

EN ESTA EDICIÓN...



CUANDO LA EXPERIENCIA CUENTA Y LA CALIDAD ES IMPORTANTE

Implementación de las actualizaciones y transacciones de la versión de erratas 5010 de HIPAA

CMS emitió CR 7202 para alertar a los proveedores sobre las disposiciones administrativas4

Actualización de código de taxonomía

Efectivo el 1 de enero de 2011, los códigos HPTC serán actualizados6

Reglas de DMEPOS entrarán en efecto en 2011

Esta regla final incluye provisiones sobre temas que impactan CBP DMEPOS10

Cambios al software de modificación de NCD de laboratorio

Estos cambios vienen a ser efectivos para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2011...19

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

El objetivo primario de la demostración RAC fue determinar si la auditoría pudo ser efectiva.....28

Adición del código HD141 a HIPPS

HIPPS HD141 no fue incluido en la lista de nuevos códigos anteriormente30

Pago de incentivo para los servicios del cuidado primario

La revisión aplica a los servicios del cuidado primario prestados a partir del 1 de enero de 2011....44

PQRI 2009 y reporte de comentarios eRx

PQRI 2009 y los reportes de comentarios de eRx estarán disponibles pronto en el portal PQRI45

Características

Sobre esta publicación	3
Información para proveedores de Parte A y B	4
Recursos educacionales	23
Información para proveedores de la Parte A.....	24
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	39
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	41
Contactos para proveedores de Parte A de Puerto Rico.....	42
Información para proveedores de la Parte B.....	43
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	54
Formulario para ordenar materiales de Parte B	56
Contactos para proveedores de Parte B de Puerto Rico.....	57

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

Actualizaciones versión de erratas 5010..... 4
 Pautas de implementación de ASC X12..... 4
 Facturación de eRx y EDI al próximo nivel 5
 CMS está aquí para ayudar con 5010 y ICD-10.. 5
 Servicios de ambulancia aérea 5
 Reporte comparativo sobre ambulancia..... 6
 Códigos de taxonomía..... 6
 Implementación de segmento PWK 7
 Mejoras del Medicare Remit Easy Print 7
 Pago para enfermeras obstetras certificadas 8
 PPS de ESRD y facturación consolidada..... 8
 ONC alcanza a la comunidad de proveedores... 9
 Suplidores contratados DMEPOS 9
 Reglas de DMEPOS en efecto en 2011 10
 Actualización del conjunto de códigos HCPCS. 11
 Publicación de 'Caregiving Education' 11
 Solicitud e información sobre ACO..... 12
 Programa modificador de comentarios/valor..... 12
 Nueva hojas informativas CBP de DMEPOS ... 12
 Hoja informativa del beneficiario que viaja 13
 Hojas informativas excepciones de andadores. 13
 Disponible hoja informativa de DMEPOS CBP . 14
 Nuevas hojas informativas DMEPOS CBP 14
 Mes nacional de alerta de la diabetes 15
 Noviembre mes de alerta del cáncer pulmón 16
 Apelaciones vía facsímil o vía un portal 17
 Reducciones de servicios selectos de terapia... 17
 Valores máximos 2011 pacientes ambulatorios 18
 Actualización 2011 factor de coagulación 18
 Uso de PECOS por parte de IHS 19
 Cambios al software de NCD de laboratorio 19
 Programa EHR- productos certificados 20
 Vacuna contra la gripe 20
 Índices 2011 del cuidado ambulatorio y ASC 20
 Requisitos de plazos de presentación..... 22
 Congelación de códigos antes de ICD-10..... 22

Recursos Educativos

Próximos eventos educativos.....23

Parte A

Política de ajuste departamento emergencia 24
 Política de hospitalización interrumpida 24
 Expansión póliza transferencia IPPS 25
 Clarificación de ventana de pago 25
 Actualización código punto de origen..... 26
 Código de condición 04 en reporte PS&R..... 26
 Procedimientos prestados en un HPSA 27
 Parte de pago desproporcionado 27

Graduados de educación médica..... 28
 Correcciones a IPF PPS..... 28
 Demostraciones RAC 28

Actualización 2011 de IRF PPS..... 29
 Correcciones 2011 de IPPS 29
 Actualización de OPSS 29
 Adición del código HD141 al PPS 30
 Five-star, noticias de noviembre..... 30
 Actualización de SNF PPS 30
 Actualizaciones de ESRD PPS 31
 Noticias de MLN para proveedores ESRD.. 31
 Actualización archivo trimestral octubre..... 31
 Cambios salud en el hogar..... 32
 Servicios preventivos y datos de FQHC..... 32
 Reclamaciones relacionadas a desastres.. 33
 Facturación reclamaciones institucionales. 33
 Modificadores de servicios de terapia 34
 Servicios preventivos de los RHC 34
 Hoja informativa clínicas rurales..... 35
 Hoja informativa de CORF 35
 Aviso remesa proveedores institucionales . 35

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación ..36

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte A..... 39

Ordenar materiales de Parte A 41

Contactos Parte A de Puerto Rico42

Parte B

Reducción pago imagen diagnóstico..... 43
 Requisitos de acreditación facturar TC 43
 Incentivo servicios cuidado primario..... 44
 Actualización pago incentivo eRx 2009..... 44
 Actualización reporte eRx 2010..... 45
 PQRI 2009 y reporte de comentarios eRx.. 45
 Incentivo eRx 2011, ajustes en el 2012..... 46
 Servicios prestados en el hogar 47
 Asuntos del NPI proveedores fallecidos..... 47
 Nuevo modificador HPSA..... 48
 Servicios de imagen diagnóstico avanzado 48
 Nuevas pruebas con dispensa 49
 Mejor acceso servicios preventivos 2011 ... 49
 Actualización código software MREP 50
 Información para APN y PA 50

Gráficos

Datos de procesamiento de reclamación... 51

Determinaciones Locales de Cobertura

Tabla de Contenido de las LCD Parte B..... 54

Ordenar materiales de Parte B.....56

Contactos Parte B de Puerto Rico 57

**Medicare A y B
 Al Día**

**Vol. 2, No. 11
 Noviembre de 2010**

Publication Staff

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

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

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

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

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

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

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

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

SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

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

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

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

¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

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

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

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

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

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

¿Qué se encuentra en esta publicación?

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

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

Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

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

Actualización trimestral para proveedores

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

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

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

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

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

HIPAA

Implementación de las actualizaciones y transacciones de la versión de erratas 5010 de HIPAA

Número de *MLN Matters*: MM7202

Número de petición de cambio relacionado: 7202

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2090CP

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), emitieron la petición de cambio (CR) 7202 para alertar y actualizar a los proveedores acerca de las disposiciones de simplificación administrativa de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) que la Secretary of the Department of Health & Human Services (DHHS) exige adoptar con respecto a los estándares y conjuntos de códigos de las transacciones electrónicas. Actualmente, CMS está en el proceso de implementar una versión de transacciones de erratas 5010 de HIPAA así como actualizaciones de los archivos 837I, 837P y 835.

Asegúrese de dar cumplimiento a este próximo estándar HIPAA el 1 de enero de 2012.

Algunas de las fechas importantes en el proceso de implementación son:

- 17 de marzo de 2009: fecha de vigencia de la regulación
- 31 de diciembre de 2010: cumplimiento de nivel I
- 31 de diciembre de 2011: cumplimiento de nivel II
- 1 de enero de 2012: todas las entidades con cobertura deben estar en situación de cumplimiento total

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7202.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7202, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2090CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2090, CR 7202

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.

Plazo para solicitar modificaciones a pautas de implementación de ASC X12

El 20 de octubre de, el comité Accredited Standards Committee X12 (ASC X12) anunció que el 4 de febrero de 2011 vence el plazo para presentar solicitudes de modificación en relación a los reportes técnicos ASC X12 005010 Type 3 technical reports (TR3), también conocidos como pautas de implementación.

Las solicitudes de modificación de reportes técnicos ASC X12 ordenados por HIPAA, deben ser presentados por medio del sitio Web Designated Standard Maintenance Organizations (DSMO), <http://www.hipaa-dsmo.org>.

Solicitudes de modificación de otros reportes técnicos ASC X12 deben ser presentados a <http://www.x12.org/TR3ChangeRequest>.

Las solicitudes deberán incluir toda la información detallada en el formulario en línea, para ser incluidas en las pautas de implementación 006020. Las solicitudes presentadas fuera de plazo serán consideradas para su inclusión en una versión futura.

El subcomité de seguros ASC X12 Insurance Subcommittee (ASC X12N) ha implementado un nuevo procedimiento para el manejo de solicitudes de cambio, comenzando con este ciclo de mantenimiento de ASC X12 006020. El nuevo procedimiento acorta el plazo de revisiones de ASC X12 TR3, hasta por 15 meses para dejarlo en aproximadamente 21 meses.

Para información adicional, visite <http://www.x12.org/dsmo/help> o contacte a info@disa.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 201010-46

Llevando la facturación electrónica y el intercambio electrónico de datos al próximo nivel

Ahora disponible en formato impreso

El producto de la *Medicare Learning Network*[®] titulado “5010: Taking Electronic Billing and Electronic Data Interchange (EDI) to the Next Level” está ahora disponible tanto en formato impreso como en formato descargable de Internet. Esta nueva herramienta educativa diseñada para informar acerca de las próximas implementaciones del Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) versions 5010 and D.O, que reemplazará las versiones actuales que entidades bajo cobertura deben utilizar cuando realizan transacciones HIPAA electrónicas. Se incluye un plazo y una lista de recursos relacionados con la implementación. Se sugiere el uso de este producto a todos los proveedores de Medicare a-tarifa-fija. Para ordenar un impreso gratuito, visite

<http://www.cms.gov/MLNGenInfo/> y haga clic en “MLN Product Ordering Page” en la sección “Related Links Inside CMS” al final de la página.

Este producto está disponible en formato descargable en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/5010EDI_RefCard_ICN904284.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 201011-39

CMS está aquí para ayudar en las transiciones a HIPAA versión 5010 y ICD-10

¿Tiene preguntas sobre la transición del Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) versión 5010 y el International Classification of Diseases, 10th Edition, Clinical Modification/Procedure Coding System (ICD-10-CM/PCS)? Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están aquí para ayudar

CMS tiene recursos para los proveedores, vendedores, y pagadores para prepararlos para la transición. Las hojas informativas disponibles para educar al personal 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](#)

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

Manténgase al informado sobre HIPAA versión 5010 y ICD-10.

Visite <http://www.cms.gov/icd10/> para las últimas noticias y para inscribirse para recibir e-mails con actualizaciones sobre HIPAA versión 5010 y ICD-10 e-mail.

HIPAA versión 5010 y ICD-10 están próximo 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 201011-47

AMBULANCIA

Servicios de ambulancia aérea

Número de *MLN Matters*: MM7161

Número de petición de cambio relacionado: 7161

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de octubre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R133BP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

El artículo *MLN Matters*, basado en la petición de cambio (CR) 7161, actualiza el capítulo 10, Sección 10.4.6 (Limitaciones de pagos especiales) del *Medicare Benefit Policy Manual*, para una mejor descripción de las limitaciones de pagos especiales de servicios de ambulancia aérea. La actualización del manual puede verse al final del [CR 7161](#).

Servicios de ambulancia aérea ... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7161.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7161, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R133BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 133, CR 7161

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

Reporte comparativo de facturación sobre servicios de ambulancia

En noviembre, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) publicarán su tercer reporte comparativo de facturación (CBR) del proveedor. Este reporte se centra en transportes de emergencia y transportes de no emergencia relacionados a enfermedad renal en estado terminal (ESRD) provisto por proveedores de ambulancia. Los CBR serán publicados a aproximadamente 5,000 proveedores de ambulancia en toda la nación.

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

Estos reportes no están disponibles a cualquiera sino al proveedor que los recibe. Para asegurar la privacidad, CMS presenta solamente un resumen de la información de facturación. Ningún paciente o datos de casos específicos son incluidos. Estos reportes son un ejemplo de una herramienta que ayuda a los proveedores a cumplir con las reglas de facturación de Medicare y mejorar el nivel del cuidado que ellos prestan a sus pacientes de Medicare. Para más información y para revisar un ejemplo del CBR de ambulancia, visite el sitio Web de Servicios CBR (www.cbrservices.com), o llame al Equipo de Ayuda de CBR del Proveedor de SafeGuard Services Provider (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 201011-37

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

Actualización de códigos de taxonomía del proveedor de la salud efectivo el 1 de enero de 2011

Número de *MLN Matters*: CR 7130

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 el 1 de enero de 2011, los Códigos de Taxonomía del Proveedor de la Salud (HPTC) serán actualizados. El HPTC es un conjunto de código nacional que permite a los proveedores médicos indicar su especialidad. La última versión del HPTC está disponible en el sitio Web de Washington Publishing Company en: www.wpc-edi.com/codes/taxonomy. Si un HPTC es reportado a Medicare, este debe ser un código válido o un lote y/o eliminación a nivel de reclamación (rechazo) puede ocurrir. Para asegurar que usted no recibe una reclamación o un rechazo a nivel de archivo, se recomienda que usted verifique si el HPTC presentado es un código válido en la lista HPTC más reciente. Si usted necesita asistencia actualizando el código de taxonomía en su sistema de manejo de práctica, contacte a la asistencia técnica de su vendedor de software.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2046, CR 7130

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

Implementación del segmento PWK (paperwork) para X12N versión 5010

Número de *MLN Matters*: MM7041- Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7041
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de noviembre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R806OTN
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2011

Resumen

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

La implementación de un proceso PWK dedicado permite a los proveedores continuar usando tecnología de intercambio electrónico de datos (EDI) que es costo-

efectiva, y también provee ahorros de costo para el programa de Medicare. Los contratistas de Medicare serán responsables por la imagen, almacenamiento, y recobro de la documentación adicional para los examinadores de reclamaciones. El tener la documentación disponible para los examinadores de reclamaciones elimina la necesidad para el desarrollo costoso automático.

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7041, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R806OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 806, CR 7041

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

Mejoras del Medicare Remit Easy Print

Número de *MLN Matters*: MM7178
 Número de petición de cambio relacionado: 7178
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de octubre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2064CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Medicare Remit Easy Print (MREP) fue implementado por primera vez en octubre de 2005, y ha sido mejorado continuamente basado en las solicitudes/comentarios recibidos de los usuarios.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anuncian la siguiente lista de mejoras al MREP:

- La función demo MREP ha sido actualizada para reflejar funcionalidades actuales.
- Un reporte puede ser ejecutado ahora para las reclamaciones Medicare como pagador secundario (MSP) para distinguir los pagos de Medicare como pagador secundario de los pagos primarios.

Si usted utiliza el software MREP, asegúrese de obtener la nueva versión en enero e instalarla para comenzar a beneficiarse de estas mejoras.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7178.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7178, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2064CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2064, CR 7178

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

FACTURACIÓN

Pago para los servicios de las enfermeras obstetras certificadas

Número de *MLN Matters*: MM7005

Número de petición de cambio relacionado: 7005

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2024CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Efectivo a partir del 1 de enero de 2011, la cantidad que Medicare pagará a las enfermeras obstetras certificadas (CNM) ha incrementado.

Además, cambios también han sido hechos para los servicios que las CNM prestan a los pacientes en los hospitales de cuidado crítico (CAH) pagados bajo el método opcional y el modificador apropiado para presentar cuando se factura servicios prestados en este ambiente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7005.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7005, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2024CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2024, CR 7005

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

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

Número de *MLN Matters*: MM7064

Número de petición de cambio relacionado: 7064

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2033CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

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

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

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

Sistema de pagos prospectivos de ESRD... (continuación)

- Pruebas de laboratorio
- Adiestramiento
- Servicios de ayuda

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

Información adicional

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

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

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

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

ONC alcanza a la comunidad de vendedores para ayudar a reducir disparidades de salud

El Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC) y el Office of Minority Health (OMH) creen que los registros de salud electrónicos (EHR) pueden ayudar a mejorar el cuidado de salud para las comunidades de bajos ingresos y minorías que permanecen desproporcionadamente afectadas por enfermedades crónicas. Sin embargo, las calificaciones para la adopción de EHR entre los proveedores que sirven a estas comunidades permanecen bajas.

En un esfuerzo por prevenir disparidades de salud causadas por una “división digital”, el Dr. David Blumenthal, National Coordinator for Health Information Technology, y el Dr. Garth Graham, Director of the OMH, le exhortan a los vendedores a trabajar juntos para ayudar a los proveedores a servir a las comunidades de bajos ingresos y minorías a adoptar los EHR. Lea más en la *nueva carta* del Dr. Blumenthal a la comunidad del vendedor.

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 201010-45

Suplidores contratados DMEPOS anunciados

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado los suplidores contratados para el Episodio 1 de relicitación del programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS).

La lista de suplidores contratados está ahora disponible en http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/01A2_Contract_Supplier_Lists.asp#TopOfPage.

Visite el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/> para ver información adicional.

Para ver el comunicado de prensa, haga clic en: http://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp.

Para ver la hoja informativa, haga clic en: http://www.cms.gov/apps/media/fact_sheets.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201011-08

Reglas de DMEPOS de Medicare entrarán en efecto en 2011

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado la siguiente regla final está siendo mostrada en el Federal Register: Medicare Program; Payment Policies Under the Physician Fee Schedule and Other Revisions to Part B for CY 2011. La regla (CMS-1503-FC) puede ser vista en <http://www.cms.gov/PhysicianFeeSched/PFSFRN/list.asp>.

