

### En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

#### Inyecciones cutáneas para tratamiento del síndrome de lipodistrofia facial

CMS han recibido solicitudes de otorgar cobertura nacional al tratamiento de LDS .....4

#### Un año de aniversario de la iniciativa ‘Year of Community Living’ del Presidente Obama

La Secretaria de HHS anunció nuevos fondos para los estados .....7

#### CMS expandirá los servicios preventivos de Medicare

La regla propuesta eliminaría los costos que los beneficiarios tendrían que pagar .....8

#### Disposiciones del Affordable Care Act de 2010

CMS ha publicado el artículo SE1023 para resumir ciertas disposiciones contenidas en la ley .....12

#### Impactos al calendario de pagos de agosto de Parte A

El 13 de agosto FCSO hará la transición de su sistema de contabilidad financiera de Parte A.....23

#### Provisión estatutaria sobre la ventana de pago de tres días

Esta ley clarifica la póliza de Medicare para el pago de servicios ambulatorios de hospital .....25

#### CMS expande los derechos de visitación del paciente

Regulación propuesta aseguraría que los derechos de visitación del paciente sean respetados.....26

#### Nuevo código de especialidad médica para psiquiatría geriátrica

Este nuevo código será utilizado como código válido de especialidad primaria .....44

### Características

Sobre esta publicación .....	3
Información para proveedores de Parte A y B .....	4
Recursos educacionales .....	22
Información para proveedores de la Parte A.....	23
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	35
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	39
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	40
Información para proveedores de la Parte B.....	41
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	49
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**

Inyecciones cutáneas para lipodistrofia facial ..... 4

Angiografía de resonancia magnética ..... 4

Cambios a las NCD de software de lab..... 5

**Intercambio Electrónico de Datos**

Actualización de códigos de reclamaciones ..... 6

**Facturación**

Actualización anual de ICD-9-CM ..... 6

Actualización y revisión al ASP ..... 7

Programa de certificación provisional EHR.....7

Iniciativa 'Year of Community Living'.....7

CMS expandirá servicios preventivos ..... 8

Actualización trimestral del HCPCS ..... 9

Pagos por servicios en HOPD y ASC..... 9

EHR, regla final y uso significativo ..... 9

Registros médicos electrónicos..... 10

Proyección de imagen de Medicare ..... 10

Servicios de hospital pacientes ambulatorios..... 11

Servicios abuso de alcohol y/o drogas ..... 12

Affordable Care Act de 2010 ..... 12

**Tarifas Fijas**

Catálogo de tarifas DMEPOS..... 13

Actualización de MPFS ..... 14

Hoja informativa de MPFS..... 14

**HIPAA**

Conversación inicial acerca de 5010 y ICD-10 14

Modificaciones del HITECH Act..... 15

**Información General**

Versión 5010 y ICD-10 pronto por venir ..... 16

Trascripción escrita y de audio ICD-10..... 16

Información de implementación ICD-10 ..... 16

Proceso de inscripción de PECOS..... 17

PECOS funcionando en su horario normal ..... 17

Utilice PECOS por Internet..... 18

Manera de proteger su registro de inscripción .18

Guía de inscripción para médicos ..... 19

Servicios preventivos este verano..... 19

Cartas de referencia rápida ..... 20

Serie de productos MLN ahora disponibles..... 20

Requisitos de PPACA ..... 21

**Recursos Educativos**

Próximos eventos educativos.....22

**Parte A**

**HIGLAS**

Impactos al calendario de pagos agosto ..... 23

**Facturación**

Actualización del archivo específico.....23

**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.

**Sistema de Pagos Prospectivos**

Nuevo archivo de pago de OPPS ..... 24

Actualización de julio de IPPS..... 24

**Hospital**

Cambios al PPS por Affordable Care Act ... 24

Actualización hoja informativa IPF PPS ..... 25

Ventana de pago de tres días..... 25

Derechos de visita del paciente ..... 26

Año fiscal 2011 de IRF PPS ..... 26

**Centros de Enfermería Especializada**

Materiales de adiestramiento de MDS 3.0. 27

Actualización de materiales para MDS 3.0.27

Actualización julio 12 materiales MDS 3.0.. 28

MDS 3.0 conferencia de adiestramiento .... 28

Facturación consolidada de SNF ..... 29

Sistema de calificación de calidad five-star 29

Incremento en índices de pago para SNF .. 30

**Información General**

RAC demuestra vulnerabilidades ..... 30

**Gráficos**

Preguntas frecuentes Puerto Rico .....32

Rechazos frecuentes Puerto Rico .....33

Códigos de denegación Puerto Rico.....34

**Determinaciones Locales de Cobertura**

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

**Ordenar materiales de Parte A**.....39

**Contactos Parte A de Puerto Rico** .....40

**Parte B**

**Facturación**

Mejoras al refuerzo de facturación ..... 41

Facturación de componente técnicos ..... 41

**PQRI**

Recordatorio: PQRI 2010 ..... 42

Actualizaciones 2010 al programa eRx..... 43

**Información General**

Nuevo código psiquiatría geriátrica ..... 44

Códigos HCPCS adicionales..... 44

Actualización positiva 2.2 por ciento ASC . 45

**Gráficos**

Denegaciones frecuentes Puerto Rico..... 46

Preguntas frecuentes Puerto Rico..... 47

RUC frecuentes Puerto Rico.....48

**Determinaciones Locales de Cobertura**

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 49

**Ordenar materiales de Parte B**.....54

**Contactos Parte B de Puerto Rico** ..... 55

**Medicare A y B  
Al Día**

**Vol. 2, No. 7  
julio 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.*

## SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

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

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

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

### ¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

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

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

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

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

### ¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

### Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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

## Actualización trimestral para proveedores

**L**os 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

### Inyecciones cutáneas para tratamiento del síndrome de lipodistrofia facial

Número de *MLN Matters*: MM6953

Número de petición de cambio relacionado: 6953

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

Fecha de efectividad: 23 de marzo de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R122NCD y R1978CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

#### Resumen

Inyecciones cutáneas para el tratamiento del síndrome de lipodistrofia facial (LDS) son razonables y necesarias usando rellenos cutáneos aprobado para este propósito por Food and Drug Administration (FDA) y solamente para beneficiarios de Medicare afectados por el virus de inmunodeficiencia, que manifiestan depresión secundaria debido al estigma presentado como resultado del tratamiento para combatir el virus HIV.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han recibido solicitudes de otorgar cobertura nacional al tratamiento del síndrome de lipodistrofia (LDS) facial para beneficiarios de Medicare afectados por el virus HIV. El LDS se caracteriza frecuentemente por la pérdida de grasa de la cara, causando un aspecto de excesivo hundimiento de las mejillas. Esta pérdida de grasa puede aparecer como una complicación de HIV y/o de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART). Los pacientes de LDS pueden, debido a su aspecto, sentirse deprimidos, socialmente aislados y en algunos casos, suspender el tratamiento de HIV en un intento de detener o revertir esta

**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.

complicación. Este artículo de *MLN Matters* se refiere a los temas siguientes:

- Indicaciones con cobertura nacional
- Indicaciones sin cobertura nacional
- Información de códigos/precios en reclamaciones
- Instrucciones de facturación para hospitales y centros de cirugía ambulatoria
- Instrucciones de facturación para profesionales de la salud
- Facturación de servicios anteriores a la cobertura de Medicare
- Facturación de servicios que no cumplen los requisitos de cobertura de incidencia de la enfermedad en un grupo social

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6953.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6953, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1978CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1978, CR 6953

### Angiografía de resonancia magnética

Número de *MLN Matters*: MM7040

Número de petición de cambio relacionado: 7040

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

Fecha de efectividad: 3 de junio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1998CP y R123NCD

Fecha de implementación: 9 de agosto de 2010

#### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en octubre de 1995, establecieron las condiciones originales bajo las cuales la angiografía de resonancia magnética (MRA) sería cubierta. Las revisiones a la póliza de determinación nacional de cobertura (NCD) tuvieron lugar en 1997, 1999, y 2003 para expandir la cobertura para indicaciones adicionales. Las indicaciones cubiertas actualmente incluyen la utilización de MRA para condiciones específicas para evaluar el flujo en los vasos carótidos internos de la cabeza y cuello, arterias periféricas de las extremidades bajas, abdomen y pelvis, y el pecho. Los otros usos de MRA no están cubiertos nacionalmente a menos que la cobertura esté específicamente indicada.

Además, CMS recientemente reconsideró la NCD para MRI en la Sección 220.2 del *National Coverage Determination Manual* y removió la no cobertura nacional para imagen de resonancia magnética (MRI) para la determinación del flujo de sangre, por lo tanto el permitir a los contratistas locales de Medicare el hacer determinaciones locales de cobertura (LCD) dentro de sus respectivas jurisdicciones efectiva para las reclamaciones con fechas de servicio del 3 de junio de 2010, en adelante. Tales LCD aplicarían a todas las indicaciones de MRA/MRI que no están específicamente cubiertas nacionalmente o sin cubiertas nacionalmente.

*Angiografía de resonancia magnética (continuación)*

El efecto de este cambio mantendrá la cobertura nacional existente para MRI y MRA, y eliminará el lenguaje sin cobertura que actualmente existe para MRA en la Sección 220.3.C del *National Coverage Determination Manual*. Este cambio permite a los contratista de Medicare cubrir (o no cubrir) todas las indicaciones de MRA (y MRI) que no están específicamente cubiertas nacionalmente o sin cubiertas nacionalmente.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7040.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7040, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R123NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 123, CR 7040

**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.

**Cambios a determinaciones nacionales de cobertura sobre edición de software de laboratorio**

Número de *MLN Matters*: MM7057

Número de petición de cambio relacionado: 7057

Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de julio de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2001CP

Fecha de implementación: 4 octubre de 2010

**Resumen**

Las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) para servicios de laboratorios de diagnóstico clínico, fueron creadas por el comité de reglamentaciones negociadas de laboratorio y publicadas en un reglamento final el 23 de noviembre de 2001. Se creó un software nacionalmente uniforme que fue incorporado al sistema de Medicare de tal manera que las reclamaciones de laboratorio sujetas a una de las 23 NCD fuesen procesadas por toda la nación de manera uniforme a partir del 1 de julio de 2003.

De acuerdo con el manual de procesamiento de reclamaciones de *Medicare Claims Processing Manual*, capítulo 16, sección 120.2, el módulo de edición de laboratorio es actualizado trimestralmente (según sea necesario) para reflejar las actualizaciones de los códigos instrumentales y cambios sustantivos a las NCD durante su procesamiento.

La petición de cambio 7057 anuncia cambios al módulo de edición de laboratorio por cambios en listas de códigos de NCD de laboratorio para octubre de 2010. Estos cambios estarán vigentes para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2010. Las NCD afectadas por estos cambios son:

- Bacterial urine cultures
- Human immunodeficiency virus (HIV) testing (diagnosis)

- Blood counts
- Partial thromboplastin time (PTT)
- Prothrombin time
- Serum iron studies
- Blood glucose testing
- Glycated hemoglobin/glycated protein
- Lipids testing
- Digoxin therapeutic drug assay
- Alpha-fetoprotein
- Gamma glutamyl transferase
- Hepatitis panel/acute hepatitis panel
- Fecal occult blood test

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7057.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7057, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2001CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2001, CR 7057

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

## INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

### Actualización de códigos de categoría de estatus de reclamaciones y códigos de estatus de reclamaciones

Número de *MLN Matters*: MM7052  
 Número de petición de cambio relacionado: 7052  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de julio de 2010  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2002CP  
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

#### Resumen

La ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, Health Insurance Portability and Accountability Act, exige a todos los pagadores de beneficios de cuidados de la salud, usar solamente códigos de categoría de estatus y códigos de estatus de las reclamaciones, aprobados por el comité nacional de mantenimiento de códigos National Code Maintenance Committee en la petición de estado de las reclamaciones por cuidado de la salud X12 276/277 y formato de respuesta adoptado como el estándar de uso nacional (004010X093A1). Estos códigos explican el estado de las reclamaciones presentadas. Los códigos registrados no pueden ser utilizados en X12 276/277 para reportar estatus de reclamaciones.

Los códigos de estatus de reclamación y códigos de categoría de estatus de reclamaciones para uso de

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

## FACTURACIÓN

### Actualización anual de ICD-9-CM para contratistas de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM7006  
 Número de petición de cambio relacionado: 7006  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de agosto de 2010  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2017CP  
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

#### Resumen

Los códigos de clasificación internacional de enfermedades *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM) son actualizados anualmente como se establece en el manual de procesamiento de reclamaciones de *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 23 (Fee Schedule Administration and Coding Requirements) (administración de tarifas y requisitos de codificación), Sección 10.2 (Relación de código ICD-9-CM y fecha de servicio).

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 7006 como un recordatorio de que la actualización anual de ICD-9-CM es **para servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2010**. (Para proveedores institucionales la actualización es **a partir de las dadas de alta el 1 de octubre de 2010**).

Recuerde que se necesita un código ICD-9-CM para todas las reclamaciones de profesionales (incluyendo las de médicos, otros profesionales de la salud, laboratorios de diagnóstico clínico independiente, especialistas en el oído, centros de cirugía ambulatoria) y para todas las reclamaciones institucionales. Sin embargo, no es necesario el código ICD-9-CM para reclamaciones de proveedores de ambulancia.

contratistas de Medicare con pedido de estatus de reclamaciones de salud y respuesta ASC X12N 276/277 fueron actualizados durante la reunión nacional de junio de 2010 del comité nacional de mantenimiento de códigos National Code Maintenance Committee. Los cambios a los códigos aprobados durante esa reunión fueron puestos en la Internet alrededor del 1 de julio de 2010, en <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/>.

Los proveedores deben asegurarse que su personal de facturación esté enterado de la actualización de los códigos y los plazos para su implementación.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es [http://www.cms.gov/MLN\\_Matters\\_Articles/downloads/MM7052.pdf](http://www.cms.gov/MLN_Matters_Articles/downloads/MM7052.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7052, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2002CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 202, CR 7052

*Actualización anual de ICD-9-CM para contratistas de Medicare (continuación)*

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7006.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7006, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2017CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1996, CR 7006

**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 y revisión al precio promedio de venta trimestral de octubre 2010 a archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM7007

Número de petición de cambio relacionado: 7007

Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de junio de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1990CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

### Resumen

Este artículo instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar los archivos del precio de medicamento del precio promedio de venta (ASP) de octubre 2010 para los medicamentos de Medicare Parte B, y si es publicado por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) los archivos revisados de julio 2010, abril 2010, enero 2010, y octubre de 2009.

Medicare usará estos archivos para determinar el límite de pago para las reclamaciones de medicamentos pagables por separado de Medicare Parte B o reprocesados el 4 de octubre de 2010 en adelante, con las fechas de servicio del 1 de octubre de 2009, hasta el 31 de diciembre de 2010.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7007.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7007, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1990CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1990, CR 7007

**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.

## Decisión final emitida para establecer un programa de certificación provisional EHR

El Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC) emitió una decisión final para establecer un programa de certificación provisional para la tecnología de registro de salud electrónico (EHR). El comunicado de prensa está disponible en <http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/06/20100618d.html>.

**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 201006-26

## Un año de aniversario de la iniciativa 'Year of Community Living' del Presidente Obama

### Undécimo aniversario de la decisión de Olmstead Supreme Court también es observado

En honor de un año de aniversario del "Year of Community Living", de la administración Obama, la Secretaria de Salud & Servicios Humanos, Kathleen Sebelius anunció nuevos fondos para los estados para construir sistemas innovadores para enlazar a las personas con discapacidades a viviendas en sus comunidades.

Estos nuevos \$3.2 millones, tres años de contrato están diseñados para crear colaboración sin precedente entre las agencias de servicios humanos y autoridades de vivienda en todos los niveles del gobierno para ayudar a las personas que viven en instituciones a encontrar hogares y vivir más independientemente. El esfuerzo, "Housing Capacity Building Initiative for Community Living", será conducido por New Additions Consulting Inc.

*Un año de aniversario de la iniciativa 'Year of Community Living...' (continuación)*

El anuncio también ayuda a la implementación de la decisión de la Corte Suprema de los Estados Unidos en *Olmstead v. L.C.*, la cual fue dictada 11 años atrás hoy. En esta decisión, la corte decidió que, bajo el Americans with Disabilities Act, el institucionalizar innecesariamente a una persona con una discapacidad que, con ayuda apropiada, puede vivir en la comunidad, es discriminación. En esta decisión, la Corte Suprema dijo que la institucionalización limita severamente la habilidad de la persona de interactuar con la familia y amigos, para trabajar, y para tener una vida normal.

“El departamento continúa construyendo en los esfuerzos importantes iniciados por la iniciativa Year of Community Living del Presidente”, dijo la Secretaria Sebelius. “Nuestros esfuerzos están siendo fortalecidos con la ayuda y esfuerzos de nuestros colegas en el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano y el Departamento de Justicia”.

La Secretaria Sebelius está promoviendo asociaciones dentro de HHS y con otros departamentos, incluyendo el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano para crear una colaboración productiva en asegurar que las personas con discapacidades, personas mayores, y personas con condiciones crónicas tienen nuevas oportunidades para vivir

como miembros valiosos de sus comunidades.

También, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están emitiendo una carta para establecer que los directores de Medicaid describiendo la extensión de la demostración “Money Follows the Person” como un resultado del Affordable Care Act. Este programa ha sido una asociación muy exitosa con los estados y ha resultado que muchas personas se muevan de ambientes institucionales a comunidades.

“La implementación del Affordable Care Act ayuda de antemano a los derechos civiles de personas con discapacidades y arreglos de vida comunitarios, construyendo en la piedra angular importante en la decisión de *Olmstead*”, dijo Henry Claypool., director de la Oficina de Discapacidad. “El anuncio de hoy es otro paso en el esfuerzo de 11 años de HHS para lograr esa meta”.

Para leer más sobre los logros de HHS durante el “Year of Community Living”, visite <http://www.hhs.gov/od/topics/community/keyadvances.html>. Más información sobre el programa “Money Follows the Person” puede ser encontrado en [http://www.cms.gov/CommunityServices/20\\_MFP.asp](http://www.cms.gov/CommunityServices/20_MFP.asp). ❖

Fuente: CMS PERL 201006-39

## CMS expandirá los servicios preventivos de Medicare y mejorará el acceso al cuidado primario en el 2011

### La propuesta implementaría los beneficios del Affordable Care Act

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla propuesta que implementaría provisiones clave en el Affordable Care Act of 2010 que expande los servicios preventivos para los beneficiarios de Medicare, mejor pago para los servicios del cuidado primario, y promover el acceso a los servicios del cuidado de la salud en áreas rurales. Las pólizas propuestas aplicarían a los pagos bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) por servicios prestado el 1 de enero de 2011, en adelante.

La regla propuesta implementaría provisiones en el Affordable Care Act que eliminaría los costos que los beneficiarios tendrían que pagar para la mayoría de los servicios preventivos, incluyendo la nueva visita anual de bienestar. Esta visita aumenta los beneficios del examen físico preventivo inicial (IPPE o “Bienvenido a la visita de Medicare”) con una visita anual de bienestar que permite al médico y al paciente desarrollar un plan de prevención personalizado que incluye, no solamente los servicios preventivos generalmente disponibles a la población de Medicare, sino también servicios adicionales que pueden ser apropiados debido a los factores de riesgo individuales del paciente.

