

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

OIG reporta \$20.97 billones en ahorros

OIG ha informado que ahorros y recuperaciones para la totalidad del FY 2009.....4

Cobertura de servicios de educación a pacientes con enfermedades renales

MIPPA ha agregado los servicios de educación a beneficiarios8

Expansión de los servicios de telemedicina de Medicare

CMS ha expandido los servicios según figura en la determinación final10

Provisiones de ambulancia de MIPPA expiraron

Medicare ya no estará pagando servicio de ambulancia basado en estas dos provisiones15

Se encarece a los proveedores seleccionados para MCPSS

CMS le encarece tomar unos pocos minutos de su tiempo y responder esta encuesta22

Cobertura de servicios de rehabilitación

CMS ha adoptado nuevos requisitos para los IRF25

Especificaciones de I/OCE de enero de 2010 versión 11.0

Información que afecta a los proveedores en envían reclamaciones a los contratistas.....28

Actualizaciones de PQRI 2010 y eRx

La versión actualizada está ahora disponible en la página Web de PQRI de CMS39

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Recursos educacionales	23
Información para proveedores de la Parte A.....	24
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	32
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	35
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	36
Información para proveedores de la Parte B.....	37
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	42
Formulario para ordenar materiales de Parte B	47
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	48

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

Fraude y Abuso

OIG reporta \$20.97 billones en ahorros 4
 Nuevos estándares de tasas de pago 4

Tarifas Fijas

Actualización de tarifas de laboratorio clínico 5
 Actualización de emergencia de MPFS 2010..... 5
 Información acerca de laboratorio clínico..... 6

Cobertura y Reembolso

Procedimiento equivocado a un paciente.....7
 Cobertura de servicios de educación 8
 Rechazo de reclamaciones con conflictos 8
 Prueba farmacogenómica para warfarin 9
 Política de MPFS para 2010 9

Facturación

Expansión de los servicios de telemedicina..... 10
 Modificaciones médicamente improbables..... 11
 Modificación del conjunto de códigos HCPCS .. 11
 Mensaje de MLN11
 Regulaciones del programa de incentivos...12
 Publicación de modificaciones de HCPCS..... 13
 Versión del Medicare Physician Guide 13
 Finalización de pago por IHS 14
 Expiración de disposiciones de pago 14

Intercambio Electrónico de Datos

Implementación de HIPAA versión 5010 15

Ambulancia

Provisiones de ambulancia de MIPPA 15

Hospital

Modificación del sistema de pagos 16

Interés General

Modificación de tasa de interés 16
 Instrucciones de fecha y lugar de servicio..... 17
 Implementación de HIPAA 5010 en J9 17
 WBT de remesa de pago en el MLN 18
 Productos educacionales de MLN..... 18
 Resúmenes de la transcripción 18
 Mes Nacional de Alerta de Glaucoma 19
 Folleto de inmunización del adulto 20
 Semana Nacional de Vacunación.....20
 Nuevas guías de referencia rápida.....20
 MLN celebra su décimo aniversario 21
 El nuevo mundo de los cursos de Medicare..... 21
 Participación de proveedores en el MCPSS 22
 CMS lanza la quinta encuesta de satisfacción .. 22

Recursos educacionales.....23

Parte A

Cobertura y Reembolso

Servicios de uso voluntario de ABN.....24
 Cobertura de servicios de rehabilitación.....25

Facturación

Implementación de las provisiones26

Hospital

Procesamiento de códigos ICD-9-CM 27

Pagos prospectivos

Especificaciones de I/OCE 28

Centros de Enfermería Especializada

Five-star noticias de enero 29

Gráficos

Preguntas frecuentes Puerto Rico30
 Rechazos frecuentes Puerto Rico31

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... 32

Ordenar materiales de Parte A.....35

Contactos Parte A de Puerto Rico36

Parte B

Facturación

Pago para pruebas diagnósticas 37
 Procesamiento de Medicare..... 37

Información general

Nuevo lugar de servicio para atención 38
 Corrección de enero de CCI 38
 Actualización Medicare Remit Easy Print....39
 Hoja informativa de tarifas ASC 39

PQRI

Actualizaciones de PQRI 2010 y eRx.....39

Gráficos

Denegaciones frecuentes Puerto Rico..... 40
 Preguntas frecuentes Puerto Rico..... 41
 RUC frecuentes Puerto Rico.....41

Determinaciones Locales de Cobertura

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

Ordenar materiales de Parte B.....47

Contactos Parte B de Puerto Rico 48

Medicare A y B Al Día

Vol. 2, No. 1
enero de 2010

Publication Staff

Elvyn Nieves
 Rafael Vallesoto
 Millie C. Pérez
 Mark Willett
 Robert Petty

Medicare A y B Al Día es publicado mensualmente por First Coast Service Options Inc. la división de asistencia y educación al proveedor, para informar a los proveedores de Medicare.

Las preguntas concernientes a esta publicación o su contenido pueden ser enviadas por fax a:

**Medicare Publications
1-904-361-0723**

CPT five-digit codes, descriptions, and other data only are copyright 2008 by American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values or related listings are included in CPT. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

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

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

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

SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

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

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

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

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

La distribución de *Medicare A y B Al Día* en copia impresa o en CD-ROM está limitada a una copia por institución de salud, proveedores independientes, o grupos de asociaciones profesionales (PA) que han facturado al menos una reclamación de Parte A o B a Medicare para su procesamiento durante los últimos 12 meses antes de la publicación de esta edición. Los proveedores que cumplan con estos criterios son elegibles para recibir una copia de cortesía de esa edición, si una barrera técnica existe que 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

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

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

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

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

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

FRAUDE Y ABUSO

OID reporta \$20.97 billones en ahorros y recuperaciones durante el año fiscal 2009

Resumen

En su *Semiannual Report to Congress, el Department of Health & Human Services (HHS) Office of Inspector General (OIG)* (Oficina del Inspector General (OIG) del Departamento de Salud y Recursos Humanos (HHS)), ha anunciado logros significativos de auditoría, investigación y evaluación para la segunda mitad del año fiscal (FY) 2009 (1 de abril a 30 de septiembre de 2009) y por la totalidad del FY 2009. OIG ha informado que ahorros y recuperaciones esperadas, asciendan a la suma de \$20.97 billones para la totalidad del FY 2009.

Específicamente, los \$20.97 billones de OIG en ahorros y recuperaciones esperadas incluyen \$16.48 billones en la implementación de recomendaciones de mejor utilización de fondos, \$4 billones en ingresos investigados y \$492 millones en ingresos auditados.

Adicionalmente, durante FY 2009, OIG ha eliminado 2,556 organizaciones y personas individuales de la participación en programas federales del cuidado de la

salud. OIG también ha reportado 671 demandas delictivas en contra de individuos u organizaciones involucradas en delitos perpetrados en contra de programas de HHS y 394 demandas civiles, incluyendo *False Claims Act* (ley contra reclamaciones falsas) y demandas por enriquecimiento injusto entabladas en la corte del distrito federal, acuerdos según *Civil Monetary Penalties Law* (ley de penalidades monetarias civiles, CMPL) y recuperaciones administrativas en referencia a materias de auto-revelación del proveedor.

El enlace a la página de comunicados de prensa de OIG es <http://oig.hhs.gov/publications/docs/press/2009/SemiannualFall2009PressRelease.pdf>.

Para leer el *Semiannual Report to Congress* completo, vaya al enlace siguiente: http://oig.hhs.gov/publications/docs/semiannual/2009/semiannual_fall2009.pdf. ❖

Fuente: *Office of Inspector General Press Release* (comunicado de prensa de la oficina del inspector general), 3 de diciembre de 2009

Sitios de Internet de terceros: Este documento contiene referencias a sitios de Internet operados por terceros. Tales referencias son provistas solamente para su conveniencia. First Coast Service Options Inc. (FCSO) no tiene control alguno sobre tales sitios y no tiene ninguna responsabilidad por su contenido. La inclusión de estas referencias dentro de este documento no sugiere ningún endoso del material de tales sitios ni asociación alguna con sus operadores. FCSO no puede responsabilizarse por las prácticas de privacidad de otras organizaciones o del contenido de sitios de Internet externos. Para acceder a estos sitios, usted debe tener acceso a Internet.

HHS emplea nuevos y más estrictos estándares en el cálculo de tasas de pago inadecuadas de Medicare durante 2009

Parte de la amplia estrategia de la administración para eliminar errores y prevenir desperdicio y fraude

Resumen

Como parte del objetivo de la administración Obama de reducir desperdicio, fraude y abuso en Medicare, el *Department of Health & Human Services* (Departamento de Salud y Recursos Humanos) y los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han modificado y optimizado en forma significativa sus tasas de error para 2009 de sus cálculos de cobro-por-servicio (FFS) de Medicare, reflejando una contabilidad más completa que en años anteriores, con respecto a pagos inadecuados de Medicare. Estas optimizaciones proporcionarán a CMS una información mejor y más completa sobre errores de manera tal que la agencia pueda combatir en mejor forma los pagos inadecuados.

Las tasas de pagos inadecuados de los programas Medicare, Medicaid y Children's Health Insurance (CHIP) son publicadas anualmente como parte del reporte financiero del U.S. Department of Health & Human Services (HHS).

Aunque las tasas de pago inadecuado no son necesariamente un indicador de fraude en Medicare o cualquier otro programa federal de cuidado de la salud, proveen efectivamente a HHS, CMS y asociados responsables de vigilar los fondos de Medicare y Medicaid una evaluación más completa del número de errores que deben ser corregidos

El enlace para el comunicado de prensa de CMS en la página Web es http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp. ❖

Fuente: Comunicado de prensa de CMS, 18 de noviembre de 2009

TARIFAS FIJAS

Actualización anual para el catálogo de tarifas de laboratorio clínico de 2010

Número de *MLN Matters*: MM6657

Número de petición de cambio relacionado: 6657

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de diciembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1884CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 6657, la que da instrucciones para el catálogo de tarifas de laboratorio clínico para el año calendario (CY) 2010, referencias cruzadas de los nuevos códigos para pruebas de laboratorio clínico y actualizaciones de costos de laboratorio sujetos a un cobro razonable. Los proveedores deben asegurarse que su personal de facturación está en conocimiento de estos cambios y de la información adicional publicada en la edición especial de *MLN Matters*® artículo SE1001.

Este artículo se refiere a los temas siguientes:

- Actualización de tarifas
- Cantidades de pago nacional mínimo
- Límite nacional de cantidades (máximo)
- Acceso al archivo

- Comentarios públicos
- Información de precios
- Panel de códigos orientados a órganos o enfermedades
- Información de referencias cruzadas
- Información especial con respecto a los códigos G0430, G0431, 80100 y 80101
- Costos de laboratorio sujetos a un cobro razonable durante 2010

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6657.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6657, 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/R1884CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1884, CR 6657

Actualización de emergencia a la base de datos de tarifas fijas de Medicare para médicos 2010

Número de *MLN Matters*: MM6796 -- Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 6796

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de enero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1887CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Este artículo es un resultado de la petición de cambio (CR) 6796, el cual modifica los archivos de pago emitidos a los contratistas de Medicare basado en la decisión final de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) 2010, entrando en vigencia para las fechas de servicio del 1 de enero de 2010 en adelante. Las siguientes dos listas detallan la descripción de cambios de la base de datos y unidad de valor relativo (RVU) en el anexo 1 (Attachment 1) del CR 6796:

Cambios de indicador de la base de datos

0575F Procedure status: M

20550 Bilateral indicator: 1

4270F Procedure status: M

4280F Procedure status: M

50543 Bilateral indicator: 1

50548 Bilateral indicator: 1

80100 Procedure status: X

A4641 Procedure status: C

A4642 Procedure status: C

Actualización de emergencia a la base de datos de tarifas fijas... (continuación)

A9698 Procedure status: X
 S2118 Procedure status: I
 S2270 Procedure status: I
 S3628 Procedure status: I
 S3711 Procedure status: I
 S3860 Procedure status: I
 S3861 Procedure status: I
 S3862 Procedure status: I
 S9433 Procedure status: I

Unidades de valor relativo (Relative value units)

Las unidades de valor relativo (RVU) han sido revisadas para los siguientes códigos: 19340, 42145, 64490, 64491, 64492, 64493, 64494, 64495, 77785, 77785-TC, 77786, 77786-TC, 77787, 77787-TC, 93740, y 93770

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6796.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6796, 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/R1887CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1887, CR 6796

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

Información adicional acerca de tarifas de laboratorio clínico y servicios de laboratorio

Número de *MLN Matters*: SE1001
 Número de petición de cambio relacionado: 6657
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Este artículo describe como los laboratorios de diagnóstico clínico deben facturar ciertos tipos de exámenes que tienen cobertura de Medicare y son pagados en base al catálogo de tarifas de laboratorio clínico. El artículo se refiere, específicamente a la facturación de cuatro códigos *CPT/HCPCS* (G0430, G0431, 80100, y 80101) para el período del 1 de enero al 31 de marzo de 2010. Se dará mayor información sobre facturación después del 31 de marzo de 2010

Cada año, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ofrece un foro concerniente a los nuevos códigos de exámenes de laboratorio que han sido establecidos por el comité *Common Procedural Terminology (CPT)* y que tendrán cobertura de Medicare pagados en base al catálogo de tarifas de laboratorio clínico.

Este año, han sido establecidos dos nuevos códigos *HCPCS G*: G0430 y G0431. Cuando estos códigos fueron presentados ante el foro anual de 2009, hubo miembros de la industria de laboratorios que expresaron preocupación acerca de como serían descritos los dos códigos nuevos y cuando serían facturados. Este artículo clarifica estos temas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1001.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1001

COBERTURA Y REEMBOLSO

Procedimiento quirúrgico/u otro equivocado a un paciente y/o parte del cuerpo

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

Resumen

A partir del 15 de enero de 2009, Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) no dan cobertura por una cirugía particular u otro procedimiento invasor, para el tratamiento de una condición médica determinada, cuando el profesional de la salud cometa alguno de los errores siguientes:

1. Un procedimiento totalmente diferente al indicado
2. El procedimiento correcto pero a una parte diferente del cuerpo, o
3. El procedimiento correcto, pero a un paciente diferente.

Medicare tampoco dará cobertura a hospitalizaciones y otros servicios relacionados a aquellos procedimientos sin cobertura como se define en el *Medicare Benefit Policy Manual (BPM)* capítulo 1, secciones (10 y 120) y capítulo 16, (sección 180).

