

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Intercambio electrónico de datos

Instrucción adicional -- HIPAA versión 5010 para transacción 8356

Mejoras al refuerzo de facturación consolidada de salud en el hogar

Modificación de facturación consolidada y nuevo archivo de información de certificación HH7

Evaluación de revisiones clínicas

Corrección de pagos incorrectos hechos por Medicare8

No hay 'medida única' para crear una red de información de salud

Un mensaje del coordinador nacional de tecnología de información de la salud11

Cuidados médicos al alcance de todos

Disposiciones de ley de cuidados médicos al alcance de todos y cambios propuestos a las tasas del año fiscal 201125

Sistema de pagos prospectivos

Actualización de julio de 2010 del sistema de pagos prospectivos por paciente ambulatorio27

Centros de Cirugía Ambulatoria

Modificaciones de 2010 al sistema de pagos de centros de cirugía ambulatoria42

Manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare

Corrección del manual para restablecer instrucciones eliminadas por error46

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Recursos educacionales	23
Información para proveedores de la Parte A.....	24
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	38
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	40
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	41
Información para proveedores de la Parte B.....	42
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	50
Formulario para ordenar materiales de Parte B	54
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	55

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

Sugerencias de distribución:

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



Tabla de Contenido

En esta edición 1
 Tabla de contenido 2

Sobre esta publicación 3

Partes A/B

Cobertura y Reembolso

Programas de rehabilitación cardíaca 4
 Implante de menisco de colágeno 4
 Servicios de rehabilitación pulmonar 5
 Revisiones de pólizas de audiología 5

Intercambio Electrónico de Datos

HIPAA versión 5010 para transacción 835 6

Facturación

Mejoras al refuerzo de facturación consolidada de salud en el hogar 7
 Actualización de HCPCS a julio 2010 7
 Pautas para el procesamiento de apelaciones 8
 Evaluación de revisiones clínicas 8

Tarifas Fijas

Ley de continuidad de atención médica de beneficiarios de Medicare 9

Ambulancia

Prolongación de vigencia de disposiciones 10

Información General

No hay 'medida única' para crear una red de información nacional de salud 11
 Campaña de educación contra el fraude 13
 Instrucciones de firma de revisiones médicas 13
 Mensajes sobre cobertura de medicinas 14
 Ley de salud al alcance de todos 15
 Día nacional de sobrevivientes de cáncer 16
 Día nacional de salud del adulto mayor 17
 Semana nacional de la salud masculina 18
 Página web de programas de incentivo EHR 18
 Preparación para la transición a contratista administrativo de Medicare 19
 Preguntas frecuentes sobre ICD-10 de CMS 19
 Actualización de transición de banco 20
 Arch. precio promedio de venta de julio 2010 20
 Transición de un FI/carrier a MAC 20
 Curso por Internet sobre Serv. preventivos 21
 Pautas de MLN a recursos de Medicare 21
 Folleto de Medicare Coverage Database 21
 Nuevas adiciones a la sección ICD-10 del sitio web de CMS 22
 Lo nuevo del Medicare Learning Network 22

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos 23

Parte A

Hospital

Editor de código de paciente ambulatorio 24
 Ley de cuidados médicos y tasas 2011 25

Tasas 2011 pagos hosp. psiquiátricos 25
 Código D para transferencia de pacientes 26

Sistema de pagos prospectivos

Actualización julio 2010 pac. ambulatorio 27
 PRICER 2010 paciente ambulatorio 28
 PRICER 2010 paciente hospitalizado 28

Centros de Enfermería Especializada

Proveedores de camas de uso múltiple 29
 Noticias de junio del sistema Five-Star 29
 Actualizaciones de SNF PPS 2011 30

ESRD

Diálisis, infecciones y acceso vascular 31

Información General

Inscripción PECOS reg. médico electr. 32
 Para completar/procesar form. CMS 1450 33
 Cód. denegaci31259, 37540 o 37541 33
 Notificación anticipada al beneficiario 34

Gráficos

Preguntas frecuentes Puerto Rico 35
 Rechazos frecuentes Puerto Rico 36
 Códigos de denegación Puerto Rico 37

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A 38

Ordenar materiales de Parte A 40

Contactos Parte A de Puerto Rico 41

Parte B

Centros de Cirugía ambulatoria

Modificaciones 2010 al sist. de pagos 42
 Actualización julio 2010 al sist. de pagos 42

Laboratorio

Nuevas pruebas con dispensa 43

PQRI

Nuevo manual PQRI y eRx 43

Información General

Notificación de reg. inscripción PECOS 44
 Actualización julio CCI 45
 Actualización de formulario CMS 1500 46
 Manual instrucciones eliminadas por error 46

Gráficos

Denegaciones frecuentes Puerto Rico 47
 Preguntas frecuentes Puerto Rico 48
 RUC frecuentes Puerto Rico 49

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B 50

Ordenar materiales de Parte B 54

Contactos Parte B de Puerto Rico 55

Medicare A y B Al Día

Vol. 2, No. 6
 junio 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

Programas de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva

Número de *MLN Matters*: MM6850

Número de petición de cambio relacionado: 6850

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de mayo de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1974CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

La ley de mejoras para pacientes y proveedores de Medicare, *Medicare Improvements for Patients and Providers Act* (MIPPA), de 2008, estableció disposiciones de cobertura para programas de rehabilitación cardíaca (CR) y rehabilitación cardíaca intensiva (ICR). Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) implementaron por medio de reglamentaciones, las disposiciones de cobertura ICR y CR de MIPPA, en el catálogo de tarifas médicas (PFS) del año calendario (CY) 2010, agregando la sección 410.49 (programas de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva: condiciones de cobertura) a la reglamentación de códigos federales de salud pública *Public Health Code of Federal Regulations* (42 CFR). Servicio ICR es un programa con supervisión médica que provee los mismos elementos/servicios bajo las mismas condiciones que un programa CR pero que debe además demostrar por

medio de una investigación publicada y revisada por colegas que mejora la enfermedad cardiovascular del paciente, de acuerdo a mediciones específicas de los resultados descritas en 42 CFR 410.49(c).

Petición de cambio 6850 determina para los programas CR/ICR, el criterio específico siguiente:

- CR/ICR requisitos de cobertura del beneficiario del programa (a partir del 1 de enero de 2010)
- CR/ICR requisitos de los componentes del programa
- Limitaciones de frecuencia
- CR/ICR requisitos del marco del programa
- CR/ICR requisitos para los médicos del programa
- ICR aprobación de requisitos del programa

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6850.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6850, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1974CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1974, CR 6850

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.

Implante de menisco de colágeno

Número de *MLN Matters*: MM6903

Número de petición de cambio relacionado: 6903

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de mayo de 2010

Fecha de efectividad: 25 de mayo de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1977CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) concluyeron que la evidencia demuestra que el implante de menisco de colágeno no mejora los resultados de salud. De esta forma, CMS determinó que el implante de menisco de colágeno no es razonable y necesario para el tratamiento de lesión en el menisco/desgarre y no es cubierto por Medicare.

Al finalizar un análisis de cobertura nacional (NCA) para el implante de menisco de colágeno, la decisión fue hecha de que el implante de menisco de colágeno no es cubierta para los beneficiarios de Medicare.

Una copia de esta póliza está disponible en <http://www.cms.gov/mcd/search.asp>. Si usted no tiene acceso, puede contactar a First Coast Service Options Inc. (FCSO) para solicitar una copia de la determinación nacional de cobertura (NCD).

FCSO no buscará sus archivos para recobrar pago de reclamaciones pagadas antes de la implementación de la petición de cambio 6903. Sin embargo, FCSO ajustará tales reclamaciones traídas a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6903.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6903, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1977CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1977, CR 6903

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

Servicios de rehabilitación pulmonar

Número de *MLN Matters*: MM6823
 Número de petición de cambio relacionado: 6823
 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: R1966CP
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

La ley de mejoras para pacientes y proveedores de Medicare, *Medicare Improvements for Patients and Providers Act* (MIPPA), de 2008, ha agregado mejoras al pago y cobertura para pacientes de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (COPD) y otras condiciones y ahora provee un beneficio con cobertura que consiste en un programa completo de rehabilitación pulmonar (PR) de Parte B de Medicare, a partir del 1 de enero de 2010.

PR es un programa multi-disciplinario de atención a pacientes con problemas respiratorios crónicos que son sintomáticos y frecuentemente disminuyen las actividades de la vida diaria.

Medicare pagará por hasta dos sesiones de PR de una hora por día, hasta un total de 36 sesiones de por vida (en algunos casos, hasta 72 sesiones de por vida).

El programa PR debe incluir ciertos componentes mandatorios indicados en el artículo *MLN Matters*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6823.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6823, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1966CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1966, CR 6823

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

Revisiones y reemisiones de pólizas de audiología

Número de *MLN Matters*: MM6447
 Número de petición de cambio relacionado: 6447
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de mayo de 2010
 Fecha de efectividad: 28 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1975CP
 Fecha de implementación: 28 de julio de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 6447 modifica asuntos relevantes a la póliza de servicios de audiología. Los cambios han sido realizados para clarificar la codificación correcta y facturación de pruebas de diagnóstico audiológicas. La póliza ha sido clarificada sobre los servicios subordinados a un médico que son pagados bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (Medicare physician fee schedule, MPFS). Las partes clave de la póliza clarificada están en el revisado Capítulo 12, Sección 30.3 del *Medicare Benefit Policy Manual* y en el Capítulo 15, Sección 80.3 del *Medicare Benefit Policy Manual*.

Los puntos clave cubiertos en el artículo incluyen requisitos de inscripción de audiología y documentación de pruebas diagnósticas de audiología con suficiente información.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6447.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6447, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1975CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1975, CR 6447

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

Instrucción adicional -- HIPAA versión 5010 para transacción 835

Número de *MLN Matters*: MM6975

Número de petición de cambio relacionado: 6975

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de mayo de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R709OTN

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están actualmente en el proceso de implementar la próxima versión del *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* (HIPAA) transacción 835 estándar. El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos ha adoptado *Accredited Standards Committee, X12* versión 5010 y *Council for Prescription Drug Programs*, versión D.0 como el próximo estándar HIPAA para las transacciones cubiertas de HIPAA. La regla final fue publicada el 16 de enero de 2009. Algunas de las fechas importantes en el proceso de implementación son:

- Fecha de efectividad de la regulación es el 17 de marzo de 2009
- Conformidad del nivel I para el 31 de diciembre de 2010
- Conformidad del nivel II para el 31 de diciembre de 2011, y
- Todas las entidades cubiertas tienen que estar completamente conformes para el 1 de enero de 2012.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6975.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6975, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R709OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 709, CR 6975

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

Entérese primero: Suscríbase a eNews de FCSO

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

FACTURACIÓN

Mejoras al refuerzo de facturación consolidada de salud en el hogar

Nota: El artículo CR 6911 del *MLN Matters* fue publicado anteriormente en mayo de 2010, en Medicare A y B Al Día (página 9).

Número de *MLN Matters*: MM6911 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6911
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de junio de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1988CP
 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

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.

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.hhs.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.hhs.gov/transmittals/downloads/R1988CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1988, CR 6911

Actualización de HCPCS a julio 2010

Número de *MLN Matters*: MM6809
 Número de petición de cambio relacionado: 6809
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de mayo de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010 a menos que se determine de otra manera
 Número de transmisión de CR relacionado: R1972CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

El conjunto de códigos del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS) es actualizado trimestralmente. Petición de cambio 6809 describe el procedimiento para actualizar estos códigos HCPCS.

El códigos HCPCS Q2025 Fludarabine phosphate, oral, 1 mg será pagable por Medicare por reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio:

Los siguientes códigos HCPCS serán pagables por

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.

Medicare por reclamaciones con fechas de servicio a partir del 23 de marzo:

Inyección Q2026, Radiess, 0.1 ml

Inyección Q2027, Sculptra, 0.1 ml

Los contratistas de Medicare no buscarán en sus archivos para reprocesar reclamaciones, pero ajustarán las reclamaciones que estimen conveniente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6809.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6809, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1972CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1972, CR 6809

Pautas para el procesamiento de apelaciones vía fax o portal de Internet

Número de *MLN Matters*: MM6958
 Número de petición de cambio relacionado: 6958
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de junio de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1986CP
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2010

Resumen

Varios contratistas de Medicare han solicitado autoridad de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para utilizar un portal/aplicación de Internet seguro para recibir y procesar las solicitudes de apelación de reclamaciones de pago por servicio (FFS). Además, varios contratistas de Medicare han comenzado a aceptar solicitudes de apelación de reclamación recibidas por escrito vía facsímil.

La petición de cambio (CR) 6958 provee guía sobre las solicitudes de apelación recibidas por escrito vía facsímil o vía un portal/aplicación por Internet seguro, y provee guía a los contratistas de Medicare que ya han modificado o actualmente desean modificar sus procedimientos para permitir recibo y/o procesamiento de solicitudes de redeterminación vía estos mecanismos.

CMS no exige a sus contratistas utilizar un facsímil y/o un portal/aplicación de Internet seguro para realizar actividades de apelaciones. Los contratistas no pueden exigir a un apelante el presentar una apelación

electrónicamente (e.g., vía facsímil y/o un portal/aplicación de Internet seguro). El presentar solicitudes de apelación vía facsímil o un portal/aplicación está a la discreción del apelante. Los contratistas continuarán aceptando solicitudes de apelación en copia impresa vía correo.

Las porciones clave del CR 6958 para los proveedores son las siguientes:

- Lo que constituye una solicitud para una redeterminación
- Solicitudes de procesamiento a tiempo
- La decisión de redeterminación
- Los requisitos para el uso de un portal/aplicación de Internet seguro para sustentar las actividades de apelaciones

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6958.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6958, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1986CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1986, CR 6958

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.

Evaluación de revisiones clínicas

Nota: El artículo CR 6954 del *MLN Matters* fue publicado anteriormente en mayo de 2010, en Medicare A y B Al Día (página 6).

Número de *MLN Matters*: MM6954 Modificado
 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

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.hhs.gov/MLNMattersArticles/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.hhs.gov/transmittals/downloads/R338PI.pdf>.

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

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

Ley de continuidad de atención médica de beneficiarios de Medicare Preservation of Access to Care for Medicare Beneficiaries and Pension Relief Act of 2010

El Presidente firmó el Preservation of Access to Care for Medicare Beneficiaries and Pension Relief Act of 2010 -- 2.2 por ciento de actualización del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) para el 1 de junio de 2010, hasta el 30 de noviembre de 2010.

El 25 de junio de 2010, el Presidente Obama firmó en ley el "Preservation of Access to Care for Medicare Beneficiaries and Pension Relief Act of 2010". Esta ley establece una actualización del 2.2 por ciento a la tasa de pago del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) retroactivo del 1 de junio hasta el 30 de noviembre de 2010. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han instruido a los contratistas de administración de reclamaciones de Medicare a discontinuar el procesamiento de reclamaciones a la tasa de actualización negativa y retener provisionalmente todas las reclamaciones por servicios prestados el 1 de junio de 2010, y luego, hasta que las tasas de actualización del 2.2 por ciento sean probadas y descargadas a los sistemas de procesamiento de reclamaciones del contratista de Medicare. La prueba efectiva de la nueva actualización del 2.2 por ciento asegurará que las reclamaciones sean pagadas correctamente para las nuevas tasas. CMS espera que los contratistas comiencen a procesar las reclamaciones con las nuevas tasas a más tardar el 1 de julio de 2010. Las reclamaciones por servicios prestados antes del 1 de junio de 2010, continuarán siendo procesadas y pagadas como usual.

Las reclamaciones que contienen las fechas de servicio de junio de 2010 que han sido pagadas a las tasas de actualización negativa serán reprocesadas tan pronto como sea posible. Bajo la ley actual, los pagos de Medicare a los médicos y otros proveedores pagados bajo el MPFS son basados por el menor del cargo presentado en la reclamación o la cantidad MPFS. Las reclamaciones que contienen las fechas de servicio de junio que fueron presentadas con cargos mayores o igual a las nuevas tasas de actualización del 2.2 por ciento serán reprocesadas automáticamente. Los médicos/proveedores afectados que presentaron reclamaciones que contienen las fechas de servicio de junio con los cargos menores que la cantidad de actualización del 2.2 por ciento necesitarán contactar a su contratista de Medicare para solicitar un ajuste. Los cargos presentados en las reclamaciones no pueden ser alterados sin una solicitud del médico/proveedor. Los médicos/proveedores no deben volver a presentar las reclamaciones que ya han sido presentadas a su contratista de Medicare. ❖

Fuente: CMS PERL 201006-42

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

AMBULANCIA

Prolongación de vigencia de disposiciones agregadas a servicios de ambulancia

Número de *MLN Matters*: MM6972

Número de petición de cambio relacionado: 6972

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de mayo de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R706OTN

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

La ley de 2010 de medicina al alcance de todos *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA) de 2010, re-establece las disposiciones siguientes:

La sección 146(a) de la ley de mejoras para pacientes y proveedores de Medicare, *Medicare Improvements for Patients and Providers Act* (MIPAA) de 2008, otorga un aumento a las tarifas de ambulancia terrestre que tienen cobertura, de un tres por ciento cuando el transporte es originado en áreas rurales y de un dos por ciento cuando el transporte es originado en áreas urbanas.

