

MEDICARE A y B AL DÍA

BOLETIN PARA PROVEEDORES DE MAC J9

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Intercambio electrónico de datos

Implementación de ICD-10 en ambiente 50105

Ambulancia

Definición de servicios de ambulancia.....7

Cursos por Internet

Enseñanza basada en Internet de los servicios preventivos de Medicare9

Medios de comunicación

Actualización de medios locales de comunicación de Medicare Learning Network9

Aplicaciones personalizada a PECOS

PECOS crea aplicaciones personalizadas que se ajustan a su escenario de inscripción14

Sistema de pagos prospectivos

Hoja informativa actualizada del sistema de pagos prospectivos de hospitales psiquiátricos20

Centros de enfermería especializada

Actualización de PRICER.....21

Cambios a PRICER y GROUPER

Implementación 5010. Cambios a PRICER, GROUPER y códigos de editor de Medicare22

Programa de incentivo CMS EHR

Están disponibles en Internet las hojas de orientación del programa.....39

Características

| | |
|---|----|
| Sobre esta publicación | 3 |
| Información para proveedores de Parte A y B | 4 |
| Recursos educacionales | 15 |
| Información para proveedores de la Parte A..... | 16 |
| Determinaciones locales de cobertura de Parte A..... | 27 |
| Formulario para ordenar materiales de Parte A..... | 33 |
| Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico..... | 34 |
| Información para proveedores de la Parte B..... | 35 |
| Determinaciones locales de cobertura de Parte B..... | 43 |
| Formulario para ordenar materiales de Parte B | 49 |
| Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico..... | 50 |

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

Sugerencias de distribución:

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



Tabla de Contenido

En esta edición 1
 Tabla de contenido2
Sobre esta publicación.....3

Partes A/B

Cobertura y Reembolso

Modificaciones de pólizas de audiolgía 4
 Anulación de reclamaciones de trasplante de riñones por fallecimiento del receptor..... 4

Intercambio Electrónico de Datos

Implementación de ICD-10 en ambiente 5010 ... 5
 Actualización de códigos de remesa de pago 6
 Información y recordatorios sobre las transiciones a ICD-10 y versión 5010..... 6

Ambulancia

Definición de servicios de ambulancia 7

Educación

Podcast de *Medicare Learning Network*..... 7
 Agosto es el mes nacional de inmunización..... 8
 Enseñanza basada en Internet de los servicios preventivos de Medicare 9
 Actualizaciones a *Medicare Learning Network* ... 9
 Actualización de medios de comunicación social de *Medicare Learning Network* 10
 Hoja de consejos revisada sobre el Identificador nacional del proveedor..... 10

Información General

Presentación oportuna de las *reclamaciones* Instrucciones adicionales 11
 La verdad acerca de los incentivos de registros médicos electrónicos 11
 Retención de registro médico y su formato para los medios de comunicación 12
 Actualización de fecha de transición bancaria .. 12
 Dirección de Medicare equivocada 12
 Sistema de inscripción del proveedor basado en la Internet..... 13
 Tarifa DMEPOS a octubre de 2010 13
 Reapertura de reclamaciones denegadas con datos MSP eliminados..... 14
 PECOS crea aplicaciones personalizadas 14

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos.....15

Parte A

Hospital

Cambio en la política y tasas de pago de hospitales en el año fiscal 2011..... 16
 Programa de incentivo CMS EHR.....17
 Cambios a indicador de admisión.....17
 Implementación de política de hospitalización interrumpida de IPF PPS..... 18

Actualización de PPS PRICER año fiscal 2011 de hospitales de rehabilitación 19
 PPS PC PRICER de establecimientos siquiátricos: actualización a julio 2010 19
 Actualización del sistema de pagos prospectivos PC PRICER 2010..... 20
 Actualización de PRICER de pagos prospectivos de paciente ambulatorio 20
 Hoja informativa actualizada del sistema de pagos de hospital siquiátrico 20

Centros de Enfermería Especializada

Actualización PRICER 21
 Reportes Five-Star de agosto..... 21

ESRD

CMS anuncia nuevo PPS 22

Información General

Cambios a PRICER Y GROUPER 22
 PRICER servicios paliativos 2011 23
 Instrucciones fecha de evaluación 23

Gráficos

Preguntas frecuentes Puerto Rico24
 Rechazos frecuentes Puerto Rico25
 Códigos de denegación Puerto Rico.....26

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de contenido de las LCD Parte A..... 27

Ordenar materiales de Parte A.....33

Contactos Parte A de Puerto Rico34

Parte B

Cobertura y reembolso

Servicios de cirugía ambulatoria 35
 Reclamaciones de servicio a domicilio..... 36
 Pago de marcadores y dosímetros..... 36

Intercambio electrónico de datos

Folleto *Medicare Remit Easy Print* 37

Información General

Reportes de facturación para terapeutas 37
 Alternativas e-Prescribing y PQRI 38
 Comentarios costo servicios médicos 39
 Orientación CMS EHR por Internet 39

Gráficos

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

Ordenar materiales de Parte B.....49

Contactos Parte B de Puerto Rico 50

Medicare A y B Al Día

**Vol. 2, No. 8
 Agosto de 2010**

Publication Staff

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

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

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

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

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

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

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

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

SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

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

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

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

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

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

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

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

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

¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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

Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

COBERTURA Y REEMBOLSO

Modificaciones de pólizas de audiolología

Nota: El artículo CR 6447 del MLN Matters fue publicado anteriormente en junio de 2010, en Medicare A y B Al Día (página 5).

Número de *MLN Matters*: MM6447

Número de petición de cambio relacionado: 6447

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de julio de 2010

Fecha de efectividad: 11 de agosto de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2007CP

Fecha de implementación: 11 de agosto de 2010

Resumen

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

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.

del Medicare Benefit Policy Manual y en el Capítulo 15, Sección 80.3 del Medicare Benefit Policy Manual.

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6447, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2007CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2007, CR 6447

Anulación de ediciones de reclamación de trasplante de riñones cuando fallece el receptor

Número de *MLN Matters*: MM6978

Número de petición de cambio relacionado: 6978

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2008CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Las instrucciones de Medicare permiten gastos del donante después de la muerte del receptor de un trasplante de riñón sean tratados como ocasionados antes de la muerte del receptor. Sin embargo, algunas de estas reclamaciones han sido denegadas por el sistema de Medicare. La petición de cambio (CR) 6978 corrige este problema para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2011.

Puntos clave de CR 6978

- Todos los servicios prestados al donante vivo y todos los servicios prestados al receptor, serán facturados al programa de Medicare de la misma manera en que se facturan los demás servicios de Medicare Parte B.

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.

- Todos los servicios médicos prestados al donante deben ser facturados a la cuenta del receptor.
- El modificador Q3 (donante vivo de riñón y servicios relacionados) debe figurar en la reclamación.
- Para reclamaciones institucionales, los contratistas de Medicare pueden procesar la reclamación cuando el donante está recibiendo servicios institucionales relacionados con la donación de riñón cuando el receptor ha fallecido y el donante recibe aquellos servicios después de la muerte del paciente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6978.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6978, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2008CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2008, CR 6978

INTERCAMBIO ELECTRONICO DE DATOS

Implementación de ICD-10 en un ambiente 5010 Seguimiento a la teleconferencia nacional del proveedor

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) ofrecerán un complemento a la teleconferencia nacional del proveedor acerca de ICD-10 *Implementation in a 5010 Environment*. Esta teleconferencia gratuita se concentrará en:

- Temas de implementación de ICD-10 (incluyendo propuestas de congelar parcialmente las actualizaciones de códigos)
- Actualización de implementaciones de las versiones 5010 y D.0 (incluyendo la revisión de disposiciones implementadas)
- La manera en que la actualización de 5010 impacta la implementación de ICD-10
- Notificación a proveedores de cambiarse a la implementación 5010

Expertos en la materia revisarán información básica, tanto de ICD-10 como de 5010 y explicarán como se relacionan. La presentación será seguida por una sesión de preguntas y respuestas.

Detalles de la tele-conferencia

Título de la conferencia: ICD-10 Implementation in a 5010 Environment follow-up national provider call

Fecha: lunes 13 de septiembre

Hora: Medio día - 1:30 p.m. ET

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

Dirigido a: codificadores médicos, personal médico administrativo, personal de facturación del proveedor, personal de registros médicos, vendedores, educadores, mantenedores de sistemas y todos los proveedores a-tarifa-fija de Medicare.

Agendas

- **ICD-10**
 - Implementación de servicios ICD-10 a partir del 1 de octubre de 2013
 - Diferencias entre códigos ICD-10 y códigos ICD-9-CM
 - Información básica de ICD-10-CM para todos los usuarios
 - Herramientas para convertir códigos – mapas de equivalencia general (GEM)
 - Propuesta de congelar las actualizaciones de códigos ICD-9-CM y códigos ICD-10 excepto cuando se trate de tecnología nueva y enfermedades
- **Versión 5010 de HIPAA**
 - Fechas de cumplimiento y plazos (no de emergencias)
 - 5010 antes y después de la implementación de ICD-10
 - Revisión de la preparación para implementar HIPAA, versiones 5010 y D.0
 - Lo que usted necesita hacer para prepararse
 - Actualización de actividades de tarifa-fija-por-servicio de Medicare
 - Otros temas y consideraciones

Información de inscripción para esta tele-conferencia informativa nacional del proveedor, será anunciada a la brevedad. Para información y para inscribirse para esta sesión informativa, visite http://www.cms.gov/ICD10/02c_CMS_Sponsored_Calls.asp. La inscripción cerrará al mediodía ET el 10 de septiembre o cuando los espacios disponibles hayan sido llenados. No serán excepciones. Así que inscribase temprano.

Puede encontrarse mayor información acerca de ICD-10/5010 en <http://www.cms.gov/ICD10>.

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

Fuente: CMS PERL 201008-28

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

Número de *MLN Matters*: MM7089

Número de petición de cambio relacionado: 7089

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2019CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Para Medicare, los conjuntos de códigos de denegación y comentario deben ser usados para reportar ajustes de pago en las transacciones de remesa de pago. Los códigos de denegación también son usados en algunas transacciones de coordinación de beneficios (COB). La lista de códigos de comentarios de remesa de pago (RARC) es mantenida por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y usado por todos los pagadores; adiciones, desactivaciones, y modificaciones a la misma pueden ser iniciadas por cualquier organización de cuidados de la salud. Las listas RARC y CARC son actualizadas 3 veces al año -- en marzo, julio, y noviembre. Ambas listas de código son publicadas en <http://www.wpc-edi.com/Codes>. Las listas al final del artículo resumen los últimos cambios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7089.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7089, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2019CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2019, CR 7089

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

Información y recordatorios sobre las transiciones por venir de la versión 5010 y ICD-10

¿Tienes preguntas sobre la versión 5010 y la transición ICD-10? Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) está aquí para ayudarle en las transiciones para la versión 5010 and ICD-10.

CMS tiene recursos para los proveedores, vendedores, y pagadores en preparación para la transición. Las hojas informativas disponibles para el personal de educación y otros sobre la transición incluyen:

- La Transición a ICD-10: Una Introducción
- Las Bases de ICD-10 para las Prácticas Médicas
- Hablando a sus Vendedores sobre ICD-10 y Versión 5010: Consejos para las Prácticas Médicas
- Hablando con sus Clientes Sobre ICD-10 y la Versión 5010: Consejos para los Vendedores de Software

Calendario de conformidad, materiales de las llamadas y conferencias auspiciadas por CMS, y enlaces a los recursos están disponibles en <http://www.cms.gov/icd10/>. Revise frecuentemente para enterarse de las últimas actualizaciones e información.

Manténgase al día sobre la versión 5010 y ICD-10

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

La versión 5010 y ICD-10 se aproximan. ¿Estarás listo?

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

Fuente: CMS PERL 201008-17

AMBULANCIA

Definición de servicios de ambulancia

Número de *MLN Matters*: MM7058

Número de petición de cambio relacionado: 7058

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R130BP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

El artículo *MLN Matters* actualiza el manual de políticas de beneficios de Medicare Medicare Benefit Policy Manual (Publicación 100-02, capítulo 10, sección 30.1.1), agregando ejemplos basados en su aplicación, para acompañar las definiciones de los siguientes tipos de transferencia:

- Primeros auxilios (BLS) – emergencia.
- Primeros auxilios avanzados, nivel 1 (ALS1) – emergencia.
- Primeros auxilios avanzados, nivel 2 (ALS2)

No se presentan políticas nuevas, pero la petición de cambio (CR) 7058 actualiza la sección relevante del manual para reflejar la política actual. La sección actualizada del manual está adjunta a la CR.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7058.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7058, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R130BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 130, CR 7058

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.

EDUCACIÓN

Podcast de Medicare Learning Network

Un *podcast* es una versión multimedia de un “*really simple syndication*” (RSS) que le permite recibir contenido de audio o video del sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) cuando se añade nueva información.

Podcasting es una nueva función del sitio Web de CMS. Usted puede suscribirse a una amplia variedad de *podcasts* incluyendo discursos, testimonios, y otros episodios informativos. Usted tiene la opción de suscribirse a la serie completa de *podcasts* utilizando software en su computadora personal.

Acabado de publicar

La producción premier de CMS de “*New Maximum Period for the Submission of Medicare Claims*”, recordándole a los proveedores de pago por servicio de Medicare de las fechas límites actuales para presentar reclamaciones, está ahora disponible. Para acceder el *podcast*, vaya a http://www.cms.gov/CMSFeeds/02_listofpodcasts.asp en el sitio Web de CMS.

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

Fuente: CMS PERL 201008-14

Agosto es el mes nacional de la inmunización

Esta conmemoración anual es una gran oportunidad para educar a los adultos mayores y otras personas afiliadas a Medicare, acerca de la importancia del control y prevención de enfermedades por medio de la inmunización. Las ocurrencias de enfermedades que pueden prevenirse por vacunas están a su más bajo o cerca de su más bajo nivel. Aún así, muchos adultos permanecen insuficientemente inmunizados, desperdiciando oportunidades de protección contra enfermedades tales como hepatitis B, influenza estacional y neumococos.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) invitan a todos los proveedores de cuidados de la salud que proveen servicios a pacientes de Medicare, a participar en el mes nacional de la inmunización junto a CMS, para proteger a sus pacientes de Medicare contra enfermedades que pueden prevenirse por medio de una vacuna, asegurándose que estén al día en sus inmunizaciones y aconsejándoles utilizar las que son apropiadas.

Beneficios de inmunización de Medicare Parte B

Medicare Parte B presta cobertura por vacunas contra hepatitis B, influenza estacional y neumococos y la administración de las mismas, como inmunizaciones preventivas para pacientes calificados. Los proveedores que aceptan el monto de pago aprobado por Medicare, son reembolsados bajo Medicare Parte B.

- **Inmunización contra influenza estacional**
Medicare paga la vacuna anti-influenza estacional y su administración para todos los afiliados a Medicare, una vez por cada estación de influenza, otoño o invierno. Medicare podría cubrir vacunas estacionales anti-influenza en caso de necesidad médica. (Nota: De acuerdo a los centros de prevención y control de enfermedades Centers for Disease Control and Prevention, la vacuna anti-influenza de 2010-2011 presta protección contra el virus 2009 H1N1 y otros virus de influenza <http://www.cdc.gov/flu/about/disease/>.)
- **Inmunización contra neumococos**
Medicare paga la vacuna anti-neumococos y su administración para todos los beneficiarios, por lo general una vez en la vida. Medicare podría cubrir vacunas adicionales en base a los riesgos.
- **Inmunización contra hepatitis B**
Medicare paga la vacuna anti-hepatitis B y su administración para todos los beneficiarios con riesgo de mediano a alto de contraer la enfermedad.

