciones de cobertura, requisitos de documentación, instrucciones de utilización, códigos ICD-9-CM e instrucciones de codificación para exámenes cualitativos de detección de drogas.

### Fecha de vigencia

Esta nueva determinación local de cobertura es efectiva para servicios provistos **a partir del 25 de enero de 2010**. 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> ❖

## Modificaciones a las LCD Existentes

### 78460: Estudios cardiovasculares de imagen nuclear -- modificación de la LCD

Identificador de LCD: L29093 (Florida)

Identificador de LCD: L29108 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para estudios cardiovascular nuclear imaging studies fue modificada el 1 de octubre de 2009. Después de esa fecha, la sección de la LCD “códigos ICD-9 que apoyan la necesidad médica” para códigos *CPT* 78460, 78461, 78464, 78465, 78478 y 78480 ha sido modificada para agregar el código ICD-9-CM V58.69 (uso a largo-plazo [actual] de otros medicamentos). El código ICD-9-CM V58.69 deberá ser utilizado solamente como código secundario y no deberá ser facturado como diagnóstico primario. La sección “Documentation Requirements (requisitos de documentación)” de la LCD también ha sido modificada para indicar: Los registros médicos deben documentar la presencia de anomalías significativas en electrocardiogramas (ECG) restantes, o que se está usando un medicamento que no se puede suprimir, lo que podría interferir con la interpretación de un estrés ECG, resultante en la selección del estudio myocardial perfusion study.

#### Fecha de vigencia

Esta modificación de LCD se hace efectiva para para los servicios provistos **a partir del 8 de diciembre 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> ❖

### 95004: Exámenes de alergia -- modificación de la LCD

Identificador de LCD: L29057 (Florida)

Identificador de LCD: L29075 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para Exámenes de alergia ha estado vigente para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida y desde el 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Después de esa fecha la LCD ha sido modificada de la manera siguiente:

- Se ha agregado una nueva sección, “Limitations (limitaciones)” dentro de la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)” de la LCD.
- Se ha agregado una lista de exámenes considerados experimentales e investigativos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades alérgicas IgE-mediated (por medio de inmunoglobulina E), a la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)” de la LCD.
- Se ha agregado una nueva sección, “CPT Codes that Do Not Support Medical Necessity (códigos *CPT* que no implican una necesidad médica)” a la LCD, la que incluye los siguientes códigos *CPT*: 83516, 84600, 86001, 86140, 86160, 86161, 86162, 86332, \*86343, 86485, \*86628, 88342, 88346, 95065, \*95831, \*95832, \*95833 y \*95834 (\* Indica servicios ausentes de la lista de servicios sin cobertura de Medicare de la LCD).
- La sección de la LCD “ICD-9 Codes that Do Not Support Medical Necessity (códigos ICD-9 que no

implican una necesidad médica”, ha sido modificada para indicar que los códigos ICD-9-CM de esta sección, tampoco tienen cobertura para códigos *CPT* 86160, 86161 y 86162.

- La sección “Documentation Requirements (requisitos de documentación)” de la LCD, ha sido modificada para indicar que la documentación de registros médicos debe indicar claramente la metodología de exámenes utilizada.
- Ha sido actualizada la sección “Sources of Information and Basis for Decision (fuentes de información y bases para una decisión)” de la LCD.

#### Fecha de vigencia

Esta nueva modificación de la LCD es efectiva para los servicios provistos **a partir del 25 de enero de 2010**. 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> ❖

## TOXINAS BOTULINUM: Toxinas botulinum -- modificación a la LCD

Identificador de LCD: L29088 (Florida)

Identificador de LCD: L29103 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para toxinas botulinum fue revisada por última vez el 6 de abril de 2009. Desde ese tiempo, la sección de "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD ha sido revisada de acuerdo con la U.S. Food and Drug Administration (FDA), para actualizar los nombre de medicamentos establecidos para "toxinas botulinum tipo A" y para actualizar el nombre establecido del medicamento de "toxina botulinum tipo B" a "rimabotulinumtoxinB". El documento adjunto de pautas de codificación (Coding Guidelines) ha sido también revisado respectivamente.

### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados desde la fecha de aprobación de la FDA del 31 de julio de 2009.

La toxina botulinum "abobotulinumtoxinA (Dysport™)" fue aprobada por la FDA el 29 de abril de 2009 para el tratamiento de adultos con distonía cervical para reducir la severidad de posición anormal de cabeza y dolor de cuello en toxinas no tratadas previamente y pacientes tratados previamente. Concerniente a esto, una nueva sección ha sido añadida bajo la sección de "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD, "FDA indication for Dysport™". La sección de "CPT/HCPCS Codes" de la LCD ha sido revisada para incluir el código HCPCS J3590 (productos biológicos no clasificados) y la sección de "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD ha sido revisada para añadir una nueva sección "código HCPCS J3590 (abobotulinumtoxinA [Dysport™])" y códigos

ICD-9-CM 333.83 que apliquen (tortícolis espasmódica) y 723.5 (Tortícolis, no especificada). La sección de "Sources of Information and Basis for Decision" de la LCD ha sido actualizada, como también el documento adjunto de pautas de codificación (Coding Guidelines) para incluir información de codificación y facturación para abobotulinumtoxinA (Dysport™).

### Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD tiene vigencia para servicios prestados desde la fecha de aprobación de la FDA del 29 de abril de 2009.

El documento adjunto de la LCD (Coding Guidelines) ha sido revisado para eliminar los códigos CPT 95860, 95869 y 95870 de la lista de códigos guía de electromiografía que pueden ser cubiertos si el médico tiene dificultad en determinar el sitio apropiado de inyección.

### Fecha de vigencia

Esta revisión al documento adjunto (Coding Guidelines) tiene vigencia para servicios prestados desde el 17 de noviembre de 2009. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el "Jump to Section..." del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de "Display Future Effective Documents" arriba de la lista de la página de la LCD.

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

## G0179: Certificaciones médicas de servicios de salud en el hogar -- modificación de la LCD

Identificador de LCD: L29259 (Florida)

Identificador de LCD: L29467 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para certificación y recertificación por parte de un médico de los servicios de salud en el hogar, ha estado vigente para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida y desde el 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Después de esa fecha, la LCD ha sido modificada en la sección "Documentation Requirements (requisitos de documentación)" de la LCD para clarificar que cada una de las modificaciones del plan de atención al paciente, debe tener la firma del médico re-certificando tanto el servicio de salud a domicilio como la fecha de modificación.

### Fecha de vigencia

Esta modificación a la LCD es válida para las reclamaciones procesadas a partir del 4 de noviembre 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> ❖

## IDTF: Establecimiento independiente de examen de diagnóstico (IDTF) -- modificación de la LCD

Identificador de LCD: L29195 (Florida)

Identificador de LCD: L29330 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para establecimientos independientes de exámenes de diagnóstico (IDTF) fue modificada el 30 de junio de 2009. Desde entonces, la sección de la LCD “Required Characteristics of an IDTF (características exigidas a un IDTF)” ha sido modificada para modificar el siguiente párrafo que ha sido eliminado del sistema de los Centros de Servicios de Medicare (CMS) y no aparece más en el manual Medicare Program Integrity Manual, Pub 100-08, Capítulo 10, Sección 4.19:

“However, if a substantial portion of the entity’s business involves the performance of diagnostic tests, the diagnostic testing services may constitute a sufficiently separate business to warrant enrollment as an IDTF (It will be considered “independent” for purposes of enrollment). In such a case, the entity can be enrolled as a physician or a group practice of physicians, but must also enroll as an IDTF. The physician or group can bill for professional fees and the diagnostic tests they perform on their own patients using their billing number; the practice must bill as an IDTF for diagnostic tests furnished to Medicare beneficiaries who are not patients of the practice