La ley de PPACA re-establece estas disposiciones con vigencia desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2010.

La sección 146(b) (1) de MIPAA enmienda la definición de área rural para servicios de ambulancia aérea. El estatuto especifica que toda área designada como rural a contar del 31 de diciembre de 2006, para el propósito de pagos de acuerdo al catálogo de tarifas de ambulancia aérea, seguirá siendo considerada como tal para los mismos propósitos.

La ley PPACA re-establece estas disposiciones para reclamaciones con fechas de servicio entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2010.

La sección 414 de la ley de modernización y optimización de prescripción de medicinas de *Medicare, Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act* (MMA) de 2003, especifica que para servicios prestados entre el 1 de julio de 2004 y 31 de diciembre de 2009, la tasa base de pago de ambulancia terrestre fue aumentada para los casos en que el transporte se origina en un área rural incluidas aquellas áreas comprendidas en el percentil 25avo menor de todas las poblaciones rurales clasificadas por densidad de población.

La ley de PPACA re-establece estas disposiciones con vigencia desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2010, utilizando el porcentaje de aumento aplicado bajo esta disposición a los servicios de ambulancia, durante 2009.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6972.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6972, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R706OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 706, CR 6972

Tarifas de Puerto Rico

Código	Tarifas	
A0425	\$6.87	
A0425	\$6.94	
A0426	\$229.13	
A0426	\$231.37	
A0427	\$362.79	
A0427	\$366.34	
A0428	\$190.94	
A0428	\$192.81	
A0429	\$305.50	
A0429	\$308.50	
A0430	\$2,627.49	
A0430	\$3,941.23	
A0431	\$3,054.84	
A0431	\$4,582.25	
A0432	\$334.15	
A0432	\$337.42	
A0433	\$525.09	
A0433	\$530.23	
A0434	\$620.56	
A0434	\$626.64	
A0435	\$8.07	
A0435	\$12.11	
A0436	\$21.53	
A0436	\$32.30	

* Tarifa rural

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

No hay ‘medida única’ para crear una red de información nacional de salud

Un mensaje del Dr. David Blumenthal, coordinador nacional de tecnología de información de la salud

El intercambio privado y seguro de información de la salud, permite que la información acompañe al paciente cuando y donde sea necesario para una mejor atención. El gobierno federal está trabajando para hacer posible un amplio rango de maneras novedosas y complementarias que permitirán el intercambio significativo y seguro de información dentro de los estados e inter-estatal, sin embargo, todos nuestros esfuerzos deben estar asentados en fundamentos de estándares, especificaciones técnicas y políticas comunes. Nuestros esfuerzos deben también fomentar la confianza entre los participantes y dar seguridad a los consumidores sobre la seguridad y privacidad de su información. Estos fundamentos son la esencia de la red de información nacional de salud *Nationwide Health Information Network* (NHIN).

NHIN no es precisamente una red, es más bien un conjunto de estándares, servicios y procedimientos que hacen posible que la Internet sea utilizada para el intercambio seguro de información para mejorar la salud y el cuidado de la salud. Proveedores y consumidores diferentes, pueden utilizar la Internet de maneras diferentes y a diferentes niveles de complejidad. Para hacer posible su uso de manera significativa, incluyendo el intercambio de información que sea necesario, necesitamos encontrarnos con los proveedores en el lugar en que se encuentran y ofrecer métodos que ellos puedan utilizar, al mismo tiempo que sirvan de apoyo al cumplimiento de los requisitos de uso significativo de los programas que incentivan el uso de registros médicos electrónicos. En cuanto a la Internet, es probable que lo que hoy se considera “altamente sofisticado” llegue a ser pronto de uso habitual. Todavía más, los usuarios pueden realizar intercambios simples para algunos propósitos y más complejos para otros.

Las capacidades actuales de intercambio de NHIN son el resultado de una amplia y sostenida colaboración entre agencias federales, grandes organizaciones de proveedores y una gran variedad de organizaciones de información médica tanto regionales como estatales, todas ellas reconociendo la necesidad de un nivel más alto de intercambio de información sobre cuidados de la salud que evite enfoques “aislados”. Basados en este trabajo pionero, un subconjunto de estas organizaciones está ahora intercambiando información de manera activa. Este grupo menor incluye *Department of Defense, Social Security Administration, Veterans Health Administration, Kaiser Permanente* y *MedVirginia*. En un principio se habían reunido como plan piloto para ver si era posible este tipo de intercambio altamente evolucionado. Habiendo tenido éxito, continuaron expandiendo el nivel de intercambio dentro del grupo y con sus respectivos asociados de manera

graduada cuidadosamente para demostrar y aprender de estos crecientes modelos de intercambio. El robusto intercambio que ocurre a este nivel tiene varios atributos clave, incluyendo:

1. Posibilidad de encontrar y acceder información del paciente entre múltiples proveedores.
2. Fortalecimiento del intercambio de información utilizando estándares comunes.
3. Conocimiento documentado de participantes, permitiendo asociación de organizaciones, tales como el acuerdo de utilización de datos y apoyo recíproco (DURSA).

Necesitamos asegurar la disponibilidad de una opción de intercambio confiable y segura

Sin embargo, no toda organización y/o proveedor necesita o está hoy preparado para esta clase de intercambio de información. Ni es exigido por la

reciente reglamentación propuesta en los requisitos de uso significativo para 2011 establecidos por CMS. Intercambio de información directa encaminada de manera segura puede satisfacer las necesidades actuales de algunos proveedores con respecto a sus pacientes y sus actividades, tales como recibir resultados de laboratorio o enviar prescripciones médicas electrónicas.

Con la finalidad de capacitar a una gran variedad de proveedores – desde pequeños consultorios a grandes hospitales – a convertirse en usuarios significativos de registros médicos electrónicos en 2011, necesitamos asegurar la disponibilidad de una opción de intercambio “a nivel de entrada” confiable y segura, en línea con la visión a largo plazo de intercambio de información que tenemos para nuestra nación. Tal opción debe conciliar la necesidad de un nivel de interoperabilidad consistente con seguridad a través del espectro de intercambio con la realidad de que no todos los usuarios se encuentran en el mismo punto del camino de interoperabilidad integral. En un esfuerzo de prestar al cliente el mejor servicio posible, el departamento de informática del coordinador nacional de salud *Office of the National Coordinator for Health IT* (ONC), considerará un conjunto completo de herramientas para todos aquellos proveedores que deseen alcanzar un intercambio de información médica de importancia.

Extender la utilización de NHIN para incluir una mayor variedad de proveedores y consumidores que puedan tener necesidades más simples de intercambio de información o tal vez capacidades técnicas menos avanzadas, es crítico para fortalecer el intercambio de información médica y alcanzar nuestros requisitos significativos de utilización iniciales. Partiendo de las sólidas bases establecidas por el actual grupo de intercambio mencionado anteriormente y de las recomendaciones del comité de políticas de HIT (que

No hay 'medida única para crear una red de información nacional de salud... (continuación)

se originó con el comité de trabajo *NHIN workgroup*), ONC está explorando esta expansión de capacidades de NHIN para encontrar soluciones que puedan funcionar a través de diferentes tecnologías y modelos de intercambio.

El proyecto *NHIN Direct Project* emprendido recientemente, está diseñado para identificar los estándares y servicios necesarios para crear un medio de comunicación electrónica directa entre proveedores, en apoyo a los requisitos de utilización significativa de 2011. Esto significa mejorar, no reemplazar las capacidades ofrecidas por otros medios de intercambio. Un ejemplo de este tipo de intercambio sería un médico de familia que refiere a un especialista y envía un resumen del historial médico de un paciente electrónicamente.

Tenemos un plazo perentorio para definir estas especificaciones y estándares y probarlos dentro de escenarios reales para fines de 2010. El tiempo es un factor crítico para que podamos proveer este recurso a un mayor número de participantes en el intercambio de información médica, mientras una nueva ola de usuarios significativos se prepara a calificar para los incentivos de la ley HITECH y que por último han sido definidos por CMS. Este modelo de intercambio cumplirá con las necesidades actuales del proveedor dentro de la amplia comunidad de servicios de la salud, complementando las capacidades de intercambio existentes de NHIN y fortaleciendo nuestros esfuerzos encaminados hacia una interoperabilidad integral a través de la nación.

Una evolución natural de las capacidades de NHIN en apoyo de una variedad de necesidades de intercambio de información médica, está siendo reforzada por tendencias que nos conducen a una consolidación de cuidados de la salud, unido al estímulo de paquetes de pago por atenciones médicas coordinadas, significará que más proveedores lo van a necesitar. Mejora de calidad, salud pública, investigación y un sistema de aprendizaje de cuidados de la salud, todos ellos lo necesitan. Por último, el intercambio simple formará parte de un paquete de funciones más amplias que permiten a cualquier proveedor y finalmente cualquier consumidor, intercambiar información por medio de la Internet, permitido esto por estándares, servicios y políticas de NHIN.

La continuidad de sus opiniones y contactos con nosotros, nos servirá de guía y para mantenernos en una dirección armoniosa con las rápidas innovaciones en IT de los cuidados de la salud de hoy. El proyecto directo de NHIN llevará a cabo un proceso transparente y colaborativo

a través de su desarrollo, por medio del uso de un sitio web colaborativo de la comunidad, blogs y fuentes de implementación abiertas actualmente disponibles en el sitio web del proyecto (<http://nhindirect.org>). Los aliento a participar por medio del sitio web, vía participación pública en las reuniones de grupos de implementación y desplegando y probando las especificaciones y estándares resultantes. Invito a aquellos de ustedes que están participando en el grupo actual de intercambio, a compartir sus experiencias. Las lecciones aprendidas del proyecto directo de NHIN y el grupo de intercambio informarán de la evolución de NHIN a medida que aparecen nuevos modos de utilización y nuevos usuarios y mientras que ocurren continuas innovaciones para satisfacer las necesidades crecientes de nuestra comunidad.

A medida que entramos a la nueva etapa del desarrollo de un intercambio de información médica nacional, debemos tomarnos un momento para reflexionar acerca de lo hemos avanzado y evaluar nuestros planes para el futuro. ONC tiene el compromiso de proveer recursos y guiar a los participantes en todos los niveles de intercambio a través de los programas de HITECH, tales como *Health IT regional extension centers*, el centro nacional de investigación *Health IT Research Center* y el *State Health Information Exchange Program*. Al mismo tiempo que evalúa sus propias necesidades de cambio, aproveche los muchos recursos federales a su disposición en el sitio de Internet *ONC Website* y los recursos en línea de los programas mencionados anteriormente, así como a través del programa de educación "*NHIN University*" auspiciado por nuestro asociado público-privado *National eHealth Collaborative*.

Hemos llevado a cabo una gran cantidad de trabajo en el corto período de tiempo transcurrido desde la promulgación de la ley de HITECH. Nosotros, en ONC agradecemos su disposición a estar involucrado en cada paso de nuestra jornada y esperamos continuar colaborando con la optimización de la salud y bienestar de nuestra nación.

Atentamente,

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

Fuente: CMS PERL 201005-35

Lanzamiento de campaña de educación para prevenir el fraude

El departamento de salud *U.S. Department of Health & Human Services*, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) y el departamento de adultos mayores *Administration on Aging*, han lanzado la campaña de educación para prevenir el fraude *Fraud Prevention Education Campaign*, para asegurar que los beneficiarios de Medicare están a salvo de estafa.

La campaña partió con una publicidad de un millón de dólares en anuncios de radio nacional y étnico en referencia al cheque de bonificación de doscientos cincuenta dólares (\$250) libres de impuesto, pagados por una sola vez, con motivo de la suspensión momentánea de cobertura, según lo dispuesto por la ley de medicina al alcance de todos *Affordable Care Act*.

Con motivo de que los adultos mayores que han entrado este año al período de suspensión momentánea de cobertura de Medicare Parte D, han comenzado a recibir su cheque de bonificación de doscientos cincuenta dólares (\$250) libres de impuesto, la secretaria de HHS Kathleen Sebelius junto con altos funcionarios de administración de situaciones del adulto mayor *Administration on Aging*, y con CMS, han emprendido un esfuerzo de educación nacional para asegurar que los adultos mayores tienen la información que necesitan para protegerse de estafas o fraudes potenciales con respecto a sus beneficios de Medicare.

La campaña nacional de prevención incluirá esfuerzos de extensión cultural y anuncios en prensa, radio y televisión.

La campaña comenzará con una publicidad de un millón de dólares en anuncios, que serán hechos desde junio hasta agosto, durante los meses en que serán enviados por correo, a los adultos mayores elegibles, los cheques de bonificación de doscientos cincuenta dólares (\$250) libres de impuesto. CMS comprará tiempo en mercados con alto porcentaje de personas que reciben este beneficio de Medicare, que tendrán suspensión momentánea de cobertura y tiempo en radios étnicas para comunicarse con grupos de adultos mayores que han sido blanco de estafadores.

Durante la campaña inicial, habrá espacios publicitarios radiales de treinta y sesenta segundos, en inglés, español, coreano y armenio. Para fines de esta semana, habrá espacios en idioma inglés en un número más reducidos de mercados. El número de mercados será incrementado constantemente y la campaña publicitaria nacional será completada a fines de junio.

CMS ha puesto anuncios grabados de sesenta segundos, en inglés y español, en el sitio de Internet *Medicare.gov website*. Puede encontrarse libretos de los anuncios en <http://www.medicare.gov/Default.aspx>.

El anuncio de prensa fue puesto el 8 de junio de 2010 en http://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201006-11

Instrucciones de firma para efectos de revisiones médicas

Nota: El artículo CR 6698 del *MLN Matters* fue publicado el abril de 2010, en Medicare A y B Al Día (página 23).

Número de *MLN Matters*: MM6698 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6698
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R327PI
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Todos los contratistas administrativos de Medicare (MAC), contratistas de pruebas de tasas de error globales (CERT), contratistas de auditoría de recuperación (RAC), contratistas de salvaguardia del programa (PSC) y contratistas de integridad del programa en la zona (ZPIC) tienen encomendada la tarea de medir, detectar y corregir pagos incorrectos así como identificar fraudes potenciales. Todos los requisitos de firma detallados en la mencionada petición de cambio (CR) 6698 son efectivos de la manera siguiente:

Contratistas de pruebas de tasas de error globales revisiones en forma retroactiva para el período de reporte de noviembre de 2010.

MAC, RAC, PSC y ZPIC revisiones llevadas acabo a partir de 30 días después de la emisión de CR 6698.

Antes de CR 6698, se precisaba un “identificador legible” en la forma de una firma caligráfica o electrónica por cada servicio provisto u ordenado. El manual Program Integrity Manual actualizado, adjunto a CR 6698 provee las instrucciones modificadas para asistir a los revisores a determinar si los requisitos de firma pueden considerarse cumplidos.

Si una orden carece de firma, los revisores de reclamaciones deben descartar la orden durante la revisión de las reclamaciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6698.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6698, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R327PI.pdf>.

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

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.

Mensajes sobre cobertura de medicinas para beneficiarios de Medicare

Medicare ayuda a sus beneficiarios de bajos ingresos a obtener ahorros importantes en el costo de sus recetas médicas

Gracias a los cambios en el programa de Medicare de subsidio por bajos recursos *low-income subsidy program* (también conocido como LIS o “extra help” (ayuda extra) que se inicia el presente año, aumentará el número de beneficiarios de Medicare favorecidos por “extra help” por costos de recetas médicas y que serán elegibles para pagar no más de \$2.50 por medicinas genéricas y no más de \$6.30 por cada medicina de marca. Estos cambios facilitan más que nunca la posibilidad de ahorro en el costo de las medicinas a los beneficiarios de Medicare con ingresos limitados.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) estiman que “extra help” puede ayudar a ahorrar hasta \$3,900 al año a beneficiarios de Medicare que sean elegibles. Se estima que más de 1.8 millones de beneficiarios de Medicare podrían ser considerados elegibles para “extra help”, pero no están actualmente inscritos para aprovechar esta oportunidad de ahorrar.