Esta regla final incluye provisiones sobre los siguientes temas de DMEPOS que impactan el programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) de Medicare:

- El establecimiento de un proceso de apelaciones para los suplidores de contrato de licitación competitiva que son notificados como están en incumplimiento de contrato
- La subdivisión de áreas estadísticas metropolitanas (MSA) con poblaciones sobre 8,000,000 a áreas menores de licitación competitiva (CBA), en particular Chicago, New York, y Los Angeles
- En adición de los 21 MSA a los 70 MSA ya incluidos en el Episodio 2 del programa de licitación competitiva, para un total de 91 MSA
- En adición de las siguientes pólizas que afectan futuras competiciones para suministros de prueba diabética siguiendo el Episodio 1:
- Revisión de la definición de un artículo por pedido postal (mail order) para incluir cualquier artículo enviado o entregado al hogar del beneficiario, sin importar el método de entrega
- Requisito de que los suplidores de licitación demuestren que su licitación cubren tipos de productos de tiras para prueba de diabetes que, en el agregado y tomando en cuenta el volumen para los diferentes productos, cubren al menos 50 por ciento del los tipos de productos de tiras de prueba en el mercado
- Prohibición de los suplidores contratados de influenciar o incentivar a los beneficiarios para cambiar tipos de tiras de prueba o monitores de glucosa
- La excepción de los ortóticos fuera de los estantes de la licitación competitiva cuando es provisto por un médico a sus propios pacientes o un hospital a sus propios pacientes
- La eliminación de la suma global de opción de compra para sillas de ruedas eléctricas estándar prestadas a partir del 1 de enero de 2011, y los ajustes a la cantidad de los pagos de renta limitados para las sillas eléctricas estándar y compleja de rehabilitación

Proceso de apelaciones

CMS finalizó, en la regla final, un proceso de apelaciones para los suplidores que han sido notificados como que están en incumplimiento de su contrato de licitación competitiva de DMEPOS. Dependiendo de las circunstancias, los suplidores inicialmente podrán tener un proceso para presentar un plan de acción correctivo o solicitar una audiencia antes de la terminación del contrato. El proceso de apelaciones asegurará que los suplidores

tengan derechos de apelación y que ellos reciban una oportunidad de ser escuchados antes de que sus contratos sean terminados.

Subdivisión de las áreas estadísticas metropolitanas

El Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA) nos permite subdividir áreas estadísticas metropolitanas (MSA) con poblaciones sobre 8,000,000 en CBA más pequeños. CMS subdividirá los MSA más largos: Chicago-Naperville-Joliet, Ill.-Ind.-Wis.; Los Angeles-Long Beach-Santa Ana, Calif.; y New York-Northern New Jersey-Long Island, N.Y.-N.J.-Pa.. CMS finalizará la regulación para subdividir los MSA junto con las líneas de condado puesto que CMS cree que las líneas de condado son bien definidas y más estáticas.

Adición de áreas estadísticas metropolitanas

El Affordable Care Act exige que CMS expanda el Episodio 2 del programa de licitación competitiva al añadir un 21 adicional de los MSA más largos basado en una población total del 70 original ya seleccionado para el Episodio 2. CMS ha incluido este requisito en la regulación.

Suministros de prueba diabética

MIPPA específica que una competición nacional para los artículos por orden postal y servicios debe entrar en fase después del 2010. La regulación incluye provisiones para implementar una competición de orden postal nacional de suministros para diabéticos en 2011 que incluye todas las entregas al hogar mientras se mantiene la selección de farmacia para los beneficiarios. CMS también está implementando la “regla especial de 50 por ciento” ordenada por MIPPA e implementando un requisitos contra el cambio como parte de los términos del contrato de licitación competitiva.

Exención de los ortóticos fuera de los estantes

Esta regulación implementa el requisito de MIPPA para extender la excepción de licitación competitiva de los ortóticos fuera de los estantes (OTS) prestados por: (1) un médico u otro practicante (como es definido por el Secretario) a los pacientes del médico o practicante como parte del servicio profesional del médico o practicante; o (2) un hospital a los pacientes propios del hospital durante una admisión o en la fecha de dada de alta del hospital.

Eliminación de pagos de renta adicional

La regulación también solicitó comentarios sobre si mantener los pagos de renta adicionales hechos a suplidores contratados cuando un beneficiario no continúa obteniendo rentas limitadas o equipo de oxígeno de su suplidor actual.

CMS recibió nueve comentarios públicos sobre esta regla y los tomará bajo consideración para reglas propuestas futuras.

En adición a las reglas de licitación competitiva, esta regulación trata las siguientes pólizas de pago para las sillas de ruedas eléctricas y oxígeno y equipo de oxígeno:

Reglas de DMEPOS de Medicare entrarán en efecto en 2011 (continuación)

Suma total de opción de compra para las sillas de rueda eléctricas estándar

Las Secciones 3136(a)(1) y (2) del Affordable Care Act requieren las revisiones a las regulaciones para eliminar la suma global (de antemano) del pago de compra para las sillas de rueda eléctricas estándar y permiso de pago solamente en una base de renta mensual para las sillas eléctricas estándar. Para las sillas de rueda eléctricas complejas de rehabilitación, las regulaciones continuarán para permitir pago a ser hecho en un método de compra de suma global o un método de renta mensual. También, los ajustes de pago requeridos por el estatuto fueron hechos para las sillas de ruedas eléctricas bajo la tarifa fija de DMEPOS de Medicare Parte B para pagar 15 por ciento (en vez del 10 por ciento) del precio de compra por los primeros tres meses bajo el método de renta mensual y seis por ciento (en vez del 7.5 por ciento) para los meses de renta restantes. El pago está basado en el menor de los cargos actuales del suplidor y la cantidad de tarifa fija. Estos cambios no aplican a las sillas de rueda eléctricas prestadas en virtud de contratos ingresados antes del 1 de enero de 2011, como parte del programa de licitación competitiva DMEPOS de Medicare.

Oxígeno y equipo de oxígeno

CMS ha decidido no finalizar esta revisión propuesta para situaciones donde un beneficiario relocaliza en o antes del mes 18 de pago de renta y antes del mes 36 de renta por ahora debido a evidencia que los beneficiarios que relocalizan antes del mes 36 encuentran que los suplidores prestan el oxígeno y equipo de oxígeno. CMS considerará implementar este cambio regulatorio en el futuro si ellos determinan que los beneficiarios enfrentan dificultades localizando suplidores cuando éstos se relocalizan durante el periodo de renta de 36 meses.

Estas provisiones se encuentran en las Secciones H, N, P, Q, y R de la regla final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) de 2011, la cual es mostrada en el Office of the Federal Register. La regla final (CMS-1503-FC) está disponible en <http://www.cms.gov/PhysicianFeeSched/PFSFRN/list.asp>.

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

Fuente: CMS PERL 201011-09

Actualización del conjunto de códigos Healthcare Common Procedure Coding System

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado la publicación programada de modificaciones al conjunto de códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Estos cambios han sido publicados en el sitio Web de HCPCS en <http://www.cms.gov/HCPCSReleaseCodeSets/ANHCPCS/list.asp>. Los cambios son efectivos en la fecha indicada en la actualización.

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 201011-17

Publicación de ‘Caregiving Education’

Una nueva publicación titulada “Caregiving Education” (septiembre de 2010) está ahora disponible en formato para descargar del *Medicare Learning Network*® http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MLN_CaregivingEducation.pdf. Medicare pagará para ciertos tipos de educación de cuidadores cuando es provisto como parte de una visita médicamente necesaria en persona del paciente.

Esta publicación provee información sobre como facturar educación del cuidado bajo las Partes A y B 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 201011-22

Solicitud de información sobre ACO y el programa de ahorro compartido de Medicare

El Affordable Care Act busca mejorar la calidad de los servicios de cuidados de la salud y bajar los costos médicos, instando a los proveedores a crear sistemas de cuidados de la salud integrados. Los sistemas integrados pondrán a prueba nuevos métodos de reembolso destinados a crear incentivos para que los proveedores de cuidados de la salud mejoren los servicios y bajen sus costos. El programa de ahorro compartido de Medicare bajo la Sección 3022 del Affordable Care Act, que promueve la formación y operaciones de organizaciones de cuidados responsables (ACO), es una reforma importante del sistema de prestación de servicios, donde grupos de proveedores que cumplen con el criterio especificado por la secretaría, pueden trabajar juntos para manejar y coordinar el cuidado de los beneficiarios de Medicare a través de un ACO. Además, la Sección 3021 del Affordable Care Act establece un Center for Medicare & Medicaid Innovation (centro para innovaciones de Medicare & Medicaid, CMMI) dentro de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), que está autorizado a poner a prueba los modelos innovativos de pago y de prestación de servicios.

Al mismo tiempo que CMS desarrolla su reglamentación inicial del programa de ahorro compartido y comienza el desarrollo de modelos potenciales de CMMI, están solicitando comentarios sobre ciertos aspectos de las políticas y estándares que se aplicarán a organizaciones de cuidados responsables (ACO) que participan en el programa de Medicare bajo las Secciones 3021 o 3022 del Affordable Care Act.

Para que sea seguro que serán tomados en cuenta, los comentarios deberán ser recibidos a más tardar el 3 de diciembre.

[Link to Office of the Federal Register on \(11/12\)](#)

Nota: El enlace cambiará una vez que este anuncio sea publicado en el *Federal Register*.

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 201011-35

Nueva página Web - programa modificador de comentarios/valor del médico

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) utilizan datos de reclamaciones para crear reportes confidenciales para medir los recursos y calidad envuelta en el cuidado de la salud prestado. En el 2010, el programa de comentarios del médico está limitado a médicos y grupos que han sido notificados - y si usted no ha recibido notificación, entonces usted no recibirá un reporte. Los reportes de comentarios serán distribuidos en un programa de implementación de varios años y por fases para los profesionales médicos y prácticas de grupo médicas.

Para aprender más sobre estos reportes y el modificador de valor ordenado legislativamente, visite la nueva página Web de CMS en <http://www.cms.gov/PhysicianFeedbackProgram>.

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 201011-37

INFORMACIÓN GENERAL

Nuevas hojas informativas del Programa de Licitación Competitiva DMEPOS

Las siguientes nuevas hojas informativas relacionadas al Programa de Licitación Competitiva de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) están ahora disponible en formato para descargar del *Medicare Learning Network*[®].

- *DMEPOS Competitive Bidding Program Traveling Beneficiary Fact Sheet*
- *DMEPOS Competitive Bidding Program Physicians and Other Treating Practitioners Who Are Enrolled Medicare DMEPOS Suppliers Fact Sheet*
- *DMEPOS Competitive Bidding Program Hospitals That Are Not Contract Suppliers Fact Sheet*

El 1 de enero de 2011, cuando el Programa de Licitación Competitiva DMEPOS entró en efecto en nueve áreas de licitación competitiva (CBA) los beneficiarios con Medicare original que obtienen artículos competitivamente de licitación en los CBA deben obtener esos artículos de un suplidor contratado para que Medicare pague, a menos que aplique una excepción.

Nuevas hojas informativas... (continuación)

Para saber más, vea las hojas informativas en http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/04_Educational_Resources.asp y haga clic en los enlaces apropiados en la sección de “Downloads”.

Para más información sobre el Programa de Licitación Competitiva DMEPOS, incluyendo una lista de los primeros nueva CBA y artículos incluidos en el programa, visite <http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid>.

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 201010-42

Hoja informativa del beneficiario que viaja sobre el programa de licitación competitiva DMEPOS

La hoja informativa del beneficiario que viaja del Programa de Licitación Competitiva de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS) está ahora disponible, libre de costo, del *Medicare Learning Network*[®].

Una vez el programa de licitación competitiva DMEPOS viene a ser efectivo el 1 de enero de 2011, los beneficiarios con Medicare original que obtienen artículos competitivamente de licitación en áreas de licitación competitiva (CBA) deben obtener estos artículos de un suplidor contratado por Medicare para pago, a menos que aplique una excepción. Esto incluye beneficiarios que no viven en un CBA pero que obtienen artículos competitivamente de licitación mientras viaja a un CBA. Estas hojas informativas contienen información de gran ayuda sobre las reglas del programa de licitación competitiva que aplican cuando un beneficiario viaja.

Para saber más, visite la página de Recursos Educativos de Licitación Competitiva DMEPOS en http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/04_Educational_Resources.asp, seleccione el enlace titulado “DMEPOS Competitive Bidding Program Traveling Beneficiary Fact Sheet” en la sección de “Downloads”.

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 201010-44

Hojas informativas sobre excepciones de andadores al Programa de Licitación Competitiva DMEPOS

El *Medicare Learning Network*[®] ha publicado las siguientes dos hojas informativas relacionadas a las excepciones para andadores bajo el Programa de Licitación Competitiva de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS):

- *DMEPOS Competitive Bidding Program Hospitals That Are Not Contract Suppliers Fact Sheet*
- *DMEPOS Competitive Bidding Program Physicians and Other Treating Practitioners Who Are Enrolled Medicare DMEPOS Suppliers Fact Sheet*

Bajo el Programa de Licitación Competitiva de DMEPOS, los beneficiarios con Medicare original que obtienen artículos de licitación competitiva en áreas de licitación competitiva (CBA) designadas son requeridos que obtengan estos artículos de un suplidor contratado, a menos que aplique una excepción. Para la primera fase de la licitación competitiva, la cual es efectiva el 1 de enero de 2011, una de estas excepciones permite a los hospitales prestar andadores de licitación competitiva en un CBA a sus propios pacientes, sin presentar una licitación y ser seleccionado como un suplidor contratado. Similarmente, otra de estas excepciones permite a los médicos y otros profesionales de la salud que son suplidores inscritos en Medicare DMEPOS para presentar andadores de licitación competitiva en un CBA a sus pacientes sin presentar una licitación y ser seleccionado como un suplidor contratado.

Para aprender más y descargar estas hojas informativas, visite la página DMEPOS Competitive Bidding Educational Resources en http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/04_Educational_Resources.asp, luego seleccione el enlace apropiado en la sección de “Downloads”.

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 201011-02

Está disponible la nueva hoja informativa de DMEPOS CBP

La hoja informativa sobre requisitos de excepción de equipo durable, Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Competitive Bidding Program Grandfathering Requirements for Non-Contract Suppliers Fact Sheet, está ahora disponible gratuitamente en el *Medicare Learning Network*[®].

Una vez que el programa de propuestas competitivas DMEPOS entra en vigencia el 1 de enero de 2011, los beneficiarios originales de Medicare atendidos por quienes obtuvieron artículos en áreas de propuestas competitivas (CBA), deben obtener estos artículos de parte de un suplidor que tenga contrato para que Medicare lo pague, a menos que corresponda una excepción.

Todos los suplidores sin contrato que proveen en CBA, equipo médico durable (DME) arrendado en propuesta competitiva, u oxígeno y equipo de oxígeno a beneficiarios, deben decidir si desean ser proveedores de excepción (de las nuevas disposiciones), notificar a los beneficiarios de ésta decisión y cumplir otros requisitos. **Un suplidor sin contrato que decide ser proveedor de excepción, debe notificar esta decisión a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) a más tardar el 17 de noviembre.**

Esta hoja informativa contiene información útil acerca de las reglamentaciones y requisitos de excepciones al programa de propuestas competitivas. Para más información, visite la página de Internet DMEPOS Competitive Bidding Educational Resources http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/04_Educational_Resources.asp en el sitio Web de CMS y vaya a la sección "Downloads".

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 201011-21

Nuevas hojas informativas de DMEPOS CBP

El *Medicare Learning Network*[®] ha publicado tres nuevas hojas informativas relacionadas al programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos, y suministros (DMEPOS CBP):

- La hoja informativa *DMEPOS Competitive Bidding Program Non-Contract Supplier* -- diseñada para educar a los suplidores en una amplia variedad de requisitos para los suplidores no contratados bajo el programa de licitación competitiva de DMEPOS.
- La hoja informativa *DMEPOS Competitive Bidding Program Enteral Nutrition* -- diseñada para educar a los suplidores sobre reglas para proveer nutrición entérica bajo el programa de licitación competitiva de DMEPOS.
- La hoja informativa *DMEPOS Competitive Bidding Program Mail Order Diabetic Supplies* - diseñada para educar a los suplidores sobre las reglas sobre proveer suministros para diabéticos por orden postal bajo el programa de licitación competitiva de DMEPOS.

Para aprender más, visite la página DMEPOS Competitive Bidding Educational Resources en http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/04_Educational_Resources.asp, luego seleccione el enlace "DMEPOS Competitive Bidding Fact Sheets" en la sección de "Downloads".

También, CMS le gustaría recordarles a los suplidores no contratados que prestar equipo médico duradero (DME) rentado licitado competitivamente u oxígeno y equipo de oxígeno para los beneficiarios en áreas de licitación competitiva (CBA) de las siguientes fechas límites:

- Un suplidor no contratado que elige ser el padrino suplidor debe proveer una notificación escrita de 30 días a cada beneficiario de Medicare que reside en un

CBA y está actualmente rentando oxígeno y equipo de oxígeno licitado competitivamente o DME de ese suplidor. Estas notificaciones deben ser enviadas para el 17 de noviembre. Un suplidor no contratado que elige convertirse en un suplidor padrino debe también proveer una notificación escrita a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) de esta decisión para el 17 de noviembre.

- Un suplidor no contratado que elige no convertirse en un suplidor contratado es requerido que recoja el artículo que están actualmente rentando en el hogar del beneficiario después de una notificación apropiada. La notificación apropiada incluye un aviso de 30 días, 10 días, y dos días de la decisión del suplidor de no convertirse en el padrino suplidor a sus beneficiarios de Medicare que actualmente rentan DME de licitación competitiva u oxígeno y equipo de oxígeno y que residen en un CBA. La notificación escrita de 30 días al beneficiario debe ser enviada para el 17 de noviembre.

Para más información sobre los requisitos de patrocinaje, vea la hoja informativa DMEPOS Competitive Bidding Program Grandfathering Requirements for Non-Contract Suppliers Fact Sheet, la cual está disponible, libre de costo, en el *Medicare Learning Network*[®] en http://www.cms.gov/DMEPOSCompetitiveBid/04_Educational_Resources.asp en la sección de "Downloads".