Todos los servicios provistos en la sala de operaciones cuando ha ocurrido un error, son considerados relacionados

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.

y por lo tanto no tienen cobertura. Todos los proveedores presentes en la sala de operaciones cuando ha ocurrido el error, que podrían facturar individualmente por sus servicios, no son elegibles para pago. No tendrá cobertura servicio alguno que haya sido provisto durante la misma hospitalización en la cual ha ocurrido el error.

Para reclamaciones de pacientes hospitalizados, se exige a los hospitales a facturar dos reclamaciones cuando se reporta la cirugía equivocada relacionada con la determinación nacional de cobertura (NCD) -- la primera reclamación cobrará los servicios con cobertura o procedimientos que no tengan relación con la cirugía equivocada y la segunda será una reclamación sin-cobro por los servicios/procedimientos sin cobertura..

Para pacientes externos y reclamaciones de profesionales de la salud, se requiere de los proveedores que agreguen los modificadores HCPCS que corresponda a todas las líneas relacionadas con la cirugía/procedimiento equivocados.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6405, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1819CP.pdf>.

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

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.

Cobertura de servicios de educación a pacientes con enfermedades renales

Número de *MLN Matters*: MM6557
 Número de petición de cambio relacionado: 6557
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de diciembre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1876CP y R117BP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

The Medicare Improvements for Patients and Providers Act (ley de mejoras médicas para pacientes y proveedores) de 2008 (MIPPA sección 152(b)) ha agregado los servicios de educación a pacientes con enfermedades renales (KDE) a los beneficios con cobertura Medicare Parte B a los beneficiarios diagnosticados con la etapa IV de enfermedad renal crónica (CKD) que hayan sido referidos por el médico que controla la condición de los riñones del beneficiario.

Los servicios KDE han sido diseñados para proveer al beneficiario, información global referente al manejo de comorbilidades, incluyendo el propósito de postergar la necesidad de diálisis; prevención de complicaciones urémicas y cada una de las opciones de reemplazo de terapia renal. Este beneficio está también diseñado para acomodarse a las necesidades individuales del beneficiario y darle la

oportunidad de participar activamente en la elección de su terapia.

Por definición, CKD es un riñón dañado por tres meses o más, independientemente de la causa del daño. CKD evoluciona típicamente por un largo periodo de tiempo y los pacientes podrían no experimentar síntomas, hasta que haya ocurrido un daño significativo, posiblemente irreversible. Hay complicaciones que pueden desarrollarse de riñones que no funcionan adecuadamente, tales como alta presión sanguínea, anemia y debilidad de los huesos. Cuando la enfermedad crónica de los riñones avanza, puede conducir a la falla de los riñones, la cual requiere medios artificiales para hacerse cargo de la función renal (diálisis) o un trasplante de riñones para mantener la vida.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6557.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6557, 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/R1876CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1876, CR 6557

Rechazo en el procesamiento de reclamaciones con conflictos de género o procedimiento

Número de *MLN Matters*: MM6638
 Número de petición de cambio relacionado: 6638
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1839CP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Este artículo provee instrucciones para completar las reclamaciones de Parte A y Parte B que contienen servicios específicos de género para los beneficiarios que son transexuales, hermafroditos, o tienen genitales ambiguos. Las reclamaciones para estos beneficiarios están siendo rechazadas por los sistemas de Medicare debido a modificaciones específicas de género que resultan en denegaciones inapropiadas.

Como evitar estas denegaciones

Reclamaciones de Parte A: Los proveedores institucionales deben reportar el código de condición 45 (categoría de género ambiguo) en servicios ambulatorios de hospitalización que pueden estar sujetos a modificaciones específicas de género (i.e., servicios que son considerados mujer u hombre solamente) para los beneficiarios definidos arriba. Este código de condición de nivel de reclamación debe ser usado por los proveedores para identificar estas reclamaciones únicas y para permitir que las modificaciones

relacionadas a sexo sean procesadas correctamente por los sistemas de Medicare y que el servicio continúe su procesamiento normal.

Reclamaciones de Parte B: Médicos y profesionales de la salud que facturan reclamaciones profesionales de Parte B para uno de los beneficiarios definidos arriba deben enviar el modificador KX (requisitos especificados en la póliza médica han sido cumplidos) en la línea de detalle con cualquier código de procedimiento específico de género. El modificador KX identificará un servicio que esta siendo realizado en un paciente para el cual la modificación de género específico puede aplicar y que el servicio debe ser permitido para continuar con el procesamiento normal.

Nota: El pago será realizado si la cobertura y criterios de reporte han sido cumplidos para el servicio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6638.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6638, 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/R1838CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1839, CR 6638

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.

Prueba farmacogenómica para capacidad de respuesta de warfarin

Número de *MLN Matters*: MM6715 -- Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6715
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 3 de agosto de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1889CP y R111NCD
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) abrieron un análisis de cobertura nacional (NCA) para determinar si el uso de pruebas farmacogenómicas para respuesta de warfarin es razonable y necesaria bajo el programa de Medicare. El 3 de agosto de 2009 CMS emitió una decisión final estableciendo que la evidencia disponible no demuestra que las pruebas farmacogenómicas predican la capacidad de respuesta de warfarin y mejora el resultado de salud en los beneficiarios de Medicare, y por lo tanto no es razonable y necesario.

Sin embargo, la decisión de CMS también establece que la evidencia disponible no sustenta las pruebas farmacogenómicas para la capacidad de respuesta de warfarin bajo la cobertura con el desarrollo de la evidencia (CED).

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

La evidencia disponible sustenta que CED es apropiado para las pruebas farmacogenómicas de CYP2C9 o VKORC1 “aleles” para predecir capacidad de respuesta por cualquier método, y por lo tanto está cubierta cuando es provista a beneficiarios de Medicare que son candidatos de terapia anticoagulación con warfarin. Además, ellos no pueden haber sido probados anteriormente para CYP2C9 o VKORC1 “aleles” y han recibido menos de cinco días de warfarin en el régimen de anticoagulación para el cual las pruebas son ordenadas.

Información adicional en el artículo incluye facturación y requisitos de pago.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6715.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6715, 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/R1889CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1889, CR 6715

Políticas de MPFS para 2010 y suma a pagarse según la tarifa del lugar de origen de la tele-medicina

Número de *MLN Matters*: MM6756 -- Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6756
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de diciembre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R615OTN
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Este artículo está basado en el pedido de cambio (CR) 6756 que resume las políticas del catálogo de tarifas médicas Medicare de 2010 y anuncia la suma que debe pagarse de acuerdo a la tarifa del lugar donde se origina el servicio de tele-medicina.

La tarifa del lugar donde se origina el servicio de tele-medicina (código HCPCS Q3014) para 2010, es el 80 por ciento del menor de los cargos vigentes o \$24.00.

Resumen de los cambios clave contenidos en CR 6756

- Temas de gastos por práctica de la medicina (PE)
- Tasa de utilización de equipo
- Índice geográfico de índice de costo de práctica médica (GPCI): debate sobre localidad

- Unidades de valor relativas a mal práctica (RVU)
- Temas de codificación específicos relacionados con catálogo de tarifas médicas de Medicare
 - Servicios de consulta
 - Examen físico preventivo inicial (IPPE)
 - Reposición de canales
 - Clarificación de ciertos códigos de audio
- Disposiciones de *Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008* (ley de mejoras para pacientes y proveedores de Medicare de 2008, MIPPA)
- Sección 102: Eliminación de tasas discriminatorias de copago para servicios psiquiátricos de pacientes ambulatorios de Medicare
 - Sección 139: Optimización de los programas de enseñanza de anestesia de Medicare
 - Sin intervención de anestesia
 - Política de pago de enseñanza a enfermeras anestesiadas certificadas (CRNA)

Políticas de MPFS para 2010 y suma a pagarse según la tarifa del lugar de origen... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6756.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6756, 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/R615OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 615, CR 6756

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

FACTURACIÓN

Expansión de los servicios de telemedicina de Medicare durante 2010

Número de *MLN Matters*: MM6705

Número de petición de cambio relacionado: 6705

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1881CP y R118BP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han expandido los servicios de telemedicina, según figura en la determinación final de en el catálogo de tarifas médicas con período de comentarios para el año calendario 2010, como (CMS-1413-FC; referirse a <http://edocket.access.gpo.gov/2009/pdf/E9-26502.pdf>), de la manera siguiente:

- Se ha agregado tres códigos a la lista de servicios distantes de telemedicina de Medicare para servicios de evaluación, conducta e intervenciones médicas individuales (HBAI)
- Se ha agregado tres códigos para consultas iniciales de telemedicina para pacientes hospitalizados
- Se ha expandido la definición de seguimiento de telemedicina para consulta de paciente hospitalizado de manera tal de incluir consultas médicas por medio de telemedicina a los beneficiarios tanto en hospitales como en centros de enfermería especializada.

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.

Dichos códigos están incluidos en la actualización anual del año calendario (CY) 2010.

Se ha expandido la lista de servicios de telemedicina de Medicare para incluir:

- HBAI individual, según se describe en los códigos *CPT* 96150, 96151 y 96152
- Consultas de telemedicina iniciales provistas en varios niveles de complejidad, según se describe en códigos HCPCS G0425 y G0426
- Seguimiento de consultas de telemedicina, según se describe en códigos HCPCS G0406, G0407 y G0408

Se necesita la presencia de modificadores **GT** o **GQ** cuando se factura servicios de telemedicina con códigos *CPT/HCPCS* 96150-96152, G0406-G0408 y G0425-G0427.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6705.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6705, 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/1881CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1881, CR 6705

Modificaciones médicamente improbables

Número de petición de cambio: 6712
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR: R617OTN
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Esta petición de cambio actualiza y clarifica los requisitos de las modificaciones médicamente improbables (MUE) establecidas en el 2006. Las MUE son diseñadas para reducir errores administrativos y de codificación incorrecta. El contratista de la iniciativa de codificación correcta nacional (NCCI) desarrolla y mantiene los MUE.

Concerniente a los MUE, se les recuerda a los proveedores lo siguiente:

- Un proceso de apelaciones no será permitido para las reclamaciones que son devuelta al proveedor (RTP) como un resultado de un MUE. Los proveedores deben determinar por que la reclamación fue devuelta, corregir el error, y reenviar la reclamación corregida.

- Los proveedores pueden apelar los criterios de MUE al enviar una petición al contratista de Medicare de Parte B o el contratista administrativo de Medicare (MAC A/B) los cuales, de estar de acuerdo, enviarán la apelación al NCCI.
- Cargos en exceso debido a las unidades de servicio mayor que el MUE no pueden ser facturadas al beneficiario (esto es una “responsabilidad del proveedor”), y esta provisión no puede ser dispensada ni sujeta a una notificación anticipada al beneficiario (ABN).

Información adicional

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6712, 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/R617OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 617, CR 6712

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

Modificación del conjunto de códigos de Healthcare Common Procedure Coding System

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado una modificación al conjunto de códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud, HCPCS). CMS ha cambiado la definición del código HCPCS L8680 a “Implantable neurostimulator electrode, each (cada electrodo neuro-estimulador implantable)”. Al hacerse este cambio, la definición del código HCPCS L8680 para el año calendario (CY) 2010 vuelve a ser la definición contenida en el conjunto de códigos del CY 2009 HCPCS. Este cambio ha sido puesto en el documento de correcciones de HCPCS 2010, ubicado en la página Web de HCPCS: <http://www.cms.hhs.gov/HCPCSReleaseCodeSets/ANHCPCS/list.asp>. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-24

Mensaje de MLN -- ¿ha tomado la resolución de aprender algo nuevo este año?

La nueva información está a un clic de distancia.

Los cursos de *Medicare Learning Network (MLN)* basados en la Web son la manera perfecta de cumplir esa resolución. Usted puede elegir de entre una variedad de cursos que cubren tópicos de políticas del programa Medicare, desde conceptos generales a información específica de codificación y facturación, así como educación e información sobre nuevas iniciativas de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

Debido a que usted tiene acceso a cualquier curso, las 24 horas del día, 7 días a la semana, no tiene que perder tiempo en sus horas de oficina -- y puede completar los cursos a su propio ritmo. Cada curso es una unidad compacta de aprendizaje; usted obtiene una cantidad importante de información en solamente un corto período. Permanezca en contacto con el sistema de administración de enseñanza de CMS. El sistema grafica los cursos que usted ha completado y sus evaluaciones y recuerda los capítulos que usted ha completado en caso de que no haya podido terminarlos en una sola ocasión.

Muchos de los cursos ofrecen el beneficio de créditos para continuidad de la educación y así ayudarle a cumplir con requisitos académicos para obtener o conservar su licencia o certificación.

Y recuerde que -- como todos los productos de *Medicare Learning Network* -- nuestros cursos basados en la Web son totalmente gratuitos.

Decídase a visitar hoy la página MLN Products. Para comenzar, encuéntrenos y haga clic en Web-Based Training. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-20

Regulaciones y estándares del programa de incentivos de registros electrónicos de la salud

Se espera que el público comente las nuevas reglamentaciones

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y la Office of the National Coordinator for Health Information Technology (oficina del coordinador nacional para tecnología de información de la salud) alientan los comentarios públicos acerca de dos reglamentaciones que establecen un fundamento para mejorar la calidad, eficiencia y seguridad a través del uso de tecnología de registros electrónicos de la salud certificados (EHR). Estas reglamentaciones ayudarán a implementar los programas de incentivos EHR puestos en efecto por la *American Recovery and Reinvestment Act of 2009* (ley de reinversión y recuperación de los Estados Unidos de 2009) (*Recovery Act* (ley de recuperación)).

Una reglamentación propuesta por CMS delinea las provisiones propuestas para la dirección de los programas de incentivo EHR, incluyendo la definición del concepto central de “uso significativo” de la tecnología EHR.

Una reglamentación provisional (IFR) determinada por ONC establece estándares iniciales, especificaciones de implementación y criterio de certificación de tecnología EHR. Ambas reglamentaciones están disponibles para el comentario público.

