

En esta edición...



DONDE LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Cobertura y reembolso

Tarifas fijas de vacuna anti influenza y neumococos5

Intercambio electrónico de datos

Implementación de tarifa fija de Medicare HIPAA 5010 D.O. Impacto de erratas11

Aplicaciones de PECOS

Utilize PECOS para inscribirse en Medicare21

Encuesta de satisfacción del proveedor

Resultados de la encuesta de satisfacción del proveedor de Medicare27

Sistema de pagos prospectivos

Cambios al sistema de pagos prospectivos.....29

OPPS PRICER

Calendario 2010 del sistema PRICER35

Centros de enfermería especializada

Pagos prospectivos SNF.....38

Códigos DMEPOS HCPCS

Lista de jurisdicción 2010 para códigos DMEPOS HCPCS50

Programa de incentivo eRx

Programa de incentivo de prescripción médica electrónica59

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Recursos educacionales	28
Información para proveedores de la Parte A.....	29
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	46
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	48
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	49
Información para proveedores de la Parte B.....	50
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	70
Formulario para ordenar materiales de Parte B	72
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	73

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

Sugerencias de distribución:

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



Tabla de Contenido

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

Partes A/B

Programa Dr. Ornish..... 4
 Cobro de vacuna influenza y neumococos..... 5
 Tarifas fijas vacuna influenza y neumococos 5
 Precios promedio de venta enero 2011 6
 Consejería para dejar el uso del tabaco..... 6
 Inyecciones para lipodistrofia facial..... 7
 Pago vacuna de influenza 2010 y 2011..... 7
 Tratamiento de tumores sólidos y mieloma..... 8
 Tarifas médicas fijas Medicare, octubre 2010 8
 Alogénico HSCT síndrome mielodisplásico..... 9
 Fecha efectiva de código CPT 80101 10
 Tarifa fija Medicare HIPAA 5010 11
 Códigos categoría y estatus de reclamación..... 12
 CMS ayuda en transiciones ICD-10 y 5010 12
 Versiones X12 y X50 de erratas D.O. 13
 Actualizaciones Medicare Learning Network..... 13
 Hoja informativa MLN sobre PECOS 14
 Boletín conformidad del proveedor Medicare.... 15
 Recursos de gripe 2010-2011 16
 Recordatorio de vacuna antigripal octubre..... 16
 Registros de salud electrónicos..... 17
 Intervención por abuso de sustancias 17
 Octubre mes de alerta de cáncer al pecho 18
 Medicare como pagador secundario 18
 Día nacional de salud de la mujer 19
 Producto “Medicare Outpatient Therapy Bill” ... 19
 Día de Osteoporosis y de mamografía 20
 Use PECOS para inscribirse en Medicare 21
 En 2011 parte programa incentivo EHR 22
 Organismos de certificación EHR 22
 Noticias de Medicare Advantage 23
 Protocolo de divulgación de Medicare..... 23
 Día mundial del corazón 24
 Encuesta de satisfacción de proveedores 24
 Cambios del límite de plazos 25
 Congelación de códigos ICD-10 25
 Pago de bonos HPSA 2011 26
 Tarifa fija de emergencia de Medicare 26
 Resultados encuesta Medicare 2010 27
 Reembolsos no solicitados/voluntarios 27
 Recursos Educativos 28

Parte A

Cambios al sistema de pagos prospectivos 29
 Pagos prospectivos paciente ambulatorio 30
 Licitación competitiva DMEPOS 31
 Reclamaciones de hospitales de urgencia 32
 Pagos prospectivos centros de rehabilitación .. 32
 Pagos de incentivo hospitales y CAH 33
 Pagos servicios ambulatorios según valor 33
 Incentivo de registro médico electrónico 34
 Archivos públicos de índice de salario 2012 34

Hospitales y CAH de Maryland..... 35
 Calendario 2010 del sistema PRICER 35
 Conjunto mínimo de datos 3.0..... 36
 Teleconferencia nacional SNF RUG IV 37
 Reportes five star de septiembre..... 38
 Pagos prospectivos SNF 38
 Enfermedad renal en su estado terminal... 38
 Problemas de hospital renal..... 39
 Demostraciones RAC de alto riesgo 39
 Demostraciones RAC DRG de alto riesgo . 40
 Auditoría de recuperación del contratista ... 40
 Licitación competitiva DMEPOS..... 41
 Actualización de código de ingreso..... 42
 Suspensión de denegación automática..... 42
 Hoja informativa sobre UB-04 42

Gráficos
 Preguntas frecuentes Puerto Rico..... 43
 Rechazos frecuentes Puerto Rico 44
 Códigos de denegación Puerto Rico 45

Tabla de contenido de LCD Parte A..... 46
 Ordenar materiales de Parte A 48
 Contactos Parte A de Puerto Rico 49

Parte B

Lista de jurisdicción 2010 para los
 códigos DMEPOS HCPCS 50
 Reporte facturación quiropráctico..... 59
 Precio promedio de venta octubre 2010..... 59
 Programa de incentivo de eRx 59
 Versión 5010 requisitos ambulancia..... 61
 Pagos médicos según valor 61
 Prescripción electrónica 2010 62
 Incentivo receta electrónica 2009..... 62
 Pago de incentivo PQRI 2009 63
 Recordatorio PQRI 2010 64
 Programa de incentivo eRx 2009 65
 Actúe para incentivos EHR de Medicare.... 65
 Médicos y profesionales de la salud que
 necesitan inscribirse para ordenar/referir ... 66

Gráficos
 Preguntas frecuentes Puerto Rico..... 67
 Rechazos frecuentes Puerto Rico 68
 Códigos de denegación Puerto Rico 69

Tabla de contenido de LCD Parte B 70
 Ordenar materiales de Parte B..... 72
 Contactos Parte B de Puerto Rico..... 73

**Medicare A y B
 Al Día**

**Vol. 2, No. 10
 Octubre 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® 2010 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

Programa del Dr. Ornish para revertir la enfermedad del corazón y programa Pritikin

Número de *MLN Matters*: MM7113

Número de petición de cambio relacionado: 7113

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de septiembre de 2010

Fecha de efectividad: 12 de agosto de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R125NCD

Fecha de implementación: 25 de octubre de 2010

Resumen

Rehabilitación cardíaca intensiva (ICR) se refiere a un programa bajo supervisión médica que provee servicios de rehabilitación cardíaca de manera más frecuente y muchas veces de modo más riguroso que otros programas. Por exigencia de la sección

1861(ee)(4)(A) de la ley de seguro social *Social Security Act (the Act)*, un programa ICR debe demostrar (en una investigación publicada y revisada por colegas) que ha cumplido para sus pacientes uno o más de los puntos siguientes:

- 1) Tiene influencia positiva en el desarrollo de enfermedad coronaria del corazón
- 2) Reduce la necesidad de cirugía de bypass coronario
- 3) Reduce la necesidad de intervenciones coronarias percutáneas.

Además, el programa debe demostrar (también en literatura revisada por colegas) que ha cumplido una reducción estadísticamente significativa en cinco o más de

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

las siguientes mediciones para pacientes, desde los niveles anteriores a los servicios de rehabilitación cardíaca, hasta los posteriores a dichos servicios:

- 1) Baja densidad de lipoproteína
- 2) triglicéridos
- 3) índice de masa corporal
- 4) presión sistólica de la sangre
- 5) presión diastólica de la sangre
- 6) necesidad de medicamentos para colesterol, presión sanguínea y diabetes.

Programas ICR individuales deben ser aprobados a través del proceso de determinación nacional de cobertura (NCD) para asegurar que demuestran haber cumplido los requisitos indicados más arriba.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7113.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7113, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R125NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 125, CR 7113

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>.

Lista de facturas y cobro centralizado por vacunas de influenza y neumococos

Número de *MLN Matters*: MM7124

Número de petición de cambio relacionado: 7124

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de septiembre de 2010

Fecha de efectividad: 25 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R774OTN

Fecha de implementación: 25 de octubre de 2010

Resumen

De acuerdo a los *Centers for Disease Control and Prevention* (centros de control y prevención de enfermedades), la vacuna estacional por la temporada de influenza 2010 – 2011 dará protección contra H1N1 de 2009 y otros dos virus de influenza. Medicare autoriza una vacunación anti gripal al año y en los casos de virus de influenza y neumococos, Medicare Parte B paga el 100 por ciento del costo tanto de la vacuna como de su administración.

Nota: No se aplica deducible ni coseguro de Parte B en caso de vacunas contra influenza y/o neumococos.

Para propósitos de cobertura, Medicare no exige para la vacuna contra neumococos y su administración sea ordenada por un médico o un osteópata.

Por lo tanto, el beneficiario puede recibir la vacuna con solamente solicitarla sin necesidad de orden ni supervisión de un médico. Típicamente, la vacuna anti neumococos es administrada solamente una vez en la vida. Se paga reclamaciones por beneficiarios con alto riesgo de contraer enfermedad por neumococos y que no han recibido la vacuna apropiada durante los cinco últimos años o que son revacunados porque no están seguros del estado de sus vacunas.

Los proveedores tienen la responsabilidad de cumplir estas pautas para poder ser ya sea un inmunizador masivo o facturador centralizado. Adicionalmente, los proveedores (pero no los suplidores) actualmente inscritos en el programa Medicare, pueden usar su *national provider identifier* (identificación nacional del proveedor, NPI) para proveer vacunas contra la influenza.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7124.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7124, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R774OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 774, CR 7124

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

Tarifas fijas para la administración de las vacunas contra el virus de influenza y neumococo

Las cuotas máximas permitidas para la administración de las vacunas contra el virus de la influenza y neumococo, códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G0008 y G0009 respectivamente, no están incluidos en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS). Sin embargo, de acuerdo con el Medicare Claims Processing Manual, Chapter 18 (Preventing and Screening Services), Sección 10.2.2.1, reembolso del código HCPCS G0008 y G0009 a partir del 1 de marzo de 2003, deben ser hechos basados en el índice del MPFS asociado con el código CPT 90471. Por lo tanto, para determinar la cuota máxima permitida para la administración de las vacunas contra el virus de la influenza y neumococo, vaya a la página de búsqueda de tarifas fijas, seleccione MPFS del menú desplegable, ingrese la fecha de servicio, localidad, código de procedimiento 90471, y presente. ❖

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 774, CR 7124

Actualización de precios promedio de venta trimestrales de enero de 2011 y revisión de archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM7188

Número de petición de cambio relacionado: 7188

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2067CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Este artículo ordena a los contratistas de Medicare a descargar e implementar los precios promedio de venta (ASP) de enero de 2011 en los archivos de precios de medicinas de Parte B de Medicare y si estos han sido entregados por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS): los archivos revisados de enero, abril, julio y octubre de 2010.

Medicare usará estos archivos para determinar el pago límite de reclamaciones por medicinas pagadas en forma separada por Medicare Parte B, procesadas o reprocesadas desde el 3 de enero de 2011, con fechas de servicio entre el 1 de enero y 31 de marzo de 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7188.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7188, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2067CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2067, CR 7188

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.

Consejería para prevenir el uso del tabaco

Número de *MLN Matters*: MM7133

Número de petición de cambio relacionado: 7133

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

Fecha de efectividad: 25 de agosto de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2058CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 25 de agosto de 2010, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) cubrirán consejería para abandonar el uso del tabaco para los beneficiarios ambulatorios y hospitalizados de Medicare 1) quien use tabaco, sin importar si tienen señales o síntomas de enfermedad relacionada al tabaco; 2) que son competentes y alertas a la hora que la consejería es provista; y 3) cuya consejería es prestada por un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare.

Estas personas que no tienen señales o síntomas de enfermedad relacionada al tabaco serán cubiertas bajo Medicare Parte B cuando las condiciones de cobertura arriba sean cumplidas, sujeto a cierta frecuencia y otras limitaciones. Los códigos de diagnóstico ICD-9 que deben ser reportados para estas personas son 305.1 (trastorno del uso del tabaco no dependiente) o V15.82 (historial de uso del tabaco).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7133.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7133, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2058CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2058, CR 7133

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.

Inyecciones dérmicas para tratamiento del síndrome de lipodistrofia facial

Número de *MLN Matters*: MM6953
 Número de petición de cambio relacionado: 6953
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de junio de 2010
 Fecha de efectividad: 23 de marzo de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R1978CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Las inyecciones dérmicas para el síndrome de lipodistrofia facial (LDS) son solamente razonables y necesarias utilizando rellenos dermales aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) para este propósito, y luego solamente en los beneficiarios de Medicare infectados con el virus de inmunodeficiencia adquirida (HIV) que manifiestan depresión secundaria al estigma físico del tratamiento del HIV.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) recibieron una solicitud para los tratamientos de cobertura nacional para LDS en los beneficiarios de Medicare infectados con HIV. LDS se caracteriza frecuentemente por la pérdida de grasa que resulta en una anomalía facial de mejillas severamente hundidas. Esta pérdida de grasa puede surgir como una complicación del HIV y/o terapia antirretroviral altamente activa (HAART). Debido a su apariencia, los pacientes con LDS pueden sentirse deprimidos. Socialmente aislados, y en algunos casos pueden detener sus tratamientos de HIV en un

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.

esfuerzo por detener o revertir esta complicación. Este artículo del *MLN Matters* trata los siguientes asuntos:

- Indicaciones cubiertas nacionalmente
- Indicaciones no cubiertas nacionalmente
- Información de codificación/precio de reclamaciones
- Instrucciones de facturación de centro de cirugía ambulatoria y de hospital
- Instrucciones de facturación del practicante
- Facturación por servicios antes de la cobertura de Medicare
- Facturación por servicios que no cumplen los requisitos de cobertura de comorbilidad.

Información adicional

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

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

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

Cuotas máximas permitidas de pago de la vacuna de la influenza 2010-2011

Número de *MLN Matters*: MM7120
 Número de petición de cambio relacionado: 7120
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de octubre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de septiembre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R2071CP
 Fecha de implementación: 24 de noviembre de 2010

Resumen

La cuota máxima permitida de pago para las vacunas de influenza son actualizadas en una base anual efectivo el 1 de septiembre de cada año. Los límites de la cuota máxima permitida de pago para Medicare Parte B para vacunas de influenza y neumococo son 95 por ciento del precio promedio completo como se reflejó en el compendio publicado **excepto** donde la vacuna es prestada en un departamento ambulatorio de hospital, clínica de salud rural (RHC), o centro de salud calificado por el gobierno federal (FQHC). Donde la vacuna es prestada en un departamento

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.

ambulatorio de hospital, RHC, o FQHC, el pago de la vacuna está basado en el costo razonable.

Las cantidades de deducible y coseguro anuales de Parte B no aplican. Todos los médicos, profesionales de la salud, y suplidores que administran la vacuna contra el virus de la influenza y la vacuna neumococo deben tomar asignación en la reclamación para la vacuna.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7120.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7120, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2071CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2071, CR 7120

FDG-PET estrategia de tratamiento inicial en tumores sólidos y mieloma

Número de *MLN Matters*: MM7148
 Número de petición de cambio relacionado: 7148
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de septiembre de 2010
 Fecha de efectividad: 4 de agosto de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R124NCD
 Fecha de implementación: 25 de octubre de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) dan actualmente cobertura a beneficiarios por estudio de tomografía de emisión *fluorodeoxyglucose-positron* (FDG-PET) que padecen de tumores sólidos comprobados por medio de una biopsia o aquellos con fuerte sospecha de padecer de tales tumores en base a otros exámenes de diagnóstico. El médico tratante determina si el beneficiario necesita el estudio para determinar la ubicación y/o extensión del tumor para propósitos terapéuticos posteriores relacionados con la estrategia de tratamiento inicial, con la finalidad de:

- Determinar si el beneficiario es o no es candidato a un procedimiento por diagnóstico terapéutico o invasivo; o
- Determinar la ubicación anatómica óptima para un procedimiento invasivo; o

- Determinar la extensión anatómica del tumor en caso de que el tratamiento más razonable dependa del tamaño del tumor.

CMS estima que la utilidad de un estudio de imagen FDG-PET adicional en el plan de tratamiento inicial para cada beneficiario individual puede verse afectada por su problema médico específico, la disponibilidad de resultados de otras pruebas de diagnóstico y la pericia del médico que interpreta los resultados. CMS no considera que en estas situaciones una determinación nacional de cobertura (NCD) sea la manera más apropiada de determinar cobertura por estudios de imagen FDG-PET adicionales, sino que más bien el contratista local de Medicare debería determinar la eficacia de estas pruebas para propósitos terapéuticos relacionados a la estrategia de tratamiento inicial.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7148.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7148, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R124NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 124, CR 7148

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

Actualización a octubre de 2010 de tarifas fijas de médicos de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM7112
 Número de petición de cambio relacionado: 7112
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de enero de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R2051CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 7112 enmienda los archivos de pago previos que fueron emitidos basados en la regla final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) 2010. Esta actualización incluye lo siguiente:

- Numerosos cambios de indicador de base de datos
- Cambios cortos y largos de descriptor
- Información sobre la determinación nacional de cobertura (NCD) descontinuada para angiografía de resonancia magnética (MRA) e imagen de resonancia magnética (MRI).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7112.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7112, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2051CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2051, CR 7112

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.

Alogénico HSCT para el síndrome mielodisplásico

Número de *MLN Matters*: MM7137

Número de petición de cambio relacionado: 7137

Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de octubre de 2010

Fecha de efectividad: 4 de agosto de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2062CP

Fecha de implementación: 10 de noviembre de 2010

Resumen

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 4 de agosto de 2010, Medicare cubrirá el uso del alogénico de trasplante de célula madre hematopoyética alogénica (HSCT) para el tratamiento del síndrome mielodisplásico (MDS) solamente si es provisto en el contexto de un estudio clínico aprobado por Medicare con criterio específico bajo la cobertura con desarrollo de evidencia (CED). Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han determinado que la evidencia no demuestra que el uso de HSCT alogénico mejora los resultados de salud en los beneficiarios de Medicare con MDS. Por esta razón, no está cubierto por Medicare **excepto** cuando es provisto en un estudio clínico aprobado por Medicare.

La petición de cambio (CR) 7137 describe los códigos que usted necesitará suministrar en sus reclamaciones para el uso de HCST para MDS y ayudar a determinar si el tratamiento fue provisto persiguiendo un estudio clínico aprobado por Medicare bajo CED utilizando convenciones de codificación de pruebas clínicas descritos en el *MLN Matters*® artículo MM5790, *Use of an 8-Digit Registry Number on Clinical Trial Claims*, publicado el 18 de enero de 2008.

Para las reclamaciones con fechas de servicio entre el 4 de agosto de 2010, y la fecha de implementación del CR 7137, First Coast Service Options Inc. realizará los ajustes necesarios a las reclamaciones impactadas cuando sean traídas a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7137.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7137, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2062CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2062, CR 7137

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.

Inscríbase a nuestra lista electrónica de correos eNews

Únase a a nuestra lista electrónica de correos *eNews* y reciba información urgente y crítica emitida por First Coast Service Options Inc. (FCSO), su contratista administrativo de Medicare. Al inscribirse, usted recibe notificaciones automáticas por e-mail cuando la información nueva y actualizada es publicada en el sitio Web de educación al proveedor. Es muy fácil. Simplemente vaya a nuestro sitio Web <http://medicare.fcso.com>, haga clic en el enlace de “*eNews*” localizado en la esquina derecha de arriba de la página y siga las instrucciones.

Fecha efectiva para indicador de estatus de procedimiento de código CPT 80101

Número de *MLN Matters*: MM7140

Número de petición de cambio relacionado: 7140

Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de septiembre de 2010

Fecha de efectividad: 26 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R776OTN

Fecha de implementación: 26 de octubre de 2010

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han estado recibiendo consultas acerca de cuándo será cambiado a “T” el indicador de estatus de procedimientos de Medicare (no es válido para propósitos Medicare quién reconoce otro código) para CPT 80101 (*Drug screen, qualitative; single drug class method*).

Ha habido cierta confusión con respecto a conformidad entre las tres Fuentes de información siguientes:

- Petición de cambio (CR) 6852 (Trasmisión 653) del 19 de marzo de 2010, cambia el indicador a partir del 1 de abril de 2010
- CR 6909 (Trasmisión 1957) del 28 de abril de 2010, cambia el indicador a partir del 1 de julio de 2010
- Archivo de tarifas fijas de laboratorio clínico (CLFS) que es utilizado por contratistas de Medicare, cambia el indicador a partir del 1 de enero de 2010.

CR 7140 clarifica que la fecha 1 de enero de 2010 ha sido establecida como efectiva para el cambio a “T” del indicador de estatus de procedimiento para el código CPT 80801 para todas las reclamaciones. **Esta CR reemplaza todas las otras CR en relación a este tema.**

A partir del 1 de enero de 2010, deberá utilizarse el nuevo código de prueba G0431 (*Drug screen, qualitative; single drug class method*) del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS), por todos aquellos laboratorios clínicos que **no requieren** certificado de dispensa de ley de mejoras y enmiendas de laboratorio clínico *Clinical Laboratory Improvement Act* (CLIA)

Para reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2010, aquellos laboratorios clínicos que **no requieren** certificado CLIA o dispensa deben utilizar el nuevo código HCPCS de pruebas G0431QW.

Reclamaciones presentadas y rechazadas entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2010 con código CPT 80101, deben ser presentadas nuevamente, esta vez con código HCPCS G0431.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7140.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7140, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R776OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 776, CR 7140

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>.

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Implementación de tarifa fija de Medicare HIPAA 5010/D.0 -- Impacto de erratas

El propósito de este mensaje es comunicar claramente la actitud acerca de tarifa fija (FFS) que está tomando Medicare para asegurar el cumplimiento de la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), nuevas versiones de los programas de comité de estándares acreditados *Accredited Standards Committee* (ASC) X12 y transacciones de intercambio electrónico de datos *electronic data interchange* (EDI) del consejo nacional de prescripción de medicinas *National Council for Prescription Drug Programs* (NCPDP).

Las organizaciones de desarrollo de estándares *Standards Development Organizations* han hecho correcciones a las versiones 5010 y D.0 de ciertas transacciones. Las versiones de errata reemplazan las versiones de base de cumplimiento con HIPAA. Por disposición del *Federal Register* (Vol. 75, No. 197, 13 de octubre de 2010, 62684–62686 [2010–25684] que se encuentra en http://www.access.gpo.gov/su_docs/aces/fr-cont.html), el cumplimiento con HIPAA requiere la implementación de las versiones de errata y las versiones de base para aquellas transacciones no afectadas por la errata, como aparecen en la lista a continuación. El cumplimiento con la errata debe ser realizado para enero de 2012, fecha original de cumplimiento de la reglamentación.

Transacciones afectadas por la errata – lista de versiones base y de errata de 5010 y D.0.

Transacciones afectadas por la versión de errata	Versión base	Versión de errata
270/ 271 Health Care Eligibility Benefit Inquiry and Response	005010X279	005010X279A1
837 Health Care Claim: Professional	005010X222	005010X222A1
837 Health Care Claim: Institutional	005010X223	005010X223A2
999 Implementation Acknowledgment For Health Care Insurance	005010X231	005010X231A1
835 Health Care Claim Payment/ Advice	005010X221	005010X221A1
276/277 Status Inquiry and Response	005010X212	N/A
277CA Claim Acknowledgement	005010X214	N/A
National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP) Version D.0 of the Telecom Standard D.0	D.0 April 2009	

Medicare FFS implementará las versiones de errata con la finalidad de alcanzar los requisitos de HIPAA. También, en cumplimiento de las reglamentaciones (*RIN 0938-AM50 of 45 CFR Part 162*) publicadas, Medicare FFS comenzará las pruebas con asociados externos en enero de 2011.

