

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Actualización de precios promedio

Actualización trimestral de precios promedio y modificación de archivos anteriores a abril de 2010.....4

Servicios Paliativos

Refinamiento de revisiones al sistema de Medicare de servicios para enfermos terminales5

Problemas con transferencia de reclamaciones de Medicare a pagadores suplementarios

CMS ha identificado e iniciado la corrección de este problema8

Códigos de renta sin cobertura

Corrección del procesamiento de los códigos de renta sin cobertura15

Servicios de rehabilitación

Cobertura de servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados.....17

Actualizaciones de sistema de pagos prospectivos

Actualizaciones del sistema de PC PRICER19

Enfermedades renales en estado terminal

Diálisis, infección y reporte de acceso vascular.....21

Facturación de Centros de Cirugía Ambulatoria

Implementación de una nueva modificación consolidada de facturación29

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Recursos educacionales	14
Información para proveedores de la Parte A.....	15
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	24
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	27
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	28
Información para proveedores de la Parte B.....	29
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	38
Formulario para ordenar materiales de Parte B	42
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	43

Las publicaciones de Medicare deben ser compartidas con todo el personal de cuidados de la salud y gerencia del proveedor. Los boletines están disponibles sin costo en nuestro sitio Web educacional en <http://medicareespanol.fcso.com/>.

Sugerencias de distribución:

- Médico/Proveedor
- Gerente de oficina
- Director de reembolso
- Personal de enfermería
- Otros _____



Tabla de Contenido

En esta edición 1
 Tabla de contenido.....2
Sobre esta publicación.....3

Partes A/B

Cobertura y Reembolso

Actualización trimestral de precios promedio 4
 Interpretación de pruebas de diagnóstico 4

Intercambio Electrónico de Datos

Actualización de códigos de taxonomía 5

Servicios Paliativos

Servicios para enfermos terminales 5

Interés General

Acreditación para servicios de Imaging..... 6
 Manual de beneficios de Medicare..... 7
 Transferencia de reclamaciones 8
 Estándares de conformidad de inventario 8
 Ajuste negativo en reclamaciones Medicare 9
 Productos educacionales de Medicare..... 9
 Código de condición DR y modificador CR 10
 Participación en MCPSS 10
 Información a patólogos del habla.....10
 Índices MLN Matters 2007-2009...10
 Medicare Learning Network..... 11
 Identificador nacional del proveedor..... 11
 Catálogo de tarifas médicas de Medicare 11

Servicios preventivos:

Mes Americano del Corazón 12
 Vacuna anti influenza 13

Recursos educacionales.....14

Parte A

Facturación

Códigos de renta sin cobertura.....15
 Facturación por voluntarios 16
 Códigos de atención médica.....16

Hospital

Rehabilitación de pacientes 17

Pagos prospectivos

Códigos ambulatorios integrados 18
 PRICER paciente hospitalizado 18
 PRICER hospital de rehabilitación 19
 PRICER hospital psiquiátrico 19

Centros de enfermería especializada

PRICER Centro de Enfermería 19
 Five-star noticias de febrero 19
 Set de información 3.0..... 20

Enfermedad Renal Terminal

Actualización de la diálisis.....20
 Hoja Informativa de enfermedad renal.....21

Reembolso

Pagos a diario de Medicare Parte A.....21

Gráficos

Preguntas frecuentes Puerto Rico22
 Rechazos frecuentes Puerto Rico23

Determinaciones Locales de Cobertura

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

Ordenar materiales de Parte A.....27

Contactos Parte A de Puerto Rico28

Parte B

Centros de cirugía ambulatoria

Modificación consolidada de facturación ... 29

Laboratorio

Nuevas pruebas con dispensa 30
 Actualización de códigos..... 30

Interés general

Servicios vs. margen de ganancias.....31
 Petición de Cambio 5917 32
 Proveedores que ordenan/refieren 33
 Verificación de situación legal 33
 Identificador nacional del proveedor.....34
 Iniciativas de codificación correctas 34

Gráficos

Denegaciones frecuentes Puerto Rico..... 35
 Preguntas frecuentes Puerto Rico..... 36
 RUC frecuentes Puerto Rico.....37

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 38

Ordenar materiales de Parte B.....42

Contactos Parte B de Puerto Rico 43

**Medicare A y B
Al Día**

**Vol. 2, No. 2
febrero 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 FCSSO do not control such sites and are not responsible for their content. The inclusion of these references within this document does not suggest any endorsement of the material on such sites or any association with their operators.

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

SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

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

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

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

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

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

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

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

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

¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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

Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

COBERTURA Y REEMBOLSO

Actualización trimestral de precios promedio y modificación de archivos anteriores a abril de 2010

Número de *MLN Matters*: MM6804
 Número de petición de cambio relacionado: 6804
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1899CP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Este artículo da instrucciones a los contratistas de Medicare de descargar e implementar los archivos de precios promedio de venta de medicinas (ASP) de abril de 2010 para medicinas Parte B de Medicare y, en caso de que hayan sido publicados por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), los archivos modificados en enero de 2010, así como los de octubre y abril de 2009. Los contratistas deberán utilizar los archivos de precios de medicinas y no clasificados de otra manera (NOC), correspondientes a abril 2010 ASP, para determinar límites de pago para medicinas de Parte B de Medicare pagables en forma separada, que hayan sido procesadas o re-procesadas durante o después del 5 de abril de 2010, con fechas de servicio del 1 de abril al 30 de junio de 2010.

El enlace para el artículo *MLN Matters* es MM6804.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6804.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6804, 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/R1899CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1899, CR 6804

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.

Instrucciones de fecha y lugar de servicio para la interpretación de pruebas de diagnóstico

CMS ha emitido el siguiente artículo de MLN Matters. Información para profesionales de la salud que prestan servicios-a-tarifa de Medicare.

Nota: Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han rescindido la petición de cambio 6375 y el artículo de *MLN Matters* MM6375 del 5 de febrero de 2010. El artículo MM6375 de *MLN Matters* fue publicado en enero de 2010 en Medicare A Y B AL DIA (Página 17).

Número de *MLN Matters*: MM6375 Rescindido
 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 para instrucciones DOS de este artículo (1 de julio de 2010)

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

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

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Actualización al 1 de abril de 2010 de los códigos de taxonomía de proveedores de cuidados de la salud

Healthcare Provider Taxonomy Codes (códigos de taxonomía de proveedores de cuidados de la salud (HPTC)) serán actualizados a partir del 1 de abril de 2010-02-26. HPTC es un conjunto código nacional de códigos que permite a proveedores médicos indicar su especialidad. La versión más reciente de HPTC está disponible en el sitio de Internet de Washington Publishing Company, en <http://www.wpc-edi.com/codes/taxonomy>. Si un HPTC es reportado a Medicare, debe ser un código válido o podría ocurrir un rechazo a nivel de reclamación y/o grupo de envío. Para asegurarse que no recibirá un rechazo a nivel de reclamación y/o envío se le recomienda que verifique que el HPTC presentado es un código válido que figura en la lista más reciente de HPTC. Si necesita ayuda en la actualización de códigos de taxonomía en su sistema de control de práctica médica, contacte a su vendedor de software.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1896, CR 6840

Sitios Web de terceros. El presente documento contiene referencias a sitios de Internet operados por terceros. Tales referencias son provistas solamente para su conveniencia. BCBSF y/o FCSO no controlan estos sitios de Internet y no son responsables por su contenido. La inclusión de estas referencias en este documento, no implica aceptación del material de tales sitios ni asociación alguna con sus operadores.

SERVICIOS PALIATIVOS

Refinamiento de revisiones al sistema Medicare de servicios para enfermos terminales

Número de *MLN Matters*: MM6778

Número de petición de cambio relacionado: 6778

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R121BP and R1907CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Este artículo se basa en la petición de cambio (CR) 6778 la cual:

1. Modifica las revisiones al sistema existente de Medicare con la finalidad de permitir que las reclamaciones por servicios-a-tarifa de Medicare, sean procesadas para beneficiarios dentro de un plan Medicare Advantage, en la fecha de elección de un hospital para enfermos terminales de Medicare.
2. Agrega nuevas revisiones, asegurando que el lugar de servicio apropiado sea reportado para cuidados de pacientes en general en un hospital para enfermos terminales (GIP), pausas y atención médica continua en servicios a domicilio
3. Provee una corrección técnica al *Medicare Benefit Policy Manual* (manual de políticas de beneficios de Medicare) con respecto a los requisitos de cuidados de enfermería en relación con la atención médica continua en servicios a domicilio del hospital para enfermos terminales..

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6778.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6778, 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/R1907CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 121, CR 6778

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

INTERÉS GENERAL

Organizaciones autorizadas a acreditar suplidores para servicios avanzados de *imaging*

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han facultado para acreditar abastecedores de componentes técnicos (TC) para procedimientos de diagnóstico avanzado de *imaging* (toma de imágenes), a las tres organizaciones nacionales de acreditación que se mencionan a continuación:

- *American College of Radiology (ACR)*
- *Intersocietal Accreditation Commission (IAC)*
- *Joint Commission (TJC)*

Los requisitos de acreditación corresponden solamente para suplidores que abastecen a los servicios de *imaging* y no a la interpretación médica de las imágenes.

De acuerdo a los requerimientos de *Patients and Providers Act of 2008* (ley de pacientes y proveedores (MIPPA)), todos los suplidores de TC para *imaging* avanzada, tendrán que estar acreditados por una organización de acreditación designada por *the Secretary of Health and Human Services* (secretaría de salud y servicios sociales) el 1 de enero de 2012. Las exigencias de acreditación se hacen extensivas a médicos, profesionales de la salud y organizaciones respectivas que reciben pago, de acuerdo al catálogo de tarifas médicas de Medicare, por proveer componentes técnicos de servicios avanzados de *imaging*.

MIPPA define procedimientos de diagnóstico avanzado por *imaging*, a los que incluyen diagnóstico de resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT) e *imaging* de medicina nuclear tal como tomografía de emisión positrónica (PET). Los detalles del proceso de selección de organizaciones de acreditación e instrucciones para comentarios, fueron anunciados en el reglamento de catálogo de tarifas médicas del año calendario 2010.

Barry Straube, M.D., CMS médico jefe y director de *CMS Office of Standards and Quality* (oficina de estándares y calidad de CMS), manifestó que “Si bien es cierto que los procedimientos de diagnóstico avanzado de *imaging*, pueden ser útiles para identificar problemas de la salud que de otra manera podrían requerir intervención quirúrgica, el crecimiento tan rápido de su uso hace emerger interrogantes importantes acerca de calidad y seguridad” agregando que “las tres organizaciones designadas para la acreditación de suplidores, tienen el conocimiento y la autoridad para establecer un estándar de excelencia de la industria en su totalidad”.

Para ser designadas, las organizaciones de acreditación han tenido que demostrar el tener experiencia en el área de diagnóstico avanzado de *imaging* y que sus requisitos de

acreditación cumplen o superan los estándares establecidos por MIPPA, incluyendo requisitos de:

- Calificaciones de profesionales de la salud que llevan a cabo el procedimiento de *imaging*
- Calificaciones y responsabilidades de directores y supervisores médicos
- Procedimientos para asegurar la seguridad tanto de las personas que abastecen como de las que utilizan los procedimientos de *imaging*
- Procedimientos para asegurar la confiabilidad, claridad y precisión de la calidad técnica de las imágenes de procedimientos de diagnóstico producidas por el suplidor
- Procedimientos para ayudar al beneficiario a obtener sus registros de *imaging* cuando los solicite y
- Procedimientos para notificar a CMS de cualquier cambio efectuado a las modalidades de *imaging*

después de la decisión de la organización acreditadora.

Además, se ha exigido a las organizaciones acreedoras, desarrollar un plan para reducir la carga y

costo de acreditación a los suplidores pequeños y rurales. También se requiere de las organizaciones acreditadoras, proporcionar a CMS información detallada de sus procedimientos de supervisión.

MIPPA ha excluido de los requisitos de acreditación, a ciertos servicios de *imaging* específicos, tales como procedimientos de radiografía, ultrasonido y fluoroscopia. La ley también excluye de los requisitos de acreditación a los servicios de diagnóstico y exámenes de mamografía, los que están sujetos a control de calidad por parte de *Food and Drug Administration* (administración de alimentos y medicinas) bajo la *Mammography Quality Standards Act* (ley de estándares de calidad de la mamografía).