(“Sin embargo, si una parte substancial de los negocios del establecimiento implica exámenes de diagnóstico, los servicios de exámenes de diagnóstico pueden constituir un negocio suficientemente separado para acreditar inscripción como IDTF. (Será considerado “independiente” para propósitos de inscripción). En tal caso, el establecimiento puede inscribirse como un médico o grupo de médicos asociados pero debe también inscribirse como IDTF. El médico o grupo de médicos asociados pueden facturar por honorarios profesionales y por los exámenes de diagnóstico que llevan a cabo sobre sus propios pacientes, utilizando su número de facturación; el grupo de médicos asociados debe facturar como IDTF para los exámenes de diagnóstico realizados a los beneficiarios de Medicare que no son pacientes del grupo”).

Además, la columna “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements (requisitos para supervisión médica e interpretación de las calificaciones de los médicos)” de la sección “Credentialing Matrix (matriz de credibilidad)” del anexo a la LCD “Coding Guidelines (instrucciones de codificación)”, ha sido modificado para los códigos CPT/HCPCS 95805, 95807, 95808, 95810, 95811, G0398, G0399 y G0400 de manera tal que se lea: “ABMS Physician Certified by ABMS

or ABMS: Sleep Medicine OR ABFM, ABIM, ABOto, or ABPN: Sleep Medicine Subspecialty Certification (Médico ABMS certificado por ABSM o ABMS: medicina del sueño O ABFM, ABIM, ABOto, o ABPN: certificación de medicina del sueño como sub-especialidad)”.

La columna “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements” de la sección “Credentialing Matrix” del anexo a la LCD “Coding Guidelines” ha sido también modificada para agregar “OR ABPN: Neurologist with ASN or UCNS: Neuroimaging Subspecialty Certification (neurólogo con ASN o UCNS: certificación de Neuroimaging como sub-especialidad)” para los siguientes códigos CPT: 70010, 70015, 70030, 70100, 70110, 70120, 70130, 70134, 70140, 70150, 70160, 70170, 70190, 70200, 70210, 70220, 70240, 70250, 70260, 70328, 70330, 70332, 70336, 70355, 70360, 70370, 70371, 70373, 70380, 70390, 70450, 70460, 70470, 70480, 70481, 70482, 70486, 70487, 70488, 70490, 70491, 70492, 70496, 70498, 70540, 70542, 70543, 70544, 70545, 70546, 70547, 70548, 70549, 70551, 70552, 70553, 72010, 72020, 72040, 72050, 72052, 72069, 72070, 72072, 72074, 72080, 72090, 72100, 72110, 72114, 72120, 72125, 72126, 72127, 72128, 72129, 72130, 72131, 72132, 72133, 72141, 72142, 72146, 72147, 72148, 72149, 72156, 72157, 72158, 72159, 72170, 72190, 72191, 72192, 72193, 72194, 72195, 72196, 72197, 72198, 72200, 72202, 72220, 72240, 72255, 72265, 72270, 72275, 72285, 72295, 75650, 75658, 75660, 75662, 75665, 75671, 75676, 75680, 75685, 75705, 75774, 75860, 75870, 75872, 75880, 76080, 76350, 76376, 76377, 76380, 76390, 78600, 78601, 78605, 78606, 78607, 78608, 78610, 78630, 78635, 78645, 78647, 78650, 78660, 78811, y 78814.

### Fecha de vigencia

Esta nueva modificación de la LCD es efectiva para los servicios provistos **a partir del 8 de diciembre 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> ❖

## Intravitreal Bevacizumab (Avastin®) -- modificación de 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®) fue modificada el 1 de octubre de 2009. Después de esa fecha, esta LCD ha sido modificada varias veces.