El coordinador nacional para tecnología de información de la salud, David Blumenthal, M.D., M.P.P., dijo que “La adopción generalizada de registros electrónicos de la salud envuelve una gran promesa de mejora del cuidado de la salud, eficiencia y seguridad del paciente. Los incentivos financieros de la *Recovery Act* demuestran el compromiso del Congreso y del Ejecutivo en el sentido de ayudar a los proveedores a adoptar y hacer uso significativo de la tecnología EHR de manera tal de poder dar una mejor atención y de que sus pacientes experimenten una mejora en el cuidado de la salud. Creemos que con el paso del tiempo el programa de incentivo EHR de Medicare y Medicaid acelerará y facilitará la adopción de tecnología de información de la salud por un mayor número de proveedores individuales y de organizaciones a través del sistema de cuidados de la salud”.

Charlene Frizzera, administrador interino de CMS, expresó que “Estas regulaciones están fuertemente relacionadas. Las regulaciones propuestas por CMS definirán y especificarán el como demostrar ‘el uso significativo’ de la tecnología EHR, lo cual es un pre-requisito para recibir los pagos por incentivos de Medicare. Nuestra reglamentación también delinea la metodología de pago propuesta por los programas de incentivo de Medicare y Medicaid EHR. Las regulaciones ONC establecen los estándares y especificaciones que optimizarán la interoperabilidad, funcionalidad y seguridad de la tecnología de información de la salud”.

CMS y ONC han trabajado en conjunto en el desarrollo de ambas reglamentaciones y han recibido información de parte de cientos de expertos en la materia, tales como profesionales de la salud y otras partes relacionadas. Tres comités de asesores federales han llevado a cabo numerosas reuniones para recabar los comentarios del público: *the National Committee on Vital and Health Statistics* (comité nacional de estadísticas de vida y salud, NCVHS), *the*

Health IT Policy Committee (comité de salud IT, HITPC), y *the Health IT Standards Committee* (comité de estándares de salud IT, HITSC). HITSC presentó sus recomendaciones finales al *National Coordinator* (coordinador nacional) en agosto de 2009.

Estas recomendaciones, junto a las diferentes informaciones recibidas, fueron consideradas como un aporte a la formulación de las reglamentaciones anunciadas hoy.

El IFR emitido por ONC describe los estándares que deben ser alcanzados por la tecnología certificada EHR para intercambio entre proveedores así como entre proveedores y pacientes, de información del cuidado de la salud. El conjunto inicial de estándares comienza a definir un lenguaje común para asegurar la precisión y seguridad del intercambio de información de la salud entre los diferentes sistemas EHR. IFR describe formatos estándar para resúmenes y prescripciones clínicas, términos estándar para describir problemas clínicos, procedimientos, exámenes de laboratorio, medicinas y alergias y estándares para el transporte seguro de esta información por medio de Internet.

IFR ha llamado a la industria en sentido de estandarizar la manera en que se intercambia la información de EHR entre organizaciones y establece los criterios requeridos para la certificación de una tecnología EHR. Estos estándares darán apoyo al uso significativo e intercambio entre los proveedores que tienen que utilizar tecnología EHR para calificar para los incentivos de Medicare y Medicaid.

Se requiere por estatuto que, con fecha 31 de diciembre de 2009, HHS adopte un conjunto inicial de estándares de tecnología EHR. El IFR se hará efectivo 30 días después de su publicación con oportunidad para comentarios públicos durante los 60 días siguientes. Durante 2010 se emitirá una reglamentación final. El Dr. Blumenthal manifestó que “alentamos fuertemente a las partes interesadas a hacernos llegar sus comentarios acerca de estos estándares y especificaciones”.

El *Recovery Act* ha establecido programas de pagos como incentivo para aquellos profesionales y hospitales elegibles que no solamente participan en Medicare y Medicaid, sino que además han adoptado y hecho “uso significativo” de la tecnología EHR certificada.

Los pagos de incentivo podrían comenzar tempranamente durante octubre de 2010 para hospitales elegibles y durante enero de 2011 para otros proveedores calificados.

La reglamentación propuesta definirá el término “usuario significativo de EHR” como un profesional u hospital calificado que demuestre durante el período específico de reporte, el uso significativo de la tecnología EHR de manera consistente con ciertos objetivos y mediciones presentes en la reglamentación. Estos objetivos y mediciones incluirán el uso de tecnología certificada EHR de manera de mejorar la calidad, seguridad y eficiencia de la prestación de servicios de la salud; reducir la disparidad de cuidados de la salud; hacer participar a los pacientes y familiares; mejora la coordinación de los cuidados; mejora la población y salud pública y asegura privacidad adecuada

Regulaciones y estándares del programa de incentivos ... (continuación)

y protección segura de información de salud personal.

La reglamentación propuesta definirá el uso significativo de los programas de incentivo de Medicare para EHR. Propone una definición del profesional calificado para participar en los programas de tarifas-de-servicios de Medicare e incentivo EHR de Medicare Advantage, así como la propuesta de una definición que se aplicará a hospitales calificados y de atención crítica. Estas definiciones servirán también como el estándar mínimo de calificación de profesionales y hospitales para su participación en el programa de incentivo EHR de Medicaid. La reglamentación propone que los estados podrá solicitar aprobación de CMS para implementar mediciones adicionales de uso significativo, como les sea más conveniente, pero no podrán solicitar aprobación de menos o menos rigurosas mediciones que las exigidas por la reglamentación.

Esta reglamentación propone fases de implementación de los requisitos propuestos para la demostración de uso significativo. Esto significa establecer de manera inicial criterios razonables de uso significativo, en base a las capacidades tecnológicas actualmente disponibles y la experiencia de los proveedores en el ejercicio de su profesión. Con el tiempo, CMS establecerá criterios más estrictos y más extensivos para la demostración de uso significativo, en la medida en que ocurran los avances que se puede anticipar en el desarrollo de la tecnología y en las capacidades de los proveedores.

CMS ha dado un plazo de 60 días para comentarios sobre la reglamentación propuesta. Frizzera manifestó que “las definiciones y requisitos para demostrar el uso significativo de la tecnología EHR son solo propuestas. CMS acepta con agrado y considerará con toda seriedad

los comentarios que mejoren nuestras propuestas al mismo tiempo que se alcanzan las metas fijadas por el Congreso a los programas de incentivos de EHR.

Las reglamentaciones propuestas y hojas informativas de CMS pueden verse en http://www.cms.hhs.gov/Recovery/11_HealthIT.asp.

La versión final de las reglamentaciones ONC pueden verse en <http://healthit.hhs.gov/standardsandcertification>.

ONC tiene el propósito de anunciar, a principios de 2010, las reglamentaciones propuestas en relación a la certificación de la tecnología de información de la salud.

Recursos adicionales en el sitio Web:

- *The Recovery Act Health IT page* (ley de recuperación de la salud): http://www.cms.hhs.gov/Recovery/11_HealthIT.asp.
- **Enlace directo a las reglamentaciones de CMS:** <http://edocket.access.gpo.gov/2010/pdf/E9-31217.pdf>.
- Una copia de las reglamentaciones de ONC se encuentra disponible en: <http://healthit.hhs.gov/standardsandcertification>.
- El informe de prensa de HHS se encuentra disponible en: https://www.cms.hhs.gov/apps/media/press_releases.asp.
- Las hojas informativas de CMS se encuentran disponibles en: https://www.cms.hhs.gov/apps/media/fact_sheets.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-34

Publicación programada de modificaciones al conjunto de códigos HCPCS

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que la publicación programada de modificaciones al conjunto de códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Estos cambios han sido publicados en el sitio Web de HCPCS en http://www.cms.hhs.gov/HCPCSReleaseCodeSets/02_HCPCS_Quarterly_Update.asp. Los cambios son efectivos en la fecha indicada en la actualización. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-03

Versión revisada del Medicare Physician Guide

La versión revisada del Medicare Physician Guide: A Resource for Residents, Practicing Physicians, and Other Health Care Professionals (Octubre 2009), la cual ofrece información general sobre el programa de Medicare, como convertirse en un proveedor de Medicare o suplidor, pólizas de pago de Medicare, reembolso de Medicare, servicios de evaluación y manejo, protegiendo el Fondo Fiduciario (Trust Fund) de Medicare, preguntas, sobrepagos, y apelaciones de pago pro servicio, está ahora disponible en formato de CD-ROM del *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Para hacer su orden, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, busque abajo en su pantalla Related Links Inside CMS y seleccione *MLN Product Ordering Page*. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-10

Finalización de pago por Indian Health Services

Número de *MLN Matters*: SE0930
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: 1 de enero de 2010

Resumen

Este artículo ha sido emitido por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) con la finalidad de notificar a médicos, proveedores y suplidores de *Indian Health Services* (IHS) afectados, que por disposición de la sección 630 de *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* (MMA) de 2003, algunos servicios de Parte B dejarán de tener cobertura cuando termine la vigencia de la disposición el 31 de diciembre.

Sin embargo, el Congreso está considerando una nueva legislación que podría extender esta disposición más allá del 31 de diciembre. Si tal legislación procede, Medicare notificará a los contratistas que vuelvan a procesar reclamaciones por estos servicios IHS.

Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Equipo médico durable, prostáticos y ortóticos
- Calzado ortopédico

- Servicios de laboratorio clínico
- Vendaje quirúrgico, cabestrillos y enyesados
- Fármacos (aquellos que son procesados por el contratista administrativo (MAC) de Medicare J4 A/B y DME MAC)
- Servicios de ambulancia
- Vacunas contra la influenza y neumonía
- Servicios de selección y preventivos

Las reclamaciones por servicios suministrados el 31 de diciembre o antes, serán procesadas normalmente.

Los profesionales de la salud tienen la opción de retener (esto es no presentar a medicare) las reclamaciones por servicios suministrados antes del 1 de enero de 2010 hasta que se clarifique si la nueva legislación va a proceder a extender esta disposición.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0930.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE0930

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.

Expiración de algunas disposiciones de pago bajo el programa Medicare

Número de *MLN Matters*: SE0931
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: 1 de enero de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han emitido este artículo de edición especial con la finalidad de notificar a los proveedores afectados que algunas disposiciones de pago de Medicare no serán efectivas una vez que se cumpla su plazo de vigencia el 31 de diciembre de 2009. Dos de estas disposiciones son:

- El procedimiento de excepción de tope de terapia
- El permitir a laboratorios independientes a facturar por el componente técnico de un servicio de patología médica provisto a pacientes de hospital

Reclamaciones por servicios provistos el 31 de diciembre de 2009 o antes, serán procesadas normalmente.

Los profesionales de la salud tienen la opción de retener (esto es no presentar a medicare) las reclamaciones por servicios suministrados antes del 1 de enero de 2010 hasta que se clarifique si la nueva legislación va a proceder a extender esta disposición. Si la legislación es aprobada, puede reanudarse la presentación de reclamaciones por los servicios afectados. De otro modo, las reclamaciones presentadas con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2010, no serán pagadas de acuerdo con la disposición que está expirando debido a que no habrá más un estatuto como base para tales pagos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0931.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE0931

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

Implementación de HIPAA versión 5010 276/277 segunda fase de estatus de reclamación

Número de *MLN Matters*: MM6721 -- Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6721
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010 (excepto 1 de julio de 2010 para la jurisdicción 9 MAC)
 Número de transmisión de CR relacionado: R623OTN
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010 (excepto 6 de julio de 2010 para la jurisdicción 9 MAC)

Resumen

La petición de cambio (CR) 6721 provee dirección técnica a los siguientes mantenedores del sistema compartido de Medicare y los contratistas de Medicare para implementar la segunda fase del Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 del Accredited Standards Committee (ASC) X12 versión 005010 de la solicitud del estatus de reclamación del cuidado de la salud y respuesta (276/277) de los conjuntos de transacción. El CR también contiene detalles sobre las modificaciones comunes y de software de módulo mejorado (CEM) para el proceso de pregunta de estatus de reclamación recibida.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ha preparado una comparación de los estándares actuales de X12 HIPAA Electronic Data Interchange (EDI) (versión 4010/4010A1) con la versión 5010, y los estándares de EDI del National Council for Prescription Drug

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.

Programs (NCPDP) versión 5.1 a la versión D.0. Las guías de implementación 4010A1 y los documentos de reporte técnico 3 5010 (TR3) usados como referencia de materiales durante la preparación de la hoja de cálculos de Excel. CMS está haciendo una comparación conjunta de los documentos disponibles para descargar en los formatos de Microsoft Excel® y Adobe® PDF. Las comparaciones fueron realizadas para el uso del negocio de pago por servicio de Medicare y, aunque estos pueden servir otros usos, CMS no ofrece mantener este producto para propósitos que no sean para servicio de Medicare pago por servicio. Usted puede encontrar estos documentos en el sitio Web de CMS en http://www.cms.hhs.gov/MFFS5010D0/20_Technical%20Documentation.asp#TopOfPage.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6721.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6721, 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/R626OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 626, CR 6721

AMBULANCIA

Provisiones de ambulancia de MIPPA expiraron el 31 de diciembre

La Sección 146(a) del Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA) proveyó un incremento en las cantidades de tarifa fija de ambulancia para el transporte de ambulancia terrestre cubierto. Para los transportes que se originaron en áreas urbanas, el incremento fue de dos por ciento. Para los transportes que se originaron en áreas rurales, el incremento fue de tres por ciento. El incremento fue aplicable solamente para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de julio de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2009.

Además, la Sección 146(b)(1) of MIPPA modificó la designación de áreas rurales para servicios de ambulancia aérea. El estatuto especificó que cualquier área designada como área rural desde el 31 de diciembre de 2006, para propósitos de realizar pagos bajo la tarifa fija de ambulancia para servicios de ambulancia aérea, deben continuar siendo tratados como un área rural para propósitos de hacer los pagos por servicio de ambulancia aérea bajo la tarifa fija de ambulancia. Este estatuto también fue aplicable solamente para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de julio de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2009.