CMS dará posteriormente a los suplidores, más instrucciones sobre el cumplimiento de los requisitos de acreditación. CMS está planificando llevar a cabo un programa de extensión educacional para el proveedor, con la finalidad de asegurarse que todos los suplidores afectados entienden los requerimientos y son capaces de cumplirlos antes de la fecha límite del 1 de enero de 2012.

Puede encontrarse información adicional en <http://www.cms.hhs.gov/medicareprovidersupenroll>. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-01

Todos los suplidores de TC para *imaging* avanzada, tendrán que estar acreditados

Modificación del manual de políticas de beneficios de Medicare referentes a la definición de compendio

Número de *MLN Matters*: MM6806

Número de petición de cambio relacionado: 6806

Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de enero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R120

Fecha de implementación: 1 de marzo de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han establecido, en la reglamentación final del catálogo de tarifas médicas para el año calendario (CY) 2008, un procedimiento para revisar la lista del compendio, como está autorizado en la sección 1861(t)(2) de la Social Security Act (ley de seguro social), y ha también establecido una definición de “compendium.”

Se define un compendium como “una lista exhaustiva de medicinas biológicas y aprobadas por FDA o una lista exhaustiva de un subconjunto específico de medicinas farmacéuticas y biológicas en un compendio de especialidad, por ejemplo, un compendio de tratamiento anti cáncer”.

Un compendium:

1. Incluye un resumen de las características farmacológicas o biológicas de cada medicina y podría incluir información sobre dosis recomendada o el uso indicado en enfermedades específicas
2. Está indexado como medicina farmacéutica o biológica y
3. A partir del 1 de enero de 2010, de acuerdo a la sección 182(b) de la Medicare Improvements for Patients and Providers Act (ley de mejoras para pacientes y proveedores de Medicare, MIPPA), tiene un procedimiento público transparente para la evaluación de terapias e identificación de potenciales conflictos de interés. Ver 42 CFR 414.930(a); 72 FR 66222, 66404, y 74 FR 61901.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6806.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6806, 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/R120CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 120, CR 6806

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

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

Problemas con transferencia de reclamaciones de Medicare a pagadores suplementarios

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado un problema por el cual las reclamaciones no están siendo transferidas de manera automática a los pagadores suplementarios aún cuando el anuncio de envío al proveedor indica otra cosa. Este problema comenzó el 5 de enero. Este problema ha afectado las reclamaciones institucionales de Parte A y las reclamaciones profesionales de Parte B, con excepción de reclamaciones de suplidores procesadas por contratistas administrativos de Medicare de equipo médico durable (DME MAC). No han sido afectadas las reclamaciones procesadas por DME MAC.

Parte A: reclamaciones institucionales

No se requiere acción alguna por parte de los proveedores de Parte A. A partir del 2 de febrero, CMS ha implementado con éxito un arreglo del sistema para asegurar que todas las reclamaciones institucionales Parte A están siendo transferidas a pagadores suplementarios como se indica en el anuncio de remesa recibido por los proveedores. Como parte del arreglo, los contratistas Medicare de CMS pudieron identificar reclamaciones procesadas entre el 5 de enero y 1 de febrero, donde el anuncio de remesa al proveedor indicaba que las reclamaciones afectadas eran transferidas a varios pagadores suplementarios, en circunstancias en que no lo eran. El día 2 de febrero, los contratistas de Medicare afectados, comenzaron a enviar las reclamaciones pertinentes a *coordination of benefits contractor* (coordinación de contratistas de beneficios (COBC)) para que fuesen transferidas a pagadores suplementarios. Este esfuerzo ha sido completado en su mayor parte. Espere hasta el 1 de marzo para que los pagadores suplementarios tengan tiempo de recibir y procesar estas reclamaciones, antes de intentar cuadrar las facturas por cualquier balance que quede después de Medicare.

Parte B: reclamaciones profesionales

Se requiere una acción de parte de los proveedores profesionales Parte B, cuando un anuncio de remesa con un problema de fecha entre el 5 de enero y el 12 de febrero tiene dos o más líneas de servicio para un beneficiario y están presentes estas dos situaciones:

- Una línea de servicio es 100 por ciento reembolsable (i.e., el monto aprobado es igual al monto a ser pagado)
- Una línea de servicio donde parte o la totalidad del monto aprobado por Medicare se aplica al deducible de Parte B y/o contiene montos de coseguro.

CMS no puede dirigir estas reclamaciones de beneficiarios a pagadores suplementarios aunque el anuncio de remesa indique algo diferente. Los proveedores tendrán que identificar las reclamaciones para revisar el anuncio de remesas con fecha de emisión entre el 5 de enero y el 12 de febrero que cumplan el criterio indicado más arriba. Una vez identificado, los proveedores deberán emprender la acción que corresponda para conciliar la factura del pagador suplementario del beneficiario. Este problema del sistema ha sido arreglado el 12 de febrero y desde entonces todas las reclamaciones se están transfiriendo al pagador suplementario, tal como se indica en el anuncio de remesa al proveedor.

CMS ya ha notificado a los pagadores suplementarios sobre estos temas. CMS lamenta cualquier inconveniente que usted haya experimentado en relación con este problema de transferencia al pagador suplementario. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-25

Estándares de conformidad de inventario

CMS ha emitido el siguiente artículo de *MLN Matters*. Información para profesionales de la salud que prestan servicios-a-tarifa de Medicare.

Nota: Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han rescindido la petición de cambio 6528 y el artículo relacionado MM6528 del 5 de febrero de 2010. El artículo MM6528 del *MLN Matters* fue publicado por última vez en septiembre de 2009 en Medicare A Y B AL DÍA (página 12)

Número de *MLN Matters*: MM6528 Rescindido

Número de petición de cambio relacionado: 6528

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

Fecha de efectividad: 8 de septiembre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R300PI

Fecha de implementación: 1 de marzo de 2010

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

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

Procesando cantidades de ajuste negativa CARC en reclamaciones de Medicare como pagador secundario

Número de *MLN Matters*: MM6736

Número de petición de cambio relacionado: 6736

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R6736CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Las peticiones de cambio (CR) 6426 y 6427 instruyen a los contratistas de Medicare a que tomen en consideración los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y las cantidades de ajuste aplicable cuando se procesan las reclamaciones de Medicare como pagador secundario (MSP). Los requisitos del negocio 6426.6 y 6427.6 instruyen a los sistemas compartidos de Medicare que añadan ciertas cantidades de ajuste CARC a las cantidades pagadas cuando estos CARC son recibidos en una reclamación. Ha ocurrido raras circunstancias donde los CARC encontrados en los requisitos del negocio 6426.6 y 6427.6 en reclamaciones MSP entrantes incluyen una cantidad de ajuste negativa y los sistemas compartidos añadieron por error la misma cantidad de ajuste a las reclamaciones basado en la instrucción encontrada en el CR 6426 y 6427.

El CR 6736 instruye a los contratistas de Medicare a que no añadan los CARC cuando las cantidades de ajuste en reclamaciones entrantes son negativas. Los sistemas de Medicare reprocesarán automáticamente cualquier reclamación MSP retroactivo al 5 de julio de 2009, removerá el segmento de ajuste de reclamación positivo de la cantidad de pago del pagador primario cuando el mismo ajuste CAS CARC fue recibido como un ajuste negativo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6736.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6736, 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/R6736CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-05, Transmittal 73, CR 6736

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.

Productos educacionales y envío gratuitos desde la red de enseñanza de Medicare

Los productos de alta calidad de Medicare Learning Network (red de enseñanza de Medicare) de los que usted depende, son siempre gratuitos. ¿Sabía usted que el transportarlos a su casa u oficina es también gratuito?

Vaya a la página MLN Product Ordering (para ordenar productos de MLN) para obtener una lista impresa de los productos disponibles y agréguelos a su carrito de compras. Su orden será procesada para entrega y enviada directamente a su puerta. ¿Necesita copias múltiples? Solamente aumente la cantidad al momento de salirse y siga las indicaciones del sistema.

Asegúrese de incluir su dirección de e-mail por si acaso necesitamos contactarlo para procesar su orden.

Para empezar a aprender hoy, visite la página MLN Products en <http://www.cms.hhs.gov/mlnproducts/> y seleccione *MLN Products Ordering Page*. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-12

Usando el código de condición DR y el modificador CR en las reclamaciones de pago por servicio de Medicare

Como parte de su respuesta a la emergencia del huracán Katrina en el 2005, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) desarrollaron el código de condición “DR” y el modificador “CR” para facilitar el procesamiento de las reclamaciones afectadas por esa emergencia. (Vea Transmittal 184, petición de cambio [CR] 4106, emitida el 15 de octubre de 2005.) El uso de estos indicadores también fue autorizado para las reclamaciones afectadas por emergencias subsecuentes. El uso discrecional de estos indicadores por un proveedor o suplidor fue permitido y el uso significó no solamente que el artículo o servicio fue afectado por una emergencia o desastre, sino también que el proveedor o suplidor ha cumplido con todos los requisitos de CMS relacionados con el suministro de tales artículos o servicios durante la emergencia o desastre. Subsecuentemente, el 31 de julio de 2009, CMS emitió el Transmittal 1784 (CR 6451) el cual, entre otras cosas, reducía el ámbito de los usos permitidos de estos indicadores. En particular, éste eliminaba el uso discrecional del código de condición “DR” y el modificador “CR” por los proveedores y suplidores.

Para la emergencia de la pandemia H1N1, CMS ha autorizado el uso del código de condición “DR” y el modificador “CR” solamente para proveedores a los cuales se les ha concedido dispensas formales bajo la sección 1135 de la Ley del Seguro Social y solamente para servicios afectados por la emergencia y mientras la dispensa permanezca en efecto. Ningún otro proveedor o suplidor puede usar ninguno de los indicadores por ahora.

Los proveedores y suplidores que han estado anotando sus reclamaciones con uno o ambos indicadores, deben dejar de hacerlo (a menos que ellos estén operando bajo una dispensa formal 1135). El procesamiento de las reclamaciones anotadas con estos indicadores, que son enviadas por proveedores y suplidores a los cuales no se les ha concedido una dispensa 1135, pueden estar retrasadas.

Si usted tiene preguntas o necesita más información, contacte su oficina local de CMS. Usted también puede visitar la página Web de H1N1 en <http://www.cms.hhs.gov/H1N1>. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-30

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

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). Se encarece a los proveedores y suplidores que han recibido una carta indicando que han sido seleccionado al azar para participar en la encuesta de satisfacción del proveedor con contratistas de Medicare durante 2010, tomar unos pocos minutos de su tiempo y responder esta encuesta por medio de un sitio seguro de Internet.

El artículo, SE1005 que encarece a los proveedores seleccionados al azar para participar en *Medicare contractor provider satisfaction survey* (encuesta de satisfacción del proveedor sobre el contratista de Medicare, MCPSS), está disponible en el sitio Web de CMS <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1005.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-23

Nueva hoja informativa para los patólogos del habla en práctica privada

La nueva hoja informativa de *Medicare Billing for Speech-Language Pathologists in Private Practice* (enero 2010). Esta nueva hoja informativa, la cual provee información general y una guía a los patólogos del habla (SLP) sobre procedimientos de inscripción y facturación, está ahora disponible en formato para descargar del Medicare Learning Network de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/SpeechLangPathfctshst.pdf> en el sitio Web de CMS. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-02

Índices rediseñados para artículos MLN Matters de 2007-2009

Los índices de 2007 a 2009 para artículos MLN Matters han sido rediseñados. Estos índices rediseñados son más fáciles de usar y se encuentran disponibles en la sección Downloads en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/>. Utilice los nuevos índices para encontrar artículos relevantes para explicar y respaldar transmisiones efectuadas desde los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) vaya directamente al artículo necesario para conseguir la información que usted desea. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-02

Medicare Learning Network -- calidad en la que usted puede confiar

Existe la información y luego está la calidad de información en la que usted puede confiar del Medicare Learning Network. Todos los productos del *Medicare Learning Network* están completamente estudiados y aclarados por los expertos en CMS.

Lo que esto significa para usted

Esto significa que existe información oficial del programa pago por servicio de Medicare (FFS) que siempre está disponible para su uso inmediato y asistirle con las necesidades de su negocio. El Medicare Learning Network sabe como traducir un lenguaje complejo en un lenguaje fácil de entender y en varios formatos, e.g., guías, folletos, cursos de adiestramiento en línea, artículos nacionales, y hojas informativas.

Ponga a prueba la calidad de nuestros productos de calidad por usted mismo y comience a obtener información concerniente a la facturación y pago & cobertura de Medicare o aun información básica tal como manejo de oficina. Visite la página de Publicaciones del MLN en el sitio Web de CMS para ver publicaciones descargables o haga clic en el la página de Product Ordering para ver lo que está disponible en forma impresa.