- La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)” de la LCD, para indicar que la dosis estimada es de 1.25 mg (0.05ml) o menos, en un promedio anual de cada cuatro o cinco semanas, según sea necesario, para inyección aséptica intravitreal en el ojo afectado. El tratamiento continúa mensualmente hasta que hayan mejorado la neovascularización anormal, la hemorragia vítrea, el edema macular, el fluido subretinal y/o el desprendimiento del pigmento epitelial. Además, la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity (códigos ICD-9 que respaldan una necesidad médica)” de la LCD, ha sido modificada para agregar el código ICD-9-CM 362.29 (Other nondiabetic proliferative retinopathy (otras retinopatías no diabéticas proliferativas)) y la declaración bajo la lista de códigos ICD-9-CM ha sido modificada para indicar: \*Según el manual de codificación ICD-9-CM de American Medical Association (colegio médico de los Estados Unidos, AMA), el código ICD-9-CM 362.07 requiere diagnóstico dual. El código ICD-9-CM 362.07 debe ser usado en conjunto con un código para retinopatía diabética (códigos ICD-9-CM 362.01-362.06). El tercer elemento de la sección “Documentation Requirements (requisitos de documentación)” ha sido modificado para indicar: Resultados de prueba para establecer en forma categórica el diagnóstico mediante fluorescein angiogram (angiograma fluorescente) u optical coherence tomography (tomografía de coherencia óptica, OCT) para personas con retinopatía diabética proliferativa, edema diabético macular, neovascularización retinal, oclusión de la vena de la retina, oclusión venosa tributaria (ramal), degeneración macular exudativa y edema de la retina. No se requieren pruebas adicionales para diagnóstico establecido en caso de rubeosis iridis o en el caso de hemorragia vítrea en el cual no puede ser visualizada la neovascularización. Ha sido, además, actualizada la

sección “Sources of Information and Basis for Decision (fuentes de información y base para decisiones)” de la LCD.

### Fecha de vigencia

Las modificaciones a la LCD descritas más arriba son válidas para servicios prestados **a partir del 4 de diciembre de 2009**.

- La sección *CPT/HCPCS* de la LCD ha sido modificada para agregar el código HCPCS C9399 para uso de Ambulatory Surgical Centers (centros de cirugía ambulatoria, ASC). El anexo “Coding Guidelines (instrucciones de codificación)” ha sido también modificado para agregar información de codificación y facturación de ASC. Estas modificaciones incluyen: Válidas para servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2008**, en un Ambulatory Surgical Center (ASC), el código HCPCS C9399 deberá ser facturado para intravitreal bevacizumab, junto con el código *CPT 67028* (Intravitreal injection of a pharmacologic agent (inyección intravitreal de agente farmacológico)). En el ítem 19 del formulario 1500 de CMS o su equivalente electrónico deberá ingresarse “Intravitreal bevacizumab” y la “dosis”. La administración de la inyección intravitreal de bevacizumab (Avastin®) debe ser facturada en la misma reclamación que la medicina.

### Fecha de vigencia

Las modificaciones a la LCD descritas más arriba y el anexo “Coding Guidelines” son válidas para reclamaciones procesadas **a partir del 4 de diciembre de 2009**, por servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2008**.

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> ❖

## J9025: Azacitidine (Vidaza®) -- modificación de la LCD

Identificador de LCD: L29063 (Florida)

Identificador de LCD: L29081 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para azacitidine (Vidaza®) ha estado vigente para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida y desde el 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Después de esa fecha se ha evaluado un pedido de reconsideración y se han efectuado, a la LCD, las siguientes modificaciones:

- En la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)” de la LCD de azacitidine (Vidaza®), se ha agregado *acute myeloid leukemia* como una indicación fuera-de-rótulo;
- En la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity códigos ICD-9 en apoyo de necesidad médica)” de la LCD, se ha agregado el rango de diagnóstico 205.00-205.02;
- Además, ha sido actualizada la sección “Sources of Information and Basis for Decision (fuentes de información y bases para decisiones)” de la LCD.

### Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es válida para servicios prestados **a partir del 3 de diciembre 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> ❖

## VISCO: Visco suplementación de terapia para la rodilla -- modificación de la LCD

Identificador de LCD: L29307 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para terapia de visco suplementación de la rodilla, ha sido modificada el 16 de julio de 2009. Después de esa fecha, la LCD ha sido revisada varias veces. First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha notado que los proveedores están utilizando más de un agente de visco suplementación dentro del curso del mismo tratamiento. Por lo tanto, la sección “Utilization Guidelines (instrucciones de utilización)” de la LCD ha sido modificada para clarificar que una vez que se ha iniciado un curso de tratamiento con un agente, debe ser completado por el mismo agente.

### Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es válida para reclamaciones procesadas **a partir del 1 de enero de 2010**. 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> ❖



*Cambios a determinaciones locales de cobertura... (continuación)*

0067T Computed Tomographic Colonography	Código <i>CPT</i> eliminado 0067T. Códigos <i>CPT</i> añadidos 74261 y 74262. Código <i>CPT</i> eliminado 0066T del anexo de “Coding Guidelines”. Código <i>CPT</i> añadido 74263 al anexo del “Coding Guidelines” como información solamente y advierta que no está cubierto. Cambio de número de determinación de contratista a 74261.
78460 Cardiovascular Nuclear Imaging Studies	Códigos <i>CPT</i> eliminados 78460, 78461, 78464, 78465, 78478, y 78480. Códigos <i>CPT</i> añadidos 78451, 78452, 78453, y 78454. Cambio de número de determinación de contratista a 78451.
85692 Syphilis Test	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT</i> 86592 y 86593. Código <i>CPT</i> eliminado 86781. Código <i>CPT</i> añadido 86780.
92541 Vestibular Function Tests	Código <i>CPT</i> añadido 92540. Cambio de número de determinación de contratista a 92540.
93701 Cardiac Output Monitoring by Thoracic Electrical Bioimpedance	Cambio de descriptor para el código <i>CPT</i> 93701.
95860 Electromyography and Nerve Conduction Studies	Código <i>CPT</i> añadido 95905.

\*Investigación

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

Fuente: CMS Pub 100-04, Transmittal 1813, CR 6620

El material en cita y/o en itálico es extraído del *Current Procedural Terminology* de la American Medical Association. Los códigos *CPT*, descripciones y otros datos solamente tienen derechos de autor 2008 de la American Medical Association (u otra fecha de publicación del *CPT*). Todos los derechos están reservados. Aplican las FARS/DFARS que apliquen.

## Corrección a la LCD

### Intravitreal bevacizumab (Avastin®) -- corrección del artículo correspondiente

Identificador de LCD: L29959 (Florida)

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

Esta es una corrección del artículo en referencia, publicado en Medicare B Update! de octubre de 2009 (Página 40)

La determinación local de cobertura (LCD) para intravitreal bevacizumab (Avastin®) fue modificada por última vez el 1 de octubre de 2009, de acuerdo a la transmisión 1810, petición de cambio 6617, de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), con fecha 1 de septiembre de 2009.

#### Corrección

De acuerdo a instrucciones recibidas de parte de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), el código HCPCS Q2024 (Inyección, bevacizumab, 0.25 mg) no deberá ser reportado por servicios provistos a partir del 1 de octubre de 2009. En consecuencia, la sección de códigos “*CPT/HCPCS Codes*” ha sido modificada para eliminar el código HCPCS Q2024 (Inyección, bevacizumab, 0.25 mg) y reemplazarlo por el código HCPCS J3490 (fármacos no clasificados).

