

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Pruebas de detección de la infección del virus de inmunodeficiencia humana

CMS cubre ambos estándares y las pruebas de detección rápidas aprobadas por la FDA5

Cuatro estados y Puerto Rico recibirán fondos compensatorios para el programa de incentivo EHR

Fondos compensatorios federales adicionales para actividades de planificación del estado7

Transporte en ambulancia con respuesta simultánea

Actualización del manual MBPM para incorporar información de transporte de ambulancia11

El modificador JW no es requerido

First Coast Service Options Inc. tomó la decisión de no requerir el modificador JW13

Reclamaciones de pacientes con conflicto de género

Un nuevo código aprobado para identificar estas reclamaciones.....23

Remoción del reporte de los códigos de valor 50-53

Ha sido removido el requisito de reportar el número total de visitas de terapia26

Reducción del pago de componentes técnicos

Se reduce el pago de un 75 a un 50 por ciento en el catálogo de tarifas de Medicare37

Recordatorio - iniciativa de no reenvío

Este requisito aplica a los cheques de Medicare del proveedor y remesas de pago.....39

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Recursos educacionales	19
Información para proveedores de la Parte A.....	20
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	30
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	34
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	35
Información para proveedores de la Parte B.....	36
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	43
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 contenido2
Sobre esta publicación.....3

Partes A/B

Cobertura y Reembolso

Tomografía para tumores sólidos y mieloma 4
 Autoadministración de medicamentos 4
 Pruebas de detección de HIV 5
 Actualizaciones de la NCD de laboratorio 5

Facturación

Evaluación de revisiones clínicas 6
 Cambios oportunos de límites de presentación .. 6
 Fondos compensatorios para el programa EHR . 7
 Comunidades Beacon lideran el cometido.....7
 Ley de protección al paciente.....8
 Monitores de glucosa en la sangre..... 9
 Refuerzo de facturación consolidada 9

Tarifas Fijas

Revisión de MPFSDB 2010 10
 Actualización catálogo de tarifas DMEPOS 10

Ambulancia

Ambulancia con respuestas simultáneas 11

Intercambio Electrónico de Datos

Actualización del código de denegación 12

Información General

Pautas de firma - marco de tiempo 12
 Actualización de medicamentos13
 Modificador JW no es requerido..... 13
 Audiencias ALJ y corte de distrito federal..... 14
 Póliza estandarizada de Medigap 14
 Nuevos recursos del MLN 16
 Teleconferencia sobre ICD-10/5010 17
 El tiempo se acaba – ¿ya has respondido? 17
 Semana nacional de salud de la mujer 18

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos.....19

Parte A

Sistema de Pagos Prospectivos

Semana nacional de salud de la mujer 20
 Adición provisional del tres por ciento PPS..... 20
 Actualizado el año fiscal 2010 de IPPS21
 Actualización del FY 2010 de IRF PPS.....21
 Actualizado IPF PPS RY 201021
 Pago para IRF PPS RY 201121
 Actualizaciones a HH PPS.....22

Hospital

Beneficiarios de Medicare Advantage.....22
 Reclamaciones con conflicto de género.....23
 Parte desproporcionada de hospital..... 23
 Fecha límite para retiros y terminaciones... 23
 Servicios de detección colorrectal 23
 Impacto a hospitales de OPPOS..... 24

Centros de Enfermería Especializada

Actualizaciones de SNF HIPPS 24
 Actualizaciones de SNF PPS PRICER..... 24
 Noticias de mayo del sistema Five-Star 25

Información General

Programa de salud en el hogar 25
 Remoción códigos de valor 50-53..... 26
 Reasignación de proveedores a J1 y J4 26
 Adecuación de la diálisis, acceso vascular 26

Gráficos

Preguntas frecuentes Puerto Rico27
 Rechazos frecuentes Puerto Rico28
 Códigos de denegación Puerto Rico.....29

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... 30

Ordenar materiales de Parte A.....34

Contactos Parte A de Puerto Rico35

Parte B

Cobertura y Reembolso

Facturando código de reparación 36

Facturación

Reclamaciones por prótesis de voz..... 37
 Procedimiento de imagen de diagnóstico .. 37

PQRI

Actualización de PQRI 2010 38

Información General

Recordatorio – iniciativa de no reenvío 39

Gráficos

Denegaciones frecuentes Puerto Rico..... 40
 Preguntas frecuentes Puerto Rico..... 41
 RUC frecuentes Puerto Rico.....42

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 43

Ordenar materiales de Parte B.....48

Contactos Parte B de Puerto Rico 49

**Medicare A y B
Al Día**

**Vol. 2, No. 5
mayo 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 websites. This document contains references to sites operated by third parties. Such references are provided for your convenience only. BCBSF and/or FCSO do not control such sites and are not responsible for their content. The inclusion of these references within this document does not suggest any endorsement of the material on such sites or any association with their operators.

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

SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

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

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

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

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

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

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

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

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

¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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

Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

COBERTURA Y REEMBOLSO

Tomografía de emisión de positrón FDG para tumores sólidos y mieloma

Este documento fue publicado previamente en Medicare A y B Al Día, edición de octubre, página 6.

Número de *MLN Matters*: MM6632 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6632
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de octubre de 2009
 Fecha de efectividad: 3 de abril de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1833CP y R120NCD
 Fecha de implementación: 30 de octubre de 2009

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están modificando el manual de determinaciones de cobertura nacional de Medicare, *Medicare National Coverage Determinations Manual*, Section 220.6 (Positron Emission Tomography (PET) Scans). En petición de cambio (CR) 6632 específicamente, CMS anuncia (a partir del 3 de abril de 2009) una determinación nacional de cobertura (NCD) que adopta un esquema de dos partes que establece una diferencia entre el uso de F-18 flouro-D-glucose (FDG) positron emission tomography (PET) imaging en la estrategia inicial de tratamiento anti-tumor y sus otros usos relacionados con la orientación de estrategias subsecuentes de tratamientos anti-tumor después de completado el tratamiento inicial. Este esquema reemplaza el esquema de cuatro partes que contenía el diagnóstico oncológico, poniendo en escena, restableciendo y monitoreando la respuesta al tratamiento.

La NCD anunciada en CR 6632 requiere el reemplazo del esquema de cuatro partes (mencionado en el párrafo anterior) con uno de dos partes que diferencia el procedimiento de imagen FDG PET utilizado en la estrategia inicial de tratamiento anti-tumor de las estrategias anti-tumor subsecuentes después de completado el tratamiento inicial. De esta manera determina que (a partir de servicios prestados desde el 3 de abril de 2009 en adelante), los términos “diagnóstico” y “puesta en escena” deben ser reemplazados con “estrategia de tratamiento inicial”. CMS está haciendo estos cambios para la mayoría de tumores sólidos y mieloma.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6632, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1833CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1833, CR 6632

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

Actualización manual para determinar la autoadministración de medicamentos y productos biológicos

Número de *MLN Matters*: MM6950
 Número de petición de cambio relacionado: 6950
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 30 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R123BP
 Fecha de implementación: 30 de julio de 2010

Resumen

Debido a medicamentos recientes aprobados para mercadeo por la Food and Drug Administration, el *Medicare Benefit Policy Manual* está siendo actualizado para permitir otras rutas de administración aparte de las inyecciones, como que no es usualmente autoadministrada.

El término “administrado” se refiere solamente al proceso físico por el cual el medicamento entra al cuerpo del paciente. No se refiere a si el proceso es supervisado

por un profesional médico. Los medicamentos inyectables son típicamente elegibles para inclusión bajo el beneficio “subordinado”. Con excepciones limitadas, otras rutas de administración son consideradas usualmente autoadministradas por el paciente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6950.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6950, 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.gov/transmittals/downloads/R123BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 123, CR 6950

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.

Pruebas de detección de la infección del virus de inmunodeficiencia humana

Número de *MLN Matters*: MM6786 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6786
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de marzo de 2010
 Fecha de efectividad: 8 de diciembre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R1935CP y R113NCD
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

La evidencia es adecuada para concluir que la prueba de detección para la infección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV) es razonable y necesaria para la detección temprana del HIV y es apropiada para las personas que tienen beneficios de Medicare inscritos bajo Parte A o Parte B.

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio del 8 de diciembre de 2009 en adelante, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) cubrirán ambos estándares y las pruebas de detección rápidas aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA)-para los beneficiarios de Medicare. Este artículo provee los requisitos de facturación y clínicos para las pruebas de

detección de HIV para los beneficiarios de Medicare hombre y mujer, incluyendo beneficiarios de Medicare embarazadas.

Tenga en cuenta que las reclamaciones de pruebas de detección de HIV con fechas de servicio del 8 de diciembre de 2009 en adelante, hasta el 6 de julio de 2010, y procesadas antes de la implementación del CR 6786, Medicare no ajustará automáticamente las reclamaciones de pruebas de detección de HIV con fechas de servicio del 8 de diciembre de 2009 en adelante, hasta el 6 de julio de 2010. Sin embargo, el contratista de Medicare ajustará las reclamaciones traídas a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6786.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6786, 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.gov/transmittals/downloads/R1935CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1935, CR 6786

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

Actualizaciones de julio de 2010 al software de modificación de la determinación nacional de cobertura de laboratorio

Número de *MLN Matters*: MM6964
 Número de petición de cambio relacionado: 6964
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1963CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) para los servicios de laboratorio de diagnóstico clínico fueron desarrolladas por el comité del proceso normativo negociado de laboratorios en una regla final el 23 de noviembre de 2001. Un software nacionalmente uniforme fue desarrollado e incorporado en los sistemas de Medicare para que las reclamaciones de laboratorio sujetas a una de las 23 NCD fueran procesadas uniformemente por toda la nación efectivo el 1 de enero de 2003.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual*, el módulo de modificación de laboratorio es actualizado trimestralmente (cuando sea necesario) para reflejar actualizaciones de codificación ministerial y cambios sustantivos a las NCD desarrolladas a través del proceso de la NCD.

La petición de cambio 6964 anuncia la actualización al módulo de modificación de laboratorio para los cambios en las listas de código NCD de laboratorio para julio de 2010. Los cambios que son efectivos para las fechas de servicio del 1 de julio de 2010 en adelante, son como siguen:

- Códigos ICD-9-CM V17.4 y V18.1 han sido eliminados de la lista de códigos ICD-9-CM que no están cubiertos para todas las 23 NCD, y
- Códigos ICD-9-CM V17.41, V17.49, V18.11 y V18.19 han sido añadidos a la lista de códigos ICD-9-CM que no están cubiertos para todas las 23 NCD.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6964.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6964, 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.gov/transmittals/downloads/R1963CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1963, CR 6964

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

FACTURACIÓN

Evaluación de revisiones clínicas

Número de *MLN Matters*: MM6954
 Número de petición de cambio relacionado: 6954
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de mayo de 2010
 Fecha de efectividad: 23 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R338PI
 Fecha de implementación: 15 de junio de 2010

Resumen

Los contratistas de revisión de reclamaciones de Medicare tienen la tarea de medir, detectar y corregir los pagos incorrectos hechos en el programa de tarifa-por-servicio de Medicare.

La petición de cambio CR 6954 actualiza el manual *Medicare Program Integrity Manual* agregando una nueva sección para clarificar el contenido existente con respecto a la evaluación de revisiones clínicas y también requiere que los contratistas de revisión de reclamaciones de Medicare utilicen el procedimiento de evaluación de revisiones

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.

cuando hagan determinaciones de revisiones complejas acerca de una reclamación.

Nota: La evaluación de revisiones clínicas no reemplaza la documentación de registros médicos defectuosos o inadecuados, ni es un procedimiento que los contratistas de revisiones puedan utilizar para anular, reemplazar o descartar un requisito de póliza.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMArticles/downloads/MM6954.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6954, 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.gov/transmittals/downloads/R338PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 338, CR 6954

Cambios al sistema necesarios para implementar cambios oportunos de límites de presentación

Número de *MLN Matters*: MM6960
 Número de petición de cambio relacionado: 6960
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de mayo de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R697OTN
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

La Sección 6404 de la ley de protección al paciente Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) ha modificado los requisitos de presentación oportuna para reducir a un año calendario a partir de la fecha de prestación de servicio, el período máximo de tiempo dedicado a la presentación de todas las reclamaciones de servicio a honorarios de Medicare. Adicionalmente, esta sección ordena que todas las reclamaciones por servicios prestados con anterioridad al 1 de enero de 2010, deben ser presentados al correspondiente contratista procesador de reclamaciones de Medicare a no más tardar el 31 de diciembre de 2010.

Los cambios al sistema necesarios para implementar los cambios oportunos de límites de presentación, van a asegurar que:

- Las reclamaciones con fechas de servicio anteriores al 1 de octubre de 2009, estarán sujetas a las instrucciones pre-PPACA de presentación oportuna y correcciones asociadas.
- Las reclamaciones con fechas de servicio entre el 1 de octubre y 31 de diciembre de 2009 serán rechazadas por motivo de haberse vencido el plazo de presentación.
- Las reclamaciones con fechas de servicio 1 de enero de 2010 y posteriores, recibidas más de un año calendario (12 meses) después de la fecha de prestación de servicio, serán rechazadas por motivo de haberse vencido el plazo de presentación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMArticles/downloads/MM6960.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6960, 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.gov/transmittals/downloads/R697OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 697, CR 6960

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.

Cuatro estados y Puerto Rico recibirán fondos compensatorios para el programa de incentivo EHR

En otro paso clave para fomentar el rol de los estados en desarrollar una infraestructura de tecnología de información de salud en los Estados Unidos (HIT), los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron fondos compensatorios federales adicionales para ciertas actividades de planificación del estado necesarias para implementar el programa de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) establecido por la American Recovery and Reinvestment Act of 2009 (Recovery Act).

Los EHR mejorarán la calidad del cuidado de salud para los ciudadanos de los estados recipientes y Puerto Rico y harán del cuidado de la salud más eficiente. Los registros hacen más fácil la coordinación del cuidado para los proveedores que pueden estar tratando a un paciente de Medicaid. Adicionalmente, los EHR hacen más fácil para los pacientes acceder a la información que ellos necesitan para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.

Este grupo es parte de un anuncio rodante que CMS comenzó en noviembre de 2009. Hasta la fecha, incluyendo los últimos fondos compensatorios, CMS ha conferido un total de \$58.38 millones a 35 estados, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

Recipiente	Cantidad conferida
Missouri	\$1.53 millones
New Mexico	\$405,000
Oregon	\$3.53 millones
Puerto Rico	\$1.80 millones
Washington	\$967,000
Subtotal	\$8.23 millones
Total hasta la fecha	\$58.38 millones

Información adicional sobre implementación de las provisiones relacionadas a Medicaid del programa de pago de incentivo EHR del Recovery Act pueden encontrarse en http://www.cms.gov/Recovery/11_HealthIT.asp.

Los comunicados de prensa, los cuales fueron emitidos el 26 de abril, están disponibles en https://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201005-08

Comunidades Beacon lideran el cometido para mejorar los resultados de salud

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

Estableciendo beacons para avances por toda la nación en Health IT

Los profesionales del cuidado de la salud aprecian las oportunidades de aprender de colegas y comunidades innovadoras – para ver que funciona realmente, para obtener perspectivas reales, para aprender las mejores prácticas, y para usar la experiencia de otros líderes en informar como mejorar el desempeño más ampliamente.

El *Beacon Community Cooperative Agreement Program*, por su diseño, tenía por objeto el ofrecer un rayo de luz sobre los innovadores de tecnología de información de salud (health IT), de tal forma que todos podamos aprender de ellos. El 4 de mayo, la *Secretaria Sebelius confirió \$220 millones para establecer 15 comunidades Beacon en toda América*. Este consorcio de comunidades – seleccionado de 130 aplicantes – ha demostrado liderazgo en desarrollar soluciones avanzadas en health IT para ayudar a mejorar resultados específicos de salud. Ellos también comparten una fuerte convicción en los beneficios de health IT como un pilar crítico para avanzar un mejoramiento del sistema de salud amplio y sostenible. La cantidad conferida promedio es \$15 millones en 36 meses.

Las cantidades otorgadas a la comunidad Beacon reconocen los esfuerzos de colaboración de la comunidad operando al filo de health IT e innovación del sistema de entrega del cuidado de salud. Las Comunidades Beacon implementarán un rango de innovaciones de entrega del cuidado de la salud construidas en infraestructura existente de health IT interoperable e intercambio de información basado en estándares, en coordinación con el Regional Extension Center Program y el State Health Information Exchange Program.

Además, el programa ayudará a las comunidades Beacon a planear y desarrollar nuevas iniciativas que pueden asegurar la sostenibilidad a largo plazo de mejoras habilitadas por health IT en la calidad del cuidado de la salud, seguridad, eficiencia, y población de salud. Esto incluye preparación de cambios futuros de póliza resultante en la promulgación de la legislación de reforma del cuidado de la salud que permitirá a los proveedores, estados, y organizaciones del cuidado de la salud

Comunidades Beacon lideran el cometido... (continuación)

regionales probar nuevos métodos de pago enfatizando mejoras en la calidad y valor.