Recuerde: No existe un cargo por los productos del *Medicare Learning Network*. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-33

Disponible el nuevo folleto del identificador nacional del proveedor

El folleto titulado, *The National Provider Identifier (NPI): What You Need to Know*, está disponible para descargar en línea. Las provisiones de simplificación administrativas del *Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA)* mandó la adopción de un identificador de salud único y estándar para cada proveedor de cuidados de la salud. La decisión final del NPI, publicada el 23 de enero de 2004 estableció el NPI como este estándar. Entidades cubiertas bajo HIPAA son requeridas por reglamentación que usen los NPI para identificar a los proveedores del cuidado de la salud en transacciones estándar de HIPAA. Este folleto contiene información previamente disponible en la hoja informativa de NPI y consejos útiles y esta disponible en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/NPIBooklet.pdf>.

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

Fuente: CMS PERL 201002-24

Hoja informativa modificada del catálogo de tarifas médicas de Medicare

The Medicare Physician Fee Schedule Fact Sheet (hoja informativa de catálogo de tarifas médicas de Medicare, febrero de 2010) ha sido modificada para incluir información sobre la actualización, durante dos meses, del cero por ciento de Medicare physician fee schedule (catálogo de tarifas médicas de Medicare (MPFS)) de 2010, vigente solamente para fechas de servicio entre el 1 de enero y 28 de febrero de 2010. Esta hoja informativa que también informa sobre fórmulas de tasas de pago MPFS, está disponible en formato apto para descargar de Internet en la *Medicare Learning Network* (red de enseñanza de Medicare) de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid en

<http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MedcrePhysFeeSchedfctsh.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-05

SERVICIOS PREVENTIVOS

Febrero es el Mes Americano del Corazón

Las enfermedades del corazón son la causa principal de muerte en los Estados Unidos tanto para mujeres como para hombres.^[1] Medicare provee cobertura para pruebas de detección de sangre cardiovasculares, pruebas de detección de ultrasonido para aneurisma aórtica abdominal (AAA), y consejería para abandonar el uso del tabaco y cigarrillo para los beneficiarios calificados.

Lo que usted puede hacer

Como profesional del cuidado de la salud que provee cuidados a ancianos y otros con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes con Medicare al educarlos sobre los factores de riesgo y recordarles de la importancia de los servicios preventivos cubiertos por Medicare que son apropiados para ellos, incluyendo los servicios relacionados a la salud cardiovascular.

Para más información

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare:

The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals este nuevo recurso completo y revisado provee cobertura e información de codificación en el arreglo de servicios preventivos y pruebas de detección cubiertas por Medicare, incluyendo pruebas de sangre de detección cardiovascular, pruebas de detección AAA, y consejería para abandonar el uso del tabaco y cigarrillo.

http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf

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

http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp

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 consejería para abandonar el uso del tabaco y cigarrillo, y pruebas de detección cardiovascular y AAA.

http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf

Expanded Benefits brochure -- este folleto provee información sobre la cobertura de las pruebas de sangre cardiovascular cubiertas por Medicare y las pruebas de detección AAA.

http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/expanded_benefits.pdf

Smoking and Tobacco-Use Cessation Counseling brochure -- este folleto provee información sobre la cobertura de los servicios de consejería cubiertos por Medicare para abandonar el uso del tabaco y cigarrillo.

<http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/smoking.pdf>

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

Para más información sobre el Mes Americano del Corazón, visite el sitio Web en

<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4441>.

Gracias por ayudar a CMS a mejorar la salud e los pacientes con Medicare al unirse en el esfuerzo de educar a los beneficiarios sobre la importancia de tomar ventaja de los servicios preventivos cubiertos por Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-06

^[1] *Heart Disease, Heart Disease Facts*. [online]. Atlanta, GA: The Centers for Disease Control and Prevention, de fecha 21 de diciembre de 2009 [citado el 21 de enero de 2010]. Disponible en <http://www.cdc.gov/heartdisease/facts.htm>.

Sitios Web de terceros. El presente documento contiene referencias a sitios de Internet operados por terceros. Tales referencias son provistas solamente para su conveniencia. BCBSF y/o FCSO no controlan estos sitios de Internet y no son responsables por su contenido. La inclusión de estas referencias en este documento, no implica aceptación del material de tales sitios ni asociación alguna con sus operadores.

Todavía hay tiempo de obtener la vacuna de la influenza de temporada

Aunque la actividad de la influenza ha declinado recientemente, aún puede continuar por varios meses.^[1] El Centers for Disease Control continúa su recomendando que los pacientes y los proveedores del cuidado de la salud y cuidadores estén vacunados contra la vacuna de temporada.

CMS aconseja que los proveedores del cuidado de la salud utilicen cada visita a la oficina como una oportunidad para hablar con sus pacientes con Medicare sobre la importancia de obtener una vacuna de influenza de temporada. Y recuerde, también es importante inmunizarse usted mismo y su personal.

Recuerde: Las vacunas de la influenza de temporada y su administración están cubiertas por los beneficios de Parte B. Adverta que las vacunas de la influenza y de neumococos no son medicamentos cubiertos por la Parte D.

Para información sobre la cobertura de Medicare de la vacuna contra el virus de la influenza de temporada y su administración, como también recursos educacionales relacionados para los profesionales del cuidado de la salud y su personal, vaya a

http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/Downloads/flu_products.pdf.

Usted encontrará una variedad de recursos que explican la cobertura de Medicare y las pólizas de envío de reclamaciones relacionadas a la vacuna de influenza de temporada.

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

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

Fuente: CMS PERL 201002-08

^[1] Seasonal Influenza (Flu). [online]. Atlanta, GA: The Centers for Disease Control and Prevention, January 19, 2010 [cited 21 January 2010]. Disponible en <http://www.cdc.gov/flu>.

Sitios Web de terceros. El presente documento contiene referencias a sitios de Internet operados por terceros. Tales referencias son provistas solamente para su conveniencia. BCBSF y/o FCSO no controlan estos sitios de Internet y no son responsables por su contenido. La inclusión de estas referencias en este documento, no implica aceptación del material de tales sitios ni asociación alguna con sus operadores.

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Estos seminarios en persona se ofrecen en español y han sido diseñados para los proveedores de Puerto Rico

Miércoles, abril 7, 2010, San Juan, Plaza de las Américas Office Tower	
Tema	Horario
Programas de RAC y CERT (A/B)	9:00-10:30 a.m, ET
Versión HIPAA 5010 (A/B)	1:00-2:30 p.m, ET
Evaluación y manejo: Como seleccionar el nivel del código apropiado	3:30-5:00 p.m, ET

Jueves, abril 8, 2010, Arecibo, Hospital Cayetano Coll y Toste	
Tema	Horario
Programas de RAC y CERT (A/B)	9:00-10:30 a.m, ET
Versión HIPAA 5010 (A/B)	1:00-2:30 p.m, ET
Evaluación y manejo: Como seleccionar el nivel del código apropiado	3:30-5:00 p.m, ET

Viernes, abril 9, 2010, Arecibo, Hospital Cayetano Coll y Toste	
Tema	Horario
Cambios en la inscripción del proveedor (B)	9:00-10:30 a.m, ET
Manejando Medicare en su práctica (A/B)	1:00-2:30 p.m, ET

Lunes, abril 12, 2010, Fajardo, Hospital Fajardo del Este	
Tema	Horario
Programas de RAC y CERT (A/B)	9:00-10:30 a.m, ET
Versión HIPAA 5010 (A/B)	1:00-2:30 p.m, ET
Evaluación y manejo: Como seleccionar el nivel del código apropiado	3:30-5:00 p.m, ET

Martes, abril 13, 2010, San Juan, Plaza de las Américas Office Tower	
Tema	Horario
Cambios en la inscripción del proveedor (B)	9:00-10:30 a.m, ET
Tecnologías de auto ayuda: Navegando los sitios Web de FCSO y CMS (A/B)	1:00-2:30 p.m, ET
Manejando Medicare en su práctica (A/B)	3:30-5:00 p.m, ET

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.

Por favor note que:

- 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: _____ Número de fax: _____

Dirección de e-mail: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Visite nuestro sitio Web frecuentemente <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 saber de nuestros cursos educativos para proveedores más recientes. ❖

FACTURACIÓN

Corrección del procesamiento de los códigos de renta sin cobertura

Número de *MLN Matters*: MM6774

Número de petición de cambio relacionado: 6774

Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de enero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1900CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Petición de cambio (CR) 6774 completa una serie de instrucciones que han establecido los requisitos de procesamiento para cargos sin cobertura en reclamaciones institucionales y para la asignación correcta de responsabilidad financiera para cargos sin cobertura. Una premisa subyacente en esas instrucciones ha sido que cada proveedor institucional debe tener capacidad de presentar una línea de reclamaciones con cargos sin cobertura por cualquier servicio prestado por tal proveedor y que el sistema Medicare procesará esa línea sin cobertura hasta completarla sin que signifique pago. Esta premisa es consistente con los objetivos de simplificación administrativa e incremento de la coordinación automatizada de beneficios a varios pagadores.

Estas instrucciones contenían una omisión significativa al no considerar el hecho que el sistema Medicare actualmente determina si un código de venta en particular es válido para facturar a Medicare sin considerar la línea de código de renta ha sido presentada como sin cobertura. Cada contratista de Medicare que procesa reclamaciones institucionales mantiene un archivo de códigos de ingresos válidos para cada tipo de factura. Si un proveedor presenta una reclamación con un código de ingreso que no está en el archivo de ingresos como código válido para el tipo de factura presentada, la reclamación será devuelta al proveedor. Esto deberá suceder cuando la línea de código de ingreso se presenta con cargos con cobertura pero la reclamación no será devuelta si se ha presentado completamente con cargos sin cobertura.

Los sistemas de Medicare serán modificados de manera que una línea de código de ingreso presentada completamente con cargos sin cobertura y sin indicación de que la responsabilidad correspondería al beneficiario, no serán de vueltas al proveedor. Tales reclamaciones deberán ser procesadas para ser completadas sin pago, asignando la responsabilidad al proveedor.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6774.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6774, 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/R1900CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1900, CR 6774

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

Entérese primero: Suscríbase a eNews de FCSO

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

Facturación y procesamiento para grupos de voluntarios en una experimentación clínica

Número de *MLN Matters*: MM6776

Número de petición de cambio relacionado: 6776

Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de enero de 2010

Fecha de efectividad: 19 de septiembre de 2000

Número de transmisión de CR relacionado: R1901CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Este artículo se basa en la petición de cambio (CR) 6776, que corrige los requisitos institucionales de facturación de reclamaciones de experimentación clínica. Los grupos de control formados por voluntarios de buena salud, por definición no tienen condiciones médicas subyacentes. Proveedores institucionales que facturan por servicios de experimentación clínica, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios, deben reportar

International Classification of Diseases, Ninth Edition Clinical Modification (clasificaciones internacionales de enfermedades, modificación clínica novena edición (ICD-9-CM)) código de diagnóstico V70.7 (exámenes de participantes en experimentación clínica) en la posición secundaria (o en la primaria si el paciente es un voluntario en buen estado de salud y pertenece a un grupo de control) además de un código 30 de condición, independientemente si la totalidad de los servicios pertenecen o no a la experimentación clínica.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6776.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6776, 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/R1901CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1901, CR 6776

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

Actualización de la lista de códigos del manual UB-04 para los códigos de punto inicial de admisión o atención médica

Número de *MLN Matters*: MM6801

Número de petición de cambio relacionado: 6801

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1917CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Los códigos '7', 'B', y 'C' de punto inicial de admisión o atención médica (anteriormente fuente de admisión), (descontinuados por *National Uniform Billing Committee* (comité nacional de facturación uniforme (NUBC)) serán descontinuados por *fiscal intermediary standard system* (sistema intermediario fiscal estándar (FISS)) a partir del 1 de julio de 2010. Han sido actualizados además, el código "1" de punto de inicial de admisión o atención médica y definiciones de lenguaje (no se ha modificado el procesamiento de código "1") y ha sido actualizado el código "2" de punto inicial de admisión o atención médica de código el procesamiento (no se ha modificado el procesamiento de código "2").

El artículo *MLN Matters* contiene una tabla con el detalle de estas modificaciones..