Los cambios realizados a la ley de mejoras para pacientes y proveedores de Medicare, *Medicare Improvements for Patients and Providers Act* (MIPPA) de 2008, han hecho más fácil a los beneficiarios de Medicare el calificar para “extra help”, al cambiar la manera en que se consideran los activos en 2010, en que al determinar la elegibilidad para “extra help”, la administración de seguro social *Social Security Administration*, que maneja las inscripciones al programa, ha dejado de considerar las pólizas de seguro de vida, como recurso. Además, dejará de considerarse como ingreso, la ayuda recibida de parte de familiares y amigos para pagar gastos del hogar, tales como alimentos, hipoteca, alquiler y gastos de uso.

Marilyn Tavenner, CMS Principal Deputy Administrator dijo que “estos cambios al programa ‘extra help’, facilitan a más gente el conseguir ayuda para pagar sus recetas médicas” agregando que “aún si usted ha sido rechazado antes para ‘extra help’, debería volver a postular. Si es aceptado, recibirá ayuda de Medicare para pagar deducible, copago y primas de cobertura de medicinas”.

El ingreso anual de un beneficiario, para poder ser aceptado, debe ser inferior a \$16,245 (\$21,855 para matrimonios) y poseer recursos limitados a \$12,510 (\$25,010 para matrimonios). Recursos incluyen cuantas bancarias, acciones y bonos pero no incluyen casas, automóviles ni pólizas de seguro.

No hay cargo por solicitar “extra help”. Los beneficiarios de Medicare, familiares, representantes legales o cuidadores de enfermos, pueden presentar sus solicitudes en línea a <http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp> o llamar al *Social Security* (seguro social) al 1-800-772-1213 (usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778) y pedir una “Application for Help with Medicare Prescription Drug Plan Costs” (solicitud para el plan de ayuda de Medicare para el pago de recetas médicas).

Los beneficiarios de Medicare pueden también ser

asistidos en sus comunidades locales por el programa estatal de asistencia sobre seguro médico *State Health Insurance Assistance Program* (SHIP). Información para ponerse en contacto con su SHIP local, puede encontrarse en <http://www.medicare.gov/contacts/staticpages/ships.aspx>, o bien en la contratapa de su manual *Medicare & You 2010 handbook*. Toda información que proporcione, permanecerá confidencial.

Gracias a la ley de medicina al alcance de todos *Affordable Care Act*, la mayoría de los beneficiarios inscritos en el plan de Parte D, cuyo ingreso es muy alto para calificar para “extra help”, pero que estarán momentáneamente sin cobertura en 2010 recibirán, por una sola vez, un cheque de bonificación de \$250 dólares libres de impuesto, como ayuda para solventar sus gastos de prescripción médica. La nueva ley contiene algunos importantes beneficios nuevos para ayudar a los adultos mayores y otros afectados por la pérdida momentánea de cobertura. Visite <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11467.pdf>, para saber más acerca de la ley *Affordable Care Act* y estos nuevos beneficios provistos por Medicare.

Estos cheques de \$250 dólares comenzarán a ser enviados por correo a los beneficiarios, a partir del 10 de junio, poco después que hayan entrado al período de pérdida momentánea de cobertura. Para mayor información de cómo obtener su cheque de bonificación,

vaya a <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11464.pdf>.

La pérdida momentánea cobertura es el período en que se suspende el beneficio de pago por prescripción de medicamentos y el beneficiario debe pagar por lo general, el 100 por ciento del costo de sus medicinas hasta alcanzar la cobertura por catástrofe. Los beneficiarios que califican para “extra help” de Medicare, no tienen pérdida momentánea de cobertura.

Para mayor información acerca de pérdida momentánea de cobertura, visite <http://www.medicare.gov>, o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Información al beneficiario acerca de la bonificación de \$250 de Parte D

CMS ha puesto en <http://www.medicare.gov> (bajo “What’s New”), un panfleto titulado “Closing the Prescription Drug Coverage Gap” (cubriendo el período de pérdida momentánea de cobertura). Este panfleto describe los detalles de la bonificación de \$250 dólares libres de impuesto, pagado por una sola vez, como ayuda para las personas que entran al período de pérdida momentánea de cobertura de Parte D y no tienen derecho a *extra help* de Medicare. Los primeros cheques fueron enviados por correo a los beneficiarios el 10 de junio y continuarán siendo enviados a medida que más personas entren al período de pérdida momentánea de cobertura.

Para contribuir en la lucha contra el fraude y proteger a los beneficiarios contra potenciales estafas, Medicare

Los beneficiarios que califican para “extra help” de Medicare, no tienen pérdida momentánea de cobertura

Mensaje sobre cobertura de medicinas para beneficiarios de Medicare... (continuación)

recuerda a los adultos mayores que no se necesita llenar formularios para recibir este beneficio. Medicare enviará los cheques en forma automática.

El sobre tendrá estampado el sello de *U.S. Department of Health and Human Services* (departamento de salud y servicios humanos de los EE. UU.) y dirá “*Medicare Part D*”. Los beneficiarios no necesitan proveer información personal de cualquier clase. No se necesita información personal tal como de Medicare, número de seguro social o números de cuenta bancaria para obtener el cheque de bonificación. Se les recuerda no dar información personal a si alguien les llama con respecto a la bonificación de \$250 dólares. Las personas inscritas en Medicare deberán llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para reportar cualquier sospecha de fraude o estafa o por cualquier pregunta que tengan.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier *link* de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201006-10

Medicare enseña a los beneficiarios la ley de salud al alcance de todos *Affordable Care Act*

Los beneficiarios de Medicare pronto recibirán información importante acerca de los beneficios inmediatos derivados de la promulgación de la ley de salud al alcance de todos *Affordable Care Act*.

La correspondencia de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), que estará disponible en inglés y español y destaca las disposiciones clave de la ley *Affordable Care Act* que son importantes para la gente que tiene Medicare así como a sus familiares. Medicare envía por correo, cada otoño, el manual Medicare & You a todos los domicilios de beneficiarios, para dar a la gente la información más actualizada de los cambios de Medicare. Estos envíos anuales son suplementados de vez en cuando con correspondencia adicional que informa a los beneficiarios acerca de cambios de importancia en la legislación que afecta a Medicare en forma significativa.

Marilyn Tavenner, administrador de CMS en funciones expresó que “es importante que nuestros beneficiarios de Medicare cuenten oportunamente con los hechos acerca de esta importante nueva ley de manera que puedan saber qué es lo que se mantiene igual y qué es lo que cambiará y mejorará en término de sus beneficios”, agregando “como un recurso confiable para los beneficiarios y sus familias, creemos que esta información ayudará a informarles acerca de la ley *Affordable Care Act* y recordarles que deben estar alertas por cualquier consulta sobre su información personal que pueda ser una estafa. CMS ha aprendido de implementaciones anteriores de leyes tales como Medicare Parte D, que nuevas oportunidades para beneficiarios de Medicare crean también nuevas oportunidades para que estafadores que tratan de engañar a las personas de más edad”.

Tavenner dijo “la nueva ley no solamente fortalece Medicare, sino que también garantiza que no han cambiado los beneficios con que cuentan los beneficiarios”, además “CMS es considerada por los beneficiarios como fuente de información oficial confiable, de manera que es de importancia crucial que los contactemos rápidamente para asegurarnos que los beneficiarios entienden su cobertura de Medicare y la manera en que va a mejorar”.

El primer beneficio que será recibido por varios millones de beneficiarios de Medicare como resultado de la promulgación de la nueva ley es un cheque único de \$250, en caso de que entren al *donut hole* (vacío de cobertura) de Parte D y no sean elegibles para ayuda extra de Medicare. *Donut hole* es el periodo dentro del beneficio de prescripción de medicinas en el que el beneficiario paga el 100 por ciento del costo de sus medicinas hasta alcanzar la cobertura por catástrofe.

Tavenner dijo “el cheque de \$250 que algunos beneficiarios verán pronto en el correo que sigue al panfleto para todos los beneficiarios de Medicare es el primer paso para llenar el vacío de cobertura” y “el año próximo, todos los beneficiarios que entren al vacío (de cobertura), recibirán un 50% de descuento por medicinas de marca, con cobertura medicinas de Parte D y para 2020 no habrá más un vacío de cobertura”.

Además del cheque de rebaja, la nueva correspondencia para los beneficiarios destaca otros beneficios disponibles gracias a la *Affordable Care Act*. Para el comienzo del año próximo, la *Affordable Care Act* asegura que los beneficiarios de Medicare obtendrán servicios de medicina preventiva tales como exámenes de cáncer colorrectal y mamografías sin co-pago, además de una consulta anual de “bienestar”. La ley también incluye nuevas herramientas para ayudar la prevención de fraude por parte de delincuentes que están tratando de estafar a las personas de más edad y robar dinero a los contribuyentes.

Ya que Medicare es un recurso confiable para los beneficiarios y sus familiares, se les pide ingresar a <http://www.medicare.gov/> o llamar a 1-800-MEDICARE para obtener respuesta a sus consultas sobre Medicare o ley *Affordable Care Act*.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier *link* de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201005-37

El 6 de junio es el Día Nacional de los Sobrevivientes de Cáncer

En el espíritu del Día Nacional de los Sobrevivientes de Cáncer, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les recuerda a los profesionales del cuidado de la salud que Medicare provee cobertura para una variedad de servicios preventivos, incluyendo ciertos exámenes de detección del cáncer. Al alentar a sus pacientes con Medicare a aprovechar los exámenes cubiertos, usted puede ayudarlos a llevar unas vidas más saludables.

Pruebas de detección de cáncer cubiertas por Medicare

Medicare provee cobertura para los siguientes exámenes de detección de cáncer para los beneficiarios elegibles de Medicare:

- Exámenes de mamografías
- Examen Pap
- Exámenes pélvicos
- Examen de detección del cáncer colorrectal
- Examen de próstata

Información adicional

CMS ha desarrollado una variedad de productos educacionales y recursos que han sido desarrollados para ayudar a los profesionales del cuidado de la salud y a su personal a que se familiaricen con la cobertura, codificación, facturación, y reembolso de pruebas de detección del cáncer cubiertas por Medicare.

Página web de productos educacionales y servicios preventivos Medicare Learning Network (MLN) -- esta página provee descripciones e información para ordenar para los productos educacionales y servicios preventivos del MLN y recursos para los profesionales del cuidado de la salud y su personal.

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

Folleto de exámenes del cáncer -- este folleto provee información de cobertura sobre los exámenes de detección del cáncer cubiertos por Medicare previamente listados.

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

Guía a los servicios preventivos de Medicare para médicos, proveedores, suplidores y otros profesionales del cuidado de la salud -- este recurso completo contiene cobertura, codificación, e información de pago para los varios servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo los exámenes del cáncer.

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

Información de referencia rápida: Servicios preventivos de Medicare -- esta tabla contiene cobertura, codificación, e información de pago para varios servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo exámenes de cáncer, en un formato de referencia fácil de usar.

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

Serie de servicios preventivos de Medicare: Parte 3 -- este adiestramiento en línea (WBT) incluye lecciones sobre cobertura, codificaciones, y facturación para varios servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo exámenes de mamografías, exámenes pap, y exámenes pélvicos. Para acceder al WBT, visite la página de inicio de MLN en <http://www.cms.gov/mlngeninfo>. Busque abajo en su pantalla "Related Links Inside CMS" y haga clic en "Web Based Training (WBT) Modules".

Productos educacionales y servicios preventivos -- este documento PDF contiene enlaces a versiones descargables de varios productos que el MLN tiene disponible relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo folletos, guías de referencia rápida, y más.

http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/education_products_prevserv.pdf

Para ordenar copias impresas de ciertos productos del MLN, visite la página de inicio del MLN en <http://www.cms.gov/mlngeninfo>. Busque abajo en su pantalla "Related Links Inside CMS" y haga clic en "MLN Product Ordering Page".

Para más información sobre el Día Nacional de los Sobrevivientes del Cáncer, visite el sitio web oficial en <http://www.ncsdf.org>.

Gracias por ayudar a CMS a mejorar la salud de los pacientes con Medicare al unirse en el esfuerzo para educar a los beneficiarios elegibles sobre la importancia de aprovechar los exámenes de detección del cáncer cubiertos por Medicare.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier *link* de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet.. ❖

Fuente: CMS PERL 201006-03

El 26 de mayo es el día nacional de salud del adulto mayor

En el ánimo de participar en la celebración del día nacional de salud del adulto mayor, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) recuerdan a los profesionales de la salud que Medicare provee cobertura por una variedad de servicios preventivos. Usted puede ayudar a sus pacientes de mayor edad a llevar una vida más saludable, sugiriéndoles aprovechar los servicios preventivos con cobertura de Medicare.

Servicios preventivos con cobertura de Medicare

Medicare provee cobertura a sus beneficiarios elegibles, por los servicios preventivos siguientes:

- *Abdominal aortic aneurysm screening*, exámenes de aneurisma aórtico abdominal
- *Adult immunizations*, vacunas para adultos
- *Bone mass measurements*, mediciones de masa ósea
- *Cancer screenings*, exámenes de cáncer
- *Cardiovascular screenings*, exámenes cardiovasculares
- *Diabetes-related services and screenings*, exámenes y servicios relacionados con diabetes
- *Glaucoma screenings*, exámenes de glaucoma
- *Smoking and tobacco-use cessation counseling*, terapia para dejar de fumar
- *Initial preventive physical examination*, exámenes físicos preventivos iniciales

Para más información

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

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

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

The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers and Other Health Care Professionals: Este recurso integral contiene información sobre cobertura, codificación, facturación y reembolso de los muchos servicios y exámenes 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 sobre cobertura, codificación, facturación y pago de los muchos servicios y exámenes 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 Preventive Services Educational Products PDF: Este documento PDF contiene enlaces a versiones descargables de los muchos productos que tiene disponibles MLN con respecto a servicios preventivos con cobertura de Medicare, incluyendo panfletos, guías de referencia rápida y mucho más.

http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/education_products_prevserv.pdf

Para ordenar copias, en papel impreso, de ciertos productos MLN, visite el 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 acerca del día nacional de la salud del adulto mayor, visite el sitio web oficial <http://www.fitnessday.com/senior/index.htm>.

Agradecemos su ayuda a CMS a mejorar la salud de los pacientes de Medicare al participar en el esfuerzo para educar a los beneficiarios elegibles y aprovechar los muchos servicios preventivos con cobertura de Medicare.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier *link* de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet.. ❖

Fuente: CMS PERL 201005-36

La semana nacional de la salud masculina es del 14 al 20 de junio y el 20 de junio es el día del padre

En el ánimo de participar en la celebración del día del padre y la semana nacional de la salud masculina, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) solicitan a los proveedores ayudar a sus pacientes masculinos beneficiarios de Medicare, sugiriéndoles aprovechar los servicios preventivos con cobertura de Medicare.

Lo que usted puede hacer

Medicare provee cobertura por una variedad de servicios preventivos a sus beneficiarios que son elegibles. Como fuente confiable de información sobre temas de la salud, usted está en una posición única para animar a sus pacientes de Medicare a someterse a exámenes con cobertura de Medicare, con la finalidad de detectar tempranamente ciertas condiciones, cuando el tratamiento funciona mejor.

Para más información

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

- **The Medicare Learning Network (MLN) Preventive Services Educational Products Web Page:** Esta página provee a profesionales de la salud y su personal, descripciones e información para ordenar productos educacionales sobre servicios preventivos y recursos de Medicare Learning Network (MLN).
http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp
- **The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers and Other Health Care Professionals:** Este recurso integral contiene información sobre cobertura, codificación, facturación y reembolso de los muchos servicios y exámenes 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 sobre cobertura, codificación, facturación y pago de los muchos servicios y exámenes 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 Preventive Services Educational Products PDF:** Este documento PDF contiene enlaces a versiones descargables de los muchos productos que tiene disponibles MLN con respecto a servicios preventivos con cobertura de Medicare, incluyendo panfletos, guías de referencia rápida y mucho más.
http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/education_products_prevserv.pdf
- Para ordenar copias, en papel impreso, de ciertos productos MLN, visite el 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 acerca de la semana nacional de la salud masculina <http://www.menshealthmonth.org/week>. ❖

Fuente: CMS PERL 201006-18

Ahora disponible la página de Internet de programas de incentivo EHR

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han lanzado la página web oficial para los programas de incentivo *Electronic Health Record* (EHR) de Medicare & Medicaid, disponible en <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms/>. Esta página provee la información más actualizada y detallada sobre los programas de incentivo EHR.