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 201011-25

Mes nacional de alerta de la diabetes y de enfermedad a la vista debido a la diabetes

Noviembre es el mes nacional de alerta de la diabetes y de enfermedad a la vista debido a la diabetes. La diabetes puede llevar a serias complicaciones tales como enfermedades del corazón, infarto y deficiencia renal. Es también un factor de riesgo significativo en el desarrollo del glaucoma.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están 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 servicios relacionados con la diabetes. Medicare provee cobertura a sus beneficiarios por diversos servicios preventivos relacionados con diabetes, incluyendo:

- Exámenes de detección de diabetes
- Enseñanza de autocontrol de la diabetes
- Terapia de nutrición médica
- Implementos relacionados con diabetes, y
- Exámenes de glaucoma

¿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 sus pacientes al aconsejarles que aprovechen los servicios preventivos con cobertura Medicare, incluyendo los servicios relacionados con diabetes que sean necesarios.

Información adicional

CMS ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios con cobertura de Medicare relacionados con diabetes. 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* relacionados con servicios preventivos con cobertura de Medicare. Visite http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp.
- El folleto *Diabetes-Related Services* – provee información acerca de la cobertura de Medicare por servicios relacionados con la diabetes. Este producto está disponible en papel impreso y en formato PDF descargable de Internet. Visite <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/DiabetesSvc.pdf>.
- El folleto *Glaucoma Screening* – provee información acerca de la cobertura de Medicare por exámenes de glaucoma. Este producto está disponible en papel impreso y en formato PDF descargable de Internet. Visite <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/glaucoma.pdf>.

- El manual “The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals” provee información sobre cobertura y codificación del conjunto de servicios y exámenes preventivos cubiertos por Medicare. Disponible solamente como PDF descargable de Internet. Visite 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. Visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf.

Serie de servicios preventivos de Medicare: curso basado en Internet, Parte 2 (WBT) – esta WBT incluye lecciones sobre cobertura, codificación y cobro de servicios preventivos con cobertura de Medicare, incluyendo servicios relacionados con diabetes. Para acceder a este curso, visite el portal *MLN* en <http://www.cms.gov/mlnngeninfo>. Baje a “Related Links Inside CMS” y haga clic en “Web Based Training (WBT) Modules”.

- Serie de servicios preventivos de Medicare: curso basado en Internet, Parte e (WBT) – esta WBT incluye lecciones sobre cobertura, codificación y cobro de servicios preventivos con cobertura de Medicare, incluyendo exámenes de glaucoma. Para acceder a este curso, visite el portal *MLN* en <http://www.cms.gov/mlnngeninfo>. Baje a “Related Links Inside CMS” y haga clic en “Web Based Training (WBT) Modules”.

Visite el *Medicare Learning Network* para más información acerca de éstos y otros productos educacionales de servicios-a-tarifa-fija de Medicare. Para más información acerca del mes nacional de alerta de la diabetes, visite la página oficial de la American Diabetes Association en <http://www.diabetes.org/in-my-community/programs/american-diabetes-month>. Para información adicional acerca del mes nacional de alerta de la diabetes, visite el sitio Web del programa National Diabetes Education Program (NDEP) en <http://ndep.nih.gov/whats-new/posting.aspx?id=23>. Para más información acerca de enfermedad a la vista debido a la diabetes, visite el sitio Web de Prevent Blindness America en <http://www.preventblindness.org>. Para más información sobre diabetes para compartirla con sus pacientes, visite el sitio Web de NDEP en <http://www.ndep.nih.gov>.

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 201011-04

Noviembre es el mes de alerta del cáncer del pulmón y dejar de fumar en América

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están 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 servicios relacionados con el abandono del uso del tabaco.

El tabaco continúa siendo la causa principal de muertes evitables en los Estados Unidos. Enfermedades graves son ocasionadas por el hábito de fumar, incluyendo cáncer del pulmón y otras, tales como enfermedad del corazón, infarto, hipertensión y diabetes. Medicare provee cobertura para servicios de consejería para abandonar el hábito de fumar y el uso del tabaco para ciertos beneficiarios sintomáticos. Además, a partir del miércoles 25 de agosto de 2010, Medicare está dando cobertura a la consejería para dejar el uso del tabaco a ciertos beneficiarios asintomáticos.

¿Qué puede hacer el proveedor?

Como profesional del cuidado de la salud que provee cuidados a pacientes de Medicare, usted puede ayudar a proteger la salud de sus pacientes al aconsejarles que aprovechen los servicios preventivos con cobertura Medicare, incluyendo los servicios de consejería con respecto al uso del tabaco que sean apropiados para ellos.

Para más información

CMS ha desarrollado varios productos educacionales relacionados a los servicios con cobertura de Medicare con respecto a servicios de consejería sobre el uso del tabaco. 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* relacionados con servicios preventivos con cobertura de Medicare. Visite http://www.cms.gov/MLNProducts/35_PreventiveServices.asp.
- El artículo *MLN Matters* MM7133 Counseling to Prevent Tobacco Use – este artículo educacional provee información de cobertura, codificación y pago sobre consejería para abandonar el uso del tabaco por parte de beneficiarios asintomáticos. Disponible solamente como documento PDF descargable de Internet en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7133.pdf>.
- El folleto *The Smoking and Tobacco-Use Cessation Counseling Services* – este folleto provee información de cobertura, codificación y pago sobre consejería para abandonar el uso del tabaco por parte de beneficiarios

sintomáticos. Este producto se encuentra disponible tanto en papel impreso como en documento PDF descargable de Internet en <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/smoking.pdf>.

- El manual “The Guide to Medicare Preventive Services for Physicians, Providers, Suppliers, and Other Health Care Professionals” provee información sobre cobertura y codificación del conjunto de servicios y exámenes preventivos cubiertos por Medicare. Disponible solamente como PDF descargable de Internet en 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. Visite http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/MPS_QuickReferenceChart_1.pdf.
- Serie de servicios preventivos de Medicare: curso basado en Internet, Parte 2 (WBT) – esta WBT incluye lecciones sobre cobertura, codificación y cobro de servicios preventivos con cobertura de Medicare, incluyendo servicios de consejería y ayuda para dejar el uso del tabaco para beneficiarios sintomáticos. Para acceder a este curso, visite el portal *MLN* en <http://www.cms.gov/MLNGenInfo>, baje a “Related Links Inside CMS” y haga clic en “Web Based Training (WBT) Modules”.

Visite *Medicare Learning Network* para más información acerca de éstos y otros productos educacionales de servicios-a-tarifa-fija de Medicare.

Para más información acerca del mes nacional de alerta del cáncer del pulmón, visite la página oficial de Lung Cancer Alliance en http://www.lungcanceralliance.org/involved/lcam_month.html.

Para información nacional de liberación del humo América, que se celebra el jueves 18 de noviembre, visite la página oficial de la American Cancer Society en <http://www.cancer.org/Healthy/StayAwayfromTobacco/GreatAmericanSmokeout/index>.

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 201011-22

Clarificaciones sobre el proceso de apelaciones vía facsímil o vía un portal seguro de Internet

Número de *MLN Matters*: MM6958

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 petición de cambio (CR) 6958 actualiza las instrucciones actuales en el Capítulo 29 del *Medicare Claims Processing Manual*, para permitir a los contratistas de Medicare aceptar solicitudes de apelación de reclamación vía facsímil y/o vía un portal/aplicación seguro de Internet. Los contratistas de Medicare no tienen que aceptar apelaciones vía facsímil o vía un portal/aplicación seguro de Internet. Los contratistas de Medicare que desean utilizar un portal/aplicación de Internet seguro deben obtener aprobación con antelación de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Aunque First Coast Service Options Inc. no está utilizando estos métodos por ahora, los cambios del Capítulo 29 no están limitados a presentación por facsímil y por el portal de Internet. Por lo tanto, los proveedores deben adherirse a todos los cambios no relacionados a la presentación por facsímil y portal de Internet tratados en la petición de cambio (CR) 6958.

Para información adicional, vea el artículo de *MLN Matters* en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm6958.pdf>.

Usted también puede revisar el CR 6958 en <http://www.cms.gov/Transmittals/downloads/R1986CP.pdf>.

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

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

Múltiples reducciones de procedimiento de pago para servicios selectos de terapia

Número de *MLN Matters*: MM7050

Número de petición de cambio relacionado: 7050

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R800OTN

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

La Sección 3134 del Affordable Care Act añadió la Sección 1848(c)(2)(K) del Social Security Act, el cual especifica que el Secretario de Salud & Servicios Humanos identificará códigos potencialmente valorados incorrectamente al examinar múltiples códigos que son frecuentemente facturados en conjunción con el prestar un solo servicio. Como un paso para implementar esta provisión, Medicare está aplicando una nueva reducción de pago de procedimiento múltiple (MPPR) al componente de gasto de práctica de pago de servicios selectos de terapia pagados bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS). La reducción será similar a la que se aplicó actualmente a múltiples procedimientos quirúrgicos y a procedimientos de imagen de diagnóstico. Esta póliza es discutida en la regla final MPFS del año calendario (CY) 2011.

Muchos servicios de terapia son códigos basados en tiempo, i.e., múltiples unidades pueden ser facturadas para un solo procedimiento. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están aplicando un MPPR al pago de gasto de práctica cuando más de una unidad o procedimiento es provisto al mismo paciente en el mismo día, i.e., el MPPR aplica a múltiples unidades como también múltiples procedimientos. El pago completo es hecho para la unidad o procedimiento con el pago de gasto de práctica más alto. Para unidades subsiguientes y procedimientos, prestados al mismo paciente en el mismo día, el pago completo es hecho para trabajo e impericia médica, y 75 por ciento de pago para el gasto de práctica.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7050.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7050, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R595OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 800, CR 7050

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.

Valores máximos de 2011 para atención de pacientes ambulatorios

Número de *MLN Matters*: MM7107

Número de petición de cambio relacionado: 7107

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de octubre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2073CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

El Balanced Budget Act of 1997 establece pagos máximos por terapia de pacientes de Parte B de Medicare, las que cambian anualmente. El Deficit Reduction Act of 2005 permite a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) establecer un procedimiento de excepción a los pagos máximos de terapia para servicios necesarios médicamente. El Affordable Care Act prolonga el plazo de excepción de terapias hasta el 31 de diciembre de 2010.

El pago máximo por terapia será de \$1,870.00 dólares durante 2011. El procedimiento de excepción continuará igual durante el plazo determinado por el Congreso.

Note que las limitaciones aplican a los servicios a pacientes ambulatorios y no aplican a los pacientes que residen

en centros de enfermería especializada (SNF) en una estadía con cobertura de Parte A, incluyendo establecimientos de camas de uso múltiple. Los servicios de rehabilitación están incluidos en el pago per diem global de Parte A que el SNF recibe bajo el sistema de pagos prospectivos (PPS) por la estadía con cobertura.

Además, las limitaciones no corresponden a cobro de servicios de terapia médica a domicilio PPS, pacientes hospitalizados, o departamento de servicio ambulatorio de hospital, incluyendo hospitales de urgencia.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7107.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7107, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R595OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2073, CR 7107

Actualización del año calendario 2011 de la tarifa anual de factor de coagulación

Número de *MLN Matters*: MM7168

Número de petición de cambio relacionado: 7168

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: R2068CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Para el año calendario 2011, la tarifa de factor de coagulación de \$0.176 por unidad está incluida en el límite de pago publicado para los factores de coagulación. Cuando el límite de pago nacional para factor de coagulación no está incluido en el precio promedio de venta (ASP) archivo de precio de medicamento de Medicare Parte B o archivo de medicamentos no clasificados (NOC), el contratista debe hacer pago por el factor de coagulación como también hacer pago por la tarifa prestada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7168.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7168, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2068CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2068, CR 7168

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

Uso de PECOS por parte de centros Indian Health Service y proveedores tribales

Número de *MLN Matters*: MM7174
 Número de petición de cambio relacionado: 7174
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2010
 Fecha de efectividad: 29 de noviembre de 2010
 Número de transmisión de CR relacionado: R358PI
 Fecha de implementación: 29 de noviembre de 2010

Resumen

Los centros Indian Health Service (IHS) y proveedores tribales no han sido capaces de utilizar Internet-based Provider Enrollment, Chain and Ownership System (PECOS) debido a que PECOS no está actualmente diseñado para dirigir sus aplicaciones de inscripción a Trailblazer Health Enterprises, LLC.

La petición de cambio (CR) 7174 está estableciendo un proceso interino para permitir a los centros IHS y proveedores tribales el uso de PECOS basado en Internet para inscribirse inicialmente en el programa de Medicare o presentar cambios de información.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7174.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7174, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R358PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 358, CR 7174

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

Cambios al software de modificación de determinaciones nacionales de cobertura de laboratorio

Número de *MLN Matters*: MM7204
 Número de petición de cambio relacionado: 7204
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de octubre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2080CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Las determinaciones nacionales de cobertura (NCD) para los servicios de laboratorio de diagnóstico clínico fueron desarrolladas por el comité hacedor de reglas negociado de laboratorios y publicado en una decisión final el 23 de noviembre de 2001. Software uniforme nacionalmente fue desarrollado e incorporado en los sistemas de Medicare para que las reclamaciones de laboratorio sujetas a una de las 23 NCD fueran procesadas uniformemente a través de la nación efectivo el 1 de julio de 2003.

En conformidad con el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 16, Sección 120.2, el módulo de modificación de laboratorio es actualizado trimestralmente (cuando sea necesario) para reflejar actualizaciones de

codificación ministerial y existente independientemente a cambios de las NCD desarrolladas a través del proceso de NCD.

La petición de cambio (CR) 7204 anuncia los cambios al módulo de modificación de laboratorio para los cambios en las listas de código NCD de laboratorio para enero de 2011. Estos cambios vienen a ser efectivos para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2011. Las NCD afectadas por estos cambios son:

- Thyroid testing
- Gamma glutamyl transferase

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7204.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7204, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2080CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2080, CR 7204

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.

Programa de incentivo de registro médico electrónico – lista de productos certificados

Con la finalidad de obtener incentivos de los programas EHR de Medicare y Medicaid, los proveedores deben utilizar tecnología certificada de registros médicos electrónicos (EHR). ¿Cómo estar seguro de que la tecnología EHR está certificada?

La Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC) ha publicado la lista Certified Health IT Product List (CHPL), que es una lista completa de productos certificados que comprende EHR y módulos EHR que han sido probados y certificados bajo el programa temporal de certificación. Cada EHR y módulo EHR completo, incluido en el CHPL, ha sido probado y certificado por un ONC-Authorized Testing and Certification Body (ATCB), y reportado a ONC por un ONC-ATCB, con reportes validados por ONC. Solamente aquellas tecnologías EHR que aparecen en ONC-CHPL obtendrán el número de reporte que será aceptado para propósitos de confirmación de CMS bajo el programa de incentivo EHR.

Las listas serán actualizadas a medida que productos adicionales sean certificados por ONC-ATCB y reportados a ONC para su validación. Para más información acerca de la lista de estos productos, visite <http://healthit.hhs.gov/CHPL>. Para más información acerca de los programas de incentivo EHR de Medicare y Medicaid EHR, 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 201011-03

Recordatorio de noviembre sobre vacuna contra la gripe

Cada atención en el consultorio médico es una oportunidad. Los pacientes de Medicare dan muchas excusas para no obtener su vacuna contra la gripe anual, pero el hecho es que hay más de 36,000 muertes relacionadas a la gripe en promedio cada año en los Estados Unidos. Más del 90 por ciento de estas muertes ocurren a personas de 65 o más años de edad. Hable con sus pacientes de Medicare acerca de la importancia de obtener su vacuna anti gripal anual. Este servicio preventivo con cobertura de Medicare les servirá de protección durante toda la estación de la gripe. 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 contra la 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 los siguientes sitios Web de CMS: http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/Flu_Products.pdf y <http://www.cms.gov/AdultImmunizations>.

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 201011-06

Índices 2011 de hospital del cuidado ambulatorio y centros de cirugía ambulatoria

Regla final elimina costos del bolsillo para la mayoría de los servicios preventivos

Los beneficiarios de Medicare verán un declive en sus costos del bolsillo por servicios que ellos reciben en departamentos Ambulatorios de hospital (HOPD) en año calendario (CY) 2011 bajo las provisiones en una regla final con periodo de comentario emitido por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). La regla final con periodo de comentarios índices de pago y pólizas para los servicios prestados en los HOPD y centros de cirugía ambulatoria (ASC), e implementa cambios requeridos por el Affordable Care Act of 2010.

El Affordable Care Act, el cual fue promulgado como el Patient Protection and Affordable Care Act, como fue enmendado por el Health Care and Education Reconciliation Act of 2010, dispensa los costos compartidos del beneficiario para la mayoría de los servicios preventivos cubiertos por Medicare, tales como mamogramas de evaluación y colonoscopias. Esto significa que, para la mayoría de los servicios preventivos, los beneficiarios no tendrán que satisfacer sus deducibles de Parte B antes de que Medicare pague. Además, para estos servicios, los beneficiarios no tendrán que pagar sus copagos (típicamente 20 por ciento de la cantidad de pago de Medicare) para la porción del servicio del médico o del centro de salud.

“Esperamos que al eliminar estos costos del bolsillo, más beneficiarios harán uso completo de sus beneficios preventivos de Medicare”, dijo el administrador de CMS Donald Berwick, M.D. “Sabemos que la prevención, detección temprana y tratamiento temprano de las enfermedades pueden promover mejores resultados para los pacientes y el gasto de salud a largo plazo”.