La regla propuesta mejoraría el acceso a los servicios del cuidado primario al implementar un incentivo de pago para los servicios del cuidado primario prestados por profesionales del cuidado primario que pueden incluir,

médicos, enfermeras practicantes, enfermera especialista clínica, y médico asistente. La regla propuesta también implementaría un programa de pago de incentivo para los cirujanos generales que realizan cirugía mayor en áreas designadas por el Secretario como áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA), le permitiría a un médico asistente ordenar servicios del cuidado de la salud extendidos luego del hospital en un centro de enfermería especializada (SNF), y pagaría a las enfermeras parteras certificadas por sus servicios bajo el MPFS a la misma tasa que los médicos.

El comunicado de prensa completo de CMS emitido el 25 de junio puede ser visto en [http://www.cms.gov/apps/media/press\\_releases.asp](http://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp).

Las hojas informativas emitidas por CMS con detalles adicionales están disponibles en [http://www.cms.gov/apps/media/fact\\_sheets.asp](http://www.cms.gov/apps/media/fact_sheets.asp).

La regla propuesta está disponible en <http://www.federalregister.gov/inspection.aspx#special>.

CMS aceptará los comentarios de la regla propuesta hasta el 24 de agosto y responderá a ellos en una decisión final a ser emitida el 1 de noviembre. A menos que se especifique lo contrario, las pólizas de pago y tasas adoptadas en la decisión final serán efectivas para los servicios del 1 de enero de 2011, en adelante. ❖

Fuente: CMS PERL 201006-45

## Actualización trimestral del Healthcare common procedure coding system – otros códigos

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar la publicación, de acuerdo a lo programado, del conjunto de códigos del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Estos cambios han sido puestos en la página de Internet de HCPCS: [http://www.cms.gov/HCPCSReleaseCodeSets/02\\_HCPCS\\_Quarterly\\_Update.asp](http://www.cms.gov/HCPCSReleaseCodeSets/02_HCPCS_Quarterly_Update.asp).

Los cambios son efectivos en la fecha indicada en la actualización.

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

Fuente: CMS PERL 201007-03

## Reglamentación propuesta sobre cambios en pólizas y pagos por servicios en HOPD y ASC

Los beneficiarios de Medicare verán disminuir el costo de sus pagos directos por servicios en departamentos de atención ambulatoria en hospitales (HOPD) durante el año calendario (CY) 2011 de acuerdo a las disposiciones en una reglamentación propuesta por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). La reglamentación propuesta implementa los cambios exigidos por la ley Affordable Care Act de 2010.

El Affordable Care Act – puesta en efecto por Patient Protection and Affordable Care Act, según ha sido modificada por la ley Health Care and Education Reconciliation Act de 2010 – anula los costos-compartidos por el beneficiario por la mayoría de los costos preventivos con cobertura de Medicare, incluyendo los exámenes físicos preventivos iniciales (IPPE o “visita de bienvenida a Medicare”). Esta anulación de cobro corresponde no solamente al 20 por ciento de coseguro por la atención médica, sino que también por el costo-compartido en relación al pago deparado al establecimiento cuando el servicio es provisto en un HOPD, como también a aquellos servicios preventivos, tales como colonoscopias que pueden ser provistos en un centro de cirugía ambulatoria (ASC).

Para mayor información acerca de las propuestas de CY 2011 para el sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio (OPPS) y del sistema ASC, vea <http://www.ofr.gov/inspection.aspx#special>.

Puede encontrarse información adicional en el sitio de Internet de CMS en:

- OPPS: <http://www.cms.gov/HospitalOutpatientPPS/>
- Sistema de pagos ASC: <http://www.cms.gov/ASCPayment/>

El noticiero y la hoja informativa están disponibles desde el martes 6 de Julio en <http://www.cms.gov/>.

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

Fuente: CMS PERL 201007-05

## Programa de incentivo de registro de salud electrónico, regla final y uso significativo

El 13 de julio de 2010, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y el Office of the National Coordinator (ONC) for Health Information Technology anunciaron conjuntamente sus reglas finales para los estándares de registro de salud electrónico para certificación y los programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare y Medicaid, incluyendo la definición de uso significativo.

Bajo el Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act of 2009, los profesionales del cuidado de la salud y los hospitales pueden calificar para los pagos de incentivo de Medicare y Medicaid cuando ellos adoptan tecnología EHR certificada y la utilizan para conseguir objetivos específicos. Una de las dos regulaciones anunciadas el 13 de julio de 2010, define los objetivos del “uso significativo” que los proveedores deben cumplir para calificar para los pagos de bono, y la otra regulación identifica las capacidades técnicas requeridas para la tecnología EHR.

El anuncio de estas regulaciones marca la terminación de múltiples pasos sentando las bases para el programa de pagos de incentivo. Con las definiciones de “uso significativo” en vigor, los vendedores de sistema EHR pueden asegurar que sus sistemas cumplen con las capacidades requeridas, los proveedores pueden asegurar que el sistema que ellos adquieren sustentará el logro de los objetivos de “uso significativo”, y una iniciativa nacional concentrada de cinco años para adoptar y usar registros electrónicos para que el cuidado de la salud pueda comenzar.

Para leer el comunicado de prensa emitido el 13 de julio de 2010, haga clic aquí: [http://www.cms.gov/apps/media/press\\_releases.asp](http://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp) o <http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/2010.html>.

También la hoja informativa de CMS emitida el 13 de julio con detalles adicionales en [http://www.cms.gov/apps/media/fact\\_sheets.asp](http://www.cms.gov/apps/media/fact_sheets.asp).

Para aprender más sobre los programas de

*Programa de incentivo de registro de salud electrónico ... (continuación)*

incentivo de EHR de Medicare y Medicaid, visite el sitio Web de CMS dedicado a este programa, <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms/>. Aquí usted encontrará información sobre elegibilidad, requisitos, eventos venideros y más. Para aprender más sobre los estándares de certificación y los registros electrónicos de salud, visite el sitio Web de HHS/ONC en <http://healthit.hhs.gov/portal/server.pt>. Este sitio Web es el lugar principal para aprender sobre los beneficios de usar la tecnología EHR en una forma significativa, recursos locales para ayudar en la adopción de EHR y mucho más.

Y, asegúrese de asistir a nuestro próximo adiestramiento conjunto de CMS y ONC sobre los programas de incentivo de EHR y certificación el 22 de julio a las 2:00 p.m. ET. Más información puede ser encontrada en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms/>.

**Enlaces a las reglas vía el Federal Register**

[http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2010-17207\\_PI.pdf](http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2010-17207_PI.pdf)

[http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2010-17210\\_PI.pdf](http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2010-17210_PI.pdf)

**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 201007-22

**Están disponibles las hojas informativas del programa de incentivo de registros médicos electrónicos**

¿De qué manera le puede afectar la reglamentación final del programa de incentivos de certificación del Departamento de Coordinación Nacional The Office of the National Coordinator (ONC) y registros médicos electrónicos electronic health record (EHR) de Medicare y Medicaid?

Con respecto a la reglamentación final del programa de incentivo de registros médicos electrónicos, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han creado las dos hojas informativas siguientes:

- CMS ha finalizado la definición de uso significativo de la tecnología de registros médicos electrónicos certificados  
Para más información, vea la [hoja informativa](#) del 16 de julio de 2010.
- CMS ha finalizado los requisitos del programa de incentivo de registros médicos electrónicos  
Para más información, vea la [hoja informativa](#) del 16 de julio de 2010.

Asegúrese de visitar la sección relativo al programa de incentivo de EHR en el sitio de Internet de CMS, en <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms/>.

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

Fuente: CMS PERL 201007-39

**Llamado a propuestas para participar en demostración de proyección de imagen de Medicare**

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado que están llamando a propuestas para participar en demostración de proyección de imagen Medicare Imaging Demonstration (MID). MID ha sido autorizada por Sección 135(b) de la ley de mejoras para pacientes y proveedores de Medicare, Medicare Improvements for Patients and Providers Act de 2008 y comprobará si el uso del sistema de apoyo de decisiones (DSS) puede mejorar la calidad de la atención médica y reducir exposiciones y utilización a la radiación innecesarias, al promover el uso de servicios de proyección de imagen avanzada que corresponda.

La demostración de dos años, comprobará el impacto que el DSS utilizado en prácticas médicas tiene en lo adecuado y en la utilización de servicios médicos avanzados ordenados por la población-a-tarifa-fija de Medicare. DSS proporciona respuesta inmediata en base a las instrucciones de especialidad médica actuales a los médicos con respecto a lo adecuado del examen ordenado para el paciente. La demostración se enfocará además en proyección de imagen de resonancia magnética, tomografía computarizada y

servicios de diagnóstico de proyección de imagen avanzada de medicina nuclear.

Esta demostración no afecta en absoluto las políticas de pago y cobertura de Medicare. La autorización previa del procedimiento, que podría ser utilizada para denegar cobertura a las pruebas, no forma parte de esta demostración.

CMS utilizará “coordinadores” para llegar a los médicos elegibles interesados en participar en la demostración. Los coordinadores serán responsables de reclutar consultorios médicos, desplegando un DSS que incorpora instrucciones de asociaciones de especialidad médica para los procedimientos seleccionados, asegurando que el DSS permanece actual con aquellas instrucciones, colectando y transmitiendo datos y distribuyendo pagos a los consultorios por reportar datos. Los coordinadores y consultas médicas serán pagados por el reporte completo de los datos necesarios para determinar lo adecuado de la prueba.

Una amplia variedad de partes interesadas podrían ser elegibles para postular a ser coordinadores o llevar a cabo

*Llamado a propuestas para participar en demostración... (continuación)*

las responsabilidades especificadas en la demostración, en colaboración con otras organizaciones. Ejemplos de coordinadores incluyen, entre otros, agrupaciones de médicos, sistemas integrados de prestación de servicios de salud, asociaciones de práctica independiente, administradores de beneficios de radiología, planes de salud, vendedores de tecnología de información, sociedades de especialidades médicas y dos o más de las partes interesadas trabajando en colaboración.

CMS está particularmente interesado en propuestas de coordinadores que representen una mezcla de prácticas médicas de diverso tipo y tamaño, especialidades médicas y áreas geográficas. En el momento de seleccionar las áreas de demostración, CMS considerará las características de las prácticas médicas y la capacidad del coordinador de desempeñar las funciones identificadas en el llamado a propuestas. La otorgación es contingente a la aceptación de los términos y condiciones de CMS para la demostración antes del comienzo de ésta.

Estarán incluidos en la demostración once procedimientos de proyección de imagen avanzada -- SPECT proyección de imagen de perfusión del miocardio (MPI), proyección de imagen de resonancia magnética (MRI) de la espina lumbar, tomografía computarizada (CT) de la espina lumbar, MRI del cerebro, CT del cerebro,

CT de las fosas nasales, CT del tórax, CT del abdomen, CT de la pelvis, MRI de la rodilla y MRI del hombro. Las once pruebas fueron seleccionadas en base a altos costos y utilización en la población de servicios-a-tarifa de Medicare y de la disponibilidad de instrucciones apropiadas de especialidades médicas relevantes. La ley exige que el criterio de apropiado usado en la demostración, esté basado en aquellos desarrollados o endosados por sociedades médicas. CMS ha solicitado la opinión e información acerca del criterio de apropiado a sociedades de especialidades médicas y otras partes interesadas, incluyendo AQA Alliance.

CMS acepta solicitudes de participación hasta el 21 de septiembre de 2010.

Información adicional acerca de esta demostración incluyendo la manera de postular, puede encontrarse en <http://www.cms.gov/DemoProjectsEvalRpts/MD/itemdetail.asp?itemID=CMS1222075>.

Preguntas sobre esta demostración pueden ser presentadas a CMS, a [ImagingDemo135b@cms.hhs.gov](mailto:ImagingDemo135b@cms.hhs.gov)

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

Fuente: CMS PERL 201007-44

## Servicios de hospital excepcionalmente intensivos para pacientes ambulatorios de SNF CB

Número de *MLN Matters*: SE0432

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 1998, cuando fue presentado el sistema de pago prospectivo de centros de enfermería especializada (SNF PPS), no solamente cambió la manera en que se paga a SNF, sino que también la manera en que los SNF deben trabajar con suplidores, médicos y otros profesionales de la salud. Facturación consolidada (CB) asigna al propio SNF la responsabilidad de facturar a Medicare por virtualmente todos los servicios que reciben los residentes de SNF durante el curso de una estadía de Parte A que tenga cobertura. El pago por este rango completo de servicios está incluido en la tasa global de pago diario de SNF PPS.

Las únicas excepciones son aquellos servicios que están específicamente excluidos de esta disposición, los que permanecerán facturables por separado a Medicare Parte B, por parte de la entidad que haya prestado el servicio. Para información más detallada de SNF CB, incluyendo una sección con los servicios excluidos de SNF CB, vea

la edición especial el artículo de *MLN Matters* SE0431 en el sitio de Internet de CMS, en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/se0431.pdf>.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado varios tipos de servicios de hospital excepcionalmente intensivos que está mucho más allá del ámbito de los planes de cuidados de la salud de SNF. Estos servicios incluyen:

- Emergency services
- Cardiac catheterizations
- Computerized axial tomography (CT) scans
- Magnetic resonance imaging (MRI) services
- Ambulatory surgery
- Radiation therapy
- Angiography
- Lymphatic and venous procedures.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0432.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE0432

**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.

## Reporte y pago de Medicare de servicios por abuso de alcohol y/o drogas

Número de *MLN Matters*: SE1013  
 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 Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están entregando la edición especial del artículo *MLN Matters* SE1013, trabajando en conjunto con la administración de servicios de salud mental y abuso en el consumo de drogas Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), para informar a los proveedores de Medicare acerca de reporte y pago de valoración estructurada por abuso de alcohol y/o drogas (diferente a tabaco) y servicios de intervención breve (SBIRT).

SBIRT es un método de intervención temprana que apunta a aquellos que usan drogas que no forman hábito, con la finalidad de proveer estrategias efectivas de intervención antes de que sea necesario un tratamiento más especializado o extensivo. Este procedimiento contrasta con

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

el objetivo primario de tratamiento de individuos con uso de drogas más severo o de aquellos que cumplen con el criterio de diagnóstico de enfermedad por uso de drogas.

Este artículo se concentra en los siguientes puntos clave:

- Principios generales de documentación de registros médicos para servicios individuales de salud mental
- Calificaciones de profesionales de la salud que proveen servicios de salud mental que tienen cobertura de Medicare
- Limitaciones en el tratamiento de salud mental a pacientes ambulatorios de Medicare

La edición especial del artículo *MLN Matters* SE1013 es solamente informativa y no presenta nuevas políticas de Medicare ni altera las existentes.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1013.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1013

## Disposiciones del Affordable Care Act de 2010

Número de *MLN Matters*: SE1023  
 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 Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado el artículo especial de *MLN Matters* SE1023 para resumir ciertas disposiciones contenidas en la ley Affordable Care Act (ACA). La ley ACA, promulgada el 23 de marzo de 2010, incluye disposiciones diseñadas para ayudar a los médicos. Algunos de estos cambios están reflejados en la notificación de la reglamentación propuesta CMS-1503-P. CMS está aceptando comentarios sobre la reglamentación propuesta, hasta el 24 de agosto de 2010 y los responderá en una reglamentación final que será emitida alrededor del 1 de noviembre de 2010, que establecerá las políticas y tasas de pago efectivas para servicios provistos a beneficiarios de Medicare a partir del 1 de enero de 2011.

### Disposiciones de la ley

- Cobertura de visitas de bienestar en cumplimiento de un plan de prevención personalizado
- Pagos de incentivo a profesionales de cuidados primarios de la salud por el desempeño de sus funciones
- Pagos de incentivo por servicios generales de cirugía en áreas rurales
- Revisiones al ajuste geográfico de gastos (PE GPCI) para ayudar a proveedores rurales
- Auto designación del médico para ciertos servicios de imagen
- Códigos de valor incorrecto según el catálogo de tarifas médicas
- Modificación del factor de utilización de equipo en el caso de servicio de imagen avanzada
- Reducción a no más de 12 meses del plazo máximo para presentar reclamaciones a Medicare

*Disposiciones del Affordable Care Act de 2010 (continuación)*

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1023.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1023

**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

### Actualización a julio de 2010 del catálogo de tarifas DMEPOS

*Este documento fue publicado previamente en Medicare A y B Al Día, edición de mayo, página 10.*

Número de *MLN Matters*: MM6945

Número de petición de cambio relacionado: 6945

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010 para la implementación de las cantidades de tarifas fijas para los códigos en efecto el 1 de enero de 2010; 1 de abril de 2010 para las revisiones a los modificadores descriptores RA & RB los cuales vinieron a ser efectivos el 1 de abril de 2010; 1 de julio de 2010 para todos los otros cambios

Número de transmisión de CR relacionado: R1967CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

### Resumen

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

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

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6945, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1967CP.pdf>.

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

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

## Actualización de julio 2010 al manual de tarifas fijas de Medicare para médicos

Número de *MLN Matters*: MM6974  
 Número de petición de cambio relacionado: 6974  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 junio de 2010  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1992CP  
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

### Resumen

La petición de cambio (CR) 6974 enmienda los archivos de pago previos que fueron emitidos basado en la regla final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) 2010. El CR 6974 provee correcciones a esos archivos, efectivo para las fechas de servicio del 1 de enero de 2010, en adelante. Esta actualización resultó en numerosos cambios de indicadores de base de datos como también correcciones de lo siguiente:

- Prueba farmacogenómica para respuesta de warfarina
- Código CPT 90470
- Pruebas de detección de la infección del virus de inmunodeficiencia humana (HIV)

- Tratamiento de insulina intravenosa ambulatoria (OIVIT)
- Inyecciones dérmicas para el tratamiento del síndrome de lipodistrofia facial (LDS)
- Implante de colágeno de menisco
- Varios ajustes de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (anexo al CR)

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6974.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6974, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1992cp.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1992, CR 6974

**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.

## Está disponible la hoja informativa modificada de tarifas fijas de médicos de Medicare

La versión descargable de la Internet de la hoja informativa de tarifas fijas Medicare Physician Fee Schedule (Julio de 2010) ha sido modificada para incluir información acerca del 2.2 por ciento de actualización de las tarifas fijas de médicos de Medicare (MPFS), vigente para fechas de servicio desde el 1 de junio al 30 de noviembre de 2010. Esta publicación también incluye información acerca de tasa de pago de MPFS, fórmula de tasa de pago de MPFS y recursos de MPFS. Para acceder a esta hoja informativa *Medicare Learning Network*, visite <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedcrePhysFeeSchedfctsh.pdf>.

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

Fuente: CMS PERL 201007-40

**HIPAA**

## Conversación inicial entre vendedores y proveedores acerca de versión 5010 y de ICD-10

**Proveedores:** Faltan solo cinco meses para que se cumpla el plazo límite para el primer paso de una transición exitosa a la versión 5010. Los proveedores deben completar sus pruebas internas, a más tardar el 31 de diciembre de 2010 y en enero de 2011 deben estar preparados para iniciar las pruebas con asociados externos.

