

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Formulario para la suscripción anual de la publicación de la Parte B en copia impresa/CD-ROM

Complete este formulario para recibir ediciones impresas gratis.....4

Medicare termina contrato con Fox Insurance Co.

La terminación del contrato es efectiva inmediatamente12

Pautas de autenticación de los servicios de Medicare

CMS exige la autenticación del autor de los servicios prestados u ordenados19

CMS necesita sus opiniones

MCPSS fue diseñado para recopilar datos sobre la satisfacción de los proveedores21

Servicios no cubiertos relacionados a ABN

Dos modificadores HCPCS nivel II han sido actualizados25

Código de condición 04 en el PS & R

Las reclamaciones con código de condición 04 comenzarán a acumular en el PS & R27

Requisitos de supervisión de servicios terapéuticos

CMS instruye a los contratistas de Medicare sobre servicios terapéuticos28

Tarifa fija revisada de laboratorio clínico

Inconsistencias en los índices de pago para las reclamaciones enviadas con los códigos ZIP de Kansas41

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	5
Recursos educacionales	24
Información para proveedores de la Parte A.....	25
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	35
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	37
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	38
Información para proveedores de la Parte B.....	39
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	45
Formulario para ordenar materiales de Parte B	48
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	49

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

Sugerencias de distribución:

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



Tabla de Contenido

En esta edición 1
 Tabla de contenido.....2
Sobre esta publicación.....3
 Formulario de suscripción anual.....4

Partes A/B

Cobertura y Reembolso

Modificaciones médicamente improbables..... 5
 Códigos CPT/HCPCS para evitar rechazos/
 denegaciones por conflicto de género..... 5
 Póliza de pago de servicios de consulta 6
 Preguntas y respuestas cuando se reportan
 los servicios de consulta del médico 7

Servicios de Ambulancia

Hoja informativa revisada de tarifas fijas
 de ambulancia 8

Fraude y Abuso

Hoja informativa sobre fraudes y abusos8

Facturación

Hoja informativa sobre el programa de
 Licitación Competitiva de DMEPOS..... 8
 Hoja informativa de tarifas de laboratorio..... 8
 Actualización de ASC de julio 2010..... 9
 Angioplastia transluminal percutánea.....9
 Galardones de acuerdo cooperativo de los
 registros de salud electrónicos.....10
 Programas de certificación de tecnología 11
 Códigos de consulta ya no son válidos 11
 Fin de contrato para Fox Insurance Co.12
 Noticias de Medicare Learning Network 13
 Equipo del facilitador para facilitadores.....13
 Disponible ASC de abril de 2010.....13

PQRI

PQRI 2010 y productos educacionales EHR..... 14

Información General

Mes del Cáncer Colorrectal 15
 Marzo es el Mes Nacional de la Nutrición 16
 Marzo 23 es el Día de Alerta de la Diabetes 17
 Hoja informativa de MPFS..... 18
 Hoja informativa de escasez de profesionales .. 18
 Hoja informativa modificada del MLN..... 18
 Requisitos de firma -- pautas de autenticación . 19
 Disponible dvd sobre la influenza de 1918..... 20
 CMS solicita sus opiniones.....21
 Disponible folleto del proceso de apelaciones ..21
 PECOS en Internet para médicos 21
 Servicios preventivos de Medicare 22
 Información sobre MCPSS 23
 Plan de estudio Guided Pathways.....23

Recursos Educativos.....24

Parte A

Cobertura y Reembolso

Servicios no cubiertos de ABN.....25

Facturación

Protección del programa de la agencia de
 salud en el hogar.....26
 ICD-9, análisis y dirección procesamiento..27

Hospital

Código de condición 04 27
 Supervisión de servicios terapéuticos 28

Centros de Enfermería Especializada

Sistema five-star noticias de marzo 28

Pagos Prospectivos

Actualización de abril 2010 de OPPS 29
 Actualizado IPPS 2010 PC PRICER 29
 Especificaciones de abril de I/OCE 30
 Actualizado RY 2009 de IPF PPS 30
 Actualización de IPPS FY 2009..... 30
 Actualización de RY 2009 de IRF PPS 31
 Hoja informativa revisada de LTCH PPS.... 31

Información General

Códigos de ingreso sin cobertura 31
 Lista de códigos del manual UB-04..... 32

Gráficos

Preguntas frecuentes Puerto Rico33
 Rechazos frecuentes Puerto Rico34

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... 35

Ordenar materiales de Parte A.....37

Contactos Parte A de Puerto Rico38

Parte B

Facturación

Pago para pruebas diagnósticas 39
 Productos educacionales de eRx..... 39

Información general

Carta de responsabilidad del proveedor..... 40
 Tarifa fija revisada de laboratorio clínico ... 41

Gráficos

Denegaciones frecuentes Puerto Rico..... 42
 Preguntas frecuentes Puerto Rico..... 43
 RUC frecuentes Puerto Rico.....44

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 45

Ordenar materiales de Parte B.....48

Contactos Parte B de Puerto Rico 49

**Medicare A y B
 Al Día**

**Vol. 2, No. 3
 marzo de 2010**

Publication Staff

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

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

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

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

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

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

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

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

SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

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

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

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

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

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

Formulario para la suscripción anual de la publicación de la Parte B en copia impresa/CD-ROM

Para recibir ediciones impresas gratis de la publicación de la Parte B, CD-ROM o correo electrónico, usted debe registrarse completando este formulario. **Para recibir ediciones futuras de la publicación de la Parte B en papel o CD-ROM, su formulario tiene que ser enviado por fax al 1-904-361-0723 antes del 31 de mayo de 2010.** Los proveedores que actualmente están recibiendo estas publicaciones tienen que renovar la suscripción usando este formulario. Los proveedores que no renueven la suscripción a más tardar el 31 de mayo, no recibirán más versiones en copia impresa después de la edición de septiembre de 2010. El ciclo anual de la publicación empieza el 1 de octubre y termina el 30 de septiembre.

Si a usted se le pasa la oportunidad de registrarse antes de la fecha de cierre, puede recibir copias de papel o CD-ROM a través de una suscripción. El coste anual por una suscripción en copia de papel es \$33, mientras que una suscripción en CD-ROM es \$ 55.

Por favor note que usted no está obligado a completar este formulario para tener acceso a la información editada en las publicaciones de la Parte B. Ediciones pasadas son disponibles gratis hasta 1997 en el sitio Web para proveedores de FCSO <http://medicareespanol.fcsso.com/Landing/142813.asp>.

Nombre del proveedor/clínica:

Número de identificación del proveedor (PIN) de Medicare:

Dirección postal:

Ciudad, estado, código postal:

Persona de contacto/título:

Número telefónico:

Número de fax:

Correo electrónico:

Justificación para necesitar ediciones en copia de papel:

¿Tiene su oficina acceso a Internet?

SÍ

NO

¿Tiene su computadora una unidad de CD-ROM?

SÍ

NO

¿Podría aceptar publicaciones a través de su correo electrónico?

SÍ

NO

¿Tiene otras barreras técnicas o razones para necesitar las publicaciones en copia de papel o en CD-ROM?:

Tipo de inscripción:

NUEVA

RENOVACIÓN

Preferencia de Idioma:

INGLÉS

ESPAÑOL

Nota: Los proveedores que califiquen recibirán una copia de cada publicación mensualmente.

Envíe por Fax su formulario relleno a:

Medicare Publications

1-904-361-0723

Por favor comparta con nosotros sus preguntas y/o preocupaciones relacionadas con esta iniciativa aquí abajo.

Preguntas adicionales pueden ser enviadas a través del sitio Web para la educación al proveedor de Medicare al <http://medicareespanol.fcsso.com/comentarios/index.asp>. También puede enviar por fax sus preguntas o comentarios a este número 1-904-361-0723. Nuestro centro de servicio al cliente no podrán responder a preguntas acerca de este formulario.

Nuestro centro de contacto del proveedor no podrán responder preguntas sobre este formulario.

COBERTURA Y REEMBOLSO

Modificaciones médicamente improbables

Este artículo fue previamente publicado en *Medicare A y B Al Día*, edición de enero de 2010, página 11.

Número de petición de cambio relacionado: 6712 - Revisado
 Fecha de emisión de CR: 17 de marzo de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: 652OTN
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

La transmisión 617, fecha del 8 de enero, ha sido rescindida y reemplazada con la transmisión 652, fecha del 17 de marzo. La transmisión 652 provee la siguiente clarificación:

- Clarifica la referencia a la sección del manual autorizando las modificaciones médicamente improbables (MUE)
- Clarifica el nombre de los archivos de la lista final de equipo médico duradero (DME) de los MUE y provee el código de denegación a ser usado para las denegaciones MUE

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) desarrollaron el programa MUE en el 2006. Los MUE son designados para reducir los errores debido a entradas administrativas y codificación incorrecta. El contratista de la iniciativa de codificación correcta nacional (NCCI) desarrolla y mantiene los MUE.

Con respecto a los MUE, se les recuerda a los proveedores lo siguiente:

- Un proceso de apelaciones no será permitido para las reclamaciones devueltas a los proveedores (RTP) como resultado de un MUE. Sin embargo, los proveedores deben determinar por qué la reclamación fue devuelta, corregir el error, y reenviar la reclamación corregida.
- Los proveedores pueden apelar el criterio MUE al solicitar una solicitud al contratista de la Parte B de Medicare (carrier) o al contratista administrativo de Medicare (MAC A/B) el cual, de acceder, dirigirá la apelación al contratista de codificación correcta.
- Los cargos en exceso debido a las unidades de servicio mayores a las MUE no pueden ser facturadas al beneficiario (esto es una (“responsabilidad del proveedor”) y esta provisión no puede ser dispensada ni sujeta a una notificación anticipada al beneficiario (ABN).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://medicare.fcso.com/wrapped/167596.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 652, CR 6712

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

Códigos CPT/HCPSC para evitar rechazos/denegaciones debido a conflicto de género/procedimiento

Número de petición de cambio: 6638
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de diciembre de 2009
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1877CP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Como resultado de los problemas de transgénero y hermafrodita que las reclamaciones de Medicare Parte A y Parte B han encontrado, ha habido un incremento en las reclamaciones siendo rechazadas/denegadas debido a modificaciones específicas de género, diagnóstico y procedimiento.

Efectivo para las fechas de servicio del 1 de abril de 2010 en adelante, la petición de cambio (CR) 6638 instruye lo siguiente:

Reclamaciones de Parte A: Los proveedores institucionales deben reportar el código de condición 45 (categoría de género ambiguo) en servicios del cuidado ambulatorio y de hospitalización que pueden estar sujetos a modificación específica de género (i.e., servicios que son considerados para mujer u hombre solamente) para los beneficiarios que son transgénero, hermafroditas, o tienen genitales ambiguos.

Reclamaciones de Parte B: Los médicos y profesionales de la salud que facturan reclamaciones profesionales de Parte B deben facturar los modificadores KX (los requisitos especificados en la póliza médica han sido cumplidos) en la línea de detalle con cualquier código(s) de procedimiento que son específicos de género para los beneficiarios que son transgénero, hermafroditas, o tienen genitales ambiguos.

Códigos CPT/HCPCS para evitar rechazos/denegaciones... (continuación)

Códigos CPT/HCPCS específicos de género

Para asistir a los proveedores en disminuir el número de rechazos/denegaciones, First Coast Service Options ha identificado los códigos CPT/HCPCS específicos de género que los sistemas de procesamiento de Medicare denegarán/rechazarán para los servicios procesados el 5 de abril de 2010 en adelante. Los códigos de error comunes de archivo de trabajo también son identificados:

Mamografía (códigos de error 59x5 y 5361)

76083
76085
76092
77052
77057
G0202
G0203

Prueba de Papanicolaou (códigos de error 84x1 y

536a)

G0123
G0124
G0141
G0143
G0144
G0145
G0147

G0148
P3000
P3001
Q0091
Q0060
Q0061
Examen pélvico/pecho (código de error 84x4)
G0101
Examen de próstata (códigos de error 84x6 y 5388)
55873
G0102
G0103
G0160
G0161

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6638, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1877CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1877, CR 6638

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

Revisiones a la póliza de pago de servicios de consulta

Este artículo fue previamente publicado en *Medicare A y B Al Día*, edición de diciembre de 2009, página 15.

Número de *MLN Matters*: MM6740 – **Revisado**

Número de petición de cambio relacionado: 6740

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de diciembre de 2009

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1875CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

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

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

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

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

Revisiones a la póliza de pago de servicios de consulta... (continuación)

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6740, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1875CP.pdf>.

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

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

Preguntas y respuestas cuando se reportan los servicios de consulta del médico

Número de *MLN Matters*: SE1010
 Número de petición de cambio relacionado: 6740
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Este artículo pertenece a la petición de cambio (CR) 6740, la cual alerta a los proveedores que efectivo el 1 de enero de 2010, los códigos de consulta de *CPT* (con los rango 99241-99245 y 99251-99255) ya no son reconocidos para el pago de Medicare Parte B.

Este artículo solamente aplica a los servicios de los médicos y profesionales de la salud (NPP) pagados bajo el programa de pago por servicio (FFS) de Medicare. El artículo no revisa las pólizas existentes o las reglas que gobiernan Medicare Advantage o los asegurados que no tienen Medicare.

Las reclamaciones con los códigos de consulta *CPT* no son rechazadas. Medicare acepta una reclamación que reporta un código de consulta *CPT*, la procesa, y devuelve la reclamación al proveedor para reportar un código de evaluación y manejo (E/M) para el servicio.

No es la intención de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) de causar confusión o hacer más complejo administrativamente el programa de Medicare. Por lo tanto, este artículo provee clarificación de lo siguiente:

- Fecha de efectividad
- Impactos a las reglas de HIPPA
- Impacto a otros productos de Medicare

- Códigos de referencia
- Como facturar
- Reclamaciones para los códigos del cuidado de hospital subsiguientes
- Reporte de los códigos del cuidado inicial de hospital
- Servicios de facturación que no pueden ser codificados
- Definición de transferencia de cuidado
- Reporte de servicios de cuidado crítico
- Pacientes nuevos versus establecidos
- Aceptando los códigos de consulta *CPT* cuando Medicare es el pagador secundario
- Responsabilidad del beneficiario
- Determinando el periodo de tiempo que debe cumplirse para facturar un servicio prolongado
- Facturación apropiada para consulta pre operatoria
- Facturación de servicios iniciales de centros de enfermería
- Impacto a servicios separados/compartidos
- Impactos a hospicio
- Preguntas sobre el modificador AI (no debe ser confundido con A1)
- ¿No es válido o no está cubierto?