Los programas de incentivo EHR de Medicare and Medicaid EHR proveerán pagos de incentivo a los profesionales elegibles y hospitales cuando éstos adopten, implementen, actualicen, o demuestren uso significativo de la tecnología certificada EHR.

Marque este sitio y visítelo con frecuencia para aprender sobre quien es elegible para los programas, como inscribirse, uso significativo, adiestramiento y eventos de EHR venideros, y mucho más.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier *link* de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet.. ❖

Fuente: CMS PERL 201006-21

Preparación para la transición de FI/contratista de Parte B a contratista administrativo de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1017

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

Los proveedores que han completado el proceso de transición y están facturando al contratista administrativo de Medicare (MAC), no necesitan leer este artículo.

La reforma de contratos de Medicare requiere que, en referencia a los trabajos desempeñados actualmente por intermediarios fiscales (FI) y contratistas administrativos de Parte B, en la administración del programa de pagos por servicios mediante tarifa fija, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) llamen a competencia total y abierta en cumplimiento con las disposiciones federales de contratación.

Una vez finalizada la transición, habrá quince nuevos contratistas administrativos de Medicare (MAC) procesando reclamaciones de Parte A y Parte B. Cada MAC tendrá aproximadamente el mismo volumen de trabajo. Por este motivo, los MAC podrán variar en tamaño geográfico pero no necesariamente en el volumen de trabajo que les corresponde. Esto dará como resultado una mayor consistencia en la interpretación de las políticas de Medicare.

Hay puntos de referencia específicos en el corte de trabajo de contratista administrativo de Parte B o de FI a MAC. En este artículo, se aconseja a los proveedores mantenerse al tanto y emprender acciones específicas en relación a los puntos de referencia definidos a continuación:

- *Award* – (otorgado) es el punto en que un MAC es notificado de haber conseguido el contrato para el trabajo de un FI o contratista de Medicare específico.
- *Cutover* – (corte) es la fecha en la cual cesa el trabajo de un contratista de Parte B o FI y comienza el trabajo del MAC. Con frecuencia el *Cutover* es llevado a cabo en etapas por jurisdicciones a nivel de estado.

Asistencia adicional

Al final del artículo de edición especial de *MLN Matters* hay tres anexos para ayudarle a mantenerse informado del progreso del *cutover* al mismo tiempo que se documenta información importante:

- Anexo A es un resumen de lo que usted debe hacer y de la información que necesita.
- Anexo B puede ser utilizado para seguir la pista a las comunicaciones entregadas por MAC, tales como cursos, conferencias y participación de su personal.
- Anexo C puede ser utilizado para seguir la pista a los puntos de referencia más importantes de MAC.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1017.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1017

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.

Nuevas preguntas frecuentes sobre ICD-10 de CMS

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ha publicado 11 nuevas preguntas frecuentes (FAQ) sobre la implementación de ICD-10. Para acceder a estas FAQ, visite la página web de ICD-10 de CMS en <http://www.cms.gov/ICD10/> Seleccione el enlace “*Medicare Fee-for-Service Provider Resources*” en la parte izquierda de la página, encuentre abajo la sección “*Related Links Inside CMS*”, y seleccione “*ICD-10 FAQs*”.

Revise la sección de ICD-10 regularmente para ver las FAQ de ICD-10 recientemente publicadas o actualizadas.

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 201005-40

Actualización de transición de banco

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid otorgaron recientemente nuevos contratos a U.S. Bank y JPMorgan Chase. Debido a estos cambios, sus pagos de Medicare podrían ser hechos por un banco diferente que de costumbre.

Los contratistas de procesamiento de reclamaciones de Medicare que permanecerán con JPMorgan Chase, son los siguientes:

- Cahaba Government Benefit Administrators
- Pinnacle Business Solutions
- First Coast Service Options Inc.
- Palmetto GBA (a excepción del contratista administrativo de Medicare A/B (MAC) de jurisdicción uno)
- Wisconsin Physician Service

No habrá cambios para los proveedores que facturan a estos contratistas.

Los contratistas de procesamiento de reclamaciones de Medicare que pasarán a JPMorgan Chase el 2 de agosto, son los siguientes:

- Palmetto A/B MAC de jurisdicción uno
- Trailblazer

Los siguientes contratistas pasarán a U.S. Bank el 2 de agosto:

- Noridian Administrative Services
- CIGNA Government Services
- Highmark Medicare Services
- National Government Services
- NHIC, Corp. ❖

Fuente: CMS PERL 201005-31

Disponibles los archivos de precio promedio de venta de julio de 2010

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

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 201006-41 y PERL 201006-28

Transición de un FI/carrier a un contratista administrativo de Medicare (MAC)

Nota: El artículo SE0837 del MLN Matters fue publicado anteriormente en marzo de 2009, en Medicare A y B Al Día (páginas 19 y 20).

Número de *MLN Matters*: SE0837

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

El artículo de edición especial de MLN Matters SE0837 ha sido actualizado y reenviado como SE1017. Usted puede encontrar el artículo actualizado en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1017.pdf>

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0837.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0837

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.

Curso por Internet sobre servicios preventivos de Medicare

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) le recuerdan que el curso basado en Internet (WBT) Medicare Preventive Services Series Part 3 está ahora disponible gratuitamente.

Este curso incluye cobertura, codificación e información de facturación por cobertura de los servicios preventivos siguientes:

- Exámenes de mamografía
- Exámenes de Papanicolaou y de la pelvis
- Exámenes de cáncer colorrectal
- Mediciones de masa ósea
- Exámenes de glaucoma

Este curso le ayudará junto con su personal, a entender las reglas de Medicare con respecto a estos importantes beneficios. No solamente eso, sino que además, en caso de aprobar, usted obtiene créditos de continuidad de educación continuíng education credit. Puede acceder en cualquier momento este curso sin costo para usted visitando la página de Internet “Preventive Services Educational Products” en http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp. Para tomar el curso, baje a la sección “Related Links Inside CMS” y haga clic en “Web Based Training Modules”.

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

Fuente: CMS PERL 201005-42

Pautas de MLN a recursos de Medicare – Revisadas

¿Se siente perdido en sus intentos de saber más de Medicare? Deje que las pautas de MLN lo pongan de Nuevo en el camino correcto. Nunca ha sido más fácil encontrar información de Medicare que con las pautas *Guided Pathways to Medicare Resources*, revisadas en abril de 2010. Estas pautas que se ofrecen en niveles básico, intermedio y avanzado, guían al proveedor de servicios-a-tarifa de Medicare, a través de una variedad de recursos organizados por temas de importancia, tales como facturación, cobertura y reembolso. Explore estas pautas en línea, fáciles-de-navegar, para encontrar rápidamente la información acerca de exigencias y políticas importantes de Medicare que usted necesita. ❖

Fuente: CMS PERL 201005-42

Nuevo folleto para usar el *Medicare Coverage Database*

¿Se ha preguntado usted cómo utilizar las herramientas de búsqueda en áreas seleccionadas del sitio web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS)? El *Medicare Coverage Database* (MCD) de búsqueda contiene todas las determinaciones de cobertura nacional, análisis de cobertura nacional, determinaciones de cobertura local, y artículos de póliza local. El *Medicare Learning Network* (MLN) ha producido un folleto “how-to” (2.5 MB) que provee una explicación del MCD, y como utilizar la búsqueda, índices, reportes y funciones de descarga. El folleto revisado *How to Use The Medicare Coverage Database* puede ser localizado en <http://www.cms.gov/MLNProducts/MPUB/list.asp> en la página *MLN Publications*. Utilice las palabras clave “how to” para localizar esta publicación rápidamente. El entender la herramienta de búsqueda es la mejor manera de encontrar la información que usted necesita. ❖

Fuente: CMS PERL 201005-42

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

Nuevas adiciones a la sección ICD-10 del sitio web de CMS

Hay dos nuevas adiciones a la página de últimas noticias “*Latest News*” de la sección ICD-10 del sitio web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). La dirección de “*Latest News*” es http://www.cms.gov/ICD10/02b_Latest_News.asp. Los detalles de estas adiciones se encuentran a continuación.

Mire la página Latest News

Este servicio gratuito le permite recibir notificaciones por e-mail cuando cambia o es actualizada la información contenida en “*CMS’ ICD-10 Latest News*”. Si le interesa recibir esta información, vaya al enlace que le permite suscribirse, en la sección “*Related Links Inside CMS*”.

Está disponible el resumen gerencial de la conferencia de vendedores ICD-10 de CMS

El 27 de abril, en el Capitol Hilton Hotel de Washington D.C., CMS ofreció una conferencia de un día sobre ICD-10, a los vendedores de software, servicios de facturación y casas de facturación que apoyan la industria de cuidados de la salud. Los participantes tuvieron la oportunidad de debatir abiertamente las transiciones a ICD-10 y la versión 5010, incluyendo temas clave para la implementación, tales como pruebas y recursos que pueden facilitar la transición.

Aspectos destacados de la conferencia de vendedores

- Presentación a cargo del Dr. Douglas Fridsma, director interino, funcionario de interoperabilidad y estándares, coordinador nacional de ICD-10 dentro del ámbito de iniciativas de reformas de la salud.
- Paneles de vendedores de software, servicios de facturación y casas de facturación, para debatir el alto nivel de preparación de la industria en cuanto a las versiones ICD-10 y 5010.
- Sesiones de debate para explorar el grado de preparación, barreras, pruebas y otros temas específicos de estos tres segmentos de la industria.

El resumen gerencial del desarrollo de la conferencia de vendedores de ICD-10, se encuentra disponible en la sección “*Downloads*” al final de página. Dentro de las próximas semanas habrá disponible un enlace para bajar a su computador una versión condensada de las sesiones plenarias de la conferencia.

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

Fuente: CMS PERL 201005-34

Noticias de Medicare Learning Network

El *Medicare Preventive Services Resources CD* (ICN #6640), el cual contiene en formato PDF (*portable document file*) de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) productos educativos y servicios preventivos en un conveniente CD-ROM, está ahora disponible para ordenar a través del *Medicare Learning Network* -- libre de cargos.

El CD incluye los siguientes productos:

- *The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals*
- *All three quick reference billing charts (Medicare Preventive Services, The ABCs of Providing the Initial Preventive Physical Examination, and Medicare Immunization Billing)*

Los siete folletos (*Adult Immunization, Bone Mass Measurements, Cancer Screenings, Diabetes-Related Services, Expanded Benefits, Glaucoma Screening, and Smoking and Tobacco-Use Cessation Counseling Services*).

Para ordenar una copia gratuita del CD, visite la página de productos educativos y servicios preventivos en el sitio web de CMS en http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp.

Busque abajo en su pantalla la sección “*Related Links Inside CMS*” y haga clic en “*MLN Product Ordering*”. ❖

Fuente: CMS PERL 201006-04

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor julio de 2010

Temas de actualidad: Medicare Parte A (ACT)

Cuando: martes, 13 de julio
 Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Temas de actualidad: Medicare Parte B (ACT)

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

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

Temas de actualidad: Medicare Parte A (ACT)

Transición a HIGLAS (Parte A)

Cuando: jueves, 15 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

Inscripción del proveedor Parte B

Cuando: martes, 20 de julio
 Hora: 1:00 p.m.- 2:30 p.m. ET
 Tipo: Seminario en persona

Idioma en que se ofrece el evento: español
Dirigido: Puerto Rico

Manejando Medicare en su práctica

Cuando: martes, 20 de julio
 Hora: 3:00 a.m.-4:00 p.m. ET
 Tipo: Seminario en persona

Idioma en que se ofrece el evento: español
Dirigido: Puerto Rico

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.fcsom.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.

HOSPITAL

Especificaciones del editor de código integrado de paciente ambulatorio de julio de 2010 -- versión 11.2

Número de *MLN Matters*: MM6967

Número de petición de cambio relacionado: 6967

Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de junio de 2010

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1982CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Petición de cambio (CR) 6967 describe cambios a instrucciones de facturación para varios procedimientos de pago que serán implementadas en el editor de código integrado de paciente ambulatorio de julio de 2010 (I/OCE) y actualizaciones al sistema de pagos prospectivos por paciente ambulatorio.

Puntos clave de CR 6967 en base al apéndice M de especificaciones de I/OCE

- A partir del 1 de octubre de 2003, Medicare borra modificación 59.
- A partir del 1 de enero de 2008, Medicare aplica corrección 74 modificada a tipo de factura (TOB) 85x con códigos de ingreso 96x, 97x o 98x.
- A partir del 23 de marzo de 2010, Medicare aplica una fecha de mediado de trimestre y correcciones asociada a códigos en la medida en que sea necesario.
- A partir del 1 de julio de 2010, Medicare hará lo siguiente:
 - Modificar la interface I/OCE para la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) de 1996 5010, de manera de a) aumentar a 28 el número de códigos de diagnóstico y el tamaño del campo de entrada & salida a 8 bytes; b) aumentar a 11 el número de códigos de condición y c) agregar un nuevo campo de un byte para indicar el tipo de código
 - Hacer un indicador de cambio de clase/estatus de pago ambulatorio/sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS/APC/SI) (archivo de cambio de datos)
 - Implementar versión 16.1 de la iniciativa de codificación nacional correcta *National Correct Coding Initiative* (NCCI) (según ha sido modificada para proveedores nacionales que corresponda) (han sido afectadas las correcciones 19, 20, 39 y 40)
 - Crear versiones de las especificaciones y resúmenes que cumplan con 508, de documentos de cambio de datos para su publicación en el sitio web de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6967.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6967, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1982CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1982, CR 6967

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.

Disposiciones de ley de cuidados médicos al alcance de todos y cambios propuestos a las tasas del año fiscal 2011

La reglamentación CMS-1498-P2 propuesta, titulada “*Medicare Program; Provisions of the Affordable Care Act and Supplemental Proposed Changes to the Hospital Inpatient Prospective Payment Systems for Acute Care Hospitals and the Long-Term Care Hospital Prospective Payment System and Supplemental Proposed Fiscal Year 2011 Rates*” (programa de Medicare: disposiciones de la ley de cuidados médicos al alcance de todos y cambios suplementarios propuestos al sistema de pagos prospectivo por pacientes hospitalizados en cuidados intensivos y sistema de pagos prospectivo por pacientes hospitalizados a largo plazo y tasas suplementarias propuestas para el año fiscal 2011), ha sido publicada en el departamento de registro federal, *Office of the Federal Register*, el 21 de mayo de 2010.

Esta reglamentación propuesta es un suplemento al sistema de pagos prospectivo por pacientes hospitalizados (IPPS) del año fiscal (FY) 2011 y sistema de pagos prospectivo por pacientes hospitalizados a largo plazo (LTCH PPS), la reglamentación propuesta publicada en la edición del 4 de mayo de 2010 del *Federal Register*. Esta reglamentación suplementaria propuesta implementará ciertas disposiciones legales con respecto a pago a hospitales por servicios a pacientes que están dentro de la ley de protección al paciente y cuidados médicos al alcance de todos *Patient Protection and Affordable Care Act* (ley de medicina al alcance de todos) enmendada por la ley de compatibilidad de cuidados de la salud y educación *Health Care and Education Reconciliation Act* (HCERA) de 2010 (conocidas colectivamente como (ley de medicina al alcance de todos). También especificaría cambios reglamentarios requeridos para las cantidades y factores utilizados para determinar las tasas de Medicare de servicios de pacientes hospitalizados en cuidados intensivos, por costos de operaciones y costos relacionados con capital y por costos de hospitales de cuidado a largo plazo.

Para ver los reglamentos, archivos de cálculo, archivos de datos y tablas, vaya a
: <http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/IPPS2010/list.asp>.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier *link* de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet ❖

Fuente: CMS PERL 201005-30

HOSPITAL SIQUIÁTRICO

Actualización de las tasas de 2011 del sistema de pagos prospectivos de establecimientos psiquiátricos

Número de *MLN Matters*: MM6986

Número de petición de cambio relacionado: 6986

Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de junio de 2010

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1981CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Los pagos a establecimientos psiquiátricos (IPF) bajo el sistema de pagos prospectivo *prospective payment system* (PPS), están basados en tasas federales diarias que incluyen tanto las operaciones de paciente hospitalizado como los costos de capital (incluyendo servicios auxiliares y de rutina) pero que excluye ciertos costos de garantía de pago oportuno (por ejemplo deudas morosas y educación médica de graduados). CMS debe actualizar anualmente este PPS. La actualización de la tasa anual (RY) tiene vigencia desde el 1 de julio hasta el 30 de junio del año siguiente y el 1 de octubre de cada año son actualizados los códigos de grupos relacionados con la severidad del diagnóstico de Medicare y las modificaciones clínicas de clasificación internacional de enfermedades, novena revisión, *Medicare severity diagnosis related groups (MS-DRGs) and International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)*.

