

EN ESTA EDICIÓN...



CUANDO LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Actualización consolidada anual 2011 de códigos HCPCS de SNF	
El sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare tiene editores instalados	4
Cuatro estados recibirán fondos equivalentes para el programa de incentivo de EHR	
CMS anuncia fondos federales para implementar el programa EHR	7
Cómo proteger su identidad utilizando PECOS	
CMS desarrolla hoja informativa de inscripción en Medicare	11
Ampliación de revisiones de reclamaciones de hospitales de urgencia	
La ampliación de beneficios verificará la elegibilidad de inscripción en el programa de Medicare..	14
Especificaciones de octubre de 2010 de I/OCE	
Nuevo código de diagnóstico añadido 31535 a la lista de diagnóstico de salud mental.....	16
Videos de enseñanza en YouTube sobre MDS 3.0	
Iniciativas de calidad de CMS para las residencias de ancianos	17
Reclamaciones presentadas por los beneficiarios	
Los contratistas de Medicare también proveerán educación a los beneficiarios de Medicare	28
Noticia importante acerca de la frecuencia de la vacuna contra la gripe para beneficiarios de Medicare	
Medicare pagará más de una vacuna contra el virus de influenza durante la misma estación.....	32

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Recursos educacionales	13
Información para proveedores de la Parte A.....	14
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	21
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	26
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	27
Información para proveedores de la Parte B.....	28
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	36
Formulario para ordenar materiales de Parte B	40
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	41

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

Sugerencias de distribución:

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



Tabla de Contenido

En esta edición 1

Tabla de contenido 2

Sobre esta publicación 3

Partes A/B

Cobertura y Reembolso

Actualización anual de códigos HCPCS 4

Intercambio Electrónico de Datos

Implementación de segmento PWK 4

Facturación

Póliza de medicamentos descartados 5

No se exige el modificador JW 5

Revisiones de póliza de audiología 6

PPS de ESRD y facturación consolidada 6

Iniciativa nacional hacia la adopción de EHR 7

Cuatro estados recibirán fondos para EHR 7

Taller para organizaciones de la salud 8

Septiembre contra el cáncer de próstata 8

HIPAA

Fecha de prueba de HIPAA versión 5010 9

Teleconferencias sobre HIPAA 5010 y D.O 10

Información General

Modificación de tasa de interés 10

Utilice PECOS basado en Internet 11

Proteger su identidad utilizando PECOS 11

Actualizaciones de MLN 11

Audio transcripción conferencia ICD-10 12

Recordatorio de vacuna contra la gripe 12

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos 13

Parte A

Hospital

Ampliación de revisiones de reclamaciones 14

Instrumento de evaluación de paciente IRF 14

Actualización de IPF PPS PC PRICER 15

Servicios tratados como de hospitalización 15

Procedimientos de facturación especial 15

Sistema de Pagos Prospectivos

Especificaciones octubre 2010 de I/OCE ... 16

Centros de Enfermería Especializada

Materiales de adiestramiento de MDS 3.0... 16

Videos de enseñanza en YouTube 17

Hoja informativa revisada de PPS SNF 17

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación .. 18

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A 21

Ordenar materiales de Parte A 26

Contactos Parte A de Puerto Rico 27

Parte B

Facturación

Reclamaciones de beneficiarios 28

Cambio del código 12 28

Actualización trimestral de CCI 29

PQRI

Lo nuevo del programa de eRx 29

Lo nuevo de PQRI 29

Información General

Nuevas pruebas con dispensa 30

Actualización de octubre de 2010 de ASC . 31

Indices de pago más accesible 31

Frecuencia de vacuna contra la gripe 32

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación... 33

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B 36

Ordenar materiales de Parte B 40

Contactos Parte B de Puerto Rico 41

Medicare A y B Al Día

Vol. 2, No. 9
Septiembre 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

Actualización consolidada anual 2011 de códigos HCPCS de SNF

Número de *MLN Matters*: MM7159

Número de petición de cambio relacionado: 7159

Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de septiembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2048CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

El sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare tiene actualmente editores instalados para reclamaciones por beneficiarios de Parte A recibidas por estadía en centros de enfermería especializada (SNF) así como por beneficiarios en estadía sin cobertura. Estos editores han sido modificados para efectuar cambios al sistema de codificación Healthcare Common Procedure Code System (HCPCS) y a las tarifas médicas fijas de Medicare y para permitir a los contratistas de Medicare hacer los pagos correspondientes de acuerdo a la política de facturación consolidada de los centros de enfermería especializada de Medicare (SNF CB). Estos editores solamente autorizan servicios que han sido excluidos de CB para ser pagados por separado por los contratistas de Medicare.

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 información de SNF CB está contenida en el manual *Medicare Claims Processing Manual* (Capítulo 6, Sección 110.4.1 para proveedores de Parte B y capítulo 6, Sección 20.6 para intermediarios fiscales), está disponible en el sitio de Internet de CMS, en <http://www.cms.gov/manuals/downloads/clm104c06.pdf>.

Medicare anuncia a médicos y proveedores que para la primera semana de diciembre de 2010, serán puestos nuevos archivos de códigos en el sitio de Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), en <http://www.cms.gov/SNFConsolidatedBilling/>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7159.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7159, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2048CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2048, CR 7159

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Implementación del segmento PWK (paperwork) para X12N versión 5010

Número de *MLN Matters*: MM7041

Número de petición de cambio relacionado: 7041

Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de agosto de 2009

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R7630TN

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

El PWK (paperwork) es un segmento dentro de las transacciones electrónicas profesionales e institucionales 837. El segmento PWK provee el “enlace” entre las reclamaciones electrónicas y documentación adicional que es necesaria para la adjudicación de reclamaciones. Aunque el segmento PWK permite una presentación electrónica de la documentación adicional, esta implementación preliminar permitirá solamente la presentación de documentación adicional vía correo o fax.

La implementación de un proceso PWK dedicado permite a los proveedores continuar usando tecnología de intercambio electrónico de datos (EDI) que es costo-efectiva, y también provee ahorros de costo para el programa de Medicare. Los contratistas de Medicare serán responsables por la imagen, almacenamiento, y recobro de la documentación adicional para los examinadores de reclamaciones. El tener la documentación disponible para los examinadores de reclamaciones elimina la necesidad para el desarrollo costoso automático.

Los puntos clave cubiertos en el artículo describe requisitos específicos para los contratistas de Medicare y las personas que presentan reclamaciones.

Implementación del segmento PWK... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7041.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7041, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R763OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 763, CR 7041

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

FACTURACIÓN

Póliza de medicamentos descartados y productos biológicos a la discreción del contratista

Número de *MLN Matters*: MM7095

Número de petición de cambio relacionado: 7095

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de agosto de 2010

Fecha de efectividad: 30 de julio de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R758OTN

Fecha de implementación: 21 de septiembre de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 7095 instruye que cada contratista de Medicare 1) tiene la discreción de determinar si el modificador JW es requerido para cualquier reclamación con medicamentos descartados incluyendo los detalles específicos sobre cómo la información de medicamentos descartados debe ser documentada y aplicada en la reclamación, y 2) es instruido para notificar a sus respectivos proveedores de tales requisitos asociados con el uso del modificador.

Como fue comunicado anteriormente (vea el artículo publicada en la [página 13 de Medicare A y B Al Día](#), edición de mayo de 2010), FCSO no requiere el modificador JW.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7095.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7095, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R758OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 758, CR 7095

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.

No se exige el modificador JW para medicinas farmacéuticas y biológicas descartadas

En respuesta a consultas acerca de la petición de cambio 6711 en relación al uso de modificador JW, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publicaron recientemente CR 7095 (Discarded drugs and biologicals policy at contractor discretion). El propósito de la CR es reiterar a los proveedores que los contratistas tienen la opción de exigir o no exigir el modificador.

First Coast Service Options, Inc. tomó la decisión de no exigir el modificador JW (ver artículo publicado en *Medicare B Update!*, página 11, mayo de 2008).

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 758, CR 7095

Revisiones y reemisiones de pólizas de audiología

Número de *MLN Matters*: MM6447 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 6447
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de septiembre de 2010
 Fecha de efectividad: 30 de septiembre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R132BP y R2044CP
 Fecha de implementación: 30 de septiembre de 2010

Resumen

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

clarificada están en el revisado Capítulo 12, Sección 30.3 del *Medicare Benefit Policy Manual* y en el Capítulo 15, Sección 80.3 del *Medicare Benefit Policy Manual*.

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.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.gov/transmittals/downloads/R132BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 132, CR 6447

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

Sistema de pagos prospectivos (PPS) de ESRD y facturación consolidada

Número de *MLN Matters*: MM7064
 Número de petición de cambio relacionado: 7064
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de agosto de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2033CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado el artículo MM7064 de *MLN Matters* para anunciar la implementación de un sistema de pagos prospectivos (PPS) en conjunto con ESRD. El ESRD PPS es efectivo para los servicios a partir del 1 de enero de 2011; por lo tanto, es importante que los proveedores no presenten reclamaciones con fechas de servicio que vayan desde el 2010 y 2011. Sin embargo, los centros de ESRD pueden hacer una elección de una sola vez para excluir del periodo de transición y tener su pago basado completamente en la cantidad de pago bajo el ESRD PPS. Los centros que deseen ejercer esta opción deben hacerlo en o antes del 1 de noviembre de 2010.

El sistema de pagos prospectivos (PPS) de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) reemplazará el sistema de pago compuesto ajustado de caso mixto básico actual y las metodologías para el reembolso de servicios y artículos ambulatorios relacionados a ESRD y facturados por separado. El ESRD PPS proveedor un solo pago a los centros de ESRD (i.e., proveedores en hospitales de centros de servicios y diálisis renal). El pago cubrirá todos los

recursos usados en proveer un tratamiento ambulatorio de diálisis, el cual incluye lo siguiente:

- Suministros y equipo usado para administrar diálisis en el centro de ESRD o en el hogar del paciente
- Medicamentos
- Productos biológicos
- Pruebas de laboratorio
- Adiestramiento
- Servicios de ayuda

El ESRD PPS provee a los centros de ESRD un periodo de transición de cuatro años bajo el cual ellos recibirían una mezcla de la metodología de pago actual y el nuevo pago ESRD PPS. En el 2014, los pagos estarán basados 100 por ciento en el pago ESRD PPS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7064.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7064, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2033CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2033, CR 7064

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.

Paso clave en iniciativa nacional hacia la adopción de registros de salud electrónicos

El Certification Commission for Health Information Technology (CCHIT), Chicago, Ill. y el Drummond Group Inc. (DGI), Austin, Texas, fueron nombrados por el Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC) como los primeros cuerpos de revisión de tecnología que han sido autorizados para probar y certificar sistemas de registro de salud electrónico (EHR) para conformidad con los estándares y criterios de certificación que fueron emitidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos temprano este año.

El anuncio de estos cuerpos de prueba y certificación autorizados por ONC (ONC-ATCB) significa que los vendedores EHR pueden comenzar ahora a tener sus productos certificados como que cumplen con los criterios para sustentar el uso significativo, un paso clave en la iniciativa nacional para exhortar la adopción y uso efectivo de los EHR por los proveedores del cuidado de la salud en América.

Aplicaciones para ONC-ATCB adicionales también están bajo revisión.

La certificación de los EHR es parte de una amplia iniciativa tomada por el Congreso y el Presidente Obama bajo el Health Information Technology for Economic

and Clinical Health (HITECH) Act, el cual fue parte del American Recovery and Reinvestment Act (ARRA) of 2009. HITECH creó nuevos programas de pago de incentivo para ayudar a los proveedores de salud a hacer la transición de registros médicos basados en papel a EHR. Los pagos de incentivo que totalizan hasta \$27 billones pueden ser hechos bajo el programa. Los médicos individuales y otros profesionales elegibles pueden recibir hasta \$44,000 en Medicare y casi \$64,000 en Medicaid.