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1010.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1010

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

SERVICIOS DE AMBULANCIA

Hoja informativa revisada de tarifas fijas de ambulancia

La hoja informativa de *Ambulance Fee Schedule* (enero 2010), la cual provee información general sobre las tarifas fijas de ambulancia, incluyendo como los índices de pago son establecidos para los servicios de ambulancia aérea y terrestre, esta ahora disponible 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/AmbulanceFeeSched_508.pdf. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-03

FRAUDE Y ABUSO

Hoja informativa modificada sobre fraudes y abusos a Medicare

La hoja modificada *Medicare Fraud & Abuse* (febrero 2010), disponible en *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), le señala diversas fuentes de información sobre fraudes y abusos a Medicare y le ayuda a enterarse de que es lo que debe hacer si sospecha o sabe de incidentes de potencial fraude o abusos a Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-36

FACTURACIÓN

Disponible nueva hoja informativa sobre el programa de Licitación Competitiva de DMEPOS

Una nueva hoja informativa titulada *The Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics and Supplies (DMEPOS) Competitive Bidding Program -- A Better Way for Medicare to Pay for Medical Equipment* (febrero de 2010), está ahora disponible en formato para descargar en el sitio Web de Licitación Competitiva de DMEPOS. Esta hoja informativa provee a los proveedores y suplidores una perspectiva general del programa de Licitación Competitiva de DMEPOS como también información de gran utilidad sobre los beneficios y cualidades inherentes del programa. La hoja informativa puede ser descargada desde la siguiente página Web http://www.cms.hhs.gov/DMEPOSCompetitiveBid/04_Educational_Resources.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-14

Hoja informativa modificada de catálogos de tarifas de laboratorio clínico

La hoja informativa *Clinical Laboratory Fee Schedule* (catálogo de tarifas de laboratorio clínico), modificada en enero de 2010, que provee información general acerca del catálogo de tarifas de laboratorio clínico, cobertura de servicios de laboratorio clínico y como se establecen las tasas de pago; está ahora disponible en formato descargable de Internet, en la *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid, en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/clinical_lab_fee_schedule_fact_sheet.pdf.

Si no puede abrir la hoja informativa, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-24

Actualización trimestral de julio de 2010 del precio promedio de venta y revisiones a archivos previos

Número de *MLN Matters*: MM6805
 Número de petición de cambio relacionado: 6805
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de febrero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1922CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Este artículo informa a los contratistas de Medicare a descargar e implementar el archivo de precio de medicamento del precio promedio de venta (ASP) de julio de 2010 para los medicamentos de Medicare Parte B, y si es publicado por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), los archivos revisados de abril de 2010, enero de 2010, octubre de 2009, y julio de 2009. Los contratistas usarán el ASP de julio de 2010 y los archivos de precio de medicamento que no están clasificados de

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

otra forma (NOC) para determinar el pago límite de los medicamentos pagables por separado de Medicare Parte B procesados o reprocesados el 6 de julio de 2010 en adelante, con las fechas de servicio del 1 de julio de 2010, hasta el 30 de septiembre de 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6805.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6805, 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/R1922CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1922, CR 6805

Angioplastia transluminal percutánea de la arteria carótida concurrente con el uso de maya cilíndrica para mantener abierta una arteria

Número de *MLN Matters*: MM6839
 Número de petición de cambio relacionado: 6839
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de marzo de 2010
 Fecha de efectividad: 9 de diciembre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1925CP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) no hicieron cambios en los grupos cubiertos de pacientes de angioplastia transluminal percutánea (PTA) de la arteria carótida concurrente con el uso de maya cilíndrica para mantener abierta una arteria (stenting), pero revisó ligeramente el lenguaje sobre dispositivos de protección embólica (EPD). En la decisión final, efectivo el 9 de diciembre de 2009, CMS retuvo cobertura existente para lo siguiente con una ligera revisión al lenguaje sobre EPD:

- Para los pacientes que están en alto riesgo de endarterectomía carotídea (CEA) y tienen estenosis de arteria carótida sintomática (CAS) igual o mayor de 70 por ciento.
- Para los pacientes que están en alto riesgo de CEA y tienen CAS sintomático entre 50 por ciento y 70 por ciento.

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

- Para los pacientes que están en alto riesgo de CEA y no tienen CAS asintomático igual a o mayor de 80 por ciento.

Se exige el uso de EPD aprobado por la Food and Drug Administration. Si la implementación de EPD no es técnicamente posible y no es realizada, entonces Medicare no cubre el procedimiento.

Nota: Este cambio no requiere instrucciones de procesamiento de reclamaciones nuevas o revisadas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6839.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6839, 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/R1925CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1925, CR 6839

Galardones de acuerdo cooperativo de los registros de salud electrónicos

El siguiente es un mensaje del Dr. David Blumenthal sobre el avanzar el intercambio de la información de salud:

La Agencia de Tecnología de Información de la Salud anunció el 12 de febrero los primeros galardones del acuerdo cooperativo por el Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act. Esto marca un logro mayor en el camino hacia una adopción nacional y uso significativo de la tecnología de información de salud (salud IT). Una parte de los galardones provee \$386 millones a 40 estados y entidades calificadas y designadas por el estado para construir rápidamente la capacidad de intercambiar la información de salud por todo el sistema del cuidado de la salud dentro y entre los estados a través del *State Health Information Exchange Cooperative Agreement Program*. Los otros galardones proveen \$375 millones para crear 32 *Health Information Technology Regional Extension Centers* (RECs) que ayudarán en los esfuerzos de los profesionales de la salud, comenzando con los proveedores del cuidado primario, para convertirse en usuarios significativos de los registros de salud electrónicos (EHR). Los galardones adicionales serán realizados en ambos programas en las próximas semanas. Juntos, estos programas ayudarán a modernizar el uso de la información de salud, mejorando la calidad y eficiencia del cuidado para todos los americanos.

Como parte del *State Health Information Exchange Cooperative Agreement Program*, los estados tendrán una participación de liderazgo para conseguir el intercambio de información de salud (HIE) y cumplir con las metas de reforma de salud. Los fondos galardonados serán usados para establecer e implementar planes HIE a nivel de estado al crear el gobierno apropiado, pólizas, y servicios técnicos requeridos para sustentar HIE. Al desarrollar este nivel de capacidad nos ayudará a desglosar las barreras actuales a HIE y ayudar a los proveedores a calificar para los incentivos de Medicare y Medicaid bajo el HITECH Act. Los galardones también aconsejan enérgicamente a los estados a considerar participación en el Nationwide Health Information Network como un acercamiento a HIE. Esto crearía el camino hacia un HIE a nivel nacional y libre de irregularidades.

Mientras que los galardones HIE del estado fortalecen la capacidad del intercambio de la información de salud, los galardones de *Health Information Technology Regional*

Extension Centers establecerán RECs para ofrecer educación y alcance directamente, y asistencia técnica a los proveedores del cuidado de la salud en sus regiones. Cada REC se enfocará más intensivamente en los médicos, asistentes del médico, y las enfermeras practicantes que trabajan como prácticas de grupo e individuales del cuidado primario, como también aquellos que se dedican a proveer cuidados de salud a los desprotegidos. Los proveedores del cuidado primario en prácticas de grupo proveen la gran mayoría de tales servicios en los Estados Unidos, pero tienen recursos limitados de implementación y de uso significativo para mantener los sistemas EHR. La asistencia técnica en el sitio para estos proveedores prioritarios del cuidado primario será un servicio clave ofrecido por los RECs. Los RECs asistirán a los proveedores que no han adoptado los EHR, como también aquellos que lo han hecho, pero necesitan ayuda para progresar al uso significativo. Los RECs también ayudarán a los proveedores a mantener la información de salud privada y segura.

El *Health Information Technology Regional Extension Centers* y el *State Health Information Exchange Cooperative Agreement Program* son componentes críticos cuyo objetivo es el de tener un sistema de información de salud electrónica segura, privada, e interoperable. Espero trabajar en colaboración con cada estado y REC, puesto que estos establecen sus programas, comenzar a trabajar con sus comunidades, y promover la transformación de nuestro sistema del cuidado de la salud. Aplaudo cada entidad galardonada por su dedicación a la misión de mejorar la calidad del cuidado de la salud y por el liderazgo y guía que esta provee.

Sinceramente,
David Blumenthal, M.D., M.P.P.
National Coordinator for Health Information
Technology
U.S. Department of Health & Human Services

The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC) encourages you to share this information as we work together to enhance the quality, safety and value of care and the health of all Americans through the use of electronic health records and health information technology.

Fuente: CMS PERL 201002-37

Regla propuesta para los programas de certificación de tecnología de información de salud

Un mensaje del Dr. David Blumenthal, National Coordinator for Health Information Technology

El 2 de marzo de 2010, el Secretario del Departamento de Salud & Servicios Humanos (HHS) publicó un aviso sobre una propuesta de elaboración de normas (NPRM) describiendo el acercamiento propuesto para establecer un programa de certificación para probar y certificar los registros de salud electrónicos (EHR). El Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act de 2009 (HITECH) ordena el desarrollo de un programa de certificación que dará a los compradores y usuarios de tecnología EHR la seguridad de que la tecnología y productos tienen la funcionalidad y seguridad necesaria para ayudar a cumplir el criterio de uso significativo.

Aunque estamos haciendo avances significativos hacia la modernización de nuestro sistema de salud, estos esfuerzos solamente tendrán éxito si los proveedores y pacientes tienen la confianza de que sus sistemas de información de salud son seguros y funcionales.

La regla propuesta incorpora dos fases de desarrollo para el programa de certificación para asegurar que los profesionales y hospitales elegibles son capaces de adoptar e implementar tecnología EHR certificada a tiempo y calificar para pagos de incentivo de uso significativo. El proceso de elaboración de normas tomará tiempo, así que este acercamiento por fases provee un puente de pautas detalladas para sustentar un programa continuo de pruebas y certificación de salud IT.

El primer programa propuesto crea un proceso de certificación temporero bajo el cual el coordinador nacional autorizaría a las organizaciones a asumir varias de las responsabilidades que eventualmente serán asumidas bajo el programa de certificación permanente. En el programa

de certificación permanente, la regla propone traspasar gran parte de la responsabilidad de prueba y certificación a organizaciones en el sector privado.

La publicación de la regla propuesta en el Establishment of Certification Programs for Health Information Technology es un primer paso importante para traer estructura y cohesión a la evaluación de los EHR, módulos EHR, y potencialmente otros tipos de IT de salud. Los programas ayudarán al usuario de productos certificados, y últimamente servirán a los intereses de cada paciente al asegurar que su información es administrada de forma segura y está disponible donde y cuando sea necesario.

Sus comentarios son esenciales para que este proceso importante se lleve a cabo. Le alentamos a que participe en el periodo público de comentario.

Información adicional de ambos programas y sobre como usted puede comentar pueden ser encontradas a través del comunicado de prensa de HHS y en <http://HealthIT.HHS.Gov>.

La visión del HITECH Act se está desarrollando rápidamente, y todos nosotros en ONC esperamos continuar trabajando con ustedes para lograr el uso significativo de los EHR.

Sinceramente,
David Blumenthal, M.D., M.P.P.
National Coordinator for Health Information
Technology U.S. Department of Health & Human Services
Fuente: CMS PERL 201003-07

Códigos de consulta del médico ya no son válidos para Medicare

En diciembre de 2009, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 6740 instruyendo que desde el 1 de enero de 2010, los códigos de consulta del *Current Procedural Terminology (CPT)* 99241-99245 y 99251-99255 ya no son válidos para la facturación de Medicare Parte B. Puesto que esto afecta la facturación de Parte A también, CMS estará emitiendo un CR por separado para tratar la facturación de Parte A, ya que se relaciona a estos servicios. Mientras tanto, los hospicios deben dirigirse al CR 6740 para instrucciones (excluyendo aquellos relacionados al uso del modificador AI) de facturación de estos servicios. El CR 6740 está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1875CP.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-42

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.

Medicare termina contrato de plan de medicamentos con Fox Insurance Co.

Miembros tendrán acceso a los medicamentos mientras se realiza la transición a nuevos planes

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han terminado su contrato con Fox Insurance Co. Luego de una revisión en el sitio del plan y sus servicios, CMS determinó que las deficiencias significantes del plan, de no cumplir con los requisitos de Medicare para proveer a las personas inscritas a recibir medicamentos por receta de acuerdo a los estándares reconocidos del cuidado de la salud, ponían en peligro la salud y seguridad de los enlistados en Fox. CMS encontró que Fox cometió una serie de violaciones, incluyendo la denegación impropia a los inscritos en la cobertura de medicamentos críticos de HIV, cáncer, y convulsiones. La terminación del contrato es efectiva inmediatamente.

La terminación inmediata no impactará o retrasará el acceso a los medicamentos para los más de 123,000 beneficiarios de Medicare que actualmente están inscritos en los planes de Fox. Comenzando mañana, todos los inscritos obtendrán sus medicamentos a través de LI-NET, un programa regido por Medicare y administrado por Humana, para asegurar que los beneficiarios reciben sus medicamentos por receta de Medicare. Las personas inscritas en Fox serán capaces de seleccionar un nuevo plan de medicamentos por receta hasta el 1 de mayo de 2010. Actualmente, los inscritos que no seleccionen un plan, serán inscritos en un nuevo plan por Medicare.

“La terminación inmediata de Fox como un plan de medicamentos por receta de Medicare demuestra nuestro compromiso de proteger la salud de algunas de las personas más vulnerables inscritas de obtener los medicamentos necesarios, en algunos casos, medicinas que preservan la vida. La acción inmediata de CMS fue esencial para proteger la salud de los miembros y su seguridad - una parte integral de nuestro contrato con todos los beneficiarios de Medicare”, dijo Jonathan Blum, director interino de Center for Drug and Health Plan Choices de CMS. “Las personas inscritas en Fox también necesitan saber que ellos no están perdiendo su cobertura de medicamentos y que continuarán teniendo acceso a las medicinas necesarias. Estaremos enviando cartas explicando los pasos que estamos tomando para asegurar que ellos continúan obteniendo sus medicinas. Ellos también pueden llamar al 1-800-MEDICARE o sus programas de asistencia de seguro de salud del estado local si tienen preguntas”.

CMS emitió una sanción de inscripción y mercadeo a Fox el 26 de febrero de 2010, por que la organización no estaba siguiendo las reglas de Medicare para proveer cobertura de medicamentos por receta a las personas inscritas. Luego de una auditoría en el sitio, la cual tuvo lugar entre el 2 y 4 de marzo, CMS encontró que los problemas de Fox persistían y que continuaban imponiendo obstáculos a las personas inscritas para obtener las medicinas necesarias, y, en muchos casos, preservadoras de la vida. CMS también encontró que muchos de los obstáculos fueron puestos para limitar el acceso a los altos costos de los medicamentos, lo cual pudo haber

provocado que las necesidades médicas no hayan sido alcanzadas. En muchos casos, las personas inscritas en Fox fueron sometidas a procedimientos médicos innecesarios e invasivos antes de obtener los medicamentos. Fox no fue capaz de lidiar satisfactoriamente con estos problemas de conformidad y de brindar medicinas a las personas inscritas en Medicare.