Éste es un gran momento para revisar junto con sus vendedores, los preparativos para la transición. No solamente es importante que se asegure que puede contar con ellos durante la transición, sino que además ellos son un gran recurso para proveerle detalles de lo que usted necesita para cumplir con los estándares de la versión 5010 y de ICD-10.

**Vendedores:** Ustedes juegan un papel de importancia vital en la transición de versión 5010 y de ICD-10. Sus clientes acudirán a usted para que los guíe en la navegación a través de los cambios. Sus productos y servicios estarán obsoletos si ahora no se dan los pasos para estar listo. Comience a conversar con sus clientes acerca de la preparación para la transición de versión 5010 y de ICD-10.

*Conversación inicial entre vendedores y proveedores ... (continuación)*

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están aquí para ayudarles a comunicarse unos con otros – incluso a ayudarles a iniciar conversaciones en caso de que aún no lo hayan hecho. Para obtener recursos que incluyen hojas informativas con sugerencias de las preguntas correctas entre unos y otros, vaya al sitio web de CMS en <http://www.cms.gov/icd10/>.

Manténgase al día en versión 5010 e ICD-10.

Para las últimas noticias, visite <http://www.cms.gov/icd10/>. Ya vienen los e-mails de actualización para alistarse para la versión 5010 e ICD-10.

La versión 5010 e ICD-10 están llegando. ¿Estará usted listo?

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

Fuente: CMS PERL 201007-09

## Regla propuesta para implementar las modificaciones del HITECH Act a las reglas de HIPAA

El Departamento de Salud & Servicios Humanos (HHS) emitió una notificación de regla propuesta el 8 de julio de 2010, para modificar la privacidad, seguridad, y reglas de refuerzo emitidas en conformidad con el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

La ley Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act, promulgada como parte del American Recovery and Reinvestment Act of 2009, está diseñada para promover la adopción extendida y estandarización de la tecnología de información de salud, y requiere que HHS modifique la privacidad de HIPAA, seguridad, y reglas de refuerzo para fortalecer la privacidad y protecciones de seguridad para la información de salud y mejorar la viabilidad y efectividad de las reglas de HIPAA.

Las modificaciones propuestas a las reglas de HIPAA emitidas el 8 de julio de 2010, incluyen las provisiones que extienden la aplicabilidad de ciertos de los requisitos de privacidad de reglas de seguridad a los negocios asociados de entidades cubiertas, estableciendo nuevas limitaciones sobre el uso y divulgación de la información protegida de salud para propósitos de mercadeo y recaudar fondos, prohibiendo la venta de información protegida de salud, y expandir los derechos de las personas para acceder a su información y para obtener restricciones sobre ciertas divulgaciones de información protegida de salud a planes de salud. Además, la regla propuesta adopta provisiones diseñadas para fortalecer y expandir las provisiones de refuerzo de HIPAA.

“Esta regla propuesta refuerza la privacidad y seguridad de la información de salud, y es una pieza integral de los

esfuerzos de la Administración para ensanchar el uso de la tecnología de información de salud en el cuidado de la salud hoy”, dijo Georgina Verdugo, directora de la Oficina de Derechos Civiles (OCR) de HHS. Estas reglas son administradas y reforzadas por OCR.

Una vez es publicada en el *Federal Register*, la notificación de la regla propuesta puede ser vista y comentada por 60 días en <http://www.regulations.gov/search/Regs/home.html#home>.

Además de emitir la notificación de la regla propuesta, OCR también actualizó su página Web de notificación de brechas.

Las brechas de información de salud protegida insegura que afecta a 500 o más personas que son reportadas al Secretario de HHS están ahora publicadas en un formato nuevo y más accesible que permite a los usuarios buscar y organizar las brechas reportadas. Adicionalmente, este nuevo formato incluye resúmenes cortos de los casos de brechas que el OCR ha investigado y cerrado, como también los nombres de proveedores de prácticas privadas que han reportado brechas de información de salud protegida insegura al Secretario.

Visite el sitio Web de OCR para más información sobre esta regla propuesta y la notificación de brecha actualizada en la página Web de <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/>.

**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 201007-21

### 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.fcsso.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.fcsso.com/Comentarios/161119.asp>.

## INFORMACIÓN GENERAL

### Versión 5010 y ICD-10 están pronto por venir -- ¿estarás listo?

Estarás listo para...

- La versión actualizada de los estándares 5010 para transacciones electrónicas del Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) el 1 de enero de 2012

- La transición del conjunto de código médico del International Classification of Diseases, 10th Edition (ICD-10) el 1 de octubre de 2013

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) tienen nuevos recursos para ayudarle a prepararse. Visite <http://www.cms.gov/ICD10> y haga clic en:

- **Recursos del proveedor** -- para encontrar sobre los pasos básicos que prácticas médicas pueden tomar para prepararse para el ICD-10 y para una hoja informativa sobre hablar con sus vendedores sobre las transiciones de la versión 5010 y ICD-10

- **Recursos del vendedor** -- consejos para los vendedores de software y sobre hablar con los clientes sobre las transiciones

Los vendedores de software, facturadores, y casas de facturación pueden ver los materiales de nuestra reciente conferencia en <http://www.cmsvendorconference.com>. Aquí usted también puede solicitar información sobre trabajar con CMS para ayudar al alerta sobre las transiciones a la versión 5010 y ICD-10.

Manténgase actualizado sobre la versión 5010 y ICD-10. Visite <http://www.cms.gov/icd10> para las últimas noticias. Pronto usted podrá inscribirse para la versión 5010 y actualizaciones por e-mail de ICD-10.

**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 201006-34

### Trascripción escrita y de audio de la teleconferencia de ICD-10 del 15 de junio está ahora disponible

La transcripción escrita y de audio de la teleconferencia nacional del proveedor del 15 de junio de "ICD-10 Implementation in a 5010 Environment", presentada por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) está ahora disponible. Para acceder la transcripción, vaya al sitio Web de CMS en [http://www.cms.gov/ICD10/02c\\_CMS\\_Sponsored\\_Calls.asp](http://www.cms.gov/ICD10/02c_CMS_Sponsored_Calls.asp).

En la sección de "Downloads" seleccione el archivo zip "June 15, 2010 ICD-10 Conference Call". Este archivo zip contiene las transcripciones escritas y de audio, como también la presentación utilizada durante la teleconferencia. La duración de la transcripción de audio es de 1 hora y 51 minutos.

**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 201007-24

### Recordatorio: CMS ha publicado el SE1019 -- información de implementación ICD-10

Número de *MLN Matters*: SE1019

Número de petición de cambio relacionado: NA

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 Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado el artículo de edición especial de *MLN Matters* SE1019 para proveer información actualizada sobre la implementación del código International Classification of Diseases, 10th Edition, Clinical Modification and Procedure

Coding System (ICD-10-CM/ICD-10-PCS). La primera fecha de conformidad ICD-10 se encuentra a menos de dos años -- el 1 de enero de 2012, los estándares para las transacciones de salud electrónicas cambian de versión 4010/4010A1 a versión 5010. A diferencia de 4010, la versión 5010. Para más detalles, lea este artículo en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1019.pdf>.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1019.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1019

**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.

## CMS revisará el proceso de inscripción de PECOS

### Medicare está trabajando con los proveedores que ordenan y refieren y los suplidores para racionalizar el proceso de inscripción

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están trabajando con los proveedores para tratar las preocupaciones de Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) para asegurar que los beneficiarios continúan recibiendo los servicios del cuidado de la salud y los artículos que ellos necesitan. PECOS es el sistema electrónico usado para inscribir a los médicos y profesionales elegibles en el programa de Medicare.

Como parte de esos esfuerzos, CMS implementará, por el momento, cambios que rechazarán automáticamente las reclamaciones basadas en certificaciones de órdenes, y referidos hechos por proveedores que no han tenido todavía sus aplicaciones aprobadas para el 6 de julio. Mientras que más de 800,000 médicos y otros profesionales de la salud se han inscrito y han aprobado aplicaciones en el sistema PECOS, algunos proveedores han encontrado problemas. CMS continúa actualizando y racionalizando el proceso, y más proveedores han sido inscritos en los pasados días.

CMS emitió un reglamento final provisional el 5 de mayo implementando provisiones del Affordable Care Act que permite solamente a un médico inscrito en Medicare o profesional elegible el certificar u ordenar los servicios de salud en el hogar, equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS), y ciertos artículo y servicios bajo Medicare Parte B. La nueva ley aplica a órdenes, referidos y certificaciones hechas el 1 de julio en adelante. El periodo de comentario para la regulación cierra el 6 de julio, después del cual los comentarios serán revisados y considerados antes de que se emita una regulación final.

Las provisiones del Affordable Care Act y la regulación fueron diseñadas como pasos para prevenir fraude en Medicare al asegurar que solamente los proveedores y

suplidores elegibles e identificables puedan ordenar y referir artículos cubiertos y servicios a los beneficiarios de Medicare.

Muchos médicos y otros proveedores y suplidores han continuado haciendo esfuerzos de buena fe para cumplir con los requisitos de la ley y regulación. Estos esfuerzos serán un factor significativo para determinar los procedimientos y procesos que serán incorporados en la regla final.

Aunque la regulación será efectiva el 6 de julio, CMS no implementará rechazos automáticos de reclamaciones presentadas por proveedores que han intentado inscribirse en PECOS. Sin embargo, hasta que los rechazos automáticos sean operacionales, los proveedores no deben ver ningún cambio en el procesamiento de sus reclamaciones presentadas; éstos continuarán revisando y pagando como lo han hecho en el pasado.

Además, aunque CMS está tomando un acercamiento más deliberativo al usar el sistema de inscripción PECOS, la agencia empleará un plan de contingencia para cumplir el requisito de ACA de que efectivo el 1 de julio, las órdenes escritas y certificaciones deben ser solamente emitidas por profesionales elegibles.

CMS continuará enviando notificaciones informativas a los proveedores recordándoles de la necesidad de presentar o actualizar su inscripción y trabajará con la comunidad de proveedores para proveer guía en la inscripción y procesará rápidamente todas las aplicaciones.

#### Información adicional

Para más información, refiérase al *Medicare A y B Al Día*, edición de abril (página 48). ❖

Fuente: CMS PERL 201006-57

## PECOS basado en la Internet está funcionando en su horario normal

El "Internet-based provider enrollment, chain and ownership system" (PECOS), estará funcionando en su horario habitual durante toda la semana. PECOS basado en la Internet, puede ser utilizado por proveedores y suplidores (excepto equipo médico durable, prótesis, ortóticos e insumos) para presentar solicitudes de inscripción de Medicare por Internet.

### Sugerencias para el uso de PECOS basado en la Internet

Le recordamos que tanto los proveedores como los suplidores deben reportar los problemas en su aplicación, de navegación, impresión o acceso, por medio de PECOS basado en la Internet, al servicio externo de ayuda al usuario (EUS), al 1-866-484-8049 o enviar un e-mail al servicio de ayuda a mailto: [EUSsupport@cgi.com](mailto:EUSsupport@cgi.com). Además, los proveedores y suplidores deben tener la versión 5.5 o mayor de Internet Explorer y tener la versión más reciente de Adobe® Acrobat Reader, antes de iniciar una acción de inscripción utilizando PECOS basado en Internet.

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

Fuente: CMS PERL 201007-06

## Declare independencia del procedimiento de inscripción en papel – utilice PECOS por Internet

El sistema de inscripción del proveedor basado en la Internet para cadenas de negocios y propietarios individuales (PECOS por Internet) puede ser utilizado en lugar de la solicitud de inscripción de Medicare (i.e., formulario Form-CMS-855) para:

- Presentar una solicitud inicial de inscripción a Medicare
- Ver o cambiar su información de inscripción
- Seguir la pista de su solicitud de inscripción a través del proceso de inscripción por Internet
- Agregar o cambiar una reasignación de beneficios
- Hacer cambios a la información existente de inscripción de Medicare
- Reactivar un registro de inscripción existente
- Retirarse del programa de Medicare

### Ventajas de PECOS por Internet

- Más rápido que la inscripción basada en papel (en la mayoría de los casos el procesamiento tarda 45 días, en lugar de 60 cuando es en papel)
- Procedimiento de solicitud a la medida significa que usted da solamente la información que corresponde a su solicitud
- Le da más control sobre su información de inscripción, incluyendo reasignaciones
- Facilidad de revisión y actualización para la exactitud de su información
- Menor tiempo de personal dedicado y menores costos administrativos para completar y presentar una inscripción a Medicare

### Médicos y otros profesionales de la salud

#### Utilizar PECOS basado en la Internet es fácil

Aprenda a utilizar el sistema visitando *Medicare Physician and Non-Physician Practitioner Getting Started Guide*. Existe una variedad de recursos que le pueden servir de ayuda en caso de que encuentre problemas o tenga preguntas mientras navega por el sistema.

Entonces no espere, libérese del papel – comience hoy a utilizar PECOS basado en la Internet.

### Organizaciones de proveedores y suplidores

#### Utilizar PECOS basado en la Internet es fácil

Aprenda a utilizar el sistema visitando el guía *Getting Started Guide for Provider and Supplier Organization*. Recuerde que crear un registro en PECOS basado en la Internet puede tomar varias semanas a una organización de proveedores. Se recomienda comenzar este proceso (cuando sea necesario) con la mayor anticipación posible a cualquier acción de inscripción por venir. Para mayor información sobre el proceso de instalación, visite nuestra *Provider and Supplier Organization Overview*.

Entonces no espere, libérese del papel – comience hoy a utilizar PECOS basado en la Internet.

**Nota:** PECOS basado en la Internet estará, más adelante en este año, a disposición de suplidores de equipo médico durable, prótesis, ortóticos e insumos (DMEPOS).

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

Fuente: CMS PERL 201007-13, CMS PERL 201007-14

## Se encuentra disponible la hoja informativa de CMS sobre la manera de proteger su registro de inscripción de Medicare

Si usted es médico u otro profesional de la salud que está inscrito o está planeando inscribirse en Medicare, es importante que proteja su información de inscripción de Medicare para evitar que caiga en manos de personas sin escrúpulos y deshonestas. *Medicare Learning Network (MLN)* de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ha publicado Medicare Fee-for-Service (FFS) Physicians and Non-Physician Practitioners: Protecting Your Privacy – Protecting Your Medicare Enrollment Record como la primera de una serie de hojas informativas diseñadas para educar a los proveedores de FFS acerca de la importancia de la información de inscripción de Medicare. Esta hoja informativa en particular, aconseja a médicos y otros profesionales de la salud FFS, la mejor manera de asegurar que sus registros de inscripción estén actualizados y seguros. La hoja informativa se encuentra disponible en formato descargable del sitio de Internet de CMS, en [http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnrollPrivcy\\_FactSheet\\_ICN903765.pdf](http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnrollPrivcy_FactSheet_ICN903765.pdf).

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

Fuente: CMS PERL 201007-42

## Guía de inscripción para los médicos que reciben reembolsos infrecuentemente

Tradicionalmente, la mayoría de los médicos se han inscrito en el programa de Medicare para prestar servicios cubiertos a los beneficiarios de Medicare. Sin embargo, con la implementación de la Sección 6405 del Affordable Care Act, algunos médicos necesitarán inscribirse en el programa de Medicare con el único propósito de certificar u ordenar servicios para los beneficiarios de Medicare. Estos médicos no envían reclamaciones al contratista de Medicare por los servicios que ellos prestan.

En el proceso de implementar las provisiones contenidas en el Affordable Care Act, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han tomado conciencia de varios asuntos únicos de inscripción para ciertos tipos de médicos o profesionales de la salud. Específicamente, CMS ha modificado el proceso de inscripción para acomodar las circunstancias especiales de los siguientes médicos y profesionales de la salud:

- Médicos empleados por el Departamento de Asuntos del Veterano
- Médicos empleados por el Servicio de Salud Pública

- Médicos empleados por el programa Tricare del Departamento de Defensa
- Médicos empleados por centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC), clínicas de salud rural (RHC) u hospitales del cuidado intensivo (CAH)
- Médicos en una asociación
- Dentistas, incluyendo cirujanos orales

Para detalles sobre las modificaciones al proceso de inscripción para estas circunstancias especiales, visite la hoja informativa de inscripción en el sitio Web de CMS para “*Physicians with Infrequent Reimbursements*”.

**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 201007-25

## Servicios preventivos que le ayudarán a mantener la buena salud de sus pacientes de Medicare este verano

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) piden a los proveedores ayuda para mantener la buena salud de sus pacientes de Medicare este verano, animándoles a aprovechar los servicios preventivos con cobertura de Medicare. Medicare da cobertura a una variedad de servicios preventivos, incluyendo exámenes de mamografía, vacunas estacionales anti-influenza y exámenes para ciertos tipos de cáncer, entre otros servicios.

### ¿Qué puede hacer usted?

Sus pacientes acuden a usted como su proveedor confiable de servicios de salud, pidiendo consejo e información para ayudarles a vivir vidas más largas, completas y saludables. Usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes conversando con ellos sobre los factores de riesgo de enfermedades que se pueden prevenir y alentándolos a aprovechar los servicios médicos con cobertura de Medicare para los que pudiesen calificar.

### Para mayor información

CMS ha desarrollado varios productos para educar a los proveedores sobre cobertura de Medicare, codificación y políticas de presentación de reclamaciones relacionadas con servicios preventivos con cobertura de Medicare, incluyendo:

- **The Medicare Learning Network Preventive Services educational products Web page** -- (Página de Internet de productos educacionales de servicios preventivos de la red de enseñanza de Medicare) – provee descripciones e información para ordenar de *Medicare Learning Network (MLN)* productos educacionales sobre servicios preventivos y recursos para profesionales de la salud y su personal.  
[http://www.cms.gov/MLNProducts/35\\_PreventiveServices.asp](http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp)

**The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers and Other Health Care Professionals** -- (Guía de servicios preventivos de Medicare para médicos proveedores, suplidores y otros profesionales del servicio de la salud) – este recurso global, contiene información de cobertura codificación y pago acerca de muchos de los servicios preventivos con cobertura de Medicare.

[http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/mps\\_guide\\_web-061305.pdf](http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf)

- **Quick Reference Information: Medicare Preventive Services** -- (Información de referencia rápida: Servicios preventivos de Medicare) – este gráfico contiene información de cobertura codificación y pago acerca de muchos de los servicios preventivos con cobertura de Medicare, en un formato de referencia rápida fácil de usar. [http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS\\_QuickReferenceChart\\_1.pdf](http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf)
- **The Medicare Preventive Services Series: Part 3 Web-based training course (WBT)** -- (Serie de servicios preventivos de Medicare: 3a. Parte de curso basado en Internet) -- este WBT incluye información sobre cobertura codificación y facturación de muchos de los servicios preventivos con cobertura de Medicare, incluyendo mamografías, exámenes de Papanicolaou, exámenes a la pelvis y medidas de la masa ósea. Para acceder la WBT, visite el portal MLN en: <http://www.cms.gov/mlngeninfo>. Baje a “Related Links Inside CMS” y haga clic en “WBT Modules.”
- **The preventive services educational products** – (productos educacionales sobre servicios preventivos) este documento PDF contiene enlaces a versiones

*Servicios preventivos que le ayudarán a mantener la buena salud ... (continuación)*

descargables de los muchos productos que *MLN* tiene disponibles en relación con servicios preventivos con cobertura de Medicare, incluyendo folletos, guías de referencia rápida y muchos más [http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/education\\_products\\_prevserv.pdf](http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/education_products_prevserv.pdf)

- **The preventive services resources** – (recursos de servicios preventivos) este CD-ROM contiene la guía para servicios preventivos de Medicare, tres gráficos de referencia rápida y siete folletos en un CD-ROM fácil de usar. Para ordenar el CD y otros productos disponibles en forma impresa, visite la página *MLN* en: <http://www.cms.gov/mlngeninfo>. Baje a “Related Links Inside CMS” y haga clic en “MLN Product Ordering Page”.