Los hospitales pueden recibir millones.

Para el comunicado de prensa completo, vaya a [Initial EHR Certification Bodies Named](#)

Para más información sobre los programas de certificación ONC visite <http://healthit.hhs.gov/certification>

Para información sobre los programas de incentivo de Medicare y Medicaid, visite <http://www.cms.gov/EHRincentiveprograms/>

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

Fuente: CMS PERL 201009-03

Cuatro estados recibirán fondos equivalentes para el programa de incentivo de EHR

En otro importante paso para acentuar el papel que juegan los estados en el desarrollo de una infraestructura robusta de tecnología de información de la salud (HIT) en los EE. UU., los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado fondos federales equivalentes adicionales para ciertas actividades de planificación de los estados necesarias para implementar el programa de incentivo de registro médico electrónico (EHR) establecido por ley American Recovery and Reinvestment Act of 2009 (Recovery Act).

EHR mejorará la calidad del cuidado de la salud a los ciudadanos de Puerto Rico y estados receptores y harán su atención médica más eficiente. Los registros facilitan la coordinación de los servicios a muchos proveedores que podrían estar tratando un paciente de Medicare. Adicionalmente, los EHR facilitan al paciente el acceso a información necesaria para tomar decisiones con respecto al cuidado de su salud.

Se destaca el otorgamiento (totalizando \$6.91 millones) del 90 por ciento de fondos federales equivalentes para la planificación de actividades de Recovery Act's Medicare y Medicaid Electronic Health Record Incentives Programs.

Este conjunto forma parte de un anuncio de dinero circulante que CMS comenzó en noviembre de 2009. A la fecha, incluyendo estos nuevos anuncios, CMS ha otorgado un total de \$81.44 millones a 49 estados, el distrito de Columbia, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

Receptor	Cantidad otorgada
North Dakota	\$226,000
Hawaii	\$836,000
Ohio	\$2.29 millones
Massachusetts	\$3.56 millones
Subtotal	\$6.91 millones
Total otorgado a la fecha	\$81.44 millones

Información adicional sobre la implementación de las disposiciones de Medicaid y Medicare con respecto al programa de pago de incentivos EHR de la Recovery Act, puede encontrarse en <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms/>.

El comunicado de prensa del 13 de septiembre, está disponible en https://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201009-21

Taller sobre asuntos relacionados a organizaciones responsables del cuidado de la salud

Evento público a ser presentado en las oficinas generales de CMS en Baltimore el 5 de octubre

El 5 de octubre, el Federal Trade Commission (FTC) co presentará un taller sobre varios asuntos asociados con organizaciones responsables de la salud (ACO). Los ACO son autorizados por el nuevo Affordable Care Act, el cual busca brindar servicios del cuidado de la salud de alta calidad y eficiente a los consumidores. Unirse al FTC para presentar el evento están los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) y la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

El taller, el cual será presentado en las oficinas generales de CMS en Baltimore, Maryland es gratuito y abierto al público. Para facilitar los esfuerzos de los proveedores para desarrollar los ACO que proveerán el cuidado de la salud de alta calidad, bajo costo a sus pacientes, el taller tratará y solicitará comentarios públicos sobre los asuntos legales elevados por varios modelos ACO siendo considerados por los proveedores del cuidado de la salud. Los médicos, asociaciones médicas, hospitales, sistemas de salud, pagadores, consumidores, y otras partes interesadas están invitados para participar en el taller.

Las agencias publicarán un aviso en el *Federal Register* prontamente que incluirá una explicación más en detalle de los temas a ser cubiertos durante un taller de un día, incluyendo antimonopolio, auto referido del médico, anti retroceso, y leyes de penalidad monetaria civil relacionada a los ACO. El aviso también incluirá información de inscripción.

Cualquiera interesado en presentar comentarios para inclusión en discusiones de talleres debe hacerlo para el 27 de septiembre. Las instrucciones sobre cómo presentar los comentarios serán provistas en el aviso del *Federal Register*.

El FTC trabaja para los consumidores para prevenir prácticas de negocio fraudulenta, engañosa, e injusta y para proveer información para ayudar a detectar, detener, y evitarlas. Para radicar una queja en inglés o español, visite [FTC's online complaint assistant](#) o llame al 1-877-FTC-HELP (1-877-382-4357). El FTC ingresa las quejas a Consumer Sentinel, una base de datos en línea disponible para más de 1,800 agencias del orden público en los Estados Unidos y sus territorios. El sitio Web de FTC provee información gratuita sobre una *variedad de temas del consumidor*.

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

Fuente: CMS PERL 201009-12

Septiembre es el mes de alerta contra el cáncer de próstata

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están pidiéndole a la comunidad de proveedores a mantener a sus pacientes con Medicare saludables al exhortarlos a sacar ventaja de las pruebas de detección del cáncer de próstata cubiertas por Medicare. Medicare provee cobertura para exámenes rectales digitales (DRE) y pruebas específicas de próstata (PSA) para los beneficiarios calificados.

¿Lo que usted puede hacer?

Como profesional de cuidados de la salud que provee cuidados a los pacientes con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes de Medicare al exhortarlos a sacar ventaja de las pruebas de detección cubiertas por Medicare, incluyendo pruebas de cáncer de próstata que son apropiadas para ellos.

Para más información

CMS ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a las pruebas de detección de cáncer de próstata cubiertas por Medicare. Estas están disponibles, libre de costo, del *Medicare Learning Network*®:

- *The MLN Preventive Services Educational Products Web Page* -- provee descripciones e información de orden para los productos educacionales del MLN para los profesionales del cuidado de la salud relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo pruebas de detección del cáncer de próstata. http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp

- *The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals* -- provee cobertura e información de codificación sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo pruebas de detección del cáncer de próstata. http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf
- *Quick Reference Information: Medicare Preventive Services* -- esta tabla provee cobertura e información de codificación sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo pruebas de detección del cáncer de próstata. http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf
- *The Medicare Preventive Services Series: Part 3 Web-based-training (WBT) course* -- este WBT incluye lecciones sobre cobertura, codificación, y facturación para los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo pruebas de detección del cáncer de próstata. Para acceder el curso, visite la página de MLN en <http://www.cms.gov/mlngeninfo> en la Internet. Busque abajo en su pantalla "Related Links Inside CMS" y haga clic en "Web Based Training (WBT) Modules".

Septiembre es el mes de alerta contra el cáncer... (continuación)

- *The Cancer Screenings brochure* -- este folleto provee información de cobertura para los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo pruebas de detección del cáncer de próstata.

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

Visite el *Medicare Learning Network* para más información sobre estos y otros productos educativos de pago por servicio de Medicare. Para más información sobre el mes de alerta contra el cáncer de próstata, visite Zero - The Project to End Prostate Cancer en <http://www.zerocancer.org/index.html>.

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

Fuente: CMS PERL 201009-08

HIPAA

Se acerca la fecha de prueba de enero 2011 para HIPAA versión 5010

Los proveedores de cuidados de la salud, planes de salud, casas de facturación y vendedores deben haber acabado con sus pruebas internas de HIPAA versión 5010 de los estándares de transacción electrónica de cuidados de la salud por la fecha límite recomendada para pruebas internas del 31 de diciembre de 2010, y estar listos para comenzar a probar con sus socios externos, comenzando en enero de 2011, cerca de cuatro meses.

Comenzando en enero de 2011, el programa de CMS de pago por servicio de Medicare estará listo para poner a prueba HIPAA versión 5010 de estándares de transacción con sus asociados externos, y otros segmentos de la industria deben estar prestos a hacer lo mismo.

Esta fecha recomendada de comienzo de pruebas externas le dará a la industria tiempo adecuado para asegurar que sus transacciones de HIPAA versión 5010 están siendo conducidas correctamente, en preparación para el cumplimiento obligatorio de HIPAA versión 5010 para el 1 de enero de 2012.

No se quede atrás en este proceso de prueba importante. Asegúrese de que usted se comunica con sus asociados externos sobre sus planes de prueba de HIPAA versión 5010. Incorpore sus mensajes de prueba de HIPAA versión 5010 en sus vehículos de comunicación existentes, incluyendo enlaces de sitio Web, encuentros de servicio al cliente, etc., para que todos sepan cuándo usted estará listo para comenzar las transacciones de prueba de HIPAA versión 5050 con ellos.

Manténgase actualizado sobre la versión 5010 y ICD-10

Visite <http://www.cms.gov/icd10/> para las últimas noticias e inscríbese para los e-mails de actualizaciones de HIPAA versión 5010 y ICD-10.

HIPAA versión 5010 y ICD-10 están por venir. ¿Estarás listo?

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

Fuente: CMS PERL 20108-37

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

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

Teleconferencias nacionales sobre HIPAA versión 5010 y D.O.

Cumpliendo con la implementación de la ley Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) versión 5010 y estándares de transacciones D.O., los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) presentarán una variedad de conferencias telefónicas a nivel nacional para informar a proveedores a tarifa fija de Medicare los pasos que deben dar para estar listos para la implementación. Estas conferencias telefónicas darán también a los participantes, la oportunidad de hacer consultas a los expertos en el tema.

Tome nota de <http://www.cms.gov/Versions5010andD0/V50/list.asp> que es el enlace a la nueva página de Internet de par alas teleconferencias nacionales de 5010/D.O, para estar al tanto de las próximas teleconferencias y ver el material de las anteriores.

Manténgase al día en HIPAA versión 5010/D.O e ICD-10.

Para las últimas noticias y recursos, visite <http://www.cms.gov/Versions5010andD0> para versión 5010 y para información acerca de ICD-10, visite <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 201009-24

INFORMACIÓN GENERAL

Modificación de tasa de interés por puntualidad en el pago

Medicare debe pagar interés sobre reclamaciones legítimas cuando el pago no se efectúa dentro del límite de días calendario correspondiente (i.e., 30 días) después de la fecha de recibo. El número de días que corresponde es también conocido como el techo del pago. Por ejemplo, una reclamación legítima recibida el 1 de marzo de 2010, debe ser pagada antes del término del día laboral 31 de marzo de 2010.

La tasa de interés es determinada por la tasa aplicable el día del pago. Esta tasa es determinada semestralmente por el *Treasury Department* (Tesorería), cada día 1° de enero y julio. Los proveedores pueden acceder a la página Web del *Treasury Department*, <http://fms.treas.gov/prompt/rates.html> para encontrar la tasa correcta. El período de interés comienza un día después del día en que debía efectuarse el pago y termina el día en que éste se hace efectivo.

La nueva tasa de 3.125 por ciento, estará vigente hasta el 31 de diciembre de 2010.

No se paga interés por:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o elaboración por parte del contratista de Medicare
- Reclamaciones por las que no se debe pago alguno
- Reclamaciones que han sido completamente denegadas
- Reclamaciones por las que el proveedor está recibiendo pagos periódicos parciales
- Reclamaciones que requieren pagos anticipados según el sistema *home health prospective payment system* (sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar).

Nota: Cuando corresponde pagos de interés, el contratista de Medicare reporta la cantidad de interés por cada reclamación en el aviso de envío al proveedor. ❖

Fuente: Publicación 100-04, Capítulo 1, Sección 80.2.2

Utilice PECOS basado en Internet para sus acciones de inscripción en Medicare

¿Has intentado PECOS basado en Internet para sus acciones de inscripción a Medicare? Tráelo hoy.

Es fácil de usar y ofrece una serie de ventajas sobre el proceso de inscripción basado en papel.

¿Deseas más control sobre su información de inscripción? El “provider enrollment, chain and ownership system” (PECOS) basado en Internet lo hace.

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

Médicos y profesionales de la salud

¿Deseas más control cuando añada o cambie una reasignación de beneficios? ¿PECOS basado en Internet hace eso también!