Comenzando el 1 de enero de 2010, para reclamaciones de ambulancia aérea y terrestre recibidas con fechas de servicio de esta fecha en adelante, Medicare ya no estará pagando servicio de ambulancia terrestre y aérea a los proveedores basado en estas dos provisiones expiradas. ❖

HOSPITAL

Modificación del sistema de pagos de hospital para enfermos terminales -- hoja informativa impresa disponible

La hoja informativa del sistema de pagos de hospital para enfermos terminales modificada (noviembre 2009), se encuentra actualmente disponible en formato impreso de parte de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid *Medicare Learning Network*. Esta hoja informativa provee información general acerca de los beneficios de Medicare en cuanto a hospitales para enfermos terminales, incluyendo la cobertura de estos servicios, requisitos de certificación, períodos de elección, como se establecen las tasas de pago, coseguros, topes y reportes adicionales exigidos en una reclamación de hospital para enfermos terminales. Para poner una orden, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, en Related Links Inside CMS, seleccione *MLN Product Ordering Page*.” ❖

Fuente: CMS PERL 201001-16

INTERÉS GENERAL

Modificación de tasa de interés por puntualidad en el pago

Medicare debe pagar interés sobre reclamaciones legítimas cuando el pago no se efectúa dentro del límite de días calendario correspondiente (i.e., 30 días) después de la fecha de recibo. El número de días que corresponde es también conocido como el techo del pago. Por ejemplo, una reclamación legítima recibida el 1 de marzo de 2009, debe ser pagada antes del término del día laboral 31 de marzo de 2009.

La tasa de interés es determinada por la tasa aplicable el día del pago. Esta tasa es determinada semestralmente por el *Treasury Department* (Tesorería), cada día 1° de enero y julio. Los proveedores pueden acceder a la página Web del *Treasury Department*, <http://fms.treas.gov/prompt/rates.html> para encontrar la tasa correcta. El período de interés comienza un día después del día en que debía efectuarse el pago y termina el día en que éste se hace efectivo.

La nueva tasa de 3.250 por ciento, estará vigente hasta el 30 de junio de 2010.

No se paga interés por:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o elaboración por parte del contratista de Medicare
- Reclamaciones por las que no se debe pago alguno
- Reclamaciones que han sido completamente denegadas
- Reclamaciones por las que el proveedor está recibiendo pagos periódicos parciales
- Reclamaciones que requieren pagos anticipados según el sistema *home health prospective payment system* (sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar).

Nota: Cuando corresponde pagos de interés, el contratista de Medicare reporta la cantidad de interés por cada reclamación en el aviso de envío al proveedor. ❖

Fuente: Publicación 100-04, Capítulo 1, Sección 80.2.2

Instrucciones de fecha y lugar de servicio para interpretación de exámenes de diagnóstico

Número de *MLN Matters*: MM6375
 Número de petición de cambio relacionado: 6375
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de diciembre de 2009
 Fecha de efectividad: 4 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1873CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010, excepto 1 de julio de 2010 para instrucción DOS en la página 2 de este artículo.

Resumen

Fecha de servicio

A partir del 1 de julio de 2010 la fecha de servicio (DOS) que corresponde al componente profesional es la fecha de calendario en que ha sido llevada a cabo la interpretación. Por ejemplo, si el examen fue llevado a cabo el 30 de abril y la interpretación ha sido leída el 2 de mayo, la fecha de calendario que corresponde a la ejecución de la prueba es 30 de abril y la fecha de servicio (DOS) de la interpretación o lectura del examen es el 2 de mayo.

Lugar de servicio

Las instrucciones de descripción y codificación para cada uno de los siguientes lugares de servicio (POS) son:

- Interpretación realizada en la casa del médico
- Interpretación realizada en un cuarto de hotel

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.

- Interpretación realizada por teléfono inalámbrico remoto
- Interpretación realizada en una oficina que no es el lugar del examen ni el consultorio del médico
- Interpretación realizada por convenio en un hospital
- Interpretación que no ha sido realizada bajo facturación consolidada SNF
- Interpretación de servicios de diagnóstico comprados
- Interpretación realizada fuera de los Estados Unidos

Información adicional e instrucciones detalladas están disponibles en el artículo e instrucciones oficiales (pedido de cambio 6375) dirigido a los contratistas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6375.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6375, 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/R1873CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1873, CR 6375

Implementación de HIPAA versión 5010 en jurisdicción 9

Número de *MLN Matters*: MM6745
 Número de petición de cambio relacionado: 6745
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de marzo de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R621OTN
 Fecha de implementación: 1 de marzo de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están ahora implementando la próxima versión las transacciones de la *Health Insurance Portability and Accountability Act* (ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, HIPAA). El pedido de cambio 6745 da instrucciones específicas a jurisdicción 9 (Parte A y Parte B de contratista administrativo de Medicare [A/B MAC] para Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos), con respecto a la preparación del sistema para el procesamiento de transacciones ASC X12 versión 005010.

A partir del 1 de enero de 2012, todos los proveedores y suplidores deben estar preparados para presentar reclamaciones en forma electrónica utilizando la nueva versión. CMS proveerá mayor información adicional

para asistirle y mantenerle informado de los progresos en implementación de Medicare por medio de comunicaciones adicionales.

La implementación de *Health Insurance Portability and Accountability Act* (ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, HIPAA) 5010 requerirá cambios de software, sistemas y tal vez procedimientos utilizados para facturar a Medicare y otros pagadores. De manera que es extremadamente importante estar consciente de este cambio y permanecer alerta a futuras instrucciones para esta implementación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6745.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6745, 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/R621OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 621, CR 6745

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.

WBT revisado de remesa de pago está ahora disponible en el Medicare Learning Network

El curso revisado de adiestramiento en línea (WBT) Understanding the Remittance Advice (RA) for Professional Providers está ahora disponible en el Medicare Learning Network de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Disponible para crédito de educación continua, este curso provee instrucciones para ayudar a los proveedores de pago por servicio de Medicare y su personal de facturación a interpretar el RA recibido de Medicare y reconciliarla con las reclamaciones enviadas. Además, provee una guía sobre como leer las remesas de pago electrónicas (ERA) y las remesas de pago en papel (SPR), y ofrece instrucciones para balancear un RA. Este curso también presenta una perspectiva general del software que Medicare provee gratuitamente a los proveedores para ver las ERA. Este adiestramiento puede ser accedido al visitar <http://www.cms.hhs.gov/MLNgeninfo/>. Encuentre abajo en su pantalla la sección *Related Links Inside CMS, seleccione Web Based Training (WBT) Modules*, y entonces seleccione *Understanding the Remittance Advice for Professional Providers* de la lista provista de cursos de adiestramiento. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-38

Productos educativos de MLN relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare

Ayude a mantener a sus pacientes saludables en este nuevo año. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) exhorta a la comunidad de proveedores a aconsejar a sus pacientes con Medicare que aprovechen los servicios preventivos cubiertos por Medicare. Medicare cubre una amplia variedad de servicios preventivos para los beneficiarios elegibles, incluyendo exámenes de detección del cáncer, glaucoma, una examinación física inicial preventiva, y ciertas inmunizaciones.

Lo que usted puede hacer

Como un profesional del cuidado de la salud que provee cuidados a personas mayores y a otros con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes de Medicare al educarlo s sobre sus factores de riesgo y recordarles la importancia de obtener los exámenes de detección preventivos cubiertos por Medicare.

Para más información

CMS ha desarrollado los siguientes productos educacionales relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare:

- *The MLN Preventive Services Educational Products Web Page* -- provee descripciones e información para ordenar productos educacionales, recursos, y servicios preventivos del *Medicare Learning Network (MLN)* para los profesionales del cuidado de la salud y su personal

- *Quick Reference Information: Medicare Preventive Services* -- esta gráfica de dos lados provee cobertura e información de codificación sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare.
- *Quick Reference Information: The ABCs of Providing the Initial Preventive Physical Examination (IPPE)* -- esta gráfica de dos lados provee una lista de cotejo de los servicios incluidos en el IPPE, como también información adicional en el beneficio IPPE.
- *Quick Reference Information: Medicare Part B Immunization Billing* -- esta gráfica de dos lados provee cobertura e información de codificación sobre las inmunizaciones cubiertas por Medicare.

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

Gracias por ayudar a CMS a mejorar la salud de los pacientes con Medicare al unirse en el esfuerzo de educar a los beneficiarios sobre la importancia de la detección temprana de varias enfermedades al aprovechar los exámenes de detección y otros servicios preventivos cubiertos por Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-39

Resúmenes de la transcripción de la teleconferencia de ICD-10-CM/PCS del 19 de noviembre

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) condujeron un teleconferencia de ICD-10-CM/PCS Medicare Severity -- Diagnosis Related Group Conversion Project National Provider el 19 de noviembre. Los resúmenes de la transcripción escritas y de audio de la llamada están ahora disponibles para descargar en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/ICD10/06a_2009_CMS_Sponsored_Calls.asp ❖

Fuente: CMS PERL 201001-01

Enero es el Mes Nacional de Alerta de Glaucoma

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les recuerdan a los profesionales del cuidado de la salud que Medicare provee cobertura de un examen completo de detección de glaucoma anual para los beneficiarios de Medicare en alto riesgo de desarrollar glaucoma.

Cobertura de Medicare

Medicare provee cobertura de una prueba de detección de glaucoma anual a los beneficiarios en al menos uno de los siguientes grupos de alto riesgo:

- Las personas con diabetes mellitas
- Las personas con un historial de glaucoma en la familia
- Afro americanos de 50 años de edad en adelante
- Hispanoamericanos de 65 años de edad en adelante

Un estudio de detección de glaucoma cubierto incluye lo siguiente:

- Una examinación del ojo dilatado con una medida de presión intraocular (IOP)
- Una Examinación directa de oftalmoscopia o una Examinación biomicroscópica con lámpara

Lo que puede hacer usted

Como profesional del cuidado de la salud que provee cuidados a personas mayores y otras con Medicare, usted puede ayudar a proteger la visión de sus pacientes de Medicare que pueden estar en alto riesgo de desarrollar glaucoma al educarlos sobre sus factores de riesgo y recordarles de la importancia de obtener un examen de detección de glaucoma anual.

Para más información

CMS ha desarrollado varios productos educativos relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo los exámenes de detección de

glaucoma:

The Glaucoma Screening brochure -- provee información sobre los factores de riesgo, cobertura, y documentación para los exámenes de detección de glaucoma cubiertos por Medicare.

The MLN Preventive Services Educational Products Web Page -- provee descripciones e información para ordenar productos educativos recursos, y servicios preventivos del Medicare Learning Network (MLN) para los profesionales del cuidado de la salud y su personal, incluyendo los productos relacionados a exámenes de detección de glaucoma cubiertos por Medicare.

Quick Reference Information: Medicare Preventive Services -- esta gráfica de dos lados provee cobertura e información de codificación sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo los exámenes de detección de glaucoma cubiertos por Medicare

The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals -- este recurso completo provee vasta información sobre los varios servicios preventivos que Medicare cubre, incluyendo los exámenes de detección de glaucoma cubiertos por Medicare.

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

Gracias por ayudar a CMS a mejorar la salud de los pacientes con Medicare al unirse en el esfuerzo de educar a los beneficiarios en alto riesgo de desarrollar glaucoma sobre la importancia de obtener un examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-02

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.

Folleto de inmunización del adulto

El folleto de inmunización del adulto, el cual provee una perspectiva general de la cobertura de Medicare sobre la influenza de temporada, neumococo, y vacunas de hepatitis B y su administración, está ahora disponible en formato impreso. Para hacer su orden de la versión impresa, seleccione *MLN Product Ordering Page* en la sección *Related Links Inside CMS* en la página de inicio de *Medicare Learning Network* en http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/01_Overview.asp. Usted también lo puede descargar en la siguiente dirección: http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/adult_immunization.pdf.

Para más productos relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare, visite la página de *Preventive Services Educational Products* de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en: http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-06

Enero 10-16 es la Semana Nacional de Vacunación Contra la Influenza

Enero 10-16 de 2010 es la Semana Nacional de Vacunación Contra la Influenza. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) han anunciado la semana del 10-16 de enero de 2010, como la Semana Nacional de Vacunación Contra la Influenza. Este evento de una semana está diseñado para levantar la conciencia sobre la importancia de continuar la vacunación contra la influenza, como también fomentar el crecimiento del uso de la vacuna contra la influenza en enero, febrero, y meses subsiguientes. Puesto que la actividad de la influenza típicamente no alcanza el nivel máximo hasta febrero o más tarde, enero y febrero aún proveen buenas oportunidades de ofrecer vacunas contra la influenza.

Este año, jueves, 15 de enero es designado como el Día de Vacunación de las Personas Mayores. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) necesitan su ayuda para asegurar que las personas con Medicare obtengan su vacuna contra la influenza. Utilice este evento de una semana como una oportunidad de colocar un mayor énfasis en la prevención contra la influenza.

Si usted tiene pacientes de Medicare que no han recibido todavía su vacuna anual contra la influenza, CMS le pide que motive a sus pacientes a que se protejan ellos mismos de la influenza de temporada y de serias complicaciones provenientes del virus de la influenza al recomendar que estos aprovechen los beneficios de la vacuna contra la influenza cubiertos por Medicare. Y

recuerde, los profesionales del cuidado de la salud y su personal también están en riesgo de contraer y propagar el virus de la influenza, así que no olvide inmunizarse y a su personal.

Nota: La vacuna contra la influenza más su administración están cubiertas por los beneficios de Parte B. La vacuna de la influenza **no** es un medicamento cubierto por la Parte D.

Para mayor información sobre la cobertura de Medicare de la vacuna contra el virus de la influenza de temporada y su administración, como también recursos educacionales para los profesionales del cuidado de la salud y su personal, vaya a http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/Downloads/flu_products.pdf en el sitio Web de CMS. Usted encontrará una variedad de recursos que explican la cobertura de Medicare y las pólizas del envío de reclamaciones relacionadas a la vacuna de la influenza de temporada.

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

Para más información sobre la Semana Nacional de Vacunación Contra la Influenza, visite el sitio Web de los Centers for Disease Control and Prevention en <http://www.cdc.gov/flu/nivw/index.htm>. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-06

Nuevas guías de referencia rápida de Medicare Learning Network

The Medicare Learning Network (MLN) (red de enseñanza de Medicare) ha elaborado dos guías de referencia que proveen una lista de las páginas Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS):

The Quick Reference: All Medicare Providers (Referencia rápida: todos los proveedores de Medicare) (diciembre de 2009) -- incluye una lista de las páginas Web de CMS que todos los proveedores de Medicare usan más frecuentemente.

The Quick Reference: New Medicare Provider (Referencia rápida: Nuevo proveedor de Medicare) (diciembre de 2009) -- incluye una lista de las páginas Web de CMS que los nuevos proveedores de Medicare usan más frecuentemente.

Estas guías pueden ser marcadas y vistas en línea o impresas y usadas como referencia. Ambas guías pueden ser localizadas en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/MPUB/list.asp> e la página de publicaciones de MLN. Para localizar estas publicaciones, utilice la palabra clave de búsqueda "quick" (rápida).