Para más información

Página de Internet **CMS: inmunizaciones de adultos** <http://www.cms.gov/AdultImmunizations/> (ponga atención: “*Immunizers’ Question & Answer Guide to Medicare Coverage of Seasonal Influenza and Pneumococcal Vaccinations*”, que señala las tasas de pago por vacuna antigripal y su administración, para el uso de inmunizadores masivos y prácticas médicas será actualizado y puesto en este sitio en algún momento a principios de octubre de 2010).

Página de Internet **CMS: red de enseñanza de Medicare (MLN) Productos educacionales de servicios preventivos** http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp#TopOfPage que provee acceso a los recursos educacionales de MLN, desarrollados por CMS para tarifas fijas de proveedores en relación a servicios preventivos con cobertura Medicare, incluyendo inmunizaciones de adultos.

Para información acerca del mes nacional de la inmunización, visite el sitio de Internet del *Centers for Disease Control and Prevention* <http://www.cdc.gov/vaccines/events/niam/default.htm>.

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

Fuente: CMS PERL 201008-12

Entérese primero: Suscríbase a eNews de FCSO

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

Enseñanza basada en Internet – servicios preventivos de Medicare

¿Sabía usted que los cursos basados en Internet (WBT) Parte 2 de la Serie de Servicios Preventivos de Medicare son actualmente libres de costo en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS)?

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

- El examen inicial físico preventivo (IPPE)
- Examen de ultrasonido para aneurisma de aorta abdominal (AAA)
- Examen de cáncer colorrectal
- Pruebas cardiovasculares de examen de sangre
- Examen de detección de diabetes
- Suministros y otros servicios para los beneficiarios con diabetes
- Adiestramiento de auto manejo de la diabetes y terapia nutricional médica
- Servicios de consejería para dejar el uso del tabaco y el cigarrillo

Tomar este curso en línea le ayudará a usted y a su personal entender las reglas de Medicare que envuelven estos beneficios importantes. No solamente eso, pero si usted pasa este curso, usted puede ganar crédito de educación continua. Usted puede tomar este curso, libre de costo, a cualquier hora, al visitar la página de productos Educativos de Servicios Preventivos en http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp. Busque abajo en su pantalla la sección de “*Related Links Inside CMS*” y haga clic en “*Web Based Training Modules*” para tomar este curso.

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

Fuente: CMS PERL 201008-14

Actualizaciones a Medicare Learning Network

Cursos basados en la Internet

¿Necesita saber lo básico de Medicare? La red de enseñanza de Medicare *Medicare Learning Network* (MLN) le ofrece una serie de cursos basados en la Internet (WBT) para enseñar a los profesionales de la salud los fundamentos del programa Medicare. El primero en la serie *World of Medicare* (el mundo de Medicare), le ofrece una introducción básica a Medicare. El segundo de la serie *Your Office in the World of Medicare* (su consultorio médico en el mundo de Medicare) se enfoca en el conocimiento de Medicare requerido por los profesionales de la salud de Medicare y su personal. Ambas actividades ofrecen ahora continuidad de la educación y están disponibles en los productos de MLN en <http://www.cms.gov/MLNproducts/> yendo al final de la página y seleccionando los módulos de enseñanza por Internet “*Web-based Training Modules*” de la sección enlaces relacionados dentro de CMS “*Related Links Inside CMS*”.

Como utilizar las herramientas de iniciativa de codificación nacional correcta *National Correct Coding Initiative* (NCCI)

Consiga de MLN el nuevo manual de la manera de utilizar las herramientas de iniciativa de codificación nacional correcta *How to Use the National Correct Coding Initiative (NCCI) Tools* y aprenda a navegar la página de Internet CMS NCCI. Este Nuevo producto de MLN explica como buscar parejas de correcciones de códigos de Medicare y correcciones de significado médico improbable (MUE). Las herramientas NCCI pueden ayudar a los proveedores a evitar errores de codificación y facturación y denegaciones de pago consiguientes. Si desea familiarizarse con el manual de políticas nacionales de iniciativas de codificación correctas *National Correct Coding Initiative Policy Manual* y con las herramientas de la página de Internet de NCCI, éste es su mejor recurso. Ir a <http://www.cms.gov/MLNProducts/MPUB/list.asp> y entrar a “*How to*” para encontrar esta y otras publicaciones de las series “*How to*” de MLN.

Hemos escuchado las campanas: La influenza de 1918

La versión en español de “*We Heard the Bells: The Influenza of 1918*” (hemos escuchado las campanas: la influenza de 1918), un documental que explora las experiencias de los norteamericanos durante la pandemia de influenza de 1918, está ahora disponible en DVD, sin costo. El documental presenta historias de los sobrevivientes de la pandemia de influenza que inundó los Estados Unidos en 1918. Estos relatos sirven de marco a las preguntas claves que pueden aplicarse a la pandemia actual. La actriz premiada S. Epatha Merkerson (*Law & Order*) hace la narración del documental que incluye información acerca de pandemia de influenza, opuesta a influenza estacional, síntomas, inmunizaciones, tratamientos e investigación. Para conseguir una copia del DVD, ya sea en inglés o en español, visite la página de MLN <http://www.cms.gov/MLNProducts/> luego haga clic en la página para ordenar productos de MLN “*MLN Product Ordering Page*” en la sección de enlaces CMS relacionados “*Related Links Inside CMS*”.

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

Fuente: CMS PERL 201007-48

Actualizaciones sobre medios sociales de comunicación del Medicare Learning Network

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) continúan abriendo nuevos caminos para mejorar los esfuerzos de alcance al público. CMS está ahora usando medios sociales de comunicación para transmitir la información a su audiencia tan rápido como sea posible.

- **LinkedIn:** Únase al grupo de CMS en <http://www.linkedin.com/in/CMSSGov>.
- **YouTube:** Entre al canal oficial de CMS en YouTube en <http://www.youtube.com/CMSSHSGov> para ver varios videos actualmente disponibles y más por venir en los meses siguientes.
- **Twitter:** Siga las dos cuentas de CMS para obtener las últimas novedades sobre la información que usted necesita saber sobre CMS (incluyendo novedades del *Medicare Learning Network*) y *Insure Kids Now*.
 1. Para las novedades de *CMS & Medicare Learning Network*, visite <http://twitter.com/CMSSGov> (Twitter handle = @CMSSGov)
 2. Para las novedades de *Insure Kids Now*, visite <http://twitter.com/IKNGov> (Twitter handle = @IKNGov)

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier enlace de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖
Fuente: CMS PERL 201008-26

Hoja de consejos revisada sobre el identificador nacional del proveedor

La hoja revisada *National Provider Identifier Tip Sheet: Guidance for Organization Health Care Providers Who Apply for National Provider Identifiers (NPIs) for Their Health Care Provider Employees (June 2010)* está ahora disponible en el sitio Web de CMS. Este recurso detalla los pasos que una organización que es un proveedor de cuidados de la salud debe tomar cuando aplica para un identificador nacional del proveedor (NPI) del empleado, en una base individual de registro por registro. Disponible en formato PDF, la hoja informativa puede ser descargada o impresa de la sección “*Education Resources*” de la página Web de NPI en http://www.cms.gov/NationalProvIdentStand/04_education.asp.

Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier enlace de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖
Fuente: CMS PERL 201008-14

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

INFORMACIÓN GENERAL

Presentación oportuna de las reclamaciones – instrucciones adicionales

Número de *MLN Matters*: MM7080

Número de petición de cambio relacionado: 7080

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R734OTN

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

La petición de cambio (CR) 7080 expande las instrucciones de reembolso de pagos por servicio (FFS) de Medicare descritas en el CR 6960 que especificó los estándares básicos de presentación oportuna de las reclamaciones para el reembolso FFS. Esos estándares básicos son un resultado de la Sección 6404 del Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (ACA), el cual establece que las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2010, en adelante, recibieron más de un año de calendario para que la fecha de servicio sea denegada por Medicare. Puntos clave de petición de cambio 7080

- Para reclamaciones institucionales que incluyen un rango de fechas de servicio (i.e., un rango de fechas “desde” y “hasta” en la reclamación), la fecha “hasta” es la que será utilizada para determinar la fecha de servicio para registrar la oportunidad de la reclamación.

- Para reclamaciones de profesionales (CMS-1500 y 837P) incluyendo un rango de fechas, presentadas por médicos y otros suplidores, la fecha “desde” será utilizada para determinar la fecha de servicio y oportunidad de la reclamación. (Esto incluye insumos y renta de instrumentos). Nota: Si no está indicada la fecha “desde”, sino que la fecha “hasta”, los contratistas de Medicare dividirán la línea de ítem y denegarán los servicios por no estar registrados oportunamente.
- Las reclamaciones con fecha de servicio 29 de febrero, deberán ser registradas el 28 de febrero el año siguiente para ser consideradas como registradas oportunamente. Si la fecha de servicio es 29 de febrero de un año cualquiera y es recibida a partir del 1 de marzo del año siguiente, la reclamación será denegada por no haber cumplido los requisitos de presentación oportuna.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7080.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7080, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R734OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20 Transmittal 734, CR 7080

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

La verdad acerca de los incentivos de registros médicos electrónicos

Hay, en este momento, un sinnúmero de comentarios acerca de registros médicos electrónicos (EHR) y la manera en que serán pagados por hospitales y profesionales de la salud.

De manera que usted probablemente tenga también un montón de preguntas sobre el particular: ¿Tengo derecho a recibir pagos como incentivo de acuerdo a los programas de incentivo de Medicare & Medicaid (EHR)? ¿Cuándo comienzan los programas? ¿A cuánto ascienden los pagos de incentivo? ¿Qué debo hacer para participar?

Es importante que usted cuente con una fuente confiable para buscar información fidedigna. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) es la agencia federal que establece estos programas de incentivo. El sitio web de CMS es la fuente federal oficial para todo lo relacionado con los programas de incentivo EHR de Medicare & Medicaid EHR. El sitio contiene recursos actualizados que le darán la visión interna que usted necesita para tomar una decisión documentada.

Evite la lectura de información falsa o engañosa. Consiga los hechos de una fuente federal: el sitio web de los programas de incentivo EHR Medicare & Medicaid de CMS. Visite hoy <http://www.cms.gov/EHRIncentivoPrograms>.

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

Fuente: CMS PERL 201008-31

Retención y formato de medios de comunicación para registros médicos

Número de *MLN Matters*: SE1022

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

Las leyes del estado generalmente gobiernan por cuánto tiempo los registros médicos deben ser retenidos. Sin embargo, las reglas de simplificación administrativas del *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* (HIPAA) requieren a una entidad cubierta, tal como facturación del médico, para retener documentación requerida por **seis años desde la fecha de su creación o la fecha cuando estuvo por último en efecto, cualquiera que sea más tarde**. Los requisitos de HIPAA se adelantan a las leyes del estado si estas requieren periodos más cortos. **Su estado puede requerir un periodo de retención más largo.**

Mientras que la regla de privacidad de HIPAA no incluye los requisitos de retención de registros médicos, sí requiere que entidades cubiertas apliquen medidas administrativas, técnicas, y físicas protectoras apropiadas para proteger la privacidad de los registros médicos y otra información protegida de salud (PHI) para cualquier periodo que la información sea mantenida por una entidad cubierta, incluyendo desechos.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) requieren que los registros de los proveedores que presentan reportes de costo sean retenidos en su original o forma legalmente reproducida para un periodo de al menos cinco años luego del cierre del reporte de costo.

CMS está actualmente comprometido en un proyecto de varios años que ofrece incentivos para los proveedores elegibles que utilizan significativamente los registros electrónicos de salud (EHR). En coordinación de cerca con este programa de incentivo, *The Office of the National Coordinator for Health Information Technology* (ONC) ha desarrollado el conjunto de estándares iniciales y requisitos de certificación para EHR para promover el intercambio de información de salud e interoperabilidad. Usted puede ser elegible para recibir pagos de incentivos para asistir en la implementación de sistemas de tecnología EHR certificada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1022.pdf>.

Fuente: Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1022

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

Actualización de la fecha de transición bancaria

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) confirieron nuevos contratos bancarios a *U.S. Bank* y *JPMorgan Chase*. Los proveedores de Medicare no tiene que tomar ninguna acción. Sin embargo, los proveedores deben estar al tanto de que los pagos de Medicare pueden ser realizados por un banco diferente que en el pasado debido a estos nuevos contratistas bancarios.

Debido a estos asuntos identificados en las pruebas, los proveedores que presentan reclamaciones a *CIGNA Government Services*, *Highmark Medicare Services*, *National Government Services*, *NHIC*, and *Noridian Administrative Services* experimentaran un retraso en la transición a U.S. Bank. **La transición ocurrirá ahora el 30 de agosto en vez del 2 de agosto.**

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

Fuente: CMS PERL 201007-61

Correspondencia de Medicare a la dirección equivocada

Como proveedor de servicios de la salud sujeto a los requisitos de seguridad y privacidad de la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996* y/o de acuerdo a las leyes del estado, usted debe salvaguardar la información de salud identificable y personal del paciente. Si recibe una notificación de envío de remesa por un beneficiario de Medicare que no es su paciente, usted debe 1) destruirla y 2) reportar el hecho a su intermediario fiscal, contratista de Parte B o contratista administrativo de Medicare, según corresponda.

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

Fuente: CMS PERL 201007-48

El sistema de inscripción del proveedor basado en la Internet

El sistema de inscripción del proveedor basado en la Internet para cadenas de negocios y propietarios individuales (PECOS) es fácil de utilizar y ofrece un sinnúmero de ventajas sobre el procedimiento basado en la utilización de papel impreso.

¿Sabía usted que puede presentar una solicitud inicial de inscripción a Medicare, junto a otras acciones de inscripción, utilizando el sistema de inscripción del proveedor basado en la Internet PECOS, en lugar de la solicitud tradicional, en papel?

Y, ¿Sabía usted que el sistema de inscripción del proveedor basado en la Internet PECOS, puede ser el 50 por ciento más rápido que el procedimiento en papel (con un tiempo de procesamiento de 30 a 45 días versus 60 días del proceso basado en papel)?

Aprenda a utilizar el sistema seleccionando las instrucciones apropiadas en base al tipo de proveedor que se detallan a continuación:

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 201007-53, CMS PERL 201007-54

Actualización a octubre de 2010 de tarifa de DMEPOS

Número de *MLN Matters*: MM7070

Número de petición de cambio relacionado: 7070

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de julio de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2006CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

La tarifa fija por equipo médico durable, prótesis, ortóticos e insumos (DMEPOS) se actualiza, cuando es necesario, en una base trimestral para implementar montos de tarifa fija para códigos nuevos y corregir cualquier monto de tarifa fija para códigos existentes. Algunos puntos clave de esta actualización incluyen lo siguiente:

- La jurisdicción de una reclamación para el código L8509, está cambiando del DME MAC al contratista Parte B
- Se está revisando las tarifas fijas de Alaska y Hawaii para el código HCPCS E0973.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7070.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7070, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2006CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 Transmittal 2006, CR 7070

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.

Reapertura de reclamaciones denegadas con datos MSP eliminados

Número de *MLN Matters*: MM6625

Número de petición de cambio relacionado: 6625

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2014CP

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Las reclamaciones de Medicare como pagador secundario (MSP) de plan grupal de salud (GHP) no fueron automáticamente reprocesadas en situaciones donde Medicare se convirtió en el pagador primario luego de que un registro MSP GHP haya sido eliminado o fue terminado luego de que las reclamaciones fueran procesadas sujeto a datos MSP en los archivos de Medicare. Fue la responsabilidad del beneficiario, proveedor, médico u otros suplidores para contactar al contratista de Medicare y solicitar que las reclamaciones denegadas sean reprocesadas cuando el reprocesamiento fuera garantizado.