Índices 2011 de hospital del cuidado ambulatorio... (continuación)

Los cambios están incluidos en una regla final con periodo de comentario el cual aplica a las actualizaciones de las pólizas e índices de pago para los servicios cubiertos de departamentos del cuidado ambulatorio prestados a partir del 1 de enero de 2011, por los HOPD en más de 4,000 hospitales que son pagados bajo el sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS). La regla final con periodo de comentario también actualiza las pólizas e índices de pago para los servicios en aproximadamente 5,000 ASC participantes de Medicare, bajo un sistema de pago que alinea los pagos ASC con pagos para los servicios correspondientes en los HOPD. CY 2011 es el primer año que los índices del sistema de pago revisado de ASC serán completamente implementados basado en la metodología establecida de índice estándar ASC. CMS proyecta un total de pagos de Medicare de aproximadamente \$39 billones a los HOPD y \$4 billones a los ASC para CY 2011.

La regla final con periodo de comentario también implementa las provisiones directas e indirectas de educación médica graduada (GME/IME) del Affordable Care Act. La ley requiere que CMS identifique espacios de residencia sin usar y redistribuirlos a ciertos hospitales con programas de residencia calificados, con un énfasis especial sobre incrementar el número de los médicos del cuidado primario. La ley también requiere que CMS redistribuya los espacios de residencia de ciertos hospitales cerrados y hospitales que cierran a otros hospitales que enseñan, dando preferencia a los hospitales en la misma área o área contigua del hospital cerrado. Además, la ley especifica que los hospitales deben contar las horas que un residente gasta en cierto adiestramiento y actividades de investigación, y en actividades del cuidado del paciente en un ambiente que no es de hospital, tales como la oficina de un médico.

Esta regla implementa una provisión del Affordable Care Act prohibiendo el desarrollo de nuevos hospitales propiedad del médico y la expansión de los hospitales propiedad del médico existente.

La regla final con periodo de comentario hará muchos otros cambios significativos en adición a esos requeridos por el Affordable Care Act. Estos cambios incluyen:

- Modificar un número de requisitos de supervisión para los servicios terapéuticos ambulatorios al:
 - Requerir supervisión directa del médico para solamente la iniciación de ciertos servicios y permitir supervisión general una vez el practicante que trata estime que el paciente esté médicamente estable. Este enfoque de dos niveles de supervisión aplica a un conjunto limitado de servicios de duración extendida que no es de cirugía, incluyendo los servicios de observación.
 - Extendiendo a través de CY 2011 el aviso de no cumplimiento sobre la supervisión directa de los requisitos para los servicios terapéuticos ambulatorios prestados en hospitales de cuidado crítico (CAH) y expanden el alcance del aviso para incluir pequeños hospitales rurales con 10 camas o menos.

- Redefinir la supervisión directa para todos los servicios ambulatorio de hospital para requerir “disponibilidad inmediata” sin referencia a los límites de una localización física.
- Comprometerse a establecer a través de hacer reglas futuras un comité independiente para considerar en una base anual solicitudes de la industria para la asignación de niveles de supervisión que no sea de supervisión directa para ciertos servicios individuales y para hacer recomendaciones a la agencia.
- Establecer cuatro clasificaciones de pago ambulatorio separado (APC) para programas de hospitalización parcial (PHP), dos para los centros de salud mental de la comunidad (CMHC) los PHP y dos para los PHP basados en hospital, mientras se continúa el pago diferente de índices diarios dentro de cada tipo de proveedor dependiendo el número de los servicios PHP provistos cada día; eso es, un APC para los tres servicios y uno separado para cuatro o más servicios.
- Pagar por la adquisición y costos generales de farmacia de medicamentos pagados por separado y productos biológicos sin pasar por el estatus prestado en los HOPD al 105 por ciento de los precios promedio de venta (ASP) del manufacturero.
- Expandir el conjunto de medidas de calidad que deben ser reportadas por los HOPD para calificar para el factor de actualización de pago anual completo. La regla final con periodo de comentario lista el conjunto de medidas que aplicarán a las actualizaciones de pago CY 2012, CY 2013, y CY 2014. Este nuevo enfoque en un periodo de tiempo de tres años debe ayudar a los hospitales a prepararse para el cambio de requisitos de reporte y enfocar sus esfuerzos en mejorar la calidad.

La regla final de CY 2011 OPPS/ASC con periodo de comentarios aparecerá el 24 de noviembre de 2010, en el *Federal Register*. Los comentarios sobre provisiones designadas cierran a las 5:00 p.m. ET el 3 de enero de 2011. CMS responderá a los comentarios en la regla final CY 2012 OPPS/ASC.

Para ver la regla y para más información sobre las pólizas finales CY 2011 para el sistema de pago OPPS y ASC, vea el sitio Web de CMS en:

- OPPS: <http://www.cms.gov/HospitalOutpatientPPS/HORD/itemdetail.asp?itemID=CMS1240960&>
- Sistema de pago ASC: <http://www.cms.gov/ASCPayment/ASCRN/itemdetail.asp?itemID=CMS1240939&>.

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 201011-15

Recordatorio acerca de información de requisitos de plazos de presentación

Conocer esta información es muy importante si usted es un médico a tarifa fija de Medicare (FFS), proveedor o suplidor que presenta reclamaciones de pago a Medicare. **A partir de este momento, todas las reclamaciones FFS de Medicare con fecha de servicio igual o posterior al 1 de enero de 2010, deberá ser recibida por su contratista de Medicare dentro de un año (12 meses) de la fecha de servicio que consta en la reclamación o será rechazada por Medicare.**

Si usted tiene reclamaciones FFS de Medicare con fechas de servicio entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2009, éstas deben estar recibidas para el 31 de diciembre de 2010, o serán rechazadas por Medicare. Reclamaciones con fechas de servicio entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2009, conservan su fecha final de presentación de 31 de diciembre de 2010.

Cuando las reclamaciones deben señalar una fecha de servicio en una línea de ítem determinada, la fecha de este ítem será utilizada para determinar la fecha de servicio. La petición de cambio 7080, emitida el 30 de Julio de 2010, clarificó esto para reclamaciones institucionales conteniendo niveles de fechas de servicio (i.e., un rango de fecha “desde” y “hasta” en la reclamación), la fecha “hasta” contenida en la reclamación es la que se utilizará para determinar la fecha de servicio para efectos de plazo de presentación de reclamación. En forma inversa, para reclamaciones individuales de profesionales, conteniendo niveles de fechas

de servicio (i.e., un rango de fecha “desde” y “hasta” en la reclamación), la fecha “desde” contenida en la reclamación es la que se utilizará para determinar la fecha de servicio para efectos de plazo de presentación de reclamación.

Para información adicional acerca de los plazos máximos para la presentación de reclamaciones, contacte su contratista de Medicare o revise los artículos de *MLN Matters* relacionados con este tema, señalados a continuación:

- MM6960 – “Systems Changes Necessary to Implement the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) Section 6404 -- Maximum Period for Submission of Medicare Claims Reduced to Not More Than 12 Months” en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6960.pdf>
- MM7080 – “Timely Claims Filing: Additional Instructions” en <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7080.pdf>

Usted también puede escuchar un podcast sobre este tema, visitando http://www.cms.gov/CMSFeeds/02_listofpodcasts.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201011-22

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

Número de *MLN Matters*: SE1033

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

Durante la reunión del 15 de septiembre de 2010 del comité de *ICD-9-CM Coordination & Maintenance (C&M) Committee*, se anunció que el comité ha decidido implementar una congelación parcial de códigos, tanto para la *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)* como para la *Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification and Procedure Coding System (ICD-10-CM and ICD-10-PCS)* **previo a la implementación de ICD-10 el 1 de octubre de 2013.**

Hubo un interés considerable en reducir considerablemente el número de actualizaciones anuales de ambos sistemas de codificación. Se sugirió que esa reducción en actualización de códigos permitiría a los vendedores, proveedores, mantenedores de sistema, pagadores y educadores, una mejor oportunidad de

prepararse para la implementación de ICD-10. Previo a la reunión se recibieron comentarios públicos adicionales.

La congelación parcial será implementada de la manera siguiente:

- El 1 de octubre de 2011 se realizará la última actualización anual ordinaria para los conjunto de códigos ICD-9 e ICD-10.
- El 1 de octubre de 2012, habrá solamente una actualización limitada de códigos ICD-9-CM e ICD-10, con la finalidad de captar nuevas tecnologías y nuevas enfermedades.
- El 1 de octubre de 2013, habrá solamente una actualización limitada de códigos ICD-10 con la finalidad de captar nuevas tecnologías y nuevas diagnosis. No habrá actualizaciones a ICD-9-CM el 1 de octubre de 2013, toda vez que el sistema no será más estándar HIPAA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1033.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1033

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.

RECURSOS EDUCACIONALES

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor 2010-2011

Evite denegaciones Medicare como pagador secundario (MSP) **(Parte B)**

Cuando: viernes, 17 de diciembre
 Hora: 1:00 p.m.- 2:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español
 Tipo: Webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

ACT bimestral de Medicare Parte A: Cambios de Medicare y asuntos de gran interés **(Parte A)**

Cuando: 11 de enero de 2011
 Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

ACT bimestral de Medicare Parte B: Cambios de Medicare y asuntos de gran interés **(Parte B)**

Cuando: 12 de enero de 2011
 Hora: 11:30 a.m.- 1:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **Dirigido:** Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de EE.UU.

ACT bimestral de Medicare Parte A: Datos de Medicare e iniciativas de CMS **(Parte A)**

Cuando: 18 de enero de 2011
 Hora: 2:30 p.m.- 3:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: Webcast **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

Correcciones al sistema de correcciones a la política de ajuste del departamento de emergencia bajo IPF PPS

Número de *MLN Matters*: MM7072
 Número de petición de cambio relacionado: 7072
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de noviembre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2089CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

La Sección 124 del Medicare, Medicaid, and State Children's Health Insurance Program (SCHIP) Balanced Budget Refinement Act of 1999 (BBRA) ha ordenado que la Secretary of Health & Human Services desarrolle un sistema de pago prospectivo per diem (PPS) para servicios de paciente hospitalizado provisto por hospitales psiquiátricos y unidades psiquiátricas. El IPF PPS de establecimientos de hospitales psiquiátricos fue implementado en enero de 2005. Uno de los aspectos de IPF PPS ha incluido una política de ajuste de departamento de emergencia (ED).

Recientemente, la Office of Inspector General bosquejó un reporte titulado "Nationwide Review of Medicare Part A Emergency Department Adjustments for Inpatient

Psychiatric Facilities for Calendar Years 2006 and 2007" (A-01-09-00504). En base a lo demostrado en este reporte, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están implementando correcciones para ajuste de ED donde los costos de los servicios del departamento de emergencia están cubiertos por un pago de Medicare diferente.

La petición de cambio 7072 implementa las correcciones al sistema para verificar que la política de ajuste de (ED) está aplicada correctamente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7072.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7072, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2089CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2089, CR 7072

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

Implementación de la política de hospitalización interrumpida de IPF PPS

Número de *MLN Matters*: MM7044
 Número de petición de cambio relacionado: 7044
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de octubre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2083CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

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

La Sección 124 de la ley Medicare, Medicaid, and SCHIP (State Children's Health Insurance Program) Balanced Budget Refinement Act of 1999 (BBRA) (Pub. L.106-113), ordena que el Secretary of U.S. Department of Health & Human Services desarrolle un sistema de pagos prospectivos (PPS) diario, para servicios provisto a pacientes hospitalizados en hospitales psiquiátricos y unidades psiquiátricas. IPF PPS ha sido implementado en enero de 2005. Un aspecto de IPF PPS incluye una política de hospitalización interrumpida.

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

*Implementación de la política de implementación... (continuación)***Información adicional**

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7044, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2083CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2083, CR 7044

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

Expansión de la póliza de transferencia de IPPS para incluir los CAH y hospitales no participantes

Número de *MLN Matters*: MM7141

Número de petición de cambio relacionado: 7141

Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de noviembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R807OTN

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Una dada de alta de hospital del paciente hospitalizado a un hospital del cuidado crítico es considerado una transferencia para propósitos de pago si la dada de alta es hecha del hospital del cuidado crítico al cuidado de otro hospital de sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS). Esta póliza también está en efecto para los pacientes que abandonan el centro en contra del consejo médico, conocido como LAMA. Para pacientes que son admitidos a otro hospital IPPS en el mismo día que ellos dejan un hospital IPPS, el hospital que “transfiere”

estará sujeto al pago descrito por la póliza de transferencia. Solamente los hospitales IPPS están sujetos a esta póliza de transferencia antes del 1 de octubre de 2010.

Efectivo el 1 de octubre de 2010, las regulaciones de transferencia al 42 CFR 412.4(b) incluyen las transferencias de hospital IPPS a un hospitales de cuidado crítico (CAH) y una transferencia a un hospital no participante.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7141.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7141, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R807OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 807, CR 7141

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.

Clarificación de ventana de pago para los servicios del cuidado ambulatorio tratados como servicios de hospitalización

Número de *MLN Matters*: MM7142

Número de petición de cambio relacionado: 7142

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R595OTN

Fecha de implementación: 5 de abril de 2011

Resumen

La Sección 102 del “Preservation of Access to Care for Medicare Beneficiaries and Pension Relief Act of 2010” pertenece a la póliza de Medicare para pago de servicios ambulatorios provistos bajo la póliza de Medicare para pagos de servicios del cuidado ambulatorio, ya sea en la fecha de una admisión de hospitalización o durante los tres días calendario inmediatamente precediendo una fecha de admisión de hospitalización a una “subsección (d) hospital” sujeta al sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) (o durante un día calendario precediendo la fecha de admisión de hospitalización del beneficiario a una no subsección (d) hospital).

Bajo la ventana de pago de tres días, un hospital (o una entidad que es solamente propiedad o solamente operada por el hospital) debe incluir, en la reclamación para la estancia de hospitalización de un beneficiario, el diagnóstico, procedimientos, y cargos para todos los servicios diagnósticos ambulatorios y servicios no diagnósticos del cuidado ambulatorio relacionados a admisión provistos durante la ventana de pago. La nueva ley hace de la póliza perteneciente a los servicios de no diagnóstico del cuidado ambulatorio relacionados a admisión más consistentes con las prácticas de facturación comunes de hospital.

Clarificación de ventana de pago... (continuación)

Todos los servicios que no sean de ambulancia y servicios de diálisis renal de mantenimiento, provistos por el hospital (o una entidad que es solamente propiedad o solamente operada por el hospital), provistos en la misma fecha de admisión de hospitalización son considerados como que son relacionados a la admisión y no son facturables por separado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7142.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7142, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R595OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 796, CR 7142

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 código de punto de origen del National Uniform Billing Committee

Número de *MLN Matters*: MM7144

Número de petición de cambio relacionado: 7144

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

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R793OTN

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

- Desde el 1 de abril de 2011, todos los tipos de factura serán aceptados con el código de punto de origen 9 -- información no disponible.

El NUBC aprobó estas actualizaciones de códigos en su reunión de agosto de 2010.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7144.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7144, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R793OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 793, CR 7144

Resumen

Las siguientes actualizaciones a los dos códigos de punto de origen serán implementadas en abril de 2011:

- Códigos de puntos de origen ya no son requeridos en los tipos de factura 14x. El National Uniform Billing Committee (NUBC) decidió que los códigos de punto de origen no necesitan ser reportados debido a que el tipo de factura es usado para los especímenes de laboratorio que no son del paciente, y el punto de origen no sería conocido.

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

Reclamaciones solamente informacional con el código de condición 04 en el reporte PS&R

Número de *MLN Matters*: MM7145

Número de petición de cambio relacionado: 7145

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

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2010

Número de transmisión de CR relacionado: R794OTN

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Medicare a partir del 4 de abril de 2011, y son presentadas a los hospitales de cuidado crítico (CAH) y hospitales con dispensa Maryland con código de condición 04 comenzarán a acumular en el reporte PS&R tipo 118. Como resultado, los datos estarán disponibles a los proveedores y contratistas de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7145.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7145, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R794OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 794, CR 7145

Resumen

Actualmente, las reclamaciones presentadas para educación médica indirecta (IME), educación médica graduada (GME) y enfermería & salud aliada (N&AH) con códigos de condición 04 y 69 están siendo enviados al reporte estadístico y de reembolso del proveedor (PS &R).

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado que efectivo para las reclamaciones con dadas de alta a partir del 1 de octubre de 2010, que son procesadas por

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

Programa de pago de incentivo para procedimientos quirúrgicos mayores prestados en un HPSA

Número de *MLN Matters*: MM7146
 Número de petición de cambio relacionado: 7146
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2078CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

El Affordable Care Act (Sección 5501(b)) (http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getdoc.cgi?dbname=111_cong_public_laws&docid=f:publ148.111.pdf) revisa el Social Security Act (Sección 1833(m); http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1833.htm) y autoriza un programa de pago de incentivo para servicios quirúrgicos mayores prestados por cirujanos generales en escasez en el área profesional de la salud (HPSA). La sección provee para pagos adicionales (en una base mensual o trimestral) en una cantidad igual al 10 por ciento del pago para los servicios profesionales del médico bajo Parte B.

El pago de incentivo también aplica a procedimientos quirúrgicos (definidos como procedimientos globales de 10 y 90 días en el archivo indicador de póliza de pago) prestado en un área designada como un HPSA (a partir del 1 de enero de 2011, y antes del 1 de enero de 2016) por un cirujano general que ha reasignado sus derechos de facturación a hospitales de cuidado crítico (CAH) pagado bajo el método opcional.

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 áreas HPSA son aquellos códigos ZIP designados como tales por el Secretario de Salud & Servicios Humanos desde el 31 de diciembre del año anterior. Esta lista de códigos ZIP también es usada para pagos automáticos bajo el programa HSIP.