Utilizar PECOS basado en Internet es fácil

Aprenda cómo utilizar el sistema al leer el *Medicare Physician and Non-Physician Practitioner Getting Started Guide*. Y si usted encuentra problemas o tiene preguntas mientras navega el sistema, hay ayuda disponible.

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

Organizaciones del proveedor y suplidor

Desea más control cuando añada o cambie una localización o cuando cambie la propiedad de información.

¿PECOS basado en Internet hace eso también!

Utilizar PECOS basado en Internet es fácil

Aprenda cómo usar el sistema al visitar *Getting Started Guide for Provider and Supplier Organization*. Recuerde, el proceso por el cual una organización de proveedor puede usar PECOS basado en Internet puede tomar varias semanas. Se recomienda que comience este proceso (si usted no lo ha hecho ya) de antemano de cualquier acción de inscripción venidera. Para más información sobre este proceso, lea *Provider and Supplier Organization Overview*.

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

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

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

Fuente: CMS PERL 201008-43, CMS PERL 201008-44

Publicado recientemente - como proteger su identidad utilizando PECOS

Actualizaciones del Medicare Learning Network (MLN)

Si usted está inscrito, o planea inscribirse en Medicare, es importante que usted proteja su identidad de Medicare de que caiga en manos de gente deshonesto e inescrupuloso -- los ladrones de identidad y esos que intentan cometer fraude en el programa de Medicare.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han desarrollado “How to Protect Your Identity Using the Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS)” como la próxima en una serie de hojas informativas de inscripción en Medicare. Esta hoja informativa provee instrucciones paso a paso para ayudar a los proveedores de pago por servicio (FFS) a proteger su identidad en PECOS basado en Internet y está disponible en formato descargable en el sitio Web de CMS en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_ProID_FactSheet_ICN905103.pdf.

Manténgase atento a las actualizaciones del *Medicare Learning Network* puesto que será publicada la futura entrega de la hoja informativa diseñada para educar a los proveedores FFS sobre información importante de inscripción en Medicare.

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

Fuente: CMS PERL 201009-10

Actualizaciones de la red de enseñanza Medicare Learning Network

La red de enseñanza *Medicare Learning Network* ha actualizado los siguientes materiales educacionales del proveedor:

- El folleto “Advanced Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN)”, que provee información sobre cuándo deben los proveedores usar pólizas ABN, ABN, cómo completar adecuadamente los modificadores ABN y ABN, está ahora disponible en formato impreso de *Medicare Learning Network*®. Para ordenar su ejemplar libre de cargo, visite en la Internet la página de productos *MLN* http://www.cms.gov/MLNProducts/01_Overview.asp. Baje a la sección “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page”. Para ver la versión en línea, visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/ABN_Booklet_ICN006266.pdf.
- La publicación “The Medicare Overpayment Collection Process” (anteriormente titulada “What Physicians and Other Suppliers Should Know About Medicare Overpayments”), que da la definición de sobre-pago e información acerca de la colección de sobre-pagos de médicos y proveedores de Medicare, está ahora disponible en la *Medicare Learning Network*® en formato que se puede bajar a su PC en <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/OverpaymentBrochure508-09.pdf>.

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

Fuente: CMS PERL 201009-17

Audio transcripción para el seguimiento de la conferencia ICD-10 del 13 de septiembre

La audio transcripción para el seguimiento de la conferencia nacional del proveedor de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) del 13 de septiembre “ICD-10 Implementation in a 5010 Environment”, está disponible. La audio transcripción puede ser accedida en http://www.cms.gov/ICD10/02c_CMS_Sponsored_Calls.asp. Para localizar el archivo audio, vaya a la sección Downloads al fondo de la página de Internet. La audio transcripción es de aproximadamente una hora y 28 minutos de duración. Pronto estará también disponible la transcripción escrita.

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

Fuente: CMS PERL201009-29

Recordatorio de vacuna contra la gripe de septiembre

Vacúnese temprano para protegerse contra la gripe. Los centros de prevención y control de enfermedades (CDC) recomiendan una vacuna anual como el primer y más importante paso en la protección contra los virus de la gripe. Medicare paga la vacuna anti gripal y su administración a adultos mayores y otros beneficiarios de Medicare sin cobrarles deducible o copago. Este año la vacuna protegerá contra de tres virus gripales diferentes, incluyendo el H1N que causó tanto estrago gripal la última temporada. Aproveche cada visita de sus pacientes y comience a protegerlos tan pronto como llegue la vacuna anti gripal para la temporada 2010-2011. Y no olvide su propia inmunización y la de su personal. Adquiera la vacuna anti gripal, no la gripe.

Recuerde: La vacuna en contra de la influenza y su administración tienen cobertura como beneficio de Parte B. Note que la vacuna anti influenza no es una medicina con cobertura de Parte D. Para información acerca de cobertura de Medicare tanto por la vacuna como por su administración, así como recursos educacionales a disposición de profesionales del cuidado de la salud y su personal, visite <http://www.cms.gov/AdultImmunizations>.

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

Fuente: CMS PERL 201009-30

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor Octubre 2010

Evite las denegaciones de reclamaciones de procedimiento a diagnóstico (**Parte B**)

Cuando: martes, 5 de octubre
 Hora: 8:30 a.m.- 9:30 a.m. ET
 Tipo: Webcast
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) y denegaciones relacionadas (**Parte B**)

Cuando: jueves, 7 de octubre
 Hora: 8:30 a.m.- 9:30 a.m. ET
 Tipo: Webcast
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Como evitar denegaciones por reclamaciones duplicadas (**Parte B**)

Cuando: miércoles, 13 de octubre
 Hora: 8:00 a.m.-9:00 a.m. ET
 Tipo: Webcast
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido: Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Medifestival Puerto Rico 2010

Cuando: 19-26 de octubre
 Hora: 9:00 a.m.- 4:00 p.m. ET
 Tipo: En persona
Idioma en que se ofrece el evento: español
Dirigido: Puerto Rico

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de e-mail: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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

HOSPITAL

Ampliación de revisiones de reclamaciones de hospitales de urgencia

Número de *MLN Matters*: MM7046

Número de petición de cambio relacionado: 7046

Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de septiembre de 2010

Fecha de efectividad: Fase 1 - 1 de enero de 2011; Fase 2 - 2 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R767OTN

Fecha de implementación: Fase 1 - 3 de enero de 2011; Fase 2 4 de abril de 2011

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), están ampliando el marco de revisión de reclamaciones de manera tal de cumplir con los requisitos de la ley de seguro social Social Security Act para médicos y profesionales de la salud que prestan servicios de atención médica, quirúrgica o de algún otro tipo en hospitales de urgencia critical access hospital (CAH) que presentan un plan de tratamiento médico.

La ampliación de revisiones verificará la elegibilidad de inscripción en el programa de Medicare de médicos y profesionales de la salud que prestan servicios de atención médica, quirúrgica o de algún otro tipo en una reclamación CAH. Además, la ampliación permitirá al sistema intermediario fiscal estándar de Medicare fiscal intermediary shared system (FISS), comparar datos (se validará la combinación de identificador nacional del proveedor (NPI) y el nombre del proveedor) en una reclamación facturada por el proveedor con los datos del sistema nacional de inscripción (PECOS).

Los únicos proveedores autorizados para ordenar o referir los beneficiarios para estos servicios, son los especialistas siguientes:

- Doctor en medicina u osteópata
- Medicina dental
- Cirugía dental
- Medicina podiátrica
- Optometrista
- Quiropráctico
- Asistente médico
- Enfermera clínica especialista certificada
- Enfermera practicante
- Psicólogo clínico
- Enfermera obstetra certificada
- Trabajador(a) social clínica(o) registrado(a)
- Enfermera anestesista certificada
- Dietista/nutricionista registrado

La ampliación de modificación será hecha en dos fases.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7046.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7046, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R767OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 767, CR 7046

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

Cambios a la ayuda técnica clínica de instrumento de evaluación de paciente IRF

Efectivo el 1 de septiembre de 2010, las horas de servicio del equipo de ayuda clínica e información de contacto cambiaron.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) expandieron la ayuda técnica y ahora están disponibles para contestar todas las preguntas relacionadas a los datos de grabación sobre el IRF-PAI y usar software inpatient rehabilitation validation entry (IRVEN):

Horas de servicio: 8:00 a.m. a 8:00 p.m. ET lunes a viernes.

Información de contacto:

E-mail: help@qtso.com

Teléfono: 1-800-339-9313

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

Fuente: CMS PERL 201009-06

Actualización del sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado PRICER

El sistema de pagos prospectivos de centro psiquiátrico del paciente hospitalizado de computadora personal (PC) PRICER para el año de pago (RY) 2011 han sido actualizados en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) para corregir lógica de comorbilidad.

Si usted utiliza el IPF PPS PC PRICER para RY 2011, vaya a la página, http://www.cms.gov/PCPricer/09_inppsy.asp, bajo la sección de Downloads, y descargue las últimas versiones del IPF PPS RY2011 PC PRICER, publicada el 31 de agosto de 2010.

Nota: el 1 de julio de 2010, el IPF PPS PC PRICER fue actualizado para RY 2011; sin embargo, existía un error en la tabla de comorbilidad en las versiones de mainframe y PC del software. El PC PRICER ahora está corregido para este comunicado mientras la versión de mainframe no será corregida hasta octubre de 2010. Los contratistas serán instruidos para ajustar todas las reclamaciones IPF con dadas de alta a partir del 1 de julio de 2010 hasta el 30 de septiembre de 2010, que fueron recibidas antes de la instalación del PRICER corregido.

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

Fuente: CMS PERL 201009-09

Servicios ambulatorios tratados como de hospitalización – pago en uno/tres días

Durante el foro de hospitales abierto al público del 26 de agosto de 2010, se expresaron inquietudes con respecto a procedimientos de facturación por atención a pacientes ambulatorios que deben estar incluidos en la factura de paciente hospitalizados, con la finalidad de cumplir con la política de uno a tres días de plazo de pago. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han emitido recientemente un memorándum dirigido a los proveedores, con respecto a un cambio estatutario en la política relacionada con la admisión de pacientes ambulatorios a servicios que no sean de diagnóstico.

(<http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/Downloads/JSMTDL-10382%20ATTACHMENT.pdf>). Algunos hospitales están preocupados de que el sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare no permita que se facture correctamente las fechas de pago por código de procedimiento ICD-9-CM por atención ambulatoria en servicios que no son de diagnóstico, prestados durante los tres días inmediatamente anteriores a la fecha de ingreso, en la reclamación por paciente hospitalizado.

CMS ha verificado que el sistema de procesamiento

de reclamaciones de Medicare efectivamente permite que el procesamiento de reclamaciones considere las fechas de código de procedimiento ICD-9-CM prestados hasta los tres días inmediatamente anteriores a la fecha de ingreso, en la reclamación por paciente hospitalizado.

Por lo tanto, los hospitales pueden facturar correctamente por servicios ambulatorios relacionados con admisión, que no son de diagnóstico (esto es, servicios incluidos en la reclamación por paciente hospitalizado), sin necesidad de modificar la fecha de hospitalización del paciente. CMS no percibe dentro del sistema nada que impida a los hospitales a facturar correctamente de acuerdo al plazo de tres días (o un día). En caso de que los proveedores encuentren dificultades con el sistema, deben contactar su contratista local, oficina regional u oficina central de CMS, 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 201009-18

Recordatorio de procedimientos de facturación especial cuando más de 10 códigos de ocurrencia aplican a una sola estancia

Cuando un proveedor pagado bajo un sistema de pagos prospectivos encuentra una situación en la cual **10 o más** OSC van a ser facturados en el formulario CMS -1450 o su equivalente electrónico, el proveedor debe facturar por la estancia completa hasta la fecha del 10mo OSC de la estancia. Mientras la estancia continúa, el proveedor debe facturar como un ajuste para el OSC **11 hasta el 20** de la estancia, si aplica. Una vez el OSC 20 es aplicado a la reclamación, el proveedor debe facturar otro ajuste para el OSC **21 hasta el 30** para la estancia, si aplica.