La petición de cambio (CR) 6625 instruye a los contratistas y a los mantenedores del sistema compartido a implementar un proceso de reabrir reclamaciones GHP MSP cuando datos relacionados a MSP son eliminados o terminados luego de que las reclamaciones fueron procesadas sujetas al registro del beneficiario en la base de datos de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6625.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6625, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2014CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2014, CR 6625

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.

PECOS crea aplicaciones personalizadas según escenario de inscripción

¿Ha utilizado PECOS basado en Internet para sus acciones de inscripción de Medicare? Hágalo hoy.

Utilice el conveniente PECOS basado en Internet (*provider enrollment chain and ownership system*) para ver y cambiar información de inscripción, y para rastrear el procesamiento de su aplicación de inscripción. Y, por que PECOS basado en Internet crea una aplicación personalizada que se ajusta a su escenario de inscripción, usted solamente suministra la información relevante a su aplicación.

Aprenda cómo usar el sistema al seleccionar las instrucciones apropiadas abajo basado en el tipo de proveedor:

Médicos y profesionales de la salud

Utilizar PECOS basado en Internet es fácil

Aprenda cómo utilizar el sistema al visitar [Medicare Physician and Non-Physician Practitioner Getting Started Guide](#). Y si usted encuentra problemas o tiene preguntas mientras navega el sistema, existen varios recursos que le pueden ayudar.

No espere, libere su organización del papel -- comience hoy a usar PECOS basado en Internet.

Organizaciones del proveedor y suplidor

Utilizar PECOS basado en Internet es fácil

Aprenda cómo utilizar el sistema al visitar [Getting Started Guide for Provider and Supplier Organization](#). Recuerde, el proceso por el cual una organización de proveedores puede usar PECOS basado en Internet puede tomar varias semanas. Se recomienda que usted comience este proceso (si es necesario) muy de antemano de cualquier acción de inscripción. Para más información sobre el proceso de configuración, visite nuestro [Provider and Supplier Organization Overview](#).

No espere, libere su organización del papel -- comience hoy a usar PECOS basado en Internet.

Nota: PECOS basado en Internet no está disponible todavía para los suplidores de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS). El sistema estará disponible para su uso por los suplidores de DMEPOS más tarde este año.

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

Fuente: CMS PERL 201008-23, CMS PERL 201008-24

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor septiembre de 2010

Temas de actualidad: Medicare Parte A (ACT)

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

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

Temas de actualidad: Medicare Parte B (ACT)

Cuando: miércoles, 15 de septiembre
 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

Introducción al programa de incentivo para
 Expediente Electrónico de Salud

Cuando: lunes, 20 de septiembre
 Hora: 2:00 p.m.-3:00 p.m. ET
 Tipo: Seminario en persona

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

Revisión de reclamaciones de Medicare para
 proveedores de Parte B que ordenan o refieren

Cuando: martes, 21 de septiembre
 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. 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.fcs.com> para detalles y nuevos programas de eventos educativos (teleconferencias, webcasts, etc.) o llame a la línea de inscripción urgente de educación al proveedor de FCSO 1-904-791-8103 para enterarse de nuestras oportunidades más recientes de cursos para proveedores.

HOSPITAL

Cambios en la política y tasas de pago de hospitales en el año fiscal 2011

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han dictaminado una reglamentación final el 30 de julio, estableciendo las políticas y tasas de pago para el año fiscal (FY) 2011 para atención a pacientes hospitalizados provistas por hospitales de cuidados intensivos, hospitales de cuidados prolongados (LTCH) y ciertos hospitales excluidos. Debido al momento en que se promulgó la ley de protección al paciente y medicina al alcance de todos *Patient Protection and Affordable Care Act* y la ley de compatibilidad de cuidados de la salud y educación *Health Care and Education Reconciliation Act of 2010* (colectivamente ley de medicina al alcance todos “*Affordable Care Act*”), CMS propuso una reglamentación para el FY 2011 de sistema de pagos prospectivos de paciente hospitalizado *inpatient prospective payment system* (IPPS)/LTCH, así como un suplemento a la reglamentación propuesta que se refiere a ciertas modificaciones hechas a la *Affordable Care Act*. La reglamentación final, publicada respectivamente en las ediciones del 4 de mayo y 2 de junio del *Federal Register*, considera los comentarios recibidos por CMS tanto en la reglamentación propuesta como en el suplemento.

La reglamentación final se extiende a aproximadamente 3,500 hospitales de cuidados intensivos bajo IPPS y a aproximadamente 420 hospitales de cuidados prolongados bajo LTCH PPS, para dadas de alta a partir del 1 de octubre de 2010. También actualiza los límites de la tasa-de-incremento para ciertos hospitales excluidos de IPPS que son pagados en base a un costo razonable dentro de estos límites. Los límites de la tasa-de-incremento entrarán en vigencia para los períodos de reporte de costos a partir del 1 de octubre de 2010.

El administrador de CMS, Donald Berwick, manifestó que “la reglamentación final que estamos promulgando hoy, asegurará que Medicare pague a los hospitales de manera precisa por servicios a pacientes hospitalizados beneficiarios de Medicare, al mismo tiempo que acoge el progreso constante en la calidad y seguridad de la atención médica”.

Con ésto, CMS está actualizando las tasas de hospitales de cuidados intensivos, en un 2.35 por ciento. Esta actualización refleja un incremento inflacionario de la canasta del mercado de un 2.6, lo que significa un leve incremento sobre la tasa de inflación de FY 2010. La reglamentación final reduce la actualización del 2.6 por ciento de inflación en 0.25 por ciento, como lo exige la *Affordable Care Act*. Además, CMS aplicará un ajuste del -2.9 por ciento por “documentación y codificación. Las prácticas de codificación de los hospitales a partir de la adopción de los grupos relacionados con diagnósticos-de-gravedad de Medicare (MS-DRG), aumentan el pago agregado a los hospitales, pero no reflejan precisamente un aumento en la gravedad de la enfermedad del paciente. Según legislación promulgada en 2007, CMS está obligado a recuperar la cantidad completa de los pagos en exceso, debido a cambios en las prácticas de codificación de los

hospitales durante FY 2008 y 2009, el año fiscal FY 2012 a más tardar. CMS ha determinado que para recuperar los pagos en exceso, es necesario un ajuste de -5.8 por ciento. El ajuste de -2.9 por ciento para FY 2011 es la mitad de esta cantidad. CMS estima que bajo la reglamentación final, considerando todos los factores que inciden en los gastos, en FY 2011, los pagos por gastos de operación a hospitales de cuidados intensivos disminuirán, comparado con FY 2010, en un 0.4 por ciento, o \$440 millones.

En forma similar, CMS está actualizando las tasas de LTCH en un 2.5 con motivo de la inflación, pero además reduciendo la actualización de inflación en un punto porcentual de 0.5 por ciento, como lo exige la *Affordable Care Act*. Además, CMS aplicará un ajuste de -2.5 por ciento a la tasa federal estándar LTCH por el incremento estimado del gasto en los FY 2008 y 2009 debido a documentación y codificación que no refleja un aumento en la gravedad de la enfermedad del paciente. CMS estima que el pago agregado a LTCH, aumentará en aproximadamente 0.5 por ciento o \$22 millones, teniendo en cuenta todas las disposiciones de la reglamentación final que estarían afectando el gasto.

Bajo la legislación actual, los hospitales que reportan exitosamente evaluaciones de calidad incluidas en el programa de *Reporting Hospital Quality Data for Annual Payment Update* (reporte de datos de calidad del hospital para la actualización del pago anual, RHQDAPU), recibirán la actualización completa de 2011. Los hospitales que no participan en el programa de reporte de calidad, obtendrán la actualización menos dos puntos por ciento. Basado en lo reportado durante 2009, el 96 por ciento de los participantes están recibiendo este año la actualización completa.

La reglamentación final agrega 12 medidas de evaluación al conjunto RHQDAPU y elimina una medida de evaluación actual – mortalidad por procedimientos quirúrgicos seleccionados (compuestos). Sin embargo, solamente 10 de las nuevas medidas de evaluación – incluyendo tasas de ocurrencia por ocho de 10 categorías de condiciones que están sujetas a la política de condiciones adquiridas-en-el-hospital (HAC) – serán consideradas en determinar la actualización del hospital en FY 2012. Las dos medidas de evaluación restantes a ser reportadas en 2011, serán consideradas en la determinación de la actualización del hospital en FY 2013.

La ley de Medicare exige a los hospitales incluir servicios de diagnóstico y la mayoría de los servicios provistos en el departamento de pacientes ambulatorios y que sin ser de diagnóstico están relacionados con el ingreso al hospital, ya sea el día de ingreso o hasta tres días calendario anteriores a éste (un día de hospital no pagado bajo IPPS) como parte de la estadía del paciente hospitalizado. Esta política protege tanto a Medicare como al beneficiario de pagar por separado bajo Medicare Parte B por servicios que deben estar incluidos en el pago de Parte A por la estadía del paciente.

Cambios en la política y tasas de pago de hospitales... (continuación)

El Congreso ha clarificado recientemente las situaciones en las cuales estos servicios que no son de diagnóstico deben ser considerados parte de la estadía de un paciente beneficiario. La clarificación, incluida en la ley *Preservation of Access to Care for Medicare Beneficiaries and Pension Relief Act of 2010* (“*Preservation of Access to Care Act*”, (ley de protección del acceso a la atención médica)), es consistente con el convencimiento de CMS de que los hospitales han facturado demasiado a Medicare en el pasado. Esta disposición se ha hecho efectiva para servicios provistos a partir del 25 de junio de 2010 y CMS la está implementando a través de una reglamentación provisoria. El período de comentarios a esta reglamentación provisoria finaliza el 28 de septiembre de 2010.

La reglamentación final fue publicada en el *Federal Register* el 30 de Julio y puede encontrarse bajo archivos particulares en http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2010-19092_PI.pdf o en <http://www.ofr.gov/inspection.aspx#special>

Para mayor información, vea: http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/01_overview.asp.

CMS emitió el 30 de Julio, tres hojas informativas con detalles adicionales disponibles en http://www.cms.gov/apps/media/fact_sheets.asp.

Nota: Más información sobre la reglamentación propuesta, incluyendo ajustes a la documentación y codificación y los cambios al programa RHQDAPU y debate de HAC, será incluida en las hojas informativas que serán publicadas en la página de Internet de CMS http://www.cms.gov/apps/media/fact_sheets.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201008-01

Las hojas de orientación del programa de incentivo CMS EHR están disponibles en Internet

En el sitio de Internet del programa de incentivo de registros médicos electrónicos (EHR) de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms> están disponibles las hojas de orientación siguientes:

- *EHR Incentive Program for Medicare Hospitals* (programa de incentivos HER para hospitales de Medicare)
Entérese de que hospitales son elegibles para pagos de incentivo. (Vea más abajo, por separado, la hoja de orientación que se refiere a hospital de acceso crítico [CAHS]). Esta hoja provee información fácil de utilizar acerca de los factores que impactan los montos de pago de incentivo y presenta ejemplos de cálculo de pago.
- *EHR Incentive Program for Critical Access Hospitals* (programa de incentivo HER para hospitales de acceso crítico de Medicare)

¿Cómo se calcula los pagos de incentivos de Medicare para CAH? ¿Cuándo se pueden obtener? En esta discusión informativa aprenderá más acerca del cálculo de pagos de incentivo. Se dan ejemplos de cálculo. Esta hoja también informa de la manera en que podrían ser reducidos los reembolsos, para CAH que, para 2015, no hayan demostrado uso significativo de tecnología EHR certificada.

En el sitio de Internet del programa de incentivos EHR, seleccione la tecla hospitales, a la izquierda y luego baje a “Downloads”.

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

Fuente: CMS PERL 201007-51

Cambios al indicador de admisión 1 y segmento K3

Número de *MLN Matters*: MM7024
 Número de petición de cambio relacionado: 7024
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de agosto de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R756OTN
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

El 8 de febrero de 2006, el presidente promulgó la ley *Deficit Reduction Act* (DRA) of 2005. La sección 5001(c) de la DRA requiere la identificación de condiciones:

- Alto costo, alto volumen o ambos
- Que dan por resultado que un caso asignado a un grupo de diagnóstico relacionado (DRG) que tiene un pago más alto cuando se presenta como diagnóstico secundario
- Además, el segmento K3, que se exigía para reportar POA en la versión 4010A1 de 837I, no se utiliza más.

Cambios al indicador de admisión 1 y segmento K3... (continuación)

- Que podrían haberse razonablemente evitado por medio de la aplicación de directivas basadas en evidencias. La sección 5001(c) permite que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) puedan de vez en cuando modificar la lista de condiciones, toda vez que contengan dos condiciones por lo menos.

Para dadas de alta ocurridas a partir del 1 de octubre de 2008, los hospitales no recibirán pago adicional para casos en que una de las condiciones seleccionadas no estaba presente en el momento de admisión (POA). Esto es, el caso será pagado como si no existiese el segundo diagnóstico.

CMS también exige a los hospitales reportar la información de POA tanto para el diagnóstico primario como para el secundario, cuando se presenta reclamaciones por dadas de alta a partir del 1 de octubre de 2007.

Puntos clave de petición de cambio 7024

- El sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados no reportará más el presente indicador POA '1'.
- Los códigos de diagnóstico ICD-9-CM exentos del requisito de reporte POA, deberán ser dejados en blanco en lugar de ponerles el indicador POA "1".
- Además, el segmento K3, que se exigía para reportar POA en la versión 4010A1 de 837I, no se utiliza más para reportar POA.
- Los indicadores POA seguirán en cambio, los códigos de diagnóstico en el segmento 2300 HI que corresponda.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7024.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7024, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R756CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20 Transmittal 756, CR 7024

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.

Implementación de la política de hospitalización interrumpida de IPF PPS

Número de *MLN Matters*: MM7044

Número de petición de cambio relacionado: 7044

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2009CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han emitido la petición de cambio (CR) 7014, en respuesta al contenido del reporte emitido por la oficina del inspector general *Office of Inspector General* (OIG), titulada *Nationwide Review of Medicare Payments for Interrupted Stays at Inpatient Psychiatric Facilities for Calendar Years 2006 and 2007*, (revisión nacional de los pagos de Medicare por hospitalización interrumpida en un hospital psiquiátrico durante los años calendario 2006 y 2007, A-01-09-00508). En base al contenido de este reporte, CMS está implementando la política de hospitalización interrumpida, en la cual el paciente es ingresado a un hospital psiquiátrico (IPF) diferente, antes de la medianoche del tercer día consecutivo después de haber sido dado de alta del IPF original.

La sección 124 de la ley *Medicare, Medicaid, and SCHIP (State Children's Health Insurance Program) Balanced Budget Refinement Act of 1999 (BBRA)* (Pub.

L.106-113), ordena que el *Secretary of U.S. Department of Health & Human Services* desarrolle un sistema de pagos prospectivos (PPS) diario, para servicios provisto a pacientes hospitalizados en hospitales psiquiátricos y unidades psiquiátricas. IPF PPS ha sido implementado en enero de 2005. Un aspecto de IPF PPS incluye una política de hospitalización interrumpida.