Entre los hallazgos encontrados por CMS incluyen:

- El no proveer acceso a los beneficios de medicamentos pro receta de Medicare al imponer la no aprobación antes de la autorización y el paso de criterio de terapia que hacia más difícil para los beneficiarios el obtener los medicamentos protegidos por ley.
- El no cumplir con las fechas límites de los planes de apelaciones.
- El no cumplir con los reglamentos de Medicare que requieren que las personas inscritas sean movidas a nuevos planes de medicamentos al comienzo del nuevo año.
- El no notificar a las personas inscritas sobre la autorización previa y el paso de determinaciones de terapia como es requerido por Medicare.

De acuerdo con los auditores de CMS, Fox no fue capaz de lidiar satisfactoriamente con los problemas de conformidad citados en la sanción de inscripción y mercadeo y de cumplir las obligaciones contractuales para proveer las medicinas a los beneficiarios de Medicare inscritos en sus planes.

“Nosotros tomamos nuestro rol de supervisión de los planes de medicamentos por receta de Medicare muy seriamente”, dijo Blum. “Nosotros revisamos y tomamos acción en todas las quejas que recibimos sobre los planes de medicamentos y salud de Medicare y tomaremos las acciones apropiadas e inmediatas cuando sea necesario.

CMS alienta a las personas inscritas en el plan de medicamento por receta de Medicare que tengan preocupaciones sobre la cobertura de medicamentos a contactar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o el state health insurance assistance program (SHIP) para ayudarlos a encontrar solución. Las personas inscritas en Medicare, sus familiares y sus cuidadores pueden contactar un SHIP cerca de ellos al visitar <http://www.medicare.gov/Contacts/staticpages/ships.aspx>.

Nota: Los estados en los cuales el plan de Fox no estaba disponible son: Arkansas, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Hawaii, Illinois, Louisiana, Maryland, Missouri, North Carolina, New Jersey, New York, Nevada, Ohio, Pennsylvania, South Carolina, Texas, and West Virginia. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-23

Noticias especiales de la *Medicare Learning Network*

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) continúan explorando nuevo terreno para optimizar los esfuerzos de extensión de los servicios a tarifa de Medicare. Para reunir, de la manera más rápida posible, información acerca de la audiencia de Medicare, CMS está ahora utilizando los medios sociales de difusión siguientes:

- **LinkedIn:** Únete al grupo de CMS en <http://www.linkedin.com/in/CMSGov>.
- **YouTube:** Ingresa al canal oficial YouTube de CMS <http://www.YouTube.com/CMSHHSGov> y podrás ver una serie de videos actualmente disponibles y más que llegarán en los meses venideros.
- **Twitter:** Sigue las dos cuentas de CMS para obtener la información más actualizada que necesitas acerca de CMS (incluyendo actualizaciones de *Medicare Learning Network*) y de *Insure Kids Now*.
 1. Para actualizaciones de CMS & *Medicare Learning Network*, visite <http://www.twitter.com/CMSGov> (Twitter handle = @CMSGov)
 2. Para actualizaciones de *Insure Kids Now*, visite <http://www.twitter.com/IKNGov> (Twitter handle = @IKNGov)

Conéctese para ver lo más reciente.

CMS Website Wheel ha sido modificado y puede ser ordenado en *Medicare Learning Network*.

CMS Website Wheel es un recurso informativo adicional que provee una variedad de sitios Web de CMS relacionados con Medicare. Para poner una orden, ir a <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/>, busque la sección de *downloads* de la página y seleccione *MLN Product Ordering Page*, entonces puedes seleccionar *CMS Website Wheel*. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-25

Equipo del facilitador para facilitadores, educadores y médicos

El *Medicare Resident, Practicing Physician, and Other Health Care Professional Training Facilitator's Kit* (de octubre de 2009), incluye toda la información e instrucciones necesarias para preparar y presentar un programa de enseñanza para médicos residentes de Medicare, médicos en práctica y otros profesionales del cuidado de la salud. El equipo, ahora disponible en *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid incluye instrucciones para facilitadores, guía de adaptación al cliente, una presentación PowerPoint® con notas para el orador, evaluaciones previas y posteriores, claves maestra de evaluación de respuestas y una herramienta de evaluación del curso.

El equipo consta del material siguiente:

- *Medicare Physician Guide: A Resource for Residents, Practicing Physicians, and Other Health Care Professionals* (formato CD-Rom)
- *Facilitator's Guide* (formato CD-Rom)
- *Medicare Resident, Practicing Physician, and Other Health Care Professional Training: An Introduction Video* (formato DVD).

Para ordenar, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, vaya a "Related Links Inside CMS" y seleccione "MLN Product Ordering Page". ❖

Fuente: CMS PERL 201003-32

Disponible el archivo de medicamento del precio promedio de venta de abril de 2010

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado el precio promedio de venta (ASP) de abril de 2010 y los archivos de precio no clasificados de otra manera (NOC) y tablas de referencia. Los archivos de precio ASP para enero de 2010 octubre de 2009, julio de 2009, y abril de 2009 también han sido actualizadas. Todas están disponibles APRA descargar en <http://www.cms.hhs.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/> (vea el menú de la izquierda para enlaces específicos por año). ❖

Fuente: CMS PERL 201003-40

PQRI

Iniciativa para reportar la calidad del servicio médico 2010 y productos educacionales EHR

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar los siguientes productos educacionales actualizados de la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) en la página Web de PQRI en <http://www.cms.hhs.gov/PQRI>.

Documentos de recursos educacionales PQRI 2010: Varios nuevos recursos educacionales de PQRI 2010 están disponibles en el enlace de “Educational Resources” de la página Web de PQRI e incluye lo siguiente:

- 2010 PQRI Electronic Health Record (EHR) Reporting Made Simple
- 2010 PQRI Tip Sheet: Satisfactorily Reporting 2010 PQRI Measures
- 2010 PQRI Program Tip Sheet: PQRI Made Simple -- Reporting the Preventive Care Measures Group
- 2010 PQRI Fact Sheet: What’s New for the 2010 PQRI

Documentos de reporte basado en registro de salud electrónico (EHR) 2010: Varios documentos relacionados al reporte basado en EHR para PQRI 2010 han sido actualizados y están disponibles en la página de “Alternative Reporting Mechanisms” de la página Web de PQRI, la cual incluye lo siguiente:

- 2010 EHR Measure Specifications
- Updated 2010 EHR Measure Specification Release Notes
- Updated 2010 EHR Downloadable Resource Table
- Updated EHR Data Submission Specifications Utilizing QRDA Release Notes
- Updated EHR Data Submission Specifications Utilizing QRDA Header Errors and Edits

- Updated EHR Data Submission Specifications Utilizing QRDA Body Errors and Edits

Documentos de medidas PQRI 2010: Varios documentos relacionados al reporte de medidas PQRI para 2010 han sido actualizados y están disponibles en la página “Measures Codes” de la página Web de PQRI, la cual incluye lo siguiente:

- 2010 Getting Started with Reporting of PQRI Measures Groups
- 2010 PQRI Implementation Guide
- 2010 PQRI QDC Categories
- 2010 PQRI Single Source Master Code Table
- 2010 PQRI Measures Specifications -- Release Notes

Los registros calificados de PQRI 2010 y el reporte de receta electrónica (eRx): Una lista actualizada de registros que han venido a ser “calificados” para presentar datos de calidad a CMS de parte de sus profesionales elegibles de PQRI 2010, y el reporte eRx está disponible en la página de “Alternative Reporting Mechanisms” de la página Web de PQRI.

Los vendedores EHR calificados para el PQRI 2010 y los programas de incentivo de receta electrónica: Una lista actualizada de vendedores EHR y sus programas que han sido “calificados” para presentar datos de calidad a CMS por profesionales elegibles para el reporte de PQRI 2010, está disponible en la página “Alternative Reporting Mechanisms” de la página Web de PQRI. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-33

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

INFORMACIÓN GENERAL

Mes Nacional de Alerta del Cáncer Colorrectal – ‘Día de Vestir Azul’

Marzo es el Mes Nacional de Alerta del Cáncer Colorrectal. El “Colon Cancer Alliance” ha designado el viernes, 5 de marzo como “Día de Vestir Azul” para promover el alerta sobre el cáncer colorrectal y para alentar a la gente a hacerse los exámenes de detección. Además, todo el mes de marzo ha sido designado como el Mes Nacional de Alerta del Cáncer Colorrectal.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les recuerda a los profesionales del cuidado de la salud que Medicare provee cobertura para ciertos exámenes de detección del cáncer colorrectal. Los exámenes pueden ayudar a prevenir y detectar el cáncer colorrectal en sus etapas tempranas cuando los resultados son más favorables.

Exámenes de detección del cáncer colorrectal cubiertos por Medicare

Medicare provee cobertura de exámenes de detección del cáncer colorrectal para su detección temprana. Todos los beneficiarios de Medicare de 50 años de edad en adelante están cubiertos; sin embargo, cuando una persona está en alto riesgo, no existe un mínimo de edad requerida para recibir un examen de colonoscopia o una enema de bario ofrecida en lugar de un examen de colonoscopia.

Medicare provee cobertura para los siguientes exámenes de detección del cáncer colorrectal sujetos a cierta cobertura, frecuencia, y limitaciones de pago:

- Examen de detección de sangre oculta en las heces (FOBT)
- Examen de colonoscopia
- Examen de sigmoidoscopia
- Examen de enema de bario (como una alternativa a un examen cubierto de detección flexible de sigmoidoscopia o examen de colonoscopia)

Para más información

- CMS ha desarrollado una variedad de productos educativos y recursos para ayudar a los profesionales del cuidado de la salud y su personal a familiarizarse con la cobertura, codificación, facturación, y reembolso para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare.
 - *The Medicare Learning Network (MLN) Preventive Services Educational Products Web page* -- provee descripciones e información para ordenar de servicios preventivos de los productos y recursos educativos del Medicare Learning Network (MLN) para los profesionales del cuidado de la salud y su personal de trabajo.
 - *Cancer Screenings brochure* – este folleto de tres lados provee a los profesionales del cuidado de la

salud con una perspectiva general de exámenes de detección del cáncer cubiertos por Medicare, incluyendo servicios de exámenes de detección del cáncer colorrectal.

- *The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers and Other Health Care Professionals* – este recurso completo contiene información de cobertura, codificación, y pago para los distintos servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo exámenes de detección del cáncer colorrectal.
- *Quick Reference Information: Medicare Preventive Services* – esta tabla de dos lados contiene información de cobertura, codificación, y pago para los distintos servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo exámenes de detección del cáncer colorrectal, en un formato de referencia fácil de usar.
- Para ordenar copias impresas de ciertos productos de MLN, incluyendo *Cancer Screenings brochure*, visite la página de inicio del MLN en <http://www.cms.hhs.gov/mlngeninfo>; busque “Related Links Inside CMS” y haga clic en “MLN Product Ordering Page.”
- Para compartir información con sus pacientes de Medicare, visite <http://www.medicare.gov>.
- La American Cancer Society ofrece materiales gratuitos para ayudar a los médicos a continuar alentando a sus pacientes de 50 años de edad en adelante a hacerse las pruebas de cáncer colorrectal: http://www.cancer.org/docroot/PRO/PRO_4_ColonMD.asp.
- El *National Colorectal Cancer Roundtable*, el cual es convocado por Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y la American Cancer Society, provee recursos para los proveedores, incluyendo una guía para los médicos del cuidado primario.
- Para más información sobre el cáncer colorrectal, visite *Prevent Cancer Foundation*.
- Para más información sobre el Día de Vestir Azul, visite *Colon Cancer Alliance*.

Gracias por ayudar a CMS en mejorar la salud de los pacientes con Medicare al unirse en el esfuerzo para educar a los beneficiarios elegibles sobre la importancia de sacar ventaja de los servicios de los exámenes de detección del cáncer colorrectal y otros servicios preventivos cubiertos por Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-05

Marzo es el Mes Nacional de la Nutrición

Únase a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en promocionar e incrementar el alerta de nutrición, alimentación saludable y el beneficio de terapia de nutrición médica (MNT) cubierto por Medicare. Más de 13.7 millones de americanos de al menos 60 años de edad o más son diagnosticados con diabetes o enfermedad crónica del riñón^[1]. MNT, provisto por un dietista registrado o profesional de la nutrición, puede resultar en el mejoramiento de la diabetes y el manejo de la enfermedad del riñón, entre otros resultados de la salud, y puede ayudar a retrasar la progresión de la enfermedad.

Cobertura de Medicare

Medicare provee cobertura de MNT para los beneficiarios diagnosticados con diabetes y/o enfermedad renal (excepto para aquellos que reciben diálisis) y trasplante pos renal cuando es provisto por un dietista registrado o profesional de la nutrición que cumpla con los requisitos de calificación del proveedor. Se requiere un referido del médico que trata al beneficiario indicando un diagnóstico de la diabetes o enfermedad renal. Medicare provee cobertura de tres horas de MNT en el primer año y dos horas en años subsiguientes, y horas adicionales en ciertas situaciones.

Nota: Para el propósito de este beneficio, enfermedad renal significa insuficiencia renal crónica o la condición médica de un beneficiario que ha sido dado de alta del hospital luego de un trasplante renal exitoso de hasta 36 meses luego del trasplante. Insuficiencia renal crónica significa una reducción en la función renal que no es suficientemente severa para requerir diálisis o trasplante [glomerular filtration rate (GFR) 13-50 ml/min/1.73m²].

¿Qué puede hacer usted?

Como una fuente confiable de información del cuidado de la salud, sus pacientes confían en las recomendaciones de sus médicos u otro profesional de la salud. CMS solicita su ayuda para asegurar que todos las personas elegibles con Medicare aprovechen el beneficio de terapia de nutrición médica. Hable con sus pacientes de Medicare elegibles sobre los beneficios del manejo de la diabetes y enfermedad renal a través de MNT y aliéntelos a hacer una cita con un dietista registrado o profesional de la nutrición calificado para proveer los servicios de MNT cubiertos por Medicare.

Para más información

CMS ha 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 recurso revisado, nuevo y exhaustivo provee información de cobertura y codificación sobre los varios servicios preventivos y pruebas de detección que cubre Medicare, incluyendo terapia de nutrición médica y otros servicios para los beneficiarios de Medicare con diabetes.
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 para 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 tabla de dos lados provee información de cobertura y codificación sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo terapia de nutrición médica.
http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf
- Diabetes-related services brochure -- este folleto de tres lados provee a los profesionales del cuidado de la salud con una perspectiva general de la cobertura de Medicare sobre las pruebas de detección de la diabetes, adiestramiento de automanejo de la diabetes, terapia de nutrición médica, suministros, y otros servicios para los beneficiarios de Medicare con diabetes.
<http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/DiabetesSvcs.pdf>
- El sitio Web de CMS provee información adicional sobre el beneficio MNT en <http://www.cms.hhs.gov/MedicalNutritionTherapy>

Para ordenar copias de los productos de Servicios Preventivos de Medicare, seleccione el enlace "MLN Product Ordering Page" en la página de Productos MLN en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/01_Overview.asp.