Las guías de referencia rápida pueden ser útiles para buscar información. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-17

El Medicare Learning Network celebra su décimo aniversario

El Medicare Learning Network -- Celebrando 10 años como su recurso educacional de Medicare

Este año marca el décimo aniversario para el *Medicare Learning Network (MLN)* -- el hogar para la información oficial de los proveedores de pago por servicio (FFS) de Medicare. Estamos localizados dentro de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y sobre la pasada década hemos estado muy ocupados:

- Produciendo productos educativos de calidad diseñados para alcanzar las necesidades y estilos de aprendizaje de los atareados profesionales del cuidado de la salud
- Añadiendo créditos de educación continua a muchos de nuestros cursos en línea
- Desarrollando nuevos y diferentes formas de hacer nuestros productos accesibles y disponibles a la comunidad de proveedores de FFS.

Ya sea que usted esté familiarizado con el *Medicare Learning Network* o solamente tenga curiosidad sobre nosotros, nuestra campaña de mercadeo le ayudará a descubrir o redescubrir las características y beneficios que muchos miembros de la comunidad de proveedores de FFS acuden diariamente. Así que revise sus e-mails y únase a nosotros al entrar en esta segunda década, dedicados a proveer a la comunidad de proveedores de FFS con la educación e información de los recursos necesarios.

Aprenda más sobre el Medicare Learning Network

Descargue el folleto de mercadeo del Medicare Learning Network

Vea nuestro nuevo Marketing Brochure en línea para aprender lo que ofrece el *Medicare Learning Network* -- copias impresas de este folleto pronto estarán disponibles en nuestro sistema de orden de productos.

Ordene "The Medicare Learning Network DVD-- A Good Place to Start"

Este DVD contiene información rápida y básica sobre el *Medicare Learning Network* y sus beneficios a los proveedores. El DVD es apropiado para instrucción personal, como también exhibiciones y eventos de adiestramiento. Las asociaciones del proveedor local y nacional son aconsejadas que publiquen este producto en sus sitios Web y/o distribuyan vía boletines electrónicos o listas de correo. La duración es de 7 minutos, 7 segundos.

Visite la página del *Medicare Learning Network Product Ordering* y encuentre abajo en su pantalla la categoría de tema "Educational Tool" para encontrar el DVD y hacer su orden. Usted también puede ver el video en línea.

Para más información, manténgase pendiente. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-11

El nuevo mundo de los cursos de Medicare basados en la Web

Buscando ayuda acerca de los fundamentos del programa Medicare? Este nuevo curso basado en la Web- (WBT) *Medicare Learning Network (MLN)* le puede ser de utilidad.

World of Medicare WBT está diseñado para los profesionales de la salud que desean entender los fundamentos del programa Medicare. Después de completar este curso, los participantes deberán estar capacitados para diferenciar entre Medicare Parte A, Parte B, Parte C y Parte D e identificar las opciones de los beneficiarios del seguro médico de Medicare, así como las de elegibilidad e inscripción y reconocer como funcionan Medigap y Medicaid dentro del programa Medicare.

Este curso WBT ofrece créditos de continuidad de la educación, para los detalles vea la descripción del curso que puede ser accedido visitando <http://www.cms.hhs.gov/MLNgeninfo/>. Baje a la sección *Related Links Inside CMS*, seleccione *Web Based Training (WBT) Modules* y luego seleccione World of Medicare (enero de 2010) de la lista de cursos provista. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-18

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.

Se encarece responder a los proveedores seleccionados al azar para participar en MCPSS

Número de *MLN Matters*: SE1005
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo de edición especial es un llamado de atención a los proveedores, en sentido que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han lanzado la quinta administración nacional anual de *Medicare contractor provider satisfaction survey* (encuesta de satisfacción del proveedor sobre el contratista de Medicare, MCPSS). Si usted ha recibido una carta indicando que ha sido seleccionado al azar para participar en la encuesta de satisfacción del proveedor con contratistas de Medicare durante 2010, CMS le encarece tomar unos pocos minutos de su tiempo y responder esta encuesta por medio de un sitio seguro de Internet. Responder en línea es una manera conveniente, fácil y rápida de hacer llegar a CMS su opinión acerca del desempeño de su contratista de pago-por-servicio. Los cuestionarios de la encuesta también pueden ser enviados por correo, fax y por teléfono.

MCPSS es un resultado de la aplicación de *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act* (ley de modernización y optimización de prescripción

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

de medicinas de Medicare) de 2003, que ordena a CMS establecer requisitos de cumplimiento de contrato, incluyendo mediciones de satisfacción del proveedor con los contratistas de Medicare. MCPSS permite a CMS escuchar las inquietudes del proveedor, monitorear tendencias, corregir los descuidos del contratista y aumentar la eficacia del programa Medicare.

MCPSS da a los contratistas una mayor percepción de la comunidad de proveedores y les permite hacer mejoras en sus procedimientos en base a la opinión de los proveedores.

El estudio MCPSS de 2010 consta de los elementos siguientes:

- Selección de muestras
- Cuestionario basado en la Web
- Nueva escala de satisfacción
- Informe de resultados
- Participación del proveedor es la clave del éxito del estudio

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1005.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1005

CMS lanza la quinta Encuesta de Satisfacción del Proveedor sobre el Contratista de Medicare

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están escuchando y quieren escuchar de usted sobre su satisfacción de los servicios provistos por los contratistas de pago por servicio de Medicare (FFS) que procesan y pagan reclamaciones de Medicare. CMS ha lanzado la quinta Encuesta de Satisfacción del Proveedor sobre el Contratista de Medicare (MCPSS). Esta encuesta ofrece a los proveedores de FFS de Medicare y suplidores la oportunidad de ofrecer comentarios de CMS en sus interacciones con los contratistas FFS de Medicare. Aproximadamente 30,000 proveedores seleccionados al azar serán notificados en enero que ellos han sido seleccionados para participar en la encuesta. CMS insta a todos los proveedores del cuidado de la salud que son seleccionados a participar en la encuesta 2010 a que tomen unos cuantos minutos para completar y devolver esta importante encuesta. Para leer el comunicado de prensa anunciando el lanzamiento del MCPSS de 2010, vaya a http://www.cms.hhs.gov/MCPSS/Downloads/2010_MCPSS_contractor_survey.pdf.

CMS está escuchando y quiere escuchar de usted. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-04

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor febrero 2010

Código de denegación de rechazo/devuelta al proveedor (RTP) (Parte A)

Cuando: martes, 9 de febrero
 Hora: 10:00 a.m.- 11:30 a.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

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

Cuando: miércoles, 10 de febrero
 Hora: 1:30 a.m.- 1:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de 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. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español
 Tipo: Webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Series de evaluación y manejo (E/M): Sesión 4

Cuando: jueves, 25 de febrero
 Hora: 2:00 p.m.- 3:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de e-mail: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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

COBERTURA Y REEMBOLSO

Servicios relacionados al uso voluntario de notificación anticipada al beneficiario de no cobertura

Número de *MLN Matters*: MM6563 -- Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6563
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1894CP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 6563, de la cual este artículo está basado, anuncia que dos modificadores HCPCS nivel II han sido actualizados para permitir el uso voluntario de avisos de responsabilidad a ser distinguido de los usos requeridos. Específicamente, el modificador GA ha sido redefinido para significar “Waiver of liability statement issued as required by payer policy.”

El **modificador GA** debe ser usado solamente para reportar cuando una notificación anticipada al beneficiario (ABN) requerida haya sido emitida para un servicio. El modificador GA no debe ser reportado en asociación con cualquier otro modificador relacionado a responsabilidad y debe continuar siendo enviado con cargos cubiertos. Tenga en cuenta que los sistemas de Medicare ahora denegarán reclamaciones institucionales enviadas con el modificador GA como una responsabilidad del beneficiario (en vez de someterlos a posible revisión médica), y el beneficiario tendrá el derecho de apelar esta determinación.

El procesamiento de Medicare de reclamaciones profesionales con este modificador no está cambiando.

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.

Además, el nuevo **modificador GX** ha sido creado con la definición: “Notice of liability issued, voluntary under payer policy.”

El **modificador GX** debe ser usado para reportar cuando un ABN voluntario fue emitido para un servicio. Los proveedores pueden usar el **modificador GX** para proveer a los beneficiarios con notificación voluntaria de responsabilidad concerniente a servicios excluidos de la cobertura de Medicare por estatuto, y en estos casos, los proveedores pueden reportarlo en la misma línea como ciertos otros modificadores relacionados a responsabilidad. Tenga en cuenta que el **modificador GX** debe ser enviado **con cargos no cubiertos solamente**, y el FI o A/B MAC denegarán la reclamación como una responsabilidad del beneficiario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6563.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6563, 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/R1894CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1894, CR 6563

Cobertura de servicios de rehabilitación del paciente hospitalizado

Número de petición de cambio relacionado: 6699

Fecha de emisión de CR: 15 de enero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R119BP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

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

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

- Requisitos de documentación
- Exámenes de de preadmisión requeridos
- Evaluación del médico pos admisión requerido

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.

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6699, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R119BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 119, CR 6699

FACTURACIÓN

Implementación de las provisiones para cumplir con la protección del programa de la agencia de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM6750

Número de petición de cambio relacionado: 6750

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R318PI

Fecha de implementación: 1 de enero de 2010

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 6750, la cual implementa dos provisiones basadas la regla final del el sistema de pagos prospectivos de la agencia de salud en el hogar (HHA) (CMS-1560-F).

La primera provisión requiere un HHA cuyos privilegios de facturación de Medicare hayan sido desactivados para someterse una encuesta de estado u obtener acreditación de una organización acreditación aprobada por CMS antes de obtener los privilegios de facturación reactivados.

La segunda provisión mantiene que un HHA no puede someterse a un cambio de titularidad o transferencia de propiedad si la fecha de vigencia del cambio o transferencia ocurre dentro de los 36 meses de: (1) la fecha de vigencia de la inscripción del proveedor en Medicare, o (2) la fecha de vigencia del último cambio de posesión o transferencia para el HHA. El proveedor debe inscribirse como un nuevo HHA, someterse a una encuesta del estado u obtener acreditación de una organización que acredita y es aprobada

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.

por CMS, y firmar un nuevo acuerdo del proveedor.

Un “cambio de titularidad” incluye cualquiera de lo siguiente:

- Cambio de titularidad (CHOW)
- Adquisición/fusión
- Consolidación
- La petición de cambio reporta un cinco por ciento o un cambio de titularidad más grande (incluyendo, transferencia de acciones, o venta de activos)
- La petición de cambio reporta un cambio en asociados, independientemente del porcentaje de titularidad envuelto.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6750.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6750, 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/R318PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 318, CR 6750

HOSPITAL

Procesamiento de códigos de procedimiento de ICD-9-CM sin cobertura en reclamaciones por pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*: MM6547 -- Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6547
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1895CP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Medicare utiliza los códigos de *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM) para identificar diagnósticos y procedimientos en el acomodamientos de pacientes en un hospital. Los hospitales deben reportar los diagnósticos principales usando el código ICD-9-CM que corresponda, así como también cualquier diagnóstico secundario -- algunos de los cuales pueden ser considerados como complicaciones o comorbilidades (CC) o complicaciones o comorbilidades mayores para designarlas como relacionadas con un grupo de diagnóstico-grave (MS-DRG) por Medicare. Las circunstancias de admisión a un hospital siempre prevalecen en la determinación del diagnóstico principal. Los códigos de diagnóstico deben ser reportados al más alto nivel de especificación disponible -- un código no es válido si no ha sido codificado con todos los dígitos disponibles para dicho código. Para los procedimientos relativos a hospitalización de pacientes, los hospitales deben también reportar, dentro de otros, los códigos de procedimiento ICD-9-CM para cirugía, hasta seis

procedimientos en una reclamación.

A partir de **las dadas de alta del 1 de abril de 2010**, los hospitales deben separar la estadía de los pacientes en dos reclamaciones en el caso de que se reporten códigos de procedimiento con y sin cobertura ICD-9-CM:

- La reclamación por servicios/procedimientos con cobertura no relacionada con los procedimientos ICD-9-CM sin cobertura, en una factura tipo (TOB) 11x (con excepción de TOB 110)
- La otra reclamación con servicios/procedimientos sin cobertura, en un TOB 110 (reclamación sin-pago).

Note que el período cubierto por la declaración debe coincidir tanto en la reclamación con cobertura como en la sin ella.

Las reclamaciones sin-pago que se presenten, serán denegadas como sin cobertura.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6547.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6547, 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/R1895CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1895, CR 6547

PAGOS PROSPECTIVOS

Especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados de enero de 2010 versión 11.0

Número de *MLN Matters*: MM6761

Número de petición de cambio relacionado: 6761

Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de diciembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1872

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

El artículo MM6761 del *MLN Matters* contiene información que afecta a los proveedores en envían reclamaciones a los contratistas de Medicare para:

- Servicios del cuidado ambulatorio provistos a los beneficiarios de Medicare y pagados bajo el sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS)
- Las reclamaciones del cuidado ambulatorio de cualquier proveedor que no es OPPS que no es pagado bajo el OPPS
- Las reclamaciones para servicios limitados cuando son provistos en una agencia de servicios de salud en el hogar que no están bajo el sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar

- Las reclamaciones por servicios a un paciente de hospicio para el tratamiento de una enfermedad que no es terminal.

El CR 6761 describe los cambios a las instrucciones de facturación para varias pólizas de pago implementadas en la actualización del OPPS de enero de 2010. Los cambios al editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) están siendo discutidos en el CR 6761. Largas especificaciones para el I/OCE se encuentran anexadas al CR6761. Un resumen de los cambios para enero de 2010 se encuentra dentro del Apéndice M del anexo A (Attachment A) del CR 6761.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6761.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6761, 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/R1872.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1872, CR 6761

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

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Sistema de calificación de calidad five-star -- noticias de enero

1. Los reportes anticipados del proveedor five-star estarán disponibles comenzando el martes, 19 de enero de 2010.

Los proveedores pueden acceder el reporte desde las páginas de bienvenida del estado del minimum data set (MDS) en los servidores del estado para el envío del MDS.