Cuando Medicare detecta una reclamación que muestra una hospitalización interrumpida, el contratista de Medicare ajustará la reclamación(es) que corresponda (incluyendo historial de reclamaciones, en caso de que sea necesario) por orden de fecha de servicio, para reflejar una reducción en el pago debido al ajuste del pago diario variable aplicado debido a una hospitalización interrumpida.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7044.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7044, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2009CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 Transmittal 2009, CR 7044

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 anual del PPS PRICER del año fiscal 2011 de los hospitales de rehabilitación

Número de *MLN Matters*: MM7076

Número de petición de cambio relacionado: 7076

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de agosto de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2026CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

El 7 de agosto de 2001, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publicaron una reglamentación final que estableció el sistema de pagos prospectivos (PPS) para hospitales de rehabilitación (IRF), según lo autorizado por la sección 1886(j) de la *Social Security Act (the Act)*. En esa reglamentación final, publicada en el *Federal Register*, CMS establece tasas federales por dadas de alta para el año fiscal (FY) 2002. Estas tasas IRF PPS están vigentes para periodos de reporte de costos a partir del 1 de enero de 2002. La sección 1886(j)(3)(C) de la ley (*Act*) determina actualizaciones anuales de IRF PPS.

La notificación de la actualización anual FY 2011 IRF PPS, publicada el 22 de Julio de 2010, establece las tasas de pagos prospectivos aplicables para el IRF de FY 2011. Se pondrá en circulación un nuevo software IRF PRICER antes del 1 de octubre de 2010, el que contendrá las tasas actualizadas vigentes para las reclamaciones con dadas de alta que sucedan entre el 1 de octubre de 2010 y 30 de septiembre de 2011.

Actualizaciones de PRICER para IRF PPS FY 2011 (1 de octubre 2010 a 30 de septiembre 2011)

- La tasa federal estándar es de \$13,860
- La cantidad de pérdida fija es de \$11,410
- El factor en relación al trabajo es de 0.75271
- El factor no relacionado con trabajo es de 0.24729
- La razón urbana nacional de promedio de costo-a-cobro (CCR) es de 0.489
- El promedio rural nacional CCR es de 0.620
- El ajuste por paciente de bajos ingresos (LIP) es de 0.4613, lo que significa que no hay cambios desde FY 2010
- El ajuste por enseñanza es de 0.6876, lo que significa que no hay cambios desde FY 2010
- El ajuste rural es de 1.1840, que es el mismo de FY 2010

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7076.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7076, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2026CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 Transmittal 2026, CR 7076

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.

PPS PC PRICER de pacientes de establecimientos psiquiátricos – actualización de datos del proveedor a julio 2010

Ha sido agregado al sitio de Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), el sistema de computador personal (PC) PRICER de pagos prospectivos de establecimientos psiquiátricos (IPF) correspondiente al año de tasación (RY) 2011. El RY de 2010 ha sido actualizado en el sitio de Internet de CMS, con datos de julio de 2010. Si usted utiliza IPF PPS PC PRICER para RY 2011 o RY 2010, vaya a la página http://www.cms.gov/PCPricer/09_inppsy.asp a la sección *Downloads* y baje a su computador personal las versiones más recientes de IPF PPS RY 2011 y de RY 2010 PC PRICERS, puesta el 23 de julio de 2010.

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

Fuente: CMS PERL 201007-49

Actualización del sistema de pagos prospectivos PC PRICER 2010

El sistema de computador personal (PC) PRICER de pagos prospectivos correspondiente al año fiscal 2010 ha sido actualizado para corregir un problema de exhibición HSP. Si usted utiliza PC PRICER para pacientes PPS del año fiscal (FY) 2010, vaya a la página de Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp y baje a su computador la versión más reciente de PC PRICER.

Note que ahora hay dos versiones de PRICER para FY 2010. Uno corresponde a las reclamaciones de 1 de octubre de 2009 a 31 de marzo de 2010 y la otra es para reclamaciones desde el 1 de abril al 30 de septiembre de 2010. Ambos módulos para descargar han sido cambiados. La fecha de actualización es 26 de Julio de 2010.

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

Fuente: CMS PERL 201007-50

Actualización del sistema PRICER de pagos prospectivos de paciente ambulatorio

La página de Internet del sistema PRICER de pagos prospectivos de paciente ambulatorio *outpatient prospective payment system* (PPS) PRICER, localizada en el sitio de Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), en <http://www.cms.gov/PCPricer/OutPPS/list.asp> ha sido actualizada recientemente para incluir las actualizaciones de julio de 2010 para datos del proveedor de paciente ambulatorio. Los usuarios pueden acceder ahora a las actualizaciones de julio de los datos del proveedor, descargando los archivos “3rd Quarter 2010 Files” y seleccionando el archivo titulado “OPSF July 2010 Update”.

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

Fuente: CMS PERL 201007-56

Hoja informativa actualizada de del sistema de pagos prospectivos de establecimientos siquiátricos

Esta hoja informativa actualizada, titulada sistema de pagos prospectivos de establecimientos siquiátricos *Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System* (Mayo 2010), que provee información general acerca del sistema de pagos prospectivos de establecimientos siquiátricos (IPF PPS), explica la manera en que se determinan las tasas de pago IPF PPS provee además la actualización anual de la tasa de 2011 de IPF PPS y está ahora disponible en formato impreso en la red educacional de Medicare *Medicare Learning Network*. Para ordenar, visite <http://www.cms.gov/MLNGenInfo> baje a “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page”.

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

Fuente: CMS PERL 201007-58

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Actualización al PRICER del sistema de pagos prospectivos de centro de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*: MM7034
 Número de petición de cambio relacionado: 7034
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R2023CP
 Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Actualizaciones anuales a los índices del sistema de pagos prospectivos (PPS) son requeridas por la Sección 1888(e) del *Social Security Act*, como fue emendado por el *Medicare, Medicaid, and SCHIP Balanced Budget Refinement Act of 1999* (el BBRA), el *Medicare, Medicaid and State Child Health Insurance Program (SCHIP) Benefits Improvement and Protection Act of 2000* (BIPA), y el *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003* (MMA), relacionado a los pagos de Medicare y facturación consolidada para los centros de enfermería especializada (SNF).

La promulgación del *Affordable Care Act* (ACA) incluye varias provisiones que afectan el SNF PPS. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están actualmente finalizando una estrategia para completar los cambios a la infraestructura compleja necesaria para implementar estos cambios con precisión. CMS ha concluido que la mejor forma de minimizar el riesgo será el establecer un mecanismo de pagos provisionales que utilizan el conjunto mínimo de datos (MDS) 3.0 y el nuevo sistema de grupo de utilización de recurso (RUG-IV) en su totalidad como se finalizó en la regla final FY 2010 SNF PPS (74 FR 40288, 11 de agosto de 2009). La actualización del software PRICER emitida para los contratistas de CMS refleja este acercamiento de pago provisional. Una vez la infraestructura necesaria está en su lugar, CMS luego emitirá un programa PRICER revisado e instrucciones a los contratistas para ajustar las reclamaciones retroactivamente para reflejar las provisiones aplicables del ACA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7034.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7034, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2023CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 Transmittal 2023, CR 7034

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.

Reportes anticipados five star de agosto

Los reportes anticipados de five-star estarán disponibles a más tardar el viernes 20 de agosto. Para acceder estos reportes, seleccione el enlace a reportes CASPER al final de este artículo. Una vez en el sistema CASPER, haga clic en el botón "*Folders*" y acceda el reporte *Five-star* en su folder "*st LTC facid*", "*st*" es el código postal de dos dígitos del estado en el que se encuentra su establecimiento y "*facid*" es la identificación (*facility ID*) asignada a su establecimiento.

El sitio web *The Nursing Home Compare*, actualizará el reporte *five star* con los datos de agosto, el día 26 de agosto de 2010.

Nota: La línea de ayuda de five star estará disponible desde el 23 al 27 de agosto de 2010. Los reportes anticipados del proveedor continuarán estando disponibles mensualmente con anticipación a la puesta al público e incluirán las fechas y horas de disponibilidad de la línea de ayuda.

BetterCare@cms.hhs.gov es un medio alternativo de comunicación para consultas directas.

Para obtener la información más reciente sobre el sistema de evaluación de calidad *five-star*, visite http://www.cms.gov/CertificationandCompliance/13_FSQRS.asp

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

Fuente: CMS PERL 201008-32

ESRD

CMS anuncia el nuevo PPS para establecimientos de enfermedad renal en su estado terminal

El programa recompensará los servicios eficientes y de alta calidad prestados a pacientes de enfermedad renal en estado terminal (ESRD).

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han determinado una reglamentación final que cambiará el modo en que Medicare paga por servicios de diálisis a beneficiarios que padecen de ESRD. CMS también ha propuesto una regla que establecerá un Nuevo programa de incentivo de calidad (QIP) para promover alta calidad de servicios en establecimientos de diálisis por medio de relacionar el pago a un establecimiento a sus estándares de desempeño. El QIP es el primer programa de pago-por-desempeño en el sistema de Medicare de pago-por tarifa.

Donald Berwick, M.D. Administrador de CMS manifestó que “el nuevo sistema de pago y programa de incentivo de calidad por servicios de diálisis, tienen un potencial significativo para mejorar los resultados del paciente y promover la entrega eficiente de los servicios de cuidados de la salud”, y luego manifestó que “además, por primera vez en nuestro sistema de pagos, los cuidados que un establecimiento de salud prestan al paciente, estará reflejado en las tasas de pago”. En la actualidad, los establecimientos se limitan a informar que han cumplido con las medidas mínimas de calidad.

Además de haber finalizado las políticas del sistema de pagos prospectivos (PPS) de ESRD y las tasas para el año calendario 2011, CMS propuso una regla que establecerá estándares de desempeño y una metodología de evaluación para el programa de incentivo de calidad requerido por la ley de mejoras para pacientes y proveedores de Medicare, *Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008*, para asegurar la calidad de la atención al paciente que sufre de ESRD.

Haga clic en http://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp para leer el comunicado de prensa completo entregado por CMS el 26 de julio.

También, vea la hoja informativa de CMS (del 26 de Julio) https://www.cms.gov/apps/media/fact_sheets.asp para información adicional.

Un enlace a la reglamentación propuesta, que será publicada el 12 de agosto de 2010 en el *Federal Register*, estará disponible en http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2010-18466_PI.pdf o <http://www.ofr.gov/inspection.aspx>.

CMS aceptará comentarios sobre la propuesta de reglamentación QIP, hasta el 24 de septiembre de 2010 y los responderá en una reglamentación final más adelante, durante este año.

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

Fuente: CMS PERL 201007-47

INFORMACIÓN GENERAL

Implementación 5010 – cambios a PRICER, GROUPER y códigos de editor de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM7004

Número de petición de cambio relacionado: 7004

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de agosto de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2028CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Las disposiciones de simplificación administrativa de la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) de 1996, exigen a la *Secretary of Health & Human Services* adoptar transacciones electrónicas estándar y conjuntos de códigos para las transacciones administrativas de cuidados de la salud.

Se han efectuado cambios al sistema PRICER de pagos prospectivos de paciente hospitalizado *inpatient prospective payment system* (IPPS), hospitales psiquiátricos *inpatient psychiatric facility* (IPF) PPS y centros de enfermería especializada *skilled nursing facility* (SNF) y al sistema intermediario fiscal estándar *intermediary standard system* (FISS), para permitir que sean procesados estos códigos adicionales. Además, se cambiará la interface FISS a los códigos de GROUPER y código editor de Medicare (MCE). GROUPER y MCE podrán procesar más códigos ICD-9-CM para determinar la gravedad-del-diagnóstico de grupos relacionados de Medicare (MS-DRG).

Implementación 5010 cambios a PRICER, GROUPER y... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7004.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7004, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2028CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 Transmittal 2028, CR 7004

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 PRICER de servicios paliativos para el año fiscal 2011

Número de *MLN Matters*: MM7077

Número de petición de cambio relacionado: 7077

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de julio de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2004CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid están actualizando el pagos por servicios médicos paliativos, cantidad límite agregada por servicios paliativos y el índice anual de pagos por este tipo de servicios. La ley de seguro social, *The Social Security Act (the Act) (Section 1814(i)(1)(C)(ii))*, establece que el pago por servicios paliativos

para el año fiscal 2002, será incrementado de acuerdo al porcentaje de incremento de la canasta del mercado por ese año fiscal (FY) y esta metodología de pagos está codificada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7077.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7077, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2004CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 Transmittal 2004, CR 7077

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.

Modificación de las instrucciones para reportar fechas de evaluación

Número de *MLN Matters*: MM7019

Número de petición de cambio relacionado: 7019

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2011CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Las actuales instrucciones de Medicare exigen a los proveedores del sistema de pagos prospectivos *prospective payment system* (PPS) de casas de reposo *inpatient rehabilitation facility* (IRF) y centros de enfermería especializada *skilled nursing facility* (SNF), reportar las fechas de evaluación en el formulario de localización 45; fecha de servicio del formulario UB-04 CMS-1450 o del circuito cerrado 2400, fecha y periodo de tiempo (DTP) campo de fecha de evaluación en la actual versión electrónica 4010A1 837I. La fecha DTP de evaluación ha sido eliminada de la nueva versión electrónica 837I. Debido a la eliminación de este campo, los proveedores no podrán más reportar las fechas de evaluación en los campos de fechas de servicio.

Para IRF PPS, IRF comenzarán a utilizar el código

de ocurrencia 50 para reportar la fecha en que ha sido transmitida la fecha de evaluación a la base de datos de colección nacional de evaluación de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS). Para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, los proveedores no podrán más reportar esta fecha en el campo de fecha de servicio de UB-04 ni en la versión electrónica 837I. **Para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, debe reportarse el código de ocurrencia 50 en todos los tipos de factura 11x de IRF PPS.** Si el proveedor omite el código de ocurrencia 50, Medicare devolverá tales reclamaciones como no procesadas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7019.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7019, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2011CP.pdf>.