Pago para los hospitales de cuidado crítico

Los médicos y profesionales de la salud que facturan un tipo de factura (TOB) 85x para servicios profesionales prestados en un CAH pagado bajo el método opcional tienen la opción de reasignar sus derechos de facturación al CAH. Cuando los derechos de facturación son reasignados a los CAH pagados bajo el método opcional, el pago es realizado para los servicios profesionales (códigos de ingreso 96x, 97x, o 98x).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7146.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7146, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2078CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2078, CR 7146

Datos de elegibilidad de parte de pago desproporcionado de Medicare

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han desarrollado una vista limitada del sistema de transacción de elegibilidad (HETS) del Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) para permitir que los hospitales que reciben parte de pagos desproporcionados de Medicare (DSH) vean la información de inscripción de Medicare para sus hospitales del paciente hospitalizado.

Los datos disponibles vía HETS 270/271 DSH le permitirá a los hospitales verificar que los pacientes elegibles a Medicaid tampoco tengan derecho a los beneficios de Medicare Parte A. Además, los hospitales pueden verificar el estatus de inscripción de Medicare para sus hospitales del paciente hospitalizado, incluyendo si un paciente tiene derecho a los beneficios de Medicare Parte A, está inscrito en un plan del manejo del cuidado de Medicare, o tiene Medicare como su aseguradora secundaria.

HETS 270/271 es un sistema de intercambio electrónico de datos (EDI) que utiliza estándares actuales de formato ANSI X12.

Las personas que presenten deben conectarse a HETS 270/271 vía la red de comunicación de datos de Medicare (MDCN).

Información adicional sobre el sistema HETS 270/271, incluyendo conectividad y requisitos de formato de archivo, está disponible en línea en <http://www.cms.gov/hetshelp/>.

Los aplicantes interesados en recibir la vista HETS 270/271 DSH pueden contactar el centro de ayuda técnica (Medicare customer assistance regarding eligibility, MCARE) de lunes-viernes 7:00 a.m. a 9:00 p.m. ET at 1-866-324-7315, o enviar un e-mail a mcare@cms.hhs.gov para información adicional.

La ayuda técnica de MCARE trabajará con usted y le proveerá con toda la documentación necesaria para obtener acceso a la vista DSH 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 201011-11

Disposiciones del Affordable Care Act sobre graduados de educación médica

El 2 de noviembre de 2010, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) promulgaron las reglamentaciones finales sobre graduados de educación médica (GME) incluidas en el Affordable Care Act (ACA). Éstas forman parte de la reglamentación final de 2011 del sistema de pagos prospectivos de paciente ambulatorio de hospital (http://www.ofr.gov/OFRUpload/OFRData/2010-27926_PI.pdf). Dos de estas disposiciones GME las secciones 5503 y 5506 establecen procedimientos de redistribución de equivalencia de tiempo completo (FTE) del lapso máximo que pueden tener los residentes y son por naturaleza sensitivos-al-tiempo.

La Sección 5503 del Affordable Care Act se refiere a reducciones al lapso máximo en GME directa y educación médica indirecta (IME) FTE que pueden tener los residentes de ciertos hospitales y autoriza a algunos hospitales una "redistribución" del número estimado de FTE del lapso máximo que pudiese resultar de estas reducciones. Esta disposición es efectiva para partes del período de costos reportado a partir del 1 de julio de 2011, para IME y GME directas. Solicitudes de hospitales pidiendo plazos máximos de acuerdo a la Sección 5503, deberán ser recibidos (i.e., no puestos al correo) por la oficina regional de CMS y por la oficina central de CMS, a más tardar el viernes 21 de enero de 2011.

La Sección 5506 de ACA da instrucciones al Secretary of U.S. Department of Health & Human Services de

establecer un procedimiento de reglamentación que redistribuya el lapso máximo de FTE de los residentes de hospitales-escuela que han sido cerrados a aquellos hospitales-escuela que cumplan ciertos criterios, dando prioridad a los hospitales ubicados en la misma área estadística básica (CBSA) o en una CBSA contigua al hospital cerrado. La Sección 5506 se aplica a los hospitales-escuela cerrados a partir del 23 de marzo de 2008 y a futuros cierres de hospital. Para hospitales-escuela cerrados entre el 23 de marzo de 2008 y el 3 de agosto de 2010, las solicitudes lapso máximo deberán ser recibidos (i.e., no puestos al correo) por la oficina regional de CMS y por la oficina central de CMS, a más tardar el 1 de abril de 2011. Todos los cierres de hospital a partir del 3 de agosto de 2010, serán tratados como parte de procedimientos de notificación y aplicación separado.

Los hospitales deben referirse al sitio Web GME (http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/06_dgme.asp) para más información sobre las secciones 5503 y 5506, así como para un enlace para descargar los formularios de solicitud relevantes para estas dos disposiciones.

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 201011-30

Correcciones al sistema de pagos prospectivos PRICER para hospitales psiquiátricos

El sistema de pagos prospectivos (PPS) computadora personal (PC) PRICER para hospitales psiquiátricos (IPF) ha requerido correcciones de datos del proveedor de las tarifas anuales (RY) de 2011 y ha sido actualizado en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) para las reclamaciones del 1 de Julio al 30 de septiembre de 2010 y del 1 de octubre de 2010 al 30 de junio de 2011.

Si usted utiliza IPF PPS PC PRICER para RY 2011, acceda la página http://www.cms.gov/PCPricer/09_inppsy.asp, en la sección Downloads y descargue la versión más reciente de IPF PPS RY2011 PC PRICER, puesta el 8 de noviembre de 2010.

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

Fuente: CMS PERL 201011-38

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

Número de *MLN Matters*: SE1027 - 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

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

Demostraciones RAC necesidad médica de alto riesgo... (continuación)

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.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.

PAGOS PROSPECTIVOS

Actualización del año fiscal 2011 de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado PPS PC PRICER

El año fiscal (FY) 2011 de sistema de pagos prospectivos de centro de rehabilitación del paciente hospitalizado (IRF PPS) de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado y está disponible para descargar de la página Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) en http://www.cms.gov/PCPricer/06_IRF.asp.

Si usted utiliza el IRF PPS PC PRICER, acceda la página arriba y descargue la última versión del FY 2011 PRICER, publicada el 16 de noviembre de 2010, en la sección de Downloads.

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 201011-43

Corrección al año fiscal 2011 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado PRICER

Un error tipográfico fue descubierto en el año fiscal (FY) 2011 del sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) de computadora personal (PC) PRICER y una versión corregida ha sido actualizada en el sitio Web de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Si usted utiliza el FY 2011 del paciente hospitalizado PPS PC PRICER, acceda la página Web de CMS en http://www.cms.gov/PCPricer/03_inpatient.asp, y descargue la última versión del FY 2011 PC PRICER. Este PC PRICER es para reclamaciones con fechas del 1 de octubre de 2010, hasta el 30 de septiembre de 2011. La actualización tiene fecha del 10 de noviembre de 2010.

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

Fuente: CMS PERL 201011-42

Actualización de PRICER del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio

La página Web del año calendario 2010 del sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) PRICER ha sido actualizada para incluir la actualización de octubre de 2010 para los datos del cuidado ambulatorio del proveedor. Los usuarios pueden acceder la actualización de los datos del proveedor de octubre en la página Web en <http://www.cms.gov/PCPricer/OutPPS/list.asp#TopOfPage>.

Descargue “4th Quarter 2010 files” y seleccione el archivo titulado “OPSF October update file”.

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 201011-45

CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Adición del código HD141 al sistema de pagos prospectivos de seguros médicos

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han informado a los contratistas que durante la implementación de la actualización de códigos del sistema de pagos prospectivos de seguros médicos (HIPPS) de los centros de enfermería certificada, no fue incluido el código HIPPS HD141 en la lista de los nuevos códigos HIPPS en vigencia para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2010.

El sistema intermediario fiscal compartido ha sido actualizado con el código HIPPS HD141, cobrable en tipo de factura 18x y 21x con código de ingreso 0022, en vigencia para fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2010.

Exigencia a proveedores

SNF y establecimientos con camas de uso múltiple que tienen reclamaciones devueltas al proveedor debido a código HIPPS HD141 para fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2010, deben volver a presentar estas reclamaciones para su procesamiento. ❖

Fuente: CMS JSM 11033, 11 de noviembre de 2010

Sistema de calificaciones de calidad five-star – noticias de noviembre

A partir de noviembre de 2010, el tercer jueves de cada mes se actualizarán las calificaciones five-star de Nursing Home Compare.

El reporte previo de five-star para noviembre, estará disponible a más tardar el 15 de noviembre de 2010. Para que los proveedores puedan acceder su reporte previo de five star, deben acceder la página de bienvenida del conjunto mínimo de datos (MDS) del estado, disponible en los servidores del estado donde envían los datos de MDS y seleccionar el enlace a reporte CASPER localizado al final de la página.

Una vez en el sistema CASPER, haga clic en el botón “Folders”. Luego haga clic en “My Inbox” al 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 está localizado su establecimiento de salud y “facid” es el código de identificación facid asignado por el estado a su establecimiento.

El sitio Web Nursing Home Compare actualizará el reporte five-star con los datos de noviembre, el 18 de noviembre de 2010.

Nota: La línea de ayuda de five-star estará disponible del 15 al 19 de noviembre de 2010. Los reportes previos del proveedor continuarán disponibles mensualmente antes de ser puestos a disposición del público e incluirán las fechas y horas de disponibilidad de la línea de ayuda.

BetterCare@cms.hhs.gov es un medio de comunicación alternativa para hacer 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 201011-31

Actualización del año fiscal 2011 de PPS PRICER de centros de enfermería especializada

El año fiscal (FY) 2011 de sistema de pagos prospectivos de centros de enfermería especializada (SNF PPS) de computadora personal (PC) PRICER ha sido actualizado en la página/URL http://www.cms.gov/PCPricer/04_SNF.asp, bajo “Skilled Nursing Facilities (SNF PPS) PC PRICER.”

Si usted utiliza FY 2011 SNF PC PRICER vaya a la página arriba y descargue el SNF PC PRICER con los datos revisados del proveedor.

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 201011-41

ESRD

Actualizaciones de ESRD PPS

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid han creado un buzón de recursos del sistema de pagos prospectivos por enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS) que puede ser utilizado para hacer preguntas específicas sobre ESRD PPS. También ha sido creada una sección de respuestas a preguntas frecuentes (FAQ) categorizada por temas. Tanto el buzón de recursos como las FAQ (en desarrollo), están disponibles en <http://www.cms.gov/ESRDPayment/>.

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 201011-07

Noticias y actualizaciones de Medicare Learning Network para proveedores ESRD

El *Medicare Learning Network* presenta el siguiente material educativo para proveedores:

- End-Stage Renal Disease Prospective Payment System

La nueva publicación titulada “End-Stage Renal Disease Prospective Payment System” (septiembre 2010) provee información acerca del sistema de Medicare de pagos prospectivos por enfermedad renal en su estado terminal (ESRD PPS), que será implementado el 1 de enero de 2011, incluyendo la elección por una sola vez y el período de transición, tarifas de pago de pacientes adultos y de pediatría, diálisis a domicilio, servicios de laboratorio y medicinas y coseguro y deducible del beneficiario. Esta hoja informativa está ahora disponible en formato impreso de la *Medicare Learning Network*®. Para hacer su orden, visite <http://www.cms.gov/MLNGenInfo>, vaya a “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page”.

- End-Stage Renal Disease Composite Payment Rate System publication revised

La publicación revisada titulada “End-Stage Renal Disease Composite Payment Rate System” (septiembre 2010) (anteriormente titulada “Outpatient Maintenance Dialysis -- End-Stage Renal Disease”) provee información

acerca del sistema de Medicare de tarifa compuesta de pago por enfermedad renal en su estado terminal, la elección por una sola vez y el período de transición y servicios y artículos facturados en forma separada. Para obtener esta hoja informativa que está ahora disponible en formato impreso, visite <http://www.cms.gov/MLNGenInfo>., vaya a “Related Links Inside CMS” y seleccione “MLN Product Ordering Page”.

- Transcripción de la teleconferencia de 2011 sobre el sistema de pagos prospectivos por enfermedad renal en su estado terminal

La transcripción de la teleconferencia del programa de Medicare ESRD PPS 2011, que provee una sinopsis de ESRD PPS que entrará en vigencia el 1 de enero de 2011, está ahora disponible en

http://www.cms.gov/ESRDPayment/10_CMS_Sponsored_Calls.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201011-39

FACTURACIÓN

Actualización del archivo trimestral específico del proveedor de octubre de 2010

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

Si usted utiliza el texto específico del proveedor o los datos del archivo SAS, usted puede descargar las últimas versiones de los archivos PSF de sus respectivas páginas.

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 201011-12

Anuncio de cambios de pago 2011 para los servicios de salud en el hogar de Medicare

Regla final refleja mejoras a la calidad y eficiencia del cuidado

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla final para actualizar los índices del sistema de pagos prospectivos de salud en el hogar (HH PPS) para el año calendario (CY) 2011. Esta regla final refleja los esfuerzos continuos de CMS para mejorar la calidad de cuidado provisto por agencias de salud en el hogar para los beneficiarios de Medicare. La regla promueve la eficiencia en los pagos, implementa varias provisiones del Affordable Care Act (ACA), y mejora la integridad del programa de Medicare.

Los pagos de la agencia de salud en el hogar (HHA) están limitados para disminuir aproximadamente 4.89 por ciento -- o \$960 millones -- en el 2011. Este impacto cuenta para las provisiones de ACA, actualizaciones de índice de salario y bolsa del mercado, y ajustes de codificación de caso mixto. Bajo la nueva ley, el límite de costo extraordinario de agencia de salud en el hogar existente viene a ser permanente, y los índices HH PPS son reducidos a un 2.5 por ciento. La regla promulga que CMS aplique una reducción de un punto de porcentaje a la cantidad CY 2011 de bolsa del mercado de salud en el hogar; esto resulta en una actualización del 1.1 por ciento de la bolsa del mercado para los HHA en CY 2011.

La regla será publicada en el *Federal Register* el 17 de noviembre de 2010. La fecha efectiva es el 1 de enero de 2011.

Para ver la regla, acceda el siguiente enlace: <http://www.cms.gov/HomeHealthPPS/HHPPSRN/itemdetail.asp?itemID=CMS1240989&>.

Para leer el comunicado de prensa de CMS completo emitido el 3 de noviembre, haga clic aquí: http://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp

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

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

Fuente: CMS PERL 201011-14

INFORMACIÓN GENERAL

Actualización de servicios preventivos y colección de datos de los centro de salud calificados por el gobierno federal (FQHC)

Número de *MLN Matters*: MM7038

Número de petición de cambio relacionado: 7038

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2034CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

La Sección 10501(i)(3)(A) del Affordable Care Act enmendó la Sección 1834 del Social Security Act al añadir una nueva subsección (o), la cual provee el marco de tiempo estatutario para el desarrollo e implementación de un sistema de pagos prospectivos (PPS) para los centros de salud calificados por el gobierno federal (FQHC) de Medicare.

La Sección 1834(o)(1)(B), como fue enmendada por el Affordable Care Act, trata la colección de datos necesarios para desarrollar e implementar el nuevo Medicare FQHC PPS. Específicamente, el Affordable Care Act concede al Secretario de Salud & Servicios Humanos la autoridad de requerir a los FQHC que presenten tal información como puede ser exigido para desarrollar e implementar el Medicare FQHC PPS, incluyendo el reporte de servicios utilizando los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). El Affordable Care Act exige que el Secretario imponga este requisito de colección de presentación de estos datos a más tardar el 1 de enero de 2011.

Comenzando con las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, cuando se facture a Medicare, los FQHC deben reportar todos los servicios pertinentes provistos y liste los códigos HCPCS apropiados para cada línea de artículo con códigos de ingreso para cada visita FQHC. Los artículos de línea adicional y reporte HCPCS son para solamente para propósitos informacionales y de colección de datos, y no serán usados para determinar el pago actual de Medicare a los FQHC.

Hasta que el FQHC PPS sea implementado en el 2014, el sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare continuará realizando pagos bajo la metodología actual de índice de pago por visita interina de FQHC.

Actualización de servicios preventivos... (continuación)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7038.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7038, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2034CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2034, CR 7038

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

Modificación adicional para reclamaciones relacionadas a desastres

Número de *MLN Matters*: MM7156

Número de petición de cambio relacionado: 7156

Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de noviembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R809OTN

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) desarrollaron el **código de condición DR** y el **modificador CR** para facilitar el procesamiento de las reclamaciones afectadas por un desastre u otra emergencia general. El código de condición DR y el modificador CR fueron también autorizados para uso en las reclamaciones para los artículos y servicios afectados por emergencias subsiguientes. El uso del código de condición DR y el modificador CR es mandatorio para cualquier reclamación por el cual el pago de Medicare es condicionado en la presencia de una "dispensa formal". Una "dispensa formal" es una dispensa de un requisito del programa que de otra forma aplicaría por estatuto o regulación. Existen dos tipos de dispensas formales:

- Un tipo es una dispensa provisional o modificación de un requisito bajo la autoridad descrita en la Sección 1135 del Social Security Act (el Acta).
- El segundo tipo de dispensa formal es una dispensa basada en una provisión de Título XVIII del Acta o sus regulaciones implementadas.

Debido a que la mayoría de los requisitos de Medicare no son "dispensables", cerca de todos los derechos de Medicare, cobertura, y reglas de pago permanecerán en efecto durante una emergencia o desastre.