Para información para compartir con sus pacientes de Medicare, visite <http://www.medicare.gov/>.

Para más información sobre el Mes Nacional de la Nutrición[®], o para "Encontrar un Dietista Registrado" los consumidores y profesionales del cuidado de la salud pueden visitar el sitio Web de la American Dietetic Association en <http://www.eatright.org> para localizar información de nutrición descargable para distribuciones y presentaciones.

Para más información sobre la diabetes, incluyendo publicaciones adicionales para ayudar a educar a sus pacientes sobre la prevención de la diabetes y tratamiento, visite el sitio Web del Programa Nacional de Educación de la Diabetes en <http://www.ndep.nih.gov>.

Gracias por su apoyo en ayudar a CMS propagar la palabra sobre los beneficios de una buena nutrición, alimentación saludable y el beneficio de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare que pueden ayudar a las personas con Medicare aprender a controlar y manejar sus condiciones médicas. ❖

^[1] Department of Health & Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, "2007 National Diabetes Fact Sheet," accessed at <http://apps.nccd.cdc.gov/ddtstrs/FactSheet.aspx>. The United States Renal Data System, "2008 USRDS Annual Data Report (ADR) Atlas," accessed at http://www.usrds.org/2008/pdf/V1_Precis_2008.pdf

Fuente: CMS PERL 201003-14

Marzo 23 es el Día de Alerta de la Diabetes

Únase a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) al promover un incremento en el alerta de servicios preventivos cubiertos por Medicare relacionados a la diabetes.

Cobertura de Medicare de servicios preventivos relacionados a la diabetes

Medicare provee cobertura de los siguientes servicios relacionados a la diabetes para los beneficiarios de calificados de Medicare:

- Pruebas de detección de la diabetes
- Adiestramiento de automanejo de la diabetes (DSMT)
- Terapia de nutrición médica (MNT)
- Examen de detección de glaucoma (e.g., examen del ojo dilatado con una medida de presión intraocular [IOP])
- Suministros para la diabetes (e.g., equipo de monitoreo de glucosa y zapatos terapéuticos) y otros servicios (e.g., cuidado del pie).

¿Qué puede hacer usted?

Como una fuente confiable de información del cuidado de la salud, sus pacientes confían en sus recomendaciones. CMS solicita su ayuda para asegurar que todos los pacientes elegibles tomen ventaja de los servicios preventivos cubiertos por Medicare relacionados a la diabetes.

Para más información

El *Medicare Learning Network (MLN)* ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare relacionados a la diabetes:

- El *Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals* -- este recurso completo provee cobertura e información de codificación en el arreglo de servicios preventivos y pruebas de detección que Medicare cubre, incluyendo los servicios relacionados a la diabetes.
http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf.
- La página Web del *MLN Preventive Services Educational Products* -- este sitio Web provee descripciones e información para ordenar de los servicios preventivos de *MLN*, productos y recursos educacionales, incluyendo los servicios relacionados a la diabetes.
http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp.
- *Quick Reference Information: Medicare Preventive Services* -- esta tabla provee información de cobertura y codificación sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo los servicios relacionados a la diabetes.
http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf.
- Folleto de *Diabetes-Related Services* -- este folleto

provee una perspectiva general sobre la cobertura de Medicare de las pruebas de detección de la diabetes, adiestramiento de automanejo de la diabetes, terapia de nutrición médica, suministros y otros servicios para los beneficiarios de Medicare con diabetes.

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

- *Glaucoma Screening Brochure* -- este folleto provee una perspectiva general sobre la cobertura de Medicare de las pruebas de detección de glaucoma, incluyendo el examen de ojo dilatado con una medida IOP.

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

Para ordenar copias impresas de los servicios preventivos de Medicare disponibles, incluyendo los folletos mencionados arriba, haga clic en “*MLN Product Ordering*” en la sección “*Related Links Inside CMS*” de la página Web de productos educacionales de servicios preventivos de *MLN* listados arriba.

Recursos adicionales

- *National Diabetes Education Program (NDEP)* -- este sitio Web ofrece numerosos recursos para ayudar a sus pacientes a retrasar o prevenir el desarrollo de la diabetes tipo 2, como también recursos para ayudar a sus pacientes a manejar la diabetes y prevenir serias complicaciones.

<http://ndep.nih.gov/index.aspx>.

Revise “*Your GAME PLAN to Prevent Type 2 Diabetes: Information for Patients*,” un folleto de tres páginas que ayuda a las personas a evaluar sus riesgos de desarrollar diabetes y tomar los pasos adecuados para prevenirla.

<http://ndep.nih.gov/publications/PublicationDetail.aspx?PubId=71>.

Para los pacientes con diabetes, “*The Power to Control Diabetes is in Your Hands*”, contiene información sobre la diabetes y beneficios relacionados a Medicare, los cuales están disponibles en el siguiente enlace:

<http://ndep.nih.gov/publications/OnlineVersion.aspx?NdepId=NDEP-38>.

- *Diabetes At Work.Org* -- este sitio Web contiene información para ayudar a los empleadores a reducir los costos del cuidado de la salud y mejorar la productividad al mantener a los empleados saludables.
<http://www.diabetesatwork.org/>.
- *American Diabetes Association* -- Este sitio Web contiene vasta información sobre la diabetes, tratamiento, y prevención.
<http://www.diabetes.org/>.

Gracias por su apoyo en ayudar a CMS propagar la palabra sobre los beneficios de los servicios preventivos cubiertos por Medicare relacionados a la diabetes. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-38

Hoja informativa revisada sobre el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos

El *Medicare Physician Fee Schedule Fact Sheet* (marzo 2010) ha sido revisada para incluir información sobre la actualización del cero por ciento (0 por ciento) de dos meses al manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) de 2010 efectivo para las fechas de servicio del 1 de enero de 2010, hasta el 31 de marzo de 2010. Esta hoja informativa, la cual también provee información sobre los índices de pago MPFS y la fórmula de índices de pago MPFS, está disponible 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/MedcrePhysFeeSchedfctst.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-15

Nueva hoja informativa sobre el sistema de pago de escasez de profesionales en el área de la salud

La nueva hoja informativa *Health Professional Shortage Area (HPSA)* (marzo 2010) está ahora disponible 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/HPSAfctst.pdf>. Esta hoja informativa provee requisitos generales y una perspectiva general del sistema de pago de la escasez de profesionales en el área de la salud (HPSA). ❖

Fuente: CMS PERL 201003-17

Hojas informativas modificadas de Medicare Learning Network

Las hojas informativas modificadas siguientes, están ahora disponibles en formato impreso de *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid:

- **The Hospital Outpatient Prospective Payment System Fact Sheet (January 2010)** -- provee información general acerca del sistema prospectivo de pagos de paciente ambulatorio, clasificaciones de pago ambulatorio y como se establecen estas tasas de pago.
- **The Home Health Prospective Payment System Fact Sheet (January 2010)** -- provee información general acerca de cobertura de servicios de salud en el hogar y elementos del sistema prospectivo de pagos de de salud en el hogar.
- **The Outpatient Maintenance Dialysis - End-Stage Renal Disease Fact Sheet (January 2010)** -- provee información general acerca del sistema prospectivo de pagos de todo el conjunto de enfermedades renales en su etapa terminal (ESRD) para los pacientes de Medicare que se encuentran en un establecimiento ESRD que reemplazará, a partir del 1 de enero de 2011, el actual sistema básico de pago compuesto ajustado-al-caso, el sistema de tasa compuesto e ítems y servicios que se facturan por separado.
- **The Ambulatory Surgical Center Fee Schedule Fact Sheet (January 2010)** -- provee información general acerca del catálogo de tarifas de los centros de cirugía ambulatoria (ASC), pagos de ASC y como son determinados los montos de pago ASC.

Para poner una orden, visite <http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/>, vaya a “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page.” ❖

Fuente: CMS PERL 201003-27

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. Permítame que eNews de FCSO sea su primera fuente de noticias de Medicare: Inscríbese hoy.

Requisitos de firma – pautas de autenticación de los servicios de Medicare

Número de *MLN Matters*: CR 6698

Número de petición de cambio relacionado: 6698

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: 16 de abril de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) requieren que cualquier servicio de Medicare provisto u ordenado debe ser **autenticado** por el autor – el que proveyó u ordenó el servicio. La autenticación se puede realizar a través de una firma escrita a mano u electrónica; sin embargo, firmas estampadas no son aceptables.

Además, cualquier documento presentado para substanciar la necesidad médica de un servicio facturado a Medicare debe identificar claramente el paciente, fecha de servicio, y el proveedor del servicio. El propósito del requisito de autenticación (firma) es el de asegurar que los servicios prestados han sido documentados apropiadamente con exactitud, revisados, y autenticados.

Resumen de las pautas de firma – formas aceptables de autenticación

Los siguientes métodos de autenticación han sido considerados **aceptables** por CMS:

- **Firma escrita a mano** – una marca o signo colocado en un documento médico para significar conocimiento, aprobación, aceptación, u obligación por la persona que proveyó u ordenó los servicios especificados en el registro médico. Los requisitos para este formulario de autenticación dependen de si la firma es considerada legible o ilegible.
- **Firma legible** – formas aceptables de presentación:
 - Firma legible completa
 - La primera inicial legible y el apellido
 - Las iniciales colocadas arriba de un nombre impreso o escrito a máquina
 - Las iniciales acompañadas por el registro de firma – lista el nombre impreso o escrito a máquina del autor asociado con las iniciales o una firma ilegible. Los registros de firma pueden estar incluidos en la página donde las iniciales o firma ilegible es emitida, o pueden ser presentadas como un documento separado.
 - Las iniciales acompañadas por una declaración de certificación – deben ser firmadas y fechadas por el autor del registro médico, deben estar asociadas con un registro médico específico, y deben contener suficiente información para identificar al beneficiario.

Nota: Una nota escrita a mano que no esté firmada puede ser aceptada como autenticación siempre y cuando otras entradas en la misma página tengan la misma caligrafía y hayan sido firmadas.

- **Firma ilegible** – formas aceptables de presentación:
 - Firma ilegible colocada arriba del nombre impreso o escrito a máquina
 - Firma ilegible donde el membrete, adresógrafo, u otra

información en la página que indique la identidad de la persona que firmó la entrada. Por ejemplo, el nombre del proveedor puede estar circulado para indicar la identidad de la persona que firmó la entrada.

- Firma ilegible acompañada por un registro de firma – lista el nombre impreso o escrito a máquina del autor asociado con las iniciales o una firma ilegible. Los registros de firma pueden estar incluidos en la página donde las iniciales o firma ilegible es usada, o puede ser presentada como un documento separado.
- Firma ilegible acompañada por una declaración de certificación – debe estar firmada y fechada por el autor de la entrada del registro médico, debe estar asociada con una entrada médica específica, y debe contener información suficiente para identificar al beneficiario.
- **Firmas electrónicas** – un sonido, símbolo, o proceso adjunto o lógicamente asociado con un registro médico electrónico para significar conocimiento, aprobación, aceptación, u obligación por la persona que proveyó u ordenó los servicios especificados en la entrada médica.
 - Las firmas electrónicas deben estar autenticadas, protegidas contra el mal uso y modificación, y deben ser identificadas fácilmente como firmas electrónicas, en vez de escritas a máquina.
 - Puesto que la persona representada por la firma electrónica conlleva responsabilidad por la autenticidad de la información, los médicos son altamente aconsejados que se asesoren con sus abogados y aseguradoras de negligencia médica sobre el uso de métodos de firma alternos.

Resumen de las pautas de firma – formas no aceptadas de autenticación

Los siguientes métodos de autenticación han sido considerados como no aceptables por CMS y pueden resultar en un error CERT:

- Nota escrita a máquina sin firmar con el nombre del proveedor escrito a máquina.
- Nota escrita a máquina sin firmar sin el nombre del proveedor escrito a máquina
- Nota escrita a mano sin firmar (la única entrada en la página)
- Firma ilegible que no es colocada arriba de un nombre impreso o escrito a máquina
- Firma ilegible que no está identificada en un membrete o adresógrafo
- Firma ilegible que no está acompañada por un registro de firma o declaración de certificación
- Firma estampada
- “Firma en el archivo”

Requisitos de firma – pautas de autenticación... (continuación)

Resumen de las pautas de firma – marco de tiempo de 20 días para solicitudes de documentación

Si un revisor de reclamación solicita una declaración de certificación o un registro de firma para autenticar un registro médico, la organización que facturó la reclamación debe presentar la declaración de solicitud o registro al CDC **dentro de 20 días de calendario**.

El marco de tiempo de **20 días comienza cuando**:

- El revisor realiza contacto por teléfono con el proveedor, o
- La carta de solicitud del revisor es recibida por la oficina postal de U.S.

Requisitos de firma – excepciones

- Certificación de enfermedad terminal de centro de cuidados paliativos -- un facsímil de una firma electrónica original o escrita a mano es una forma aceptable de autenticación para certificación de enfermedad terminal de centro de cuidados paliativos.
- **Órdenes de pruebas diagnósticas clínicas** – una orden sin firmar de una prueba diagnóstica clínica que es acompañada por la documentación médica firmada que demuestra la intención del médico que provee los servicios en la prueba a ser realizada, es una forma aceptable de autenticación para la prueba.

Nota: Otras reglamentaciones e instrucciones de CMS sobre los requisitos de firma, tales como los estándares de puntualidad de beneficios particulares, toman precedencia sobre las pautas listadas arriba. En casos donde la reglamentación relevante, determinación de cobertura, o manual de CMS describa requisitos de firma específicos (e.g., firmas sobre los planes del cuidado de la salud deben ser firmadas antes de que esos servicios sean prestados), esos requisitos de firma tomarán precedencia.

Requisitos de firma para e-Prescribing (eRx)

La receta electrónica es la transmisión de receta o información relacionada a receta a través de medios

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.

electrónicos. Los profesionales del cuidado de la salud pueden transmitir electrónicamente nuevas recetas como también respuestas a solicitudes de renovación directamente a una farmacia a través de un sistema eRx calificado, el cual elimina la necesidad de escribir o enviar por fax recetas médicas de sustancias no controladas.

Nota: CMS define un “sistema eRx calificado” como uno que cumple con los requisitos de Medicare Parte D descritos en el Standards for Electronic Prescribing (42 CFR 423.160).

- **e-Prescribing para medicamentos de Parte B: sustancias no controladas** – si un proveedor envía una orden para una sustancia no controlada a través de un sistema eRx calificado, el proveedor no es requerido producir una copia impresa firmada como evidencia para sustanciar la orden del medicamento.

- **e-Prescribing para medicamentos de Parte B: sustancias controladas** – el Drug Enforcement Agency (DEA) **no** permite la receta de sustancias controladas a través de los sistemas de e-Prescribing; por lo tanto, solamente una copia impresa firmada (con bolígrafo) de la receta será aceptada como evidencia para sustanciar una orden de medicamento de sustancias controladas.