Le agradecemos su ayuda a CMS a mejorar la salud de los pacientes de Medicare al unirse al esfuerzo de educar a los beneficiarios acerca de la importancia de detectar en forma oportuna una variedad de enfermedades al aprovechar los servicios de detección y otros servicios preventivos con cobertura Medicare.

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

Fuente: CMS PERL 201007-08

## Cartas de referencia rápida de servicios preventivos de Medicare

¿Necesita una fuente de información rápida y fácil de usar como ayuda para cobro de servicios preventivos con cobertura de Medicare? Las cartas de referencia rápida de servicios preventivos de Medicare contienen información de cobertura, codificación y facturación en un formato fácil de utilizar, incluida en las siguientes cartas de referencia:

- **Quick Reference Information: Medicare Preventive Services:** (Información de referencia rápida: Servicios preventivos de Medicare) – esta carta de referencia de dos caras, contiene información de cobertura codificación y pago acerca de muchos de los servicios preventivos con cobertura de Medicare.
- **Quick Reference Information: Medicare Immunization Billing:** (Información de referencia rápida: cobros a Medicare por concepto de inmunizaciones) – esta carta de referencia de dos caras, contiene información de cobertura codificación y pago acerca de vacunas de influenza estacional, neumococos y hepatitis B, con cobertura de Medicare.
- **Quick Reference Information: The ABCs of Providing the Initial Preventive Physical Examination (IPPE):** (Información de referencia

rápida: El abecedario de la prestación de servicio de exámenes físicos preventivos (IPPE)) – esta carta de referencia de dos caras, contiene una lista de control de los elementos de un IPPE así como información de codificación y preguntas frecuentes.

Las tres cartas de referencia están disponibles, sin costo, en el *Medicare Learning Network*®, tanto en PDF (documento en formato portátil) descargable de la Internet como en formato impreso.

Para ver las cartas de referencia en PDF, visite la página “Preventive Services Educational Products”, en [http://www.cms.gov/MLNProducts/35\\_PreventiveServices.asp](http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp) y seleccione el enlace “Educational Products” en la sección “Downloads”.

Para ordenar copias impresas, utilice el enlace “MLN Product Ordering” en la misma página de Internet.

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

Fuente: CMS PERL 201007-40

## Nueva serie de productos MLN ahora disponibles para los profesionales de facturación y codificación

Es importante para los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) que los profesionales de facturación y codificación que trabajan con los proveedores de pago por servicio tengan la información oportuna y precisa que ellos necesitan para facturar apropiadamente al programa de Medicare. Es por eso que CMS desarrolló el *Medicare Learning Network*® Suite of Products and Resources for Billing and Coding Professionals -- para ayudar a los facturadores, codificadores, y otros especialistas de reembolso a presentar las reclamaciones correctamente desde la primera vez.

Como todos los productos del *Medicare Learning Network* (*MLN*), la serie tiene información de Medicare nacionalmente consistente, y actualizada preparada por expertos en el tema -- y está disponible sin ningún costo. La serie consiste de los siguientes cuatro componentes que ofrecen una forma sencilla de entender más sobre el programa de Medicare:

- El negocio de Medicare
- Beneficios y servicios de Medicare
- Iniciativas especiales de Medicare
- Información y recursos generales del programa de Medicare

*Nueva serie de productos MLN ahora disponibles ... (continuación)*

CMS recomienda que usted envíe el siguiente mensaje a sus miembros y cualquier personal que pueda tener la responsabilidad de desarrollar y presentar reclamaciones (e.g., facturadores, codificadores, especialistas de reembolso, y gerentes de práctica de oficina).

Línea de asunto del e-mail: “Algo nuevo del *Medicare Learning Network (MLN)* para los profesionales de facturación y codificación”

Contenido del mensaje sugerido:

Hay información. Y luego está la información del *Medicare Learning Network® (MLN)* de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Como profesional de facturación y codificación, usted necesita información de Medicare a su alcance. Es por eso que los expertos de CMS desarrollaron una solución solo para usted -- el “*Medicare Learning Network® Suite of Products and Resources for Billing and Coding Professionals.*” La serie contiene información fácil de entender, accesible y gratuita del programa de Medicare desarrollada especialmente para los proveedores de pago por servicio (FFS) de Medicare.

Comience aquí [http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/Billers\\_and\\_Coders\\_flyer.pdf](http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/Billers_and_Coders_flyer.pdf) para acceder a la información actual que usted necesita para presentar reclamaciones correctamente desde la primera vez.

Equítese hoy con soluciones críticas de reembolso de la fuente oficial para la información de FFS de Medicare. Para más detalles, visite el *Medicare Learning Network*: <http://www.cms.gov/MLNGenInfo/>. ❖

Fuente: CMS PERL 201006-43

## Requisitos de PPACA para las revisiones de las tablas de referencia -- reunión de foro público

El comité de coordinación y mantenimiento (C&M) del International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) se reunirá el miércoles y jueves, 15-16 de septiembre de 2010, en los cuarteles generales de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), 7500 Security Blvd, Baltimore, MD. La reunión del comité C&M es un foro público para la presentación de modificaciones propuestas al ICD-9-CM.

La Sección 10109(c) del Patient Protection and Affordable Care Act and the Reconciliation Act of 2010 (PPACA) requiere que el comité C&M se reúna antes del 1 de enero de 2011, para recibir comentarios de las partes interesadas sobre las tablas de referencia entre la novena y décima revisión del ICD-9 y ICD-10, respectivamente, publicada en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/ICD10/> para el propósito de hacer las revisiones apropiadas a las tablas de referencia. La Sección 10109(c) requiere que cualquier tabla de referencia revisada sea tratada como un conjunto de código para el cual un estándar ha sido adoptado por el Secretario, y esas revisiones a estas tablas de referencia sean publicadas en el sitio Web de CMS.

El comité de C&M usará la primera mitad del primer día de la reunión del comité C&M de septiembre, 9:00 a.m. a 12:30 p.m., miércoles, 15 de septiembre de 2010, para cumplir los requisitos de PPACA que se hacen referencia arriba. Las partes interesadas y otros deben estar preparados para presentar sus comentarios escritos y otra documentación relevante en la reunión, a no más tardar el 12 de noviembre de 2010.

Para el aviso completo del *Federal Register*, vaya al <http://edocket.access.gpo.gov/2010/pdf/2010-16610.pdf>.

**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 201007-20

# RECURSOS EDUCACIONALES

## Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor Agosto 2010

Series de E/M: Talleres sobre una sesión E/M típica - sesión 7

Cuando: martes, 17 de agosto  
 Hora: 11:00 a.m.- 12:30 p.m. ET  
 Tipo: Webcast

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

Manejando Documentación Médica de Medicare Parte B

Cuando: martes, 17 de agosto  
 Hora: 2:00 p.m.- 3:30 p.m. ET  
 Tipo: Webcast

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

Series de E/M: Talleres sobre una sesión E/M típica - sesión 7

Cuando: jueves, 19 de agosto  
 Hora: 2:00 p.m.-3:30 p.m. ET  
 Tipo: Webcast

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

Limitación en la Recuperación (935)/remesa de pago Parte B

Cuando: martes, 24 de agosto  
 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

### Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

### Nota:

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

Nombre del registrante: \_\_\_\_\_

Título del registrante: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

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

## HIGLAS

### Impactos al calendario de pagos de agosto de Parte A de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos

El 13 de agosto de 2010, First Coast Service Options (FCSO) hará la transición de su sistema de contabilidad financiera de Parte A de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, del sistema intermediario fiscal estándar Fiscal Intermediary Standard System (FISS) al sistema de contabilidad de libro mayor integrado de la salud Healthcare Integrated General Ledger Accounting System (HIGLAS). Esta transición causará un impacto en la oportunidad de los pagos de Medicare a proveedores de Parte A. Comparta esta noticia con los representantes financieros de su organización.

#### Impactos al calendario de pagos

Toda vez que todas las actividades de pago de la jurisdicción nueve serán interrumpidas durante el período de transición, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid han aceptado que FCSO proceda con las reclamaciones que ya están aprobadas para su pago en el ciclo de pago del 11 de agosto para los proveedores de Parte A de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Esta acción resultará en un pago único elevado y después pagos menores durante los 10-14 días siguientes.

Los pagos generados el 11 de agosto pueden darle la impresión de que han aumentado sus ingresos en efectivo, cuando lo que sucede es que el pago de algunas de sus reclamaciones puede haber sido hecho en forma anticipada. Se sugiere a los proveedores monitorear sus pagos y hacer los ajustes necesarios para evitar problemas de flujo de caja durante el período de transición.

La transición de HIGLAS será completada el lunes 16 de agosto y el ciclo de pagos será reanudado.

#### Días no operativos de HIGLAS

FCSO también impondrá días no operativos de HIGLAS los días 12-13 de agosto en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Durante estos días no operativos, no habrá notificaciones de remisión, ni siquiera electrónicas.

Los proveedores pueden continuar presentando y ajustando reclamaciones de manera normal. No habrá impacto alguno en las actividades de procesamiento de reclamaciones de FISS. ❖

## FACTURACIÓN

### Actualización trimestral del archivo específico de julio 2010

Los archivos trimestrales específicos del proveedor de julio de 2010 (PSF), los archivos de datos del software de análisis estadístico (SAS) y los archivos de datos de texto están ahora disponibles en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en [http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/04\\_psf\\_SAS.asp](http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/04_psf_SAS.asp) en la sección de "Downloads" y los archivos de datos de texto están disponibles en el sitio Web en [http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/03\\_psf\\_text.asp](http://www.cms.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/03_psf_text.asp) en la sección de "Downloads".

Si usted usa los datos del archivo es específico del proveedor o SAS, vaya a la respectiva página y descargue las últimas versiones de los archivos PSF.

**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 201007-27

#### Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

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

## SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS

### Nuevo archivo de pago del sistema de pagos prospectivos del paciente ambulatorio

La página de Internet del sistema de pagos prospectivos del paciente ambulatorio (OPPS) PRICER ha sido actualizada con nuevos archivos de pago para las actualizaciones de 2010 de OPPS, según se especifica en la petición de cambio (CR) 6996. Los archivos están listos para ser descargados de la página de Internet OPPS PRICER, sección “3rd Quarter 2010 Files” (archivos del tercer trimestre de 2010), en <http://www.cms.gov/PCPricer/OutPPS/list.asp>. Si usted utiliza los archivos OPPS PRICER, vaya a esta página y descargue los archivos mencionados más arriba.

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

Fuente: CMS PERL 201006-59

### Actualización de julio de 2010 al sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado PC PRICER

El año fiscal (FY) de julio 2010 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) de computadora personal (PC) PRICER han sido actualizados con los datos del proveedor de julio de 2010. 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](http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp#TopOfPage), y descargue las últimas versiones de los PC PRICERs.

Tenga en cuenta que ahora hay dos versiones de PRICER para el FY 2010. Una es para las reclamaciones con fecha del 1 de octubre de 2009, al 31 de marzo de 2010, y la otra es para las reclamaciones con fecha del 1 de abril de 2010, al 30 de septiembre de 2010. Ambos módulos de descarga cambiaron. La actualización tiene fecha del 16 de julio de 2010.

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

Fuente: CMS PERL 201007-30

## HOSPITAL

### Cambios al sistema de pagos prospectivos debido a la ley Affordable Care Act

Número de *MLN Matters*: MM7029

Número de petición de cambio relacionado: 7029

Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de julio de 2010

Fecha de efectividad: Varios como se indicó en el artículo

Número de transmisión de CR relacionado: R728OTN

Fecha de implementación: 9 de agosto de 2010

#### Resumen

Varias disposiciones de la ley de medicina al alcance de todos Affordable Care Act (ACA) tienen efecto en el sistema de pagos prospectivos del año fiscal (FY) 2010 de pacientes hospitalizados (IPPS), la tasa anual (RY) del sistema de pagos prospectivos hospitalares de cuidados a largo plazo (LTCH PPS) y el sistema de pagos prospectivos por paciente ambulatorio (OPPS) durante el año calendario (CY) 2010. Ciertas disposiciones en particular, requieren cambios en el índice de salarios y actualización de la canasta del mercado y, como resultado, cambios al índice de salarios del área (incluyendo el ajuste de neutralidad en el presupuesto básico rural en todo el estado), tasas y límites externos para estos sistemas de pago al proveedor.

Petición de cambio 7029 delinea los cambios a los sistemas de pagos prospectivos siguientes:

- Actualizaciones del sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados
  - Extensión de reclasificaciones de la sección 508 y excepciones especiales de índices de salarios y cambios a índice de salarios IPPS del año fiscal (FY) 2010
  - Actualización de reducción para IPPS de la canasta del mercado
- Actualizaciones del sistema de pagos prospectivos de hospitales de cuidados a largo plazo

*Cambios al sistema de pagos prospectivos... (continuación)*

- Actualizaciones del sistema de pagos prospectivos por paciente ambulatorio  
Cambios a pagos por ciertos medicamentos farmacéuticos y biológicos  
Cambios a lógica de OPPTS PRICER
- Actualizaciones de establecimientos de rehabilitación de pacientes hospitalizados

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7029.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7029, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R728OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 728, CR 7029

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

**Actualización a la hoja informativa de IPF PPS**

La hoja informativa revisada titulada “Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System” (mayo de 2010), la cual provee información general sobre el sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado, explica como los índices de IPF PPS son establecidos, y provee la actualización del año de pago 2011 al IPF PPS, está ahora disponible en formato para descargar del *Medicare Learning Network*<sup>®</sup> de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/InpatientPsychFac.pdf>.

**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 201006-33

**Provisión estatutaria sobre la ventana de pago de tres días**

El 25 de junio el Presidente Obama firmó en ley el “Preservation of Access to Care for Medicare Beneficiaries and Pension Relief Act of 2010.” Entre otras provisiones, esta ley clarifica la póliza de Medicare para el pago de servicios provistos en departamentos del cuidado ambulatorio de hospital durante el día o durante los tres días antes de una admisión de hospitalización (conocido como la ventana de pago de tres días).

La nueva ley clarifica la póliza de Medicare para ser consistente con como los hospitales han estado facturando en gran parte al programa desde el 1991. Bajo esta póliza, un hospital (o una entidad completamente propiedad u operada por el hospital) incluye, en sus cargos para la estancia de hospitalización, cargos para todos los servicios diagnósticos y servicios no diagnósticos “relacionados” a la estancia de hospitalización que son provistos durante la ventana de pago de tres días.

El nuevo estatuto clarifica que el término “otros servicios relacionados a la admisión” incluye “todos los servicios que no son servicios diagnósticos (otros que no sean servicios de ambulancia y mantenimiento de diálisis renal) para el cual el pago puede ser hecho por Medicare que son provistos por un hospital a un paciente: (1) en la fecha de la admisión de hospitalización del paciente, o (2) durante los tres días (o en el caso de un hospital que no es una subsección (d) hospital, durante el día uno inmediatamente precediendo la fecha de admisión a menos “que el hospital demuestre (en una forma, y en un tiempo especificado por el Secretario) que tales servicios no están relacionados a tal admisión”. El estatuto no hace ningún cambio a la facturación de servicios diagnósticos.

La provisión es efectiva para los servicios prestados el

25 de junio en adelante, el cual es la fecha de promulgación del Preservation of Access to Care for Medicare Beneficiaries and Pension Relief Act of 2010. La provisión también prohíbe a Medicare el reabrir, ajustar, o hacer pagos cuando los hospitales presentan nuevas reclamaciones o reclamaciones de ajuste para servicios que fueron provistos antes de la fecha de promulgación para facturar por separado servicios del cuidado ambulatorio que no son de diagnóstico.

En el futuro cercano, CMS espera proveer instrucciones a la comunidad de hospital a través de sus contratistas aconsejándoles como facturar servicios terapéuticos relacionados provistos durante la ventana de pago de tres días o un día. Hasta que la instrucción sea emitida, los hospitales deben incluir cargos para todos los servicios diagnósticos y todos los servicios que no son de diagnóstico que creen que cumplen con los requisitos de esta provisión. Si un hospital cree que un servicio que no es de diagnóstico es verdaderamente distinto y no está relacionado a la estancia de hospitalización, el hospital puede facturar por separado por el servicio provisto que tiene documentación de sustento que el servicio no está relacionado a la admisión, consistente con la nueva provisión. Tal servicio facturado por separado puede estar sujeto a revisión subsiguiente.

Los hospitales pueden continuar facturando a Medicare por separado por servicios provistos antes del 25 de junio que no están relacionados a una hospitalización provista que tal reclamación cumple con todas las fechas límite de presentación aplicable y el hospital tiene documentación de sustento de que el servicio es verdaderamente no relacionado a una estancia de hospitalización. ❖

Fuente: CMS PERL 201006-44

## Regla propuesta de CMS expande los derechos de visita del paciente

El 15 de abril, el Presidente emitió un memorándum presidencial al Departamento de Salud & Servicios Humanos (HHS) llamando por la iniciación de elaboración de normas que aseguraría que los hospitales que participan en Medicare o Medicaid respeten los derechos de los pacientes para designar visitantes, sin importar si los visitantes son legalmente relacionados a los pacientes. La directiva del Presidente claramente instruye a HHS a proponer que un hospital participante no deniegue privilegios de visita en base a raza, color, origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, o discapacidad.

Debido a la instrucción del Presidente, la Secretaria Kathleen Sebelius y su equipo en los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han estado trabajando en una regulación propuesta que aseguraría que los derechos de visita del paciente sean respetados. La regla propuesta "Medicare and Medicaid Programs: Changes to the Hospital and Critical Access Hospital Conditions of Participation to Ensure Visitation Rights for All Patients", fue publicada

en el *Federal Register* el 28 de junio está actualmente disponible para revisión. El periodo de comentario cierra el 27 de agosto.

La Secretaria Sebelius envió una carta a los líderes de las principales asociaciones de hospitales pidiéndoles que aconsejen a sus hospitales miembros a no esperar a que el proceso formal de elaboración de normas tome su curso antes de revisar su póliza de visita actual para asegurar que estos cumplen con los derechos de visita centralizados en el pacientes sugeridos por el Presidente.

La publicación completa de HHS puede ser vista en <http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/06/20100622c.html>.

El sitio Web de inspección pública está disponible en <http://www.federalregister.gov/inspection.aspx#special>.

El documento publicado en el *Federal Register* está disponible en [http://www.access.gpo.gov/su\\_docs/fedreg/frcont10.html](http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/frcont10.html). ❖

Fuente: CMS PERL 201006-46

## Año fiscal 2011 del sistema de pagos prospectivos de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron un aviso el 16 de julio para actualizar los índices de pago del año fiscal (FY) de los centros de rehabilitación del paciente hospitalizado.