Instrucciones de procesamiento de reclamación

Los contratistas de Medicare suspenderán las reclamaciones recibidas en los tipos de facturas 18x y 21x con el **código de condición DR** y el **modificador CR** para asegurar que la fecha de admisión/fechas de servicio caen dentro o sobreponen un periodo de dispensa. Si las reclamaciones cumplen los criterios del periodo de dispensa, estas procesarán. Si estas contienen el **código de condición DR** y **modificador CR**, pero no cumplen el requisito de dispensa, las reclamaciones serán devueltas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7156.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7156, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R809OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 809, CR 7156

Actualización de los requisitos repetitivos de facturación para las reclamaciones institucionales

Número de *MLN Matters*: MM7163

Número de petición de cambio relacionado: 7163

Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de noviembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2092CP

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) establece límites sobre la frecuencia por la cual servicios en particulares pueden ser facturados a Medicare. En un esfuerzo por bajar el volumen de facturas presentadas y para facilitar revisión médica, limitaciones de frecuencia han sido creadas para requerir la presentación mensual de facturas de servicios repetitivos de Parte B.

Actualización de los requisitos repetitivos... (continuación)

Los servicios repetitivos de Parte B presentados a una sola persona por proveedores que facturan reclamaciones institucionales serán facturados mensualmente (o a la conclusión del tratamiento).

Acceda el artículo de Matters MM7163 para una lista de servicios repetidos en un periodo de tiempo y facturados con uno de los códigos de ingreso definidos como servicios repetitivos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7163.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7163, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2092CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2092, CR 7163

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

Reporte de modificadores y códigos de ingreso en reclamaciones de servicios de terapia

Número de *MLN Matters*: MM7170

Número de petición de cambio relacionado: 7170

Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de noviembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2091CP

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

En las reclamaciones institucionales de Medicare, los servicios de rehabilitación ambulatorias son identificados por el código de ingreso 042x de reporte del proveedor (terapia física), 043x (terapia ocupacional) o 044x (patología del lenguaje). Los procedimientos individuales también son identificados como que están siendo provistos bajo un plan de rehabilitación ambulatoria del cuidado por el **modificador GN** de reporte del proveedor (patología del lenguaje), **modificador GO** (terapia ocupacional) o **modificador GP** (terapia física).

Durante el análisis de los datos de reclamaciones de Medicare para los servicios de rehabilitación ambulatoria, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han encontrado que estos códigos no siempre son usado en una forma correcta y consistente.

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.

Estas reclamaciones representan una facturación no conforme por los proveedores de rehabilitación ambulatoria. Estas también complican la habilidad de CMS de analizar datos de reclamaciones para propósitos de mejoras del programa de Medicare.

Nueva modificación para servicios de terapia

Los contratistas de Medicare modificarán para asegurarse que solamente una ocurrencia de modificadores GN, GO o GP son reportados en la misma línea de servicio en todas las reclamaciones institucionales.

Cualquier reclamación que reporta más de uno de estos modificadores en la misma línea será devuelta al proveedor para corrección.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7170.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7170, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2091CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2091, CR 7170

Dispensa de coseguro y deducible para los servicios preventivos de los RHC

Número de *MLN Matters*: MM7208

Número de petición de cambio relacionado: 7208

Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de noviembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2093CP

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Efectivo para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, el coseguro y deducible no aplican para la examinación física preventiva inicial (IPPE), la visita anual de evaluación médica, y otros servicios preventivos cubiertos por Medicare por las clínicas de salud en zonas rurales (RHC). Sin embargo, para asegurar que el coseguro y deducible no aplican, usted debe proveer codificación detallada de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para los

Dispensa de coseguro y deducible... (continuación)

servicios preventivos recomendados por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF) con un grado de A o B.

El pago para el componente profesional de servicios preventivos permisibles es realizado bajo el índice de todo incluido cuando todos los requisitos del programa son cumplidos. Cuando uno o más servicios preventivos que cumplen el criterio especificado es provisto como parte de una visita RHC, los cargos para estos servicios deben ser deducidos del cargo total para propósitos de calcular los copagos del beneficiario y deducibles.

Aunque los cambios del sistema de procesamiento de Medicare no están siendo implementados hasta el 4 de abril de 2011, los proveedores comenzarán a presentar códigos HCPCS detallados de reporte para los servicios preventivos comenzando el 1 de enero de 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7208.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7208, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2093CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2093, CR 7208

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 de clínicas rurales

Una publicación de *Medicare Learning Network*[®] titulada Rural Health Clinic se encuentra disponible en formato descargable de Internet, en <http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/RuralHlthClinfctshs.pdf>. Esta hoja informativa provee información acerca de servicios de clínicas rurales (RHC), certificaciones Medicare tales como RHC, consultas RHC, pagos RHC, reportes de costo y conciliaciones anuales.

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 201011-04

Hoja informativa de establecimientos de rehabilitación de paciente ambulatorio

Una nueva publicación de *Medicare Learning Network*[®] titulada *Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility* se encuentra disponible en formato descargable de Internet, en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/Comprehensive_Outpatient_Rehabilitation_Facility_Fact_Sheet_ICN904085.pdf. Esta hoja informativa provee información acerca de servicios básicos, esenciales y opcionales de establecimientos de rehabilitación de paciente ambulatorio (CORF), lugar de tratamiento requerido, plan de rehabilitación de tratamiento requerido y pagos CORF.

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 201011-04

Para entender el aviso de remesa a proveedores institucionales

El *Medicare Learning Network*[®] (MLN) ofrece ahora el módulo revisado basado en la Internet (WBT) "Understanding the Remittance Advice for Institutional Providers". Este módulo WBT ha sido diseñado para proveer información general sobre anuncio de remesa (RA) a todos los proveedores institucionales que facturan a Medicare. Incluye instrucciones para ayudar a los proveedores a entender el RA recibido de parte de Medicare y conciliarlo con las reclamaciones presentadas. También provee pautas sobre cómo leer anuncios de remesa electrónicos (ERA) o en papel estándar (SPR), así como información sobre el balance contable de un RA.

Esta actividad ofrece continuidad de la educación y la red MLN lo hace disponible en está disponible en <http://www.cms.gov/MLNproducts/>, ir al final de la página y seleccione los módulos de enseñanza basados en la Internet de la sección de enlaces relacionados Related Links Inside de CMS.

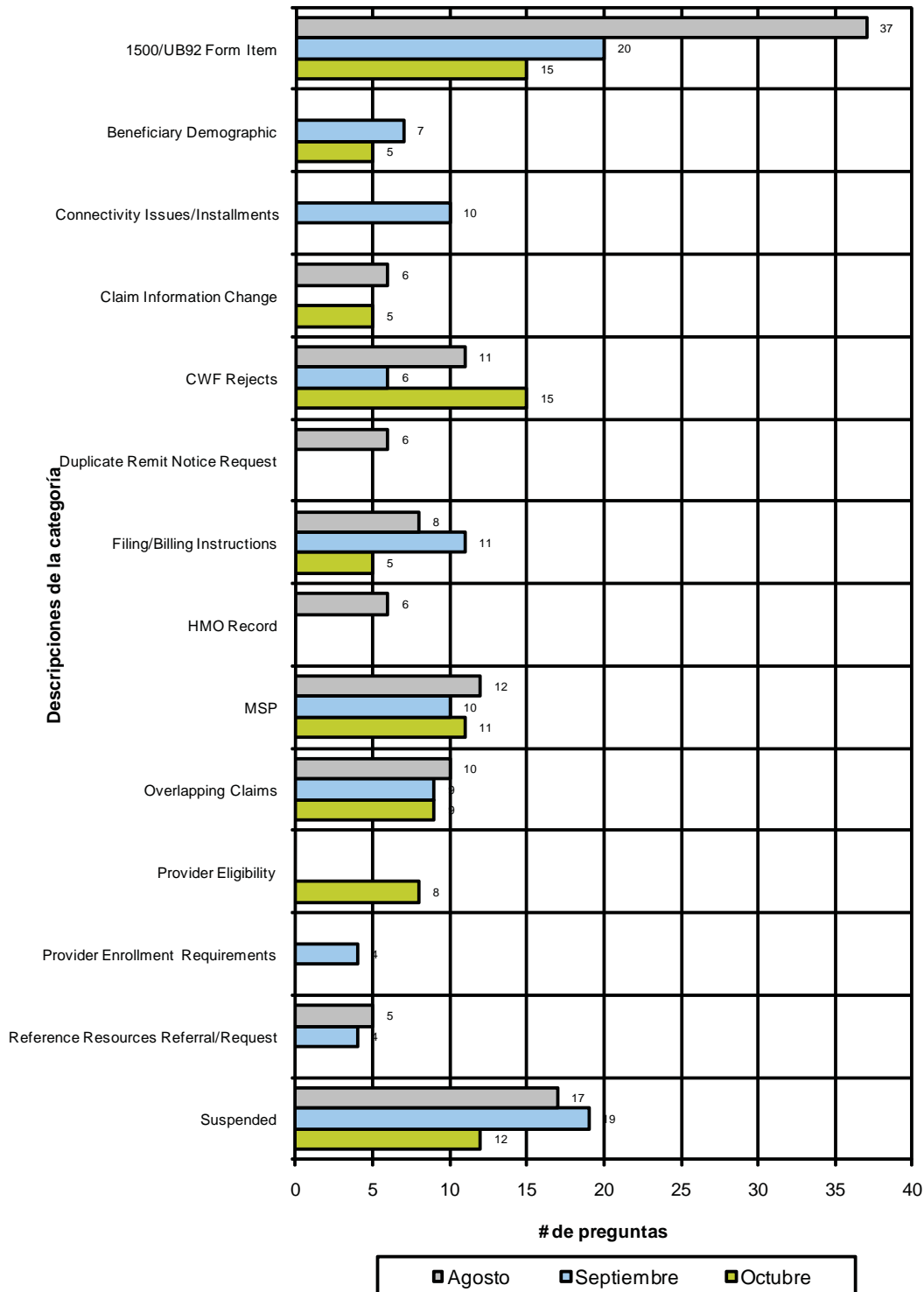
Nota: Si usted tiene problemas accediendo a cualquier enlace en este mensaje, copie el URL y colóquelo en su navegador de Internet. ❖

Fuente: CMS PERL 201011-22

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

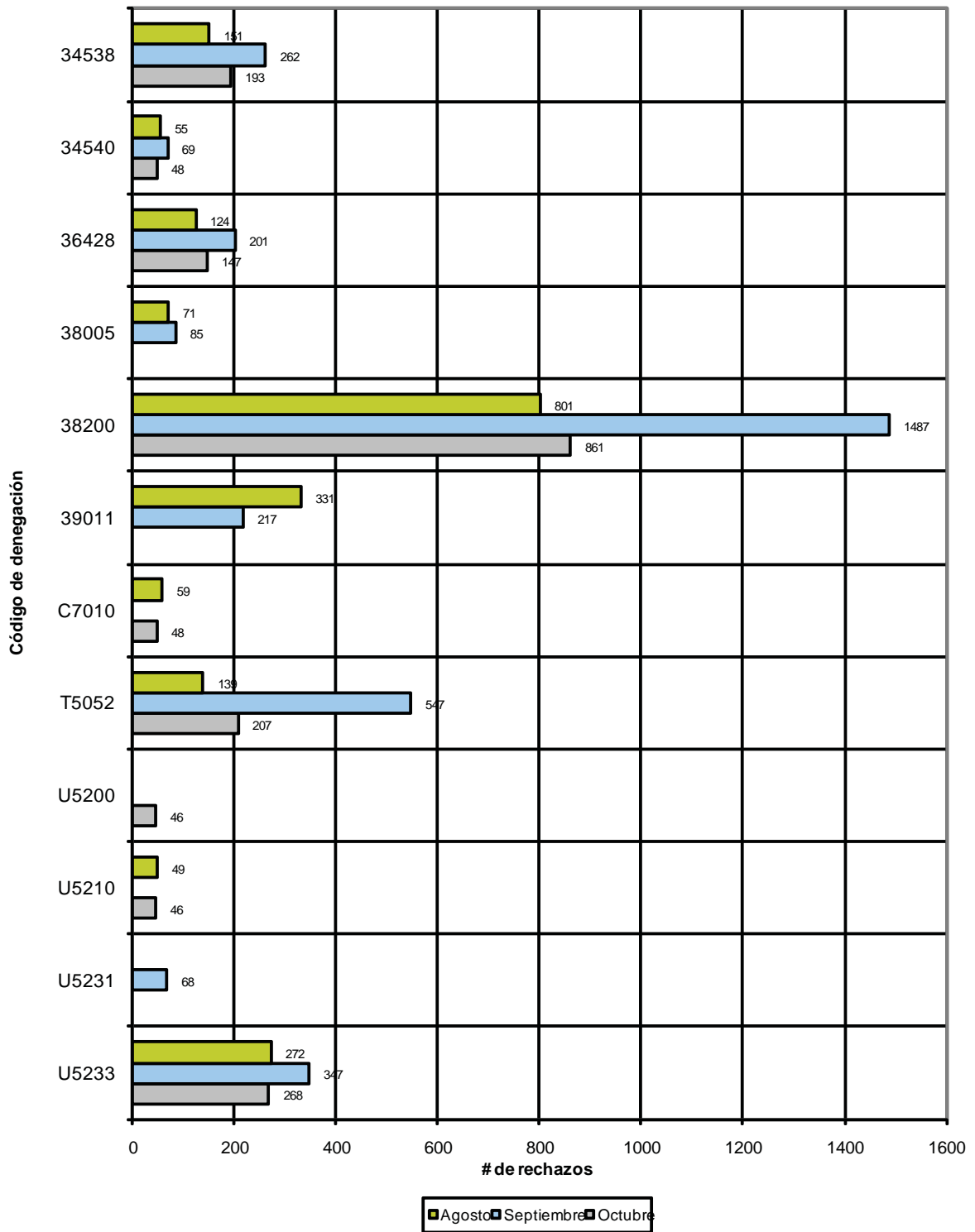
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de agosto-octubre de 2010. Para consejos y recursos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



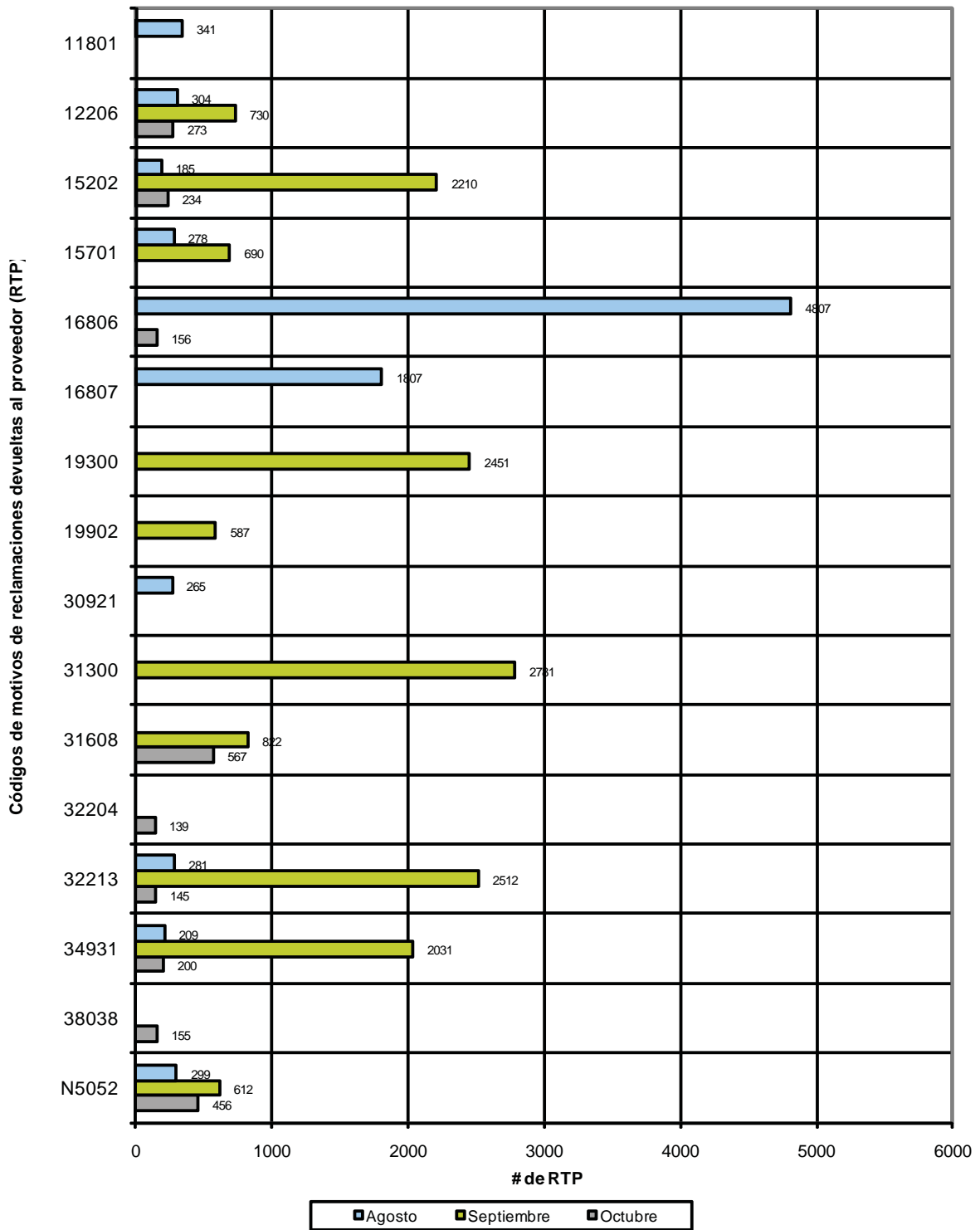
Las preguntas más frecuentes, denegaciones... (continuación)

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



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

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



DETERMINACIONES LOCALES DE COBERTURA

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Revisiones a las LCD Existentes

AJ9355: Trastuzumab (Herceptin®) 40

Notificación anticipada al beneficiario

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

Revisiones a las LCD Existentes

AJ9355: Trastuzumab (Herceptin®) - revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28998 (Florida)

Identificador de LCD: L29030 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para trastuzumab (Herceptin®) 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, el lenguaje en la LCD ha sido revisado/actualizado para incluir categorías y pruebas para tumores “human epidermal growth factor receptor 2” (HER2) y para añadir indicaciones sin etiqueta actuales para cáncer del pecho como es descrito en el National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Drugs & Biologics Compendium.