Como muchos otros proveedores que implementan efectivamente health IT, las comunidades Beacon impulsarán otros programas y recursos federales existentes para promover el intercambio de información de salud a nivel de comunidad. Estos recursos incluyen:

- El Departamento de Defensa y el programa Department of Veterans Affairs Virtual Lifetime Electronic Record (VLER), los cuales intentan desarrollar un registro de salud electrónico longitudinal para todo el servicio activo, Guardia Nacional y Reserva, personal militar retirado, y Veteranos elegibles separados
- Los programas Health Resources and Services Administration (HRSA) en centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC) y Health Center Controlled Networks (HCCN) para avanzar la adopción de registros de salud electrónicos certificados y el intercambio de información de salud
- Los esfuerzos del Departamento de Agricultura y el Departamento de Comercio para extender la infraestructura

La asociación con sitios VLER, FQHC, y HCCN aplicables es particularmente importante para asegurar que alcanzamos resultados medibles y tangibles en ambientes del cuidado de la salud financiado federalmente, militar, y sector privado.

Me gustaría reconocer y alabar a los aplicantes que no fueron financiados hoy, pero cuya experiencia y compromiso sugiere que nuestra nación tiene una fundación alentadora para construir en intercambio de información de salud. Unos \$30.3 millones adicionales están actualmente disponibles para financiar concesiones adicionales de acuerdo cooperativo de comunidad Beacon. Un anuncio

para aplicar será hecho en el futuro cercano.

Especialmente, estoy complacido por la *diversidad entre los Beacon premiados*: geográficamente, estos extienden los Estados Unidos continental y alcanzan tan lejos como Hawaii; tanto comunidades urbanas como rurales están bien representadas; y los resultados de programas específicos extiende a algunas de las preocupaciones de salud más urgentes de América, desde reducir errores de medicación y mejorar el cuidado de las personas con enfermedad cardiovascular a reducir disparidades en el acceso y resultados de pacientes con diabetes. Adicionalmente, los programas traen innovación health IT a una variedad de las poblaciones menos servidas para tratar disparidades de salud y mejorar el cuidado del paciente. Las comunidades Beacon demuestran que el health IT puede traer un cambio significativo al cuidado de la salud para todos los americanos – no solamente a los más saludables, ricos, o mejores asegurados.

Extiendo mis más sinceras felicitaciones a nuestras 15 comunidades Beacon. Su trabajo me inspira, y creo que en los meses venideros, inspirará e informará a las comunidades health IT y médicas de América.

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

La Oficina del National Coordinator for Health Information Technology (ONC) le alienta a compartir esta información para que trabajemos juntos en mejorar la calidad, seguridad y valor del cuidado y salud de todos los americanos a través del uso de registro de salud electrónico e información de tecnología de salud.

Fuente: CMS PERL 201005-21

Ley de protección al paciente y cuidados al alcance de todos y ley de compatibilidad de cuidados de la salud y educación de 2010

El 23 de marzo de 2010, el Presidente Obama firmó la ley de protección al paciente y cuidados al alcance de todos, Patient Protection and Affordable Care Act. Una semana más tarde, el 30 de marzo, el Presidente promulgó la ley de compatibilidad de cuidados de la salud y educación de 2010, Health Care and Education Reconciliation Act of 2010. Estas dos nuevas leyes tienen un impacto significativo en el programa Medicare y muchas de sus disposiciones tiene fechas de vigencia anteriores al momento presente. Durante semanas recientes, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han comenzado a implementar varias disposiciones de las nuevas leyes, incluyendo aquellas con fechas de vigencia anteriores. Además de la implementación de estos cambios legislativos, ha sido actualizado el catálogo de tarifas médicas de Medicare para incluir ciertas correcciones, con fecha retroactiva de 1 de enero de 2010, como se prescribe en notificaciones publicadas recientemente en el *Federal Register*.

Una vez que, de acuerdo a lo anterior, los contratistas de Medicare tengan preparados los nuevos archivos de pago, todas las reclamaciones que sigan serán procesadas de acuerdo a las nuevas tasas. Sin embargo, CMS continuará trabajando de la mejor manera posible en la atención de las numerosas reclamaciones pagadas de acuerdo a las tasas que se encontraban vigentes antes de las actuales correcciones y antes de que se efectuaran las actualizaciones. Esté atento a más información acerca de la manera en que CMS tratará las reclamaciones pasadas. Hasta entonces, los proveedores no deberán volver a presentar reclamaciones procesadas anteriormente y que se vean afectadas por los cambios en los pagos, toda vez que estas reclamaciones podrían ser rechazadas como duplicadas en caso de que sean presentadas otra vez. ❖

Fuente: CMS PERL 201005-24

Cobertura de Medicare de monitores de glucosa en la sangre y suministros de prueba

Número de *MLN Matters*: MMSE1008
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo refuerza la información suministrada en el artículo de edición especial del *MLN Matters*® SE0738, la cual está disponible en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0738.pdf>. **Este artículo es informativo solamente y no representa cambios a la póliza Medicare.**

El equipo y suministros de autodiagnóstico de glucosa en la sangre están cubiertos para todas las personas con Medicare Parte B que tienen diabetes. Estos suministros incluyen:

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

- Monitores de glucosa en la sangre
- Tiras de prueba de glucosa en la sangre
- Dispositivos de bisturí y bisturís, y
- Soluciones de control de glucosa para revisar la precisión del equipo de prueba y las tiras de prueba.

Medicare Parte B cubre el mismo tipo de suministros de prueba de glucosa en la sangre para personas con diabetes ya sea que estos usen insulina o no. Sin embargo, la cantidad de suministros que están cubiertos varían. Medicare provee cobertura de monitores de glucosa en la sangre y accesorios y suministros asociados para diabéticos dependientes de insulina y no dependiente de insulina basado en la necesidad médica.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0738.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1008

Mejoras al refuerzo de facturación consolidada de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM6911
 Número de petición de cambio relacionado: 6911
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1952CP
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Modificación de facturación consolidada

Los suministros que no son de rutina provistos durante un episodio de cuidado de salud en el hogar están incluidos en el pago de Medicare de la agencia de salud en el hogar (HHA) y están sujetos a modificaciones de facturación consolidada como se describió en el *Medicare Claims Processing Manual*. Si la fecha de servicio para un código HCPCS de suministro que no es de rutina que está sujeto a facturación consolidada de salud en el hogar (HH) cae dentro de las fechas de un episodio HH, el ítem de línea fue previamente rechazado por los sistemas de Medicare.

Efectivo el 1 de octubre, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están implementando nuevos requisitos para modificar esta modificación con el fin de restaurar la intención original para pagar por suministros entregados antes de que comenzara el episodio HH. Tales suministros pueden haber sido ordenados antes de que la necesidad del cuidado HH haya sido identificada y son apropiadas para el pago, si todas

las otras condiciones con cumplidas. La modificación será cambiada a solamente servicios de rechazo, si el la fecha “desde” (from) en el ítem de línea de suministro caen un episodio HH.

Nuevo archivo de información de certificación HH

El *Medicare Claims Processing Manual* describe las responsabilidades de los suplidores y proveedores de terapia cuyos servicios están sujetos a facturación consolidada HH para determinar antes de proveer sus servicios si un beneficiario está actualmente en un episodio de cuidado HH. Para ayudar a estos suplidores y proveedores en determinar esto, CMS está creando un nuevo archivo, el cual almacenará y mostrará certificaciones de planes de cuidado HH.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6911.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6911, 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.gov/transmittals/downloads/R1952CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1952, CR 6911

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.

TARIFAS FIJAS

Revisión de archivos de pagos MPFSDB 2010 y otras provisiones

Número de *MLN Matters*: MM6973
 Número de petición de cambio relacionado: 6973
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de mayo de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R700OTN
 Fecha de implementación: 1 de junio de 2010

Resumen

Petición de cambio (CR) 6973 enmienda los archivos de pagos presentados a los contratistas considerando la notificación de determinación final del catálogo de tarifas médicas de Medicare (MPFS) de 2010 publicada el 5 de mayo en el *Federal Register* y las provisiones retroactivas de la ley Affordable Care Act.

Aún cuando la actualización de cero por ciento (0%) al MPFS de 2010 ha sido prorrogado a través de la legislatura, el factor de conversión (CF) ha sido modificado como resultado de los gastos de práctica (PE) y mal práctica (MP) relacionadas

a correcciones de la unidad de valor relativo (RVU). El CF modificado utilizado en el cálculo de cantidades de pago asociadas con esta instrucción es de \$36.0791.

La ley Affordable Care Act, después de modificada por la ley Health Care and Education Reconciliation Act of 2010, también incluía la extensión de varias provisiones retroactivas al 1 de enero de 2010 que habían sido previamente incluidas en otra legislación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6973.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6973, 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.gov/transmittals/downloads/R700OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 700, CR 6973

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 julio de 2010 del catálogo de tarifas DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM6945
 Número de petición de cambio relacionado: 6945
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de mayo de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010 para la implementación de cantidades de tarifas fijas en efecto el 1 de enero de 2010; 1 de abril de 2010 para las revisiones a los descriptores modificadores RA & RB los cuales vinieron a ser efectivos el 1 de abril de 2010; 1 de julio de 2010 para cualquier otro cambio
 Número de transmisión de CR relacionado: R1967CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Los catálogos de tarifas DMEPOS son actualizados trimestralmente, cuando es necesario implementar los montos de las tarifas del catálogo para códigos nuevos y para corregir montos de tarifas de los códigos existentes. Algunos de los puntos clave de esta actualización incluyen lo siguiente:

- *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS): los códigos A4336, E1036, L8031, L8032, L8629 y Q0506 fueron agregados al archivo HCPCS a partir del 1 de enero de 2010. Las reclamaciones correspondiente a estos códigos HCPCS con fecha de servicio 1 d enero de 2010 que ya han sido procesadas no serán ajustadas para reflejar las nuevas tarifas establecidas.
- Todos los insumos (incluyendo vendaje) usados junto con una bomba de infusión durable, son facturados con códigos A4221 y A4222 o códigos A4221 y K0552. No se usará otros códigos para facturación separada de estos insumos.
- A partir del 1 de abril de 2010, se ha revisado los descriptores de modificadores RA y RB, que se leerán de la manera siguiente:
 - RA: Reemplazo de DME, artículo ortótico o próstético
 - RB: Reemplazo parcial de DME, artículo ortótico o próstético provisto como parte de una reparación
- Suplidores y proveedores deberán agregar el modificador RA a reclamaciones de código Q0506 en casos en que una batería está siendo reemplazada porque ha sido perdida, robada o dañada de manera irreparable.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6945.pdf>.

Actualización de julio de 2010 del catálogo de tarifas DMEPOS ... (continuación)

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6945, 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.gov/transmittals/downloads/1967CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1967, CR 6945

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

AMBULANCIA

Actualización del Medicare Benefit Policy Manual para incluir transporte en ambulancia con respuestas simultáneas

Número de *MLN Matters*: MM6949

Número de petición de cambio relacionado: 6949

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de mayo de 2010

Fecha de efectividad: 4 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R125BP

Fecha de implementación: 15 de junio de 2010

Resumen

La petición de cambio CR 6949, actualiza el manual de políticas de beneficios de Medicare *Medicare Benefit Policy Manual* (Publicación 100-02, Capítulo 10), para incorporar información de transporte en ambulancia con respuestas simultáneas. No se presenta una nueva política ya que ésta solamente actualiza la sección del manual que refleja la política actual.

El servicio de ambulancia de Medicare es un beneficio de transporte de manera que si no hay transporte no hay un servicio que se deba pagar. Cuando hay una respuesta múltiple de ambulancias terrestres y/o aéreas, el pago debe hacerse solamente al proveedor/suplidor de ambulancia que efectivamente provee el transporte.

Respuestas simultáneas en servicios médicos de urgencia básico/avanzado

En situaciones en que una entidad de servicios médicos de urgencia básicos (BLS) provee el transporte y una entidad de servicios médicos de urgencia avanzados (ALS) provee un servicio

que cumple con la definición del catálogo de tarifas médicas de intervención de ALS según el catálogo de tarifas médicas, el suplidor de BLS puede facturar a Medicare el cobro de ALS, en caso de que exista un acuerdo por escrito entre la entidad BLS y la entidad ALS.

Si no hay un acuerdo entre el suplidor de ambulancia BLS y la entidad ALS que provee el dicho servicio, entonces se llevará a efecto solamente el pago de nivel BLS.

Transporte de ambulancia terrestre a ambulancia aérea

Cuando un beneficiario es transportado por ambulancia terrestre y transferido a ambulancia aérea, la ambulancia terrestre puede facturar a Medicare por el nivel de servicio provisto y el millaje desde el punto de recogida al punto de transferencia a la ambulancia aérea.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6949.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6949, 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.gov/transmittals/downloads/R125BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 125, CR 6949

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

INTERCAMBIO ELECTRONICO DE DATOS

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

Número de *MLN Matters*: MM6901
 Número de petición de cambio relacionado: 6901
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1950CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Para Medicare, los conjuntos de códigos de denegación y comentarios deben ser usados para reportar los ajustes de pago en transacciones de remesa de pago. Los códigos de denegación también son usados en algunas transacciones de coordinación de beneficios (COB). La lista de códigos de comentarios de remesa de pago (RARC) es mantenida por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y son usados por todos los pagadores; las adiciones, desactivaciones, y modificaciones a la misma pueden ser

iniciadas por cualquier organización del cuidado de la salud. Las listas de RARC y CARC son actualizadas tres veces al año – en marzo, julio, y noviembre. Ambas listas de código son publicadas en <http://www.wpc-edi.com/Codes>. Las listas al final del artículo resumen los últimos cambios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6901.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6901, 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.gov/transmittals/downloads/R1950CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1950, CR 6901

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

INFORMACIÓN GENERAL

Pautas de firma – marco de tiempo de 20 días para solicitudes de documentación adicional

Los contratistas de revisión de reclamación de Medicare, incluyendo los contratistas de comprehensive error rate testing (CERT) y los contratistas de auditorías de recuperaciones, son responsables de medir, detectar, y corregir pagos impropios en el programa de pago por servicio (FFS) de Medicare. Estos contratistas revisan las reclamaciones y documentación médica presentada por los proveedores.

El lenguaje previo en el *Program Integrity Manual (PIM)* requirió un “identificador legible en la forma de una firma electrónica o escrita a mano para cada servicio provisto u ordenado. La petición de cambio (CR) 6698 actualiza estos requisitos y añade el lenguaje e-Prescribing.

En situaciones donde las pautas en el PIM indican una revisión médica para contactar al proveedor que factura solicitando que se presente una certificación de declaración o registro de firma para autenticar un registro médico, el proveedor debe presentar una certificación de declaración o registro de firma 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 los Estados Unidos

Registro de firma

Un registro de firma lista el nombre mecanografiado o impreso del autor asociado con las iniciales o una firma ilegible. El registro de firma puede ser incluido en la página actual donde las iniciales o firma ilegible son usadas o puede ser un documento separado. Los revisores médicos aconsejan el listado de credenciales en el registro; sin embargo, CMS ha instruido a los revisores a no denegar una reclamación por un registro de firma que le faltan los credenciales.

Certificado de declaración de firma

El autor de la entrada del registro médico debe firmar y fechar la certificación de declaración para ser considerado válido para propósitos de revisión médica de Medicare. El

Pautas de firma - marco de tiempo de 20 días ... (continuación)

certificado de declaración debe contener la información apropiada para identificar al beneficiario en cuestión.

Asistencia al proveedor

First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha implementado cuentas de faxination para asistir a los proveedores a cumplir con estos requisitos y agilizar este proceso. FCSO le proveerá con estos números importantes con la solicitud del registro de firma o certificación de declaración.

Información adicional

Para información detallada sobre requisitos de firma, *haga clic aquí*.

Fuente: CR 6698, transmittal number 327, 16 de marzo de 2010

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

Actualización del manual sobre la facturación de medicamentos descartados o productos biológicos

Número de *MLN Matters*: MM6711
 Número de petición de cambio relacionado: 6711
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 30 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1962CP
 Fecha de implementación: 30 de julio de 2010

Resumen

Este artículo sirve como una aclaración y recordatorio de las pautas en el *Medicare Claims Processing Manual* que describe cómo usar el modificador JW para medicamentos descartados.