Pruebas

Los contratistas Medicare FFS deberán estar, en enero de 2011, preparados para probar las versiones base de todas las transacciones y en abril del mismo año las versiones de errata 5010/D.0. Los asociados deberán contactar su contratista local Medicare FFS para calendario de pruebas específicas. Para encontrar un contratista Medicare FFS en su estado, vea la sección “downloads” de <http://www.cms.gov/ElectronicBillingEDITrans/>.

Producción

La versión de erratas estará disponible para producción Medicare FFS en abril del 2011. Las transacciones de errata deben ser probadas antes de usarla para producción. En consecuencia, la prueba de producción de la transición Medicare FFS 5010/D.0 comenzará en abril del 2011.

Plazo de Medicare FFS para implementación de 5010/D.0

1. Pruebas de las versiones base comenzarán en enero del 2011
2. Pruebas y transición a producción de las versiones de errata comenzarán en abril del 2011
3. Implementación de 5010/D.0 el 1 de enero de 2012. ❖

Fuente: CMS PERL 201010-25

Actualización del código de categoría de estatus de reclamación y código de estatus de reclamación

Número de *MLN Matters*: MM7158

Número de petición de cambio relacionado: 7158

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de septiembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2049CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

El *Health Insurance Portability and Accountability Act* exige a todos los pagadores de beneficio del cuidado de la salud usar solamente los códigos de categoría de estatus de reclamación y códigos de estatus de reclamación aprobados por el *National Code Maintenance Committee* en el formato de solicitud y respuesta de estatus de reclamación del cuidado de la salud X12 276/277 adoptado como el estándar para uso nacional (004010X093A1).

Estos códigos explican el estatus de reclamaciones presentadas. Los códigos propietarios no pueden ser usados en el X12 276/277 para reportar el estatus de reclamación.

Los códigos de estatus de reclamación y los códigos de categoría de estatus de reclamación para uso por los contratistas de Medicare con el ASC X12N 276/277 de solicitud y respuesta de estatus de reclamación de salud fueron actualizados durante la reunión de octubre de 2010 del *National Code Maintenance Committee*. Los cambios de código aprobados en la reunión fueron publicados en la Internet el 1 de noviembre de 2010, en <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/>.

Los proveedores deben asegurar que el personal de facturación está al tanto de los códigos actualizados y el marco de tiempo para las implementaciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7158.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7158, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2049CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2049, CR 7158

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 ayuda en las transiciones para la versión 5010 y ICD-10

¿Tiene preguntas sobre la transición de la versión 5010 y ICD-10? Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están aquí para ayudar.

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

- [The ICD-10 Transition: An Introduction](#)
- [ICD-10 Basics for Medical Practices](#)
- [Talking to Your Vendors About ICD-10 and Version 5010: Tips for Medical Practices](#)
- [Talking to Your Customers About ICD-10 and Version 5010: Tips for Software Vendors](#)

Calendarios de conformidad, materiales de llamadas y conferencias auspiciadas por CMS, y enlaces para recursos están disponibles en <http://www.cms.gov/icd10/>. Revise frecuentemente para la última información y actualizaciones.

Manténgase actualizado sobre la versión 5010 y ICD-10.

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

La 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 201009-38

Notificación de versiones X12 y 5010 de erratas D.0 publicadas

El miércoles 13 de octubre, el departamento de salud y servicios sociales *Department of Health and Human Services* (HHS), publicó en el *Federal Register* una notificación anunciando cambios a los estándares adoptados, en la reglamentación titulada “*Health Insurance Reform; Modifications to the Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) *Electronic Transaction Standards*” (reforma del seguro médico; modificaciones a las transacciones de intercambio electrónico de la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA)), que fue publicada el 16 de enero de 2009 en el *Federal Register*. Estos estándares incluyen las transacciones electrónicas del cuidado de la salud ASC X12 5010 (versión 5010) HIPAA y estándares de la versión D.0 de telecomunicaciones de los programas del consejo nacional de prescripción de medicinas *National Council for Prescription Drug Programs* (NCPDP). Esta notificación da a las personas interesadas, instrucciones de cómo obtener las correcciones y aconseja a las entidades con cobertura HIPAA, asegurarse de usar la versión adecuada de cada estándar respectivo que las incluya. Para ver la notificación completa en el *Federal Register*, vaya a <http://edocket.access.gpo.gov/2010/pdf/2010-25684.pdf>. ❖

Fuente: CMS PERL 201010-26

HOSPITAL

Actualizaciones del Medicare Learning Network

Medicare Learning Network® tiene los siguientes productos educacionales de pago por servicio de Medicare entre muchos otros productos y herramientas para asistir a los proveedores en aprender sobre el programa de Medicare.

Semana del Cuidado Respiratorio y Día de la Salud del Pulmón

El domingo, 24 de octubre hasta el sábado, 30 de octubre es la Semana del Cuidado Respiratorio y el miércoles, 27 de octubre es el Día de la Salud del Pulmón. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) le piden a la comunidad de proveedores el mantener a sus pacientes con Medicare saludables al exhortar a los pacientes elegibles a aprovechar los servicios de consejería cubiertos por Medicare para abandonar el uso del tabaco y cigarrillo. Medicare provee cobertura de dos intentos de abandonar el cigarrillo por año para los pacientes que califican. Cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones de consejería.

¿Qué puede hacer usted? Como un profesional del cuidado de la salud que provee cuidado a sus pacientes con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes al exhortarlos a aprovechar los servicios preventivos apropiados para ellos que son cubiertos por Medicare, incluyendo servicios de consejería para abandonar el uso del tabaco.

Para más información, CMS ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios de consejería para abandonar el uso del tabaco y cigarrillo cubiertos por Medicare. Todos están disponibles, libre de costo, del *Medicare Learning Network*®

- La página Web de MLN Preventive Services Educational Products -- provee descripciones e información de orden para los productos educacionales del Medicare Learning Network® (MLN) para los profesionales del cuidado de la salud relacionado a

los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo servicios de consejería para abandonar el uso del tabaco y el cigarrillo. Visite http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp.

- El Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals -- provee información de codificación y cobertura sobre los servicios y exámenes de detección preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo servicios de consejería para abandonar el uso del tabaco. Visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf.
- Quick Reference Information: Medicare Preventive Services -- esta tabla provee información de cobertura y codificación sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo servicios de consejería para abandonar el uso del tabaco y el cigarrillo. Visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf.
- El curso Medicare Preventive Services Series: Part 2 Web-Based-Training (WBT) -- este WBT incluye lecciones sobre cobertura, codificación, y facturación para los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo servicios de consejería para abandonar el uso del tabaco y el cigarrillo. Para acceder el curso, visite la página de inicio de MLN en <http://www.cms.gov/mlngeninfo/>. Busque abajo en su pantalla “Related Links Inside CMS” y haga clic en “Web Based Training (WBT) Modules”.
- El folleto Smoking and Tobacco-Use Cessation Counseling Services -- este folleto provee información sobre cobertura para los servicios de consejería cubiertos por Medicare para abandonar el uso del tabaco y cigarrillo. Visite <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/smoking.pdf>.

Actualización del Medicare Learning Network. (continuación)

Hoja informativa del sistema de pago de servicios paliativos

La publicación revisada del *Medicare Learning Network*[®] titulada “*Hospice Payment System*” (septiembre 2010) está ahora disponible en formato para descargar en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/hospice_pay_sys_fs.pdf. Esta publicación provee información sobre la cobertura de los servicios paliativos, requisitos de certificación, periodos de elección, como son establecidos los índices de pago, pagos de coseguro del paciente, límites de los pagos de hospicio, y la opción de servicios paliativos para las personas inscritas en *Medicare Advantage*.

Visite el *Medicare Learning Network* para más información sobre estos y otros productos educacionales de pago por servicio de 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 201010-38

EDUCACIÓN

Nuevas hojas informativas de MLN sobre inscripción PECOS

Si usted es suplidor o proveedor a tarifa fija de Medicare que está inscrito o desea inscribirse en el programa Medicare, la red de enseñanza de Medicare *Medicare Learning Network*[®] (MLN) puede ayudarle a entender y seguir el procedimiento de inscripción de Medicare. MLN ha emitido las siguiente hojas informativas como parte de una serie destinada a instruir a los proveedores acerca de información importante de inscripción a Medicare, incluyendo como utilizar sistema de inscripción de proveedores individuales o que son miembros de una cadena de establecimientos (*Provider Enrollment Chain and Ownership System*, PECOS) para inscribirse en el programa Medicare y mantener su información de inscripción. Estas hojas informativas están disponible en formato que usted puede bajar a su computadora personal desde los URL del sitio de Internet de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) indicados a continuación:

- *The Basics of Medicare Enrollment for Physicians Who Infrequently Receive Medicare Reimbursement* (Lo básico sobre inscripción a Medicare para médicos que rara vez reciben pagos de Medicare) Informa en general acerca de la inscripción a Medicare a aquellos médicos que se les exige inscribirse con el sólo propósito de ordenar o certificar servicios para beneficiarios de Medicare y no están por lo tanto obligados a enviar a los contratistas de Medicare por los servicios prestados. Esta hoja informativa está disponible en el sitio de Internet de CMS http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_Phys_Infreq_Reimb_FactSheet_ICN006881.pdf.
- *The Basics of Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) for Physicians and Non-Physician Practitioners* (Lo básico sobre PECOS para médicos y otros profesionales de la salud) Aconseja a médicos y otros profesionales de la salud acerca de cómo inscribirse en el programa de Medicare y mantener al día su información de inscripción utilizando las facilidades de Internet prestadas por PECOS. Esta hoja informativa está disponible en

el sitio de Internet de CMS http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_PECOS_PhysNonPhys_FactSheet_ICN903764.pdf.

- *Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) Contact Information* (Información de contacto con el sistema basado en la Internet de inscripción de proveedores individuales o que son miembros de una cadena de establecimientos (PECOS)). Esta hoja informativa está disponible en el sitio de Internet de CMS http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_PECOS_Contact_FactSheet_ICN903766.pdf.
- *The Basics of Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) for Provider and Supplier Organizations* (Lo básico para organizaciones de proveedores y suplidores, del sistema basado en la Internet, de inscripción de proveedores individuales o que son miembros de una cadena de establecimientos (PECOS) Aconseja a organizaciones de proveedores y suplidores en cómo inscribirse en el programa de Medicare y mantener su información de inscripción utilizando el sistema PECOS basado en la Internet. Esta hoja informativa está disponible en el sitio de Internet de CMS http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_PECOS_ProviderSup_FactSheet_ICN903767.pdf.
- *The Basics of Medicare Enrollment for Physicians and Other Part B Suppliers* (Lo básico acerca de inscripción a Medicare para médicos y otros suplidores de Parte B) Explica la información de inscripción a Medicare, específicamente para médicos y otros suplidores de Parte B, a excepción de equipos médicos de larga duración, prótesis, ortóticos y suplidores de repuestos y partes (DMEPOS). Esta hoja informativa está disponible en el sitio de Internet de CMS http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_PhysOther_FactSheet_ICN903768.pdf.

Nuevas hojas informativas de MLN sobre inscrip... (continuación)

- *The Basics of Medicare Enrollment for Institutional Providers* (Lo básico acerca de inscripción a Medicare para proveedores institucionales)
 Provee información general de inscripción a Medicare a proveedores institucionales, tales como centros de salud mental (CMHC), agencias de casas de reposo (HHA), hospitales, centros de enfermería especializada (SNF) y centros de servicios paliativos. Esta hoja informativa está disponible en el sitio de Internet de CMS http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_InstProv_FactSheet_ICN903783.pdf.
- *The Basics of Internet-based PECOS for Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Suppliers* (Lo básico acerca de inscripción a Medicare por el sistema PECOS basado en la Internet para suplidores de equipo médico durable, prótesis, ortóticos y repuestos y partes (DMEPOS))
 Educa a los suplidores DMEPOS acerca de cómo inscribirse en el programa de Medicare y mantener su información de inscripción por medio de PECOS basado en la Internet. Esta hoja informativa está disponible en el sitio de Internet de CMS http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_PECOS_DMEPOS_FactSheet_ICN904283.pdf.
 Adicionalmente, Medicare Learning Network emitió previamente dos hojas informativas en relación con privacidad y protección de registros de inscripción de Medicare que también podrían ser de interés .
- *Medicare Fee-For-Service (FFS) Physicians and Non-Physician Practitioners: Protecting Your Privacy - Protecting Your Medicare Enrollment Record* (Médicos y otros profesionales de la salud a tarifa fija: Protección de privacidad – Protección de registro de inscripción a Medicare)
 Aconseja a médicos y otros profesionales de la salud FFS acerca de cómo asegurar que sus registros de inscripción están seguros y actualizados. Esta hoja informativa está disponible en el sitio de Internet de CMS http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnrollPrivcy_FactSheet_ICN903765.pdf.
- *How to Protect Your Identity Using the Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS)* (Cómo proteger su identidad utilizando sistema basado en la Internet de inscripción de proveedores individuales o que son miembros de una cadena de establecimientos (PECOS))
 Provee instrucciones detalladas para ayudar a los proveedores FFS a proteger su identidad cuando utilizan PECOS basado en la Internet. Esta hoja informativa está disponible en el sitio de Internet de CMS http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedEnroll_ProID_FactSheet_ICN905103.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201010-03

Boletín trimestral de conformidad del proveedor de Medicare -- primera edición publicada

Esto es solamente un recordatorio de que el *Medicare Learning Network*® (MLN) ha desarrollado una nueva herramienta educativa, el *Medicare Quarterly Provider Compliance Newsletter*, para aconsejar a los médicos, suplidores, y otros proveedores de pago por servicio (FFS) sobre cómo evitar errores comunes de facturación y otras actividades erróneas cuando se trata con el programa de Medicare. El boletín será emitido en una base trimestral y enfatizará los asuntos “principales” de ese trimestre en particular.

En esta primera edición, un número de asuntos que impactan una variedad de tipos de proveedores son presentados para introducir el boletín a una amplia audiencia de proveedores. Para más información, lea la primera edición del boletín en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MedQtrlyComp_Newsletter_ICN904943.pdf.

Manténgase al tanto de la segunda edición, la cual será publicada en enero de 2011.

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 201010-30

Recursos de la gripe de temporada 2010-2011 para los profesionales del cuidado de la salud

Número de *MLN Matters*: SE1031

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

El *Medicare Learning Network*® (MLN) ha publicado el artículo de edición especial de *MLN Matters* SE1031 para recordarles a los proveedor sobre las medidas preventivas importantes a tomar en preparación para la temporada de gripe 2010-2011. Las epidemias anuales de la gripe de temporada típicamente ocurren a finales de otoño hasta principios de primavera. Este artículo es informativo en naturaleza y no presenta una nueva póliza.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) les recuerda a los profesionales del cuidado de la salud que Medicare Parte B reembolsa a los proveedores del cuidado de la salud por vacunas de gripe de temporada y su administración. (Medicare provee cobertura de la vacuna de la gripe de temporada sin ningún costo del bolsillo del paciente de Medicare. No aplica deducible o copago/conseguero. Todos los adultos de 65 años o más deben obtener la vacuna de gripe de temporada. Las personas con Medicare que tienen menos de 65 años pero tienen

enfermedad crónica, incluyendo enfermedad del corazón, enfermedad del pulmón, diabetes o enfermedad renal en estado terminal (ESRD) deben obtener la vacuna de la gripe de temporada.

Obtenga la vacuna contra la gripe, no la gripe.

A diferencia de la última temporada de gripe cuando los pacientes necesitaron obtener una vacuna de temporada y una vacuna separada para el virus H1N1, esta temporada, una vacuna de gripe de temporada protegerá a sus pacientes, su personal, y a usted.

La vacuna contra la gripe de temporada continúa siendo el método más efectivo para prevenir la infección del virus de gripe y sus complicaciones potencialmente severas. Usted puede ayudar a sus pacientes de Medicare a reducir el riesgo de contraer la gripe de temporada y complicaciones serias al utilizar cada visita de oficina como una oportunidad para recomendar que aprovechen el beneficio de Medicare de la vacuna anual contra la gripe. Y no olvide, los proveedores del cuidado de la salud y su personal pueden propagar el virus contagioso de la gripe a sus pacientes. No olvide inmunizarse usted mismo y a su personal.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1031.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1031

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.

Recordatorio de vacuna anti gripal de octubre

Vacunarse es la mejor protección contra la gripe. Este año, los centros de prevención y control de enfermedades (CDC) recomiendan que todas las personas de más de seis meses de edad sean vacunadas contra la gripe estacional. Los riesgos por complicaciones, hospitalización y muerte debido a la gripe son mayores en las personas de 65 o más años de edad. Medicare paga la vacuna anti gripal y su administración a adultos mayores y otros beneficiarios de Medicare sin cobrarles deducible o copago. Y recuerde, vacunarse es especialmente importante para trabajadores del cuidado de la salud, quienes pueden contagiar la gripe a pacientes de alto riesgo. No olvide inmunizarse usted y su personal. Proteja sus pacientes.

Proteja su familia. Protéjase usted mismo. **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 201010-20

Registros de salud electrónicos -- 33 productos certificados

The Certification Commission for Health Information Technology (CCHIT®) ha anunciado que ha probado y certificado a 33 productos de registro de salud electrónico (EHR) bajo la comisión del Office of the National Coordinator for Health Information Technology como un programa de Cuerpo de Certificación y Examinador Autorizado (ONC-ATCB), el cual certifica que los EHR son capaces de cumplir el criterio 2011/2012 sustentando el Estado 1 de uso significativo como fue aprobado por el Secretario de Salud & Servicios Humanos (HHS). La certificación es requerida para calificar a los proveedores elegibles y hospitales para el financiamiento bajo el American Recovery and Reinvestment Act (ARRA). Las certificaciones incluyen 19 EHR completos, los cuales cumplen todos los criterios 2011/2012 para el proveedor elegible o tecnología de hospital, y 14 módulos EHR, los cuales cumplen uno o más -- pero no todos -- del criterio.

Más noticias

<http://www.cchit.org/media/news/2010/10/commission-announces-first-onc-atcb-20112012-certifications>.

El viernes, 3 de diciembre, el Office of National Coordinator for Health Information Technology (ONC) presentará una discusión en grupo gratuita de un día de duración:

Personal Health Records -- Understanding the Evolving Landscape

Viernes, 3 de diciembre de 2010

FTC Conference Center, 601 New Jersey Avenue, NW, Washington, DC 20001

La discusión en grupo está diseñada para informar el reporte mandado por el Congreso de ONC sobre los requisitos de privacidad y seguridad para las entidades no cubiertas (no CE), con un enfoque en los registros de salud personal (PHR) y proveedores de servicios relacionados (Sección 13424 of the HITECH Act).

La discusión en grupo incluirá cuatro paneles de investigadores prominentes, escolares legales, y representantes de consumidores, paciente, y organizaciones de industria. Tratará el estado actual y naturaleza de evolución de los PHR y tecnologías relacionadas (incluyendo tecnologías móviles y contacto social), las

expectativas del consumidor e industria y actitudes hacia las prácticas de privacidad y seguridad, y los pros y contras de los diferentes acercamientos a los requisitos que deben aplicar a los no CE PHR y tecnologías relacionadas.

Marque sus calendarios ahora

La inscripción e información adicional de la conferencia estarán disponibles en octubre en <http://healthit.hhs.gov/PHRroundtable>.

Últimos dos premiados para el programa de centro de extensión regional (REC)

El ONC ha anunciado la selección de los últimos dos premiados para el programa de centro de extensión regional (REC):

- CalOptima Foundation, cubriendo Orange County, California (\$4,662,426)
- Massachusetts eHealth Collaborative, cubriendo New Hampshire (\$5,105,495) el ONC también anunció áreas de cobertura expandida para dos REC existentes en Florida:
 - Community Health Center Alliances cubrirá áreas adicionales en los condados de Glades y Hendry
 - Health Choice Network of Florida cubrirá áreas adicionales en los condados de Indian River, Palm Beach, St. Lucie, Martin y Okeechobee

Estos premios adicionales completan un sistema a nivel de nación de REC que ayudarán a los proveedores a moverse de registros médicos basado en papel a registros de salud electrónicos (EHR).

Para más información sobre los premios y un listado completo de los REC, visite <http://www.HealthIT.hhs.gov/programs/REC/>.

Para aprender más sobre los programas de incentivo EHR 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 201010-04

Hoja informativa sobre servicios de intervención breve por abuso de sustancias (a excepción del tabaco)

La hoja informativa sobre evaluaciones estructuradas y servicios de intervención breve (SBIRT) por abuso de sustancias (a excepción del tabaco), que provee información útil a los proveedores de servicios SBIRT a sus pacientes de Medicare, está disponible para ser bajada de la *Medicare Learning Network*® en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/SBIRT_Factsheet_ICN904084.pdf. Copias en papel impreso estarán disponibles en una fecha posterior.

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

Fuente: CMS PERL 201010-20

Octubre es el mes de alerta de cáncer al pecho

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) está solicitando a la comunidad de proveedores que mantengan a sus pacientes en buen estado de salud aconsejándoles que aprovechen las ventajas de la cobertura de Medicare a mamografías y otros exámenes con cobertura de Medicare. Medicare provee cobertura para un examen de mamografía una vez al año a todas las beneficiarias de cuarenta años de edad en adelante. Medicare también provee cobertura para un examen de mamografía base a beneficiarias en el rango de de treinta y cinco a treinta y nueve años de edad.

¿Qué puede hacer usted? Como profesional del cuidado de la salud que provee cuidados a pacientes de Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de estos pacientes con Medicare al aconsejarles que aprovechen los exámenes con cobertura Medicare, incluyendo las mamografías que sean necesarias.

Para más información

CMS ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios de exámenes de mamografía con cobertura de Medicare. Éstos se encuentran disponibles sin costo alguno en la red *Medicare Learning Network*®:

- La página Web de productos educacionales y servicios preventivos de MLN -- provee descripciones e información para productos educacionales y servicios preventivos de *Medicare Learning Network* (red de enseñanza de Medicare, MLN) incluyendo exámenes de mamografía cubiertos por Medicare.
http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp
- El manual “*The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals* (guía de servicios preventivos de Medicare para médicos, proveedores, suplidores y otros profesionales del cuidado de la salud)” provee información sobre cobertura y codificación del conjunto de servicios y exámenes preventivos cubiertos por

Medicare, incluyendo exámenes de mamografía.
http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf

- *Quick Reference Information: Medicare Preventive Services (Información de referencia rápida)*: -- esta gráfica provee cobertura e información de codificación en servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo exámenes de mamografía.
http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf
 - *The Medicare Preventive Services Series: Part 3 Web-Based-Training (WBT) course* (serie de cursos Medicare sobre medicina preventiva) – esta WBT incluye lecciones sobre cobertura, codificación y facturación para servicios de medicina preventiva con cobertura de Medicare, incluyendo mamografías. Para acceder estos cursos, visite en la Internet el portal de MLN en <http://www.cms.gov/mlngeninfo>. Vaya a “Related Links Inside CMS” y haga clic en “Web Based Training (WBT) Modules”.
 - *Cancer Screenings brochure* (folleto de exámenes de cáncer) -- este folleto provee información acerca de cobertura de Medicare de exámenes de cáncer, incluyendo exámenes de mamografía.
http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/cancer_screening.pdf
Visite *Medicare Learning Network* (red de enseñanza de Medicare) en <http://www.cms.gov/MLNGenInfo> para más información sobre estos y otros productos educacionales acerca de servicios pagados por servicio de Medicare. Para más información sobre el mes de alerta de cáncer al pecho, visite el sitio de Internet <http://www.nbcam.org>.
- Nota:** Si tiene problemas accediendo cualquier enlace de este mensaje, copie y pegue el URL en su navegador de Internet. ❖
- Fuente: CMS PERL 201010-03

Hoja informativa de Medicare como pagador secundario

The Medicare Secondary Payer Fact Sheet, for Provider, Physician, and Other Supplier Billing Staff (revisado en mayo de 2010), está ahora disponible en formato impreso del *Medicare Learning Network*®. Este recurso provee una perspectiva general de las provisiones de Medicare como pagador secundario (MSP) para las personas envueltas con la admisión o procedimientos de facturación en ambientes del proveedor, médico, y otros suplidores. Para ordenar su copia, libre de costo, visite la página de Productos MLN en http://www.cms.gov/MLNProducts/01_Overview.asp. De esta página, busque abajo en su pantalla la sección “Related Links Inside CMS” y seleccione el enlace “MLN Product Ordering Page”. Para ver la versión en línea, visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MSP_Fact_Sheet.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201009-39

Septiembre 29: Día Nacional de la Salud y Aptitud Física de la Mujer

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) le piden a la comunidad de proveedores a mantener a sus pacientes con Medicare saludables al exhortarles a aprovechar los servicios preventivos cubiertos por Medicare. Medicare provee cobertura para varios servicios preventivos para ayudar a mantener saludables a las mujeres con Medicare, incluyendo medidas de masa ósea, pruebas Pap, exámenes pélvicos, y mamogramas.