Nota: CMS describe los requisitos de firma de documentación médica como también las excepciones de las pautas en el *Medicare Program Integrity Manual, Chapter 3, Section 3.4.1.1*

Información adicional

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6698, 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/R327PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 327, CR 6698

El DVD ‘We Heard the Bells: The Influenza of 1918’ está ahora disponible

We Heard the Bells: The Influenza of 1918, un documental que explora las experiencias de los Americanos durante la pandemia de influenza de 1918, está ahora disponible para ordenar, libre de costo, en DVD.

Este documental presenta historias de sobrevivientes de la pandemia de influenza que barrió los Estados Unidos en 1918. Estas historias sirven para marcar las preguntas claves que aplican a la pandemia actual del H1N1. La galardonada actriz S. Epatha Merkerson (Law & Order) narra el documental que incluye información sobre la influenza de temporada y la influenza pandémica, síntomas, inmunizaciones, tratamiento, e investigación.

Para ordenar una copia del DVD, visite nuestro sitio Web para ordenar productos al visitar primero nuestra página del *Medicare Learning Network* page en http://www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo/01_Overview.asp, entonces haga clic en “MLN Product Ordering Page” en la sección de “Related Links Inside CMS”.

Este producto también estará disponible traducido en idioma español más tarde. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-38

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) necesitan sus opiniones

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están conduciendo la quinta administración nacional del Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey (MCPSS). Esta encuesta está diseñada para recopilar datos cuantificables sobre la satisfacción de los proveedores en relación con los contratistas de pago por servicio (FFS) de Medicare, los cuales procesan y pagan sus reclamaciones de Medicare. CMS lleva a cabo el MCPSS en una base anual y usa los resultados para que los contratistas de Medicare evalúen y procesen iniciativas para mejorar sus servicios.

En enero, CMS notificó a aproximadamente 30,000 proveedores y suplidores de FFS de Medicare que han sido seleccionados al azar para participar en el estudio de MCPSS de 2010. Representando a más de 1.5 millones de proveedores en toda la nación que sirven a beneficiarios de Medicare en el país, estos proveedores y suplidores tienen una oportunidad de decirle a CMS lo que piensan sobre su satisfacción, actitudes, percepciones, y opiniones sobre los servicios provistos por su respectivo contratista.

Si usted ha sido notificado como que ha sido seleccionado para participar en este estudio y todavía no lo ha hecho, CMS está escuchando y quiere saber de usted. Tome unos cuantos minutos para conectarse en línea y completar su encuesta vía una herramienta de encuesta segura por Internet. El responder en línea es una forma conveniente, fácil, y rápida de proveer a CMS con sus comentarios. Los cuestionarios de la encuesta también pueden ser enviados por correo, un fax seguro, y por teléfono.

La encuesta toma aproximadamente 20 minutos en completar.

CMS contrató a SciMetrika, una firma de consultoría de salud pública, para administrar esta encuesta importante y reportar datos estadísticos a CMS. Si usted recibió notificación de que fue seleccionado para participar en el estudio MCPSS y no tiene su herramienta de encuesta en línea para acceder a la información o necesita ayuda para acceder a la herramienta de encuesta, llame a la línea directa de ayuda del proveedor de MCPSS al 1-800-835-7012 o envíe un e-mail a MCPSS@scimetrika.com.

Nota: Solamente los proveedores y suplidores notificados como que han sido seleccionados al azar para tomar parte el MCPSS de 2010 pueden participar en este estudio. Una nueva muestra al azar de proveedores y suplidores es seleccionada anualmente para participar en el estudio MCPSS.

Para más información sobre MCPSS, visite el sitio Web de MCPSS de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/mcpss>, o lea el artículo de edición especial de *MLN Matters* de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1005.pdf> ofreciendo información sobre la encuesta.

CMS le exhorta a tomar un momento de su tiempo para completar su encuesta hoy. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-43

El folleto del proceso de apelaciones de Medicare ahora está disponible

El folleto revisado de *Medicare Appeals Process* (enero de 2010), el cual provee una perspectiva general del proceso administrativo de apelaciones de Parte A y Parte B de Medicare, está ahora disponible 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/MedicareAppealsProcess.pdf>.

Este folleto está disponible para los proveedores, médicos, y otros suplidores que proveen servicios y suministros a los beneficiarios de Medicare, y provee detalles sobre donde obtener más información sobre el proceso de apelaciones. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-38

PECOS en Internet para médicos, profesionales de la salud, y organizaciones privadas

Para asistir en proteger, completar, y enviar su aplicación de inscripción a Medicare vía Internet de Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS), los siguientes recordatorios de inscripción y consejos útiles están siendo provistos por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Proteja su privacidad: Los médicos y profesionales de la salud necesitan tomar los pasos para asegurar que su información de inscripción a Medicare no caiga en las manos de gente que puede usarla para cometer fraude. (Vea el documento titulado, "Medicare Physicians and Non-Physician Practitioners - Protecting Your Privacy, Protecting Your Medicare Enrollment Record". Este documento puede ser encontrado en <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/Downloads/MedPhysPrivacy.pdf>.)

Las organizaciones deben estar inscritas antes que las personas: Antes que un médico o profesional de la salud pueda reasignar sus beneficios a un grupo médico o clínica que no sea la cual ellos poseen, el grupo médico o clínica debe tener un registro de inscripción en PECOS.

Aplicación inicial de inscripción para una persona: Los médicos y profesionales de la salud que no se han inscrito o actualizado su inscripción a Medicare desde noviembre de 2003 necesitarán completar una aplicación de inscripción inicial. PECOS no contiene información para médicos y profesionales de la salud inscritos antes de noviembre de 2003 que no han actualizado su registro de inscripción desde ese tiempo.

PECOS en Internet para médicos, profesionales de la salud... (continuación)

Usando PECOS en Internet: CMS sugiere que usted use PECOS en Internet por que es más rápido y más eficiente que el proceso de aplicación de inscripción en papel. Antes de comenzar a usar PECOS en Internet, usted debe:

- Asegurarse que tiene el identificador nacional del proveedor (NPI) asignado a usted como individuo y, si usted es propietario de una organización privada, el NPI asignado a su organización.
- Revise el documento titulado “Internet-based PECOS -- Getting Started Guide for Physicians and Non-Physician Practitioners”. Este documento puede ser encontrado <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/downloads/GettingStarted.pdf>.

Limitaciones de PECOS en Internet: Aunque PECOS en Internet sustenta la mayoría de las acciones en la aplicación de inscripción de Medicare, existen algunas limitaciones. Un médico o profesional de la salud no puede usar PECOS en Internet para lo siguiente:

- Cambiar el nombre o número de seguro social
- Reasignar los beneficios a otro suplidor, si es que ese suplidor no tiene un registro de inscripción aprobado en PECOS
- Cambiar el tipo de especialidad del profesional de la salud, o
- Cambiar una estructura de negocio existente. Por ejemplo:
 - Un propietario único de una Asociación Profesional inscrita, Corporación Profesional, o LLC no puede cambiar la estructura de negocio a un solo propietario, o
 - Un propietario único inscrito no puede ser cambiado a una Asociación Profesional privada, Corporación Profesional, o LLC.

Finalizar el envío y responder las solicitudes de desarrollo: Luego de enviar una aplicación de inscripción vía PECOS en Internet, usted:

- Debe imprimir, firmar y fechar (se recomienda tinta azul) los estados de certificación y enviar por correo los estados de certificación y sustentar la documentación al contratista apropiado de Medicare. El contratista de Medicare no comenzará a procesar su aplicación de inscripción hasta que reciba un estado de certificación firmado y fechado.
- Debe tener en cuenta que el contratista de Medicare puede solicitarle que realice correcciones o envíe documentos adicionales. Para que su aplicación sea procesada, usted debe enviar esta información.

Reportando responsabilidades: Los médicos y profesionales de la salud inscritos en el programa de Medicare tienen responsabilidades en el reporte. Vea la sección de *Download* en <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll> para información sobre sus responsabilidades en el reporte.

Más información: Para más información sobre PECOS en Internet, incluyendo información de contacto para los servicios de ayuda técnica del usuario externo (External User Services, EUS), vaya a <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll> y seleccione el tab de “Internet-based PECOS” en el lado izquierdo de su pantalla.

La ayuda técnica de EUS provee asistencia para médicos y profesionales de la salud si estos encuentran unos problemas de aplicación en la navegación o en el sistema con PECOS en Internet. Un problema de navegación ocurre cuando un profesional de la salud no puede determinar como usar PECOS en Internet.

Los médicos y profesionales de la salud que tienen problemas con sus ID de usuario o contraseña deben contactar el Enumerador de NPI al 1-800-465-3203. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-09

Tablas de información de referencia rápida sobre servicios preventivos de Medicare

Las tablas de información de referencia rápida sobre servicios preventivos de Medicare han sido actualizadas y están ahora disponibles en formato para descargar. Esto incluye las siguientes tablas:

- *Quick Reference Information: Medicare Preventive Services:* Esta tabla de referencia de dos lados provee a los proveedores del cuidado de la salud con información de cobertura, codificación, e información de pago sobre los varios servicios preventivos cubiertos por Medicare.
- *Quick Reference Information: Medicare Immunization Billing:* Esta tabla de referencia de dos lados provee información de cobertura, codificación y pago sobre la influenza de temporada, neumococo, y vacunas de hepatitis B cubiertas por Medicare.
- *Quick Reference Information: The ABCs of Providing the Initial Preventive Physical Examination (IPPE):* Esta tabla de referencia de dos lados provee una lista de cotejo de los elementos de un IPPE, como también información de codificación y respuestas a las preguntas frecuentes.

Para ver las tablas revisadas, visite la página de “Preventive Services Educational Products” en http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp y seleccione el enlace “Educational Products” en la sección de “Downloads”.

Las copias impresas de las tres tablas estarán disponibles en un futuro cercano. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-14

Información sobre la encuesta de satisfacción del proveedor con el contratista de Medicare

Atención proveedores de pago por servicio y suplidores, ¿ya respondieron a la encuesta?

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) quieren saber sobre su satisfacción con respecto a los servicios provistos por el contratista de pago por servicio (FFS) de Medicare que procesa y paga sus reclamaciones de Medicare.

CMS ahora está conduciendo la quinta administración nacional de la encuesta de satisfacción del proveedor con el contratista de Medicare (MCPSS). Los resultados de esta encuesta anual son usados por CMS para monitorear las tendencias, mejorar la supervisión del contratista, e incrementar la eficiencia del programa de Medicare. El MCPSS provee a los contratistas con una visión más amplia sobre sus comunidades de proveedores y les permite hacer mejoras de los procesos basado en las reacciones de los proveedores.

En enero, CMS notificó aproximadamente a 30,000 proveedores FFS y suplidores de Medicare que ellos fueron seleccionados al azar para participar en el estudio 2010. CMS urge a todos los proveedores del cuidado de la salud seleccionados a tomar unos minutos para completar y devolver esta importante encuesta.

CMS reconoce que el tiempo de cada proveedor y suplidor es limitado; por lo tanto, si usted ha sido notificado como que fue seleccionado para participar en este estudio y no lo ha hecho todavía, le invitamos a que designe a un delegado el cual usted cree que es el más conocedor en su práctica a responder de su parte las preguntas de la encuesta. Esta persona puede ser su personal de administración o facturación u otro designado conocedor. Usted puede designar un delegado a responder de su parte al enviar por correo electrónico el nombre del delegado designado, número de teléfono, dirección física y de correo e-mail a

SciMetrika (mcpss@scimetrika.com), la firma de consultoría de salud pública, contratada por CMS para administrar el estudio MCPSS. SciMetrika enviará las instrucciones de la encuesta al designado para facilitar una finalización rápida de la encuesta sin interrumpir sus operaciones diarias.

Si usted prefiere responder personalmente las preguntas de la encuesta y ya no tener su herramienta de información de acceso en línea o necesita ayuda para acceder la herramienta de la encuesta, llame a la línea de ayuda de MCPSS del proveedor al **1-800-835-7012** o enviar un e-mail a mcpss@scimetrika.com. Alguien del equipo MCPSS estará feliz de asistirlo.

Los puntos de vista de cada profesional del cuidado de la salud al cual se le solicitó participar en el estudio 2010 son muy importantes para el éxito de este estudio, puesto que cada uno de ustedes representa a muchas otras organizaciones que son similares en tamaño, tipo de práctica, y localización geográfica. Complete y devuelva su encuesta hoy. CMS está esperando escuchar de usted.

Nota: Solamente los proveedores y suplidores que ya fueron notificados como que han sido seleccionados al azar para tomar parte en el MCPSS 2010 pueden participar en este estudio. Una nueva muestra al azar de proveedores y suplidores es seleccionada anualmente para participar en el estudio MCPSS.

Para más información sobre el MCPSS. Visite el sitio Web de MCPSS de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/mcpss>, o lea el artículo de edición especial SE1005 del *MLN Matters* en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1005.pdf> presentando la encuesta. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-30

Folletos educacionales revisados que componen el plan de estudio Guided Pathways

Los folletos revisados Guided Pathways to Medicare (1er cuarto 2010), están disponibles en el *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Guided Pathways guía a los proveedores de pago por servicio (FFS) de Medicare a través de una variedad de recursos organizados por temas. Explora rápidamente estas guías en línea, las cuales son fáciles de navegar, para aprender sobre las pólizas y requisitos importantes de Medicare. Información sobre Guided Pathways está disponible en http://www.cms.hhs.gov/MLNEdWebGuide/30_Guided_Pathways.asp.

Para todos los proveedores de Medicare

Guided Pathways Basic Booklet January 2010 [PDF, 831KB]: Incluye información actualizada sobre los recursos de Medicare que proveen una perspectiva fundamental del programa de Medicare.

Para los proveedores del cuidado de la salud de FFS de Medicare que se inscriben en Medicare usando el formulario 855A

Guided Pathways Intermediate Part A Booklet January 2010 [PDF, 898KB]: Incluye información actualizada sobre los

requisitos institucionales de Medicare, cobertura y reembolso, servicios de Medicare tales como pruebas clínicas, información de reporte del costo del cuidado de la salud, MedPAC, centros de salud aprobados por Medicare, demostraciones, reportes de inscripción, estadísticas FFS, la relación Medicare-Medicaid, índices del programa y estadísticas, índices de crecimiento sostenibles y factores de conversión, y telehealth.

Para los profesionales del cuidado de la salud de FFS de Medicare y suplidores que se inscriben en Medicare usando los formularios 855B, 855I o 855S

Guided Pathways Intermediate Part B Booklet January 2010 [PDF, 1MB]: Incluye información actualizada sobre los requisitos del profesional/practicante/suplidor de Medicare, cobertura y reembolso, servicios por otros practicantes, servicios por suplidores, codificación, facturación y reembolso, equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros, centros de pruebas diagnósticas independientes, y calidad. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-35

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor abril 2010

Simplemente Medicare (Parte B)

Cuando: viernes, 9 de abril
 Hora: 12:30 p.m.- 4:30 p.m. ET
 Tipo: Seminario en persona

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido: St. Thomas, Islas Vírgenes de EE.UU.