La petición de cambio (CR) 5923 proveyó a los contratistas la opción de requerir o no el modificador JW. Durante la implementación del CR 5923, First Coast Service Options Inc. (FCSO) tomó la decisión de no requerir el modificador JW (vea el artículo publicado en la página 11

del *Medicare B Update!* de mayo del 2008 [en inglés]). El CR 6711 no modifica esta decisión. **Por lo tanto, la nueva instrucción sobre el uso del modificador JW, especificado en el CR 6711, no aplica a las reclamaciones presentadas a FCSO.** Las instrucciones en el CR 6711 aplican solamente a esos contratistas que requieren el uso del modificador JW.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6711.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6711, 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.gov/transmittals/downloads/R1962.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1962, CR 6711

El modificador JW no es requerido – El artículo de MLN Matters MM6711 no aplica a FCSO

Este artículo sirve como un recordatorio y una clarificación de las pautas en el *Medicare Claims Processing Manual* que describe cómo usar el modificador JW para medicamentos descartados.

La petición de cambio (CR) 5923 proveyó a los contratistas la opción de requerir o no el modificador JW. Durante la implementación del CR 5923, First Coast Service Options Inc. (FCSO) tomó la decisión de no requerir el modificador JW. El CR 6711 no modifica esta decisión. **Por lo tanto, las nuevas instrucciones sobre el uso del modificador JW, especificados en el CR 6711, no aplican a las reclamaciones presentadas a FCSO. Las instrucciones en el CR 6711 son solamente aplicables a esos contratistas que requieren el uso del modificador JW.**

Información adicional

Este es el enlace al artículo de *MLN Matters* MM5923 <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5923.pdf>.

Este es el enlace a la instrucción oficial a su contratista de la Parte B de Medicare (carrier), DME/MAC, FI y/o A/B MAC para el CR 5923 <http://www.cms.gov/Transmittals/downloads/R1478CP.pdf>.

Fuente: CMS Publication 100-04, Transmittal 1962, CR 6711

Cantidad en requerimientos de controversia para audiencias ALJ y corte de distrito federal

Número de *MLN Matters*: MM6894

Número de petición de cambio relacionado: 6894

Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de mayo de 2010

Fecha de efectividad: 9 de agosto de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1965CP

Fecha de implementación: 9 de agosto de 2010

Resumen

Este artículo notifica a los contratistas de Medicare acerca de la cantidad en requerimientos de controversia (AIC) para mantener los derechos de una audiencia de derechos de corte de apelaciones del distrito federal, a partir del 1 de enero de 2010.

Juez administrativo

- La cantidad restante en requerimientos de controversia para solicitudes de audiencia ALJ hechas antes del 1 de enero de 2010, es \$120.
- La cantidad restante en requerimientos de peticiones hechas a partir del 1 de enero de 2010, es \$130.

Corte de apelaciones distrito federal

- La cantidad restante en requerimientos de peticiones hechas antes del 1 de enero de 2010, es \$1,220.
- La cantidad restante en requerimientos de peticiones hechas a partir del 1 de enero de 2010, es \$1,260.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6894.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6894, 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.gov/transmittals/downloads/R1965CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1965, CR 6894

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 a la guía en la póliza estandarizada de Medigap

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) recientemente emitieron una orientación sobre una nueva póliza estandarizada de Medigap (Plan N) que será efectiva el 1 de junio. Basado en las preguntas recibidas de la comunidad del proveedor desde que la orientación fue publicada, CMS ha hecho varios cambios aclaratorios, los cuales han resultado en el reemplazo de la orientación original con lo siguiente.

Preguntas y respuestas revisadas sobre la implementación del complemento de copago del Plan N de Medicare, deducible, y coseguro

Los planes y beneficios de complemento de Medicare han sido actualizados de acuerdo con las revisiones recientes al Medicare Supplement Model Regulation and the Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA). La Sección 9.1E(11) del "Model" provee que el Plan N complementario de Medicare incluirá una estructura de copago. Mientras que los estados y compañías están trabajando hacia la implementación de estos nuevos cambios (los cuales aplican a las pólizas con fechas de efectividad del 1 de junio o después), un número de preguntas han surgido sobre la implementación del nuevo copago del Plan N, deducible, y requisitos de coseguro.

Requisitos del Plan N

La Sección 9.1E(11) del NAIC Model Regulation 651 (como fue publicado en el *Federal Register* el 24 de abril de 2009 (vea la página 18823) establece:

"(11) El Plan N complementario estandarizado de Medicare incluirá solamente lo siguiente: El beneficio básico (principal) como se definió en la Sección 8.1B de esta regulación, más cien por ciento (100%) del deducible de Medicare Parte A, centro de enfermería especializada, y el cuidado médico necesario de emergencia en un país extranjero como se definió en las Secciones 8.1C(1), (3) y (6) de esta regulación, respectivamente, con copagos en las siguientes cantidades:

- el menor de veinte dólares (\$20) o el coseguro de Medicare Parte B o copago para cada visita de oficina cubierta al proveedor del cuidado de la salud (incluyendo las visitas a especialistas médicos), y
- el menor de cincuenta dólares (\$50) o el coseguro de Medicare Parte B o copago para cada visita cubierta a la sala de emergencias, sin embargo, este copago será dispensado si el asegurado es admitido en cualquier hospital y la visita de emergencia es subsiguientemente cubierta como un gasto de Medicare Parte A".

Actualización a la guía en la póliza estandarizada de Medigap ... (continuación)

Para asegurar la implementación consistente de este nuevo beneficio estandarizado de Plan N, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y el Senior Issues Task Force de la National Association of Insurance Commissioners (NAIC), han desarrollado la siguiente guía. Esta información también será provista a los contratistas de la Parte B de Medicare (carrier) suplementarios de Medicare. Las referencias a los códigos *CPT* y los procedimientos de Medicare en este documento han sido revisados por CMS, pero están sujetos a cambio puesto que pueden cambiar las reglas y codificación de Medicare.

Deducible

- P1.** ¿Funcionará el pago del deducible de Medicare Parte B por el beneficiario cuando el beneficiario tiene una póliza Plan N de la misma forma como pago por servicio (FFS) de Medicare, en que el beneficiario paga el coseguro o un copago por la cantidad aprobada de Medicare para los servicios solamente después de cumplir con el deducible de Parte B?
- R1.** Sí, el suscriptor del Plan N es responsable de cumplir el deducible antes de que cualquier coseguro o copago sea colectado. Una vez se cumple el deducible, el suscriptor es responsable de hasta \$20 por visita de oficina y hasta \$50 para una visita a la sala de emergencias.

Coseguro o copago de visita de oficina

- P2.** Bajo el Plan N, ¿Qué constituye una “visita de oficina” para propósitos de determinar si el suscriptor está sujeto al coseguro o copago de Parte B de hasta \$20?
- R2.** Los servicios codificados como visitas de oficina o de evaluación y manejo y facturadas en los formularios de reclamación profesional de Parte B (CMS-1500 o ASC X12N 837 profesional) sería considerado “visitas de oficina” para propósitos de determinar si el suscriptor está sujeto al coseguro o copago del Plan N de Parte B de hasta \$20. Estos incluyen los códigos *CPT-4 99201-99205* y *99211-99215*, como también *92002*, *92004*, *92012*, y *92014* (oftalmología), y *90805* (psicoterapia).

Nota: Los códigos de consulta *CPT-4* han sido eliminados del 2010 Medicare physician fee schedule y ya no son pagables por Medicare desde el 1 de enero de 2010.

- P3.** Cuando se aplica el copago o coseguro de médico de oficina Plan N, ¿debe aplicarse la cantidad solamente al cargo de visita de oficina y no a otro cargo tal como laboratorio, radiografía o equipo médico duradero (DME)?
- R3.** Sí, el coseguro o copago deben ser aplicados solamente a los códigos *CPT-4 99201-99205* y *99211-99215*, los cuales son códigos usados para facturar una visita de oficina.
- P4.** Si el suscriptor del Plan N presenta múltiples visitas de oficina cubiertas por Medicare en un día, ¿es el coseguro o copago aplicable a cada visita de oficina?
- R4.** Sí, el coseguro o copago es aplicable a cada visita de oficina cubierta por Medicare.
- P5.** ¿Cuáles son los códigos *CPT-4* aplicables a las visitas de oficina de especialidad del médico para el Plan N?
- R5.** No existen códigos de visitas de oficina usados solamente para visitas a especialistas, con la excepción de códigos de oftalmología y psicoterapia listados arriba. Los códigos

CPT-4 99201-99205 y *99211-99215*, los cuales aplican a visitas de oficina que no son de especialidad, también aplican al coseguro o copago de visita de oficina de especialidad del Plan N.

- P6.** ¿Constituirían los servicios en línea, teléfono, o telehealth como “visitas de oficina” para propósitos de determinar si un suscriptor de Plan N está sujeto al copago o coseguro de Parte B de hasta \$20?
- R6.** Los proveedores no codifican estos servicios como visitas de oficina, consultas de oficina, o de evaluación y manejo en sus facturas de Parte B. Por lo tanto, estos servicios no estarían sujetos al coseguro o copago del Plan N.
- P7.** ¿Aplica el copago a la visita de oficina de Plan N o a la sala de emergencia al beneficio de emergencia de viaje extranjero?
- R7.** No, los copagos a la visita de oficina del Plan N y a la sala de emergencia no aplican al beneficio de emergencia de viaje extranjero. Estos servicios no tendrán un NPI válido anexo. Por lo tanto, las reclamaciones no pueden ser transferidas.

Coseguro o copago de sala de emergencia

- P8.** ¿Aplican el coseguro o copago de la sala de emergencia (ER) del Plan N a los cargos profesionales del médico, los cargos del centro ER, o al coseguro o copago del ER y la visita de oficina del médico?
- R8.** El Plan N ER de coseguro o copago aplica a la cantidad total que es responsabilidad del paciente de coseguro o copago de Medicare Parte B como se muestra en la remesa de pago. La porción de tarifa profesional del médico de los cargos de visitas ER es identificada como los códigos *CPT-4 99281-99285*.
- P9.** ¿Está sujeto un suscriptor del Plan N al coseguro o copago del Plan N del cargo profesional de médico de hasta \$20 y el coseguro o copago del centro de emergencias de hasta \$50 como resultado de una visita cubierta a la sala de emergencias que no resulta en una hospitalización?
- R9.** No, el beneficiario está sujeto a un coseguro o copago del Plan N de sala de emergencia de hasta \$50 basado en el total de responsabilidad del coseguro de Parte B.
- P10.** ¿Cuándo es dispensado para un suscriptor de Plan N el coseguro o copago de hasta \$50 de sala de emergencia de Parte B?
- R10.** Si un suscriptor de Plan N es admitido a un centro de hospitalización subsiguiente a la visita de ER, y el cuidado es pagado bajo una estancia de hospitalización de Parte A, entonces el Plan N ER de coseguro o copago debe ser dispensado. Si la visita a la sala de emergencia, incluyendo los cargos del médico y el centro del cuidado ambulatorio son pagados bajo Parte B, como estos estarán cuando el suscriptor no es admitido a un centro de hospitalización, entonces aplicará el coseguro o copago de hasta \$50 del Plan N de Parte B.
- P11.** Si el suscriptor del Plan N presenta múltiples visitas al ER cubiertas por Medicare en un día y no es admitido, ¿es el coseguro o copago del ER aplicable a cada visita?
- R11.** Sí, el Plan N ER de copago o coseguro de hasta \$50 es aplicable a cada visita cubierta de Medicare.
- P12.** ¿Es el Plan N ER o el coseguro o copago de la visita de oficina aplicable a centros del cuidado urgente?

Actualización a la guía en la póliza estandarizada de Medigap ... (continuación)

- R12.** No. Puesto que una visita a un centro del cuidado urgente no es codificada como una visita de oficina o una visita al ER y tiene un código único, el Plan N de copago o coseguro para la visita de oficina o visita al ER no aplica a las visitas a un centro del cuidado urgente.
- P13.** Bajo el Plan N, ¿por qué hay un coseguro o copago mayor para visitas a la sala de emergencias que para las visitas de oficina?
- R13.** La intención de tener un mayor coseguro o copago para las visitas a la sala de emergencias es el de alentar las visitas de oficina cuando sean apropiadas y desalentar visitas innecesarias a la sala de emergencias.

¿Preguntas adicionales?

Si usted tiene cualquier pregunta, contacte a Jane Sung en el NAIC para asuntos relacionados al la regulación del modelo NAIC o asuntos relacionados al (202) 471-3979 o <mailto:jsung@naic.org>, o Jay Dobbs en CMS para asuntos relacionados a los procedimientos de Medicare y codificación al (410) 786-1182 o <mailto:jay.dobbs2@cms.hhs.gov>.

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

Fuente: CMS PERL 201005-02

Nuevos recursos del Medicare Learning Network

La edición de abril de 2010 del *Medicare Learning Network (MLN) Catalog of Products* está disponible ahora y puede ser accedido en <http://www.cms.gov/MLNproducts>. El Catálogo de Productos de MLN es un documento descargable e interactivo que lista todos los productos del *Medicare Learning Network* por formato de medio. El catálogo ha sido revisado para proveer nuevos enlaces dentro del documento. Todos los títulos de los productos y la palabra “download”, cuando es seleccionada, le enlazarán a la versión en línea del producto. Las palabras “hard copy” (copia impresa) cuando es seleccionada, le enlazarán automáticamente a la página de MLN Product Ordering. Para acceder al catálogo, haga clic en el enlace llamado *MLN Product Catalog*.

La hoja informativa revisada de *Rehabilitation Therapy Information Resource for Medicare* (abril de 2010) está ahora disponible en formato para descargar del *Medicare Learning Network* de Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/Rehab_Therapy_Fact_Sheet.pdf. Esta hoja informativa provee un guía y recursos relacionados a servicios de terapia de rehabilitación, requisitos de cobertura, y sistemas de pago.

La hoja informativa revisada de *Clinical Laboratory Fee Schedule* (enero de 2010) ahora está disponible en formato impreso del *Medicare Learning Network* de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Para hacer su orden, visite <http://www.cms.gov/MLNGenInfo>, desplace la barra direccional vertical en su pantalla hacia abajo para encontrar “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page”. Esta hoja informativa provee información general sobre la tarifa fija de laboratorio, cobertura de servicios de laboratorio clínico, y como se establece las tasas de pago.

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

Fuente: CMS PERL 201005-03

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

First Coast Service Options (FCSO) Inc. se enorgullece de su exclusiva hoja de cálculo interactiva de E/M, disponible en <http://medicareespanol.fcsoc.com/EM/169608.asp>. Este recurso fue desarrollado para ayudar a los proveedores a identificar el código apropiado a facturar para los servicios de evaluación y manejo (E/M) realizados durante una visita específica del paciente. Este recurso interactivo es ideal para usarlo como una hoja de cotejo por los médicos o como una herramienta de evaluación de calidad por los auditores, especialistas de facturación, y codificadores. Luego de que usted haya tratado la hoja de cálculo interactiva de E/M, envíenos sus comentarios sobre este recurso por medio de nuestro formulario de comentarios del sitio web, disponible en <http://medicareespanol.fcsoc.com/Comentarios/161119.asp>.

Teleconferencia nacional del proveedor sobre ICD-10/5010 programada para el 15 de junio

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) presentarán una teleconferencia nacional del proveedor el 15 de junio titulada “ICD-10 Implementation in a 5010 Environment.” Esta teleconferencia gratuita incluirá una sesión de preguntas y respuestas que le dará a los participantes una oportunidad de hacer sus preguntas a los expertos en el tema de CMS. **Dirigido a: Codificadores médicos, personal de la oficina del médico, personal de facturación del proveedor, personal de registros de salud, vendedores, educadores, mantenedores del sistema y todos los proveedores de pago por servicio (FFS) de Medicare.**

Detalles de la teleconferencia

Cuando: martes, 15 de junio 2010

Hora: Mediodía-2:00 p.m. ET

La presentación incluirá los siguientes temas:

- ICD-10
 - Implementación de servicios ICD-10 provistos el 1 de octubre de 2013 en adelante
 - Beneficios de ICD-10
 - Diferencias entre los códigos ICD-10 y ICD-9-CM
 - Herramientas para códigos convertidores -- general equivalence mappings (GEMs)
- Propuesta para congelar las actualizaciones de código ICD-9-CM y ICD-10 excepto para nuevas tecnologías y enfermedades
 - HIPAA versión 5010

- Perspectiva general HIPAA versión 5010 y D.O y quién es impactado
- Fechas de conformidad
- Beneficios
- Alcance de 5010 versus el alcance de ICD-10
- Lo que usted necesita hacer para prepararse
- Línea cronológica
- Implementación de FFS de Medicare de HIPAA versión 5010 y D.O
- Impacto en los formularios de reclamación en papel

Información de inscripción

Para más información y para inscribirse para esta teleconferencia informativa, vaya a http://www.cms.gov/ICD10/02c_CMS_Sponsored_Calls.asp. La inscripción para esta llamada cerrará el 14 de junio al mediodía ET o cuando se llenen los espacios disponibles. No se harán ninguna excepción. Inscribese tan temprano como sea posible.

Información adicional

Información adicional sobre ICD-10/5010 puede ser encontrada en <http://www.cms.gov/ICD10>.

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

Fuente: CMS PERL 201005-41

El tiempo se acaba – ¿ya has respondido?