¿Qué puede hacer usted?

Como profesional del cuidado de la salud que provee cuidados a sus pacientes con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes con Medicare al exhortarles a aprovechar los servicios preventivos cubiertos por Medicare que son apropiados para ellos.

Información adicional

CMS ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare. Todos están disponibles, libres de costo, del *Medicare Learning Network*®:

- **The MLN Preventive Services Educational Products Web Page:** La página provee descripciones e información de orden para los productos educacionales del Medicare Learning Network® (MLN) para los profesionales del cuidado de la salud relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare.

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

- **The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals:** Esta guía provee cobertura completa e información de codificación sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare.

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

- **The Cancer Screenings brochure:** Este folleto provee información de cobertura para los exámenes de detección del cáncer cubiertos por Medicare, incluyendo mamogramas.
http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/cancer_screening.pdf
- **The Bone Mass Measurements brochure:** Este folleto provee información de cobertura para medidas de masa ósea cubierto por Medicare.
http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/bone_mass.pdf
- **The Medicare Preventive Services Series: Part 3 Web-Based Training Course (WBT):** Este WBT incluye lecciones de cobertura, codificación, y facturación para los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo exámenes de mamografía, examen pap, exámenes pélvicos, y medidas de masa ósea. Para acceder el WBT, visite la página de inicio de MLN en: <http://www.cms.gov/mlngeninfo>. Busque abajo en su pantalla “Related Links Inside CMS” y haga clic en “WBT Modules”.

Visite *Medicare Learning Network*® para más información sobre estos y otros productos educacionales de pago por servicio de Medicare. Para más información sobre el Día Nacional de la Salud y Aptitud Física de la Mujer, visite <http://www.fitnessday.com>.

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 201009-39

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Nuevo producto titulado ‘Medicare Outpatient Therapy Billing’

Una nueva publicación titulada *Medicare Outpatient Therapy Billing* (agosto 2010) está ahora disponible en formato para descargar del *Medicare Learning Network*® en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/Medicare_Outpatient_Therapy_Billing_ICN903663.pdf. Esta publicación provee información sobre terapia física ambulatoria de Medicare terapia ocupacional, y requisitos de cobertura de patología del lenguaje (servicios de terapia); códigos de terapia y disposiciones del año calendario 2010; y medidas de facturación para los servicios de terapia.

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 201010-30

SERVICIOS PREVENTIVOS

Día Mundial de Osteoporosis y Día Nacional de Mamografía

El 20 de octubre es el Día Mundial de Osteoporosis y el 22 de octubre es el Día Nacional de Mamografía. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) le solicita a la comunidad de proveedores a mantener a sus pacientes con Medicare saludables al exhortar a los pacientes elegibles a sacar ventaja de las medidas de masa ósea cubierto por Medicare y mamogramas.

Medicare provee cobertura para las medidas de masa ósea para los pacientes de Medicare calificados una vez cada dos años. Medicare también provee cobertura para un mamograma anual para todas las beneficiarias de 40 años o más, y cobertura para un mamograma de referencia para las beneficiarias entre las edades de 35 y 39.

¿Qué puede hacer usted? Como profesional del cuidado de la salud que provee cuidado a sus pacientes con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes al exhortarles a tomar ventaja de los exámenes de detección cubiertos por Medicare, incluyendo medidas de masa ósea y mamografías que son apropiadas para ellos.

Para más información

CMS ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a las medidas de masa ósea cubiertas por Medicare. Todas están disponibles, libres de cargos, en el *Medicare Learning Network*®:

- La página Web de Productos Educativos de Servicios Preventivos de MLN – provee descripciones e información de orden de productos educacionales de MLN para los profesionales del cuidado de la salud relacionado a los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo medidas de masa ósea y mamogramas. Visite http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp.
- La Guía de Servicios Preventivos de Medicare para Médicos, Proveedores, Suplidores, y Otros Profesionales del Cuidado de la Salud – provee información de cobertura y codificación sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare y exámenes de detección, incluyendo medidas de masa ósea y mamogramas. Visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/mps_guide_web-061305.pdf.
- Información de Referencia Rápida: Servicios Preventivos de Medicare – esta tabla provee información de cobertura y codificación sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo medidas de masa ósea y mamogramas. Visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf.
- La Serie de Servicios Preventivos de Medicare: Parte 3 curso de adiestramiento en línea (WBT) – este WBT incluye lecciones sobre cobertura, codificación, y facturación de servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo medidas de masa ósea y mamogramas. Para acceder el curso, visite la página de inicio de MLN en <http://www.cms.gov/mlngeninfo>. Busque abajo en la pantalla “*Related Links Inside CMS*” y haga clic en “*Web Based Training (WBT) Modules*”.
- El folleto “*Bone Mass Measurements*” – este folleto provee información sobre cobertura de medidas de masa ósea y mamogramas. Visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/bone_mass.pdf.
- El folleto “*Cancer Screenings*” – este folleto provee información sobre cobertura de las pruebas de detección del cáncer cubiertas por Medicare, incluyendo mamogramas. Visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/cancer_screening.pdf.

Visite el Medicare Learning Network para más información sobre estos y otros productos educacionales de pago por servicio de Medicare. Para más información sobre el Día Mundial de Osteoporosis, visite el sitio Web de International Osteoporosis Foundation en <http://www.iofbonehealth.org/about-iof/iof-programs/outreach-education/world-osteoporosis-day.html>. Para más información sobre el Día Nacional de Mamografía, visite el American Cancer Society en <http://www.cancer.org>.

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 201010-30

REGISTRO MÉDICO ELECTRÓNICO

Utilice PECOS basado en la Internet para su inscripción a Medicare

Es fácil de utilizar y ofrece una multitud de ventajas sobre el proceso de inscripción basado en papel.

Aprenda a utilizar el sistema seleccionando las instrucciones apropiadas indicadas más abajo en base al tipo de proveedor:

¿Desea ahorrar tiempo y dinero? El sistema de inscripción del proveedor basado en la Internet para cadenas de negocios y propietarios individuales (PECOS)) puede ayudarlo. PECOS basado en la Internet puede ser utilizado en lugar de la solicitud en papel de inscripción de Medicare para:

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

El uso de este proceso automatizado en línea, da por resultado menores costos administrativos así como disminución de tiempo de personal dedicado a completar y presentar información de inscripción a Medicare.

Utilizar PECOS basado en la Internet es fácil.

Médicos y otros profesionales de la salud

Aprenda a utilizar el sistema leyendo *The Basics of Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) for Physicians and Non-Physician Practitioners Fact Sheet*. Y en caso de que encuentre

problemas o tenga preguntas mientras navega por el sistema, hay ayuda disponible en help is available .

Entonces no espere, libérese del papel – comience hoy a utilizar *Internet-based PECOS*.

Organizaciones de proveedores y suplidores

Es fácil de utilizar y ofrece una multitud de ventajas sobre el proceso de inscripción basado en papel. Suplidores de equipo médico durable, prótesis, ortóticos e insumos (DMEPOS) pueden ahora utilizar PECOS basado en la Internet para acciones relacionadas con inscripción a Medicare.

Utilizar PECOS basado en la Internet es fácil.

Aprenda a utilizar el sistema leyendo *The Basics of Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) for Provider and Supplier Organizations Fact Sheet*.

Recuerde: El procedimiento de acceso a PECOS basado en la Internet puede tomar varias semanas a una organización de proveedores. Se recomienda comenzar este proceso (si es que aún no la ha hecho) con la mayor anticipación posible a cualquier acción de inscripción. Para más información acerca de cómo utilizar el system, los suplidores DMEPOS deben visitar *The Basics of Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) for Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Suppliers Fact Sheet*.

Entonces no espere, libérese del papel – comience hoy a utilizar *Internet-based PECOS*.

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

Fuente: CMS PERL 201010-18

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

First Coast Service Options (FCSO) Inc. se enorgullece de su exclusiva hoja de cálculo interactiva de E/M, disponible en <http://medicareespanol.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>.

En 2011 comienza programa de incentivo de registro médico electrónico

El pago de incentivos hasta un total de \$27 billones de dólares será llevado a cabo bajo el programa de incentivo de registros médicos electrónicos de Medicare y Medicaid (EHR) a partir de 2011. ¿Califica usted para un incentivo? ¿Cuánto puede ganar en esto un profesional calificado? ¿Cuáles son las fechas principales de estos programas?

Aprenda más en el sitio de Internet de los programas de incentivo EHR de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS)

Hoja de consejos para profesionales calificados

- **Actualizado: comparación de programas de incentivo Medicare EHR, Physician Quality Reporting Incentive (PQRI) y e-Prescribing**
Conozca las oportunidades a disposición de profesionales calificados para recibir pagos de incentivo para participar en iniciativas importantes de Medicare. Esta hoja informativa provee información sobre elegibilidad, plazos y pagos máximos de cada programa.
- **Diagrama de flujo actualizado: Determine si califica para los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid**
¿No está seguro de calificar para participar en los programas de incentivo HER de Medicare o Medicaid? Use este simple diagrama de flujo para averiguarlo.
- **Incentivo de pagos Medicare HER para profesionales calificados**
¿Qué tipo de profesional individual de la medicina puede participar en el programa de incentivo Medicare

EHR? Esta hoja de consejos de fácil lectura le informa acerca de las cantidades de pago de incentivo y describe cómo se calcula el pago de proveedores a tarifa fija (FFS) y *Medicare Advantage*. También describe reajuste de pagos a partir de 2015 para profesionales calificados que no son usuarios significativos o certificados de tecnología EHR.

Para las tres hojas anteriores de consejos, vaya a <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms>. Seleccione la tecla “*Medicare Eligible Professional*” a la izquierda y después baje a “*Downloads*”.

- **NUEVO: pago de Medicaid EHR incentivos a profesionales calificados**
¿Qué tipo de profesional individual de la medicina puede participar en el programa de incentivo Medicaid EHR? Conozca el requisito de cantidad de pacientes, cantidades de pago y plazos del programa de incentivo Medicaid EHR.
Vaya a <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms>. Seleccione la tecla “*Medicaid Eligible Professional*” a la izquierda y después baje a “*Downloads*”.

Fechas importantes

- **NUEVO: plazos del programa de incentivo EHR**
Encuéntrelo en <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms> en la sección “*Downloads*” de la tabla “*Overview*”.

Incentivos de registro médico electrónico – entérese de los hechos a través de CMS. ❖

Fuente: CMS PERL 201009-42

Nombramiento de organismos adicionales de certificación de registros médicos electrónicos

La *Office of the National Coordinator for Health Information Technology* (ONC) ha nombrado *InfoGard Laboratories, Inc., San Luis Obispo, Calif.*, como un organismo de certificación y revisión autorizado por ONC (ONCATCB).

La adición de *InfoGard Laboratories, Inc.*, como ONC-ATCB da más opciones a los vendedores de EHR a tener sus productos revisados y certificados en cuanto a haber alcanzado los estándares y criterios de certificación establecidos a principios de este año por el *U. S. Department of Health and Human Services*.

Certificación de EHR es parte de una amplia iniciativa tomada por el Congreso y el Presidente Obama de acuerdo a la ley de *Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act*, que a su vez forma parte de la ley *American Recovery and Reinvestment Act (ARRA) of 2009*. HITECH ha creado nuevos programas de pagos de incentivos para ayudar a los proveedores de cuidados de la salud en su transición de registros en papel impreso a EHR. Bajo el programa se han dado incentivos de pago hasta un total de \$27 billones de dólares. Médicos y otros

profesionales calificados pueden recibir hasta \$44,000 de Medicare y alrededor de \$64,000 de Medicaid.

Los hospitales pueden recibir millones.

Para calificar para los incentivos de pago ofrecidos por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) los proveedores deben no solamente adoptar sino que demostrar el uso significativo de sistemas EHR certificados.

ONC autorizó los primeros dos ONC-ATCB en Agosto recién pasado. Aplicaciones adicionales están en revisión.

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

Para saber más sobre *InfoGard Laboratories, Inc.* visite <http://www.infogard.com/>.

Puede encontrarse información acerca de los programas *Medicare & Medicaid EHR Incentive Programs*, en <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms>.

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

Fuente: CMS PERL 201009-32

INTERÉS GENERAL

Noticias de Medicare Advantage – pocos cambios de beneficios en 2011

Bajan las primas de Medicare Advantage, sube la inscripción, y los beneficios son similares en comparación con el 2010. Además, un amplio rango de opciones de planes de salud y medicamentos de Medicare continua en el 2011.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron hoy que, en promedio, las primas de Medicare Advantage serán un por ciento más bajas en el 2011 que hoy. La mayoría de los beneficiarios de Medicare, en promedio, inscritos en planes de salud y prescripción de medicamentos de Medicare este año deben encontrar poco o ningún cambio en sus beneficios en el 2011, además de ver más planes de medicamentos ofreciendo cobertura en la falta de cobertura de prescripción de medicamentos o “agujero”. Los planes Medicare Advantage proyectan que la inscripción incrementará cinco por ciento en el 2011. Y consistente con el Affordable Care Act, los beneficiarios, en la mayoría de los planes Medicare Advantage y Medicare original ganarán acceso a los beneficios preventivos sin costo del bolsillo.

A través de las nuevas herramientas provistas a Medicare bajo el Affordable Care Act, y trabajando de cerca con las organizaciones de Medicare Advantage y Plan de Prescripción de Medicamentos, CMS tomo los siguientes pasos:

- Proteja a los beneficiarios del incremento excesivo en las primas y compartir el costo a través de revisiones agresivas de licitación
- Consolidar la baja inscripción y planes duplicativos para que los beneficiarios tengan diferencias significativas entre los planes ofrecidos por la misma organización
- Establecer límites en los gastos del bolsillo
- Servicios preventivos cubiertos sin costo compartido, y

- Limitar el plan de costo compartido para centro de enfermería especializada, quimioterapia y diálisis renal para las cantidades pagadas por los beneficiarios en el Medicare original.

El *Affordable Care Act* también provee algunos beneficios para los beneficiarios de Medicare en el 2011 como visitas gratuitas de bienestar, algunos exámenes de salud gratuitos, y un descuento del 50 por ciento en medicamentos de marca para las personas mayores que caen dentro de la brecha de cobertura.

CMS exhorta a los beneficiarios inscritos en *Medicare Advantage* y planes de Prescripción de Medicamentos de Medicare para revisar su cobertura actual de salud y plan de medicamento para cualquier cambio que sus planes puedan estar realizando para el 2010 antes de que el periodo de inscripción anual comience el 15 de noviembre. Además de la calificación de cinco estrellas en el *Medicare Plan Finder* en <https://www.medicare.gov/find-a-plan/questions/home.aspx>, los usuarios encontrarán un ícono que muestra esos planes que tuvieron una calificación de calidad baja en general por los pasados tres años.

Recursos adicionales

Comunicado de prensa nacional emitido 9/21: http://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp

Hojas informativas de estado por estado de plan de medicamento y de salud e Medicare: <http://www.cms.gov/center/openenrollment.asp>

Plan 2011 de archivos landscape: <http://www.cms.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/>

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 201009-39

Nuevo – protocolo de divulgación de auto referido de Medicare

La Sección 6409(a) del *Affordable Care Act* (ACA) exige que el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), en cooperación con el Inspector General de HHS, para establecer un protocolo de divulgación de auto referido de Medicare (SRDP) que establezca un proceso para habilitar a los proveedores de servicios y suplidores auto divulgar violaciones actuales o potenciales de la Sección 1877 del *Social Security Act* (el Acta).

El SRDP requiere que los proveedores de servicios del cuidado de la salud o suplidores presenten toda la información necesaria para los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), de parte del Secretario, para analizar las violaciones actuales o potenciales de la Sección 1877 del Acta. La Sección 6409(b) de ACA, le da al Secretario de HHS la autoridad de reducir la cantidad debida para violaciones de la Sección 1877. El SRDP está localización el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/PhysicianSelfReferral/>.

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 201009-40

El 26 de septiembre es el Día Mundial del Corazón

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) le piden a la comunidad de proveedores a mantener a sus pacientes con Medicare saludables al exhortarles a aprovechar los servicios preventivos cubiertos por Medicare. Medicare provee cobertura para varios servicios preventivos para ayudar a mantener a sus pacientes con Medicare saludables, incluyendo exámenes cardiovasculares, exámenes de ultrasonido para aneurismas de aorta abdominal (AAA), y consejería para dejar el uso del tabaco y cigarrillo para los beneficiarios elegibles.

¿Qué puede hacer usted?

Como un profesional del cuidado de la salud que provee cuidado a sus pacientes con Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes con Medicare al exhortarles a aprovechar los servicios preventivos cubiertos por Medicare que son apropiados para ellos.

Información adicional

CMS ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios preventivos cubiertos por Medicare. Todos están disponibles, libre de cargos, del *Medicare Learning Network*®:

- **The MLN Preventive Services Educational Products Web Page:** La página provee descripciones e información de orden para los productos educacionales del Medicare Learning Network® (MLN) para los profesionales del cuidado de la salud relacionado a los servicios preventivos cubiertos por Medicare. http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp
- **The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals:** Esta guía provee una cobertura completa e información de codificación sobre los servicios preventivos cubiertos por Medicare. 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. http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf
- **The Expanded Benefits brochure:** Este folleto provee información sobre la cobertura para pruebas de sangre cardiovascular y examen AAA. http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/Expanded_Benefits.pdf
- **The Smoking and Tobacco-Use Cessation brochure:** Este folleto provee información sobre la cobertura de los servicios para abandonar el uso del tabaco y cigarrillo. <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/smoking.pdf>
- **The Medicare Preventive Services Series: Part 2 Web-Based Training Course (WBT):** Este WBT incluye lecciones sobre cobertura, codificación, y facturación para varios servicios preventivos cubiertos por Medicare, incluyendo pruebas de sangre cardiovascular, examen AAA, y consejería para abandonar el uso del tabaco y cigarrillo. Para acceder el WBT, visite la página de inicio MLN en <http://www.cms.gov/mlngeninfo>. Busque abajo en su pantalla "Related Links Inside CMS" y haga clic en "WBT Modules".

Visite el *Medicare Learning Network*® para más información sobre estos y otros productos educacionales de pago por servicio de Medicare. <http://www.worldheart.org>.

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 201009-39

Resultados de la encuesta 2010 de satisfacción de los proveedores

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han completado la encuesta 2010 acerca del rango de satisfacción de los proveedores con el desempeño de los contratistas de Medicare acerca de los contratistas de Medicare 2010 Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey (MCPSS). Los resultados de 2010 reflejan el porcentaje de satisfacción del proveedor en la nueva escala de 5 puntos, a saber:

1. Absolutamente insatisfecho
2. Insatisfecho
3. Ni satisfecho ni insatisfecho
4. Satisfecho
5. Muy satisfecho

Para participación en la encuesta de este año, se seleccionó una muestra al azar de más de 33,000 proveedores. Se les consultó sobre su grado de satisfacción

con los servicios de pagos a tarifa fija (FFS) recibidos de parte de sus respectivos contratistas de Medicare. Aproximadamente el 13 por ciento manifestó estar insatisfechos o muy insatisfecho.

En base a estos resultados, CMS puede identificar los servicios de los contratistas que son más apreciados por los proveedores, así como las áreas que necesitan ser mejoradas. CMS utilizará esta información para alentar el proceso de optimización con los contratistas de Medicare.

Los resultados detallados de la encuesta están en el reporte público MCPSS de 2010 y pueden ser accedidos en <https://www.cms.hhs.gov/MCPSS>. Gracias por su interés en MCPSS.

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

Fuente: CMS PERL 201009-37

Recordatorio importante respecto a cambios del límite de plazos

Número de *MLN Matters*: MM6960

Número de petición de cambio relacionado: 6960

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R697OTN

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Antecedentes

La sección 6404 de la ley de protección al paciente y medicina al alcance de todos *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA) enmienda el requisito de plazo de presentación para reducir el período máximo de tiempo de presentación de todas las reclamaciones por servicios a tarifa fija a un año después de la fecha de servicio. Estas enmiendas se aplican a servicios prestados durante o anteriores al 1 de enero de 2010. Adicionalmente, esta sección ordena que las reclamaciones hechas antes del 1 de enero de 2010 deben ser presentadas al contratista que procesa las reclamaciones de Medicare, a más tardar el 31 de diciembre de 2010.

Es importante recordar los puntos siguientes

- Proveedores deben anticipar sus envíos por correo ya que el plazo se calcula en base a la fecha de recibo por parte del contratista no la fecha en que la reclamación es puesta al correo.
- El sistema *electronic data interchange* (intercambio electrónico de datos, EDI) acepta reclamaciones 24/7; sin embargo, el corte de fecha de recibo es a las 6:00 p.m. Toda reclamación recibida después de las 6:00 p.m. o durante fines de semana/días festivos, será considerada recibida el siguiente día hábil.

- Las horas de recibo del *direct data entry* (acceso al sistema remoto, DDE) son de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes y 7:00 a.m. a 4:00 p.m. los sábados. Debido a que el cliente ingresa directamente al sistema de procesamiento, la fecha de recibo es aquella en que se ingresa al sistema.
- Ajustes a reclamaciones previamente procesadas (RTP) están sujetos a las mismas pautas en cuanto a plazos.
- Para reclamaciones institucionales que incluyen un rango de fechas de servicio (i.e., un rango de fechas “desde” y “hasta” en la reclamación), la fecha de servicio para los plazos de la reclamación será determinada por la fecha “hasta”.
- Reclamaciones con fecha de servicio 29 de febrero, deben ser presentadas a más tardar el 28 de febrero del año siguiente para ser consideradas dentro del plazo. Si la fecha de servicio es febrero 29 de un año determinado y la reclamación es recibida durante o después del 1 de marzo del año siguiente, será rechazada por estar fuera de plazo.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6960, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R697OTN.pdf>.

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

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

Congelación parcial de códigos antes de la implementación de ICD-10

Durante la reunión del 15 de septiembre, el comité *The ICD-9-CM Coordination & Maintenance Committee*, anunció haber finalizado la decisión de implementar una congelación parcial tanto del código ICD-9-CM como ICD-10-CM/PCS antes de la implantación el 1 de octubre de 2013. Hubo un apoyo considerable a esta congelación parcial.

La congelación parcial será implementada de la manera siguiente:

- La última actualización ordinaria anual tanto del código ICD-9-CM como ICD-10 será realizada el 1 de octubre de 2011.
- En octubre de 2012 habrá solamente actualizaciones limitadas tanto para el código ICD-9-CM como ICD-10 para captar nuevas tecnologías y nuevas enfermedades.
- No habrá actualizaciones de ICD-9-CM el 1 de octubre de 2013, ya que el sistema no será más HIPAA estándar.