Inscripción del proveedor (Partes A y B)

Cuando: miércoles, 14 de abril
 Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Series E/M 2010 (Parte B)

Cuando: martes, 20 de abril
 Hora: 11:00 a.m.-12:30 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Series E/M 2010 (Parte B)

Cuando: jueves, 22 de abril
 Hora: 2:00 p.m.- 3:30 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

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

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

COBERTURA Y REEMBOLSO

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

Este artículo fue previamente publicado en *Medicare A y B Al Día*, edición de octubre de 2009, página 39.

Número de *MLN Matters*: MM6563 – **Revisado**

Número de petición de cambio relacionado: 6563

Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de febrero de 2010

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1921CP

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

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

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

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

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

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6563, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1921CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1921, CR 6563

FACTURACIÓN

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

Este artículo fue previamente publicado en *Medicare A y B Al Día*, edición de enero de 2010, página 26.

Número de *MLN Matters*: MM6750 – **Revisado**

Número de petición de cambio relacionado: 6750

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R318PI

Fecha de implementación: 1 de enero de 2010

Resumen

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

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

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

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

acreditación de una organización que acredita y es aprobada por CMS, y firmar un nuevo acuerdo del proveedor.

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6750, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R318PI.pdf>.

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

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.

Códigos de diagnósticos y procedimientos adicionales del ICD-9, análisis y dirección de procesamiento

Número de *MLN Matters*: MM6851
 Número de petición de cambio relacionado: 6851
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de marzo de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R648OTN
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han realizado un análisis del sistema estándar del intermediario fiscal institucional en línea (FISS) y el sistema de historial nacional de reclamación (NCH) para determinar que cambios son requeridos para permitir códigos de diagnóstico y procedimientos adicionales y más largos del ICD-9.

La petición de cambio (CR) 6851 continúa y completa este proceso al anunciar que, efectivo el **1 de enero de 2011**, CMS estará expandiendo el número de códigos de diagnóstico y procedimiento del ICD-9 que aceptará y procesará en las reclamaciones institucionales.

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

Esta expansión se realizará para: 1) Añadir códigos de diagnóstico adicionales de ICD-9 otro (secundario) (de ocho a 24 códigos) como también códigos adicionales asociados a presente en la admisión (POA); y 2) Añadir códigos de procedimiento adicionales de ICD-9 otro (secundario) (de cinco a 24 códigos).

Nota: CMS aceptará y procesará códigos adicionales de ICD-9/POA efectivo el 1 de enero de 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6851.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6851, 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/R648OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 648, CR 6851

Código de condición 04 en el reporte estadístico y de reembolso del proveedor

Número de *MLN Matters*: MM6784
 Número de petición de cambio relacionado: 6784
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de febrero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R644OTN
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 6784, del cual este artículo fue tomado, anuncia que efectivo para las dadas de alta del 1 de julio de 2010 en adelante, todas las reclamaciones de hospital, de información solamente, con el código de condición 04 comenzarán a acumular en el reporte estadístico y de reembolso del proveedor (PS & R) tipo 118.

Actualmente, las reclamaciones que usted presenta de educación médica indirecta (IME), educación médica graduada (GME) y enfermería y salud aliada con el código de condición (CC) 04 (factura de información solamente) y el código de condición 69, son enviadas al reporte PS & R tipo 118.

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

Los hospitales del sistema de pagos prospectivos (PPS), hospitales PPS de rehabilitación, y los hospitales PPS del cuidado de la salud a largo plazo (LTCH) que presentan reclamaciones de información para IME/GME/enfermería y salud aliada a los intermediarios fiscales de Medicare o los contratistas administrativos de Medicare de A/B (MAC A/B), son afectados por este cambio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6784.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6784, 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/R644OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 644, CR 6784

Requisitos de supervisión de servicios terapéuticos durante acceso crítico al hospital

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) darán instrucciones a los contratistas de Medicare en sentido de no evaluar o exigir la supervisión de requisitos para servicio terapéutico de pacientes ambulatorios provistos en acceso crítico al hospital (CAH) para la duración del año calendario (CY) 2010. CMS retomará el tema de supervisión de requisitos para servicio terapéutico de pacientes ambulatorios provistos en acceso crítico al hospital (CAH) a lo largo del ciclo anual de formulación de instrucciones para el año calendario CY 2011.

CMS espera que CAH cumpla todos los otros requisitos del programa Medicare cuando se preste servicio a sus beneficiarios y se facture a Medicare por dichos servicios. Al mismo tiempo que está dando instrucciones a los contratistas de no exigir los requisitos de supervisión de CAH para el CY 2010, CMS continúa enfatizando la calidad y seguridad en los servicios prestados a todos los pacientes en CAH. ❖

Fuente: CMS JSM 10187, 18 de marzo de 2010

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Sistema de calificación de calidad five-star – noticias de marzo

Los reportes previos de five-star del proveedor estarán disponibles a partir del lunes 15 de marzo de 2010. 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.

Acceso previo a información 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 folder “st LTC facid”,
 - “st” es el código postal de dos dígitos del estado en el cual está localizado su establecimiento de salud y
 - “Facid” es el “facid” asignado por el estado a su establecimiento.

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 marzo de five-star el jueves, 25 de marzo de 2010.

Para la última información del sistema de calificación de calidad five-star, visite.

http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/13_FSQRS.asp. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-19

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.

PAGOS PROSPECTIVOS

Actualización de abril de 2010 del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio de hospital

Número de *MLN Matters*: MM6857
 Número de petición de cambio relacionado: 6857
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de febrero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1924CP
 Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 6857 describe los cambios a las instrucciones de facturación para varias pólizas de pago implementadas en la actualización al sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) de abril de 2010. El editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) y OPPS PRICER reflejarán el HCPCS, clasificación de pago ambulatorio (APC) modificador HCPCS, adiciones de código de ingreso, cambios, y eliminaciones identificadas en esta notificación.

Actualizaciones clave de sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio para abril de 2010

1. Procedimiento y modificaciones de dispositivo para abril de 2010
2. Modificaciones de servicios de hospitalización de Parte B
3. Clarificación a los requisitos de codificación para los servicios de rehabilitación pulmonar prestados el 1 de enero de 2010 en adelante
4. Pruebas de warfarina
5. Pruebas de detección del virus de inmunodeficiente humana (HIV)
6. Facturación de medicamentos, productos biológicos, y radiofármacos
 - a. Medicamentos y productos biológicos con pagos basados en el precio promedio de venta (ASP) efectivo el 1 de abril de 2010
 - b. Medicamentos y productos biológicos con OPPS estatus de aprobación efectivo el 1 de abril de 2010
 - c. Índice de pago actualizado para el código HCPCS J9031 efectivo el 1 de enero de 2009, hasta el 31 de marzo de 2009
 - d. Índices de pago actualizados para ciertos códigos HCPCS efectivos para el 1 de octubre de 2009, hasta el 31 de diciembre de 2009
 - e. Reporte correcto de los productos biológicos cuando son usado como dispositivos implantables
 - f. Reporte correcto de unidades de medicamentos
 - g. Reporte de procedimientos de diagnósticos de medicina nuclear del cuidado ambulatorio
7. Determinaciones de cobertura

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6857.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6857, 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/R1924CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1924, CR 6857

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.

Actualizado el año fiscal 2010 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado 2010 PC PRICER

El año fiscal (FY) 2010 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) 2010 de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado para las reclamaciones FY 2010 con los datos recientes del proveedor de enero de 2010 y una corrección de la versión PRICER. Usted puede acceder la página de IPPS PC PRICER, http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/03_inpatient.asp, y descargar la última versión del FY 2010 PC PRICER. ❖

Fuente: CMS PERL 201002-40

Especificaciones de abril de 2010 del editor de códigos integrado de paciente ambulatorio – versión 11.1

Número de *MLN Matters*: MM6882

Número de petición de cambio relacionado:

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1927CP

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 6882 describe cambios al editor de códigos integrado de paciente ambulatorio en base a instrucciones de facturación para varias políticas de pago que serán implementadas en la actualización del sistema prospectivo de pagos del paciente ambulatorio, en abril de 2010.

Puntos clave de CR 6882 en base al Apéndice M de las especificaciones I/OCE

- A partir de 8 de diciembre de 2009, Medicare agregó los códigos HCPCS G0432, G0433 y G0435.
- A partir de 1 de enero de 2010, Medicare actualiza requisitos de revisiones de procedimientos/dispositivos.
- A partir de 1 de abril de 2010, Medicare:
 - Ignorará correcciones de conflicto de sexo si se utiliza en la reclamación el código de condición 45
 - Agregará los códigos 860 y 861 a la lista de códigos válidos de ingreso

- Modificará los apéndices E y F, de manera tal de cambiar el tipo de factura utilizada por los centros de salud calificados federalmente de 73x a 77x
- Hará cambios (a los archivos de datos) de los indicadores de estatus (SI) de HCPCS/clasificación de pago ambulatorio (APC)
- Implementará la versión 16.0 de la iniciativa nacional de codificación correcta (como se ha modificado para proveedores institucionales según corresponde)
- Agregará el nuevo modificador GX a la lista de modificadores válidos
- Creará versiones que cumplan con la regulación 508 de las especificaciones y resumen de los documentos de cambio de datos para ser publicados en el sitio Web de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6882.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6882, 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/R1927CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1927, CR 6882

Actualizado el año de pago 2009 para centros de hospitalización psiquiátricos PPS PC PRICER

El sistema de pagos prospectivos (PPS) de centro de hospitalización psiquiátrico (IPF) de computadora personal (PC) PRICER para el año de pago (RY) 2009 ha sido actualizado el 5 de marzo de 2010 con los datos corregidos del proveedor de enero de 2010. La versión de RY 2009 está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Si usted usa el IPF PPS PC PRICER de RY 2009, vaya a la página http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/09_inppsy.asp y descargue las últimas versiones del IPF PPS 2009 PC PRICER, publicadas el 5 de marzo de 2010. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-12

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 (PPS) de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado en la Web para las reclamaciones de FY 2009 con los datos corregidos del proveedor de enero de 2010 y está lista para descargar. Si usted utiliza el FY 2009 del paciente hospitalizado PPS PC PRICER, vaya a http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/03_inpatient.asp, y descargue la última versión del PC PRICER. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-16

Actualización de PPS PC PRICER de establecimientos de rehabilitación, para el año fiscal 2009

El inpatient rehabilitation facility prospective payment system (PPS) personal computer (PC) PRICERs, del año fiscal 2009, ha sido actualizado el 5 de marzo de 2010 con datos del archivo específico de datos del proveedor corregidos en enero de 2010 y está listo para ser descargado de la página Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) http://www.cms.hhs.gov/PCPricer/06_IRF.asp. Si usted utiliza IRF PPS PC PRICERS, vaya a la página mencionada y descargue la última versión de FY 2009 de PRICER, puesta el 5 de marzo de 2010 en la sección *Downloads*. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-20

Revisada la hoja informativa del sistema de pagos prospectivos del cuidado de la salud a largo plazo en hospital

Las hojas informativas revisada del sistema de pagos prospectivos del cuidado de la salud a largo plazo en el hospital (LTCH PPS) (marzo 2010), la cual ayuda a los proveedores de Medicare Parte A a entender mejor los varios aspectos del LTCH PPS, están ahora disponible en el sitio Web del *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

- The Long-Term Care Hospital Prospective Payment System: Interrupted Stay Fact Sheet, la cual incluye información actualizada en la póliza de estancia interrumpida de LTCH, está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/LTCH-IntStay.pdf>.
- The Long-Term Care Hospital Prospective Payment System: News fact sheet, la cual incluye una perspectiva general de la regla final del año de pago (RY) 2010 de LTCH, está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/LTCH-News.pdf>.

- The Long-Term Care Hospital Prospective Payment System: Payment Adjustment Policy Fact Sheet, la cual incluye actualizaciones a la regla de umbral de 25 por ciento LTCH, está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/LTCHPaymentAdjustPolicy.pdf>.
- The Long-Term Care Hospital Prospective Payment System: Short-Stay Outliers Fact Sheet, la cual incluye actualizaciones a la póliza de ajuste de pago del pago extraordinario de estancia corta LTCH (SSO), está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/LTCH-ShortStay.pdf>.
- The Long-Term Care Hospital Prospective Payment System: High Cost Outliers Fact Sheet, la cual incluye actualizaciones a la póliza de pago del pago extraordinario de alto costo LTCH, está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/LTCH-HighCost.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 201003-29

INFORMACIÓN GENERAL

Corrección del procesamiento de los códigos de ingreso sin cobertura

Este artículo fue previamente publicado en *Medicare A y B Al Día*, edición de febrero de 2010, página 15.

Número de *MLN Matters*: MM6774 – **Revisado**

Número de petición de cambio relacionado: 6774

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

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1928CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

La 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 ingreso en particular es válido para facturar a Medicare sin considerar la línea de código de ingreso

Corrección del procesamiento de los códigos de ingreso sin cobertura... (continuación)

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/R1928CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1928, 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.

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 – **Revisado**

Número de petición de cambio relacionado: 6801

Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de marzo de 2010

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1929CP

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”).

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/R1929CP.pdf>.