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6801.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6801, 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/R1917CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1917, CR 6801

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

HOSPITAL

Cobertura de servicios de rehabilitación de pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*: MM6699 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6699
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R119BP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han establecido nuevos requisitos de cobertura para establecimientos de rehabilitación de pacientes hospitalizados (IRF) además de modificaciones técnicas a algunos otros requisitos IRF de manera tal de reflejar cambios ocurridos en el ejercicio de la medicina durante los últimos 25 años y la implementación del *prospective payment system* (sistema de pagos prospectivo (PPS)). La publicación *CMS Pub 100-02, Medicare Benefit Policy Manual* (manual de políticas de beneficios de Medicare), capítulo 1, sección 110, ha sido basada originalmente en las disposiciones encontradas en HCFAR 85-2. Por lo tanto, el propósito de esta petición de cambio es el de emitir nuevas instrucciones en reemplazo de las existentes en sección 110, de manera consistente con los nuevos requisitos de cobertura IRF adoptados en la reglamentación final del año fiscal (FY) 2010 (74 FR 39762 (7 de agosto de 2009)).

Los nuevos requisitos de cobertura IRF están en vigencia a partir del 1 de enero de 2010 y forman la base de las nuevas instrucciones de la publicación Pub. 100-02, capítulo 1, sección 110. Bajo la nueva política de cobertura, la decisión de admitir el paciente a la IRF es clave para determinar si la admisión es razonable y necesaria. De modo que las modificaciones del manual incluyen los tópicos siguientes:

- Requisitos de documentación
- Exámenes de preadmisión requeridos
- Evaluación física de post-admisión requerida
- Plan total individualizado de atención médica requerido
- Órdenes de admisión requeridas
- Instrumentos de evaluación del establecimiento de rehabilitación del paciente que sean requeridos (IRF-PAI)
- Criterio para determinar la necesidad médica de internarse en un establecimiento de rehabilitación
- Disciplinas de terapia múltiple
- Nivel intensivo de servicios de rehabilitación
- Disposición para participar activamente en un programa de terapia intensiva de rehabilitación
- Supervisión médica
- Modalidad de tipo interdisciplinario para la atención médica
- Definición de mejoramiento cuantificable.

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

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.

PAGOS PROSPECTIVOS

Nueva versión del editor de códigos ambulatorios integrados de computadora personal

Número de *MLN Matters*: MM6709 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6709
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R628OTN
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

La sección 508 del Rehabilitation Act de 1973 (29 U.S.C. 794d) requiere que cuando el gobierno federal procura tecnología de información electrónica (EIT), el EIT debe permitir a los empleados federales y personas del público con discapacidades de acceso usar la información y los datos que son provistos a los empleados federales y personas del público sin discapacidades. Esta regulación fue enmendada por el Workforce Investment Act de 1998 (P.L. 105-220) Subsection 508(a) (1).

Por lo tanto, por el 36 CFR 1194 (508 Standards), sin importar el formato, todo contenido Web o materiales de comunicación producidos, incluyendo texto, audio, o video, deben estar conforme a los estándares aplicables de la Sección 508.

Todos los contratistas (incluyendo los subcontratistas) o consultores responsables de preparar o publicar el contenido deben cumplir con los estándares de accesibilidad aplicable de la Sección 508, y donde aplique, aquellos establecidos en la póliza o documentos estándares.

El nuevo software de editor de códigos ambulatorios integrados (IOCE) de computadora personal (PC):

- Hacer el producto interactivo cumplir completamente con los estándares de accesibilidad actual de la Sección 508 de tecnología de información electrónica
- Estandarizará la tecnología de plataforma de desarrollo actual basado en Java para racionalizar futuros desarrollos e incrementar la reutilización.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6709, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R628OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 628, CR 6709

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

Año fiscal 2009 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado PC PRICER ha sido actualizado

Año fiscal 2009 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado PC PRICER ha sido actualizado. El año fiscal (FY) 2009 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado para las reclamaciones de FY 2009 con los datos corregidos del proveedor de enero de 2010. Si usted usa FY 2009 IPPS PC PRICER, vaya a la página de IPPS PC PRICER, http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/03_inpatient.asp y descargue la última versión del FY 2009 PC PRICER. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-32

Actualizaciones del sistema PC PRICER de pagos prospectivos de hospitales de rehabilitación

El sistema de computador personal (PC) PRICER de pagos prospectivos de establecimientos de hospitales de rehabilitación (PPS) para los años fiscales 2009 y 2010, han sido actualizadas con datos específicos del proveedor de enero de 2010 y están listos para ser descargados de la página Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/06_IRF.asp.

Si usted usa IRF PPS PC PRICER, vaya a la página indicada más arriba y descargue la versión más reciente de PRICER, puesta en la sección *Downloads* el 5 de enero de 2010. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-22

Actualizado el sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado PC PRICERS

El sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado (IPF PPS) de computadora personal (PC) PRICERS han sido actualizados con los últimos datos del proveedor de enero de 2010 para el año (RY) 2010 y RY 2009. Si usted utiliza el IPF PPS PC PRICERS para RY 2009 o RY 2010, las últimas versiones (publicadas el 4 de febrero de 2010) están disponibles en http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/09_inppsy.asp, bajo la sección de *Downloads*. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-17

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Actualizado el sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada PRICER

El sistema de pagos prospectivos de centro de enfermería avanzada de computadora personal (PC) PRICERS ha sido actualizado para el año fiscal 2010 debido a que recibió datos trimestrales actualizados del proveedor. Vaya a la página de SNF PPS PC PRICER, http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/04_SNF.asp, bajo la sección de *Downloads*. El SNF PPS PC PRICER y el FY 2010 SNF PPS PC PRICER han sido actualizados con los datos más recientes del proveedor de enero de 2010. Si usted usa el FY 2010 SNF PPS PC PRICER o el FY 2009 SNF PPS PC PRICER, vaya a la página mencionada más arriba y descargue las últimas versiones de los PC PRICERS. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-13

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

Los reportes de previsión five-star del proveedor estarán disponibles para ser vistos. Los proveedores pueden acceder el reporte desde las páginas de bienvenida del estado del minimum data set (MDS) disponible en los servidores del estado para el envío de MDS.

Información de acceso de previsión del proveedor

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

BetterCare@cms.hhs.gov está disponible para contestar cualquier pregunta o preocupación sobre calificación de five-star. Nursing Home Compare actualizará con los datos de five-star de febrero el jueves, 25 de febrero de 2010.

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

Fuente: CMS PERL 201002-27

Actualización del data set 3.0 de información de enero

- Los capítulos 2 y 4 junto con el apéndice C del manual *Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument User's Manual* (manual del usuario de instrumentos de evaluación de residentes en establecimientos de cuidados de largo plazo), han sido publicados en el data set (MDS) 3.0 de información mínima, portal: (http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/25_NHQIMDS30.asp).
- **MDS 3.0 Item Subsets V1.00.1 January 2010:** Incluye un archivo llamado **MDS3.0_Item_Changes_v1.00.1.pdf** que tiene una lista de los cambios realizados a cada uno de los subconjuntos de ítems individuales desde la versión enviada previamente. La matriz del ítem MDS 3.0 enviada previamente, ha sido trasladada al apéndice F del manual RAI. Una versión más detallada de la matriz del ítem destinada a quienes desarrollan el software, está disponible como parte de las especificaciones de presentación de datos de MDS 3.0.
- Información acerca de los próximos cursos de MDS 3.0 en marzo y abril, han sido también agregados a la página Web *MDS 3.0 Training Conference Information* (información de conferencia educativa) (http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/40_NHQIMDS30TrainingConferenceInformación.asp). Todos los detalles sobre cursos y proceso de inscripción están contenidos en esta página Web. Las personas individuales no podrán obtener información adicional por el hecho de contactar al personal de CMS o hacer preguntas a MDS30Comments@cms.hhs.gov.

Cuando haya más información disponible, será enviada una nota *listserv*. Cualquier pregunta sobre el manual *MDS 3.0 RAI*, deberá ser dirigida a mds30comments@cms.hhs.gov. Cualquier pregunta técnica sobre desarrollo de software, deberá ser dirigida a Michael.Stoltz@cms.hhs.gov. Las preguntas serán respondidas durante las tele-conferencias regulares de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-11

ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

Adecuación de la diálisis, infección, y reporte de acceso vascular

Número de *MLN Matters*: MM6782 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6782
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1898CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 6782, la cual explica la sección 153c del *Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA)* quiere que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) implementen un programa de pago basado en calidad para los servicios de diálisis efectivo el 1 de enero de 2012. CMS actualmente recoge dos medidas mensuales de la calidad vía las reclamaciones de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) enviadas por los proveedores de diálisis: hemoglobina o hematocrito como medida del manejo de la anemia y relación de reducción de urea (urea reduction ratio, URR) como una medida para la adecuación de hemodiálisis.

Estas dos medidas de calidad cumplen los requisitos mínimos como manda MIPPA, sección 153c. Sin embargo, la medida URR de adecuación de la diálisis no provee datos para la población entera de diálisis de ESRD.

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.

MIPPA sección 153c también requiere el uso de medidas de calidad endosadas por una organización de consenso. CMS reexaminó recientemente y recibió el endoso de la National Quality Forum (NQF) para las medidas de calidad de ESRD.

Finalmente, MIPPA sección 153c provee para el uso de medidas de calidad adicional para el programa de pago basado en calidad como fue determinado por el Secretario de Salud & Servicios Humanitarios. Dos medidas de calidad adicional pueden ser recopiladas fácilmente usando los modificadores HCPCS para los pacientes de hemodiálisis para registrar el acceso vascular.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6782.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6782, 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/R1898CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1898, CR 6782

Diálisis de mantenimiento del cuidado ambulatorio revisado -- hoja informativa de enfermedad renal en estado terminal

La hoja informativa revisada Outpatient Maintenance Dialysis -- End-Stage Renal Disease (enero de 2010), la cual provee información sobre el paquete del sistema de pagos prospectivos de ESRD para los centros de ESRD del cuidado ambulatorio que reemplazarán el sistema de pagos compuesto ajustado de caso mixto básico actual comenzando el 1 de enero de 2011, el sistema de índice de pago compuesto ajustado de caso mixto, y artículos y servicios de facturación separada, están disponibles en formato para descargar del Medicare Learning Network de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/ESRDpaymtfctst2010.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-04

REEMBOLSO

Medicare Parte A comenzó a expedir pagos diariamente

Muy buenas noticias para proveedores, casas de facturación y servicios de facturación en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

First Coast Service Options (FCSO) implementó a su ciclo financiero, cambios que optimizarán el tiempo dedicado a sus pagos y flujo de caja. Los proveedores de Parte A, en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, recibían pagos de Medicare una vez a la semana. A partir del 1 de marzo de 2010, recibirán sus pagos cada día de trabajo, a exclusión de los feriados federales. Los proveedores de Parte A de Florida reciben en la actualidad sus pagos diariamente.

Puede que los proveedores no se den cuenta hasta mediados de marzo, que los pagos se hacen en forma más frecuente, toda vez que este cambio se aplica a los ajustes y reclamaciones aprobadas para ser pagadas después del 1 de marzo de 2010. El cambio a un ciclo de pagos diarios, no afectará los estándares de plazos de Medicare para el procesamiento de las reclamaciones.

Los proveedores van a:

- Recibir sus pagos cada día laborable
- Acceder diariamente a anuncios electrónicos de remesa (ERA)

Casas y servicios de facturación van a:

- Proveer diariamente a sus clientes los archivos de anuncio de remesa

Se aconseja encarecidamente a proveedores con un tercero como vendedor, tales como casa o agencia de facturación, a contactar estos vendedores para asegurarse que los ERA son puestos diariamente a partir del 1 de marzo de 2010. La mayoría de estos vendedores están ya ofreciendo este servicio cotidiano. Si usted utiliza PC ACE-Pro 32® o algún otro software para descargar ERA, el procedimiento para acceder las remisiones permanecerá inalterado. El único cambio será la opción de descargar ERA en forma diaria.