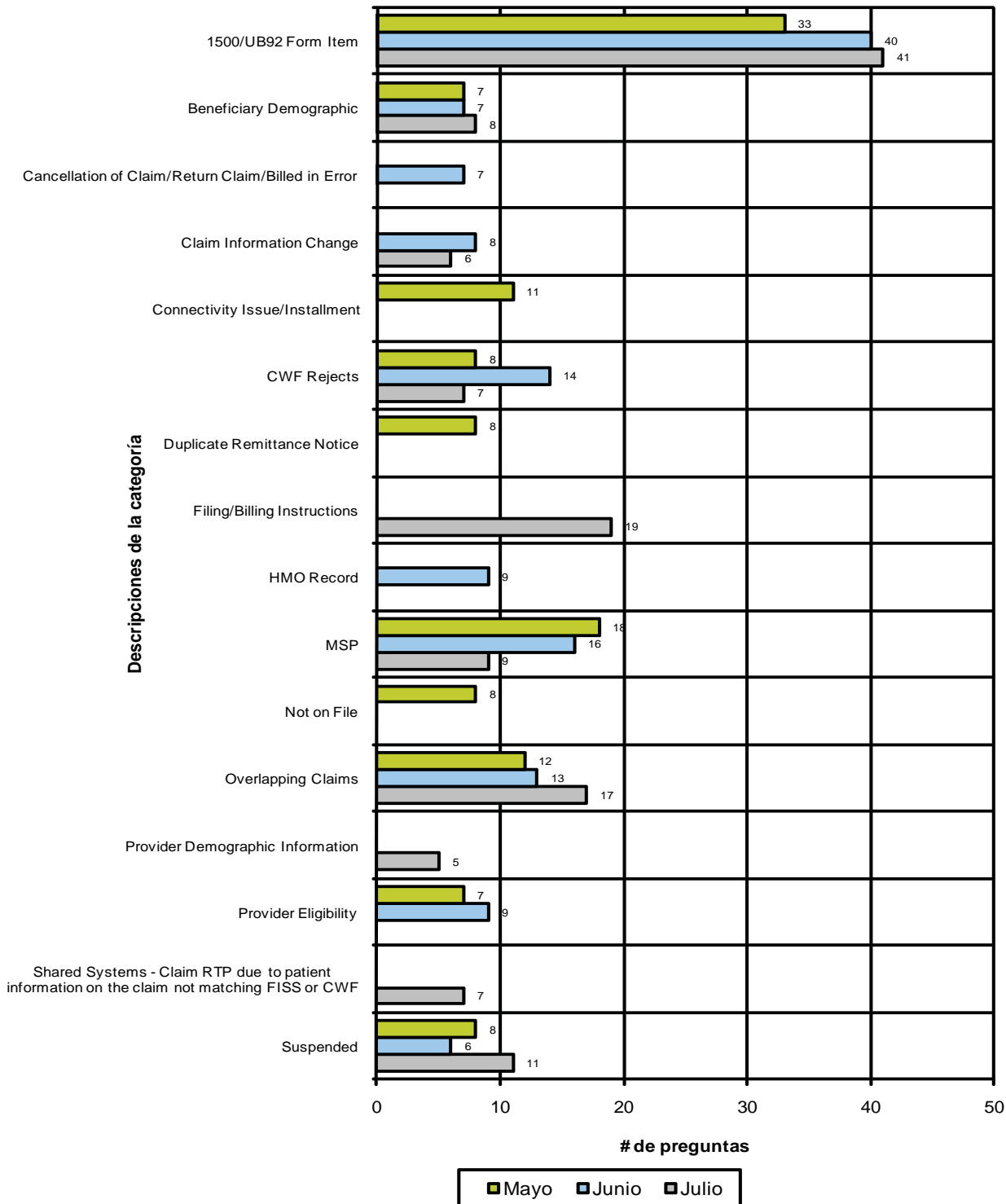
Fuente: CMS Pub. 100-04 Transmittal 2011, CR 7019

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

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

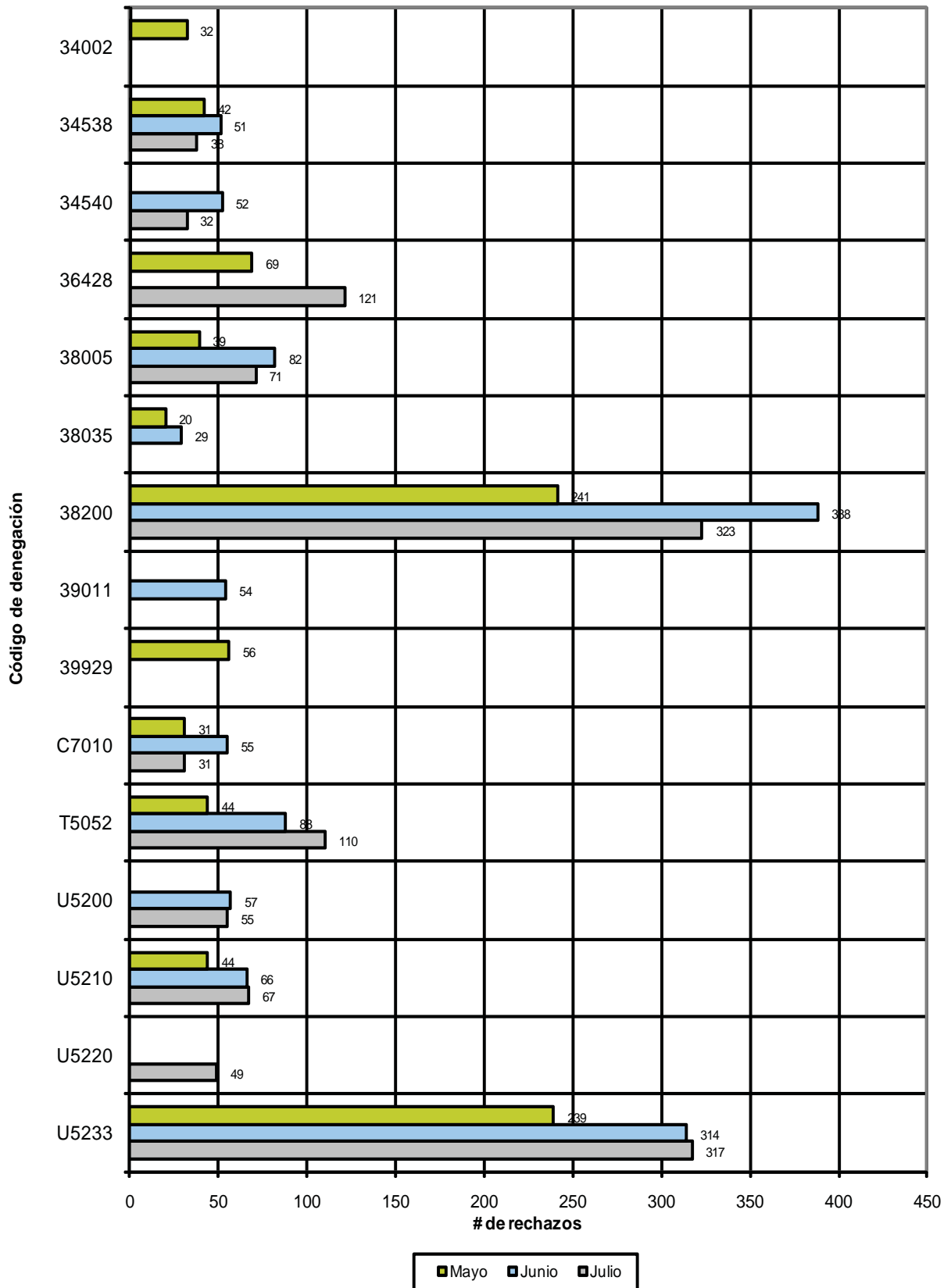
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de mayo-julio de 2010. Para consejos y recursos que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

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



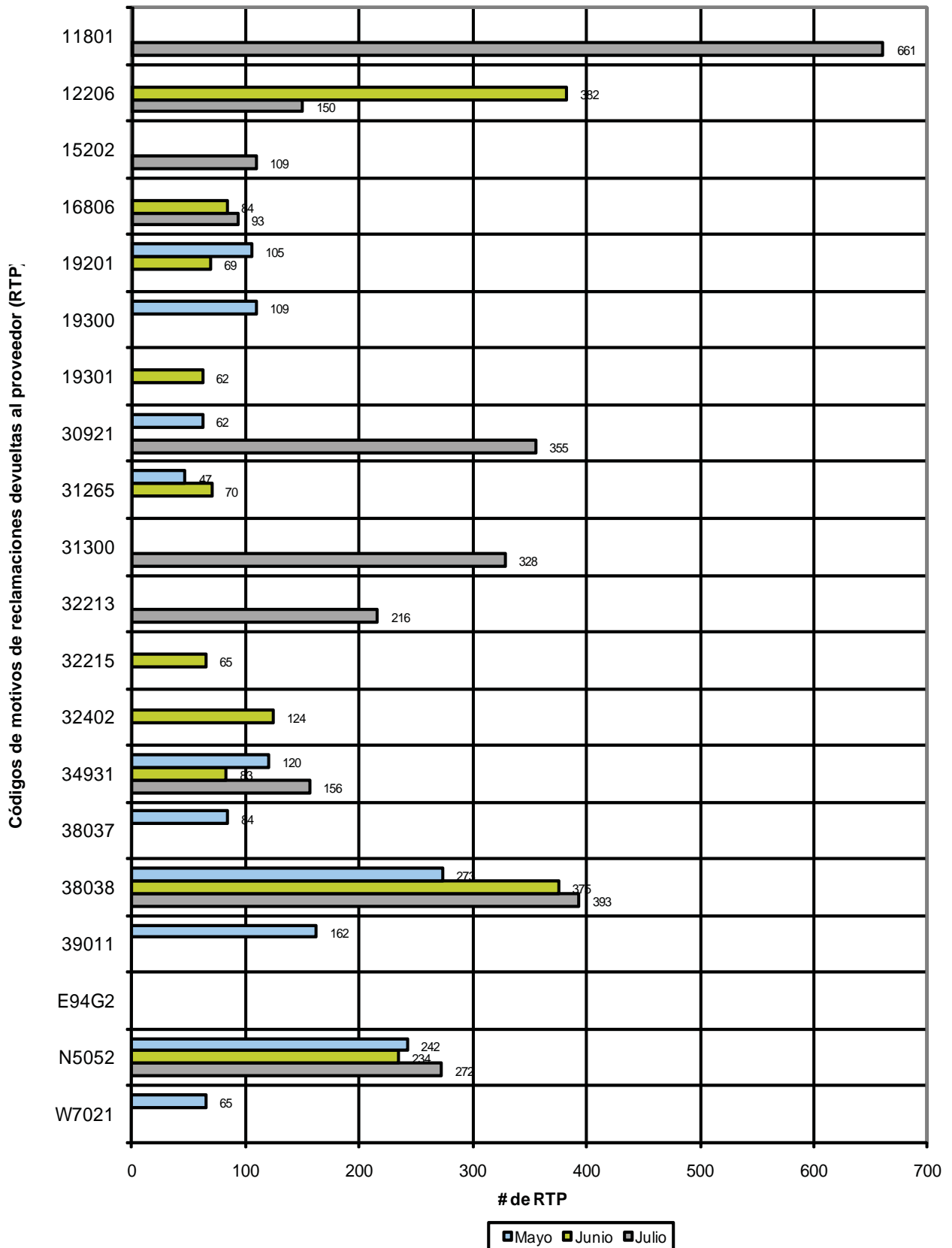
Preguntas más frecuentes, denegaciones y... (continuación)

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



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

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

LCD Nuevas

| | |
|--|----|
| A86003: Allergy testing..... | 28 |
| A88182: Flow cytometry | 28 |
| A95990: Implantable infusion pump for chronic intractable pain | 29 |
| AQutenza: Qutenza® (capsaicin) 8% patch | 29 |
| AXiaflex: Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) | 30 |

Modificaciones a LCD existentes

| | |
|--|----|
| A70450: Computed tomography scans of the head or brain | 30 |
| A72192: Computed tomography of the abdomen and pelvis | 31 |
| AJ2778: Ranibizumab (Lucentis®) | 31 |
| ANCSVCS: The list of Medicare noncovered services | 32 |

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

LCD Nuevas

A86003: Allergy testing – LCD nueva

Número de identificación de LCD: L31267 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Alergia es una forma de sensibilidad exagerada o hipersensibilidad a una sustancia que es inhalada, ingerida, inyectada o hace contacto con la piel o los ojos. El término alergia se utiliza para describir situaciones donde la hipersensibilidad es resultado de la reacción excesiva o alterada del sistema de inmunización a sustancias externas. Los desórdenes por alergia o hipersensibilidad pueden manifestarse tanto por reacciones sistémicas generalizadas como localizadas en cualquier parte del cuerpo. Las reacciones pueden ser agudas, moderadas o crónicas, inmediatas o retardadas y pueden ser causadas por una variedad de agentes: polen, moho, parásitos, polvo, plumas, pelaje o piel de animales, venenos, alimentos, drogas/medicinas, etc.

Una prueba de alergia es realizada para determinar la reacción sensitiva o inmunológica de un paciente a determinados alérgenos, con la finalidad de identificar la causa de un estado de alergia y está basada en hallazgos durante un historial médico e inmunológico completo y examen físico apropiado obtenido por contacto personal con el paciente.

Fecha de vigencia

Esta nueva determinación local de cobertura es efectiva para servicios provistos a partir del 30 de septiembre de 2010. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

A88182: Flow cytometry – LCD nueva

Número de identificación de LCD: L31231 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Flow cytometry (FCM) es un procedimiento que mide y analiza en forma simultánea múltiples características físicas de células aisladas, mientras éstas fluyen en una corriente de flúidos que pasa a través de un rayo de luz. La luz activa moléculas fluorescentes, dando por resultado dispersión de luz, la que forma un patrón que puede ser analizado para determinar las características de la célula. Puede utilizarse FCM para análisis de sangre, flúidos corporales, CSF, médula ósea, amígdalas, bazo y otros órganos sólidos. La información obtenida del análisis de las células puede ayudar a determinar pronósticos médicos, ayudar en el análisis de efusiones, orina u otros fluidos en los que las células cancerosas podrían ser pocas o estar mezcladas con células benignas, detectar metástasis en nódulos linfáticos o médula ósea o suplementar aspiraciones con aguja fina.

El flow cytometer está conformado por tres sistemas principales: electrónicos, ópticos y de flúidos. El sistema de flúidos transporta al rayo laser partículas contenidas en una corriente. El sistema óptico consiste en rayos laser que iluminan las partículas contenidas en la corriente de muestra y en filtros ópticos que dirigen las señales resultantes a los detectores que corresponde. El sistema electrónico se ocupa de las señales de luz detectadas y las convierte en señales electrónicas que pueden ser procesadas por la computadora. Algunos *flow cytometers* tienen facilidades de clasificación que permiten al sistema electrónico iniciar decisiones de clasificación para cargar y desviar partículas.

Esta nueva determinación local de cobertura (LCD) ha sido creada para destacar las indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos ICD-9-CM en apoyo de una necesidad médica, requisitos de documentación y guías de utilización. Para este servicio, también se ha preparado un anexo “Coding Guidelines” el cual contiene información de facturación.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

A95990: Implantable infusion pump for the treatment of chronic intractable pain – LCD nueva

Número de identificación de LCD: L31249 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El implante de bomba de infusión es un sistema de medicación que es utilizado para administrar una solución, que contiene medicinas destinadas al exterior de los intestinos, en infusión intermitente o continua en un flujo regulable. Su propósito es administrar a un lugar específico del cuerpo, un nivel terapéutico de una medicina determinada.

Esta nueva LCD ha sido desarrollada para destacar las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos CPT, requisitos de documentación y guías de utilización para implante de bombas de infusión para el tratamiento de dolor crónico agudo.

Ha sido desarrollado además, para este servicio, el anexo a la LCD “*Coding Guidelines*”, el que incluye información de codificación y facturación de medicinas compuestas.

Fecha de vigencia

Esta nueva determinación local de cobertura es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

AQutenza: Qutenza® (capsaicin) 8% patch – LCD nueva

Número de identificación de LCD: L31225 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Postherpetic neuralgia (PHN) es una complicación poco frecuente de herpes (herpes zoster), resultante de daño a los nervios causado por el virus del herpes. El dolor suele persistir después que los sarpullidos del herpes han desaparecido y puede afectar el sueño, humor, trabajo y actividades del diario vivir. Qutenza® es un parche medicinal de alta concentración de capsaicin para el tratamiento del dolor neuropático asociado a PHN. De acuerdo a la etiqueta aprobada por *Food and Drug Administration* (FDA), el parche deberá ser administrado solamente bajo supervisión clínica, con monitoreo clínico continuo durante su administración y no deberá ser entregado a los pacientes para que se medicinen por ellos mismos.

Esta nueva determinación local de cobertura (LCD) ha sido creada para destacar las indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos ICD-9-CM en apoyo de una necesidad médica, requisitos de documentación y guías de utilización. También se creó, para esta medicina, el anexo a la LCD “*Coding Guidelines*”, que incluye información de facturación.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

AXiaflex: Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) – LCD nueva**Número de identificación de LCD: L31223 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La contracción de Dupuytren afecta la palma de las manos. Se caracteriza por un engrosamiento del tejido fibroso bajo la piel de la mano, dando por resultado formaciones de contracción y nódulo. Estas contracciones hacen que los dedos se flexionen hacia adentro de la mano. Las contracciones habitualmente son indoloras, pero pueden causar discapacidad a la mano a medida que se desarrolla la enfermedad. Las dos articulaciones más comúnmente afectadas por la contracción de Dupuytren son el metacarpo de la falange (MCP) y el inter falange próximo (PIP).