El aviso de IRF implementa actualizaciones de rutina al sistema de pagos prospectivos de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF PPS) para las dadas de alta que ocurran en o después del 1 de octubre de 2010. En este aviso, CMS utiliza los métodos descritos en la regla final de FY 2010 IRF PPS (74 FR 39762) para actualizar los índices de pagos prospectivos federales para FY 2011 utilizando reclamaciones actualizadas FY 2009 y datos de reporte de costo de FY 2008 IRF. No se proponen cambios a la póliza en este aviso.

El aviso incorpora una reducción de 0.25 puntos percentiles en el incremento de la bolsa del mercado para el FY 2011 requerido por el Affordable Care Act. Los cambios resultarán en un incremento estimado en los pagos IRF de \$135 millones para FY 2011. Esto refleja un incremento de \$140 millones desde la actualización de los índices de pago y una disminución de \$5 millones a la actualización propuesta a la cantidad del margen del pago extraordinario para reducir los pagos extraordinarios estimados de 3.1 por ciento en FY 2010 a tres por ciento en FY 2011.

Esta regla se publicó en el *Federal Register* el 22 de julio de 2010. Una copia del aviso actualizado está disponible en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/InpatientRehabFacPPS/LIRFF/list.asp#TopOfPage>.

El sitio Web de CMS es un recurso de información primario para el IRF PPS. El URL del sitio Web es <http://www.cms.gov/InpatientRehabFacPPS/>

Más información está disponible en <http://www.healthcare.gov/>, un nuevo portal Web fue hecho disponible el Departamento de Salud & Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**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 201007-36

## CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

### Actualización de materiales de adiestramiento del conjunto mínimo de datos 3.0

Bajo la sección de “Downloads” en la página de materiales de adiestramiento de MDS 3.0 ([http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45\\_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp](http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp)), los siguientes materiales de adiestramiento revisados están ahora disponibles:

- **MDS 3.0 RAI Manual V1.02 June 15, 2010** -- esta actualización incluye las siguientes secciones revisadas del Capítulo 3 del manual Resident Assessment Instrument (RAI): G y Q. Este archivo ahora contiene versiones revisadas de las siguientes secciones del RAI manual: Capítulo 3, Secciones: B, D, E, F, G, H, I, J, K, L, N, P, Q, X, y Z.
- **MDS 3.0 Training Slides V1.00 June 15, 2010** -- esta actualización incluye las siguientes secciones revisadas del Capítulo 3 de las plantillas de adiestramiento de MDS 3.0: G y J. Este archivo contiene versiones revisadas de las siguientes secciones de las plantillas de adiestramiento de MDS 3.0: Capítulo 3, Secciones: B, D, E, F, G, H, I, J, K, L, N, P, X, y Z.
- **MDS 3.0 Instructor Guides V1.00 June 15, 2010** -- esta actualización incluye las siguientes secciones revisadas del Capítulo 3 de las directrices de instrucciones de MDS 3.0: G y J. Este archivo contiene

las directrices de instrucciones de MDS 3.0 para facilitar el adiestramiento de MDS 3.0. El Capítulo 3, Secciones: B, D, E, F, G, H, I, J, K, L, N, P, y X.

- **VIVE -- Video on Interviewing Vulnerable Elders June 14, 2010** – este video sobre entrevista a los ancianos vulnerables (VIVE) fue fundado por el Instituto Picker y producido por JH Borun Center en University of California, Los Angeles. Las copias en DVD pueden ser ordenadas del Pioneer Network. El contenido en este video es el mismo que la información presentada durante la conferencia nacional de abril de “train the trainers” y ayudará a enseñar a su personal como usar técnicas de entrevista efectiva. **Nota:** El Pioneer Network ha publicado información de orden del DVD en su sitio Web en <http://www.pioneernetwork.net/>.
- **MDS 3.0 ADL Flowchart V1.02 June 14, 2010** -- una versión actualizada de las actividades del flujo grama de decisión de vida diaria (ADL) para ayudar con la terminación de la evaluación de ADL con MDS 3.0.

**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 201006-32

### Actualización de material para cursos del conjunto mínimo de datos 3.0

En la sección Downloads de la página de Internet de materiales para cursos de MDS 3.0 ([http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45\\_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp](http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp)), se encuentra disponible el material para cursos modificado siguiente:

- **Minimum data set (MDS) 3.0 resident assessment instrument (RAI) Manual V1.02 June 29, 2010** (conjunto mínimo de datos (MDS) instrumento de evaluación del residente (RAI) manual V1.02 del 29 de junio de 2010) – esta actualización incluye las siguientes modificaciones al manual RAI: Capítulo 2. Este archivo contiene ahora versiones revisadas de de las siguientes secciones del manual RAI: Capítulo 1, Capítulo 2, Capítulo 3 (Introducción, secciones: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, N, P, Q, S, V, X y Z), apéndices B, C, D, E y G) Capítulo 4 y Capítulo 5.
- **MDS 3.0 Training Slides V1.00 June 29, 2010** (MDS 3.0 diapositivas de cursos V1.00 del 29 de junio de 2010) -- esta actualización incluye lo siguiente: Capítulo 3, Sección C (BIM). Capítulo 3, Sección C (Staff) fue publicada anteriormente. Las diapositivas de cursos de MDS 3.0 para la sección E han sido actualizadas (archivo de fecha 28 de junio de 2010) para corregir gráficos inexactos para algunos escenarios y preguntas de práctica. Los cambios específicos son los siguientes:
  - Han sido corregidos los gráficos de las diapositivas 36, 39, 58, 82, 85, 104, 106, 117 y 121.
  - No se ha hecho cambios al contenido de la lección.

Este archivo contiene ahora las versiones revisadas de las diapositivas de cursos de las secciones de MDS 3.0 siguientes: Capítulo 3, Secciones: B, C (Staff), C (BIM), D, E, F, G, H, I, J, K, L, N, O, P, Q, V, X y Z.

- **MDS 3.0 Instructor Guides V1.00 June 29, 2010** (MDS 3.0 guía del instructor V1.00 del 29 de junio de 2010) – esta actualización incluye lo siguiente: Capítulo 3, Sección C (BIM). Capítulo 3, Sección C (Staff) fue publicada anteriormente. Las diapositivas de cursos de MDS 3.0 para la sección E han sido actualizadas (archivo de fecha 28 de junio de 2010) para corregir gráficos inexactos para algunos escenarios y preguntas de práctica. Los cambios específicos son los siguientes:

## Actualización del material para cursos del conjunto mínimo de datos 3.0... (continuación)

- La guía para el instructor ha sido modificada con reducciones de diapositivas corregidas incluyendo actualización de gráficos.
- No se ha hecho cambios al contenido de la lección.

Este archivo contiene ahora guías para el instructor para facilitar los cursos de MDS 3.0. Capítulo 3, Secciones: B, C, (Staff), C (BIM), D, E, F, G, H, I, J, K, L, N, O, P, Q, V X y Z.

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

Fuente: CMS PERL 201007-12

## Materiales de adiestramiento del conjunto mínimo de datos 3.0 -- actualización del 12 de julio

La información de adiestramiento del conjunto mínimo de datos (MDS) 3.0 para la implementación del 1 de octubre de 2010. Bajo la sección de “Downloads” en la página de materiales de adiestramiento de MDS 3.0 ([http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45\\_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp](http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp)), los siguientes materiales de adiestramiento revisados están ahora disponible:

- **Minimum data set (MDS) 3.0 resident assessment instrument (RAI) manual V1.02 July 12, 2010** -- esta actualización incluye las siguientes revisiones del manual RAI: Capítulo 3, Sección M. Este archivo ahora contiene versiones revisadas de las siguientes secciones del manual RAI: Página de título, Capítulo 1, Capítulo 2, Capítulo 3 (Introducción, Secciones: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, S, V, X y Z), Apéndices B, C, D, E, y G) Capítulo 4, y Capítulo 5, y Capítulo 6.
- **MDS 3.0 Training Slides V1.00 July 12, 2010** -- esta actualización incluye lo siguiente: Capítulo 3, Sección A y M. Capítulo 3, Secciones A C (Staff) fue publicado anteriormente. Este archivo ahora contiene versiones

revisadas de las siguientes secciones de las plantillas de adiestramiento del MDS 3.0: Capítulo 3, Secciones: B, C (Staff), C (BIMs), D, E, F, G, H, I, J, K, L, N, O, P, Q, V, X and Z.

- **MDS 3.0 Instructor Guides V1.00 July 12, 2010** -- esta actualización incluye los siguiente: Capítulo 3, Sección A. Este archivo ahora contiene las guías de instructor MDS 3.0 para facilitar el adiestramiento de MDS 3.0. Capítulo 3, Secciones: A, B, C, (Staff), C (BIMs), D, E, F, G, H, I, J, K, L, N, O, P, Q, V X, y Z.

Para más información, vea el siguiente URL [http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45\\_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp](http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp).

- 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 201007-23

## Actualización de adiestramiento del conjunto mínimo de datos 3.0 y la conferencia de adiestramiento de agosto

Los siguientes materiales revisados de adiestramiento están ahora disponibles bajo la sección de “Downloads” en la página de materiales de adiestramiento de MDS 3.0 ([http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45\\_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp](http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp)):

- **Minimum data set (MDS) 3.0 resident assessment instrument (RAI) manual V1.02 July 15, 2010** – esta actualización incluye las siguientes revisiones del manual RAI: Apéndice A y H (los conjuntos de artículos en el Apéndice H no han cambiado desde que fueron publicados por última vez en noviembre de 2009). El manual revisado está ahora completo con la excepción del Apéndice F el cual está próximo por venir.

Este archivo ahora contiene versiones revisadas de las siguientes secciones del manual RAI: Título de la página, Capítulo 1, Capítulo 2, Capítulo 3 (Introducción, Secciones: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, S, V, X y Z), Capítulo 4, Capítulo 5, Capítulo 6 and Apéndices (A, B, C, D, E, G, y H).

### Conferencia nacional de adiestramiento de MDS 3.0

Un e-mail de notificación ha sido enviado al punto de contacto (POC) de cada organización que presentó una inscripción durante la inscripción abierta. Algunos asientos limitados todavía están disponibles para la conferencia. Si otra organización está interesada en atender o en enviar participantes adicionales, estamos aceptando solicitudes para atender en una base del primero que llegue hasta que los espacios sean llenados. Presente una solicitud para atender a [info@mdsnationalconference.com](mailto:info@mdsnationalconference.com) a más tardar a las 5:00 p.m. PT el viernes, 23 de julio de 2010.

*Actualización de adiestramiento del conjunto mínimo de datos 3.0... (continuación)*

Revise el sitio Web de la conferencia en <http://MDSNationalConference.com> para más información sobre inscripción y actualizaciones de la conferencia. Esto incluye la agenda y programa más actual, información sobre los presentadores, y documentos para la conferencia. Presente cualquier pregunta a [info@mdsnationalconference.com](mailto:info@mdsnationalconference.com).

La conferencia nacional de adiestramiento de MDS está programada para el 9-13 de agosto en Las Vegas, Nevada.

**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 201007-41

## Actualización de octubre de 2010 a la provisión de facturación consolidada de centro de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*: MM7002

Número de petición de cambio relacionado: 7002

Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de junio de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R1989CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) periódicamente actualizan las listas de códigos HCPCS que están sujetas a la provisión de facturación consolidada (CB) de centro de enfermería especializada (SNF) del sistema de pagos prospectivos (PPS).

El archivo SNF CB refleja nuevos códigos que han sido desarrollados, y aquellos que han sido descontinuados, para el 2010, y cualquier adición y eliminaciones a categorías de servicios excluidos de CB. Tenga en cuenta que estas nuevas actualizaciones son requeridas por los cambios a los sistemas de codificación, no debido a los servicios sujetos a SNF CB que están siendo redefinidos, ni por cualquier servicio adicional ser añadido por estas actualizaciones de rutina. Otros cambios regulatorios más allá de las actualizaciones de la lista de código serán advertidas cuando, y si, estos ocurren.

Medicare pagará las reclamaciones SNF presentadas a los contratistas de Medicare para los códigos HCPCS

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

**solamente cuando éstas son incluidas** en SNF CB (en otras palabras, no aparecen en la lista de **exclusión**). A la inversa, los servicios **excluidos** del SNF PPS y CB pueden ser pagados a los proveedores (otras que no sean SNF) para los beneficiarios, aun en una estancia SNF. Sin importar el orden para asegurar el pago apropiado en todos los casos, los sistemas de Medicare deben editar los servicios provistos a los beneficiarios de SNF incluidos y excluidos del SNF CB. Además, SNF CB aplica a los servicios que no son de terapia y servicios de patología del habla cuando estos son prestados a un residente de SNF, sin importar si Parte A cubre la estancia.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7002.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7002, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1989CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1989, CR 7002

## Sistema de calificación de calidad five-star – noticias de julio

Los reportes preliminares del proveedor five-star vinieron a ser disponibles el viernes, 16 de julio. Los proveedores, para que puedan acceder el reporte preliminar five-star, vayan al estado de la página de bienvenida del conjunto mínimo de datos (MDS) disponible en los servidores del estado donde usted presenta la información MDS y seleccione el enlace de CASPER (certification and survey provider enhanced reporting) localizado al final de la página. Una vez en el sistema CASPER,

- Haga clic en el botón de “Folders”.
- Luego haga clic en “My Inbox” en su mano izquierda de la 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 cual su centro está localizado y “facid” es el estado asignado facid de su centro.

La línea de ayuda técnica de five-star estará disponible la semana del 19-23 de julio para preguntas y preocupaciones sobre los datos de julio. Los datos five-star de julio estarán disponibles en el sitio Web de Nursing Home Compare efectivo el jueves, 22 de julio.

Visite [http://www.cms.gov/CertificationandCompliance/13\\_FSQRS.asp](http://www.cms.gov/CertificationandCompliance/13_FSQRS.asp) para la última información del sistema de calificación de calidad five-star.

**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 201007-32

## CMS anuncia incremento en índices de pago para los SNF de Medicare para el año fiscal 2011

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado que los índices de pago de centros de enfermería para el año fiscal 2011 incrementarán 1.7 por ciento. Este incremento resultará en un incremento estimado de \$542 millones en los pagos de Medicare para los centros de enfermería en todo el país durante FY 2011.

CMS actualiza los índices de pago anualmente usando el índice de la bolsa del mercado que refleja los cambios en los precios de bienes y servicios usados para prestar cuidados de la salud cubiertos en centros de enfermería. Además, CMS hace un pronóstico de ajuste de error cuando la diferencia entre el cambio pronosticado y el actual en la bolsa del mercado exceda 0.5 puntos porcentuales del margen del más recientemente disponible año fiscal para el cual existen datos finales. Al establecer inicialmente el ajuste de error de pronóstico, CMS notó que reflejaría los ajustes ascendentes y descendentes, como sea apropiado.

Para el FY 2009 (el año fiscal disponible más recientemente para el cual existen datos finales), el incremento estimado en el índice de la bolsa del mercado fue de 3.4 puntos percentiles, mientras que el incremento actual fue de 2.8 puntos percentiles. Esto resultó en el incremento actual siendo 0.6 puntos percentiles más bajo que el incremento estimado. Por consiguiente, como la diferencia entre la cantidad estimada y actual de cambios excede 0.5 puntos percentiles de margen, los índices de pago para el FY 2011 incluye un pronóstico de ajuste de error de 0.6 puntos percentiles negativo. Este ajuste, cuando es combinado con el factor de incremento de la bolsa del mercado de FY 2011 de 2.3 por ciento, produce una actualización neta de 1.7 por ciento positiva para el FY 2011.

“CMS está comprometido en asegurar que los beneficiarios en centros de enfermería especializada continúen recibiendo cuidados de la salud de alta calidad mientras pagan a esos centros apropiadamente por ese cuidado”, dijo Jonathan Blum CMS Deputy Administrator and Director of the Center for Medicare. “Los índices de pago para el próximo año que estamos anunciando hoy refleja ese objetivo”.

En el aviso, CMS discute una provisión de auto implementación contenida en la Sección 10325 del Patient Protection and Affordable Care Act. Esta provisión modifica el programa de implementación FY 2011 para los grupos de utilización de recursos, versión IV (RUG-IV) sistema de clasificación de caso mixto que CMS anunció el pasado año. CMS planea retrasar la implementación de la provisión hasta que las modificaciones del sistema sean completadas.

Esta regla se publicará en el *Federal Register* el 22 de julio de 2010. Una copia del aviso actualizado está disponible en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/SNFPPS/LSNFF/list.asp#TopOfPage>.

**El periodo de comentario cierra el 14 de septiembre de 2010.**

Más información está disponible en <http://www.healthcare.gov/>, un nuevo portal Web disponible por el Departamento de Salud & Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**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 201007-37

## INFORMACIÓN GENERAL

### Auditoría de recuperación del contratista demuestra vulnerabilidades de alto riesgo

Número de *MLN Matters*: SE1024 - Revisado  
 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

La ley Medicare Modernization Act of 2003 (MMA) ordena que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) establezcan el programa de auditoría de recuperación del contratista (RAC) como una demostración durante tres años. La demostración comenzó en marzo de 2005 en California, Florida y New York. En 2007, el programa se expandió para incluir Massachusetts, Arizona y South Carolina antes del 27 de marzo de 2008. El éxito de la demostración dio como resultado que se legislara sobre alivio de impuesto y cuidados de la salud, ley Tax Relief and Healthcare Act of 2006, Sección 302, la que dispone que CMS debe establecer el programa RAC para el 1 de enero de 2010.

El objetivo primario de la demostración RAC ha sido determinar si la auditoría de recuperación puede ser efectiva en Medicare. Mientras que la demostración ha probado que la auditoría de recuperación ha tenido éxito en la identificación y corrección de pagos incorrectos de Medicare, también ha resultado en mejores prácticas para el desarrollo de un programa nacional y ha permitido a CMS la identificación de vulnerabilidades de alto riesgo.

*Auditoría de recuperación del contratista demuestra vulnerabilidad... (continuación)*

El artículo de edición especial de *MLN Matters* SE1024 se refiere a los puntos clave siguientes:

- Recordatorios de documentación médica
- Actividades de asistencia a los proveedores
- Preparación de auditorías RAC
- Información acerca del sitio de Internet de CMS RAC

CMS ha publicado el artículo de edición especial de *MLN Matters* SE1024 como el primero de una serie en referencia a RAC vulnerabilidades de pago incorrecto de grandes sumas de dinero.