Su oportunidad de participar en la encuesta de satisfacción del proveedor para con el contratista de Medicare 2010 (MCPSS) está pronto a terminar y los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) todavía necesitan sus comentarios. Si usted o su oficina recibieron notificación de CMS de que usted fue seleccionado al azar para participar en el MCPSS 2010 – esta es su última oportunidad de responder antes de que la encuesta cierre. Sus comentarios son muy importantes. El MCPSS es su oportunidad de decirnos sobre su satisfacción con los servicios que usted recibe del contratista de Medicare que procesa y paga sus reclamaciones de pago por servicio de Medicare.

El completar la encuesta es fácil y rápido. Solamente le toma unos cuantos minutos de su tiempo. Para responder a esta encuesta o para designar a un delegado para completarla de su parte, llame a la línea de ayuda del proveedor de MCPSS hoy al 1-800-835-7012, o envíe un e-mail a mcpss@scimetrika.com. Un representante del equipo MCPSS le ayudará felizmente.

Le aseguramos que no proveeremos a nadie información que identifique su práctica o centro de salud fuera del equipo de estudio, excepto que es requerido por ley.

Si usted ya ha respondido al MCPSS 2010, gracias. Si todavía no lo ha hecho, no se pierda esta excelente oportunidad de dejar escuchar su voz. El tiempo se acaba... ¡responda hoy!

Tenga en cuenta: Solamente los proveedores y suplidores que han sido seleccionados al azar y notificados pueden participar en el MCPSS 2010. 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 CMS sobre MCPSS en <http://www.cms.gov/mcpss>, o lea el artículo de CMS de edición especial de *MLN Matters*, SE1005, en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1005.pdf> presentando la encuesta.

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

Fuente: CMS PERL 201005-15

La semana nacional de salud de la mujer es del 9 al 15 de mayo

En el espíritu de la semana nacional de salud de la mujer, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid solicitan a los proveedores ayudar a las mujeres participantes en Medicare a mantenerse saludables alentándolas a aprovechar los servicios preventivos con cobertura de Medicare.

Medicare da cobertura a un amplio rango de servicios preventivos que pueden ayudar a las mujeres participantes en Medicare a vivir una vida más larga y saludable.

Los servicios preventivos de Medicare, dan a los beneficiarios elegibles, cobertura que incluye lo siguiente:

- Mamografías
- Medida de la masa ósea
- Exámenes Papanicolaou y
- Exámenes de la pelvis.

Para mayor información

CMS ha desarrollado una variedad de productos educacionales y recursos para ayudar a los profesionales del cuidado de la salud y su personal a familiarizarse con la cobertura, codificación, facturación y reembolso de los servicios preventivos con cobertura de Medicare.

The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers and Other Health Care Professionals -- este recurso global, contiene información de cobertura codificación y pago acerca de muchos de los servicios preventivos con cobertura de Medicare.

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

Quick Reference Information: Medicare Preventive Services -- este gráfico contiene información de cobertura codificación y pago acerca de muchos de los servicios preventivos con cobertura de Medicare, en un formato de referencia rápida fácil de usar.

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

The Bone Mass Measurements Brochure – este folleto contiene información de cobertura codificación y pago acerca de medidas óseas con cobertura de Medicare.

http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/bone_mass.pdf

The Bone Cancer Screenings Brochure – este folleto contiene información de cobertura codificación y pago acerca de exámenes de cáncer a los huesos con cobertura de Medicare, incluyendo mamografías, exámenes de Papanicolaou y exámenes a la pelvis.

http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/cancer_screening.pdf

The Medicare Preventive Services Series: Part 3 Web-Based Training Course (WBT) – esta WBT incluye información sobre cobertura codificación y facturación de muchos de los servicios preventivos con cobertura de Medicare, incluyendo mamografías, exámenes de Papanicolaou, exámenes a la pelvis y medidas de la masa ósea. Para acceder la WBT, visite el portal MLN en: <http://www.cms.gov/mlngeninfo> baje a “Related Links Inside CMS” y haga clic en “WBT Modules.”

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

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

Para ordenar copias impresas de ciertos productos MLN, incluyendo folletos y el gráfico de información de referenci a rápida, visite nuestro portal MLN en <http://www.cms.gov/mlngeninfo>. Baje a “Related Links Inside CMS” y haga clic en “MLN Product Ordering Page.”

Para más información sobre la semana nacional de la salud de la mujer, visite el sitio web Office on Women’s Health en <http://www.womenshealth.gov/whw>.

Le agradecemos su ayuda a CMS a mejorar la salud de la mujer participante de Medicare al unirse al esfuerzo de educar a beneficiarias elegibles sobre la importancia de aprovechar los servicios preventivos con cobertura Medicare.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier hyperlink de este mensaje, copie y pegue el URL en su buscador (browser) de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201005-18

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

First Coast Service Options (FCSO) Inc. se enorgullece de su exclusiva hoja de cálculo interactiva de E/M, disponible en <http://medicareespanol.fcso.com/EM/169608.asp>. Este recurso fue desarrollado para ayudar a los proveedores a identificar el código apropiado a facturar para los servicios de evaluación y manejo (E/M) realizados durante una visita específica del paciente. Este recurso interactivo es ideal para usarlo como una hoja de cotejo por los médicos o como una herramienta de evaluación de calidad por los auditores, especialistas de facturación, y codificadores. Luego de que usted haya tratado la hoja de cálculo interactiva de E/M, envíenos sus comentarios sobre este recurso por medio de nuestro formulario de comentarios del sitio web, disponible en <http://medicareespanol.fcso.com/Comentarios/161119.asp>.

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor abril 2010

Serie de evaluación y manejo (E/M): Talleres que cubren los servicios E/M de un paciente típico-Sesión 6

Cuando: martes, 22 de junio
 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.

Serie de evaluación y manejo (E/M): Talleres que cubren los servicios E/M de un paciente típico-Sesión 6

Cuando: jueves, 24 de junio
 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.

Transición a HIGLAS (Parte A)

Cuando: lunes, 7 de julio
 Hora: 11:00 a.m.-12:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido: Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU

Transición a HIGLAS (Parte A)

Cuando: lunes, 7 de julio
 Hora: 2:00 p.m.- 3:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast
Idioma en que se ofrece el evento: español
Dirigido: 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.

SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS

Nuevo mensaje para pagos más altos de lo esperado del sistema de pagos prospectivos

Número de *MLN Matters*: MM6910
 Número de petición de cambio relacionado: 6910
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2009
 Número de transmisión de CR relacionado: R684OTN
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Cuando Medicare establece pago prospectivamente, una unidad de pago es trabajada de antemano para todo un grupo de servicio que son entregados juntos como parte de un solo beneficio de Medicare. Este tipo de pago es hecho en vez de pagar cada servicio por separado en base de su costo individual. Algunos pagos pueden ser menos de lo esperado basado en los cargos de servicios individuales, pero también, a veces más grande de lo esperado.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) reconoce que estas preocupaciones son concienzudas

y expresadas por los beneficiarios que están preocupados sobre los gastos de Medicare. Este nuevo resumen de Medicare (MSN) mensaje (30.41) reducirá costos administrativos relacionados de explicaciones individuales cuando surjan preguntas sobre el uso apropiado de un mensaje MSN para un recordatorio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6910.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6910, 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.gov/transmittals/downloads/R684OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 684, CR 6910

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.

Adición provisional del tres por ciento para el sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM6955 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6955
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R674OTN
 Fecha de implementación: 24 de mayo de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 6955 para actualizar los índices de episodio nacional y las cantidades nacionales por visita bajo el sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar (HH PPS) para el año calendario (CY) 2010 para los episodios y visitar que terminen después del 1 de abril de 2010, y antes del 1 de enero de 2011. Esta actualización añade tres por ciento para los servicios de salud en el hogar prestados en áreas rurales. La Sección 3131 del Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (PPACA) especifica esta adición de pago rural. La adición del tres por ciento será implementada vía el PRICER de salud en el hogar usado para procesar reclamaciones HH.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6955.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6955, 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.gov/transmittals/downloads/R674OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 674, CR 6955

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 PC PRICER

El año fiscal (FY) 2010 del sistema de pagos prospectivos (PPS) del paciente hospitalizado de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado en la Web para el FY 2010 para las reclamaciones con los datos corregidos del proveedor de abril de 2010. Si usted utiliza PPS del paciente hospitalizado PC PRICER del FY 2010, vaya a la página de PPS del paciente hospitalizado PC PRICER en http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp bajo la sección de *Downloads*, y descargue la última versión del PC PRICER.

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

Fuente: CMS PERL 201004-38

IRF PPS PC PRICER – Actualización del FY 2010

El año fiscal (FY) 2010 de centros de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF) del sistema de pagos prospectivos (PPS) PC PRICER ha sido actualizado con los datos y lógica de cálculo del proveedor de abril del Health Care Reform Act. El PC PRICER está listo para ser descargado de la página web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/PCPricer/06_IRF.asp. Si usted usa el IRF PPS PC PRICER, vaya a la página arriba y descargue la última versión del PRICER 2010, publicada el 28 de abril de 2010, en la sección de *Downloads*.

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

Fuente: CMS PERL 201004-40

Actualizado el año de pago 2010 para los centros psiquiátricos del paciente hospitalizado PPS PC PRICER

El sistema de pagos prospectivos (PPS) de centros psiquiátricos del paciente hospitalizado (IPF) de computadora personal (PC) PRICER para el año de pago (RY) 2010 ha sido actualizado con los datos del proveedor de abril de 2010. La versión del RY 2010 ha sido hecho disponible en el sitio web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Si usted utiliza el IPF PPS PC PRICER para el RY 2010, vaya a la página http://www.cms.gov/PCPricer/09_inppsy.asp, y descargue las últimas versiones del IPF PPS 2010 PC PRICER, publicadas el 28 de abril de 2010.

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

Fuente: CMS PERL 201004-41

Pago del sistema de pagos prospectivo de centros psiquiátricos del paciente hospitalizado – actualización para el año de pago 2011

CMS-1424-N – Pago del sistema de pagos prospectivo de centros psiquiátricos del paciente hospitalizado - actualización del año de pago comenzando el 1 de julio de 2010 (RY 2011)

CMS-1424-N publicado en el *Office of the Federal Register* el 30 de abril de 2010. Este aviso actualiza las tasas de pago para el sistema de pagos prospectivos de hospitales psiquiátricos del paciente hospitalizado (IPF PPS) para los servicios provistos por centros psiquiátricos del paciente hospitalizado (IPF). Estos cambios aplican a las dadas de alta de IPF que ocurren durante el año de pago comenzando el 1 de julio de 2010, hasta el 30 de junio de 2011. También estamos respondiendo a los comentarios en el ajuste de enseñanza de IPF PPS y la bolsa del mercado, la cual recibimos en respuesta a nuestro aviso IPF PPS de mayo de 2009 con solicitud para comentarios. Usted puede ver este aviso en <http://www.cms.gov/InpatientPsychFacilPPS/IPFPPSRN/itemdetail.asp?itemID=CMS1235018>.

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

Fuente: CMS PERL 201004-43

Actualizaciones al sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar PC PRICER

El año calendario (CY) 2008 y CY 2009 del sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar (HH PPS) de computadora personal (PC) PRICERS ha sido actualizado con lógica revisada. Los PC PRICERS están en la página web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/PCPRICER/05_HH.asp, bajo la sección de *Downloads*. Si usted utiliza el CY 2008 o CY 2009 HH PPS PC PRICERS, vaya a la página arriba y descargue la última versión del PC PRICER publicada el 30 de abril de 2010.

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

Fuente: CMS PERL 201005-01

HOSPITAL

Requisitos de hospital para la facturación de reclamaciones del paciente hospitalizado para los beneficiarios de Medicare Advantage

Número de *MLN Matters*: MM6821

Número de petición de cambio relacionado: 6821

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

Fecha de efectividad: 7 de junio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R696OTN

Fecha de implementación: 7 de junio de 2010

Resumen

Al revisar los datos usados para calcular las proporciones del ingreso de seguridad suplementario (SSI) para el año fiscal (FY) 2007, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) determinaron que muchos hospitales no han reportado ningún día de Medicare Advantage. Por lo tanto, todos los sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS), sistema de pagos prospectivos de centros de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF PPS), y hospitales del cuidado de la salud a largo plazo (LTC) se les dará una última oportunidad de presentar reclamaciones de información solamente FY 2007. Además, cada hospital que aplique debe atestiguar a su contratista de Medicare que:

- Ha presentado todas sus reclamaciones Medicare Advantage para FY 2007, o
- No tiene reclamaciones Medicare Advantage para FY 2007.

CMS recalculará y volverá a publicar las porciones SSI de FY 2007 una vez que las reclamaciones de información solamente hayan sido procesadas.

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.

Aunque las porciones de FY 2008 SSI no han sido publicadas, CMS cree que un número significativo de hospitales no han sido presentado reclamaciones de información solamente de Medicare Advantage en sus porciones de FY 2008 SSI. Por lo tanto, los hospitales IPPS, IRF PPS y LTC PPS que apliquen les será dado una última oportunidad para presentar reclamaciones de información solamente de Medicare Advantage FY 2008. Además, cada hospital que aplique atestiguará a sus contratistas de Medicare que:

- Ha presentado todas sus reclamaciones Medicare Advantage para FY 2008, o
- No tiene reclamaciones Medicare Advantage para FY 2008.

CMS calculará y publicará las porciones SSI FY 2008 una vez las reclamaciones de información solamente estén procesadas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6821.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6821, 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.gov/transmittals/downloads/R595OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 696, CR 6821

Procesamiento de reclamaciones con conflicto de género/procedimiento

Número de *MLN Matters*: MM6917
 Número de petición de cambio relacionado: 6917
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R693OTN
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Las reclamaciones para algunos servicios de beneficiarios que son transgénero o hermafrodita pueden ser denegados debido a modificaciones relacionadas a sexo, a menos que estos servicios sean facturados apropiadamente.

El National Uniform Billing Committee aprobó el código de condición 45 (Ambiguous Gender Category) para identificar

estas reclamaciones únicas y para permitir las modificaciones relacionadas a sexo que sean procesadas correctamente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6917.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6917, 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.gov/transmittals/downloads/R693OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 693, CR 6917

Decisión de CMS sobre tres asuntos de parte desproporcionada de hospital de Medicare

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) recientemente publicaron la decisión de CMS “CMS-1498-R” perteneciente a tres asuntos de parte desproporcionada de hospital (DSH) de Medicare. Específicamente, las direcciones regentes jurisdiccionalmente propias pendientes a apelaciones y a reportes de costo abierto sobre los asuntos de los días no cubiertos de Medicare (tales como días de beneficio agotados y días de Medicare como pagador secundario), el proceso de datos que concuerda para las fracciones del ingreso de seguridad suplementario “SSI”, y días de labor y entrega”. La decisión entró en vigencia el 28 de abril. Usted puede ver la decisión en <http://www.cms.gov/Rulings/downloads/CMS1498R.pdf>. La página principal de “CMS Rulings” está disponible en <http://www.cms.gov/Rulings/CMSR/list.asp>.

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

Fuente: CMS PERL 201005-05

Fecha límite del 18 de junio para retiros y terminaciones de reclasificaciones

En la Tabla 9A en el Apéndice del año fiscal (FY) 2011 de la regla propuesta del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) (http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/downloads/FY_2011_NPRM_WI_TABLES.zip), los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) identificaron los hospitales que tienen reclasificaciones efectivas en FY 2011. Bajo 42 CFR 412.273, los hospitales que han sido reclasificados por el Medicare Geographic Classification Review Board (MGCRB) son permitidos retirar sus aplicaciones para reclasificación, o terminar una reclasificación existente de tres años que sería efectiva en FY 2011, dentro de 45 días de la publicación del aviso anual de CMS de regla propuesta. La regla propuesta fue publicada el 4 de mayo. Por lo tanto, las regulaciones requieren que la solicitud de retiro o terminación deben ser recibidas por el MGCRB, para el 18 de junio (vea la regla propuesta para el proceso de presentar solicitudes).

CMS publicará pronto en el *Federal Register* una regla propuesta suplementaria FY 2011 IPPS para implementar las provisiones del Affordable Care Act (ACA, Pub. L. 111-148). Los valores del índice de salario pueden cambiar un poco en la

regla propuesta suplementaria debido a la aplicación de CMS de las Secciones de 3137(c), 3141, y 10324(a) de ACA. Además, como resultado de la Sección 3137(c) de ACA, pueden haber hospitales adicionales listados como reclasificados en la Tabla 9A. En este momento, CMS espera que los hospitales tengan suficiente tiempo entre la exposición o publicación de la regla propuesta suplementaria FY 2011 IPPS en el *Federal Register* y la fecha límite del 18 de junio para retiros y terminaciones para evaluar y tomar determinaciones sobre su reclasificación para el valor índice de salario FY 2011. Sin embargo, CMS puede reevaluar la fecha límite para presentar retiros y terminaciones en la regla propuesta suplementaria si no viene a ser disponible lo suficientemente temprano para proveer suficiente tiempo para los hospitales para tomar estas decisiones.