Información de acceso anticipado del proveedor:

- Visite la página de bienvenida del estado de MDS disponible en los servidores del estado donde usted envía el MDS para revisar sus resultados.
- Para obtener acceso a estos reportes, seleccione el enlace de certification and survey provider enhanced reports (CASPER) localizado al fondo de la página de iniciar la sesión.
- Una vez el sistema de reporte CASPER,
 - i. Haga clic en el botón de “folders” y acceda el reporte five-star en su fólde “st LTC facid”,
 - ii. El “st” es el código postal de dos dígitos del estado en el cual su centro de salud esta localizado, y
 - iii. “Facid” es el estado asignado “facid” de su centro.

2. La línea de ayuda reabrirá comenzando el martes, 19 de enero hasta el miércoles, 3 de febrero de 2010.

BetterCare@cms.hhs.gov también está disponible para contestar cualquier pregunta o preocupación de la calificación five-star.

3. Nursing Home Compare actualizará con los datos five-star de enero el jueves, 28 de enero de 2010.

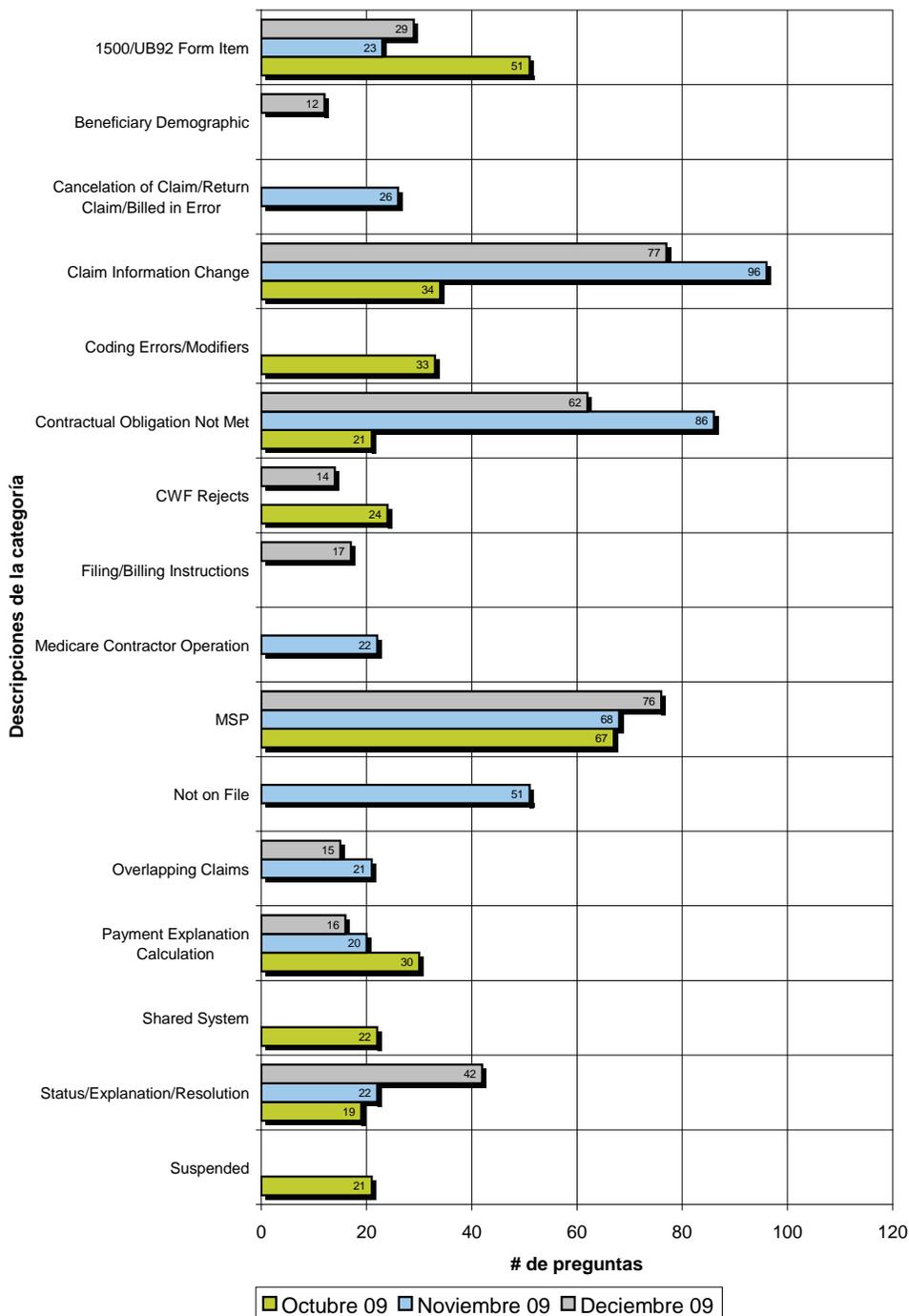
4. Visite http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/13_FSQRS.asp para enterarse de la última información del sistema de calificación de calidad five-star. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-13

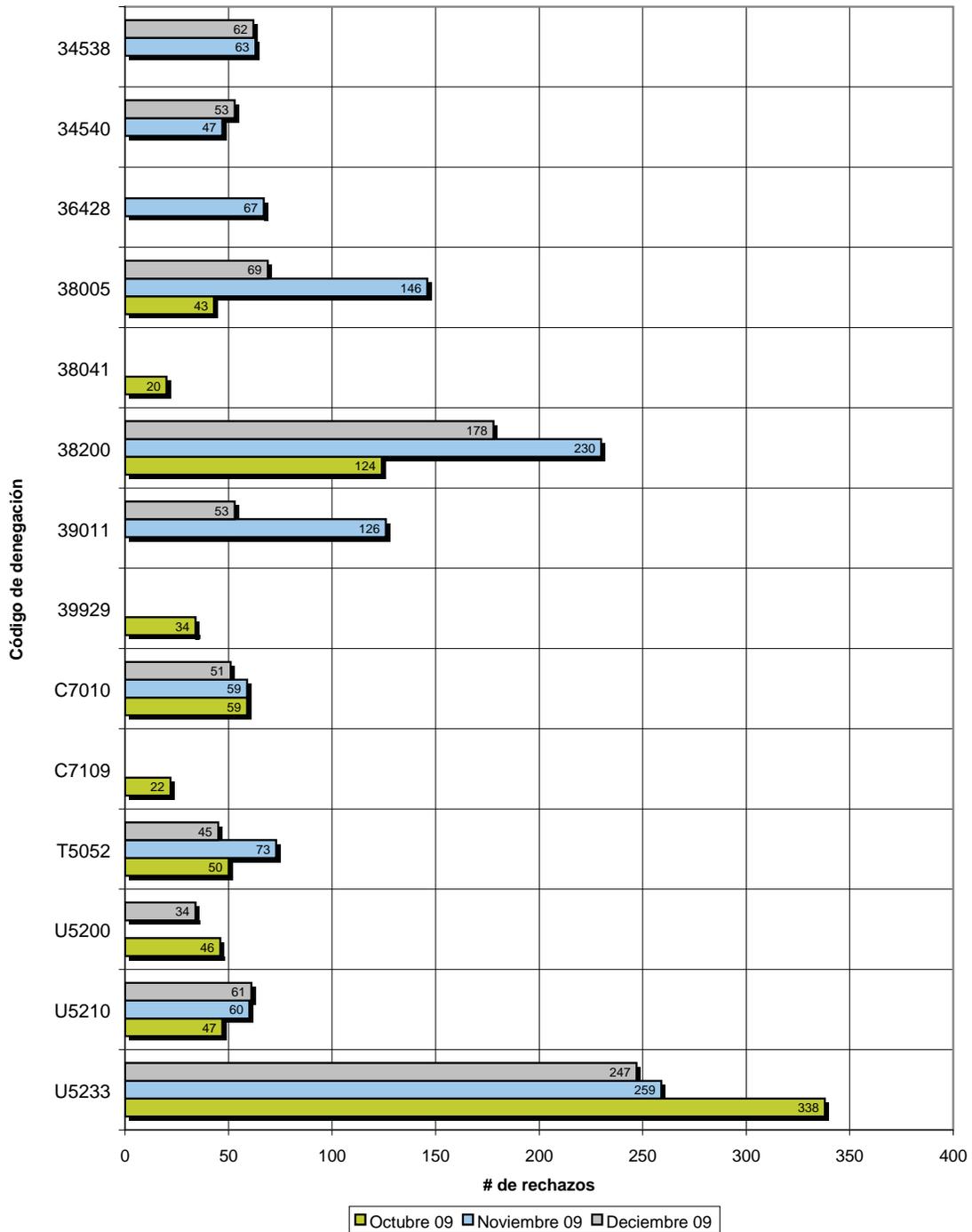
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar, en octubre-diciembre de 2009

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

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



Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en octubre-diciembre de 2009



DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Revisiones a las LCD Existentes

ATHERSVCS: Therapy and rehabilitation services.....	33
AJ9045: Carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®).....	33
A17311: Mohs micrographic surgery.....	34
AJ3487: Zoledronic acid.....	34

Notificación anticipada al beneficiario

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

Revisiones a las LCD Existentes

ATHERSVCS: Therapy and rehabilitation services -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28992 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios de terapia y rehabilitación fue revisada en su mayoría el 5 de octubre de 2009. Desde ese tiempo, el lenguaje ha sido revisado concerniente a un cambio en la cantidad de dólar del límite de terapia en la limitación financiera para la sección de límites de terapia de la LCD en acuerdo con la petición de cambio (CR) 6660 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), transmittal 1851, con fecha del 13 de noviembre de 2009. En adición, la cantidad límite de dólar para terapia fue revisada en acuerdo con el CR 6719, transmittal 1851, con fecha del 13 de noviembre de 2009 para las siguientes especificaciones de limitación:

Para el 2010, el límite anual de la cantidad permitida para terapia física del cuidado ambulatorio y patología del lenguaje combinada es \$1860; el límite para terapia ocupacional es \$1860.

El siguiente lenguaje ha sido añadido al anexo de pautas de codificación en acuerdo con el CR 6719:

Con vigencia el 1 de enero de 2010, el código, *CPT* 95992 – Canalith repositioning procedure(s) (eg, Epley maneuver, Semont maneuver), per day, es removido de la lista de código de terapia en línea, la cual esta disponible en: http://www.cms.hhs.gov/TherapyServices/Downloads/2010_Therapy_Website_Code_List_and_Dispositions.zip

Con vigencia el 1 de enero de 2010, el código *CPT* 92520 – Laryngeal function studies (ie, aerodynamic testing and acoustic testing) – el cual es considerado un código de terapia “algunas veces”, es añadido a la lista de código de terapia en línea. La lista de código de terapia en línea incluye todos los códigos de procedimiento de terapia de “siempre” (always) y “algunas veces” (sometimes). (Pub. 100-04, Chapter 5, Section 20.B)

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD tiene vigencia para los servicios provistos el **1 de enero de 2010 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

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

AJ9045: Carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28791 (Florida)

Identificador de LCD: L28796 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) fue revisada en su mayoría recientemente el 2 de abril de 2009. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD basado en la actualización anual del 2010 ICD-9-CM Update para el carcinoma de células Merkel.

Bajo la sección de “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, el rango de código de diagnóstico 173.0-173.9 fue eliminado y reemplazado con el rango de código de diagnóstico 209.31-209.36 a ser usado para el carcinoma de células Merkel.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD entra en vigencia para reclamaciones procesadas el **28 de enero de 2010 en adelante**, para servicios provistos el **1 de octubre 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> ❖

A17311: Mohs micrographic surgery (MMS) -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28932 (Florida)

Identificador de LCD: L28953 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para cirugía micrográfica Mohs (MMS) comenzó su vigencia para servicios provistos el 16 de febrero de 2009 en adelante para Florida y el 2 de marzo de 2009 en adelante para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD basada en la actualización anual de 2010 ICD-9-CM para carcinoma de células Merkel.

Bajo la sección de “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, el rango de código de diagnóstico 209.31-209.36 fue añadido para carcinoma de células Merkel.

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD tiene vigencia para reclamaciones procesadas el **28 de enero de 2010 en adelante**, para servicios provistos el **1 de octubre de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

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

AJ3487: Zoledronic acid -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29009 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para ácido zoledronic fue revisada por última vez el 5 de noviembre de 2009. Desde ese tiempo, esta ha sido actualizada. El 19 de octubre de 2009, First Coast Service Options Inc. (FCSO) añadió la indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para la prevención de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas como médicamente razonable y necesario para el código HCPCS J3488 (Injection, zoledronic acid [Reclast®], 1mg) bajo la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD. Desde ese tiempo, correspondencia adicional e investigaciones han demostrado que esta indicación aprobada por la FDA no está cubierta por Medicare puesto que no es médicamente razonable y necesaria en el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad específica o herida como se definió bajo la sección 1862 (a)(1)(A) y como se estableció en Pub 100-02, *Medicare Benefit Policy Manual*, Chapter 15, Section 50.4. Por lo tanto, esta indicación aprobada por la FDA ha sido movida a la sección de “Limitations” de la LCD.

En adición de las revisiones arriba, para el código HCPCS J3488, la sección de “Utilization Guidelines” de la LCD y el anexo de “Coding Guidelines” han sido revisados para remover todo lenguaje en referencia a la cobertura para esta indicación. Esta revisión también requiere la remoción del código de diagnóstico ICD-9-

CM V49.81 (Asymptomatic postmenopausal status [age related] [natural]), como un diagnóstico cubierto para el código HCPCS J3488. FCSO ya no aceptará el código de diagnóstico V49.81 como un código permitido para la prevención de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas, puesto que esta indicación no es médicamente razonable y necesaria para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad específica o herida. Todas las demás indicaciones listadas para el código HCPCS J3488 permanecerán cubiertas por las pautas descritas en esta LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión tiene vigencia para las reclamaciones procesadas el **11 de febrero de 2010 en adelante**, para servicios prestados el **29 de mayo de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

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

FORMULARIO DE PARTE A

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

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

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

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

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

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

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

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

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

RAILROAD MEDICARE**Railroad Retiree Medical Claims**

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

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

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

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

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

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

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO**Número de Fax**

1-904-361-0407

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

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES**Centers for Medicare & Medicaid Services**

www.medicare.gov

FACTURACIÓN

Pago para pruebas diagnósticas sujetas a la limitación de pago contra el margen de ganancia

Número de *MLN Matters*: MM6733
 Número de petición de cambio relacionado: 6733
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 15 de marzo de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1892CP
 Fecha de implementación: 15 de marzo de 2010

Resumen

La petición de cambio relacionada (CR) 6733 provee instrucciones para determinar cuando aplica la limitación de pago contra el margen de ganancia (anti-markup) y cuando no. Tenga en cuenta que cuando la provisión contra el margen de ganancia aplica, es aplicable al componente profesional como también el componente técnico de una prueba diagnóstica que es facturada por un médico u otro suplidor que no realizó la prueba.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) también están removiendo las referencias de los términos “purchased diagnostic test” (prueba diagnóstica comprada) y “purchased test interpretation (interpretación de prueba comprada)” en el manual y substituyendo las referencias al “anti-markup test” (pruebas contra el margen de ganancia).”