El Medicare fiscal intermediary shared system (FISS) retiene el historial de todos los OSC facturados por la estancia para asegurar el procesamiento apropiado (como si no existiera limitación OSC en la reclamación).

Implementación de estas directrices es efectiva el 1 de octubre de 2010, para las reclamaciones y ajustes presentados por los hospitales del cuidado a largo plazo (LTCH), centros psiquiátricos del paciente hospitalizado (IPF), y centros de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF).

Información adicional

La instrucción oficial sobre este cambio fue emitida bajo la petición de cambio (CR) 6777 y está disponible en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/Transmittals/downloads/R1946CP.pdf>.

Un conjunto detallado de escenarios de facturación es presentado dentro del CR 6777 para mostrar como facturar para las estancias donde más de 10 OSC ocurren. ❖

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 1946, CR 6777

PAGOS PROSPECTIVOS

Especificaciones de octubre de 2010 del editor de códigos ambulatorios integrados versión 11.3

Número de *MLN Matters*: MM7111

Número de petición de cambio relacionado: 7111

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de septiembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2042CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Un resumen de los cambios al editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) para octubre de 2010 está dentro del Apéndice M del Anejo A de la petición de cambio (CR) 7111 y ese resumen es capturado en los siguientes puntos clave:

- Efectivo el 23 de diciembre de 2009, Medicare aplicará una fecha de aprobación a mitad de trimestre de la Food and Drug Administration para el código *CPT 90662*.
- Otros cambios efectivo el 1 de octubre de 2010
- Las clasificaciones de pago ambulatorio (APC) fueron añadidas al I/OCE, efectiva el 1 de octubre de 2010
- APC 01310 es eliminado del I/OCE a partir del 1 de abril de 2010

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

- Nuevo código de diagnóstico añadido 31535 a la lista de diagnóstico de salud mental usado para hospitalización parcial, efectivo el 1 de octubre de 2010
- Efectivo el 3 de junio de 2010, nuevos códigos HCPCS añadidos C8931, C8932, C8934, C8935, y C8936 con una aprobación de mitad de trimestre de la determinación nacional de cobertura (NCD)
- Efectivo el 26 de agosto de 2010, aplica fecha de aprobación de NCD para C9801 y C9802
- Aplica fecha de aprobación del 3 de junio de 2010, par los códigos *CPT 72159* y *73225*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7111.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7111, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2042CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2042, CR 7111

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Actualización de los materiales de adiestramiento del conjunto mínimo de datos 3.0 de agosto de 2010

Los siguientes materiales revisados de adiestramiento están ahora disponibles bajo la sección de Downloads en la página de materiales de adiestramiento del conjunto mínimo de datos (MDS) 3.0 (http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp):

- Una nueva convención de nombre está siendo usada para el manual resident assessment instrument (RAI) de MDS 3.0.
- Cualquier sección o capítulos que han tenido revisiones tendrán ahora un número de versión actualizada junto con el mes y el año que la información fue revisada (e.g. MDS 3.0 Chapter 4 V1.03 August 2010). Las revisiones subsiguientes de cualquier sección o capítulo del manual tendrán números actualizados de versión (e.g. V1.04, V1.05, etc...).
- Cualquier sección o capítulos que **no** hayan sido revisados tendrán el mismo número de versión, mes, y año que la última versión publicada (e.g. MDS 3.0 RAI Manual Chapter 3 Section A V1.02 July 2010). Sin embargo, usted notará que el "día" ha sido eliminado del nombre del archivo ahora que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) no realizan actualizaciones frecuentes al manual.
- Cualquier cambio de la versión anterior de todas las secciones del Capítulo 3 ahora están listadas al comienzo de cada respectiva sección.

El Capítulo 4 del manual RAI de MDS 3.0 ha sido republicado y está disponible para descargar en el archivo rotulado "MDS 3.0 RAI Manual August 2010".

Actualización de los materiales de adiestramiento... (continuación)

- Actualizaciones del Capítulo 3 del manual RAI de MDS 3.0: V1.03 de las siguientes secciones - A, C, D, E, F, G, K, M, O, P, X, and Z.
- VIVE -- Video on Interviewing Vulnerable Elders - estará disponible para ordenar de CMS comenzando la semana del 16 de agosto de 2010. Visite <http://productordering.cms.hhs.gov/> para ordenar una copia del DVD (CMS Product No. 11479-CD). Este "Video on Interviewing Vulnerable Elders" (VIVE) fue fundado por Picker Institute y producido por UCLA/JH Borun Center.

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

Fuente: CMS PERL 201008-39

Videos de enseñanza en YouTube sobre el conjunto mínimo de datos 3.0

Ahora disponible el Resident assessment instrument Manual, capítulo 3, secciones B, C, D, K y P

Haga clic en el enlace YouTube que corresponda, bajo "Related Links Outside of CMS" en el sitio de Internet de Iniciativas de calidad de residencias de ancianos de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) (http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp). Se agregará más información a medida que esté completa. Puede usted también visitar "CMS YouTube Channel" en <http://www.youtube.com/cmshhs.gov>.

Diapositivas de enseñanza y guía del instructor del conjunto mínimo de datos 3.0

- MDS 3.0 Training Materials Change Document September 2010 – este documento refleja los cambios a las diapositivas de enseñanza y guías del instructor de versiones publicadas anteriormente. (Actualizado el 15 de septiembre de 2010).
- MDS 3.0 Training Aide – contiene algoritmos y ayudas de evaluación que podrían ser útiles cuando se evalúa o codifica MDS. (Actualizado el 15 de septiembre 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 201009-25

Hoja informativa revisada del sistema de pagos prospectivos de los centros de enfermería especializada

La hoja informativa del sistema de pagos prospectivos para centros de enfermería especializada (revisada en julio de 2010), que provee elementos de dicho sistema, está ahora disponible en formato descargable de la red de enseñanza Medicare Learning Network® en <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/snfprospaymtfctsh.pdf>.

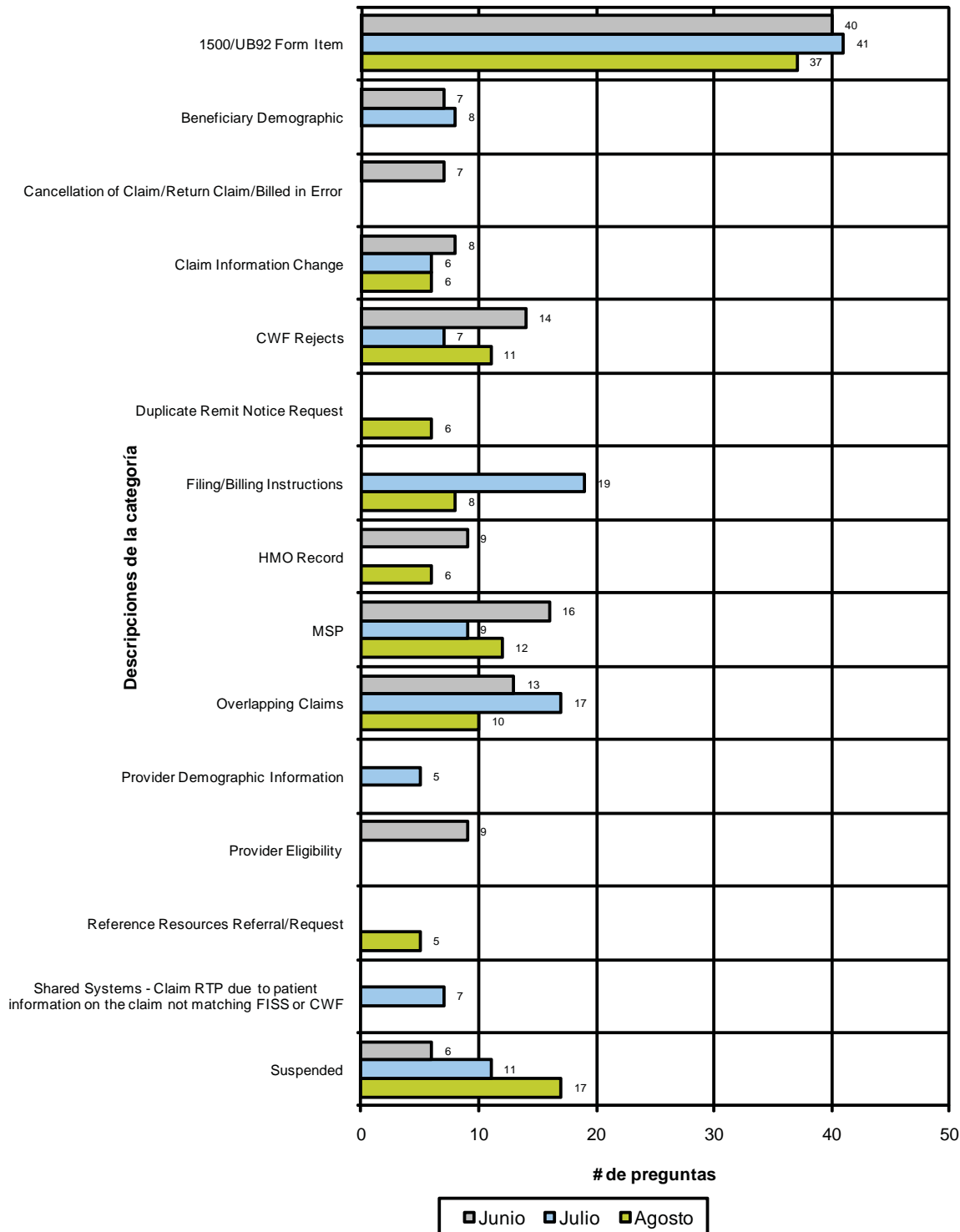
Nota: Si tiene problemas accediendo cualquier enlace de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201009-30