El 1 de octubre de 2014 comenzarán las actualizaciones ordinarias de ICD-10. El comité *The ICD-9 Coordination &*

Maintenance Committee continuará reuniéndose dos veces al año durante el congelamiento. Durante estas reuniones, se permitirá al público opinar acerca de requerir o no la creación de nuevos códigos de procedimiento y diagnóstico en base a la necesidad de captar nuevas tecnologías y nuevas enfermedades. Cualquier solicitud de código que no cumpla el criterio especificado, será evaluado para su implementación dentro de ICD-10 a partir del 1 de octubre de 2014, una vez finalizado el congelamiento parcial.

Usted puede ver una transcripción de la reunión en http://www.cms.gov/ICD9ProviderDiagnosticCodes/03_meetings.asp. Ahí seleccione la transcripción de la reunión del 15-16 de septiembre de 2010 en la sección *Download* y luego, de los archivos ZIP, seleccione el archivo *091510_Morning_Transcript*. Esta sección aparece en la página 4 del procedimiento de 78 páginas.

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

Fuente: CMS PERL 201010-35

Actualización anual 2011 para los pagos de bonos HPSA

Número de *MLN Matters*: MM7139

Número de petición de cambio relacionado: 7139

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de septiembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2054CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

El *Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act* (MMA) de 2003 (Sección 413[b]) mandó que los archivos de pago de bonos para la escasez en el área profesional de la salud (HPSA) sea actualizada anualmente. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) crearán un archivo de pago de bono HPSA automatizado para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, hasta el 31 de diciembre de 2011, y publicarla en el sitio Web temprano en diciembre.

Usted puede encontrar el archivo de pago de bono HPSA anual (cuando esté disponible) y otra información HPSA en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/hpsapsaphysicianbonuses/>.

Usted debe revisar el sitio Web de CMS para determinar si un bono HPSA será pagado automáticamente para servicios provistos en su área de código ZIP o si un modificador debe ser presentado. Usted puede determinar si usted es elegible para el pago automático al ir a <http://www.cms.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/Downloads/instructions.pdf> en el sitio Web de CMS y siguiendo las instrucciones en la página.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7139.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7139, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2054CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2054, CR 7139

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.

Políticas y procedimientos de pagos por tarifa fija de Medicare en caso de emergencia

Número de *MLN Matters*: MM6837

Número de petición de cambio relacionado: 6837

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

Fecha de efectividad: 22 de noviembre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R772OTN

Fecha de implementación: 22 de noviembre de 2010

Resumen

El artículo *MLN Matters* es solamente informativo e indica a los proveedores dónde pueden encontrar información acerca de las políticas de Medicare acerca de guías durante la duración de una emergencia, tal como la pandemia H1N1. Las instrucciones y procedimientos son dados en forma de preguntas formuladas previamente y sus respectivas respuestas.

Petición de cambio (CR) 6837 reemplaza las CR anteriores que implementaban los procedimientos e instrucciones específicos para la pandemia de influenza. Las CR reemplazadas son 5099, 6146, 6164, 6174, 6209, 6256, 6280, 6284 y 6378.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6837.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6837, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R772OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 772, CR 6837

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.

Resultados de la encuesta de satisfacción del proveedor para con el contratista de Medicare 2010

Número de *MLN Matters*: SE1030

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

El *Medicare Learning Network*® (MLN) ha publicado el artículo de edición especial del *MLN Matters* SE1030 para resumir los hallazgos de la encuesta de satisfacción del proveedor para con el contratista de Medicare (MCPSS), la cual los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) utilizan para evaluar la satisfacción con el servicio de los contratistas de Medicare. Este artículo es informativo en naturaleza y no presenta una nueva póliza.

El MCPSS ofrece a los proveedores de pago por servicio (FFS) de Medicare una oportunidad de proveer sus comentarios a CMS sobre su satisfacción, actitudes, percepciones, y opiniones sobre los servicios provistos por sus respectivos contratistas. El MCPSS obtiene información de una muestra de hospitales, médicos, centro de enfermería especializada (SNF), agencias de salud en el hogar, laboratorios clínicos, y otros proveedores, y suplidores.

Puntos clave del resultado de 2010

- De todos los proveedores que respondieron, más del 69 por ciento estableció que ellos estaban satisfechos o muy satisfechos con el desempeño en general de sus contratistas y un 13 por ciento estaba insatisfecho con el desempeño en general de su contratista.
- Auditoría y reembolso, y funciones de negocio de reclamación fueron calificadas con el nivel más alto de satisfacción por el proveedor.
- Hospicios, proveedores de enfermedad renal en estado terminal, y clínicas de salud rural expresaron alta satisfacción; mientas practicantes licenciados y laboratorios expresaron baja satisfacción.
- Resultados individuales fueron provistos a los contratistas de Medicare para su uso en el proceso de actividades para mejorar.
- CMS está gradualmente migrando a una encuesta completamente basada en la Internet. La migración al modo Web de respuesta alcanzó 65 por ciento este año.
- El reporte público puede ser encontrado en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/MCPSS/>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1030.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1030

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.

Reembolsos no solicitados/voluntarios

Los contratistas de Medicare que reciben reembolsos no solicitados/voluntarios (i.e., dineros recibidos que no están relacionados a una cuenta abierta para recibir). Los contratistas de Parte A generalmente reciben reembolsos no solicitados/voluntarios en la forma de un ajuste de factura, pero pueden recibir algunos reembolsos no solicitados/voluntarios como cheques. Los contratistas de Parte B generalmente reciben cheques. Los fondos substanciales son devueltos a los fondos fiduciarios cada año a través de tales reembolsos no solicitados/voluntarios.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid les recuerda a los proveedores que:

La aceptación de un reembolso voluntario como repago para las reclamaciones especificadas no afecta en ninguna manera o limita los derechos del gobierno federal, o ninguna de sus agencias o agentes, para realizar cualquier remedio criminal, civil, o administrativo que surja de, o con relación a estos, o cualquier otra reclamación. ❖

Fuente: CMS Pub. 100-06, Capítulo 5, Sección 410.10

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor noviembre de 2010

Temas de actualidad: Medicare Parte B (ACT)

Cuando: miércoles, 10 de noviembre
 Hora: 8:30 -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

Temas de actualidad: Medicare Parte B (ACT)

Cuando: miércoles, 10 de noviembre
 Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Introducción al reporte del Resumen de Datos del
 Proveedor

Cuando: martes, 16 de noviembre
 Hora: 9:30 - 10:30 a.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Introducción al reporte del Resumen de Datos del
 Proveedor

Cuando: miércoles, 17 de noviembre
 Hora: 9:30 - 10:30 a.m. ET
 Tipo: Webcast

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de e-mail: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Manténgase revisando nuestro sitio Web <http://medicareespanol.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

Cambios al sistema de pagos prospectivos de hospitales el año fiscal 2011

Número de *MLN Matters*: MM7134

Número de petición de cambio relacionado: 7134

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de octubre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2060CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 7134 delinea los cambios al sistema de pagos prospectivos de pacientes hospitalizados (IPPS) en hospitales de cuidado intensivo y de cuidados a largo plazo (LTCH) PPS para el año fiscal (FY) 2011. La política de cambios para FY 2011 fue publicada en el *Federal Register* el 16 de agosto de 2010.

CR 7134 se refiere también a la actualización FY 2011 de los grupos relacionados con diagnóstico-de-gravedad de Medicare (MS-DRGs) y a la codificación de la clasificación internacional de enfermedades *International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)*. Los cambios de codificación precisan una actualización del ajuste de comorbidad de pacientes hospitalizados en hospitales psiquiátricos (IPF) PPS, en vigencia a partir del 1 de octubre de 2010.

Nota: A menos que se especifique de otra manera, todos los ítems cubiertos por CR 7134 son efectivos para dadas de alta de hospital a partir del 1 de octubre de 2010.

Actualizaciones relevantes para octubre 2010

- Cambios a ICD-9-CM
- Actualización IPPS FY 2011
 - Tasas de operación con canasta del mercado **completa**
 - Tasas de operación con canasta del mercado **reducida**
 - Política de transferencia post-aguda
 - Cambios en política de transferencia en casos severos pero de corta duración
 - Nueva tecnología de pagos agregados
 - Factores de ajuste de neutralidad de base del presupuesto rural nacional (RFBN)
 - Actualización para IPPS PPS del ajuste de costo de vida (COLA)

- Reclasificaciones de expiración de sección 508
- Hospitales en sección 505 (ajuste de *out-commuting*)
- Actualización de tasa específica de hospitales (HSP) para hospital único de la comunidad (SCH) y hospitales dependientes de (MDH)
- Hospitales de pocos pacientes
- Iniciativa de calidad de hospital
- Pago de capital de proveedores PPS reasignados según Sección 1886(d)(8)(B) de *The Social Security Act* (ley de seguro social)
- Hospitales urbanos reclasificados como rurales bajo Sección 412.103 para propósitos de pago de capital PPS
- Índice de salarios para hospitales de estados fronterizos RFBN
- Sección 1109
- Actualización FY 2011 de hospital de cuidados a largo plazo (LTCH) PPS
 - Actualización de MS-LTC-DRG
 - Actualización para LTCH PPS del ajuste del costo de vida (COLA)
 - Cambio a políticas de pago LTCH PPS hechos por la ley *Affordable Care Act (ACA)* of 2010
- Actualización de hospitales psiquiátricos (IPF) PPS
 - Actualización de ajuste DRG
 - Actualización de ajuste de presencia simultánea de dos enfermedades o condiciones crónicas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7134.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7134, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2060CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2060, CR 7134

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 prospectivos del paciente ambulatorio

Número de *MLN Matters*: MM7117

Número de petición de cambio relacionado: 7117

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de octubre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2061CP

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2010

Resumen

La petición de cambio (CR) 7117 describe los cambios y las instrucciones de facturación para varios procedimientos de pago del sistema de pago prospectivo de paciente ambulatorio (OPPS) implementados en la actualización de octubre de 2010. El editor de código integrado de paciente ambulatorio de octubre de 2010 (I/OCE) y OPPS PRICER, reflejará HCPCS, clasificación de pago ambulatorio (APC), modificador HCPCS y códigos de ingreso adicionales, cambios y eliminaciones identificadas en esta notificación.

Actualizaciones clave de octubre de 2010 del sistema de pagos prospectivos del paciente ambulatorio:

- Procedimientos y correcciones de dispositivos en octubre 2010
- Nueva categoría de dispositivos de pasaje entre dos áreas
- Facturación de medicinas farmacéuticas, biológicas y radio farmacéuticas
 - a. Medicinas farmacéuticas y biológicas con pagos basados en precio promedio de venta (ASP) a partir del 1 de octubre de 2010
 - b. Medicinas farmacéuticas y biológicas con estatus de paso OPPS a partir del 1 de octubre de 2010
 - c. Información suplementaria acerca de código HCPCS C9273

- d. Actualización de tasas de pago para código HCPCS 90476 del 1 de abril al 30 de junio de 2010
- e. Actualización de tasas de pago para ciertos códigos HCPCS del 1 de julio de al 30 de septiembre de 2010
- f. Ajuste a indicador de estatus para código CPT 90670 del 1 de abril de 2010
- g. Pago de vacuna código CPT 90662
- h. Para informar correctamente acerca de medicinas biológicas cuando se utilizan como dispositivos de implante
- i. Para informar correctamente acerca de unidades de medicinas farmacéuticas
- j. Reporte de diagnóstico y procedimientos de medicina nuclear de paciente ambulatorio
- Código y pago por angiografía de resonancia magnética (MRA)
- Clarificación con respecto al código de condición 44 respecto a facturación por servicios de observación
- Determinaciones de cobertura.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7117.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7117, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2061CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2061, CR 7117

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

Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

Primer episodio de relicitación del programa de licitación competitiva DMEPOS – excepción de hospital

Número de *MLN Matters*: MM6677

Número de petición de cambio relacionado: 6677

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R590OTN

Fecha de implementación: 5 de abril de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 6677 para anunciar que los hospitales pueden proveer ciertos artículos de equipo médico duradero (DME) de licitación competitiva a sus pacientes en la fecha de dada de alta sin presentar una licitación y conferir un contrato bajo el programa de licitación competitiva del primer episodio de relicitación. Los artículos de licitación competitiva DME que un hospital puede prestar cuando se da de alta como parte de esta excepción para el episodio uno de relicitación, son andadores y accesorios relacionados.

Puntos clave de la petición de cambio 6677

- Los hospitales pueden prestar andadores y accesorios relacionados a sus pacientes en la fecha de dada de alta ya sea que el hospital tenga un contrato bajo el programa de licitación competitiva equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) o no.
- El pago separado no es hecho para andadores y accesorios relacionados prestados por un hospital en la fecha de admisión puesto que el pago para estos artículos está incluido en el pago de Parte A para los servicios de centro de hospitalización.
- Los hospitales, como se definió abajo, pueden prestar andadores y accesorios relacionados a sus pacientes para el uso en el hogar en la fecha de dada de alta y recibir pago en la cantidad de pago aplicable, sin importar si el hospital es un suplidor contratado.
- Para ser pagado para andadores y accesorios como un suplidor no contratado, los hospitales debe usar el modificador J4 en la línea de reclamación en combinación con los siguientes códigos HCPCS: A4636, A4637, E0130, E0135, E0140, E0141, E0143, E0144, E0147, E0148, E0149, E0154, E0155, E0156, E0157, E0158, y E0159.
- Las reclamaciones de hospital presentadas para estos artículos, para los cuales Medicare no encuentra una fecha de dada de alta que concuerde, será denegada.

Antes de denegar estas reclamaciones DME, Medicare retendrá la reclamación hasta 15 días laborables para esperar la llegada de la reclamación de hospital con la fecha de dada de alta relacionada. Si una dada de alta no es procesada al terminar los 15 días laborables, la reclamación DME será denegada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6677.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6677, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R590OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 590, CR 6677

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.

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: 1 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 la 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.hhs.gov/MLNMattersArticles/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.hhs.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.

Hoja informativa del sistema de pagos prospectivos de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado

La publicación revisada titulada “*Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System*” (agosto de 2010) está ahora disponible en formato para descargar del *Medicare Learning Network*® en <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/InpatRehabPaymftcst09-508.pdf>. Esta hoja informativa provee información sobre los índices del sistema de pagos prospectivos de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF PPS), criterio de clasificación, y criterios razonables y necesarios.

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 201010-38

Los hospitales y los CAH pueden obtener pagos de incentivo de registro de salud electrónico de Medicare

De el primer paso

Los hospitales y los hospitales de acceso crítico deben tener un registro de inscripción en provider enrollment, chain and ownership system (PECOS) para ser elegibles para recibir un pago de incentivo de registro de salud electrónico de Medicare (EHR).

¿Cómo puedo saber si mi centro de salud tiene un registro de inscripción en PECOS?

El facturar y recibir pagos de Medicare no necesariamente significa que un hospital o un CAH tiene un registro de inscripción en PECOS.

No espere.

- Actúe ahora para verificar que su centro tiene un registro de inscripción en PECOS.
- Si su centro no tiene un registro en PECOS, establezca un registro de inscripción ahora.

Si usted presentó una aplicación de inscripción a Medicare dentro de los últimos 90 días, y su aplicación de inscripción ha sido aceptada para procesamiento por el intermediario fiscal o contratista administrativo de Medicare (MAC) A/B, usted no necesita tomar ninguna acción adicional basado en este mensaje. (Usted será contactado por su intermediario fiscal o MAC A/B si se necesita información adicional).

Para saber si su centro tiene un registro de inscripción en PECOS, seleccione una de las siguientes:

- Utilice PECOS basado en Internet para buscar por su registro de inscripción PECOS. Si no se muestra un registro, usted no tiene un registro de inscripción en PECOS. (Si usted no tiene actualmente acceso a PECOS basado en Internet, vea *Basics of Internet-based PECOS for Provider and Supplier Organizations* para instrucciones.)
- Contacte su contratista de inscripción de Medicare designado y pregúntele si usted tiene un registro de inscripción en PECOS. Vaya a *Contractor List* para información de contacto.

Mi centro no tiene un registro de inscripción. ¿Qué debo hacer?

PECOS basado en Internet es la forma más rápida y eficiente para presentar su aplicación de inscripción. Para instrucciones, vea *Basics of Internet-based PECOS for Provider and Supplier Organizations*. Si usted encuentra problemas o tiene preguntas mientras navega el sistema, existe *ayuda disponible* en el sitio Web de Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Los incentivos de registro de salud electrónicos -- obtenga los hechos de CMS en <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 201010-29

Información de pagos, según su valor, de servicios ambulatorios de hospitales

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid actualizan información de pagos, según su valor, de servicios ambulatorios de hospitales, con la finalidad de apoyar la prestación de servicios de cuidados de salud eficientes y de alta calidad, de manera tal de capacitar a los consumidores a tomar decisiones bien informadas acerca de su salud. Adicionalmente, el *U.S. Department of Health & Human Services* (departamento de salud y servicio social de los EE. UU.), está poniendo los datos de costo y calidad a disposición de todos los estadounidenses. Como parte de esta iniciativa, Medicare publicó información durante 2007, 2008 y 2009 acerca de los pagos efectuados los años anteriores por procedimientos y servicios tanto comunes como electivos prestados por médicos, hospitales y centros de servicios ambulatorios (ASC).

La información de hospitales está puesta en el sitio de Internet de *Hospital Compare Website*, donde puede ser vista junto con información de calidad de hospitales. *Hospital Compare website* puede ser encontrado en <http://www.medicare.gov/>.

El 20 de agosto de 2010 Medicare publicó una actualización de datos de centros de cirugía ambulatoria. Los datos de pago de departamento de atención ambulatoria de hospital fueron publicados el 29 de septiembre de 2010. Los datos de médicos serán publicados más adelante durante el presente año. La información está siendo presentada en el mismo formato de años anteriores, con datos actualizados de 2009. Las actualizaciones pueden ser encontradas en <http://www.cms.gov/HealthCareConlinit/>.

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

Fuente: CMS PERL 201010-02

Información del programa de incentivo de registro de salud electrónico para hospitales y los CAH

Los pagos de incentivo que totalizan hasta \$27 billones pueden ser hechos bajo los programas de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare & Medicaid comenzando en 2011. ¿Es elegible su hospital para un incentivo? ¿Cómo es calculado los pagos de incentivo de hospital? ¿Cuáles son las fechas clave para estos programas?

Aprenda más en el sitio Web de los programas de incentivo EHR de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms/>.

Hoja de consejos para los hospitales elegibles y hospitales de acceso crítico

- Nuevo: Cálculos de pago de incentivo de hospital de Medicaid
¿Qué hospital puede participar en el programa de incentivo EHR de Medicaid? Aprenda sobre los requisitos de volumen de paciente de Medicaid, cantidades de pago, y los marcos de tiempo para el programa de incentivo EHR de Medicaid.
- El programa de incentivo EHR para los hospitales de Medicare
Entérese sobre los hospitales que son elegibles para los pagos de incentivo de Medicare. (Vea la hoja de consejos separada para los hospitales de acceso crítico [CAH] abajo.) Esta hoja discute los factores que impactan las cantidades de pago de incentivo y provee cálculos de pago de ejemplo.

- El programa de incentivo EHR para los hospitales de acceso crítico
¿Cómo son calculados los pagos de incentivo de Medicare para los CAH? ¿Cuándo puede ser ganados? Aprenda más en esta discusión informativa del cálculo de los pagos de incentivos de Medicare. Cálculos de ejemplo son provistos. Esta hoja también provee información sobre cómo será reducido el reembolso de Medicare para los CAH los cuales no han demostrado uso significativo de la tecnología EHR certificada para el 2015.

Para las tres hojas informativas arriba, vaya a <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms/>. Seleccione el tab de "Hospitals" en la izquierda, y luego busque bajo "Downloads".

Fechas importantes

- Nuevo: cronología del programa de incentivo EHR
Encuéntrelo en <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms/> en la sección de "Downloads" del tab de "Overview".

Los incentivos del registro de salud electrónicos -- obtengo los hechos de CMS.

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 201010-16

Archivos de uso público de índice de salario para el año fiscal 2012

El lunes, 4 de octubre de 2010, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) publicaron el archivo preliminar de uso público (PUF) de índice de salario para el año fiscal (FY) 2012. El PUF contiene dos hojas de cálculo de datos: 1) hoja de cálculo S-3 de datos de salario, la cual incluye la hoja de cálculo S-3, Partes II y III de datos de salario de los periodos de costo-reporte comenzando a partir del 1 de octubre de 2007, hasta el 30 de septiembre de 2008; los datos de salario FY 2008; y 2) los datos mixto-ocupacionales, los cuales incluyen datos de la encuesta mixta-ocupacional 2007-2008, Formulario CMS-10079.

Los datos de salario FY 2008 y 2007-2008 de datos mixto-ocupacional serán usados en el desarrollo del índice de salario propuesto para el FY 2012, a ser publicado en el Federal Register en la primavera del 2011. Los hospitales deben revisar el PUF para confirmar la inclusión y precisión de sus datos para el índice de salario FY 2012. Los hospitales también pueden solicitar revisiones para sus datos. Todas las solicitudes de hospitales para cambios a sus datos de índice de salario FY 2012 deben ser presentadas y recibidas por sus intermediarios fiscales o contratista administrativo de Medicare (MAC) a partir del 6 de diciembre de 2010.

El PUF de índice de salario preliminar FY 2012 y tabla cronológica están disponibles en sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/WIFN/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=0&sortByDID=3&sortOrder=descending&itemID=CMS1239640&intNumPerPage=10>.

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

Fuente: CMS PERL 201010-10

Presentación de reclamaciones solamente informativas de desistimiento de hospitales y CAH de Maryland

Número de *MLN Matters*: MM7172

Número de petición de cambio relacionado: 7172

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R2066CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

The American Recovery and Reinvestment Act of 2009 (ARRA) (Pub. L. 111-5) otorga pagos de incentivo a hospitales de cuidado intensivo (hospitales subsección (d)) y hospitales de urgencia que sean usuarios significativos de tecnología de registros médicos electrónicos certificados (EHR). Se puede revisar las disposiciones de ARRA, en http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getdoc.cgi?dbname=111_cong_bills&docid=f:h1enr.txt.pdf.

Los hospitales de cuidados intensivos están actualmente presentando reclamaciones solamente informacionales con el propósito de incluir los días de Parte C de Medicare o Medicare Advantage (MA) en cálculos de distribución desproporcionada (DSH). Sin embargo, los hospitales y CAH de Maryland no están actualmente presentando facturas solamente informativas en caso de desistimiento.

Por lo tanto, con la finalidad que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) puedan captar los días de Parte C para calcular pagos EHR, CR 7172 ha dado instrucciones de que en caso de desistimiento los hospitales y CAH de Maryland presenten reclamaciones solamente informativas a sus contratistas de Medicare por los beneficiarios MA que ellos atienden a partir de las dadas de alta del 1 de octubre de 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7172.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7172, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2066CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2066, CR 7172

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

Actualización del calendario 2010 del archivo PRICER del sistema de pagos prospectivos

Tal como se ha especificado en la petición de cambio (CR) 7117, la página de Internet del sistema de pagos prospectivos por paciente ambulatorio (OPPS) PRICER ha sido actualizada con nuevos archivos de pago debido a la actualización 2010 de OPPS. Estos archivos están listos para ser descargados de la sección "4th Quarter 2010 Files" de la página de Internet de OPPS PRICER <http://www.cms.gov/PCPricer/OutPPS/list.asp#TopOfPage>. Si usted utiliza archivos OPPS PRICER, vaya a esta página y descargue los archivos.