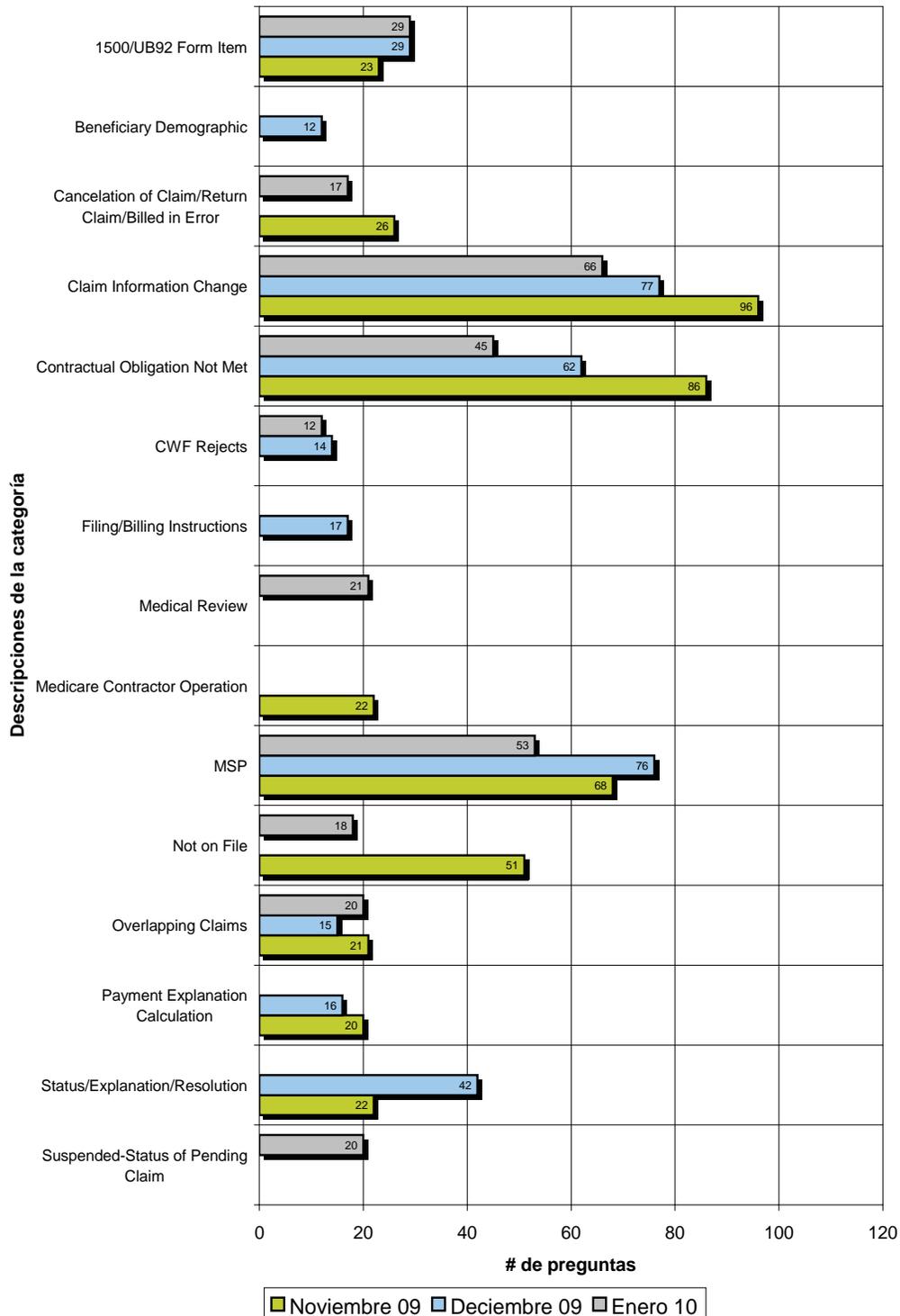
Los proveedores pueden reconsiderar su procesamiento interno para recuperar sus remesas y conciliar las cuentas de sus pacientes para determinar la necesidad de una posible modificación de procedimiento con la finalidad de acomodar estos cambios al pago diario. Los proveedores pueden también continuar recibiendo ciertos pagos elegibles, tales como Indirect Medical Education (educación médica indirecta, IME) y pago por deudas incobrables, quincenalmente.

Nota: La transición de FCSO a un ciclo de pago diario, no afecta los ciclos actuales de pago de los planes Medicare Advantage.

Preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como improcesables, de noviembre de 2009 a enero de 2010

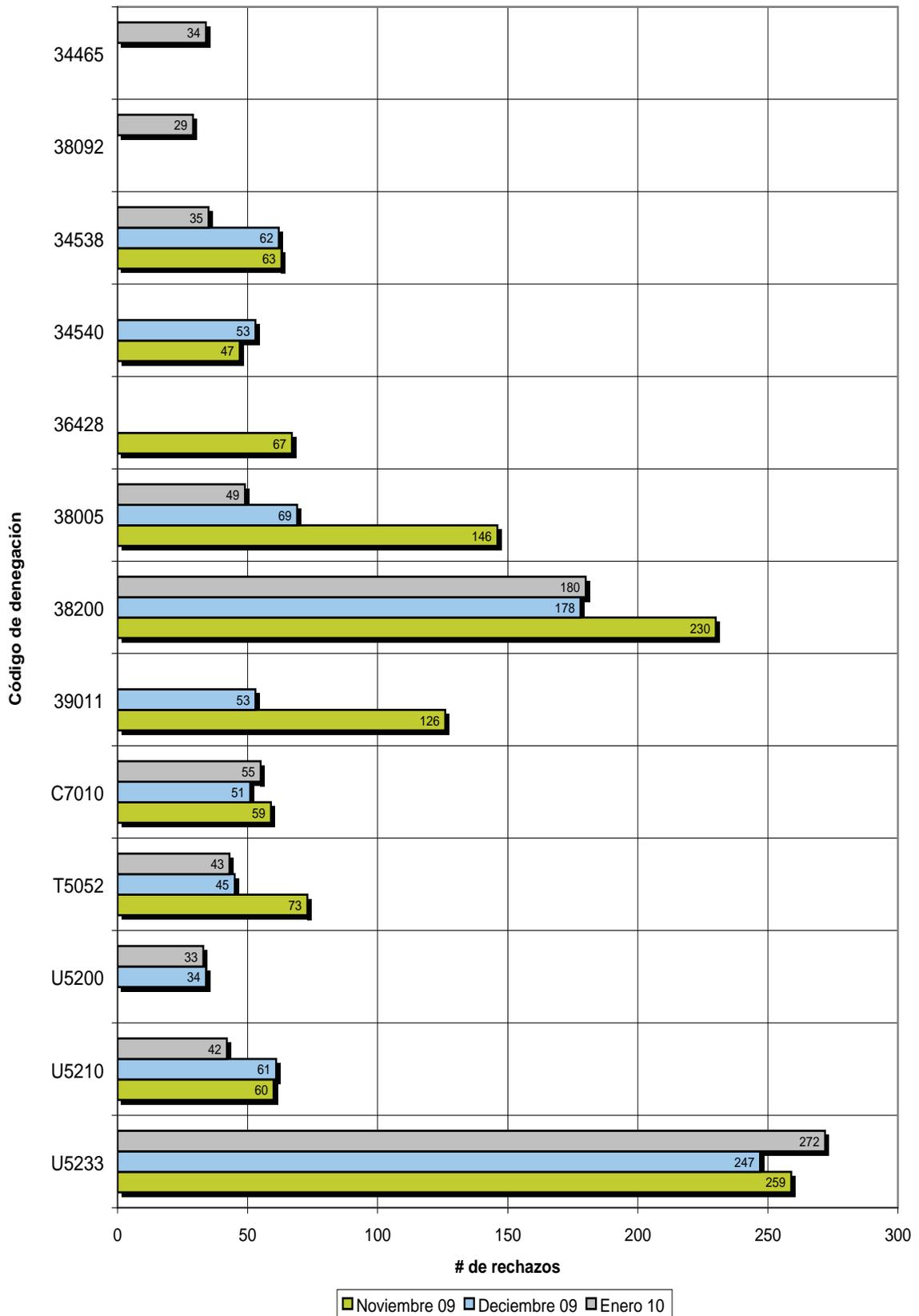
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico de noviembre de 2009 a enero de 2010. Para consejos y recursos que le 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 noviembre de 2009-enero de 2010



Preguntas más frecuentes, denegaciones y... (continuación)

Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en noviembre de 2009-enero de 2010



DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Modificaciones a LCD Existentes

AJ9305: Pemetredex.....	25
ASKINSUB: Substitutos de piel	25

LCD canceladas

A93798 Programas de rehabilitación cardíaca	26
---	----

Temas de procesamiento

Problema en procesamiento de reclamaciones	26
--	----

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).

Esta información deberá ser compartida con todos los profesionales de la salud y funcionarios ejecutivos del personal del proveedor. Las publicaciones están disponibles en forma gratuita en nuestro sitio Web de educación/información al proveedor en <http://medicareespanol.fcso.com>

Modificaciones a LCD Existentes

AJ9305: Pemetrexed -- modificación de la LCD

Identificador de LCD: L28947 (Florida)

Identificador de LCD: L28968 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos):

La determinación local de cobertura (LCD) para pemetrexed fue recientemente revisada el 2 de abril de 2009. Desde ese tiempo, la sección de “*Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity*” de la LCD ha sido revisada para actualizar la indicación aprobada por la *Food and Drug Administration (FDA)* de *pemetrexed*. Además, la indicación sin etiqueta para malignidades de timo, cuando son usadas como un régimen de quimioterapia de segunda línea, ha sido incluida para cobertura. La sección de la LCD de “*ICD-9 Codes that Support Medical Necessity*” ha sido actualizada con la adición de los códigos ICD-9-CM 164.0 y 212.6. La dosis y frecuencia de administración han sido removidas de la sección de “*Utilization Guidelines*” de la LCD, y la sección de “*Sources of Information and Basis for Decision*” de la LCD ha sido actualizada.

Fecha de efectividad

Esta revisión de la LCD es efectiva para servicios provistos el **18 de febrero de 2010 en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del *Medicare Coverage Database* de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “*LCD Attachments*” en el “*Jump to Section...*” del menú desplegable arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha de efectividad futura, seleccione el enlace de “*Display Future Effective Documents*” arriba de la lista de la página de la LCD.

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

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

ASKINSUB: Substitutos de piel -- modificación de la LCD

Número de identificación de LCD: L28985 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para substitutos de piel fue actualizada el 1 de octubre de 2009. Después de esa fecha, ha sido modificada para eliminar/agregar texto a la sección “*Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity* (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad de atención médica)” de la LCD. Ha sido eliminada la siguiente frase que se refiere a sin cobertura del último párrafo de la sección de la LCD mencionada más arriba:

- “Se negará cobertura a todos los otros productos similares incluidos en esta LCD, a menos que estén especificados por FDA, con el rótulo “*Skin substitutes* (substitutos de piel)” y para ser utilizados en el tratamiento de los tipos de úlceras considerados en esta LCD”.

Se agregó además la palabra “*other* (otros)” a “*All such products* (todos esos productos)” en la siguiente oración de esta sección de la LCD, la que se leerá “*All other such products* (todos esos otros productos)”

Fecha de vigencia

Esta nueva modificación de la LCD es efectiva para servicios provistos a partir del **4 de febrero de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en

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

Instrucciones de modificaciones de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “*LCD Attachments* (anexos de LCD)” en “*Jump to Section...* (vaya a la sección...)”, en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD.

Fecha de efectividad

La determinación local de cobertura (LCD) para.

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

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

LCD canceladas

A93798: Programas de rehabilitación cardíaca -- LCD cancelada

Número de identificación de LCD: L28794 (Florida)

Número de identificación de LCD: L28799 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para programas de rehabilitación cardíaca, ha estado vigente para servicios provistos en Florida, a partir del 16 de febrero de 2009 y a partir del 2 de marzo de 2009 en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Después de esa fecha, se tomó la decisión de cancelar la LCD, en base a *Joint Signature Memorandum* (memorando de firma conjunta (JSM/TDL)) 10087 de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), fechado el 17 de diciembre de 2009.

JSM/TDL 10087 se refiere a *Amendment to the Code of Federal Regulations* (enmienda al código de reglamentaciones federales (CFR)), sección 410.49, publicado el 25 de noviembre de 2009, que delinea la cobertura de Medicare tanto al programa de rehabilitación cardíaca como al programa intensivo de rehabilitación cardíaca.

Con fecha 1 de enero de 2010, la sección 20.10, de la determinación nacional de cobertura (NCD) de programas de rehabilitación cardíaca ha sido retirada del manual *Medicare National Coverage Determination (NCD) Manual* (manual de determinaciones nacionales de cobertura de Medicare (Pub. 100-03)).

Fecha de efectividad

Esta cancelación de la determinación local de cobertura (LCD) es efectiva para servicios provistos **a partir del 1 de enero de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS. Instrucciones de modificaciones de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section... (vaya a la sección...)” en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (muestre documentos que estarán vigentes a futuro)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

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

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

Temas de procesamiento

Problema en el procesamiento de reclamaciones Q0139 (TOB 72x)

First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha identificado un problema de procesamiento de reclamaciones de Medicare donde las reclamación TOB 72x facturadas con fechas de servicio del 1 de enero de 2010 en adelante, con el código HCPCS Q0139, (Injection, ferumoxytol, for treatment of iron deficiency anemia, 1 mg (for ESRD on dialysis)), fueron devueltas al proveedor, indicando que este medicamento fue parte del índice compuesto de ESRD.