El objetivo de estos artículos es educar acerca de las vulnerabilidades identificadas-demostradas por RAC, en un esfuerzo para evitar que esos problemas se repitan en el futuro. Este artículo en particular se enfoca en los requisitos de documentación de Medicare y como evitar rechazos innecesarios de las reclamaciones. Lea y revise el artículo y tome los pasos, en caso de que sea necesario, para cumplir con los requisitos de documentación de Medicare y evitar rechazos innecesarios.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1024.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1024

**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.

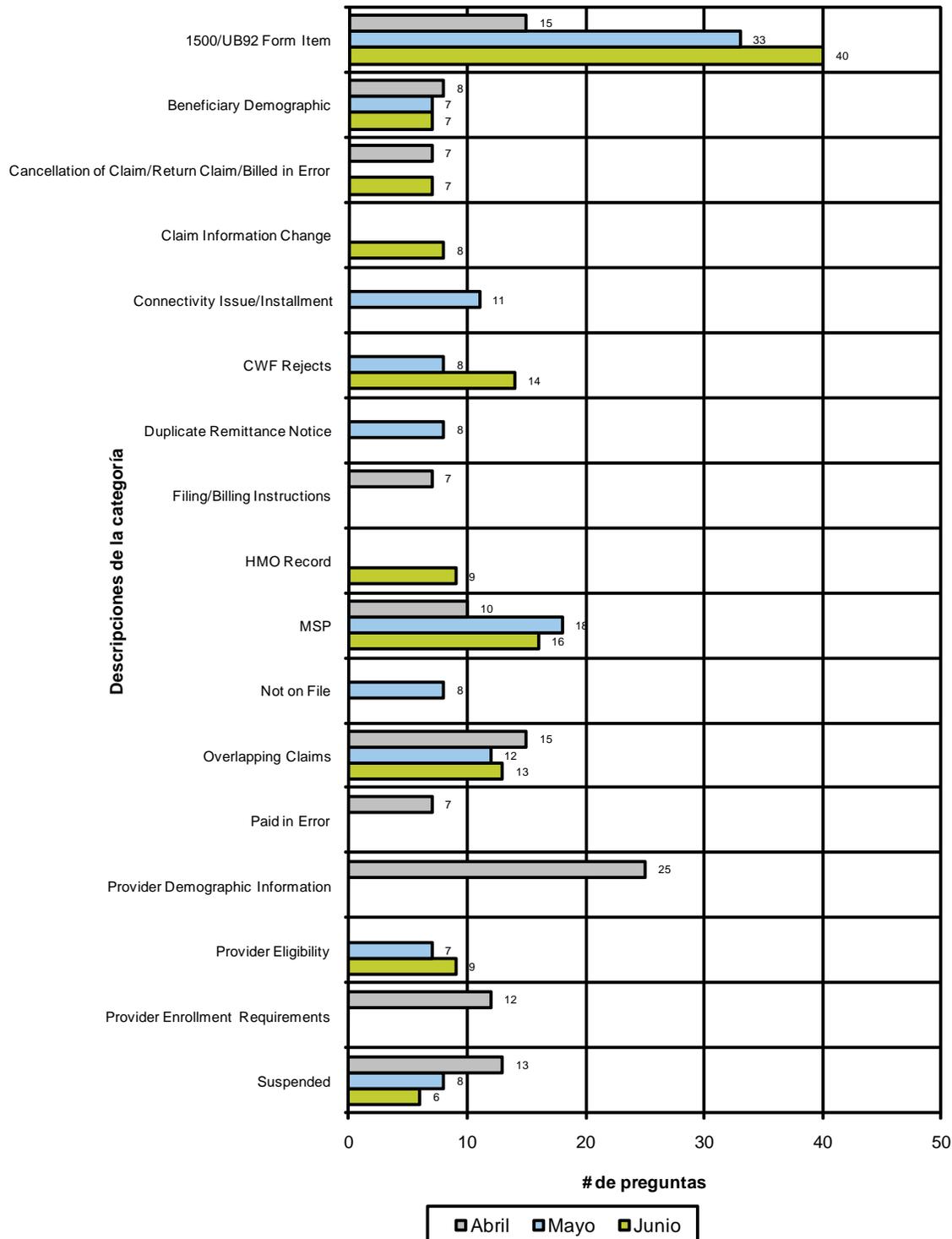
**Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M**

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

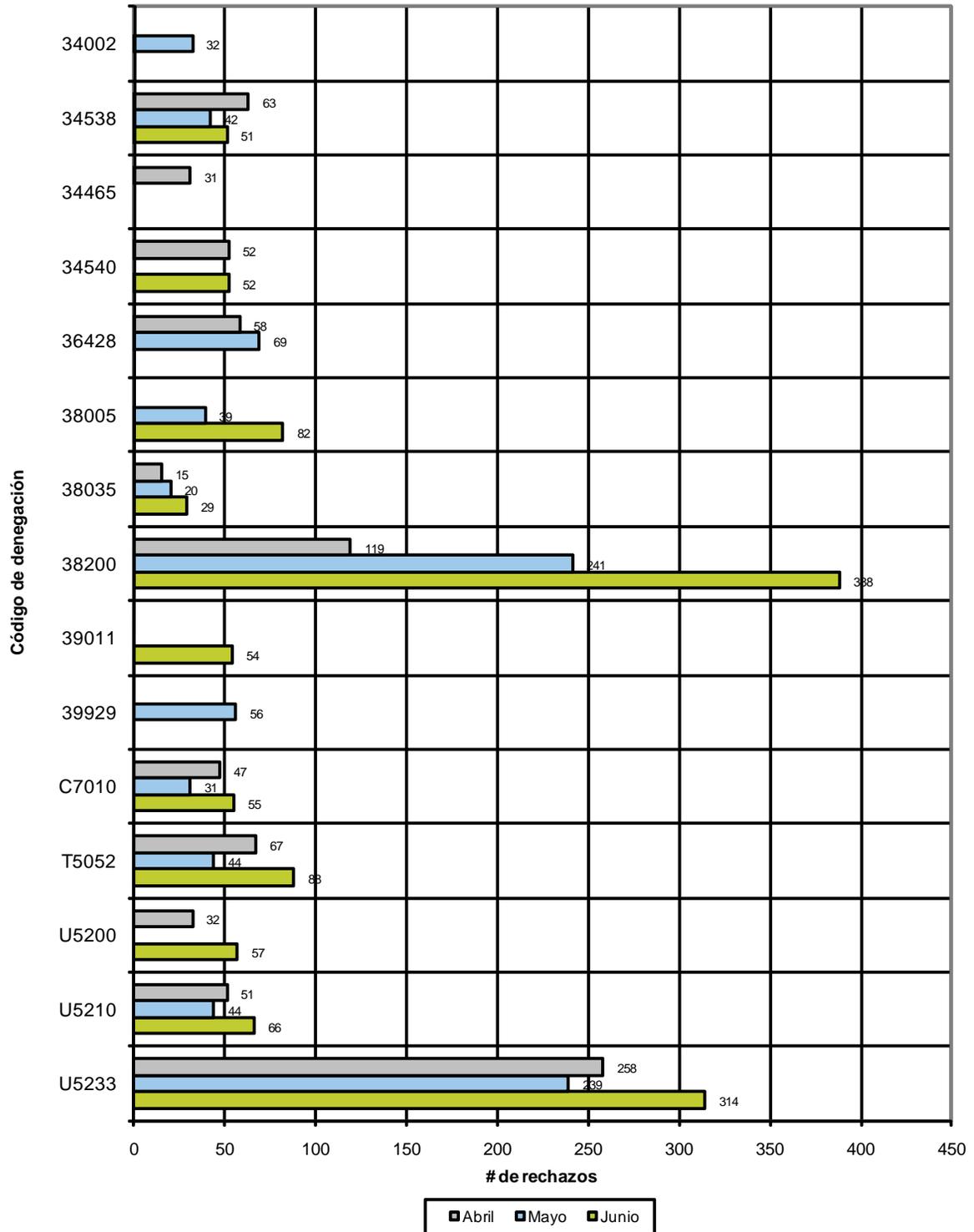
## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en abril-junio de 2010

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 abril-junio 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](http://medicare.fcso.com/Inquiries_and_denials/index.asp)

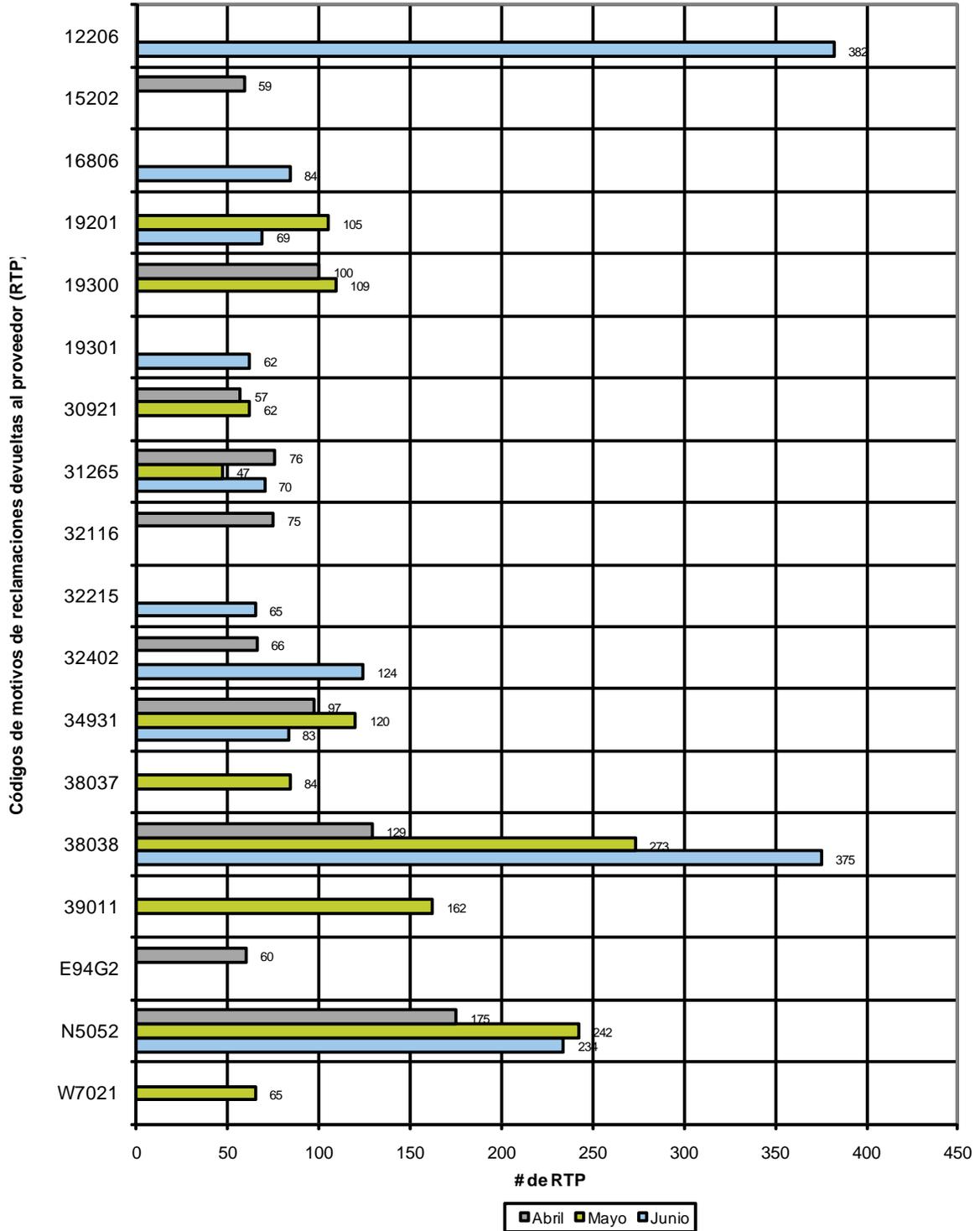
**Preguntas de Parte A más frecuentes en Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU. en abril-junio de 2010**



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



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

ASKINSUB: Skin substitutes .....	36
A93965: Non-invasive evaluation of extremity veins.....	36
A77078: Bone mineral density studies.....	37
ABOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins.....	37
A70544: Magnetic resonance angiography (MRA).....	37
ANCSVCS: The list of Medicare noncovered services.....	38

## Notificación anticipada al beneficiario

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

## Revisiones a las LCD Existentes

### ASKINSUB: Skin substitutes – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28985 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para substitutos de piel fue revisada recientemente en su mayoría el 9 de febrero de 2010. Desde ese tiempo, una revisión fue realizada a la LCD basado en la petición de cambio (CR) 7008 (Actualización de julio de 2010 al sistema de pago de centro de cirugía ambulatoria [ASC]) emitida por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Una revisión al código HCPCS C9367 (Skin substitute, Endoform Dermal Template, per square centimeter) determinó que este código de substituto de piel debe ser añadido a la sección de “Non-Covered Products” de la sección “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>. ❖

### A93965: Non-invasive evaluation of extremity veins -- revisión de la LCD

Identificador de LCD: L28936 (Florida)

Identificador de LCD: L28957 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para non-invasive evaluation of extremity veins (evaluación no invasiva de las venas de las extremidades) fue modificada recientemente el 1 de octubre de 2009. Desde entonces, la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)” de la LCD ha sido modificada para incluir descriptores de estudios fisiológicos y procedimientos de plethysmography. La sección “Training Requirements (requisitos de cursos)” de la LCD ha sido también modificada para agregar texto correspondiente a la definición de “médico”.

Además, el anexo a LCD “Coding Guidelines (instrucciones de codificación)” ha sido modificado y actualizado. Las modificaciones incluyen la adición de los párrafos siguientes:

- Los estudios fisiológicos no invasivos son realizados utilizando equipo separado y diferente del escáner dúplex. El código CPT 93965 describe la evaluación de grabaciones, no de imagen, fisiológicas de presiones, análisis Doppler de circulación bidireccional de sangre, plethysmography y/o mediciones apropiadas de tensión de oxígeno para el área anatómica estudiada (CPT 2009, página 420).
- Por norma general, no se espera que se haga al mismo tiempo el examen de prueba fisiológica (código CPT 93965) junto con el escáner dúplex (código CPT 93970 o 93971) de las venas de las extremidades
- Considerando que los signos y síntomas de enfermedades de oclusión arterial y enfermedad a las venas son tan divergentes, es raro que se haga en forma simultánea estudios arteriales y venosos.
- Cuando un estudio no puede ser interpretado y como resultado hay que hacer otro tipo de estudio, debe facturarse solamente el estudio que ha tenido éxito.

#### Fecha de vigencia

La modificación de esta LCD, está vigente para servicios prestados a partir del 8 de julio de 2010, las LCD de First Coast Service Options Inc., están disponibles en la base de datos de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Instrucciones de codificación para LCD (cuando las hay) pueden ser encontradas seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página de LCD. ❖

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

## A77078: Bone mineral density studies – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28766 (Florida)

Identificador de LCD: L28767 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para bone mineral density studies fue revisada recientemente en su mayoría el 19 de marzo de 2009. Desde ese tiempo, los “Frequency Standards” bajo las secciones de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Utilization Guidelines” de la LCD han sido revisadas para añadir denosumab (prolia) a la lista de agentes aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento y/o prevención de la osteoporosis.

### Fecha de vigencia

La revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados el 13 de julio de 2010. 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. ❖

## ABOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28788 (Florida)

Identificador de LCD: L28790 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para toxinas botulínicas fue revisada recientemente en su mayoría el 1 de enero de 2010. Desde ese tiempo, la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada para actualizar el lenguaje y para añadir lenguaje sobre las diferencias en preparaciones de toxinas botulínicas. Una viñeta fue también añadida bajo la sección de “FDA Indications for Botox®” para “upper limb spasticity in adult patients, to decrease the severity of increased muscle tone in elbow flexors (biceps), wrist flexors (flexor carpi radialis and flexor carpi ulnaris) and finger flexors (flexor digitorum profundus and flexor digitorum sublimis)”.

La sección de “ICD-9-CM Codes that Support Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada por el código de procedimiento J0585, para añadir el código ICD-9-CM 705.22 y para eliminar los códigos ICD-9-CM 343.0, 728.85 y 780.8. Esta notificación sirve como un aviso de 45 días de que estos códigos ICD-9-CM eliminados ya no serán permitidos para el código de procedimiento J0585.

La sección “ICD-9-CM Codes that Support Medical Necessity” de la LCD también ha sido revisada por el código de procedimiento J0586, para añadir los códigos ICD-9-CM 333.81, 333.82, 342.11, 342.12 y 705.21.

El anexo de la LCD “Coding Guidelines” ha sido revisado para añadir información de codificación y una tabla asociada para la administración de toxinas botulínicas que corresponden a las condiciones cubiertas tratadas en la LCD.

### Fecha de vigencia

Las revisiones arriba a la LCD son efectivas para los servicios prestados el **13 de septiembre 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. ❖

## A70544: Magnetic resonance angiography (MRA) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28903 (Florida)

Identificador de LCD: L28925 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para magnetic resonance angiography (MRA) fue revisada recientemente en su mayoría el 5 de octubre de 2009. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada de acuerdo con los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), transmittals 123 y 1998, petición de cambio 7040, fecha del 9 de julio de, 2010. En este sentido, la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada para remover la siguiente declaración: Todos los otros usos de MRA para el cual CMS no ha indicado específicamente cobertura continúa siendo de no cobertura.

### Fecha de vigencia

Esta revisión es efectiva para las reclamaciones procesadas el **9 de agosto de 2010, en adelante** para los servicios prestados el **3 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. ❖

---

---

## ANCSVCS: The list of Medicare noncovered services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) de la lista de servicios no cubiertos por Medicare fue recientemente revisada el 7 de junio de 2010. Desde ese tiempo, basado en la directriz de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), la LCD de la lista de servicios no cubiertos por Medicare está siendo revisada para remover el código *CPT 90662 (Influenza virus vaccine, split virus, preservative free, enhanced immunogenicity via increased antigen content, for intramuscular use)* de la sección “*CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions, Drugs and Biologicals*” de la LCD.

### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios provistos **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>.

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. ❖

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

# FORMULARIO DE PARTE 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 <a href="http://medicare.fcso.com/Publications/">http://medicare.fcso.com/Publications/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (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)	\$
			<b>Total</b>	\$

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](http://medicare.fcso.com)

[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)

### BENEFICIARIES

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

# FACTURACIÓN

## Mejoras al refuerzo de facturación consolidada de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM6911 - Revisado  
 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

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

#### Nuevo archivo de información de certificación HH

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

#### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6911, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1988CP.pdf>.

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

## Facturación de componentes técnicos de servicios de proyección de imagen de diagnóstico avanzado

Número de *MLN Matters*: MM6912 - Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: 6912  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de julio de 2010  
 Fecha de efectividad: 2 de agosto de 2010  
 Número de transmisión de CR relacionado: R727OTN  
 Fecha de implementación: 13 de agosto de 2010

### Resumen

Para poder ser elegible para continuar proveyendo los componentes técnicos de servicios de prueba de diagnóstico avanzado a los beneficiarios de Medicare y presentar reclamaciones a Medicare por estos servicios los proveedores deben estar acreditados, a más tardar el 1 de enero de 2012, por uno de las tres organizaciones nacionales de acreditación aprobadas por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

La Sección 135(a) de ley de mejoras para pacientes y proveedores de Medicare, Medicare Improvements for Patients and Providers Act (MIPPA) de 2008, enmienda la Sección 1834(e) de la ley de Seguro Social y requiere que el Secretario de Salud y Servicios Humanos, designe organizaciones que acrediten suplidores, incluyendo pero sin limitarse a médicos, otros profesionales de la salud y establecimientos de pruebas de diagnóstico independientes que proveen los componentes técnicos de servicios de proyección de imagen de diagnóstico avanzado.