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

Fuente: CMS PERL 201010-01

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Problemas de evaluación del conjunto mínimo de datos 3.0

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado recientemente un problema en el sistema que ocasiona errores de código impresos en los reportes de validación final de establecimientos, en las versiones III (RUG-III) y RUG-IV del grupo de utilización de recursos. Considerando que se requiere datos precisos de RUG para facturación entre otras operaciones, se han emprendido las siguientes acciones para corregir los sistemas de procesamiento y evaluación de la presentación de evaluaciones (ASAP) del conjunto mínimo de datos (MDS 3.0):

Presentación y confirmación

- El sistema de transmisión permanece operacional. Todos los proveedores continúan presentando registros MDS 3.0.
- Después de cada presentación, los proveedores recibirán confirmación de recibo del archivo MDS 3.0. La página de confirmación incluye identificación de la presentación y fecha y hora de transmisión. Los proveedores pueden imprimir la confirmación y conservarla en sus archivos.

Suspendida la revisión de archivo y reporte de validación final

- La revisión de archivos de presentación y generación de reporte de validación final, han sido suspendidas en espera de la prueba final del sistema reprogramado de revisión y validación.

Archivos MDS 3.0 presentados a partir del 1 de octubre de 2010

- Todos los archivos MDS 3.0 presentados a partir del 1 de octubre de 2010, serán revisados. Los reportes de validación final estarán disponibles en la carpeta compartida de reporte mejorado de la encuesta del proveedor (CASPER).

Nota: La información incorrecta de RUG puede haber aparecido en cualquier reporte previo de validación final.

Publicación del reporte de validación final

- La publicación de todos los reportes de validación final, incluyendo los reportes revisados de presentaciones anteriores, se espera para el 22 de octubre de 2010 a las 9:00 p.m. ET.

- Los proveedores que ya han presentado datos de MDS 3.0 y recibido un reporte de validación final, necesitan revisar la carpeta compartida CASPER para los reportes revisados por cada archivo MDS 3.0 presentado. Los proveedores deben ignorar los reportes de validación final antiguos y utilizar los reportes revisados.
- Los proveedores deben utilizar los reportes de validación final para verificar los valores de RUG III y RUG IV para asegurar que la reclamación de pago presentada sea correcta.

Presentaciones atrasadas

- Los proveedores recibirán solamente mensajes de advertencia sobre reportes de validación presentados con retraso. Ya que el atraso de la presentación es determinado por el sello de hora de presentación, el proceso de revisión y validación no es afectado si la presentación está atrasada.
- El grupo de certificación y encuesta de CMS ha sido notificado que algunas evaluaciones MDS 3.0 pueden atrasarse debido a este problema del sistema. Se espera que el personal de certificación y encuesta emita a la brevedad instrucciones por escrito sobre la política correspondiente.

Software jRAVEN (entrada y validación de evaluación residente)

Para un jRAVEN actualizado, que está actualmente disponible, los proveedores que utilizan software jRAVEN deben revisar el sitio de Internet de CMS: http://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/30_NHQIMDS30TechnicalInformation.asp.

Usuarios ajenos a jRAVEN deben revisar las actualizaciones del software de su vendedor que se refieran a los temas señalados.

Nota: Se recomienda que todos los proveedores continúen revisando las actualizaciones del software en forma regular.

Si tiene alguna pregunta, contacte la oficina de ayuda de QTSO al número (800) 339-9313 o a help@qtso.com.

Le agradecemos su paciencia.

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

Fuente: CMS PERL 201010-37

Tele-conferencias nacionales del proveedor sobre uso de SNF PPS RUG-IV

El equipo de comunicaciones al proveedor de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) está ofreciendo una serie de conferencias telefónicas para el proveedor, a nivel nacional, acerca la versión IV del grupo de recursos de utilización (RUG-IV) del sistema de pagos prospectivos (PPS) de centros de enfermería especializada (SNF).

Estas teleconferencias forman parte de una serie designada a proveer información acerca de aspectos claves del sistema de integración-de-casos RUG-IV SNF PPS, instalado en una base provisoria a partir del 1 de octubre de 2010. CMS realizó tres conferencias previas, las que dieron detalles de cambios significativos relacionados con el sistema de pago RUG-IV.

En junio, CMS debatió los procedimientos de codificación poniendo énfasis en el período de revisión correspondiente, a ser utilizado cuando se codifique el conjunto mínimo de datos (MDS) 3.0 y de como el personal del establecimiento deberá reportar por separado la terapia individual, concurrente y de grupo para la exactitud en el pago, junto con cambios a los requisitos de codificación de actividades del diario vivir (ADL) y su impacto en la asignación de registros MDS 3.0 al grupo RUG-IV. En agosto, CMS ofreció una segunda teleconferencia, en la cual expertos de CMS examinaron temas tales como la transición de RUG-III a RUG-IV. La tercera teleconferencia, en septiembre, debatió diversas políticas SNF PPS, incluyendo principio y fin de terapias, otras evaluaciones requeridas por Medicare y la política de estadía breve en SNF.

La agenda de la teleconferencia del 9 de noviembre, contempla la revisión por parte de expertos de CMS de algunos de los cambios significativos asociados al sistema de pago RUG-IV.

La información acerca de las teleconferencias, está disponible en la página Web de SNF PPS: http://www.cms.gov/SNFPPS/03_RUGIVedu.asp#TopOfPage.

A continuación de la presentación formal, los participantes tienen la oportunidad de hacer las preguntas pertinentes a los expertos de CMS.

Detalles de la tele-conferencia gratuita

Título de la conferencia: Skilled Nursing Facility (SNF) Prospective Payment System (PPS) Resource Utilization Group -- Version 4 (RUG-IV) National Provider Call

Para recibir información acerca de la conferencia telefónica, es necesario inscribirse para ser llamado(a). Es importante considerar que si usted piensa participar como parte de un grupo, solo una persona necesita inscribirse para recibir el llamado para participar. La inscripción es solamente para reservar una línea telefónica, no para participar.

Las inscripciones se cierran el día anterior a cada teleconferencia o cuando se ha llenado el espacio disponible. No se hace excepción alguna, de modo que asegúrese de inscribirse a tiempo.

1. Para inscribirse en una tele-conferencia, los interesados deben ir a <http://www.eventsvc.com/palmettogba/110910>
2. Anotar todos los datos que se solicitan
3. Verificar que su zona horaria esté correcta en la ventanilla desplegable
4. Hacer clic en "Register"
5. Se le llevará a la página "Thank you for registering (gracias por inscribirse)" y recibirá en breve plazo, un e-mail de confirmación.
Nota: Imprima y conserve esta página por si su servidor bloquea los e-mails de confirmación. Si no recibe el e-mail de confirmación, revise su filtro de *spam/junk mail filter* para ver si ha sido enviado allí.
6. Si se necesita ayuda para personas con dificultades auditivas, debe solicitarla a más tardar tres días antes del evento, a medicare.ttt@palmettogba.com.

Para las personas interesadas a quienes no les haya sido posible participar, poco después de la teleconferencia habrá una transcripción y archivo MP3 de la conferencia telefónica disponible en el Website de CMS: http://www.cms.gov/SNFPPS/03_RUGIVedu.asp#TopOfPage.

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

Fuente: CMS PERL 201010-31

Reportes five star de septiembre

Los reportes five star vinieron a ser disponibles el 21 de septiembre. Los proveedores, para acceder a su reporte five star, vayan a la página de bienvenida del conjunto mínimo de datos (MDS) disponible en los servidores del estado donde usted presenta datos MDS y seleccione el enlace de reporte CASPER localizado al fondo de la página.

Una vez en el sistema de reporte CASPER, haga clic en el botón “*Folders*”. Luego haga clic en ‘*My Inbox*’ en el lado izquierdo de su pantalla y acceda el reporte five star en su folder “*st LTC facid*”, donde “*st*” es el código postal de dos dígitos del estado en el cual su centro está localizado y “*facid*” es el estado asignado *facid* de su centro.

El sitio Web de *Nursing Home Compare* actualizó el reporte *five star* con los datos de septiembre el 23 de septiembre de 2010.

Nota: La línea de ayuda five star estuvo disponible el 20 de septiembre hasta el 24 de septiembre de 2010. Los reportes de previsión del proveedor continuarán siendo disponibles en una base mensual antes del anuncio público e incluirá las fechas y horas de disponibilidad de la línea de ayuda.

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

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 201009-35

Revisión a la hoja informativa del sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada

La hoja informativa del sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada (SNF PPS) (revisada en julio de 2010), la cual provee los elementos del sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada (SNF PPS), está ahora disponible en formato impreso del *Medicare Learning Network*®. Para ordenar, visite <http://www.cms.gov/MLNGenInfo>, busque abajo en su pantalla “*Related Links Inside CMS*” y seleccione “*MLN Product Ordering Page*”.

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 201010-30

ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

Publicaciones de enfermedad renal en estado terminal del Medicare Learning Network

Dos publicaciones que discuten los sistemas de pago de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) de Medicare están ahora disponible en formato para descargar del Medicare Learning Network®:

- La nueva publicación titulada *End-Stage Renal Disease Prospective Payment System* (septiembre de 2010) provee información sobre el sistema de pagos prospectivos (PPS) de ESRD de Medicare que será implementado el 1 de enero de 2011, incluyendo el período de una sola vez de elección y transición, índices de pago para adultos y pacientes pediátricos, diálisis en el hogar, servicios de laboratorio y medicamentos, y deducible del beneficiario y coseguro. Esta publicación puede ser accedida en http://www.cms.gov/mlnproducts/downloads/End-Stage_Renal_Disease_Prospective_Payment_System_ICN905143.pdf.
- La publicación revisada titulada *End-Stage Renal Disease Composite Payment Rate System* (septiembre de 2010) (previamente titulada *Outpatient Maintenance Dialysis -- End-Stage Renal Disease*) provee información sobre el sistema de índice de pago compuesto de ESRD de Medicare, el periodo de elección y transición de una sola vez, y artículos y servicios facturados por separado. Esta publicación puede ser accedida en <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/ESRDpaymtfctsh2010.pdf>.

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

Fuente: CMS PERL 201009-39

Problema que afecta el trámite de reclamaciones de establecimientos de enfermedad renal en su estado terminal

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) nos han notificado que a su coordinación de beneficios del contratista (COBC) no le fue posible tramitar correctamente, durante el período del 5 de julio al 16 de agosto de 2010, varios miles de aplicaciones de establecimientos de enfermedad renal en su estado terminal (ESRD) (factures tipo [TOB] 72x). Desafortunadamente, el vendedor de traductor, editor y validador de COBC, no ha hecho las modificaciones, anteriores al 5 de julio de 2010 para reportar la presencia del código 51, como lo dispone la petición de cambio CMS 6782. COBC ha de este modo rechazado todas las facturas de tipo 72x en las cuales la presencia del código 51 permite la fecha de colección KT/V con editor H51103, lo que significa que “51 no es un código válido de NUBC (*National Uniform Billing Committee*, (comité de facturación nacional uniforme))”. En consecuencia, su contratista de Medicare podría haberle enviado una notificación especial al proveedor diciendo que Medicare no ha tramitado las reclamaciones listadas, debido a H51103—“51 no es un código válido de NUBC”. Esto puede haber ocurrido aún cuando su aviso de pago de Medicare haya indicado que Medicare ha transferido la reclamación por su paciente a un asegurador suplementario determinado.

Debido a la configuración actual del traductor, editor y validador de COBC, éste no está habilitado para volver a pasar por la rutina de validación y edición HIPAA las reclamaciones afectadas, de manera tal de facilitar a los aseguradores suplementarios de sus pacientes, el trámite de las reclamaciones TOB 72x afectadas. COBC efectuó el 16 de agosto de 2010, cambios para aceptar la fecha de colección KT/V en las reclamaciones institucionales TOB 72x, como lo especifica el código 51. Por lo tanto, todas las reclamaciones de los contratistas de Medicare enviadas al COBC a partir del 16 de agosto de 2010, no serán rechazadas con código H51103.

CMS ya ha notificado de esta situación a todos los aseguradores suplementarios participantes y programas beneficiarios. Usted está ahora en su derecho de facturar a estos aseguradores por cualquier balance restante después de la determinación de Medicare sobre su reclamación TOB 72x. ❖

Fuente: CMS JSM 10416, 23 de septiembre de 2010

INFORMACIÓN GENERAL

Demostraciones RAC necesidad médica de alto riesgo vulnerabilidades para los pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*: SE1027

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

El objetivo primario de la demostración del contratista de auditoría de recuperaciones (RAC) fue determinar si la auditoría de recuperación pudo ser efectiva en Medicare. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) dirigieron al personal de RAC para organizar sus esfuerzos primariamente para lograr esa meta. Las metas suplementarias, tales como corregir vulnerabilidades identificadas luego del hecho y no fueron tareas requeridas. CMS colectó información de pago impropio del RAC. Sin embargo, fue en una base voluntaria, y fue hecho al nivel de reclamación y se enfocó en la colección. Algunas de estas vulnerabilidades de hospitales del paciente hospitalizado de necesidad médica de alto riesgo están listadas en el artículo de edición especial SE1027 del *MLN Matters* bajo la Tabla 1. Estas reclamaciones fueron denegadas debido a que la demostración de los RAC determinó que la documentación presentada no sustentaba que los servicios provistos requirieran un nivel de cuidado hospitalización y pudieron haber sido realizados en un ambiente menos intensivo.

Otros puntos clave tratados en el artículo SE 1027 de edición especial del *MLN Matters* son:

- Resumen de los hallazgos de demostración RAC
- Recordatorios de documentación médica de hospital del paciente hospitalizado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1027.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1027

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.

Demostración RAC DRG de alto riesgo vulnerabilidades de codificación para hospitales del paciente hospitalizado

Número de *MLN Matters*: SE1028
 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

Efectivo en marzo de 2005, la demostración del contratista de auditoría de recuperaciones (RAC) comenzó en California, Florida, y New York. En 2007, el programa se expandió para incluir Massachusetts, Arizona, y South Carolina antes de terminar el 27 de marzo de 2008. El objetivo principal de la demostración RAC fue el determinar si una auditoría de recuperación pudo ser efectiva en Medicare. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) dirigieron al personal de RAC para organizar sus esfuerzos primariamente para lograr esa meta. Las metas suplementarias, tales como corregir vulnerabilidades identificadas luego del hecho y no fueron tareas requeridas. CMS colectó información de pago impropio del RAC. Sin embargo, fue en una base voluntaria, y fue hecho al nivel de reclamación y se enfocó en la colección y no en el diagnóstico principal o secundario de una reclamación. Cuatro de la vulnerabilidades de codificación de hospital del paciente hospitalizado de alto riesgo identificadas están listas en el artículo de edición especial del *MLN Matters* se1028 bajo la Tabla 1. Estas reclamaciones fueron

denegadas por que los RAC de demostración determinaron que la documentación de registro médico presentada no sustentaba los códigos facturados.

Las reglas generales para el reporte de diagnóstico secundario (Sección III, "Reporting Additional Diagnoses" de las pautas oficiales de codificación) son las que afectan al paciente en términos de requisitos:

1. Evaluación clínica o
2. Tratamiento diagnosticado o
3. Tratamiento terapéutico o
4. Causal de incremento en el tiempo de estadía (LOS) o
5. Incremento de cuidados de enfermería y/o monitoreo.

CMS insta a los proveedores a asegurarse que sean completados todos los campos en las herramientas de documentación (tales como evaluaciones, diagramas de flujo, listas de revisión, etc.). Si un campo no es aplicable, CMS recomienda que los proveedores utilicen una entrada tal como "N/A" para demostrar que se ha respondido la pregunta. Los campos dejados en blanco hacen que el revisor pueda tomar una decisión equivocada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1028.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1028

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.

Auditoría de recuperación demuestra vulnerabilidades de alto riesgo

Nota: El artículo SE1024 de *MLN Matters* fue publicado anteriormente en julio de 2010, en Medicare A Y B AL DÍA (página 30).

Número de *MLN Matters*: SE1024 – Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

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

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

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

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

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

Auditoría de recuperación del contratista... (continuación)

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

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1024

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

Primer episodio de relicitación del programa de licitación competitiva DMEPOS – excepción de hospital

Número de *MLN Matters*: MM6776

Número de petición de cambio relacionado: 6776

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de septiembre de 2010

Fecha de efectividad: 19 de septiembre de 2000

Número de transmisión de CR relacionado: R2052CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2010

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 6776 para anunciar que los hospitales pueden proveer ciertos artículos de equipo médico duradero (DME) de licitación competitiva a sus pacientes en la fecha de dada de alta sin presentar una licitación y conferir un contrato bajo el programa de licitación competitiva del primer episodio de relicitación. Los artículos de licitación competitiva DME que un hospital puede prestar cuando se da de alta como parte de esta excepción para el episodio uno de relicitación, son andadores y accesorios relacionados.

Puntos clave de la petición de cambio 6776

- Los hospitales pueden prestar andadores y accesorios relacionados a sus pacientes en la fecha de dada de alta ya sea que el hospital tenga un contrato bajo el programa de licitación competitiva equipo médico duradero, prótesis, ortóticos, y suministros (DMEPOS) o no.
- El pago separado no es hecho para andadores y accesorios relacionados prestados por un hospital en la fecha de admisión puesto que el pago para estos artículos está incluido en el pago de Parte A para los servicios de centro de hospitalización.

- Los hospitales, como se definió abajo, pueden prestar andadores y accesorios relacionados a sus pacientes para el uso en el hogar en la fecha de dada de alta y recibir pago en la cantidad de pago aplicable, sin importar si el hospital es un suplidor contratado.
- Para ser pagado para andadores y accesorios como un suplidor no contratado, los hospitales debe usar el modificador J4 en la línea de reclamación en combinación con los siguientes códigos HCPCS: A4636, A4637, E0130, E0135, E0140, E0141, E0143, E0144, E0147, E0148, E0149, E0154, E0155, E0156, E0157, E0158, y E0159.
- Las reclamaciones de hospital presentadas para estos artículos, para los cuales Medicare no encuentra una fecha de dada de alta que concuerde, será denegada.

Antes de denegar estas reclamaciones DME, Medicare retendrá la reclamación hasta 15 días laborables para esperar la llegada de la reclamación de hospital con la fecha de dada de alta relacionada. Si una dada de alta no es procesada al terminar los 15 días laborables, la reclamación DME será denegada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6776.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6776, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2052CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2052, CR 6776

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 códigos de ingreso

Número de *MLN Matters*: MM7100
 Número de petición de cambio relacionado: 7100
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de octubre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R783OTN
 Fecha de implementación: 19 de enero de 2011

Resumen

A partir del 19 de enero de 2011, el sistema de procesamiento de reclamaciones aceptará los códigos de ingreso 0860 (*Magnetoencephalography* (MEG) – clasificación general) y 0861 (MEG) creados por el comité nacional de facturación uniforme *National Uniform Billing Committee*. El campo de código de ingreso es requerido en todos las reclamaciones institucionales y Medicare aceptará

estos códigos de los hospitales (tanto para servicios de pacientes hospitalizados como ambulatorios) en tipos de factura 11x y 13x y de hospitales de urgencia (CAH) en facturas de tipo 85x para fechas de servicio a partir del 1 de abril de 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7100.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7100, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R783OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 783, CR 7100

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.

Suspensión de denegación automática de reclamaciones institucionales reportando el modificador GA

Número de *MLN Matters*: MM7106
 Número de petición de cambio relacionado: 7106
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de septiembre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R770OTN
 Fecha de implementación: 17 de octubre de 2010

Resumen

En octubre de 2009, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron la petición de cambio (CR) 6563, titulada “*Billing for Services Related to Voluntary Uses of Advance Beneficiary Notices of Noncoverage* (ABN)”, efectiva el 1 de abril de 2010. El CR 6563 cambió el procesamiento de las reclamaciones institucionales con el **modificador GA** y dirigió a los

contratistas de Medicare a procesar las reclamaciones institucionales para denegar automáticamente los artículos de línea presentados con el modificador GA.

Hasta nuevo aviso, tales denegaciones han sido suspendidas subsiguientemente por la dirección de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7106.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7106, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R770OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 770, CR 7106

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.

Hoja informativa con perspectiva general sobre UB-04 ahora disponible en el Medicare Learning Network

La nueva hoja informativa del *Medicare Learning Network*® (MLN) con perspectiva general sobre UB-04 (revisada en julio de 2010) está ahora disponible en formatos para descargar e impreso. Esta hoja informativa detalla el formulario de reclamación en papel UB-04, también conocido como el Formulario CMS-1450, el cual es solamente aceptado de proveedores institucionales que son excluidos de la presentación de reclamaciones electrónicas. Una versión para descargar está disponible en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/ub04_fact_sheet.pdf.

Para ordenar una versión impresa libre de costo, visite la página de inicio de MLN en <http://www.cms.gov/mlngeninfo>. Haga clic en “MLN Product Ordering Page” en la sección de “*Related Links Inside CMS*”.