Este problema ha sido tratado y corregido y los proveedores pueden volver a presentar sus reclamaciones el 9 de febrero de 2010. Nos disculpamos por cualquier inconveniencia que usted pueda experimentar relacionado a este problema.

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 “ordenes de compra” no son aceptados; todas las órdenes deben ser prepagadas)

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

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

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

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

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

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

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

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

RAILROAD MEDICARE**Railroad Retiree Medical Claims**

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

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

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

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

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

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

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

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

1-904-361-0407

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

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES**Centers for Medicare & Medicaid Services**

www.medicare.gov

CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Implementación de una nueva modificación consolidada de facturación

Número de *MLN Matters*: MM6702

Número de petición de cambio relacionado: 6702

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2008

Número de transmisión de CR relacionado: R1911CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2008 en adelante, Medicare denegará las reclamaciones de los centros de cirugía ambulatoria (ASC) que están inscritos como un proveedor de tipo de especialidad 49, tiene un tipo de servicio de F, y el paciente está en un SNF de Parte A de estancia de facturación consolidada (CB). También, donde Medicare recibe una reclamación SNF para un paciente en una estancia CB SNF de Parte A y previamente ha pagado una reclamación ASC incorrectamente debido a SNF CB, Medicare continuará el proceso actual de recuperar cualquier sobre pago del ASC.

Los servicios excluidos de la provisión CB incluyen cirugías ambulatorias realizadas en un hospital de cuidados ambulatorios. Sin embargo, esta excepción no aplica a los servicios del centro provisto por un ASC independiente (que no es hospital). Los servicios profesionales de un médico también son excluidos de la facturación consolidada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6702.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6702, 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/R1911CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1911, CR 6702

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

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

LABORATORIO

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM6800

Número de petición de cambio relacionado: 6800

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1905CP

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

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

Como fue ordenado por CMS, First Coast Service Options Inc. (FCSO) no buscará nuestros archivos para retraer pago o pagar retroactivamente las reclamaciones procesadas antes de la implementación de esta petición de cambio. Sin embargo, ajustaremos las reclamaciones que usted traiga a nuestra atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6800.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6800, 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/R1905CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1905, CR 6800

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.

Actualizaciones a las modificaciones del *Clinical Laboratory Improvement Amendments*

Número de *MLN Matters*: MM6812

Número de petición de cambio relacionado: 6812

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1912CP

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Para asegurar que Medicare & Medicaid solamente pagan pruebas de laboratorio realizadas en centros certificados, cada reclamación con un código *Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)* que es considerado una prueba de laboratorio CLIA es actualmente editada al nivel del certificado CLIA. Los códigos HCPCS que son considerados una prueba de laboratorio CLIA cambian cada año.

Este artículo describe los códigos que fueron descontinuados el 31 de diciembre de 2009 y los nuevos códigos añadidos para el 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6812.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6812, 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/R1912CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1912, CR 6812

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

INTERÉS GENERAL

Procesando servicios contra el margen de ganancia -- información ausente o incompleta en el artículo 20

Número de *MLN Matters*: MM6670 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6670
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1903CP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Este artículo, el cual está basado en la petición de cambio (CR) 6670, provee a los contratistas de Medicare con instrucciones para procesar las reclamaciones de servicios de diagnóstico que están sujetas a la 'limitación de pago contra el margen de ganancia' y facturado con información ausente o incompleta en el artículo 20 del CMS-1500 o su equivalente electrónico.

Antes de la implementación de la limitación de pago contra el margen de ganancia, los contratistas fueron instruidos a asumir ninguno de los servicios presentados en una reclamación, si el artículo 20 no fue completado o tuvo información ausente.

El CR 6670 provee instrucciones para procesar reclamaciones de servicios de diagnóstico que están sujetas a lo que ahora es conocido como la "limitación de pago contra el margen de ganancia" y que son facturadas con información ausente o incompleta en el artículo 20 del CMS-1500 o su equivalente electrónico.

Los contratistas de Medicare usarán las siguientes guías para determinar si una reclamación contiene un servicio de diagnóstico que esta sujeto a la "limitación de pago contra el margen de ganancia": (Nota: Estas guías aplican al CMS-1500 y su equivalente electrónico).

- Si un "Sí" o "No" no es indicado en el artículo 20 y la cantidad en dólares asociada está ausente, los

contratistas asumirán que el servicio no está sujeto a la limitación de pago contra el margen de ganancia y procesará la reclamación consecuentemente

- Si un "Sí" o "No" no está indicado en el artículo 20 y la cantidad en dólares asociada está presente, los contratistas devolverán la reclamación como que no está procesada
- Si el recuadro rotulado como "Sí" está marcado en el artículo 20 y la cantidad en dólares asociada está ausente, los contratistas devolverán la reclamación como que no se puede procesar, o
- Si el recuadro rotulado como "No" está marcado en el artículo 20 y la cantidad en dólares asociada esta presente, los contratistas devolverán la reclamación como que no se puede procesar.

Nota: En cumplimiento con los requisitos de la "limitación de pago contra el margen de ganancia", los contratistas de Medicare aplicarán la lógica arriba a los componentes técnicos y profesionales de las pruebas diagnósticas.

Información adicional

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

[MM6670.pdf](#).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6670, 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/R1903CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1903, CR 6670

CR 6670 da instrucciones sobre reclamaciones sujetas a "limitación del pago contra margen de ganancia"

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.

Instrucciones interinas como resultado de las pautas emitidas en la petición de cambio 5917

Número de *MLN Matters*: MM6762

Número de petición de cambio relacionado: 6762

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2010

Fecha de efectividad: 5 de mayo de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R636OTN

Fecha de implementación: 5 de mayo de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 6573 clarificó que la jurisdicción que presenta reclamaciones enviadas bajo las pautas establecidas en el CR 5917 está determinada por la localidad del suplidor y que el pago para estos artículos está basado en la cantidad de tarifa fija del estado donde el beneficiario mantiene su residencia permanente.

Aunque el CR 5917 reinstaló al contratista de la Parte B de Medicare y a la jurisdicción del contratista administrativo de Medicare (MAC) A/B para las reclamaciones de estos artículos, la instrucción no estaba clara sobre la jurisdicción donde se presentan las reclamaciones o las reglas de pago que aplican cuando el beneficiario reside fuera de la jurisdicción del contratista de la Parte B local o jurisdicción del MAC A/B.

Además, el Attachment A del CR 5917 incluyó un extracto de la lista de jurisdicción anual de 2008 con contiene los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), la cual los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) previamente instruyeron que pueden ser facturados al contratista de la Parte B o al MAC A/B como una parte de reemplazo, accesorio, o suministro para implantes de protésicos y equipo médico duradero (DME) quirúrgicamente implantado. Desde entonces ha venido a la atención de CMS que esta lista incluyó los códigos para los dispositivos implantados, los cuales no pueden ser facturados por separado al contratista de la Parte B/MAC A/B por los suplidores de DMEPOS.

Por estas razones, lo siguiente ocurrirá:

- Los contratistas de Medicare pagarán las reclamaciones para los artículos sujetos a las pautas en el CR 5917

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.

basado en la localización del suplidor por la lista revisada de los códigos HCPCS incluidos en el Attachment A del CR 6573.

- Hasta donde sea posible, los contratistas de Medicare reabrirán y reprocesarán las reclamaciones para DME implantado o protésicos implantados para las fechas de servicio entre el 27 de octubre de 2008, y el 31 de diciembre de 2009, y recuperarán cualquier sobrepago hecho a los suplidores de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) para el DME implantado o protésicos implantados basado en el uso de la lista original de los códigos HCPCS incluidos en el Attachment A del CR 5917.

Nota: El CR 6762 y las pautas de facturación para las partes de reemplazo, accesorios o suministros para los dispositivos implantados en el CR 5917 aplican solamente a los suplidores de DMEPOS inscritos con national supplier clearinghouse (casa de facturación nacional del suplidor nacional (NSC)) y su contratista de la Parte B local o MAC A/B y no cambian las reglas de facturación del contratista de la Parte B actual o MAC A/B que aplican a los médicos, centros, u otras entidades que están implantando los dispositivos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6762.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6762, 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/R636OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 636, CR 6762

Actualización sobre el procesamiento de reclamaciones para proveedores que ordenan/refieren

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) retrasarán hasta el 3 de enero de 2011, la implementación de la fase 2 de la petición de cambio (CR) 6417 (*Expansion of the Current Scope of Editing for Ordering/Referring Providers for Claims Processed by Medicare Carriers and Part B Medicare Administrative Contractors [MACs]*) y CR 6421 (*Expansion of the Current Scope of Editing for Ordering/Referring Providers for Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies [DMEPOS] Supplier Claims Processed by Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors [DME MACs]*).

Este retraso le dará a los médicos y profesionales de la salud, los cuales ordenan artículos o servicios para los beneficiarios de Medicare o que refieren a los beneficiarios de Medicare a otros proveedores o suplidores de Medicare, tiempo suficiente para inscribirse en Medicare o tomar la acción necesaria para establecer un registro de inscripción actual en Medicare antes de la fase 2 de implementación.

Aunque inscrito en Medicare, muchos médicos y profesionales de la salud que son elegibles para ordenar artículos o servicios o referir a los beneficiarios de Medicare a otros proveedores o suplidores de Medicare para servicios, no tienen registros de inscripción actual en Medicare. Un registro de inscripción actual es uno que están el *Medicare Provider Enrollment, Chain and Ownership System* (PECOS) y contiene el identificador nacional del proveedor (NPI). Bajo la fase 2 de los CR en referencia arriba, un médico o profesional de la salud que ordena o refiere y que no tiene un registro de inscripción actual que contiene el NPI, causará que la reclamación enviada por el proveedor/suplidor de la Parte B que presta el artículo ordenado o referido o servicios sea rechazada.

CMS continua aconsejándole a los médicos y profesionales de la salud que están inscritos en Medicare, pero que no han actualizado sus registros de inscripción en Medicare desde noviembre de 2003, a actualizar sus registros de inscripción ahora. Si estos médicos y profesionales de la salud no han cambiado a sus datos de inscripción, estos necesitan enviar una aplicación de inscripción inicial la cual establecerá un registro de inscripción actual en el sistema PECOS. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-35

Verificación de situación legal

Número de *MLN Matters*: MM6748

Número de petición de cambio relacionado: 6748

Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de enero de 2010

Fecha de efectividad: 29 de marzo de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R323PI

Fecha de implementación: 29 de marzo de 2010

Resumen

Este artículo establece que un contratista de Parte B de Medicare y un contratista administrativo de Parte A y Parte B de Medicare (A/B MAC), deben verificar que un médico o profesional de la salud que esté inscribiéndose, reactivando un número de identificación desactivado o respondiendo a una solicitud de revalidación a un contratista, debe estar legalmente autorizado para prestar servicios médicos a beneficiarios de Medicare

Un contratista de Parte B de Medicare y un contratista administrativo de Parte A y Parte B de Medicare (A/B MAC), deben verificar que la situación legal del médico o profesional de la salud es una de las siguientes:

- Ciudadano de los Estados Unidos
- Residente permanente de los Estados Unidos
- Está de alguna otra manera legalmente autorizado a trabajar dentro de los Estados Unidos

Nota: Estos requisitos son consistentes con los necesarios para obtener el social security number (número de seguro social).

Si el médico o profesional de la salud no está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, Puerto Rico, o un territorio de los Estados Unidos, el contratista está obligado a rechazar la solicitud de inscripción de acuerdo a sección 42 CFR 424.530(a)(1).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6748.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6748, 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/R323PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 323, CR 6748

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

Un mensaje interesante respecto al identificador nacional del proveedor y archivo de inscripción

Como se manifestó en los mensajes *listserv* del proveedor de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) que fueron enviados durante el otoño recién pasado con respecto a las peticiones de cambio (CR) 6417 y 6421, CMS ha puesto a disposición un archivo que contiene el *national provider identifier* (identificador nacional del proveedor, NPI) y el nombre (apellido, nombre) de todos los médicos y profesionales de la salud que están calificados para ordenar y referir dentro del programa Medicare y tienen su registro de inscripción vigente (i.e., tienen registro de inscripción que contienen NPI, en *Provider Enrollment, Chain and Ownership System* (sistema de inscripción del proveedor, cadenas de establecimientos y propietarios individuales, [PECOS])). Este archivo se encuentra disponible en <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll>; seleccione a mano izquierda *Ordering/Referring Report*.