La petición de cambio (CR) 6986 identifica cambios requeridos como parte de la actualización anual de IPF PPS según la notificación de actualización RY 2011 IPF PPS, publicada el 30 de abril de 2010. Los cambios que se aplican a las dadas de alta de IPF ocurridas durante el año de tasación de 1 de julio de 2010 al 30 de junio de 2011, son los siguientes:

- Actualización de la canasta del mercado
- Actualización de PRICER
- Cantidad proporcional entre costo y cargo
- Actualización de MS-DRG

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6986.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6986, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1981CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1981, CR 6986

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.

Uso del código D de fuente de admisión para las transferencias de pacientes dentro del mismo centro de salud

Número de *MLN Matters*: SE1020

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

En mayo de 2010, la Oficina del Inspector General (OIG) emitió el *Nationwide Review of Medicare Part A Emergency Department Adjustments for Inpatient Psychiatric Facilities During Calendar Years 2006 and 2007* y el reporte nota que muchos centros psiquiátricos del paciente hospitalizado (IPF) no estaban al tanto que el código D de fuente de admisión existía.

Bajo el sistema de pagos prospectivos (PPS) de Medicare de IPF, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) hacen un pago adicional a un IPF para el primer día de una estancia del beneficiario a una cuenta de costos de departamento de emergencia si el IPF tiene un departamento de emergencia que califique. CMS realiza este pago para cada IPF que tiene un departamento de emergencia que califique, sin importar si el beneficiario fue admitido al departamento de emergencia. Sin embargo, CMS no hace este pago si el beneficiario fue dado de alta de la sección de cuidado intensivo de un hospital al mismo IPF del mismo hospital. En este caso, los costos de los servicios del departamento de emergencia son cubiertos por el pago de Medicare que el hospital recibe para la estancia de hospitalización que precede inmediatamente al beneficiario.

CMS designó el código D de fuente de admisión para un hospital basado en IPF para ingresar en su formulario de reclamación de Medicare para indicar que el beneficiario fue admitido de la sección de cuidado intensivo al mismo hospital.

Tenga en cuenta que el OIG señala que los contratistas de Medicare deben tratar de determinar el extremo en el cual los fiscales intermediarios, contratista administrativo de Medicare (MAC), y los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare adjudicaron correctamente las reclamaciones que debieron haber usado el código D de fuente de admisión y recobrar los sobrepagos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1020.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1020

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

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS

Actualización de Julio de 2010 del sistema de pagos prospectivos por paciente ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM6996

Número de petición de cambio relacionado: 6996

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de mayo de 2010

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1980CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Petición de cambio (CR) 6996 describe cambios e instrucciones de facturación para varios procedimientos de pago implementados en la actualización del sistema de pagos prospectivos por paciente ambulatorio (OPPS) de Julio de 2010. El editor de código de paciente ambulatorio integrado (I/OCE) de julio 2010 y OPPS PRICER reflejarán la clasificación de pago por paciente ambulatorio (APC) y modificador HCPCS y adiciones de códigos de ingreso, cambios y eliminaciones en esta notificación.

Actualizaciones de julio de 2010 del sistema de pagos prospectivos por paciente ambulatorio

1. Correcciones de julio 2010 de procedimientos y dispositivos
2. Códigos de categoría III CPT
3. Inyecciones epidérmicas para el tratamiento del síndrome *facial lipodystrophy syndrome* (LDS)
4. Facturación por procedimientos *allogeneic stem cell transplant procedures*
5. Facturación por medicinas farmacéuticas, biológicas y radio-farmacéuticas
 - a. Medicinas farmacéuticas y biológicas con pago en base a precio de venta promedio (ASP) a partir del 1 de julio de 2010
 - b. Medicinas farmacéuticas y biológicas con OPPS de estatus pasajero a partir del 1 de julio de 2010
 - c. Nuevos códigos HCPCS vigentes para ciertas medicinas farmacéuticas y biológicas
 - d. Actualización de tasas de pago para ciertos códigos HCPCS a entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2010
 - e. Ajuste de indicador de estatus para código CPT 90670 a partir del 1 de abril de 2010
 - f. Códigos CPT de vacunas de categoría I H1N1
 - g. Reporte correcto de categorías medicinas biológicas cuando son utilizadas como implantación de dispositivos
 - h. Reporte correcto de unidades para medicinas farmacéuticas
 - i. Reporte de procedimientos de medicina nuclear para diagnóstico de paciente ambulatorio
6. Información con respecto a áreas estadísticas básicas (CBSA) e índices de pago vigentes durante el año calendario (CY) 2010
7. Determinaciones de cobertura

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6996.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6996, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1980CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1980, CR 6996

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.

Texto en *italicas* o entre comillas corresponde a los códigos de Current Procedural Terminology. CPT (terminología de procedimientos actuales CPT) del American Medical Association (colegio médico de los Estados Unidos) (u otras publicaciones de CPT). Todos los derechos reservados. Están vigentes FARS/DFARS correspondientes.

Actualizaciones del año calendario 2010 del archivo PRICER del sistema de pagos prospectivos por paciente ambulatorio

La página Web del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) PRICER ha sido actualizada con nuevos archivos de pago para el *Affordable Care Act* (ACA). Los archivos están listos para descargados de la sección de “2nd Quarter 2010 Files” de la página Web de OPPS PRICER en <http://www.cms.gov/PCPricer/OutPPS/list.asp#TopOfPage>.

Si usted utiliza los archivos OPPS PRICER, vaya a la página arriba y descargue los siguientes archivos afectados que fueron actualizados el 16 de junio de 2010:

- BASEAPCS.txt
- BASEPTCO.txt
- BASEPTRO.txt
- DEVRED10.txt
- OPPSAPCS.txt
- OPPSCAL.txt
- OPPSPTCO.txt
- OPPSPTRO.txt

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier *link* de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet ❖

Fuente: CMS PERL 201006-27

Actualización al año fiscal 2010 del sistema de pagos prospectivos por paciente hospitalizado PC PRICER

El año fiscal 2010 del sistema de pagos prospectivos (PPS) del paciente hospitalizado de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado para corregir un error tipográfico en el programa. Si usted utiliza el FY 2010 IPPS PC PRICER, vaya a la página web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp#TopOfPage, y descargue la última versión del PC PRICER.

Tenga en cuenta que ahora existen dos versiones de PRICER para FY 2010. Una es para las reclamaciones con fecha del 1 de octubre de 2009, hasta el 31 de marzo de 2010, y el otro es para las reclamaciones con fecha del 1 de abril de 2010, hasta el 30 de septiembre de 2010. La descarga para el 1 de abril de 2010, hasta el 30 de septiembre de 2010, es el módulo que cambió. La actualización tiene fecha del 15 de junio de 2010. ❖

Fuente: CMS PERL 201006-23

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Proveedores de centros de enfermería y de camas de múltiple uso – actualización del conjunto mínimo de datos 3.0

En la sección *Downloads* de la página de Internet de material de enseñanza de MDS 3.0 (http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp), se encuentra disponible el material de educación siguiente:

- **MDS 3.0 RAI Manual V1.02 June 9, 2010** -- Nota: Esta actualización incluye las siguientes secciones modificadas del capítulo 3 del manual Resident Assessment Instrument (RAI): Z junto a una versión actualizada de E (una corrección menor para enmendar la numeración equivocada de los ejemplos de la página E-3). Este archivo contiene ahora versiones corregidas de las secciones del manual RAI siguientes: Capítulo 3, secciones: B, D, E, F, H, I, K, L, N, P, X y Z.
- **MDS 3.0 Training Slides V1.00 June 9, 2010** -- Nota: Con esta actualización hemos reemplazado los archivos “pdf” por archivos “Microsoft PowerPoint®” a fin de facilitar su uso. No han cambiado los contenidos de la sección publicados anteriormente. Esta actualización incluye las siguientes secciones modificadas del capítulo 3 de las diapositivas de enseñanza de MDS 3.0: Z. Este archivo contiene ahora versiones corregidas de las siguientes secciones de las diapositivas de enseñanza de MDS 3.0: capítulo 3, secciones: B, D, E, F, H, I, K, L, N, P, X y Z.
- **MDS 3.0 Instructor Guides V1.00 June 9, 2010** -- Nota: Esta actualización incluye las siguientes secciones modificadas del capítulo 3 de guía para el instructor de MDS 3.0: Z. Este archivo contiene ahora versiones corregidas de las siguientes secciones de la guía del instructor de MDS 3.0: capítulo 3, secciones: B, D, E, F, H, I, K, L, N, P, X y Z.

El personal de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) está trabajando con dedicación para completar la publicación del manual MDS 3.0 RAI, diapositivas de enseñanza y guía para el instructor. Se anticipa que la próxima actualización de esta página de Internet se hará el viernes 11 de junio. CMS ha establecido la semana del 14 de junio para la publicación de las secciones restantes del capítulo 3, así como las de capítulos 1, 2, 4, 5 y 6.

Actualización de información técnica: Se ha establecido una dirección de email especial para los temas o preguntas “técnicas” acerca de MDS 3.0. Cualquier consulta deberá ser enviada a <mailto:mdstechissues@cms.hhs.gov>.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier *link* de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet ❖

Fuente: CMS PERL 201006-13

Sistema *Five-star* de determinación de tasas de calidad – noticias de junio

Desde el martes 15 de junio de 2010 se encuentran disponibles los reportes previos del proveedor de *Five-star*. A fin de acceder al reporte resumen de *five star*, vaya a la página de bienvenida del conjunto mínimo de datos (MDS) del estado disponible en los servidores del estado donde usted presentó la información de MDS y seleccione el enlace a CASPER (reporte de certificación y encuesta optimizada del proveedor) ubicada en la parte inferior de la página. Una vez en el sistema CASPER:

- Haga clic en el botón ‘*Folders*’.
- Luego haga clic en ‘*My Inbox*’ a la izquierda de su pantalla y 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 (facility ID) asignada a su establecimiento).

Para responder sus inquietudes y preguntas acerca de los datos de junio, habrá una línea de ayuda de *five-star* disponible la semana del 21 al 25 de junio de 2010. El sitio web de comparación de centros de enfermería será actualizado con datos *Five-star* de junio, el día jueves 24 de junio de 2010.

Para información más actualizada acerca del sistema de determinación de tasas de calidad *Five-star*, visite http://www.cms.gov/CertificationandCompliance/13_FSQRS.asp.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier *link* de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet ❖

Fuente: CMS PERL 201006-19

Información actualizada de pagos a SNF PPS para el año fiscal 2011

Proveedores afectados: Centros de enfermería especializada autónomos o pertenecientes a hospitales y hospitales rurales con camas de uso múltiple

La sección 10325 de la ley de medicina al alcance de todos *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA) incluye una disposición que se refiere a pagos de Medicare a SNF para el año fiscal (FY) 2011. Esta sección ordena una prórroga en la incorporación de grupos de utilización de recursos, versión 4 (RUG-IV) sistema de clasificación case-mix, hasta FY 2012. Además, se requiere que la versión 3.0 del instrumento de evaluación residente del conjunto mínimo de datos (MDS 3.0) sea implementado como está planeado en FY 2011. Finalmente, esta sección requiere que ciertos componentes de RUG-IV, específicamente la terapia simultánea y las revisiones posteriores, sean realizados durante el año fiscal FY 2011.

Aunque ahora hay un GROUPER que utiliza el sistema 53-group RUG-III y MDS 2.0 y un GROUPER modificado que utiliza RUG-IV y MDS 3.0, no existe actualmente un GROUPER que incorpore la combinación particular de características ordenadas por el estatuto.

GROUPER es el software que utiliza datos de evaluación para asignar el RUG que corresponde a cada residente de SNF.

Por lo tanto, al mismo tiempo que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) continúan construyendo la infraestructura de pagos que se necesita para incorporar la combinación de características ordenadas por ACA, CMS aplicará tasas de pago provisionales, a partir del 1 de octubre de 2010. Estas tasas de pago no solo reflejarán el uso de MDS 3.0 sino que también el nuevo sistema RUG-IV en su totalidad, como se determinó en la reglamentación final de FY 2010 SNF PPS (74 FR 40288, 11 de agosto de 2009). Una vez que se haya establecido la nueva estructura, CMS ajustará las tasas en forma retroactiva para reflejar un sistema RUG-III (HR-III) híbrido, que incorpora las modificaciones específicas de RUG-IV de terapia simultánea y período de revisión dentro del marco del sistema existente 53-group RUG-III, junto con el uso de MDS 3.0.

De esta manera CMS podrá hacer pagos a proveedores y beneficiarios sin dificultad alguna. CMS publicará anualmente en el Federal Register, las tasas específicas de pago que corresponda para el año fiscal siguiente y proveerá, en el futuro cercano, indicaciones adicionales con respecto a la implementación de los pagos de FY 2011. Finalmente, CMS hace notar que hay una legislación pendiente en el Congreso que anulará la sección 10325 de ACA y esto elimina la necesidad de ajuste de pagos en forma retroactiva. ❖

Fuente: CMS PERL 201005-32

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

ESRD**Reporte sobre diálisis adecuada, infecciones y acceso vascular**

Nota: El artículo CR 6782 del *MLN Matters* fue publicado anteriormente en febrero de 2010, en Medicare A y B Al Día (página 20).

Número de *MLN Matters*: MM6782 Modificado
 Número de petición de cambio relacionado: 6782
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1932CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Este artículo se basa en petición de cambio (CR) 6782 que explica que la sección 153c de *Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008* (ley de mejoras para pacientes y proveedores de Medicare de 2008, MIPPA) exige a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) implementar un programa de pago basado en la calidad de servicios de diálisis a partir del 1 de enero de 2012. En la actualidad, CMS recopila dos mediciones mensuales de calidad del servicio por medio de las reclamaciones de enfermedad renal en su etapa terminal (ESRD) presentadas por los proveedores de diálisis: hemoglobina o *hematocrit* como medida de control de la anemia y razón de reducción de urea (URR) como medición de hemodiálisis adecuada.

Estas dos mediciones de calidad cumplen los requisitos mínimos tal como lo ordena MIPPA en sección 153c. Sin embargo, la medición URR de diálisis adecuada, no proporciona datos para la completa población de diálisis ESRD.

MIPPA sección 153c, también exige el uso de mediciones de calidad endosada por una organización de consenso. CMS ha sido examinada recientemente y ha recibido el endoso para las mediciones de calidad ESRD por parte de *National Quality Forum* (foro nacional de calidad (NQF)).

Finalmente, MIPPA sección 153c provee el uso de mediciones adicionales de calidad para el programa de pago basado en la calidad de servicios, tal como determina *the Secretary of Health and Human Services* (secretaría de salud y servicios sociales). Las dos mediciones adicionales de calidad pueden ser recopiladas fácilmente utilizando modificadores HCPCS para registro de acceso vascular de pacientes de hemodiálisis.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6782, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1932CP.pdf>.

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

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

Se requiere inscripción en PECOS para el incentivo de registro médico electrónico de Medicare

Una razón más para crear su registro en el sistema de inscripción de proveedores individuales o que son miembros de una cadena de establecimientos Provider Enrollment Chain and Ownership System (PECOS).

La ley *Recovery Act* of 2009 ha establecido programas de Medicare y Medicaid para proveer pagos como incentivo por el “uso significativo” de la tecnología de registros médicos electrónicos certificados (EHR). Estos programas EHR proveen pagos de incentivo a profesionales y hospitales elegibles, a medida que demuestren la adopción, implementación actualización y uso significativo de tecnología EHR certificada. Al tiempo que viene información más detallada acerca del programa de incentivo EHR en la reglamentación final que se aproxima, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) anuncian que los registros PECOS serán utilizados para verificar la inscripción en Medicare antes de efectuar pagos de incentivo EHR.

Su información de inscripción de hospital, tiene que estar en PECOS, de manera que actúe ahora si el hospital no tiene registrada inscripción en el sistema.

¿Inscrito en Medicare antes de noviembre de 2003?

Los hospitales de urgencia inscritos en Medicare desde antes de noviembre de 2003 **y que desde entonces no han actualizado su información de inscripción, no están registrados en PECOS actúe ahora para crear su registro de inscripción.**

Si necesita instrucciones, vaya a <http://www.cms.gov/MedicareProviderSupEnroll/>, en “Downloads” haga clic en “*Tips to Facilitate the Medicare Enrollment Process*”.