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

Fuente: CMS PERL 201005-11

Facturando servicios de detección colorrectal

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de octubre de 2010, en adelante, usted debe usar el tipo de factura (TOB) 12x en lugar de TOB 13x cuando factura servicios de detección colorrectal provistos a hospitales del paciente hospitalizado bajo Parte B, o cuando los beneficios de Parte A han sido agotados.

Esto aplica cuando se presentan reclamaciones para los siguientes servicios de exámenes de detección colorrectal:

82270	Fecal occult blood test
G0104	Flexible sigmoidoscopy
G0105	Colonoscopy (high risk)
G0106	Barium enema (alternative to G0104)
G0120	Barium enema (alternative to G0105)

G0121	Colonoscopy (not high risk)
G0122	Barium enema (noncovered)
G0328	Fecal occult blood test (alternative)

Nota: Cuando se facturan servicios a otros que no sean hospitales del paciente hospitalizado, continúe reportando los TOB apropiados: 13x, 14x, 22x, 23x, 83x, y 85x. ❖

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 696, CR 6760

Affordable Care Act – impactos a los hospitales del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio

El 23 de marzo, el Presidente Obama firmó en ley el Affordable Care Act (ACA). La Sección 3401(i) del ACA impone una reducción de 0.25 puntos porcentuales a la bolsa del mercado del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) para el año calendario (CY) 2010, efectivo para los servicios prestados el 1 de enero de 2010 en adelante.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están trabajando para implementar rápidamente la Sección 3401(i) del ACA. Los proveedores comenzarán a ver pagos bajo esta provisión a finales de mayo/principios de junio. Manténgase alerta para más información sobre esta provisión y su impacto en reclamaciones pasadas y futuras. ❖

Fuente: CMS PERL 201005-14

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Actualizaciones de codificación al sistema de pagos prospectivos de seguro de salud de centros de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*: MM6916
 Número de petición de cambio relacionado: 6916
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1958CP
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están revisando el sistema de pagos prospectivos de seguro de salud de centros de enfermería especializada del (SNF HIPPS) de sistema de caso mezclado, efectivo el 1 de octubre de 2010. El sistema revisado incluirá 66 grupos de utilización de recursos (RUG). El sistema revisado es llamado el sistema de codificación RUG-IV.

Bajo el Balanced Budget Act of 1997, cada actualización de las tasas de pago SNF PPS deben incluir

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

la metodología de clasificación de caso mezclado aplicable para el año fiscal (FY) venidero. Las tasas de pago para el FY 2011 reflejan el uso del sistema RUG-IV que fue discutido en detalle en las reglas finales propuestas para el 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6916.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6916, 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.gov/transmittals/downloads/R1958CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1958, CR 6916

Actualización del sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada PRICER

Debido a que se recibieron los datos trimestrales corregidos del proveedor para abril de 2010, el año fiscal (FY) 2010 del sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada (SNF PPS) de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado en la página http://www.cms.gov/PCPricer/04_SNF.asp, bajo Skilled Nursing Facilities (SNF PPS) PC PRICER. Vaya a la página arriba y descargue la última versión del PC PRICER con los datos revisados del proveedor.

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

Fuente: CMS PERL 201004-39

Sistema Five-star de determinación de tasas de calidad – noticias de mayo

Se encuentran ahora disponibles los reportes previos del proveedor de Five-star. Los proveedores pueden acceder el reporte del conjunto mínimo de datos (MDS) de las páginas de bienvenida del estado disponibles en los servidores del estado para presentación del conjunto mínimo de datos.

Información de acceso previo del proveedor

- Visite la página de bienvenida del estado de MDS (ubicada en los servidores del estado donde usted presenta sus datos MDS para revisar los resultados).
- Para acceder estos reportes, seleccione el enlace de reportes de certificación y encuesta optimizada del proveedor (CASPER), localizado en la parte inferior de la página de ingreso (login page).
- Una vez en el sistema CASPER:
- Haga clic, primero en el botón “folders” y luego en “my inbox” al lado izquierdo de su pantalla

- Acceda el reporte Five-star en su folder “st LTC facid” (donde “st” es el código postal de dos dígitos del estado en el que se encuentra su establecimiento y “facid” es la identificación facid (facility ID) asignada a su establecimiento).

BetterCare@cms.hhs.gov es la dirección disponible para dirigir sus preguntas acerca del sistema Five-star de determinación de tasas de calidad.

La comparación de centros de enfermería será actualizada con datos Five-star de mayo, el día jueves 27 de mayo.

Para la información más actualizada de Five-star, visite http://www.cms.gov/CertificationandCompliance/13_FSQRS.asp.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier hyperlink de este mensaje, copie y pegue el URL en su browser (buscador) de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201005-25

INFORMACIÓN GENERAL

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

Número de *MLN Matters*: MM6750 - Rescindido

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

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han rescindido la petición de cambio 6750 y el artículo relacionado de *MLN Matters*® MM6750 el 5 de mayo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMArticles/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.gov/transmittals/downloads/R318PI.pdf>.

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

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.

Remoción del requisito de reporte del proveedor de los códigos de valor 50-53

Número de *MLN Matters*: MM6899
 Número de petición de cambio relacionado: 6899
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1951CP
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Este artículo anuncia que efectivo el 1 de octubre de 2010, el requisito para los proveedores de reportar el número total de visitas de terapia usando los siguientes códigos de valor han sido removidos:

50: Terapia física

51: Terapia ocupacional

52: Patología del habla

53: Rehabilitación cardiaca

El *Medicare Claims Processing Manual* ha sido actualizado para reflejar este cambio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6899.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6899, 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.gov/transmittals/downloads/R1951CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1951, CR 6899

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.

Reasignación de ciertos proveedores a Jurisdicción uno y Jurisdicción cuatro

Número de *MLN Matters*: SE1016
 Número de petición de cambio relacionado: 6569 & 6902
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: R583OTN y R691OTN
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Dentro del marco de la política de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) para asignar contratistas administrativos a los proveedores A/B de Medicare, cada proveedor atendido en la actualidad por Wisconsin Physicians Service en la carga de trabajo 52280 está designado a la transición al contratista administrativo A/B de Medicare (MAC) que cubre el estado donde está localizado el proveedor. Unos pocos proveedores serán exceptuados de la disposición de asignación geográfica.

Este artículo responde las siguientes preguntas:

- ¿Qué es lo que está sucediendo y donde?
- ¿Cuándo serán notificados los transferidos a la jurisdicción cuatro?
- ¿Qué sucederá a mis pagos de Medicare durante el período alrededor del fin de semana de corte?
- ¿De qué manera toma CMS la decisión acerca de qué proveedores se trasladan?

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1016.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1016

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

La Sección 153c del Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA) requiere que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) implementen un programa de pago basado en calidad para los servicios de diálisis efectivo el **1 de enero de 2012**. Para implementar este pago de incentivo de calidad, CMS requiere que todos los centros de diálisis renal (RDF) reporten la lectura **Kt/V** y **fecha de la lectura, acceso vascular, y datos de infección en todas las reclamaciones de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) con fechas de servicio del 1 de julio de 2010 en adelante**.

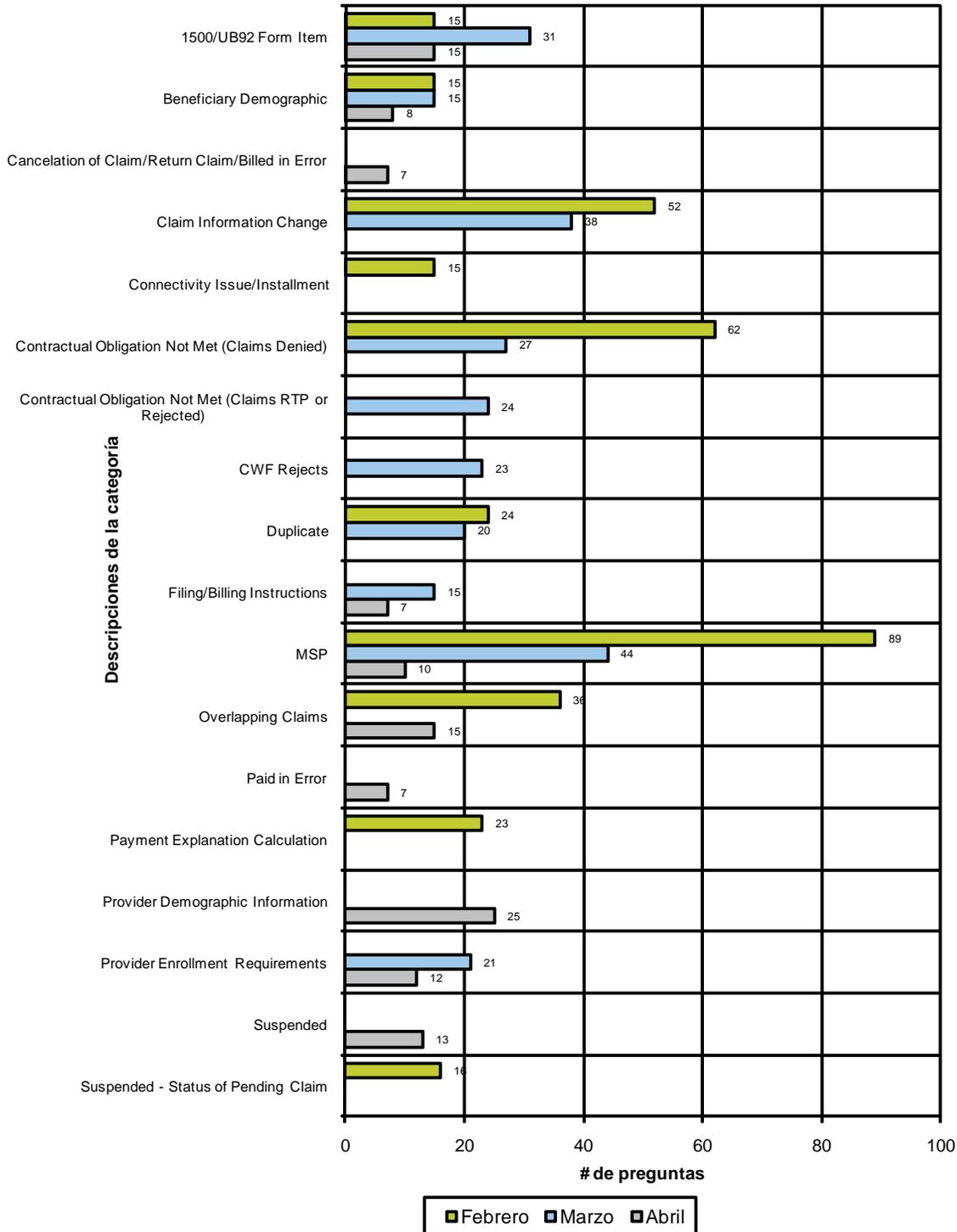
Para los detalles completos sobre el pago de incentivo de calidad para los proveedores de diálisis, refiérase al artículo de *MLN Matters* MM6782. El artículo de *MLN Matters* MM6782 también está disponible en el sitio web en <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6782.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1932, CR 6782

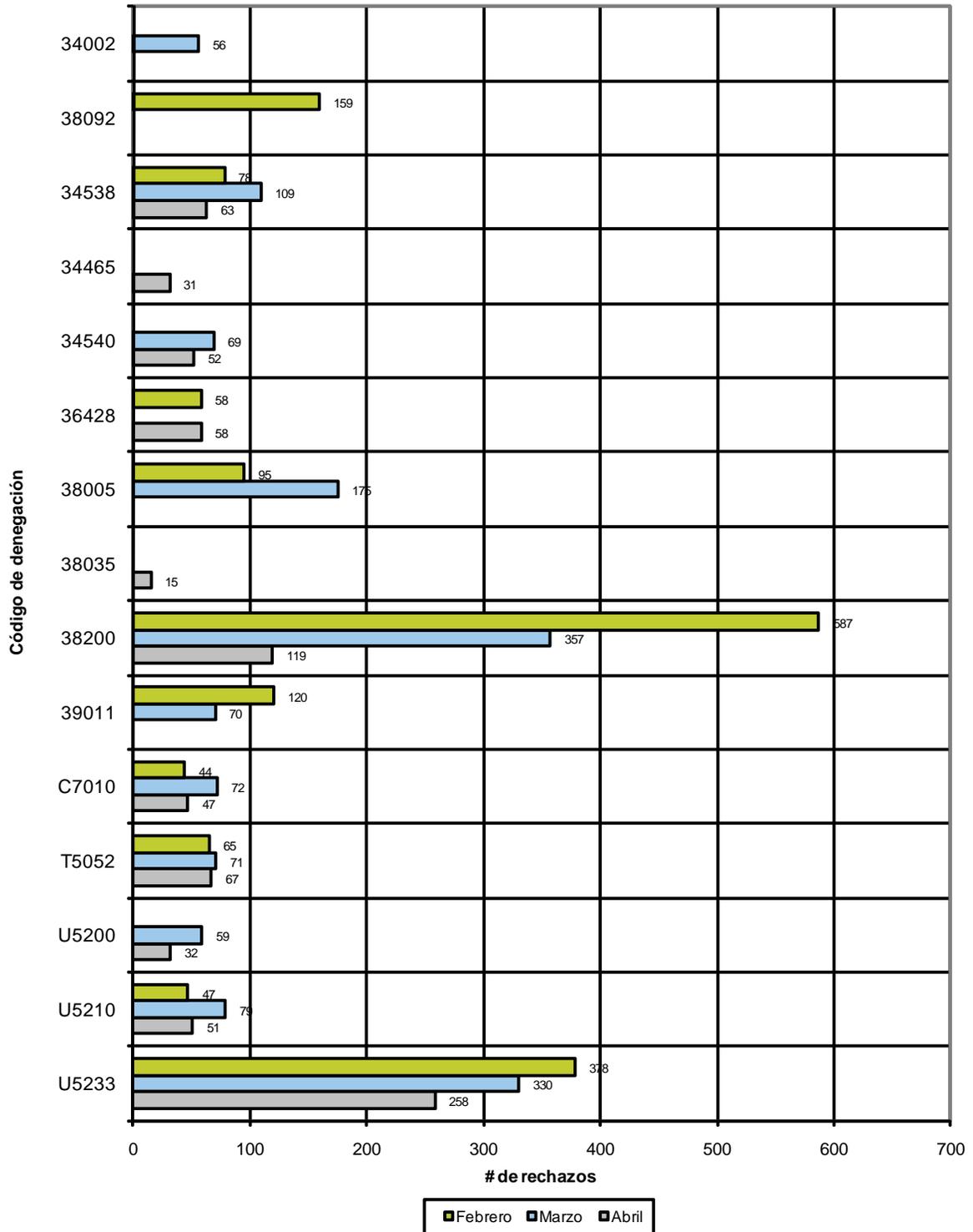
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar, en febrero-abril de 2010

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 febrero-abril 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