**Esta acreditación corresponde solamente a los proveedores de proyección de imagen y no a los médicos que la interpretan.** Todas las organizaciones de acreditación cumplen con los estándares de calidad que se refieren a la seguridad del equipo así como la de los pacientes y personal operativo.

Para obtener información adicional sobre el proceso de acreditación, contacte las organizaciones de acreditación mostradas a continuación:

*Facturación de componentes técnicos... (continuación)*

**American College of Radiology (ACR)**

1891 Preston White Drive  
Reston, VA 20191-4326  
1-800-770-0145  
<http://www.acr.org/>

**Intersocietal Accreditation Commission (IAC)**

6021 University Boulevard, Suite 500  
Ellicott City, MD 21043  
1-800-838-2110  
<http://www.intersocietal.org/intersocietal.htm>

**The Joint Commission (TJC)**

Ambulatory Care Accreditation Program  
One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181  
1-630-792-5286  
[http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/AmbulatoryCare/HTBA/reg\\_imaging](http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/AmbulatoryCare/HTBA/reg_imaging)

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6912.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6912, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R727OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 727, CR 6912

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

*PQRI*

**Recordatorio: programa de iniciativa para reportar la calidad del servicio médico 2010**

No es tarde para participar en la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) 2010 y posiblemente calificar para los pagos de incentivo. Un nuevo periodo de reporte de seis meses comienza el 1 de julio de 2010.

El PQRI 2010 tiene dos periodos de reporte: 12 meses (1 de enero-31 de diciembre) y seis meses (1 de julio-31 de diciembre). Para el 2010, los profesionales elegibles (EP) que satisfactoriamente reporten las medidas PQRI para el periodo de reporte de seis meses serán elegibles para recibir un incentivo de PQRI igual a 2.0 por ciento de su total de los cargos permitidos de Medicare Parte B para los servicios realizados durante el periodo de reporte.

Si usted no ha participado en el programa PQRI, usted puede comenzar reportando los datos PQRI para el 1 de julio-31 de diciembre usando cualquiera de las siguientes cuatro opciones:

- Reporte basado en reclamaciones de medidas individuales para el 80 por ciento o más de los pacientes aplicables en al menos tres medidas individuales o en cada medida si menos de tres medidas aplican
- Reporte basado en reclamaciones de un grupo de medidas para un 80 por ciento o más de de los pacientes aplicables de pago por servicio (FFS) de Medicare Parte B de cada EP (con un mínimo de ocho pacientes)
- Reporte basado en registro de al menos tres medidas PQRI individuales para un 80 por ciento o más de los pacientes FFS de Medicare Parte B de cada EP
- Reporte basado en registro de un grupo de medidas para un 80 por ciento o más de los pacientes FFS aplicables de Medicare Parte B de cada EP (con un mínimo de ocho pacientes)

El reporte basado en reclamaciones PQRI envuelve la adición de códigos de datos de calidad (QDC) para las reclamaciones presentadas para servicios cuando los EP que facturan a Medicare Parte B también tienen la opción de usar un registro calificado para asistir en coleccionar los datos de medida PQRI. El registro presentará este dato de calidad a Medicare, eliminando la necesidad de añadir QDC a la reclamación de Medicare Parte B.

Los profesionales elegibles no necesitan inscribirse o preinscribirse para participar en el PQRI 2010. El presentar los QDC para medidas PQRI individuales a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) a través de un registro

**Recordatorio: programa de iniciativa para reportar la calidad... (continuación)**

calificado o para un grupo de medidas a través de reclamaciones o un registro calificado indicará la intención de participar.

Aunque no existen requisitos para inscribirse antes de presentar los datos, sí existen pasos preparatorios que los EP deben realizar antes de comenzar el reporte PQRI. CMS ha creado muchos productos educacionales que proveen información sobre como comenzar el reporte PQRI. Para acceder todos los recursos educacionales disponibles sobre PQRI, visite, <http://www.cms.gov/PQRI/>. Se les aconseja a los profesionales elegibles a visitar la página Web de PQRI frecuentemente para enterarse de la última información y descargar archivos electrónicos sobre PQRI.

**Recursos**

- Guía de implementación PQRI 2010  
[http://www.cms.gov/PQRI/Downloads/2010\\_PQRI\\_ImplementationGuide\\_02-10-2010\\_FINAL.pdf](http://www.cms.gov/PQRI/Downloads/2010_PQRI_ImplementationGuide_02-10-2010_FINAL.pdf)
- Registros Calificados para el Reporte de PQRI 2010  
[http://www.cms.gov/PQRI/20\\_AlternativeReportingMechanisms.asp](http://www.cms.gov/PQRI/20_AlternativeReportingMechanisms.asp)

**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 201006-29, CMS PERL 201006-49

**Actualizaciones de 2010 al programa de incentivo de receta electrónica**

Número de *MLN Matters*: SE1021

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 Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están emitiendo este artículo de edición especial del *MLN Matters* para alertar a los proveedores que no es muy tarde para comenzar a participar en el programa de incentivo de receta electrónica (eRx) para potencialmente calificar para recibir un pago de incentivo de un año completo. Los profesionales elegibles pueden comenzar a reportar eRx en cualquier momento en todo el año del programa 2010 del 1 de enero de 2010, hasta el 31 de diciembre de 2010, para ser elegibles al incentivo.

Este artículo también provee información actualizada sobre los cambios al programa de incentivo eRx de 2010 como fue autorizado por el Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA). El eRx es un programa de incentivo separado de la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI), con diferentes requisitos de reporte.

Para el 2010, los profesionales elegibles que reportaron exitosamente la medida eRx se convertirán en elegibles para recibir un incentivo eRx igual a 2.0 por ciento a su total de cargos permitidos de tarifas fijas de médicos (PFS) de Medicare Parte B para los servicios realizados durante el periodo de reporte.

Tenga en cuenta que comenzando en el 2012, los profesionales elegibles que no son prescriptores electrónicos exitosos estarán sujetos a ajuste de pago PFS, o penalidad.

Una página Web dedicada a proveer todas las últimas noticias sobre el programa de incentivo eRx está disponible en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/ERXincentive/>.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1021.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1021

**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>.

## INFORMACIÓN GENERAL

### Nuevo código de especialidad médica para psiquiatría geriátrica

*Este documento fue publicado previamente en Medicare A y B Al Día, edición de noviembre de 2009, página 33.*

Número de *MLN Matters*: MM6533 - Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 6533  
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de octubre de 2009  
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010  
Número de transmisión de CR relacionado: R2003CP  
Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

#### Resumen

Al momento de inscribirse en Medicare, los médicos auto-definen su especialidad médica de Medicare en su respectiva solicitud de inscripción (CMS-855I) o en el sistema de inscripción del proveedor basado en Internet para proveedores individuales y cadenas de establecimientos (PECOS); en cambio a otros profesionales de la salud se le asigna el código de especialidad de Medicare.

Para servicios provistos a partir del 1 de abril de 2010, ha sido asignado un nuevo código (27) de especialidad médica para psiquiatría geriátrica. Este nuevo código será utilizado como código válido de especialidad primaria y/o

secundaria en servicios de psiquiatría geriátrica prestados por personas y organizaciones. Además, los códigos de especialidad 32, 74 y 75 han sido retirados de la sección de especialidad médica del manual de procesamiento de reclamaciones de *Medicare Claims Processing Manual*, debido a que son códigos de especialidad de otros profesionales de la salud.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6533.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6533, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2003CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2003, CR 6533

### Códigos HCPCS adicionales sujetos a las modificaciones de CLIA

Número de *MLN Matters*: MM6985  
Número de petición de cambio relacionado: 6985  
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de junio de 2010  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2009  
Número de transmisión de CR relacionado: R720OTN  
Fecha de implementación: 19 de julio de 2010

#### Resumen

Las regulaciones de Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) requieren que un centro esté apropiadamente certificado para cada prueba realizada. Para asegurar que Medicare paga solamente por las pruebas de laboratorio realizadas en centros de salud certificados, cada reclamación para un código de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) que es considerado una prueba de laboratorio CLIA es actualmente modificado al nivel de certificación CLIA.

Este artículo anuncia códigos HCPCS adicionales que están sujetos a las modificaciones de CLIA de 2009, pero no fueron mencionadas en la petición de cambio (CR) 6812 o CR 6356.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6985.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6985, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R720OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 720, CR 6985

## Actualización positiva del 2.2 por ciento para los archivos de centro de cirugía ambulatoria 2010

La reciente promulgación del Preservation of Access to Care for Medicare Beneficiaries and Pension Relief Act of 2010, Sección 101, resultó en una actualización positiva del 2.2 por ciento en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) 2010, efectivo el 1 de junio de 2010, hasta el 30 de noviembre de 2010.

Muchos índices de pago bajo el sistema de pago de centro de cirugía ambulatoria (ASC) están controlados por información de índice de pago en el MPFS. Para cumplir completamente con esta legislación, es necesario implementar los índices de pago MPFS en el sistema de pago ASC. Por lo tanto, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han provisto a sus contratistas con dos conjuntos de archivos actualizados de 2.2 por ciento positivo de tarifas fijas (FS) de ASC y el indicador de pago (PI) de ASC para pruebas, e implemento. Un conjunto de archivos es para los servicios ASC prestados el **1 de julio de 2010**, y el segundo conjunto de archivos es para los servicios ASC prestados el **1 de junio de 2010, hasta el 30 de junio de 2010**. Una vez instalado, los contratistas de Medicare usarán estos archivos actualizados para procesar nuevas reclamaciones ASC y ajustarán reclamaciones ASC previamente procesadas para las fechas de servicio del 1 de junio de 2010, en adelante, que sean traídas a su atención.

De acuerdo con los requisitos en la petición de cambio (CR) 7008, los contratistas harán disponible los datos de julio 2010 ASCFS para sus localidades de pago ASC en sus sitios Web. Los índices de pago en los archivos de datos de julio 2010 ASCFS refleja la actualización del 2.2 por ciento del índice de pago para los servicios del 1 de junio de 2010-30 de junio de 2010, y también contienen índices de pago para los servicios establecidos recientemente identificados en el CR 7008 efectivo el 1 de julio de 2010.

Un artículo del MLN Matters el cual explica los requisitos en el CR 7008 puede ser encontrado en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7008.pdf>.

CMS está al tanto que los contratistas no podían implementar los índices de pago revisados para el 6 de julio de 2010, fecha de implementación contenida en el CR 7008 por que estos archivos han venido a estar disponibles para los contratistas para descarga y prueba. Los contratistas han sido instruidos a tener todos estos archivos de actualización ASC en producción a más tardar el 28 de julio de 2010. Estas fechas de implementación reemplazan la fecha de implementación especificada en el CR 7008.

Los ASC que pueden haber recibido una determinación de pago incorrecta para ciertos servicios prestados el 1 de junio de 2010, en adelante hasta la implementación de julio 2010 ASCFS, pueden solicitar ajuste del contratista de las reclamaciones previamente procesadas.

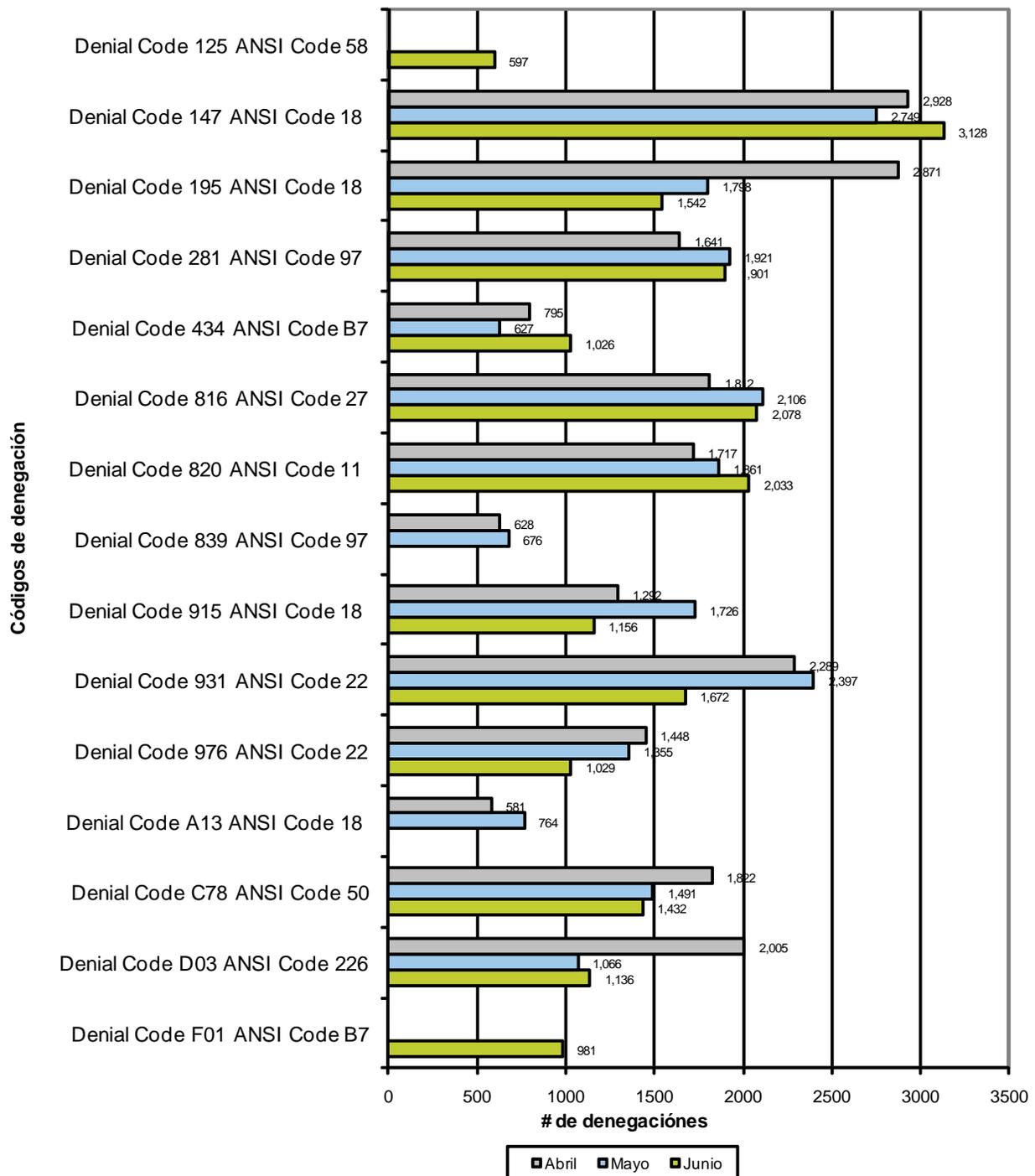
**Nota:** Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201007-28

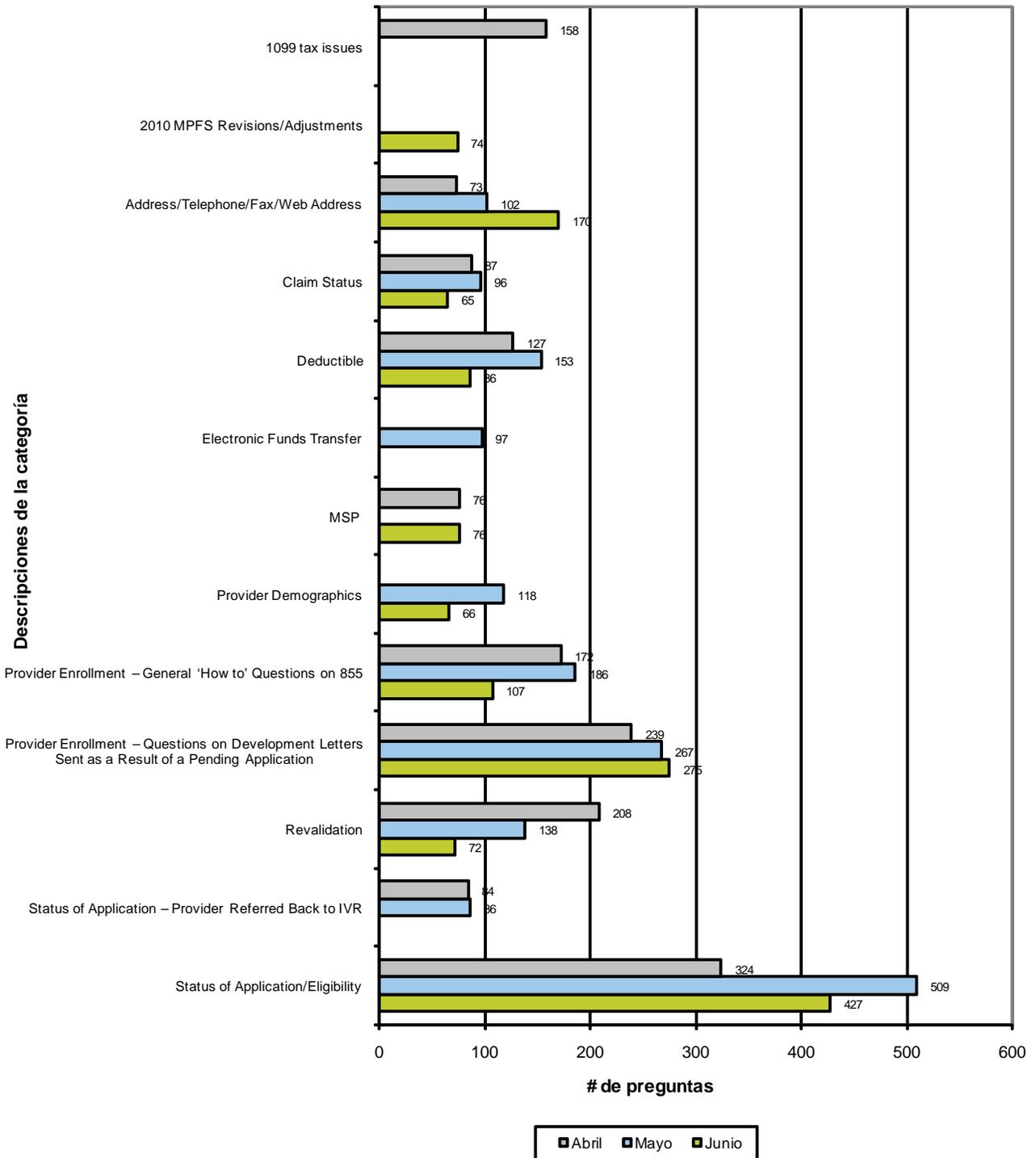
## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP), en abril-junio de 2010

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 abril-junio 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](http://medicare.fcso.com/Inquiries_and_denials/index.asp)