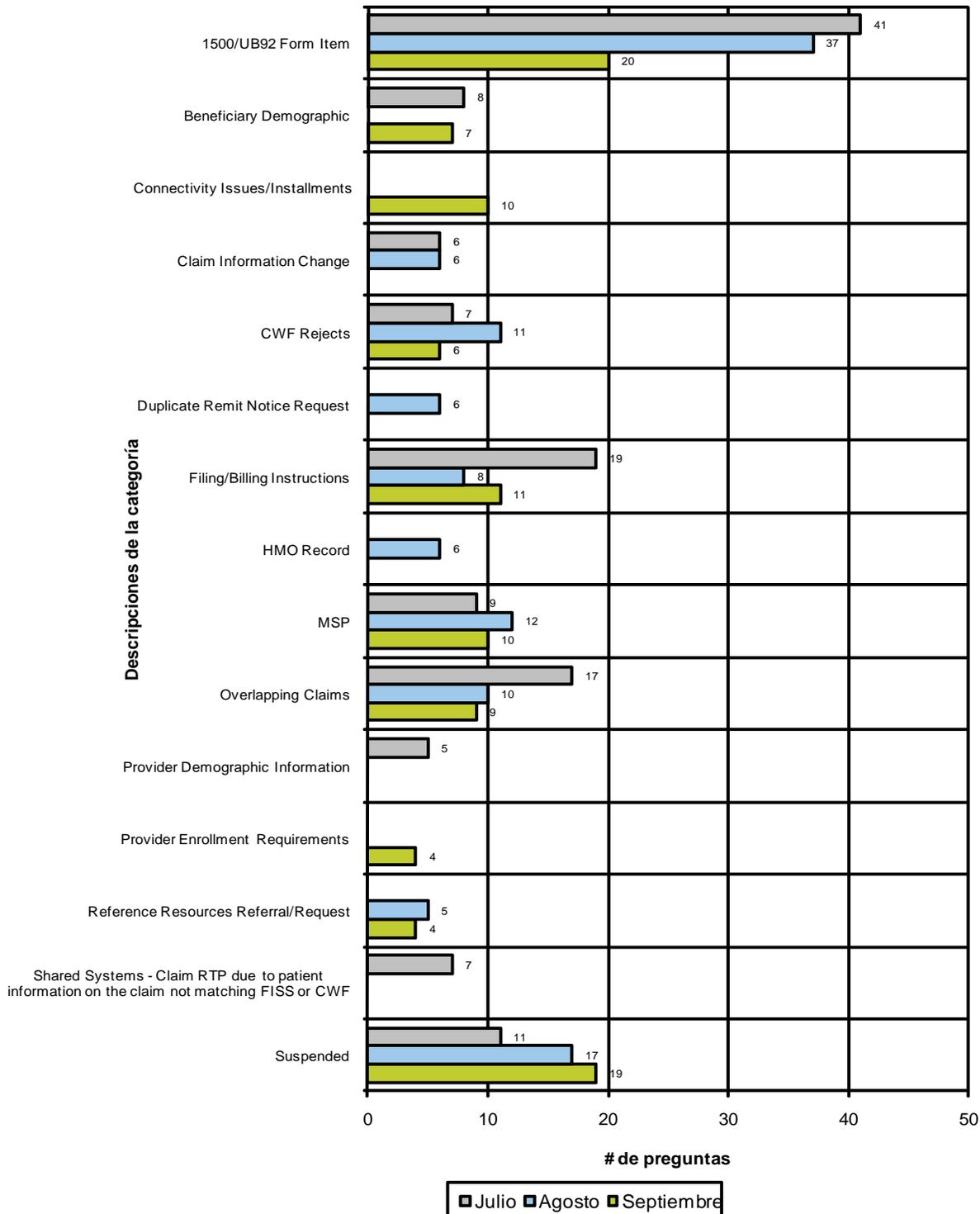
Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201009-39

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

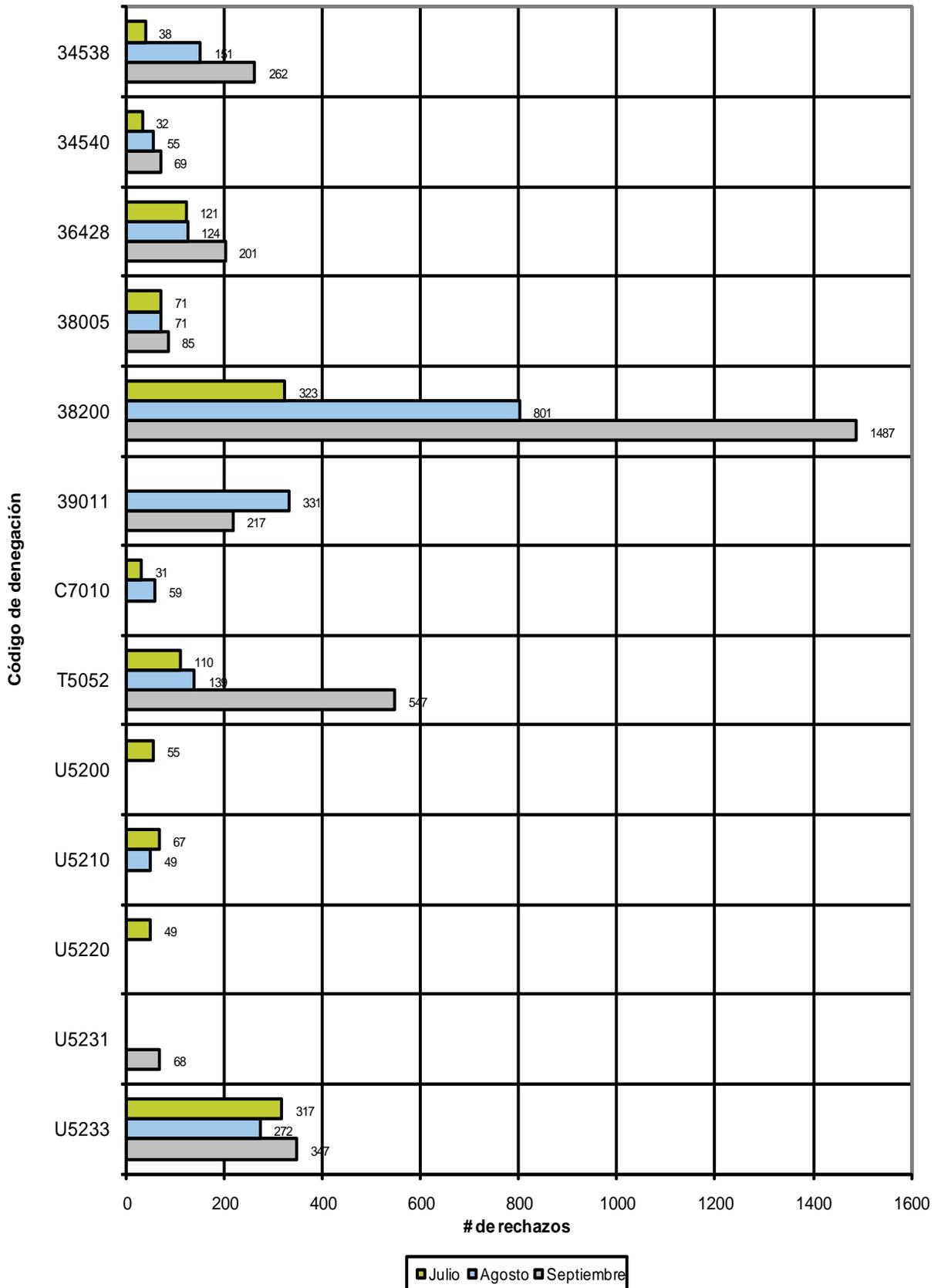
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de julio-septiembre de 2010. Para consejos y recursos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

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



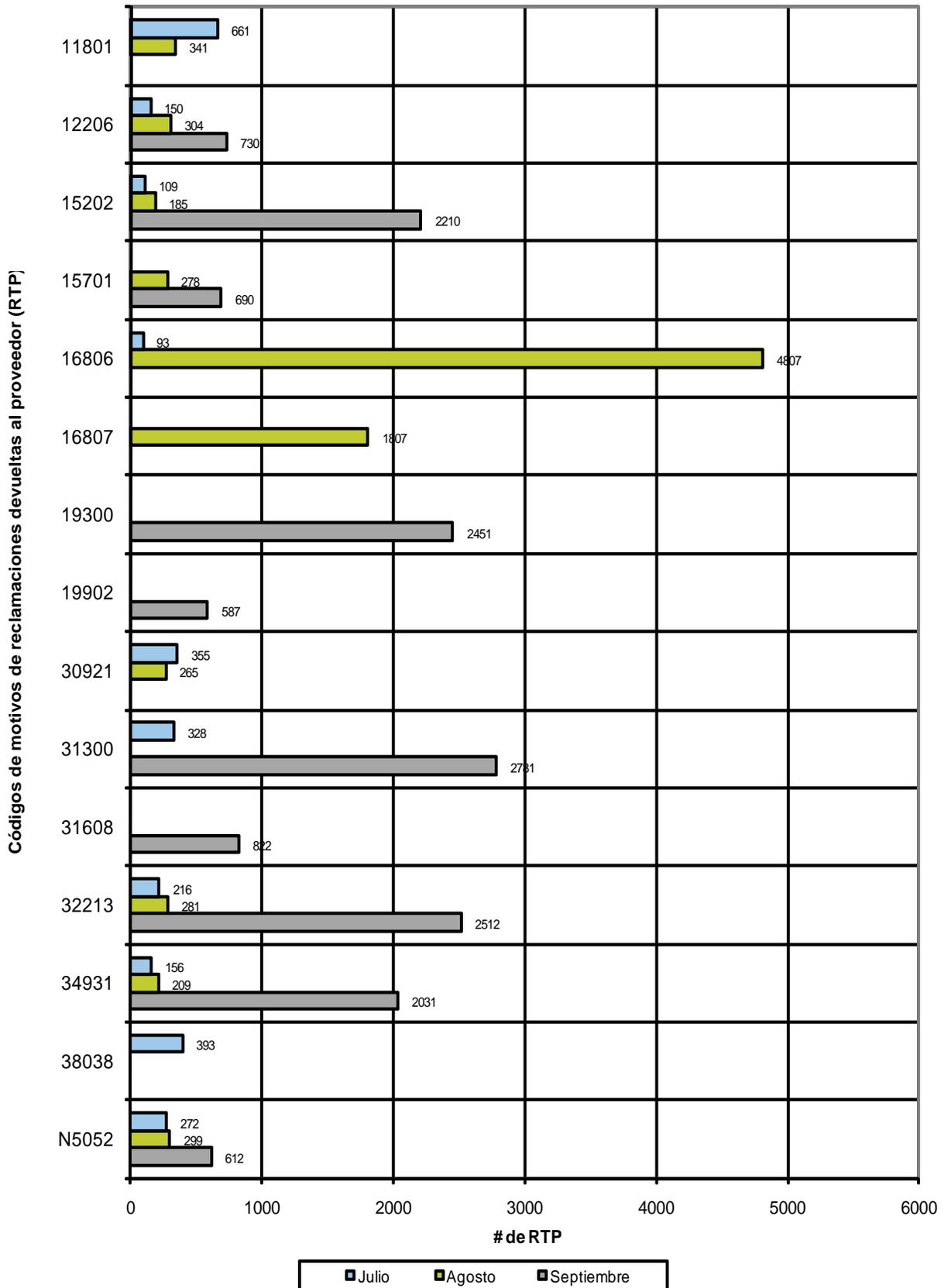
Preguntas más frecuentes, denegaciones y... (continuación)

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



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

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

Modificaciones a LCD existentes

AJ1459: Intravenous immune globulin 47

Información adicional

Clarificación del uso del modificador cuando se factura más de una prueba diagnóstica para el mismo procedimiento en la misma fecha de servicio. Clarificación del uso del modificador..... 47

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

Modificaciones a las LCD existentes

AJ1459: Intravenous immune globulin -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28895 (Florida)

Identificador de LCD: L28917 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para Intravenous Immune Globulin fue efectiva para los servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida, y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada de acuerdo con la transmisión 2050 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), petición de cambio (CR) 7117 con fecha del 17 de septiembre de 2010, para añadir un nuevo código HCPCS C9270 (Injection, immune globulin [Gammaplex], intravenous, non-lyophilized [e.g. liquid], 500 mg) solamente cuando es facturado en un centro de cirugía ambulatoria (ASC), bajo la sección "CPT/HCPCS Codes" de la LCD. Gammaplex es un medicamento de inmunoglobulina intravenosa (humana) aprobada por el U.S. Food and Drug Administration (FDA) en septiembre de 2009 para la terapia de reemplazo de inmunodeficiencia primaria (PI).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir del 4 de octubre de 2010, para los servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2010. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

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

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

Información adicional

Clarificación del uso del modificador cuando se factura más de una prueba diagnóstica para el mismo procedimiento en la misma fecha de servicio

Cuando un procedimiento de diagnóstico como el código CPT 73221 [*Magnetic resonance (eg. proton) imaging, any joint of upper extremity; without contrast material(s)*] es facturado para dos coyunturas, tales como el hombro y el codo, en el mismo encuentro en la misma fecha de servicio, el código CPT 73221 debe ser facturado en dos líneas detalladas separadas en el formulario de reclamación. El segundo procedimiento debe tener un modificador 76 [*Repeat procedure or service by same physician*] adjunto para permitir la reducción de múltiples procedimientos del componente técnico (TC) para este servicio.

Los ejemplos arriba representan indicaciones que garantizan más de un sitio para el procedimiento, tales como casos que envuelvan trauma afectando más de un área. Múltiples procedimientos no se esperan que sean de rutina o cuando exista necesidad médica insuficiente para sustentar prueba adicional. Si tres o más servicios repetidos son realizados el mismo día, estos deben estar sujetos para revisión médica en el nivel de apelaciones.

Esta información aplica a los procedimientos de diagnóstico que están sujetos a la reducción de múltiples procedimientos TC.

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 septiembre de 2010 a octubre 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

COBERTURA Y REEMBOLSO

Lista de jurisdicción 2010 para los códigos DMEPOS HCPCS

Número de *MLN Matters*: MM7110
 Número de petición de cambio relacionado: 7110
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de septiembre de 2010
 Fecha de efectividad: 22 de diciembre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R2056CP
 Fecha de implementación: 22 de diciembre de 2010

Resumen

Este artículo provee notificación que la hoja de cálculo que contiene la lista de jurisdicción actualizada de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) códigos healthcare common procedure coding system (HCPCS) para el contratista administrativo de Medicare de equipo médico duradero (DME MAC), carrier de Parte B, o jurisdicciones A/B MAC es actualizado anualmente para reflejar los códigos que han sido añadidos o discontinuados (eliminados) cada año.

La hoja de cálculo para la lista de jurisdicción 2010 estará disponible en <http://www.cms.gov/center/dme.asp> en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Usted también puede ver la lista en la petición de cambio (CR) 7110 relacionada .

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7110.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7110, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R2056CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2056, CR 7110

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.

Lista de jurisdicción 2010 para los códigos HCPCS DMEPOS

Este artículo es informativo y está basado en la petición de cambio (CR) 7110 que notifica a los proveedores que la hoja de cálculo que contiene una lista actualizada de los códigos healthcare common procedure coding system (HCPCS) para equipo médico duradero del contratista administrativo de Medicare (DME MAC) y el carrier local de Parte B o jurisdicciones MAC A/B es actualizado anualmente para reflejar los códigos que han sido añadidos o discontinuados (eliminados) cada año. La hoja de cálculo es de gran ayuda al personal de facturación al mostrar al contratista de Medicare apropiado a ser facturado por HCPCS que aparece en la hoja de cálculo. La hoja de cálculo para la lista de la jurisdicción 2010 está adjunto al CR 7110 en <http://www.cms.gov/Transmittals/downloads/R2056CP.pdf>.

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A0021-A0999	Ambulance services	Carrier local
A4206-A4209	Medical, surgical, and self-administered injection supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros suministros DME MAC.
A4210	Needle free injection device	DME MAC
A4211	Medical, surgical, and self-administered injection supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros suministros DME MAC.
A4212	Non coring needle or stylet with or without catheter	Carrier local
A4213-A4215	Medical , surgical, and self-administered injection supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A4216-A4218	Saline	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A4220	Refill kit for implantable pump	Carrier local
A4221-A4250	Medical, surgical, and self-administered injection supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.

Lista de jurisdicción 2010 para los códigos HCPCS... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A4252-A4259	Diabetic supplies	DME MAC
A4261	Cervical cap for contraceptive use	Carrier local
A4262-A4263	Lacrimal duct implants	Carrier local
A4264	Contraceptive implant	Carrier local
A4265	Paraffin	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A4266-A4269	Contraceptives	Carrier local
A4270	Endoscope sheath	Carrier local
A4280	Accessory for breast prosthesis	DME MAC
A4281-A4286	Accessory for breast pump	DME MAC
A4290	Sacral nerve stimulation test lead	Carrier local
A4300-A4301	Implantable catheter	Carrier local
A4305-A4306	Disposable drug delivery system	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A4310-A4358	Incontinence supplies/urinary supplies	Si es provisto en la oficina del médico para una condición provisional, el artículo está subordinado a los servicios de un médico y facturado al carrier local. Si es provisto en la oficina del médico u otro lugar de servicio para una condición permanente, el artículo es un dispositivo protésico y facturado al DME MAC.
A4360 -A4434	Urinary supplies	Si es provisto en la oficina del médico para una condición provisional, el artículo está subordinado a los servicios de un médico y facturado al carrier local. Si es provisto en la oficina del médico u otro lugar de servicio para una condición permanente, el artículo es un dispositivo protésico y facturado al DME MAC.
A4450- A4456	Tape; adhesive remover	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A4458	Enema bag	DME MAC
A4461-A4463	Surgical dressing holders	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A4465- A4466	Non-elastic binder and elastic garment	DME MAC
A4470	Gravlee jet washer	Carrier local
A4480	Vabra aspirator	Carrier local
A4481	Tracheostomy supply	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A4483	Moisture exchanger	DME MAC
A4490-A4510	Surgical stockings	DME MAC
A4520	Diapers	DME MAC
A4550	Surgical trays	Carrier local
A4554	Disposable underpads	DME MAC
A4556-A4558	Electrodes; lead wires; conductive paste	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción 2010 para los códigos HCPCS... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A4559	Coupling gel	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A4561-A4562	Pessary	Carrier local
A4565	Sling	Carrier local
A4570	Splint	Carrier local
A4575	Topical hyperbaric oxygen chamber, disposable	DME MAC
A4580-A4590	Casting supplies and material	Carrier local
A4595	TENS supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A4600	Sleeve for intermittent limb compression device	DME MAC
A4601	Lithium ion battery for non-prosthetic use	DME MAC
A4604	Tubing for positive airway pressure device	DME MAC
A4605	Tracheal suction catheter	DME MAC
A4606	Oxygen probe for oximeter	DME MAC
A4608	Transtracheal oxygen catheter	DME MAC
A4611-A4613	Oxygen equipment batteries and supplies	DME MAC
A4614	Peak flow rate meter	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A4615-A4629	Oxygen and tracheostomy supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no es pagado por separado). Si hay otros DME MAC.
A4630-A4640	DME supplies	DME MAC
A4641-A4642	Imaging agent; contrast material	Carrier local
A4648	Tissue marker, implanted	Local carrier
A4649	Miscellaneous surgical supplies	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no pagable por separado) o es suministro para dispositivo protésico implantado o DME implantado. Si hay otro DME MAC.
A4650	Implantable radiation dosimeter	Carrier local
A4651-A4932	Supplies for ESRD	DME MAC
A5051-A5093	Additional ostomy supplies	Si es provisto en la oficina del médico para una condición provisional, el artículo está subordinado a los servicios de un médico y facturado al carrier local. Si es provisto en la oficina del médico u otro lugar de servicio para una condición permanente, el artículo es un dispositivo protésico y facturado al DME MAC.
A5102-A5200	Additional incontinence and ostomy supplies	Si es provisto en la oficina del médico para una condición provisional, el artículo está subordinado a los servicios de un médico y facturado al carrier local. Si es provisto en la oficina del médico u otro lugar de servicio para una condición permanente, el artículo es un dispositivo protésico y facturado al DME MAC.
A5500-A5513	Therapeutic shoes	DME MAC

Lista de jurisdicción 2010 para los códigos HCPCS... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A6000	Non-contact wound warming cover	DME MAC
A6010-A6024	Surgical dressing	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no pagable por separado) o es suministro para dispositivo protésico implantado o DME implantado. Si hay otro DME MAC.
A6025	Silicone gel sheet	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no pagable por separado) o es suministro para dispositivo protésico implantado o DME implantado. Si hay otro DME MAC.
A6154-A6411	Surgical dressing	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no pagable por separado) o es suministro para dispositivo protésico implantado o DME implantado. Si hay otro DME MAC.
A6412	Eye patch	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no pagable por separado) o es suministro para dispositivo protésico implantado o DME implantado. Si hay otro DME MAC.
A6413	Adhesive bandage	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no pagable por separado) o es suministro para dispositivo protésico implantado o DME implantado. Si hay otro DME MAC.
A6441-A6512	Surgical dressings	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico (no pagable por separado) o es suministro para dispositivo protésico implantado o DME implantado. Si hay otro DME MAC.
A6513	Compression burn mask	DME MAC
A6530-A6549	Compression gradient stockings	DME MAC
A6550	Supplies for negative pressure wound therapy electrical pump	DME MAC
A7000-A7002	Accessories for suction pumps	DME MAC
A7003-A7039	Accessories for nebulizers, aspirators and ventilators	DME MAC
A7040-A7041	Chest drainage supplies	Carrier local
A7042-A7043	Pleural catheter	Carrier local
A7044-A7046	Respiratory accessories	DME MAC
A7501-A7527	Tracheostomy supplies	DME MAC
A8000-A8004	Protective helmets	DME MAC
A9150	Non-prescription drugs	Carrier local
A9152-A9153	Vitamins	Carrier local
A9155	Artificial saliva	Carrier local
A9180	Lice infestation treatment	Carrier local
A9270	Noncovered items or services	DME MAC
A9274-A9278	Glucose monitoring	DME MAC
A9279	Monitoring feature/device	DME MAC
A9280	Alarm device	DME MAC
A9281	Reaching/grabbing device	DME MAC
A9282	Wig	DME MAC
A9283	Foot off loading device	DME MAC

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción 2010 para los códigos HCPCS... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A9284	Non-electric spirometer	DME MAC
A9300	Exercise equipment	DME MAC
A9500-A9700	Supplies for radiology procedures	Carrier local
A9900	Miscellaneous DME supply or accessory	Carrier local, si es usado con DME implantado. Si hay otro, DME MAC.
A9901	Delivery	DME MAC
A9999	Miscellaneous DME supply or accessory	Carrier local, si es usado con DME implantado. Si hay otro, DME MAC.
B4034-B9999	Enteral and parenteral therapy	DME MAC
D0120-D9999	Dental procedures	Carrier local
E0100-E0105	Canes	DME MAC
E0110-E0118	Crutches	DME MAC
E0130-E0159	Walkers	DME MAC
E0160-E0175	Commodes	DME MAC
E0181-E0199	Decubitus care equipment	DME MAC
E0200-E0239	Heat/cold applications	DME MAC
E0240-E0248	Bath and toilet aids	DME MAC
E0249	Pad for heating unit	DME MAC
E0250-E0304	Hospital beds	DME MAC
E0305-E0326	Hospital bed accessories	DME MAC
E0328-E0329	Pediatric hospital beds	DME MAC
E0350-E0352	Electronic bowel irrigation system	DME MAC
E0370	Heel pad	DME MAC
E0371-E0373	Decubitus care equipment	DME MAC
E0424-E0484	Oxygen and related respiratory equipment	DME MAC
E0485-E0486	Oral device to reduce airway collapsibility	DME MAC
E0487	Electric spirometer	DME MAC
E0500	IPPB machine	DME MAC
E0550-E0585	Compressors/nebulizers	DME MAC
E0600	Suction pump	DME MAC
E0601	CPAP device	DME MAC
E0602-E0604	Breast pump	DME MAC
E0605	Vaporizer	DME MAC
E0606	Drainage board	DME MAC
E0607	Home blood glucose monitor	DME MAC
E0610-E0615	Pacemaker monitor	DME MAC
E0616	Implantable cardiac event recorder	Carrier local
E0617	External defibrillator	DME MAC
E0618-E0619	Apnea monitor	DME MAC
E0620	Skin piercing device	DME MAC
E0621-E0636	Patient lifts	DME MAC
E0637-E0642	Standing devices/lifts	DME MAC
E0650-E0676	Pneumatic compressor and appliances	DME MAC
E0691-E0694	Ultraviolet light therapy systems	DME MAC
E0700	Safety equipment	DME MAC
E0705	Transfer board	DME MAC
E0710	Restraints	DME MAC
E0720-E0745	Electrical nerve stimulators	DME MAC

Lista de jurisdicción 2010 para los códigos HCPCS... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
E0746	EMG device	Carrier local
E0747-E0748	Osteogenic stimulators	DME MAC
E0749	Implantable osteogenic stimulators	Carrier local
E0755	Reflex stimulator	DME MAC
E0760	Ultrasonic osteogenic stimulator	DME MAC
E0761	Electromagnetic treatment device	DME MAC
E0762	Electrical joint stimulation device	DME MAC
E0764	Functional neuromuscular stimulator	DME MAC
E0765	Nerve stimulator	DME MAC
E0769	Electrical wound treatment device	DME MAC
E0770	Functional electrical stimulator	DME MAC
E0776	IV pole	DME MAC
E0779-E0780	External infusion pumps	DME MAC
E0781	Ambulatory infusion pump	Facturable al carrier local y al DME MAC. Este artículo puede ser facturado al DME MAC cuando la infusión es iniciada en la oficina del médico, pero el paciente no vuelve durante el mismo día laborable.
E0782-E0783	Infusion pumps, implantable	Carrier local
E0784	Infusion pumps, insulin	DME MAC
E0785-E0786	Implantable infusion pump catheter	Carrier local
E0791	Parenteral infusion pump	DME MAC
E0830	Ambulatory traction device	DME MAC
E0840-E0900	Traction equipment	DME MAC
E0910-E0930	Trapeze/fracture frame	DME MAC
E0935-E0936	Passive motion exercise device	DME MAC
E0940	Trapeze equipment	DME MAC
E0941	Traction equipment	DME MAC
E0942-E0945	Orthopedic devices	DME MAC
E0946-E0948	Fracture frame	DME MAC
E0950-E1298	Wheelchairs	DME MAC
E1300-E1310	Whirlpool equipment	DME MAC
E1353-E1392	Additional oxygen related equipment	DME MAC
E1399	Miscellaneous DME	El carrier local, si es DME implantado. Si hay otro, DME MAC.
E1405-E1406	Additional oxygen equipment	DME MAC
E1500-E1699	Artificial kidney machines and accessories	DME MAC
E1700-E1702	TMJ device and supplies	DME MAC
E1800-E1841	Dynamic flexion devices	DME MAC
E1902	Communication board	DME MAC
E2000	Gastric suction pump	DME MAC
E2100-E2101	Blood glucose monitors with special features	DME MAC
E2120	Pulse generator for tympanic treatment of inner ear	DME MAC
E2201-E2397	Wheelchair accessories	DME MAC
E2402	Negative pressure wound therapy pump	DME MAC