Otros puntos clave incluyen:

La limitación de pago contra el margen de ganancia aplicará si el médico practicante no “comparte una práctica” con el médico que factura u otro suplidor que ordenó la prueba.

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 substituir 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.

Si un componente técnico o profesional es supervisado/realizado en la “oficina del médico que factura u otro suplidor” o en el “mismo edificio” por un médico propietario, empleado, o contratista independiente del médico que factura u otro suplidor, la limitación de pago contra el margen de ganancia no aplicará.

Si el médico que factura u otro suplidor realizan solamente el componente técnico o profesional y quiere facturar ambos componentes de la prueba diagnóstica, entonces cada componente debe ser reportado como artículos de línea separados si se está facturando electrónicamente (ANSI X12 837) o en reclamaciones separadas si se está facturando en papel (CMS-1500). La facturación global no está permitida a menos que el médico que factura u otro suplidor realicen ambos componentes.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6733.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6733, 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/R1892CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1892, CR 6733

Expiración del procesamiento de Medicare de ciertos servicios de Indian health service de reclamaciones de Parte B

Número de *MLN Matters*: MMSE0912 - Reemplazado
 Número de petición de cambio relacionado: 3288
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo ha sido reemplazado por el artículo de edición especial SE0930 del *MLN Matters*, el cual está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0930.pdf>.

Información adicional

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0912

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 substituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

INFORMACIÓN GENERAL

Nuevo lugar de servicio para atención en clínicas sin cita previa

Número de *MLN Matters*: MM6752

Número de petición de cambio relacionado: 6752

Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de diciembre de 2009

Fecha de efectividad: 11 de marzo de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1869CP

Fecha de implementación: 11 de marzo de 2010

Resumen

Como entidad regulada por *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* (ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1966, HIPAA), Medicare debe ceñirse a los estándares y sus guías de implementación adoptadas por la reglamentación de este estatuto. La guía de implementación profesional adoptada actualmente para los estándares ASC X12 837, exige que cada transacción de reclamación electrónica incluya un código de lugar de servicio (POS) del conjunto de códigos POS que mantienen los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid. En su calidad de pagador, Medicare debe tener la capacidad de reconocer la validez de cualquier código perteneciente al conjunto de códigos POS que aparezca en un transacción de reclamación estándar de HIPAA. De acuerdo con HIPAA, Medicare será capaz de reconocer como válido el código POS 17 a partir del 1 de mayo de 2010, con planes de hacerlo el 11 de marzo de 2010.

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

El código POS 17 fue establecido porque las entidades diferentes a Medicare, dentro de la industria, identificaron la necesidad de seguir más detalladamente, la pista de los suplidores y establecimiento de inmunizaciones. Estas entidades tenían el deseo específico de capturar las clínicas que atienden sin cita previa, en la creencia de que éstas son un lugar común para inmunizaciones.

Medicare no ha identificado una necesidad para este nuevo código y tanto médicos como otros proveedores/suplidores han recibido instrucciones de continuar utilizando las instrucciones de facturación descritas en el manual *Medicare Claims Processing Manual*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6752.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6752, 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/R1869CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1869, CR 6752

Corrección a la actualización de enero sobre las modificaciones a la iniciativa de codificación correcta

Número de *MLN Matters*: MM6818

Número de petición de cambio relacionado: 6818

Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de enero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1891CP

Fecha de implementación: 15 de enero de 2010

Resumen

Este artículo provee información a los médicos concernientes a las correcciones de las actualizaciones trimestrales a las modificaciones de la iniciativa de codificación correcta (CCI). La última publicación trimestral del módulo de modificación fue emitida en octubre de 2009.

La versión corregida incluirá todas las versiones previas y actualizaciones del 1 de enero de 1996 hasta el presente y serán organizadas en dos tablas: *Column 1/Column 2 Correct Coding Edits and Mutually Exclusive Code (MEC) Edits*.

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

Información adicional sobre CCI, incluyendo el CCI actual y las modificaciones mutuamente exclusivas, están disponibles en <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6818.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6818, 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/R1891CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1891, CR 6818

Actualización del software Medicare Remit Easy Print

El último ajuste de reclamación de código de denegación y códigos de comentarios de remesa de pago están disponibles en el archivo Codes.ini del software MREP. Usted puede acceder este archivo en el folder comprimido (zipped) del "Medicare Remit Easy Print - Versión 2.7" en http://www.cms.hhs.gov/AccessstoDataApplication/02_MedicareRemitEasyPrint.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-21

Hoja informativa modificada de catálogos de tarifas ASC disponibles para ser bajadas de CMS

La *Ambulatory Surgical Center Fee Schedule fact sheet* (hoja informativa modificada del catálogo de tarifas de los centros de cirugía ambulatoria, (enero de 2010)), que provee información general acerca del catálogo de tarifas de los centros de cirugía ambulatoria (ASC) pagos a ASC y como son determinados los montos de pago a ASC, está ahora disponible en formato apto para ser bajado de *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/AmbSurgCtrFeeymtfctsht508-09.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-22

PQRI

Actualizaciones de PQRI 2010 y eRx

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar varios documentos de medidas relacionadas a PQRI de 2010 y eRx. Los documentos actualizados están ahora disponibles en la página Web de PQRI de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/PQRI> y la página Web de eRx de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/ERxincntive>, respectivamente.

Actualización de las especificaciones de los grupos de medidas de 2010

La versión 3.0 del *Measures Groups Specifications Manual* emitido en noviembre de 2009 para el PQRI de 2010, ha sido revisada. La versión 3.1 del 2010 PQRI *Measures Groups Specifications Manual and Release Notes* refleja un cambio en la nota del código de comentario de denegación para varios grupos de medidas. Los códigos G correctos específicos a cada grupo de medidas han sido reemplazados dentro de este documento.

Para detalles adicionales, el 2010 PQRI *Measures Groups Specifications Manual and Release Notes* actualizado ahora está disponible en la página Web de PQRI de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/pqri>. Haga clic en el enlace de la sección de *Measures Codes* en la parte izquierda de la página.

Actualización de las medidas de especificación de 2010

La versión 4.0 del *Measure Specifications Manual and Release Notes*, el cual fue publicado en noviembre de 2009 para el PQRI de 2010, han sido actualizados.

- Dos actualizaciones fueron hechas a la versión 4.1 del *Measure Specifications Manual*
 - Medida #193: Información adicional fue añadida a la nota para la opción de codificación de numerador CPT II 4256F

- Medida #94: CPT 92567 fue añadida al denominador de codificación
- La versión 4.1 de las notas publicadas fue actualizada en varias áreas:
 - Dos números de medidas temporales han sido reemplazados con números de medidas finales
 - Medidas #21 y #22: Un código CPT que fue listado como que fue eliminado de la codificación de denominador fue revisada para reflejar el código correcto
 - Medida #48: códigos CPT listados como que están siendo añadidos y eliminados de la codificación de denominador han sido actualizados para reflejar que estos fueron solamente añadidos a la medida.

La versión actualizada del 2010 *PQRI Measure Specifications Manual for Claims and Registry Reporting of Individual Measures and Release Notes* está ahora disponible en la página Web de PQRI de CMS <http://www.cms.hhs.gov/pqri>. Haga clic en el enlace de la sección de *Measures Codes* en el lado izquierdo de la página.

Especificaciones de medidas finales de EHR 2010

Las 2010 EHR *Measures Specifications and 2010 EHR Measures Specifications -- Release Notes* finales han sido modificadas y están disponibles en el sitio Web de CMS. Tenga en cuenta que los cambios fueron realizados a este documento, y algunos códigos de encuentro fueron identificados como servicios no cubiertos bajo las tarifas fijas para médicos de Medicare y no serán contados en la población de denominador para el reporte de cálculos de PQRI. Para acceder estos documentos finales, visite la página Web de PQRI de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/pqri>. Haga clic en el enlace de la sección *Alternative Reporting Mechanisms* en la parte izquierda de la página.

Actualizaciones de PQRI 2010 y eRx... (continuación)

Actualización del código fuente maestro único de PQRI 2010

El documento *2010 PQRI Single Source Code Master* publicado en noviembre de 2009 para el PQRI de 2010, ha sido revisado para añadir el código *CPT 92567* para el código denominador para la medida #94. El documento actualizado está ahora disponible en la página Web de PQRI de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/pqri>. Haga clic en el enlace de la sección *Measures Codes* en el lado izquierdo de la página.

Actualización de las medidas de especificación eRx de 2010

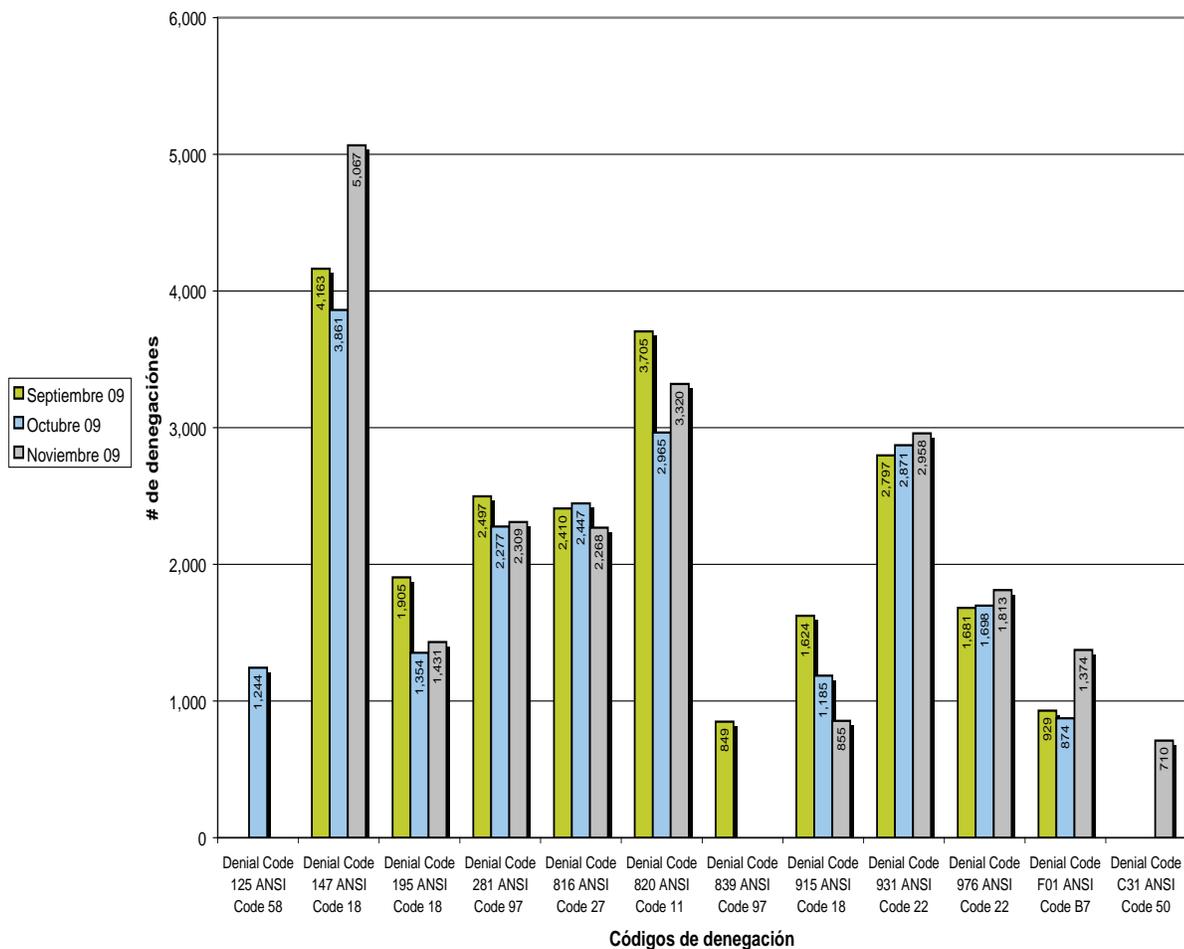
La versión 1.0 del *2010 eRx Release Notes*, publicada en noviembre para el eRx de 2010, también ha sido revisado. La versión actualizada 1.1 del eRx Release Notes refleja correctamente ahora un cambio en la sección *Denominator Updates* del documento. Para acceder este documento actualizado, revise el *2010 eRx Measures Specifications and Release Notes*, el cual esta disponible en la página Web del programa de incentivo de receta electrónica de CMS (eRx) en <http://www.cms.hhs.gov/ERXincentive>. Haga clic en el enlace de la sección *E- Prescribing Measure* en el lado izquierdo de la página. ❖