También, la sección de “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 26 de octubre de 2010**.

En adición, el lenguaje en la LCD ha sido revisado/actualizado bajo la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para incluir las indicaciones de la Food and Drug Administration (FDA) para metastático gástrico o adenocarcinoma de unión gastroesofágica.

Bajo la sección de “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, ICD-9-CM rango de código 150.0-150.9 para neoplasma maligno del esófago, y ICD-9-CM código 151.0 para neoplasma maligno de cardia fueron añadidos.

También, las secciones de “CMS National Coverage Policy” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fueron actualizadas.

Fecha de efectividad

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 18 de noviembre de 2010**, para los servicios prestados **a partir del 20 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.

<http://www.cms.gov/mcd/overview.asp> ❖

FORMULARIO DE PARTE A

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

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2010 a septiembre de 2011.	40500150	Impreso \$33.00		
		CD-ROM \$55.00		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

Re-determinaciones sobre pagos en exceso

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

FACTURACIÓN

Reducción múltiple de pago de procedimiento sobre ciertos procedimientos de imagen de diagnóstico

Número de *MLN Matters*: MM6993
 Número de petición de cambio relacionado: 6993
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de julio de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R738OTN
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

Actualmente, la reducción múltiple de pago de procedimiento (MPPR) en servicios de imagen de diagnóstico aplica solamente a partes del cuerpo contiguas. Efectivo el 1 de enero de 2011, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están consolidando las 11 familias de imagen avanzada existente en una sola familia.

El cambio aplica: 1) cuando dos o más servicios en la lista son prestados al mismo paciente en una sola sesión y 2) solamente al componente técnico (TC) de servicios globales, no al componente profesional (PC). Medicare continuará realizando el pago completo de TC para el procedimiento con el TC con precio más alto, y al 50 por ciento cada uno para el TC de cada procedimiento adicional en el mismo paciente en la misma sesión.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM6993.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6993, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R738OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 738, CR 6993

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.

Nuevos requisitos de acreditación para facturar el TC de servicios de imagen de diagnóstico avanzado

Comenzando el 1 de enero de 2012, los suplidores que prestan el componente técnico de servicios de imagen de diagnóstico avanzado para el cual el pago es hecho bajo la tarifa fija del médico deben estar acreditados por una organización de acreditación designada por CMS. En el caso donde un médico elija contratar esos servicios a una unidad móvil acreditada, el médico debe estar acreditado para facturar tales servicios de Medicare.

Para más información sobre imagen de diagnóstico avanzada, visite http://www.CMS.gov/MedicareProviderSupEnroll/03_AdvancedDiagnosticImagingAccreditation.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201011-50

Programa de pago de incentivo para los servicios del cuidado primario

Número de *MLN Matters*: MM7060
 Número de petición de cambio relacionado: 7060
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de agosto de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2039CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

El Affordable Care Act revisa el Social Security Act al añadir un nuevo párrafo sobre pagos de incentivo para servicios del cuidado primario. La revisión aplica a los servicios del cuidado primario prestados a partir del 1 de enero de 2011, y antes del 1 de enero de 2016, por un profesional de la salud del cuidado primario.

Para los servicios del cuidado primario prestados a partir del 1 de enero de 2011, y antes del 1 de enero de 2016, un pago de incentivo del 10 por ciento será provistos a los profesionales de la salud del cuidado primario, identificados como(1) en el caso de médicos, inscritos en Medicare con una designación de especialidad de 08-family practice, 11-internal medicine, 37-pediatrics, o 38-geriatrics; o (2) en el

caso de profesionales de la salud, inscritos en Medicare con una designación de especialidad del cuidado primario de 50 enfermeras practicantes, 89 enfermera clínica certificada, o 97 asistente médico; y (3) para el cual los servicios del cuidado primario definidos en el artículo de *MLN Matters* contó para al menos un 60 por ciento de los cargos permitidos bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) para tales practicantes durante el periodo de tiempo que ha sido especificado por el Secretario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7060.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7060, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2039CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2039, CR 7060

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

PQRI

Actualización de pago de incentivo eRx 2009

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se complacen en anunciar que los pagos de incentivo para el Programa de Incentivo de Prescripción Médica Electrónica (eRx) 2009 fueron hechos para los profesionales elegibles (EP) que cumplieron los criterios para el reporte exitoso.

Los pagos de incentivo eRx 2009 están actualmente siendo procesados y distribuidos por los carriers y los contratistas administrativos de Medicare (MAC). La distribución de los pagos de incentivo eRx 2009 fueron completados el 22 de octubre.

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

Efectivo en enero de 2010, CMS revisó la manera en que la información de pago de incentivo es comunicada 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 las remesas de pago electrónicas. Adicionalmente la remesa de pago en papel leerá "This is an eRx incentive payment". No incluirá el año e indicador LE en la remesa de pago en papel. En un esfuerzo para clarificar aún más 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 año de incentivo y reporte. Para los pagos de incentivo eRx 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 eRx 2009.

Reportes de comentarios eRx 2009

Los reportes de comentarios eRx 2009 estarán disponibles en el portal Physician and Other Health Care Professionals Quality Reporting Portal en <http://www.qualitynet.org/pqri>, comenzando la segunda semana de noviembre. Los reportes a nivel TIN en el portal requieren una cuenta IACS (Individuals Authorized Access to CMS Computer Services, IACS). Los participantes también pueden contactar a su carrier o MAC para solicitar reportes a nivel NPI individuales vía un proceso completo de reporte de comentarios alterno visite <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE0922.pdf>.

Información de contacto

Si usted tiene preguntas sobre el estatus de su pago de incentivo eRx (durante el 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>.

Actualización de pago de incentivo... (continuación)

Siéntase en la libertad de contactar al centro de ayuda QualityNet Help Desk con cualquiera de lo siguiente:

- Problemas de contraseña en el portal de Physician Quality Reporting Initiative (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 qnetsupport@sdps.org. Ellos también pueden ayudar con preguntas sobre el programa y medida específica.

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 201011-23

Actualización del reporte de código de medida de prescripción electrónica 2010

Los profesionales elegibles (EP) son exhortados a seguir los siguientes requisitos del programa de incentivo de prescripción médica electrónica (eRx) 2010 actual. Los EP deben revisar las especificaciones de la medida al comienzo de cada año debido a que éstas pueden cambiar. El código de medida correcto para facturar en el 2010 para cálculos del pago de incentivo eRx 2010 es G8553.

Los códigos de medida eRx 2009 han sido aceptados para procesamiento por los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare. Sin embargo, en octubre, un cambio provisional ocurrió que llevó al rechazo de los códigos eRx 2009. Los EP no pueden presentar reclamaciones que pueden haber sido rechazadas con los códigos de medida eRx 2009. Las presentaciones reportadas utilizando un registro calificado o un registro de salud electrónico calificado no serán afectados por esta situación.

Todos los EP deben trabajar con sus vendedores y casas de facturación para asegurarse de cualquier cambio de medida de especificación. La información actual, como los requisitos, pueden ser encontrados en <http://www.cms.gov/ERXincentive>. Para acceder los requisitos, haga clic en “E-Prescribing Measure” en la parte izquierda de la página y busque abajo en su pantalla la sección Downloads; haga clic para ver “2010 eRx Measure Specification & Release Notes”, y “Claims Based Reporting Principles for 2010 eRx”.

Los EP con preguntas adicionales pueden contactar Quality Net Help Desk al 866-288-8912 (o a la línea TTY 877-715-6222), 7:00 a.m.-7:00 p.m. CT.

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 201011-33

PQRI 2009 y reporte de comentarios eRx

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) le gustaría compartir esta información importante con los participantes en la iniciativa para reportar la calidad del servicio médico (PQRI) 2009 o el Programa de Incentivo de prescripción médica electrónica (eRx).

Luego de comenzar la publicación de los reportes de comentarios PQRI 2009, CMS detuvo provisionalmente la producción de los archivos para investigar alguna información conflictiva de campo en los reportes. PQRI 2009 y los reportes de comentarios del programa de incentivo eRx estarán disponibles pronto en el portal de PQRI. CMS anticipa que los reportes de nivel del número de identificación para impuestos (TIN), los cuales incluyen los reportes de nivel del identificador nacional del proveedor (NPI), estarán disponibles la semana del 22 de noviembre en el portal de PQRI. Los reportes NPI individuales estarán disponibles prontamente después y pueden ser solicitados vía su carrier o contratista administrativo de Medicare (MAC).

Los reportes de comentarios son compilados en el nivel TIN, con información a nivel individual de reporte NPI para cada profesional elegible que reportó al menos un PQRI

válido y/o un código de datos de calidad eRx (QDC) en una reclamación presentada bajo ese TIN para los servicios prestados durante el periodo de reporte. El TIN o NPI deben ser uno usado por el profesional elegible para presentar reclamaciones de Medicare y PQRI válido y/o los QDC eRx.

Si un reporte de comentarios del programa de incentivo PQRI 2009 y/o eRx está disponible para el TIN o NPI de su organización, existen dos formas de acceder su reporte:

Individuals Authorized Access to the CMS Computer Services (IACS): Los profesionales elegibles puede acceder el portal seguro de “Physician and Other Health Care Professionals Quality Reporting Portal” en QualityNet en <http://www.qualitynet.org/pqri>, para acceder sus reportes de comentarios basado en sus TIN o para un grupo. Acceso al portal requiere inscripción en el sistema IACS para obtener un ID de usuario y contraseña. Información sobre crear y/o actualizar una cuenta IACS es incluida más tarde en este mensaje.

Método alternativo de reporte de comentarios: Un profesional individual elegible puede simplemente llamar a los centros de contacto de su respectivo carrier o MAC

PQRI 2009 y reporte de comentarios eRx (continuación)

para solicitar reportes de comentarios confidenciales de PQRI 2009 o eRx que contendrán información basado en el NPI individual del profesional elegible. Si un profesional elegible es parte de una práctica de grupo, cada profesional elegible en la práctica de grupo debe llamar individualmente al centro de contacto del proveedor de su respectivo carrier/MAC para solicitar un reporte de comentarios basado en el NPI individual. Para obtener una lista de los centros de contacto del proveedor, visite el sitio Web de CMS en <http://www.cms.gov/MLNProducts/Downloads/CallCenterTollNumDirectory.zip>. Además de la información de reporte, estos reportes proveerán a los profesionales individuales elegibles con información sobre sus cargos permitidos de tarifas fijas de Medicare Parte B (PFS) para el periodo de reporte 2009, en el cual un pago de incentivo está basado.

Información adicional sobre este proceso de solicitud de reporte de comentarios alterno puede ser encontrado al acceder el artículo de edición especial *Medicare Learning Network (MLN) SE0922 - Alternative Process for Individual Eligible Professionals to Access Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) and Electronic Prescribing (E-Prescribing) Feedback Reports* .

La página de inicio de IACS para la Comunidad de usuarios del Proveedor/Suplidor, la cual incluye eRx y PQRI está en http://www.cms.gov/IACS/04_Provider_Community.asp. La comunidad de proveedores usuarios deben dirigir

sus preguntas o preocupaciones a QualityNet Help Desk al 1-866-288-8912, (lunes-viernes 7:00 a.m.-7:00 p.m. CST) o vía e-mail al qnetsupport@sdps.org.

Recursos

La página de administración de cuenta IACS está en <https://applications.cms.hhs.gov/category.html?name=acctmgmt>. Haga clic en “My Profile” para iniciar la sesión, cambiar su contraseña, o utilizar la opción “Forgot Password?”.

El portal de reporte del médico y otro profesional de la salud está disponible en <http://www.qualitynet.org/pqri>. Aunque el enlace de “Forgot Password” en el portal envía a los usuarios al sitio Web de IACS, IACS y el portal son dos sitios Web separados.

A quien llamar para ayuda

Los usuarios que todavía tienen preguntas o necesitan asistencia deben contactar a QualityNet Help Desk al 1-866-288-8912 (lunes-viernes 7:00 a.m.-7:00 p.m. CST) o 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 201011-44

Actualización del programa de incentivo eRx 2011 - ajustes de pago en el 2012

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron que comenzando en el 2012, los profesionales elegibles que no son prescriptores electrónicos exitosos pueden estar sujetos a un ajuste de pago o penalidad. La Sección 132 del Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008 (MIPPA) autoriza a CMS a aplicar este ajuste de pago ya sea que el profesional elegible esté planeando participar o no en el programa de incentivo eRx.

El ajuste de pago en el 2012, en lo que respecta a todos los servicios profesionales cubiertos de Parte B por parte de los profesionales elegibles, resultará en que el profesional elegible o práctica de grupo que recibe un 99 por ciento de la cantidad de tarifa fija del médico (PFS) que aplicaría de otra forma a tales servicios. En el 2013, los profesionales elegibles recibirán un 98.5 por ciento de sus cargos elegibles cubiertos de Parte B si ellos no son prescriptores electrónicos exitosos. En el 2014, la penalidad por no ser un prescriptor electrónico exitoso es de 2 por ciento, resultando en que los profesionales elegibles reciban un 98 por ciento de sus cargos cubiertos de Parte B.

Para propósitos de determinar qué profesionales elegibles o prácticas de grupo están sujetas al ajuste de pago en el 2012, CMS analizará los datos de reclamaciones del 1 de enero-30 de junio de 2011, para determinar si el profesional elegible ha presentado al menos 10 prescripciones electrónicas durante los primeros seis meses del año calendario (CY) 2011. Las prácticas de grupo que reporten como un GPRO II en el 2011 deben reportar todos sus eventos requeridos de prescripción electrónica en los primeros seis meses de 2011 para evitar el ajuste de pago en el 2012.

Para más información, véala página Web “Getting Started” en <http://www.cms.gov/erx incentive>; o descargue Medicare’s Practical Guide to the Electronic Prescribing (eRx) Incentive Program under Educational Resources.

Si un profesional elegible o práctica de grupo seleccionado desea solicitar una excepción al programa de incentivo eRx y el ajuste de pago, existen dos “hardship codes” que pueden ser reportados vía reclamaciones si aplican una de las siguientes situaciones:

- **G8642** - las prácticas del profesional elegible en un área rural sin acceso a Internet de alta velocidad y solicita una excepción por dificultades de la aplicación del ajuste de pago bajo la Sección 1848(a)(5)(A) del Social Security Act.
- **G8643** - las prácticas del profesional elegible en un área sin farmacias disponibles para receta electrónica y solicita una excepción por dificultades de la aplicación del ajuste de pago bajo la Sección 1848(a)(5)(A) of the Social Security Act

En adición, habrá un código G que puede ser usado por los profesionales elegibles para indicar que ellos no tienen privilegios de prescripción. El reportar el código G prevendrá al profesional elegible de estar sujeto a un ajuste de pago en el 2012.

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 201011-46

INFORMACIÓN GENERAL

Artículo suplementario sobre servicios prestados en el hogar como lugar de servicio

Este artículo está dirigido a las reclamaciones en papel solamente.

Resumen

Efectivo con la implementación de la petición de cambio (CR) 6947, se le exigirá que ingrese la dirección donde los servicios fueron realizados, incluyendo el código postal (ZIP), en las reclamaciones para servicios de anestesia y servicios pagables bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS), para los servicios provistos en todos los lugares de servicio, incluyendo hogar (12). El código postal (ZIP) será usado para determinar la localidad de pago correcta. Este cambio es efectivo para las reclamaciones procesadas en/después del 1 de enero de 2011. Las reclamaciones que no cumplan con este requisito serán devueltas como que no se pueden procesar.

Tengan en cuenta que las reclamaciones que no cumplan con el requisito y que fueron recibidas antes del 1 de enero de 2011, pero no fueron procesadas hasta después del 1 de enero de 2011, serán devueltas como que no se pueden procesar.

Para información adicional, vea el artículo de MLN Matters en <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/mm6947.pdf>.

Usted también puede revisar el CR 6947 en <http://www.cms.gov/Transmittals/downloads/R2041CP.pdf>.

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

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

Educación del proveedor para asuntos del NPI relacionados a proveedores fallecidos

Número de *MLN Matters*: MM6984

Número de petición de cambio relacionado: 6984

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de noviembre de 2010

Fecha de efectividad: Reclamaciones procesadas a partir del 4 de abril de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R799OTN

Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

Una reclamación presentada después del 23 de mayo de 2007, para un proveedor fallecido que tenía un identificador nacional del proveedor (NPI) será rechazado por Medicare por que el NPI del proveedor fue desactivado debido la muerte del proveedor.

Cuando la reclamación es rechazada, se espera que el representante de los activos del proveedor contacte el contratista de Medicare. El contratista informará los representantes de los activos que ellos deben presentar la reclamación en un formato de papel (Formulario CMS-1500) anotando un artículo 19 que el proveedor es fallecido.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6984.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6984, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R799OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 799, CR 6984

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

Nuevo modificador HPSA para el programa de incentivo de registro médico electrónico

Número de *MLN Matters*: MM7035
 Número de petición de cambio relacionado: 7035
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de julio de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R724OTN
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

El American Recovery and Reinvestment Act of 2009, que autoriza el programa de incentivo de registro médico electrónico (EHR), autoriza a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) a hacer pagos de incentivo EHR a ciertos profesionales elegibles (EP) de Medicare que son usuarios significativos de tecnología EHR certificada.

La petición de cambio (CR) 7035 anuncia que CMS ha desarrollado un nuevo modificador que permitirá a los EP (profesionales elegibles) reportar reclamaciones de áreas de escasez de profesionales de la salud dental (HPSA) cuando el código ZIP no corresponda exactamente a esa HPS dental.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7035.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7035, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R724OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 724, CR 7035

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.