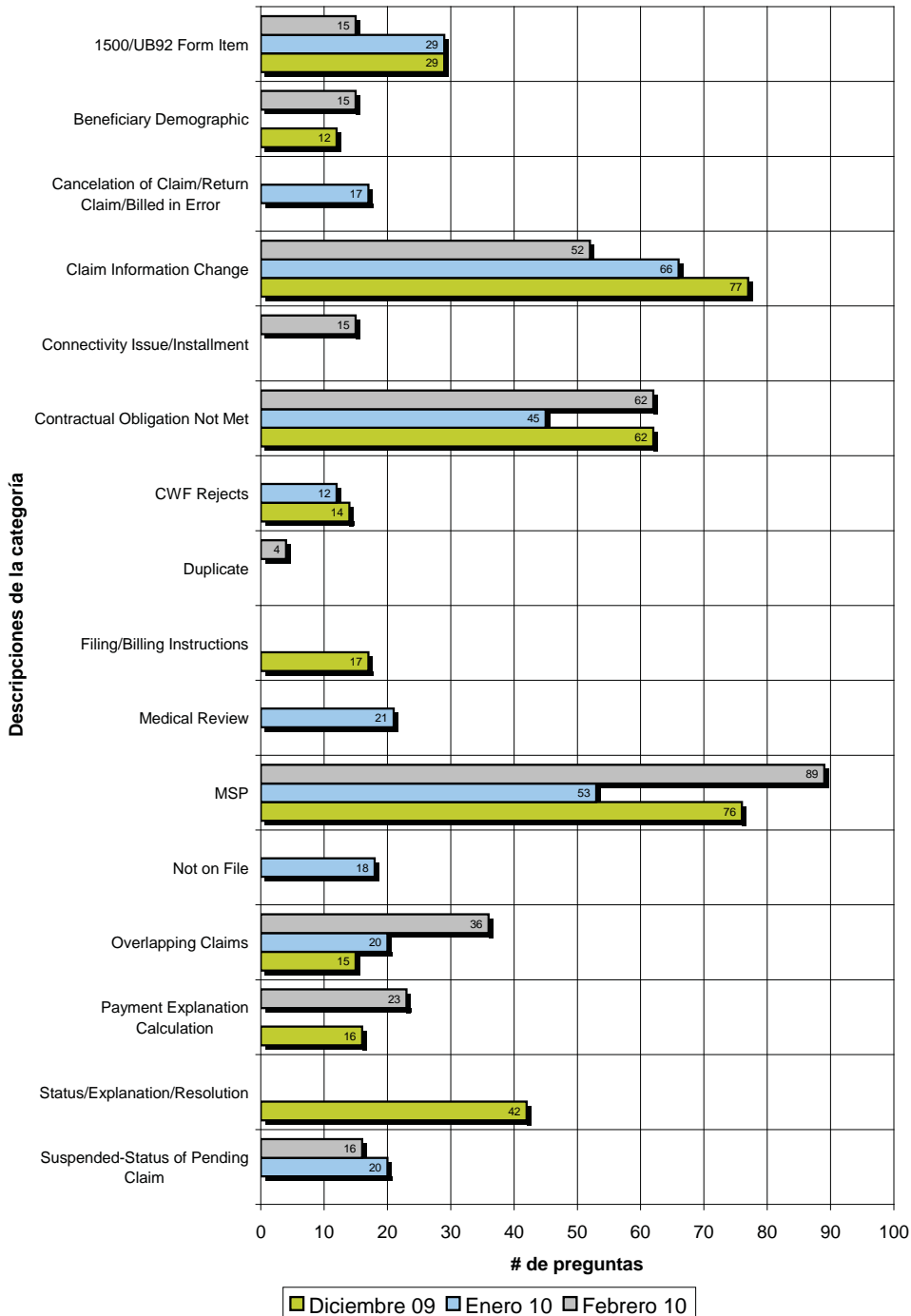
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1929, CR 6801

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.

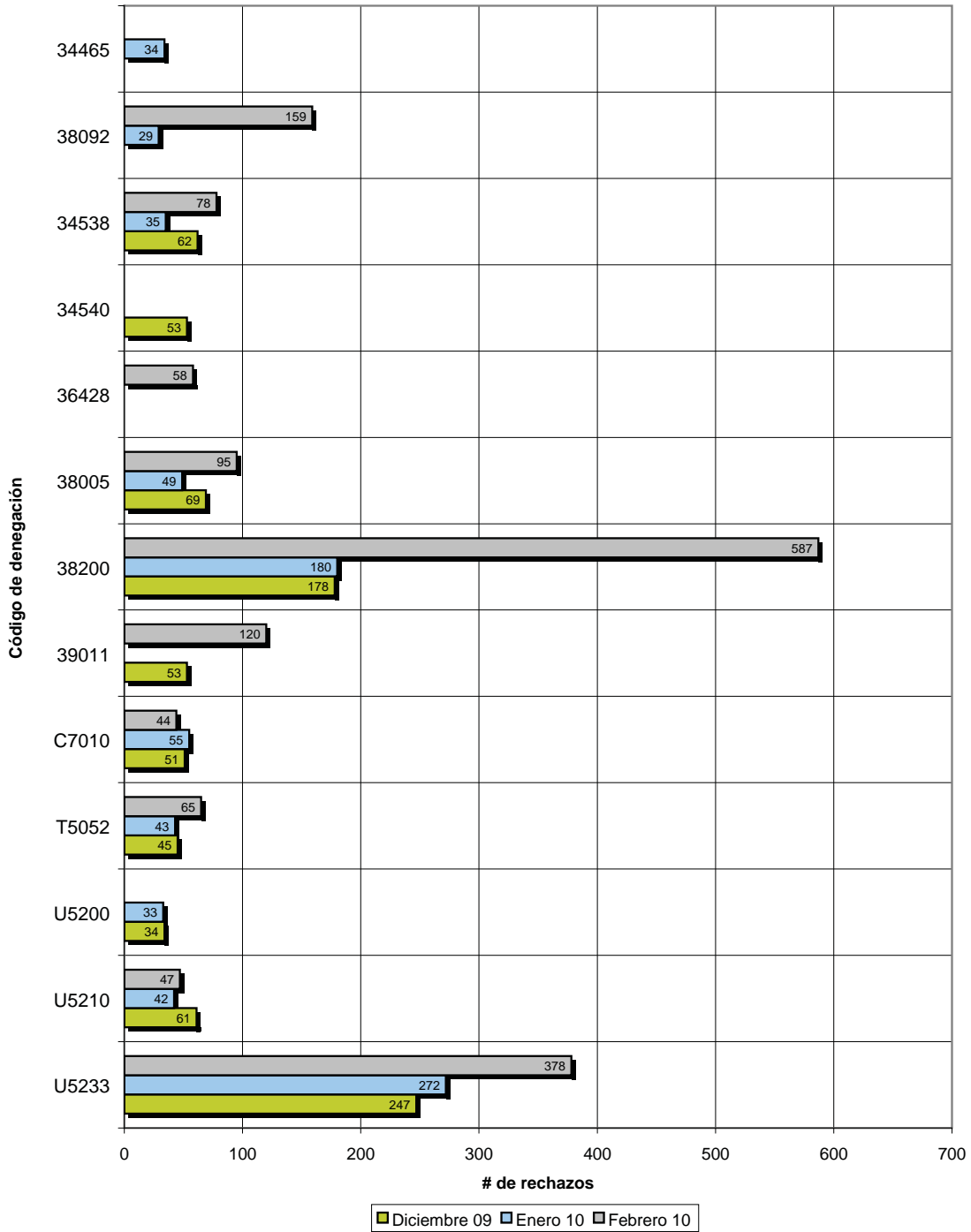
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar, en diciembre de 2009-febrero de 2010

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 durante los meses de diciembre de 2009-febrero 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 diciembre de 2009-febrero de 2010



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

Información Médica Adicional

93042: Rhythm ECG, 1-3 leads; interpretation and report only.....	36
Lista de medicamentos autoadministrados.....	36

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).

Información Médica Adicional

93042: Rhythm ECG, 1-3 leads; interpretation and report only

Una revisión de utilización de datos del código *CPT 93042 (Rhythm ECG, 1-3 leads; interpretation and report only)* ha revelado que los proveedores están facturando interpretación de tiras de ritmo ECG obtenidas de telemetría o equipo de monitoreo cardíaco dentro de los hospitales u otro centro del cuidado de la salud.

Electrocardiografía (ECG) es la representación gráfica de la actividad eléctrica dentro del corazón. Los electrodos colocados en el cuerpo en lugares predeterminados sienten esta actividad eléctrica, la cual es entonces grabada para revisión e interpretación. El ECG de rastreo es aproximadamente facturado cuando es realizado como una prueba individual, en una máquina dedicada específicamente para el propósito del diagnóstico de una arritmia o durante su tratamiento.

La interpretación y/o desempeño de una tira de ritmo realizada como un servicio por separado de monitoreo cardíaco o de telemetría continuo con el resultado de una interpretación oficial y reporte escrito sería considerado para el reembolso de Medicare. La tira de ritmo apropiada de códigos *CPT (93040-93042)* deben ser usados y la documentación debe sustentar la necesidad médica del servicio.

La interpretación de una tira de ritmo del equipo de monitoreo cardíaco en ambientes del cuidado de la salud incluyendo, pero no limitado a hospitales del paciente hospitalizado, sala de emergencia y ambulancia, no es permitido por separado. Es incluido como parte de la porción de decisión médica de los servicios de evaluación y manejo (E/M) de un médico. Simplemente el firmar el reporte impreso para el equipo de monitoreo ECG no es documentación aceptable para la facturación e interpretación de una tira de ritmo.

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

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD)

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) proveen instrucciones a los contratistas sobre el pago de Medicare para los medicamentos y productos biológicos subordinados a los servicios de un médico. Las instrucciones también proveen a los contratistas con un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y, por lo tanto, no es cubierto por Medicare. Las pautas para la evaluación de los medicamentos de la lista de medicamentos inyectables autoadministrado excluidos y subordinados a los servicios de un medio están en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2.

Efectivo para los servicios provistos el 1 de mayo de 2010 en adelante, los siguientes medicamentos han sido añadidos a la lista SAD de Parte A de MAC J9.

- C9399 liraglutide (Victoza®)
- C9399 golimumab (Simponi®)

La evaluación de medicamentos para ser añadidos a la lista SAD es un proceso continuo. Los proveedores son responsables de monitorear la lista SAD para la adición o eliminación de los medicamentos.

Haga clic aquí para las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (FCSO).

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

FORMULARIO DE PARTE A

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

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

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

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

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

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

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

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

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

RAILROAD MEDICARE**Railroad Retiree Medical Claims**

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

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

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

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

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

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

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

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

1-904-361-0407

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

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES**Centers for Medicare & Medicaid Services**

www.medicare.gov

FACTURACIÓN

Modificación de manuales Medicare para quitar referencias a pruebas de diagnóstico compradas

Número de *MLN Matters*: MM6627
 Número de petición de cambio relacionado: 6627
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de marzo de 2010
 Fecha de efectividad: 14 de junio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R326PI y R1931CP
 Fecha de implementación: 14 de junio de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están cambiando las referencias al término “*purchased diagnostic test*” (prueba de diagnóstico comprada) en los manuales *Medicare Claims Processing Manual* y *Medicare Program Integrity Manual* con la finalidad de reflejar el nuevo lenguaje anti-alza de limitaciones de pago. Como ha sido explicado previamente, por medio del artículo *MLN Matters* MM6371, CMS ha impartido instrucciones de procesamiento de reclamaciones para pruebas de diagnóstico sujetándose a las limitaciones anti-alza de precio y de las condiciones bajo las cuales se aplican las provisiones anti-alza y ha anunciado que los

manuales de Medicare relacionados serán cambiados en fecha posterior para reflejar el nuevo lenguaje anti-alza. CMS ha manifestado que no cambiará de una sola vez todas las referencias del manual, sino que implementará los cambios paulatinamente. Hasta que se haya hecho a los manuales todos los cambios pertinentes, los contratistas Medicare deberán considerar obsoleto el término “*purchased diagnostic test*” y deberán sustituirlo por la nomenclatura asociada a la nueva reglamentación anti-alza.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6627.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6627, 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/R1931.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1931, CR 6627

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 de receta electrónica (eRx) 2010

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar los siguientes productos educacionales del programa de incentivo de receta electrónica (eRx) 2010 en la página Web de eRx en <http://www.cms.hhs.gov/ERxIncentive>.

2010 eRx educational resource documents: Varios documentos de nuevos recursos educacionales para eRx 2010 están disponibles en el enlace de “Educational Resources” de la página Web de eRx que incluye lo siguiente:

- 2010 eRx Incentive Program Fact Sheet: What’s New for the 2010 eRx Incentive Program
- 2010 eRx Incentive Program Made Simple Fact Sheet

2010 electronic health record (EHR)-based reporting documents: Varios documentos relacionados al reporte basado en EHR para eRx 2010 han sido actualizados y ahora están disponible en la página de “Alternative Reporting Mechanism” de la página Web de eRx, la cual incluye lo siguiente:

- 2010 EHR downloadable resource
- Qualified registries for 2010 PQRI and eRx reporting
- Qualified electronic health record (EHR) vendors for the 2010 Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) and eRx Incentive Programs ❖

Fuente: CMS PERL 201003-33

INFORMACIÓN GENERAL

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

Número de *MLN Matters*: MM6278 – **Revisado**

Número de petición de cambio relacionado: 6278

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

Fecha de efectividad: 2 de noviembre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R626OTN

Fecha de implementación: 2 de noviembre de 2009

Resumen

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

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

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

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

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6278, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R626OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 626, CR 6278

Tarifa fija revisada de laboratorio clínico y archivo de código ZIP

Número de *MLN Matters*: MM6787
 Número de petición de cambio relacionado: 6787
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de febrero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R638OTN
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) descubrieron que existe una inconsistencia en los índices de pago para las reclamaciones enviadas con los códigos ZIP de Kansas en una localidad del Este de Kansas para loas reclamaciones de laboratorio de referencia. Mientras que las reclamaciones de laboratorio regular son pagadas correctamente, las reclamaciones de laboratorio de referencia no están siendo pagadas al índice correcto. La petición de cambio (CR) 6787 corrige esta deficiencia.

Los contratistas de Medicare actualmente usan los archivos de código ZIP para poner el precio de las reclamaciones de servicios de ambulancia, médicos, y laboratorio de referencia. El CR 3090 (Transmittal 85, 6 de febrero de 2004) requiere a los contratistas que pongan el precio a los servicios de laboratorio de referencia basado en el código ZIP del laboratorio que realiza el servicio.

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

Para corregir este problema para el 2010 en adelante, CMS ha añadido nuevas localidades de pago en la tarifa fija de laboratorio clínico de 2010. El archivo de código ZIP 2010 refiere a dos localidades de laboratorio de Kansas a corregir esta inconsistencia.

El CR 6787 provee instrucciones para corregir la inconsistencia de las fechas de servicio antes de 2010, e instruye a los contratistas procesadores de reclamaciones a que incorporen los cambios arriba en la tarifa fija de laboratorio clínico y usen el archivo de código ZIP 2010 para procesar las reclamaciones con las fechas de servicio antes del 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6787.pdf>.