Fuente: CMS PERL 200912-36

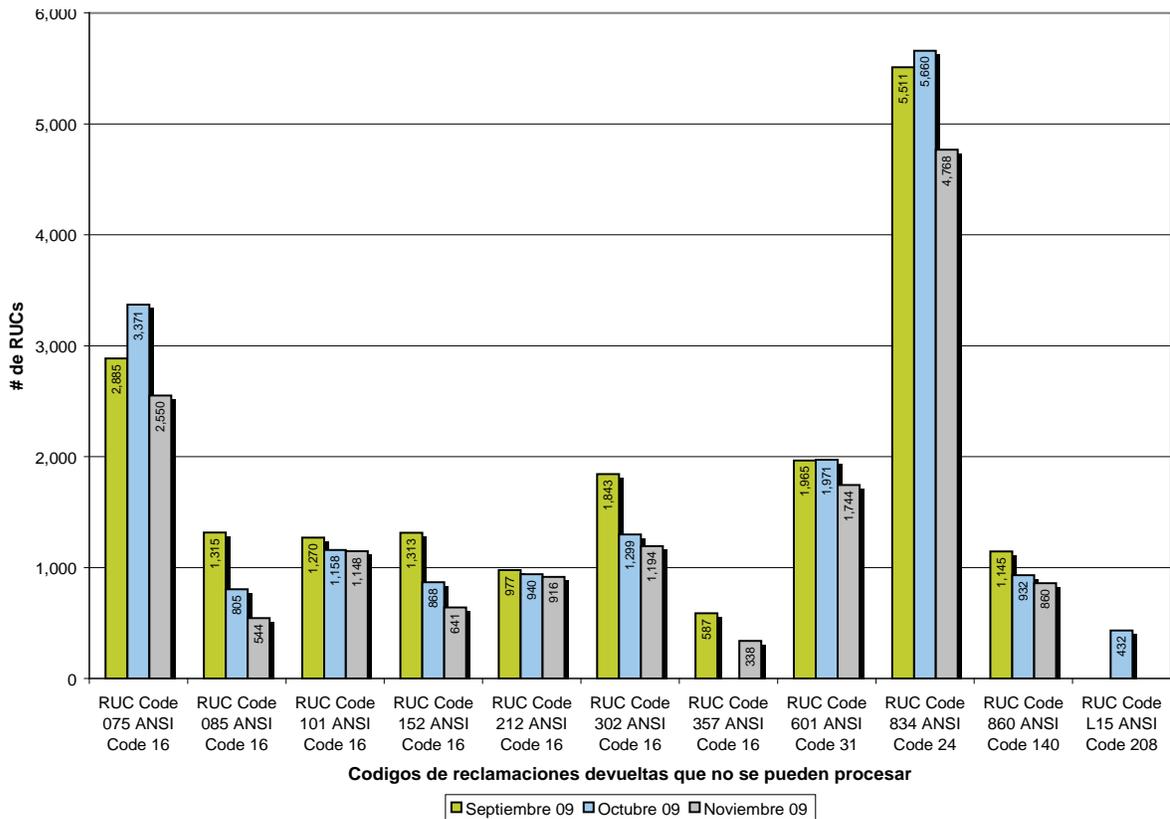
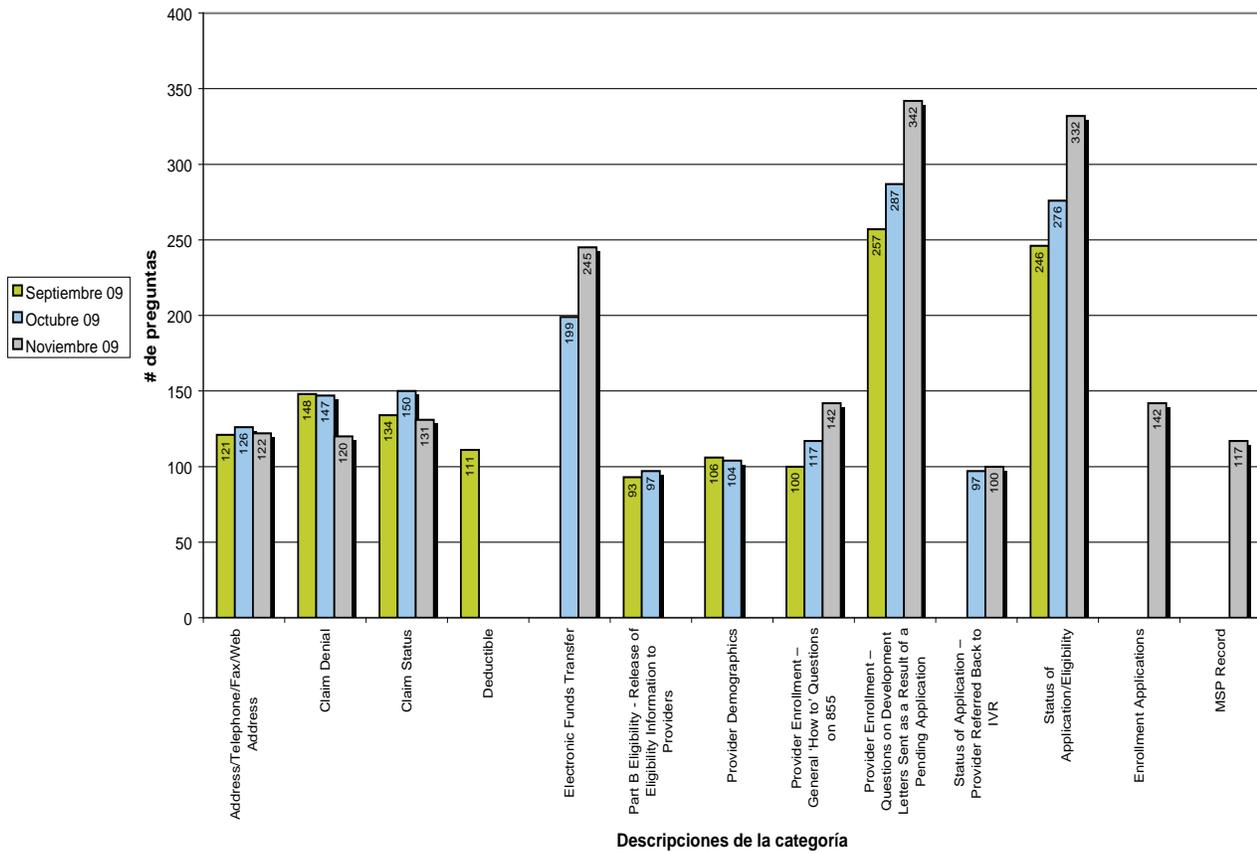
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar, en septiembre-noviembre de 2009

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

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



Preguntas 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://www.medicare.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Revisiones a las LCD Existentes

J9045: Carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®).....	43
80076: Hepatic (liver function panel).....	43
17311: Mohs micrographic surgery.....	44
J3487: Zoledronic acid.....	44
THERSVCS: Therapy and rehabilitation services.....	45

Información Médica Adicional

84295: Serum sodium.....	45
Facturación y codificación de synvisc y synvisc-one.....	46

Notificación anticipada al beneficiario

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

Revisiones a las LCD Existentes

J9045: Carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29089 (Florida)

Identificador de LCD: L29104 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) fue revisada en su mayoría recientemente el 24 de marzo de 2009. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD basado en la actualización anual del 2010 ICD-9-CM Update para el carcinoma de células Merkel.

Bajo la sección de “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, el rango de código de diagnóstico 173.0-173.9 fue eliminado y reemplazado con el rango de código de diagnóstico 209.31-209.36 a ser usado para el carcinoma de células Merkel.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD entra en vigencia para reclamaciones procesadas el **19 de enero de 2010 en adelante**, para servicios provistos el **1 de octubre 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> ❖

80076: Hepatic (liver) function panel -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29188 (Florida)

Identificador de LCD: L29435 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para hepatic (liver) function panel entró en vigencia para servicios prestados el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida, y el 2 de marzo de 2009 en adelante para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, una solicitud de reconsideración fue evaluada y la siguiente revisión fue hecha a la LCD:

- Bajo la sección de “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, los códigos de diagnóstico 286.9, 287.5, 578.0, 578.1, 780.79, 789.2, 789.59, 791.4, V01.79, y V87.39 fueron añadidos a la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD entra en vigencia para servicios prestados el **12 de enero de 2010 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

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

17311: Mohs micrographic surgery (MMS) -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29230 (Florida)

Identificador de LCD: L29366 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para cirugía micrográfica Mohs (MMS) comenzó su vigencia para servicios provistos el 2 de febrero de 2009 en adelante para Florida y el 2 de marzo de 2009 en adelante para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha a la LCD basada en la actualización anual de 2010 ICD-9-CM para carcinoma de células Merkel.

Bajo la sección de “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, el rango de código de diagnóstico 209.31-209.36 fue añadido para carcinoma de células Merkel.

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD tiene vigencia para reclamaciones procesadas el **19 de enero de 2010 en adelante**, para servicios provistos el **1 de octubre de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

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

J3487: Zoledronic acid -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29312 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para ácido zoledronic fue revisada por última vez el 19 de octubre de 2009. Desde ese tiempo, esta ha sido actualizada. El 19 de octubre de 2009, First Coast Service Options Inc. (FCSO) añadió la indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para la prevención de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas como medicamento razonable y necesario para el código HCPCS J3488 (Injection, zoledronic acid [Reclast®], 1mg) bajo la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD. Desde ese tiempo, correspondencia adicional e investigaciones han demostrado que esta indicación aprobada por la FDA no está cubierta por Medicare puesto que no es medicamento razonable y necesaria en el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad específica o herida como se definió bajo la sección 1862 (a)(1)(A) y como se estableció en Pub 100-02, *Medicare Benefit Policy Manual*, Chapter 15, Section 50.4. Por lo tanto, esta indicación aprobada por la FDA ha sido movida a la sección de “Limitations” de la LCD.

En adición de las revisiones arriba, para el código HCPCS J3488, la sección de “Utilization Guidelines” de la LCD y el anexo de “Coding Guidelines” han sido revisados para remover todo lenguaje en referencia a la cobertura para esta indicación. Esta revisión también requiere la remoción del código de diagnóstico ICD-9-

CM V49.81 (Asymptomatic postmenopausal status [age related] [natural]), como un diagnóstico cubierto para el código HCPCS J3488. FCSO ya no aceptará el código de diagnóstico V49.81 como un código permitido para la prevención de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas, puesto que esta indicación no es medicamento razonable y necesaria para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad específica o herida. Todas las demás indicaciones listadas para el código HCPCS J3488 permanecerán cubiertas por las pautas descritas en esta LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión tiene vigencia para las reclamaciones procesadas el **15 de enero de 2010 en adelante**, para servicios prestados el **29 de mayo de 2009 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

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

THERSVCS: Therapy and rehabilitation services -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29289 (Florida)

Identificador de LCD: L29399 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios de terapia y rehabilitación fue revisada en su mayoría el 3 de agosto de 2009. Desde ese tiempo, el lenguaje ha sido revisado concerniente a un cambio en la cantidad de dólar del límite de terapia en la limitación financiera para la sección de límites de terapia de la LCD en acuerdo con la petición de cambio (CR) 6660 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), transmittal 1851, con fecha del 13 de noviembre de 2009. En adición, la cantidad límite de dólar para terapia fue revisada en acuerdo con el CR 6719, transmittal 1851, con fecha del 13 de noviembre de 2009 para las siguientes especificaciones de limitación:

Para el 2010, el límite anual de la cantidad permitida para terapia física del cuidado ambulatorio y patología del lenguaje combinada es \$1860; el límite para terapia ocupacional es \$1860.

El siguiente lenguaje ha sido añadido al anexo de pautas de codificación en acuerdo con el CR 6719:

Con vigencia el 1 de enero de 2010, el código, *CPT* 95992 – Standard Canalith repositioning procedure(s) (eg, Epley maneuver, Semont maneuver), per day, es removido de la lista de código de terapia en línea, la cual está disponible en: http://www.cms.hhs.gov/TherapyServices/Downloads/2010_Therapy_Website_Code_List_and_Dispositions.zip

Con vigencia el 1 de enero de 2010, el código *CPT* 92520 – Laryngeal function studies (ie, aerodynamic testing and acoustic testing) – el cual es considerado un código de terapia “algunas veces”, es añadido a la lista de código de terapia en línea. La lista de código de terapia en línea incluye todos los códigos de procedimiento de terapia de “siempre” (always) y “algunas veces” (sometimes). (Pub. 100-04, Chapter 5, Section 20.B)

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD tiene vigencia para los servicios provistos el **1 de enero de 2010 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el “Jump to Section...” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “Display Future Effective Documents” arriba de la lista de la página de la LCD.

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

Información Médica Adicional

84295: Serum sodium

First Coast Service Options Inc. (FCSO) se ha percatado de un asunto concerniente a los proveedores que reciben denegaciones cuando facturan el código *CPT* 84295 (Sodium; serum, plasma or whole blood) y el código ICD-9-CM 585.6 (End-stage renal disease) para pacientes de hemodiálisis cuando los modificadores CB y CF y varios otros modificadores identificados para el automated multichannel chemistry tests (AMCC) fueron anexados como que el servicio prestado estaba fuera del índice compuesto. CMS Pub 100-02, Chapter 11, Section 30.2.2 lista el código *CPT* 84295 como excluido del índice compuesto para hemodiálisis, intermittent peritoneal dialysis (IPD), continuous cycling peritoneal dialysis (CCPD) y pacientes de hemofiltración.

El modificador CB es definido como servicios ordenados por un médico del centro de diálisis renal (RDF) como parte del beneficio de diálisis del beneficiario; no es parte del índice compuesto, y es reembolsable por separado.

FCSO ha investigado y corregido el asunto. Los proveedores que están facturando por el lenguaje en el Pub 100-02, Chapter 11, Section 30.2.2 para el código *CPT* 84295 deben anexar al menos el modificador CB a la línea del código *CPT* 84295 y el código ICD-9-CM 585.6. Los proveedores pueden anexar otros modificadores como sea apropiado para servicios AMCC.

Fecha de vigencia

Esta corrección entra en vigencia para reclamaciones procesadas el **25 de enero de 2010** en adelante, para servicios prestados el **1 de octubre de 2006 en adelante**.

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

Facturación y codificación de synvisc y synvisc-one

Con vigencia el 1 de enero de 2010, el código HCPCS J7325 debe ser usado para facturar synvisc y synvisc-one. Los proveedores deben indicar el número de miligramos (mg) administrados en el campo de cantidad facturado (Q/B) del formulario de reclamación. Synvisc es administrado una vez a la semana por tres semanas. Por lo tanto, el campo Q/B debe reflejar 16 mg. Synvisc-one es administrado como una dosis de una vez. Por lo tanto, el campo Q/B debe reflejar 48 mg. Si no se factura como se instruye, dará como resultado un pago incorrecto de los servicios.

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

FORMULARIO DE 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 apropiado de la cuenta de FCSO. 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; se requieren pagos por separado para la compra de cuentas diferentes.

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

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 “órdenes 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 45036
Jacksonville, FL 32232-5036

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

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

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

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

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

RAILROAD MEDICARE**Railroad Retiree Medical Claims**

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

Inscripción de proveedores**Cambios de dirección postal**

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

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

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistem de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

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

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

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

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

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

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES**Centers for Medicare & Medicaid Services**

www.medicare.gov

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.



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 ♦