Por este motivo, el anexo a la “Coding Guidelines (instrucciones de codificación)” ha sido también modificado para indicar que el código HCPCS J3490 (fármacos no clasificados) deberá ser facturado para intravitreal bevacizumab, junto con el código *CPT* 67028 (Intravitreal injection of a pharmacologic agent). En el ítem 19 del formulario 1500 de CMS o su equivalente electrónico deberá ingresarse “Intravitreal bevacizumab” y la “dosis”. La administración de la inyección intravitreal de bevacizumab (Avastin®) debe ser facturada en la misma reclamación que la medicina.

El anexo “Coding Guidelines (instrucciones de codificación)” de la LCD ha sido modificado para **eliminar** el párrafo siguiente:

El código HCPCS Q2024 (inyección, bevacizumab, 0.25 mg) deberá ser utilizado para describir de manera apropiada dosis más pequeñas de un total inferior a 10 mg de bevacizumab (Avastin®) y que esta dosis más pequeña deberá ser facturada por el tratamiento aprobado por Food and Drug Administration (Control de fármacos y alimentos, FDA) para cáncer colorectal metastático (i.e., ICD-9-CM codes 153.0-153.9, 154.0-154.3, 154.8, 197.5).

*Intravitreal bevacizumab (Avastin®)... (continuación)*

## Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es válida para reclamaciones procesadas **a partir del 25 de noviembre de 2009**, por 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> ❖

## Información Médica Adicional

### Guía sobre el tratamiento de tele terapia de radiación

En la actualidad, hay varias tecnologías que proporcionan guías para la administración de terapia de radiación. Las ventajas de las guías de inter-fraction (normalmente por imagen) vs. guías de intra-fraction con terapia intensa de radiación modulada (IMRT) u otros sistemas de administración, está emergiendo y se está publicando más información. First Coast Service Options Inc. (FCSO) no posee una declaración positiva de cobertura para los diferentes sistemas. FCSO no considera que haya una base para el pago de reclamaciones de múltiples procedimientos guía para la misma fecha de prestación del servicio. Después de revisar la literatura y debatir el tema con expertos en la materia, parece ser razonable reembolsar por un procedimiento de guía/localización/búsqueda si el servicio es razonable y necesario para un episodio dado de atención médica.

Por lo tanto, cuando corresponde un código de guía de tratamiento por radiación (no incluido en el servicio de administración del tratamiento), FCSO, considerará solamente uno de los siguientes códigos de procedimiento para posible cobertura y pago en una fecha dada de prestación del servicio. Como siempre, la documentación médica debe respaldar que el servicio es razonable y necesario para un episodio dado de atención médica a ese paciente.

*76950 Ultrasonic guidance for placement of radiation therapy fields*

*77014 Computed tomography guidance for placement of radiation therapy fields*

*77280 Therapeutic radiology simulation-aided field setting; simple*

*77399 Unlisted procedure, medical radiation physics, dosimetry and treatment devices, and special services*

*77421 Stereoscopic X-ray guidance for localization of target volume for the delivery of radiation therapy*

*0197T Intra-fraction localization and tracking of target or patient motion during delivery of radiation therapy (e.g. 3D positional tracking, gating, 3D surface tracking), each fraction of treatment.*

Cabe hacer notar que los códigos *CPT 76950*, *77014* y *77421* son códigos de terapia de radiación guiada por imagen (IGRT) y tienen precio fijado en el Outpatient Prospective Payment System (sistema prospectivo de pagos de paciente ambulatorio, OPPS) y el Medicare Carrier System (sistema de proveedores de Parte B de Medicare, MCS). El código *CPT 0197T* de categoría III, es un código de tecnología emergente con precio de contratista MCS. Describe la tecnología Calypso® u otros servicios que pudieran igualar el descriptor. Los códigos fuera de lista *CPT 77399* y *CPT 77280*, son descriptores amplios. Se recomienda que el código *CPT 77280* no sea utilizado como guía de prestación de tratamiento.