Si su hospital se registró en Medicare después de noviembre de 2003, o habiéndose registrado antes de esa fecha, ha actualizado su información de inscripción a Medicare, no se necesita ninguna acción posterior.

Si no está seguro, algunas de las maneras de verificar si su hospital tiene un registro de inscripción en PECOS son:

1. Utilizar PECOS basado en la Internet para buscar el registro de inscripción de su hospital. (Deberá primero establecer su acceso a PECOS por medio de Internet). Si no aparece ningún registro, entonces su hospital no tiene registro de inscripción a PECOS. Vaya a <http://www.cms.gov/MedicareProviderSupEnroll/>, haga clic en “*Internet-based PECOS*” a la izquierda, para información de cómo utilizar PECOS por medio de de Internet.
2. Contactar su contratista designado de inscripción de Medicare y preguntarle si su hospital tiene registro de inscripción en PECOS. Vaya a <http://www.cms.gov/MedicareProviderSupEnroll/>, haga clic en “*Medicare Fee-for-Service Contact Information*” bajo “Downloads”.

Nota: Si ha presentado una solicitud de inscripción durante los últimos 90 días y ésta ha sido aceptada para ser procesada por el intermediario fiscal o el MAC A/B, no necesita ninguna acción adicional en base a este mensaje.

Información para establecer un registro de inscripción PECOS puede ser encontrada en el sitio web de CMS http://questions.cms.hhs.gov/app/answers/detail/a_id/9909.

Los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid han sido diseñados para prestar apoyo a los proveedores en este período de transición de tecnología de información de la salud e implantar el uso de EHR de manera significativa para ayudar a nuestra nación a mejorar la calidad, seguridad y eficiencia del cuidado de la salud del paciente.

Más información sobre los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid pueden encontrarse en la Internet en http://www.cms.gov/Recovery/11_HealthIT.asp.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier *link* de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet ❖

Fuente: CMS PERL 201006-16

Para completar y procesar el formulario CMS-1450 (UB-04)

Número de *MLN Matters*: MM6907

Número de petición de cambio relacionado: 6907

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de mayo de 2010

Fecha de efectividad: 1 de septiembre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1973CP

Fecha de implementación: 1 de septiembre de 2010

Resumen

El manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 25 -- *Completing and Processing the Form* (instrucciones para completar el formulario) CMS-1450 *Data Set*, está siendo revisado para referirse a fuentes de códigos externos, tal como se hace ahora en HIPAA: ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) de 1996 *Health Care Claim: Institutional (837) Implementation Guide* (guía de implementación institucional (837) de reclamaciones médicas). Los proveedores que presenten UB-04 a Medicare, pueden obtener códigos de facturación de fuentes externas, el comité nacional de facturación uniforme *National Uniform Billing Committee* (NUBC) o de parte de su contratista de Medicare.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) continuarán comunicando instrucciones de implementación de códigos específicos por medio de peticiones de cambio (CR) tal como se hace hoy. Cambios al manual de procedimiento incluyen lo siguiente:

- Códigos utilizados por reclamaciones de Medicare están disponibles a través de los contratistas de Medicare. Estos códigos están también disponibles en NUBC en su manual oficial de especificaciones de datos UB-04, en <http://www.nubc.org>, en la Internet.
- Se encuentran disponibles de parte de los contratistas de Medicare, indicadores de tasa de código/modificadores/tipo de evaluación del sistema de pagos prospectivo de seguros médicos *Health Insurance Prospective Payment System* (HIPPS) y modificadores del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS) usados para reclamaciones de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6907.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6907, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1973CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1973, CR 6907

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.

Reclamaciones que reciben los códigos de denegación 31259, 37540, o 37541

First Coast Service Options Inc. ha completado la investigación sobre el problema que ocurre cuando los clientes intentan corregir/ajustar las reclamaciones que no son de Medicare como pagador secundario (MSP) vía el sistema remoto (DDE) y están recibiendo los códigos de denegación 31259, 37540, y/o 37541.

Un cambio al sistema de Parte A es requerido para corregir un problema. Hasta que este cambio sea implementado, las correcciones o ajustes pueden continuar siendo presentados vía reclamaciones por medios electrónicos (EMC). Por ahora, no tenemos una fecha de terminación estimada.

Continuamos pidiéndole que se abstenga de contactar al centro de contacto del proveedor o ayuda de DDE. Información adicional será provista cuando esté disponible. Nos disculpamos por cualquier inconveniencia que esto ha causado.

Clarificación sobre el uso de la notificación anticipada al beneficiario y las cartas de denegación

Número de *MLN Matters*: MM6987

Número de petición de cambio relacionado: 6987

Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de junio de 2010

Fecha de efectividad: 12 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1983CP

Fecha de implementación: 12 de julio de 2010

Resumen

Históricamente, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) instruyeron a los proveedores de centros de enfermería especializada (SNF) a usar el SNF de notificación anticipada al beneficiario (ABN) (CMS Form-10055) o una de cinco cartas uniformes de denegación por artículos y servicios que se esperan que sean denegados bajo Medicare Parte A para completar los requisitos de notificación bajo la Sección 1879 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR 411.404.

Sin embargo, las instrucciones correspondientes del manual establecieron que solamente el SNF ABN podía ser usado para este propósito. La petición de cambio (CR) 6987 modifica el *Medicare Claims Processing Manual* para mostrar que los SNF pueden usar el SNF ABN (CMS Form-10055), el cual está disponible en <http://www.cms.gov/BNI/downloads/CMS10055.pdf> o las cartas de denegación para los artículos y servicios que se esperan que sean denegados bajo Medicare Parte A. Las cartas de denegación están disponibles en el sitio web de CMS en <http://www.cms.gov/BNI/Downloads/SNF%20DENIAL%20LETTERS.pdf>

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6987.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6987, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1983CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1983, CR 6987

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

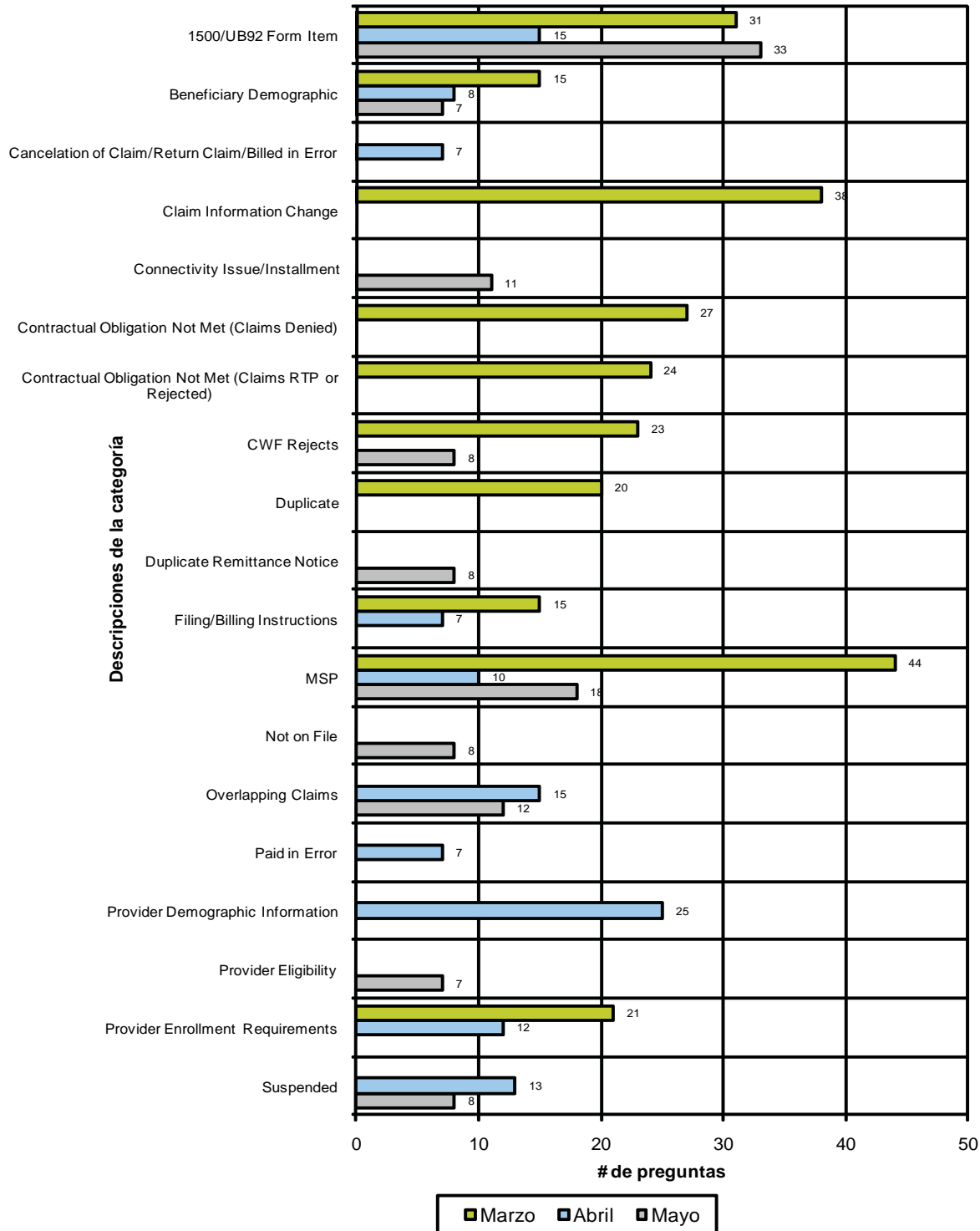
Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas por no se pueden procesar, en marzo-mayo de 2010

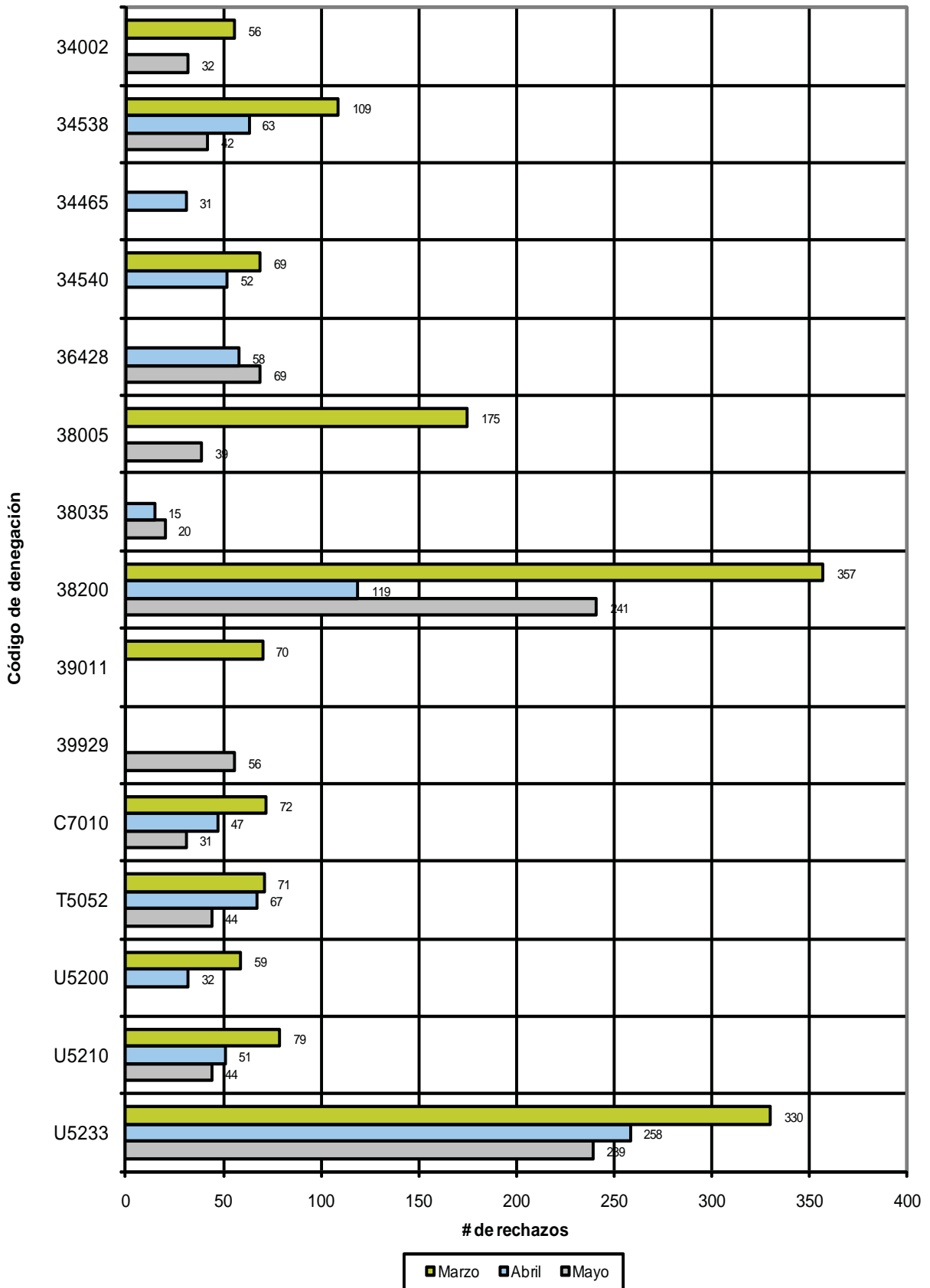
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de marzo-mayo de 2010. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet http://medicare.fcsso.com/Inquiries_and_denials/index.asp

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

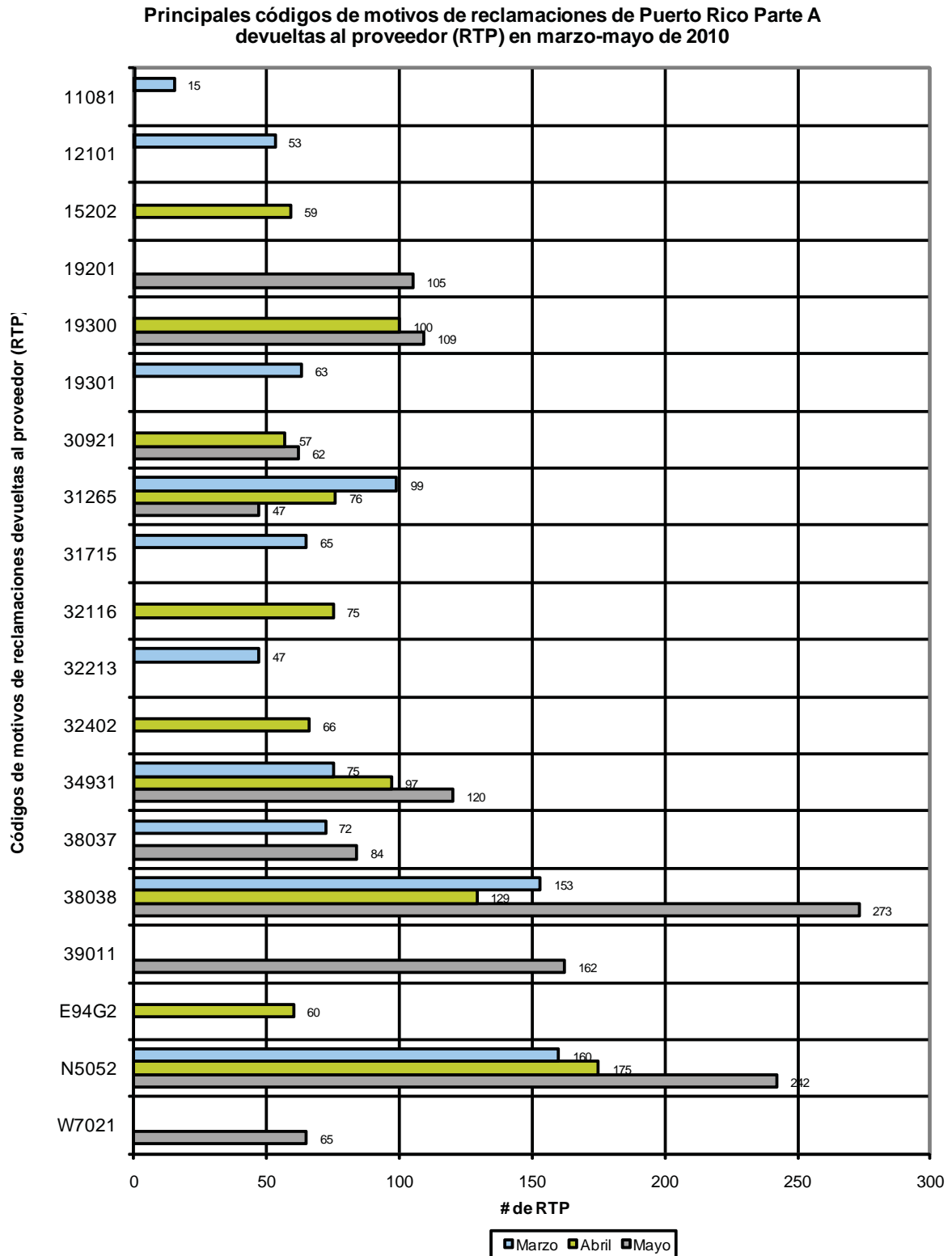


Preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones... (continuación)

Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en marzo-mayo de 2010



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



DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Modificaciones a las LCD Existentes

ANCSVCS: Lista de servicios sin cobertura de Medicare	39
AJ7187: Hemophilia clotting factors	39

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

Revisiones a las LCD Existentes

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

Número de identificación de LCD: L28991 (Florida)

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

La modificación más reciente registrada de la determinación local de cobertura (LCD) para la lista de servicios sin cobertura de Medicare, ha sido llevada a cabo el 7 de junio de 2010. Después de esa fecha, se modificó la LCD para eliminar el código CPT 50593 (*Ablation, renal tumor(s), unilateral, percutaneous, cryotherapy*) en base a revisión de literatura de colegas presentada con un pedido de reconsideración y otra literatura de investigación en apoyo a la prestación de cobertura por este servicio.