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

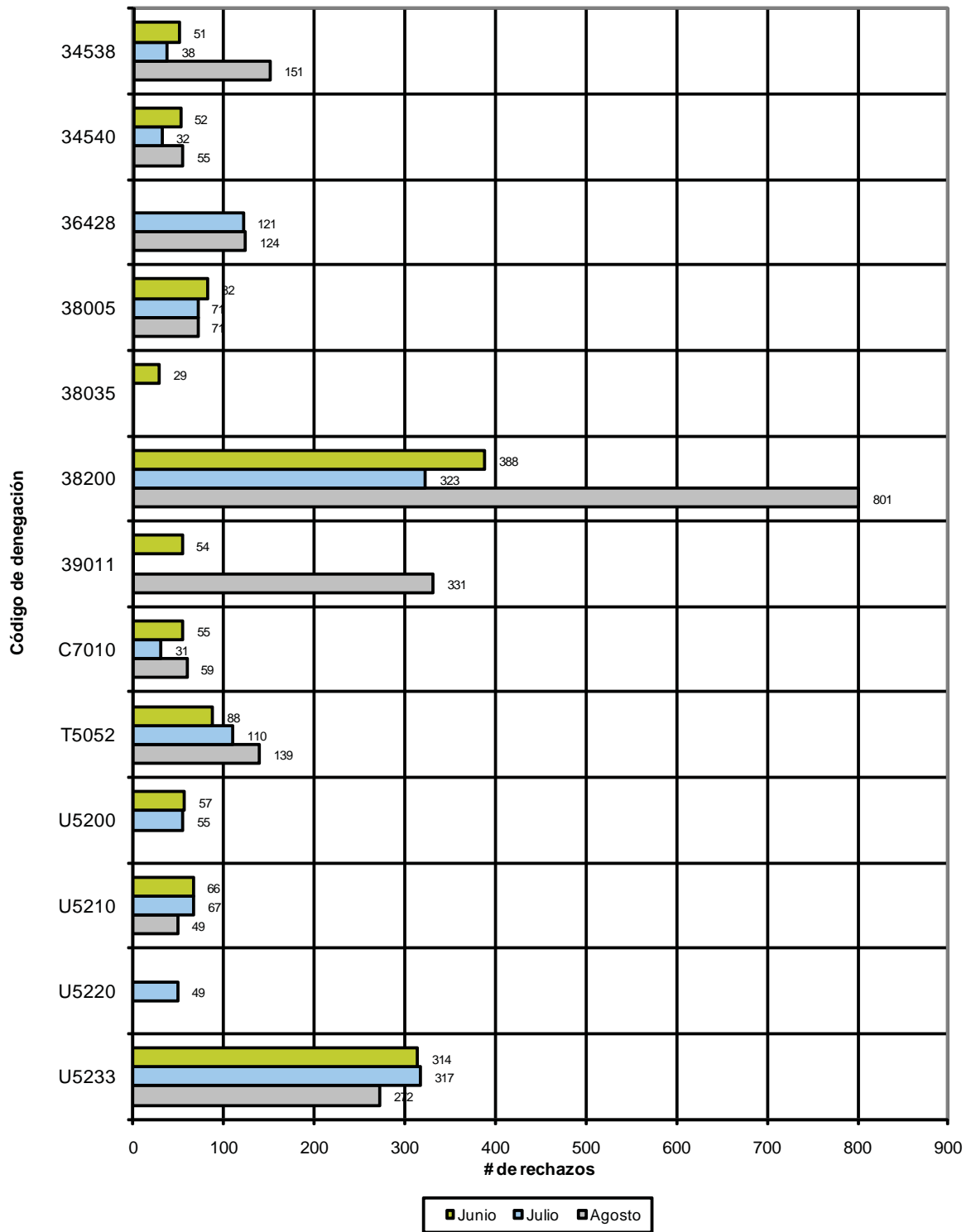
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de junio-agosto de 2010. Para consejos y recursos que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

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



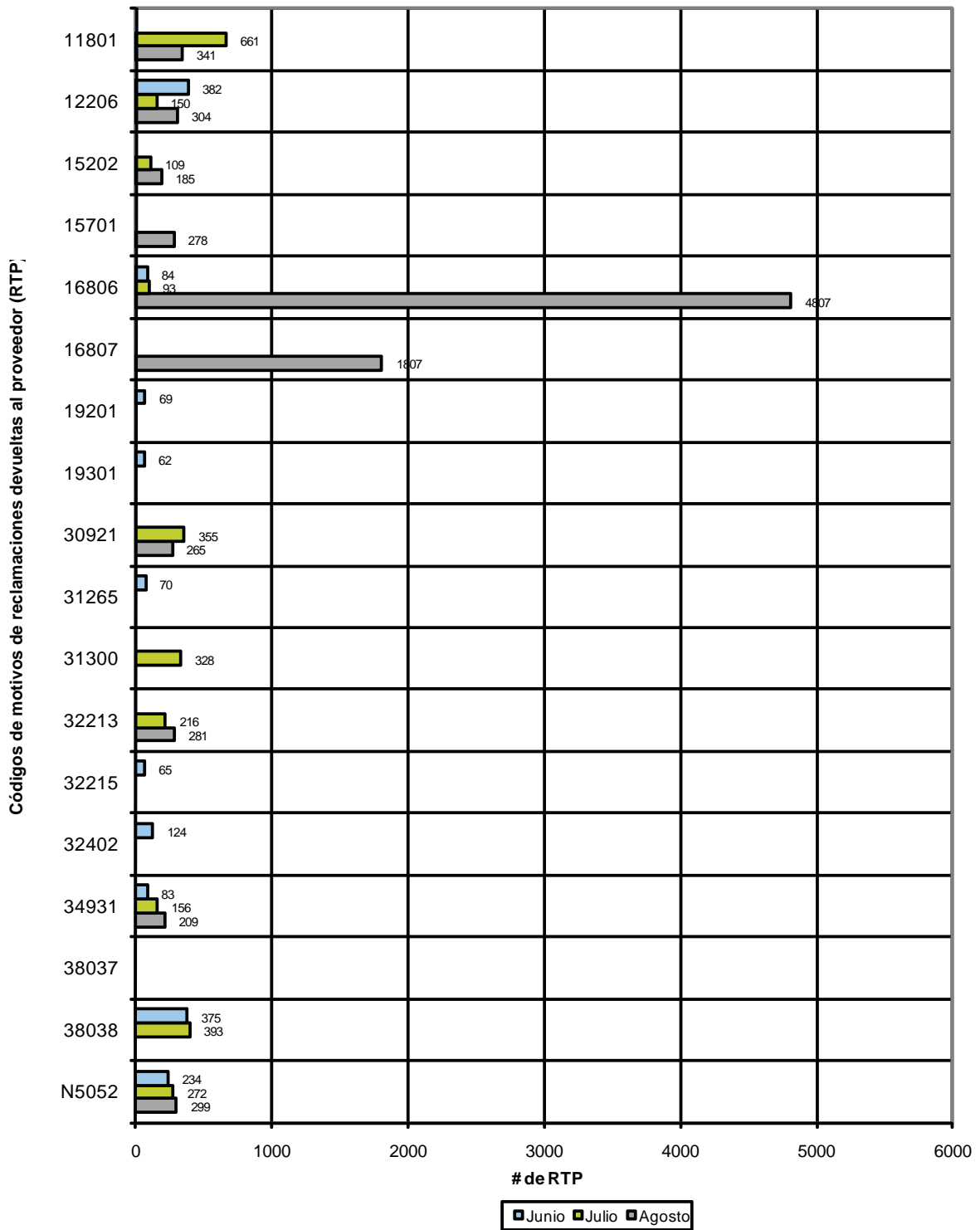
Las preguntas más frecuentes, denegaciones... (continuación)

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



Las preguntas más frecuentes, denegaciones... (continuación)

Principales códigos de motivos de reclamaciones de Puerto Rico Parte A devueltas al proveedor (RTP) en junio-agosto de 2010



DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Revisiones a las LCD Existentes

AG0104: Colorectal cancer screening.....	22
A93303: Transthoracic echocardiography (TTE).....	22

Información Médica Adicional

Cambios de codificación 2011 de ICD-9-CM	23
--	----

Notificación anticipada al beneficiario

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

Revisiones a las LCD Existentes

AG0104: Colorectal cancer screening – modificación de la LCD

Identificador de LCD: L28803 (Florida)

Identificador de LCD: L28805 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para exámenes de detección del cáncer colorrectal fue efectiva para los servicios provistos 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 una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada de acuerdo en la transmisión 1953, petición de cambio (CR) 6760, fecha del 28 de abril de 2010, de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), para añadir el tipo de factura 12x bajo la sección “Type of Bill” de la LCD.

Además, en base a CMS CR 6760, al anexo de la LCD “Coding Guidelines” se agregó el texto siguiente:

- *Cuando se ha efectuado pruebas/procedimientos a los pacientes internados en un hospital o cuando se han agotado los beneficios de Parte A, aquellos gozan de cobertura por este beneficio. Sin embargo, el proveedor cobra utilizando la factura tipo 12X, utilizando la fecha de dada de alta del hospital para evitar correcciones al archivo common working file (CWF) como resultado de haber trasgredido las reglas del hospital.*

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 4 de octubre de 2010**, para servicios provistos **a partir del 1 de octubre de 2010**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de coberturas Medicare de CMS: <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>. ❖

A93303: Transthoracic echocardiography (TTE) – modificación de la LCD

Identificador de LCD: L28997 (Florida)

Identificador de LCD: L29029 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para transthoracic echocardiography (TTE) ha estado vigente para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida y desde el 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 jurisdicción nueve (J9). Después de esa fecha, la sección “Revenue Codes” de la LCD ha sido modificada con la adición del código de ingreso 483 – cardiología, eco-cardiología.

Fecha de vigencia

Esta modificación de la LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 14 de octubre 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. ❖

Información Médica Adicional

Cambios de codificación 2011 de ICD-9-CM

La actualización 2011 a la estructura de codificación de diagnóstico de ICD-9-CM es efectiva para los servicios provistos a partir del 1 de octubre de 2010. Los proveedores son requeridos usar la codificación ICD-9-CM actualizada 2011 efectiva para todas las dadas de alta de hospital y servicios ambulatorios que ocurran a partir del 1 de octubre de 2010. Debido a la relación directa entre la codificación y reembolso, es particularmente importante que los proveedores reembolsados bajo el sistema de pagos prospectivos (PPS) del cuidado ambulatorio utilicen la codificación ICD-9-CM apropiada. Otros proveedores que codifican diagnósticos y procedimientos (proveedores que no son OPPS) también son afectados. Además, la nueva codificación de diagnóstico es usada en la facturación ambulatoria de hospital. First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha revisado las LCD para los códigos de procedimientos con criterios de diagnósticos específicos que son afectados por la actualización 2011 de ICD-9-CM. La siguiente tabla lista las LCD afectadas y las condiciones específicas revisadas como resultado de la actualización 2011 de ICD-9-CM:

Título de la LCD	Cambios 2011
A0171T Interspinous Process Decompression	Removido el código diagnóstico 724.02 para los códigos de procedimientos 0171T, 0172T, y C1821. Añadido el código diagnóstico 724.03 para los códigos de procedimiento 0171T, 0172T, C1821.
A43235 Diagnostic and Therapeutic Esophagogastroduodenoscopy	Añadido el código diagnóstico 784.52 para los códigos de procedimiento 43235, 43236, 43237, 43238, 43239, 43241, 43243, 43244, 43245, 43246, 43247, 43248, 43249, 43250, 43251, 43255, y 43258.
A44388 Diagnostic Colonoscopy	Removido el código diagnóstico 787.6 para los códigos de procedimiento 44388, 44389, 44390, 44391, 44392, 44393, 44394, 44397, 45355, 45378, 45379, 45380, 45381, 45382, 45383, 45384, 45385, 45386, 45387, 45391, y 45392. Añadido el código diagnóstico con rango de 787.60-787.63 para los códigos de procedimiento 44388, 44389, 44390, 44391, 44392, 44393, 44394, 44397, 45355, 45378, 45379, 45380, 45381, 45382, 45383, 45384, 45385, 45386, 45387, 45391, y 45392.
A51784 Anorectal Manometry and EMG of the Urinary and Anal Sphincters	Removido el código diagnóstico 787.6 para los códigos de procedimiento 51784, 51785, y 91122. Añadido el código diagnóstico con rango de 787.60-787.63 para los códigos de procedimiento 51784, 51785, y 91122.
62263 Endoscopic and Percutaneous Lysis of Epidural Adhesions	Descriptor cambiado para el código diagnóstico 724.02 para los códigos de procedimiento 62263, 62264, y 64999. Añadido el código diagnóstico 724.03 para los códigos de procedimiento 62263, 62264, y 64999.
A70540 Magnetic Resonance Imaging of the Orbit, Face, and/or Neck	Añadido el código diagnóstico 784.92 para los códigos de procedimiento 70540, 70542, y 70543.

DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA PARTE A

Cambios de codificación 2011 de ICD-9-CM ... (continuación)

Título de la LCD	Cambios 2011
A70544 Magnetic Resonance Angiography (MRA)	<p>Removido el código diagnóstico 786.3 para los códigos de procedimiento 71555, C8909, C8910, y C8911.</p> <p>Añadido el código diagnósticos 786.30 and 786.39 para los códigos de procedimiento 71555, C8909, C8910, y C8911.</p>
A71275 Computed Tomographic Angiography of the Chest, Heart and Coronary Arteries	<p>Removido el código diagnóstico 786.3 para el código diagnóstico 71275.</p> <p>Añadido el código diagnósticos 786.30 and 786.39 para el código diagnóstico 71275.</p>
A73218 Magnetic Resonance Imaging of Upper Extremity	Añadido el código diagnósticos 237.73, 237.79, y 447.70-447.73 para los códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222, y 73223.
A82330 Ionized Calcium	Añadido el código diagnóstico 780.66 para el código diagnóstico 82330.
A84100 Serum Phosphorus	Añadido el código diagnósticos 799.51, 799.52, 799.54, y 799.55 para el código diagnóstico 84100.
A86706 Hepatitis B Surface Antibody and Surface Antigen	Añadido el código diagnóstico 780.66 para el código diagnóstico 87340.
A90901 Biofeedback	<p>Removido el código diagnóstico 787.6 para el código diagnóstico 90911.</p> <p>Añadido el código diagnóstico con rango de 787.60-787.63 para el código diagnóstico 90911.</p>
A90999 Frequency of Hemodialysis Services	<p>Removido el código diagnóstico 276.6 para el código diagnóstico 90999.</p> <p>Añadido el código diagnóstico 276.69 para el código diagnóstico 90999.</p>
A93000 Electrocardiography	<p>Removido el código diagnóstico 276.61 del rango de código diagnóstico 276.0-276.9 para los códigos de procedimiento 93000, 93005, y 93010 puesto que no es apropiado.</p> <p>Añadido el código diagnóstico 276.69 para los códigos de procedimiento 93000, 93005, y 93010.</p>
A93303 Transthoracic Echocardiography (TTE)	<p>Removido el código diagnóstico 275.0 para los códigos de procedimiento 93306, 93307, 93308, C8923, y C8924.</p> <p>Añadido el código diagnóstico con rango de 275.01-275.09 para los códigos de procedimiento 93306, 93307, 93308, C8923, y C8924.</p>
A93312 Transesophageal Echocardiogram	Añadido el código diagnóstico 278.03 para los códigos de procedimiento 93312, 93313, 93314, 93315, 93316, 93317, 93318, C8925, C8926, y C8927.

DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA PARTE A

Cambios de codificación 2011 de ICD-9-CM ... (continuación)

Título de la LCD	Cambios 2011
A93965 Non-Invasive Evaluation of Extremity Veins	Removido el código diagnóstico 786.3 para los códigos de procedimiento 93965, 93970, y 93971. Añadido el código diagnósticos 786.30 and 786.39 para los códigos de procedimiento 93965, 93970, y 93971.
A93975 Duplex Scanning	Removido el código diagnóstico 784.52 del rango de código diagnóstico 784.51-784.59 para los códigos de procedimiento 93978 and 93979 puesto que no es apropiado.
A94640 Diagnostic Aerosol or Vapor Inhalation	Removido el código diagnóstico 786.3 para el código diagnóstico 94640. Añadido el código diagnósticos 786.30 and 786.39 para el código diagnóstico 94640.
AJ0881 Erythropoiesis Stimulating Agents	Descriptor cambiado para el código diagnóstico V07.8 para el código diagnóstico J0885 (Lista 1).
AJ2505 Pegfilgrastim (Neulasta)	Descriptor cambiado para el código diagnóstico V07.8 para el código diagnóstico J2505.
AJ2792 Rho (D) Immune Globulin Intravenous	Removido el código diagnóstico 999.7 para los códigos de procedimiento J2788, J2790, J2791, y J2792. Añadido el código diagnóstico con rango de 999.70-999.79 para los códigos de procedimiento J2788, J2790, J2791, y J2792.
APULMDIAGSVCS Pulmonary Diagnostic Services	Removido el código diagnóstico 786.3 para los códigos de procedimiento 93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94150, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725, y 94750. Añadido los códigos diagnósticos 786.30 and 786.39 para los códigos de procedimiento 93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94150, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725, y 94750.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2017, CR 7006

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

FORMULARIO DE PARTE A

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

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en 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 2010 a septiembre de 2011.	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

FACTURACIÓN

Reclamaciones presentadas por los beneficiarios

Número de *MLN Matters*: MM6874
 Número de petición de cambio relacionado: 6874
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de agosto de 2010
 Fecha de efectividad: 29 de noviembre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R2031CP
 Fecha de implementación: 29 de noviembre de 2010

Resumen

La Sección 1848 (g)(4)(A) de la ley del Seguro Social exige que todos los proveedores y suplidores presenten reclamaciones por servicios prestados a los beneficiarios de Medicare. El manual actual de requisitos instruye a los contratistas de Medicare como procesar las reclamaciones presentadas por los beneficiarios de Medicare cuando el proveedor o suplidor rehúsa presentar las reclamaciones para los servicios prestados y/o. rehúsa inscribirse en Medicare.

Los contratistas de Medicare también proveerán educación a los beneficiarios de Medicare sobre como presentar reclamaciones completas, incluyendo toda la

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.

documentación de sustento. Estos requisitos aplican a todas las reclamaciones recibidas a partir del 29 de noviembre de 2010, en adelante, sin importar la fecha de servicio.

Los contratistas mantendrán documentación de quejas del beneficiario que envuelvan violaciones de la póliza obligatoria de presentación de reclamación y una lista de las 50 violaciones principales, por estado, de la póliza obligatoria de presentación de reclamación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6874.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6874, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2031CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2031, CR 6874

Cambio del código 12 de especialidad del médico a medicina osteopática manipulativa

Número de *MLN Matters*: MM6890
 Número de petición de cambio relacionado: 6890
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de agosto de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2035CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Los códigos de Medicare de especialidad del médico describen los tipos específicos/únicos de medicina que los médicos practican. Los contratistas de Medicare usan los datos del código de especialidad para desarrollar modificaciones de procesamiento de reclamaciones para ayudar a identificar el cuidado potencialmente duplicado por miembros de la misma especialidad el mismo día al mismo paciente.

Efectivo el 1 de enero de 2011, los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare reconocerán el nombre del código 12 de especialidad del médico como medicina osteopática manipulativa (previamente reconocido como terapia osteopática manipulativa). Medicare's Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) también reconocerán el código 12 de especialidad del médico como un código válido de especialidad para medicina osteopática manipulativa.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6890.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6890, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2035CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2035, CR 6890

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 trimestral de octubre a las modificaciones de la iniciativa de codificación correcta (CCI)

Número de *MLN Matters*: MM7081

Número de petición de cambio relacionado: 7081

Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de agosto de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2036CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Este artículo provee un recordatorio a los médicos de las actualizaciones trimestrales a las modificaciones de la iniciativa de codificación correcta (CCI). La última publicación trimestral de la modificación del módulo fue emitida en julio de 2010.

El último paquete de modificaciones CCI, versión 16.3, es efectiva el 1 de octubre de 2010, e incluye todas las versiones previas y actualizaciones del 1 de enero de 1996, hasta el presente.

Información adicional sobre CCI, incluyendo el CCI actual y las modificaciones mutuamente exclusivas, está disponible en <http://www.cms.gov/NationalCorrectCodNtEd/>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7081.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7081, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2036CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2036, CR 7081

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

PQRI

Lo nuevo del programa de incentivo de receta electrónica

Nueva sección añadida a la página Web de iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI)

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar la nueva sección "How to Get Started" para participar con el programa de incentivo de receta electrónica (eRx). La nueva sección puede ser encontrada en http://www.cms.gov/ERxIncentive/03_How_To_Get_Started.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201008-47

Lo nuevo de PQRI

Nueva sección añadida a la página Web de la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI)

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar la nueva sección "How to Get Started" para participar con el programa de la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI), la cual está disponible en la página Web de PQRI. La nueva sección puede ser encontrada en http://www.cms.gov/PQRI/03_How_To_Get_Started.asp.

Primer cuarto de datos de calidad de PQRI 2010 reporte de error de presentación de código por especialidad

CMS se complace en anunciar el primer cuarto de datos de calidad de reporte de error de presentación de código por especialidad para el 1 de enero-31 de marzo de 2010. Este reporte está disponible en la página Web de PQRI y puede ser descargado en http://www.cms.gov/PQRI/Downloads/1Q_2010QDCSubErrorRptbySpecialty07272010_08122010.pdf.

Ajuste de pago para los nuevos incentivos para los profesionales elegibles para el PQRI 2008

CMS se complace en anunciar que la información sobre los ajustes de pago para los nuevos incentivos para los profesionales elegibles del programa PQRI 2008 es publicado en la sección Spotlight de la página Web de PQRI en <http://www.cms.gov/PQRI>.

Lo nuevo de PQRI... (continuación)

Próximos pago de incentivo de ajuste de distribuciones de pago para los nuevos incentivos para los profesionales elegibles de PQRI 2008 después de la incorporación de los requisitos de cargos permitidos:

- Distribución de este incentivo adicional 2008, para esos nuevos incentivos elegibles, comienza el 25 de agosto de 2010, y termina el 17 de septiembre de 2010 (a finales de agosto hasta a mediados de septiembre).
- Existe un total de 889 números de identificación patronal/identificadores nacionales del proveedor (TIN/NPI) que no eran elegibles para el incentivo en el programa PQRI 2008, pero que son elegibles para nuevos incentivos después de la incorporación de los cargos requeridos permitidos.

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

Fuente: CMS PERL 201009-01

INFORMACIÓN GENERAL

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM7084

Número de petición de cambio relacionado: 7084

Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de agosto de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2038CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

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

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7084.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7084, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2038CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2038, CR 7084

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 octubre de 2010 del sistema de pagos de los centros de cirugía ambulatoria

Número de *MLN Matters*: MM7147

Número de petición de cambio relacionado: 7147

Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de septiembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2045CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

Este artículo describe los cambios resultantes de las políticas de pago implementadas en la actualización a octubre de 2010 del sistema de pago de los centros de cirugía ambulatoria.

La actualización de esta información incluye información sobre el nuevo instrumento de paso de códigos a través del sistema Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), cinco nuevos códigos de medicinas HCPCS y seis nuevos códigos HCPCS, que describen servicios de imagen que deben ser agregados a la lista ASC de servicios auxiliares con cobertura, a partir del 1 de octubre de 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7147.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7147, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2045CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2045, CR 7147

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

CMS hace de la información sobre índices de pago de tarifa fija más accesible

Las tablas de tarifas fijas (<http://www.cms.gov/apps/physician-fee-schedule/overview.aspx>) fueron diseñadas para proveer información sobre el índice de pago por servicios por médicos y profesionales de la salud bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS). Las tablas de tarifas fijas incluyen más de 10,000 servicios de médicos, las unidades asociadas de valor relativo, un indicador de estatus de tarifas fijas, y varios indicadores de póliza de pago necesarios para el ajuste de pago. Con la tabla de tarifa fija, el usuario puede encontrar no solamente el índice de pago ajustado nacional para cada servicio, determinado al multiplicar las unidades de valor relativo total asignado al servicio por el factor de conversión apropiado, sino también los índices de pago ajustados geográficamente para cada localidad de pago.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ahora han actualizado y mejorado las tablas de tarifas fijas para permitir al usuario:

- Descargar resultados de búsqueda a un archivo CSV
- Modificar criterios de búsqueda sin tener que comenzar de nuevo
- Buscar en todos los tipos disponibles de información al mismo tiempo (información de precio, indicadores de póliza de pago, unidades de valor relativo, e índice de costo de práctica geográfica), y
- Clasifique y vea las columnas de tablas de resultados en orden ascendente o descendente.

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

Fuente: CMS PERL 201009-15

Noticia importante acerca de la frecuencia de la vacuna contra la gripe para beneficiarios de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1026

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

Típicamente, es permisible una dosis de vacuna anti gripal por persona durante la estación de la influenza (una vez al año durante otoño o invierno). Sin embargo, si un médico determina y documenta en el expediente médico que una vacuna adicional es razonable y médicamente necesaria, Medicare pagará más de una vacuna contra el virus de influenza durante la misma estación.