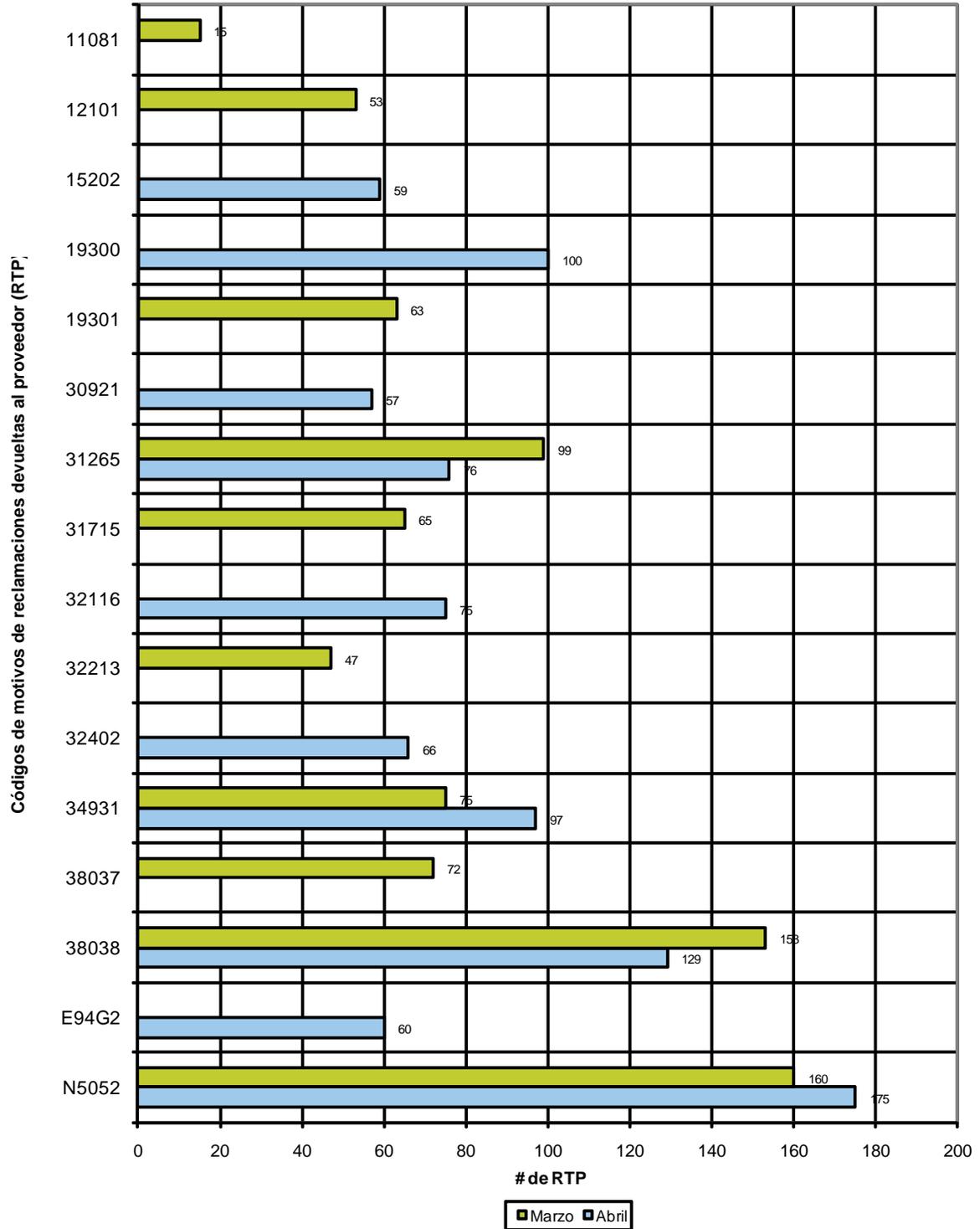
Preguntas de Parte A más frecuentes en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU. en febrero-abril de 2010



Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en febrero-abril de 2010



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Puerto Rico Parte A devueltas al proveedor (RTP) en marzo-abril 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

A95805: Polysomnography and sleep testing	31
A51784: Anorectal manometry and EMG	31

Información Médica Adicional

Cobertura de Medicare para Qutenza®	31
Solicitudes de autenticación para firmas ausentes o ilegibles.....	32
Facturación errónea de injerto de plaquetas de sangre.....	33

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

A95805: Polysomnography and sleep testing – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29905 (Florida)

Identificador de LCD: L29907 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para polisomnografía y prueba del sueño fue revisada recientemente el 23 de julio de 2009. Desde ese tiempo, una solicitud fue recibida solicitando que un diplomado de la American Board of Family Medicine (ABFM) con un certificado de calificaciones añadidas (CAQ) en medicina del sueño sea añadido a la lista de adiestramiento del médico/requisitos de certificación. Una revisión de la literatura disponible apoyó esta solicitud. Por lo tanto, las secciones de “Indications and Limitations” y “Documentation Requirements” de la LCD han sido revisadas para listar ahora un diplomado del ABFM con un CAQ en medicina del sueño como aceptable.

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados el **13 de mayo 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.gov/mcd/overview.asp>. ❖

A51784: Anorectal manometry and EMG of the urinary and anal sphincters – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28762 (Florida)

Identificador de LCD: L28763 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para manometría anorrectal y EMG del esfínter urinario y anal fue revisada recientemente en su mayoría el 10 de agosto de 2009. Desde ese tiempo, una solicitud fue recibida solicitando que la lista de los códigos ICD-9-CM para el código *CPT 91122 (Anorectal manometry)* sea revisada para incluir el código ICD-9-CM 787.6 (Incontinence of feces). Una revisión de la literatura de sustento presentada con la solicitud sustenta la solicitud para la revisión. Por lo tanto, la lista de códigos de diagnósticos para el código *CPT 91122* ha sido revisada para ahora incluir el código ICD-9-CM 787.6.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios provistos desde el **6 de mayo 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.gov/mcd/overview.asp>. ❖

El material en cita y/o en itálico es extraído del *Current Procedural Terminology* de la American Medical Association. Los códigos *CPT*, descripciones y otros datos solamente tienen derechos de autor 2009 de la American Medical Association (u otra fecha de publicación del *CPT*). Todos los derechos están reservados. Aplican las FARS/DFARS que corresponda.

Información Médica Adicional

Cobertura de Medicare para Qutenza® (capsaicina) parcho de 8% para el tratamiento de neuralgia posherpética

La erupción de herpes zoster es una infección viral muy dolorosa causada por una reactivación del virus varicella-zoster (virus de herpes en el humano, tipo 3) que causa la varicela. Aproximadamente un millón de personas en los Estados Unidos desarrolla herpes cada año. Se estima que una de cada cinco personas con herpes experimentará dolor prolongado luego de la erupción de herpes, conocida como neuralgia posherpética (PHN). El dolor puede persistir luego de que la erupción de herpes se mejore y puede interrumpir el sueño, animo, trabajo, y las actividades del diario vivir de la persona.

Qutenza® es un parcho de alta concentración de capsaicina que fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) en noviembre de 2009 para el manejo del dolor neuropático asociado con PHN. Basado en la etiqueta de la FDA, la administración, advertencias y precauciones para este medicamento incluyen lo siguiente:

- Qutenza® debe ser administrado por médicos o profesionales de la salud bajo la supervisión inmediata de un médico.
- Un anestésico típico es aplicado antes de la aplicación de Qutenza®.

Cobertura de Medicare para Qutenza® ... (continuación)

- Qutenza® es aplicado por 60 minutos.
- Qutenza® no debe ser usado cerca de los ojos o membranas mucosas. Qutenza® no debe ser aplicado a la cara o cuero cabelludo para evitar el riesgo de exposición a los ojos o membranas mucosas.
- La presión sanguínea del paciente debe ser monitoreada durante el tratamiento y siguiendo el procedimiento.
- Los pacientes con hipertensión inestable o de poco control, o pacientes con un historial reciente de eventos cardiovasculares o cerebrovasculares pueden estar en alto riesgo de efectos cardiovasculares adversos.

First Coast Service Options Inc. (FCSO) Medicare cubrirá Qutenza® (capsaicina) parcho de 8% para las indicaciones y administración aprobadas por la FDA. Vea la etiqueta del medicamento de la FDA para la información de receta completa sobre este medicamento.

Puesto que no existe actualmente un código HCPCS para Qutenza® (capsaicina) parcho de 8%, los proveedores deben facturar el código HCPCS C9399 no listado (medicamentos no clasificados) para este medicamento. Además, el código CPT 64999 (*Unlisted procedure, nervous system*) debe ser facturado para la aplicación/preparación de este medicamento. Un servicio de evaluación y manejo (E/M) puede ser facturado si hubo un servicio E/M significativo, identificable por separado, y realizado por el mismo médico en el mismo día de este procedimiento. Si el paciente es visto en una visita E/M y es decidido administrar el parcho en esa visita, la visita E/M es permitida. Sin embargo, si el paciente regresa a la oficina en otra fecha con el único propósito de que le apliquen el parcho, una visita E/M no sería permitida en la misma fecha de la aplicación del parcho.

Nota: Los proveedores deben facturar el código HCPCS C9399 y el código CPT 64999 en la misma reclamación.

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

El material en cita y/o en **itálico** es extraído del *Current Procedural Terminology* de la American Medical Association. Los códigos CPT, descripciones y otros datos solamente tienen derechos de autor 2009 de la American Medical Association (u otra fecha de publicación del CPT). Todos los derechos están reservados. Aplican las FARS/DFARS que corresponda.

Solicitudes de autenticación para firmas ausentes o ilegibles

La petición de cambio (CR) 6698 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) (Signature Guidelines for Medical Review Purposes) clarifica los requisitos de firma de Medicare para toda la documentación de registro médico sujeta a revisión médica. Este CR también requiere que los contratistas implementen un proceso para contactar al proveedor de servicios cuando la documentación presentada previamente no contiene la firma(s) requerida apropiada.

Efectivo para todas las decisiones de revisión médica hechas el 16 de abril de 2010, en adelante, los contratistas son requeridos autenticar los registros médicos cuando las firmas están ausentes o ilegibles. La firma para cada entrada debe ser legible y debe incluir el nombre y apellido del practicante. Para propósitos de clarificación, First Coast Service Options Inc. (FCSO) también aconseja la inclusión de los credenciales del practicante (e.g., Dr. John Smith, M.D. o Mary Jones, A.R.N.P.).

Letras ADR para firmas ausentes o ilegibles: marco de tiempo de 20 días

Si se determina, luego de la revisión de documentación de registro médico, que los requisitos de firma de CMS no han sido cumplidos, FCSO enviará una carta de solicitud de desarrollo adicional (ADR) al proveedor. Esta segunda carta de solicitud de desarrollo requerirá al proveedor presentar una certificación de declaración para una firma ausente o un registro de firma para una firma ilegible. A diferencia del proceso estándar para solicitar registros médicos (el cual permite a los proveedores 30 días para responder), la segunda solicitud de desarrollo permitirá a los proveedores solamente 20 días para responder.

Nota: Para este proceso solamente, se les permitirán a los proveedores enviar por fax sus respuestas a la segunda solicitud de desarrollo. Los números de fax apropiados serán provistos en la carta de solicitud ADR. Para que

la respuesta sea aplicada apropiadamente, la carta de solicitud ADR debe ser anexada a la respuesta.

Firmas electrónicas o digitales

Además de las firmas escritas a mano, las firmas electrónicas o digitales pueden también ser usadas para satisfacer los requisitos de firma descritos en el CR 6698. Una firma electrónica o digital es típicamente generada por software dedicado especialmente para encriptar que permite el uso solamente por el usuario destinado. La responsabilidad y autoría relacionada a la firma debe ser claramente definida en el registro médico.

Nota: FCSO considerará las firmas electrónicas o digitales como aceptables solamente cuando estén acompañadas por uno de los siguientes:

- Firma electrónica (o e-signed)
- Firma computarizada
- Firma digital
- Confirmado por, publicado por, firmado por, o revisado por
- Autorizado por, autenticado por, o verificado por

FCSO aconseja a todos los centros de salud, médicos, y otros proveedores que facturan servicios a Medicare que revisen e implementen los cambios necesarios para cumplir con los requisitos de firma. Los proveedores deben conducir una revisión interna de toda la documentación de registro médico antes de enviar a Medicare para asegurar que los documentos estén completos y apropiadamente firmados. Esto no solamente reducirá la necesidad para un segundo ADR para una firma de declaración/registro de firma, también reducirá el número de otras inconsistencias y omisiones de facturación/codificación.

Haga clic aquí para información adicional sobre los requisitos de firma. ❖

Facturación errónea de injerto de plaquetas de sangre

Los proveedores han estado asociando equivocadamente injerto de plaquetas de sangre con código *CPT 20926 (Tissue grafts, other [eg, paratenon, fat, dermis])*. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) tienen, en este momento, una determinación nacional de cobertura (publicación 100-03 NCD 270.3) en respaldo de la prestación sin cobertura, de este servicio

Productos autólogos (provenientes de la misma persona) derivados de la sangre, para heridas crónicas que no cicatrizan, incluyen: (1) productos de factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGF) (tales como Procuren) y (2) plasma rico-en-plaquetas (PRP). Estos servicios son sin cobertura nacional según NCD 270.3 para el tratamiento de heridas cutáneas crónicas que no cicatrizan (cutáneo está definido más extensamente en el análisis de cobertura nacional para incluir heridas superficiales y profundas). A partir del 19 de marzo de 2008, este servicio es sin cobertura nacional para el tratamiento de heridas quirúrgicas agudas cuando el PRP autólogo es aplicado directamente a la incisión cerrada o para heridas *dehiscente* (desaparición de los labios suturados de una herida quirúrgica). Adicionalmente, cualquier servicio directamente relacionado tampoco tiene cobertura.

Se sugiere a los proveedores revisar sus registros para determinar si los servicios fueron facturados erróneamente al programa de Medicare. En situaciones donde los proveedores puedan haber facturado de manera errónea y se les ha pagado incorrectamente por código *CPT 20926* de técnicas de injerto utilizando plasma rico-en-plaquetas, se espera que se haga un reembolso voluntario al programa Medicare de First Coast Service Options Inc. (FCSO), de manera tal de tomar acción proactiva y/o ocuparse del error que se ha identificado. La manera correcta, junto con instrucciones y dirección postal, para hacer un reembolso voluntario, pueden ser encontradas en <http://medicare.fcso.com/Forms/138379.pdf>. ❖

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 2009 de la American Medical Association (u otra fecha de publicación del *CPT*). Todos los derechos están reservados. Aplican las FARS/DFARS que corresponda.

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

Sitios web de Medicare**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

COBERTURA Y REEMBOLSO

Facturando códigos de reparación listados en las peticiones de cambio 6573 y 5917

Número de *MLN Matters*: MM6914

Número de petición de cambio relacionado: 6914

Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de abril de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R695OTN

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Los suplidores pueden facturar por separado a cualquiera de los siguientes códigos de reparación en adición de los códigos para partes de reemplazo, accesorios, suplidores de implantes protésicos, y equipo médico duradero implantado quirúrgicamente previamente comunicado en el Attachment A de la petición de cambio 6573.

Código	Descripción
K0739	Reparación o servicio que no es de rutina de equipo médico duradero que no sean equipo de oxígeno que requiera la destreza de un técnico, componente de labor, por 15 minutos
L7500	Reparación de dispositivo protésico, tasa por hora
L7510	Reparación de dispositivo protésico, reparación o reemplazo de partes menores
L7520	Reparación de dispositivo protésico, componente de labor, por 15 minutos
L8627	Implante coclear, procesador de habla externo, reemplazo
L8628	Implante coclear, componente de control externo, reemplazo
L8629	Transmisión de la bobina y el cable, integrado, para uso con el dispositivo de implante coclear
Q0506	Batería, ion de litio, para uso con el dispositivo de asistencia ventricular eléctrico o electrónico/neumático, reemplazo solamente

Las reclamaciones impactadas serán reprocesadas de acuerdo a las pautas establecidas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6914.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6914, 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.gov/transmittals/downloads/R695OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 695, CR 6914

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

FACTURACIÓN

Cambios de jurisdicción para presentación de reclamaciones por prótesis de voz traqueo-esofágica

Número de *MLN Matters*: MM6743
 Número de petición de cambio relacionado: 6743
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de abril de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R686OTN
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Modificación de edición de facturación consolidada

Este artículo se basa en petición de cambio (CR) 6743, que cambia la jurisdicción de presentación de reclamaciones del sistema Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) código L8509. El código L8509 de HCPCS describe una prótesis de voz traqueo-esofágica insertada por un proveedor autorizado de cuidados de la salud. Este dispositivo es insertado en un consultorio médico o un lugar habilitado para la atención de paciente ambulatorio. Para servicios provistos desde el 1 de octubre de 2010 en adelante, las reclamaciones por código L8509 de HCPCS

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.

deben ser presentadas al contratista administrativo de Medicare o contratista de Parte B, según corresponda, en lugar de al contratista administrativo de Medicare para equipo médico durable. Esta política jurisdiccional no se aplica a prótesis de voz traqueo-esofágica que son cambiadas por el paciente/proveedor de cuidados médicos en su domicilio (código HCPCS L8507).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6743.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6743, 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.gov/transmittals/downloads/R686OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 686, CR 6743

Reducción del pago de componentes técnicos de ciertos procedimientos de imagen de diagnóstico

Número de *MLN Matters*: MM6965
 Número de petición de cambio relacionado: 6965
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de mayo de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R694OTN
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

La Sección 3135(b) de la ley de protección al paciente Patient Protection and Affordable Care Act of 2009 (PPACA) reduce, en el catálogo de tarifas de Medicare, de un 75% a un 50%, el pago de los componentes técnicos desde el segundo procedimiento en adelante. Actualmente Medicare aplica una reducción de 25 por ciento al pago por procedimientos múltiples (MPPR) por componentes técnicos (TC) de ciertos procedimientos de imagen de diagnóstico:

- La reducción corresponde solamente a servicios de TC y a la parte de servicio global que corresponda a TC, para procedimientos con un valor de cirugía múltiple de "4" en la base de datos del catálogo de tarifas de Medicare.

- MPPR no corresponde a componentes profesionales (PC) o a la parte de PC de un servicio global. Las 11 familias de códigos de imagen a la cual corresponden estas políticas han sido establecidas de acuerdo a modalidad (tomografía computarizada (CT), imagen por resonancia magnética (MRI) y ultrasonido) y área corporal.
- La reducción corresponde solamente cuando se lleva a cabo más de un procedimiento en partes contiguas del cuerpo durante la misma sesión de imagen de diagnóstico, i.e., dentro de una familia de códigos, no inter-familias.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6965.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6965, 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.gov/transmittals/downloads/R694OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 694, CR 6965

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

PQRI

Actualización del Physician Quality Reporting Initiative de 2010

Actualización de la iniciativa de reportar la calidad de la atención médica de 2010

Todavía hay tiempo para comenzar a participar en la iniciativa de reportar la calidad de la atención médica, Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) de 2010 y calificar potencialmente para recibir pagos de incentivos. El 1 de julio comienza un nuevo período semestral de reportes.