Código de especialidad para servicios de imagen de diagnóstico avanzado

Número de *MLN Matters*: MM7175 - Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7175
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de octubre de 2010
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2079CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2011

Resumen

A partir del 1 de abril de 2011, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) establecerán una nueva acreditación para imagen de diagnóstico avanzado de equipo médico durable, prótesis, ortóticos y código 95 de especialidad de repuestos y partes.

Nota: CMS ha designado previamente este código de especialidad para el programa de adquisición competitiva para el proyecto de medicinas farmacéuticas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7175.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7175, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2079CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2079, CR 7175

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

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM7184

Número de petición de cambio relacionado: 7184

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de noviembre de 2010

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R2084CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2011

Resumen

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

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7184.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7184, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2084CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2084, CR 7184

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

Medicare mejora el acceso a los servicios preventivos para el 2011

Nuevas pólizas de pago para médicos enfatiza el rol del cuidado primario

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una regla final con periodo de comentario que implementará provisiones clave en el Affordable Care Act of 2010 que expande los servicios preventivos para los beneficiarios de Medicare, mejora los pagos para los servicios del cuidado primario, y promueve el acceso a los servicios del cuidado de la salud en áreas rurales. Las nuevas pólizas aplicarán a los pagos bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2011.

La regla final con periodo de comentarios implementa provisiones en el Affordable Care Act que expande acceso al beneficiario para los servicios preventivos y, por primera vez, provee cobertura bajo el programa tradicional de pago por servicio para una visita anual de bienestar comenzando el 1 de enero de 2011. Esta visita aumenta los beneficios en la examinación física preventiva inicial (IPPE o "Welcome to Medicare Visit") con una visita anual que permite al médico y paciente desarrollar un plan personalizado de prevención que considera no solamente los servicios preventivos apropiados generalmente disponibles a los beneficiarios de Medicare, pero los servicios adicionales que pueden ser apropiados debido al estatus de salud individual del paciente.

CMS acepta los comentarios sobre ciertos aspectos de la regla final con periodo de comentarios hasta el 3 de enero de 2011.

Para ver la regla y documentación de sustento, vaya a: <http://www.cms.gov/PhysicianFeeSched/PFSFRN/itemdetail.asp?itemID=CMS1240932&>.

Lea el comunicado de prensa completo de CMS en http://www.cms.gov/apps/media/press_releases.asp.

CMS también emitió hojas informativas con detalles adicionales en http://www.cms.gov/apps/media/fact_sheets.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201011-16

Actualización de código del software MREP

Este mensaje es para los proveedores y suplidores profesionales de pago por servicio de Medicare:

Los últimos códigos de denegación de ajuste de reclamación y códigos de comentarios de remesa de pago están disponibles en el archivo “codes.ini” del software Medicare Remit Easy Print (MREP). Usted puede acceder este archivo en el folder comprimido de “Medicare Remit Easy Print-Version 2.7” en http://www.cms.gov/AccessstoDataApplication/02_MedicareRemitEasyPrint.asp.

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

Fuente: CMS PERL 201011-20

Información de Medicare para enfermeras de práctica avanzada y asistentes de médicos

Un nuevo folleto del *Medicare Learning Network*[®] titulado “Medicare Information for Advanced Practice Nurses and Physician Assistants” (septiembre de 2010), el cual es diseñado para proveer educación sobre los requisitos de Medicare para las enfermeras de práctica avanzada (APN) y asistentes médicos (PA), está ahora disponible en formato para descargar en http://www.cms.gov/MLNProducts/downloads/Medicare_Information_for_APNs_and_PAs_Booklet_ICN901623.pdf.

Esta publicación provee información sobre las calificaciones requeridas, criterios de cobertura, facturación, y pago para los servicios de Medicare prestados por las APN y PA.

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 201011-22

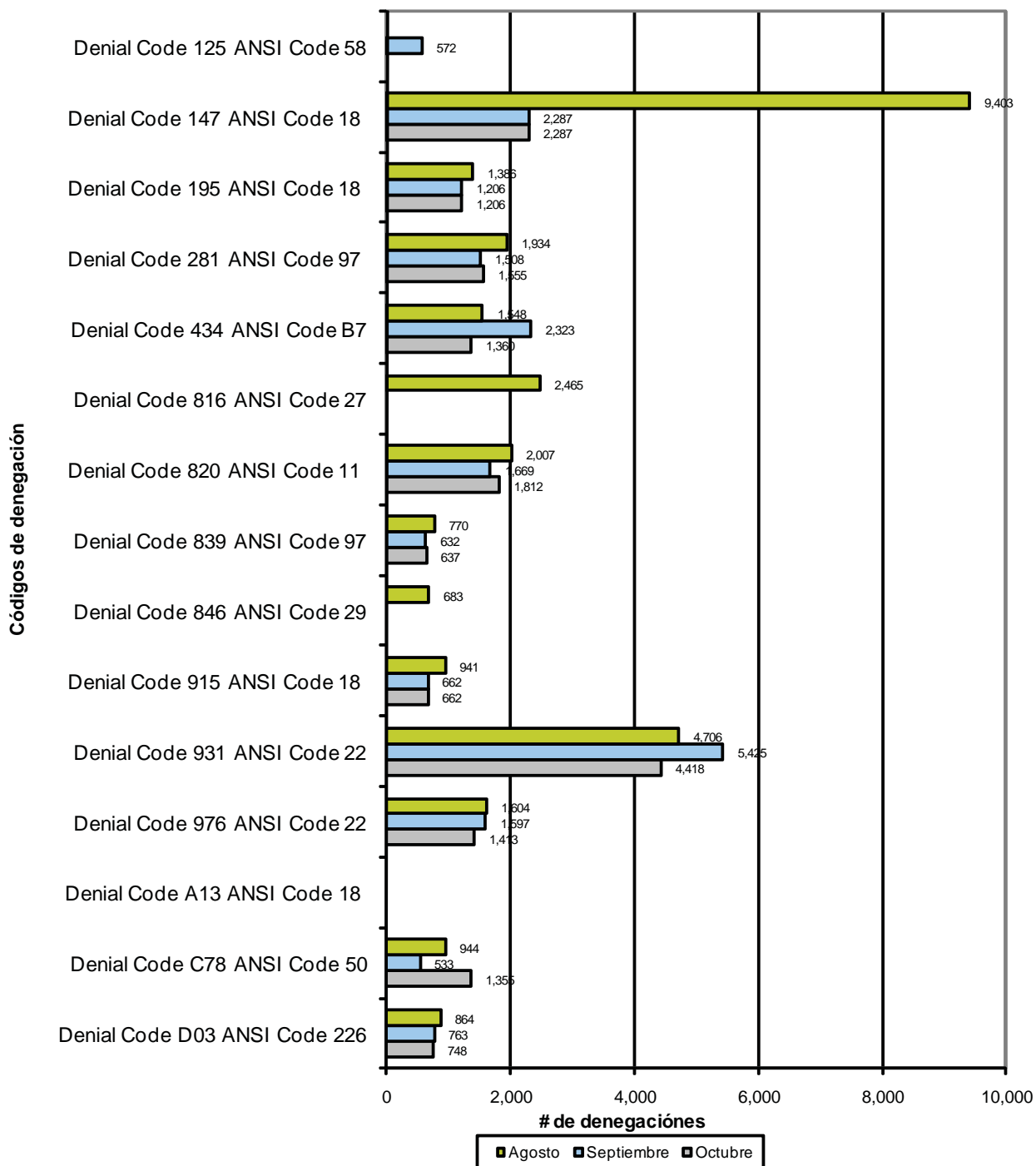
Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

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

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

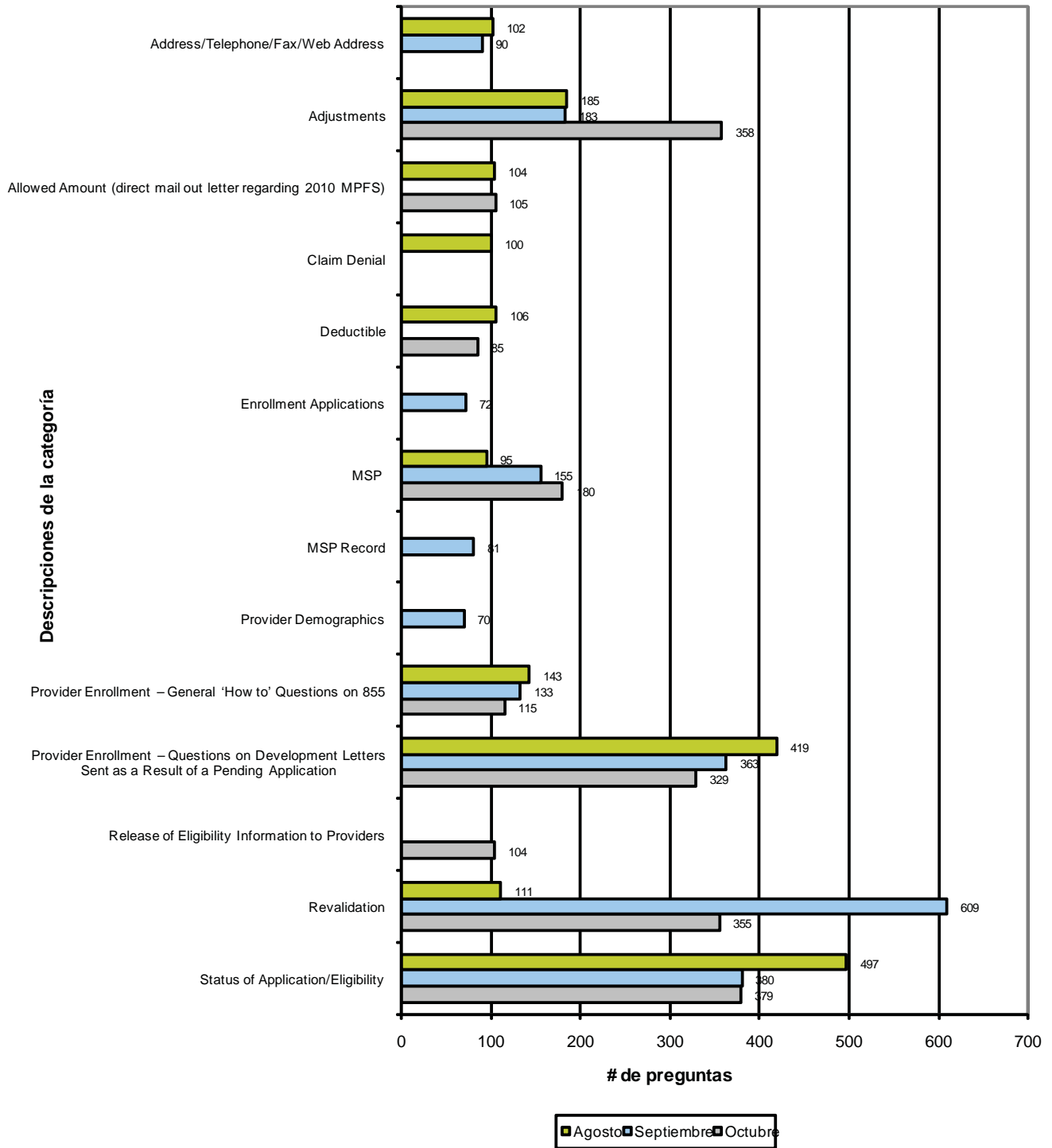
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de agosto-octubre de 2010. Para consejos y recursos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

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



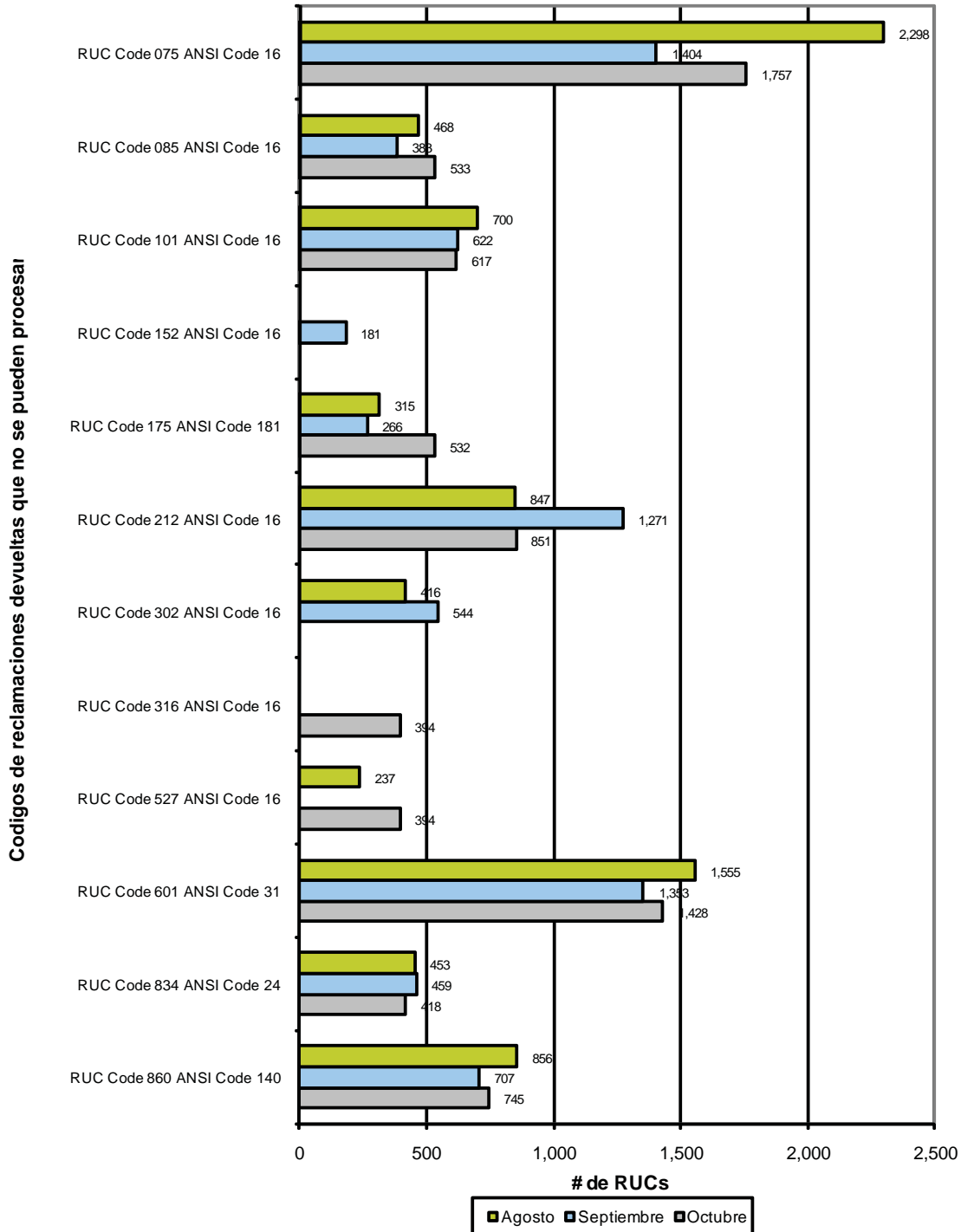
Las preguntas más frecuentes, denegaciones... (continuación)

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



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

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



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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

Tabla de contenido

Revisiones a las LCD Existentes

J9355: Trastuzumab (Herceptin[®])..... 55

Notificación anticipada al beneficiario

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

Revisiones a las LCD Existentes

J9355: Trastuzumab (Herceptin®) - revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29297 (Florida)

Identificador de LCD: L29482 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para trastuzumab (Herceptin®) 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, el lenguaje en la LCD ha sido revisado/actualizado para incluir categorías y pruebas para tumores “human epidermal growth factor receptor 2” (HER2) y para añadir indicaciones sin etiqueta actuales para cáncer del pecho como es descrito en el National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Drugs & Biologics Compendium.

También, la sección de “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha de efectividad

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 26 de octubre de 2010.

En adición, el lenguaje en la LCD ha sido revisado/actualizado bajo la sección de “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para incluir las indicaciones de la Food and Drug Administration (FDA) para metastático gástrico o adenocarcinoma de unión gastroesofágica.

Bajo la sección de “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, ICD-9-CM rango de código 150.0-150.9 para neoplasma maligno del esófago, y ICD-9-CM código 151.0 para neoplasma maligno de cardia fueron añadidos.

También, las secciones de “CMS National Coverage Policy” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fueron actualizadas.

Fecha de efectividad

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 11 de noviembre de 2010**, para los servicios prestados **a partir del 20 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.

<http://www.cms.gov/mcd/overview.asp> ❖

FORMULARIO DE PARTE B

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

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 está disponible en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publicaciones/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2010 a septiembre de 2011.	40300260	Impreso \$33.00		
		CD-ROM \$55.00		
Catálogo de honorarios de 2010 – El catálogo de honorarios de médicos y practicantes no médicos de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de mayo de 2010 y el 1 de junio hasta el 30 de noviembre de 2010, está disponible, sin costo, en línea, en http://medicare.fcso.com/Data_files/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias adicionales a la venta, impresas o en CD-ROM. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago del año 2010 para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
		CD-ROM: \$6.00		
Idioma de preferencia: English [<input type="checkbox"/>] Español [<input type="checkbox"/>]				
Escriba de manera legible			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			Total	\$

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

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

Envíe este formulario con su pago a:

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

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Re-determinaciones

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

Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Other Important Addresses

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT

REGIONAL CARRIER (DMERC)

Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

Take Home Supplies

Oral Anti-Cancer Drugs

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

REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY

Home Health Agency Claims Hospice Claims

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

RAILROAD MEDICARE

Railroad Retiree Medical Claims

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Número Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistem de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov



WHEN EXPERIENCE COUNTS & QUALITY MATTERS

MEDICARE A y B AL DÍA

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

♦ ATTENTION BILLING MANAGER ♦