Los beneficiarios de Medicare pueden recibir la vacuna una vez durante la estación de influenza, pagada por Medicare, sin orden del médico y sin la supervisión de un médico. Un paciente podría recibir la vacuna de influenza dos veces en un año determinado siendo ambas pagadas por Medicare. Por ejemplo, un beneficiario puede ser vacunado en enero y noviembre de 2010.

La red *Medicare Learning Network*[®] (*MLN*) ha emitido una edición especial del artículo *MLN Matters* SE1026 para dar a médicos y otros proveedores información importante con respecto a la frecuencia permisible de la vacuna para beneficiarios de Medicare. Este artículo es de naturaleza informativa y refuerza la política existente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1026.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1026

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

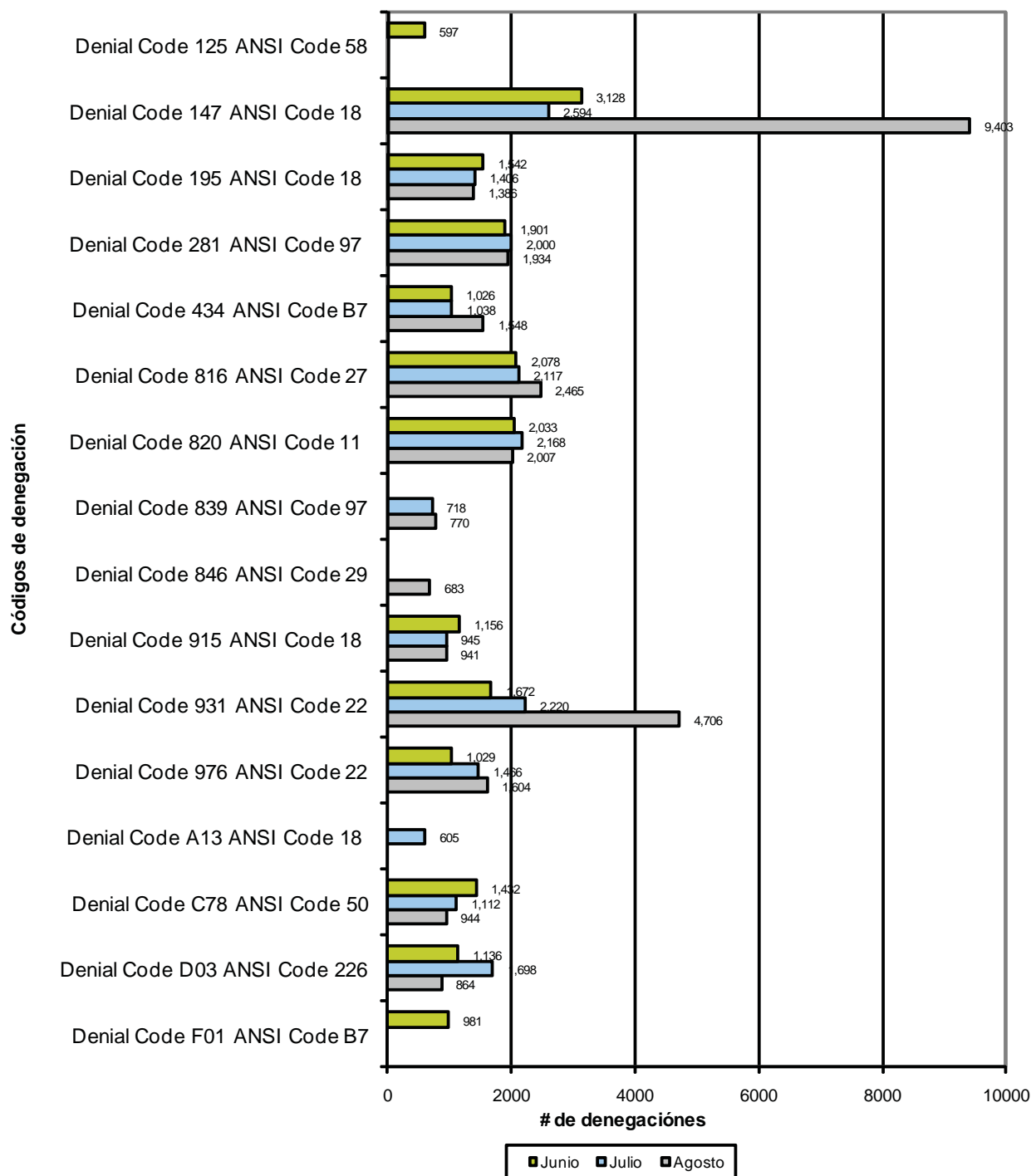
Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

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

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

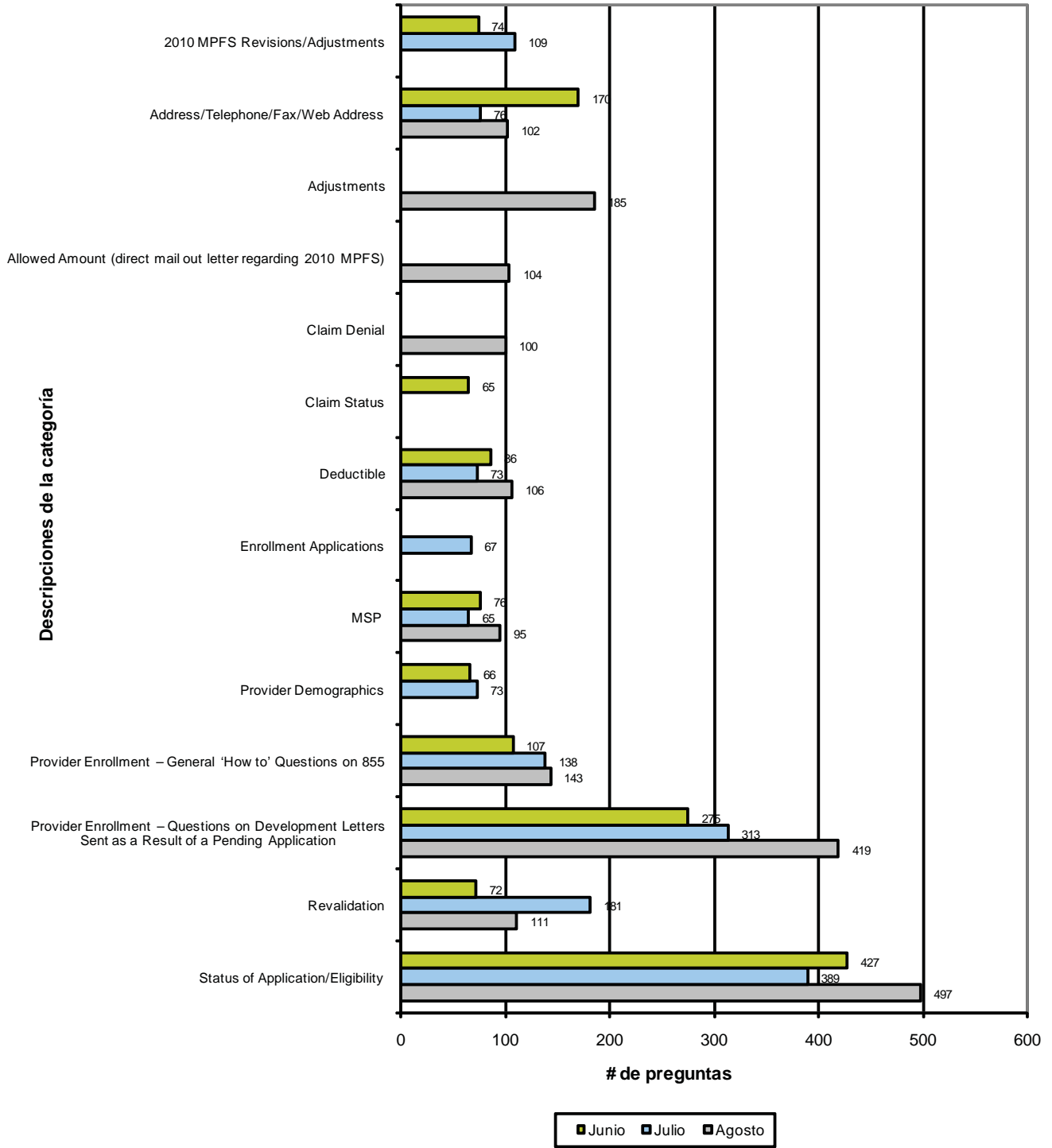
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de junio-agosto de 2010. Para consejos y recursos que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

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



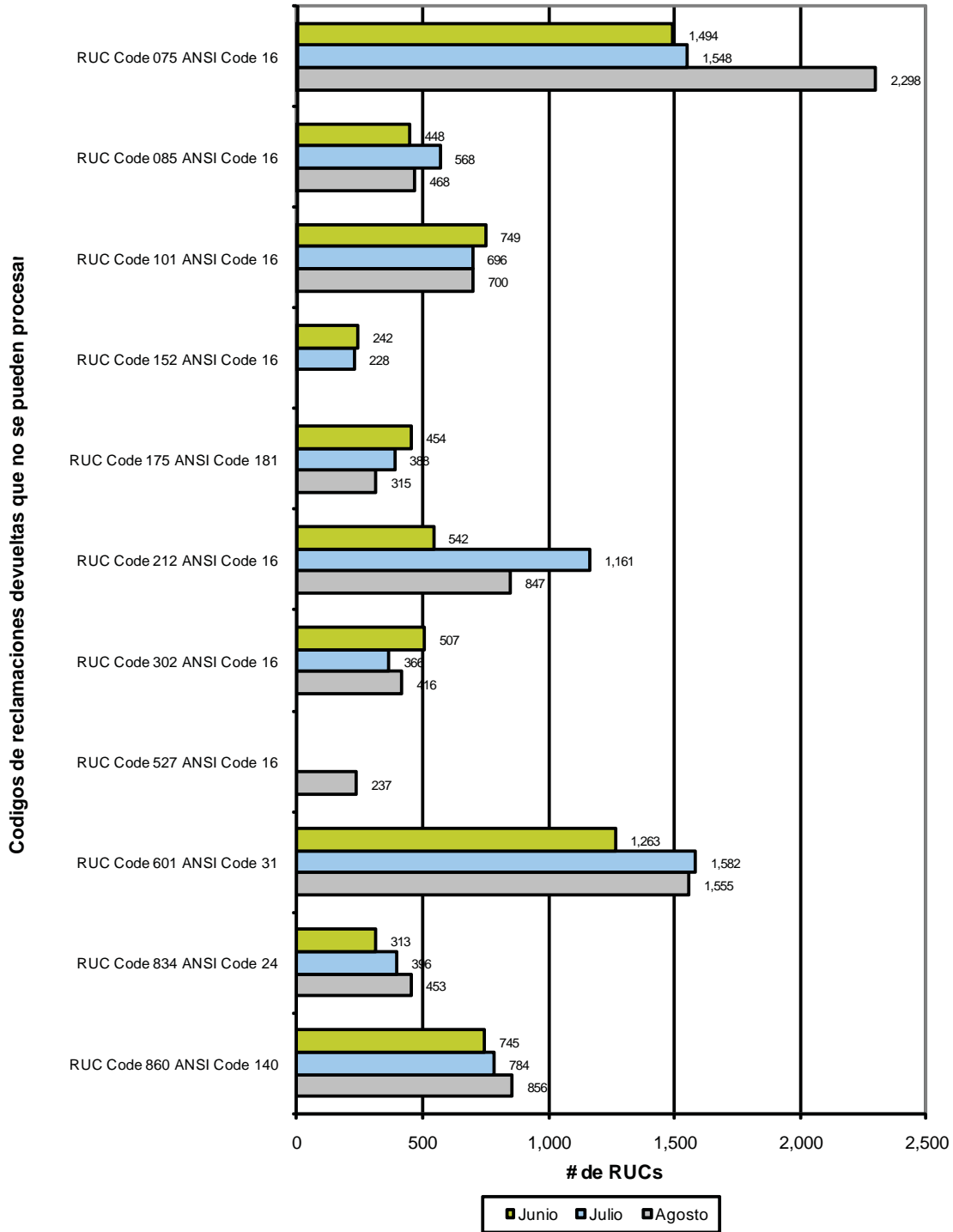
Las preguntas más frecuentes, denegaciones... (continuación)