Este archivo contiene aproximadamente 800,000 registros. En forma periódica, estará disponible un nuevo archivo que reemplazará al anterior; en todo momento habrá solamente un archivo disponible (el más reciente). El archivo puede ser visto en línea. En adición puede ser descargado y luego ordenado y manipulado por los usuarios con conocimientos técnicos. También puede ser utilizado para buscar un médico o profesional de la salud determinados, por NPI o por nombre. Cabe hacer notar lo siguiente:

1. Los registros están en orden alfabético en base al apellido del médico o profesional de la salud.
2. No se muestran los sufijos de nombre que puedan existir (e.g., Jr.).
3. No hay “duplicados” en el archivo. Muchos médicos y profesionales de la salud tienen el mismo nombre y apellido, la unicidad está asegurada por el NPI correspondiente.
4. No se incluye en el archivo a médicos y profesionales de la salud fallecidos.
5. Si un usuario tiene dudas acerca del NPI de un médico o profesional de la salud, pueden buscarlo en el archivo de NPI en <https://nppes.cms.hhs.gov/NPPES/NPIRegistryHome.do>

Tenga presente que el registro que figura en el archivo de NPI no es el mismo que el registro de inscripción de Medicare PECOS. ❖

Fuente: CMS PERL 201001-29

Actualización trimestral del mes de abril a correcciones de iniciativas de codificación correcta

Número de *MLN Matters*: MM6819

Número de petición de cambio relacionado: 6819

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1916CP

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Este artículo es un recordatorio para médicos de las actualizaciones trimestrales a correcciones de *Correct Coding Initiative* (iniciativas de codificación correcta (CCI)). La última edición trimestral de del módulo de corrección, fue emitida en enero de 2010.

El último legajo de correcciones de CCI, versión 16.1, está en efecto a partir del 1 de abril de 2010 e incluye todas las previas versiones y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996 hasta la fecha.

Puede encontrarse información adicional de CCI, incluyendo tanto las correcciones actuales como las mutuamente exclusivas de CCI, en <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6819.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6819, 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/R1916CP.pdf>.

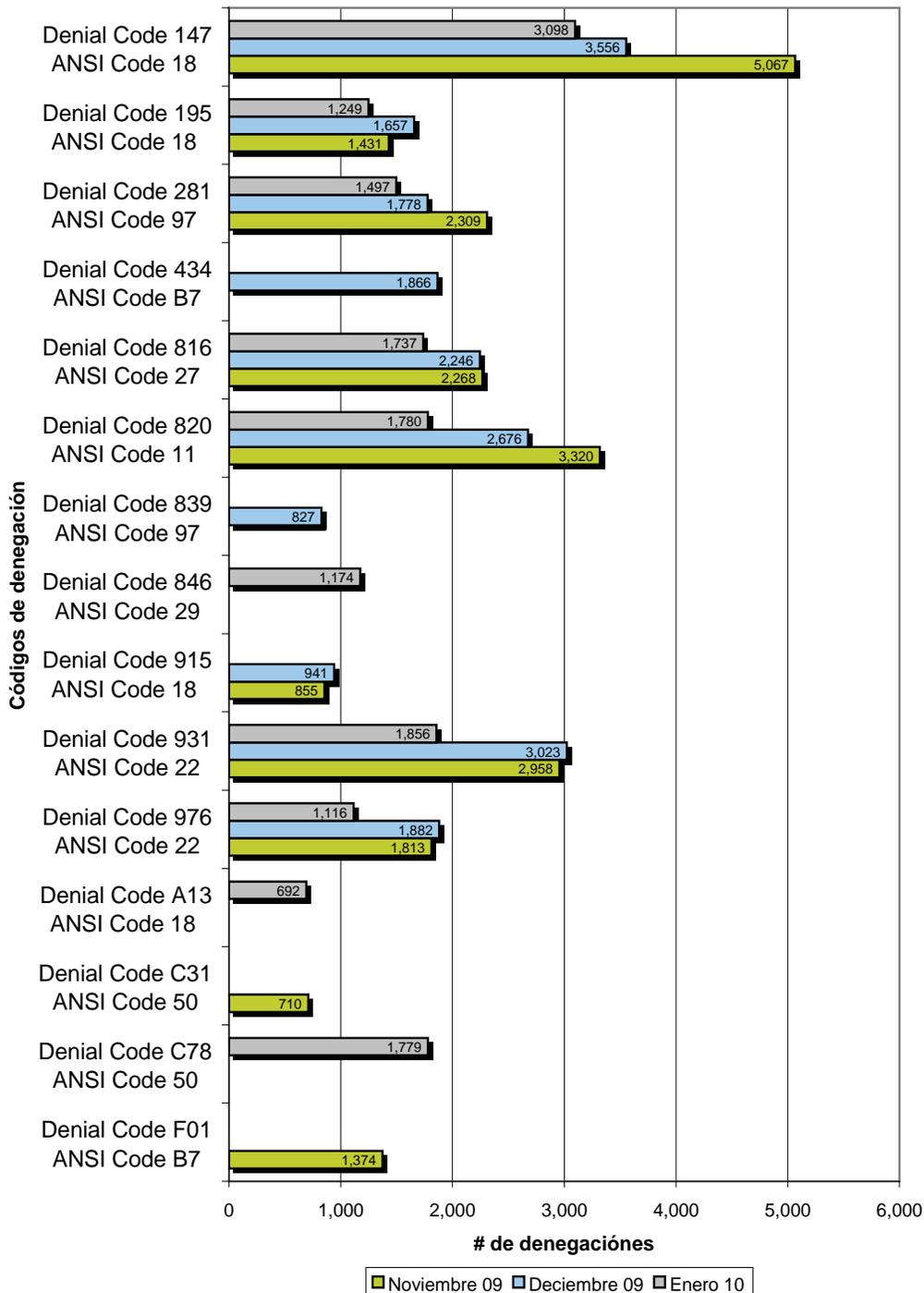
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1916, CR 6819

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.

Denegaciones, preguntas más frecuentes y reclamaciones devueltas como improcesables, de noviembre 2009 a enero 2010

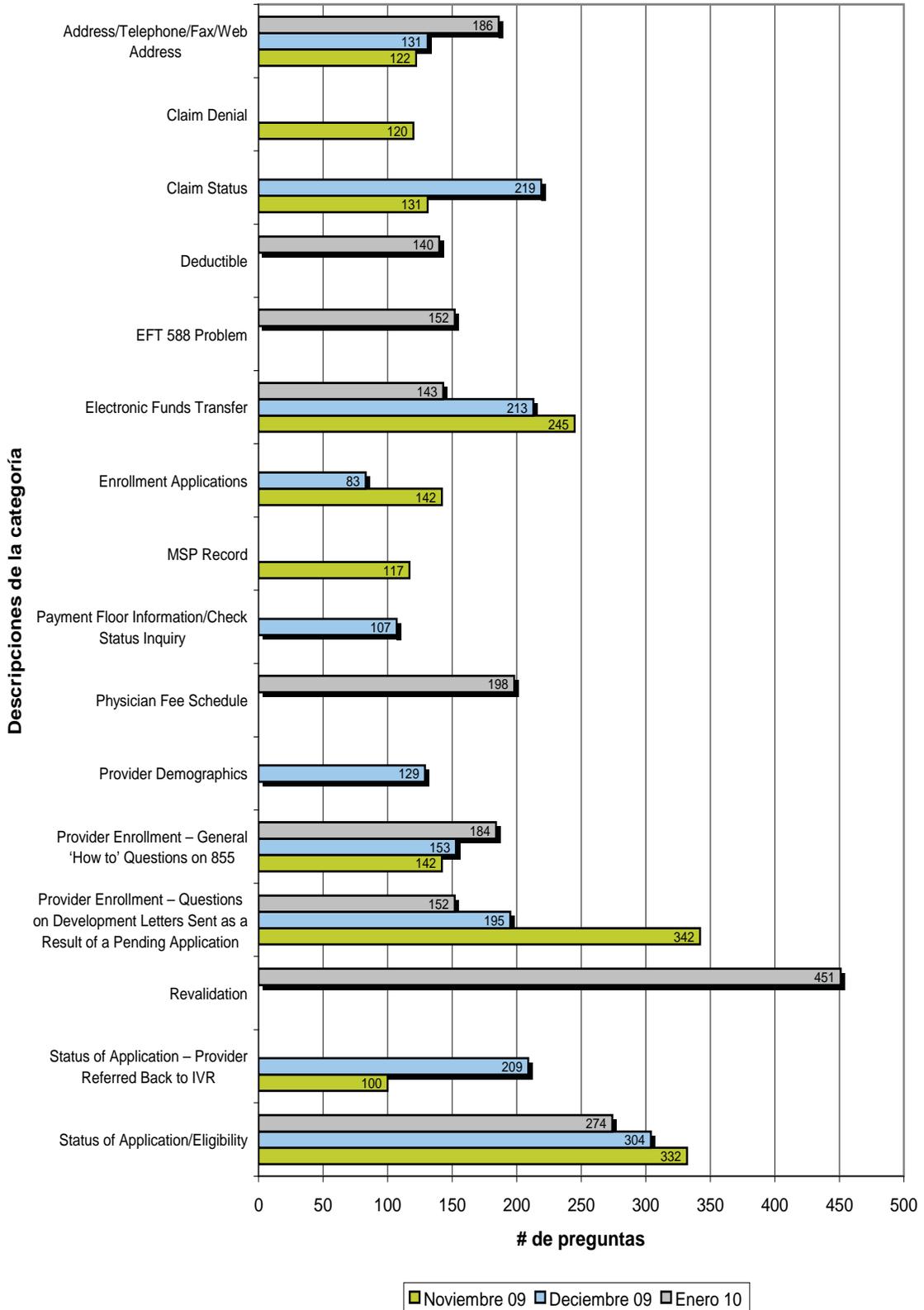
Los gráficos a continuación muestran las más frecuentes preguntas, denegaciones y reclamaciones devueltas como improcesables (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico de noviembre 2009 a enero 2010. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar 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 noviembre de 2009-enero de 2010



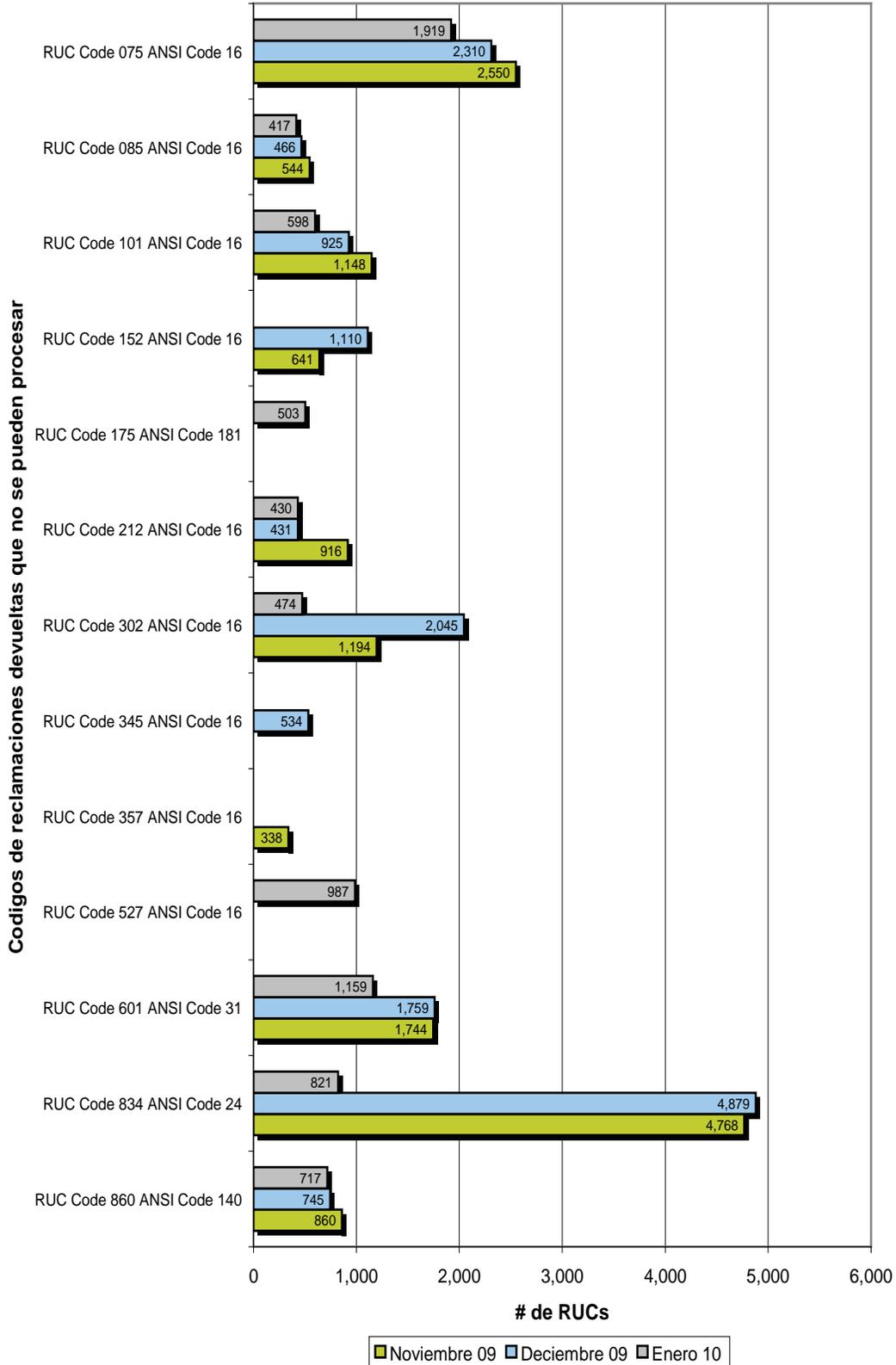
Denegaciones, preguntas más frecuentes y... (continuación)