Esta nueva determinación local de cobertura (LCD) ha sido creada para destacar las indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos ICD-9-CM en apoyo de una necesidad médica, requisitos de documentación y guías de utilización. También se creó, para esta medicina, el anexo a la LCD “Coding Guidelines”, que incluye información de facturación.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

*Modificaciones a LCD Existentes***A70450: Computed tomography scans of the head or brain – modificación de la LCD****Número de identificación de LCD: L28808 (Florida)****Número de identificación de LCD: L28815 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para *computed tomography scans of the head or brain* (escáner de tomografía computarizada de la cabeza o cerebro) ha estado vigente para los servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida y a partir del 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como LCD de contratista administrativo de Medicare para jurisdicción nueve (J9). Después de esa fecha, la sección “Documentation Requirements (requisitos de documentación)” de la LCD ha sido modificada y actualizada con texto de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) con respecto a regulaciones de pruebas diferentes o adicionales. Además, se ha actualizado referencias en las secciones “The CMS National Coverage Policy” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 17 de agosto de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

A72192: Computed tomography of the abdomen and pelvis – modificación de la LCD

Número de identificación de LCD: L28806 (Florida)

Número de identificación de LCD: L28813 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para *computed tomography of the abdomen and pelvis* (tomografía computarizada de abdomen y pelvis), estuvo vigente para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009 en Florida y a partir del 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como LCD de contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción nueve (J9). Desde entonces, la sección “*Documentation Requirements* (requisitos de documentación)” ha sido modificada, con la finalidad de mantener consistencia con otras LCD, el texto correspondiente a órdenes de contraste ha sido eliminado. Además, las referencias de la sección Fuentes de información y bases de decisión han sido actualizadas.

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 17 de agosto de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

AJ2778: Ranibizumab (Lucentis®) – modificación de la LCD

Número de identificación de LCD: L28977 (Florida)

Número de identificación de LCD: L29010 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) estuvo vigente para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009 en Florida y a partir del 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como LCD de contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción nueve (J9). Desde entonces, la sección “*Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity*” de la LCD, ha sido revisada para agregar texto sobre la aprobación de ranibizumab por parte de *Food and Drug Administration* (FDA) el 22 de junio de 2010, para el tratamiento de pacientes con edema macular a continuación de oclusión de la vena de la retina (RVO). La dosis y frecuencia de tratamiento recomendada es de 0.5 mg/0.05 mL (10mg/mL), administrados por inyección intra-vítrea una vez al mes (aproximadamente 28 días) durante seis meses.

Ranibizumab (Lucentis®) es entregada en forma de solución estéril, libre de preservativos en una ampollita de vidrio de un solo uso, diseñada para proveer 0.05 mL de solución de 10 mg/mL para inyección intra-vítrea. Cada ampollita debe ser utilizada para el tratamiento de un solo ojo. Si el ojo adyacente necesita tratamiento, debe utilizarse una nueva ampollita.

La sección “*ICD-9 Codes that Support Medical Necessity*” de la LCD ha sido revisada para agregar los códigos ICD-9-CM siguientes: 362.07, 362.35, 362.36, 362.53 y 362.83. También se ha agregado a esta sección de la LCD el texto siguiente:

Edema macular edema a continuación de oclusión de la vena de la retina (RVO) debe ser reportado de la manera siguiente:

- Reporte edema macular con uno de los códigos ICD-9-CM siguientes: 362.07*, 362.53 o 362.83; Y

- Reporte oclusión de la vena de la retina (RVO) con uno de los códigos ICD-9-CM siguientes: 362.35 o 362.36.

*Además, cuando se reporta el código ICD-9-CM 362.07: Según el manual de codificación ICD-9-CM, el código ICD-9-CM 362.07 necesita un diagnóstico dual. Por lo tanto, el código ICD-9-CM 362.07 debe ser utilizado con un código de retinopatía diabética (códigos ICD-9-CM 362.01-362.06).

El anexo “*Coding Guidelines*” ha sido revisado para agregar información de codificación y facturación para el reporte de ranibizumab para el tratamiento de degeneración macular senil emergente y edema macular a continuación de oclusión de la vena de la retina (RVO).

Tenga presente que, cuando se pone inyección en ambos ojos, debe utilizarse el modificador 50 y para servicios unilaterales debe utilizarse ya sea el modificador RT o el LT.

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de octubre de 2010**, para servicios prestados **a partir del 22 de junio de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

ANCSVCS: The list of Medicare noncovered services – modificación de la LCD

Número de identificación de LCD: L28991 (Florida)

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

La modificación más reciente de la determinación local de cobertura (LCD) para *the list of Medicare noncovered services* ha sido llevada a cabo el 1 de julio de 2010. Después de esa fecha, en base a la evaluación de esos servicios, se llevó a cabo una actualización de la LCD para agregar los códigos de categoría III CPT 0223T, 0224T, 0225T; 0228T, 0229T, 0230T, 0231T, 0232T y 0233T.

A la sección “CPT/HCPCS Codes -- Local Noncoverage Decisions - Procedures (códigos CPT/HCPCS de procedimiento – decisiones locales sobre servicios sin cobertura” de la LCD, se agregaron los códigos de categoría III CPT siguientes:

- 0223T – Cardiografía acústica, incluyendo análisis automatizado de intervalos eléctricos y acústicos combinados; simple, con informe y reporte
- 0224T - Cardiografía acústica, incluyendo análisis automatizado de intervalos eléctricos y acústicos combinados; múltiple, incluyendo análisis de tendencias seriales y reprogramación limitada de parámetros del dispositivo – solamente retrasos ya sea AV o VV, con informe y reporte
- 0225T - Cardiografía acústica, incluyendo análisis automatizado de intervalos eléctricos y acústicos combinados; múltiple, incluyendo análisis de tendencias seriales y reprogramación limitada de parámetros del dispositivo – retrasos AV y VV, con informe y reporte
- 0228T - Inyección(es), agente anestésico y/o esteroide, transforaminal epidural, con guía de ultrasonido, cervical o torácica; nivel simple
- 0229T - Inyección(es), agente anestésico y/o esteroide, transforaminal epidural, con guía de ultrasonido, cervical o torácica; cada nivel adicional (Listado por separado en adición al código por procedimiento primario)
- 0230T - Inyección(es), agente anestésico y/o esteroide, transforaminal epidural, con guía de ultrasonido, lumbar o sacral; nivel simple
- 0231T - Inyección(es), agente anestésico y/o esteroide, transforaminal epidural, con guía de ultrasonido, lumbar o sacral; cada nivel adicional (Listado por separado en adición al código por procedimiento primario)
- 0232T - Inyección(es), plasma rico en plaquetas, cualquier tejido, incluyendo guía de imagen, cultivo y preparación en caso de que se haga
- 0233T – Medición de productos finales de glycation avanzada de piel (AGE) por medio de espectroscopia de ondas fluorescentes de multi-tamaño

Además, en base a la evaluación de los servicios correspondientes, se ha agregado a la LCD en la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures (códigos CPT/HCPCS de procedimiento – decisiones locales sobre servicios sin cobertura)”, los códigos CPT 46999 de terapia de radio-frecuencia transanal para tratar la incontinencia fecal (e.g., *Secca® System*) y código CPT 93799 de evaluación no invasiva de la presión sanguínea central (e.g., *SphygmoCor System/Device*).

El título de la LCD: “*the list of Medicare noncovered services*” ha sido también cambiado a “*noncovered services*”.

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

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

FORMULARIO DE PARTE A

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

Lunes a viernes
8:00 a.m. a 4:00 p.m.

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

COBERTURA Y REEMBOLSO

Servicios auxiliares realizados en centros de cirugía ambulatoria por otras entidades

Número de *MLN Matters*: MM7078
 Número de petición de cambio relacionado: 7078
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2010
 Fecha de efectividad: 7 de septiembre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R2020CP
 Fecha de implementación: 7 de septiembre de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 7078 clarifica un requisito originalmente creado en el CR 5680, el cual es discutido en el artículo de *MLN Matters*® disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM5680.pdf>. El CR tiene la intención de asegurar consistencia entre todos los contratistas de Medicare.

El CR 7078 informa a esos contratistas a denegar el componente técnico para todos los servicios auxiliares que aparecen en las tarifas fijas de los centros de cirugía ambulatoria (ASCFS) cuando es facturado por especialidades que no sean ASC (especialmente 49) cuando el lugar de servicio (POS) es ASC (POS=24). Puesto que el componente técnico también está incluido en el cargo global, el pago global también debe ser denegado. El componente profesional es el único pago pagado para códigos auxiliares facturado por especialidades que no sean ASC cuando POS es el ASC.

Medicare instruye a los contratistas a denegar:

- El componente técnico para todos los servicios auxiliares en la lista ASCFS facturado por especialidades que no sean los ASC y donde tales servicios son provistos en un ambiente ASC.
- Los servicios auxiliares facturados globalmente en la lista de ASCFS facturados por especialidades que no sean ASC provisto en un ambiente ASC.

El componente profesional es el único pago permitido para los códigos auxiliares facturados por médicos y deben ser facturados por separado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7078.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7078, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2020CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 Transmittal 2020, CR 7078

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.fcs.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.fcs.com/Comentarios/161119.asp>.

Modificación de las instrucciones de procesamiento de reclamaciones por servicios prestados en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM6947
 Número de petición de cambio relacionado: 6947
 Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de agosto de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2041CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Actualmente se exige a los proveedores presentar sus reclamaciones por servicios de anestesia y por servicios pagaderos según el catálogo de tarifas médicas fijas de Medicare con la dirección y el código postal (ZIP) del lugar donde fueron provistos los servicios, para todos los lugares de prestación de servicios (POS), excepto cuando POS es el hogar.

A partir del 1 de enero de 2011, con la finalidad de asegurar la consistencia con la versión 5010 del formato ANSI X12 N 837 P, el hogar no será más considerado una excepción a los requisitos de especificaciones POS.

La petición de cambio 6947 (CR) exige la dirección y el código postal (ZIP) de cinco dígitos del lugar donde fueron

provistos los servicios, para todos los lugares de prestación de servicios (POS), incluso cuando POS es el hogar -- POS 12 -- y en cualquier otro POS que, a discreción del contratista, se considere como hogar. El código postal ZIP será utilizado para determinar el lugar de pago correcto.

Recuerde: Para cada POS, debe presentarse reclamaciones CMS-1500 por separado. Las reclamaciones CMS-1500 presentadas con más de un POS, serán devueltas como no procesables.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6947.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6947, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2041CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 Transmittal 2041, CR 6947

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.

Pago para marcadores de tejido y dosímetros de radiación implantables

Número de *MLN Matters*: MM6968
 Número de petición de cambio relacionado: 6968
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2010
 Fecha de efectividad: 6 de noviembre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R745OTN
 Fecha de implementación: 6 de noviembre de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 6968, de la cual este artículo fue tomado, clarifica que los códigos *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS) A4648 (*Tissue marker, implantable, any type, each*) y A4650 (*Implantable radiation dosimeter each*) son facturables por separado y pagables, cuando son facturados por médicos y cuando son usados con uno de los siguientes cuatro códigos *Current Procedural Terminology* (CPT):

19499 *Unlisted procedure, breast*

32553 *Placement of interstitial device(s) for radiation therapy guidance (e.g., fiducial markers, dosimeter), percutaneous intra-thoracic, single or multiple*

49411 *Placement of interstitial device(s) for radiation therapy guidance (e.g., fiducial markers, dosimeter),*

percutaneous, intra-abdominal, intra-pelvic (except prostate), and/or retroperitoneum, single or multiple

55876 *Placement of interstitial device(s) for radiation therapy guidance (e.g., fiducial markers, dosimeter), percutaneous, prostate, single or multiple*

Efectivo para las fechas de servicio del 6 de noviembre de 2010, en adelante, Medicare denegará pagos para los marcadores de tejido implantable o dosímetros de radiación implantable si uno de los códigos CPT arriba no es pagado en la misma reclamación (o en la historia) con la misma fecha de servicio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6968.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6968, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R745OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20 Transmittal 745, CR 6968

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

Revisado – folleto *Medicare Remit Easy Print*

El folleto *Medicare Remit Easy Print* (revisado en mayo de 2010) provee información sobre software gratuito que permite a los proveedores profesionales y suplidores ver e imprimir información de remesa, está ahora disponible en formato impreso del *Medicare Learning Network*. Para realizar su pedido, visite <http://www.cms.gov/MLNGenInfo/> busque abajo en su pantalla “*Related Links Inside CMS*” y seleccione “*MLN Product Ordering Page*”.

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

Fuente: CMS PERL 201008-14

INFORMACIÓN GENERAL

Terapeutas físicos son los primeros recipientes de los reportes comparativos de facturación

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) enviaron por correo por primera vez los reportes comparativos de facturación (CBR) a unos 5,00 terapeutas físicos durante la semana del 9 de agosto, de acuerdo un aviso por e-mail de CMS el 16 de agosto.

Los CBR, producidos por SafeGuard Services LLC y distribuidos por Livanta LLC bajo los contratos con CMS, comparan las prácticas individuales de facturación de los proveedores para procedimientos y servicios específicos con sus grupos de colegas. CMS desarrolló el programa para reducir pagos impropios y para educar a los proveedores sobre los requisitos de la facturación de Medicare.

CMS ha emitido reportes similares en el pasado, incluyendo “Program for Evaluating Payment Patterns Electronic Report” (PEPPER) enviado a los hospitales de pacientes hospitalizados, y reportes de comentarios “Resource-Based Relative Value Scale” (RBRVS) enviados a los médicos, pero esta es la primera vez que CMS ha emitido los CBR, el portavoz de la agencia, Peter Ashkenaz, dijo al Bureau Of National Affairs, Inc. (BNA) el 17 de agosto.

Los CBR iniciales aplican a los servicios ambulatorios de terapia física provistos por terapeutas físicos independientes y están basado en los datos de las reclamaciones de Medicare de 2009.

Los terapeutas físicos fueron seleccionados debido a una vulnerabilidad identificada en sus procedimientos de facturación centrados en el uso del modificador KX. El modificador KX es requerido para indicar que:

- Un servicio fue médicamente necesario y justificado por los registros médicos
- Se alcanzó el límite financiero de terapia física, y
- La condición de un paciente requiere tratamiento adicional.

En adelante, SafeGuard producirá y enviará nuevos CBR a Livanta cada mes para distribución a los proveedores. Información por James Swann sobre el programa CBR está en <http://www.safeguard-servicesllc.com/cbr/default.asp>.

Reporte comparativo de facturación centrado en el proveedor de Medicare

La semana pasada, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) enviaron por correo los CBR a unos 5,000 terapeutas físicos en todo el país. Los reportes proveen datos comparativos sobre como un proveedor individual de cuidados de la salud varia de otros proveedores al mirar los patrones de utilización. Hemos escuchado de un número de proveedores que este tipo de información es muy útil para ellos y nos han exhortado a producir más CBR y hacerlos disponibles.

Estos reportes no están disponibles a cualquiera, pero solamente al proveedor que los recibe. Para asegurar la privacidad, CMS presenta solamente el resumen de información de facturación. Ningún paciente o datos de casos específicos está incluido. Una muestra es provista en esta comunicación. Estas son herramientas para ayudar a los proveedores a cumplir con las reglas de facturación de Medicare y mejorar el nivel de cuidado que estos prestan a sus pacientes, nuestro beneficiarios.

Servicios de asistencia al proveedor

Equipo de Asistencia de CBR: 530-896-7080

Sitio Web de Servicios CBR: <http://www.cbrservices.com>

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

Fuente: CMS PERL 201008-35

Procedimiento alternativo para acceder los reportes de reacción a e-Prescribing y PQRI

Número de *MLN Matters*: SE0922

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 el pasado, los profesionales individuales elegibles (EP) podían acceder los reportes de reacción a *e-Prescribing* (prescripción electrónica) y a la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico *Physician Quality Reporting Initiative* (PQRI) a través de un sitio de Internet después de haberse inscrito en el sistema de seguridad de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), conocido como acceso individual autorizado a los servicios de computación de *CMS Authorized Access to the CMS Computer Services* (IACS). A partir del 19 de octubre, habrá disponible un nuevo procedimiento alternativo para acceder estos reportes.