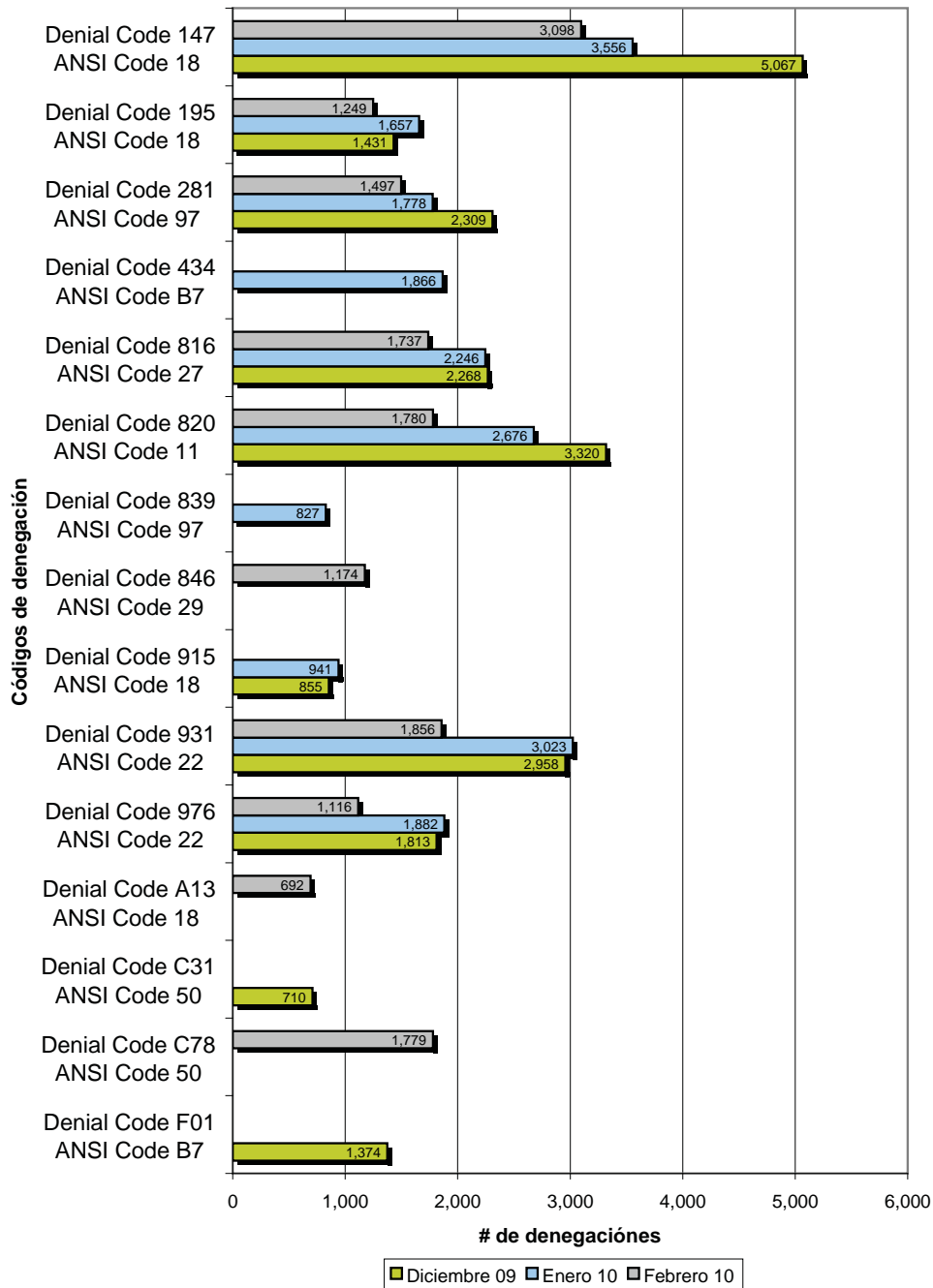
La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6787, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R638OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 638, CR 6787

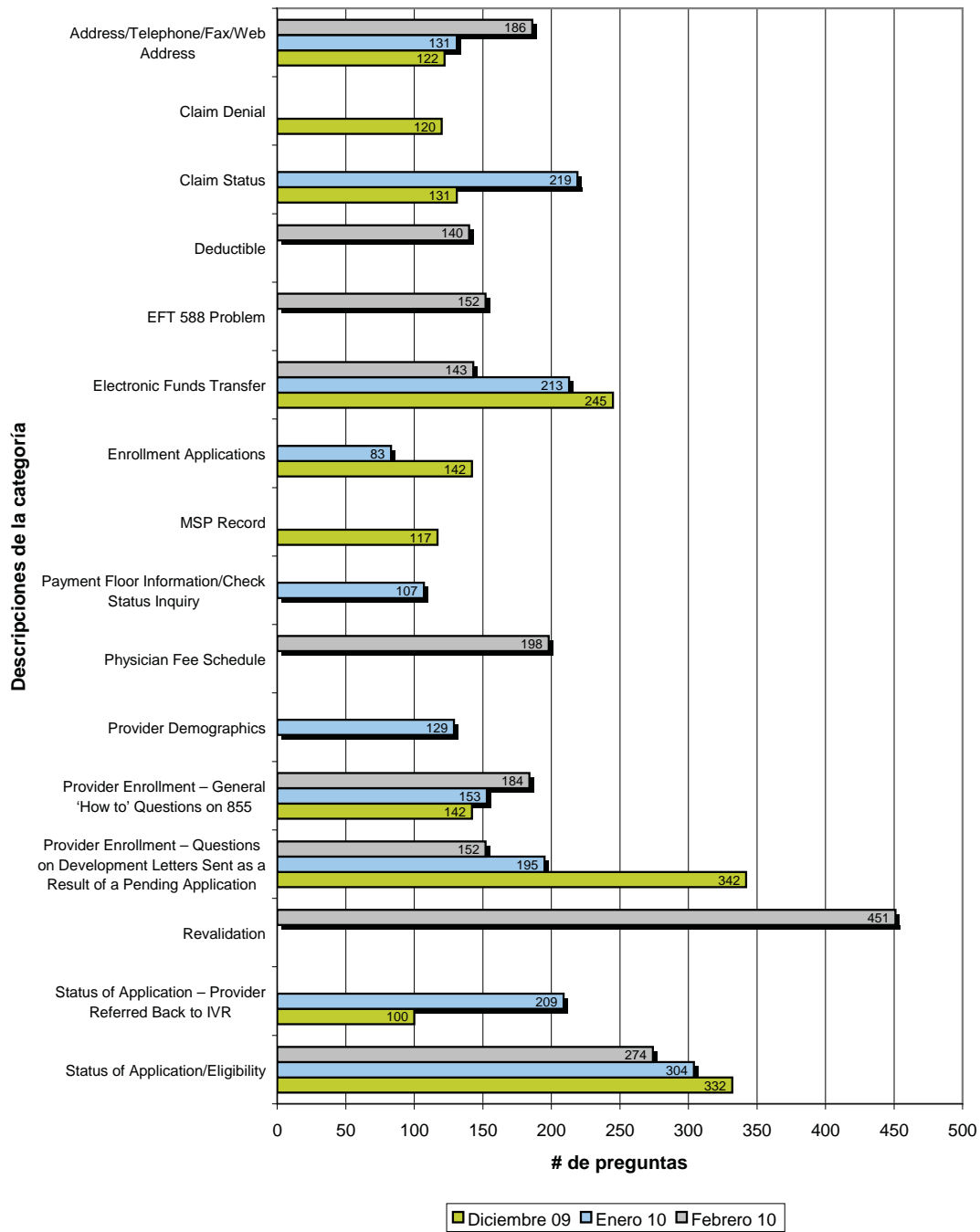
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar, en diciembre de 2009-febrero de 2010

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 durante los meses de diciembre de 2009-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

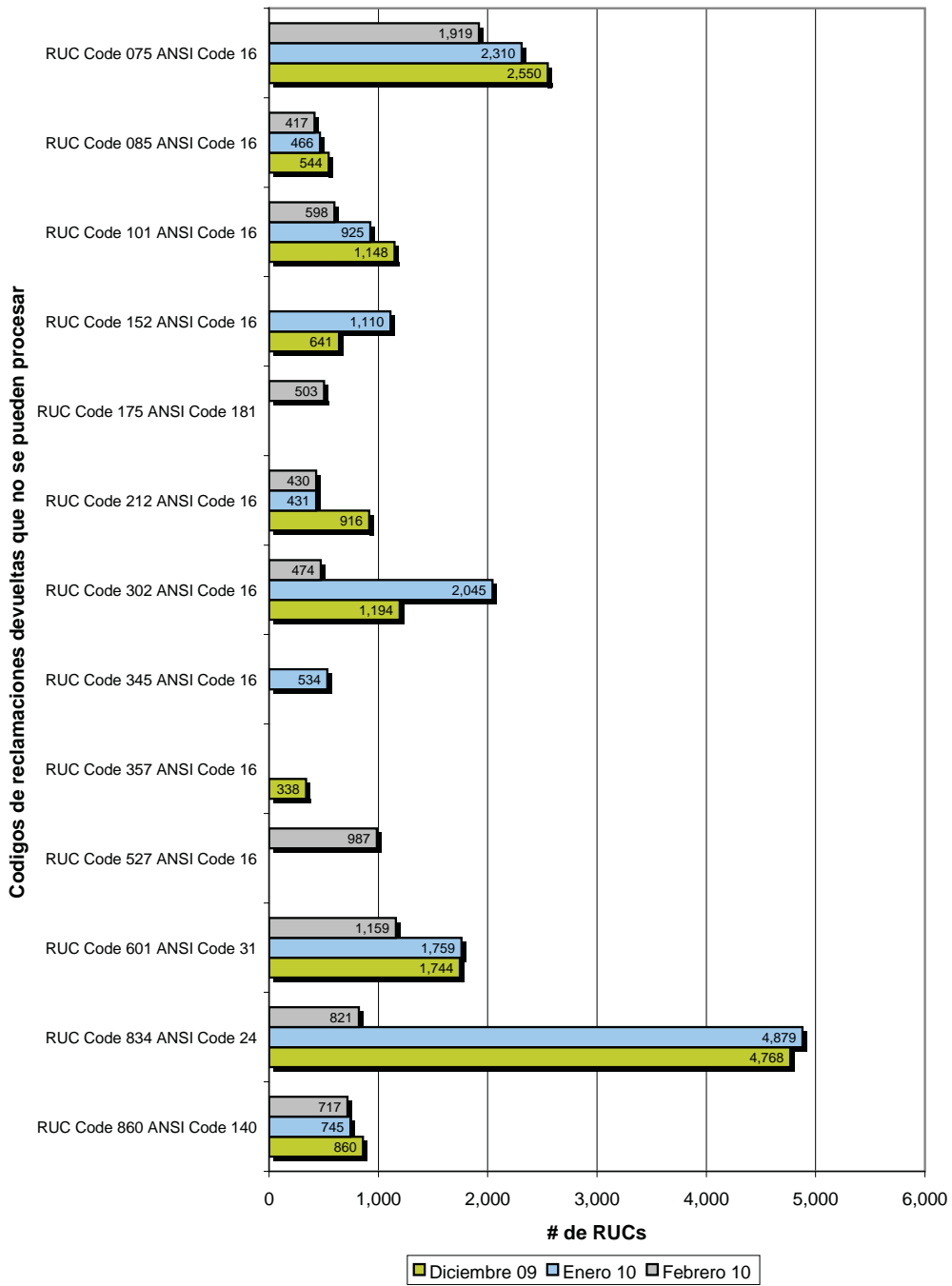
Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en diciembre de 2009-febrero de 2010



**Preguntas de Parte B más frecuentes en Puerto Rico
en diciembre de 2009-febrero 2010**



**RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico
en diciembre de 2009-febrero 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

Revisiones a las LCD Existentes

22523: Kyphoplasty - revisión a la LCD.....46

Información Médica Adicional

93042: Rhythm ECG, 1-3 leads; interpretation and report only.....46

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD).....47

Reembolso para A9552.....47

Notificación anticipada al beneficiario

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

Revisiones a las LCD Existentes

22523: Kyphoplasty - revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29209 (Florida)

Identificador de LCD: L29454 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para kyphoplasty fue revisada recientemente en su mayoría el 1 de enero de 2010. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada para reemplazar todas las referencias a “kyphoplasty” y “balloon kyphoplasty” con el término “percutaneous vertebral augmentation/vertebral augmentation”. El título de la LCD también ha sido cambiado de “kyphoplasty” a “percutaneous vertebral augmentation (vertebral augmentation) (anteriormente Kyphoplasty)”. Adicionalmente, la sección de “Sources of Information” de la LCD ha sido actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados el **9 de marzo 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.

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

Información Médica Adicional

93042: Rhythm ECG, 1-3 leads; interpretation and report only

Una revisión de utilización de datos del código *CPT 93042 (Rhythm ECG, 1-3 leads; interpretation and report only)* ha revelado que los proveedores están facturando interpretación de tiras de ritmo ECG obtenidas de telemetría o equipo de monitoreo cardíaco dentro de los hospitales u otro centro del cuidado de la salud.

Electrocardiografía (ECG) es la representación gráfica de la actividad eléctrica dentro del corazón. Los electrodos colocados en el cuerpo en lugares predeterminados sienten esta actividad eléctrica, la cual es entonces grabada para revisión e interpretación. El ECG de rastreo es aproximadamente facturado cuando es realizado como una prueba individual, en una máquina dedicada específicamente para el propósito del diagnóstico de una arritmia o durante su tratamiento.

La interpretación y/o desempeño de una tira de ritmo realizada como un servicio por separado de monitoreo cardíaco o de telemetría continuo con el resultado de una interpretación oficial y reporte escrito sería considerado para el reembolso de Medicare. La tira de ritmo apropiada de códigos *CPT (93040-93042)* deben ser usados y la documentación debe sustentar la necesidad médica del servicio.

La interpretación de una tira de ritmo del equipo de monitoreo cardíaco en ambientes del cuidado de la salud incluyendo, pero no limitado a hospitales del paciente hospitalizado, sala de emergencia y ambulancia, no es permitido por separado. Es incluido como parte de la porción de decisión médica de los servicios de evaluación y manejo (E/M) de un médico. Simplemente el firmar el reporte impreso para el equipo de monitoreo ECG no es documentación aceptable para la facturación e interpretación de una tira de ritmo.

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

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD)

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) proveen instrucciones a los contratistas sobre el pago de Medicare para los medicamentos y productos biológicos subordinados a los servicios de un médico. Las instrucciones también proveen a los contratistas con un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y, por lo tanto, no es cubierto por Medicare. Las pautas para la evaluación de los medicamentos de la lista de medicamentos inyectables autoadministrado excluidos y subordinados a los servicios de un medio están en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2.

Efectivo para los servicios provistos el 1 de mayo de 2010 en adelante, los siguientes medicamentos han sido añadidos a la lista SAD de Parte B de MAC J9.

- J3590 liraglutide (Victoza®)
- J3490 golimimab (Simponi®)

La evaluación de medicamentos para ser añadidos a la lista SAD es un proceso continuo. Los proveedores son responsables de monitorear la lista SAD para la adición o eliminación de los medicamentos.

Haga clic aquí para las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (FCSO).

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

Reembolso para A9552

Si usted esta proveyendo imagen PET de forma independiente o en un centro PET basado en una oficina médica en Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, vigente para las reclamaciones procesadas el 1 de mayo de 2009 en adelante, First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha estado solicitando y reembolsando Fluorodeoxyglucose F-18 (FDG) de acuerdo a la factura.

Radiofarmacéuticos de diagnóstico son típicamente pagados al 95 por ciento del precio promedio de venta al por mayor (AWP) o cuando un AWP no está disponible para el precio del contratista de Medicare de la Parte B, el cual típicamente es una factura. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han avisado a FCSO que el pago para FDG no puede ser hecho de acuerdo a la factura por que este tiene un AWP disponible. Por lo tanto, vigente para las reclamaciones procesadas el 4 de diciembre de 2009 en adelante, FCSO reembolsará FDG al 95 por ciento del AWP para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

Para recibir esta cantidad de reembolso por separado, FDG debe ser facturado usando el código HCPCS A9552 - Fluoro-deoxyglucose F-18 FDG, diagnóstica, por dosis de estudio, hasta 45 milicurios. ❖

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 “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 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 ♦