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



Las preguntas más frecuentes, denegaciones... (continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en junio-agosto de 2010



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Información Médica Adicional

Cambios de codificación 2011 de ICD-9-CM..... 37

Notificación anticipada al beneficiario

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

Información Médica Adicional

Cambios de codificación 2011 de ICD-9-CM

La actualización 2011 a la estructura de codificación de diagnóstico de ICD-9-CM es efectiva para los servicios provistos a partir del 1 de octubre de 2010. Los médicos, practicantes, y suplidores deben facturar utilizando el código de diagnóstico que es válido para la fecha de servicio. Los contratistas ya no pueden aceptar códigos de diagnóstico descontinuados para las fechas de servicio después de la fecha en la cual el código de diagnóstico es descontinuado. First Coast Service Options Inc. (FCSO) ha revisado las LCD para los códigos de procedimientos con criterios de diagnósticos específicos que son afectados por la actualización 2011 de ICD-9-CM. La siguiente tabla lista las LCD afectadas y las condiciones específicas revisadas como resultado de la actualización 2011 de ICD-9-CM:

Título de la LCD	Cambios 2011
0171T Interspinous Process Decompression	Removido el código diagnóstico 724.02 para los códigos de procedimiento <i>0171T</i> y <i>0172T</i> . Añadido el código de diagnóstico 724.03 para los códigos de procedimiento <i>0171T</i> y <i>0172T</i> .
27096 Sacroiliac Joint Injection	Descriptor cambiado para el código diagnóstico 724.02 para el código de procedimiento <i>27096</i> . Añadido el código de diagnóstico 724.03 para el código de procedimiento <i>27096</i> .
31231 Diagnostic Nasal Endoscopy	Removido el código diagnóstico 784.52 del rango de código de diagnóstico 784.51-784.59 para los códigos de procedimiento <i>31231</i> , <i>31233</i> , y <i>31235</i> puesto que no es apropiado. Removido el código diagnóstico 786.3 para los códigos de procedimiento <i>31231</i> , <i>31233</i> , <i>31235</i> , y <i>92511</i> . Añadido el código de diagnósticos 786.30 y 786.39 para los códigos de procedimiento <i>31231</i> , <i>31233</i> , <i>31235</i> , y <i>92511</i> .
31525 Diagnostic Laryngoscopy	Removido el código diagnóstico 786.3 para los códigos de procedimiento <i>31525</i> y <i>31575</i> . Añadido el código de diagnósticos 784.92, 786.30, y 786.39 para los códigos de procedimiento <i>31525</i> y <i>31575</i> .
43235 Diagnostic and Therapeutic Esophagogastroduodenoscopy	Añadido el código de diagnóstico 784.52 para los códigos de procedimiento <i>43235</i> , <i>43236</i> , <i>43237</i> , <i>43238</i> , <i>43239</i> , <i>43241</i> , <i>43243</i> , <i>43244</i> , <i>43245</i> , <i>43246</i> , <i>43247</i> , <i>43248</i> , <i>43249</i> , <i>43250</i> , <i>43251</i> , <i>43255</i> , y <i>43258</i> .
43644 Surgical Management of Morbid Obesity	Removido el código diagnóstico V85.4 para los códigos de procedimiento <i>43644</i> , <i>43645</i> , <i>43770</i> , <i>43845</i> , <i>43846</i> , y <i>43847</i> . Añadido el código de diagnóstico con rango V85.41-V85.45 para los códigos de procedimiento <i>43644</i> , <i>43645</i> , <i>43770</i> , <i>43845</i> , <i>43846</i> , y <i>43847</i> .
44388 Diagnostic Colonoscopy	Removido el código diagnóstico 787.6 para los códigos de procedimiento <i>44388</i> , <i>44389</i> , <i>44390</i> , <i>44391</i> , <i>44392</i> , <i>44393</i> , <i>44394</i> , <i>44397</i> , <i>45355</i> , <i>45378</i> , <i>45379</i> , <i>45380</i> , <i>45381</i> , <i>45382</i> , <i>45383</i> , <i>45384</i> , <i>45385</i> , <i>45386</i> , <i>45387</i> , <i>45391</i> , y <i>45392</i> . Añadido el código de diagnóstico con rango 787.60-787.63 para los códigos de procedimiento <i>44388</i> , <i>44389</i> , <i>44390</i> , <i>44391</i> , <i>44392</i> , <i>44393</i> , <i>44394</i> , <i>44397</i> , <i>45355</i> , <i>45378</i> , <i>45379</i> , <i>45380</i> , <i>45381</i> , <i>45382</i> , <i>45383</i> , <i>45384</i> , <i>45385</i> , <i>45386</i> , <i>45387</i> , <i>45391</i> , y <i>45392</i> .

DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA PARTE B

Cambios de codificación 2011 de ICD-9-CM... (continuación)

Título de la LCD	Cambios 2011
51784 Anorectal Manometry and EMG of the Urinary and Anal Sphincters	Removido el código diagnóstico 787.6 para los códigos de procedimiento 51784, 51785, y 91122. Añadido el código de diagnóstico con rango 787.60-787.63 para los códigos de procedimiento 51784, 51785, y 91122.
62263 Endoscopic and Percutaneous Lysis of Epidural Adhesions	Descriptor cambiado para el código diagnóstico 724.02 para los códigos de procedimiento 62263, 62264, y 64999. Añadido el código de diagnóstico 724.03 para los códigos de procedimiento 62263, 62264, y 64999.
70540 Magnetic Resonance Imaging of the Orbit, Face, and/or Neck	Añadido el código de diagnóstico 784.92 para los códigos de procedimiento 70540, 70542, y 70543.
70544 Magnetic Resonance Angiography (MRA)	Removido el código diagnóstico 786.3 para los códigos de procedimiento 71555, C8909, C8910, y C8911. Añadido el código de diagnósticos 786.30 y 786.39 para los códigos de procedimiento 71555, C8909, C8910, y C8911.
71275 Computed Tomographic Angiography of the Chest, Heart and Coronary Arteries	Removido el código diagnóstico 786.3 para el código de procedimiento 71275. Añadido el código de diagnósticos 786.30 y 786.39 para el código de procedimiento 71275.
73218 Magnetic Resonance Imaging of Upper Extremity	Añadido el código de diagnósticos 237.73, 237.79, y 447.70-447.73 para los códigos de procedimiento 73218, 73219, 73220, 73221, 73222, y 73223.
82330 Ionized Calcium	Añadido el código de diagnóstico 780.66 para el código de procedimiento 82330.
84100 Serum Phosphorus	Añadido el código de diagnósticos 799.51, 799.52, 799.54, y 799.55 para el código de procedimiento 84100.
86706 Hepatitis B Surface Antibody and Surface Antigen	Añadido el código de diagnóstico 780.66 para el código de procedimiento 87340.
90901 Biofeedback	Removido el código diagnóstico 787.6 para el código de procedimiento 90911. Añadido el código de diagnóstico con rango 787.60-787.63 para el código de procedimiento 90911.
92081 Visual Field Examination	Añadido el código de diagnósticos 237.73 y 237.79 para los códigos de procedimiento 92081, 92082, y 92083.
93000 Electrocardiography	Removido el código diagnóstico 276.61 del rango de código de diagnóstico 276.0-276.9 para los códigos de procedimiento 93000, 93005, y 93010 puesto que no es apropiado. Añadido el código de diagnóstico 276.69 para los códigos de procedimiento 93000, 93005, y 93010.
93303 Transthoracic Echocardiography (TTE)	Removido el código diagnóstico 275.0 para los códigos de procedimiento 93306, 93307, y 93308. Añadido el código de diagnóstico con rango 275.01-275.09 para los códigos de procedimiento 93306, 93307, y 93308.
93312 Transesophageal Echocardiogram	Añadido el código de diagnóstico 278.03 para los códigos de procedimiento 93312, 93313, 93314, 93315, 93316, 93317, y 93318.
93965 Non-Invasive Evaluation of Extremity Veins	Removido el código diagnóstico 786.3 para los códigos de procedimiento 93965, 93970, y 93971. Añadido el código de diagnósticos 786.30 y 786.39 para los códigos de procedimiento 93965, 93970, y 93971.

DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA PARTE B

Cambios de codificación 2011 de ICD-9-CM... (continuación)

Título de la LCD	Cambios 2011
93975 Duplex Scanning	Removido el código diagnóstico 784.52 del rango de código de diagnóstico 784.51-784.59 para los códigos de procedimiento 93978 y 93979 puesto que no es apropiado.
95925 Somatosensory Testing	Descriptor cambiado para el código diagnóstico 724.02 para los códigos de procedimiento 95925, 95926, y 95927. Añadido el código de diagnóstico 724.03 para los códigos de procedimiento 95925, 95926, y 95927.
G0430 Qualitative Drug Screening	Removido el código diagnóstico 970.8 para los códigos de procedimiento 80100, 80102, G0430, y G0431. Añadido el código de diagnóstico con rango 970.81-970.89 para los códigos de procedimiento 80100, 80102, G0430, y G0431.
J0470 Chelation Therapy	Removido el código diagnóstico 275.0 para el código de procedimiento J0895. Añadido el código de diagnóstico con rango 275.01-275.09 para el código de procedimiento J0895.
J0800 Corticotropin	Removido el código diagnóstico 287.4 para el código de procedimiento J0800. Añadido el código de diagnóstico con rango 287.41-287.49 para el código de procedimiento J0800.
J0881 Erythropoiesis Stimulating Agents	Descriptor cambiado para el código diagnóstico V07.8 para el código de procedimiento J0885 (Lista 1).
J2355 Oprelvekin (Neumega)	Removido el código diagnóstico 287.4 para el código de procedimiento J2355. Añadido el código de diagnóstico 287.49 para el código de procedimiento J2355.
J2505 Pegfilgrastim (Neulasta)	Descriptor cambiado para el código diagnóstico V07.8 para el código de procedimiento J2505.
J2792 Rho (D) Immune Globulin Intravenous	Removido el código diagnóstico 999.7 para los códigos de procedimiento J2788, J2790, J2791, y J2792. Añadido el código de diagnóstico con rango 999.70-999.79 para los códigos de procedimiento J2788, J2790, J2791, y J2792.
PULMDIAGSVCS Pulmonary Diagnostic Services	Removido el código diagnóstico 786.3 para los códigos de procedimiento 93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725, y 94750. Añadido los códigos de diagnóstico 786.30 y 786.39 para los códigos de procedimiento 93720, 93721, 93722, 94010, 94060, 94070, 94200, 94240, 94250, 94260, 94350, 94360, 94370, 94375, 94620, 94621, 94720, 94725, y 94750.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2017, CR 7006

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

FORMULARIO DE PARTE B

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

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publicaciones/ (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 2010 a septiembre de 2011.	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 hasta el 31 de mayo de 2010 y el 1 de junio hasta el 30 de noviembre de 2010, está disponible, sin costo, en línea, en http://medicare.fcso.com/Data_files/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias adicionales a la venta, impresas o en CD-ROM. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago del año 2010 para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
		CD-ROM: \$6.00		
Idioma de preferencia: English [<input type="checkbox"/>] Español [<input type="checkbox"/>]				
Escriba de manera legible			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistem de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov



WHEN EXPERIENCE COUNTS & QUALITY MATTERS

MEDICARE A y B AL DÍA

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

♦ ATTENTION BILLING MANAGER ♦