Preguntas de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en noviembre de 2009-enero 2010



Denegaciones, preguntas más frecuentes y... (continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en noviembre de 2009-enero de 2010



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Modificaciones a LCD Existentes

J9305: Pemetrexed.....	39
SKINSUB: Substitutos de piel	39

LCD canceladas

93798: Programas de rehabilitación cardíaca.....	40
--	----

Información Adicional

Rechazos por error (Proc. 20610).....	40
Rechazos por error (Proc. J7325).....	40
Facturación de medicamentos compuestos.....	41

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).

Esta información deberá ser compartida con todos los profesionales de la salud y funcionarios ejecutivos del personal del proveedor. Las publicaciones están disponibles en forma gratuita en nuestro sitio Web de educación/información al proveedor en <http://medicareespanol.fcso.com>

Modificaciones a LCD Existentes

J9305 Pemetrexed: modificación de la LCD

Número de identificación de LCD: L29255 (Florida)

Número de identificación de LCD: L29464 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La modificación más reciente de la determinación local de cobertura (LCD) para pemetrexed ha sido llevada a cabo el 7 de abril de 2009. Después de esa fecha, las secciones “*Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity* (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad de atención médica)” de la LCD han sido actualizadas para incluir las indicaciones aprobadas para pemetrexed por *Food and Drug Administration* (administración de alimentos y medicinas (FDA)). Adicionalmente, las indicaciones fuera de etiqueta para malignidad del timo, cuando son utilizadas como un régimen de quimioterapia de segunda línea han sido incluida para cobertura. La sección de la LCD referente a los códigos “ICD-9 que respaldan la necesidad de atención médica” ha sido actualizada con la adición de los códigos ICD-9-CM 164.0 y 212.6. La dosis y frecuencia de administración ha sido quitada de la sección “*Utilization Guidelines* (instrucciones de utilización)” de la LCD y han sido actualizadas las secciones “*Sources of Information and Basis for Decision* (fuentes de información y bases para una decisión)”.

Fecha de efectividad

Esta nueva determinación local de cobertura es efectiva para servicios provistos a partir del 4 de febrero de 2010. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp>. Instrucciones de modificaciones de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “*LCD Attachments* (anexos de LCD)” en “*Jump to Section...* (vaya a la sección...)”, en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “*Display Future Effective Documents* (muestre documentos que estarán vigentes a futuro)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

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

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

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

SKINSUB Substitutos de piel: modificación de la LCD

Número de identificación de LCD: L29279 (Florida)

Número de identificación de LCD: L29393 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para substitutos de piel fue actualizada el 1 de julio de 2009. Después de esa fecha, ha sido modificada para eliminar/agregar texto a la sección “*Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity* (indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad de atención médica)” de la LCD. Ha sido eliminada la siguiente frase que se refiere a sin cobertura del último párrafo de la sección de la LCD mencionada más arriba:

- “Se negará cobertura a todos los otros productos similares incluidos en esta LCD, a menos que estén especificados por FDA, con el rótulo “*Skin substitutes* (substitutos de piel)” y para ser utilizados en el tratamiento de los tipos de úlceras considerados en esta LCD”.

Se agregó además la palabra “*other* (otros)” a “*All such products* (todos esos productos)” en la siguiente oración de esta sección de la LCD, la que se leerá “*All other such products* (todos esos otros productos)”.

Fecha de efectividad

Esta nueva modificación de la LCD es efectiva para servicios provistos a partir del 9 de febrero de 2010. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp>. Instrucciones de modificaciones de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “*LCD Attachments* (anexos de LCD)” en “*Jump to Section...* (vaya a la sección...)”, en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD.

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

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

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

*LCD canceladas***93798: Programas de rehabilitación cardiaca -- LCD cancelada****Número de identificación de LCD: L29092 (Florida)****Número de identificación de LCD: L29108 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para programas de rehabilitación cardiaca, ha estado vigente para servicios provistos en Florida, a partir del 2 de febrero de 2009 y a partir del 2 de marzo de 2009 en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Después de esa fecha, se tomó la decisión de cancelar la LCD, en base a *Joint Signature Memorandum* (memorando de firma conjunta (JSM/TDL)) 10087 de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), fechado el 17 de diciembre de 2009.

JSM/TDL 10087 se refiere a *Amendment to the Code of Federal Regulations* (enmienda al código de reglamentaciones federales (CFR)), sección 410.49, publicado el 25 de noviembre de 2009, que delinea la cobertura de Medicare tanto al programa de rehabilitación cardiaca como al programa intensivo de rehabilitación cardiaca.

Con fecha 1 de enero de 2010, la sección 20.10, de la determinación nacional de cobertura (NCD) de programas de rehabilitación cardiaca ha sido retirada del manual *Medicare National Coverage Determination (NCD) Manual* (manual de determinaciones nacionales de cobertura de Medicare (Pub. 100-03)).

Fecha de efectividad

Esta cancelación de la determinación local de cobertura (LCD) es efectiva para servicios provistos **a partir del 1 de enero de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/mcd/overview.asp>. Instrucciones de modificaciones de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section... (vaya a la sección...)” en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD. Para las LCD con una fecha de vigencia futura, seleccione el enlace “Display Future Effective Documents (muestre documentos que estarán vigentes a futuro)” en la parte superior de la lista de páginas LCD.

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

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

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

*Información Médica Adicional***Reclamaciones de código de procedimiento 20610 rechazadas por error**

Reclamaciones de código CPT 20610 (Arthrocentesis, aspiration and/or injection; major joint or bursa (eg, shoulder, hip, knee joint, subacromial bursa (Punción quirúrgica de una articulación, aspiración y/o inyección; articulación mayor o cavidad entre hueso y tendón (eg, hombro, cadera, articulación de la rodilla, cavidad junto a la articulación del hombro))) presentadas por servicios prestados a partir del 1 de enero de 2010, podrían haber sido incorrectamente rechazadas con el argumento de no calificar para otro servicio/procedimiento. Este error ha sido corregido el 27 de enero de 2010. Reclamaciones procesadas a partir del 28 de enero de 2010 han sido adjudicadas en forma correcta.

No se requiere acción alguna por parte de los proveedores

Los proveedores cuyas reclamaciones han sido incorrectamente rechazadas debido a este error, no necesitan emprender acción alguna. FCSO efectuará los ajustes necesarios para corregir el error en todas las reclamaciones afectadas.

Presentamos disculpas por cualquier inconveniente causado por esta situación.

Reclamaciones de código de procedimiento J7325 rechazadas por error

Reclamaciones de código HCPCS J7325 (Hyaluronan o derivados, Synvisc o Synvisc-One, para intra-articulares) presentadas por servicios prestados a partir del 1 de enero de 2010, podrían haber sido incorrectamente rechazadas por no ser consideradas médicamente necesarias por First Coast Service Options (FCSO) Inc. Este error ha sido corregido el 4 de febrero de 2010. Reclamaciones procesadas a partir del 5 de febrero de 2010 han sido adjudicadas en forma correcta.

No se requiere acción alguna por parte de los proveedores

Los proveedores cuyas reclamaciones han sido incorrectamente rechazadas debido a este error, no necesitan emprender acción alguna. FCSO efectuará los ajustes necesarios para corregir el error en todas las reclamaciones afectadas.

Presentamos disculpas por cualquier inconveniente causado por esta situación.

Facturación de medicamentos compuestos

Historial

Medicamentos compuestos creados/procesados por un farmacéutico en acuerdo con el Federal Food, Drug, and Cosmetic Act puede ser cubierto bajo Medicare cuando su uso cumple con todos los criterios de servicios subordinados a un médico. Desde que los medicamentos compuestos no tienen un número NDC individual, los códigos “J” específicos HCPCS Nivel II no pueden ser usados. En cambio, los proveedores deben usar J3490 (medicamento no clasificado) como es apropiado para el reembolso del medicamento(s). El uso de los medicamentos compuestos ha sido especialmente predominante en llenar las bombas de infusión implantable, (códigos CPT 95990 o 95991). Ya sea que un solo agente o una combinación de agentes sea usado, el medicamento compuesto debe ser facturado bajo el código HCPCS J3490 con el modificador KD aun cuando el compuesto fue similar a un código HCPCS en específico (e.g., J2275 para morfina preservativa gratuita). Desde luego, los proveedores que documenten y usen el producto verdadero “desde el estante” como suministro de su oficina pueden continuar el uso del código específico HCPCS.

Definición

Medicamento compuesto: Un medicamento compuesto es un conjunto de medicamentos mezclados (compuesto) por un farmacéutico. Esta mezcla es entregada a un médico o profesional de la salud calificado ya lista para ser usada en una bomba implantable. A veces, el farmacéutico puede reconstituir solamente una sustancia y entregarla al proveedor en una forma lista para usar. Un ejemplo de reconstituir es el añadir solución salina a un medicamento que es suministrado como un polvo y luego convertirlo en un líquido. Para propósitos de esta instrucción de facturación, un medicamento que es reconstituido fuera de la oficina del proveedor y es entregado a él/ella para su uso en una bomba implantable es un medicamento compuesto. En resumen, cualquier agente que ha sido procesado por un farmacéutico fuera de la oficina del proveedor es un medicamento compuesto.

Debe tenerse en cuenta que un medicamento compuesto por el médico y/o personal de oficina debe ser facturado con el código no listado (J3490), puesto que el medicamento compuesto no tiene un número NDC único. También, el componer o reconstituir los medicamentos por el médico y/o personal de oficina solamente para obtener ganancia económica no es médicamente necesario o razonable.

Códigos de procedimiento

HCPCS J3490 Medicamentos no clasificados.

Código CPT 95990 *Refilling and maintenance of implantable pump or reservoir for drug delivery, spinal (intrathecal, epidural), or brain (intraventricular).*

Código CPT 95991 *Refilling and maintenance of implantable pump or reservoir for drug delivery, spinal (intrathecal, epidural) or brain (intraventricular); administered by physician.*

EMC y reclamaciones en papel

La siguiente información debe ser reportada en el bloque 19 del formulario de reclamación CMS 1500 o el campo electrónico equivalente para los que envían reclamaciones EMC.

- Nombre(s) y dosis de medicamento administrado en la bomba implantable
- Volumen de nuevo surtido de medicamento autorizado anteriormente en la receta médica en ml
- Tamaño reservorio de la bomba (ml)
- El precio exacto de la factura para esa reclamación individual del paciente de medicamentos de infusión suministrados vía DME implantado, con las fechas de servicio del 1 de enero de 2004 en adelante, serán identificadas usando el modificador KD. Las unidades facturadas debe ser (1) en el campo de días/unidades (Artículo 24G) en el formulario de reclamación CMS 1500.

Nota: Si cualquiera de la información arriba es omitida en la reclamación inicial, la reclamación tendrá que ser desarrollada. En este caso, First Coast Service Options Inc. (FCSO) solicitará documentación específica por medios de una carta de solicitud de documentación adicional (ADR). Esto retrasará el procesamiento y pago.

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 [<input type="checkbox"/>] Español [<input type="checkbox"/>]				
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



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 ♦