Este nuevo procedimiento elimina la necesidad de que los EP tengan que inscribirse en IACS por sus reportes de reacción.

Nota: los reportes de reacción a e-Prescribing por datos presentados durante el año calendario 2009, estarán disponibles a fines de 2010. CMS notificará a los EP del momento en que podrán comenzar a solicitar estos reportes utilizando el procedimiento alternativo.

Procedimiento alternativo para solicitar reporte de reacción a PQRI

A partir del 19 de abril, EP pueden llamar al centro de contacto del proveedor para solicitar re-ediciones de reportes de 2007 y reportes de reacción a PQRI de 2008 que contengan datos en base a su identificador nacional individual del proveedor.

Solicitud de reporte en base al número de identificación del contribuyente

EP que solicitan reportes de reacción en base al número de identificación del contribuyente (TIN) para información de prácticas asociadas, todavía deberán cumplir con el requisito de acceder a sus reportes de reacción a PQRI a través del portal PQRI después de estar inscritos en IACS. Se requiere identificación y contraseña de IACS para acceder al portal de PQRI.

Corrección de contactos en base a preguntas

En base a la naturaleza de las preguntas hechas por ustedes (e.g., estatus de su pago de incentivo de PQRI, medidas, codificaciones o reportes de reacciones), usted podría tener la necesidad de contactar entidades diferentes:

- *Provider contact centers* (centros de contactos del proveedor) pueden responder consultas con respecto a estatus de pagos de incentivo.
- *Quality Net Help Desk* (centro de ayuda por Internet) pueden proveer información general acerca de PQRI y e-Prescribing, así como responder consultas sobre disponibilidad de reporte de reacciones y acceso, codificación medidas y de los propios reportes de reacciones.
- *External User Services* (EUS) (servicios de usuario externo) pueden resolver temas concernientes a inscripciones y temas de cuentas de IACS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0922.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE0922

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.

Sesión informativa sobre reporte de comentarios y modificadores de pago basados en el costo de servicios médicos

Como parte de la transición a un programa de compras basado en el costo de los servicios prestados por médicos y otros profesionales de la salud, así como otras disposiciones relacionadas, bajo la : ley de protección al paciente y medicina al alcance de todos *Patient Protection and Affordable Care Act* (conocida como ley de medicina al alcance de todos *Affordable Care Act* (ACA)), los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid ofrecerán una sesión informativa el día 24 de septiembre en las oficinas principales de CMS.

ACA contiene disposiciones que continúan y expanden el programa de opiniones sobre el servicio médico. A partir de 2015, ACA también exigirá la implementación de un modificador al catálogo de tarifas fijas, en base al costo de los servicios médicos. El propósito de esta sesión informativa es solicitar comentarios sobre los planteamientos considerados a medida que implementamos estas disposiciones.

Se invita a los médicos, asociaciones de médicos y otras partes interesadas en la utilización de los reportes de opiniones confidenciales como un medio para optimizar la calidad y eficiencia de la atención médica, a participar personalmente o por llamada a la sesión informativa. **La reunión será abierta al público, pero sujeta a limitaciones de espacio y líneas disponibles para la teleconferencia.**

Para la notificación completa en el *Federal Register*, incluyendo información de inscripción, visite <http://edocket.access.gpo.gov/2010/pdf/2010-19128.pdf>

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

Fuente: CMS PERL 201008-13

Están disponibles en Internet las hojas de orientación del programa de incentivo CMS EHR

En el sitio de Internet del programa de incentivo de registros médicos electrónicos (EHR) de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms> están disponibles las hojas de orientación siguientes:

- *Medicare EHR Incentive Payments for Eligible Professionals* (pago de incentivos HER de Medicare para profesionales elegibles)
Esta hoja de orientación describe los tipos de profesionales que pueden participar individualmente en el programa de incentivo EHR de Medicare. Provee información fácilmente comprensible para el usuario acerca de montos de pago de incentivos y describe la manera en que son calculados para conveniencia de servicios y proveedores de Medicare. También describe los ajustes de pago a partir de 2015 para los EP que no son usuarios significativos de tecnología EHR certificada.
- *Medicare EHR Incentive Program, PQRI and E-Prescribing Comparison* (programa de incentivo HER de Medicare, comparación entre PQRI y E-Prescribing)
Entérese de las oportunidades a disposición de los profesionales elegibles de Medicare para recibir pagos como incentivo por su participación en las iniciativas de Medicare. Esta hoja informativa provee información sobre elegibilidad, plazos y pagos máximos por cada programa.

En el sitio de Internet del programa de incentivos EHR, seleccione la tecla Medicare *eligible professional*, a la izquierda y luego baje a “Downloads”.

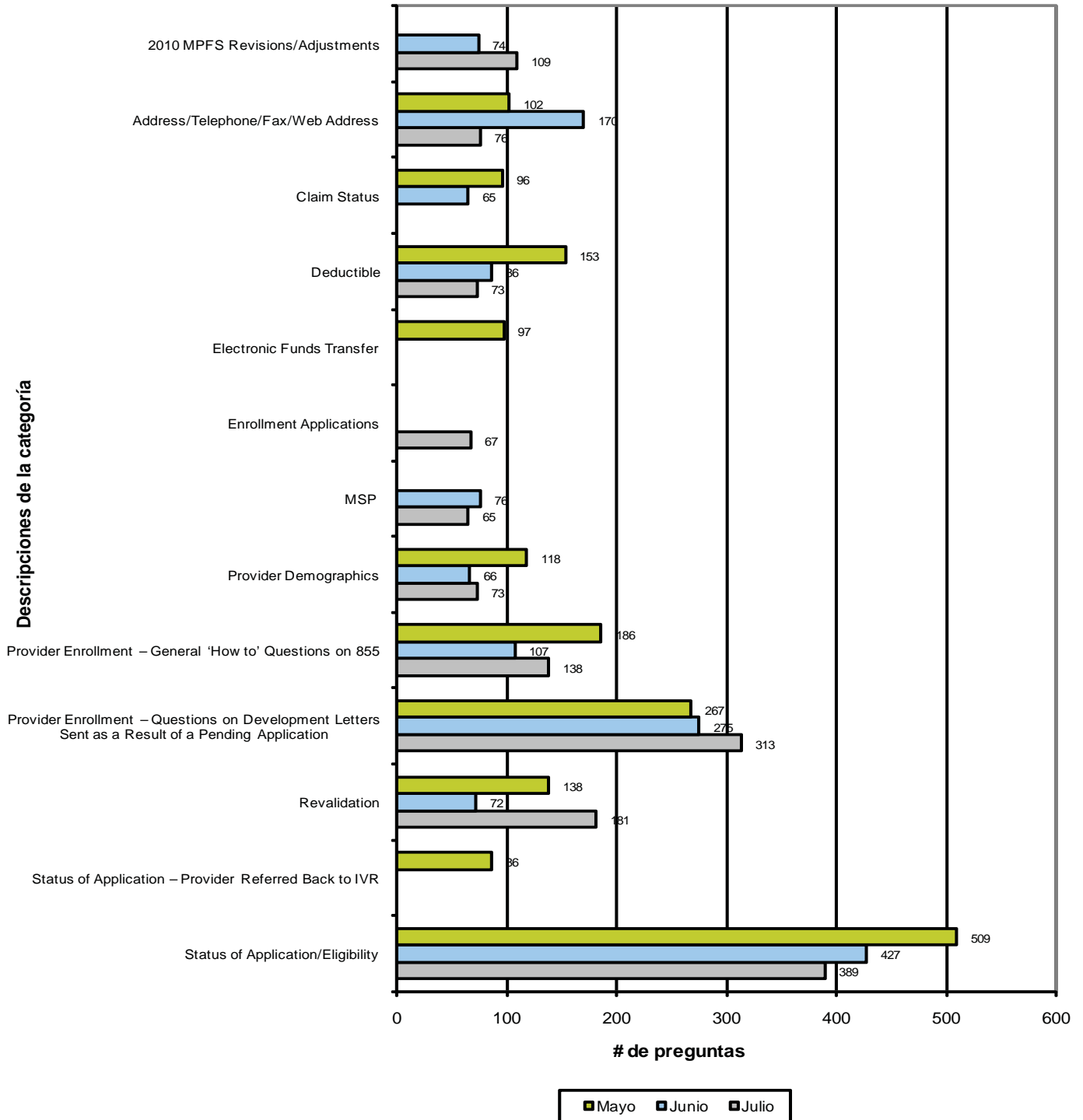
Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier enlace de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201007-52

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

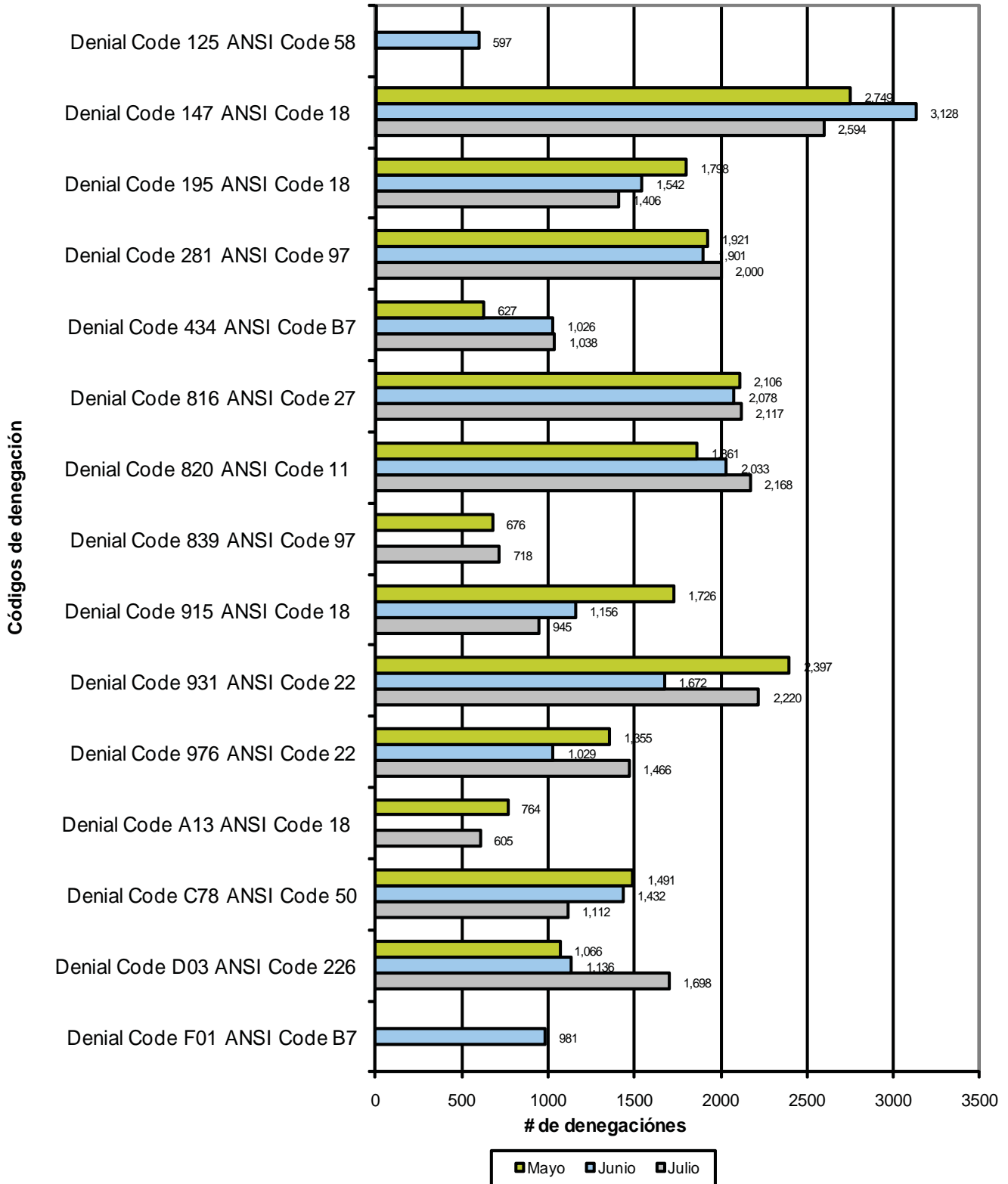
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de mayo-julio de 2010. Para consejos y recursos que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

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



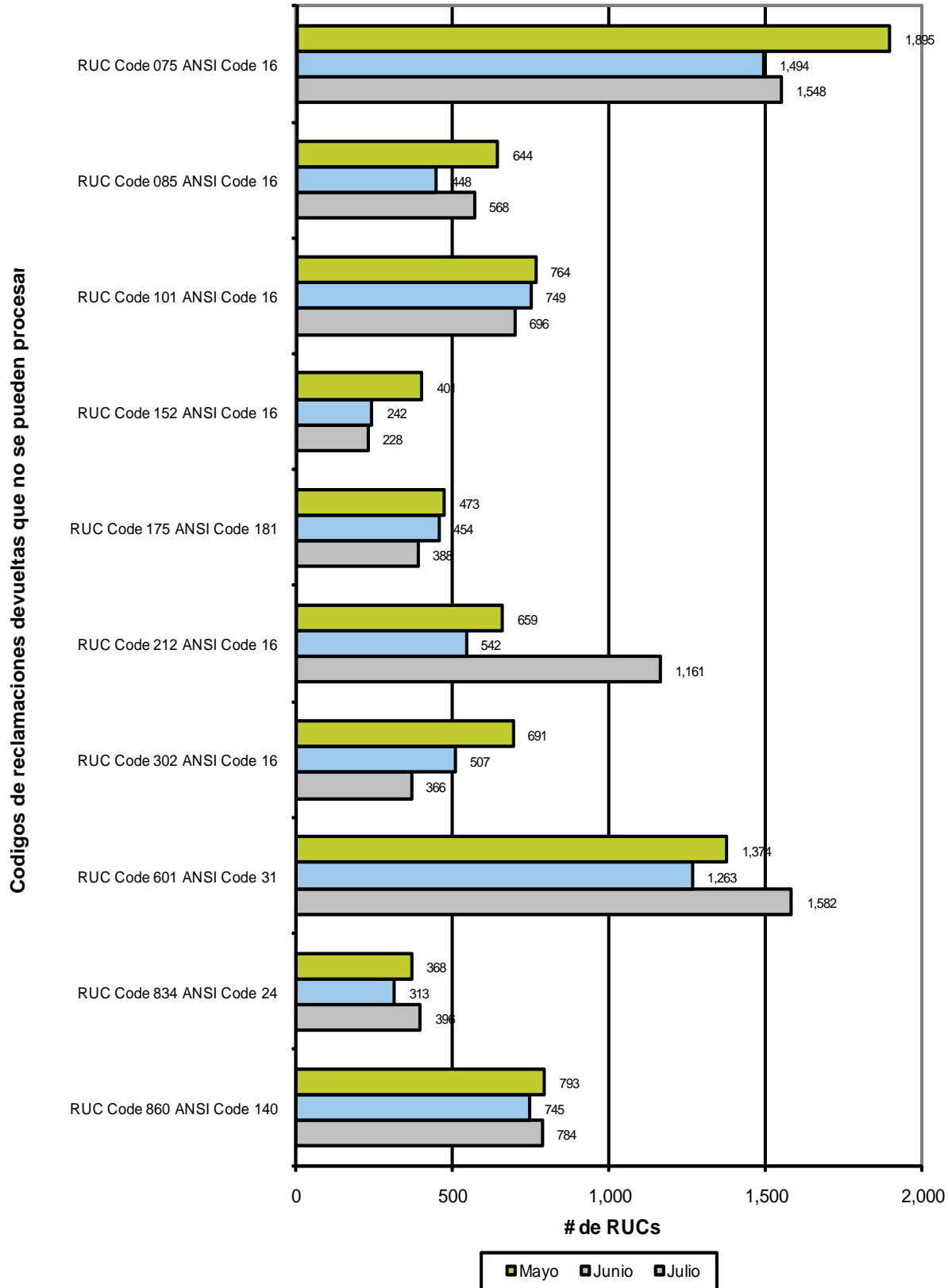
Preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones... (continuación)

Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en mayo-julio de 2010



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

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

LCD Nuevas:

| | |
|---|----|
| 86003: Allergy testing..... | 44 |
| 88182: Flow cytometry | 44 |
| 95990: Implantable infusion pump for chronic intractable pain | 45 |
| Qutenza: Qutenza® (capsaicin) 8% patch | 45 |
| Xiaflex: Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex) | 46 |

Modificaciones a las LCD Existentes

| | |
|--|----|
| 70450: Computed tomography scans of the head or brain..... | 46 |
| 72192: Computed tomography of the abdomen and pelvis..... | 47 |
| J2778: Ranibizumab (Lucentis®)..... | 47 |
| NCSVCS: List of Medicare noncovered services..... | 48 |

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

LCD Nuevas

86003: Allergy testing – LCD nueva

Número de identificación de LCD: L31271 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La modificación más reciente de la determinación local de cobertura (LCD) para test de alergia (LCD ID número: L29057) ha sido llevada a cabo el 25 de enero de 2010. Esta modificación fue hecha para agregar a la LCD pruebas de alergia rutinarias que son consideradas experimentales y de investigación ya que todavía no se ha comprobado su efectividad. Después de esa fecha, ha habido dudas sobre procedimientos que tienen cobertura en oposición a aquellos que no la tienen. Por lo tanto, esta LCD ha sido modificada al extremo que será retirada y reemplazada apenas la nueva LCD entre en vigencia.