El programa Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) de 2010 tiene ahora dos períodos para reportar:

- **12-meses** – 1 de enero – 31 de diciembre de 2010
- **Seis meses** – 1 de Julio – 31 de diciembre de 2010

En 2010, los profesionales elegibles (EP) que reporten satisfactoriamente mediciones PQRI para el período de seis meses, serán seleccionados para recibir un incentivo PQRI igual al 2.0 por ciento del total de sus cargos médicos autorizados de Parte B de Medicare por los servicios prestados durante el período de reporte.

Si usted no ha participado anteriormente en el programa PQRI, puede comenzar a reportar datos PQRI por el período 1 de julio a 31 de diciembre de 2010 y utilizar una de las cuatro opciones siguientes:

- Reportes basados en las reclamaciones de mediciones individuales de 80 por ciento o más de pacientes a los que corresponda por lo menos tres mediciones individuales o de cada medición (si corresponde menos de tres mediciones).
- Reportes basados en las reclamaciones de mediciones individuales de 80 por ciento o más de pacientes a los que corresponda tarifa-por-servicio (FFS) de Parte B de Medicare de cada EP (con un mínimo de ocho pacientes).
- Reportes basados en registros de por lo menos de tres mediciones PQRI individuales del 80 por ciento o más de pacientes FFS de Parte B de Medicare de cada EP.
- Reportes basados en las reclamaciones de mediciones individuales de 80 por ciento o más de pacientes FFS de Parte B de Medicare de cada EP (con un mínimo de ocho pacientes).

Reportes PQRI basados en las reclamaciones implican el agregar códigos de datos-de-calidad (QDC) a las reclamaciones presentadas por servicios cuando se factura a Parte B de Medicare. EP tienen también la opción de utilizar un registrador calificado para ayuda en la recolección de datos de mediciones PQRI. El registro presentará estos datos de calidad directamente a Medicare, eliminando la necesidad de agregar QDC a la reclamación de Parte B de Medicare.

Los profesionales elegibles no necesitan apuntarse o pre-registrarse para participar en PQRI 2010. Los proveedores pueden indicar su intención de participar por medio de:

- Presentación a CMS de QDC para mediciones individuales de PQRI a través de un registrador calificado
- Presentación de QDC por medio de reclamaciones o de un registrador calificado para mediciones de grupo

Aunque no hay requisitos de registrarse antes de presentar los datos, EP dará algunos pasos preparatorios antes de comenzar el reporte PQRI. CMS ha creado muchos productos educacionales que proveen información acerca de cómo comenzar el reporte PQRI. Usted puede acceder todos los recursos educacionales sobre PQRI en <http://www.cms.gov/PQRI/>. Se sugiere a los profesionales elegibles a visitar con frecuencia el sitio de Internet de PQRI para enterarse de las últimas informaciones y material que puede descargar a su computador acerca de PQRI.

Recursos

- Guía de implementación de PQRI de 2010
http://www.cms.gov/PQRI/Downloads/2010_PQRI_ImplementationGuide_02-10-2010_FINAL.pdf
- Rep[orte de registraciones calificadas para PQRI de 2010
http://www.cms.gov/PQRI/20_AlternativeReportingMechanisms.asp

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier hyperlink de este mensaje, copie y pegue el URL en su browser (buscador) de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201005-26

INFORMACIÓN GENERAL

Recordatorio – iniciativa de no reenvío

Como parte de la iniciativa de no reenvío (DNF), los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ha instruido a los contratistas sobre el uso de los sobre de “return service requested” para toda la correspondencia de remesa de pago del proveedor.

Este requisito aplica a los cheques de Medicare del proveedor y remesas de pago. Cuando el cheque de un proveedor o remesa de pago es devuelta al contratista debido a “return service requested”, ocurrirá lo siguiente:

- El contratista señalará el número del proveedor como un DNF.
- Se notificará a inscripción del proveedor sobre el nuevo estatus del proveedor.
- El contratista detendrá el envío de cheques y remesas de pago al proveedor.
- Se detendrá la transferencia electrónica de fondos.

Solamente al momento de la verificación y actualización de todas las direcciones de los proveedores que todas las señalizaciones serán removidas. No solamente la dirección a pagar “pay to” será verificada, sino también la dirección del proveedor “provider location” será verificada. Es importante que los proveedores notifiquen inmediatamente a Medicare de cualquier cambio de dirección al completar y enviar la solicitud de inscripción de Medicare CMS-855I para proveedores individuales, y la solicitud de inscripción de Medicare CMS-855B para grupos y organizaciones. Una vez la señalación de DNF ha sido removida, el contratista va a:

- Pagar cualquier fondo retenido debido a DNF
- Volver a emitir cualquier aviso de remesa retenida debido a DNF. ❖

Fuente: CMS IOM, Publication 100-04, Chapter 22, Section 50.1

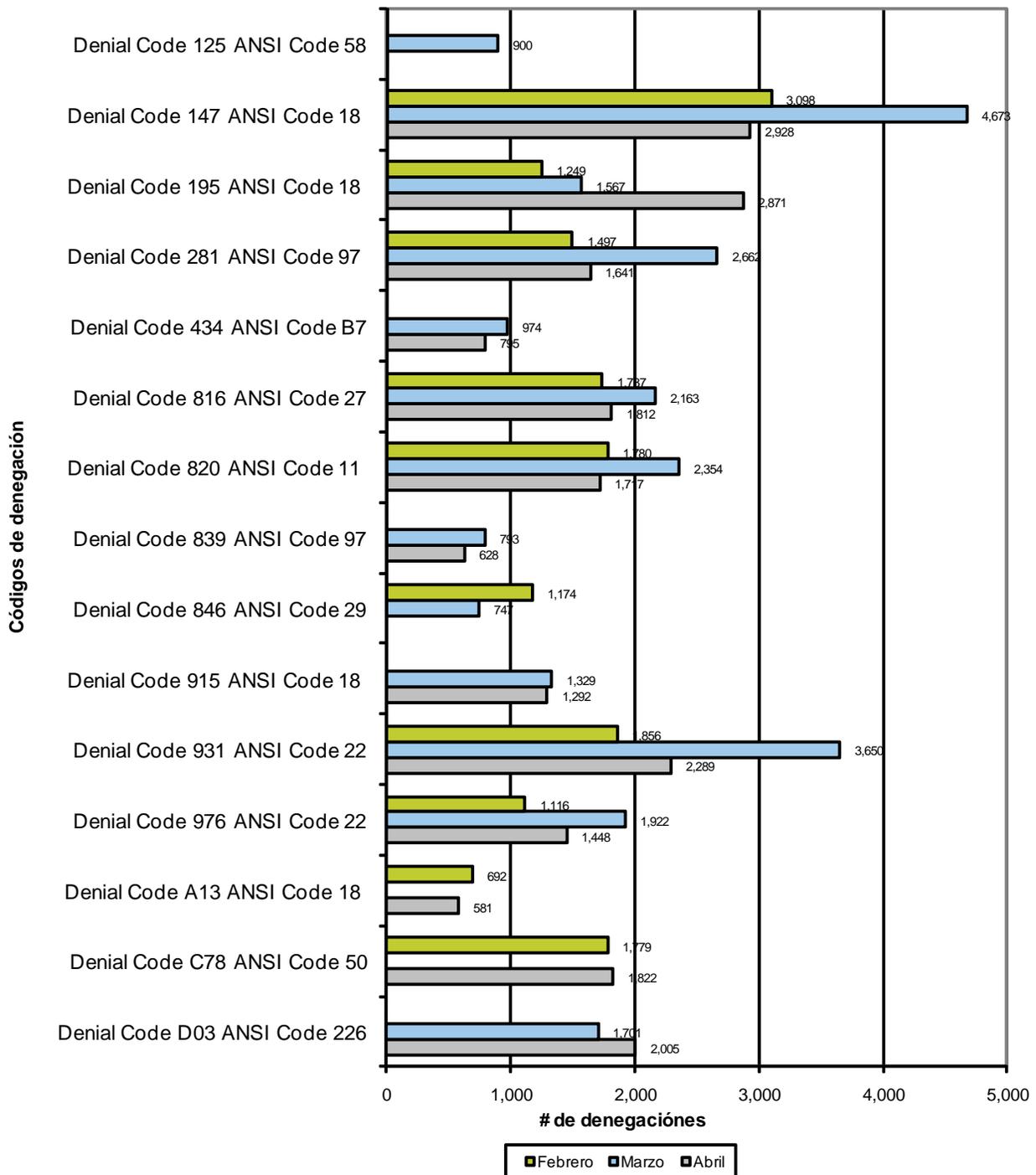
Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

First Coast Service Options (FCSO) Inc. se enorgullece de su exclusiva hoja de cálculo interactiva de E/M, disponible en <http://medicareespanol.fcso.com/EM/169608.asp>. Este recurso fue desarrollado para ayudar a los proveedores a identificar el código apropiado a facturar para los servicios de evaluación y manejo (E/M) realizados durante una visita específica del paciente. Este recurso interactivo es ideal para usarlo como una hoja de cotejo por los médicos o como una herramienta de evaluación de calidad por los auditores, especialistas de facturación, y codificadores. Luego de que usted haya tratado la hoja de cálculo interactiva de E/M, envíenos sus comentarios sobre este recurso por medio de nuestro formulario de comentarios del sitio web, disponible en <http://medicareespanol.fcso.com/Comentarios/161119.asp>.

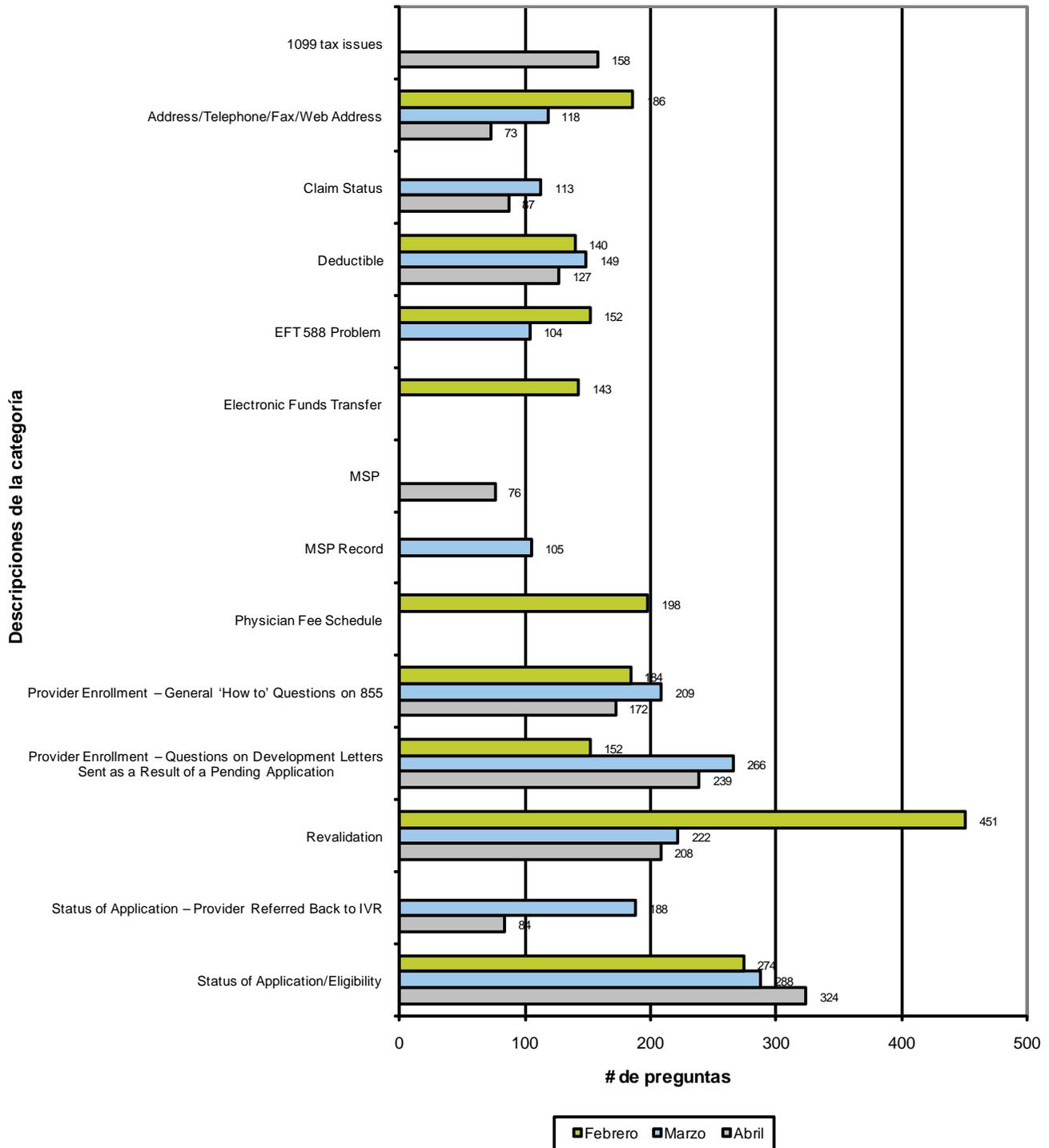
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar, en febrero-abril de 2010

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 febrero-abril 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

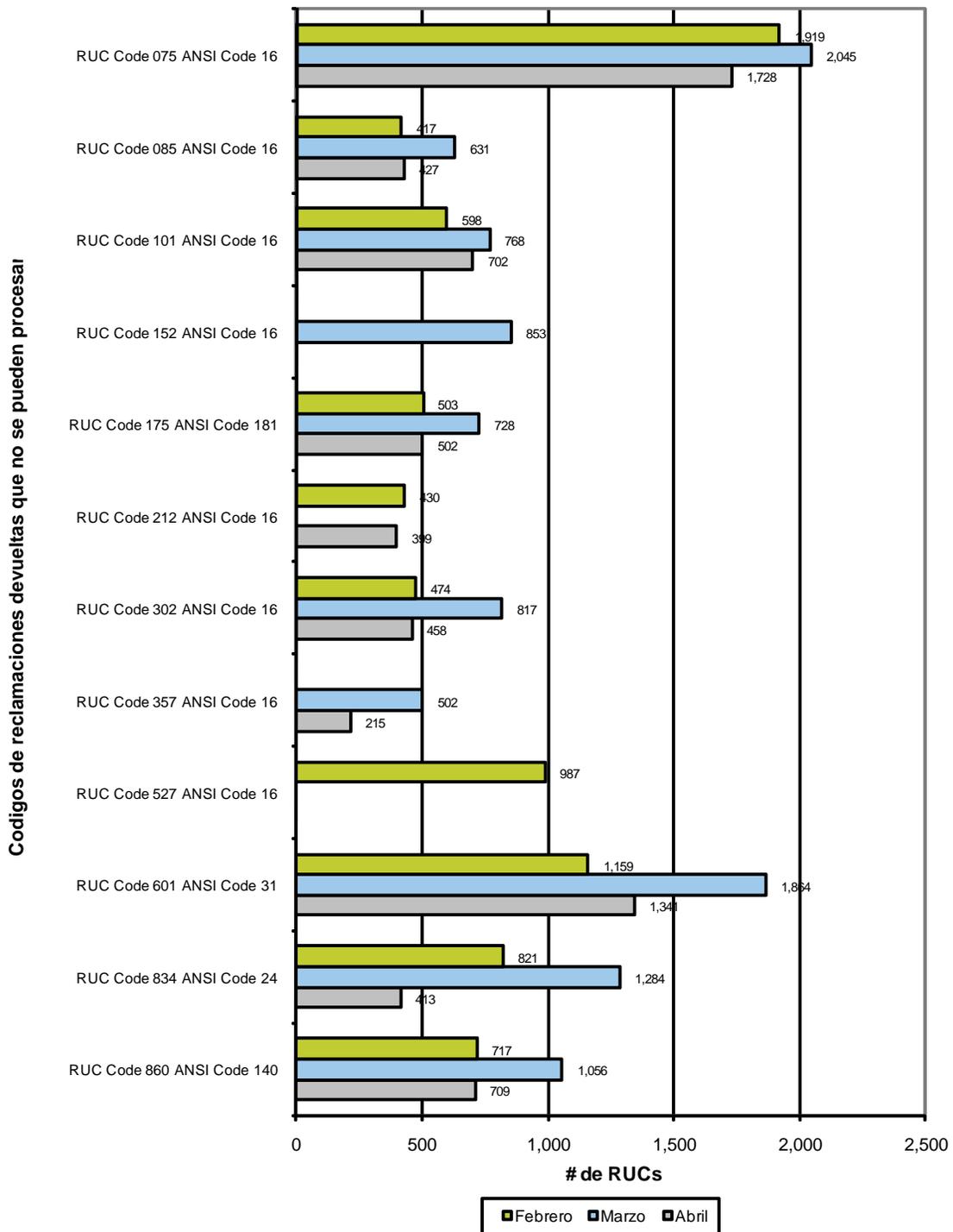
Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en febrero-abril de 2010



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



RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en febrero-abril 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

51784: Anorectal manometry and EMG.....	44
95805: Polysomnography and sleep testing.....	44
J2503: Macugen (pegaptanib sodium injection).....	44
J1950: Luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) analogs.....	45

Información Médica Adicional

Revisiones ampliamente aceptadas	45
Cobertura de Medicare para Qutenza®	46
Solicitudes de autenticación para firmas ausentes.....	46
Facturación errónea de injerto de plaquetas de sangre.....	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

51784: Anorectal manometry and EMG of the urinary and anal sphincters – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29060 (Florida)

Identificador de LCD: L29078 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para manometría anorrectal y EMG del esfínter urinario y anal fue revisada recientemente en su mayoría el 2 de febrero de 2009, para Florida y el 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Desde ese tiempo, una solicitud fue recibida solicitando que la lista de los códigos ICD-9-CM para el código CPT 91122 (*Anorectal manometry*) sea revisada para incluir el código ICD-9-CM 787.6 (Incontinence of feces). Una revisión de la literatura de sustento presentada con la solicitud sustenta la solicitud para la revisión. Por lo tanto, la lista de códigos de diagnósticos para el código CPT 91122 ha sido revisada para ahora incluir el código ICD-9-CM 787.6.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios provistos desde el **4 de mayo 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.gov/mcd/overview.asp>. ❖

El material en cita y/o en *itálico* es extraído del *Current Procedural Terminology* de la American Medical Association. Los códigos CPT, descripciones y otros datos solamente tienen derechos de autor 2009 de la American Medical Association (u otra fecha de publicación del CPT). Todos los derechos están reservados. Aplican las FARS/DFARS que corresponda.