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción 2010 para los códigos HCPCS... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
E2500-E2599	Speech generating device	DME MAC
E2601-E2621	Wheelchair cushions	DME MAC
E8000-E8002	Gait trainers	DME MAC
G0008-G0329	Misc. professional services	Carrier local
G0333	Dispensing fee	DME MAC
G0337-G0365	Misc. professional services	Carrier local
G0372	Misc. professional services	Carrier local
G0378-G9140	Misc. professional services	Carrier local
J0120-J3570	Injection	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
J3590	Unclassified biologicals	Carrier local
J7030-J7130	Miscellaneous drugs and solutions	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
J7185-J7195	Antihemophilic factor	Carrier local
J7197	Antithrombin III	Carrier local
J7198	Anti-inhibitor; per I.U.	Carrier local
J7199	Other hemophilia clotting factors	Carrier local
J7300-J7307	Intrauterine copper contraceptive	Carrier local
J7308	Aminolevulinic acid HCL	Carrier local
J7310	Ganciclovir, long-acting implant	Carrier local
J7311	Fluocinolone acetonide, intravitreal implant	Carrier local
J7321-J7325	Hyaluronan	Carrier local
J7330	Autologous cultured chondrocytes, implant	Carrier local
J7500-J7599	Immunosuppressive drugs	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico o usado en una bomba de infusión implantada. Si es otro, DME MAC.
J7604-J7699	Inhalation solutions	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
J7799	NOC, other than inhalation drugs through DME	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
J8498	Anti-emetic drug	DME MAC
J8499	Prescription drug, oral, non chemotherapeutic	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
J8501-J8999	Oral anti-cancer drugs	DME MAC
J9000-J9999	Chemotherapy drugs	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
K0001-K0108	Wheelchairs	DME MAC
K0195	Elevating leg rests	DME MAC
K0455	Infusion Pump used for uninterrupted administration of epoprostenal	DME MAC
K0462	Loaner equipment	DME MAC
K0552	External infusion pump supplies	DME MAC
K0601-K0605	External infusion pump batteries	DME MAC
K0606-K0609	Defibrillator accessories	DME MAC
K0669	Wheelchair cushion	DME MAC
K0672	Soft interface for orthosis	DME MAC
K0730	Inhalation drug delivery system	DME MAC
K0733	Power wheelchair accessory	DME MAC

Lista de jurisdicción 2010 para los códigos HCPCS... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
K0734-K0737	Power wheelchair seat cushions	DME MAC
K0738	Oxygen equipment	DME MAC
K0739	Repair or nonroutine service for DME	El carrier local, si es DME implantado. Si hay otro, DME MAC.
K0740	Repair or nonroutine service for oxygen equipment	DME MAC
K0800-K0899	Power mobility devices	DME MAC
L0112-L2090	Orthotics	DME MAC
L2106-L2116	Orthotics	DME MAC
L2126-L4398	Orthotics	DME MAC
L5000-L5999	Lower limb prosthetics	DME MAC
L6000-L7499	Upper limb prosthetics	DME MAC
L7500-L7520	Repair of prosthetic device	El carrier local, si es reparación de dispositivo protésico implantado. Si hay otro, DME MAC.
L7600	Prosthetic donning sleeve	DME MAC
L7900	Vacuum erection system	DME MAC
L8000-L8485	Prosthetics	DME MAC
L8499	Unlisted Procedure for miscellaneous prosthetic services	El carrier local, si es un dispositivo protésico implantado. Si es otro, DME MAC.
L8500-L8501	Artificial larynx; tracheostomy speaking valve	DME MAC
L8505	Artificial larynx accessory	DME MAC
L8507	Voice prosthesis, patient inserted	DME MAC
L8509	Voice prosthesis, inserted by a licensed health care provider	El carrier local para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2010, DME MAC para las fechas de servicio antes del 1 de octubre de 2010
L8510-L8515	Voice prosthesis	DME MAC
L8600-L8699	Prosthetic implants	Carrier local
L9900	Miscellaneous orthotic or prosthetic component or accessory	El carrier local, si es usado con dispositivo protésico. Si es otro, DME MAC.
M0064-M0301	Medical services	Carrier local
P2028-P9615	Laboratory tests	Carrier local
Q0035	Influenza vaccine; cardio-kymography	Carrier local
Q0081	Infusion therapy	Carrier local
Q0083-Q0085	Chemotherapy administration	Carrier local
Q0091	Smear preparation	Carrier local
Q0092	Portable X-ray setup	Carrier local
Q0111-Q0115	Miscellaneous lab services	Carrier local
Q0138-Q0139	Ferumoxylol injection	Carrier local
Q0144	Azithromycin dihydrate	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
Q0163-Q0181	Anti-emetic	DME MAC
Q0480-Q0506	Ventricular assist devices	Carrier local
Q0510-Q0514	Drug dispensing fees	DME MAC
Q0515	Sermorelin acetate	Carrier local
Q1003-Q1005	New technology IOL	Carrier local
Q2004	Irrigation solution	Carrier local
Q2009	Fosphenytoin	Carrier local
Q2017	Teniposide	Carrier local

INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE LA PARTE B

Lista de jurisdicción 2010 para los códigos HCPCS... (continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
Q2025	Oral chemotherapy drug (effective July 1, 2010)	DME MAC
Q2026-Q2027	Injectable dermal fillers (effective July 1, 2010)	Carrier local
Q3001	Radio elements for brachytherapy	Carrier local
Q3014	Telehealth originating site facility fee	Carrier local
Q3025-Q3026	Vaccines	Carrier local
Q3031	Collagen skin test	Carrier local
Q4001-Q4051	Splints and casts	Carrier local
Q4074	Inhalation drug	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
Q4081	Epoetin	DME MAC para el método II de diálisis en el hogar. Si es otro, carrier local.
Q4082	Drug subject to competitive acquisition program	Carrier local
Q4100-Q4116	Skin substitutes	Carrier local
Q5001-Q5009	Hospice services	Carrier local
Q9951-Q9954	Imaging agents	Carrier local
Q9955-Q9957	Microspheres	Carrier local
Q9958- Q9968	Imaging agents	Carrier local
R0070-R0076	Diagnostic radiology services	Carrier local
V2020-V2025	Frames	DME MAC
V2100-V2513	Lenses	DME MAC
V2520-V2523	Hydrophilic contact lenses	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
V2530-V2531	Contact lenses, scleral	DME MAC
V2599	Contact lens, other type	El carrier local, si está subordinado a los servicios de un médico. Si es otro, DME MAC.
V2600-V2615	Low vision aids	DME MAC
V2623-V2629	Prosthetic eyes	DME MAC
V2630-V2632	Intraocular lenses	Carrier local
V2700-V2780	Miscellaneous vision service	DME MAC
V2781	Progressive lens	DME MAC
V2782-V2784	Lenses	DME MAC
V2785	Processing-corneal tissue	Carrier local
V2786	Lens	DME MAC
V2787-V2788	Intraocular lenses	Carrier local
V2790	Amniotic membrane	Carrier local
V2797	Vision supply	DME MAC
V2799	Miscellaneous vision service	DME MAC
V5008-V5299	Hearing services	Carrier local
V5336	Repair/modification of augmentative communicative system or device	DME MAC
V5362-V5364	Speech screening	Carrier local

Nota: Códigos eliminados son válidos para las fechas de servicio a partir de la fecha de eliminación.

Nota: Códigos actualizados están en negrilla.

CMS publicará el reporte comparativo de facturación quiropráctico

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) publicarán su segundo reporte nacional comparativo de facturación (CBR) en octubre. Este reporte se centra en los servicios quiroprácticos. El enfoque se está en el número promedio de servicios por beneficiario y los primeros cinco códigos de diagnóstico facturados comparados al estado individual del quiropráctico y la nación. Los CBR serán publicados a aproximadamente 5,000 practicantes en toda la nación.

Los CBR, producidos por SafeGuard Services bajo contrato con CMS, provee datos comparativos sobre como un proveedor individual de cuidados de la salud compara a otros proveedores al mirar la utilización de patrones de servicios, beneficiarios, y diagnósticos facturados. CMS ha recibido comentarios de un número de proveedores de que esta clase de datos es muy útil para ellos y nos exhortaron a producir más CBR y hacerlos disponibles a los proveedores.

Estos reportes no están disponibles a cualquiera, sino solamente al proveedor que los recibe. Para asegurar la privacidad, CMS presenta solamente la información del resumen de facturación. No se incluyen datos de caso específico del paciente. Estos reportes son herramientas para ayudar a los proveedores cumplir con las reglas de facturación de Medicare y mejorar el nivel de cuidado que ellos prestan a sus pacientes de Medicare.

Para más información y para revisar una muestra del CBR quiropráctico, visite el sitio Web de CBR Services localizado en <http://www.cbrservices.com> o llame a la ayuda técnica de SafeGuard Services, equipo de ayuda de CBR al 530-896-7080.

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 201010-20

Ahora están disponibles los archivos del precio promedio de venta de octubre de 2010

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han publicado el precio promedio de venta (ASP) de octubre de 2010 y los archivos de precio no clasificados de otra forma y tablas de referencia. CMS también ha publicado los archivos de precio actualizados para julio de 2010, abril de 2010, enero de 2010, y octubre de 2009.

Todos están disponibles para descargar en: <http://www.cms.gov/McrPartBDrugAvgSalesPrice/>. Los enlaces específicos de año pueden ser localizados en la sección del menú de la izquierda.

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 201009-33

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Recordatorio del programa de incentivo de receta médica electrónica 2010

No es muy tarde para participar y potencialmente calificar para recibir un pago de incentivo de un año. Los profesionales elegibles (EP) pueden comenzar a reportar eRx en cualquier momento en todo el año programa 2010 del 1 de enero-31 de diciembre de 2010, para ser elegible al incentivo.

El programa de incentivo eRx es un programa de incentivo que es separado del programa de iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) y tiene requisitos de reporte diferentes. **Para cumplir exitosamente el criterio de reporte y ser considerado elegible para incentivo, los EP individuales deben reportar la medida eRx al menos 25 veces** (para los encuentros de pacientes elegibles), y los cargos permitidos de tarifa fija del médico (PFS) de Medicare Parte B para los servicios en el denominador de medida eRx deben estar compuestos del 10 por ciento o más del total de EP de los cargos permitidos estimados 2010.

Para el 2010, los profesionales elegibles que exitosamente reporten la medida eRx serán elegibles para

recibir un incentivo eRx igual a 2.0 por ciento de sus cargos totales permitidos PFS de Medicare Parte B para los servicios realizados durante el periodo de reporte.

Los profesionales elegibles deben haber adoptado un sistema eRx "calificado". Existen dos tipos de sistemas: Un sistema para eRx solamente (independiente) y un registro de salud electrónico (sistema EHR) con la funcionalidad eRx. Sin importar el tipo de sistema usado, para ser considerado "calificado", debe estar basado en todas las siguientes capacidades:

- Generar una lista completa de medicamentos activos incorporando datos electrónicos recibidos de farmacias aplicables y gerentes de beneficio de farmacia (PBM) si está disponible
- Seleccionar medicamentos, imprimir prescripciones médicas, transmitir prescripciones médicas electrónicamente, y conducir todos los alertas
- Proveer información relacionada para bajar el costo a

Recordatorio del programa de incentivo de receta... (continuación)

través de alternativas terapéuticamente apropiadas, si están disponibles (la disponibilidad de un sistema eRx para recibir un formulario con información por niveles, si está disponible, cumpliría este requisito para el 2010)

- Proveer información sobre medicamentos formularios o por niveles, elegibilidad del paciente, y requisitos de autorización recibidos electrónicamente del plan de medicamentos del paciente, si están disponibles

Si usted no ha participado todavía en el programa eRx, usted puede comenzar al reabrir datos eRx para el 1 de enero-31 de diciembre de 2010, utilizando cualquiera de las siguientes tres opciones:

- **Reporte basado en reclamaciones** of de la medida eRx (reporte solamente un código G (G8553) para el 2010)
- **Reporte basado en registro** utilizando un *registro seleccionado por CMS, presentando datos 2010 a CMS durante el primer cuarto de 2011
- **Reporte basado en EHR** utilizando un producto de *registro de salud electrónico seleccionado por CMS, presentando datos 2010 a CMS durante el primer cuarto de 2011

*Solamente los registros y los vendedores EHR que han sido seleccionados por CMS para el PQRI/eRx 2010 y están en la lista publicada de registros/vendedores EHR son elegibles para ser considerados “calificados” para propósitos del Programa de Incentivo de Prescripción Electrónica 2010 (visite http://www.cms.gov/ERxIncentive/08_AlternativeReportingMechanism.asp)

El reporte basado en reclamaciones envuelve la adición del código de datos de calidad (QDC) para las reclamaciones presentadas para servicios (que ocurran durante el periodo de reporte) cuando se factura a Medicare Parte B. Los EP también tienen la opción de usar un registro calificado para asistir en coleccionar datos de medida eRx. El registro presentará estos datos de calidad directamente a Medicare, eliminando la necesidad de añadir el QDC a la reclamación de Medicare Parte B.

Los profesionales elegibles no necesitan inscribirse o pre inscribirse para participar en el eRx 2010. El reportar un QDC (G8553) para la medida eRx a CMS a través de reclamaciones, o presentar vía un registro calificado o un EHR calificado indicará intención para participar.

Aunque no existe un requisito para inscribirse antes de presentar los datos, los EP deben revisar los productos educacionales que CMS ha creado sobre como comenzar con el reporte eRx. Para acceder todos los recursos educacionales disponibles sobre eRx, visite <http://www.cms.gov/eRxIncentive>. Los profesionales elegibles son exhortados a revisar la página Web eRx frecuentemente para enterarse de la última información y documentos para descargar.

Recursos

- 2010 eRx Measure Specification and Release Notes -- Los EP deben revisar los documentos de especificación de medida eRx para el año programa actual. (Refiérase a la especificación para el método de reporte aplicable a su práctica.)
 - Claims- and registry-based
 - EHR-based
- Claims-Based Reporting Principles for Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program
- 2010 eRx Incentive Program Made Simple Fact Sheet
- 2010 eRx Incentive Program Fact Sheet: What's New for 2010 eRx Incentive Program

Información adicional

Si usted tiene preguntas sobre como comenzar con eRx, contacte a QualityNet Help Desk al 866-288-8912 de 7:00 a.m.-7:00 p.m. CST o vía e-mail al qnetsupport@sdps.org.

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 201010-15

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>.

Versión 5010 de requisitos para proveedores de servicios de ambulancia

Número de *MLN Matters*: SE1029

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

La versión 4010A1 de reclamación electrónica 837P no precisa la presentación de código de diagnóstico del conjunto de códigos ICD-9-CM en el segmento HI del circuito 2300. Adicionalmente, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) actualmente no exigen a los proveedores de servicios de ambulancia presentar códigos de diagnóstico en reclamaciones para su pago. Sin embargo, la versión de 837P, que entra en vigencia el 1 de enero de 2012, exige la presentación de un código de diagnóstico en todas las reclamaciones electrónicas 837P, incluyendo reclamaciones por servicios de ambulancia.

CMS ha decidido la adopción temprana de la versión 5010 del formato de reclamación electrónica 837P y lo implementará el 1 de enero de 2011. El artículo de edición especial de *MLN Matters* ayuda a los proveedores de servicios de ambulancia que tienen planeado adoptar tempranamente el nuevo estándar, diciéndoles cómo presentar reclamaciones de manera electrónica, a la luz de los nuevos requisitos de reporte de código de diagnóstico. Los proveedores de servicios de ambulancia tendrán tres opciones para cumplir con los nuevos requisitos de reporte de diagnóstico..

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1029.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* Artículo SE1029

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

EDUCACIÓN

CMS actualiza información de pagos médicos en base a su valor

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) actualizan la información de pago del médico para el cuidado de la salud basado en valor para sustentar la entrega del cuidado de la salud eficiente y de alta calidad, y permitir que los consumidores tomen decisiones informadas del cuidado de la salud. Además, El Departamento de Salud & Servicios Humanos de los Estados Unidos está haciendo disponible datos de costo y calidad a todos los americanos. Como parte de esta iniciativa, Medicare publicó información en el 2007, 2008, y 2009 sobre los pagos que hizo durante el año pasado para procedimientos comunes y electivos y servicios provistos por hospitales, centro de cirugía ambulatoria (ASC), departamentos del cuidado ambulatorio de hospital, y médicos.

La información de hospital está publicada en el sitio Web de Hospital Compare donde puede ser vista junto con información de calidad de hospital. El sitio Web de Hospital Compare puede ser encontrado en <http://www.medicare.gov/>.

El 20 de agosto de 2010, Medicare publicó una actualización a los datos de centro de cirugía ambulatoria (ASC). La actualización de pago del departamento ambulatorio de hospital fue publicada el 29 de septiembre de 2010. La actualización del médico fue publicada el 1 de octubre de 2010. La información está siendo mostrada en el mismo formato de los años previos, actualizada con los datos del año calendario (CY) 2009. Las actualizaciones de publicación pueden ser encontradas en <http://www.cms.gov/HealthCareConInit/>.

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 201010-06

Está disponible la hoja informativa de prescripción electrónica 2010

La hoja informativa del programa de incentivo de prescripción electrónica (e-Rx) de 2010 *What's New for the 2010 eRx Incentive Program* (actualizada en julio 2010), está ahora disponible en papel impreso y en formato descargable de Internet en la red de enseñanza de Medicare *Medicare Learning Network*®. Este recurso da una visión general del programa de incentivo de prescripción electrónica, *e-prescribing* de 2010, y destaca los cambios realizados a *e-prescribing* de 2009.

Para ordenar una copia gratuita, visite la página de productos MLN http://www.cms.gov/MLNProducts/01_Overview.asp. Una vez en esta página, baje a la sección “*Related Links Inside CMS*” y seleccione el enlace “*MLN Product Ordering Page*”. Para ver la versión en línea, visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/Whats_New_2010_eRx_Fact_Sheet.pdf.

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

Fuente: CMS PERL 201010-03

Actualización del programa de incentivo de receta electrónica 2009

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que los pagos de incentivo para el programa de incentivo de receta electrónica (e-Rx) 2009 se están haciendo para los profesionales elegibles que cumplieron el criterio de un reporte exitoso.

Los pagos de incentivo e-Rx 2009 están actualmente siendo procesados y distribuidos por los contratistas de la Parte B de Medicare (carrier) y los contratistas administrativos de Medicare (MAC). La distribución de los pagos de incentivo e-Rx 2009 están siendo programados a ser completados para el 22 de octubre de 2010.

Los incentivos e-Rx ganados por médicos participantes individuales y otros profesionales elegibles son pagados un pago único al número de identificación para impuestos (TIN) bajo el cual las reclamaciones de los profesionales elegibles fueron presentadas. Luego es responsabilidad del propietario del TIN el decidir cómo distribuir el incentivo dentro de la práctica.

Efectivo en enero de 2010, CMS revisará la manera en la cual la información de pago de incentivo es comunicada para los profesionales elegibles que reciben remesas de pago electrónicas. CMS ha instruido a los contratistas de Medicare a usar un nuevo **indicador LE** para indicar los pagos de incentivo en vez del **indicador LS**. El **indicador LE** aparecerá en la remesa de pago electrónica. Adicionalmente, la remesa de pago en papel leerá “*This is an e-Rx incentive payment.*” No incluirá el año y el **indicador LE** en la remesa en papel. En un esfuerzo para clarificar el tipo de pago de incentivo emitido (ya sea el incentivo PQRI o e-Rx), CMS creó un código de cuatro dígitos para indicar el tipo de incentivo y reportar el año. Para los pagos de incentivo e-Rx 2009, el código de cuatro dígitos es RX09. Este código será mostrado en la remesa de pago electrónica junto con el **indicador LE**. Por ejemplo, los profesionales elegibles verán **LE** para indicar un pago de incentivo, junto con RX09 para identificar ese pago como el pago de incentivo e-Rx 2009.

Reportes de comentarios del programa de incentivo de receta electrónica 2009

Los reportes de comentarios e-Rx 2009 estarán disponibles en el portal de reporte de calidad del médico y otro profesional del cuidado de la salud en <http://www.qualitynet.org/pqri> en la Internet, comenzando la segunda semana de noviembre. Los reportes nivel TIN en el portal requieren un acceso autorizado individual para la cuenta de los servicios de computadora de CMS (IACS). Los participantes pueden contactar a su carrier o MAC para solicitar los reportes individuales del identificador nacional del proveedor (NPI) vía un reporte de cumplimiento de comentarios alterno, visite <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0922.pdf> en el sitio Web de CMS.

Preguntas sobre los pagos de incentivo e-Rx

Si usted tiene preguntas sobre el estatus de su pago de incentivo e-Rx (durante la marco de tiempo de distribución), contacte su centro de contacto del proveedor. El directorio del centro de contacto está disponible en <http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/CallCenterTollNumDirectory.zip> en el sitio Web de CMS.

Siéntase en la libertad de contactar la ayuda técnica de QualityNet con cualquiera de lo siguiente:

- Problemas con la contraseña del portal de PQRI
- Disponibilidad del reporte de comentarios y acceso de PQRI/e-Rx
- Preguntas de inscripción PQRI-IACS
- Problemas de iniciar la sesión PQRI-IACS

La ayuda técnica de *QualityNet* está disponible de lunes a viernes de 7:00 a.m.-7:00 p.m. CST al 1-866-288-8912 o vía <mailto:qnetsupport@sdps.org>. La ayuda técnica de *QualityNet* también está disponible para asistir con las preguntas de medida específica de PQRI y e-Rx. ❖

Fuente: CMS PERL 201009-43

INTERÉS GENERAL

Actualización del pago de incentivo PQRI 2009

Los pagos de incentivo para la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) 2009 están disponibles este otoño para los profesionales elegibles que cumplan el criterio de reporte exitoso. Los contratistas de la Parte B de Medicare (carriers) y contratistas administrativos de Medicare (MAC) comenzarán el procesamiento y distribución de los pagos de incentivo (PQRI) 2009 el 25 de octubre. La distribución está programada a ser completada el 12 de noviembre.

Recuerde que los incentivos PQRI ganados por médicos participantes individuales y otros profesionales elegibles son pagados como una suma total al número de identificación para impuestos (TIN) bajo el cual las reclamaciones profesionales fueron presentadas. Es responsabilidad del TIN el decidir cómo distribuir el incentivo dentro de la práctica.