Alergia es una forma de sensibilidad exagerada o hipersensibilidad a una sustancia que es inhalada, ingerida, inyectada o hace contacto con la piel o los ojos. El término alergia se utiliza para describir situaciones donde la hipersensibilidad es resultado de la reacción excesiva o alterada del sistema de inmunización a sustancias externas. Los desórdenes por alergia o hipersensibilidad pueden manifestarse tanto por reacciones sistémicas generalizadas como localizadas en cualquier parte del cuerpo. Las reacciones pueden ser agudas, moderadas o crónicas, inmediatas o retardadas y pueden ser causadas por una variedad de agentes: polen, moho, parásitos, polvo, plumas, pelaje o piel de animales, venenos, alimentos, drogas/medicinas, etc.

Una prueba de alergia es realizada para determinar la reacción sensitiva o inmunológica de un paciente a determi-

nados alérgenos, con la finalidad de identificar la causa de un estado de alergia y está basada en hallazgos durante un historial médico e inmunológico completo y examen físico apropiado obtenido por contacto personal con el paciente.

Fecha de vigencia

El retiro de la LCD actual es efectivo para los servicios prestados **durante o con anterioridad al 29 de septiembre de 2010**, and esta nueva determinación local de cobertura es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

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

88182: Flow cytometry – LCD nueva

Número de identificación de LCD: L31247 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Flow cytometry (FCM) es un procedimiento que mide y analiza en forma simultánea múltiples características físicas de células aisladas, mientras éstas fluyen en una corriente de fluidos que pasa a través de un rayo de luz. La luz activa moléculas fluorescentes, dando por resultado dispersión de luz, la que forma un patrón que puede ser analizado para determinar las características de la célula. Puede utilizarse FCM para análisis de sangre, fluidos corporales, CSF, médula ósea, amígdalas, bazo y otros órganos sólidos. La información obtenida del análisis de las células puede ayudar a determinar pronósticos médicos, ayudar en el análisis de efusiones, orina u otros fluidos en los que las células cancerosas podrían ser pocas o estar mezcladas con células benignas, detectar metástasis en nódulos linfáticos o médula ósea o suplementar aspiraciones con aguja fina.

El flow cytometer está conformado por tres sistemas principales: electrónicos, ópticos y de fluidos. El sistema de fluidos transporta al rayo laser partículas contenidas en una corriente. El sistema óptico consiste en rayos laser que iluminan las partículas contenidas en la corriente de muestra

y en filtros ópticos que dirigen las señales resultantes a los detectores que corresponde. El sistema electrónico se ocupa de las señales de luz detectadas y las convierte en señales electrónicas que pueden ser procesadas por la computadora. Algunos *flow cytometers* tienen facilidades de clasificación que permiten al sistema electrónico iniciar decisiones de clasificación para cargar y desviar partículas.

Esta nueva determinación local de cobertura (LCD) ha sido creada para destacar las indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos ICD-9-CM en apoyo de una necesidad médica, requisitos de documentación y guías de utilización. Para este servicio, también se ha preparado un anexo “Coding Guidelines” el cual contiene información de facturación.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

88182: Flow cytometry (continuación)

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

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

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

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

95990: Implantable infusion pump for the treatment of chronic intractable pain – LCD nueva

Número de identificación de LCD: L31254 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El implante de bomba de infusión es un sistema de medicación que es utilizado para administrar una solución, que contiene medicinas destinadas al exterior de los intestinos, en infusión intermitente o continua en un flujo regulable. Su propósito es administrar a un lugar específico del cuerpo, un nivel terapéutico de una medicina determinada.

Esta nueva LCD ha sido desarrollada para destacar las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos CPT, requisitos de documentación y guías de utilización para implante de bombas de infusión para el tratamiento de dolor crónico agudo.

Ha sido desarrollado además, para este servicio, el anexo a la LCD “Coding Guidelines”, el que incluye información de codificación y facturación de medicinas compuestas.

Fecha de vigencia

Esta nueva determinación local de cobertura es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

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

Qutenza: Qutenza® (capsaicin) 8% patch – LCD nueva

Número de identificación de LCD: L31245 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Postherpetic neuralgia (PHN) es una complicación poco frecuente de herpes (herpes zoster), resultante de daño a los nervios causado por el virus del herpes. El dolor suele persistir después que los sarpullidos del herpes han desaparecido y puede afectar el sueño, humor, trabajo y actividades del diario vivir. Qutenza® es un parche medicinal de alta concentración de capsaicin para el tratamiento del dolor neuropático asociado a PHN. De acuerdo a la etiqueta aprobada por *Food and Drug Administration* (FDA), el parche deberá ser administrado solamente bajo supervisión clínica, con monitoreo clínico continuo durante su administración y no deberá ser entregado a los pacientes para que se medicinen por ellos mismos.

Esta nueva determinación local de cobertura (LCD) ha sido creada para destacar las indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos ICD-9-CM en apoyo de una necesidad médica, requisitos de documentación y guías de utilización. También se creó, para esta medicina, el anexo a la LCD “Coding Guidelines”, que incluye información de facturación.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

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

Xiaflex: Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) – LCD nueva**Número de identificación de LCD: L31243 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La contracción de Dupuytren afecta la palma de las manos. Se caracteriza por un engrosamiento del tejido fibroso bajo la piel de la mano, dando por resultado formaciones de contracción y nódulo. Estas contracciones hacen que los dedos se flexionen hacia adentro de la mano. Las contracciones habitualmente son indoloras, pero pueden causar discapacidad a la mano a medida que se desarrolla la enfermedad. Las dos articulaciones más comúnmente afectadas por la contracción de Dupuytren son el metacarpo de la falange (MCP) y el inter falange próximo (PIP).

Esta nueva determinación local de cobertura (LCD) ha sido creada para destacar las indicaciones y limitaciones de cobertura, códigos ICD-9-CM en apoyo de una necesidad médica, requisitos de documentación y guías de utilización. También se creó, para esta medicina, el anexo a la LCD “*Coding Guidelines*”, que incluye información de facturación.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

*Modificaciones a las LCD Existentes***70450: Computed tomography scans of the head or brain – modificación de la LCD****Número de identificación de LCD: L29121 (Florida)****Número de identificación de LCD: L29139 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para *computed tomography scans of the head or brain* (escáner de tomografía computarizada de la cabeza o cerebro) ha estado vigente para los servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida y a partir del 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como LCD de contratista administrativo de Medicare para jurisdicción nueve (J9). Después de esa fecha, la sección “*Documentation Requirements* (requisitos de documentación)” de la LCD ha sido modificada y actualizada con texto de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) con respecto a regulaciones de pruebas diferentes o adicionales. Además, se ha actualizado referencias en las secciones “*The CMS National Coverage Policy*” y “*Sources of Information and Basis for Decision*” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 17 de agosto de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

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

72192: Computed tomography of the abdomen and pelvis – modificación de la LCD

Número de identificación de LCD: L29119 (Florida)

Número de identificación de LCD: L29137 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para *Computed tomography of the abdomen and pelvis* (tomografía computarizada de abdomen y pelvis), estuvo vigente para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009 en Florida y a partir del 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como LCD de contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción nueve (J9). Desde entonces, la sección “*Documentation Requirements* (requisitos de documentación)” ha sido modificada, con la finalidad de mantener consistencia con otras LCD, el texto correspondiente a órdenes de contraste ha sido eliminado. Además, las referencias de la sección Fuentes de información y bases de decisión han sido actualizadas.

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 17 de agosto de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

J2778: Ranibizumab (Lucentis®) – modificación de la LCD

Número de identificación de LCD: L29266 (Florida)

Número de identificación de LCD: L29383 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para Ranibizumab (Lucentis®) estuvo vigente para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009 en Florida y a partir del 2 de marzo de 2009 para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como LCD de contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción nueve (J9). Desde entonces, la sección “*Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity*” de la LCD, ha sido revisada para agregar texto sobre la aprobación de ranibizumab por parte de *Food and Drug Administration* (FDA) el 22 de junio de 2010, para el tratamiento de pacientes con edema macular a continuación de oclusión de la vena de la retina (RVO). La dosis y frecuencia de tratamiento recomendada es de 0.5 mg/0.05 mL (10mg/mL), administrados por inyección intra-vítrea una vez al mes (aproximadamente 28 días) durante seis meses.

Ranibizumab (Lucentis®) es entregada en forma de solución estéril, libre de preservativos en una ampollita de vidrio de un solo uso, diseñada para proveer 0.05 mL de solución de 10 mg/mL para inyección intra-vítrea. Cada ampollita debe ser utilizada para el tratamiento de un solo ojo. Si el ojo adyacente necesita tratamiento, debe utilizarse una nueva ampollita.

La sección “*ICD-9 Codes that Support Medical Necessity*” de la LCD ha sido revisada para agregar los códigos ICD-9-CM siguientes: 362.07, 362.35, 362.36, 362.53 y 362.83. También se ha agregado a esta sección de la LCD el texto siguiente:

Edema macular edema a continuación de oclusión de la vena de la retina (RVO) debe ser reportado de la manera siguiente:

- Reporte edema macular con uno de los códigos ICD-9-CM siguientes: 362.07*, 362.53 o 362.83; Y

- Reporte oclusión de la vena de la retina (RVO) con uno de los códigos ICD-9-CM siguientes: 362.35 o 362.36.

*Además, cuando se reporta el código ICD-9-CM 362.07: Según el manual de codificación ICD-9-CM, el código ICD-9-CM 362.07 necesita un diagnóstico dual. Por lo tanto, el código ICD-9-CM 362.07 debe ser utilizado con un código de retinopatía diabética (códigos ICD-9-CM 362.01-362.06).

El anexo “*Coding Guidelines*” ha sido revisado para agregar información de codificación y facturación para el reporte de ranibizumab para el tratamiento de degeneración macular senil emergente y edema macular a continuación de oclusión de la vena de la retina (RVO).

Tenga presente que, cuando se pone inyección en ambos ojos, debe utilizarse el modificador 50 y para servicios unilaterales debe utilizarse ya sea el modificador RT o el LT.

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de octubre de 2010**, para servicios prestados **a partir del 22 de junio de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

NCSVCS: The list of Medicare noncovered services – modificación de la LCD

Número de identificación de LCD: L29288 (Florida)

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

La modificación más reciente de la determinación local de cobertura (LCD) para *the list of Medicare noncovered services* ha sido llevada a cabo el 1 de julio de 2010. Después de esa fecha, en base a la evaluación de esos servicios, se llevó a cabo una actualización de la LCD para agregar los códigos de categoría III CPT 0223T, 0224T, 0225T; 0228T, 0229T, 0230T, 0231T, 0232T y 0233T.

A la sección “CPT/HCPCS Codes -- Local Noncoverage Decisions – Procedures (códigos CPT/HCPCS de procedimiento – decisiones locales sobre servicios sin cobertura)” de la LCD, se agregaron los códigos de categoría III CPT siguientes:

- 0223T – Cardiografía acústica, incluyendo análisis automatizado de intervalos eléctricos y acústicos combinados; simple, con informe y reporte
- 0224T - Cardiografía acústica, incluyendo análisis automatizado de intervalos eléctricos y acústicos combinados; múltiple, incluyendo análisis de tendencias seriales y reprogramación limitada de parámetros del dispositivo – solamente retrasos ya sea AV o VV, con informe y reporte
- 0225T - Cardiografía acústica, incluyendo análisis automatizado de intervalos eléctricos y acústicos combinados; múltiple, incluyendo análisis de tendencias seriales y reprogramación limitada de parámetros del dispositivo – retrasos AV y VV, con informe y reporte
- 0228T - Inyección(es), agente anestésico y/o esteroide, transforaminal epidural, con guía de ultrasonido, cervical o torácica; nivel simple
- 0229T - Inyección(es), agente anestésico y/o esteroide, transforaminal epidural, con guía de ultrasonido, cervical o torácica; cada nivel adicional (Listado por separado en adición al código por procedimiento primario)
- 0230T - Inyección(es), agente anestésico y/o esteroide, transforaminal epidural, con guía de ultrasonido, lumbar o sacral; nivel simple
- 0231T - Inyección(es), agente anestésico y/o esteroide, transforaminal epidural, con guía de ultrasonido, lumbar o sacral; cada nivel adicional (Listado por separado en adición al código por procedimiento primario)
- 0232T - Inyección(es), plasma rico en plaquetas, cualquier tejido, incluyendo guía de imagen, cultivo y preparación en caso de que se haga
- 0233T – Medición de productos finales de glycation avanzada de piel (AGE) por medio de espectroscopia de ondas fluorescentes de multi-tamaño

Además, en base a la evaluación de los servicios correspondientes, se ha agregado a la LCD en la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures (códigos CPT/HCPCS de procedimiento – decisiones locales sobre servicios sin cobertura)”, los códigos CPT 46999 de terapia de radio-frecuencia transanal para tratar la incontinencia fecal (e.g., Secca® System) y código CPT 93799 de evaluación no invasiva de la presión sanguínea central (e.g., SphygmoCor System/Device).

El título de la LCD: “*the list of Medicare noncovered services*” ha sido también cambiado a “*noncovered services*”.

Fecha de vigencia

Esta modificación de LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 30 de septiembre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

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

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

FORMULARIO DE PARTE B

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

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

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

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

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

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

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

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

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

RAILROAD MEDICARE**Railroad Retiree Medical Claims**

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

Inscripción de proveedores**Cambios de dirección postal**

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

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

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistem de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

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

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

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

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare**PROVEEDORES****FCSO – MAC J9**

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES**Centers for Medicare & Medicaid Services**

www.medicare.gov

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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



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 ♦