95805: Polysomnography and sleep testing – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29949 (Florida)

Identificador de LCD: L29951 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para polisomnografía y prueba del sueño fue revisada recientemente el 21 de julio de 2009. Desde ese tiempo, una solicitud fue recibida solicitando que un diplomado de la American Board of Family Medicine (ABFM) con un certificado de calificaciones añadidas (CAQ) en medicina del sueño sea añadido a la lista de adiestramiento del médico/requisitos de certificación. Una revisión de la literatura disponible apoyó esta solicitud. Por lo tanto, las secciones de “Indications and Limitations” y “Documentation Requirements” de la LCD han sido revisadas para listar ahora un diplomado del ABFM con un CAQ en medicina del sueño como aceptable.

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados el **18 de mayo 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.gov/mcd/overview.asp>.

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

Identificador de LCD: L29216 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para Macugen (pegaptanib sodium injection) fue recientemente revisada el 13 de octubre de 2009. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada en la sección de “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD bajo la lista de códigos ICD-9-CM para indicar: *Por el manual de codificación ICD-9-CM, código ICD-9-CM 362.07 requiere un diagnóstico doble. El código ICD-9-CM 362.07 debe ser usado con un código para retinopatía diabética (códigos ICD-9-CM 362.01-362.06).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados el **1 de junio 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.gov/mcd/overview.asp>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD. ❖

J1950: Luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) analogs – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29215 (Florida)

Identificador de LCD: L29360 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) analogs fue recientemente revisada el 2 de febrero de 2009, para Florida y el 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Basado en la guía de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), la LCD para LHRH analogs está siendo revisada para remover todo lenguaje perteneciente a provisiones para la póliza alterna menos costosa (LCS) mencionada en toda la LCD. Todos los otros requisitos de cobertura en la LCD permanecen en efecto. Además, todo lenguaje perteneciente a la póliza LCA ha sido removido del anexo “Coding Guidelines” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios procesados el **7 de mayo 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.gov/mcd/overview.asp>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD. ❖

Información Médica Adicional

Revisiones ampliamente aceptadas: Prueba de función autonómica – 95921

En base a los datos de julio a diciembre de 2008, el código de procedimiento *CPT 95921 (Testing of autonomic nervous system function; cardiovascular innervation (parasympathetic function), including 2 or more of the following: heart rate response to deep breathing with recorded R-R interval, Valsalva ratio, and 30:15 ratio)*, fue considerado anormal para Florida durante el FY (año fiscal) 2008. Estos datos muestran que la relación Florida/país de dólares permitidos están en una relación de 2.5 dólares por cada 1,000 inscritos.

En base a las conclusiones del equipo de análisis de datos globales del programa de salvaguardas de comunicación, se hizo una recomendación para llevar a cabo un muestreo global de código *CPT 95921* e incluir a los 20 proveedores de mejor desempeño. El propósito de la revisión era evaluar la manera en que los resultados de la prueba eran utilizados en la toma de decisiones clínicas y determinar si los servicios facturados a Medicare eran médicamente necesarios, codificados correctamente y documentados como habiendo sido realizados. Se tomaría también una decisión acerca de si se justificaba una determinación local de cobertura (LCD).

Se realizó una prueba de revisión sobre una muestra de 100 reclamaciones, abarcando 100 beneficiarios de código *CPT 95921*. Toda vez que el código *CPT 95922 (Testing of autonomic nervous system function; vasomotor adrenergic innervation (sympathetic adrenergic function), including beat-to-beat blood pressure and R-R interval changes during Valsalva maneuver and at least 5 minutes of passive tilt)* y el código *CPT 95923 (Testing of autonomic nervous system function; sudomotor, including 1 or more of the following: quantitative sudomotor axon reflex test (QSART), silastic sweat imprint, thermoregulatory sweat test, and changes in sympathetic skin potential)* forman también parte de las pruebas de funcionamiento del sistema

nervioso autónomo (ANS) y uno a ambos de estos códigos se facturan generalmente con código *CPT 95921*, estos servicios son también revisados cuando se encuentran facturados con código *CPT 95921* en la misma reclamación para la misma fecha de servicio.

Durante la revisión se observó que varios proveedores facturaban los siguientes códigos *CPT* con modificador 59 en la misma reclamación para el mismo día de servicio que están incluidos en los códigos de pruebas de funciones ANS y que no deberían haber sido facturados cuando se efectuaban como parte del test:

- *93005 (Electrocardiogram, routine ECG with at least 12 leads; tracing only, without interpretation and report)*
- *93010 (Electrocardiogram, routine ECG with at least 12 leads; interpretation and report only)*
- *93040 (Rhythm ECG, 1-3 leads; with interpretation and report)*

De las 100 reclamaciones revisadas a 20 proveedores por código *CPT 95921* llevadas a cabo en el consultorio médico, 43 servicios fueron aprobados en forma parcial o completa y 57 servicios fueron rechazados por carecer de documentación que demostrara una necesidad médica o que el servicio se había realizado. Cuandoquiera que fue autorizado el código *CPT 95921*, también lo fueron los códigos *CPT 95922* y/o *95923*. En contraste, cuando el código *CPT 95921* fue denegado, también lo fueron los códigos *CPT 95922* y/o *95923*. En el cinco por ciento del total de servicios facturados también se facturó los códigos *CPT 93005* y *93010* junto con los test ANS de la misma fecha de servicio y el 30% de los servicios facturados por código *CPT 93040* junto con los test ANS de la misma fecha

Revisiones ampliamente aceptadas... (continuación)

de servicio. Estos códigos fueron denegados debido a que están incluidos en el test ANS y la documentación no dice que los códigos EKG eran independientes del test.

La documentación revisada para la mayoría de los test ANS muestra que fue usada como una herramienta de selección de pacientes en condiciones médicas crónicas y tiene poco o ningún impacto en el tratamiento o en el plan de atención médica de los pacientes. En base a lo encontrado en la revisión se recomendó la creación de una LCD para test ANS.

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

El material en cita y/o en itálico es extraído del *Current Procedural Terminology* de la American Medical Association. Los códigos CPT, descripciones y otros datos solamente tienen derechos de autor 2009 de la American Medical Association (u otra fecha de publicación del CPT). Todos los derechos están reservados. Aplican las FARS/DFARS que corresponda.

Cobertura de Medicare para Qutenza® (capsaicina) parcho de 8% para el tratamiento de neuralgia postherpética

La erupción de herpes zoster es una infección viral muy dolorosa causada por una reactivación del virus varicella-zoster (virus de herpes en el humano, tipo 3) que causa la varicela. Aproximadamente un millón de personas en los Estados Unidos desarrolla herpes cada año. Se estima que una de cada cinco personas con herpes experimentará dolor prolongado luego de la erupción de herpes, conocida como neuralgia postherpética (PHN). El dolor puede persistir luego de que la erupción de herpes se mejore y puede interrumpir el sueño, ánimo, trabajo, y las actividades del diario vivir de la persona.

Qutenza® es un parcho de alta concentración de capsaicina que fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) en noviembre de 2009 para el manejo del dolor neuropático asociado con PHN. Basado en la etiqueta de la FDA, la administración, advertencias y precauciones para este medicamento incluyen lo siguiente:

- Qutenza® debe ser administrado por médicos o profesionales de la salud bajo la supervisión inmediata de un médico.
- Un anestésico típico es aplicado antes de la aplicación de Qutenza®.
- Qutenza® es aplicado por 60 minutos.
- Qutenza® no debe ser usado cerca de los ojos o membranas mucosas. Qutenza® no debe ser aplicado a la cara o cuero cabelludo para evitar el riesgo de exposición a los ojos o membranas mucosas.
- La presión sanguínea del paciente debe ser monitoreada durante el tratamiento y siguiendo el procedimiento.
- Los pacientes con hipertensión inestable o de poco control, o pacientes con un historial reciente de eventos

cardiovasculares o cerebrovasculares pueden estar en alto riesgo de efectos cardiovasculares adversos.

First Coast Service Options Inc. (FCSO) Medicare cubrirá Qutenza® (capsaicina) parcho de 8% para las indicaciones y administración aprobadas por la FDA. Vea la etiqueta del medicamento de la FDA para la información de receta completa sobre este medicamento.

Puesto que no existe actualmente un código HCPCS para Qutenza® (capsaicina) parcho de 8%, los proveedores deben facturar el código HCPCS J3490 no listado (medicamentos no clasificados) para este medicamento. Además, el código CPT 64999 (*Unlisted procedure, nervous system*) debe ser facturado para la aplicación/preparación de este medicamento. Un servicio de evaluación y manejo (E/M) puede ser facturado si hubo un servicio E/M significativo, identificable por separado, y realizado por el mismo médico en el mismo día de este procedimiento. Si el paciente es visto en una visita E/M y es decidido administrar el parcho en esa visita, la visita E/M es permitida. Sin embargo, si el paciente regresa a la oficina en otra fecha con el único propósito de que le apliquen el parcho, una visita E/M no sería permitida en la misma fecha de la aplicación del parcho.

Nota: Los proveedores deben facturar el código HCPCS J3490 y el código CPT 64999 en la misma reclamación. El código CPT 64999 no es un servicio cubierto por los centros de cirugía ambulatoria (ASC); por lo tanto, FCSO no permitirá por ahora que este servicio sea facturado por un ASC.

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

Solicitudes de autenticación para firmas ausentes o ilegibles

La petición de cambio (CR) 6698 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) (Signature Guidelines for Medical Review Purposes) clarifica los requisitos de firma de Medicare para toda la documentación de registro médico sujeta a revisión médica. Este CR también requiere que los contratistas implementen un proceso para contactar al proveedor de servicios cuando la documentación presentada previamente no contiene la firma(s) requerida apropiada.

Efectivo para todas las decisiones de revisión médica hechas el 16 de abril de 2010, en adelante, los contratistas son requeridos autenticar los registros médicos cuando las firmas están ausentes o ilegibles. La firma para cada entrada debe ser legible y debe incluir el nombre y apellido del practicante. Para propósitos de clarificación, First Coast Service Options Inc. (FCSO) también aconseja la inclusión de los credenciales del practicante (e.g., Dr. John Smith, M.D. o Mary Jones, A.R.N.P.).

Letras ADR para firmas ausentes o ilegibles: marco de tiempo de 20 días

Si se determina, luego de la revisión de documentación de registro médico, que los requisitos de firma de CMS no han sido cumplidos, FCSO enviará una carta de solicitud de desarrollo adicional (ADR) al proveedor. Esta segunda carta de

Solicitudes de autenticación para solicitudes de firmas ausentes o ilegibles... (continuación)

solicitud de desarrollo requerirá al proveedor presentar una certificación de declaración para una firma ausente o un registro de firma para una firma ilegible. A diferencia del proceso estándar para solicitar registros médicos (el cual permite a los proveedores 30 días para responder), la segunda solicitud de desarrollo permitirá a los proveedores solamente 20 días para responder.

Nota: Para este proceso solamente, se les permitirán a los proveedores enviar por fax sus respuestas a la segunda solicitud de desarrollo. Los números de fax apropiados serán provistos en la carta de solicitud ADR. Para que la respuesta sea aplicada apropiadamente, la carta de solicitud ADR debe ser anexada a la respuesta.

Firmas electrónicas o digitales

Además de las firmas escritas a mano, las firmas electrónicas o digitales pueden también ser usadas para satisfacer los requisitos de firma descritos en el CR 6698. Una firma electrónica o digital es típicamente generada por software dedicado especialmente para encriptar que permite el uso solamente por el usuario destinado. La responsabilidad y autoría relacionada a la firma debe ser claramente definida en el registro médico.

Nota: FCSO considerará las firmas electrónicas o digitales como aceptables solamente cuando estén acompañadas por uno de los siguientes:

- Firma electrónica (o e-signed)
- Firma computarizada
- Firma digital
- Confirmado por, publicado por, firmado por, o revisado por
- Autorizado por, autenticado por, o verificado por

FCSO aconseja a todos los centros de salud, médicos, y otros proveedores que facturan servicios a Medicare que revisen e implementen los cambios necesarios para cumplir con los requisitos de firma. Los proveedores deben conducir una revisión interna de toda la documentación de registro médico antes de enviar a Medicare para asegurar que los documentos estén completos y apropiadamente firmados. Esto no solamente reducirá la necesidad para un segundo ADR para una firma de declaración/registro de firma, también reducirá el número de otras inconsistencias y omisiones de facturación/codificación.

Haga clic aquí para información adicional sobre los requisitos de firma.

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

Facturación errónea de injerto de plaquetas de sangre

Los proveedores han estado asociando equivocadamente **L**injerto de plaquetas de sangre con código *CPT 20926* (*Tissue grafts, other [eg, paratenon, fat, dermis]*). Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) tienen, en este momento, una determinación nacional de cobertura (publicación 100-03, NCD 270.3) en respaldo de la prestación sin cobertura, de este servicio Productos autólogos (provenientes de la misma persona) derivados de la sangre, para heridas crónicas que no cicatrizan, incluyen: (1) productos de factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGF) (tales como Procuren) y (2) plasma rico-en-plaquetas (PRP). Estos servicios son sin cobertura nacional según NCD 270.3 para el tratamiento de heridas cutáneas crónicas que no cicatrizan (cutáneo está definido más extensamente en el análisis de cobertura nacional para incluir heridas superficiales y profundas). A partir del 19 de marzo de 2008, este servicio es sin cobertura nacional para el tratamiento de heridas quirúrgicas agudas cuando el PRP autólogo es aplicado directamente a la

incisión cerrada o para heridas *dehiscente* (desaparición de los labios suturados de una herida quirúrgica).

Se sugiere a los proveedores revisar sus registros para determinar si los servicios fueron facturados erróneamente al programa de Medicare. En situaciones donde los proveedores puedan haber facturado de manera errónea y se les ha pagado incorrectamente por código *CPT 20926* de técnicas de injerto utilizando plasma rico-en-plaquetas, se espera que se haga un reembolso voluntario al programa Medicare de First Coast Service Options Inc. (FCSO), de manera tal de tomar acción proactiva y/o ocuparse del error que se ha identificado. La manera correcta, junto con instrucciones y dirección postal, para hacer un reembolso voluntario, pueden ser encontradas en <http://medicare.fcsoc.com/Forms/138379.pdf>.

Fuente: Crítica originada en la oficina de James Lamar James, aprobada por Donna Avera y Sherry Stewart

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 2009 de la American Medical Association (u otra fecha de publicación del *CPT*). Todos los derechos están reservados. Aplican las FARS/DFARS que corresponda.

FORMULARIO DE PARTE B

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario pagable al número apropiado de la cuenta de FCSO. No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo. **Nota:** El pago para tarifas fijas no puede ser combinado con pagos para otros artículos; se requieren pagos por separado para la compra de cuentas diferentes.

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

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Todos los cheques hechos para “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

Sitios web de Medicare

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 ♦