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

# RECURSOS EDUCACIONALES

## Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor enero de 2010

Temas de actualidad: Medicare Parte A (ACT)

Cuando: martes, 19 de enero  
 Hora: 10:30 a.m.- 12:00 p.m.  
 Tipo: Webcast

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

HIPAA versión 5010 (A/B)

Cuando: jueves, 21 de enero  
 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.

Códigos de consulta eliminados --¿Qué, por qué, y cómo? (B)

Cuando: viernes, 29 de enero  
 Hora: 2:00 p.m.-3:30 p.m.  
 Tipo: Webcast

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

Webcast sobre el contratista de auditoría de recuperaciones (RAC) (A/B)

Cuando: miércoles, 10 de febrero  
 Hora: 1:00 p.m.- 2:30 p.m.  
 Tipo: Webcast

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

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

### Nota:

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

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

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

**Formulario para ordenar materiales de Medicare Parte A**

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

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en <a href="http://medicare.fcsoc.com/Publications/">http://medicare.fcsoc.com/Publications/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcsoc.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcsoc.com/Publicaciones</a> (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 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)	\$
			<b>Total</b>	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Proveedor/nombre de la oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

**Formulario para ordenar materiales de Medicare Parte B**

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

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

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en <a href="http://medicare.fcso.com/Publicaciones/">http://medicare.fcso.com/Publicaciones/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2009 a septiembre de 2010.	40300260	Impreso \$33.00		
		CD-ROM \$55.00		
<b>Catálogo de honorarios de 2010</b> – El catálogo de honorarios de médicos y practicantes no médicos de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010, está disponible, sin costo, en línea, en <a href="http://medicare.fcso.com/Data_files/">http://medicare.fcso.com/Data_files/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos">http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos</a> (español). Hay copias adicionales a la venta, impresas o en CD-ROM. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago del año 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)	\$
			<b>Total</b>	\$

**Formulario para ordenar materiales de Medicare Parte B**

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Proveedor/nombre de la oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

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

### Re-determinaciones

#### Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

### Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

### Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

### Fraude y abuso de Medicare

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

## Other Important Addresses

### DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

#### Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

#### Take Home Supplies

#### Oral Anti-Cancer Drugs

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

### REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

#### Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

### RAILROAD MEDICARE

#### Railroad Retiree Medical Claims

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

### Inscripción de proveedores

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

### Intercambio electrónico de datos (EDI\*)

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

### Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

### Saldo de crédito

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

### Departamento de Auditoría y Reembolso

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

### Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

## Número Telefónicos

### PROVEEDORES

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

#### Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

#### Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

### BENEFICIARIO

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

#### Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

### ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

### DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Medicare Web sites

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

### BENEFICIARIES

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

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

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

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

**Re-determinaciones**

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

**Re-determinaciones sobre pagos en exceso)**

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

**Exámenes médicos posteriores al pago**

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

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

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

**Fraude y abuso de Medicare**

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

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

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

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

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

**RAILROAD MEDICARE****Railroad Retiree Medical Claims**

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

**Inscripción de proveedores****Cambios de dirección postal**

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

**Intercambio electrónico de datos (EDI\*)**

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

**Lista de vacunados contra la influenza**

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

**Determinaciones locales de cobertura**

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

**Cobro de deudas**

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

**Correo nocturno y otros servicios postales especiales**

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

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

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

**Personas con dificultades de habla y oído (TDD)**

1-888-216-8261

**Sistem de respuesta automática (IVR)**

1-877-847-4992

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

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

**Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)**

1-800-754-7820

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

1-904-791-8103

**Número de Fax**

1-904-361-0407

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

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

**Centers for Medicare & Medicaid Services**

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

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

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

**Inscríbese a nuestra lista electrónica de correos eNews**

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



WHEN EXPERIENCE COUNTS & QUALITY MATTERS

---

***MEDICARE A y B AL DÍA***

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

**♦ ATTENTION BILLING MANAGER ♦**