Actualmente, First Coast Service Options Inc. (FCSO) no tiene una determinación local de cobertura (LCD) que indique el criterio de cobertura por este servicio. Por lo tanto, se espera que las reclamaciones por este servicio sean médicamente razonables y necesarias para el paciente y realizadas de acuerdo a los estándares del cuidado de la salud. Para que un servicio sea considerado médicamente razonable y necesario, debe cumplirse con todos los criterios siguientes (*CMS Manual Systems, Publication 100-08, Medicare Program Integrity Manual, Chapter 13, Section 13.5.1*):

- No debe ser experimental o formar parte de una investigación;
- La frecuencia y duración deben ser consideradas apropiadas para el servicio;
- Provisto de acuerdo con los estándares aceptados de práctica médica para el tratamiento de la condición del paciente;
- Ordenado y provisto por personal calificado y
- Cumplir pero no sobrepasar las necesidades médicas del paciente.

Los registros médicos deben estar a disposición de FCSO en caso de ser requeridos.

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 7 de junio de 2010**.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. se encuentran disponibles en la base de datos de cobertura médica de Medicare en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

Lista de las LCD activas de Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte A.

Texto en itálicas o entre comillas corresponde a los códigos de Current Procedural Terminology. CPT (terminología de procedimientos actuales CPT) del American Medical Association (colegio médico de los Estados Unidos) (u otras publicaciones de CPT). Todos los derechos reservados. Están vigentes FARS/DFARS correspondientes.

AJ7187: *Hemophilia clotting factors* -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28851 (Florida)

Identificador de LCD: L28884 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) de "*hemophilia clotting factors*" fue revisada recientemente el 1 de enero de 2010. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada conforme con la Transmisión 1980 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), petición de cambio 6996, fecha del 4 de junio de 2010, para añadir el código HCPCS C9267 (*Injection, von Willebrand factor complex [human], Willete, per 100 IU VWF: RCD*) a la sección de "*CPT/HCPCS Codes*" de la LCD.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas el 6 de julio de 2010, en adelante para los servicios prestados el 1 de julio 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>.

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

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

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

CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Modificaciones de 2010 al sistema de pago de centros de cirugía ambulatoria

Número de *MLN Matters*: MM7010
 Número de petición de cambio relacionado: 7010
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R711OTN
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

Se ha ordenado a First Coast Service Options Inc. (FCSO) enmendar sus archivos de pago para reflejar cambios retroactivos al sistema de pagos prospectivos por pacientes hospitalizados (OPPS) y tasas de pago del catálogo de tarifas médicas de Medicare durante el año calendario (CY) 2010.

Las nuevas tarifas son retroactivas al 1 de enero de 2010.

Haga clic [aquí](#) para acceder los archivos modificados de Florida.

Haga clic [aquí](#) para acceder los archivos modificados de Puerto Rico.

FCSO no tiene que reprocesar reclamaciones ASC pero ajustará las reclamaciones que le sean indicadas. FCSO no realizará ajustes masivos a reclamaciones afectadas por cambios contenidos en estas instrucciones. FCSO continuará todas las funciones de rutina, tal como determinaciones, reaperturas y apelaciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7010.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7010, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R711OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 711, CR 7010

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 al sistema de pago de centros de cirugía ambulatorios

Número de *MLN Matters*: MM7008
 Número de petición de cambio relacionado: 7008
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de junio de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1991CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Este artículo describe los cambios resultantes de las pólizas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago de centros de cirugía ambulatorios (ASC) de julio de 2010.

Esta actualización incluye información sobre ocho códigos del *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS) recientemente creados que serán añadidos a la lista ASC de procedimientos quirúrgicamente cubiertos y siete códigos HCPCS creados recientemente que serán añadidos a la lista ASC de servicios auxiliares cubiertos (efectivo el 1 de julio).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7008.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7008, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1991CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1991, CR 7008

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

LABORATORIO

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM6906

Número de petición de cambio relacionado: 6906

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de mayo de 2010

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1968CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

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

Como fue mandado por CMS, First Coast Service

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.

Options Inc. (FCSO) no buscará sus archivos para retractar pago o pagar retroactivamente las reclamaciones procesadas antes de la implementación de esta petición de cambio. Sin embargo, FCSO ajustará las reclamaciones que usted traiga a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6906.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6906, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1968CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1968, CR 6906

PQRI

Nuevo manual para el programa de incentivo PQRI y eRx

Número de *MLN Matters*: MM6935

Número de petición de cambio relacionado: 6935

Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de junio de 2010

Fecha de efectividad: 13 de septiembre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1QRI

Fecha de implementación: 13 de septiembre de 2010

Resumen

Este artículo anuncia la disponibilidad de un nuevo manual de Medicare describiendo la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) y el programa de incentivo de receta electrónica (eRx).

El nuevo manual, el cual se titula *Medicare Quality Reporting Incentive Programs Manual* será la Publicación 100-22 y estará disponible en <http://www.cms.gov/manuals/IOM/list.asp>. El capítulo 1 describe pólizas actuales para la iniciativa PQRI, y el Capítulo 2 documenta pólizas actuales para el programa eRx.

Es importante notar lo siguiente:

- El manual no establece nuevos requisitos para los programas PQRI y eRx.
- Los cambios a los programas son descritos en la legislación anual de *Medicare Physician Fee Schedule* (MPFS)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6935.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6935, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1QRI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-22, Transmittal 1, CR 6935

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

Carta de notificación a proveedores que no tienen registro de inscripción en PECOS

Número de *MLN Matters*: MM6842

Número de petición de cambio relacionado: 6842

Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de mayo de 2010

Fecha de efectividad: 28 de junio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R712OTN

Fecha de implementación: 28 de junio de 2010

Resumen

Los médicos y otros profesionales de la salud que están actualmente inscritos en Medicare pero que no tienen establecido un registro de inscripción en el sistema PECOS de inscripción del proveedor, ya sea individual o que forma parte de una cadena de establecimientos, deben registrarse en PECOS de Medicare. Este artículo, basado en petición de cambio (CR) 6842, le advierte que si usted no está registrado en PECOS, su contratista de Medicare le enviará la carta mostrada en el anexo a CR 6842.

La carta le notificará que debe dar los pasos necesarios para registrarse y le explicará la manera de hacerlo. Es importante que usted mantenga actualizada su información de inscripción para estar seguro de que es elegible para incentivos e iniciativas futuras de Medicare.

Si usted todavía no tiene su registro de inscripción de Medicare, es imprescindible que de los pasos necesarios para establecer su registro de inscripción lo más pronto posible.

Usted puede hacerlo de cualquiera de estas dos maneras que usted prefiera:

- Use PECOS en la Internet para completar y enviar su solicitud de inscripción al contratista de Parte B de Medicare o al contratista administrativo A/B de Medicare (MAC).
- Complete la solicitud impresa de inscripción del proveedor de Medicare (CMS-855I y también el formulario CMS-855R, en caso de que sea conveniente) y envíala por correo, junto con toda la documentación adicional requerida, al contratista de Parte B de Medicare o al A/B MAC.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6842.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6842, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R712OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 712, CR 6842

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.

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>.

Actualización trimestral de julio de modificaciones a *Correct Coding Initiative*

Número de *MLN Matters*: MM6930

Número de petición de cambio relacionado: 6930

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de mayo de 2010

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1971CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Este artículo recuerda a los médicos la actualización trimestral de modificaciones a *Correct Coding Initiative* (CCI). La última publicación del módulo de edición fue en abril de 2010.

El último paquete de ediciones de CCI, versión 16.2, entra en vigencia a partir del 1 de julio de 2010 e incluye todas las versiones y actualizaciones anteriores, desde el 1 de enero de 1996, hasta el día de hoy.

Información adicional acerca de CCI, incluyendo las actuales modificaciones mutuamente exclusivas, está disponible en <http://www.cms.gov/NationalCorrectCodInitEd/>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6930.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6930, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1971CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1971, CR 6930

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.

Reprocesando las reclamaciones para los códigos de reparación especificados en la petición de cambio 6573

Número de *MLN Matters*: MM6970

Número de petición de cambio relacionado: 6970

Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de junio de 2010

Fecha de efectividad: 27 de octubre de 2008

Número de transmisión de CR relacionado: R7190TN

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR 6970 para suplementar el CR 6573, emitida el 14 de agosto de 2009. El CR 6573 incluía una lista de códigos del *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS) que podían ser facturados como partes de reemplazo, accesorios, o suministros para implantes protésicos e implantes quirúrgicos DME de acuerdo a las pautas establecidas por el CR 5917.

El CR 6970 instruye a los contratistas de Medicare reprocesar las reclamaciones con fechas de servicio del 27 de octubre de 2008, hasta el 31 de diciembre de 2009, conteniendo los códigos HCPCS encontrados en el anexo al CR 6573, utilizando las pautas establecidas por los CR 5917 y 6573.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6970.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6970, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R7190TN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 719, CR 6970

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 formulario CMS-1500

Número de *MLN Matters*: MM6929
 Número de petición de cambio relacionado: 6929
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de mayo de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1970CP
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Petición de cambio 6929 actualiza el formulario CMS-1500 del manual de procesamiento de reclamaciones *Medicare Claims Processing Manual* eliminando texto que permite el uso de identificadores antiguos y realizando otras correcciones técnicas como resultado de ese cambio.

Los proveedores tienen la responsabilidad de comprar sus propios formularios CMS-1500. Los formularios pueden obtenerse de las impresoras o ser impresos internamente, toda vez que cumplan con las especificaciones aprobadas. No se aceptan fotocopias del formulario CMS-1500. Medicare aceptará para su procesamiento, cualquier tipo de formulario CMS-1500 (hoha simple, instantánea, formulario continuo, etc.). Se puede comprar formularios en el departamento de imprenta del gobierno *U.S. Government Printing Office*, llamando al 1-202-512-1800.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6929.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6929, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1970CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1970, CR 6929

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.

Corrección del manual para restablecer instrucciones eliminadas por error

Número de *MLN Matters*: MM6923
 Número de petición de cambio relacionado: 6923
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de junio de 2010
 Fecha de efectividad: 12 de agosto de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1987CP
 Fecha de implementación: 12 de agosto de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 6627 cambió las instrucciones de facturación para los servicios reasignados en una forma que no es sustentada por los sistemas de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) o por la póliza de Medicare. El CR 6923 corrige el error y restablece las instrucciones anteriores.

El lenguaje anterior fue añadido de regreso al *Medicare Claims Processing Manual* para mostrar que aunque un suplidor o proveedor pueda reasignar pago por servicios a otra entidad, se exige que los suplidores todavía facturen al contratista de Medicare correcto para los servicios reasignados cuando éstos son pagados bajo el Medicare physician fee Schedule (MPFS). La entidad que factura debe presentar las reclamaciones al contratista de Medicare que tiene jurisdicción sobre el área geográfica donde los servicios fueron prestados.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6923.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6923, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1987CP.pdf>.

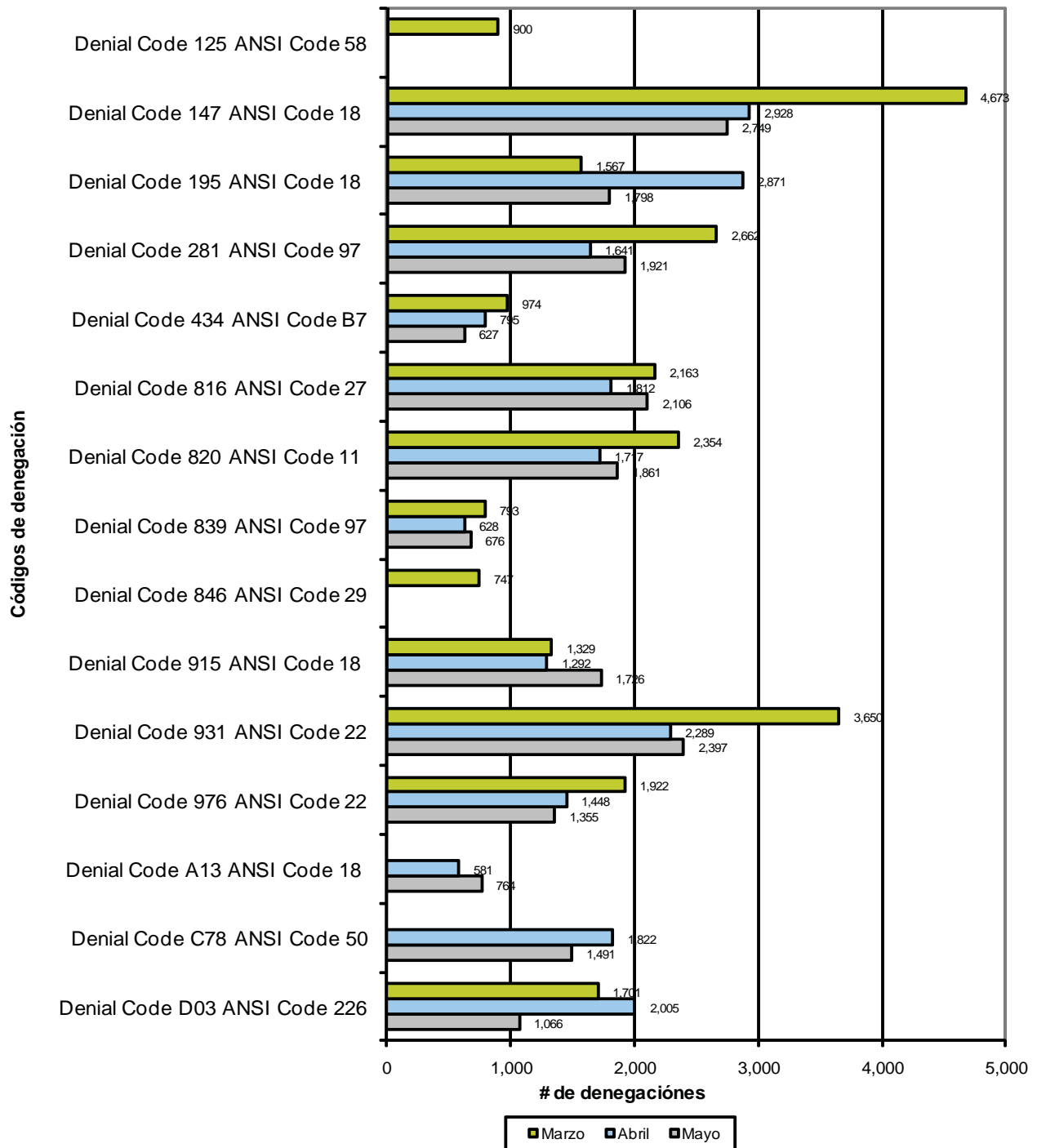
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1987, CR 6923