Efectivo en enero de 2010, CMS revisó la manera en la cual la información del pago de incentivo es comunicado a los profesionales elegibles que reciben remesas de pago electrónicas. CMS ha instruido a los contratistas de Medicare a usar un nuevo indicador de LE para indicar los pagos de incentivo en vez de LS. LE aparecerá en la remesa electrónica. En un esfuerzo para clarificar el tipo de pago de incentivo emitido (ya sea el incentivo PQRI o eRx), CMS creó un código de cuatro dígitos para indicar el tipo de incentivo y el año de reporte. Para los pagos de incentivo PQRI 2009, el código de cuatro dígitos es PQ09. Este código será mostrado en la remesa de pago electrónica junto con el indicador LE. Por ejemplo, los profesionales elegibles verán LE para indicar un pago de incentivo, junto con PQ09 para identificar ese pago como el pago de incentivo PQRI 2009. Adicionalmente, la remesa de pago en papel leerá, "This is a PQRI incentive payment". El año no será incluido en la remesa en papel.

Los reportes de comentarios PQRI 2009 estarán disponibles en el *Physician and Other Health Care*

Professionals Quality Reporting Portal (<http://www.qualitynet.org/pqri>) comenzando la segunda semana de noviembre. Los reportes de nivel TIN en el portal requieren una cuenta Individuals Authorized Access to CMS Computer Services (IACS). Los participantes pueden contactar a sus carrier/MAC para solicitar los reportes de nivel NPI vía un proceso de cumplimiento de reporte alterno de comentarios (vea <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE0922.pdf>). Manténgase alerta a información adicional del reporte de comentarios de CMS.

Información de contacto

Si usted tiene preguntas sobre el estatus de su pago de incentivo PQRI (durante el marco de tiempo de la distribución), contacte su centro de contacto del proveedor. El directorio del centro de contacto está disponible en el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/CallCenterTollNumDirectory.zip>.

Contacte el centro de ayuda QualityNet Help Desk si tiene algún problema con lo siguiente:

- Problemas de contraseña del portal PQRI
- Disponibilidad y acceso del reporte de comentarios PQRI/eRx
- Preguntas de inscripción PQRI-IACS
- Problemas para iniciar la sesión PQRI-IACS

El centro de ayuda *QualityNet Help Desk* está disponible de lunes a viernes de 7:00 a.m.-7:00 p.m. CT al 1-866-288-8912 o vía qnetssupport@sdps.org. Ellos también pueden asistir con el programa y preguntas específicas de medidas. ❖

Fuente: CMS PERL 201010-27

Recordatorio del programa PQRI 2010

No es muy tarde para comenzar a participar en la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) 2010 y potencialmente calificar para recibir pagos de incentivo. Un nuevo periodo de seis meses comenzó el 1 de julio de 2010. El PQRI 2010 tiene dos periodos de reporte:

- 12 meses (1 de enero-31 de diciembre de 2010)
- Seis meses (1 de julio-31 de diciembre de 2010)

Para el 2010, los profesionales elegibles (EP) que satisfactoriamente reporten las medidas PQRI para el periodo de reporte de seis meses serán elegibles para recibir un incentivo PQRI igual a 2.0 por ciento de sus cargos totales permitidos de Medicare Parte B para los servicios realizados durante el periodo de reporte.

Si usted no ha participado en el programa PQRI, usted puede comenzar a reportar los datos PQRI para el 1 de julio-31 de diciembre de 2010, utilizando cualquiera de las siguientes cuatro opciones:

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

El reporte basado en reclamaciones envuelve la adición del código de datos de calidad (QDC) para las reclamaciones presentadas para servicios (que ocurran durante el periodo de reporte) cuando se factura a Medicare Parte B. Los EP también tienen la opción de usar un registro calificado para asistir en coleccionar datos de medida eRx. El registro presentará estos datos de calidad directamente a Medicare, eliminando la necesidad de añadir el QDC a la reclamación de Medicare Parte B.

Los profesionales elegibles no necesitan inscribirse o pre inscribirse para participar en el PQRI 2010. El reportar un QDC para medidas PQRI individuales a CMS a través de un registro calificado o para un grupo de medidas a través de reclamaciones o un registro calificado indicará intento para participar.

Aunque no existe un requisito para inscribirse antes de presentar los datos, no existen pasos preparatorios que los EP deben tomar antes de comenzar el reporte PQRI. CMS ha creado muchos productos educacionales que proveen información sobre como comenzar con el reporte PQRI. Para acceder todos los recursos educacionales sobre PQRI, visite <http://www.cms.gov/PQRI/>. Los profesionales elegibles son exhortados a revisar la página Web de PQRI frecuentemente para enterarse de la última información y documentos para descargar.

Recursos

[2010 PQRI Implementation Guide](#)

[Qualified Registries for 2010 PQRI Reporting](#)

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 201010-17

Actualización del Programa de Incentivo de eRx 2009

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que la información importante sobre acceder los reportes de comentarios del Programa de Incentivo de Prescripción Médica Electrónica (eRx) 2009 está publicada en la página Web de eRx en <http://www.cms.gov/ERXincentive/>.

Los reportes de comentarios del Programa de Incentivo eRx 2009 estarán disponibles en noviembre de 2010 después de los pagos de incentivo eRx 2009 sean distribuidos. Los reportes de comentarios están compilados al nivel del número de identificación de impuestos (TIN), con reporte información a nivel individual (por el identificador nacional del proveedor o nivel NPI) para cada profesional elegible (EP) que reportó al menos un código de datos de calidad eRx (QDC) en una reclamación presentada bajo ese TIN para servicios prestados durante el periodo de reporte.

Varios documentos nuevos y actualizados de recursos educacionales sobre acceder los reportes de comentarios del Programa de Incentivo de Prescripción Médica Electrónica (eRx) 2009 están ahora disponibles en el enlace “[Spotlight, 2009 Physician Quality Reporting Initiative \(PQRI\) Program, and eRx Overview](#)” de la página Web eRx e incluyen los siguientes:

- Un documento listo para descargar sobre acceder los Reportes de Comentarios del Programa de Incentivo eRx 2009
- Guía de Usuario del Reporte de Comentarios PQRI 2009
- Guía de Usuario del Reporte de Comentarios de eRx 2009
- Una Guía para Entender el pago de Incentivo PQRI 2009

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 201010-13

Actúe ahora para obtener pagos de incentivo de de registro de salud electrónico de Medicare

Los profesionales elegibles deben tener un registro de inscripción en el Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) para recibir pago de incentivo de registro de salud electrónico (EHR) de Medicare.

¿Sabía usted?

Usted puede facturar y recibir pagos de Medicare y no estar en el sistema PECOS. No espere.

- Actúe ahora para verificar que usted tiene un registro de inscripción en PECOS.
- Si usted no tiene un registro de inscripción en PECOS, establezca su registro de inscripción ahora.

Si usted ha presentado una aplicación de inscripción de Medicare dentro de los últimos 90 días, y su aplicación de inscripción ha sido aceptada para procesamiento por el carrier o A/B MAC, usted no necesita tomar ninguna acción adicional basado en este mensaje listserv. Usted será contactado por su carrier o MAC A/B si se necesita información adicional.

Encuentre si usted tiene un registro de inscripción en PECOS. Seleccione una de las siguientes:

- Utilice PECOS basado en Internet para buscar su registro de inscripción PECOS. (Usted necesitará primero establecer su acceso a PECOS basado en Internet). Vaya a [Verify PECOS Record](#) para más información. Si no se muestra un registro, usted no tiene un registro de inscripción en PECOS.
- Revise el Ordering Referring Report en el sitio Web de CMS. Si usted es de una especialidad permitida para ordenar y referir y usted está en ese reporte, usted tiene un registro de inscripción actual en PECOS. Vaya a [Ordering and Referring Report](#).
- Contacte su contratista de inscripción de Medicare y pregunte si usted tiene un registro de inscripción en PECOS. Vaya a [Contractor List](#) para información de contacto.

No tengo un registro de inscripción. ¿Qué debo hacer?

PECOS basado en Internet es la forma más rápida y eficiente para presentar su aplicación de inscripción. Para instrucciones, vea [Basics of Internet-based PECOS for Physicians and Non-Physician Practitioners](#). Si usted encuentra problemas o tiene preguntas mientras navega el sistema, existe [ayuda disponible](#).

Incentivos de registro de salud electrónicos -- obtenga la información oficial de CMS en <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 201010-28

Médicos y otros profesionales de la salud elegibles que necesitan inscribirse para ordenar y referir

Número de *MLN Matters*: MM7097

Número de petición de cambio relacionado: 7097

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de septiembre de 2010

Fecha de efectividad: 18 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R355PI

Fecha de implementación: 18 de octubre de 2010

Resumen

Un requisito de regulación propuesto implementa la Sección 6405 del Patient Protection and Affordable Care Act (Affordable Care Act, o ACA), requiriendo a las agencias de salud en el hogar y ciertos suplidores de Parte B el incluir, en una reclamación, el nombre legal y el identificador nacional del proveedor (NPI) del médico o profesional de la salud que ordena o refiere los artículos facturados o servicios para el beneficiario.

Específicamente, si usted ordena o refiere los artículos o servicios para los beneficiarios de Medicare y (1) usted está empleado por el Departamento de Asuntos del Veterano (DVA), El Servicio de Salud Pública (PHS), el Departamento de Defensa (DOD) TRICARE; o por un centro de salud calificado por el gobierno federal (FQHC), clínica de salud rural (RHC) u hospital del cuidado crítico (CAH), (2) usted está en una confraternidad, o (3) usted es un dentista o un cirujano oral, usted necesitará inscribirse en Medicare utilizando el proceso de modificación de inscripción descrito en el artículo de MLN enlazado abajo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7097.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7097, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R355PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 355, CR 7097

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

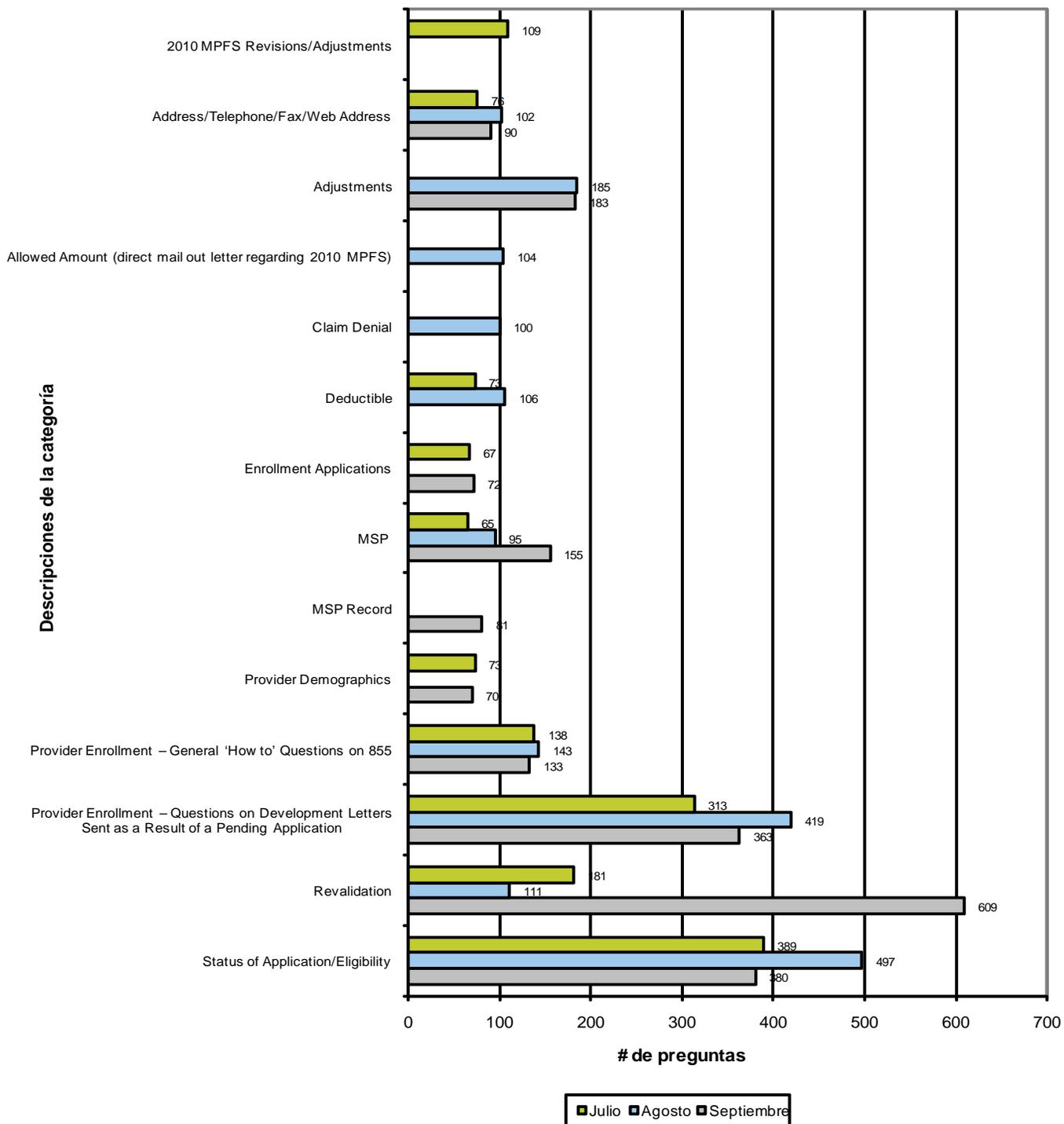
Entérese primero: Suscríbese a eNews de FCSO

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

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

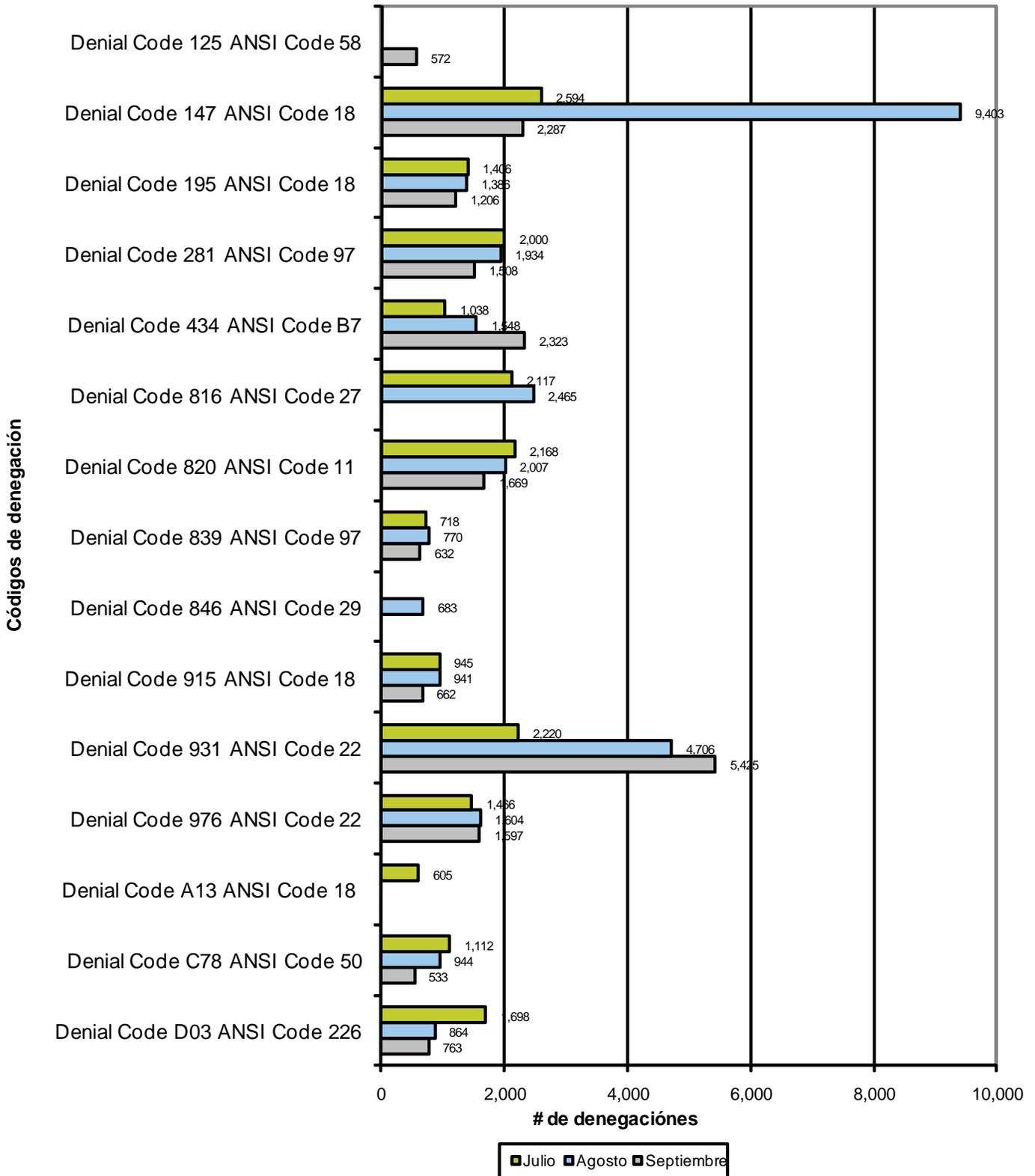
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de julio-septiembre de 2010. Para consejos y recursos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

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



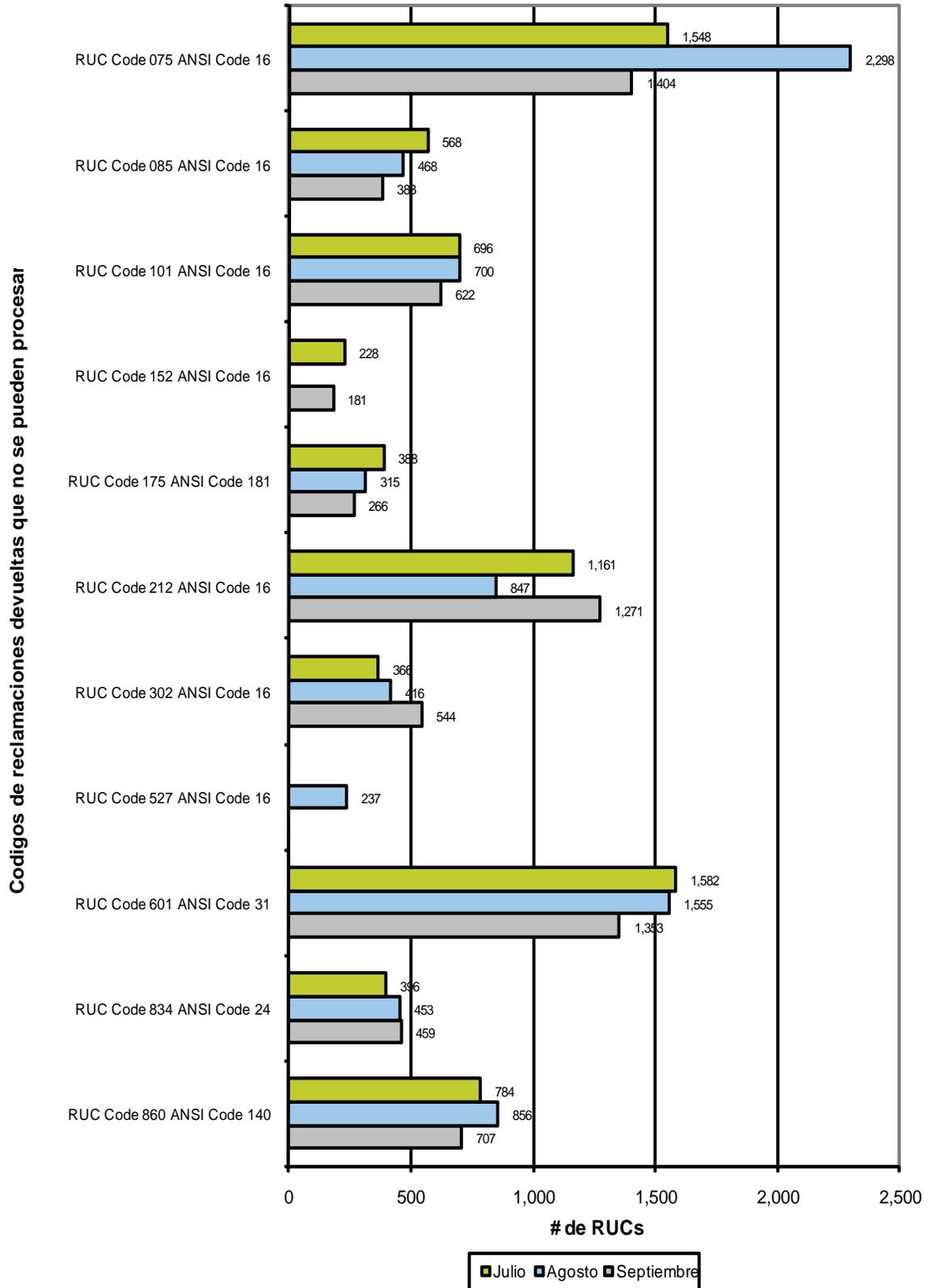
Denegaciones, preguntas más frecuentes y... (continuación)

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



Denegaciones, preguntas más frecuentes y... (continuación)

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

Modificaciones a LCD existentes

J1459: Intravenous immune globulin..... 71

Información adicional

Clarificación del uso del modificador cuando se factura más de una prueba diagnóstica para el mismo procedimiento en la misma fecha de servicio. Clarificación del uso del modificador..... 71

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

Modificaciones a las LCD existentes

AJ1459: Intravenous immune globulin -- revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29205 (Florida)

Identificador de LCD: L29356 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para Intravenous Immune Globulin fue efectiva para los servicios prestados a partir del 2 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 con la transmisión 2045 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), petición de cambio (CR) 7147 con fecha del 10 de septiembre de 2010, para añadir un nuevo código HCPCS C9270 (Injection, immune globulin [Gammaplex], intravenous, non-lyophilized [e.g. liquid], 500 mg) solamente cuando es facturado en un centro de cirugía ambulatoria (ASC), bajo la sección “CPT/HCPCS Codes” de la LCD. Gammaplex es un medicamento de inmunoglobulina intravenosa (humana) aprobada por el U.S. Food and Drug Administration (FDA) en septiembre de 2009 para la terapia de reemplazo de inmunodeficiencia primaria (PI).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir del 4 de octubre de 2010, para los servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2010. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/mcd/overview.asp>.

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

Florida Parte B -- Lista de las LCD activas organizadas por su título

Puerto Rico Parte B -- Lista de las LCD activas organizadas por su título

Islas Vírgenes de los Estados Unidos Parte B -- Lista de las LCD activas organizadas por su título

Información adicional

Clarificación del uso del modificador cuando se factura más de una prueba diagnóstica para el mismo procedimiento en la misma fecha de servicio

Cuando un procedimiento de diagnóstico como el código CPT 73221 [*Magnetic resonance (eg. proton) imaging, any joint of upper extremity; without contrast material(s)*] es facturado para dos coyunturas, tales como el hombro y el codo, en el mismo encuentro en la misma fecha de servicio, el código CPT 73221 debe ser facturado en dos líneas detalladas separadas en el formulario de reclamación. El segundo procedimiento debe tener un modificador 76 [*Repeat procedure or service by same physician*] adjunto para permitir la reducción de múltiples procedimientos del componente técnico (TC) para este servicio.

Los ejemplos arriba representan indicaciones que garantizan más de un sitio para el procedimiento, tales como casos que envuelvan trauma afectando más de un área. Múltiples procedimientos no se esperan que sean de rutina o cuando exista necesidad médica insuficiente para sustentar prueba adicional. Si tres o más servicios repetidos son realizados el mismo día, estos deben estar sujetos para revisión médica en el nivel de apelaciones.

Esta información aplica a los procedimientos de diagnóstico que están sujetos a la reducción de múltiples procedimientos TC.

FORMULARIO DE PARTE B

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

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

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov



WHEN EXPERIENCE COUNTS & QUALITY MATTERS

MEDICARE A y B AL DÍA

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

♦ ATTENTION BILLING MANAGER ♦