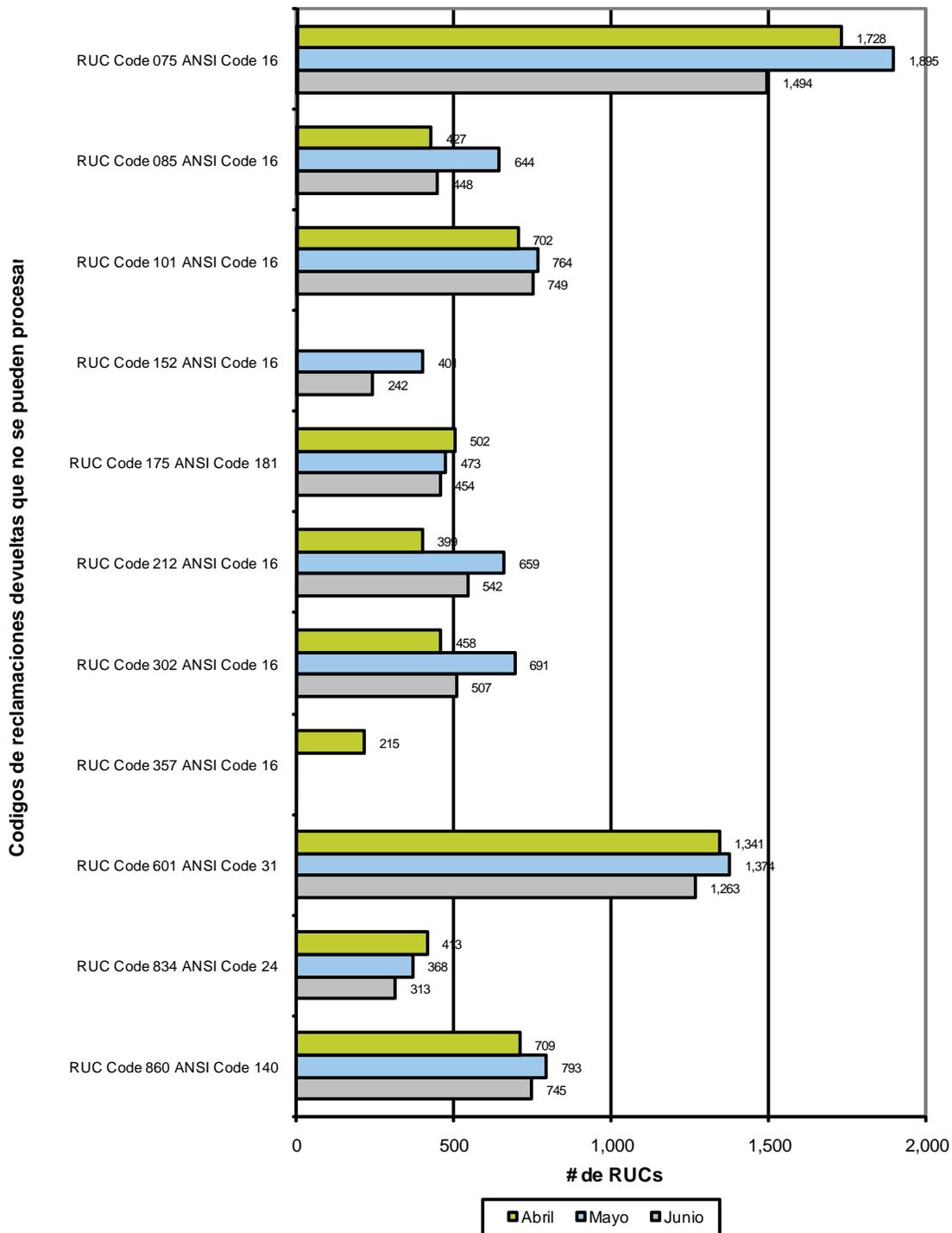
**Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en abril-junio de 2010**



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



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

SKINSUB: Skin substitutes.....	50
93965: Non-invasive evaluation of extremity veins.....	50
77078: Bone mineral density studies.....	51
BOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins.....	51
G0430: Qualitative drug screening.....	51
IDTF:.....	52
J1950: Luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) analogs.....	52
70544: Magnetic resonance angiography (MRA).....	53
NCSVCS: The list of Medicare noncovered services.....	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).

## Revisiones a las LCD Existentes

### SKINSUB: Skin substitutes – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29279 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para substitutos de piel fue revisada recientemente en su mayoría el 9 de febrero de 2010. Desde ese tiempo, una revisión fue realizada a la LCD basado en la petición de cambio (CR) 7008 (Actualización de julio de 2010 al sistema de pago de centro de cirugía ambulatoria [ASC]) emitida por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Una revisión al código HCPCS C9367 (Skin substitute, Endoform Dermal Template, per square centimeter) determinó que este código de substituto de piel debe ser añadido a la sección de “Non-Covered Products” de la sección “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.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>. ❖

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

### 93965: Non-invasive evaluation of extremity veins -- revisión de la LCD

Identificador de LCD: L29234 (Florida)

Identificador de LCD: L29369 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para non-invasive evaluation of extremity veins (evaluación no invasiva de las venas de las extremidades) fue modificada recientemente el 1 de octubre de 2009. Desde entonces, la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity (Indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica)” de la LCD ha sido modificada para incluir descriptores de estudios fisiológicos y procedimientos de plethysmography. La sección “Training Requirements (requisitos de cursos)” de la LCD ha sido también modificada para agregar texto correspondiente a la definición de “médico”.

Además, el anexo a LCD “Coding Guidelines (instrucciones de codificación)” ha sido modificado y actualizado. Las modificaciones incluyen la adición de los párrafos siguientes:

- Los estudios fisiológicos no invasivos son realizados utilizando equipo separado y diferente del escáner dúplex. El código CPT 93965 describe la evaluación de grabaciones, no de imagen, fisiológicas de presiones, análisis Doppler de circulación bidireccional de sangre, plethysmography y/o mediciones apropiadas de tensión de oxígeno para el área anatómica estudiada (CPT 2009, página 420).

- Por norma general, no se espera que se haga al mismo tiempo el examen de prueba fisiológica (código CPT 93965) junto con el escáner dúplex (código CPT 93970 o 93971) de las venas de las extremidades
- Considerando que los signos y síntomas de enfermedades de oclusión arterial y enfermedad a las venas son tan divergentes, es raro que se haga en forma simultánea estudios arteriales y venosos.
- Cuando un estudio no puede ser interpretado y como resultado hay que hacer otro tipo de estudio, debe facturarse solamente el estudio que ha tenido éxito.

#### Fecha de vigencia

La modificación de esta LCD, está vigente para servicios prestados a partir del 6 de julio de 2010, las LCD de First Coast Service Options Inc., están disponibles en la base de datos de Medicare CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

Instrucciones de codificación para LCD (cuando las hay) pueden ser encontradas seleccionando “LCD Attachments” en el menú desplegable “Jump to Section...” en la parte superior de la página de LCD. ❖

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

## 77078: Bone mineral density studies – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29086 (Florida)

Identificador de LCD: 29101 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para bone mineral density studies fue revisada recientemente en su mayoría el 19 de marzo de 2009. Desde ese tiempo, los “Frequency Standards” bajo las secciones de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Utilization Guidelines” de la LCD han sido revisadas para añadir denosumab (prolia) a la lista de agentes aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento y/o prevención de la osteoporosis.

### Fecha de vigencia

La revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **el 13 de julio de 2010**. 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. ❖

## BOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29088 (Florida)

Identificador de LCD: L29103 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para toxinas botulínicas fue revisada recientemente en su mayoría el 1 de enero de 2010. Desde ese tiempo, la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada para actualizar el lenguaje y para añadir lenguaje sobre las diferencias en preparaciones de toxinas botulínicas. Una viñeta fue también añadida bajo la sección de “FDA Indications for Botox®” para “upper limb spasticity in adult patients, to decrease the severity of increased muscle tone in elbow flexors (biceps), wrist flexors (flexor carpi radialis and flexor carpi ulnaris) and finger flexors (flexor digitorum profundus and flexor digitorum sublimis)”.

La sección de “ICD-9-CM Codes that Support Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada por el código de procedimiento J0585, para añadir el código ICD-9-CM 705.22 y para eliminar los códigos ICD-9-CM 343.0, 728.85 y 780.8. Esta notificación sirve como un aviso de 45 días de que estos códigos ICD-9-CM eliminados ya no serán permitidos para el código de procedimiento J0585.

La sección “ICD-9-CM Codes that Support Medical Necessity” de la LCD también ha sido revisada por el código de procedimiento J0586, para añadir los códigos ICD-9-CM 333.81, 333.82, 342.11, 342.12 y 705.21.

El anexo de la LCD “Coding Guidelines” ha sido revisado para añadir información de codificación y una tabla asociada para la administración de toxinas botulínicas que corresponden a las condiciones cubiertas tratadas en la LCD.

### Fecha de vigencia

Las revisiones arriba a la LCD son efectivas para los servicios prestados **el 13 de septiembre de 2010**. 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. ❖

## G0430: Qualitative drug screening – revisión a la LCD

Identificador de LCD: 30574 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “qualitative drug screening” fue revisada recientemente en su mayoría el 1 de junio de 2010. Desde ese tiempo, el código *CPT* 80101 (*Drug screen, qualitative; single drug class method (e.g., immunoassay, enzyme assay), each drug class*) bajo las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “*CPT/HCPCS Code*” de la LCD, han sido eliminadas. Debido a la petición de cambio (CR) 6974, transmittal 1992, fecha del 25 de junio de 2010, el código *CPT* 80101 recibió un estatus “T” (No es válido para propósitos de Medicare) efectivo para las fechas de servicio del 1 de enero de 2010, en adelante. Esto requiere que el código sea removido de la LCD como medicamento necesario.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **el 6 de julio de 2010, en adelante**, para los servicios prestados **el 1 de enero de 2010, en adelante**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>. ❖

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

## IDTF: Centro independiente de pruebas diagnósticas - revisión a las directrices de codificación

Identificador de LCD: L29195 (Florida)

Identificador de LCD: L29330 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para centro independiente de pruebas diagnósticas (IDTF) fue revisada recientemente en su mayoría el 8 de diciembre de 2009. El “Credentialing Matrix” en el anexo “Coding Guidelines” fue revisado por última vez el 23 de marzo de 2010. Desde ese tiempo, el anexo “Coding Guidelines” ha sido revisado para “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements” en el “Credentialing Matrix” para añadir “Board Certified (ABNM) Nuclear Medicine” para los siguientes códigos CPT:

78000, 78001, 78003, 78006, 78007, 78010, 78011, 78015, 78016, 78018, 78020, 78070, 78075, 78102, 78103, 78104, 78110, 78111, 78120, 78121, 78122, 78130, 78135, 78140, 78185, 78190, 78191, 78195, 78201, 78202, 78205, 78206, 78215, 78216, 78220, 78223, 78230, 78231, 78232, 78258, 78261, 78262, 78264, 78267, 78268, 78270, 78271, 78272, 78278, 78282, 78290, 78291, 78300, 78305, 78306, 78315, 78320, 78350, 78414, 78428, 78445, 78451, 78452, 78453, 78454, 78456, 78457, 78458, 78459, 78466, 78468, 78469, 78472, 78473, 78481, 78483, 78491, 78492, 78494, 78496, 78580, 78584, 78585, 78586, 78587, 78588, 78591, 78593, 78594, 78596, 78600, 78601, 78605, 78606, 78607, 78608, 78610, 78630, 78635, 78645, 78647, 78650, 78660, 78700, 78701, 78707, 78708, 78709, 78710, 78725, 78730, 78740, 78761, 78800, 78801, 78802, 78803, 78804, 78805, 78806, 78807, 78811, 78812, 78813, 78814, 78815, 78816.

### Fecha de vigencia

Esta revisión al anexo “Coding Guidelines” de la LCD es efectiva para los servicios prestados el 6 de julio de 2010, en adelante.

El anexo “Coding Guidelines” también ha sido revisado para el “Level of Physician Supervision” en el “Credentialing Matrix” en cumplimiento con la petición de cambio (CR) 6974 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), fecha del 25 de junio de 2010, para revisar el nivel de supervisión del médico a nivel “2” para los siguientes códigos CPT:

92540, 92541, 92542, 92543, 92544, 92545, 92546, 92547, 92548, 92550, 92552, 92553, 92555, 92556, 92557, 92561, 92562, 92563, 92564, 92565, 92567, 92568, 92570, 92571, 92572, 92575, 92576, 92577, 92579, 92582, 92583, 92584, 92585, 92586, 92587, 92588, 92601, 92602, 92603, 92604, 92620, 92621 y 92625.

### Fecha de vigencia

Esta revisión al anexo “Coding Guidelines” de la LCD es efectivo 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>.

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

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

Identificador de LCD: L29215 (Florida)

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

La determinación local de cobertura (LCD) para luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) analogs fue recientemente revisada en su mayoría el 7 de mayo de 2010. Esta revisión removió todo lenguaje perteneciente a la alternativa menos costosa (LCA) basado en instrucciones recibidas por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). Discusión adicional determinó que las revisiones a la LCD relacionadas a la remoción del lenguaje LCA deben reflejar una fecha de efectividad del 19 de abril de 2010. Por lo tanto, el anexo “Revision History” and LCD “Coding Guidelines” de la LCD fue revisado para reflejar una fecha de efectividad del 19 de abril de 2010, la remoción de la provisión LCA. Debido al cambio en la fecha de efectividad, First Coast Service Options Inc. (FCSO) estará ajustando las reclamaciones que fueron pagadas al precio LCA para las reclamaciones procesadas el 19 de abril de 2010, hasta el 6 de mayo de 2010.

### Fecha de vigencia

La revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas el 19 de abril 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. ❖

---

**70544: Magnetic resonance angiography (MRA) – revisión a la 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 magnetic resonance angiography (MRA) fue revisada recientemente en su mayoría el 9 de junio de 2010. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada de acuerdo con los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), transmittals 123 y 1998, petición de cambio 7040, fecha del 9 de julio de, 2010. En este sentido, la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada para remover la siguiente declaración: Todos los otros usos de MRA para el cual CMS no ha indicado específicamente cobertura continúa siendo de no cobertura.

**Fecha de vigencia**

Esta revisión es efectiva para las reclamaciones procesadas **el 9 de agosto de 2010, en adelante** para los servicios prestados **el 3 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. ❖

---

**NCSVCS: The list of Medicare noncovered services – revisión a la LCD****Identificador de LCD: L29288 (Florida)****Identificador de LCD: L29398 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) de la lista de servicios no cubiertos por Medicare fue recientemente revisada el 7 de junio de 2010. Desde ese tiempo, basado en la directriz de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), la LCD de la lista de servicios no cubiertos por Medicare está siendo revisada para remover el código CPT 90662 (Influenza virus vaccine, split virus, preservative free, enhanced immunogenicity via increased antigen content, for intramuscular use) de la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions, Drugs and Biologicals” de la LCD.

**Fecha de vigencia**

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios provistos **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>.

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. ❖

---

# 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 <a href="http://medicare.fcso.com/Publicaciones/">http://medicare.fcso.com/Publicaciones/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (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		
<b>Catálogo de honorarios de 2010</b> – El catálogo de honorarios de médicos y practicantes no médicos de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de mayo de 2010 y el 1 de junio hasta el 30 de noviembre de 2010, está disponible, sin costo, en línea, en <a href="http://medicare.fcso.com/Data_files/">http://medicare.fcso.com/Data_files/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos">http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos</a> (español). Hay copias adicionales a la venta, impresas o en CD-ROM. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago del año 2010 para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
		CD-ROM: \$6.00		
Idioma de preferencia:      English [ <input type="checkbox"/> ]      Español [ <input type="checkbox"/> ]				
<b>Escriba de manera legible</b>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			<b>Total</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 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](http://medicare.fcso.com)

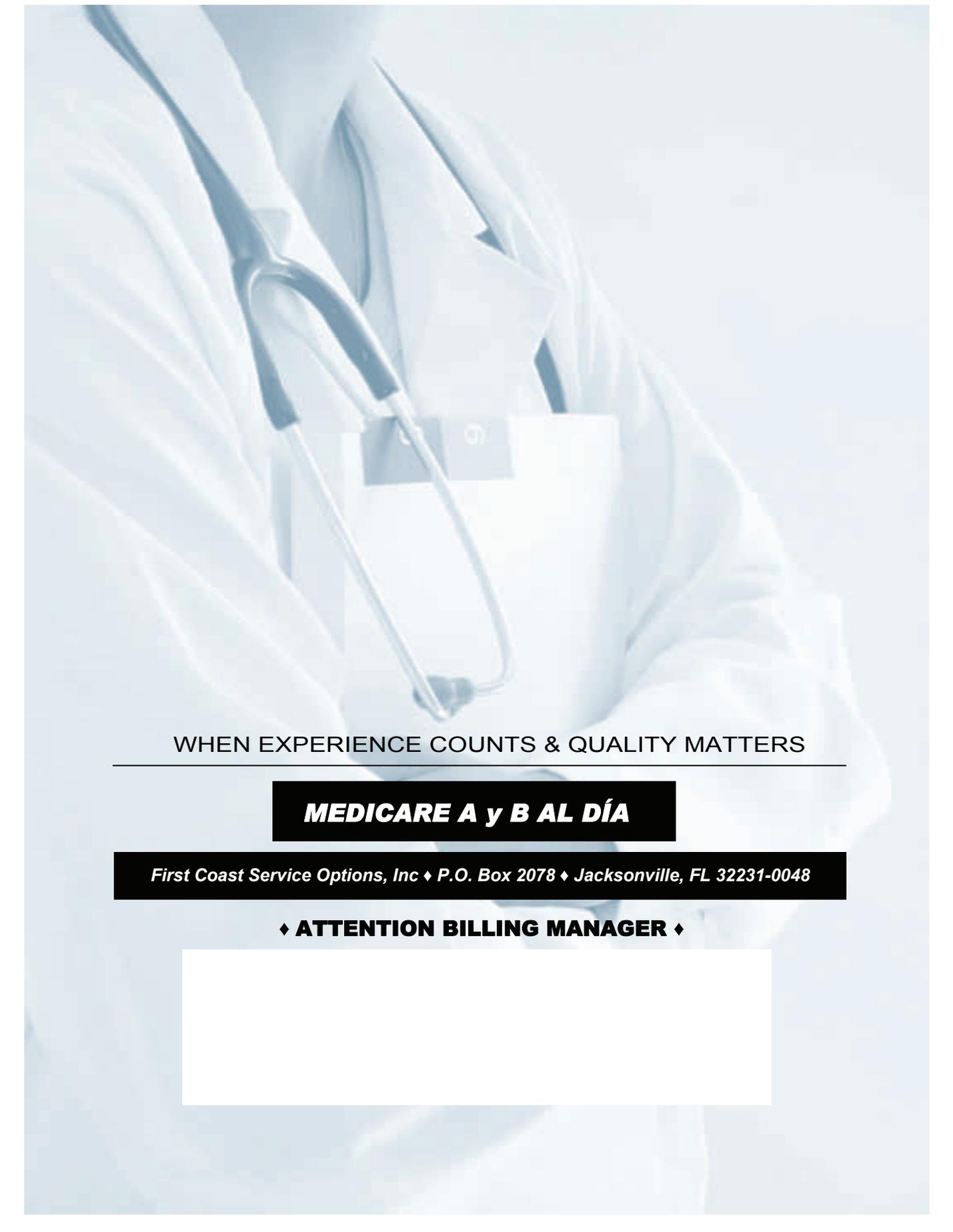
[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)

**Centers for Medicare & Medicaid  
Services**

[www.cms.gov](http://www.cms.gov)

**BENEFICIARIES****Centers for Medicare & Medicaid  
Services**

[www.medicare.gov](http://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 ♦**