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

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

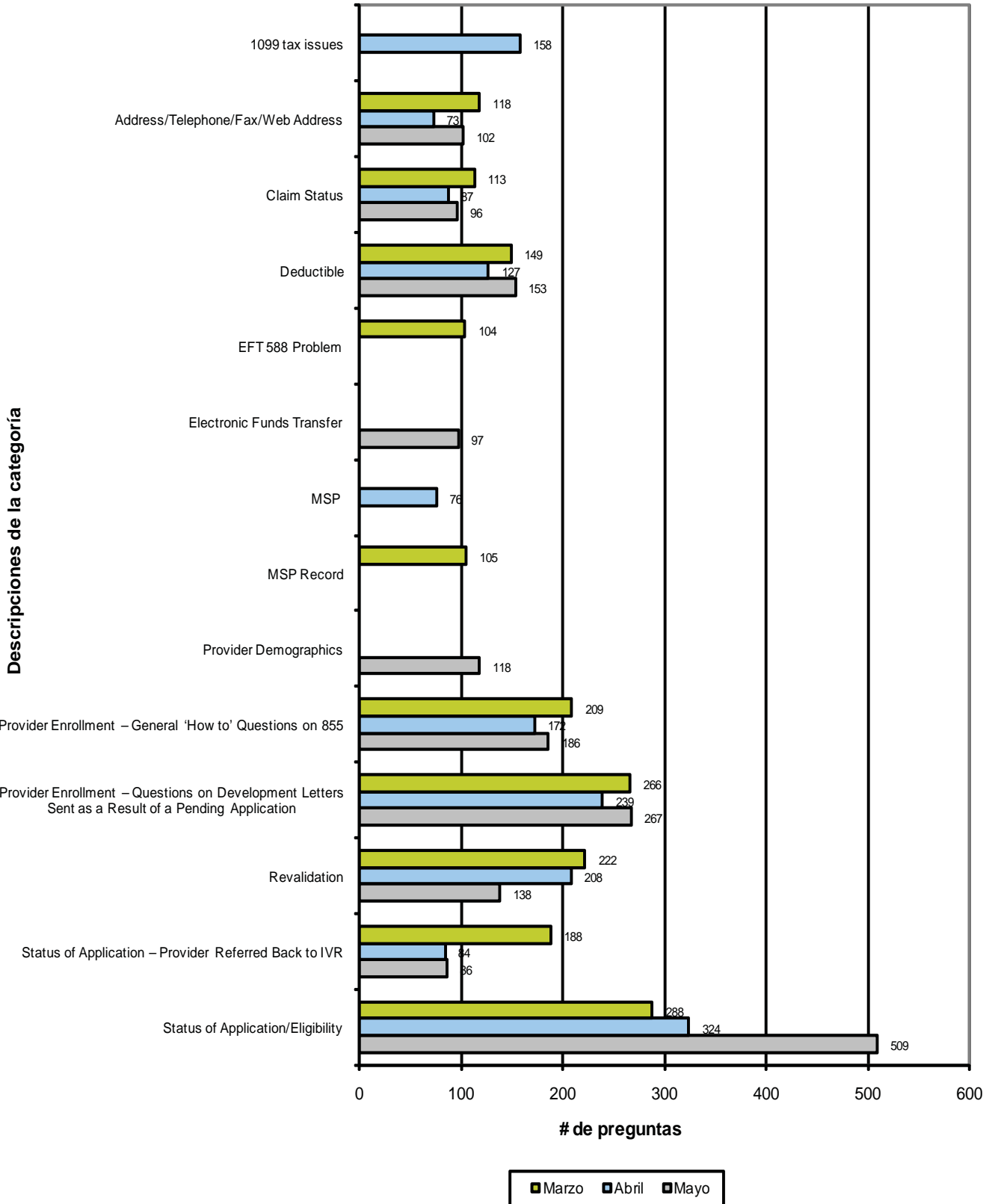
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de marzo-mayo de 2010. Para consejos y recursos que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



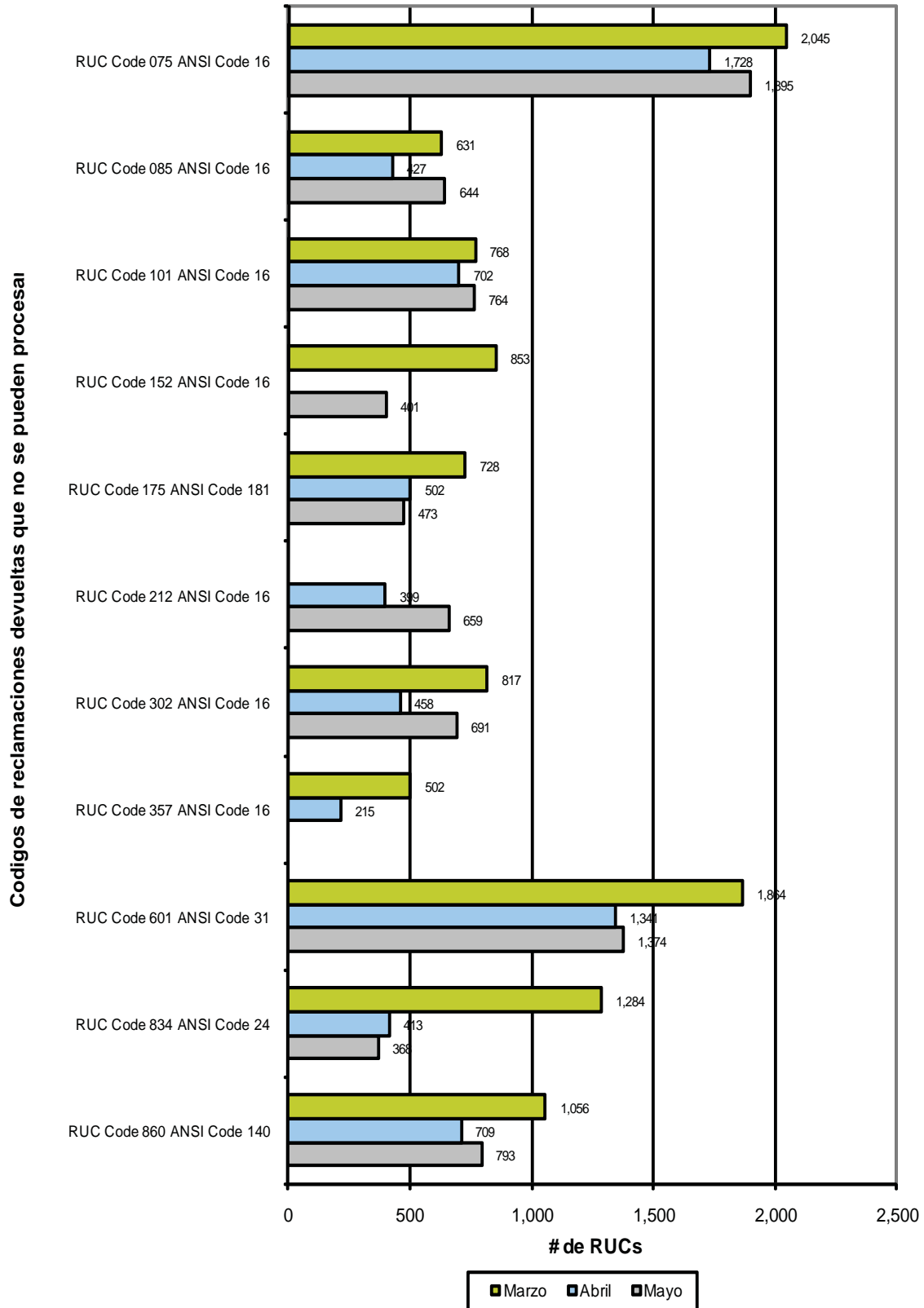
Preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones... (continuación)

Preguntas de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en marzo-mayo de 2010



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

RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en marzo-mayo 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

G0430: Qualitative drug screening.....	51
J7187: Hemophilia clotting factors.....	51
NCSVCS: Lista de servicios sin cobertura de Medicare	52
70544: Magnetic resonance angiography (MRA).....	52

Información Adicional

84295: Serum sodium -- actualización de instrucciones previas de facturación	
82435: Chloride; blood	53

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

Revisiones a las LCD Existentes

G0430: Qualitative drug screening - revisión de LCD

Número de identificación de LCD: L30574 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La modificación registrada más reciente de la determinación local de cobertura (LCD) para exámenes cualitativos de medicinas farmacéuticas *Qualitative drug screening*, ha sido llevada a cabo el 1 de abril de 2010. Después de esa fecha, se modificó la sección “Indications” de la LCD. Se suprimió de dicha sección el párrafo “para el manejo de pacientes que sufren de dolores crónicos cuando hay una alta sospecha de de no-adherencia, anterior al test, al régimen de medicinas prescrito según se encuentra documentado en el registro médico del paciente” y se agregó en cambio a dicha sección los párrafos siguientes: “el manejo de pacientes que sufren de dolores crónicos en los cuales hay una alta probabilidad de no-adherencia, anterior al test, al régimen de medicinas prescrito según se encuentra documentado en el registro médico del paciente” y “el manejo de pacientes que sufren de dolores crónicos antes del test, en una clínica destinada al manejo del dolor donde esta población seleccionada tiene una probabilidad significativa de interacción de medicinas y de efectos colaterales”.

Fecha de vigencia

Esta modificación de la determinación local de cobertura (LCD) es efectiva para servicios provistos a partir del 1 de junio de 2010. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>. Instrucciones de modificaciones de LCD pueden encontrarse (si las hay), seleccionando “LCD Attachments (anexos de LCD)” en “Jump to Section... (vaya a la sección...)” en el menú desplegable en la parte superior de la página de LCD.

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

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

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

J7187: Hemophilia clotting factors -- revisión de LCD

Identificador de LCD: L29345 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) de “*hemophilia clotting factors*” fue revisada recientemente el 1 de enero de 2010. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada en conforme con la Transmisión 1984 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), petición de cambio 7008, fecha del 11 de junio de 2010, para añadir el código HCPCS C9267 (*Injection, von Willebrand factor complex [human], Willete, per 100 IU VWF: RCD*) a la sección de “CPT/HCPCS Codes” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas el 6 de julio de 2010, en adelante para los servicios prestados el 1 de julio 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>.

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

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

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

NCSVCS: Lista de servicios sin cobertura de Medicare - revisión de LCD

Número de identificación de LCD: L29288 (Florida)

Número de identificación de LCD: L29398 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La modificación más reciente registrada de la determinación local de cobertura (LCD) para la lista de servicios sin cobertura de Medicare, ha sido llevada a cabo el 7 de junio de 2010. Después de esa fecha, se modificó la LCD para eliminar el código CPT 50593 (*Ablation, renal tumor(s), unilateral, percutaneous, cryotherapy*) en base a revisión de literatura de colegas presentada con un *pedido* de reconsideración y otra literatura de investigación en apoyo a la prestación de cobertura por este servicio.

Actualmente, First Coast Service Options Inc. (FCSO) no tiene una determinación local de cobertura (LCD) que indique el criterio de cobertura por este servicio. Por lo tanto, se espera que las reclamaciones por este servicio sean médicamente razonables y necesarias para el paciente y realizadas de acuerdo a los estándares del cuidado de la salud. Para que un servicio sea considerado médicamente razonable y necesario, debe cumplirse con todos los criterios siguientes (*CMS Manual Systems, Publication 100-08, Medicare Program Integrity Manual, Chapter 13, Section 13.5.1*):

- No debe ser experimental o formar parte de una investigación;
- La frecuencia y duración deben ser consideradas apropiadas para el servicio;
- Provisto de acuerdo con los estándares aceptados de práctica médica para el tratamiento de la condición del paciente;
- Ordenado y provisto por personal calificado y
- Cumplir pero no sobrepasar las necesidades médicas del paciente.

Los registros médicos deben estar a disposición de FCSO en caso de ser requeridos.

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 7 de junio de 2010.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. se encuentran disponibles en la base de datos de cobertura médica de Medicare en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

Texto en itálicas o entre comillas corresponde a los códigos de Current Procedural Terminology. CPT (terminología de procedimientos actuales CPT) del American Medical Association (colegio médico de los Estados Unidos) (u otras publicaciones de CPT). Todos los derechos reservados. Están vigentes FARS/DFARS correspondientes.

70544: Magnetic resonance angiography (MRA) - revisión de LCD

Identificador de LCD: L29218 (Florida)

Identificador de LCD: L29447 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para angiografía de resonancia magnética (MRA) fue revisada en su mayoría recientemente el 1 de octubre de 2009. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada en las secciones de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, “CPT/HCPCS Codes” y “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para añadir los siguientes códigos HCPCS para centros de cirugía ambulatoria (ASC) solamente: C8900, C8901, C8902, C8909, C8910, C8911, C8912, C8913, C8914, C8918, C8919 and C8920.

Fecha de vigencia

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

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

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

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

Información Médica Adicional

84295: Serum sodium -- actualización de instrucciones previas de facturación

82435: Chloride; blood

Un artículo publicado en el Medicare A y B Al Día (página 45) de enero de 2010 pudo haber llevado a los proveedores a un malentendido sobre el uso correcto del modificador CB (Servicio ordenado por un médico de un centro de diálisis renal [RDF] como parte del beneficio de ESRD (enfermedad renal en estado terminal) de diálisis al beneficiario, no es parte del índice compuesto, y es reembolsable por separado). El propósito de este artículo fue el de avisar a los proveedores que una corrección ha sido realizada sobre las denegaciones incorrectas del código CPT 84295 (Sodium, serum, plasma or whole blood), cuando es facturado con el modificador apropiado para indicar que los servicios están fuera del índice compuesto de ESRD. El artículo instruyó a los proveedores a anexar al menos el modificador CB en la línea del artículo para el código CPT 84295 para prevenir que la prueba sea denegada como parte del pago de índice compuesto.

El modificador CB es un modificador válido y usado para propósitos de ESRD. Sin embargo, este no previene que una prueba sea denegada como es incluida en el índice compuesto de ESRD. Existen tres modificadores: CD - prueba AMCC [química de canal múltiple automático] que ha sido ordenada por un centro de ESRD o MCP [pago de capitación mensual] médico que es parte del índice compuesto y no es facturable por separado, CE la prueba AMCC ha sido ordenada por un centro ESRD o médico MCP que es una prueba de índice compuesto, pero está más allá de la frecuencia normal cubierta bajo el índice y es reembolsable por separado basado en la necesidad médica, y CF - prueba AMCC que ha sido ordenada por un centro ESRD o médico MCP que no es parte del índice compuesto y es facturable por separado) usado para identificar varias situaciones de pago para las pruebas ESRD AAMC. El modificador CF es usado en pruebas AMCC para indicar que los servicios son ordenados por un centro ESRD o médico MCP, y no son parte del índice compuesto.

El modificador CB es usado en las reclamaciones para servicios de diagnóstico relacionados al tratamiento de diálisis para los beneficiarios de ESRD en una estancia de centro de enfermería especializada (SNF) de Parte A. Es usado para prevenir que las reclamaciones sean denegadas como parte de una facturación consolidada. Aunque CMS removió el requisito de que los centros de salud verifiquen si un paciente está en una estancia SNF de Parte A, el modificador CB es usado solamente cuando ha sido determinado que el beneficiario tiene derecho a ESRD, las pruebas son relacionadas al tratamiento de diálisis y no son incluidas en el pago de índice compuesto del centro de diálisis, y que el médico que ordena está proveyendo el cuidado en un centro de diálisis.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), Publicación 100-02, Capítulo 11, Sección 30.2.2 lista el código CPT 84295 como excluido del índice compuesto para hemodiálisis, diálisis peritoneal intermitente (IPD), diálisis peritoneal cíclica continua (CCPD) y pacientes de hemofiltración. Esta misma sección también lista el código CPT 82435 (Chloride; blood) como excluido del índice compuesto para pacientes CAPD (diálisis peritoneal ambulatoria continua). Por lo tanto, los proveedores que están facturando para el escenario descrito en la sección arriba para los códigos CPT 84295 y/o 82435 con el código ICD-9-CM 585.6 deben comenzar a anexar el modificador CF para las reclamaciones procesadas el 15 de julio de 2010, para los servicios prestados el 1 de octubre de 2006.

Texto en itálicas o entre comillas corresponde a los códigos de Current Procedural Terminology. CPT (terminología de procedimientos actuales CPT) del American Medical Association (colegio médico de los Estados Unidos) (u otras publicaciones de CPT). Todos los derechos reservados. Están vigentes FARS/DFARS correspondientes.

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 []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

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

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

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

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

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

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

RAILROAD MEDICARE**Railroad Retiree Medical Claims**

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

Inscripción de proveedores**Cambios de dirección postal**

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

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

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

**Lista de vacunados contra la
influenza**

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

**Determinaciones locales de
cobertura**

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

Cobro de deudas

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

**Correo nocturno y otros servicios
postales especiales**

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

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

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

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

1-888-216-8261

**Sistem de respuesta automática
(IVR)**

1-877-847-4992

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

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

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

1-800-754-7820

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

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

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 ♦

